

BAB 2

STUDI LITERATUR

2.1 Konseling

2.1.1 Definisi Konseling

Konseling merupakan proses membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan memutuskan sesuatu. Konseling merupakan suatu proses bekerja dengan orang banyak, dalam suatu hubungan yang bersifat pengembangan diri, dukungan terhadap krisis, psikoterapis, bimbingan atau pemecahan masalah. (Gantina Komalasari, 2011)

Konseling mengindikasikan hubungan profesional anatar konselor terlatih dengan klien, hubungan yang terbentuk biasanya bersifat individu ke individu, kadang juga melibatkan lebih dari satu orang suatu misal keluarga klien. (Sofyan S.Wilis,2014)

Konseling merupakan suatu proses dengan adanya seseorang yang dipersiapkan secara profesional untuk membantu orang lain dalam pemahaman diri, pembuatan keputusan dan pemecahan masalah dari hati ke hati antar manusia dan hasilnya tergantung pada kualitas hubungan. (Sofyan S.Wilis,2014)

2.1.2 Tujuan Konseling

Tujuan konseling adalah memberi fasilitas dan menimbulkan pertumbuhan kepribadian, menolong pribadi-pribadi untuk mengubah pola kehidupan yang menyebabkan mereka tidak bahagia.

Menurut Stone, tujuan konseling antara lain adalah :

1. Mengadakan perubahan perilaku pada diri konseli sehingga memungkinkan hidupnya lebih produktif dan memuaskan.

2. Memelihara dan mencapai kesehatan mental yang positif. Jika hal ini tercapai, maka individu mencapai integrasi, penyesuaian dan identifikasi positif dengan yang lainnya. Ia belajar menerima tanggung jawab, berdiri sendiri, dan memperoleh integrasi perilaku.
3. Pemecahan masalah.
4. Mencapai keefektifan pribadi.
5. Mendorong individu mampu mengambil keputusan yang penting bagi dirinya sendiri.

Menurut Setyawan, tujuan konseling adalah agar konseli atau klien dapat :

1. Merencanakan kegiatan penyelesaian studi, perkembangan karier serta kehidupannya di masa yang akan datang.
2. Mengembangkan seluruh potensi dan kekuatan yang dimiliki seoptimal mungkin.
3. Menyesuaikan diri dengan lingkungan pendidikan, lingkungan masyarakat serta lingkungan kerja.
4. Mengatasi hambatan dan kesulitan yang dihadapi dalam studi, penyesuaian dengan lingkungan pendidikan, masyarakat maupun lingkungan kerja.

Wisnu Pamuja Utama (2011) berpendapat bahwa tujuan konseling adalah membantu merubah perilaku konseli agar lebih produktif, membantu pemecahan masalah baik masalah pribadi, sosial, belajar, karier, keluarga, dan keagamaan, serta mendorong klien untuk mengambil keputusan yang penting bagi dirinya dalam menemukan solusi.

2.1.3 Manfaat Konseling

Manfaat konseling antara lain adalah :

1. Mampu membuat klien merasa lebih baik, merasa lebih bahagia, tenang dan nyaman.
2. Membantu klien untuk menerima setiap sisi yang ada di dalam diri klien.
3. Membantu klien dalam menghilangkan stres dan depresi yang dialami, karena klien dibantu untuk mencari sumber stress tersebut dan dibantu pula mencari cara untuk penyelesaian terbaik dari permasalahan yang belum terselesaikan.
4. Membantu klien agar mampu memahami dan menerima diri sendiri dan orang lain sehingga akan meningkatkan hubungan yang efektif dengan orang lain serta dapat berdamai dengan diri sendiri.
5. Perkembangan personal akan meningkat secara positif dengan adanya konseling yang bertahap dan bermanfaat.

2.1.4 Konsep Dasar Konseling Realita

Terapi Realitas dikembangkan pada tahun 1960-an oleh seorang psikiater sekaligus insinyur kimia terkemuka bernama William Glasser. Terapi realita difokuskan pada tingkah laku sekarang dan bertumpu pada prinsip bahwa motivasi dan perilaku kita adalah dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia dan bertanggung jawab atas perilaku yang kita lakukan atau pilih (Palmer 2016). Hal serupa juga diungkapkan oleh Latipun (2008: 155) bahwa konseling realita adalah pendekatan yang berdasarkan pada anggapan tentang adanya suatu kebutuhan psikologis pada seluruh kehidupannya, kebutuhan akan identitas diri, yaitu

kebutuhan untuk merasa unik, terpisah, dan berbeda dengan orang lain. Glasser (Corey, 2007: 263) mengatakan inti dari konseling realitas adalah penerimaan tanggung jawab pribadi yang dipersamakan dengan kesehatan mental.

Konseling realita merupakan jenis pendekatan konseling yang praktis dan sederhana yang dapat dilakukan oleh guru BK kepada siswa untuk mengembangkan kemampuan siswa dalam menyelesaikan permasalahan dengan memberi tanggung jawab kepada konseli atas pilihan perilaku yang telah dibuat agar mampu menjadi pribadi yang sukses. Terapis atau konselor berfungsi sebagai guru dan model serta mengkonfrontasikan klien dengan cara-cara yang bisa membantu klien menghadapi kenyataan dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar tanpa merugikan dirinya sendiri ataupun orang lain. Inti terapi realitas adalah penerimaan tanggung jawab pribadi sebagai suatu identitas keberhasilan.

2.1.5 Tujuan Konseling Realita

Tujuan utama terapi realita adalah untuk membantu klien mengganti psikologi kontrol eksternal dengan teori pilihan sehingga mereka bisa memiliki hubungan-hubungan yang sehat dan meningkatkan kehidupan (Jones, 2011; 297). Sedangkan Latipun mengungkapkan secara umum tujuan konseling realita sama dengan tujuan hidup, yaitu "individu mencapai kehidupan dengan success identity. Untuk itu harus bertanggung jawab. yaitu memiliki kemampuan mencapai kepuasan terhadap personalia (Latipun, 2008: 150). Menurut Glesser dalam Wida dan Hadi (2009: 9), menyatakan bahwa tujuan konseling realita dapat dinyatakan sebagai berikut :

1. Menolong individu agar mampu mengurus diri sendiri, supaya dapat menentukan dan melaksanakan perilaku dalam bentuk yang nyata.

2. Mendorong konseli agar berani bertanggung jawab serta memikul segala resiko dari tanggung jawab tersebut.
3. Mengembangkan rencana-rencana nyata dan realistik dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
4. Perilaku yang sukses dapat dihubungkan dengan pencapaian kepribadian yang sukses.
5. Terapi ditekankan pada disiplin dan tanggung jawab atas kesadaran sendiri.

Menurut Corey (2007: 269), "tujuan umum terapi realitas adalah membantu seseorang untuk mencapai otonomi", yaitu kematangan yang diperlukan bagi kemampuan seseorang untuk mengganti dukungan lingkungan dengan dukungan internal. Sehingga individu mampu bertanggung jawab atas siapa mereka dan ingin menjadi apa mereka, serta mengembangkan rencana-rencana yang, bertanggung jawab dan realistis guna mencapai tujuan-tujuan mereka. Dari uraian-uraian di atas dapat disimpulkan bahwa tujuan konseling realita adalah membantu klien mengembangkan kekuatan-kekuatan psikis untuk dapat memecahkan masalahnya, dan menilai tingkah lakunya secara bertanggung jawab sehingga klien dapat memahami dirinya dan dapat memenuhi kebutuhan dengan maksud menjadi individu yang berhasil, serta memperoleh perilaku yang lebih efektif.

2.1.6 Teknik Konseling Realita

Dalam menerapkan prosedur konseling realitas, Wubbolding (dalam Jones 2011: 299) mengembangkan sistem WDEP. Setiap huruf dari WDEP mengacu pada kumpulan strategi, W : *wants and needs* (keinginan-keinginan dan kebutuhan-

kebutuhan), D : *direction and doing* (arah dan tindakan), E : *self evaluation* (evaluasi diri), dan P : *planning* (perencanaan).

