



**PERILAKU ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) LAKI-LAKI SUKA SEKS
DENGAN LAKI-LAKI (LSL) TERHADAP PENCEGAHAN *TUBERCULOSIS*
DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Izzania Oktaviani
NIM 142110101125**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2018



**PERILAKU ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) LAKI-LAKI SUKA SEKS
DENGAN LAKI-LAKI (LSL) TERHADAP PENCEGAHAN *TUBERCULOSIS*
DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Izzania Oktaviani
NIM 142110101125

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Bapak Sugijanto dan Ibu Sumarlinah, S.Pd yang selama ini sudah berjuang untuk saya dari lahir hingga saat ini, terimakasih yang tak terhingga untuk kedua orang tua saya tercinta yang selalu memberikan kasih sayang, cinta, doa, motivasi, semangat, dukungan, dan terimakasih untuk segala pengorbanan yang sudah diberikan untuk saya.
2. Antok Hendroyono dan Fatmawati Putri yang selama ini juga memberikan motivasi, dukungan, kasih sayang, cinta dan doa untuk saya. Terimakasih untuk kedua kakak saya.
3. Guru-guru saya mulai Taman Kanak-Kanak Yayasan Wanita Kereta Api (YWKA), SDN Jember Lor 2, SMPN 2 Jember, dan SMAN 2 Jember.
4. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Wahai manusia dan jin, nikmat-nikmat Allah begitu banyak, maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan, apakah nikmat yang sudah disebutkan ataukah yang lainnya?

(Terjemahan Surat Ar-Rahman Ayat 13)¹

Dan segala sesuatu di alam semesta telah Kami ciptakan secara berpasang-pasangan untuk saling melengkapi. Yang demikian ini agar kamu selalu mengingat kekuasaan dan kebesaran Allah.

(Terjemahan Surat Az-Zariyat Ayat 49)²

-
- 1) Kementerian Agama Republik Indonesia. 2017. *Tafsir Ar-Rahman (55) Ayat 13*. Jakarta : Kementerian Agama Republik Indonesia.
 - 2) Kementerian Agama Republik Indonesia. 2017. *Tafsir Az-Zariyat (51) Ayat 49*. Jakarta : Kementerian Agama Republik Indonesia.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Izzania Oktaviani

NIM : 142110101125

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *“Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan Tuberculosis di Kabupaten Jember”* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan karya ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 16 Juli 2018

Yang menyatakan,

Izzania Oktaviani

NIM 142110101125

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**PERILAKU ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) LAKI-LAKI SUKA
SEKS DENGAN LAKI-LAKI (LSL) TERHADAP PENCEGAHAN
TUBERCULOSIS DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh :

Izzania Oktaviani
NIM 142110101125

Pembimbing :

Pembimbing Utama
Pembimbing Anggota

: Dr. Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes
: Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “*Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan Tuberculosis di Kabupaten Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin

Tanggal : 16 Juli 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Dr. Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes NIP. 197808072009122001	(.....)
2. DPA	: Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes NIP. 198311132010122006	(.....)
Tim Penguji		
1. Ketua	: Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes NIP. 198005162003122002	(.....)
2. Sekretaris	: Mury Ririanty, S.KM., M.Kes NIP. 198310272010122003	(.....)
3. Anggota	: Drs. Mukhamad Sulthony, S.KM NIP. 19631003198412004	(.....)

Mengesahkan,
Dekan

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikan skripsi dengan judul *Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan Tuberculosis di Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang besar kepada Ibu Dr. Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah bersedia membimbing saya dengan penuh kesabaran, selalu memberikan motivasi, dukungan, dan terimakasih atas ilmu, serta doa yang selalu diberikan kepada saya sehingga skripsi ini dapat disusun dan dapat terselesaikan dengan baik. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan Ibu. Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus sebagai ketua penguji skripsi.
2. Mury Ririanty, S.KM., M.Kes selaku Ketua Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus sebagai sekretaris penguji skripsi.
3. Drs. Mukhamad Sulthony, S.KM selaku penguji anggota, terimakasih telah bersedia meluangkan waktu untuk penulis, memberikan saran dan masukan demi terbentuknya skripsi yang lebih baik dan bermanfaat.
4. Rahayu Sri Pujiati, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan semangat dan motivasi selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
5. Bapak/Ibu Dosen Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku terimakasih telah memberikan ilmu, dukungan dan motivasi kepada penulis.

6. Ayahanda Bapak Sugijanto dan Ibunda Sumarlinah, S.Pd terimakasih yang tak terhingga untuk kedua orang tua tercinta yang selalu memberikan kasih sayang, cinta, doa, motivasi, semangat, dukungan, dan terimakasih untuk segala pengorbanan yang sudah diberikan untuk penulis.
7. Antok Hendroyono dan Fatmawati Putri, yang selama ini selalu memberikan motivasi, dukungan, kasih sayang, cinta dan doa untuk penulis.
8. Keluarga besar Suryani yang tidak bisa disebutkan satu per-satu, terimakasih atas semangat, dukungan, dan doa yang selama ini sudah diberikan untuk saya.
9. Bayu Putro Wicaksono yang senantiasa dengan sabar menemani dan mendukung saya.
10. M. Nur Khamid, S.KM., M.Kes selaku ketua LSM LASKAR terimakasih telah memberikan berbagai bantuan dan bimbingan selama penulis melaksanakan penelitian.
11. Sahabat-sahabat saya Renda Puji, Faiz Dimi, Fachri Yugo, Ghiffari, M. Nur Thoriq, Mahfudzo, Ummi Khoirul, Rizka Huwaidah, Desyita, Ruly Dwi, Ivona Anggun, Niaputri Nilam, Shella Putri, Fifian Lula, Maulidia, Devi Marta, Fenida, dan Devita Dian, terimakasih sudah menjadi sahabat terbaik sampai saat ini.

Skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak ada kata sempurna dalam sebuah penelitian. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkannya. Atas perhatian, doa, dan dukungannya, penulis mengucapkan terimakasih.

Jember, 16 Juli 2018

Penulis

RINGKASAN

Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan Tuberculosis di Kabupaten Jember; Izzania Oktaviani; 142110101125; 2018; 156 halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Homoseksual adalah suatu kelompok atau sub masyarakat yang paling tersembunyi (*hidden*) sehingga sulit sekali untuk diidentifikasi. Sekitar 3% pria yang aktif berhubungan seksual, di antaranya adalah mereka yang berhubungan intim dengan sejenis yang dikenal dengan istilah Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL). Pembentukan kepribadian seorang homoseksual merupakan proses yang cukup panjang, dimulai dari masa kanak-kanak hingga menginjak masa remaja yang tidak lepas dari pengaruh lingkungan keluarga dan lingkungan bergaul tidak lepas dari konteks kultural yaitu penanaman nilai agama dan tradisi budaya yang dianut oleh sebuah keluarga, serta pengaruh paparan pornografi yang sangat mudah diakses oleh anak-anak dan remaja.

LSL merupakan faktor resiko HIV tertinggi dengan persentase 28%, diikuti dengan hubungan seks beresiko pada heteroseksual dengan persentase 24%. Pada kejadian kasus penyakit AIDS, LSL merupakan faktor resiko tertinggi nomor dua (23%) setelah hubungan seks beresiko pada heteroseksual (67%). LSL menjadi terminologi yang populer dalam kontek HIV dan AIDS, karena menggambarkan perilaku yang menempatkan mereka dalam resiko terinfeksi. Peningkatan prevalensi HIV pada LSL menjadi peringatan yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Saat ini HIV memiliki jumlah kematian yang tinggi yang dapat mengancam hidup penderita HIV. Tidak hanya dari virus sendiri, namun Infeksi Oportunistik (IO) dan komplikasinya juga dapat menyebabkan kematian. *Tuberculosis* (TBC) merupakan salah satu infeksi oportunistik yang sering dijumpai pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia. Infeksi HIV memudahkan terjadinya infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Seseorang dengan

perilaku seksual yang beresiko lebih rentan terkena HIV dan infeksi yang menyertai penyakit tersebut.

Tujuan umum dilakukan penelitian ini adalah untuk menganalisis perilaku ODHA LSL terhadap pencegahan TBC di Kabupaten Jember. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulan teknikasi untuk melakukan cek kredibilitas. Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber dari berbagai sumber penelitian yaitu informan kunci, informan utama, dan informan tambahan. Informan tambahan dalam penelitian ini yaitu, petugas LSM LASKAR, teman sebaya sesama LSL dan pacar sesama LSL yang mengetahui status HIV informan utama, Kepala Poli layanan *Care Support and Treatment* (CST) dan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soebandi, serta Manajer Kasus (MK) layanan VCT RSUD dr. Soebandi dan Puskesmas Puger, sedangkan dependabilitas data dilakukan dengan dosen pembimbing penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan utama berusia 22-23 tahun. Terdapat sebagian kecil informan utama yang berusia >23 tahun. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar informan utama memiliki tingkat pendidikan menengah, dan sebagian kecil informan utama memiliki tingkat pendidikan tinggi yaitu strata 1 (S1). Berdasarkan hasil wawancara mendalam, sebagian besar ODHA LSL mengatakan bahwa dirinya merasa rentan untuk terkena infeksi oportunistik TBC. Terdapat sebagian kecil dari ODHA LSL yang merasa dirinya rentan, mengatakan bahwa kondisi daya tahan tubuhnya sudah melemah. Hal lain ditemukan bahwa sebagian kecil informan utama tidak sepenuhnya merasa rentan, karena ia menganggap bahwa pikiran yang *enjoy* dan selalu berpikir positif, maka akan membuat dirinya merasa lebih tenang. Hal lain juga ditemukan bahwa sebagian kecil dari ODHA LSL tidak merasa rentan karena menganggap gaya hidupnya sudah baik.

Sebagian besar ODHA LSL merasakan manfaat dari tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC yang sudah mereka lakukan. Terdapat sebagian kecil

dari ODHA LSL yang tidak merasakan manfaat dari tindakan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) yang dilakukan. Penelitian ini difokuskan pada tiga aspek *self-efficacy* yaitu, aspek tingkat yang berhubungan dengan tingkat kesulitan, aspek kekuatan, dan aspek generalisasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ODHA LSL mampu menghadapi kesulitan dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa seluruh ODHA LSL mampu bertahan dalam melakukan tindakan pencegahan TBC yang sudah dilakukan, serta tidak ada ODHA LSL yang melakukan generalisasi dari tindakan pencegahan TBC. Tindakan pencegahan TBC yang ditentukan dalam fokus penelitian ini adalah cek TBC di pelayanan kesehatan, melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK), melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH), menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC, mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun, serta menggunakan *hand sanitizer* setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, ditemukan bahwa sebagian besar ODHA LSL melakukan cek TBC di pelayanan kesehatan, melakukan PPK, dan menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh ODHA LSL tidak mengetahui dan tidak melakukan PP INH. Seluruh ODHA LSL mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun, tetapi tidak semua ODHA LSL melakukan cuci tangan setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas, serta ditemukan bahwa rata-rata ODHA LSL menggunakan *hand sanitizer* setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas.

SUMMARY

Behavior of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Male Who Likes Having Sex With Male (MSM) Against Tuberculosis Prevention in Jember District; Izzania Oktaviani; 142110101125; 2018; 156 pages; Section of Health Promotion and Behavioral Science Faculty of Public Health University of Jember.

