



KEARIFAN LOKAL DALAM PENCEGAHAN HIV/AIDS PADA REMAJA

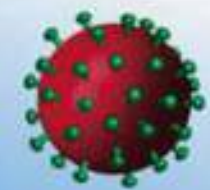
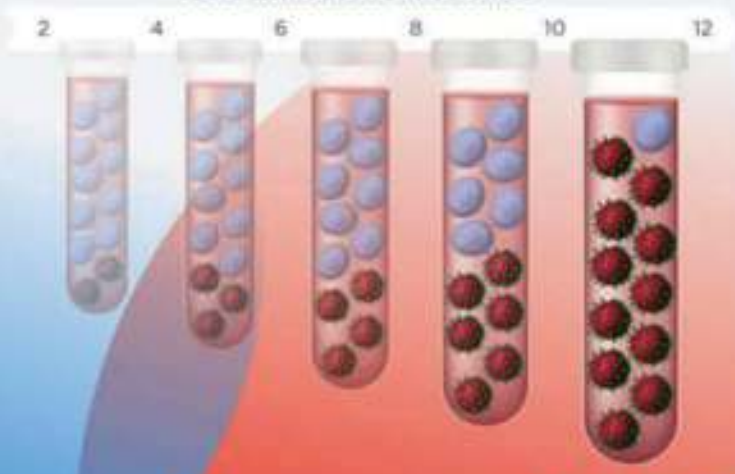
Dr. Irwan, S.K.M., M.Kes.



KEARIFAN LOKAL DALAM PENCEGAHAN HIV/AIDS PADA REMAJA

HIV and AIDS

Years without HIV medicines



HIV

AIDS



Alamat: Jl. Gelatik No. 24 Kota Gorontalo 96128
Surel : infoideaspublishing@gmail.com
Website : www.ideaspublishing.co.id



Kearifan Lokal dalam Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja

Dr. Irwan, S.K.M., M.Kes.



IP.72.12.2017

Kearifan Lokal dalam Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja

Dr. Irwan, S.K.M., M.Kes.

Pertama kali diterbitkan
oleh **Ideas Publishing**, Desember 2017

Alamat: Jalan Gelatik No. 24 Kota Gorontalo
Surel: infoideaspublishing@gmail.com
Anggota Ikapi, No. 0001/ikapi/gtlo/II/14

ISBN: 978-602-6635-60-0

Penyunting: Titin Pedasoi
Penata Letak: Abdul Hanan Nugraha
Ilustrasi dan Sampul: Abdul Hanan Nugraha

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang
dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Swt. yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku ini. Syukur alhamdulillah buku ini merupakan karya yang keempat dalam rentetan usaha dan niat baik dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat.

Buku ini berisikan tentang hasil penelitian kesehatan yang berjudul Kearifan Lokal dalam Pencegahan HIV/ AIDS pada Remaja di Provinsi Gorontalo. Ruang lingkup kajian termasuk dalam ilmu epidemiologi penyakit menular, khususnya penyakit HIV dan AIDS. Penulis berharap buku ini dapat memberikan informasi tambahan kepada kita semua khususnya mahasiswa kesehatan.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik serta saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu diharapkan demi kesempurnaan karya selanjutnya.

Akhir kata, penulis sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt. senantiasa meridai segala usaha kita.

Gorontalo, Desember 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Prakata	iii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Gambar.....	vi
Daftar Tabel.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II MASALAH-MASALAH HIV/AIDS	7
A. Eskalasi Ancaman AIDS	7
B. HIV/AIDS pada Remaja.....	10
BAB III REMAJA DAN DINAMIKANYA	13
A. Teori Remaja menurut Para Ahli	13
B. Domain Perilaku.....	20
BAB IV INTENSI PADA REMAJA.....	27
A. Variabel Pengaruh Intensi	27
B. Teori “Predece-Procoded Model” Lawrence Green.....	28
C. Intensi pada Remaja	29
BAB V EPIDEMIOLOGI HIV DAN AIDS.....	33
A. Pengertian HIV dan AIDS.....	33
B. Kronologi Perjalanan HIV dan AIDS	34
C. Penemuan Kasus HIV	36
D. Model Penanggulangan HIV dan AIDS pada Kelompok Sasaran	36
BAB VI FAKTOR RESIKO HIV DAN AIDS PADA REMAJA. 39	39
A. Behaviour Beliefs.....	39
B. Kepatuhan Menjalankan Ajaran Agama	40
C. Aspek Budaya	46
D. Budaya pada Masyarakat	47
E. Penyimpangan Budaya.....	52

BAB VII LANDASAN SOSIOLOGIS, FILOSOFIS, DAN	
YURIDIS TERHADAP PENULARAN HIV DAN AIDS ...	55
A. Aspek Filosofis.....	55
B. Aspek Sosiologis	56
C. Aspek Yuridis.....	56
D. Aspek Budaya dan Kearifan Lokal	58
E. Aspek Ekonomi	60
F. Aspek Politis	61
BAB VIII PROGRAM DAN PENANGGULANGAN	
HIV/AIDS	63
A. Program Harm Reduction.....	63
B. Program Pemakaian Kondom 100%	64
C. Program Kampanye untuk Masyarakat Umum	64
D. Program Case Support And Treatment (CST).....	65
E. Program Prevention Mother to Child Transmision (PMTCT).....	66
F. Program Voluntary Counseling and Testing	67
BAB IX MODEL PERILAKU BERESIKO HIV/AIDS PADA	
REMAJA.....	85
A. Pengembangan Model Teori Plan Behavior.....	85
B. Model Analisis Perilaku Beresiko Remaja.....	86
C. Pengujian Model Akhir pada Remaja	89
D. Pengembangan Model Berdasarkan Analisis Grup.....	90
E. Model Akhir Analisis Jalur pada Remaja Perempuan	95
DAFTAR PUSTAKA	99
GLOSARIUM.....	107

Daftar Gambar

Gambar 1	8
Gambar 2	9
Gambar 3	22
Gambar 4	27
Gambar 5	29
Gambar 6	33
Gambar 7	34
Gambar 8	85
Gambar 9	86
Gambar 10	88
Gambar 11	91
Gambar 12	94

Daftar Tabel

Tabel 1	18
Table 2	37
Table 3	87
Table 4	87
Table 5	89
Table 6	90
Table 7	92
Table 8	93
Table 9	95
Table 10	96
Table 11	97

BAB I PENDAHULUAN

Pandemik HIV dan AIDS telah menyerang disemua negara dengan kecepatan penularan yang sangat tinggi. Respon yang dimunculkan dari berbagai kalangan khususnya pemerintah terbukti belum menyaingi kecepatan penyebaran virus tersebut. Dampaknya, angka kasus baru HIV secara tajam terus dilaporkan mengalami peningkatan.

Jika proposisi ini dikaitkan dengan kondisi yang dihadapi di Indonesia dalam satu dasawarsa terakhir ini, pemerintah telah memperlihatkan komitmen yang tinggi dalam upaya penanggulangan. Hal ini dibuktikan dengan dikeluarkannya kebijakan-kebijakan yang diharapkan mampu menstimulir iklim penanggulangan yang lebih kondusif seperti kebijakan dalam bentuk Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, SKB Menteri, dan di beberapa daerah telah dikeluarkan kebijakan berupa Peraturan Daerah yang memiliki kekuatan hukum dalam mengoperasionalkan kebijakan/produk hukum yang lebih tinggi. Dibandingkan dengan fakta penularan kasus HIV saat ini, nampaknya kebijakan yang diharapkan mempercepat upaya penanggulangan belum dapat dikatakan demikian, karena beberapa alasan 1) kebijakan nasional yang ada belum secara fokus memberi kewenangan yang besar kepada Kelembagaan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dalam merencanakan program, khususnya pengelolaan pembiayaan; 2) konsep penerapan kebijakan yang bersifat universal, memberi ruang terjadinya multi interpretasi bagi para pengambil kebijakan; 3) beberapa kebijakan pemerintah saling kontradiktif, sehingga menyebabkan terjadinya konflik kebijakan.

Idealnya suatu kebijakan pemerintah memiliki kemampuan dalam mendorong perubahan-perubahan untuk kepentingan masyarakat. Dalam konteks penularan HIV, kebijakan tersebut harapannya dapat melindungi masyarakat terhadap penularan infeksi HIV. Sifat kebijakan yang *unfocussed*, universal, dan kontradiktif secara nyata melemahkan strategi penanggulangan HIV dan AIDS yang selama ini telah digalakkan oleh berbagai kalangan masyarakat sipil yang didukung dari lembaga donor internasional. Tentu saja kemajuan upaya penanggulangan mengalami stagnasi atau analogi

sederhananya kita berada dalam fenomena "jalan di tempat", kelihatan ada gerakan tetapi tidak menghasilkan perubahan.

Tidak dipungkiri pula, di Indonesia terdapat beberapa wilayah yang sudah mengadopsi strategi kepemimpinan yang kuat dengan dukungan kebijakan terbukti cukup berhasil dalam menekan laju penularan HIV dan AIDS, seperti Provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, dan Bali. Empat Provinsi ini sekurang-kurangnya telah memiliki sumber pembiayaan dalam upaya penanggulangan yang menjadi kunci keberlanjutan program. Mereka sudah tidak terlalu menggantungkan aktivitasnya dari bantuan donor internasional yang sesungguhnya memiliki keterbatasan waktu dan biaya.

Keberhasilan penerapan kebijakan di daerah tersebut merupakan langkah maju yang sungguh luar biasa jika dibandingkan dengan daerah-daerah yang sama sekali masih menggunakan kebijakan nasional sebagai rujukan program, seperti Provinsi Gorontalo yang baru memulai pendekatan ini sementara kasus HIV dan AIDS meningkat terus dari waktu ke waktu.

Masalah yang dihadapi oleh negara kita saat ini adalah dengan semakin meningkatnya kasus HIV dan AIDS, semua Provinsi di Indonesia telah melaporkan adanya kasus HIV maupun kasus AIDS, 85 % kasus HIV di Indonesia adalah terjadi pada kelompok usia produktif yaitu 29-40 tahun, ini tentunya akan menjadi beban bagi generasi muda. Angka kasus HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo, pada Februari 2014 sebanyak 150 kasus yang terdiri dari 69 pengindap HIV dan 81 penderita AIDS. Angka ini diperoleh dari laporan disemua Kabupaten/Kota. Sebanyak 106 kasus infeksi dari jenis kelamin laki-laki dan 44 dari jenis kelamin perempuan dan yang terbanyak dari kelompok umur usia produktif dari 25-49 tahun. Jumlah terbesar dilaporkan di kota Gorontalo sekitar 74 kasus HIV dan AIDS (*Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, 2013*). Berdasarkan data kasus 2014 hubungan seks masih diperingkat pertama dalam hal cara penularan terbanyak di provinsi Gorontalo.

Kasus HIV dan AIDS di provinsi Gorontalo sangat mengkhawatirkan dengan kenaikan jumlah kasusnya dalam waktu 3 tahun terakhir (pada tahun 2011 sebanyak 84 kasus) meningkat dengan pesat (pada tahun 2012 sekitar 115 kasus). Konsentrasi pola penularannya pun telah bergeser ke komunitas umum yang sebelumnya masih didominasi oleh populasi kunci seperti pekerja seks dan pelanggan, serta kelompok IDU's (*Injecting Drug User*).

Indikator yang dapat diukur dalam menyimpulkan pergeseran penularan ke masyarakat umum adalah ditemukannya pengidap HIV pada golongan umur bayi dan balita serta terdapat kasus HIV pada ibu rumah tangga sebanyak 14 kasus. Dapat dibayangkan, akibatnya bagi masyarakat terhadap penularan HIV jika memperhatikan jumlah populasi berisiko yang terdiri dari pekerja seks dan pelanggan, pengguna napza suntik, dan waria di Provinsi Gorontalo sebanyak 416 orang (data estimasi nasional tahun 2011). Jumlah tersebut belum termasuk kalkulasi pada profesi tenaga kesehatan yang rawan tertular HIV akibat interaksi dengan pasien dan terbatasnya penerapan *universal precaution*.

Pelan tapi pasti, tanpa upaya konkret dan serius dari pemerintah bersama masyarakat, kita akan mengalami situasi *lost generation* dimana sumber daya yang dibutuhkan untuk memulihkan keadaan sangatlah besar. Dengan demikian, keberadaan Peraturan Daerah tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo sangatlah menentukan masa depan generasi kita, HIV dan AIDS adalah penyakit yang ditularkan melalui mekanisme dinamika perilaku yang ada ditengah-tengah masyarakat. Perilaku menyimpang sebagai akibat minim atau tidak adanya aturan formal dalam bentuk Peraturan Daerah yang dapat mengatur norma masyarakat, sehingga aturan ini diyakini dapat menjadi alternatif prioritas dalam rangka mencegah dan menanggulangi epidemi HIV dan AIDS ditengah-tengah masyarakat.

Sasaran yang akan diatur dalam rancangan Peraturan Daerah ini adalah menyangkut aspek pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dilaksanakan secara bersama-sama dengan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan, menjamin kualitas hidup ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS) tanpa adanya stigma dan diskriminasi. KPAP (Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi) sebagai lembaga koordinator telah mengembangkan berbagai bentuk kegiatan yang dimotori oleh lembaga-lembaga implementer seperti NGO, unit pelaksana teknis pemerintah, dan lembaga-lembaga swasta lainnya. Kegiatan yang dikembangkan dikategorisasi menurut tujuan penanggulangan yakni untuk pencegahan bagi masyarakat yang belum terinfeksi dan untuk peningkatan kualitas hidup bagi masyarakat yang sudah tertular HIV dan AIDS.

Dalam menjalankan peran dan fungsinya, KPAP (Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi) telah mengembangkan kapasitas manajemen organisasi dengan memfungsikan sekretariat yang dikelola oleh tenaga organik yang berpengalaman dan mengembangkan struktur organisasi dengan membentuk Pokok Kerja yaitu pokja *harm reduction*, pokja Media dan KIE (Komunikasi, Informasi, dan *Education*), pokja PMTS (Pencegahan melalui Transmisi Seksual) dan pokja Agama. Sementara ini, operasionalisasi sekretariat sebagian masih didukung oleh bantuan KPAN (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional), sedangkan operasionalisasi pokja-pokja relatif belum ada pijakan dukungan yang jelas.

Dengan keterbatasan dukungan, bukan berarti aktivitas pencegahan dan penanggulangan terhenti, akan tetapi proses itu tetap berjalan sekalipun dalam situasi yang cukup memprihatinkan. Berkurangnya volume program sangat jelas dapat kita amati setelah donor *Global Fund* (GF), bersamaan dengan itu aktivitas NGO pun dan beberapa fasilitas pelayanan kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit tereduksi secara paralel. Jika kondisi seperti ini terjadi tanpa perhatian yang serius dari pemerintah dan kepemimpinan yang kuat diberbagai level yang mengejawantah dalam bentuk dukungan kebijakan penanggulangan, tidak menuntut mungkin bahwa dalam 10 tahun kedepan, Provinsi Gorontalo mengalami kondisi yang sungguh sangat memprihatinkan.

BAB II MASALAH-MASALAH HIV/AIDS

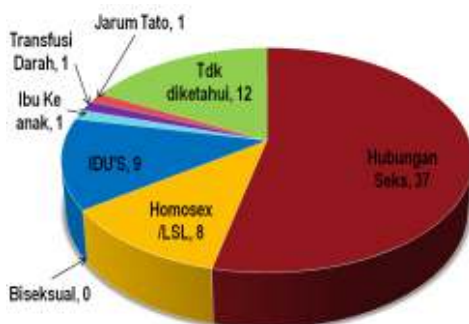
A. Eskalasi Ancaman AIDS

Eskalasi ancaman AIDS di Indonesia telah berubah dari *low prevalence* ke *concentrated epidemic* yang ditunjukkan oleh prevalensi HIV+ di atas 5% pada populasi risiko tinggi tertentu seperti pekerja seks (PS), *Injecting Drug User* (IDU), dan lain-lainnya. Penyakit yang menghancurkan sistem kekebalan tubuh manusia dan belum ditemukan obat penyembuh maupun penangkalnya ini, diakui tidak merupakan masalah penyakit medis saja. Akan tetapi, telah menimbulkan dampak buruk yang sangat luas terhadap aspek sosial orang yang terinfeksi virus HIV. HIV dan AIDS tidak hanya memberikan dampak buruk terhadap perorangan, akan tetapi telah menjadi ancaman terhadap kelangsungan pembangunan nasional karena dapat menurunkan kualitas bahkan dapat memusnahkan Sumber Daya Manusia Indonesia (SDM).

AIDS sangat ganas, para pakar menjuluki HIV sebagai *the silent killer* karena ia begitu tenang dan orang yang terinfeksi HIV masih kelihatan sehat, segar-bugar dalam waktu 5-10 tahun sejak virus tersebut masuk kedalam tubuhnya. Kondisi tubuh seperti itu, sering mengecoh penafsiran kita terhadap status kesehatan seseorang sehingga akan mengendorkan kewaspadaan kita terhadap AIDS.

Peningkatan kasus HIV dan AIDS yang sangat cepat dijumpai pada kelompok-kelompok berperilaku risiko tinggi terutama pemakai narkotika suntikan, pekerja seks, dan pelanggannya. Pada tahun 2002, jumlah penduduk Indonesia yang terinfeksi HIV dan AIDS diperkirakan sebanyak 110.800 orang (Kemkes, 2012). Sedangkan infeksi baru diperkirakan sekitar 80.000 orang (laporan tahunan HIV dan AIDS, Kemkes 2012). Prevalensi HIV di kalangan pemakai narkoba suntik menunjukkan angka yang cukup tinggi di Provinsi Gorontalo yang mencapai 22 kasus. Sedangkan pada daftar kenaikan prevalensi HIV+ penularan melalui seks di Provinsi Gorontalo sebanyak 75% sampai dengan tahun 2013.

(Gambar 1.)



Berdasarkan data dari Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Gorontalo kasus tertinggi terjadi pada penularan melalui transmisi seksual yaitu lebih dari 75%, menyusul penularan melalui penggunaan narkoba suntik (IDus) sebanyak 22 kasus. Terdapat infeksi HIV yang dilaporkan tidak diketahui sumber penularannya yaitu 21 kasus.

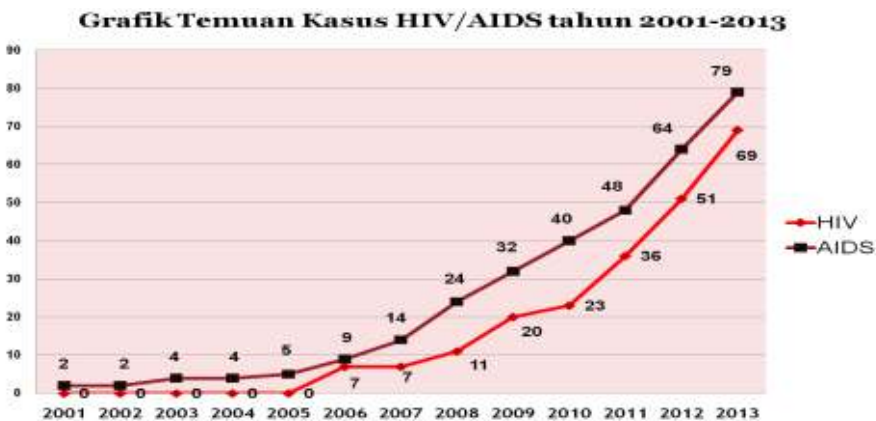
Berdasarkan hasil survei perilaku terhadap remaja hubungannya dengan resiko penularan HIV dan AIDS yang dilakukan di Kabupaten Bone Bolango terdapat 63,8% remaja umur 15 s/d 17 tahun memiliki perilaku berisiko untuk tertular HIV dan AIDS. Survei yang sama dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo bekerja sama dengan Subdit IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV dan AIDS Kementerian Kesehatan Tahun 2009, survei dilakukan di Kota Gorontalo diketahui angka proporsi perilaku berisiko remaja yang pernah melakukan seks bebas adalah 2,7%. Angka ini masih berada dibawah angka hasil survei nasional yang berkisar < 3% remaja di Indonesia memiliki perilaku berisiko.

Dari sudut geografis, Provinsi Gorontalo dalam posisi terancam HIV dan AIDS dari tiga daerah yang memiliki kasus HIV dan AIDS tertinggi yaitu Provinsi Sulawesi Utara, Provinsi Sulawesi tengah dan Sulawesi Selatan. Kondisi ini diperburuk lagi karena Manado dan Bitung merupakan bagian dari trans Sulawesi dimana dapat dipastikan bahwa sepanjang jalur darat tersebut terdapat kantong-kantong prostitusi yang secara realitas sangat sulit dan bahkan tidak mungkin dihilangkan karena kegiatan tersebut merupakan bisnis "ada permintaan ada penawaran". Salah satu masalah kesehatan masyarakat di Provinsi Gorontalo yang sangat mendesak untuk segera ditanggulangi pada saat ini adalah melaksanakan langkah-langkah respon yang strategi dan tepat untuk

menekan laju penularan HIV dan mengurangi dampak dari perluasan epidemik HIV dan AIDS.

Berbagai fakta yang ada memperlihatkan gambaran yang memprihatinkan, yaitu laju penularan HIV yang cenderung terus meningkat pada beberapa subpopulasi yang diamati, dan peningkatan jumlah kasus AIDS yang dilaporkan dari waktu ke waktu. Upaya-upaya pencegahan penularan HIV sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, termasuk upaya pengobatan bagi para penderitanya.

(Gambar 2.)



Kesepakatan bersama dalam rangka menurunkan prevalensi HIV dan AIDS di dunia termasuk di Indonesia tertuang dalam *Millenium Developmen Goals* (MDGs) Goals 6.a yaitu menekan serendah mungkin epidemik penyakit menular termasuk HIV dan AIDS. Untuk mencapai tujuan tersebut terdapat tiga indikator yang harus dicapai dalam upaya menekan laju epidemik HIV dan AIDS pada tahun 2015 yang akan datang yaitu, 1) *Zero new Infection HIV*. *Zero Stigma and discrimination* dan 2) *Zero death to AIDS*.

Laporan kasus baru yang ditemukan di provinsi Gorontalo menunjukkan angka yang terus mengalami peningkatan, bahkan tertinggi pada tahun 2013 dengan jumlah kasus baru HIV sebanyak 33 kasus. Angka ini tentunya dibandingkan dengan target yang ingin dicapai dimana diharapkan tidak terdapat kasus baru pada tahun 2015 yang akan datang, sehingga diperlukan upaya dan kepedulian dari semua sektor khususnya pemerintah dalam rangka menekan laju epidemik HIV dan AIDS di provinsi Gorontalo.

Fakta empiris lainnya yang kemudian menunjukkan kecenderungan meningkat di berbagai wilayah di Indonesia. Hasil survei sentinel HIV mengindikasikan bahwa tingkat penularan HIV relatif tinggi pada beberapa sub-populasi yang terpantau sampai akhir tahun 2012, yaitu tercatat sebesar 69% pada pengguna narkoba suntik, 25% pada waria penjaja seks, 23% warga binaan pemasyarakatan, 5% pada wanita penjaja seks, 4 persen pria penjaja seks dan 0,2% ibu hamil tercatat telah tertular HIV. Bahkan Unit Transfusi Darah PMI (Palang Merah Indonesia) DKI Jakarta, juga melaporkan kecenderungan mengalami peningkatan persentase darah yang diduga telah mengandung HIV berdasarkan hasil penapisan darah donor, yaitu tercatat 0,07% pada tahun 2002 menjadi 0,22% pada akhir 2012.

Dalam menentukan kegiatan respon yang tepat untuk menekan laju penularan HIV dan dampak epidemik, diperlukan upaya pengkajian yang berbasiskan pada data yang ada dan pemahaman terhadap potensi perluasan epidemi. Kita perlu memperkirakan ancaman penyebaran yang semakin cepat pada beberapa sub-populasi berisiko dan sangat berpotensi meluas ke populasi umum. Dengan upaya pencegahan yang semakin meluas diharapkan penularan baru dapat ditekan.

Berdasarkan hasil estimasi dari Kementerian Kesehatan, saat ini di Provinsi Gorontalo diperkirakan ada sekitar 30-500 orang telah tertular HIV dan jika tidak ada peningkatan kualitas serta cakupan program, maka pada tahun 2020 yang akan datang diperkirakan akan ada sekitar 700-1000 orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA), sehingga akan membutuhkan dana yang besar untuk menyediakan layanan dukungan perawatan dan pengobatannya.

B. HIV/AIDS pada Remaja

Masa remaja (*adolescence*) menurut Santrock dan John (1996) adalah suatu masa transisi dari masa anak menjadi dewasa, batasan banyak ditetapkan sebagai data nasional untuk keperluan yang berkaitan dengan kepentingan masalah remaja, atau kesehatan remaja. Irwin, *et al.* (2002) mengemukakan tentang batasan remaja dari berbagai sumber, seperti NCHS membuat klasifikasi remaja menurut kelompok umur menjadi, 1) remaja awal (umur 10–14 tahun); 2) remaja akhir (umur 15-19 tahun); 3) remaja (umur 20-24 tahun). CDC menetapkan bahwa jarak umur remaja adalah 10-24 tahun dan

membagi remaja menjadi 3 kelompok, yaitu 1) remaja awal antara umur 10-14 tahun; 2) remaja akhir antara umur 15-19 tahun; dan 3) remaja dewasa antara umur 20-24 tahun.

Populasi remaja umur 10-24 tahun diseluruh dunia diperkirakan hampir mencapai 1,5 Milyar berada dinegara berkembang. Pada saat ini diproyeksikan populasi remaja umur 10-19 tahun untuk dekade mendatang diperkirakan naik menjadi 41,7 Milyar pada tahun 2010. Sementara ini, populasi remaja di Indonesia berdasarkan sensus kependudukan dan ketenagakerjaan tahun 2000, umur 15-19 tahun sebanyak 19.992.790 orang. Umur 20-24 tahun sebanyak 18.036.0004 orang.

Masa remaja adalah masa transisi dari masa anak-anak menjadi dewasa, Santrock dan John (1996) berpendapat bahwa masa tersebut didalamnya terdapat perubahan yang terjadi pada masa transisi, yaitu perilaku remaja semakin permisif (serba boleh) sehingga sering menjadi masalah bagi remaja, menurut Irwin *et.al* (2002) pada masa perkembangan remaja mudah terpengaruh pada perilaku berisiko tertentu.

Kesehatan remaja sangat ditentukan oleh perilaku, Johnson (2002) mengemukakan bahwa perilaku kesehatan remaja salah satunya adalah seksualitas yang dipengaruhi oleh pengalaman dan aktivitas yang meliputi hubungan seksual pertama, jumlah pasangan penggunaan kontrasepsi, kehamilan dan IMS.

Definisi remaja dari *World Health Organization* (WHO) sejak tahun 1974 dikemukakan dalam tiga kriteria yaitu biologik, psikologik, dan sosial ekonomi, (Sarwono, 2002). Secara lengkapnya definisi tersebut berbunyi sebagai berikut.

Remaja adalah suatu masa di mana

1. Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat mencapai kematangan seksual.
2. Individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.
3. Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada relatif mandiri.

Menurut Yusuf (2002), fase perkembangan merupakan penahapan atau pembabakan rentang perjalanan kehidupan individu yang diwarnai ciri khusus atau pola perilaku tertentu. Tahap perkembangan tersebut dapat dibedakan berdasarkan biologis,

didaktis dan psikologis. Kriteria penahapan perkembangan remaja berdasarkan usia sekolah dapat dibagi menjadi dua yaitu masa usia sekolah menengah dan masa usia mahasiswa.

1. Masa Usia Sekolah Menengah

Masa usia menengah bertepatan dengan masa remaja. Masa remaja merupakan masa yang banyak menarik perhatian karena sifat-sifat khasnya dan peranannya yang menentukan dalam kehidupan individu dalam masyarakat orang dewasa. Masa ini dapat dirinci sebagai berikut.

a. Masa Pra remaja (Remaja Awal)

Masa pra remaja umumnya hanya dalam waktu yang relatif singkat. Masa ini ditandai oleh sifat negatif pada remaja sehingga masa ini disebut masa negatif. Baik negatif dalam prestasi jasmani dan mental serta negatif dalam sikap sosial dalam masyarakat.

b. Masa remaja (remaja madya)

Pada masa ini mulai tumbuh dorongan untuk hidup dan pemenuhan kebutuhan akan teman yang dapat memahami dan menolongnya. Munculnya sikap mencari sesuatu yang dapat dipandang bernilai, pantas untuk dijunjung tinggi dan dipuja-puja. Objek pemujaan itu menjadi lebih jelas yaitu dipandang mendukung nilai tertentu (personifikasi nilai). Pada remaja laki-laki sering aktif meniru, sedangkan pada anak perempuan lebih pasif dan mengagumi dalam khayalan.

c. Masa Remaja Akhir

Setelah remaja dapat menentukan pendirian hidupnya maka telah terpenuhi tugas perkembangan masa remaja yaitu menemukan pendirian hidup dan masuklah individu ke dalam dewasa.

2. Masa usia mahasiswa

Masa usia mahasiswa berumur sekitar 18-25 tahun. Mahasiswa dapat digolongkan pada fase remaja-remaja akhir sampai masa dewasa awal atau dewasa madya. Apabila dilihat dari segi perkembangan, tugas perkembangan pada usia mahasiswa ialah pemantapan pendirian hidup. Menurut Camenius (dalam Sarwono (2002), tahap ini merupakan pengembaraan (*travel*) untuk mengembangkan jiwa (fakultas) kehendak (*faculty will*). Menurut Hall (dalam Sarwono (2002), menyebutkan bahwa masa remaja (*adolescence*) adalah umur 12-25 tahun yaitu masa topan badai (*strum und drang*), yang mencerminkan kebudayaan modern yang penuh gejolak akibat pertentangan nilai.