1. Eksplorasi Keinginan, Kebutuhan dan Persepsi (*wants and needs*)

Dalam tahap eksplorasi keinginan, kebutuhan dan persepsi konselor berusaha mengungkapkan semua kebutuhan dan kebutuhan klien beserta persepsi klien terhadap kebutuhannya. Eksplorasi kebutuhan dan keinginan dilakukan terhadap kebutuhan dan keinginan dalam segala bidang, meliputi kebutuhan dan keinginan terhadap keluarga, orang tua, guru, teman-teman sebaya, sekolah, guru, kepala sekolah. dan Konselor, ketika mendengarkan kebutuhan dan keinginan klien, bersifat menerima dan tidak mengkritik.

2. Eksplorasi Arah dan Tindakan (*Doing*)

Eksplorasi tahap ini dilakukan untuk mengetahui apa saja yang telah dilakukan klien guna mencapai kebutuhannya. Tindakan yang dilakukan oleh klien yang dieksplorasi berkaitan dengan masa sekarang. Tindakan atau perilaku masa lalu juga boleh dieksplorasi asalkan berkaitan dengan tindakan masa sekarang dan membantu individu membuat perencanaan yang lebih baik di masa mendatang. Dalam melakukan eksplorasi arah dan tindakan, konselor berperan sebagai cermin bagi klien. Tahap ini difokuskan untuk mendapatkan kesadaran akan total perilaku klien. Membicarakan perasaan klien bisa dilakukan asalkan dikaitkan dengan tindakan yang dilakukan oleh klien. Beberapa bentuk pertanyaan yang dapat digunakan dalam tahap ini: "Apa yang kamu lakukan?", "Apa yang membuatmu berhenti untuk melakukan yang kamu inginkan?", "Apa yang akan kamu lakukan besok?"

3. Evaluasi Diri (*self evaluation*)

Tahap ini dilakukan untuk mengevaluasi tindakan yang dilakukan konseli dalam rangka memenuhi kebutuhan dan keinginannya, keefektifan dalam memenuhi kebutuhan. Beberapa pertanyaan yang dapat digunakan untuk memandu tahapan ini :

- 1) Apakah yang kamu lakukan menyakiti atau membantumu memenuhi kebutuhan?
- 2) Apakah yang kamu lakukan sekarang seperti yang ingin kamu lakukan?
- 3) Apa perilakumu sekarang bermanfaat bagi kamu?
- 4) Apakah ada kesesuaian antara yang kamu lakukan dengan yang kamu inginkan?
- 5) Apakah yang kamu lakukan melanggar aturan?
- 6) Apakah yang kamu inginkan dapat dicapai atau realistik?
- 7) Apakah kamu menguji keinginanmu ; apakah keinginanmu benar-benar keinginan terbaikmu dan orang lain?

4. Rencana dan tindakan (*Planning*)

Ini adalah tahap terakhir dalam konseling realitas. Di tahap ini konselor bersama klien membuat rencana tindakan guna membantu klien memenuhi keinginan dan kebutuhannya. Perencanaan yang baik harus memenuhi prinsip SAMIC3, yaitu: Sederhana (*simple*), Dapat dicapai (*attainable*), Dapat diukur (*measureable*), Segera dilakukan (*immediate*), Keterlibatan klien (*involved*), Dikontrol oleh pembuat perencanaan atau klien (*controlled by planner*), Komitmen (*committed*), Secara terus-menerus dilakukan (*continuously done*). Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa tahapan yang harus dilakukan konselor saat mengadakan

konseling realitas adalah dengan menggunakan *WDEP system*, yaitu : *Want and Need, Direction and Doing, Self Evaluation*, dan *Planning*.

2.2 Konseling HIV/AIDS

2.2.1 *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* / **Konseling dan Tes HIV secara Sukarela.**

Voluntary Counseling and Testing (VCT) atau **Konseling dan Testing Sukarela** merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV-AIDS yang berkelanjutan. Melalui tes HIV, seseorang dapat mengetahui status HIV-nya setelah melalui proses konseling. Tes HIV yang umum adalah dengan mendeteksi antibodi yang diproduksi oleh sistem kekebalan tubuh dalam merespons infeksi HIV.

VCT mengenal beberapa prinsip dalam pelaksanaannya, yaitu :

1. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV
2. Saling mempercayai dan terjaminnya **kefidensialitas (kerahasiaan)**
3. Mempertahankan hubungan relasi konselor-klien yang efektif
4. Testing merupakan salah satu komponen dari VCT

Untuk itu layanan VCT menjadi sangat penting. Semakin banyak orang yang perilakunya berisiko tinggi terkena HIV mau melakukan tes HIV akan semakin baik. Setidaknya, ada dua keuntungan penting bila kita mengetahui status HIV kita. Pertama, bila terinfeksi HIV, kita dapat mengambil langkah-langkah yang dipandang perlu, yang secara potensial dapat memperpanjang hidup. Kedua, kita dapat mengambil segala kewaspadaan yang dipandang perlu untuk mencegah penyebaran HIV kepada orang lain.

Metode merupakan suatu jalur atau jalan yang harus dilalui untuk pencapaian suatu tujuan. Dalam hal mencapai tujuan voluntary counseling and testing yaitu mencegah penularan HIV dan meningkatkan kualitas hidup ODHA, maka diperlukan adanya suatu metode. Metode yang digunakan dalam layanan voluntary counseling and testing adalah metode konseling individual. Metode konseling individual adalah upaya pemberian bantuan diberikan secara individual dan langsung bertatap muka (berkomunikasi) antara konselor dengan konseli. Dengan perkataan lain pemberian bantuan diberikan melalui hubungan bersifat face to face relationship (hubungan empat mata), yang dilaksanakan dengan wawancara antara konselor dengan konseli. (Willis 2004, 66)

Teknik Pendekatan dalam Voluntary Counseling and Testing Suatu layanan pasti memiliki teknik yang digunakan untuk lebih mudah dan cepat mencapai tujuan. Dalam voluntary counseling and testing agar tujuan dapat tercapai dengan mudah dan cepat, teknik pendekatan yang digunakan adalah eklektik. Teknik pendekatan eklektik merupakan gabungan teknik pendekatan antara direktif dan nondirektif. Teknik ini dikembangkan oleh Frederick Thorne dengan tujuan untuk menggantikan tingkah laku yang terlalu komplusif dan emosional dengan tingkah laku yang bercorak lebih rasional dan konstruktif. Kelebihan dari teknik yang dikembangkan oleh Frederick Thorne yaitu karena menerapkan dan memadukan berbagai pendekatan, menggunakan variasi dalam prosedur dan teknik sehingga dapat melayani klien sesuai dengan kebutuhannya dan sesuai dengan ciri khas masalah yang dihadapi klien. Serta kekurangan dari teknik pendekatan ini adalah klien merasa bingung jika konselor merubah strategi konseling sewaktu-waktu sesuai dengan kebutuhan saat konseling, maka konselor dituntut untuk menguasai

semua pendekatan sehingga mengerti kapan harus menerapkan pendekatan-pendekatan tersebut. (Wibowo 2003, 67)

2.2.2 *Provider Initiated HIV Testing and Counseling (PITC) / Tes HIV dan Konseling atas Inisiasi Petugas Kesehatan.*

Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (KTIP) sebagaimana dimaksud merupakan tes HIV dan konseling yang dilakukan kepada seseorang untuk kepentingan kesehatan dan pengobatan berdasarkan inisiatif dari pemberi pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan Konseling dan Tes HIV wajib terintegrasi dengan pelayanan KIA, KB, pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan remaja, pelayanan IMS, pelayanan TB, pelayanan Hepatitis, serta pelayanan NAPZA dan rehabilitasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan Konseling dan Tes HIV harus dilaksanakan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan di lingkungan TNI/POLRI, lapas/rutan, tempat kerja, dan fasilitas pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk tenaga kerja migran.