Homosexual is a group or sub-society that is the most hidden, and so it's difficult to identify. Approximately three percent of men are sexually active, of whom are those who have sex with a type known as Male Who Likes Having Sex With Male (MSM). The formation of the personality of a homosexual is a long process, starting from childhood to adolescence that can not be separated from the influence of family environment and social environment as well as from the cultural context of religious values and cultural traditions adopted by a family, and the exposure to pornography that is very accessible to children and adolescents.

Male Who Likes Having Sex With Male (MSM) is a popular term in the context of HIV and AIDS, because it describes behaviors that place them at risk of infection. Increased HIV prevalence in MSM is a warning that needs special attention. Currently HIV has a high number of deaths that can be life-threatening to HIV sufferers. Not only from the virus itself, but opportunistic infections (OI) and its complications can also cause death. Tuberculosis is one of the most common opportunistic infections in People Living With HIV/AIDS (PLWHA) in Indonesia. HIV infection facilitates Mycobacterium tuberculosis infection. The risk of developing TB will increase sharply along with the deterioration of the immune system. People with HIV are at greater risk of developing TB than non-HIV.

The type of research used is qualitative research with case study approach (case studies). Researchers collect data with triangulation technique to check the

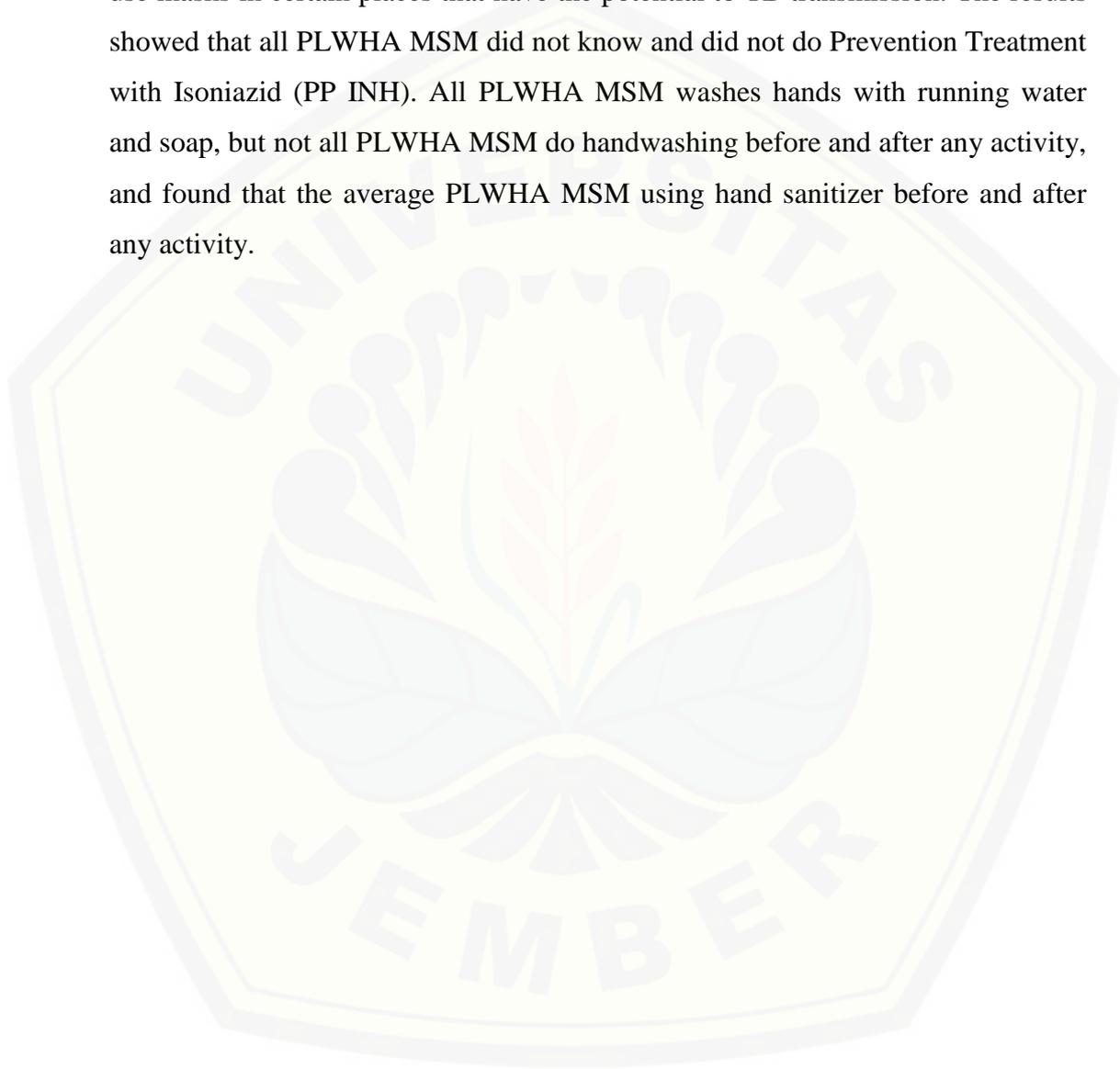
credibility. The triangulation technique used in this research is triangulation of sources from various research sources, i.e key informants, main informants, and additional informants. Additional informants in this study were LASKAR NGOs, peers of MSM and boyfriend of MSM who knew the status of primary informant HIV, and Case Manager (MK) of Voluntary Counseling and Testing (VCT) service of Regional General Hospital (RSUD) dr. Soebandi and Puskesmas Puger, while the dependability of the data was done with the research supervisor.

The results showed that most of the key informants were aged 22-23 years old. There are a few key informants aged > 23 years old. The results also showed that most of the key informants have a secondary education level, and a small number of primary informants have a higher education level of strata 1 (S1). Based on the results of indepth interviews, most PLWHA MSM said that they feel vulnerable to Tuberculosis (TB) opportunistic infections. There is a small part of MSM who feels vulnerable, saying that their immune system has weakened. Another thing that we found is that a small number of key informants are not entirely vulnerable, because they thought that enjoying manner and positive thinking will make them feel calmer. Another thing that we also found is that a small part of MSM people do not feel vulnerable because they consider their lifestyle is quite good.

Most PLWHA MSM beneficiaries are benefiting from their TB opportunistic infection prevention measures. There is a small proportion of people with MSM who do not benefit from the Treatment of Prevention with Kotrimoksasol (PPK). This research focuses on three aspects of self-efficacy, ie, level aspects related to difficulty level, strength aspect, and generalization aspect. The results show that most PLWHA MSM are able to face the difficulties of TB prevention measures. The results also show that all PLWHA MSM are able to survive the TB prevention measures that have been carried out, and no MSM has made generalizations of TB preventive measures. The TB prevention measures identified in the focus of this study were TB checks in health services, Prevention of Treatment with PPK, administered Prevention Treatment with Isoniazid (PP INH), using masks in certain places with potential to TB transmission, washing

hands with water flow and soap before doing and after doing any activity, and use the hand sanitizer everytime before and after doing any activity.

Based on the results of indepth interviews, it was found that most PLWHA MSM check TB in health services, conduct Prevention Treatment with PPK, and use masks in certain places that have the potential to TB transmission. The results showed that all PLWHA MSM did not know and did not do Prevention Treatment with Isoniazid (PP INH). All PLWHA MSM washes hands with running water and soap, but not all PLWHA MSM do handwashing before and after any activity, and found that the average PLWHA MSM using hand sanitizer before and after any activity.



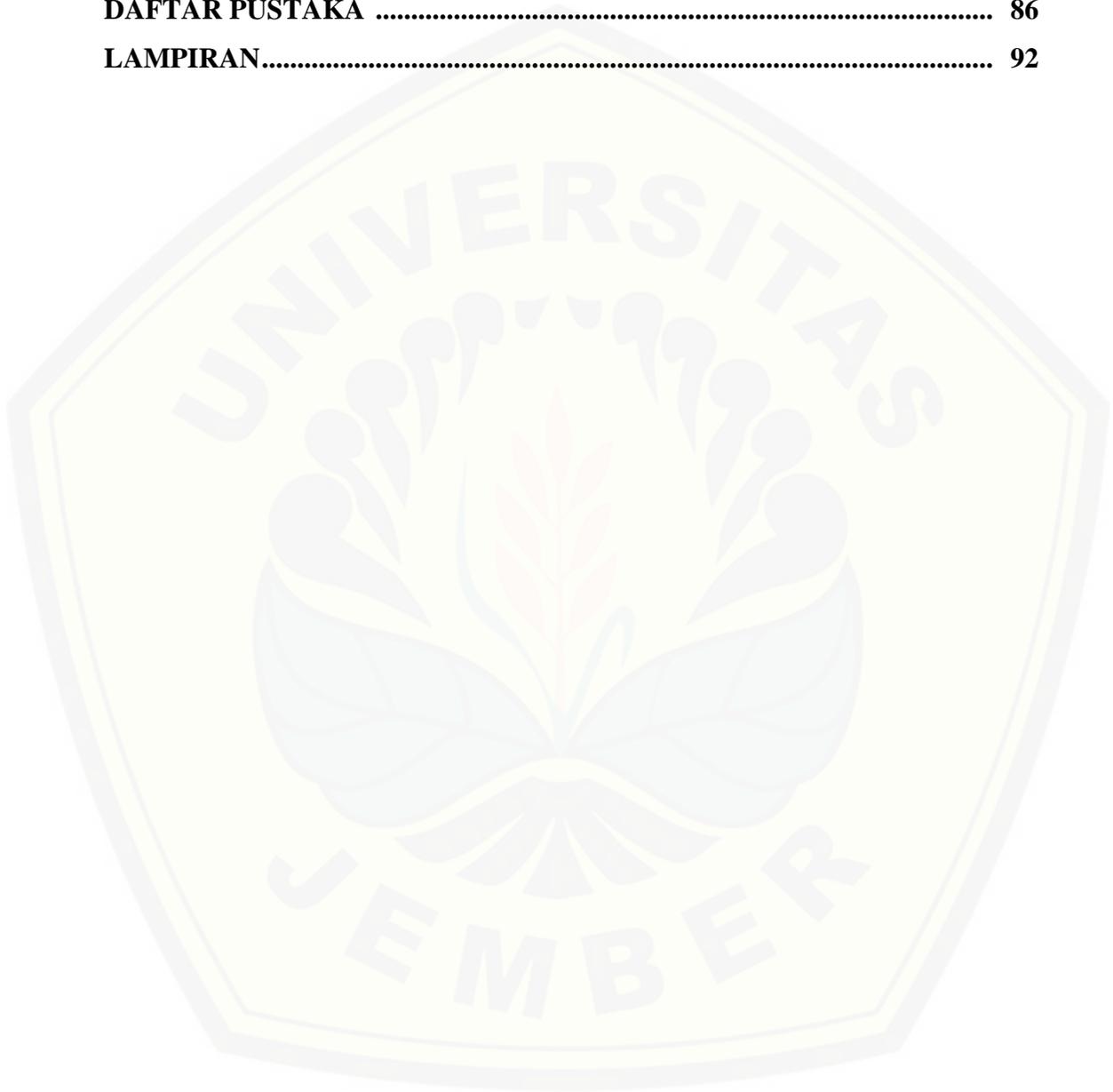
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PEMBIMBINGAN	vi
PENGESAHAN	vii
PRAKATA	viii
RINGKASAN	xi
<i>SUMMARY</i>	xiv
DAFTAR ISI	xvii
DAFTAR TABEL	xxi
DAFTAR GAMBAR	xxii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiii
DAFTAR SINGKATAN	xxiv
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.3.1 Tujuan Umum	10
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.4.1 Manfaat Teoritis	10
1.4.2 Manfaat Praktis	11