BAB III REMAJA DAN DINAMIKANYA

A. Teori Remaja menurut Para Ahli

1. Kurt Lewin: *Field Theory* dan Remaja

Kurt Lewin (1890-1947) adalah seorang murid dari sekolah Gestalt awal psikolog di Universitas Berlin. Ia dipengaruhi oleh teori psikoanalitik Freud, khususnya yang berkaitan dengan motivasi. Tetapi teori Lewin pada remaja secara konseptual berbeda dari teori lain. Teorinya pada perkembangan remaja secara eksplisit dinyatakan dalam "*Field Theory* dan Eksperimen dalam Psikologi Sosial" (1939). Teori ini menjelaskan dan menggambarkan dinamika perilaku individu remaja tanpa generalisasi tentang remaja sebagai sebuah kelompok. Konstruksi membantu untuk menggambarkan dan menjelaskan, serta memprediksi perilaku individu tertentu dalam situasi tertentu. Dalam arti, teori medan remaja dinyatakan secara eksplisit dan menyatakan lebih formal daripada teori lain perkembangan remaja.

Teori medan telah berhasil mengintegrasikan faktor biologis dan sosiologis, yang sering dianggap bertentangan (misalnya, sifat vs memelihara masalah). Lewin membuat eksplisit posisinya, pengaruh psikologis lingkungan terhadap perilaku dan perkembangan anak sangat penting; dan psikologi pada umumnya dianggap sebagai bidang biologi, (Lewin 1935).

Fundamental teori Lewin pembangunan adalah pandangan bahwa masa remaja merupakan masa transisi di mana remaja harus mengubah keanggotaan kelompoknya. Sementara kedua anak dan dewasa memiliki konsep yang cukup jelas tentang bagaimana mereka masuk ke kelompok, Remaja milik sebagian untuk kelompok anak, sebagian untuk kelompok dewasa, tanpa milik sepenuhnya kepada kedua kelompok. Orang tua, guru, dan masyarakat mencerminkan kurangnya status grup jelas, dan perasaan ambigu mereka terhadap remaja menjadi jelas ketika mereka memperlakukan dia pada satu waktu seperti anak kecil dan pada waktu lain seperti orang dewasa. Kesulitan muncul karena bentuk kekanak-kanakan perilaku tertentu tidak lagi dapat diterima. Pada saat yang sama beberapa bentuk dewasa perilaku belum diizinkan baik, atau jika mereka diizinkan, mereka baru dan asing bagi remaja, (Muuss, 1975).

Para remaja ini dalam keadaan "gerak sosial," karena ia bergerak ke bidang sosial dan psikologis terstruktur. Tujuan tidak lagi jelas, dan jalan untuk mereka yang ambigu dan penuh ketidakpastian. Remaja mungkin tidak lagi yakin bahwa mereka bahkan menyebabkan tujuannya. Ambiguitas dan ketidakpastian tersebut digambarkan oleh anak akan meminta atau ragu-ragu untuk meminta kencan pertamanya. Karena remaja belum memiliki pemahaman yang jelas tentang statusnya sosial, harapan, kewajiban, serta perilakunya mencerminkan ketidakpastian, (Muuss,1975). Sebagai contoh, remaja dihadapkan dengan beberapa pilihan menarik yang pada saat yang sama memiliki batas yang relatif tahan. Mengendarai mobil, merokok ganja, menjatuhkan asam, melakukan hubungan seksual adalah semua tujuan mungkin dengan valensi positif, dan dengan demikian mereka menjadi bagian dari ruang kehidupan remaja. Namun, mereka juga tidak dapat diakses karena pembatasan orang tua, keterbatasan hukum, atau kode moral diinternalisasi individu itu sendiri. Sejak remaja bergerak melalui medan yang berubah dengan cepat, dia tidak tahu arah ke tujuan spesifik dan terbuka untuk bimbingan konstruktif, tetapi ia juga rentan terhadap persuasi dan tekanan, (Muuss, 1975).

Citra diri seorang individu tergantung pada tubuhnya. Selama proses perkembangan yang normal, perubahan tubuh sangat lambat sehingga citra diri tetap relatif stabil. Citra tubuh memiliki waktu untuk menyesuaikan diri dengan perubahan perkembangan sehingga individu mengetahui tubuhnya sendiri. Selama perubahan remaja dalam struktur tubuh, tubuh pengalaman, dan sensasi tubuh yang baru dan mendesak lebih drastis sehingga bahkan ruang hidup terkenal dari citra tubuh menjadi kurang akrab, tidak dapat diandalkan, dan tak terduga. Para remaja sibuk dengan normalitas tubuhnya dan bagaimana tubuhnya dirasakan oleh orang lain, ia prihatin dan sebenarnya bisa terganggu oleh citra tubuhnya. Dia menghabiskan banyak waktu mempelajari gambar sendiri di cermin dan prihatin dengan perkembangan karakteristik seks primer dan sekunder dalam hubungan dengan usia pasangan. Perasaan negatif tentang tubuh sendiri yang berkaitan dengan konsep diri, (Rosen dan Ross, 1968) negatif dan dapat menyebabkan ketidakstabilan emosional yang dapat mengubah orientasi seseorang terhadap kehidupan. Karena berbagai ketidakpastian perilaku remaja ditandai dengan

meningkatnya plastisitas kepribadian yang dapat menyebabkan perubahan kepribadian, konversi bahkan agama, (Muuss, 1975).

Teori medan yang dikemukakan oleh Kurt Lewin (1890-1947), mendefinisikan remaja sebagai periode transisi dari masa kanak-kanak sampai dewasa. Transisi ini ditandai dengan lebih dalam dan jauh perubahan, tingkat yang lebih cepat dari pertumbuhan, dan diferensiasi ruang hidup dibandingkan dengan tahap sebelumnya dari akhir masa kanak-kanak. Transisi ini juga ditandai dengan fakta bahwa individu memasuki wilayah kognitif terstruktur yang mengakibatkan ketidakpastian perilaku. Transisi dari masa kanak-kanak sampai dewasa jelas merupakan fenomena universal, karena anak-anak menjadi orang dewasa yang matang dalam semua masyarakat. Namun, pergeseran dari kecil hingga dewasa dapat terjadi dalam pola yang berbeda. Hal ini dapat mengambil bentuk pergeseran tiba-tiba, seperti telah diamati pada masyarakat primitif di mana pubertas ritual akhir masa kanak-kanak dan menandakan awal masa dewasa (Muuss, 1975).

Menurut Lewin, ada juga perbedaan budaya dalam perilaku remaja. Dia atribut perbedaan ini untuk beberapa faktor: ideologi, sikap, dan nilai yang diakui dan ditekankan, cara di mana kegiatan yang berbeda dipandang sebagai terkait atau tidak terkait (misalnya, agama dan pekerjaan yang lebih erat terkait dalam masyarakat Mennonite daripada di Amerika masyarakat secara keseluruhan), dan panjang bervariasi dari periode remaja dari budaya ke budaya dan dari kelas sosial ke kelas sosial dalam suatu budaya. Selain itu, sejauh mana kelompok anak dan kelompok dewasa dibedakan dalam budaya tertentu memiliki konsekuensi yang luas bagi perilaku remaja. Semakin jelas mereka dipisahkan, semakin sulit transisi Lewin (dalam Muuss, 1975).

2. Teori *Somatopsychological* Roger Barker dari Remaja

Roger Barker, dkk memperluas dan menguraikan teori Lewin perkembangan remaja dalam "Signifikan *Somatopsychological* Pertumbuhan Fisik Remaja" (1953), seperti dikutip dalam Muuss (1975). Dia menggunakan teori medan untuk menggambarkan efek dari perubahan fisiologis pada perilaku selama masa remaja. Menurut Barker dimensi tubuh, fisik, dan perubahan endokrinologis terjadi pada kecepatan dipercepat selama masa remaja dibandingkan dengan tahun pra remaja. Akibatnya, beberapa situasi psikologis

yang sesuai terjadi. Pertama, situasi psikologis baru muncul selama masa remaja. Kedua, situasi psikologis pengalaman akan berlangsung dimana tumpang tindih bidang psikologis terjadi. Menurut Barker, di Amerika Serikat, kelompok anak dipisahkan secara jelas dari kelompok dewasa, untuk siap dengan berbagai bentuk perilaku yang diterima. Anak-anak memiliki posisi sosial setara dengan kelompok minoritas. Hal tersebut meningkatkan kesulitan bergerak dari satu kelompok ke kelompok yang lain. Kemungkinan pindah dari satu kelompok sosial yang lain ditentukan secara informal oleh fisik seseorang, tampak seperti orang dewasa membuat lebih mudah untuk mendapatkan hak dewasa, (Muuss, 1975).

3. Allison Davis: Remaja dan Kecemasan Disosialisasikan

Allison Davis mendefinisikan "sosialisasi" sebagai proses dimana seorang individu belajar dan menyesuaikan cara, ide, keyakinan, nilai, dan norma budaya dan membuat mereka bagian dari kepribadiannya. Dia melihat pembangunan sebagai proses terus-menerus belajar perilaku yang dapat diterima secara sosial melalui penguatan dan hukuman. Perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima ditentukan oleh masing-masing masyarakat, atau agennya bersosialisasi, subkelompok, kelas sosial, atau kasta. Perilaku budaya diperoleh melalui pembelajaran sosial. Memahami efek pembelajaran sosial pada remaja adalah masalah yang krusial dalam teori Davis (Muuss, 1975).

Kecemasan disosialisasikan berfungsi memotivasi dan memperkuat agen. Dalam proses sosialisasi ini membawa antisipasi ketidaknyamanan dan menjadi mekanisme perilaku mengendalikan. Hal tersebut menurut hipotesis Davis, bahwa sosialisasi yang efektif dari perilaku remaja tergantung pada jumlah adaptif atau disosialisasikan kecemasan yang telah ditanamkan pada seorang individu. Jika individu disosialisasikan kecemasan menjadi cukup kuat, hal itu akan menjadi pendorong ke arah dewasa, bertanggung jawab, serta perilaku normal. Hal ini tersirat bahwa jika kecemasan disosialisasikan terlalu lemah atau terlalu kuat, yang dalam pencapaian perilaku dewasa adalah kurang mungkin, (Muuss, 1975).

Tujuan sosialisasi berbeda dari budaya ke budaya, dan dari kelas sosial ke kelas sosial dalam suatu budaya. Kecemasan sosial menjadi melekat pada berbagai bentuk perilaku tergantung pada

harapan, nilai-nilai, serta definisi tentang apa yang normal dalam kelas sosial tertentu. Sebagai contoh, kasus bahwa anak kelas menengah memperoleh nilai-nilai moral, kebutuhan, dan tujuan sosial yang berbeda dari orang dari bawah atau atas anak kelas. Selain itu, karena kelas menengah lebih peduli dengan normalitas, sukses, moralitas, dan status, jumlah kecemasan ditanamkan secara sosial lebih besar daripada di kelas lain.

Karakteristik kaum muda, kelas menengah yang kecemasan sosialnya meningkat dengan mulainya masa remaja, karena ia menghadapi perkembangan dan perilaku tugas baru. Sama halnya persiapan untuk bekerja dan penyesuaian heteroseksual. Selain itu, karena kelas menengah lebih peduli dengan normalitas, sukses, moralitas, status, serta jumlah kecemasan ditanamkan secara sosial lebih besar daripada di kelas lain. Karena ia menjadi semakin sadar kebutuhan sosial sendiri, memiliki prestise, teman-teman yang diterima oleh kelompok sebaya. Berkaitan dengan lawan jenis ia menjadi lebih sensitif terhadap isyarat-isyarat sosial dan tekanan sosial. Karena ia sangat tergantung pada penerimaan sosial, prestise, dan statusnya meningkat kecemasan sosial. Hal tersebut dapat meningkatkan semangat juang untuk tujuan sosial yang diinginkan. Remaja dengan kecemasan sosial akan sangat maju, karena biasanya berjuang untuk tujuan-tujuan sosial disetujui paling ditunggu dan belajar yang paling berhasil, (Davis, 1944)

4. Robert Havighurst Tugas Perkembangan Remaja

Menurut Robert Havighurst, tugas perkembangan didefinisikan sebagai keterampilan, pengetahuan, fungsi, dan sikap seorang individu harus memperoleh pada titik tertentu dalam hidupnya, mereka diperoleh melalui kematangan fisik, harapan sosial, dan usaha pribadi. Penguasaan sukses tugas ini akan mengakibatkan penyesuaian dan akan mempersiapkan individu untuk tugas sulit di depan. Kegagalan dalam tugas perkembangan tertentu akan mengakibatkan kurangnya penyesuaian, peningkatan kecemasan, ketidaksetujuan sosial, dan ketidakmampuan untuk menangani tugas kesulitan lagi yang akan datang, (Muuss, 1975).

Setiap tugas adalah prasyarat untuk yang berikutnya. Untuk beberapa tugas, ada dasar biologis dan akibatnya. Ada batas waktu yang pasti dimana tugas tertentu harus dicapai. Ketidakmampuan untuk menguasai tugas dalam batas waktu yang dapat membuat

kemudian belajar dari tugas yang lebih sulit, jika tidak mustahil. Oleh karena itu, Havighurst meyakini ada "mendidik moment" untuk banyak tugas perkembangan. Melalui agen sosialisasi dan metode penguatan dan hukuman, masyarakat mencoba untuk membantu individu belajar tugas perkembangan pada tingkat usia yang tepat, (Muuss, 1975).

Tabel 1. Perubahan pada Masa Kanak-Kanak dan Remaja Pada Kelompok Umur 10-14 Tahun dan Umur 15-19 Tahun

10-14 tahun	15 – 19 tahun
IDENTITAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Meniru perilaku teman sebaya 2. Mulai mempelajari perbedaan-perbedaan teman 3. Cenderung berkumpul dengan teman sebaya (sesama jenis kelamin) 4. Perempuan cenderung mengutamakan hubungan saling menyayangi antar teman, remaja laki-laki cenderung bersaing. 5. Kepercayaan diri banyak dipengaruhi orang lain 6. Sangat memperhatikan penampilan fisik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempunyai pandangan mengenai diri sendiri yang dipengaruhi oleh lingkungan 2. Mulai mempersoalkan identitas sebagai laki atau perempuan 3. Mulai berhadapan dengan tekanan dari berbagai pihak (keluarga, pasangan)
KELUARGA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Masih menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga tetapi mulai lebih mendekati teman sebaya 2. Pada umumnya masih mempunyai hubungan dengan keluarga atau wali (paman, bibi) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai menjauh dari keluarga dan mulai mencari tempat menyendiri 2. Mulai beralih dari keluarga kepada teman sebaya 3. Dapat terjadi meninggalkan keluarga karena sejumlah alasan (studi, bekerja dan lain-lain)
PERILAKU SEKS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai tertarik pada jenis kelamin lain 2. Tertarik pada perkembangan tubuh apalagi dibandingkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daya tarik terhadap seks meningkat sehingga ada kemungkinan memulai hubungan seks dan melakukan

dengan teman-teman sebaya	perilaku seksual yang berisiko
3. Dapat mulai melakukan masturbasi	/tidak aman (ganti-ganti pasangan, pergi ke PSK, tidak pakai kondom)
4. Mulai mencoba-coba dalam perilaku seksual	
SOSIAL	
TUBUH [BIOLOGIS]	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat kelamin membesar 2. Mulai tumbuh jerawat 3. Anak perempuan : <ol style="list-style-type: none"> a. sel telur mulai matang dan siap untuk menstruasi b. buah dada mulai tumbuh dan pinggul melebar. c. punya kemampuan untuk hamil 4. Anak laki-laki : <ol style="list-style-type: none"> a. otot mulai membesar b. mulai memproduksi sperma c. mulai mengalami mimpi basah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melanjutkan pertumbuhan dan kematangan organ-organ seks 2. Tumbuh rambut di sekitar alat kelamin, ketiak, dan wajah pada remaja laki-laki. 3. Perubahan suara 4. Bahu melebar tetapi panggul tidak. 5. Tinggi dan berat badan bertambah dengan pesat 6. Umumnya, remaja laki-laki mulai lebih cepat pertumbuhannya dibandingkan dengan perempuan
PERASAAN	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai menunjukkan perasaan yang berubah-ubah 2. Kebingungan menghadapi perubahan tubuh dan perasaan 3. Mulai menantang/mempersoalkan aturan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai bereaksi berdasarkan akal sehat (sebab-akibat) 2. Memperhatikan penampilan 3. Perasaan mulai memengaruhi dan mendorong perilaku (marah → mengurung diri; berkelahi)
PIKIRAN	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sedang belajar menguasai beberapa ketrampilan 2. Menilai perilaku sebagai baik-buruk 3. Bereaksi (positif atau negatif) terhadap pujian/hukuman 4. Mulai beralih dari pemikiran kongkrit ke abstrak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingin lebih mandiri 2. Mulai mengembangkan nilai pribadi 3. Mulai berpikir lebih abstrak 4. Cenderung terbuka pada pikiran-pikiran baru 5. Berusaha membuat keputusan

B. Domain Perilaku

Psikologi memandang perilaku manusia (*human behaviour*) sebagai reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun bersifat kompleks. Salah satu karakteristik reaksi perilaku manusia yang menarik adalah sifat diferensialnya. Maksudnya suatu stimulus dapat menumbuhkan lebih dari satu respon yang berbeda dan beberapa stimulus yang berbeda dapat saja menimbulkan suatu respon yang sama.

Brighan (1991), merumuskan suatu model hubungan perilaku yang mengatakan bahwa perilaku adalah fungsi karakteristik individu dan lingkungan. Faktor lingkungan memiliki kekuatan yang besar dalam menentukan perilaku, bahkan terkadang kekuatannya lebih besar dari karakteristik individu.

Azwar (1995), mengemukakan bahwa perilaku manusia sangat kompleks, tidak sederhana untuk dipahami dan diprediksi. Banyak faktor internal dan eksternal dari dimensi masa lalu, saat ini dan masa yang akan datang mempengaruhi perilaku manusia. Untuk memahami perilaku Ajzen dan Fishbein (1980), Johnson (dalam Jati, 2006), mengemukakan teori tindakan beralasan (*Theory Reasoned Action*). Dalam teori ini, perilaku adalah faktor yang menentukan keputusan seseorang tujuan beralasan menggunakan perilaku tertentu. Sikap individu dan norma subjektif tentang perilaku dapat digunakan untuk memprediksi perilaku, seseorang yang memiliki persepsi perilaku yang biasa dan kemungkinan mempunyai hasrat melihat perilaku normal intensif atau niat dipengaruhi dari sikap untuk menghargai perilakunya sendiri, keputusan seseorang dipengaruhi dari kepercayaan dalam menghargai norma perilaku, unsur teori ini adalah sikap individu, kepercayaan dan persepsi perilaku tertentu.

Menurut Bloom (dalam Notoatmodjo, 2007), menyatakan bahwa perubahan perilaku seseorang mencakup tiga domain perilaku, yaitu kognitif, efektif dan psikomotor. Berikut penjelasan dari masing-masing domain tersebut.

1. Domain *kognitif*

Domain yang paling penting dalam membentuk perilaku seseorang. Melalui kemampuan kognitif terjadi proses adopsi. Menurut Rogers (dalam Notoatmodjo, 2007) mengungkapkan bahwa sebelum seorang individu tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni *awareness* (kesadaran) yaitu individu menyadari dalam arti, mengetahui stimulus objek terlebih dahulu, *interest* yaitu individu

mulai tertarik pada stimulus, *evaluation* yaitu menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, *trial* yaitu individu mulai mencoba perilaku baru dan *adoption* yaitu individu berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Dalam teori Green (dalam Notoatmodjo, 2007), menyatakan bahwa perilaku sehat seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Badruddin, dkk (2002), sekaligus mengingatkan bahwa pendidikan kesehatan akan lebih efektif bila petugas kesehatan mengenal tingkat pengetahuan, sikap dan kebiasaan sehari-hari klien tersebut.

2. Domain sikap (*attitude*)

Reaksi seseorang dan menunjukkan kesiapan untuk bereaksi terhadap stimulus tertentu. Menurut Gunarsa (1999), terbentuknya sikap dipengaruhi oleh sikap orang lain dengan ekspresinya, sering pula sikap tersebut dipengaruhi oleh pembicaraan orang lain, setelah pengenalan lebih dalam, pengetahuan yang lebih luas mungkin akan merubah sikap atau menetap dan sikap itu baru berubah setelah ada pemahaman.

Allport (dalam Notoatmodjo, 2007), menjelaskan bahwa ada tiga komponen sikap yaitu kepercayaan atau konsep terhadap stimulus, kondisi emosional terhadap stimulus dan kecenderungan untuk bertindak. Pengukuran sikap dapat dilakukan langsung pada responden dan sikap tidak langsung dapat melalui pertanyaan kuesioner yang mengarah pada reaksi kepercayaan dan kecenderungan responden bertindak terhadap stimulus.

3. Domain *Psikomotor*

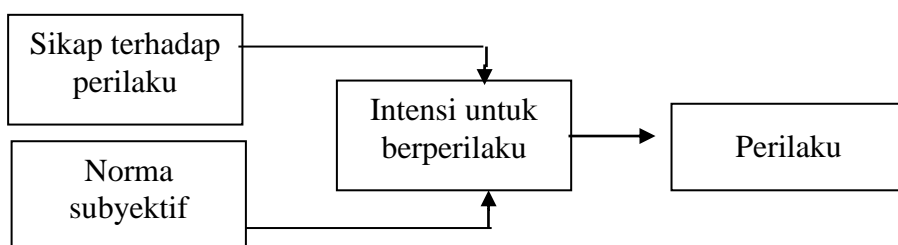
Tindakan atau keterampilan terhadap stimulus. Pengukuran psikomotor dapat dilakukan melalui observasi atau pengamatan, agar hasil yang diharapkan dapat lebih akurat. Menurut Reber (dalam Syah, 2003) bahwa keterampilan atau tindakan merupakan kemampuan melakukan pola tingkah laku, sesuai dengan keadaan untuk mencapai hasil tertentu. Dalam penelitian ini perilaku diukur dalam bentuk kemandirian keluarga yang akan dijelaskan pada metode penelitian.

a. **Theory of Reasoned Action (TRA)**

Ajzen dan Fishbein (1988), mengemukakan teori tindakan beralasan (*Theory Of Reasoned Action*) yang mengatakan bahwa

sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan serta dampaknya terbatas hanya pada tiga hal, yaitu 1) perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tetapi oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu; 2) perilaku dipengaruhi tidak hanya oleh sikap tetapi juga oleh berbagai norma subjektif (*subjective norms*) yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat; dan (3) sikap terhadap suatu perilaku bersama norma subjektif membentuk suatu intensi atau niat berperilaku tertentu.

Hubungan ketiga komponen tersebut digambarkan pada gambar berikut.



Gambar 3. *Theory of Reactioned Action (TRA)*

Dari gambar di atas, tampak bahwa intensi merupakan fungsi dari dua determinan dasar yaitu pertama sikap individu terhadap perilaku (merupakan aspek personal) dan kedua persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku yang bersangkutan disebut norma subjektif. Secara sederhana *Theory of Reactioned Action (TRA)* menyatakan bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukannya.

b. Theory of Planned Behaviour

Teori perilaku yang direncanakan (*Planned Behaviour Theory*) yang disingkat dengan PBT merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA. Seperti pada teori TRA, faktor inti dari TPB adalah niat individu dalam melakukan perilaku tertentu. Niat diasumsikan sebagai penangkap motivasi yang mempengaruhi suatu perilaku. Secara umum, semakin kuat niat untuk terlibat dalam perilaku maka semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan, (Ajzen, 1991). Inti teori ini mencakup tiga hal, sebagai berikut.

1. Keyakinan tentang kemungkinan hasil dan evaluasi dari perilaku (*behaviour beliefs*).
2. Keyakinan tentang norma yang diharapkan dan motivasi untuk memenuhi harapan (*normative beliefs*).
3. Keyakinan tentang adanya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi perilaku dan kesadaran akan kekuatan faktor (*control beliefs*).

c. Behaviour Beliefs and Attitude Toward Behaviour

Behaviour Beliefs adalah kepercayaan seseorang tentang konsekuensi dari perilaku tertentu. Konsep ini berdasarkan probabilitas subjektif bahwa perilaku akan menghasilkan hasil yang diberikan. *Behaviour beliefs* menghasilkan sikap suka atau tidak suka terhadap perilaku individu. *Behaviour beliefs* menghasilkan *attitude toward behaviour* yaitu evaluasi seseorang positif atau negatif dilihat dari kinerja dalam perilaku tertentu. Konsepnya adalah sejauh mana kinerja perilaku yang positif atau negatif dihargai. Hal ini ditentukan oleh seperangkat keyakinan perilaku dapat diakses yang menghubungkan perilaku untuk berbagai hasil dan atribut lainnya.

Evaluasi seseorang terhadap suatu obyek dapat terbentuk dari *beliefs* yang dipegang oleh orang itu mengenai objek, ide inilah yang diterapkan pada pembentukan dari *Attitudes Toward Behaviour*. Dalam membicarakan *Attitudes Toward Behaviour*, setiap *beliefs* mengaitkan perilaku dengan konsekuensi tertentu atau dengan beberapa atribut lain seperti keuntungan atau kerugian yang berhubungan dengan pelaksanaan perilaku.

Atribut yang menyertai perilaku yang sudah dinilai positif atau negatif, individu secara otomatis akan memiliki penilaian tersendiri terhadap suatu perilaku. Dengan cara itu, individu belajar untuk menyukai perilaku yang dipercaya mempunyai konsekuensi yang diinginkan oleh individu dalam membentuk sikap negatif terhadap perilaku yang bisa diasosiasikan dengan konsekuensi yang tidak ia inginkan.

Menurut *Theory of Planned Behaviour*, *attitudes* ditentukan oleh sejumlah keyakinan mengenai konsekuensi dari menampilkan suatu perilaku. Keyakinan ini disebut *behaviour beliefs*. Setiap *behaviour beliefs* mengkaitkan suatu perilaku pada *outcome* tertentu. *Attitude* ditentukan oleh evaluasi seseorang mengenai *outcome* yang diasosiasikan dengan perilaku dan kekuatan asosiasi tersebut.

d. Normative Beliefs and Subjective Norm

Normative beliefs adalah persepsi individu tentang perilaku tertentu yang dipengaruhi oleh penilaian orang lain yang signifikan (Orang tua, pasangan, teman atau guru). *Normative beliefs* menghasilkan kesadaran akan tekanan dari lingkungan sosial atau norma subyektif. *Subjective norm* adalah persepsi individu dari tekanan normatif sosial, atau keyakinan lain yang relevan bahwa seseorang tersebut harus atau tidak harus melakukan perilaku tersebut.

Menurut Peter dan Olson (1999:150) norma subjektif atau *subjective norms* adalah *the subjective or social norm (SN) component reflects consumer's perceptions of what they think other people want them to do*. Norma subjektif atau norma sosial adalah persepsi bidan tentang apa yang mereka anggap bahwa orang lain ingin agar mereka melakukan sesuatu. Jadi, norma subjektif merupakan persepsi bidan terhadap harapan orang lain. Norma subjektif merupakan komponen yang berisikan keputusan yang dibuat oleh individu setelah mempertimbangkan pandangan banyak orang yang mempengaruhi berbagai norma subjektif tentang perilaku tertentu. Norma subjektif seseorang merupakan produk dari keyakinan bahwa orang lain (*reference*) berpendapat sebaiknya ia melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu dan motivasi seseorang untuk menuruti pendapat tersebut, (Kusmini, 2000). Peter dan Olson (1999), menjelaskan bahwa norma subjektif terbentuk atas keyakinan normatif yaitu berhubungan dengan melakukan apa yang orang lain inginkan. Mereka melakukannya dengan motivasi untuk memenuhi harapan orang lain tersebut. Norma subjektif juga ditentukan oleh kesediaan seseorang untuk memenuhi harapan tersebut yang biasanya disebut sebagai dorongan untuk patuh (*motivation to comply*). Jadi, dapat dikatakan bahwa norma subjektif merupakan gabungan dari keyakinan seseorang tentang harapan orang lain (perantara atau rujukan) terhadap dirinya dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut.

Menurut Ajzen dan Fishbein (1980), *subjective norms* atau norma subjektif merupakan persepsi individu berhubungan dengan kebanyakan orang yang penting bagi dirinya. Orang tersebut mengharapkan individu untuk melakukan atau tidak melakukan tingkah laku tertentu dan dijadikan acuan atau patokan untuk mengarahkan tingkah laku individu tersebut. Norma subjektif

merupakan dasar determinan kedua dari intensi dalam *Theory of Planned Behaviour* (TPB), norma subjektif pun masih terkait dengan *beliefs* atau keyakinan. Namun *beliefs* dalam norma subjektif berbeda jenis dengan *beliefs* dalam sikap, karena *beliefs* dalam norma subjektif merupakan representasi persepsi dari *significant others* (tokoh panutan) baik perorangan maupun kelompok. Hal tersebut yang kemudian mempengaruhi individu akan menampilkan perilaku atau tidak. *Normative beliefs* adalah keyakinan individu bahwa *important others* (tokoh penting) menuntut atau tidak menuntut individu untuk menampilkan suatu perilaku.