KTHIV merupakan pintu masuk utama pada layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan. Dalam kebijakan dan strategi nasional telah dicanangkan konsep akses universal untuk mengetahui status HIV, akses terhadap layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dengan visi getting to zero, yaitu zero new HIV infection, zero discrimination dan zero AID Srelated death. Dalam pelaksanaannya, tes HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global yaitu 5 komponen dasar yang disebut 5C (informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to, care, treatment and prevention services).

1. Informed Consent, adalah persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali/pengampu setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.
2. Confidentiality, adalah Semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.
3. Counselling, yaitu proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien atau pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes pasca-tes yang berkualitas baik.
4. Correct test results. Hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.

5. Connections to, care, treatment and prevention services. Pasien/klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.

Proses Konseling dan Tes HIV 1. Konseling pra-tes Konseling pra-tes dilaksanakan pada klien/pasien yang belum bersedia atau pasien yang menolak untuk menjalani tes HIV setelah diberikan informasi pra-tes. Dalam konseling pra-tes harus seimbang antara pemberian informasi, penilaian risiko dan respon kebutuhan emosi klien. Masalah emosi yang menonjol adalah rasa takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan termasuk ketidaksiapan menerima hasil tes, perlakuan diskriminasi, stigmatisasi masyarakat dan keluarga. Ruang lingkup konseling pra-tes pada KTS adalah :

- a. Alasan kunjungan, informasi dasar tentang HIV dan klarifikasi tentang fakta dan mitos tentang HIV;
- b. Penilaian risiko untuk membantu klien memahami faktor risiko;
- c. Menyiapkan klien untuk pemeriksaan HIV;
- d. Memberikan pengetahuan tentang implikasi terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi cara menyesuaikan diri dengan status HIV;
- e. Melakukan penilaian sistem dukungan termasuk penilaian kondisi kejiwaan jika diperlukan;
- f. Meminta informed consent sebelum dilakukan tes HIV; dan
- g. Menjelaskan pentingnya menyingkap status untuk kepentingan pencegahan, pengobatan dan perawatan.

Pemberian informasi dasar terkait HIV bertujuan agar klien: Konselor perlu mengetahui latar belakang kedatangan klien untuk mengikuti konseling HIV dan memfasilitasi kebutuhan agar proses tes HIV dapat memberikan penguatan untuk menjalani hidup lebih sehat dan produktif serta melakukan komunikasi perubahan perilaku.

Komunikasi perubahan perilaku adalah unsur penting dalam konseling pra tes yang tidak boleh dihilangkan. a. Memahami cara pencegahan, penularan HIV, perilaku berisiko; b. Memahami pentingnya tes HIV; dan c. Mengurangi rasa khawatir dalam tes HIV.

Unsur penting tersebut meliputi:

- a. Penilaian risiko dan kerentanan. Klien perlu menilai risiko dirinya akan infeksi HIV dan beberapa hambatan yang dapat terjadi dalam proses perubahan perilaku.
- b. Penjelasan dan praktik keterampilan perilaku aman. Pesan pencegahan, penggunaan kondom, dan jarum bersih harus ditekankan guna memotivasi klien terhadap kebutuhan, kepercayaan, kepedulian dan kesiapan klien untuk hidup lebih sehat. Keterampilan berpikir kritis, mengambil keputusan dan komunikasi dapat ditingkatkan dengan mengemukakan keuntungan penggunaan kondom dan menyuntik yang aman serta mampu bernegosiasi dalam penggunaan kondom dan alat suntik.
- c. Membuat rencana. Dalam konseling pra maupun pasca tes, klien didorong merencanakan perubahan perilaku dengan mempertimbangkan kemampuan dan sumber daya yang tersedia.

- d. Penguatan dan komitmen. Dalam konseling pasca tes, konselor harus membuat kesepakatan yang jelas dan rinci tentang perencanaan klien untuk hidup lebih sehat.
 - e. Lingkungan yang mendukung. Menciptakan lingkungan yang mendukung untuk praktik perilaku yang aman, termasuk ketersediaan pilihan jenis kondom dan alat suntik, bahan komunikasi, informasi dan edukasi (leaflet, brosur) serta layanan konseling rujukan/hotline bagi individu, keluarga maupun masyarakat sekitar sangat diperlukan.
6. Konseling pasca tes HIV Konseling pasca tes adalah konseling untuk menyampaikan hasil pemeriksaan kepada klien secara individual guna memastikan klien/pasien mendapat tindakan sesuai hasil tes terkait dengan pengobatan dan perawatan selanjutnya. Proses ini membantu klien/pasien memahami penyesuaian diri dengan hasil pemeriksaan.

2.3 Resiliensi

2.3.1 Pengertian Resiliensi

Secara etimologis resiliensi diadaptasi dari kata dalam Bahasa Inggris *resilience* yang berarti daya lenting atau kemampuan untuk kembali dalam bentuk semula. Resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit (Reivich K. & Shatte A., 2002: 1). Individu yang memiliki resiliensi mampu untuk secara cepat kembali kepada kondisi sebelum trauma, terlihat kebal dari berbagai peristiwa-peristiwa kehidupan yang negatif, serta mampu beradaptasi terhadap stres yang ekstrim dan kesengsaraan (Holaday Morgot, 1997: 348).

Tidak jauh berbeda dengan definisi yang disampaikan di atas Newcomb (La Framboise Teresa. D. 2006: 194) melihat resiliensi sebagai suatu mekanisme perlindungan yang memodifikasi respon individu terhadap situasi-situasi yang beresiko pada titik-titik kritis sepanjang kehidupan seseorang. Tingkat kekenyalan yang membuat seseorang mampu untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang demikian dinamakan resiliensi (Sales Pau Perez. 2005: 369). Resiliensi secara umum didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengatasi atau beradaptasi terhadap stres yang ekstrim dan kesengsaraan Garmezy, Luther&Zigler, (Holaday Morgot. 1997: 348).

Menurut Block (Papalia D. E. 2001:525) resiliensi dikonseptualisasikan sebagai salah satu tipe kepribadian dengan ciri-ciri, kemampuan penyesuaian yang baik, percaya diri, mandiri, pandai berbicara, penuh perhatian, suka membantu dan berpusat pada tugas. Menurut Garmezy (Damon William, 1998: 499) menyampaikan konsep yang berbeda, resiliensi bukan dilihat sebagai sifat yang menetap pada diri individu, namun sebagai hasil transaksi yang dinamis antara kekuatan dari luar dengan kekuatan dari dalam individu. Hal ini senada dengan Masten (La Framboise Teresa D. 2006: 194) yang mengungkapkan bahwa resiliensi merupakan sebuah proses dan bukan atribut bawaan yang tetap.

Resiliensi lebih akurat jika dilihat sebagai bagian dari perkembangan kesehatan mental dalam diri seseorang yang dapat dipertinggi dalam siklus kehidupan seseorang. Berdasarkan uraian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa resiliensi adalah kemampuan seseorang untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit sehingga individu dapat terlindungi dari efek negatif resiko dan kemalangan.

2.3.2 Aspek-Aspek Resiliensi

Reivich K. & Shatte A. (2002: 36-46) memaparkan tujuh aspek dari resiliensi, aspek-aspek tersebut adalah regulasi emosi (*emotional regulation*), kontrol impuls (*impulse control*), optimisme (*optimism*), analisis kausal (*causal analysis*), empati (*empathy*), efikasi diri (*self efficacy*), dan pencapaian (*reaching out*). Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut :

1. Regulasi emosi (*emotional regulation*)

Pengaturan emosi diartikan sebagai kemampuan untuk tetap tenang dalam kondisi yang penuh tekanan. Individu yang resilien menggunakan serangkaian keterampilan yang telah dikembangkan untuk membantu mengontrol emosi, atensi dan perilakunya. Kemampuan regulasi penting untuk menjalin hubungan interpersonal, kesuksesan bekerja dan mempertahankan kesehatan fisik. Tidak setiap emosi harus diperbaiki atau dikontrol, ekspresi emosi secara tepatlah yang menjadi bagian dari resiliensi.