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Perilaku	12
2.1.1 Pengertian Perilaku	12
2.1.2 Determinan Perilaku	12
2.1.3 Perilaku Seksual Beresiko	14
2.1.4 Bentuk-bentuk Perilaku Seksual	15
2.2 Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL)	16
2.2.1 Pengertian LSL	16
2.2.2 Ciri-ciri LSL	17
2.3 HIV/AIDS	18
2.3.1 Definisi HIV/AIDS	18
2.3.2 Penularan HIV/AIDS	19
2.3.3 Kelompok Risiko HIV/AIDS	21
2.3.4 Cara Pencegahan HIV/AIDS	21
2.4 Tuberculosis (TBC)	22
2.4.1 Definisi <i>Tuberculosis</i>	22
2.4.2 Penularan <i>Tuberculosis</i>	22
2.4.3 Gejala <i>Tuberculosis</i>	23
2.4.4 Penanggulangan <i>Tuberculosis</i>	24
2.5 Infeksi <i>Tuberculosis</i> Laten (ITBL)	24
2.6 HIV Ko-infeksi <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (MTB)	26
2.7 Program Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) dan Isoniazid (PP INH)	28
2.8 Program Kolaborasi TB-HIV	32
2.9 Teori <i>Health Beliefe Model</i> (HBM)	36
2.10 Kerangka Teori	38
2.11 Kerangka Konseptual Penelitian	39
BAB 3. METODE PENELITIAN	42

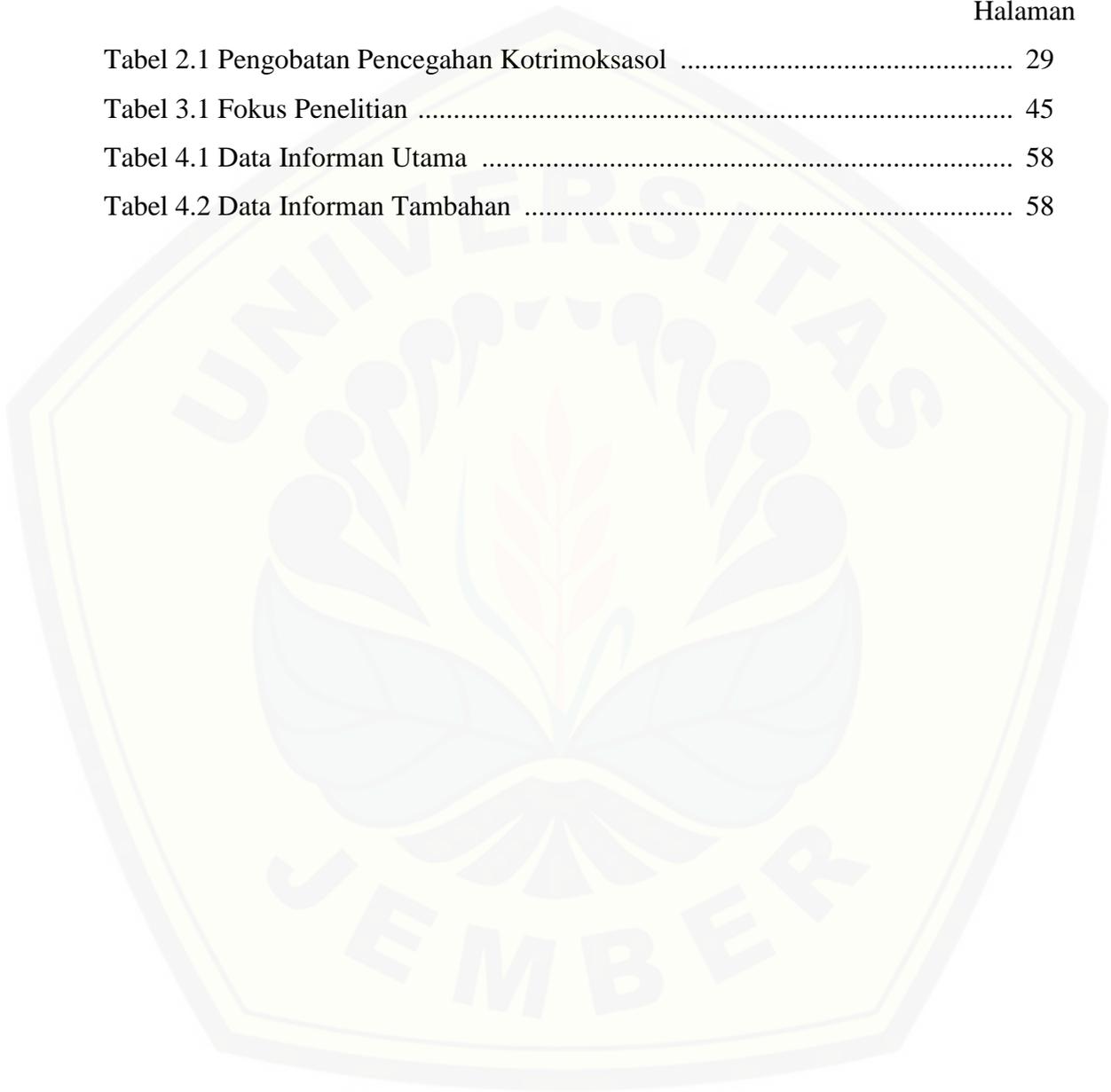
3.1 Jenis Penelitian	42
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	42
3.2.1 Tempat Penelitian	42
3.2.2 Waktu Penelitian	42
3.3 Penentuan Informan Penelitian	43
3.4 Fokus Penelitian	45
3.5 Data dan Sumber Data	46
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	47
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	47
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	49
3.7 Teknik Penyajian Data dan Analisis Data	50
3.7.1 Teknik Penyajian Data	50
3.7.2 Teknik Analisis Data	50
3.8 Kredibilitas dan Dependabilitas Data	52
3.9 Alur Penelitian	54
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	55
4.1 Proses Pengerjaan Lapangan	55
4.1.1 Gambaran Tempat penelitian	56
4.1.2 Gambaran Informan Penelitian	58
4.2 Hasil dan Pembahasan	61
4.2.1 Faktor Modifikasi Informan Penelitian	61
4.2.2 Kerentanan ODHA LSL Terkena TB	63
4.2.3 Manfaat dari Tindakan Pencegahan TB yang Dilakukan oleh ODHA LSL	65
4.2.4 <i>Self-efficacy</i> ODHA LSL untuk Bisa Melakukan Tindakan Pencegahan TB	67
4.2.5 Tindakan ODHA LSL untuk Melakukan Pencegahan TB ..	72
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	82

5.1 Kesimpulan	82
5.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN.....	92



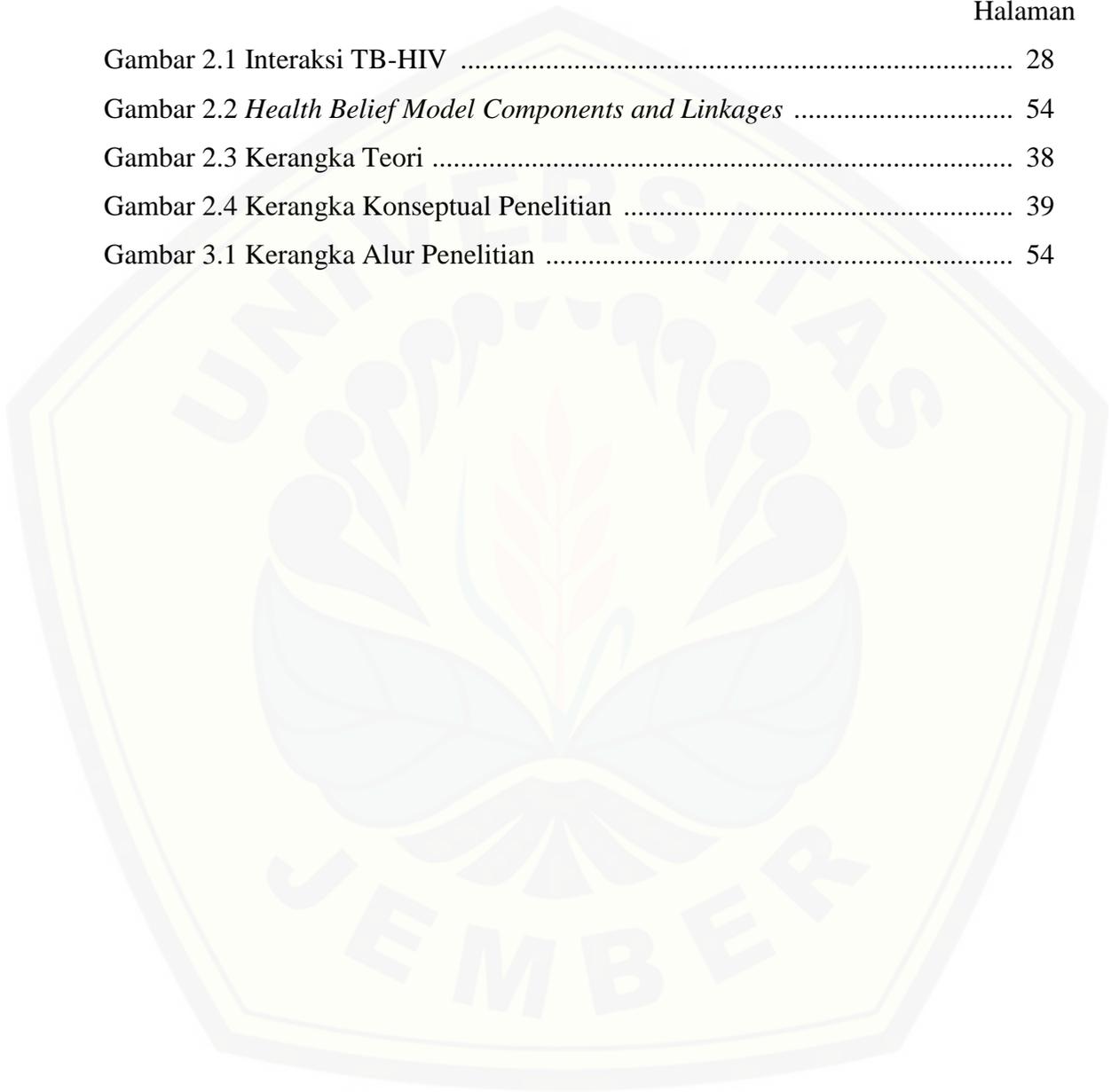
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Pengobatan Pencegahan Kotrimoksasol	29
Tabel 3.1 Fokus Penelitian	45
Tabel 4.1 Data Informan Utama	58
Tabel 4.2 Data Informan Tambahan	58