Norma subjektif menurut Ajzen dan Fishbein (1980) ditentukan oleh dua hal, sebagai berikut.

1. *Normative beliefs* merupakan keyakinan yang berhubungan dengan pendapat atau tokoh atau orang lain, baik perorangan maupun kelompok, yang berpengaruh dan penting bagi individu. Hal tersebut seringkali disebut dengan *significant others* atau tokoh panutan yang menjadi acuan untuk melakukan suatu perilaku tertentu atau tidak, sehingga individu termotivasi untuk melakukan tingkah laku tersebut.
2. *Motivation to comply*, yaitu seberapa jauh motivasi individu untuk mengikuti pendapat tokoh panutan tersebut.

e. Control Beliefs and Perceived Behaviour Control

Control beliefs adalah keyakinan seseorang tentang adanya faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat kinerja perilaku, (Ajzen, 2001). Konsep kontrol perilaku yang dirasakan secara konseptual berhubungan dengan *self-efficacy*. *Perceived behaviour control* adalah kemudahan individu yang dirasakan atau kesulitan melakukan perilaku tertentu, (Ajzen, 1988). Diasumsikan bahwa kontrol perilaku yang dirasakan ditentukan oleh seperangkat keyakinan total kontrol yang diakses. *Control beliefs* menimbulkan persepsi ruangan memperdulikan terhadap perilaku tersebut.

Kontrol perilaku yang dipersepsikan *Perceived Behaviour Control*, dalam (Ajzen, 2002) adalah "... and beliefs about the presence of factors that may facilitate or impede performance of the behaviour and the perceived power of these factors" (*control beliefs*). Keyakinan mengenai adanya faktor yang memudahkan atau menghalangi tampilnya perilaku dan kekuatan yang dirasakan dari berbagai faktor tersebut (keyakinan kontrol). Adanya keyakinan

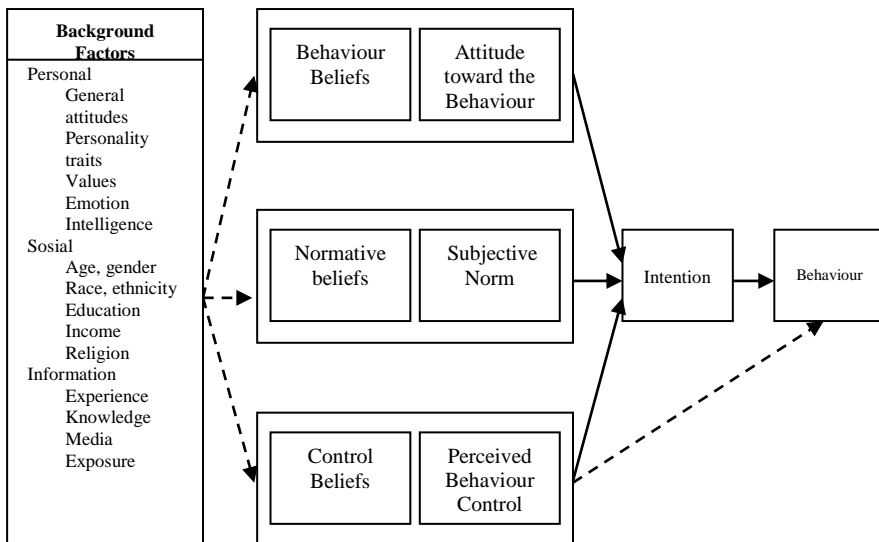
kontrol yang mendorong timbulnya perilaku yang dipersepsikan. Jadi, dapat dikatakan bahwa keyakinan kontrol menunjukkan keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk menampilkan perilaku serta mengatasi hambatan yang mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat berasal dari dalam diri sendiri atau dari lingkungan. Selain itu, kontrol perilaku yang dirasakan ini juga dianggap sebagai cerminan pengalaman masa lalu yang dimiliki oleh individu. Semakin banyak sumber dan peluang yang dipikirkan oleh seseorang untuk dimiliki dan semakin sedikit rintangan yang dapat diantisipasi, maka semakin besar kontrol perilaku yang dirasakan. Sebaliknya, semakin sedikit sumber dan peluang yang dipikirkan oleh seseorang untuk dimiliki dan semakin besar rintangan yang dapat diantisipasi, maka semakin kecil kontrol perilaku yang dirasakan. Kontrol perilaku dalam TPB merupakan upaya untuk memprediksi perilaku secara lebih akurat karena kontrol perilaku ini sangat memperhatikan beberapa kendala realistis yang akan terjadi.

BAB IV INTENSI PADA REMAJA

A. Variabel Pengaruh Intensi

Di samping faktor utama yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya, terdapat beberapa variabel lain yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *beliefs*, beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu kategori personal, sosial dan informasi. Kategori personal meliputi sikap secara umum dan disposisi kepribadian. Kategori sosial meliputi usia, ras, etnis dan lain-lain. Sedangkan kategori informasi meliputi pengalaman, pengetahuan dan lainnya. Variabel ini mempengaruhi *beliefs* dan pada akhirnya berpengaruh terhadap intensi dan tingkah laku.

Keberadaan faktor tambahan di atas memang masih menjadi pertanyaan empiris mengenai seberapa jauh pengaruhnya terhadap *beliefs*, intensi dan tingkah laku. Namun, faktor ini pada dasarnya tidak menjadi bagian dari teori *planned behaviour* yang dikemukakan oleh Ajzen melainkan hanya sebagai pelengkap untuk menjelaskan lebih dalam determinan tingkah laku manusia.



Gambar 4. Peran *Background Factor* pada teori *Planned Behaviour*

B. Teori “*Precede-Proceed Model*” Lawrence Green

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green dari teorinya tahun 1980. Lawrence Green mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan, dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor di luar perilaku. *PRECED* adalah akronim dari 3 faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu *Predisposing*, *Enabling* dan *Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Menurut Lawrence Green (1991), faktor-faktor yang menentukan perilaku sehingga menimbulkan perilaku yang positif, diantaranya:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. Faktor ini adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai (tradisi, norma sosial, pengalaman), demografi. Perilaku ibu hamil akan termotivasi untuk minum tablet *Fe* apabila ibu hamil tahu manfaat dari tablet *Fe* tersebut. Kepercayaan ibu akan manfaat tablet *Fe* itu akan mencegah atau mengobati dari keadaan anemia.

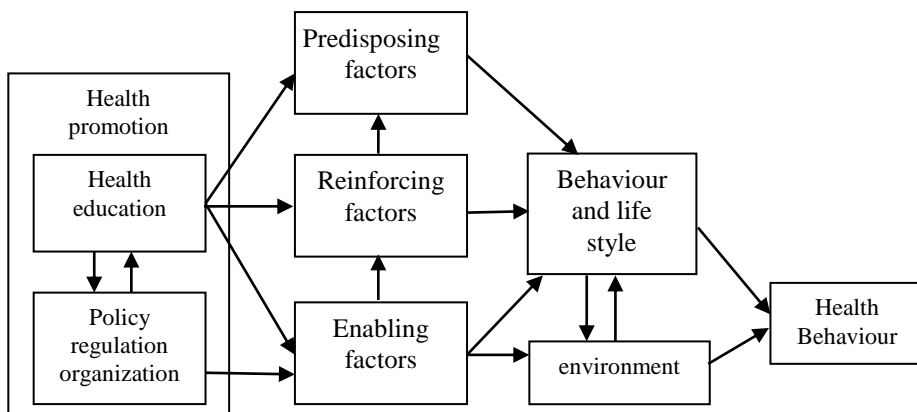
2. Faktor pemungkin atau pendukung (*Enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Seorang ibu hamil akan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan apabila tersedianya tenaga kesehatan, sarana Puskesmas atau Rumah Sakit. Yang masuk pada faktor ini adalah ketersediaan sumber daya kesehatan berupa tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, keterampilan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan yang akan mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku sehat seseorang atau masyarakat.

3. Faktor Penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor ini adalah merupakan faktor penyerta atau yang datang sesudah perilaku itu ada. Ibu hamil akan selalu melakukan pemeriksaan kehamilannya di sarana kesehatan atau pada petugas kesehatan apabila dia didukung atau selalu diingatkan oleh orang di sekitarnya seperti suami, orang tua, teman. Yang termasuk pada faktor ini adalah keluarga, teman, suami, petugas kesehatan.

Skema 3 (tiga) faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (L.Green, 1980) sebagai berikut:



Gambar 5. *Preceed-Proceed Model For Health Promotion Planing And Evaluation*

Dalam teori tindakan beralasan, Azwar (1995), mengemukakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan serta dampaknya terbatas pada 3 hal, yaitu 1) perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tetapi sikap yang spesifik terhadap sesuatu: 2) Perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh sikap tetapi juga oleh norma-norma subjektif yaitu keyakinan mengenai apa yang orang lain inginkan agar orang lain berbuat; 3) Sikap terhadap perilaku bersama norma subjektif membentuk suatu intensi atau niat untuk berperilaku tertentu, Azjen dan Fishbein (1980).

C. Intensi pada Remaja

1. Defenisi Intensi

Ada beberapa defenisi yang dikemukakan oleh para ahli di antaranya oleh Fishbein dan Ajzen (1975), sebagai berikut.

We have defined intention as a person location on a subjective probability dimension involving a relation between himself and some action. Behavioural intention, therefore, refers to a person's subjective probability that he will perform some behaviour. Ajzen mengartikan intensi sebagai disposisi tingkah laku yang hingga terdapat waktu dan kesempatan yang tepat akan diwujudkan dalam bentuk tindakan. Sejalan dengan defenisi tersebut Fedman (1995), menyatakan intensi adalah rencana atau resolusi individu untuk

melaksanakan tingkah laku yang sesuai dengan sikap mereka. Intensi juga diartikan sebagai deklarasi internal untuk bertindak atau melakukan sesuatu (Hogg & Voughan, 2005). Beberapa defenisi di atas menekankan hal yang kurang lebih sama, bahwa intensi merupakan niat individu untuk melakukan sesuatu di masa depan.

Banyak ahli memberikan defenisi pada intensi menunjukkan bahwa bahasan tentang intensi merupakan topik yang penting terutama dalam hubungannya dengan prediksi tingkah laku. Hal ini disebabkan tingkah laku yang dibahas dalam psikologi sosial berkaitan dengan tingkah laku dibawah kontrol kemauan atau kesadaran (*volitional*). Artinya, individu hanya akan melakukan sesuatu hanya jika benar-benar ia ingin melakukannya, untuk itu individu tersebut membentuk intensi. Menurut Fieldman (1995), intensi akan terwujud dalam tingkah laku yang sebenarnya, jika individu tersebut mempunyai kesempatan yang baik dan waktu yang tepat untuk merealisasikannya. Selain itu, intensi akan dapat memprediksi tingkah laku jika diukur dengan tepat.

2. Keakuratan Intensi sebagai Prediktor Tingkah Laku

Keakuratan intensi dalam mengukur tingkah laku di atas tentu bukan tanpa syarat. Dengan ditemukannya beberapa studi bahwa intensi tidak selamanya menghasilkan tingkah laku yang dimaksud. Pernyataan ini juga diperkuat oleh Ajzen (2005), menurutnya walaupun banyak ahli yang telah membuktikan hubungan yang kuat antara intensi dan tingkah laku. Namun, pada beberapa hasil studi ditemukan pula hubungan yang lemah di antara keduanya, seperti yang dikemukakan oleh King (dalam Aiken, 2002), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku, di antaranya spesifik tidaknya intensi, jarak waktu antara pengukuran intensi dengan tingkah laku dan kemampuan untuk melakukan apa yang sudah dikatakan.

a. Kesesuaian antara intensi dan tingkah laku

Salah satu faktor yang menyebabkan diskrepansi hubungan intensi dan perilaku adalah ketidaksesuaian (*incompatibility*) pengukuran yang dilakukan terhadap intensi dan tingkah laku. Seperti juga halnya sikap, pengukuran sikap yang masih umum (*general attitude*) sangat lemah memprediksi tingkah laku sama halnya dengan intensi. Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan waktunya. Misalnya dilakukan

pengukuran intensi bersepeda selama 12 bulan ke depan, lalu diukur tingkah laku aktualnya selama 5 bulan ke depan. Hasil korelasi keduanya kemungkinan rendah. Hal ini disebabkan pengukuran intensi yang tidak sesuai konteks tingkah laku yang ingin diukur akan memprediksi tingkah laku secara lemah. Maka sebaiknya konteks dan pengukuran intensi haruslah sesuai dengan tingkah lakunya. Jika diterapkan dengan contoh di atas, misalnya dilakukan pengukuran intensi untuk bersepeda selama 5 bulan ke depan.

b. Stabilitas Intensi

Faktor kedua adalah ketidakstabilan intensi seseorang. Hal ini akan terjadi bila jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi dengan pengamatan tingkah laku. Setelah dilakukan pengukuran intensi, sangat mungkin ditemui hal-hal yang dapat mencampuri atau mengubah intensi seseorang untuk berubah, sehingga pada tingkah laku yang ditampilkannya tidak sesuai dengan intensi awal. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah. Misalnya pada penelitian tentang intensi bersepeda. Individu yang pada awalnya tidak berniat untuk bersepeda, namun setelah diukur tingkah lakunya, individu tersebut justru melakukannya (bersepeda). Hal ini terjadi karena selama selang waktu antara intensi dan tingkah laku untuk bersepeda, ia menyaksikan sosialisasi dan promosi tentang manfaat bersepeda.

c. *Literal inconsistency*

Pengukuran intensi dan tingkah laku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak antara pengukuran intensi dan tingkah laku secara singkat. Namun, kemungkinan terjadi ketidaksesuaian antara intensi dengan tingkah laku yang ditampilkannya masih ada. Banyak individu yang menyatakan intensi untuk melakukan, namun ternyata ia tidak melakukannya. Penjelasan mengenai *literal inconsistency* adalah individu terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah lakunya sesuai dengan intensi yang sudah dinyatakan sebelumnya. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa alasan, diantaranya karena individu tersebut merasa lupa akan apa yang pernah mereka ucapkan. Maka untuk mengantisipasi hal ini, dapat digunakan strategi *Implementation Intention*. Dengan meminta individu yang bersangkutan untuk merinci bagaimana intensi tersebut akan diimplementasikan dalam tingkah laku. Rinciannya mencakup kapan, dimana dan bagaimana tingkah laku akan dilakukan. Menurut Ajzen

(2005), perumusan *Implementation intention* ini diasumsikan akan mengaktivasi representasi mental pada situasi yang spesifik dan hal ini membuat lebih mudah untuk diakses.

d. *Base Rate*

Base rate merupakan tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku akan dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan tingkat *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi dan makan. Sedangkan tingkah laku dengan *base rate* rendah adalah tingkah laku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misalnya bunuh diri. Fishbein dan Ajzen (1975), menyatakan jika tingkat *base rate* terlalu ekstrim, maka akan mengurangi korelasi antara intensi dengan perilaku aktualnya. Tingkah laku dengan *base rate* yang ekstrim tinggi atau rendah juga terbukti tidak dapat diprediksi perilaku aktualnya dengan baik jika perilaku tersebut memiliki tingkat *base rate* yang sedang, misalnya perilaku bersepeda.

BAB V EPIDEMIOLOGI HIV DAN AIDS

A. Pengertian HIV dan AIDS

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, yaitu menurunnya daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit karena adanya infeksi Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). AIDS adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV. Penularan dapat terjadi melalui tiga cara, sebagai berikut.

1. Hubungan seksual. Baik secara vagina, oral ataupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% total kasus.
2. Kontak langsung dengan darah/ produk/ jarum suntik:
 1. Transfusi darah yang tercemar HIV, risikonya sangat tinggi sampai lebih dari 90%.
 2. Pemakaian jarum tidak steril/ pemakaian bersama jarum suntik pada para pecandu narkotik.
 3. Penularan lewat kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan risikonya sekitar kurang dari 0,5% dan telah terdapat kurang dari 0,1 dari total kasus sedunia.
3. Secara vertikal dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya selama hamil, saat melahirkan atau pun setelah melahirkan. Sekitar 25-40% terdapat 0,1% dari total kasus sedunia, (Dexamedia, 1996).



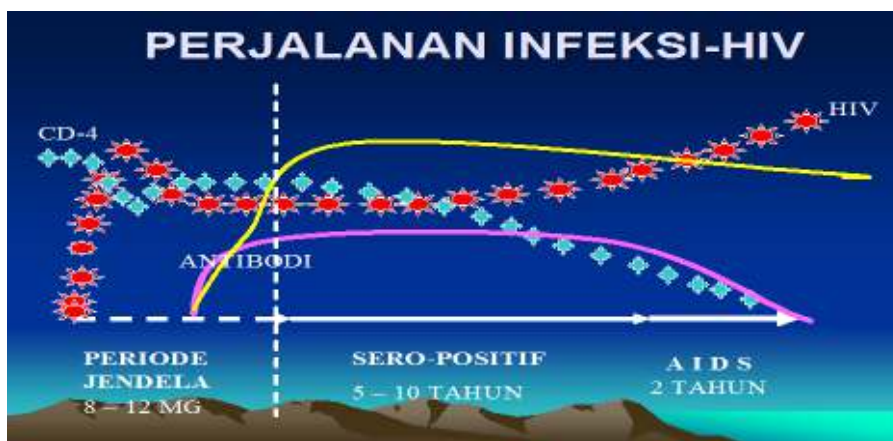
Gambar 6. Gejala Klinis pada stadium AIDS

Beberapa masalah yang menyulitkan pencegahan dan pemberantasan AIDS, sebagai berikut.

- a. Belum terdapat pengobatan yang efektif untuk mempertahankan fungsi *imunologis*, infeksi yang *oportunistik* dan menghilangkan aktivitas HIV.
- b. Tidak ada vaksin (*immunoglobulin*) yang efektif untuk mencegah infeksi HIV dan pengadaan vaksin (*immunoglobulin*) tersebut belum dimungkinkan dalam waktu lima tahun mendatang bahkan lebih lama lagi.
- c. Lokasi/ karantina bukanlah merupakan cara pengawasan rutin yang praktis dan efektif.
- d. Pelacakan kontak atau pendekatan terhadap efektivitasnya terbatas, karena penyakit tersebut mempunyai masa inkubasi yang panjang juga karena banyak orang kelompok risiko tinggi. (Dexamedia, 1996).

B. Kronologi Perjalanan Infeksi HIV dan AIDS

Seseorang yang telah terinfeksi virus HIV di dalam tubuhnya menjalani beberapa stadium terdiri atas stadium awal yang dikenal dengan periode jendela (*window periode*). Stadium kedua adalah periode *asimptomatik* berlangsung selama 5-10 tahun tergantung tingkat kekebalan tubuh seseorang. Stadium ketiga adalah stadium dimana munculnya satu di antara tiga gejala minor antara lain timbulnya pembesaran pada kelenjar limfe, dan stadium terakhir adalah stadium AIDS.



Gambar 7. Perjalanan Infeksi Virus HIV di dalam Tubuh dengan Perbandingan Tingkat Kekebalan Tubuh pada Manusia

Penularan HIV ditularkan melalui cairan tubuh yang terinfeksi HIV seperti cairan sperma, cairan vagina atau darah dan ASI ibu yang sudah terinfeksi. Penularan HIV terjadi melalui kontak, sebagai berikut.

a. Penularan melalui Hubungan Seksual

Penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi saat senggama laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki. Senggama berarti kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal, oral seksual antara dua individu. Risiko tertinggi adalah penetrasi vaginal atau anal yang tak terlindungi dari individu yang terinfeksi HIV. Kontak seksual langsung (mulut ke penis atau mulut ke vagina) masuk dalam kategori risiko rendah tertular HIV. Tingkatan risiko tergantung pada jumlah virus yang keluar dan masuk ke dalam tubuh seseorang, seperti luka sayat atau gores dalam mulut, perdarahan gusi dan atau penyakit gigi mulut atau pada alat genital akan memperbesar risiko.

b. Penularan melalui Pajanan oleh Darah Terinfeksi, Produk Darah atau Transplantasi Organ dan Jaringan

Penularan dari darah dapat terjadi jika darah donor tidak dilakukan uji saring untuk antibodi HIV, transfusi darah yang terinfeksi HIV, penggunaan ulang jarum dan semprit suntikan, atau penggunaan alat medis lainnya. Kejadian di atas, dapat terjadi pada semua pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, poliklinik, pengobatan tradisional melalui alat tusuk atau jarum, juga pada IDU (Penasun=pengguna NAPZA suntik). Pajanan HIV pada organ dapat terjadi dalam proses transplantasi jaringan atau organ di pelayanan kesehatan.

3. Penularan HIV melalui Penggunaan NAPZA

Kontaminasi virus HIV sangat mungkin terjadi selama beberapa tahapan persiapan dan tahapan dalam penyuntikan NAPZA. Proses penyuntikan NAPZA dengan menggunakan alat suntik bersama menjadi media penularan yang efektif saat ini. Dengan menggunakan peralatan suntik yang sama (jarum suntik, air pembilas, sendok, wadah pengaduk obat), berarti ada peluang darah yang terkontaminasi dapat mengkontaminasi peralatan lain.

4. Penularan dari Ibu ke Anak

Tidak semua anak yang lahir dari ibu HIV+ mengidap HIV+. Tanpa suatu intervensi yang lain, satu dari tiga wanita HIV+ menularkan virus ke bayinya. Kebanyakan infeksi HIV pada anak

didapat dari ibunya saat ia dikandung, dilahirkan, dan sesudah lahir. Risiko penularan tanpa intervensi, sangat bervariasi di satu negara dengan negara lain dan umumnya diperkirakan antara 25-40% di negara berkembang dan 16-20% di Eropa dan Amerika Utara.

C. Penemuan Kasus HIV

Beberapa langkah utama yang dilakukan untuk menemukan kasus HIV. Langkah pertama dilakukan sosialisasi kepada tokoh masyarakat di kampung yang bersangkutan oleh Lay Konselor. Pada sosialisasi disampaikan tentang HIV dan AIDS dan pentingnya *testing* serta agar tokoh masyarakat mendukung pelaksanaan *testing*. Langkah tindak lanjut adalah diharapkan tokoh masyarakat meyakinkan masyarakat agar mau mengikuti *testing* HIV.

Langkah kedua adalah pelayanan *testing* HIV oleh *Mobile VCT*. Masyarakat membuat jadwal kapan dan dimana pelayanan konseling dan *testing* HIV dilakukan. Lay Konselor memberikan jadwal yang disepakati oleh masyarakat tersebut kepada petugas *Mobile VCT* agar petugas *Mobile VCT* memberikan pelayanan konseling dan *testing* kepada masyarakat sebagaimana disepakati. Setiap *Mobile VCT* rata-rata melayani 3 sampai 5 kampung sesuai dengan situasi dan kondisi geografis. Perlu diingat bahwa pengumpulan masyarakat ini dilakukan untuk efisiesi dan efektifitas pelaksanaan kegiatan.

D. Model Penanggulangan HIV dan AIDS pada Kelompok Sasaran

Pendekatan upaya pencegahan terjadinya infeksi baru dan infeksi lanjutan perlu memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan yaitu promotif, preventif, diagnosis dini, kuratif dan rehabilitatif. Tabel berikut adalah program dan kegiatan yang dilakukan berdasarkan jenis populasi dan prinsip pencegahan seperti di bawah ini. dapat dituliskan dalam tabel tersebut.

Tabel 2. Model Pencegahan HIV /AIDS konsep *Five Level Prevention*

Kelompok populasi	Promotif	Preventif	Diagnosis Dini	Kuratif
Populasi umum	PHBS	Seks Aman (ABC) Pengamanan darah donor Kewaspadaan Universal PMTCT	PITC VCT aktif VCT mobile	-
Populasi berisiko	PHBS BCC (Komunikasi Perubahan Perilaku)	Seks Aman (Kondom 100%) Pengamanan darah donor Kewaspadaan Universal PMTCT	PITC VCT aktif VCT mobile	Layanan IMS
Kelompok orang dengan HIV	PHBS BCC	Seks Aman (Kondom 100%) Pengamanan darah donor Kewaspadaan Universal PMTCT	Diagnostik penyakit penyerta Penentuan stadium HIV	Layanan OI, Gizi, palliatif Dukungan (PHN)
Kelompok orang dengan AIDS	PHBS BCC	Seks Aman (kondom 100%) Pengamanan darah donor Kewaspadaan Universal PMTCT	Diagnostik penyakit penyerta Penentuan stadium HIV	Layanan OI, Gizi, palliatif ,ARVefek sampingDukungan, Monitoring adherence dan resistensi

BAB VI

FAKTOR RESIKO HIV DAN AIDS PADA REMAJA

A. Behaviour Beliefs

Menurut Fishbein dan Ajzen (1980), dalam Teori *Plan Behaviour* (TPB), intensi dipengaruhi oleh faktor keyakinan (*beliefs*) yang terdiri atas *behaviour beliefs*, *normative beliefs*, *control beliefs*, *attitude toward behaviour*, *subjective norma* dan *perceived behaviourcontrol*. Dalam penelitian ini, *attitude toward behaviour*, *subjective norma* dan *perceived behaviour control* tidak diteliti karena peneliti fokus pada faktor pengetahuan dan keyakinan yang menghasilkan intensi.

Behaviour beliefs adalah sejumlah keyakinan mengenai konsekuensi dari menampilkan suatu perilaku. Setiap *behaviour beliefs* mengaitkan suatu perilaku pada *outcome* tertentu. Evaluasi pada setiap *outcome* yang diasosiasikan dengan suatu perilaku berkontribusi pada *attitude* dalam proporsi dalam kemungkinan subjektif seseorang bahwa suatu perilaku akan menghasilkan *outcome* tertentu. Perilaku berisiko terhadap penularan HIV dan AIDS pada remaja, jika remaja memiliki keyakinan terhadap perilaku berisiko akan menyebabkan penularan HIV dan AIDS, maka remaja tidak akan melakukan perilaku berisiko tersebut.

Normative beliefs adalah keyakinan individu bahwa *important others* (tokoh penting) menuntut atau tidak menuntut individu untuk menampilkan suatu perilaku, maka individu tersebut memiliki suatu motivasi untuk mengikuti tuntutan tersebut (patuh). *Normative beliefs* pada remaja dapat diketahui melalui pertanyaan kepada responden apakah *important others* sangat setuju, setuju, netral, tidak setuju dan sangat tidak setuju terhadap perilaku berisiko yang dilakukan oleh remaja.

Control beliefs adalah keyakinan mengenai ada atau tidaknya berbagai faktor yang dapat mendukung atau menghambat dalam melakukan perilaku berisiko HIV dan AIDS. Keyakinan ini dapat didasari dari pengalaman masa lalu dan dapat juga dipengaruhi oleh informasi secara tidak langsung mengenai perilaku berisiko tersebut dengan cara mengobservasi pengalaman orang lain disekitarnya. Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor lain yang meningkatkan atau menurunkan persepsi mengenai kesulitan untuk menampilkan suatu perilaku tertentu. Semakin tersedia sumber daya dan kesempatan

serta semakin sedikit hambatan yang mereka antisipasi, semakin besar persepsi mereka bahwa mereka dapat mengontrol atau melakukan perilaku tersebut.

Dalam penelitian ini, ketersediaan sumber daya dan kesempatan untuk melakukan perilaku berisiko oleh remaja dapat berupa kondisi lingkungan sosial dengan adanya pekerja seks komersial secara tidak langsung di Kota Gorontalo sehingga dapat memberikan kesempatan kepada remaja untuk berkeyakinan akan adanya faktor yang dapat mendukung perilaku tersebut.

Intensi merupakan tanda dari seberapa keras seseorang berusaha, seberapa banyak usaha yang mereka rencanakan akan digunakan dalam menampilkan perilaku tersebut. Intensi diasumsikan sebagai determinan langsung dari perilaku dan mengarahkan perilaku yang dikontrol dan disengaja. Dalam hal perilaku berisiko penularan HIV dan AIDS pada remaja di Kota Gorontalo, kebijakan pemerintah dengan adanya peraturan daerah tentang anti maksiat dapat mempengaruhi intensi remaja dalam melakukan perilaku berisiko terhadap HIV dan AIDS.

B. Kepatuhan Menjalankan Ajaran Agama

Sebelum membahas religiusitas perlu adanya pembahasan mengenai agama sebagai dasar dari perilaku religiusitas ini. *Oxford student dictionary* (Azra, 2000), mendefinisikan bahwa agama adalah suatu kepercayaan akan keberadaan suatu kekuatan pengatur supranatural yang menciptakan dan mengendalikan alam semesta. Dalam bahasa Arab agama berasal dari kata *Ad-din*, kata ini mengandung arti menguasai, menundukkan, patuh, dan kebiasaan. Nasution (1986), menyatakan bahwa agama mengandung arti ikatan yang harus dipegang dan dipatuhi manusia. Ikatan yang dimaksud berasal dari salah satu kekuatan yang lebih tinggi daripada manusia sebagai kekuatan gaib yang tidak dapat ditangkap dengan panca indera, namun mempunyai pengaruh yang besar sekali terhadap kehidupan manusia sehari-hari.

Michel Meyer (dalam Rousydiy, 1986), berpendapat bahwa agama adalah sekumpulan kepercayaan dan pengajaran yang mengarahkan kita dalam tingkah laku kita terhadap Allah SWT, terhadap sesama manusia dan terhadap diri kita sendiri. Menurut Uyun (1998), agama sangat mendorong pemeluknya untuk berperilaku baik dan bertanggung jawab atas segala perbuatannya

serta giat berusaha untuk memperbaiki diri agar menjadi lebih baik. Berdasarkan beberapa defenisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa agama adalah segenap kepercayaan yang disertai dengan ajaran agama yang dianut.