2. Kontrol impuls (*impulse control*)

Kontrol impuls berkaitan erat dengan regulasi emosi. Individu dengan kontrol impuls yang kuat, cenderung memiliki regulasi emosi yang tinggi, sedangkan individu dengan kontrol emosi yang rendah cenderung menerima keyakinan secara *impulsive*, yaitu suatu situasi sebagai kebenaran dan bertindak atas dasar hal tersebut. Kondisi ini seringkali menimbulkan konsekuensi negatif yang dapat menghambat resiliensi.

3. Optimisme (*optimism*)

Individu yang resilien adalah individu yang optimis. Mereka yakin bahwa berbagai hal dapat berubah menjadi lebih baik. Mereka memiliki harapan terhadap masa depan dan percaya bahwa mereka dapat mengontrol arah kehidupannya dibandingkan orang yang pesimis, individu yang optimis lebih sehat secara fisik, lebih produktif dalam bekerja dan lebih berprestasi dalam olah raga. Hal ini merupakan fakta yang ditunjukkan oleh ratusan studi yang terkontrol dengan baik.

4. Kemampuan menganalisis masalah (*causal analysis*)

Kemampuan menganalisis masalah merupakan istilah yang digunakan untuk merujuk pada kemampuan pada diri individu secara akurat mengidentifikasi penyebab-penyebab dari permasalahan mereka. Jika seseorang tidak mampu memperkirakan penyebab dari permasalahannya secara akurat, maka individu tersebut akan membuat kesalahan yang sama.

5. Empati (*empathy*)

Empati menggambarkan sebaik apa seseorang dapat membaca petunjuk dari orang lain berkaitan dengan kondisi emosional orang tersebut. Beberapa individu dapat menginterpretasikan perilaku non verbal orang lain, seperti ekspresi wajah, nada suara, bahasa tubuh dan menentukan apa yang dipikirkan serta dirisaukan orang tersebut. Ketidakmampuan dalam hal ini akan berdampak pada kesuksesan dalam bisnis dan menunjukkan perilaku non resilien.

6. Efikasi Diri (*self efficacy*)

Efikasi diri menggambarkan keyakinan seseorang bahwa ia dapat memecahkan masalah yang dialaminya dalam keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk mencapai kesuksesan. Dalam lingkungan kerja, seseorang yang memiliki keyakinan terhadap dirinya untuk memecahkan masalah, maka dia muncul sebagai pemimpin.

7. Pencapaian (*reaching out*)

Pencapaian menggambarkan kemampuan individu untuk mencapai keberhasilan. Dalam hal ini terkait dengan keberanian seseorang untuk mencoba mengatasi masalah, karena masalah dianggap sebagai suatu tantangan bukan suatu ancaman.

Bogar Christine B. (2006: 321-322) dalam penelitiannya mengidentifikasi lima determinan dari resiliensi yang harus dimiliki oleh setiap individu supaya bisa menjadi resilien, antara lain sebagai berikut :

1. Keterampilan Interpersonal

Keterampilan interpersonal merupakan keterampilan yang dipelajari ataupun bawaan pada diri seseorang yang dapat memfasilitasi kemampuannya dalam berinteraksi secara positif dan efektif dengan orang lain. Keterampilan ini meliputi kemampuan verbal, kedekatan secara emosional, kemandirian berpikir, serta optimisme dalam hubungan dengan orang lain dan kehidupan.

2. Kompetensi

Kompetensi diartikan sebagai bakat dan keterampilan yang dimiliki oleh seseorang dan memberikan kontribusi terhadap kemampuannya untuk memiliki resiliensi pada masa dewasa. Termasuk dalam kompetensi ini

adalah prestasi yang menonjol, kesuksesan dalam bidang akademis di sekolah.

3. *Self-regard* yang tinggi

Penerimaan diri yang positif yaitu kemampuan seseorang untuk mengubah pikiran yang negatif menjadi pikiran yang positif terhadap diri mereka. Hal ini mampu menumbuhkan pikiran pada individu bahwa mereka dapat memegang kendali atas kehidupannya.

4. Spiritualitas

Spiritualitas dan religiusitas, keduanya adalah komponen yang penting bagi resiliensi seseorang. Kepercayaan ini dapat menjadi sandaran bagi individu dalam mengatasi berbagai permasalahan saat peristiwa buruk menimpa.

5. Situasi kehidupan yang bermanfaat

Meskipun tidak semua peristiwa kehidupan bersifat positif, namun bagi individu baik peristiwa- peristiwa yang negatif ataupun positif mampu menantang individu untuk menjadi lebih kuat dan memiliki empati terhadap kehidupan orang lain.

Penelitian ini akan merujuk pada tujuh aspek resiliensi dari Reivich K. & Shatte A. (2002: 36-46), yaitu : regulasi emosi (*emotional regulation*), kontrol impuls (*impulse control*), optimisme (*optimism*), analisis kausal (*causal analysis*), empati (*empathy*), efikasi diri (*self efficacy*), dan pencapaian (*reaching out*).

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi

Everall Robin, (2006: 461-470) memaparkan tiga faktor yang mempengaruhi resiliensi, antara lain sebagai berikut :

1. Faktor Individual

Faktor individual meliputi kemampuan kognitif individu, konsep diri, harga diri, dan kompetensi sosial yang dimiliki individu. Keterampilan kognitif berpengaruh penting pada resiliensi individu. Intelegensi minimal rata-rata dibutuhkan bagi pertumbuhan resiliensi pada diri individu karena resiliensi sangat terkait erat dengan kemampuan untuk memahami dan menyampaikan sesuatu lewat bahasa yang tepat, kemampuan membaca, dan komunikasi non verbal. Resiliensi juga dihubungkan dengan kemampuan untuk melepaskan pikiran dari trauma dengan menggunakan fantasi dan harapan-harapan yang ditumbuhkan pada diri individu yang bersangkutan. Delgado (LaFramboise Teresa D, 2006: 195-196) menambahkan dua hal terkait dengan faktor individual, meliputi.

a. Gender

Gender memberikan kontribusi bagi resiliensi individu. Resiko kerentanan terhadap tekanan emosional, perlindungan terhadap situasi yang mengandung resiko, dan respon terhadap kesulitan yang dihadapi dipengaruhi oleh gender.

b. Keterikatan dengan Kebudayaan

Keterikatan dengan budaya meliputi keterlibatan seseorang dalam aktivitas-aktivitas terkait dengan budaya setempat berikut ketaatan

terhadap nilai-nilai yang diyakini dalam kebudayaan tersebut. Resiliensi dipengaruhi secara kuat oleh kebudayaan, baik sikap-sikap yang diyakini dalam suatu budaya, nilai-nilai, dan standar kebaikan dalam suatu masyarakat.

2. Faktor Keluarga

Faktor keluarga meliputi dukungan yang bersumber dari orang tua, yaitu bagaimana cara orang tua untuk memperlakukan dan melayani anak. Selain dukungan dari orang tua struktur keluarga juga berperan penting bagi individu.

3. Faktor Komunitas

Faktor komunitas meliputi kemiskinan dan keterbatasan kesempatan kerja. Kemiskinan merupakan keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuh kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Pada umumnya di negara Indonesia penyebab-penyebab kemiskinan diantaranya laju pertumbuhan penduduk, angkatan kerja, distribusi pendapatan dan pemerataan pembangunan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya perhatian dari pemerintah.