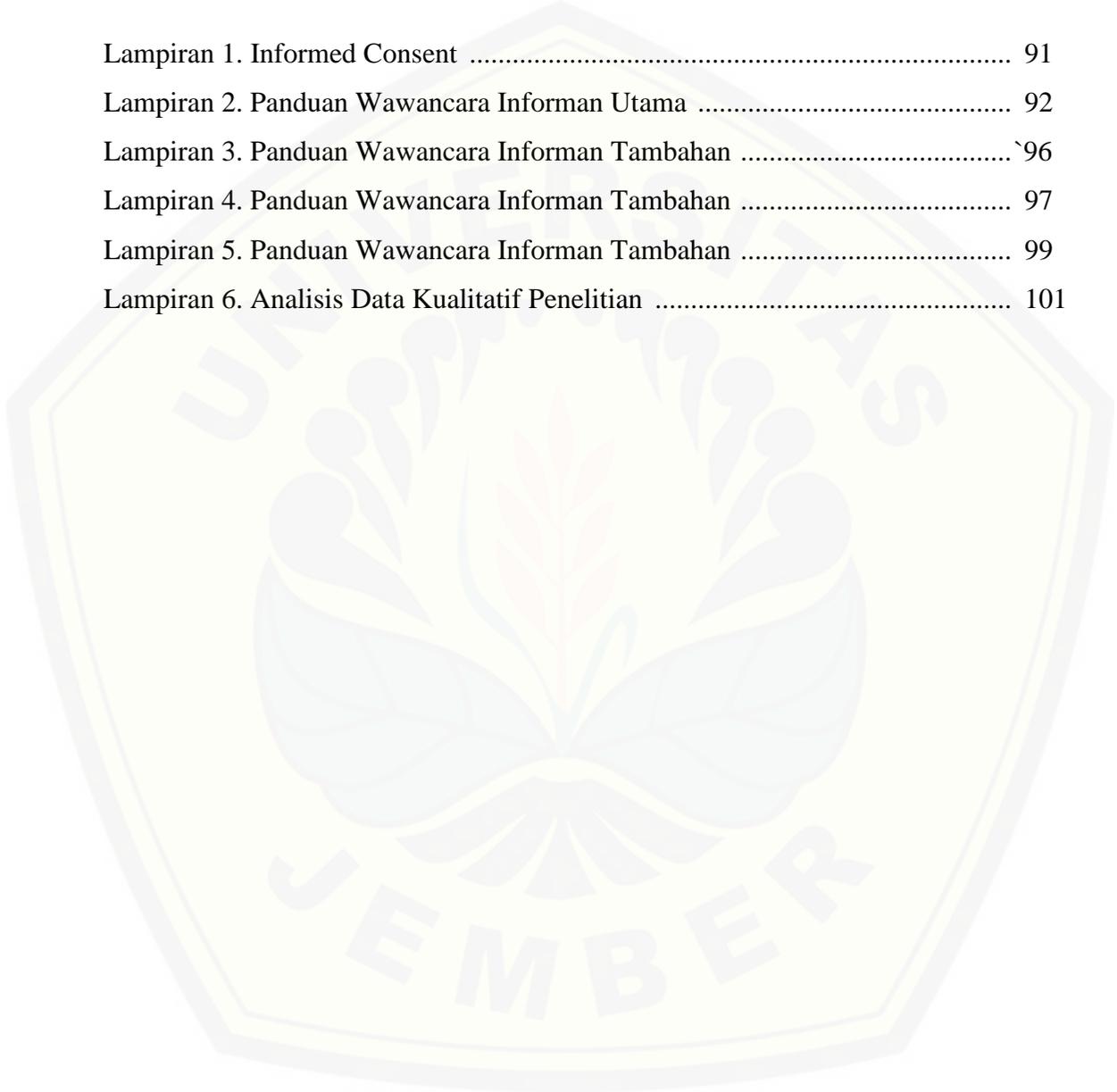
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Interaksi TB-HIV	28
Gambar 2.2 <i>Health Belief Model Components and Linkages</i>	54
Gambar 2.3 Kerangka Teori	38
Gambar 2.4 Kerangka Konseptual Penelitian	39
Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian	54



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Informed Consent	91
Lampiran 2. Panduan Wawancara Informan Utama	92
Lampiran 3. Panduan Wawancara Informan Tambahan	96
Lampiran 4. Panduan Wawancara Informan Tambahan	97
Lampiran 5. Panduan Wawancara Informan Tambahan	99
Lampiran 6. Analisis Data Kualitatif Penelitian	101

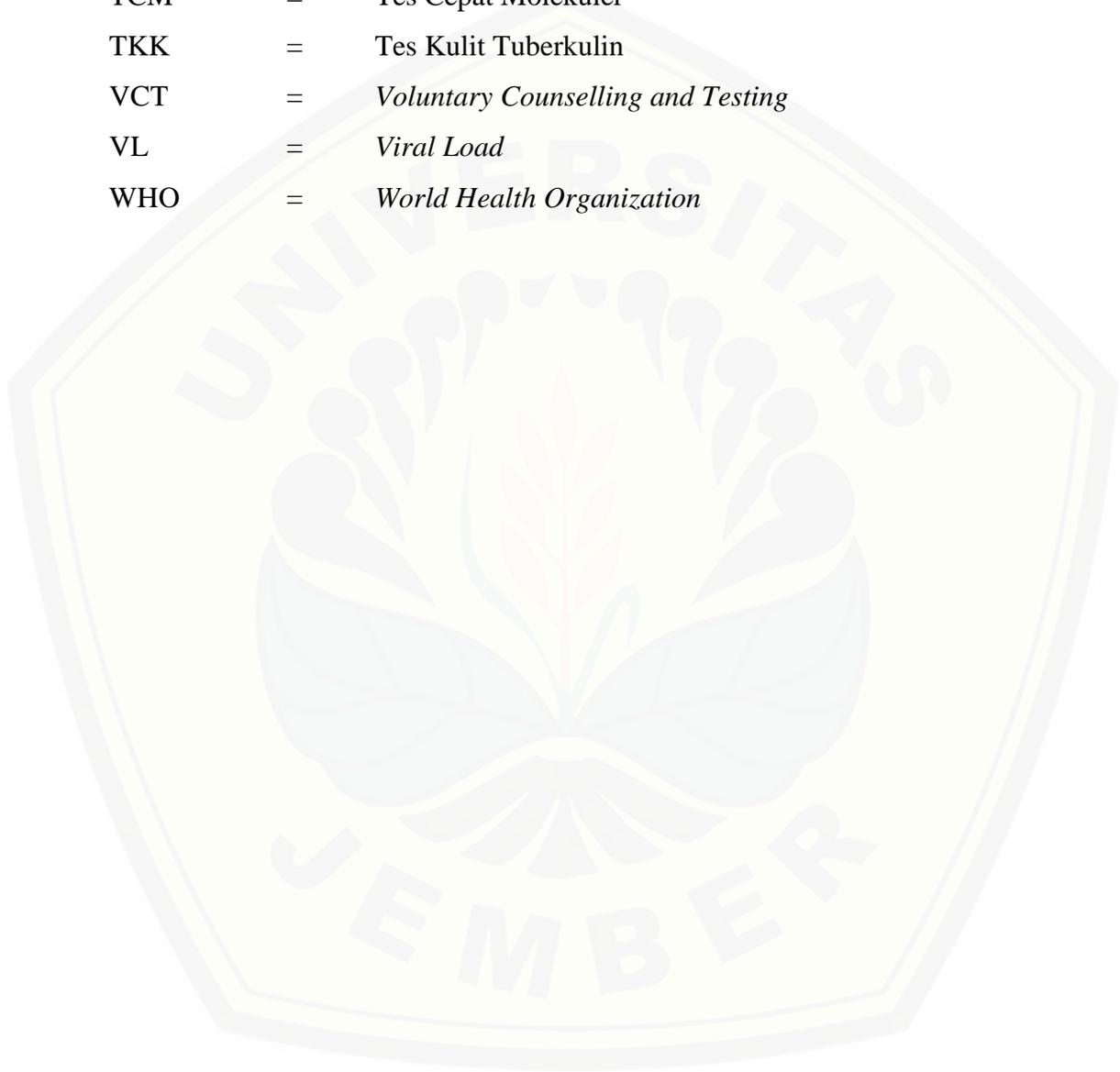


DAFTAR SINGKATAN

AIDS	=	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
APD	=	Alat Pelindung Diri
ART	=	<i>Antiretroviral Teraphy</i>
ARV	=	<i>Antiretroviral Virus</i>
ASI	=	Air Susu Ibu
BB	=	Berat Badan
BKKBN	=	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BTA	=	Bakteri Tahan Asam
BT	=	Bujur Timur
CMI	=	<i>Cell Mediated Immunity</i>
CST	=	<i>Care Support and Treatment</i>
DOTS	=	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
DTH	=	<i>Delayed Type Hypersensitivity</i>
EID	=	<i>Early Infant Diagnosis</i>
Fasyankes	=	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
FKTP	=	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GWL INA	=	Gaya Warna Lentera Indonesia
HBM	=	<i>Health Belief Model</i>
HIV	=	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IGRA	=	<i>Interferon Gamma Release Assay</i>
IMS	=	Infeksi Menular Seksual
IO	=	Infeksi Oportunistik
ITBL	=	Infeksi <i>Tuberculosis</i> Laten
IT	=	Informan Tambahan
IU	=	Informan Utama
KDS	=	Kelompok Dukungan Sebaya
Kemenkes	=	Kementerian Kesehatan
KPA	=	Komisi Penanggulangan AIDS

KTS	=	Konseling dan Tes HIV Sukarela
LASKAR	=	Langkah Sehat dan Berkarya
LAM	=	<i>Lipoarabinomannan</i>
LM	=	<i>Limpomannan</i>
LS	=	Lintang Selatan
LSL	=	Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki
LSM	=	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDR-TB	=	<i>Multi Drug Resisten TB</i>
MK	=	Manajer Kasus
MSM	=	Male Who Likes Having Sex With Male
MTB	=	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
OAT	=	Obat Anti <i>Tuberculosis</i>
ODHA	=	Orang Dengan HIV/AIDS
PCP	=	<i>Pneumonia Pneumocystis</i>
PCR	=	<i>Polymerase Chain Reactin</i>
PDP	=	Perawatan Dukungan dan Pengobatan
Penasun	=	Pengguna Narkoba Suntik
Permenkes	=	Peraturan Menteri Kesehatan
PHBS	=	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIM	=	<i>Phosphatidylinositol Mannosides</i>
PLWHA	=	People Living With HIV/AIDS
PMO	=	Pengawas Menelan Obat
PPIA	=	Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
PP INH	=	Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid
PPK	=	Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol
PRTM	=	Program Terapi Rumatan Metadon
Puskesmas	=	Pusat Kesehatan Masyarakat
RI	=	Republik Indonesia
RSD	=	Rumah Sakit Daerah
RSUD	=	Rumah Sakit Umum Daerah
SMA	=	Sekolah Menengah Atas

SMK	=	Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	=	Sekolah Menengah Pertama
S1	=	Strata 1
TBC	=	<i>Tuberculosis</i>
TCM	=	Tes Cepat Molekuler
TKK	=	Tes Kulit Tuberkulin
VCT	=	<i>Voluntary Counselling and Testing</i>
VL	=	<i>Viral Load</i>
WHO	=	<i>World Health Organization</i>



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada masa pembangunan saat ini, telah banyak fenomena sosial pada remaja yang senantiasa hadir dan berkembang di setiap putaran roda zaman. Remaja pada umumnya didefinisikan sebagai orang-orang yang mengalami masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Menurut WHO dalam Kemenkes RI (2015:1), remaja (*adolescence*) adalah mereka yang berusia 10-19 tahun. Sementara itu dalam program BKKBN disebutkan bahwa remaja adalah mereka yang berusia 10-24 tahun. Masa remaja merupakan masa peralihan atau transisi dari anak-anak ke masa dewasa. Pada usia ini remaja relatif belum mencapai kematangan mental dan sosial. Karena dikatakan masih anak-anak mereka sudah beranjak remaja, namun juga belum mencapai usia dewasa yang matang. Kehidupan remaja merupakan kehidupan yang sangat menentukan bagi kehidupan selanjutnya. Salah satu yang menarik adalah beragam perilaku seksual dan identitas gender bermunculan. Sehingga, yang menjadi sorotan saat ini adalah fenomena identitas homoseksual yang baru muncul di kota-kota besar pada awal abad ke-20 (Rokhmah, 2017:92).