Kewajiban untuk menghubungkan manusia dengan Tuhan yang berguna dalam mengontrol dorongan yang membawa masalah dan untuk memperbaiki diri agar menjadi lebih baik. Ajaran agama merupakan nilai atau norma agama yang diyakini seseorang dan menjadi pertimbangan dalam melakukan suatu tindakan. Seseorang yang patuh terhadap agama cenderung tidak melakukan perbuatan yang bertentangan dengan ajaran agamanya, kepatuhan menjalankan agama merupakan suatu bentuk ibadah yang dilaksanakan secara kontinyu oleh seseorang terhadap agamanya dan merupakan suatu hal yang rutin dan wajib dijalankan oleh manusia.

Penelitian Meier (2001), tentang religius (agama) dan sikap tentang seks terhadap seksual pertama pada masa transisi remaja. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa agama tidak terlalu kuat dan konsisten berhubungan dengan seksual pertama remaja, akan tetapi dapat memberikan indikasi nilai motivasi terhadap sikap tertentu, dampak dari sikap selanjutnya akan berpengaruh terhadap perilaku tertentu.

Fungsi agama menurut Jalaluddin (2004) agama memiliki beberapa fungsi dalam kehidupan manusia, sebagai berikut.

1. Fungsi Edukatif
Ajaran agama memberikan ajaran yang harus dipatuhi. Dalam hal ini bersifat menyuruh dan melarang agar pribadi penganutnya menjadi baik dan terbiasa dengan yang baik.
2. Fungsi Penyelamat
Keselamatan yang diberikan oleh agama kepada penganutnya adalah keselamatan yang meliputi dua alam yaitu dunia dan akhirat.
3. Fungsi Perdamaian
Melalui agama, seseorang yang bersalah atau berdosa dapat mencapai kedamaian batin melalui tuntunan agama.
4. Fungsi Pengawasan Sosial
Ajaran agama oleh penganutnya dianggap sebagai norma, sehingga dalam hal ini agama dapat berfungsi sebagai pengawasan sosial secara individu maupun kelompok.

5. Fungsi Pemupuk Rasa Solidaritas

Para penganut agama yang sama secara psikologis akan merasa memiliki kesamaan dalam kesatuan; iman dan kepercayaan. Rasa kesatuan ini akan Universitas Sumatera Utara membina rasa solidaritas dalam kelompok maupun perorangan, bahkan terkadang dapat membina rasa persaudaraan yang kokoh.

6. Fungsi Transformatif

Ajaran agama dapat mengubah kehidupan kepribadian seseorang atau kelompok menjadi kehidupan baru sesuai dengan ajaran agama yang dianutnya, kehidupan baru yang diterimanya berdasarkan ajaran agama yang dipeluk kadangkala mampu merubah kesetiiaannya kepadanorma kehidupan yang dianut sebelumnya.

7. Fungsi Kreatif

Ajaran agama mendorong dan mengajak para penganutnya untuk bekerja produktif bukan saja untuk kepentingan diri sendiri, tetapi juga untuk kepentingan orang lain. Penganut agama bukan saja disuruh bekerja secara rutin dalam pola hidup yang sama, akan tetapi juga dituntut untuk melakukan inovasi dan penemuan baru.

8. Fungsi Sublimatif

Ajaran agama menguduskan segala usaha manusia, bukan saja yang bersifat agama ukhrawi melainkan juga yang bersifat duniawi. Segala usaha manusia selama tidak bertentangan dengan norma-norma agama bila dilakukan atas niat yang tulus, karena dan untuk Allah merupakan ibadah. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa fungsi agama bagi manusia yaitu fungsi edukatif, fungsi penyelamat, fungsi perdamaian, fungsi pengawasan sosial, fungsi pemupuk solidaritas, fungsi transformatif, fungsi kreatif dan fungsi sublimatif.

Istilah religiusitas merupakan terjemahan dari kata *religiosity* dalam bahasa Inggris. Salim dan Salim (dalam Relawu, 2007), mengartikan religiusitas sebagai keshalihan atau besarnya kepatuhan dan pengabdian terhadap agama. Berdasarkan pada istilah agama dan religi muncul istilah religiusitas. Dalam psikologi konsep ini sering disebut sebagai religiusitas. Religiusitas (keberagamaan) diwujudkan dalam berbagai sisi kehidupan manusia. Hal ini perlu dibedakan dari agama, karena konotasi agama biasanya mengacu pada

kelembagaan yang bergerak dalam aspek yuridis, aturan dan hukuman sedangkan religiusitas lebih pada aspek “lubuk hati” dan personalisasi dari kelembagaan tersebut, (Shadily, 1989). Mangunwijaya (1982), juga membedakan istilah religi atau agama dengan istilah religiusitas. Agama menunjuk aspek formal yang berkaitan dengan aturan-aturan dan kewajiban, sedangkan religiusitas mengacu pada aspek religi yang dihayati oleh individu di dalam hati. Pengertian religiusitas berdasarkan dimensi yang dikemukakan oleh Glock dan Stark (dalam Ancok, 2005) yaitu seberapa jauh pengetahuan, seberapa kokoh keyakinan, seberapa tekun pelaksanaan ibadah dan seberapa dalam penghayatan agama yang dianut seseorang. Berdasarkan beberapa uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa religiusitas adalah status keadaan yang ada dalam diri seseorang yang mendorongnya bertingkah laku, bersikap dan bertindak sesuai dengan ajaran agama yang dianutnya.

Dimensi religiusitas menurut Glock dan Stark (dalam Ancok, 2005), ada lima dimensi religiusitas (keagamaan), sebagai berikut.

a. Dimensi Keyakinan/ Ideologik

Dimensi ini berisi pengharapan dimana orang religius berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu dan mengakui kebenaran doktrin tersebut. Misalnya keyakinan akan adanya malaikat, surga dan neraka.

b. Dimensi Praktik Agama/ Peribadatan

Dimensi ini mencakup perilaku pemujaan, pelaksanaan ritus formal keagamaan, ketaatan dan hal yang dilakukan orang untuk menunjukkan komitmen terhadap agama yang dianutnya. Praktik agama ini terdiri atas dua kelas penting, yaitu:

1. Ritual, mengacu kepada seperangkat ritus, tindakan keagamaan formal dan praktik suci yang semua mengharapkan para pemeluk melaksanakannya.
2. Ketaatan, apabila aspek ritual dari komitmen sangat formal dan khas publik, semua agama yang dikenal juga mempunyai seperangkat tindakan persembahan dan kontemplasi personal yang relatif spontan, informal dan khas pribadi.

c. Dimensi Pengalaman

Dimensi ini berkaitan dengan pengalaman keagamaan, perasaan, persepsi dan sensasi yang dialami seseorang atau didefinisikan oleh suatu kelompok keagamaan (atau masyarakat) yang melihat

komunikasi, walaupun kecil, dalam suatu esensi ketuhanan yaitu dengan Tuhan, kenyataan terakhir, dengan otoritas transedental.

d. Dimensi Pengetahuan Agama

Dimensi ini mengacu pada harapan bagi orang yang beragama paling tidak memiliki sejumlah minimal pengetahuan mengenai dasar keyakinan, ritus, kitab suci dan tradisi.

e. Dimensi Konsekuensi

Dimensi ini mengacu pada identifikasi akibat keyakinan keagamaan, praktik, pengalaman dan pengetahuan seseorang dari hari ke hari. Dengan kata lain, sejauh mana implikasi ajaran agama mempengaruhi perilakunya. Perspektif Islam tentang religiusitas dijelaskan dalam surat Al-Baqarah (208), yang artinya : “Hai orang-orang yang beriman masuklah kamu ke dalam Islam secara keseluruhan, dan janganlah kamu turuti langkah-langkah syaitan. Sesungguhnya syaitan itu musuh yang nyata bagimu”. Islam menyuruh umatnya untuk beragama secara menyeluruh, tidak hanya pada satu aspek saja melainkan terjalin secara harmonis dan berkesinambungan. Islam sebagai suatu sistem yang menyeluruh terdiri dari beberapa aspek atau dimensi. Setiap muslim baik dalam berpikir, bersikap maupun bertindak harus didasarkan pada Islam.

Suroso dan Ancok (2005), menyatakan bahwa rumusan Glock dan Stark yang membagi keberagaman menjadi lima dimensi dalam tingkat tertentu mempunyai kesesuaian dengan Islam. Keberagaman dalam Islam bukan hanya diwujudkan dalam bentuk ibadah ritual saja, tapi juga dalam aktivitas lainnya. Sebagai suatu sistem, Islam mendorong pemeluknya untuk beragama secara menyeluruh pula. Menurut Suroso dan Ancok (2005), dimensi keyakinan dapat disejajarkan dengan akidah, dimensi praktik agama disejajarkan dengan syariah dan dimensi pengamalan dengan akhlak, dimensi pengetahuan dengan ilmu dan dimensi pengalaman dengan ihsan (penghayatan). Dimensi religiusitas Islam dapat diuraikan sebagai berikut.

1. Dimensi keyakinan dapat disejajarkan dengan akidah

Dimensi keyakinan atau akidah Islam menunjuk pada seberapa tingkat keyakinan muslim terhadap kebenaran ajaran agamanya, terutama terhadap ajaran yang bersifat fundamental dan dogmatik. Di dalam keberislaman, isi dimensi ini menyangkut keyakinan tentang Allah SWT, para malaikat Nabi dan Rasul, Kitab-kitab Allah surga dan neraka, serta qadha dan qadar.

2. Dimensi praktik agama disejajarkan dengan syariah

Dimensi peribadatan (praktik agama) atau syariah menunjuk pada seberapa tingkat kepatuhan muslim dalam mengerjakan kegiatan ritual sebagaimana disuruh dan diajarkan oleh agamanya. Dalam keberislaman, dimensi peribadatan menyangkut pelaksanaan shalat, puasa, zakat, haji, membaca Al Qur'an, doa, zikir, ibadah kurban, iktikaf di masjid pada bulan puasa dan sebagainya.

5. Dimensi pengamalan disejajarkan dengan akhlak

Dimensi pengamalan atau akhlak menunjuk pada seberapa tingkatan muslim berperilaku dimotivasi oleh ajaran agamanya, yaitu bagaimana individu berelasi dengan dunianya terutama dengan manusia lainnya. Dalam keberislaman, dimensi ini meliputi perilaku suka menolong, bekerjasama, berderma, menyejahterakan dan menumbuh kembangkan orang lain, menegakkan keadilan dan kebenaran, berlaku jujur, memaafkan, menjaga lingkungan hidup, menjaga amanat, tidak mencuri, tidak korupsi, tidak menipu, tidak berjudi tidak meminum minuman yang memabukkan, mematuhi norma islam dalam perilaku seksual, berjuang untuk hidup sukses menurut ukuran islam dan sebagainya.

6. Dimensi pengetahuan disejajarkan dengan ilmu

Dimensi pengetahuan atau ilmu menunjuk pada seberapa tingkat pengetahuan dan pemahaman muslim terhadap ajaran agamanya, terutama mengenai ajaran pokok dari agamanya sebagaimana termuat dalam kitab sucinya. Dalam keberislaman, dimensi ini menyangkut tentang pengetahuan isi Al Qur'an, pokok ajaran yang harus diimani dan dilaksanakan (rukun iman dan rukun islam), hukum islam, sejarah islam dan sebagainya.

7. Dimensi pengalaman disejajarkan dengan ihsan (penghayatan)

Dimensi pengalaman atau penghayatan menunjuk pada seberapa jauh tingkat muslim dalam merasakan dan mengalami perasan dan pengalaman religius. Dalam keberislaman, dimensi ini terwujud dalam perasaan dekat dengan Allah SWT, perasaan doa sering terkabul, perasaan tentram bahagia karena menuhankan Allah, perasaan bertawakal (pasrah diri secara positif) kepada Allah SWT, perasaan khusuk ketika melaksanakan shalat dan doa, perasaan tergetar ketika mendengar adzan atau ayat-ayat Al Qur'an, perasaan bersyukur kepada Allah SWT, perasaan mendapat peringatan atau pertolongan dari Allah SWT. Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dimensi religiusitas dalam Islam yaitu dimensi

keyakinan atau akidah Islam, dimensi peribadatan (praktik agama) atau syariah, dimensi pengamalan atau akhlak, dimensi pengetahuan atau ilmu dan dimensi pengalaman atau penghayatan.

C. Aspek Budaya

Budaya sering juga disebut kebudayaan adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan, dan hasil karya manusia dalam rangka kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar, (Koentjaraningrat, 1984). J.J. Honigmann (1959), membedakan adanya tiga gejala kebudayaan, yaitu *ideas*, *activities*, dan *artifacts*.

Sejalan dengan hal tersebut Koentjaraningrat mengemukakan bahwa kebudayaan dapat digolongkan dalam tiga wujud. Pertama, wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks ide-ide, gagasan, nilai-nilai, norma-norma, dan peraturan. Wujud pertama merupakan wujud ideal dari kebudayaan yang bersifat abstrak (tidak dapat diraba, dipegang, atau difoto), berada di alam pikiran warga masyarakat dimana kebudayaan yang bersangkutan hidup. Kebudayaan ideal ini disebut pula tata kelakuan yang berfungsi mengatur, mengendalikan, dan memberi arah kepada tindakan, kelakuan, dan perbuatan manusia dalam masyarakat. Para ahli antropologi dan sosiologi menyebut wujud ideal dari kebudayaan ini dengan *cultural system* (sistem budaya) yang dalam bahasa Indonesia dikenal dengan istilah adat atau adat istiadat (dalam bentuk jamak). Kedua, wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks aktivitas serta tindakan berpola dari manusia dalam masyarakat. Wujud kebudayaan tersebut dinamakan sistem sosial (*social system*). Wujud kebudayaan ini dapat diobservasi, difoto, dan didokumentasi karena dalam sistem sosial ini terdapat aktivitas manusia yang berinteraksi satu dengan yang lain. Sistem sosial merupakan perwujudan kebudayaan yang bersifat konkret dalam bentuk perilaku dan bahasa. Ketiga, wujud kebudayaan sebagai benda hasil karya manusia; bersifat paling konkret dan berupa benda atau hal yang dapat dilihat, diraba, dan difoto. Wujud kebudayaan yang ketiga ini disebut kebudayaan fisik (*material culture*).

Ketiga wujud kebudayaan dalam realitas kehidupan masyarakat tentu tidak dapat dipisahkan antara satu dengan yang lain. Kebudayaan ideal mengatur dan memberi arah kepada tindakan

dan karya manusia. Ide dan tindakan menghasilkan benda yang merupakan kebudayaan fisik. Sebaliknya, kebudayaan fisik membentuk lingkungan hidup tertentu yang dapat mempengaruhi tindakan dan cara berpikir masyarakat, (Koentjaraningrat, 1986).

D. Budaya pada Masyarakat

Setiap unsur kebudayaan yang telah disebutkan beserta subunsurnya dapat dipastikan mengandung nilai yang berguna bagi masyarakat pemilikinya. Kebergunaan itu terdapat misalnya dalam hal sebagai berikut. Nilai budaya dan norma dalam kebudayaan tertentu tetap dianggap sebagai pemandu perilaku yang menentukan keberadaban, seperti kebajikan, kesantunan, dan keanggunan. Walaupun kebudayaan mengalami perubahan dan perkembangan, namun jati diri suatu kebudayaan dapat lestari; artinya lestari yang dinamis, yaitu ciri pengenalnya secara keseluruhan tetap dimiliki, meskipun bentuk ungkapan di dalamnya dapat mengalami perubahan (Sedyawati, 2008: 290). Oleh karena itu, pelestarian yang dilakukan pun juga merupakan pelestarian dinamis.

Berkaitan dengan seni dan budaya daerah, upaya pelestarian dinamis yang dapat ditempuh antara lain pembahasan dalam rangka penyadaran, khususnya tentang nilai budaya, norma, dan estetika. Pada dasarnya perubahan dalam masyarakat disebabkan oleh adanya usaha pemenuhan kebutuhan dan sebagai makhluk yang memiliki akal dan pikiran, manusia akan mengerahkan segala daya dan usahanya untuk dapat memenuhi kebutuhannya. Dalam melakukan perubahan perilaku (penyuluhan) pada suatu sistem sosial kita perlu mengidentifikasi permasalahan yang terjadi dalam masyarakat baik yang terjadi maupun yang akan terjadi, kebutuhan nyata yang diinginkan masyarakat untuk dipenuhi (perubahan yang diinginkan masyarakat), sistem nilai yang berlaku dalam masyarakat sehingga perubahan dapat berjalan tanpa masyarakat kehilangan jati diri (identitas) sehingga penyuluh dapat menentukan bagaimana dia akan memulai suatu perubahan. Dengan demikian, dalam melakukan penyuluhan pasti berkaitan dengan teori sosiologi. Beberapa teori sosiologi yang dapat digunakan dalam penyuluhan antara lain:

1. Teori Fungsional

Suatu masyarakat manusia akan sejahtera, hidup harmonis dan nyaman jika fungsi masing-masing anggota masyarakat

bersangkutan tidak lepas dari status, posisi dan peranannya yang telah disepakati bersama dan tidak menyimpang dari tatanan perilaku atau pranata sosial (*social order*) yang manusiawi dan bermartabat, sehingga gejala konflik atau kejadian konflik sosial tidak terjadi.

2. Teori Konflik

Teori ini mengacu pada adanya pertentangan dalam diri individu yang disebabkan oleh adanya kesenjangan antara kebutuhan dan kenyataan, kesenjangan antara harapan dan kenyataan, kesenjangan distribusi kekuasaan, kesenjangan dalam hal berkeadilan dan kesenjangan dalam hal keterpercayaan sosial (*Social trust*). Konflik bisa terjadi dalam diri individu mau pun antar individu. Terkadang konflik diperlukan individu untuk mengetahui kualitas diri (sendiri atau orang lain). Konflik menimbulkan ketidaknyamanan hidup seseorang sebagai akibat dari ketidakmampuannya untuk berinteraksi, biasanya konflik mendorong individu untuk melakukan semacam pelampiasan (kompensasi) atas segala sesuatu yang dianggap salah pada dirinya yang terrefleksi pada perilaku yang tidak normal (menyimpang).

3. Teori interaksi sosial.

Interaksi sosial merupakan hubungan antar individu berdasarkan nilai-nilai umum atau perilaku yang dianut bersama.

4. Teori Perubahan Sosial.

Perubahan sosial mengacu pada kondisi masyarakat yang mulai meninggalkan nilai lama secara bertahap dan mulai menganut/mengadopsi nilai baru. Sebagai contoh, dahulu hubungan diluar nikah merupakan hal yang tabu tapi pada saat ini di beberapa kota besar asal suka sama suka hal tersebut dianggap biasa.

5. Teori Sistem Nilai, Sistem Sosial.

Masyarakat sebagai suatu sistem social dimana setiap unit sosial yang sifatnya berkelanjutan, memiliki identitas tersendiri dan bisa dibedakan dengan unit sosial lainnya bisa dipandang sebagai sebuah sistem sosial. Artinya bahwa ada susunan skematis yang menjadi bagian dari unit tersebut yang memiliki hubungan ketergantungan antar bagian. Masyarakat memiliki batas yang berhubungan dengan lingkungan (secara fisik, teknis, dan sosial), yang memiliki proses eksternal dan internal. Loomis (dalam Boyle, 1981), menyatakan

bahwa suatu sistem sosial merupakan komposisi pola interaksi anggotanya. Boyle (1981), mendefinisikan beberapa unsur dalam sistem sosial yaitu tujuan, norma, status peran, kekuatan, jenjang sosial, sangsi, fasilitas, dan daerah kekuasaan. Selain itu, terdapat proses yang terjadi dalam sistem tersebut yaitu komunikasi, pembuatan keputusan, pemeliharaan batasan, keterkaitan sistem. Sistem nilai mengacu pada bagaimana anggota masyarakat menyesuaikan dirinya untuk bertingkah laku berdasarkan acuan.

6. Teori Perilaku Kolektif

Perilaku kolektif (*collective behaviour*) merupakan cara pandang, bersikap dan bertindak yang dianut dan diterapkan dalam masyarakat. Perilaku kolektif terjadi pada saat kebutuhan mereka tidak terpenuhi dan/atau harga diri mereka direndahkan oleh individu di luar sistem sosialnya. Bentuk perilaku kolektif bermacam macam mulai paling sopan, toleran dan sabar sampai pada paling keras, beringas dan anarkis. Perilaku kolektif umumnya ditunjukkan oleh masyarakat yang relatif homogen dan tertutup.

Masalah lain yang sering dihadapi oleh masyarakat adalah kerusakan alam dan masalah sosial yang berdampak negatif yaitu masyarakat manusia yang berciri lebih menyengsarakan dan jajaran pemerintah yang berciri ebih banyak melakukan pengeluaran dana untuk mengatasi masalah tersebut. Berdasarkan analisa permasalahan kerusakan alam dan berbagai masalah sosial yang dihadapi saat ini, diketahui bahwa terdapat beberapa akar masalah dan melalui ilmu sosiologi dan ilmu penyuluhan pembangunan dapat diatasi minimal dikurangi melalui usaha sebagai berikut.

a. Memudarnya peran *gate keeper* dalam masyarakat

Dalam hal ini, penyuluh harus mengerti teori sistem sosial dimana dalam sistem sosial, masyarakat merupakan satu unit yang berbeda dengan yang lainnya dimana terdapat nilai atau norma yang tetap dipertahankan sebagai identitas masyarakat. Dalam hal ini, peran *gate keeper* dalam menjaga masyarakat masih diperlukan sebagai penyaring nilai yang boleh dan tidak boleh berkembang dalam masyarakat dan dalam mengendalikan *demonstration effect*. Untuk itu, perlu kesadaran masyarakat tentang pentingnya peranan *gate keeper* tersebut sehingga masyarakat dapat mengakui kembali keberadaan *gate keeper*.

- b. Konflik kepentingan dan distribusi kekuasaan yang tidak seimbang.

Dalam pemecahan masalah, penyuluh berkaitan dengan teori konflik, dimana konflik terjadi menimbulkan ketidaknyamanan hidup individu yang sering direfleksikan pada bentuk perilaku yang cenderung menyimpang seperti tindakan korupsi sebagai akibat dari adanya kesenjangan pemenuhan kebutuhan (antara yang diinginkan dan kenyataan) dimana pada saat seorang PNS panitia pengadaan golongan III sangat ingin memiliki mobil keluaran terbaru tapi kenyataannya gajinya tidak mencukupi untuk membeli mobil/ mencicil maka pada saat seorang pengusaha yang ingin memenangkan lelang pengadaan memberikan iming-iming sebuah mobil bila perusahaannya menang pada tender tersebut. PNS tersebut berada dalam konflik dimana dia harus menjalankan tugasnya dengan baik dan keinginannya untuk memiliki mobil. Untuk mengantisipasi permasalahan ini (perilaku menyimpang yaitu korupsi) tidak menjadi budaya dalam masyarakat maka pengendaliannya dapat melalui diterapkannya hukuman sosial (dikucilkan) bahkan dengan hukuman penjara (tindak pidana korupsi). Kemajuan dan kualitas sumberdaya manusia di satu negara umumnya dinilai dari tingkat kesejahteraan masyarakat, kualitas pelayanan publik, tegak-kokohnya supremasi hukum serta minimnya keberadaan masalah kriminal dan sosial. Di samping itu, di negara maju diterapkan pula indikator demokrasi dan keterpercayaan sosial (*social trust*) dimana warga masyarakat tidak pernah merasa khawatir dibohongi ketika mereka berinteraksi dan berkomunikasi dengan siapa dan apa saja, bila kondisi ini tidak terjadi, menunjukkan ada yang salah.

Berdasarkan analisa permasalahan di atas menunjukkan adanya perilaku menyimpang yang dilakukan masyarakat sebagai akibat dari hal berikut.

1. Konflik kepentingan

Adanya konflik kepentingan yang menunjukkan pelaksanaan pendidikan dimana pemerintah lebih mementingkan pendidikan hanya sebagai perbaikan kognitif dan psikomotorik sehingga tidak memperhatikan perubahan afektif (sikap). Hal ini menyebabkan, mudarnya nilai kebaikan dalam masyarakat sehingga masyarakat tidak dapat membedakan perilaku yang seharusnya dilakukannya.

Untuk mengantisipasi hal tersebut dapat dilakukan dengan mengembangkan pelajaran seperti budi pekerti di pendidikan formal, non formal dan informal.

2. Encernya Perekat Sosial

Encernya perekat sosial dan perubahan sistem nilai menyebabkan solidaritas masyarakat rendah dan sulitnya individu mengendalikan ego yang dilihat dari kebohongan yang sering dilakukan oleh individu baik pada dirinya maupun pada orang lain. Sehingga berdampak pada kekhawatiran individu tersebut akan kebohongan yang dilakukan orang lain padanya (menurunnya keterpercayaan sosial). Hal yang dapat dilakukan adalah mengembangkan budaya menghormati dan mengembangkan kejujuran dalam masyarakat, terdapat dua usaha yang dilakukan dalam penanganan masalah sosial yaitu pengobatan dan pencegahan. Pengobatan dilakukan pada masalah sosial yang sudah terjadi melalui isolasi kasus, perlakuan psikologikal dan fisiologikal, perlakuan sosial/ hukuman, supremasi hukum. Sedangkan upaya pencegahan dilakukan pada masalah sosial yang mungkin terjadi dengan cara mengembangkan keterpercayaan sosial, budaya, pola hidup/ gaya hidup sederhana, dan pengakuan pada peran dan fungsi individu.

Teori di atas, dapat digunakan dalam usaha mengatasi dan mengantisipasi masalah sosial yang terjadi. Berikut ini adalah beberapa contoh penanganan masalah sosial dengan menggunakan teori sosiologi. Salah satu tujuan utama kegiatan penyuluhan pembangunan dalam berbagai bidang (pembangunan) adalah agar sasaran penyuluhan selaku subyek mampu mengembangkan kesadarannya untuk mengubah perilakunya sedemikian rupa, sehingga mereka dapat menempatkan perubahan (yang positif) sebagai bagian dari kebutuhannya untuk hidup lebih sejahtera dan berkualitas. Bila penyuluhan tidak berhasil maka akan menimbulkan berbagai dampak yang tidak diinginkan, untuk itu perlu diidentifikasi kemungkinan penyebab dan akar masalahnya untuk dapat melakukan pencegahan bagi masalah yang mungkin terjadi. Permasalahan yang terjadi yaitu ketidakberhasilan penyuluhan dalam rangka perubahan perilaku mengakibatkan kegagalan pembangunan yang pada akhirnya berdampak pada kesejahteraan masyarakat tidak tercapai dan masyarakat tidak berkualitas. Penyuluh harus dapat

mengidentifikasi apa yang menyebabkan hal tersebut terjadi dan bagaimana dia dapat mengatasi masalah tersebut dengan menggunakan teori sosiologi yang bisa dijadikan alasan untuk melakukan perubahan didalam sistem sosial masyarakat yang bersangkutan.

E. Penyimpangan Budaya

Perilaku menyimpang terjadi pada masyarakat yang memiliki nilai sub kebudayaan yang menyimpang, yaitu suatu kebudayaan khusus yang normanya bertentangan dengan norma budaya yang dominan pada umumnya. Contoh masyarakat yang tinggal di lingkungan kumuh, masalah etika dan estetika kurang diperhatikan, karena umumnya mereka sibuk dengan usaha memenuhi kebutuhan hidup yang pokok (makan), sering cekcok, mengeluarkan kata-kata kotor, buang sampah sembarangan dan sebagainya. Hal itu, oleh masyarakat umum dianggap perilaku menyimpang.

Penyimpangan sebagai hasil sosialisasi dari nilai-nilai sub kebudayaan yang menyimpang. Menurut Edwin H. Sutherland, perilaku menyimpang bersumber pada pergaulan yang berbeda. Pergaulan dengan teman tidak selalu positif. Hasil yang negatif dapat menimbulkan perilaku yang menyimpang. Menurut Shaw dan Me Kay, daerah yang tidak teratur dan tidak ada organisasi yang baik, akan cenderung melahirkan daerah kejahatan. Di daerah yang demikian, perilaku menyimpang (kejahatan) dianggap sebagai sesuatu yang wajar yang sudah tertanam dalam kepribadian masyarakat itu. Dengan demikian proses sosialisasi tersebut merupakan proses pembentukan nilai dari sub kebudayaan yang menyimpang. Contoh di daerah lingkungan perampok terdapat nilai dan norma yang menyimpang dari kebudayaan masyarakat setempat. Nilai dan norma sosial itu sudah dihayati oleh anggota kelompok, sebagai proses sosialisasi yang wajar.

Proses belajar perilaku yang menyimpang, seseorang bisa belajar perilaku yang menyimpang melalui media buku majalah, koran dan yang paling mudah adalah melalui TV, karena hampir setiap hari menayangkan acara yang bernuansa kejahatan. Bergaul dengan orang yang menggunakan narkoba. Seseorang akan memperoleh pelajaran bagaimana cara mengkonsumsi narkoba dan

dimana memperolehnya bagaimana cara mencuri, menjambret dan sebagainya.