Keterbatasan kesempatan kerja merupakan suatu keadaan dimana kurangnya peluang setiap penduduk di suatu negara untuk mendapatkan pekerjaan yang layak. Keadaan tersebut dapat diakibatkan karena kurangnya keterampilan yang dimiliki oleh setiap individu terhadap

suatu jenis pekerjaan tertentu. Faktor pendidikan juga mempengaruhi setiap individu untuk mendapatkan pekerjaan yang layak. Keterbatasan kesempatan kerja juga memicu munculnya pengangguran sebagai masalah sosial. Kemiskinan dan keterbatasan kesempatan kerja merupakan kategori masalah sosial ekonomi yang bersifat komunitas.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan resiliensi dipengaruhi oleh faktor-faktor dari dalam individu (internal) dan faktor-faktor dari luar individu (external). Faktor internal meliputi, kemampuan kognitif, gender, serta keterikatan individu dengan budaya. Faktor external mencakup faktor dari keluarga dan komunitas.

2.4 Konsep HIV/AIDS

2.4.1 Pengertian

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan Virus yang menyerang kekebalan tubuh sehingga daya tahan tubuh menjadi lemah dalam melawan penyakit oportunistik. HIV dapat berkembang menjadi tahap AIDS melalui tahap inkubasi sekitar 2-15 tahun tergantung dari kekebalan penderita (WHO, 2014). *Acquired Immunodeficiency Sndrome* (AIDS) merupakan sekumpulan gejala penyakit menyerang tubuh manusia setelah sistem kekebalannya dirusak oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Penyakit tersebut disebabkan oleh *human immunodeficiency virus* (HIV), dan telah menjadi masalah internasional karena dalam waktu yang relatif singkat terjadi peningkatan jumlah pasien dan semakin melanda banyak Negara. Sampai saat ini belum ditemukan vaksin atau obat yang relatif efektif untuk AIDS sehingga menimbulkan keresahan dunia.

Pada saat sistem kekebalan tubuh menurun, seseorang akan lebih rentan atau mudah terkena beberapa jenis penyakit (sindrom). Penyakit tersebut disebut infeksi oportunistik. AIDS adalah tahap lanjut infeksi HIV. Menurut Kemenkes RI (2013), HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan penyakit AIDS yang masuk golongan retrovirus. AIDS merupakan bentuk lanjut dari HIV yang merupakan kumpulan gejala dari melemahnya system kekebalan tubuh. Virus ini menyerang dan merusak sel-sel limfosit T-CD4+ sehingga penderita menjadi rentan terkena infeksi berbagai jenis mikroorganismenya baik bakteri, jamur atau bahkan keganasan.

2.4.2 Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus HIV masuk kedalam golongan retrovirus. Virus yang sebelumnya dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) sampai saat ini pun masih belum diketahui asal muasalnya secara pasti (Sudoyo, 2009). Ciri khas dari virus ini yaitu mempunyai nucleoid yang berbentuk silinder dalam virion matur. Virus ini mempunyai 3 gen yang dibutuhkan untuk bereplikasi yaitu gag, pol dan env. Selain itu, terdapat enam gen tambahan pengatur ekspresi virus yang merupakan kunci penting dalam pathogenesis penyakit (Brooks, 2005).

2.4.3 Cara penularan Infeksi HIV

Cara Penularan Infeksi HIV melalui beberapa cara berikut diantaranya :

1. Transmisi Melalui Kontak Seksual

Studi kohort yang dilakukan Lifson pada pria homoseksual dan biseksual di California yang seropositif HIV sebelum Januari 1981, ternyata 52% diantaranya mengidap AIDS pada tahun 1989. Diperkirakan 54% individu dengan seropositif HIV akan menjadi AIDS dalam 8-10 tahun kemudian. Di Indonesia waktu yang diperlukan

menjadi AIDS dapat lebih singkat karena penderita hidup pada lingkungan dengan kejadian berbagai infeksi. Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV diberbagai belahan dunia. Virus ini dapat ditemukan dalam cairan semen, cairan vagina, cairan serviks. Virus akan terkonsentrasi dalam cairan semen, terutama bila terjadi peningkatan jumlah limfosit pada cairan, seperti pada keadaan peradangan genitalia misalnya uretritis, epididimitis, dan kelainan lain yang berkaitan dengan penyakit menular seksual. Virus juga dapat ditemukan pada usapan serviks dan cairan vagina. Transmisi infeksi HIV melalui hubungan seksual lewat anus lebih mudah karena membrane mukosa rectum yang tipis mudah robek, anus sering terjadi lesi. Pada kontak seks pervaginal, kemungkinan transmisi HIV dari laki-laki ke perempuan diperkirakan sekitar 20 kali lebih besar daripada perempuan ke laki-laki. Hal ini disebabkan oleh paparan HIV secara berkepanjangan pada mukosa vagina, serviks, serta endometrium dengan semen yang terinfeksi.

2. Transmisi Melalui Darah Atau Produk Darah

HIV dapat ditransmisikan melalui darah dan produk darah. Terutama pada individu pengguna narkotika intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bersama dalam satu kelompok tanpa mengindahkan asas sterilisasi. Dapat juga individu yang menerima transfusi darah atau produk darah yang mengabaikan tes penapisan HIV. Namun pada saat ini hal tersebut jarang terjadi dengan semakin meningkatnya perhatian dan semakin baiknya tes penapisan terhadap darah yang akan di

tranfusikan. Diperkirakan bahwa 90 sampai 100% orang yang mendapat transfusi darah yang tercemar HIV akan mengalami infeksi. Transfusi darah lengkap (*whole blood*), sel darah merah (*packed redblood cell*), trombosit, leukosit, dan plasma semuanya berpotensi menularkan HIV. Imunoglobulin, globulin imun hepatitis B, vaksin hepatitis B yang berasal dari plasma, dan globulin imun Rho (O) belum pernah dilaporkan dapat menularkan HIV. Hal ini karena ketatnya pemrosesan yaitu telah dilakukan proses sterilisasi dari paparan HIV. Suatu penelitian di Amerika Serikat melaporkan risiko infeksi HIV-1 melalui transfusi darah dari donor yang terinfeksi HIV berkisar antara 1 per 750.000 hingga 1 per 835.000. Pada proses bayi tabung dan transplantasi organ dilaporkan beberapa kasus penularan HIV melalui semen yang digunakan dalam inseminasi buatan dan jaringan yang digunakan pada transplantasi organ sehingga sekarang setiap donor harus diperiksa akan kemungkinan infeksi HIV sebelum transplantasi.

3. Transmisi Secara Vertical

Transmisi secara vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya sewaktu hamil, sewaktu persalinan, dan setelah melahirkan melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI). Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20%, dan saat pemberian ASI 10-20%. Namun, diperkirakan penularan ibu kepada janin atau bayi terutama terjadi pada masa perinatal. Hal ini didasarkan saat identifikasi infeksi oleh teknik kultur atau *Polymerase Chain Reaction* (PCR) pada bayi baru lahir (negatif saat lahir dan positif

beberapa bulan kemudian). Virus dapat ditemukan dalam ASI sehingga ASI merupakan perantara penularan HIV dari ibu kepada bayi pascanatal. Bila mungkin pemberian ASI oleh ibu yang terinfeksi sebaiknya dihindari.

4. Potensi Transmisi Melalui Cairan Tubuh Lain

Walaupun HIV pernah ditemukan dalam air liur sebagian kecil orang yang terinfeksi, tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa air liur dapat menularkan infeksi HIV baik melalui ciuman biasa maupun paparan lain misalnya sewaktu bekerja bagi petugas kesehatan. Selain itu, air liur dibuktikan mengandung inhibitor terhadap aktivitas HIV. Demikian juga belum ada bukti bahwa cairan tubuh lain misalnya air mata, keringat, dan urine dapat merupakan media transmisi HIV. Namun cairan tubuh tersebut tetap harus diperlakukan sesuai tindakan pencegahan melalui kewaspadaan universal.

5. Transmisi pada petugas kesehatan dan petugas laboratorium

Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam. Berbagai penelitian multi institusi menyatakan bahwa risiko penularan HIV setelah kulit tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3% sedangkan risiko penularan HIV akibat paparan bahan yang tercemar HIV ke membran mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09%.

Di rumah sakit Dr. Soetomo dan rumah sakit swasta di Surabaya, terdapat 16 kasus kecelakaan kerja dalam 2 tahun terakhir. Pada evaluasi lebih lanjut tidak terbukti terpapar HIV. Semua kasus diberikan penatalaksanaan seperti ketentuan yang ditetapkan WHO.