Homoseksual adalah suatu kelompok atau sub masyarakat yang paling tersembunyi (*hidden*) sehingga sulit sekali untuk diidentifikasi. Sekitar tiga persen pria yang aktif berhubungan seksual, di antaranya adalah mereka yang berhubungan intim dengan sejenis yang dikenal dengan istilah Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL). Seseorang menjadi homoseksual mengalami fase perkembangan dari masa anak-anak sampai masa dewasa melalui proses yang berbeda dan spesifik. Pembentukan kepribadian seorang homoseksual merupakan proses yang cukup panjang, dimulai dari masa kanak-kanak hingga menginjak masa remaja yang tidak lepas dari pengaruh lingkungan keluarga dan lingkungan bergaul tidak lepas dari konteks kultural yaitu penanaman nilai agama dan tradisi budaya yang dianut oleh sebuah keluarga, serta pengaruh paparan pornografi yang sangat mudah diakses oleh anak-anak dan remaja (Rokhmah 2017:17-18).

Semakin banyaknya fenomena sosial seperti LSL, ternyata juga menyebabkan tingginya kasus HIV/AIDS. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2017, LSL merupakan faktor resiko HIV tertinggi dengan persentase 28%, diikuti dengan hubungan seks beresiko pada heteroseksual dengan persentase 24%. Pada kejadian kasus penyakit AIDS, LSL merupakan faktor resiko tertinggi nomor dua (23%) setelah hubungan seks beresiko pada heteroseksual (67%) (Kemenkes RI, 2017:1-2). Hasil pemetaan Gaya Nusantara sebuah komunitas khusus LSL di Indonesia memperkirakan 260.000 dari 6.000.000 penduduk Jawa Timur adalah LSL. Persentase secara nasional jumlah LSL mencapai 3% dari total penduduk Indonesia tahun 2016. Berdasarkan kelompok umur, LSL ini didominasi pada kelompok umur remaja (GWL INA, 2016:1). Kondisi ini menunjukkan bahwa LSL hidup di tengah masyarakat terlepas apakah mereka merasa diterima atau dikucilkan dari masyarakat.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2018, dilihat dari faktor resiko Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) tahun 2004 sampai dengan April 2018, jumlah keseluruhan ODHA di Kabupaten sebanyak 3.786 orang. LSL merupakan faktor resiko HIV/AIDS tertinggi nomor dua yaitu sebanyak 288 (7.6%) LSL, setelah hubungan seks beresiko pada heteroseksual yaitu sebanyak 3.302 (87.2%) heteroseks. Jumlah ODHA LSL di Kabupaten Jember sebanyak 288 (7.6%) ODHA LSL, sedangkan yang telah melakukan *screening* TBC hanya 133 (46.2%) ODHA LSL. Gambaran kehidupan LSL di Kabupaten Jember berasal dari keterangan LSM LASKAR Jember, berdasarkan data penjangkauan LSM LASKAR per Juni 2016 di Kabupaten Jember terdapat kurang lebih 2.030 LSL. Apabila angka tersebut dibandingkan dengan jumlah total penduduk di Kabupaten Jember maka keberadaan LSL saat ini di Kabupaten Jember sebesar 0.81%. Angka riil ini tidak bisa dipastikan karena sebagian besar kaum LSL masih tertutup (*hidden*).

Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) menjadi terminologi yang populer dalam kontek HIV dan AIDS, karena menggambarkan perilaku yang menempatkan mereka dalam resiko terinfeksi (Demartoto dalam Rokhmah,

2017:3). Peningkatan prevalensi HIV pada LSL menjadi peringatan yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Program penanggulangan AIDS pada LSL selama ini telah menerapkan berbagai metode untuk merubah perilaku yang beresiko tinggi, namun prevalensi HIV pada LSL tetap saja naik (Rokhmah, 2017:4).

Strategi pemerintah terkait dengan Program Pengendalian HIV/AIDS secara umum yang pertama dengan meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini, yang kedua dengan meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV, serta perawatan kronis, yang ketiga dengan memperluas akses pemeriksaan CD4 dan *Viral Load* (VL) termasuk *Early Infant Diagnosis* (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHA yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV sesegera mungkin melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan, yang keempat dengan peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP dan yang kelima dengan mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2016:4).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2017 pada bulan Januari sampai dengan Maret 2017 layanan HIV/AIDS yang aktif melaporkan data layanannya adalah, sebanyak 3.450 (55.7%) layanan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS), sebanyak 705 (11.4%) layanan Perawatan Dukungan dan Pengobatan (PDP) yang aktif melakukan pengobatan ARV, sebanyak 92 (1.5%) layanan Program Terapi Rumatan Metadon (PRTM), sebanyak 1.689 (27.3%) layanan Infeksi Menular Seksual (IMS), sebanyak 252 (4.1%) layanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA). Jumlah ODHA yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sampai dengan bulan Maret 2017 sebanyak 79.833 orang (Kemenkes RI, 2017:4).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2017 juga dijelaskan pada triwulan pertama (Januari-Maret) kasus HIV ditemukan jumlah infeksi yang dilaporkan sebanyak 10.376 orang dan persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (69.6%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun

(17.6%), dan kelompok umur ≥ 50 tahun (6.7%). Persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks beresiko pada Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) (28%), heteroseksual (24%), lain-lain (9%) dan penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (2%) dengan rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 2 : 1. Sementara itu, untuk kasus AIDS dilaporkan sebanyak 673 orang dengan persentase AIDS tertinggi pada kelompok umur 30-39 tahun (38.6%), diikuti kelompok umur 20-29 tahun (29.3%) dan kelompok umur 40-49 tahun (16.5%). Persentase faktor risiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks beresiko pada heteroseksual (67%), LSL (23%), perinatal (2%), dan penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (2%) (Kemenkes RI, 2017:1-2).

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Maret 2016, HIV-AIDS tersebar di 407 (80%) dari 507 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Provinsi pertama kali ditemukan adanya HIV/AIDS adalah Provinsi Bali, sedangkan yang terakhir melaporkan adalah Provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2012. Kasus HIV pada tahun 2005 sampai dengan tahun 2014 sebanyak 160.138 kasus, tahun 2015 sebanyak 191.073 kasus, tahun 2016 sebanyak 232.323 kasus, dan tahun 2017 sebanyak 242.699. Sementara itu, kasus AIDS tahun 2005 sampai dengan tahun 2014 sebanyak 72.104 kasus, tahun 2015 sebanyak 79.289 kasus, tahun 2016 sebanyak 86.780 kasus, dan tahun 2017 sebanyak 87.453 kasus. Persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (31.4%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (30.6%), 40-49 tahun (12.8%), 50-59 tahun (4.6%), dan 15-19 tahun (2.7%). Persentase AIDS pada laki-laki sebanyak 56%, perempuan 32%, dan yang tidak melaporkan jenis kelamin sebesar 12% (Kemenkes RI, 2017:2-3).

Kasus AIDS terbanyak dilaporkan dari Jawa Timur sebanyak 17.014 kasus, Papua sebanyak 13.398 kasus, DKI Jakarta sebanyak 8.769 kasus, Bali sebanyak 6.824 kasus, Jawa Tengah sebanyak 6.531 kasus, Jawa Barat sebanyak 5.289 kasus, Sumatera Utara sebanyak 3.897 kasus, Sulawesi Selatan sebanyak 2.812 kasus, Kalimantan Barat sebanyak 2.597 kasus, dan NTT sebanyak 1.959 kasus. Faktor risiko penularan terbanyak melalui heteroseksual (68%), penasun (11%), diikuti homoseksual (4%), dan penularan melalui perinatal (3%) (Kemenkes RI,

2017:3). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2018, menjelaskan bahwa kasus HIV/AIDS tertinggi di Kabupaten Jember berada di Kecamatan Puger (10.7%), dan kasus HIV/AIDS terendah berada di Kecamatan Jelbuk (0.6%).

Saat ini HIV memiliki jumlah kematian yang tinggi yang dapat mengancam hidup penderita HIV. Tidak hanya dari virus sendiri, namun Infeksi Oportunistik (IO) dan komplikasinya juga dapat menyebabkan kematian. Insidensi infeksi oportunistik bergantung pada level immunosupresi atau muncul pada CD4 $<200/\text{mm}^3$ atau *Total Limfosit Count* $<1200/\text{mm}^3$, dan pada prevalensi endemik dari agen penyebab. Lebih dari 80% infeksi oportunistik disebabkan oleh 28 patogen. Infeksi oportunistik adalah infeksi yang timbul akibat penurunan kekebalan tubuh. Infeksi ini dapat timbul karena mikroba (bakteri, jamur, virus) yang berasal dari luar tubuh, maupun yang sudah ada dalam tubuh manusia namun dalam keadaan normal terkendali oleh kekebalan tubuh. Infeksi yang timbul pada penderita HIV bergantung pada stadium HIV, riwayat infeksi, virulensi dari organisme yang terinfeksi, dan faktor terkait inang (*host related factor*).

Tuberculosis merupakan salah satu infeksi oportunistik yang sering dijumpai pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia. *Tuberculosis* paru merupakan jenis TBC yang paling sering dijumpai pada penderita HIV. Infeksi HIV memudahkan terjadinya infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Resiko berkembangnya TBC akan meningkat secara tajam seiring dengan semakin memburuknya sistem kekebalan tubuh. Penderita HIV mempunyai resiko lebih besar menderita TBC dibandingkan non-HIV (Widiyanti, *et al.*, 2016:49-50). *Tuberculosis* dapat terjadi pada beberapa stadium infeksi HIV, biasanya terjadi pada CD4 $<400 \text{ sel}/\text{ml}^3$. *Viral load* (VL) pada penderita terinfeksi HIV ko-infeksi TBC meningkat enam hingga tujuh kali dibandingkan HIV tanpa TBC (Nasronudin, 2014:243-244).

