

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ibu Hamil

2.1.1 Konsep Ibu Hamil Dan *Ante Natal Care* (ANC)

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan (intra uteri) mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan yang lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu (Padila, 2014). Perkembangan kehamilan dibagi menjadi tiga, yaitu trisemester I adalah tiga bulan pertama kelender, trisemester II adalah bulan keempat sampai bulan keenam dan trisemester III adalah bulan ketujuh sampai bulan kesembilan atau tiga bulan terakhir masa kehidupan intra uteri (Potter & Perry, 2005).

Ante Natal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, mempersiapkan memberikan Air Susu Ibu (ASI) dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Prapti, Runiari, Suratiah, & Astuti, 2010). Tujuan *ANC* antara lain memantau kemajuan kehamilan dan memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu, mengenal secara dini adanya ketidaknormalan, komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum, riwayat kesehatan reproduksi dan riwayat penanganannya termasuk operasi yang pernah dijalani, mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan

bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal (Prapti, Runiari, Suratiah, & Astuti, 2010).

Kunjungan ANC yang ideal adalah sebulan sekali sampai umur kehamilan 28 minggu, setiap dua minggu sekali sampai umur kehamilan 32 minggu, setiap satu minggu sekali sejak umur kehamilan 32 minggu sampai terjadi persalinan (Prapti, Runiari, Suratiah, & Astuti, 2010). Pelayanan Asuhan Standar Minimal (PASM) tujuh T, selanjutnya dikembangkan menjadi ANC bermutu (10 T) yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, tekanan darah, tentukan nilai status gizi/lingkar lengan, tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin, skrining status imunisasi dan beri tetanus toksoid (imunisasi TT) bila perlu, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, dan temu wicara (konseling) (Padila, 2014).

2.1.2 Pendidikan Kesehatan Bagi Ibu Hamil

Pendidikan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil merupakan tanggung jawab pemberi asuhan kesehatan. Pendidikan kesehatan meliputi:

1. Kebutuhan akan nutrisi
2. Pakaian
3. Kebutuhan kebersihan diri (*personal hygiene*) (mandi, sikat gigi, keramas, perawatan kuku)

4. Pentingnya Air Susus Ibu (ASI)
5. Perawatan payudara
6. Latihan otot dasar panggul
7. Perawatan gigi
8. Hubungan seksual
9. Kebutuhan eliminasi { buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) }
10. Kebutuhan aktivitas dan istirahat
11. Kesehatan mental
12. Obat-obatan, alkohol dan tembakau
13. Pengenalan tanda-tanda bahaya secara dini
14. Peran bapak/suami
15. Pendidikan menyambut kelahiran anak dalam keluarga (*childbird education*)
16. Keluarga berencana (KB)
17. Pengetahuan tentang HIV-AIDS, IMS, Seks yang aman dan kondom (Padila, 2014).

2.2 Prevention Of Mother To Child Transmission (PMTCT)

2.2.1 Pengertian PMTCT

PMTCT adalah upaya untuk mencegah infeksi HIV pada perempuan serta mencegah penularan HIV dari ibu hamil ke bayi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.2.2 Tujuan Program PMTCT

- a. Mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi
- b. Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap ibu dan bayi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.2.3 Sasaran PMTCT

- a. Wanita usia reproduksi (15-49 tahun)
- b. Wanita hamil dengan HIV positif dan HIV negatif
- c. Bayi yang dilahirkan dari ibu HIV positif
- d. Pasangan dari wanita yang berisiko tinggi
- e. Keluarga wanita hamil yang HIV positif
- f. Masyarakat di lingkungan sekitar wanita hamil HIV positif (Kementian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.2.4 Jenis Kegiatan PMTCT

a. Prong I Pencegahan Penularan HIV Pada Perempuan Usia Reproduksi

Pencegahan primer pada perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) bertujuan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak secara dini, baik sebelum terjadi perilaku hubungan seksual berisiko atau bila terjadi maka penularan masih bisa dicegah, termasuk mencegah ibu dan ibu hamil agar tidak tertular oleh pasangannya yang terinfeksi HIV. Pencegahan penularan HIV menggunakan strategi "ABCD", yaitu: A (*Abstinence*) artinya Absen Seks atau tidak melakukan hubungan seksual bagi orang

yang belum menikah; B (*Be Faithful*) artinya bersikap setia pada satu pasangan seks; C (*Condom*) artinya cegah penularan HIV dengan kondom; D (*Drug No*) artinya dilarang menggunakan narkoba (Kementian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Kegiatan pada pencegahan primer adalah:

1. Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV-AIDS dan kesehatan reproduksi baik individu maupun kelompok
2. Mobilisasi masyarakat

Melibatkan petugas lapangan dalam memberi informasi kepada masyarakat serta akses layanan kesehatan, menjelaskan cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS termasuk pemakaian kondom dan alat suntik steril, melibatkan semua pihak dalam masyarakat (tokoh agama, tokoh masyarakat, kelompok dukungan sebaya, komunitas peduli HIV) dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi.