Perubahan pokok dalam moralitas selama masa remaja terdiri dari mengganti konsep moral khusus dengan konsep moral tentang benar dan salah yang bersifat umum, membangun kode moral berdasarkan pada prinsip moral individual, dan mengendalikan perilaku melalui perkembangan hati nurani. Hubungan antara remaja dengan anggota keluarga cenderung merosot pada awal masa remaja meskipun hubungan ini seringkali membaik menjelang berakhirnya masa remaja, terutama hubungan remaja putri terhadap anggota keluarganya. Meskipun sebagian besar remaja ingin sekali memperbaiki kepribadian dengan harapan meningkatkan status mereka di dalam kelompok sosial, namun banyak kondisi yang mempengaruhi konsep diri berada di luar pengendalian mereka.

Bahaya psikologis utama dari masa remaja berkisar di sekitar kegagalan melaksanakan peralihan ke arah kematangan yang merupakan tugas perkembangan terpenting dari masa remaja. Bidang di mana ketidakmatangan disebabkan kegagalan melakukan peralihan ke perilaku yang lebih matang yang paling umum adalah perilaku sosial, seksual dan moral, dan ketidakmatangan dalam hubungan keluarga.

BAB VII

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS TERHADAP PENULARAN HIV/AIDS

A. Aspek Filosofis

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) telah mengancam kehidupan umat manusia dengan resiko kematian yang sangat fatal. Tingkat fatalitas kematian manusia semakin diperparah oleh cara penularan yang sangat cepat menyebar hingga tidak lagi mengenal batas-batas negara. Sampai detik ini, obat penyembuhan AIDS belum ditemukan, sementara vaksin pencegahannya pun hanya dapat ditempuh dengan cara perubahan perilaku berisiko manusia.

Sekalipun AIDS merupakan ancaman dahsyat pada abad ini, bukan tidak mungkin ancaman tersebut tidak dapat diatasi. Serangan virus HIV dapat dimatikan penyebarannya hanya dengan kebijaksanaan manusia dalam mengubah pola perilaku dan kebiasaan hidupnya sehari-hari. Konstruksi perilaku manusia sangat kompleks sehingga ia memerlukan pendekatan multidimensional dalam perubahannya.

Epistimiologi kasus pertama kali ditemukan pada kelompok homoseksual yang merupakan sumber lompatan pertama pada kelompok heteroseksual. Karena interaksi kelompok heteroseksual terjadi di kalangan masyarakat/ pelanggan seks, maka virus ini kemudian menginfeksi kelompok masyarakat umum dalam berbagai strata; PNS, Militer/Polisi, Birokrat, Politisi, Profesional, Praktisi, bahkan kelompok Ibu Rumah Tangga (IRT). Kelompok IRT inilah yang menjadi jembatan penularan pada bayi-bayi yang dilahirkan dari ibu yang positif HIV.

Kajian di atas membuktikan proposisi bahwa HIV dan AIDS tidak hanya terjadi di kalangan populasi berisiko, namun sudah menyerang seluruh lapisan masyarakat. Masyarakat yang paling rentan adalah selain mereka yang sedang menerapkan perilaku berisiko juga mengancam populasi umum dalam hal ini masyarakat yang secara langsung tidak berperilaku berisiko.

Secara aksiologis, perilaku berisiko merupakan pintu masuk HIV dalam tubuh seseorang sekaligus sebagai medium utama bertambahnya jumlah pengidap HIV dari waktu ke waktu. Dengan demikian, mengelola perilaku berarti telah menghambat meluasnya

infeksi HIV dalam menulari orang lain, yang selanjutnya dapat mencegah dan menahan laju epidemi HIV dan AIDS.

B. Aspek Sosiologis

Penyebaran virus HIV dalam masyarakat cenderung menciptakan ambuknya tatanan sosial. Interaksi masyarakat mulai terlihat renggang bahkan diskriminatif antara pengidap HIV dan yang bukan pengidap. Akibatnya sikap permusuhan, dendam, kecurigaan, konflik dalam interelasi sosial berkembang tanpa arah yang bisa jadi mengakibatkan terjadinya situasi *anomie* dalam masyarakat dimana terjadi gangguan keseimbangan sistem sosial yang dapat mengakibatkan kegoncangan dalam masyarakat.

Tindakan diskriminatif lahir karena penafsiran keliru terhadap penularan HIV dan AIDS. Selain itu, pengaruh budaya yang memandang seksualitas sebagai sesuatu yang tabu menyebabkan berkembangnya interpretasi budaya sehingga HIV dan AIDS terbungkus rapi yang pada gilirannya terakumulasi menjadi budaya bisu. Ekses lanjutannya, informasi HIV dan AIDS di masyarakat mengalami hambatan transformasi.

Pengaruh HIV terhadap interaksi sosial dalam masyarakat berawal dari ketidaktahuan individu dan kelompok terhadap HIV dan AIDS dengan benar. Implikasinya, tumbuh kepercayaan terhadap mitos-mitos HIV yang diyakini oleh masyarakat sebagai suatu kebenaran.

Rekonstruksi pengetahuan dengan benar yang didasari oleh nilai-nilai dan norma budaya masyarakat Gorontalo merupakan *starting point* dalam mencegah terjadinya disharmonisasi hubungan sosial baik yang berpotensi terjadi pada lingkungan keluarga, masyarakat umum, tempat kerja, sampai pada lingkungan sosial yang lebih luas.

C. Aspek Yuridis

Secara yuridis formil bahwa ketentuan yang mengatur penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia beberapa tahun terakhir mengacu pada Perpres nomor 75 Tahun 2006 yang dijabarkan dalam Permenkokesra nomor 02/PER/MENKO/KESRA/1/2007, Permendagri Nomor 20 tahun 2007, dan Permenkes serta kebijakan-kebijakan operasional lainnya seperti Peraturan Gubernur Gorontalo tentang Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo,

Keputusan Gubernur Gorontalo No.12108/III/2012 tentang Pembentukan Komisi penanggulangan AIDS Provinsi Gorontalo dan Renstrada Gorontalo tahun 2010-2014.

Substansi dari berbagai dasar hukum penanggulangan AIDS adalah upaya untuk menekan laju penularan HIV dalam masyarakat dengan prinsip pemenuhan terhadap hak kesehatan sebagai hak fundamental sebagaimana yang dinyatakan dalam *Declaration of Human Right* tahun 1948.

Pembatasan hak-hak pengidap HIV dan AIDS selama ini merupakan fenomena hukum yang sering terjadi seperti hak kepesertaan asuransi kesehatan, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, status HIV sebagai prasyarat ketenagakerjaan, dan hak hidup ODHA secara layak. Pembatasan hak-hak dasar ini didasari oleh prasangka buruk bahwa pengidap HIV+ merupakan sumber penularan dalam kehidupan sosial, adanya pengetahuan yang setengah-setengah, dan berkembangnya secara liar pendapat-pendapat *stereotype*, seperti pengidap HIV positif adalah “sampah” masyarakat.

Dalam kaitan itu dengan ditetapkannya Undang-undang No.35 tahun 2009 tentang Narkotika, tentu diharapkan menjadi landasan serius sekaligus sebagai pemicu dalam menyikapi secara integral dan komprehensif atas implikasi dari bahaya narkotika yang salah satu dampaknya pada penyebaran virus HIV dan AIDS yang trendnya semakin mewabah dan membahayakan.

Disinilah perlunya didorong dan diaktualisasikan fungsi hukum sebagai alat *Social Control* dan *Social Engineering*, sehingga dengan pengaturan dalam bentuk peraturan perundang-undangan termasuk Peraturan Daerah dapat menjamin kepastian hukum dan efektifitas penegakannya karena dipatuhi oleh segenap anggota masyarakat.

Sebuah peraturan perundang-undangan termasuk peraturan daerah yang dibentuk dan mampu menjadi *Living Law* dalam masyarakat, karena materinya memuat pengaturan yang bersih dan adil atas kepentingan-kepentingan stakeholder secara mayoritas yang menempatkan Pemerintah-Pemerintah Daerah sebagai agen dan fasilitator pembangunan dalam prinsip pemberdayaan masyarakat.

Dengan demikian, pendekatan yuridis yang dipergunakan sebagai dasar penyusunan Perda tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo didasarkan

pada pemenuhan hak-hak kesehatan sebagai hak paling dasar manusia dan perlindungan hak-hak orang lain untuk tidak tertular virus HIV.

D. Aspek Budaya dan kearifan Lokal

Clifford Geertz ilmuwan antropologi mendefinisikan kebudayaan sebagai sebuah sistim makna simbolik yang mendeskripsikan obyek, tindakan atau peristiwa dalam dunia yang dapat disaksikan, dirasakan, dan dapat dipahami yang mengisyaratkan makna-makna antara pikiran anggota-anggota individual masyarakat. Bagi Geertz, kebudayaan adalah kenyataan sosial yang dimiliki bersama-sama oleh aktor-aktor sosial.

HIV dan AIDS adalah peristiwa yang mengandung suatu sistem makna dan simbol yang merupakan suatu kenyataan sosial. Pemaknaan HIV dan AIDS bagi masyarakat dipahami dengan menganalisis nilai kolektif yang dijadikan sebagai pedoman dalam mengembangkan pola tindak dan perilaku. Uraian perilaku sendiri dapat dijabarkan dalam tiga domain yaitu kognisi, afeksi, dan psikomotorik.

Pada kasus HIV dan AIDS, domain kognitif memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi pembentukan sikap dan perilaku. Menurut konsep ini, kognisi seseorang mendorong lahirnya sikap dan tindakan secara linear. Tindakan diskriminatif bagi populasi kunci yang rentan HIV dan AIDS adalah parameter dari pemahaman kolektif yang disadari secara bersama pada suatu masyarakat tertentu. Kolektivitas tindakan inilah yang kemudian mengkristal menjadi nilai dan norma masyarakat.

Pandangan atau penafsiran yang berkembang di masyarakat terhadap penyebaran virus HIV dan AIDS mengalami diskursus kognitif dalam ranah kebudayaan lokal. Kebudayaan lokal yang memegang teguh tradisi secara turun temurun menganggap HIV dan AIDS sebagai peristiwa “kutukan” atas dosa-dosa yang dilakukan oleh manusia. Pandangan tradisional ini dipahami sebagai pengaruh dominan dari pandangan keagamaan yang dijadikan nilai universal dalam menerjemahkan suatu fenomena.

Lain halnya dengan kebudayaan lokal yang cenderung terbuka terhadap informasi. Penafsiran anggota-anggota masyarakat terhadap HIV dan AIDS seringkali lebih moderat. Fenomena AIDS lebih didefinisikan sebagai penyakit rasional yang dapat diderita oleh siapa saja yang melakukan perilaku resiko. Pandangan moderat ini

meyakini AIDS dapat diselamatkan, paling tidak, pengidapnya dapat diterima secara sosial, berbeda dengan perspektif pertama yang cenderung fatalistik.

Dengan menggunakan konsep analogi di atas, maka di Provinsi Gorontalo yang mayoritas penduduknya adalah muslim, menjadikan sistim nilai dan norma etnik mayoritas itu sebagai tatanan fundamental dalam menanggapi suatu peristiwa atau fenomena, termasuk fenomena HIV dan AIDS.

Elaborasi sistim nilai dan norma yang syarat makna simbolik budaya masyarakat Gorontalo dapat dijelaskan menurut tiga konsep penting kearifan lokal kaitannya dengan penularan HIV dan AIDS; solidaritas kolektif, makna budaya Huyula dan makna etika kesantunan.

Masyarakat Gorontalo memiliki tingkat *solidaritas kolektif* dalam membangun pola interaksi sesama anggota masyarakat. Oleh karena HIV dan AIDS sudah menjadi fakta sosial dalam kehidupan sosial budaya masyarakat di Indonesia secara keseluruhan, tentu saja keberadaan peristiwa ini juga memunculkan dialektika budaya yang dipengaruhi oleh sistim nilai, kepercayaan, dan tingkat kognitif seseorang. AIDS mengancam tatanan sosial atau justru tatanan sosial dapat merekonstruksi ancaman HIV dan AIDS bagi masyarakat Gorontalo.

Jika perspektif AIDS dapat meruntuhkan tatanan sosial, dominan menjadi sistim nilai pada masyarakat di Gorontalo, maka AIDS selamanya dipandang sebagai musuh bersama yang mutlak harus dicegah dan ditanggulangi. Dalam konteks ini, perilaku bisu dan penghindaran serta penolakan akan mewarnai struktur interaksi masyarakat kita. Pada saat yang bersamaan, virus HIV inipun secara diam-diam akan cepat menyebar ke seluruh strata sosial masyarakat kita, tanpa pandang bulu.

Sebaliknya, jika perspektif tatanan sosial dapat mereduksi kecepatan penularan virus HIV dalam masyarakat, maka solidaritas kolektif yang merupakan konsep pembangun dasar interaksi masyarakat Gorontalo akan menjadi modal budaya dalam mengontrol setiap perilaku individu dan masyarakat agar dapat terhindar dari bahaya HIV dan AIDS yang mematikan itu.

Kearifan lokal Gorontalo lainnya yang tidak kalah pentingnya dalam menanggulangi permasalahan HIV dan AIDS adalah semangat kebersamaan dan gotong royong yang disimbolkan dalam bahasa

lokal “Huyula”. Simbol bahasa ini sarat dengan makna saling membantu agar terhindar dari masalah HIV dan AIDS. Simbol ini juga mengandung makna kerelaan anggota masyarakat memberi pertolongan dan bantuan serta dukungan bagi mereka yang sudah berada dalam status HIV positif (ODHA).

Pengidap HIV dan AIDS secara faktual mengalami keterpurukan di berbagai segmentasi kehidupan yang membutuhkan pertolongan dan uluran tangan orang lain agar mereka dapat menjalani kehidupan sosial secara produktif, bukan sebaliknya, mengalami fenomena *double borden* sudah menderita secara medik, dapat pula penderitaan akibat perlakuan sosial dari masyarakat. Kearifan lokal masyarakat Gorontalo setidaknya menjadi spirit bagi para pengidap, aktivis, dan anggota masyarakat lainnya untuk menghentikan penularan HIV di tengah-tengah masyarakat.

Analisis budaya lokal Gorontalo lainnya yang dapat dijadikan sebagai modal pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS adalah etika kesopanan yang senantiasa terlihat pada setiap ruang transaksi sosial masyarakat. Pandangan etis ini menggambarkan bahwa makna simbolik interaksi sosial masyarakat Gorontalo yang mengakui penghargaan tinggi terhadap harkat dan martabat orang lain. Sisi kemanusiaan lebih ditonjolkan dibandingkan dengan pertarungan kepentingan-kepentingan yang sifatnya pragmatis.

Penghargaan yang tinggi terhadap nilai-nilai kemanusiaan seseorang adalah *conditioning* yang tepat bagi para pengidap HIV untuk dapat menolong dirinya dan orang lain agar tetap memiliki semangat dan kualitas hidup. Penyandang HIV dan AIDS mempunyai kerentanan dan potensi pelecehan sisi kemanusiaan karena berbagai alasan yang irasional. Pemosisian pengidap HIV dan AIDS yang rendah dalam strata sosial kehidupan masyarakat justru akan memunculkan perlawanan negatif yang bisa berdampak pada penularan HIV yang disengaja. Antitesisnya, pemosisian pengidap HIV dan AIDS yang merefleksikan kesantunan bertindak akan menstimulasi berkembangnya kesadaran positif untuk melindungi orang lain.

E. Aspek Ekonomi

Pengidap HIV membutuhkan biaya pengobatan dan perawatan yang sangat mahal. Seorang pengidap mengeluarkan biaya kurang lebih 5 juta dalam sebulan guna melakukan

pemeriksaan dan perawatan rutin. Jenis pengeluaran ini hanya untuk biaya medis di rumah sakit dan puskesmas. Jika dihitung biaya pendukung dan penunjang lainnya serta hilangnya waktu kerja, mengingat usia terbanyak adalah usia produktif, tentu biaya yang dikeluarkan akan lebih banyak lagi.

Biaya paling besar dibutuhkan pada kebutuhan penanganan kuratif bagi ODHA, namun biaya tersebut dapat ditekan jika langkah promotif dan preventif terus menerus dilakukan secara efektif. Logikanya, promotif dan preventif yang berhasil akan menekan pengeluaran pemerintah daerah dan masyarakat dalam pengobatan dan perawatan HIV. Oleh karena itu, HIV disimpulkan secara tegas telah menurunkan tingkat produktivitas individu, keluarga, yang pada akhirnya berpengaruh secara langsung terhadap tingkat produktivitas suatu daerah. Upaya untuk menekan penyebarannya berarti juga upaya untuk menghindari menurunnya tingkat produktivitas penduduk, termasuk agar beban tersebut jangan berkembang justru menjadi beban keluarga/orang lain.

F. Aspek Politis

Komitmen kepemimpinan kuat dari pemerintah, legislatif, dunia usaha dan masyarakat telah berpengaruh secara signifikan dalam menekan laju peningkatan kasus AIDS. Sebaliknya, bila yang muncul adalah stigma dan diskriminatif terhadap mereka yang tertular HIV dan AIDS pada instansi dan segenap stakeholder mengakibatkan peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS secara tajam, mengingat sifat penularan HIV terjadi secara diam-diam dengan kecepatan yang luar biasa.

Dalam kaitan itu, Pemerintah sejak beberapa tahun yang lalu telah mengeluarkan berbagai kebijakan mulai dari bentuk perpres sampai pada keputusan menteri, namun dipandang belum cukup akseleratif karena kebijakan otonomi daerah yang menghendaki inisiatif daerah dalam mengatasi masalahnya sendiri sehingga itu dengan ditetapkannya Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, diharapkan menjadi landasan kebijakan pemerintahan yang selaras antara pemerintah pusat dan daerah dapat efektif dalam penanganan dan pencegahan masalah HIV dan AIDS ini sebagai bentuk sikap politik yang signifikan untuk itu. Sikap politik yang diinginkan dalam hal ini termasuk adalah dukungan berupakebijakan desentralisasi yang memuat permasalahan lokal dan pendekatan spesifik untuk mengatasinya.

BAB VIII PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV/AIDS

A. Program Harm Reduction

Program yang diarahkan untuk memutus mata rantai penularan HIV pada pengguna narkoba dengan jarum suntik dikembangkan oleh NGO, RS, puskesmas, rutan, dan lapas.

Hingga saat ini program Harm Reduction belum dapat dijalankan di Provinsi Gorontalo baik itu program substitusi methadon di Puskesmas maupun kegiatan NEP (*needle exchange programe*) yang bertujuan untuk memberikan jarum suntik steril pada kelompok IDU's yang disertai dengan proses pemberian dukungan untuk perubahan perilaku dalam bentuk pendampingan. Tantangan-tantangan yang dihadapi adalah belum adanya kesamaan persepsi antara pelaksana program dilapangan dengan instansi penegak hukum dalam memandang penderita AIDS yang tertular melalui jarum suntik yang dipakai secara bergantian oleh pengguna Narkoba.

Tantangan yang dimaksud adalah munculnya kecemasan dari petugas lapangan saat membagikan jarum suntik dilapangan karena harus berhadapan dengan pihak kepolisian dengan ancaman kriminal. Tantangan berikutnya yang menjadi momok bagi hampir semua NGO di Provinsi Gorontalo adalah dukungan pembiayaan yang pada periode Juli 2015, bantuan dari donor Internasional akan dihentikan juga.

Rumah sakit dan puskesmas juga belum dapat melakukan pelayanan terhadap IDU's hal yang serupa yang ditambah dengan belum tersedianya beberapa fasilitas layanan lainnya seperti upaya pengobatan dan perawatan bagi IDU's dan pelayanan rumah metadon. Seiring dengan bertambahnya kasus maka kemungkinan kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi IDU's adalah bagian dari pelayanan kesehatan dasar yang harus disediakan oleh pemerintah.

Program penanggulangan HIV dan AIDS juga dikembangkan oleh lapas dan rutan yang dikoordinir oleh Dephukam dan bekerjasama secara operasional dengan NGO khususnya dalam mengaktivasi *drop in centre* sebagai pusat pemberian informasi yang dibentuk di lapas. Program P2AIDS di lapas diintegrasikan dengan layanan pada klinik kesehatan yang memang sudah ada dan sudah

menerapkan sistem rujukan dengan fasilitas kesehatan yang lebih tinggi/lengkap. Kegiatan yang rutin dilakukan adalah melalui surveillance IMS dan HIV dan AIDS di kalangan penghuni lapas, kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui besaran masalah pada kelompok tertentu dalam hal ini adalah narapidana.

B. Program Pemakaian Kondom 100%

Kondom merupakan alat pelindung terakhir dan terbaik dalam memutus rantai penularan HIV melalui hubungan seks. Karena itu, program ini sangat tepat bagi pekerja seks dan pelanggannya.

Penjangkauan dan pendampingan populasi pekerja seks dilakukan oleh 2 NGO (yayasan Huyula Support dan SR NU). Sedangkan untuk menjangkau pelanggan, dipilih laki-laki yang memiliki karakteristik mobilitas tinggi seperti sopir truk antar provinsi, ABK, dan buruh yang occupasionalnya berbasis di pelabuhan.

Aktivitas yang dikembangkan dalam setiap proses penjangkauan adalah pemberian informasi, motivasi untuk menggunakan kondom, demonstrasi kondom, membagikan kondom dan KIE, serta memberikan rujukan akses pada konseling (VCT) dan pengobatan IMS di puskesmas terdekat atau yang bisa diakses.

Dukungan dari stakeholders inti juga belum kelihatan secara optimal, seperti Dinas Pariwisata, Kesehatan, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi serta pihak swasta dalam hal ini asosiasi hiburan malam dan perusahaan-perusahaan.

C. Program Kampanye untuk Masyarakat Umum

Kampanye HIV dan AIDS bagi masyarakat umum dikembangkan guna membangun pengetahuan yang benar tentang penularan HIV dan AIDS. Hasil konkretnya adalah terciptanya perilaku melindungi diri atau perilaku pencegahan terhadap penularan HIV, sehingga jumlah orang yang terpapar HIV semakin berkurang dan pada akhirnya upaya pengendalian dapat lebih difokuskan pada masyarakat yang sudah tertular.

Kampanye ini dikoordinir sesungguhnya oleh pokja media dan KIE, namun keterbatasan dana yang dimiliki membuat pokja ini mengalami kemandekan dalam mengimplementasikan kegiatannya, padahal rencana aksi sudah mereka susun dan siap untuk dioperasionalkan.

Dengan demikian, aktivitas kampanye hanya dapat dilakukan ada momen-momen tertentu seperti memperingati Hari AIDS sedunia setiap tahunnya. Kampanye yang sifatnya kontinyu dan sistematis belum terlaksana dengan baik.

Selama ini, media kampanye yang sering dipergunakan sebagai saluran komunikasi adalah brosur, poster, pemberitaan lewat koran, dan pemanfaatan media televisi baik dalam bentuk pemberitaan kegiatan ataupun dalam bentuk dialog. Berbagai media tersebut sebagian besar merupakan hasil desain dari tingkat nasional yang sudah pasti belum mengindahkan muatan-muatan lokal yang sesuai dengan kondisi sosial budaya masyarakat Gorontalo.

Kampanye yang bersifat sporadis seperti terakhir ini yang digalakkan, kurang memberi hasil yang positif mengingat transformasi informasi yang kurang intensif mengakibatkan penerimaan informasi tidak efektif pula.

D. Program *Case Support and Treatment* (CST)

Program CST (*Care Support and Treatment*) dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA dengan cara menyediakan layanan kesehatan berupa pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan dukungan secara komprehensif. Dengan demikian, setting program ini lebih banyak dikembangkan di fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit dan puskesmas.

Penguatan manajemen sarana kesehatan seperti peningkatan SDM petugas (dokter, perawat, dan laboran) dan pengadaan fasilitas sarana pelayanan kesehatan guna mendukung pelayanan menjadi lebih optimal.

Di Provinsi Gorontalo, pelayanan CST lengkap dalam hal ini VCT, tes HIV, dan pemberian ARV, serta rawat inap baru dapat dilakukan di RS. Prof DR.H.Aloei Saboe Kota Gorontalo, sehingga rumah sakit ini menjadi pusat rujukan bagi rumah sakit dan puskesmas yang sudah ditetapkan sebagai satelit layanan. RS dan puskesmas satelit yang dimaksud adalah RS DR MM.Dunda Limboto di Kabupaten Gorontalo, RS Toto Kabila di Kabupaten Bone Bolango, RSUD Tani nelayan di Kabupaten Bolaemo dan PKM Limba di Kota Gorontalo, Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan HIV dan AIDS sangatlah sedikit dibandingkan dengan tingkat permintaan masyarakat.

Melalui koordinasi Dinas Kesehatan Propinsi Gorontalo atas dukungan dana dari *the Global Fund to fight AIDS*, sistim dan mekanisme rujukan antar fasilitas layanan kesehatan ini telah dirumuskan bersama, namun proses penerapannya belum berjalan secara konsisten.

Jumlah tenaga kesehatan yang terlatih merupakan tantangan terberat pada program ini (khususnya konselor), jika dibandingkan dengan jumlah permintaan akan kebutuhan pelayanan. Hal ini jelas terjadi seiring dengan penambahan kasus HIV dari waktu ke waktu.

Tantangan lainnya adalah supply ARV masih belum stabil sehingga pengobatan ARV bagi penderita yang sudah memenuhi syarat tidak berkelanjutan. Kondisi ini akan berdampak pada efektivitas pengobatan yang berujung pada kualitas pengobatan itu sendiri dimana efeknya tidak memberikan pengaruh bagi penderita. Akses ODHA dalam memperoleh layanan ARV dari segi jarak masih menjadi kendala di provinsi Gorontalo, saat ini dengan hanya mengandalkan satu rumah sakit yaitu RSUD Prof DR Aloi Saboe yang terletak di Kota Gorontalo menyebabkan ODHA yang berada di kabupaten Pohuwato dan Boalemo mengalami kesulitan dalam mengakses obat ARV dalam waktu singkat.

E. Program *Prevention Mother To Child Transmision (PMTCT)*

Prevention Mother to Child Transmision atau yang biasa disebut Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak dimana layanan ini terdiri dari 4 (empat) tiang strategi. Adapun 4 (empat) bagian dari PMTCT, sebagai berikut.

1. Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia produktif.
2. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada Ibu HIV.
3. Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya.
4. Memberikan dukungan psikologis, social dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarga.

Keempat strategi PMTCT tersebut dalam penerapannya tidak dapat dipisahkan atau tidak dapat berjalan sendiri-sendiri. Di Gorontalo sudah dilaksanakan program PMTCT, layanan ini terdapat di Rumah Sakit Aloi Saboe dan telah berhasil menerapkannya di beberapa kasus.

F. Program *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

1. Pengertian VCT

Voluntary Counseling and Testing (VCT), dalam bahasa Indonesia disebut konseling dan tes sukarela, artinya sama dengan *Voluntary and Confidential Counseling and Testing* (VCCT). VCT merupakan kegiatan konseling bersifat sukarela dan rahasia, yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium. Tes HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar (Depkes, 2003).

VCT adalah proses di mana individu mendapatkan konseling sehingga memungkinkan individu untuk membuat pilihan untuk melakukan tes HIV dan keputusan ini merupakan keputusan individu dan dilaksanakan dengan asas konfidensial (UNAIDS, 2000). VCT adalah proses dimana individu atau pasangan mendapatkan konseling untuk membuat pilihan melakukan tes HIV dan proses ini dilaksanakan secara konfidensial (Boswell, 2002). VCT adalah proses komunikasi yang bersifat rahasia antara klien dan konselor yang diarahkan pada kemungkinan klien untuk mengatasi stress dan membuat keputusan pribadi tentang HIV/AIDS. Proses ini meliputi evaluasi risiko penularan HIV dan mendiskusikan bagaimana cara mencegah infeksi (FHI, 2004).

VCT penting karena: 1) merupakan pintu masuk ke seluruh pelayanan HIV/AIDS 2) menawarkan keuntungan, baik bagi yang hasil tesnya positif maupun negatif, dengan fokus pada pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman faktual dan terkini atas HIV/AIDS 3) mengurangi stigma masyarakat 4) merupakan pendekatan menyeluruh baik kesehatan fisik maupun mental 5) memudahkan akses ke berbagai pelayanan yang dibutuhkan klien baik kesehatan maupun psikososial (Depkes, 2003).

2. Tujuan VCT

Tujuan umum dari VCT adalah untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran infeksi HIV. Sedangkan tujuan khususnya adalah: 1) Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV. 2) Mempercepat diagnosis HIV. 3) Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya infeksi lain pada ODHA. 4) Meningkatkan kepatuhan pada terapi anti retroviral.

5) Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang berisiko terhadap penularan HIV dan IMS (Depkes, 2003).

3. Proses Konseling

Konseling merupakan proses interaksi antara konselor dengan klien yang membuahkan kematangan kepribadian pada konselor dan memberikan dukungan mental-emosional kepada klien. Proses konseling mencakup upaya-upaya yang realistis dan terjangkau serta dapat dilaksanakan.

Konseling yang baik harus memenuhi elemen antara lain; 1) *ample time*; 2) *acceptance*; 3) *accessibility*; 4) *consistency and accuracy*; 5) *confidentiality* (FHI, 2004).

Proses konseling hendaknya mampu: 1) memastikan klien mendapatkan informasi yang sesuai fakta; 2) menyediakan dukungan saat krisis; 3) mendorong perubahan yang dibutuhkan untuk pencegahan atau membatasi penyebaran infeksi; 4) membantu klien memusatkan perhatian dan mengenali kebutuhan jangka pendek serta jangka panjang dirinya sendiri; 5) mengajukan tindakan nyata yang sesuai untuk dapat diadaptasikan klien dalam kondisi yang berubah; 6) membantu klien memahami informasi peraturan perundangan tentang kesehatan dan kesejahteraan; 7) membantu klien untuk menerima informasi yang tepat, dan menghargai serta menerima tujuan tes HIV baik secara tehnik, sosial, etika dan implikasi hukum (Depkes, 2004).