2.4.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh host akibat intervensi HIV. Manifestasi ini dapat merupakan gejala dan tanda infeksi virus akut, keadaan asimtomatis berkepanjangan, hingga manifestasi AIDS berat.

Manifestasi gejala dan tanda dari HIV dapat dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

1. Merupakan tahap infeksi akut, pada tahap ini muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahap ini muncul 6 minggu pertama setelah paparan HIV dapat berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan dan pembesaran kelenjar getah bening. Dapat juga disertai meningitis aseptik yang ditandai demam, nyeri kepala hebat, kejang-kejang dan kelumpuhan saraf otak.
2. Merupakan tahap asimtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada saat ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler. Pada tahap ini aktivitas penderita masih normal.
3. Merupakan tahap simtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan gradasi sedang sampai berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas namun penderita dapat

melakukan aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak berada di tempat tidur meskipun kurang 12 jam per hari dalam bulan terakhir.

4. Merupakan tahap yang lebih lanjut atau tahap AIDS. Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih 10%, diare yang lebih dari 1 bulan, panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, oral hairy leukoplakia, tuberkulosis paru, dan pneumonia bakteri. Penderita diserbu berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplasmosis otak, diare akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esophagus, trakea, bronkus atau paru serta infeksi jamur yang lain misalnya histoplasmosis, koksidiodomikosis. Dapat juga ditemukan beberapa jenis malignansi, termasuk keganasan kelenjar getah bening dan sarkoma Kaposi. Hiperaktivitas komplemen menginduksi sekresi histamin. Histamin menimbulkan keluhan gatal pada kulit dengan diiringi mikroorganisme di kulit memicu terjadinya dermatitis HIV.

Tabel 2.1 Stadium Klinis HIV/AIDS WHO pada Dewasa Muda dan Dewasa
(Sumber: Kanya MR, Mermin J, Kaplan JE, 2008, Modifikasi: Nasronudin, 2014)

<ol style="list-style-type: none"> 1. INFEKSI HIV PRIMER <ol style="list-style-type: none"> 1) Asimptomatik 2) Sindrom retroviral akut 2. STADIUM KLINIS I <ol style="list-style-type: none"> 1) Asimptomatik 2) Limfadenopati general menetap 3. STADIUM KLINIS II <ol style="list-style-type: none"> 1) Simtomatik 2) Penurunan berat badan tanpa sebab jelas (<10%) 3) Infeksi saluran pernapasan berulang (ISPA, sinusitis, bronchitis, otitis media, faringitis) 4) Herpes zoster

- 5) Cheilitis angularis
- 6) Ulserasi oral berulang
- 7) Eropsi proritik papuler
- 8) Dermatitis seborrheic
- 9) Infeksi jamur pada kuku
4. STADIUM KLINIS III
 - 1) Penurunan berat badan dengan sebab tidak jelas (>10%)
 - 2) Diare kronis sebab tidak jelas >1 bulan
 - 3) Kandidiasis oris menetap
 - 4) TB paru
 - 5) Infeksi bakteri berat (pneumoni, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis, bakterimi, stomatitis ulseratif nekrotis akut, gingivitis, periodontitis)
 - 6) Anemia (HB <8 g/dl, neutropeni <500/mm³, trombositopeni <50.000/mm³) sebab tidak jelas, >1 bulan
5. STADIUM KLINIS IV
 - 1) Sindrom wasting HIV
 - 2) Peumoni pneumokistik
 - 3) Pneumoni bakterial berulang
 - 4) Herpes simplek kronis (genital, anorektal) >1 bulan
 - 5) Kandidiasis orofagial
 - 6) TB ekstra pulmoner
 - 7) Sarkoma Kaposi
 - 8) Toksoplasmosis SSP
 - 9) Ensefalopati HIV
 - 10) Kriptokokus ekstra pulmoner
 - 11) Infeksi mikrobakteri non TBC berat
 - 12) Kriptosporodiosis kronis
 - 13) Infeksi CMV (retinitis, pada liver, limpa, pembuluh limfe)
 - 14) Infeksi jamur sistemik (histoplasmosis, Koksidio mikosis, penisilosis)
 - 15) Karsinoma servik
 - 16) Lesmaniasis visceral luas atipik
 - 17) Kardiomiopati, nefropati, terkait HIV

2.4.5 Diagnosis Klinis Infeksi HIV/AIDS

Diagnosis infeksi HIV/AIDS dapat dibuat berdasarkan klasifikasi klinis WHO. Di Indonesia diagnosis AIDS untuk keperluan surveilans epidemiologi dibuat bila menunjukkan tes HIV positif dan sekurang-kurangnya didapatkan 2 gejala mayor dan satu gejala minor.

1. Gejala mayor

- 1) Berat badan menurun lebih dari 10% dalam satu bulan
 - 2) Diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan
 - 3) Demam berkepanjangan lebih dari satu bulan
 - 4) Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis
 - 5) Demensia/ HIV ensefalopati
2. Gejala minor
- 1) Batuk menetap lebih dari satu bulan
 - 2) Dermatitis generalisata
 - 3) Adanya herpes zoster multisegmental dan atau berulang
 - 4) Kandidiasis oro-faringial
 - 5) Herpes simplek kronik progresif
 - 6) Limfadenopati generalisata
 - 7) Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
 - 8) Retinitis sitomegalovirus

Apabila didapatkan salah satu tanda atau gejala berikut, dilaporkan sebagai kasus AIDS, walaupun tanpa pemeriksaan laboratorium: Sarkoma Kaposi, pneumonia berulang.

2.4.6 Penatalaksanaan Klinis Infeksi HIV/AIDS

1. Penatalaksanaan Umum

Istirahat, dukungan nutrisi yang memadai berbasis makronutrien dan mikronutrien untuk penderita HIV/AIDS, konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial, membiasakan gaya hidup sehat antara lain membiasakan senam.

2. Penatalaksanaan Khusus

Pemberian *antiretroviral therapy* (ART) kombinasi, terapi infeksi sekunder sesuai jenis infeksi yang ditemukan, terapi malignansi, dan tata laksana sindroma wasting.

1) Terapi antiretroviral

Pemberian Arv tidak serta merta segera diberikan begitu saja pada penderita yang dicurigai, tetapi perlu menempuh langkah-langkah yang arif dan bijaksana, serta mempertimbangkan berbagai faktor : dokter telah memberikan penjelasan tentang manfaat, efek samping, resistensi dan tata cara penggunaan ARV, kesanggupan dan kepatuhan penderita mengkonsumsi obat dalam waktu yang tidak terbatas, serta saat yang tepat untuk memulai terapi ARV.

Tabel 2.2 Klasifikasi infeksi HIV dengan gradasi klinis (WHO, 2006)

Klinis Infeksi HIV	Stadium Klinis WHO
1. Asimtomatik	I
2. Ringan	II
3. Lanjut	III
4. Berat	IV

Sumber : HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014.