3. Layanan test HIV

Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP) serta Konseling dan Tes Sukarela (KTS). Cara mengetahui status HIV melalui tes darah dengan *Counselling, Confidentiality and Informed consent* (3C) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Layanan ini dintegrasikan dengan pelayanan KIA secara komprehensif dan berkesinambungan meliputi:

- a) Semua ibu hamil ditawarkan konseling dan tes HIV
- b) Semua ibu hamil mendapat informasi tentang HIV-AIDS secara komprehensif

- c) Pelaksanaan konseling dan tes sesuai standar yang ada
 - d) Tes HIV ditawarkan juga bagi pasangannya
 - e) Konseling paska-tes bagi perempuan atau ibu yang HIV negatif berfokus pada informasi dan bimbingan agar HIV tetap negatif selama hamil, menyusui dan seterusnya
 - f) Harus ada petugas yang mampu memberikan konseling dan tes
 - g) Konseling berpasangan
 - h) Prinsip *Counselling, Confidentiality and Informed Consent* (3C)
 - i) Pemberian kondom
 - j) Tes HIV terintegrasi dengan IMS, kesehatan reproduksi, pemberian gizi tambahan dan KB (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).
4. Dukungan untuk perempuan yang HIV negatif
- a) Ibu hamil yang hasil tesnya negatif perlu didukung agar statusnya tetap negatif
 - b) Anjurkan agar pasangannya juga dilakukan tes HIV
 - c) Pelayanan KIA yang bersahabat untuk pria
 - d) Memberikan konseling berpasangan
 - e) Dialog terbuka tentang perilaku seksual yang aman dan dampak HIV pada ibu hamil
 - f) Informasi pasangan tentang pentingnya kondom dalam pencegahan penularan HIV (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

b. Prong II Pencegahan Kehamilan Yang Tidak Direncanakan Pada Perempuan Dengan HIV

Perempuan dengan HIV berpotensi menularkan virus kepada bayi yang dikandungnya jika hamil. Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Kontrasepsi untuk perempuan yang terinfeksi HIV yaitu:

1. Menunda kehamilan dengan cara kontrasepsi jangka panjang dan kondom
2. Tidak mau punya anak lagi dengan cara kontrasepsi mantap dan kondom
(Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Jika ibu sudah menjalani terapi ARV, maka jumlah virus HIV di dalam tubuhnya menjadi sangat rendah (tidak terdeteksi) sehingga risiko penularan HIV dari ibu ke anak menjadi kecil. Hal ini berarti ibu dengan HIV positif mempunyai peluang besar untuk memiliki anak HIV negatif. Beberapa kegiatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV antara lain:

1. Mengadakan KIE tentang HIV-AIDS dan perilaku seks aman
2. Menjalankan konseling dan tes HIV untuk pasangan
3. Melakukan upaya pencegahan dan pengobatan IMS
4. Melakukan promosi penggunaan kondom
5. Memberikan konseling pada perempuan dengan HIV untuk ikut KB dengan menggunakan metode kontrasepsi dan cara yang tepat

6. Memberikan konseling dan memfasilitasi perempuan dengan HIV yang ingin merencanakan kehamilan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

c. Prong III Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Hamil Dengan HIV Ke Bayi Yang Dikandungnya

Kegiatan prong tiga bertujuan untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV, mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan paska persalinan. Pelayanan komprehensif kesehatan ibu dan anak meliputi layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV, diagnosis HIV, pemberian terapi antiretroviral, persalinan yang aman, tatalaksana pemberian makanan bagi bayi dan anak, menunda dan mengatur kehamilan, pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak, pemeriksaan diagnostik HIV pada anak (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

d. Prong IV Pemberian Dukungan Psikologi, Sosial Dan Perawatan Kepada Ibu Dengan HIV Beserta Anak Dan Keluarga

Beberapa hal yang mungkin dibutuhkan oleh ibu dengan HIV antara lain:

1. Pengobatan ARV jangka panjang
2. Pengobatan gejala penyakit yang ada
3. Pemeriksaan kondisi kesehatan dan pemantauan terapi ARV (termasuk *cluster of differentiation 4 (CD4)* dan *viral load (VL)*) secara rutin
4. Konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan
5. Informasi dan edukasi pemberian makanan bayi

6. Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik untuk ibu dan bayinya
7. Penyuluhan kepada anggota keluarga tentang cara penularan HIV dan pencegahannya
8. Layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat
9. Kunjungan rumah (*home visit*)
10. Dukungan teman-teman sesama HIV positif, terlebih sesama ibu dengan HIV
11. Adanya pendampingan saat sedang dalam perawatan
12. Dukungan dari pasangan dan orang-orang terdekat
13. Dukungan kegiatan peningkatan ekonomi keluarga
14. Dukungan perawatan dan pendidikan bagi anak (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