Proses konseling memiliki langkah-langkah utama yaitu:

a. *Beginning stage (relationship building)*

Awal mewawancarai biasanya mempengaruhi keputusan klien untuk kembali lagi pada konselor. Konselor perlu menjamin kerahasiaan dan membangun kepercayaan klien. Konselor kemudian perlu mengambil gambaran pribadi, menyelidiki masalah klien, dan belajar bagaimana merasakan masalah yang sedang dihadapi oleh klien. Informasi ini membantu konselor untuk menyiapkan suatu rencana kegiatan yang perlu meliputi:

- a) Mengenali bagaimana klien melihat masalah dan memecahkan.
- b) Menentukan apakah klien berpikir tentang rencana yang harus dilaksanakan untuk menyelesaikan masalahnya.
- c) Menjelaskan apa yang klien harapkan dari proses konseling.

- d) Menawarkan bantuan dan memberi harapan yang realistis kepada klien.
- e) Menyatakan kesanggupan konselor untuk bekerjasama dengan klien.

b. Middle stage (information gathering).

Ketika klien mulai merasakan konselor dapat dipercayai dan konselor mampu memberikan informasi, petunjuk dan dukungan, maka konseling masuk dalam langkah *middle stage*. selama langkah ini, konselor perlu:

- a) Mendiskusikan dukungan lanjut dan membantu klien untuk mengungkapkan perasaan.
- b) Merujuk klien pada sumber daya informal dan formal yang tersedia.
- c) Memantau perkembangan dan memodifikasi rencana sebagaimana diperlukan oleh klien.
- d) Meningkatkan perubahan perilaku klien.
- e) Membantu klien menuju ke arah *acceptance stage*.

c. Concluding stage (coping and problem solving).

Setelah klien menunjukkan kesediaan untuk terlibat dalam merumuskan dan menyusun rencana tindakan, maka proses konseling masuk dalam *concluding stage*. sepanjang tahap ini konselor perlu membantu klien merumuskan masalah atau isi dari sesi dan bersama klien membuat agenda untuk bekerja sama pada sesi yang berikutnya. Konselor perlu mengakhiri hubungan hanya ketika telah jelas bahwa klien dapat mengatasi dan melaksanakan agenda yang telah dibuat dan klien telah memiliki dukungan untuk membantu klien melaksanakan rencana rencana tersebut.

d. End of counseling stage (final interview).

Proses konseling harus diakhiri dan hal ini merupakan kesulitan bagi klien yang telah membangun hubungan erat dengan konselor. Untuk itu konselor perlu merencanakan pertemuan terakhir secara hati-hati untuk:

- a) Memastikan klien akan tetap menggunakan *coping skill*.
- b) Mendukung perubahan perilaku klien.
- c) Meninjau kembali rencana manajemen penyakit klien.
- d) Meyakinkan bahwa semua sumber daya dan dukungan tersedia dan dapat digunakan oleh klien.

4. Syarat Ruang Konseling

Ruang konseling harus memenuhi persyaratan yaitu 1) nyaman dan aman oleh karena konseling memerlukan waktu yang lama serta harus menjaga kerahasiaan; 2) ruangan tertutup dan suara tidak dapat didengar dari ruang lain untuk menjaga kerahasiaan; 3) satu alur dengan pintu masuk dan keluar yang berbeda; 4) akses mudah; dan 5) cukup pencahayaan agar proses konseling dan edukasi menggunakan alat peraga dapat dengan jelas dilakukan.

Disamping itu, dalam ruang konseling juga harus terdapat 1) tempat duduk yang nyaman bagi klien dan konselor; 2) alat peraga dan alat bantu pendidikan klien; 3) Tisu untuk menghapus keringat dan air mata klien; 4) alat pendokumentasian keadaan klien dan proses konselingnya.

5. Jenis konseling HIV dalam VCT

Jenis konseling dalam VCT terdiri dari; 1) konseling untuk pencegahan; 2) konseling pra tes; 3) konseling pasca tes; 4) konseling adherence; 5) konseling keluarga; 6) konseling berkelanjutan; 7) konseling bagi yang menghadapi kematian; 8) konseling untuk masalah psikiatri (Depkes, 2004). Sedangkan menurut *Family Health International* jenis konseling terdiri dari *Counseling about risk*, *Counseling to relieve distress (supporting counseling)*, *marital/relationship counseling*, *Bereavement counseling* dan *Problem-solving counseling* (FHI, 2004).

6. Konseling Pre Tes HIV

Kebijakan *United Nation* tes HIV senantiasa didahului konseling pre tes. Kebijakan *United Nation* berbunyi bahwa setiap konseling sukarela termasuk didalamnya pembuatan *informed consent* sebelum pemeriksaan darah HIV, menjaga kerahasiaan dan konseling pasca tes (UNAIDS, 1997).

Konseling pre tes HIV membantu klien menyiapkan diri untuk pemeriksaan darah HIV, memberikan pengetahuan akan implikasi terinfeksi atau tidak terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan status HIV. Dalam konseling juga didiskusikan juga soal seksualitas, hubungan relasi, perilaku seksual berisiko, dan membantu klien melindungi diri dari infeksi

(UNAIDS, 1997). Konseling juga dimaksudkan untuk meluruskan pemahaman yang salah tentang AIDS dan mitosnya (UNAIDS, 1997).

Konseling pre tes menantang konselor untuk dapat membuat keseimbangan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespons kebutuhan klien (O'Connor, 1997).

Konseling pre tes dilakukan sebelum darah klien di periksa anti bodi HIV. Konseling pre tes dilakukan untuk :

- a. Meninjau ulang risiko klien terinfeksi HIV.
- b. Menjelaskan dan mengklarifikasi tujuan dari tes HIV.
- c. Menjelaskan batasan hasil tes dan penyalahgunaan hasil tes.
- d. Membantu klien memikirkan dan menginformasikan reaksi yang mungkin timbul akibat hasil tes.
- e. Membantu klien memahami dan memutuskan mengapa test diperlukan.

Langkah pertama dalam konseling pre tes adalah konselor harus membina hubungan yang baik dan saling percaya dengan klien. Pada tahap ini konselor mengidentifikasi dan mengklarifikasi perannya serta menekankan pada klien bahwa kerahasiaan dan kerahasiaan klien akan tetap terjaga. Ketika klien dan konselor sudah saling mengenal, maka sesi konseling sudah dapat dimulai. Pertama konselor harus menanyakan data biografi klien meliputi nama atau kode nama, umur, jenis kelamin, alamat, nomor telepon, pekerjaan, pendidikan, agama, suku bangsa, status pernikahan dan status ekonomi.

Langkah kedua adalah konselor perlu mengetahui latar belakang dan alasan untuk melakukan tes termasuk perilaku berisiko klien dan riwayat medis klien yang dulu dan sekarang meliputi *serious illness, blood transfusions, cough, diarrhea, sexual transmission infection, etc.* Informasi tambahan yang penting lainnya adalah kebiasaan hidup klien, latar belakang seksual klien, pasangan tetap yang dimiliki klien, suami/istri, penggunaan kondom dan perilaku berisiko lainnya.

Setelah tahap ini, konselor perlu untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang HIV/AIDS dan test HIV. Sangat penting bagi konselor untuk menilai *misconception* dan *misunderstanding* klien tentang HIV/AIDS dan tes HIV. Pada tahap ini konselor juga perlu untuk menilai pengetahuan klien tentang mengapa perlu dilakukan test dan menjelaskan makna hasil tes positif dan hasil tes negatif termasuk *window period*. Konselor juga perlu untuk

menjelaskan bagaimana prosedur tes yang dilaksanakan dan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan dan mengetahui hasil tes.

Tahap selanjutnya dalam konseling pre tes adalah menyediakan informasi tentang *safer sex practices* dan *healthy lifestyle practices*. Jika klien berperilaku berisiko, maka penting untuk mendiskusikan apa yang dibutuhkan oleh klien upaya perubahan perilakunya. Praktek penggunaan kondom dapat diberikan pada klien sebagai strategi untuk mendiskusikan seks aman.

Tahap akhir dari konseling pre tes adalah memastikan apakah klien bersedia untuk melakukan tes anti bodi HIV. Dalam kondisi ini klien perlu memiliki pemahaman yang baik tentang tes HIV, maksud dari tes, dan dampak dari hasil tes tersebut. Jika klien memutuskan untuk melakukan tes HIV, maka konselor harus memperoleh *informed consent* dari klien. Konselor dapat menjelaskan isi dari *informed consent* dan jika perlu berikan waktu kepada klien untuk membaca selebaran tentang prosedur pelaksanaan tes HIV. Setelah klien melakukan tes, maka klien perlu memperoleh hasil tes dan konseling pasca tes. Jika pada hari itu hasil tes belum dapat diketahui, maka konselor perlu menyusun kembali jadwal pertemuan berikutnya dengan klien untuk *follow up interview* dan konseling post tes.

7. Testing HIV

Ketepatan dari tes untuk membedakan antara sampel darah yang terinfeksi HIV dan yang tidak terinfeksi HIV ditentukan oleh : (1) sensitifitas, (2) spesifisitas dan (3) nilai prediktif. Pemahaman dari konsep ini penting ketika memberikan hasil tes atau mengembangkan program testing.

- a. Sensitifitas; Menunjukkan kemampuan tes untuk menemukan kasus yang terinfeksi (*true case*). Tes yang mempunyai sensitifitas tinggi akan memberikan hasil negatif palsu yang sedikit. Tes yang mempunyai sensitifitas tinggi digunakan bila ada kebutuhan absolut untuk mendapat sangat sedikit negatif palsu, seperti pada testing darah untuk pelayanan transfusi.
- b. Spesifisitas; Menunjukkan kemampuan untuk menemukan kasus yang tidak terinfeksi (*true non-case*). Tes yang mempunyai spesifisitas tinggi akan memberikan hasil positif palsu yang sangat sedikit. Tes yang mempunyai spesifisitas tinggi digunakan pada kebutuhan absolut untuk mendapat sedikit hasil positif

palsu, seperti pada kasus untuk diagnosis klinis pada individu dengan infeksi HIV.

- c. Nilai prediktif; Hasil suatu tes dipengaruhi oleh prevalensi infeksi HIV di populasi tersebut. Hasil negatif palsu akan menjadi lebih sedikit pada populasi dengan prevalensi rendah, sebaliknya hasil positif palsu akan lebih sering pada populasi dengan prevalensi rendah. Dengan demikian, hasil negatif palsu akan lebih banyak pada negara dengan prevalensi tinggi, sebaliknya hasil positif palsu akan lebih sedikit pada negara dengan prevalensi tinggi. Dengan kata lain, pada populasi dengan prevalensi tinggi, seseorang yang di tes positif, mempunyai kemungkinan lebih besar untuk benar-benar terinfeksi. Sebaliknya, pada negara dengan prevalensi rendah, seseorang yang di tes negatif, kemungkinan benar-benar negatif.

Standar minimum yang direkomendasi WHO untuk sensitifitas 99% dan untuk spesifisitas 95%. Strategi testing HIV dari satu negara sangat dipengaruhi oleh perkiraan prevalensi HIV dan ketersediaan teknologi. Pada umumnya ada dua bentuk strategi testing yang dapat digunakan untuk mendeteksi HIV yaitu *antibody test (ELISA, Simple/Rapid Test, saliva and urine, dan western blot)* dan *virologic test (HIV antigen test, polymerase chain reaction test/PCR, and viral culture)*.

8. Antibody test

Telah tersedia bermacam-macam tes antibodi HIV. Tes-tes ini dapat digolongkan dalam 3 kelompok : (1) *Rapid Test*, (2) *EnzymeLinked Immunosorbent Assay (ELISA)*; dan (3) *Western Blot*. Ketiga tes ini menggunakan metode yang berbeda. Kebanyakan tes antibodi yang ada sekarang mampu mendeteksi antibodi HIV-1 dan HIV-2.

- a. *Rapid tests*: Berbagai macam rapid test telah tersedia dan memakai berbagai teknik termasuk aglutinasi partikel, aliran membran lateral (*lateral flow membrane*); melalui aliran membran dan sistem tes yang memakai *dipstick*. *Rapid tests* lebih tepat digunakan oleh institusi kesehatan kecil yang hanya memeriksa sedikit sampel setiap hari. *Rapid tests*, sesuai dengan namanya, hanya membutuhkan waktu pemeriksaan 10 menit. Kebanyakan adalah *dot-blot immunoassays* atau tes aglutinasi yang tidak membutuhkan peralatan atau pelatihan khusus dan

membutuhkan waktu 10 – 20 menit untuk menjalankannya. Kebanyakan rapid tests mempunyai sensitivitas dan spesifisitas diatas 99% dan 98%. WHO merekomendasikan rapid tes untuk menjamin tingkat sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi.

- b. Keuntungan utama dari rapid tes HIV adalah bahwa hasil dapat diberikan pada hari yang sama pada saat testing, sehingga mengurangi jumlah kunjungan klien. Jumlah klien yang mau menerima hasil juga lebih banyak bila hasil pemeriksaan dapat diperoleh pada hari yang sama. Keuntungan lain adalah bahwa klien lebih suka menerima hasil tesnya dari petugas pelayanan kesehatan yang sama yang memberikan pre-tes konseling. *E*
- c. *LISA*; Antibodi HIV dalam serum yang dideteksi dengan menggunakan teknik panangkapan antibodi selipan (*sandwich capture technique*). Antibodi dalam serum yang di tes membentuk '*sandwiched*' diantara antigen HIV (yang terikat pada dasar sumur tes) , dan enzim yang ditambahkan pada sumur tes mengikuti tambahan dari serum yang di tes. Sumur tes dicuci dengan cairan khusus untuk melepaskan enzim yang tidak diikat. Reagen warna ditambahkan pada sumur. Ikatan enzim akan mengkatalisa perubahan warna reagen. Beberapa dari Elisa yang ada saat ini mempunyai kapasitas untuk mendeteksi antibodi HIV dan antigen HIV.
- d. *Western blot*: Antibodi HIV dalam serum di deteksi melalui reaksi dari bermacam-macam protein virus. Awalnya, protein virus dipisahkan ke dalam pita menurut berat molekul pada gel elektroforesis. Protein ini lalu di transfer atau ditandai pada kertas *nitroselulosa*. Kertas tersebut lalu di inkubasi dengan serum pasien. Antibodi HIV yang spesifik akan terikat pada kertas nitroselulosa secara tepat pada titik dimana protein target berpindah. Antibodi yang diikat dideteksi melalui teknik kolorimetri.

Ada berbagai macam keadaan dimana tes antibodi HIV digunakan. Pemilihan tes yang akan dipakai ditentukan oleh tiga faktor 1) tujuan tes; 2) sensitivitas dan spesifitas tes; dan 3) prevalensi HIV dalam populasi yang dites.

Ada tiga tujuan utama dimana tes antibodi HIV digunakan :

- a) Keamanan darah transfusi dan jaringan transplantasi (keamanan penerima).
- b) Surveilans (untuk mengetahui besar masalah di masyarakat)

- c) Diagnosis infeksi HIV (termasuk VCT dan pelayanan klinis untuk mengetahui status individu)

9. *Virologic Test*

Virologic test dilakukan untuk mendeteksi HIV didalam tubuh. Ada tiga macam *Virologic test* sebagai berikut.

- a. *Viral antigen detection test (also known as the P24 antigen test)*
- b. *Nucleic acid-based test (specialized test that look for genetic information on HIV using polymerase chain reaction or PCR)*
- c. *Virus culture, which isolates the virus.*

Di negara berkembang *Virologic test* jarang digunakan untuk mendiagnosa HIV. Tetapi *Virologic test* lebih sering digunakan untuk memantau efektifitas pengobatan dan perkembangan infeksi HIV seperti untuk mengukur *viral load*.

10. Strategi Testing

Ketepatan hasil tes meningkat bila memakai dua tes antibodi HIV, karena hasil positif palsu mungkin terjadi pada setiap tes. Keuntungan dalam ketepatan pengulangan testing HIV harus dipertimbangkan untuk menekan peningkatan biaya. UNAIDS dan WHO merekomendasikan tiga strategi testing untuk memaksimalkan ketepatan sekaligus mengurangi biaya.

- a. Strategi satu:Seluruh darah dites dengan salah satu Elisa / Rapid Test. Seluruh hasil positif dianggap terinfeksi dan seluruh hasil negatif dianggap tidak terinfeksi. Strategi ini dikerjakan untuk 2 tujuan: (1) pelayanan transfusi/jaringan transplantasi dan (2) surveilans. Pada pelayanan transfusi, tes yang digunakan adalah kombinasi HIV-1/HIV-2 yang mempunyai sensitifitas tinggi. Sampel darah yang reaktif atau tidak dapat ditentukan (intermediate) harus dianggap terinfeksi dan dibuang/diamankan. Bila menggunakan strategi ini untuk surveilans, tes yang digunakan tidak perlu sesensitif seperti yang digunakan pada keamanan transfusi dan jaringan transplantasi.
- b. Strategi dua: Pertama kali, seluruh darah dites dengan satu Elisa atau Rapid Test. Setiap serum yang ditemukan reaktif pada tes awal, akan dites dengan tes kedua yang berbeda dari tes pertama dalam hal metode dan target peptida. Serum yang reaktif dengan kedua tes, dipertimbangkan terinfeksi HIV dan serum yang non reaktif dengan kedua tes dipertimbangkan negatif. Hasil

yang berbeda (contoh: tes awal positif dan tes kedua negatif) harus diulang dengan tes yang sama. Walaupun hasil tetap berbeda sesudah pengulangan testing, serum harus dipertimbangkan tidak dapat ditentukan atau indeterminate. Strategi ini terutama digunakan untuk diagnosis klinis dari infeksi HIV. Walaupun itu juga digunakan untuk program surveilans pada populasi dengan prevalensi rendah. Pengulangan strategi testing direkomendasi untuk surveilans pada negara dengan prevalensi rendah karena nilai prediktif positif rendah pada tes tunggal. Seluruh sampel untuk program surveilans yang tetap berbeda sesudah pengulangan testing dipertimbangkan indeterminate. Hasil yang indeterminate harus dianalisa dan dilaporkan secara terpisah dalam laporan surveilans tahunan.

- c. Strategi tiga: Ini mirip dengan strategi dua. Tes ketiga diharapkan dapat dilakukan pada seluruh sampel yang positif yang sudah dideteksi. Karena seluruh spesimen yang positif dan seluruh hasil spesimen yang berbeda diulang dengan menggunakan tes yang ketiga. Tiga tes yang dikerjakan adalah strategi yang harus berdasarkan pada persiapan dan metodologi antigen yang berbeda. Setiap sampel yang hasilnya tidak dapat ditentukan (indeterminate) dengan tes ketiga akan dipertimbangkan *indeterminate*.

11. Interpretasi hasil tes HIV

Konselor harus mempunyai kemampuan untuk intepretasi hasil antibodi HIV negatif palsu dan positif palsu agar dapat menasehati pasien secara tepat dalam interpretasi hasil tes.

- a. Hasil positif palsu; Saat ini tersedia tes antibodi HIV yang secara ekstrim sensitif dan tingkat positif palsu dapat dinilai , terutama pada populasi dengan prevalensi rendah. Semua strategi testing HIV klinis membutuhkan pengulangan tes antibodi HIV harus dijalankan. Positif palsu dengan satu tes tidak selalu menghasilkan positif pada tes kedua. Alasan potensial positif palsu termasuk kesalahan teknis; reaksi silang serologis; pengulangan pengenceran dan pembekuan sampel.
- b. Hasil negatif palsu; Laporan hasil negatif palsu berarti sampel tidak terinfeksi padahal kenyataannya terinfeksi. Alasan paling umum untuk hasil antibodi HIV negatif palsu adalah pasien yang saat ini terinfeksi tapi sekarang dalam periode jendela seperti

dijelaskan diatas. Karena itu pengkajian risiko HIV secara tepat pada periode ini perlu dijalankan.

- c. Hasil negatif; hasil tes negatif diindikasikan bahwa tidak ditemukan antibodi HIV didalam tubuh. Hasil ini mungkin berarti bahwa klien tidak terinfeksi HIV atau klien mungkin terinfeksi HIV tetapi didalam tubuhnya belum terbentuk antibodi HIV (*window period*).
- d. Hasil Positif; hasil tes positif diindikasikan bahwa antibodi HIV terdapat didalam darah klien. Hasil ini diindikasikan bahwa klien terinfeksi HIV tetapi bukan berarti klien telah menderita AIDS.
- e. *Indeterminate*; hasil tes *indeterminate* berarti bahwa klien mungkin terinfeksi HIV dan sementara dalam proses pembentukan antibodi HIV atau klien memiliki antibodi yang sama dengan antibodi HIV dan antibodi tersebut sedang bereaksi terhadap tes HIV.

12. Testing HIV *Anonymous* dan *Confidential*

Banyak orang terinfeksi HIV tapi tidak bergejala. Mereka tidak mempunyai gejala atau tanda klinis yang menandakan penurunan fungsi kekebalan. Oleh karena itu tes laboratorium perlu untuk membuat diagnosis HIV. Seorang klien mungkin meminta tes HIV sebab mereka merasa berisiko atau alasan lain. Seorang petugas pelayanan kesehatan juga boleh merekomendasi suatu tes berdasarkan sejarah perilaku pasien atau penemuan klinis seperti IMS atau infeksi oportunistik. Dengan mengabaikan keadaan di mana seseorang mencari tes HIV, Testing antibodi HIV dan konseling harus selalu sukarela dan rahasia. Testing HIV harus sukarela dan klien memberi persetujuan setelah mendapat informasi (*informed consent*) untuk tes yang dijalankan setelah pre-tes konseling dan tidak dibawah paksaan.

Informasi tentang individu dan pasangan seksualnya harus dipertahankan kerahasiaannya secara ketat. Kerahasiaan akan membantu mendapat kepercayaan klien dan menghindari stigmatisasi dan diskriminasi. Manajemen pencatatan secara hati-hati adalah prasyarat untuk kerahasiaan.

Ada 3 metode umum labeling sampel darah untuk menjamin kerahasiaan; 1) *Linked-anonymous testing*; 2) *Linked testing*; 3) *Unlinked anonymous testing*.

Pada *linked-anonymous testing*, tidak ada nama atau identifikasi lain dari klien yang dicatat. Klien menerima nomor unik, tidak dapat dikaitkan dengan catatan medik apapun yang sesuai dengan nomor yang ditempelkan pada sampel darah yang dikirim ke laboratorium. Hasil dari laboratorium untuk nomor khusus dilaporkan kembali ke klinik / tempat konseling. Klien datang ke klinik dengan membawa nomor yang benar dan di informasikan hasilnya. Prosedur ini, tidak ada catatan klien yang disimpan dan tidak ada cara untuk menemukan klien bila ia tidak kembali mengambil hasil.

Pada *linked testing*, sampel darah yang dikirim untuk tes HIV mempunyai identifikasi seperti nama atau nomor klinik, yang dikaitkan dengan sampel kepada klien. Untuk menjamin kerahasiaan secara maksimal dari klien, sampel yang dikirim untuk tes HIV tidak harus diidentifikasi menurut nama klien, tetapi bisa dengan beberapa petanda lain sehingga petugas laboratorium dan orang lain yang mempunyai akses pada catatan laboratorium tidak akan mampu mengidentifikasi klien. Kadang-kadang klinik tes HIV mempunyai formulir dengan nomor berurutan. Laboratorium mendapat salinan permintaan hanya dengan nomor tersebut.

Unlinked anonymous testing sering dijalankan pada sampel darah yang diminta untuk alasan lain (mis. serologi sifilis pada klinik antenatal atau darah donor) Prosedur testing ini, semua identifikasi dilepas dari darah yang akan di tes antibodi HIV. Dalam konteks ini, skrining *unlinked anonymous* berarti bahwa hasil tes tidak dapat dikaitkan dengan klien yang memberikan spesimen darah dan tidak ada catatan klien pada sampel. Departemen Kesehatan menggunakan skrining *unlinked anonymous* untuk memantau trend / kecenderungan infeksi HIV pada daerah geografik dan populasi yang berbeda dan memahami lebih lanjut riwayat alamiah infeksi HIV.

13. Konseling Post Tes HIV

Salah satu tujuan dari konseling post tes adalah membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil tes. Konselor mempersiapkan klien untuk menerima hasil tes, memberikan hasil tesnya, dan menyediakan informasi selanjutnya, jika perlu merujuk klien ke fasilitas layanan lainnya sesuai dengan kebutuhan klien. Konselor juga perlu untuk mendiskusikan dengan klien strategi untuk menurunkan transmisi HIV. Bentuk dari konseling post tes tergantung dari hasil tes. Jika hasil tes positif, konselor menyampaikan hasil tes

dengan cara yang dapat diterima klien, secara halus dan manusiawi, serta memberikan dukungan emosional dan bantuan strategi penyesuaian diri. Konseling tetap diperlukan meskipun hasil tes negatif. Konselor senantiasa memberi kewaspadaan akan kemungkinan hal potensial muncul pada masa *window period*. Klien harus diberi informasi kapan waktu untuk tes ulang. Konselor juga dapat membantu klien dalam memformulasikan strategi lain agar tetap berada dalam hasil tes yang negative (UNAIDS, 1997).

Ketika hasil tes *seropositif*, konselor harus mengatakan kepada klien dengan jelas dan hati-hati, memberikan dukungan emosional dan mendiskusikan bagaimana menghadapi keadaan tersebut. Selama konseling post tes, konselor harus memastikan bahwa klien segera mendapatkan dukungan emosional dari pasangan atau temannya. Ketika klien siap, konselor boleh menawarkan informasi atau rujukan pelayanan yang dapat membantu klien menerima status HIVnya dan mengadopsi nilai-nilai positif. Berbagi hasil positif dengan pasangan atau anggota keluarga yang dipercaya sangat bermanfaat. Perlu didiskusikan pencegahan penularan HIV pada pasangan. Menyampaikan hasil status HIV kepada pasangan seksual sangat penting dan memungkinkan untuk mendapatkan dukungan dalam mempraktekkan seks aman (UNAIDS, 2000).

Konseling juga sangat penting ketika hasil tes negative. Klien mungkin merasa bahwa dia terbebas dari HIV. Konselor perlu untuk mendiskusikan perubahan perilaku yang dapat membantu klien untuk tetap berada pada status HIV negative seperti praktek seks aman termasuk penggunaan kondom dan metode lain untuk menurunkan risiko terinfeksi HIV. Konselor juga perlu memberikan motivasi kepada klien untuk mengadopsi nilai baru dan dorongan untuk melakukan perubahan perilaku berisiko (UNAIDS, 2000).

Dasar keberhasilan konseling post tes ditentukan oleh baiknya konseling pre tes. Bila konseling pre tes berjalan baik, maka dapat terbina hubungan baik antara konselor-klien. Dengan dasar ini maka akan lebih mudah untuk terjadinya perubahan perilaku dimasa datang, dan memungkinkan pendalaman akan masalah klien. Mereka yang menunggu hasil tes HIV berada dalam kondisi cemas, dan mereka yang menerima hasil tes positif akan mengalami distress. Karena itu disarankan agar konselor yang melakukan konseling post tes adalah konselor yang juga memberikan konseling pre tes (Green, 1996).

Kebutuhan akan VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) semakin kelihatan utamanya dari populasi kunci. Institusi yang menyediakan layanan VCT adalah fasilitas pelayanan kesehatan dan NGO. Di Gorontalo fasilitas VCT yang sudah tersedia terdapat di Rumah Sakit Prof DR Aloei Saboe Kota Gorontalo, pelayanan VCT lainnya dilaksanakan secara mobile melalui KPA Kabupaten/Kota.

Jika diperhadapkan pada kebutuhan akan VCT yang sebenarnya, fasilitas yang tersedia sangatlah tidak mencukupi. Selain karena jumlah konselor yang terbatas, sebaran fasilitas layanan belum merata. Dampaknya, akses VCT tidak terlalu besar berakibat pada temuan kasus yang relatif kecil. Padahal VCT ini merupakan pintu masuk untuk layanan CST dan merupakan tahapan strategis dalam memutus rantai penularan dari ODHA ke orang yang sehat.

Dalam konteks VCT, kondisi terakhir ini diperdebatkan dalam hal kesukarelaan orang untuk mengikuti tes. Ada pandangan yang menganggap bahwa karena kesukarelaan ini, orang kemudian malas untuk menjalani tes sebagai resiko dari ketakutannya, ada juga pandangan yang menitikberatkan pada tindakan testing merupakan hak asasi manusia yang harus dihormati. Dua perpektif ini saling berdialektika sehingga memunculkan model tes yang baru dikenal dengan model PITC (tes atas inisiatif petugas kesehatan).