Infeksi HIV menyebabkan depresi dan disfungsi progresif sel CD4 dan defek fungsi makrofag. Sebagai akibatnya pasien HIV mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadinya reaktivitas TBC laten menjadi TBC aktif dan peningkatan

resiko terinfeksi baru oleh kuman TBC. Pada infeksi HIV stadium lanjut, kadar CD4 sangat rendah sehingga terjadi gangguan sistem imunitas baik *Cell Mediated Immunity* (CMI) maupun *Delayed Type Hypersensitivity* (DTH). Dengan demikian, sistem kekebalan tubuh menjadi kurang mampu untuk mencegah perkembangan dan penyebaran lokal kuman TBC. Hal ini juga mengakibatkan perkembangan HIV menjadi AIDS lebih cepat. Resiko ODHA untuk menderita TBC adalah 10% per tahun, sedangkan pada non-ODHA resiko menderita TBC hanya 10% seumur hidup. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan TBC sebagai penyebab kematian 13% dari penderita AIDS. Oleh karena itu, penemuan dan penyembuhan pasien TBC diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC, serta menghambat TBC pada ODHA (Kemenkes RI, 2015:2).

Berdasarkan perkiraan WHO, jumlah pasien ko-infeksi TB-HIV di dunia diperkirakan ada sebanyak 14 juta orang. Sekitar 80% pasien ko-infeksi TB-HIV tersebut dijumpai di Sub-Sahara Afrika, namun ada sekitar 3 juta pasien ko-infeksi TB-HIV tersebut terdapat di Asia Tenggara. Peningkatan prevalensi HIV di regional Asia Tenggara, dimana sekitar 40% dari populasinya telah terinfeksi dengan *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), jika tidak segera ditanggulangi dapat mengancam upaya pengendalian TBC (Nuryastuti, 2016:58-59). Pada tahun 2016 terdapat 167 negara melaporkan jumlah kasus sebanyak 3.6 juta kasus pasien TBC baru dan pasien TBC yang kambuh dengan hasil tes positif HIV. Setidaknya ada 75% dari kasus TBC dengan status HIV diberbagai negara dan wilayah, dengan persentase 14% kasus TB-HIV untuk negara Indonesia (*WHO Global Tuberculosis Report 2017* 2017:69).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kabupaten Jember triwulan pertama sampai dengan triwulan keempat (Januari-Desember) tahun 2016, jumlah kasus TBC yang terdaftar sebanyak 3.944 orang, dengan jumlah kasus pada perempuan sebanyak 1.804 kasus (45.7%), dan pada laki-laki dengan jumlah kasus sebanyak 2.140 kasus (54.2%). Penderita TBC yang di tes HIV sebelum atau selama proses pengobatan TBC sebanyak 2.104 orang. Hasil tes menunjukkan HIV positif

sejumlah 84 kasus (4%), dengan jumlah kasus pada perempuan sebanyak 27 kasus (32.1%), dan pada laki-laki dengan jumlah kasus sebanyak 57 kasus (67.9%).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kabupaten Jember pada triwulan keempat (Oktober-Desember) tahun 2017, pasien TBC yang di tes HIV atau status HIV sudah diketahui pada saat penegakan diagnosis TBC sebanyak 785 orang, dengan jumlah kasus pada perempuan sebanyak 344 kasus (43.8%), dan pada laki-laki dengan jumlah kasus sebanyak 441 kasus (56.2%). Penderita TBC dengan HIV positif sebanyak 26 orang, dengan jumlah kasus pada perempuan sebanyak 8 kasus (30.8%), dan pada laki-laki dengan jumlah kasus sebanyak 18 kasus (69.2%). Pasien TBC dengan HIV positif yang mendapatkan ART sebanyak 4 orang, dengan jumlah pada perempuan sebanyak 1 orang (25%), dan pada laki-laki dengan jumlah sebanyak 3 orang (75%). Pasien TBC dengan HIV positif yang mendapatkan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK) sebanyak 7 orang, dengan jumlah pada perempuan sebanyak 2 orang (28.6%), dan pada laki-laki dengan jumlah sebanyak 5 orang (71.4%).

Dinas Kesehatan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kabupaten Jember tahun 2017, juga menjelaskan bahwa 50 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di Kabupaten Jember sudah mampu melakukan layanan tes TB-HIV. Jumlah puskesmas tersebut, sudah mencakup jumlah keseluruhan puskesmas yang ada di Kabupaten Jember. Rumah Sakit yang mampu melakukan layanan tes TB-HIV sebanyak tujuh rumah sakit yaitu, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soebandi, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Balung, Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Baladhika Husada (DKT), Rumah Sakit Bina Sehat, Rumah Sakit Jember Klinik, dan satu Lembaga Pemasarakatan di Kabupaten Jember. Total Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) yang mampu melakukan layanan tes TB-HIV di Kabupaten Jember sejumlah 57 layanan, dan 1 Lembaga Pemasarakatan.

Berdasarkan data rutin Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, capaian kegiatan kolaborasi TB-HIV pada tahun 2013 tercatat kurang dari 2% pasien TBC

telah mengetahui status HIV nya. Diantara pasien TBC yang mengetahui status HIV nya tersebut, 40% merupakan pasien ko-infeksi TB-HIV. Tingginya angka positif pada pasien TBC yang mengetahui status HIV nya tersebut kemungkinan disebabkan belum semua pasien TBC dilakukan tes HIV, masih berdasarkan faktor resiko. Pasien ko-infeksi TB-HIV yang mendapatkan kotrimoksasol sebanyak 54% dan yang menerima ART sebanyak 49% selama pengobatan TBC. Beberapa IO pada ODHA dapat dicegah dengan pemberian pengobatan profilaksis. Semua pasien TBC dengan HIV positif merupakan indikasi untuk diberikan Pengobatan Pencegahan dengan Kontrimoksasol (PPK), sedangkan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) bertujuan untuk mencegah TBC aktif pada ODHA (Kemenkes RI, 2015:69-70).

Penelitian mengenai Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember, peneliti menggunakan salah satu teori yang menjelaskan tentang perilaku seseorang penderita penyakit dan cara pencegahan terhadap penyakit tersebut. Dalam buku *Health Behavior and Health Education* edisi keempat, dijelaskan bahwa teori *Health Belief Model* (HBM) telah menjadi salah satu konsep serta pedoman yang dipakai secara luas dalam penelitian mengenai pola sikap atau kebiasaan terhadap kesehatan. HBM telah diperluas dan dibandingkan dengan konsep-konsep lain untuk mendukung intervensi dalam mengubah pola sikap terhadap kesehatan.

HBM memiliki beberapa konsep utama yang memprediksi bagaimana orang-orang akan mengambil tindakan untuk mencegah, menghambat atau mengendalikan suatu penyakit. Hal ini mencakup seberapa rentan seseorang, seberapa serius penyakit tersebut, keuntungan yang dapat diperoleh serta kerugian dari tindakan yang diambil, petunjuk untuk mulai bertindak, serta kesadaran diri. Jika seorang individu menganggap diri mereka rentan terhadap suatu kondisi penyakit, keyakinan bahwa kondisi tersebut memiliki konsekuensi yang serius, yakin bahwa suatu tindakan yang dilakukan dapat mengurangi resiko terjangkit penyakit tersebut atau mengurangi efeknya, serta yakin bahwa hasil tersebut merupakan alasan yang cukup untuk melakukan suatu tindakan tanpa melihat dari

sisi hambatan atau biaya yang harus dikeluarkan, maka mereka akan menganggap mengambil tindakan ini akan mengurangi resiko mereka terkena penyakit (Glanz, *et al.*, 2008:83-84).

Kasus penyakit yang dinyatakan secara medis atau *Medically Established Illness*, dimensi ini dirumuskan ulang dengan memasukkan faktor bahwa individu tersebut menerima hasil diagnosis, perkiraan pribadi mengenai konsekuensi dari penyakit tersebut, dan kerentanan individu terhadap penyakit secara umum (Glanz, *et al.*, 2008:84). Konsep dari susunan HBM adalah kerentanan (keyakinan bahwa ada kemungkinan terkena penyakit), keparahan (keyakinan seberapa serius suatu kondisi), manfaat (keyakinan terhadap tindakan untuk pencegahan), hambatan (keyakinan adanya biaya/harga yang harus dibayar), tanda bertindak (strategi untuk mulai bertindak), dan *Self-efficacy* (keyakinan untuk bisa melakukan tindakan).

Hochbaum dalam Glanz, *et al.* (2008:47) mempelajari persepsi mengenai apakah seorang individu yakin bahwa mereka rentan terkena TBC dan keyakinan mereka mengenai manfaat secara pribadi dengan mengetahui penyakit tersebut lebih awal. Berdasarkan jumlah dari seluruh individu tersebut, 82% mengambil paling tidak 1 kali pemeriksaan dada secara *X-ray* atas keinginan mereka sendiri, dan dari mereka yang tidak memiliki keyakinan ini, hanya 21% dari mereka yang mengambil pemeriksaan *X-ray* ini ketika masa krisis (Glanz, *et al.*, 2008:84). Adiana (2017:9) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa ada pengaruh yang kuat antara *Self-efficacy* pada teori HBM dengan pencegahan penularan TBC paru. Hal tersebut menunjukkan bahwa kepercayaan responden terhadap pencegahan penularan dilingkungan sekitar, khususnya pada keluarga dapat dicegah penularannya dengan adanya kesadaran penderita TBC paru terhadap potensi dari penyebaran penyakitnya.

Peningkatan prevalensi HIV pada LSL menjadi peringatan yang perlu mendapatkan perhatian khusus, Kabupaten Jember menyumbang kurang lebih 2.030 LSL. Program penanggulangan AIDS juga telah diterapkan di kalangan LSL dengan berbagai metode, tetapi prevalensi HIV tetap saja naik. Tidak berhenti pada peningkatan prevalensi HIV/AIDS, penyakit ini juga dapat

menyebabkan Infeksi Oportunistik (IO). IO tersering pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia adalah *Tuberculosis*. Berdasarkan hal tersebut, maka dirasa penting bagi peneliti untuk mengkaji mengenai bagaimana Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember dengan menggunakan teori HBM yang diharapkan dapat menjadi arahan dalam berperilaku sehat.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis faktor modifikasi berdasarkan usia pada ODHA LSL dalam pencegahan infeksi oportunistik *Tuberculosis*.
- b. Menganalisis faktor modifikasi berdasarkan pendidikan formal yang saat ini sedang dijalani atau sudah dijalani ODHA LSL.
- c. Menganalisis kerentanan mengenai kemungkinan ODHA LSL di Kabupaten Jember terjangkit infeksi oportunistik *Tuberculosis*.
- d. Menganalisis keuntungan atau manfaat yang diperoleh ODHA LSL di Kabupaten Jember dari tindakan pencegahan yang dilakukan untuk mengurangi efek dari penyakit *Tuberculosis*.