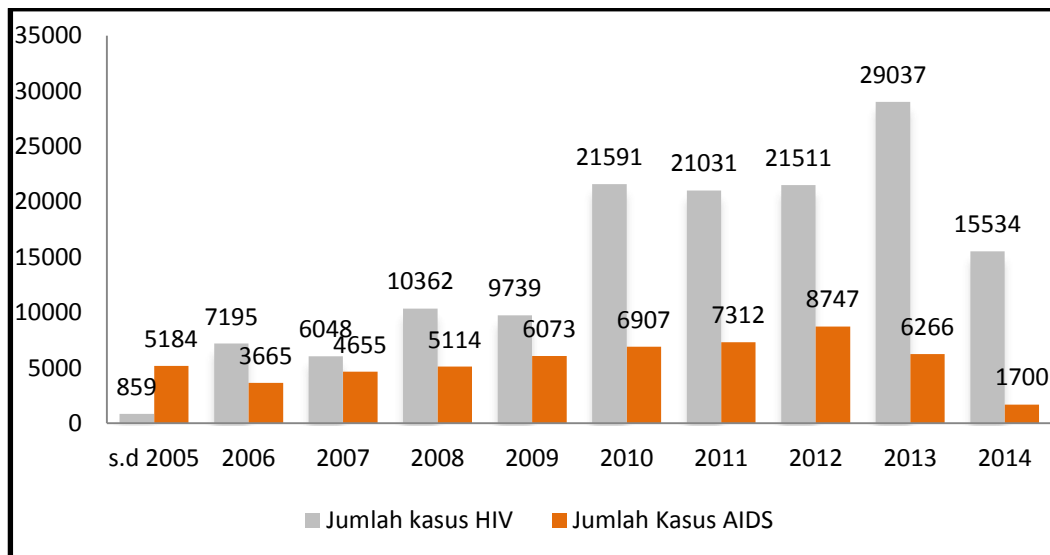
2.3 Informasi Dasar HIV-AIDS Bagi Ibu Hamil

2.3.1 Pengertian AIDS

Acquired Immunodeficiency Syndrome adalah singkatan dari AIDS. AIDS adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem kekebalan tubuh yang timbul akibat infeksi HIV (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.2 Epidemiologi HIV-AIDS

Gambar 1.1 Perbandingan temuan kasus HIV dan AIDS di Indonesia, periode tahun 1987-2014. Sumber Kementerian Kesehatan Republik Indonesia periode Juni 2014.



2.3.3 Penyebab

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyebabkan penyakit AIDS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.4 Perjalanan Infeksi Virus

Virus HIV memasuki tubuh seseorang maka tubuh akan terinfeksi dan virus mulai mereplikasi diri dalam sel orang tersebut (Sel limfosit T CD4 dan Makrofag). Virus HIV akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menghasilkan antibodi untuk HIV. Masa antara masuknya infeksi dan terbentuknya antibodi yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium adalah antara 2-12 minggu dan disebut

masa jendela (window period). Selama masa jendela, pasien sangat infeksius sehingga mudah menularkan kepada orang lain meskipun hasil pemeriksaan laboratorium masih negatif (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.5 Gejala Terinfeksi HIV

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) dicurigai bila paling sedikit mempunyai dua gejala mayor dan satu gejala minor dan tidak terdapat sebab-sebab penekanan imun yang lain yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat atau sebab-sebab lain. Gejala mayor meliputi penurunan berat badan $> 10\%$ berat badan, diare kronis lebih dari satu bulan, demam lebih dari satu bulan. Gejala minornya yaitu batuk-batuk selama lebih dari satu bulan, gatal-gatal atau penyakit kulit (pruritus/dermatitis) seluruh tubuh, infeksi umum yang berulang seperti herpes zoster, infeksi jamur pada mulut dan faring, infeksi herpes simpleks yang lama dan meluas, pembesaran kelenjar limfa secara menyeluruh. Adanya kanker kulit (sarkoma kaposi) meluas atau *Meningitis cryptococcal* sudah cukup untuk menegakkan AIDS (SMF Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin FK UNAIR, 2007).

2.3.6 Faktor Yang Berperan Dalam Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak

Ada tiga faktor utama yang berpengaruh pada penularan HIV dari ibu ke anak yaitu:

1. Faktor ibu antara lain jumlah virus dalam tubuh, jumlah sel CD4, status gizi selama hamil, penyakit infeksi selama hamil dan gangguan pada payudara
2. Faktor bayi antara lain usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir, periode pemberian ASI, adanya luka di mulut bayi

3. Faktor obstetrik antara lain jenis persalinan, lama persalinan, ketuban pecah dini dan tindakan episiotomi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.7 Mengapa AIDS Perlu Perhatian Khusus

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) perlu mendapat perhatian khusus karena vaksin masih dalam uji coba, AIDS dapat menyerang siapa saja (pria, wanita, tua, muda, anak-anak, janin dalam kandungan ibu yang terinfeksi, terutama usia produktif), orang yang terinfeksi HIV menjadi pembawa dan penular virus HIV selama hidupnya walaupun penderita tampak sehat serta kasus AIDS merupakan fenomena gunung es (menurut WHO satu kasus HIV, tersembunyi 100-200 orang) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.3.8 Mitos Seputar HIV-AIDS Yang Beredar Di Masyarakat

Mitos yang berkembang di masyarakat terkait HIV-AIDS adalah:

1. HIV-AIDS adalah penyakit orang homoseksual
2. HIV-AIDS adalah penyakit orang barat/turis
3. HIV-AIDS merupakan penyakit kutukan Tuhan
4. Menular hanya melalui hubungan seksual
5. Dapat menular melalui kontak seksual biasa
6. Orang yang terinfeksi HIV-AIDS tidak memiliki harapan hidup dan masa depan