Sekalipun pertentangan antara metode tes mana yang efektif, namun kendala nyata yang dihadapi dalam layanan ini adalah jumlah tenaga konselor yang kurang sebagai akibat dari kurangnya pelatihan konselor yang diadakan oleh Dinas Kesehatan maupun Kementerian kesehatan. Logikanya, untuk memperbanyak tenaga konselor harus memperbanyak pelatihan, celakanya, syarat pelatihan konselor terlalu ketat karena harus dilatih oleh MoT yang sudah memiliki sertifikasi. Kelihatannya, prosedur dan tata aturan yang kaku menjadi kendala tersendiri.

a. Program Penguatan Kebijakan

Sejauh ini produk kebijakan yang dipergunakan di Provinsi Gorontalo sebagai rujukan pengembangan program adalah bersumber dari kebijakan nasional yaitu Perpres No. 75/2006, Keputusan Mendagri No 20 Tahun 2007, Strategi Nasional, dan rencana aksi nasional. Sedangkan kebijakan pada tingkat lokal menggunakan rujukan berupa Peraturan Gubernur tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo, keputusan Gubernur tentang Penetapan Pengurus KPAP, Keputusan Wakil

Gubernur tentang pengurus Pokja, Keputusan Ketua Harian KPAP tentang pembentukan tim asistensi dan Strategi Daerah Gorontalo tentang P2 AIDS.

Kesenjangan kebijakan berdasarkan tuntutan dan kebutuhan saat ini adalah tuntutan tentang penyusunan dan penetapan Peraturan Daerah Gorontalo tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Sesungguhnya proses advokasi penyusunan perda ini sudah didorong sejak tahun 2009 ketika itu melalui KPA Provinsi Gorontalo mencoba memfasilitasi pembentukan Perda Penanggulangan HIV-AIDS kepada anggota DPRD Provinsi Gorontalo. masih pada fase pertama. Namun karena beberapa kendala konseptual dan teknis mengakibatkan proses ini mengalami stagnasi sampai saat sekarang ini.

Sebagai kilas balik, kendala terbesar saat itu adalah persepsi tentang HIV dan AIDS di kalangan *decision maker* belum berada pada perspektif yang sama, berakibat lemahnya komitmen kepemimpinan dalam mendukung upaya penanggulangan. Selain itu, pengorganisasian tim advokasi saat itu belum berjalan secara efektif. Indikasinya adalah kerjasama diantara tim tidak memperlihatkan kekompakan sehingga struktur gerakan advokasi mengalami kekacauan. Dampaknya, isi dan metode advokasi yang dikembangkan belum memanfaatkan data-data hasil riset terapan dan pendampingan dari NGO. Secara eksternal, sikap pro-kontra masyarakat terhadap Perda HIV dan AIDS menjadi salah satu determinasi kegagalan upaya penyusunan kebijakan tersebut.

Elaborasi penggambaran kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo beserta permasalahan yang menyertainya dapat dirumuskan dalam beberapa poin-poin permasalahan sebagai berikut.

- a) Kelembagaan KPAP dan kabupaten/kota belum optimal menjalankan peran strategisnya dalam mensinergikan program antar sektor.
- b) Pembiayaan program bersumber APBD belum fokus untuk P2 AIDS oleh KPAP dan alokasi penganggarnya yang relatif minim.
- c) Pendekatan kriminalitas bagi IDU's yang diberlakukan oleh pihak kepolisian telah menghambat aktivitas pendampingan NGO di lapangan

- d) Lembaga yang melakukan pendampingan bagi populasi kunci relatif lebih sedikit jumlahnya dibandingkan dengan jumlah populasi kunci yang sebenarnya.
- e) Dukungan stakeholders inti terhadap program relatif masih kurang yang ditandai dengan penggerakan program yang masih didominasi oleh donor agency level Internasional.
- f) Pendekatan pemakaian kondom 100% bagi populasi kunci cakupannya sangat rendah dan efektivitasnya belum optimal.
- g) Sosialisasi informasi HIV dan AIDS yang benar terhadap masyarakat umum masih kurang dan akses informasinya terbatas pada media-media yang sifatnya umum.
- h) Fasilitas pelayanan kesehatan untuk VCT dan CST relatif masih kurang baik dari sisi jumlah maupun sebaran serta kualitasnya yang rendah pula.
- i) Jumlah tenaga konselor juga masih kurang dibandingkan dengan jumlah permintaan layanan dari masyarakat.
- j) Ketersediaan ARV (*Anti Retroviral*) di rumah sakit belum menjamin kesinambungan pengobatan bagi ODHA dan akses jarak yang harus ditempuh oleh ODHA untuk mendapatkan ARV sehingga diperlukan upaya desentralisasi stok obat ARV ke Rumah sakit di kabupaten/Kota.
- k) Mekanisme rujukan antar pelayanan kesehatan belum berjalan sesuai kesepakatan bersama
- l) Program penanggulangan dalam konteks tertentu dipandang bertentangan dengan kondisi sosial budaya masyarakat Gorontalo.

b. Peran Serta Masyarakat

Masalah HIV dan AIDS akan semakin sulit diminimalisir jika pelibatan masyarakat dalam program kurang memberi ruang partisipasi yang luas. Dengan demikian, peran serta masyarakat dalam menanggulangi masalah ini sangat penting dalam upaya pencapaian tujuan dalam menurunkan epidemi HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo.

Bentuk atau cara masyarakat dalam memberikan peran sertanya pada program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo dapat dilakukan dalam bentuk:

- a) Masyarakat secara konsisten menerapkan perilaku hidup sehat, tidak melakukan perilaku berisiko.

- b) Meningkatkan ketahanan hidup keluarga untuk mencegah penularan HIV dan AIDS. Keluarga dapat dijadikan sebagai media pertahanan pertama dan terakhir bagi anggota keluarga agar tidak terjerumus pada perilaku berisiko. Dalam konteks ini, keluarga menjalankan fungsi sosial dan fungsi pendidikan bagi masyarakat.
- c) Masyarakat tidak melakukan diskriminasi terhadap ODHA. Selain itu, masyarakat juga diharapkan dapat mengontrol lingkungan yang cenderung diskriminatif terhadap ODHA dalam menjalani kehidupan sosial sehari-hari.
- d) Peran penting lainnya adalah masyarakat dituntut agar dapat menggunakan sumber daya yang dimilikinya agar mampu melakukan kegiatan-kegiatan promosi, pencegahan, tes sukarela, pengobatan, dukungan, dan perawatan.

Peran serta masyarakat dalam setiap program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dapat juga diartikan sebagai bentuk keterlibatan dunia usaha dan organisasi-organisasi sosial serta organisasi masyarakat lokal. Keterlibatan institusi usaha dan masyarakat tersebut dapat dilakukan bersama-sama dengan pemerintah dalam mengantisipasi kemungkinan-kemungkinan risiko yang dihadapi karena penularan HIV.

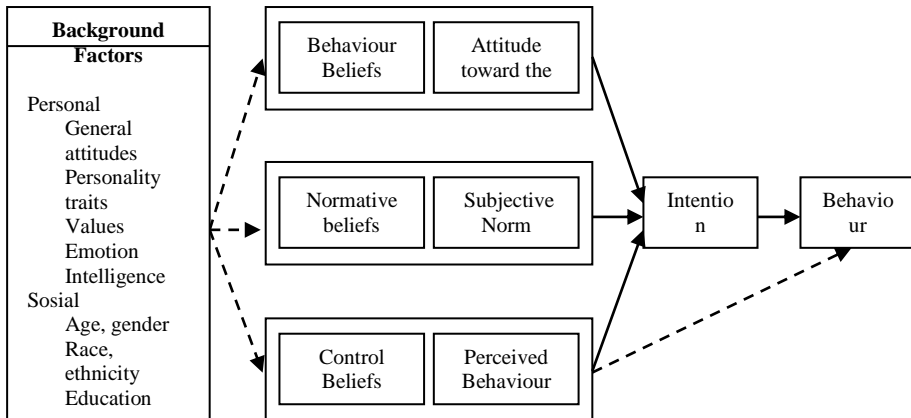
Peran dari dunia usaha secara spesifik diarahkan untuk perusahaan yang mempekerjakan sejumlah tenaga kerja agar penularan HIV dan AIDS bagi pekerja dan keluarga dapat dihindari. Pelaksanaan program HIV dan AIDS di tempat kerja dapat dilakukan dengan mengintegrasikan program ini ke dalam pelayanan K3, sehingga biaya yang dikeluarkan karena program pendidikan AIDS di tempat kerja tidak terlalu besar. Perlu diingat, hambatan terberat bagi pengusaha dalam mendesain program AIDS di perusahaan karena alasan pembiayaan.

Perusahaan-perusahaan yang perlu didorong agar menerapkan program AIDS di tempat kerja adalah perusahaan yang berpotensi memunculkan perilaku berisiko HIV dan AIDS seperti perusahaan tempat hiburan malam (THM), perusahaan perhotelan, perusahaan pertambangan, perusahaan transportasi, perusahaan perkebunan dan pertanian, dan perusahaan-perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja dari luar dengan waktu kontrak kerja yang relatif lama.

BAB IX MODEL PERILAKU BERESIKO HIV/AIDS PADA REMAJA

A. Pengembangan Model Teori Plan Behavior (TPB)

Model perilaku berisiko pada remaja terhadap penularan HIV dan AIDS pada buku ini didasari pada konsep dan modifikasi teori perilaku dari H.Blomm (1975) dan *Theory of Plan Behaviour* (TPB) oleh Fishbein (2006). Dalam teori Bloom dinyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan tindakan (*action*) menurut Adjen dan Fishbein (1985) dalam *theory of planbehaviour* bahwa sikap bukan merupakan penyebab langsung terhadap timbulnya perilaku melainkan terdapat faktor Intensi seseorang untuk mewujudkan suatu perilaku yang diinginkan.



Gambar 8. Teori *Planned Behaviour*

Berdasarkan modifikasi terhadap kedua desain teori tersebut peneliti merancang model teori perilaku berisiko HIV dan AIDS pada remaja dengan beberapa variabel eksogen meliputi karakteristik remaja (X1) yang dibentuk oleh beberapa variabel *observe* yaitu umur, ekonomi, budaya, kepatuhan beragama dan peranan media massa. Variabel endogen meliputi pengetahuan (Y1), *behaviour beliefs* (Y2), *normative beliefs* (Y3), kontrol *beliefs* (Y4) intensi (Y5) dan perilaku (Y6). Variabel jenis kelamin merupakan variabel yang akan dianalisis secara berkelompok.

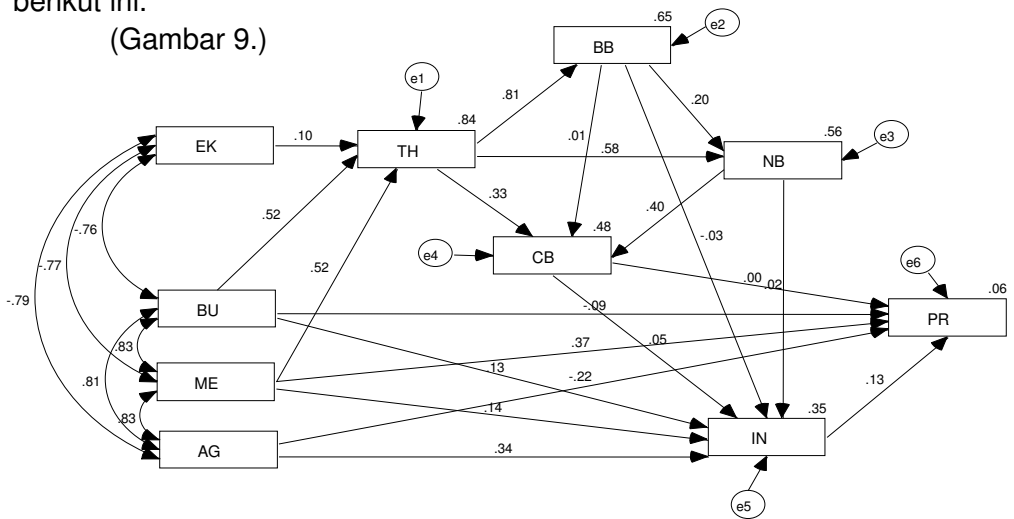
Analisis jalur bertujuan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel eksogen dan endogen sekaligus, sehingga memungkinkan pengujian terhadap variabel *moderating intervening*

atau variabel antara. Disamping itu, analisis jalur juga dapat mengukur hubungan langsung maupun tidak langsung antar variabel. Model yang dibangun pada analisis jalur menggunakan dua model yaitu analisis jalur tunggal tanpa melihat jenis kelamin dan analisis jalur secara berkelompok (grup) berdasarkan jenis kelamin.

Analisis jalur terhadap model perilaku berisiko HIV dan AIDS pada remaja dibuat dengan terlebih dahulu mencari nilai skor faktor dari masing-masing variabel laten dengan mengalikan nilai skor total masing-masing responden dengan nilai lambda (λ) dari hasil perhitungan analisis CFA, maka diperoleh angka skor faktor masing-masing variabel laten sebagai berikut.

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, dilakukan analisis jalur dengan menggunakan hasil skor faktor variabel pada setiap responden, hasil analisis jalur tersebut ditampilkan pada gambar berikut ini.

(Gambar 9.)



B. Model Analisis Jalur Perilaku Berisiko Remaja

Berdasarkan model awal diatas, hubungan antar variabel terdapat beberapa variabel yang memiliki hubungan yang tidak signifikan dengan nilai $\lambda > 0,05$. Variabel tersebut adalah hubungan, variabel *normative beliefs* (NB), *control beliefs* dan *behaviour beliefs* tidak berpengaruh secara signifikan terhadap intensi begitu pula perilaku tidak dipengaruhi oleh intensi. Selengkapnya disajikan pada tabel 5.27.

Tabel 3. Hasil Analisis Grup Hubungan antara Variabel yang Tidak Signifikan pada Model Awal Remaja di Gorontalo

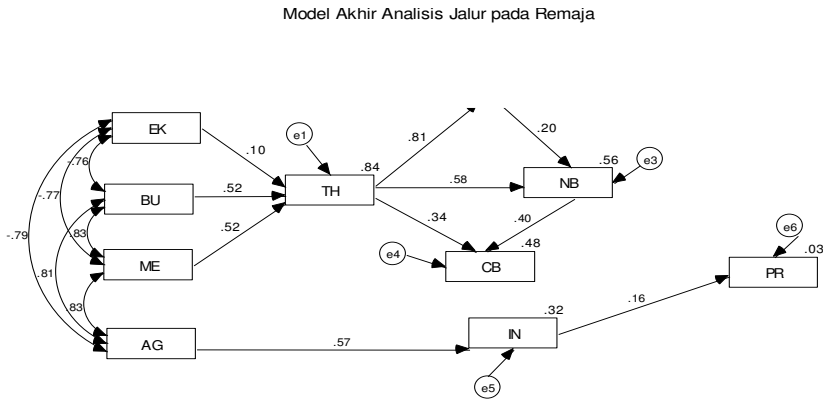
Variabel	Λ	ρ	Keterangan
Behavior Beliefs→Control Beliefs	0,014	0,866	Tidak Signifikan
	0,045	0,839	Tidak Signifikan
	0,062	0,511	Tidak Signifikan
Normative Beliefs →Intensi	-0,033	0,741	Tidak Signifikan
Control Beliefs→Intensi	-0,007	0,979	Tidak Signifikan
Behavior Beliefs→Intensi	0,332	0,125	Tidak Signifikan
Control Beliefs→Perilaku	-0,610	0,113	Tidak Signifikan
Intensi→Perilaku	0,118	0,277	Tidak Signifikan
Agama→Perilaku	0,130	0,262	Tidak Signifikan
Budaya→Intensi	-0,201	0,528	Tidak Signifikan
Media massa → Intensi			
Budaya → Perilaku			

Model awal pada analisis jalur perilaku remaja terdapat hubungan antar variabel yang berhubungan secara signifikan antara lain pengetahuan berpengaruh secara signifikan terhadap keyakinan (*behaviorbeliefs*, *normativebeliefs* dan *controlbeliefs*), sementara itu aspek budaya dan media massa berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan remaja, selengkapnya dipaparkan pada tabel 5.28

Tabel 4. Hasil Analisis Grup Hubungan antara Variabel yang Signifikan pada Model Awal Perilaku Remaja di Gorontalo

Variabel	B	P	Keterangan
Pengetahuan→ Behavior Beliefs	0,807	0,001	Signifikan
Pengetahuan→Normative Beliefs	0,578	0,001	Signifikan
	0,329	0,001	Signifikan
Pengetahuan→Control Beliefs	0,399	0,001	Signifikan
Normative Beliefs→Control Beliefs	0,198	0,013	Signifikan
	0,520	0,001	Signifikan
Behavior Beliefs→Normative Beliefs	0,521	0,001	Signifikan
Beliefs Budaya→Pengetahuan	0,100	0,035	Signifikan
Media →Pengetahuan	0,338	0,002	Signifikan
Ekonomi →Pengetahuan			
Agama → Intensi			

Hasil perhitungan pada koefisien jalur diatas, menunjukkan bahwa beberapa variabel memiliki nilai $p > 0,05$ sehingga model hubungan yang dibentuk tidak signifikan atau tidak memenuhi syarat (*offending estimate*), variabel tersebut dikeluarkan secara bertahap hingga menghasilkan model yang signifikan. Selanjutnya adalah membuat model yang memenuhi syarat sebagai model hasil modifikasi, model tersebut dipaparkan seperti pada gambar berikut.



Gambar 10. Model Akhir Analisis Jalur pada Remaja

Proses pemodelan akhir dilakukan untuk mendapatkan model yang fit dan signifikan antara variabel laten. Hasil pemodelan akhir pada remaja diperoleh hasil bahwa variabel keyakinan/*beliefs* tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel intensi dan perilaku. Pada remaja variabel ekonomi, budaya dan media massa berpengaruh secara signifikan terhadap tingkat pengetahuan remaja, variabel kepatuhan beragama berpengaruh secara signifikan terhadap intensi. Selengkapannya dapat dilihat pada tabel 5.29.

Tabel 5. Hubungan antara Variabel yang Signifikan Model Akhir pada Perilaku Remaja di Gorontalo

Pengaruh	β	P	Keterangan
Pengetahuan → Behavior Beliefs	0,807	0,001	Signifikan
	0,578	0,001	Signifikan
	0,339	0,001	Signifikan
pengetahuan → Normative Beliefs	0,401	0,001	Signifikan
	0,198	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Control Beliefs	0,163	0,013	Signifikan
Normative Beliefs → Control Beliefs	0,520	0,020	Signifikan
	0,521	0,001	Signifikan
Behavior Beliefs → Normative Beliefs	0,100	0,001	Signifikan
Beliefs Intensi → Perilaku	0,570	0,035	Signifikan
Budaya → Pengetahuan		0,001	Signifikan
Media → Pengetahuan			
Ekonomi → Pengetahuan			
Agama → Intensi			

C. Pengujian Model Akhir pada remaja

Pengujian terhadap model dilakukan melalui penilaian *overall model fit* melalui berbagai kriteria penilaian dengan menggunakan standar *Goodnessoffit* untuk mengukur kesesuaian input observasi atau sesungguhnya dengan prediksi dari model yang diajukan. Indeks kesesuaian model *Goodnessoffit* yang digunakan antara lain dengan melihat angka *chi square* dan nilai probabilitas signifikansi.

Berdasarkan hasil uji model dengan menggunakan kriteria *Goodness of fit*, diketahui bahwa model perilaku berisiko sebelum dan sesudah modifikasi memperlihatkan bahwa model setelah modifikasi terlihat lebih baik atau fit dibanding model sebelum modifikasi sehingga dapat dikatakan bahwa, model perilaku berisiko HIV dan AIDS pada remaja adalah fit berdasarkan tabel berikut.

Tabel 6. Pengujian Model berdasarkan Kriteria *Goodness Of Fit* terhadap Model Akhir Perilaku Remaja di Gorontalo

Goodness of fit indeks	Cut of value	Model awal	Model akhir
(Chi Square) Signifikanced Probability	Diharapkan kecil =df	0,001 19	0,001 29
CMIN/DF	<2,0	5,556	4,051
GFI	>0,90	0,925	0,915
RMSEA	<0,08	0,151	0,124
NFI	>0,90	0,941	0,934
RMR	<0,05	0,015	0,030

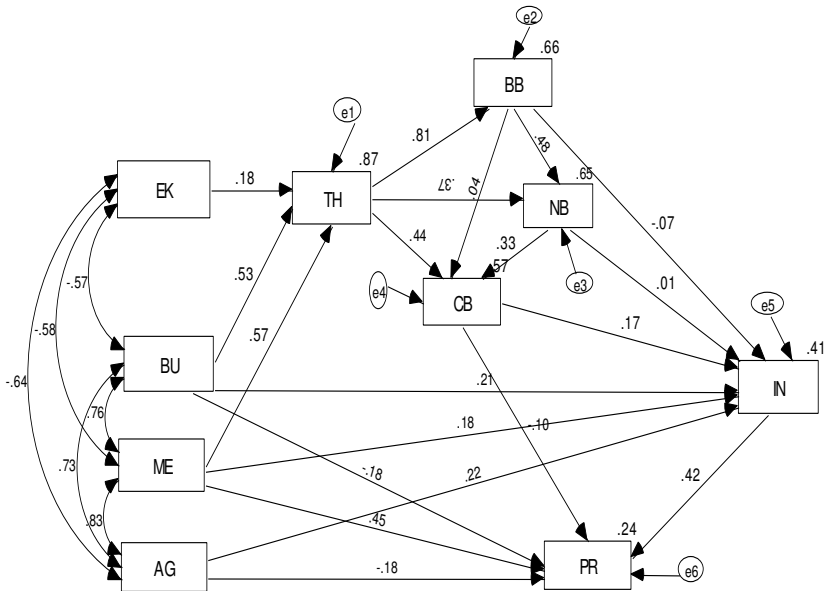
Sumber data lampiran diolah

Bedasarkan tabel *Goodness of fit* di atas, model akhir terhadap perilaku berisiko remaja di Gorontalo dapat dikatakan fit apabila melihat beberapa kriteria diatas, misalnya nilai Chi square sebesar 0,001 dari yang diharapkan kecil, nilai GFI sebesar 0,915 dari standar >0,90, nilai NFI sebesar 0,934 dari standar sebesar >0,90 dan standar goodness of fit berdasarkan nilai RMR sebesar 0,030.

D. Pengembangan Model berdasarkan Analisis Grup

Intervensi program HIV dan AIDS tidak dapat disamakan satu dengan yang lainnya karena adanya perbedaan beberapa faktor determinan pada setiap populasi, sehingga diperlukan pola intervensi yang berbeda berdasarkan karakteristik jenis kelamin laki-laki dan perempuan (Ridwan A. 2010).

Model Awal Analisis Jalur Pada Perempuan



Gambar 10. Model Awal Analisis Jalur pada Laki-Laki dan Perempuan

Berdasarkan model awal diatas, analisis jalur pada perempuan memperlihatkan hubungan antara variabel lebih banyak yang signifikan dibandingkan pada model laki-laki. Pada model awal perempuan, variabel intensi (Y5) berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku (Y6) dengan nilai $p=0,001$, sementara pada laki-laki variabel intensi (Y5) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku (Y6) dengan nilai $p = 0,760$.

Variabel *behaviour beliefs* (Y2) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap *normativebeliefs* (Y3) pada model awal laki-laki, tetapi berpengaruh secara signifikan pada model awal perempuan dengan nilai $p =0,001$. Variabel kepatuhan beragama (X3) pada model awal baik pada laki-laki maupun pada perempuan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku , dengan nilai $p >0,05$. Hasil selengkapnya disampaikan pada tabel berikut :

Tabel 7. Hasil Analisis Hubungan antara Variabel Model Awal pada remaja Laki-Laki

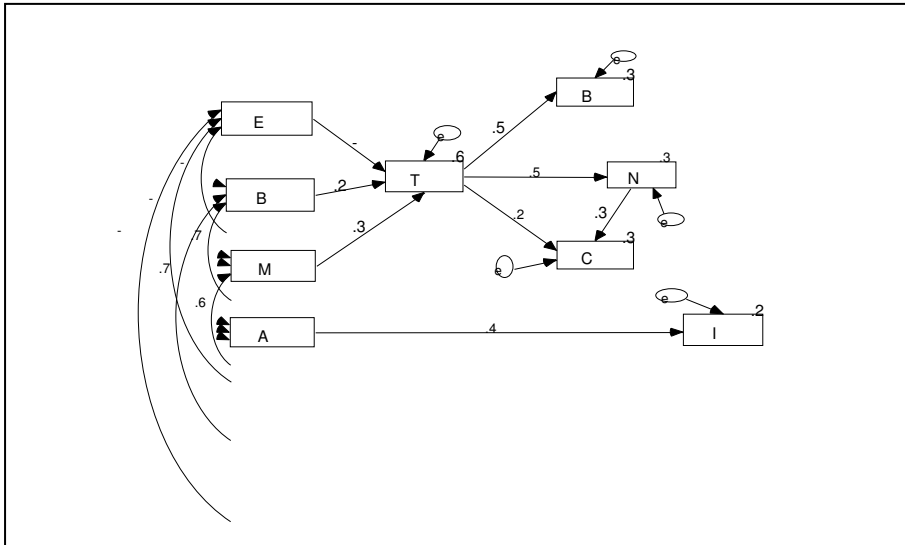
Pengaruh	Laki-laki		Keterangan
	β	P	
Budaya → Intensi	0,050	0,704	Tdk Signifikan
Budaya → Perilaku	0,021	0,888	Tdk Signifikan
Media → Intensi	0,120	0,348	Tdk Signifikan
Media → Perilaku	0,214	0,131	Tdk Signifikan
Pengetahuan → Behavior Beliefs	0,570	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Normative Beliefs	-0,23	0,798	Tdk Signifikan
Behavior Beliefs → Normative Beliefs	0,385	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Control Beliefs	0,015	0,873	Tdk Signifikan
Normative Beliefs → Control Beliefs	-0,009	0,925	Tdk Signifikan
Behavior Beliefs → Control Beliefs	-0,003	0,978	Tdk Signifikan
Behavior Beliefs → Intensi			
Control Beliefs → Intensi			
Normative Beliefs → Intensi			
Intensi → Perilaku			
Control Beliefs → Perilaku			
Ekonomi → Pengetahuan	-0,315	0,001	Signifikan
Budaya → Pengetahuan	0,271	0,002	Signifikan
Media → Pengetahuan	0,317	0,001	Signifikan
Agama → Intensi	0,336	0,006	Signifikan
Agama → Perilaku	-0,183	0,198	Tdk signifikan

Tabel 8. Hasil Analisis Hubungan antara Variabel Model Awal pada remaja Perempuan.

Pengaruh	Perempuan		Keterangan
	β	P	
Budaya → Intensi	0,163	0,163	Tdk Signifikan
Budaya → Perilaku	0,289	0,289	Tdk Signifikan
Media → Intensi	0,311	0,311	Tdk Signifikan
Media → Perilaku	0,024	0,024	Signifikan
Pengetahuan→ Behavior Beliefs	0,001	0,001	Signifikan
Pengetahuan →Normative Beliefs	0,001	0,001	Signifikan
Behavior Beliefs→Normative Beliefs	0,475	0,009	Signifikan
Pengetahuan→Control Beliefs	0,326	0,663	Tdk signifikan
Normative Beliefs→Control Beliefs	0,041	0,191	Tdk signifikan
Behavior Beliefs→Control Beliefs	0,032	0,956	Tdk signifikan
Control Beliefs→Intensi	0,248	0,001	Signifikan
Normative Beliefs→Intensi	-0,002	0,442	Tdk signifikan
Intensi → Perilaku			
Control Beliefs→Perilaku			
Ekonomi→ Pengetahuan	0,177	0,001	Signifikan
Budaya →Pengetahuan	0,528	0,001	Signifikan
Media →Pengetahuan	0,570	0,001	Signifikan
Agama →Intensi	0,416	0,171	Tdk signifikan
Agama →Perilaku	0,025	0,328	Tdk signifikan

Model akhir yang dihasilkan berdasarkan hasil modifikasi dari model awal dengan membedakan berdasarkan jenis kelamin, sehingga menghasilkan model pencegahan HIV dan AIDS pada remaja laki-laki dan remaja perempuan. Model akhir dipaparkan pada gambar berikut.

Model Akhir Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja Laki-Laki



(Gambar 11.)

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa model akhir analisis jalur perilaku berisiko HIV dan AIDS pada remaja laki-laki, variabel perilaku (Y6) tidak dipengaruhi oleh variabel lainnya, sehingga penerapan teori TPB terhadap remaja laki-laki di Gorontalo tidak dapat diaplikasikan. Model akhir pada remaja laki-laki memperlihatkan bahwa pengetahuan remaja laki-laki berpengaruh signifikan terhadap *behaviourbeliefs*, *normativebeliefs* dan *controlbeliefs*.

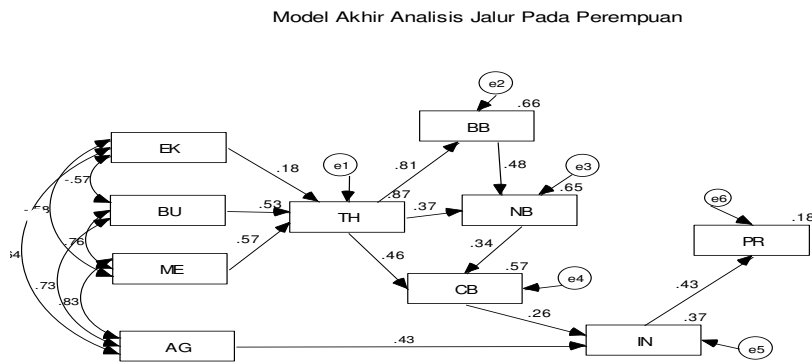
Pengetahuan tentang HIV dan AIDS pada remaja laki-laki juga dipengaruhi secara signifikan oleh faktor budaya, media massa dan penghasilan orang tua. Hasil selengkapnya ditampilkan pada tabel berikut .