- e. Menganalisis keyakinan (*Self-efficacy*) pada diri ODHA LSL di Kabupaten Jember bahwa dirinya dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap infeksi oportunistik *Tuberculosis* dan dapat memperoleh hasil sesuai apa yang diharapkan.
- f. Menganalisis tindakan ODHA LSL di Kabupaten Jember untuk melakukan pencegahan infeksi oportunistik *Tuberculosis*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan ilmu kesehatan masyarakat bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku terutama dalam menganalisis Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan positif bagi ODHA LSL, bagi pendamping, Puskesmas Puger, RSUD Dr. Soebandi, dan Dinas Kesehatan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kabupaten Jember. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan dapat meningkatkan kerja sama antara instansi terkait dengan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan LSM yang menaungi orang-orang dengan perilaku seksual beresiko di Kabupaten Jember agar dapat memberikan kebutuhan pengetahuan kesehatan khususnya tentang bahaya HIV/AIDS dan Infeksi Oportunistik yang dapat muncul, serta dapat mempertahankan program penanganan untuk mengatasi perilaku menyimpang khususnya yang dilakukan oleh LSL di Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Perilaku

2.1.1 Pengertian Perilaku

Luthviatin, *et al.* (2012:73) perilaku manusia adalah aktivitas dari manusia itu sendiri, bentuk dari respon atau reaksi terhadap stimulus dari luar organisme. Namun hal ini tergantung pada karakteristik serta faktor-faktor lain dari yang bersangkutan. Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik yang dapat diamati secara langsung ataupun tidak langsung (Luthviatin, *et al.*, 2012:59). Perilaku mempunyai ciri-ciri sebagai berikut (Irwanto dalam Luthviatin, *et al.*, 2012:73) :

- a. Perilaku bisa dilihat, tapi mungkin penyebabnya tidak bisa diamati secara langsung.
- b. Perilaku mengenal berbagai tingkatan, dari perilaku sederhana hingga kompleks.
- c. Perilaku bervariasi menurut jenis tertentu yang bisa diklasifikasikan. Salah satu klasifikasi yang dikenal adalah kognitif, afektif, dan psikomotorik yang masing-masing merujuk pada sifat rasional, emosional dan gerakan fisik dalam berfikir.
- d. Perilaku bisa disadari dan tidak disadari, meskipun sebagian besar perilaku sehari-hari disadari tetapi terkadang kita bertanya pada diri sendiri kenapa berperilaku seperti itu.

2.1.2 Determinan Perilaku

Menurut Luthviatin, *et al.* (2012:73) mengatakan bahwa determinan perilaku adalah faktor-faktor yang membedakan respon individu terhadap stimulus yang berbeda. Determinan perilaku ini dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan dan bersifat bawaan. Misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.

b. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan. Baik itu lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini merupakan faktor yang dominan mewarnai perilaku seseorang.

Teori Bloom (1908) yang dikutip dalam Luthviatin, *et al.*, (2012:74) membedakan perilaku dalam 3 domain perilaku yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangan selanjutnya, teori Bloom ini dikembangkan menjadi 3 bentuk, yaitu :

a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan dari manusia, hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu :

- 1) Tahu (*know*) hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- 2) Memahami (*comprehension*) yaitu bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
- 3) Aplikasi (*application*) yaitu kemampuan menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- 4) Analisis (*analysis*) adalah kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen yang ada. Dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat membuat diagram, membedakan atau memisahkan, mengelompokan, serta lain sebagainya.
- 5) Sintesis (*synthesis*) menunjuk kemampuan untuk menghubungkan atau meletakkan bagian-bagian dalam satu bentuk keseluruhan baru.
- 6) Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap objek tertentu. Penilaian ini

didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang ada di masyarakat.

b. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus social (Luthviatin, *et al.*, 2012:77). Sikap memiliki beberapa tingkatan :

- 1) Menerima (*receiving*) diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Merespon (*responding*) yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Karena dengan menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang telah diberikan, maka seseorang dapat dikatakan menerima ide tersebut.
- 3) Menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat ketiga.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*) atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Tindakan atau Praktek (*practice*)

Sikap belum terwujud dalam tindakan, karena untuk terwujudnya suatu tindakan memerlukan faktor lain, yaitu adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung, atau kondisi lain yang memungkinkan, yaitu fasilitas (Luthviatin, *et al.*, 2012:79).

2.1.3 Perilaku Seksual Beresiko

Perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Bentuk tingkah laku ini

bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama. Keterlibatan secara seksual dengan orang lain bukan hanya dengan bersenggama, berciuman, berpelukan, membelai, berpegangan tangan, fantasi, memijat bahkan telanjang, ungkapan seksual lainnya dapat berupa memberi dan merespon perasaan senang atau kenikmatan terhadap diri sendiri atau pasangan adalah tindakan seksual (Sarwono, 2016:174). Perilaku seksual beresiko disebabkan karena adanya perasaan ingin mencoba, rasa ingin tahu yang sangat tinggi tentang seksualitas, serta kurangnya pengetahuan tentang seksualitas yang didapat dari keluarga dan sekolah (Sarwono, 2016:211). Pendidikan kesehatan reproduksi pada anak-anak sekolah sangat efektif untuk memberikan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, sehingga manfaat diberikannya pendidikan tersebut bisa tercapai (Natalina dalam Rokhmah, 2017:32).

2.1.4 Bentuk-bentuk Perilaku Seksual

Bentuk-bentuk tingkah laku seksual menurut Boyke dalam Umaroh, *et al.* (2013:67) bentuk tingkah laku seks bermacam-macam mulai dari perasaan tertarik, pacaran, kissing, kemudian sampai intercourse meliputi :

a. *Kissing*

Ciuman yang dilakukan untuk menimbulkan rangsangan seksual, seperti di bibir disertai dengan rabaan pada bagian-bagian sensitif yang dapat menimbulkan rangsangan seksual. Berciuman dengan bibir tertutup merupakan ciuman yang umum dilakukan. Berciuman dengan mulut dan bibir terbuka, serta menggunakan lidah itulah yang disebut french kiss. Kadang ciuman ini juga dinamakan ciuman mendalam/*soul kiss*.

b. *Necking*

Berciuman di sekitar leher ke bawah. Necking merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan ciuman disekitar leher dan pelukan yang lebih mendalam.

c. *Petting*

Perilaku menggesek-gesekkan bagian tubuh yang sensitif, seperti payudara dan organ kelamin. Merupakan langkah yang lebih mendalam dari *necking*. Ini termasuk merasakan dan mengusap-usap tubuh pasangan termasuk lengan, dada, buah dada, kaki, dan kadang-kadang daerah kemaluan, baik di dalam atau di luar pakaian.

d. *Intercourse*

Bersatunya dua orang secara seksual yang dilakukan oleh pasangan pria dan wanita yang ditandai dengan penis pria yang ereksi masuk ke dalam vagina untuk mendapatkan kepuasan seksual.

2.2 Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL)

2.2.1 Pengertian LSL

Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) ini adalah suatu kelompok atau sub masyarakat yang paling tersembunyi (*hidden*) sehingga sulit sekali untuk diidentifikasi. Homoseksual sebagai rasa ketertarikan terhadap sesama jenis, secara emosional dan seksual laki-laki tertarik pada laki-laki dan perempuan tertarik pada perempuan. Fenomena homoseksual tumbuh dan berkembang di negara Indonesia. Sebagai sebuah negara yang berbudaya, keberadaan kaum homoseks di Indonesia tidak mendapat dukungan dari berbagai pihak, karena kiblat budaya yang dianut adalah kebudayaan timur yang masih memegang nilai luhur dan norma yang berlaku di masyarakat. Oleh karenanya, homoseksual dianggap sebagai sebuah pelanggaran budaya sebagaimana hubungan seksual sebelum menikah (*sex before marriage*) (Rokhmah, 2012:143-144).

Sebagai sub masyarakat yang paling tersembunyi (*hidden*), LSL terutama di kalangan remaja mengakibatkan mereka sangat sulit terjangkau dalam program pencegahan dan penanganan HIV/AIDS. Padahal mereka memiliki perilaku seksual yang beresiko, yaitu memiliki pasangan seksual dari sesama jenis, serta seringkali bergonta-ganti pasangan seksual tanpa menggunakan kondom dan pelicin. Keterbatasan data mengenai LSL di kalangan remaja juga menyebabkan

jangkauan terhadap kelompok tersebut menjadi terbatas. Untuk dapat menjangkau mereka, diperlukan pemahaman dan pendalaman terhadap pola sosialisasi LSL di kalangan remaja. Sehingga perlu dilakukan penggalan data yang terstruktur dalam bentuk penelitian tentang bagaimanakah proses sosialisasi LSL di kalangan remaja dan dampaknya pada kesehatan reproduksi remaja (Rokhmah, 2012:144-145).

2.2.2 Ciri-Ciri LSL

Sebagaimana penjelasan pada sub-bab sebelumnya, Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) adalah laki-laki yang memiliki rasa ketertarikan secara seksual pada laki-laki. Karakteristik Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) sebagai berikut (Rokhmah, 2017:11-13) :

- a. Pada umumnya LSL berpenampilan seperti laki-laki yang macho untuk posisi *Top* (pihak laki-laki) dan berpenampilan feminim (kemayu) apabila laki-laki tersebut berfungsi sebagai perempuan (*bottom*).
- b. *Hidden* atau tersembunyi. Para LSL memiliki tempat khusus untuk berkumpul atau disebut sebagai *hotspot* dengan komunitas mereka. Jika mereka menggunakan tempat umum seperti mall untuk berkumpul, maka mereka memiliki kode atau perilaku khusus untuk menandai sesama komunitasnya.
- c. Para komunitas LSL biasanya memiliki bakat dalam bidang *entertainment* atau kreatif. Selain pintar berdandan dan kerja di salon kecantikan, LSL biasanya juga berbakat sebagai penari, penyanyi dan dunia hiburan lainnya.
- d. Untuk menghindari identitasnya sebagai LSL di tengah masyarakat, biasanya mereka memiliki banyak sekali tempat alternatif untuk berkumpul atau dengan kata lain komunitas LSL sangat *mobile* dan *eksklusif*.
- e. Ada kalanya LSL juga *sensitive* atau mudah tersinggung dan sering terlibat percekocokan walaupun dengan komunitas mereka sendiri. Hal ini bisa disebabkan karena komunitas ini belum bisa diterima oleh masyarakat sehingga untuk bertahan hidup mereka membutuhkan perjuangan dan upaya

yang luar biasa. Bahkan tidak sedikit dari mereka yang terlibat aksi kejahatan dan sering berurusan dengan pihak kepolisian.

- f. LSL dapat memahami perilaku sesama homoseks yang dia kenal serta dapat membaca posisi mereka dalam melakukan hubungan seks apakah seseorang laki-laki lebih mengarah pada posisi *Bottom* yang feminim atau pada posisi *Top* yang lebih maskulin. Diantara ciri LSL, yang berfungsi sebagai pihak *bottom* adalah :
- 1) Berpenampilan sangat rapi dengan celana ketat selutut.
 - 2) Memakai *make-up* (pemutih wajah).
 - 3) Cara berjalan seperti gaya berjalan anak perempuan.
 - 4) Cara memegang gadget menunjukkan tangan pegang *handphone*, tetapi jari kelingking dan jari manis yang diangkat.
 - 5) Cara bergaya dicamera sangat “khas” feminim seperti perempuan.
 - 6) Cara berbicara dan panggilan ke laki-laki dengan sebutan “Mas” maka dia adalah *bottom*. Tetapi apabila dia memanggil laki-laki dengan sebutan “Dik” maka dia berfungsi sebagai *Top*.

2.3 HIV/AIDS

2.3.1 Definisi HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah jenis virus yang tergolong dalam famili *Retroviridae*, sel-sel darah putih yang diserang oleh HIV pada penderita yang terinfeksi adalah sel-sel limfosit T (CD4) yang berfungsi dalam sistem imun (kekebalan) tubuh. HIV memperbanyak diri dalam sel limfosit yang diinfeksi dan merusak sel-sel tersebut, sehingga mengakibatkan sistem imun terganggu dan daya tahan tubuh berangsur-angsur menurun. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh, bukan penyakit bawaan tetapi dibuat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Nasronudin, 2014:1-3).