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.3.9 Cara Penularan HIV

Virus HIV dapat masuk ke dalam tubuh melalui tiga cara yaitu hubungan seksual; pajanan oleh darah, produk darah atau organ dan jaringan yang terinfeksi termasuk terpajan jarum suntik yang telah terinfeksi HIV; penularan dari ibu ke anak (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.10 Waktu Dan Risiko Penularan HIV Pada Ibu Hamil

Waktu penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi selama hamil (5-10%), melahirkan (10-20%) dan saat menyusui (5-20%) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.11 Perilaku Berisiko Tertular HIV

Perilaku berisiko adalah perilaku individu yang memungkinkan tertular virus HIV. Sejumlah perilaku risiko yang dimaksud adalah berhubungan seksual yang tidak aman (tidak memakai kondom), berganti-ganti pasangan seksual, berganti-ganti jarum suntik dan alat lain yang kontak dengan darah dan cairan tubuh dengan orang lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.3.12 Hubungan IMS Dan HIV-AIDS

Infeksi Menular Seksual seperti sifilis, gonoroe, ulkus mole, kondilomata, herpes simpleks genitilis, flour albus merupakan pintu masuk HIV karena adanya peradangan dan perlukaan pada alat kelamin. Hubungan seksual yang tidak

menggunakan kondom memperbesar risiko tertular HIV (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.13 Cairan Tubuh Yang Tidak menularkan HIV

Cairan tubuh yang tidak menularkan HIV antara lain keringat, air mata, air liur/ludah dan air kencing (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.3.14 Hal-Hal Yang Tidak Menularkan HIV

Human Immunodeficiency virus (HIV) tidak ditularkan melalui hidup serumah, tidur bersama, bersalaman, berpelukan, bersentuhan, berciuman, penggunaan toilet umum, kolam renang, alat makan dan minum secara bersama, ataupun gigitan serangga seperti nyamuk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.15 Cara Pencegahan Penularan HIV

Kita dapat melakukan pencegahan penularan HIV dengan berbagai cara sederhana antara lain berperilaku seks yang aman (abstinen, saling setia, seks dengan menggunakan kondom), mencegah penularan melalui alat-alat yang tercemar dengan prinsip kewaspadaan universal, pencegahan pada transfusi darah dengan skrining donor dan pencegahan penularan dari ibu ke anak melalui program PMTCT (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.3.16 Diagnosis HIV

Status HIV dapat diketahui dengan melakukan tes HIV disemua layanan kesehatan yang ada, baik secara sukarela maupun inisiatif dari petugas berdasarkan kondisi

klien. Layanan tes HIV bisa dilakukan di klinik VCT dan PMTCT yang didahului oleh proses konseling pada waktu pre-tes dan paska-tes (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.17 Pengobatan ARV

Pengobatan ARV jangka panjang, teratur dan disiplin, penularan HIV dari ibu ke anak bisa diturunkan hingga 2% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012). ARV sudah terbukti dapat menghambat replikasi virus sehingga kadar virus dalam darah yang menginfeksi sel kekebalan tubuh atau CD4 menurun dan akibatnya kekebalan tubuh mulai pulih atau meningkat (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

2.4 Konseling

2.4.1 Pengertian

Konseling berasal dari kata "*counsel*" yang di ambil dari bahasa latin "*councilium*" yang berarti bersama atau bicara bersama. Depkes RI (2001) mendefinisikan konseling sebagai proses komunikasi antara individu (konselor) dan orang lain (Nurfurqoni, 2013). Pepinsky dalam Shertzer dan Stone (1974) mengemukakan bahwa konseling merupakan interaksi yang terjadi antara dua orang individu (konselor dan klien) dalam suasana yang profesional dilakukan dan dijaga sebagai alat untuk memudahkan perubahan-perubahan dalam tingkah laku klien (Sulistyarini & Jauhar, 2014).

2.4.2 Tujuan

Berkaitan dengan pelayanan kesehatan, konseling memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mengubah perilaku
2. Meningkatkan rasa percaya diri
3. Memecahkan masalah
4. Menumbuhkan efektifitas personal (Nurfurqoni, 2013).

2.4.3 Prosedur Pelaksanaan Konseling Individu

Ada tiga tahap dalam melaksanakan konseling individu, yaitu:

1. Tahap awal

Tahap ini dimulai sejak klien menemui konselor hingga berjalan sampai konselor dan klien menemukan masalah klien. Beberapa kegiatan pada tahap ini antara lain membangun hubungan baik dan meningkatkan kepercayaan klien, terpenuhinya asas konseling (keterbukaan, kerahasiaan, kesukarelaan dan kegiatan), memperjelas dan mendefinisikan masalah, membuat penaksiran dan penjajakan, dan negosiasi kontrak (waktu, tugas dan kerjasama). Tidak ada batasan waktu yang pasti dalam melakukan konseling, kesepakatan waktu konseling ditentukan bersama antara klien dan konselor saat akan memulai proses konseling.