Tabel 2.3 Rekomendasi Memulai Terapi Antiretroviral Penderita Dewasa Menurut WHO (2006)

Stadium Klinis WHO	Pemeriksaan Cd4 Tidak Dapat Dilakukan	Pemeriksaan Cd4 Dapat Dilakukan
I	ARV belum direkomendasi	Terapi bila CD4 <200 sel/mm ³
II	ARV belum direkomendasi	Mulai terapi bila CD4 <200 sel/mm ³

III	Mulai terapi ARV	Pertimbangkan terapi bila CD4 <350 sel/mm ³ and mulai ARV sebelum CD4 turun <200 sel/mm ³
IV	Mulai terapi ARV	Terapi tanpa mempertimbangkan jumlah CD4

Sumber : HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Keterangan :

- a. CD4 perlu diperiksa segera terutama untuk penetapan terapi, seperti pada TB pulmoner dan infeksi bakteri berat
- b. Total limfosit 1200/mm³ atau kurang, dapat dipergunakan bila CD4 tak dapat diperiksa dan infeksi HIV mulai manifestasi. Tidak diberlakukan pada asimtomatis, stadium klinis 2
- c. Memulai ARV direkomendasi pada infeksi HIV stadium 3 dengan kehamilan dan CD4 <350 sel/mm³
- d. Memulai ARV direkomendasi pada semua infeksi HIV dengan CD4 <350 sel/mm³ dengan TB pulmoner

2) Tujuan terapi antiretroviral

- a. Menurunkan angka kesakitan akibat HIV, dan menurunkan kematian akibat AIDS
- b. Memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup penderita seoptimal mungkin
- c. Mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal
- d. Menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin sehingga kadar HIV dalam plasma <50 kopi/ml

Terapi sebaiknya diberikan dalam bentuk kombinasi dan dipantau secara ketat untuk mengevaluasi kemajuan terapi, munculnya efek samping, serta kemungkinan timbulnya resisten

Tabel 2.4 Rekomendasi Memulai Terapi ARV Berdasar CD4 Penderita Dewasa

CD4 (sel/mm³)	Rekomendasi Terapi
1. <200	Mulai terapi ARV pada semua stadium klinis
2. 200-350	Pertimbangkan untuk memulai terapi sebelum CD4 turun <200 sel/mm ³
3. >350	Jangan memulai ARV dulu

Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Keterangan :

- a. CD4 perlu ditetapkan setelah dilakukan upaya stabilisasi
- b. Dalam membuat keputusan pemberian ARV seyogyanya berdasarkan CD4 dengan stadium klinis
- c. Penurunan CD4 hingga <200 sel/mm³ merupakan kondisi serius, terkait infeksi sekunder dan kegawatan
- d. Memulai ARV direkomendasi pada semua stadium klinis 4 dan stadium 3 pada keadaan tertentu, terutama TB pulmoner dan infeksi bakteri berat
- e. Memulai ARV direkomendasi pada infeksi HIV stadium klinis 3 dengan kehamilan dan CD4 <350 sel/mm³

3) Sasaran atau target ARV

Bila telah ada indikasi tepat maka ARV dapat diberikan kombinasi. Pemberian kombinasi selain bertujuan mengoptimalkan efikasi ARV, mengurangi potensi resistensi, juga teknik pemberiannya, pemilihan obatnya perlu dilandasi pemahaman yang mendalam. Hal ini penting karena masing-masing ARV mempunyai sasaran intervensi yang berbeda meskipun tujuannya sama yaitu

mengeliminasi dan mencegah replikasi HIV melalui cara masing-masing. Kinerja ARV golongan NNRTIs, NRTs, dan PIs dapat diperhatikan pada gambar 1.

4) Prinsip terapi antiretroviral

a. Indikasi

ARV harus ditetapkan pemberiannya atas indikasi pengobatan yang tepat.

b. Kombinasi

Antiretrovirus harus diberikan secara kombinasi, paling tidak melibatkan 3 jenis obat untuk mendapatkan efek optimal serta memperkecil resisten.

c. Pilihan obat

Pemilihan obat-obatan lini pertama diprioritaskan baru kemudian dipilih lini kedua atau obat lain bila dipandang perlu guna meminimalkan munculnya mutan yang resisten.

d. Penentuan saat mulai pemberian

Penetapan saat mulai pemberian berdasarkan stadium klinis. Bila stadium awal perlu disertai pemeriksaan CD4 dan beban virus.

e. Kompleksitas

Terapi antiretrovirus sangat kompleks karena beberapa obat dapat mengalami interaksi dan efek samping termasuk potensi interaksi dengan obat non-ARV. Mengonsumsi ARV dalam waktu yang tidak terbatas juga bukan tanpa hambatan. Seringkali ARV diberikan bersama obat untuk mengatasi infeksi sekunder, maka interaksi obat satu sama lain perlu dipertimbangkan dengan saksama.

f. Resistensi

Perlu disadari adanya potensi terjadinya resistensi. Resistensi dapat terjadi ARV lini yang sama dan atau resistensi silang yang dapat terjadi antara NNRTIs dan sebagian dari PIs dan NRTIs. Perlu dievaluasi secara genetik potensi munculnya gen resisten. Potensi resistensi dapat diprediksi dari pemeriksaan genotype sebelum individu mengkonsumsi ARV, melalui pemeriksaan drugs naïve. Bagi yang telah mendapat ARV, pemeriksaan resistensi dilakukan kapan saja, umumnya setelah 2 tahun atau lebih mengkonsumsi ARV.

g. Informasi

Memulai dan mempertahankan terapi antiretroviral secara efektif sangat diperlukan adanya informasi dari dokter terhadap penderita. Sebelum memulai terapi ARV, penderita perlu diberikan informasi lengkap maksud dan tujuan terapi ARV. Informasi tentang efek samping segera, lambat, atau tertunda perlu disampaikan. Resistensi obat juga perlu diinformasikan dengan jelas. Penderita juga diberikan informasi tentang kerugian bila menghentikan ARV secara sepihak. Pentingnya informasi tentang monitoring pemberian ARV secara klinis, laboratoris (biokimiawi, CD4, beban virus), radiologis secara berkala.

h. Motivasi

Motivasi untuk mengkonsumsi ARV harus ada. Penderita perlu ditekankan untuk tidak terlarut pada kesedihan, kecemasan, ketakutan secara berlebihan setelah mengetahui adanya infeksi HIV. Perlu diingatkan, disadarkan, diposisikan secara wajar bahwa didalam tubuhnya terdapat virus yang perlu di eliminir melalui upaya pemberian ARV. Penderita memerlukan obat-

obatan secara teratur, dosis tepat, kombinasi tepat untuk keberhasilan suatu pengobatan. Kepada penderita perlu dijelaskan keterkaitan, interaksi, resistensi antara ARV dan obat lain termasuk obat untuk infeksi sekunder. Dengan demikian penderita mempunyai keinginan kuat menjadi lebih baik melalui pengobatan. Mempunyai keinginan untuk menggeser stadium dari stadium 4 yang hampir sepenuhnya berada ditempat tidur kearah yang lebih ringan dan mampu melakukan aktivitas normal seperti sedia kala.

i. Monitoring

Efikasi pengobatan antivirus ditentukan dan dimonitor melalui pemeriksaan klinis berkala, disertai pemeriksaan laboratoris guna menentukan HIV-RNA virus dan hitung CD4 secara periodik dan teratur. Efek samping dan resisten ARV juga perlu dimonitor secara cermat dan hati-hati.

j. Target terapi

Target pemberian antiretroviral adalah

- a) Target virologis, menekan RNA virus hingga kurang dari 50 kopi per ml dalam plasma
- b) Imunologis, menaikkan dan mempertahankan selama mungkin jumlah CD4 diatas 500 sel per mm³
- c) Terapeutik, obat ARV dapat diterima dengan baik oleh tubuh penderita, tanpa efek samping, meminimalkan munculnya mutan resisten
- d) Klinis, meningkatkan kualitas seoptimal mungkin dengan skor karnofski mendekati 100 dan dipertahankan selama mungkin. Kesakitan karena HIV dan kematian karena AIDS dapat ditekan serendah mungkin.

e) Epidemiologis, transmisi diturunkan secara bermakna, termasuk merubah jalannya epidemiologi infeksi HIV di Indonesia. Jalannya epidemiologi dapat dirubah melalui upaya

(a) Menurunkan infeksi HIV baru dan meningkatkan layanan pendampingan, perawatan dan pengobatan.

(b) Memengaruhi dan intervensi perilaku seksual risiko tinggi dan pengguna narkoba suntik.