Tabel 9. Hasil Analisis Jalur Model Akhir pada Remaja Laki-Laki di Gorontalo

Pengaruh	B	P	Keterangan
Budaya → Pengetahuan	0,271	0,002	Signifikan
Ekonomi → Pengetahuan	-0,315	0,001	Signifikan
Media → Pengetahuan	0,317	0,001	Signifikan
Agama → Intensi	0,475	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Behavior	0,570	0,001	Signifikan
Beliefs	0,583	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Normative Beliefs	0,232	0,014	Signifikan
Beliefs	0,385	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Control Beliefs			
Beliefs			
Normative Beliefs → Control Beliefs			
Beliefs			

E. Model Akhir Analisis Jalur pada Remaja Perempuan

Model akhir analisis jalur pada perempuan diperoleh setelah mengeluarkan atau menghapus secara bertahap variabel yang tidak signifikan pada tahap pemodelan awal, sehingga hasil akhir pemodelan pada remaja perempuan ditampilkan pada gambar berikut ini.



Gambar 12. Model Akhir Analisis Jalur pada Perempuan

Berdasarkan model di atas, analisis jalur pada perempuan memperlihatkan bahwa variabel keyakinan (*behaviourbeliefs*, *normativebeliefs* dan *controlbeliefs*) berpengaruh secara signifikan terhadap intensi, kemudian intensi berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku remaja perempuan, hasil penelitian ini sesuai dengan rumusan teori TPB.

Pengetahuan remaja perempuan dipengaruhi secara signifikan oleh budaya, media massa dan ekonomi. Selain itu variabel kepatuhan beragama pada remaja perempuan berpengaruh secara signifikan terhadap intensi. dengan nilai $p=0,001$. Selanjutnya intensi berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku berisiko pada remaja perempuan. Hasil selengkapnya dipaparkan pada tabel berikut ini.

Tabel 10. Hasil Analisis Grup Hubungan antara Variabel pada Model Akhir Remaja Perempuan di Gorontalo

Pengaruh	β	ρ	Keterangan
Eonomi → Pengetahuan	0,177	0,001	Signifikan
Budaya → Pengetahuan	0,528	0,001	Signifikan
Media → Pengetahuan	0,570	0,001	Signifikan
Pengetahuan → Behavior Beliefs	0,812	0,001	Signifikan
Behavior Beliefs → Normative Beliefs	0,475	0,001	Signifikan
Normative Beliefs → Control Beliefs	0,373	0,001	Signifikan
Control Beliefs → Intensi	0,342	0,003	Signifikan
Intensi → Perilaku	0,463	0,001	Signifikan
Perilaku → Perilaku	0,256	0,015	Signifikan
Perilaku → Perilaku	0,434	0,001	Signifikan
Perilaku → Perilaku	0,427	0,001	Signifikan

Sebelum melakukan pengujian terhadap model struktural, melihat ada tidaknya *offending estimate* yaitu estimasi koefisien yang nilainya di atas batas yang dapat diterima, *offending estimate* dapat terjadi pada varian error yang negative atau non signifikan, standarized koefisien yang mendekati 1,0 serta adanya standar error yang tinggi. Jika *offending estimate* terjadi, maka variabel tersebut harus dikeluarkan sebelum melakukan pengujian model(Gozali, 2004).

Hasil perhitungan pada koefisien jalur sebelumnya menunjukkan beberapa variabel yang tidak memenuhi syarat (*offending estimate*) sehingga peneliti tidak mencantumkan hubungan variabel tersebut kedalam model struktural yang akan di uji sehingga model yang memenuhi syarat adalah seperti pada tabel berikut :

Pengujian terhadap model dilakukan melalui penilaian overall model fit melalui berbagai kriteria penilaian dengan menggunakan standar *Goodness of fit* untuk mengukur kesesuaian input observasi atau sesungguhnya dengan prediksi dari model yang diajukan. Indeks kesesuaian model *Goodness of fit* yang digunakan adalah sebagai berikut:

Tabel 11. Pengujian Model Akhir pada Remaja Perempuan dan Laki-laki di Kota Gorontalo berdasarkan Kriteria *Goodness Of Fit*

<i>Goodness of fit indeks</i>	<i>Cut of value</i>	Model akhir Laki-laki	Model akhir Perempuan
(Chi Square) Signifikanced Probability	Diharapkan kecil = df < 2,0	0,001 0,001	0,001 0,001
CMIN/DF	< 2,0	3,529	2,231
GFI	> 0,90	0,891	0,888
RMSEA	< 0,08	0,146	0,125
NFI	> 0,90	0,896	0,913
CFI	< 0,05	0,922	0,949
RMR	< 0,05	0,023	0,028

Sumber data: Lampiran Diolah

Evaluasi model akhir pada remaja laki-laki dengan menggunakan kriteria *Goodness of fit* diperoleh kesimpulan bahwa model akhir yang dihasilkan pada remaja Perempuan dan remaja laki-laki termasuk model yang fit berdasarkan standar nilai chi square yang kecil yaitu 0,001 dan nilai RMR sebesar 0,023.

DAFTAR PUSTAKA

- Aceijas, C., Stimson, G. V., Hickman, M., dan Rhodes, T. (2004). *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users AIDS*. On behalf of The United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing Countries, 18: 2295-2303.
- Adams, G. R., & Gullota. T. (2000). *Adolescent Life Experiences*. New York: Brooks/ Brooks/Cole; Pacific Groves, CA., (1st. Ed., 1983; 2nd.Ed., 1989, 3rd. Ed., 1993) Cloe Publishing Company. www.uoguelph.ca/~gadams/adamsweb/cvpublic.html(sitasi: 2 Juli 2017).
- Adiningsih (2004). *Pengaruh Pergaulan Bebas dan Vcd Porno Terhadap Perilaku Remaja di Masyarakat*. <http://kbi.gemari.or.id/beritadetail.php.id.2569> (diakses tanggal 16 Juni 2013)
- Adjisuksmo, C., Irwanto (1999). *Bersikap tegas dalam mencegah PMS dan HIV/AIDS*. Jakarta: Perdhaki
- Ajzen ,I (2006) *Attitudes, Personality Organzational Behaviour and Human Decision Prosesess*.Behaviour, second Edition, New York : Milton Keynes OUP.
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (1980) Efficacy of the theory of Planned Behaviour: A Meta analysis review in : *British Journal Of Social Psychology*,Vol 40, pp. 471-499, 2011. Great Britian: The British psychological society.
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (1988) *Attitudes, Personality and Behaviour*. Milton-Keynes,England : open University Press & Chicago, IL.Dorsey press.
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (1988) Changing the Behaviour of People, Explanation of theory of Planned Behaviour. *Journal 12 Manage the Executive Fast Track*. <http://www.12manage.com>(sitasi 22 juni 2017).
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (2000) *Eliciting Salient Beliefs and Research on the theory of Planned Behaviour : The effect of questions wording*.<http://www.medschl.cam.ac.uk/gpperu/userfiles/Project sDocts/BSG/eliciting.pdf> (sitasi20 juni 2017).
- Albarracin, D. et.al. (2004) Influences of social power and normative support on condom use decisions: a research synthesis: *journal AIDS Care*, Vol. 16, No. 6, pp. 700-723, 2004. *England*: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/28/4/243>(sit asi20 juni 2017).

- Alexander, Lisa T, (2011). *Cultural Collective Efficacy, Social Capital and Placed-Based Lawmaking: Revisiting the People Versus Place Debate*.<http://ssrn.com/abstract=1920364> (sitasi 20 juni 2017).
- Alit Laksmiwati, I.A. (1999) *Perubahan Perilaku Seks Remaja Bali*. Yogyakarta: Kerjasama Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada dengan Ford Foundation.
- Amornwichee, P., Teeraratkul, A., Simonds, R. J., et al. (2002). *Preventing mother-to-child HIV transmission: The first year of Thailand's national program*. *JAMA*, 2002,288(2):245-248
- Amy Bleakley, (2010) How Sources of Sexual Information relate to Adolescents Beliefs about sex and Health Behavior. Author manuscript : Available in PMC 2010. *Journal Health Behavior*. Vol.33, No. 1, pp. 37-48(sitasi tanggal 20 Juni 2017).
- Anderson J.et.al. (1990). HIV/AIDS Knowledge and Sexual Behavior Among High School Students. *Journal of Family Planning Perspectives*. Vol 22, No. 6, pp. 252-255. up date 3 Maret 2012(diakses tanggal 26 Juni 2017)
- Anne N. Astrom, Elwalid F. Nasir (2003) *Memprediksi Niat untuk Mengobati Pasien yang Terinfeksi HIV antara Tanzania dan Sudan Medis dan Mahasiswa Kedokteran Gigi*. Menggunakan Teori Perilaku Terencana - Sebuah Studi Cross Sectional.
- Anne Powell Anderson (1994) *Study Guide for Physiology of Behavior*, Fifth Edition. *Psychology Department Smith College, Northampton, MA 01063*.
- Bandura A. (1997). Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory, Englewood Cliffs, *Journal Prentice Hall*. 1986. pp 24-46
- Behrman, (1999). *Labor Markets In Developing Countries, Handbook Of Labor Economics*, in: O.Ashenfelter & D. Card (ed.), *Handbook of Labor Economics*, edition 1, volume 3, chapter 43, pages 2859-2939 Elsevier. <http://onlinelibrary.wiley.com> (diakses 26 Juni 2017)
- Beigrave, F.Z, et. Al.(2009) *The Impact of Knowledge, Norms, and Self Efficacy on Intention to Engage in AIDS-Preventive behaviours among Young incarcerated African American Males*. <http://jbp.sagepub.com/content/19/2/155.short> (sitasi 20 Juni 2017)
- Benda,Brent.(1995) The Effect of Religion on Adolescent Delinquency Revisited. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. Vol. 32, 1995, pp. 446–466.
- Berkman, et.al. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

- Berrigan, D. et.al. (2003). Patterns of Health Behaviours in US Adults. *Preventive Medicine*. Vol.36, pp. 615-623.
- Bonetti, D et.al. (2004) *Constructing Questionnaires Based and the Theory of Planned Behaviour*. United Kingdom: Centre for health Services research University of Newcastle.
- Breaking down the barriers: Lessons on providing HIV treatment to injecting drug users (2004). New York: International Harm Reduction Program & Open Society Institute
- Brigham, J.C. (1991). *Social Psychology*. New York: Harper Collins Publisher.
- Brown .et.al. (2006). Sexi Media Matter, Exposure to Sexual Content in Music, Movie, Television and Magazine Predict Black and White Adolescend Sexual Behavior. *Journal of Pediatrick*. Vol. 117. 2006. pp. 1018-1027.
- Brown et.al. (2002) Sexual Tens, Sexual Media: Investigating Media'S Influence on Adolescend Sexuality. *Journal Lawrence Erlbaun*. 2002. pp.1-24.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). *Alternative Ways of Assessing Model Fit*. in: Bollen, K. A. & Long, J. S. (Eds.) *Testing Structural Equation Models*. pp. 136–162. Beverly Hills, CA: Sage.
- Buku Saku Staf Lapas/Rutan. 2007. Jakarta : ASA – FHI.
- Burrows, D. (July, 2000). *Treatment, care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS: Implications for Ukraine*. [A discussion paper prepared for Médecins Sans Frontières - Holland Ukraine program]
- Calhoun, C. (2002). *Classical Sociological Theory* (ed). Massacusetts: Blackwell Published Ltd.
- Carvajal. S.C et.al. (1999) Psychosocial Predictors of Delay of First Sexual Intercourse. *Adolescents Health Psychology*. Vol 18, No.5, 1999. pp. 443-452.
<http://www.mendeley.com/research/using-social-norms-theory-to-explain-perceptions-and-sexual-health-behaviours-of-undergraduate-college-students-an-exploratory-study>. (sitasi tanggal 2 Juli 2017)
- Chiou, J.S. (1998) The Effects of Attitude, Subjective Norm, and Perceived Behavioral Control and Consumers' Purchase Intentions: The Moderating Effects of Product Knowledge and Attention to Social Comparison Information. *Proc Natl.Sci.Counc.ROC (C)*.Vol. 9 No. 2, pp.298-308.
- Christine Stephens (2008). *Health Promotion, A Psychosocial Approach*. Open University Press England.
- Cici. S Hasan Ba'agil (2012) *Pengaruh Situation Awareness Bidang terhadap Intention dalam pelayanan Kontrasepsi IUD dan*

- Implan dengan Behaviour Beliefs, Normative Beliefs dan Control Beliefs sebagai Determinan*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Cochran et.al.(2000) Beyond Hellfire: An Exploration of the Variable Effects of Religiosity on Adolescent Marijuana and Alcohol Use. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. Vol. 26 (2000) pp. 198–225.
- Colleen Konicki Di Lorio (2005) *Measurement In Health Behavior, Methods for Research and Education*. Jossey-Bass A Wiley Imprint San Fransisco, CA 94103-1741.
- Communications Framework for HIV/AIDS: A New Direction. (1999). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) dan Pennsylvania State University (PennState)
- Costigan, G., Crofts, N., & Reid, G. (2001). *Pedoman mengurangi dampak buruk NAPZA di Asia* (Edisi Indonesia). Diterjemahkan oleh I Wayan Juniarta dan Made Setiawan (penerjemah utama). Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction.
- Crofts, N. (Editor). (2003). *Manual for reducing drug related harm in Asia* (revised & updated). The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction.
- Departemen Kesehatan RI, Direktur Jenderal PP & PL. (2007). Slide Presentasi : Kebijakan Depkes Dalam Pengendalian HIV & AIDSTerkait NAPZA Suntik
- Des Jarlais et al. (2005). *Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users*. Dalam *International Journal of Drug Policy* (Supplement). Forthcoming
- Durkheim, Emile. (2000). *The Elementary Forms of Religious Life*. New York:Free Press.
- Emmanuel R.(2009)*The Aplication of the Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour to a Workplace HIV/AIDS Health Promotion Program*.
- Endang Setyo W., Sri Harmini (2008) *Pengembangan Model Kesehatan Reproduksi Anak Jalanan Perempuan Melalui Simulasi Bermain Untuk Menanggulangi Terjangkitnya Virus HIV/AIDS di Jawa Timur* (on line). <http://lemlit.um.ac.id/wp.content/upload> 2009/07/08 up date 8 oktober 2011 (sitasi 27 Juni 2017)
- Endsley, M.R. (2000). *Theoretical Underpinnings Of Situation Awareness: A Critical Review*. In M.R. Endsley & D.J. Garland (Eds.), *Situation awareness analysis and measurement*. Mahwah, NJ: LEA.

- Farell, M., Gowing, L., Walter Ling, J. M., & Ali, R. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment on HIV prevention. *International Journal of Drug Policy (Suplement)*. Forthcoming
- FHI; USAID (2001). *Care for Orphans, Children affected by HIV/AIDS and other vulnerable Children*. A Strategic Framework.
- Fischer, S., Reynolds, H., Yacobson, I., Schueller, J., & Barnett, B. (2005). *HIV counseling and testing for youth: A manual for providers*. FHI, YOUTHNET & USAID.
- Forthcoming ODHA dan akses pelayanan kesehatan dasar: Penelitian partisipatif (2006). UNAIDS
- Ghozali (2004). *Model Persamaan Struktural, Konsep dan Aplikasi dengan Program AMOS 19,0*, edisi 1, UNDIP, Semarang.
- Glanz, Karen, Barbara K. Rimer, K. Viswanath (2008). *Health Behavior and Health Education*. 4Th Edition, 989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741
- Gordon, J.D. et. al. (2004). *Perempuan di balik tirai NAPZA: Mengungkap realita, menjangkau harapan*. Jakarta : Yayasan Permata Hati Kita, Yayasan Mitra Inti dengan Ford Foundation.
- Harahap, S. W. (2002). *Kapan anda harus tes HIV?*. Jakarta: Info Kespro
- Hilary M. Lips (2000) *Sex and Gender An Introduction*. California: Mayfield Publishing Company Vies.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2003). *Teory Of Planned Behavior Dalam Penelitian Sikap, Niat dan Perilaku Konsumen.*, *Jurnal Kelola*. No. 18/VII/1998. *Social Psychology*. British: Prentice Hall. Dharmmesta, B.S. 1998
- Irwanto & Sarasvita, R. (2005). *Penanganan Masalah NAPZA dari Pendekatan Struktural*. (Manual Pelatihan). Jakarta : Badan Narkotika Provinsi DKI Jakarta
- Irwanto (2005). *Remaja Indonesia pengguna NAPZA rentan infeksi HIV* [bahan presentasi]. Jakarta : Lembaga Penelitian Atma Jaya (LPA).
- Irwanto (2006). *NAPZA dan permasalahannya* [bahan presentasi]. Jakarta : Lembaga Penelitian Atma Jaya (LPA).
- Irwanto. et. al. (2007). *Modul Pelatihan Dasar Harm Reduction*, Family Health International : Program Aksi Stop AIDS.
- Kebijakan Depkes dalam pengendalian HIV/AIDS terkait NAPZA suntik [bahan presentasi].
- Kelompok Kerja Penyusunan PNBAI. (2004). *Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) Tahun 2015*.
- Keterampilan dasar penjangkauan: Untuk petugas lapangan [Modul Pelatihan] (Mei, 2004). ASA-FHI HIV/AIDS [Slide Presentasi]. Modifikasi 30 Juni 2007. Sumber: Program ASA - FHI

- Ketrampilan Komunikasi [Slide Presentasi]. Modifikasi 16 Agustus 2006. Pelatihan Ketrampilan Dasar Indigenous Leader Outreach Model: Program Aksi Stop AIDS (ASA) - Family Health International (FHI)
- L. Alfred et al. (2008). *Social Cognitive Theory*. San Francisco
- Lambrosso C. (2005). *Crime it is Causes and Remedies*, Translate by Hanry P. Harton Boston: Little Brown and Company.
- Lemert, E. M. (1999). The Grand Jury As An Agent Of Social Control. *American Sociological Review*, Vol. 10, No. 6.
- Lin-Huei-Ling et al. (2012). Effect of Maternal Screening and Universal Immunization to Prevent Mother to Infant Transmission of HBV. *Journal Gastroenterology* (2012): Vol. 142, No. 4, pp. 773-781.
- M. Katherine Hutchinson & Elyssa B. Wood. (2000) *Reconceptualizing Adolescent Sexual Risk In A Parent-Based Expansion Of The Theory Of Planned Behavior*. Medicine - Miscellaneous Papers
Melbourne : The Centre for Harm Reduction – Burnet Institute.
- Miller, L., et al. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 39.
- Modul HIV/AIDS. Modifikasi 22 Juni 2007. Sumber: Program ASA - FHI
- Moeliono, L., dkk. (2003). *Proses belajar aktif kesehatan reproduksi remaja: Bahan pegangan untuk memfasilitasi kegiatan belajar aktif untuk anak & remaja usia 10-14 tahun*. Jakarta : UNFPA, BKKBN, PKBI.
- Moeliono, L., Nurpatria, I. et al. (2006). *Memahami dan meningkatkan kesehatan reproduksi remaja melalui kerangka tegar remaja : Informasi dan panduan bagi fasilitator*. Jakarta : BKKBN, UNICEF dan KWARNAS.
- Needle, R. H., Burrows, D., Friedman, S., Dorabjee, J., Touze, G., Badrieva, L., Ground, J-P. C., Kumar, M. S., Nigro, L., Manning, G., & Latkin, C. (2005). *Effectiveness of community based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. *International Journal of Drug Policy (Supplement)*.
- Pelatihan klinik dasar ART & perawatan akut (2006). Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Perawatan Akut* [Buku Bagan]. (2006). *Manajemen terpadu HIV/AIDS dan penyakit lain pada remaja & dewasa. Pedoman untuk tenaga kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) atau RS kabupaten / kotamadya*. Departemen

- kesehatan direktorat jendral pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan
- Peter J. Valkenburg P.M (2006). Adolescent Exposure to Sexually Explicit Material on the Internet
- Reid, G. & Dorabjee, J. (2006). *Resource modules for trainers : Comprehensive responses for HIV/AIDS prevention and care among drug users in India.*
- Richard W. Gelles (2001): Adolescent Risk Behaviours and Religion: Findings from a National Study University of Pennsylvania Scholarly Commons Published in *Journal of Adolescence*, Volume 30, Issue 2, April 2017.
- Robert Mallow et.al. (2006) Intervention and Patterns in Adolescent HIV/AIDS Prevention. *Journal Institute Of Health NIH Public Access*. publish 15 Desember 2008 (sitasi 26 Juni 2017).
- Salim H. 2006. Bahan presentasi *Analisa Hasil Workshop*. Jakarta : Ditjen Pemasayarakatan Direktorat Bina Khusus Narkotika.
- Sherman, S., Latkin, C., Bailey-Koche, M., Peterson, J., & Williams, F. (1997). *The SHIELD (Self-help in Eliminating Life-threatening Diseases) Community Outreach Worker Training: Facilitator's Manual*. Baltimore: The Lighthouse Johns Hopkins School of Public Health
- submitted in Accordance with the Requirements for the degree of Doctor of Philosophy University Of South Africa.
- VCT: Konseling & Tes HIV [Slide Presentasi]. Modifikasi 28 Juni 2005. Sumber: Program ASA - FHI
- Welbourn, A. (1999). *Stepping stones, A training package on HIV/AIDS, communication and relationship skills*. P.82. UK: Actionaid
- WHO information [Fact Sheet No 250] (Juni, 2000)
- WHO; UNICEF; UNFPA; UNAIDS (2006). *Preventing HIV/AIDS in Young People (Summary of the key points from preventing HIV/AIDS in Young People : A Systematic Review of the Evidence from developing countries*. UNAIDS inter-agency Task Team on Young People – WHO, Geneva, 2006)
- Yuko Mizuno et. al. (2007) Beliefs that Condoms Reduce Sexual Pleasure Gender Differences in Correlates Among Heterosexual HIV-Positive Injection Drug Users (IDUs). *Journal Urban Health*. Vol. 84, No. 4, 2007 July; pp. 523–536.

GLOSARIUM

1. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih yang mengakibatkan menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh manusia mudah terserang oleh berbagai macam penyakit.
2. *Acquired Immuno Deficiency Syndromes* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia akibat Virus HIV.
3. Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiftif lainnya yang selanjutnya disingkat Napza adalah zat kimiawi yang mampu mengubah pikiran, perasaan, fungsi mental, dan perilaku seseorang yang apabila disalahgunakan untuk tujuan di luar pengobatan akan mengubah kerja syaraf otak sehingga si pemakai berfikir, berperasaan, dan berperilaku tidak normal.
4. Pencegahan adalah upaya-upaya agar penyebarluasan virus HIV tidak meluas dan terkonsentrasi di masyarakat melalui berbagai intervensi perilaku pada penjaja seks dan pelanggan dengan penggunaan alat pencegah, penggunaan jarum suntik dan alat kesehatan lain yang steril, pengguna narkoba, skrining darah donor pada transfusi darah, penerima donor, penerima organ atau jaringan tubuh, ibu hamil yang telah terinfeksi HIV dan bayi yang dikandungnya serta kewaspadaan umum pada tenaga kesehatan.
5. Penanggulangan adalah upaya-upaya atau program-program dalam rangka mengatasi masalah HIV dan AIDS melalui promosi, kegiatan pencegahan HIV dan AIDS, perawatan, pengobatan, dan dukungan kepada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dan orang hidup dengan HIV dan AIDS (OHIDHA), surveilans, penelitian, dan riset operasional, pemutusan mata rantai penularan, lingkungan kondusif, koordinasi dan harmonisasi multipihak, kesinambungan pencegahan dan penanggulangan, penyediaan sarana dan sarana pendukung.
6. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi yang selanjutnya disingkat KPAP adalah lembaga non struktural yang ditetapkan oleh Gubernur yang berfungsi sebagai wadah koordinasi, fasilitasi, dan advokasi serta merumuskan kebijakan, strategi, dan langkah-

langkah yang diperlukan dalam rangka pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Gorontalo sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

7. Orang Dengan HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi HIV dan AIDS baik pada tahap belum bergejala maupun yang sudah bergejala.
8. Orang Hidup Dengan HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat OHIDHA adalah orang, badan, atau anggota keluarga yang hidup bersama dengan ODHA dan memberikan perhatian kepada mereka.
9. Populasi kunci adalah kelompok masyarakat yang mempunyai perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV dan AIDS yaitu wanita penjaja seks komersial, pelanggan penjaja seks, pasangan tetap penjaja seks, pengguna narkoba suntik, pasangan pengguna narkoba suntik, laki-laki seks dengan laki-laki, waria, narapidana, dan anak jalanan.
10. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
11. Konselor adalah orang yang memiliki kompetensi dan pengakuan untuk melaksanakan percakapan yang efektif sehingga bisa tercapai pencegahan, perubahan perilaku dan dukungan emosi pada konseling.
12. Pekerja penjangkau atau pendamping adalah tenaga yang langsung bekerja di masyarakat yang melakukan pendampingan terhadap kelompok rawan perilaku risiko tinggi terutama untuk melakukan pencegahan dan pemberdayaan.
13. Manajer kasus adalah tenaga yang mendampingi dan melakukan pemberdayaan terhadap ODHA.
14. Infeksi Menular Seksual yang selanjutnya disingkat IMS adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual.
15. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat.

16. Perawatan dan pengobatan adalah upaya tenaga medis untuk meningkatkan derajat kesehatan ODHA.
17. Dukungan adalah upaya-upaya baik dari sesama orang dengan HIV dan AIDS maupun dari keluarga, organisasi, dan orang-orang yang bersedia untuk memberi dukungan pada orang dengan HIV dan AIDS dengan lebih baik lagi dan berkelanjutan.
18. Surveilans HIV dan AIDS adalah kegiatan pengumpulan, pengolahan dan analisis data HIV dan AIDS serta penyebarluasan hasil analisis dengan maksud untuk meningkatkan perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi penanggulangan penyakit.
19. Kewaspadaan umum adalah prosedur-prosedur yang harus dijalankan oleh petugas kesehatan untuk mengurangi risiko penularan penyakit yang berhubungan dengan bahan-bahan terpapar oleh darah dan cairan tubuh lain yang infeksius.
20. Skrining adalah tes yang dilakukan pada darah donor sebelum ditransfusikan.
21. Persetujuan Tindakan Medik (*Informed consent*) adalah persetujuan yang diberikan oleh seseorang untuk dilakukan suatu tindakan pemeriksaan, perawatan dan pengobatan kepadanya, setelah memperoleh penjelasan tentang tujuan dan cara tindakan yang akan dilakukan tes HIV secara sukarela.
22. *Voluntary Counselling and Testing* yang selanjutnya disingkat VCT adalah gabungan konseling dan tes HIV secara sukarela dan dijamin kerahasiaannya dengan informed consent.
23. *Prevention Mother to Child Transmition* yang selanjutnya disingkat PMTCT adalah pencegahan penularan HIV dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya.
24. *Harm Reduction* adalah kegiatan untuk memutus mata rantai penularan HIV dan AIDS yang terdiri dari 12 (dua belas) komponen yaitu pendidikan sebaya, pelayanan kesehatan dasar, perawatan dan pengobatan HIV dan AIDS, substitusi oral, terapi napza, komunikasi informasi edukasi, penjangkauan, VCT,

- konseling, pencegahan infeksi, pertukaran jarum suntik, dan pemusnahan jarum suntik bekas pakai.
25. Diskriminasi adalah semua tindakan atau kegiatan seperti pembedaan respon yang diberikan seseorang kepada orang tertentu.
 26. Stigmatisasi adalah penafsiran negatif terhadap orang-orang yang memiliki perilaku penyimpangan sosial.
 27. Kondom atau Alat pencegah adalah sarung karet (lateks) yang pada penggunaannya dipasang pada alat kelamin laki-laki atau pada perempuan pada waktu melakukan hubungan seksual dengan maksud untuk mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual maupun pencegahan kehamilan.
 28. Alat suntik steril adalah penggunaan jarum suntik yang baru atau yang sudah disucihamakan agar tidak berpotensi menularkan penyakit kepada orang lain.
 29. Obat anti retroviral adalah obat-obatan yang dapat menghambat perkembangan HIV dalam tubuh pengidap, sehingga bisa memperlambat dan mencegah proses menjadi AIDS.
 30. Obat anti infeksi oportunist adalah obat-obatan yang diberikan untuk infeksi oportunistik yang muncul pada diri ODHA.
 31. Pola penularan HIV adalah proses penularan melalui hubungan seksual tanpa alat pencegah yang berganti-ganti pasangan, transfusi darah, ibu hamil ke janinnya, jarum suntik tidak steril, dan lain-lain.
 32. Promosi adalah program/kegiatan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan terhadap HIV dan AIDS.
 33. *Mandatory Test* adalah tes/pengujian yang dilakukan kepada orang yang patut dicurigai mengidap HIV dan AIDS.
 34. Lembaga pendidikan adalah lembaga pendidikan formal mulai dari tingkat sekolah dasar sampai perguruan tinggi, baik negeri maupun swasta, serta lembaga pendidikan nonformal seperti diklat penjenjangan, struktural dan teknis fungsional.
 35. Dunia usaha adalah semua organisasi yang memiliki badan hukum usaha baik yang bergerak pada sektor barang maupun

sektor jasa.

36. Peran serta masyarakat adalah keterlibatan masyarakat secara aktif dalam setiap kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam rangka pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dengan memberikan tenaga, pikiran, dana, dan kontribusi lainnya.
37. Organisasi non pemerintah adalah lembaga swadaya masyarakat yang disingkat LSM yang menyelenggarakan kegiatan dalam bidang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS menurut prinsip dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.