2. Tahap kerja (inti)

Lanjutan dari tahap awal dan kegiatannya meliputi: menjelajahi dan mengeksplorasi masalah klien lebih dalam, melakukan penilaian kembali (*reassessment*), dan menjaga hubungan tetap terpelihara.

3. Tahap akhir (tindakan)

Pada tahap akhir ini ada beberapa hal yang perlu dilakukan antara lain: membuat kesimpulan mengenai proses konseling, menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan, mengevaluasi jalannya proses dan hasil konseling serta membuat perjanjian untuk pertemuan berikutnya (Sulistyarini & Jauhar, 2014).

2.4.4 Konseling HIV-AIDS

Konseling HIV merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang bersifat rahasia dan saling percaya antara klien dan konselor. Tujuan konseling HIV-AIDS yaitu untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi tekanan dan pengambilan keputusan terkait dengan HIV-AIDS, penyediaan dukungan psikologis, pencegahan penularan HIV serta memastikan efektifitas rujukan. Proses konseling HIV-AIDS termasuk konseling pra-tes HIV, konseling penilaian risiko, konseling paska-tes HIV dan konseling perubahan perilaku. Konseling merupakan metode yang paling efektif digunakan dalam pendidikan kesehatan pada masyarakat terkait HIV-AIDS karena HIV-AIDS merupakan masalah yang sensitif dibicarakan oleh masyarakat serta teknik konseling lebih terjamin kerahasiaannya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

2.4.5 Prinsip Layanan Konseling Di Masyarakat

Ada beberapa prinsip konseling yang berhubungan dengan sasaran pelayanan pada individu-individu baik secara perorangan maupun kelompok, sebagai berikut:

1. Konseling melayani semua individu tanpa memandang umur, jenis kelamin, bangsa, agama, dan status sosial ekonomi
2. Konseling berkaitan dengan sikap dan tingkah laku individu yang terbentuk dari berbagai aspek kepribadian yang kompleks
3. Mengoptimalkan konseling sesuai dengan kebutuhan individu, keunikan, kelemahan, kekuatan, dan permasalahannya
4. Konseling perlu mempertimbangkan berbagai aspek perkembangan individu
5. Perbedaan individu harus dipahami dan dipertimbangkan dalam memberikan bantuan dan konseling kepada individu-individu tertentu baik anak, remaja, dewasa dan lanjut usia (Sulistyarini & Jauhar, 2014).

2.4.6 Prinsip Dasar Konseling Dalam Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku

Ada Sembilan prinsip dasar konseling dalam strategi komunikasi perubahan perilaku yaitu:

1. Spesifik atas dasar kebutuhan atau masalah dan lingkungan klien
2. Adanya kerjasama dan menghargai dalam proses timbal-balik
3. Memiliki fokus dan tujuan pada klien
4. Membangun tanggung jawab diri dan otonomi terhadap klien
5. Memperhatikan situasi interpersonal
6. Kesiapan untuk berubah
7. Menyediakan informasi terkini

8. Mengembangkan rencana perubahan perilaku atau rencana aksi
9. Mengajukan pertanyaan, menyediakan informasi, mengulas informasi dan mengembangkan rencana aksi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

2.4.7 Proses Konseling Dalam Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku

Proses konseling terbagi atas empat tahap yaitu:

1. Membangun *Rapport*
 - a. Meningkatkan kepercayaan klien dengan membangun hubungan yang baik
 - b. Dijamin kerahasiaannya dan diskusi batasan kerahasiaan
 - c. Mengizinkan klien untuk mengekspresikan perasaan dan pikiran klien
 - d. Menggali masalah dengan meminta klien untuk menceritakan kisahnya
 - e. Memperjelas harapan klien untuk konseling
 - f. Menjelaskan hal-hal yang dapat konselor tawarkan dan cara kerjanya
 - g. Komitmen untuk bekerjasama dengan klien.
2. Identifikasi masalah
 - a. Definisikan masalah, peran konselor, keterbatasannya dan kebutuhan klien
 - b. Peran dan batas hubungan dalam konseling
 - c. Memaparkan dan mengklarifikasi tujuan dan kebutuhan klien
 - d. Menetapkan prioritas, tujuan dan kebutuhan klien
 - e. Pengambilan riwayat secara rinci dan spesifik
 - f. Menggali keyakinan, pengetahuan dan perhatian klien.

3. Pemecahan masalah

- a. Proses konseling dukungan tindak lanjut
- b. Melanjutkan ekspresi dan pikiran serta perasaan
- c. Mengenali penyesuaian diri yang sudah ada
- d. Mengembangkan keterampilan penyesuaian diri
- e. Evaluasi alternatif pemecahan masalah dan dampaknya
- f. Memungkinkan perubahan perilaku
- g. Mendukung dan mempertahankan kerjasama dengan klien terkait masalah
- h. Monitor perkembangan klien
- i. Rencana alternatif yang dibutuhkan
- j. Rujuk sesuai kebutuhan.