(c) Meningkatkan jangkauan hingga sebanyak mungkin ODHA dan pengguna narkotika suntik mendapatkan dukungan, perawatan dan pengobatan disertai layanan konseling dan pemeriksaan sukarela (VCT) yang bermutu, ramah dan manusiawi.

k. Efikasi

Pengobatan antiretroviral dilakukan secara berkesinambungan. Penderita diharapkan memperoleh hasil maksimal dan efikasi klinik, virologist dan imunologis yang nyata. Penderita perlu ikut berpartisipasi dalam mengikuti perubahan klinis sehingga dapat membantu memperoleh efikasi terapi secara optimal.

l. Interaksi

Seringkali ARV diberikan bersama obat untuk mengatasi infeksi sekunder, maka interaksi obat satu sama lain perlu dipertimbangkan dengan saksama.

m. Dermatitis HIV atau efek ARV

Mengonsumsi ARV dalam waktu yang tidak terbatas juga bukan tanpa hambatan. Kalau terjadi perubahan warna kulit, rash dikaji ulang apa sudah ada sebelum terapi ARV.

n. Pilihan Rejimen

Zidovudin, merupakan ARV dengan mekanisme kerja menghambat enzim reverse transcriptase virus, begitu gugus azidotimidin pada zidovudin mengalami fosforilasi. Diberikan dalam bentuk kombinasi, misal bersama lamivudin dan nevirapin, atau efavirenz. Zidovudin diberikan dalam dosis 600 mg per hari (300 mg per tablet). Efek samping yang paling sering dan perlu pemantauan ketat adalah anemia. Efek samping lain neutropenia, sakit kepala dan mual.

Didanosin, obat ini bekerja dengan cara menghentikan sintesis rantai DNA virus. Diberikan secara kombinasi dengan rejimen lain, terutama untuk HIV stadium lanjut. Pemberian dengan dosis 400 mg perhari. Efek samping neuropatiperifer, pancreatitis dan diare.

Lamivudin, bekerja dengan cara menghentikan pembentukan rantai DNA virus HIV maupun HBV. Diberikan dengan dosis 300 mg perhari kombinasi dengan obat lain. Efek samping asidosis laktat, hepatomegali disertai steatosis, mual, sakit kepala.

Stavudin, mekanisme kerja obat ini menghambat pembentukan DNA virus. Diberikan kombinasi dengan sediaan lain pada HIV stadium lanjut. Dosis 80 mg perhari. Efek samping peningkatan enzim transaminase sesaat, sakit kepala, mual, rash kulit.

Nevirapin, kerjanya pada alosterik tempat ikatan non-substrat HIV. Pemberian pada 14 hari pertama 200 mg perhari, bila enzim hati tetap baik dosis dilanjutkan 400 mg perhari. Efek samping yang sering adalah rash kulit. Selain itu potensi efek samping seperti mual, sakit kepala, demam, peningkatan enzim hati.

Efavirenz, Obat ini diberikan dengan dosis 600 mg perhari, sebelum tidur guna mengurangi efek samping pada susunan saraf pusat, terutama mimpi menakutkan.

Tabel 2.5 Prinsip perawatan, pengobatan menurut perjalanan klinis

1. Asimtomatis	Promosi kesehatan: olah raga, pengaturan nutrisi, menjaga kebersihan	Konseling
2. Simtomatis	1. Profilaksis primer: pneumonia pneumokistik karinii, tuberculosis, meningitis kriptokokal 2. Terapi antiretroviral 3. Terapi komplementer	1. Konseling 2. Dukungan 3. Perawatan
3. AIDS	1. Terapi infeksi sekunder 2. Pencegahan sekunder 3. Terapi antiretroviral 4. Terapi komplementer	1. Konseling 2. Dukungan 3. Perawatan

Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Tabel 2.6 Kebijakan pemberian ARV

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat : indikasi, obat, cara pemberian, dosis, waspada efek samping serta resistensi 2. Kedisiplinan tinggi 3. Pemantauan berkala
--

Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

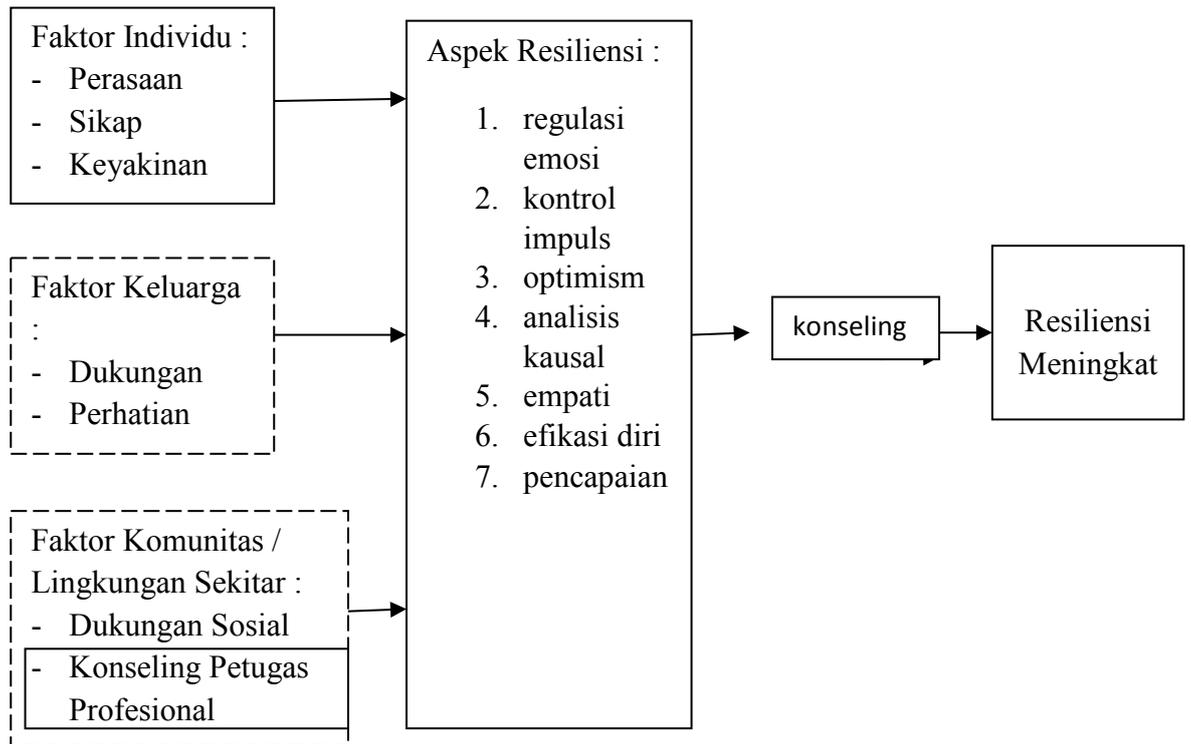
Tabel 2.7 Prinsip 5C dalam pemberian ARV

1. <i>Chronic</i>	HIV dan AIDS merupakan penyakit kronis, sehingga perlu diberikan penjelasan maksud dan tujuan, pemberian ARV dalam jangka lama.
2. <i>Comprehensive</i>	Pemberian ARV terkait dengan banyak hal. Secara terpadu melibatkan tenaga medis, paramedis, keluarga dan pendamping.
3. <i>Choise</i>	Mengingat pemberian ARV perlu jangka lama, maka potensi terjadi resistensi cukup besar. Dasar pemilihan obat perlu mempertimbangkan lini obat, alergi, efek samping, kemudahan menjangkau obat, kombinasi dan potensi interaksi dengan obat lain yang dikonsumsi.

4. <i>Contraindication</i>	Terdapat beberapa kontraindikasi yang perlu diperhatikan sebelum pemberian ARV. Kehamilan, gangguan liver, alergi, dan lain-lain.
5. <i>Complexity</i>	Terapi AIDS begitu rumit dan kompleks selain ARV juga memerlukan berbagai antimikroba lain untuk infeksi sekunder. Beberapa obat dapat saling berinteraksi dan efek samping, waktu minum obat perlu terjadwal dengan baik.

Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan :

————— : Diteliti

----- : Tidak Diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Konseling dalam meningkatkan Resiliensi ODHA di Wilayahn Kerja Puskesmas Wonokromo Surabaya