4. Mengakhiri sesi

- a. Mengakiri relasi
- b. Klien bertindak sesuai rencana
- c. Klien menangani dan menyesuaikan diri dengan fungsi sehari-hari.
- d. Adanya sistem dukungan yang dapat diakses
- e. Kenali strategi memelihara perubahan yang sudah terjadi
- f. Diskusi dan rencanakan pengungkapan status
- g. Interval perjanjian diperpanjang
- h. Adanya sumber dan rujukan yang dapat diakses
- i. Yakinkan klien tentang pilihan untuk kembali mengikuti konseling sesuai kebutuhan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

2.4.8 Perbedaan Konseling Dengan Penyuluhan Kelompok

Perbedaan konseling dengan penyuluhan kelompok dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Perbedaan konseling dan penyuluhan kelompok. Sumber Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011.

Konseling	Penyuluhan Kelompok
1. Rahasia dan kepercayaan menjadi syarat kenyamanan	1. Tidak bersifat rahasia
2. Dilakukan secara bertatap muka oleh konselor dan klien atau beserta pasangannya	2. Kelompok kecil atau besar
3. Memiliki keterlibatan emosi	3. Lebih netral
4. Mengarah pada tujuan khusus	4. Mengarah pada tujuan umum
5. Membangkitkan motivasi untuk perubahan perilaku dan sikap	5. Meningkatkan pengetahuan pemahaman
6. Berorientasi pada masalah	6. Orientasi pada isi
7. Berbasis kebutuhan klien	7. Berbasis kebutuhan kesehatan masyarakat

2.4.9 Konseling Pra Tes HIV

Dalam melakukan konseling pra tes HIV, ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu:

1. Komunikasi harus efektif sehingga dapat menyeimbangkan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespon kebutuhan emosi klien
2. Konseling yang dilakukan harus bisa menjaga kerahasiaan dari klien
3. Membina hubungan saling percaya dan berfokus kepada klien
4. Menyambut klien dengan ramah dan profesional
5. Memeriksa identitas klien secara benar
6. Perkenalan dan arahan yang jelas tentang diri konselor
7. Menjelaskan proses konseling yang akan dilakukan
8. Menginformasikan tentang sistem pencatatan

9. Penilaian faktor risiko dan informasi HIV-AIDS
10. Penjelasan keuntungan dan kerugian tes HIV
11. Informasi penting lainnya terkait ARV, manajemen kasus, kelompok sebaya, hak menolak untuk tes, sistem dukungan klien, rujukan, dan kerahasiaan
12. Persetujuan tes HIV atau *informed consent*
13. Pelaksanaan tes HIV
14. Rencana tindak lanjut (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

2.4.10 Konseling Paska Tes HIV

Konseling paska tes HIV membantu klien memahami dan menyesuaikan dengan hasil tes. Kegiatan yang dilakukan meliputi:

1. Menyampaikan hasil tes dengan singkat dan jelas
2. Memberi waktu untuk hening dan memahami arti dari hasil tes
3. Menangani reaksi emosi klien
4. Diskusi lanjut tentang kemungkinan memberi tahu kepada pihak lain
5. Diskusi tentang penurunan risiko
6. Rencana tindak lanjut dukungan, perawatan, dan pengobatan
7. Diskusi tentang sumber dukungan yang tersedia
8. Merangkum rencana tindak lanjut jangka pendek dan jangka panjang

2.5 Pengetahuan

2.5.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran (Notoatmodjo, 2012).

2.5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Green (1980), pengetahuan sebagai determinan terhadap perubahan perilaku di bentuk oleh tiga faktor yaitu:

1. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, tradisi, nilai-nilai dan sebagainya.

2. Factor Pendukung (*enabling factors*)

Terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

3. Faktor Pendorong (*reinforcing factors*)

Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain (Kholid, 2012).

2.5.3 Proses Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang terdiri dari enam tingkatan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehention*)

Kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.

c. Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi yang sebenarnya, yaitu menggunakan rumus-rumus, metode, prinsip, dan sebagainya.

d. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau subyek objek ke dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai tingkat analisis adalah apabila orang tersebut dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*syntesis*)

Menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain

sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formula baru dari formula-formula yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang telah ditentukan (Kholid, 2012).

2.6.4 Alat Ukur Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden (Notoatmodjo, 2010)a. Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dengan mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari responden dan *face to face*. Dalam wawancara bisa dilakukan secara terbuka dan tertutup dengan menggunakan kuesioner. Wawancara tertutup adalah suatu wawancara dimana jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih mana yang paling benar/tepat. Sedangkan wawancara terbuka dimana pertanyaan-pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka dan responden boleh menjawab apa saja sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri (Notoatmodjo, 2014).

Kelebihan metode wawancara adalah: metode ini tidak menemui kesulitan dan dapat digunakan pada responden yang buta huruf, verifikasi data terhadap data yang diperoleh dengan observasi ataupun angket karena keluwesan dan fleksibilitasnya,

kecuali untuk menggali informasi sekaligus dipakai untuk mengadakan observasi terhadap perilaku pribadi, teknik yang efektif untuk menggali gejala-gejala psikis terutama yang berada di bawah sadar, dan cocok untuk pengumpulan data-data sosial. Kekurangannya adalah: kurang efisien karena pemborosan waktu, tenaga, pikiran dan biaya; diperlukan adanya keahlian atau penguasaan bahasa dari *interviewer*; memberi kemungkinan *interviewer* memutarbalikkan jawaban atau memalsukan jawaban yang dicatat saat wawancara; sulit untuk mengadakan *rapport* sehingga data yang diperoleh kurang akurat karena adanya perbedaan yang mencolok antara *interviewer* dengan *interviewee*; dan jalannya interview sangat dipengaruhi oleh situasi dan kondisi sekitar sehingga akan menghambat atau mempengaruhi jawaban dan data yang diperoleh (Notoatmodjo, 2014).

Angket adalah suatu cara pengumpulan data mengenai suatu masalah menyangkut kepentingan umum, berupa daftar pertanyaan tertulis dan jawaban yang diharapkan secara tertulis. Angket sering disebut “*questionnaire*” tetapi tidak berarti kuesioner sama dengan angket. Dalam pengisian kuesioner bisa dilakukan oleh responden sendiri atau oleh interviewer berdasarkan jawaban lisan dari responden. Ada kuesioner yang diisi sendiri oleh responden yang disebut “angket”, dan ada kuesioner sebagai pedoman wawancara (Notoatmodjo, 2014).

Angket atau kuesioner yang digunakan dapat berupa angket terbuka dan tertutup sama seperti dengan wawancara. Alat ukurnya sama seperti wawancara hanya jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket disebut “*self administered*” atau metode mengisi sendiri. Kelebihan metode angket

adalah: dalam waktu singkat dapat diperoleh data yang banyak; menghemat tenaga dan biaya; responden dapat memilih waktu senggang untuk mengisinya; secara psikologis responden tidak merasa terpaksa dan dapat menjawab lebih terbuka (Notoatmodjo, 2014).

Kekurangannya adalah jawaban lebih bersifat subjektif; penafsiran pertanyaan akan berbeda-beda sesuai dengan latar belakang sosial, pendidikan, dan sebagainya; tidak dapat dilakukan pada masyarakat yang buta huruf; bila responden tidak memahami pertanyaan maka akan terjadi kemacetan sehingga kemungkinan responden tidak bisa menjawab seluruh angket; dan sangat sulit memutuskan pertanyaan secara cepat dengan menggunakan bahasa yang jelas dan sederhana (Notoatmodjo, 2014).

Pengukuran pengetahuan dibagi menjadi tiga yaitu pengetahuan baik (skor 76-100%), pengetahuan cukup (skor 56-75%), dan pengetahuan kurang (skor 0-55%) (Notoatmodjo, 2010)b.

2.7 Sikap

2.7.1 Pengertian

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Sikap adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain

(Notoatmodjo, 2014). Sikap merupakan bentuk dari pikiran dan perasaan yang dapat mempengaruhi seseorang berperilaku sebab sikap belum merupakan suatu tindakan akan tetapi merupakan predisposisi. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sesuai dengan penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2012).

2.7.2 Karakteristik Sikap

Karakteristik atau ciri-ciri sikap adalah:

- a. Sikap tidak dibawa sejak lahir, namun dipelajari dan di bentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan dalam hubungan dengan objek
- b. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat
- c. Sikap tidak dapat berdiri sendiri namun selalu berhubungan dengan objek sikap
- d. Sikap dapat tertuju pada satu objek atau lebih
- e. Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar
- f. Sikap merupakan kecenderungan berpikir, berpersepsi, dan bertindak
- g. Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga berbeda dengan pengetahuan (Sunaryo, 2013).

2.7.3 Tingkatan Sikap

Sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subyek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

b. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi berarti memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

c. Menghargai (*valuing*)

Menghargai berarti subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus dalam arti membahasnya dengan orang lain.

d. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain mencemoohkan atau adanya risiko lain (Notoatmodjo, 2014).

2.7.4 Komponen Pembentuk Sikap

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2012), sikap terdiri dari tiga komponen pokok yaitu:

a. Kepercayaan atau keyakinan, dan konsep terhadap objek

Bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

b. Kehidupan emosional dan evaluasi orang terhadap objek

Bagaimana penilaian orang tersebut terhadap objek.

c. Kecendrungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Ketiga komponen tersebut di atas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2014). Contoh seorang ibu mendengar (tahu) tentang HIV-AIDS (penyebab, cara penularan, cara pencegahan dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membuat ibu berpikir dan berusaha supaya keluarga terutama suami dan dirinya tidak tertular virus HIV. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ibu ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat (kecendrungan bertindak) melakukan pencegahan terhadap penularan virus HIV. Ibu ini mempunyai sikap tertentu (berniat melakukan tes, menggunakan kondom, prinsip ABCD) terhadap objek tertentu yaitu HIV-AIDS.

2.7.5 Membentuk Dan Mengubah Sikap

Pembentukan sikap pada manusia dipengaruhi oleh faktor dalam diri manusia (internal) dan pengaruh interaksi manusia satu dengan lainnya (eksternal). Faktor-faktor internal yang membentuk sikap yaitu fisiologi, psikologi dan motif. Sedangkan faktor eksternal yaitu pengalaman yang diperoleh individu, situasi yang dihadapi oleh individu, norma dalam masyarakat, hambatan, dan pendorong yang dihadapi individu dalam masyarakat (Sunaryo, 2013).

Sarwono (2000) dalam Sunaryo (2004) mengungkapkan ada beberapa cara untuk membentuk dan mengubah sikap individu yaitu:

a. Adopsi

Suatu cara pembentukan dan perubahan sikap melalui suatu peristiwa yang terjadi secara berulang-ulang dan terus menerus sehingga dalam waktu yang lama secara bertahap hal tersebut akan diserap oleh individu dan akan mempengaruhi pembentukan dan perubahan sikap individu.

b. Diferensiasi

Suatu cara pembentukan dan perubahan sikap karena adanya pengetahuan, pengalaman, inteligensi dan penambahan umur individu.

c. Integrasi

Suatu cara pembentukan dan perubahan sikap secara bertahap, diawali dari bermacam-macam pengetahuan dan pengalaman yang berhubungan dengan objek sikap tertentu hingga akhirnya membentuk sikap terhadap objek tersebut.

d. Trauma

Suatu pembentukan dan perubahan sikap melalui suatu kejadian secara tiba-tiba dan mengejutkan sehingga menimbulkan kesan mendalam dalam diri individu tersebut.

e. Generalisasi

Suatu cara pembentukan dan perubahan sikap karena pengalaman traumatik pada diri individu terhadap hal tertentu sehingga dapat menimbulkan sikap negatif terhadap semua hal yang sejenis atau sebaliknya.

2.7.6 Alat Ukur Sikap

Salah satu aspek yang sangat penting guna memahami sikap dan perilaku manusia adalah pengungkapan (*assesmant*) atau pengukuran (*measurement*) sikap (Sugiyono, 2012). Pengukuran sikap dapat digunakan dua cara yaitu wawancara dan angket/kuesioner. Pengukuran sikap dengan metode wawancara, pertanyaan-pertanyaan yang ada bertujuan untuk menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek. Sedangkan pengukuran sikap dengan angket bertujuan untuk menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek kesehatan, melalui pertanyaan-pertanyaan dan jawaban-jawaban tertulis (Notoatmodjo, 2014).

Beberapa konsep yang menjadi acuan sebelum dilakukan pengukuran sikap antara lain: sikap merupakan tingkatan afeksi yang positif atau negatif yang dihubungkan dengan objek (Thurstone), sikap dilihat dari individu yang menghubungkan efek yang positif dengan objek/menyenangi objek atau tidak menyenangkan objek (Edward), sikap merupakan penilaian dan atau pendapat individu terhadap objek (Lickert). Oleh karena itu dalam mengukur sikap dilakukan dengan hanya meminta pendapat/penilaian yang diwakili dengan “pernyataan” bukan pertanyaan (Notoatmodjo, 2014).

Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai objek sikap yang hendak diungkap. Pernyataan sikap yang berisi atau mengatakan hal-hal yang positif mengenai objek sikap, yaitu kalimatnya mendukung atau memihak pada objek sikap disebut pernyataan yang favorabel (*favorable*). Sedangkan pernyataan sikap yang berisi hal-hal yang negatif mengenai objek sikap, yaitu yang bersifat tidak

mendukung ataupun kontra terhadap objek sikap yang hendak diungkap disebut pernyataan yang tak favorabel (*unfavorable*). Skala sikap terdiri dari pernyataan favorabel dalam jumlah yang kurang lebih seimbang dengan pernyataan yang tak favorabel. Variasi pernyataan ini akan membuat responden berpikir lebih hati-hati tentang isi dari pernyataannya sebelum memberikan respon sehingga stereotipe responden dalam menjawab dapat dihindari (Azwar, 2013).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengukuran sikap adalah: dirumuskan dalam bentuk pernyataan, pernyataan haruslah sependek mungkin, kurang lebih 20 kata, bahasanya sederhana dan jelas, tiap pertanyaan hanya mewakili satu pemikiran saja dan tidak menggunakan kalimat bentuk negatif rangkap (Notoatmodjo, 2014).

Pelbagai skala sikap yang dapat digunakan untuk penelitian pendidikan, administrasi dan sosial, salah satunya adalah skala *Guttman*. Pada skala *Guttman* akan didapat jawaban yang tegas, yaitu “ya-tidak”; “benar-salah”; “positif-negatif”; dan lain-lain. Penelitian menggunakan skala *Guttman* dilakukan bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan. Skala *Guttman* hanya ada dua interval yaitu “positif” atau “negatif”. Jawaban dapat dibuat skor tertinggi satu dan terendah nol. Untuk jawaban yang mendukung sikap positif dapat diberikan nilai satu dan untuk jawaban yang tidak mendukung nilai positif diberikan nilai nol sedangkan untuk jawaban yang mendukung sikap negatif dapat diberikan nilai nol dan jawaban yang tidak mendukung sikap negatif diberi nilai satu.

Untuk mendapat nilai presentase dari nilai responden, dapat digunakan rumus:

$$\text{Nilai persentasi responden} = \frac{\text{Nilai jawaban responden}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100\%$$

Sugiyono (2012).

Menurut Sunaryo (2004), sikap dikatakan negatif apabila mendapat nilai 0-50% dan sikap dikatakan positif apabila mendapat nilai 51-100%.