2.3.2 Penularan HIV/AIDS

HIV terutama berada dalam cairan tubuh manusia, seperti darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu. Transmisi HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara, yaitu secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, menyusui), secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual), dan secara horizontal melalui kontak antardarah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik bersama-sama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisa, perawatan gigi). Nasronudin (2014:22-24) membedakan penularan HIV menjadi 5 cara yaitu :

a. Secara Kontak Seksual

Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV di berbagai 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 dalam 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 hanya terdapat membran mukosa rektum yang tipis dan mudah robek, anus sering terjadi lesi. Pada kontak seks pravaginal, 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.

b. 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 pada 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 ditransfusikan. Diperkirakan bahwa 90-100% orang yang mendapat transfusi darah yang tercemar HIV akan mengalami infeksi. Transfusi darah lengkap (*whole blood*), sel darah merah (*packed red blood cell*), trombosit, leukosit, dan plasma semuanya berpotensi menularkan HIV.

c. Transmisi Secara Vertikal

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 setelah 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.

d. Potensi Transmisi Melalui Cairan Tubuh Lain

Walaupun HIV pernah ditemukan dalam air liur pada 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 diperlukan sesuai tindakan pencegahan melalui kewaspadaan universal.

e. Transmisi pada Petugas Kesehatan dan Petugas Laboratorium

Meskipun resiko penularan kecil, tetapi resiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan beresiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas

laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam.

2.3.3 Kelompok Risiko HIV/AIDS

Konseling dan pemeriksaan terhadap individu beresiko tinggi merupakan langkah utama untuk pencegahan dan deteksi dini. Individu yang terinfeksi tetapi tidak menyadari sangat potensial mentransmisikan ke orang lain (Nasronudin, 2014:37-38). Faktor resiko epidemiologis infeksi HIV adalah sebagai berikut :

- a. Perilaku beresiko tinggi
 - 1) Hubungan seksual dengan pasangan beresiko tinggi tanpa menggunakan kondom.
 - 2) Penggunaan narkotika intravena, terutama bila pemakaian jarum secara bersamaan tanpa sterilisasi yang memadai.
 - 3) Hubungan seksual yang tidak aman: multipartner, pasangan seks individu yang diketahui terinfeksi HIV, kontak seks per anal.
- b. Mempunyai riwayat infeksi menular seksual
- c. Riwayat menerima transfusi darah berulang tanpa tes penapisan.
- d. Riwayat perlukaan kulit, tato, tindik, atau sirkumsisi dengan alat yang tidak disterilisasi.

2.3.4 Cara Pencegahan HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual dilakukan melalui upaya untuk :

- a. Tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah (*Abstinensia*);
- b. Setia dengan pasangan (*Be Faithful*);
- c. Menggunakan kondom secara konsisten (*Condom use*);
- d. Menghindari penyalahgunaan obat/zat adiktif (*no Drug*);
- e. Meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi termasuk mengobati IMS sedini mungkin (*Education*); dan

- f. Melakukan pencegahan lain, antara lain melalui sirkumsisi (Permenkes, 2013:11)

2.4 Tuberculosis (TBC)

2.4.1 Definisi Tuberculosis

Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TBC BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. TBC dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TBC meskipun dengan tingkat penularan yang kecil (Kemenkes RI, 2015:13-14). Gejala utama yang terjadi pada pasien TBC paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih (Permenkes RI, 2016:60).

Penyakit TBC Paru termasuk penyakit menular kronis. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik relik dahak yang infeksius. Pada waktu batuk atau bersin, penderita TBC menyebarkan bakteri MTB ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*/percik relik). Waktu pengobatan yang panjang pada penderita TBC dengan jumlah obat yang banyak serta berbagai efek pengobatan menyebabkan penderita sering terancam putus berobat (*Drop Out*) selama masa penyembuhan (Kemenkes RI, 2015:14).

2.4.2 Penularan Tuberculosis

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan cara penularan TBC dapat melalui udara yang tercemar oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dilepaskan atau dikeluarkan oleh penderita TBC saat batuk, dimana pada anak-anak umumnya sumber infeksi adalah berasal dari orang dewasa yang menderita TBC. Bakteri ini masuk kedalam paru-paru dan berkumpul hingga berkembang menjadi banyak (terutama pada orang yang memiliki daya tahan tubuh rendah), bakteri ini dapat mengalami penyebaran melalui pembuluh darah atau kelenar getah bening

sehingga menyebabkan terinfeksi organ tubuh yang lain seperti otak, ginjal, saluran cerna, tulang, kelenjar getah bening dan lainnya, meskipun yang paling banyak adalah menyerang organ paru (Kemenkes RI, 2015:14).

Seseorang dengan kondisi daya tahan tubuh (imun) yang baik, bentuk tuberkel ini akan tetap *dormant* sepanjang hidupnya. Lain hal pada orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh rendah atau kurang, bakteri ini akan mengalami perkembangbiakan sehingga tuberkel bertambah banyak. Tuberkel yang banyak ini berkumpul membentuk sebuah ruang didalam rongga paru, ruang ini yang nantinya menjadi sumber produksi sputum (riak/dahak). Orang yang rongga parunya memproduksi sputum dan didapati mikroba tuberkulosa disebut sedang mengalami pertumbuhan tuberkel dan positif terinfeksi TBC paru. Sebagian besar kuman TBC yang beredar dan masuk ke paru-paru orang yang tertular mengalami fase *dormant* dan muncul bila tubuh mengalami penurunan kekebalan, gizi buruk, atau menderita HIV/AIDS (Suarni, 2009:9).

2.4.3 Gejala *Tuberculosis*

Wahyuningsih (2014:13) menjelaskan bahwa gejala TBC terbagi menjadi 2 yaitu :

- a. Gejala sistemik/umum
 - 1) Batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih
 - 2) Penurunan nafsu makan dan berat badan
 - 3) Perasaan tidak enak (*malaise*) dan lemah
 - 4) Demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya dirasakan malam hari disertai keringat malam. Kadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul.
- b. Gejala khusus
 - 1) Bila terjadi sumbatan sebagian bronkus (saluran yang menuju ke paru-paru) akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara mengi, suara nafas melemah yang disertai sesak.

- 2) Jika ada cairan dirongga pleura (pembungkus paru-paru), dapat disertai dengan keluhan sakit dada.

Pada pasien dengan HIV positif, batuk seringkali bukan merupakan gejala TBC yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih. Mengingat prevalensi TBC di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke fasyankes dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang terduga pasien TBC, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung. Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan (Permenkes RI, 2016:60-61).

2.4.4 Penanggulangan *Tuberculosis*

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 67 tahun 2016, penanggulangan *Tuberculosis* (TBC) adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resisten obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat TBC. Penanggulangan TBC diselenggarakan melalui kegiatan (Permenkes RI, 2016:5-10) :

- a. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan dalam penanggulangan TBC ditujukan untuk meningkatkan komitmen para pengambil kebijakan, meningkatkan keterpaduan pelaksanaan program, dan memberdayakan masyarakat.

- b. Surveilans TBC

Merupakan pemantauan dan analisis sistematis terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit TBC atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhinya untuk mengarahkan tindakan penanggulangan yang efektif dan efisien. Dalam penyelenggaraan

surveilans TBC dilakukan pengumpulan data secara aktif dan pasif baik secara manual maupun elektronik.

c. Pengendalian faktor resiko

Bertujuan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit TBC. Pengendalian faktor resiko TBC dilakukan dengan cara :

- 1) Membudayakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- 2) Membudayakan perilaku etika berbatuk
- 3) Melakukan pemeliharaan dan perbaikan kualitas perumahan dan lingkungannya sesuai dengan standart rumah sehat
- 4) Peningkatan daya tahan tubuh
- 5) Penanganan penyakit penyerta TB
- 6) Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TBC di fasilitas pelayanan kesehatan, dan diluar fasilitas pelayanan kesehatan

d. Penemuan dan penanganan kasus TBC

Penemuan kasus TBC dilakukan secara aktif dan pasif. Penemuan kasus TBC secara aktif dengan cara investigasi dan pemeriksaan kasus kontak, skrining secara massal terutama pada kelompok rentan dan kelompok beresiko, serta skrining pada kondisi situasi khusus.

e. Pemberian kekebalan

Pemberian kekebalan dalam rangka penanggulangan TBC dilakukan melalui imunisasi BCG terhadap bayi.

f. Pemberian obat pencegahan

Pemberian obat pencegahan TBC ditujukan pada :

- 1) Anak usia dibawah 5 tahun yang kontak erat dengan pasien TBC aktif
- 2) Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosa TBC
- 3) Populasi tertentu lainnya

Upaya pengendalian faktor resiko TBC bertujuan mengurangi sampai dengan mengeliminasi penularan dan kejadian sakit TBC di masyarakat. Upaya yang dilakukan adalah (Permenkes RI, 2016:55-57) :

- a. Pengendalian kuman penyebab TBC
 - 1) Mempertahankan cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan tetap tinggi
 - 2) Melakukan penatalaksanaan penyakit penyerta (komorbid TBC) yang mempermudah terjangkitnya TBC, misalnya HIV, diabetes, dll.
- b. Pengendalian faktor resiko individu
 - 1) Membudayakan PHBS, makan makanan bergizi, dan tidak merokok

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009:34), juga dijelaskan bahwa mencuci tangan hingga bersih dengan air mengalir setelah selesai buang air besar, sebelum dan sesudah makan merupakan salah satu indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang harus dilakukan untuk pencegahan *Tuberculosis*. Mencuci tangan adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan jari-jemari menggunakan air ataupun cairan lainnya oleh manusia dengan tujuan untuk menjadi bersih, sebagai ritual keagamaan, ataupun tujuan lainnya. Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun yang dipraktikkan secara tepat dan benar merupakan cara termudah dan efektif untuk mencegah berjangkitnya penyakit. Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun dapat lebih efektif menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit seperti virus, bakteri dan parasit lainnya pada kedua tangan (Ardi, *et al.*, 2013:75-76).

Seiring dengan bertambahnya kesibukan masyarakat terutama di perkotaan, dan banyaknya produk-produk instan yang serba cepat dan praktis, maka muncul produk inovasi pembersih tangan tanpa air yang dikenal dengan pembersih tangan antiseptik atau *hand sanitizer*. Produk *hand sanitizer* ini mengandung antiseptik yang digunakan untuk membunuh kuman yang ada di tangan, yang terdiri dari alkohol dan triklosan. Alkohol akan bekerja maksimal pada konsentrasi 60-80%. Konsentrasi terbaik alkohol sebagai antiseptik adalah 60-80%.

Konsentrasi alkohol lebih tinggi mengurangi kemampuannya dalam mendenaturasi protein karena denaturasi protein membutuhkan air. Sehingga dalam pemilihan *hand sanitizer* perlu dipertimbangkan komposisinya agar dalam pemakaiannya benar-benar efektif terhadap penurunan jumlah angka kuman pada tangan (Ardi, *et al.*, 2013:80).

Hand sanitizer antiseptik mengandung alkohol sebagai bahan utama pembersih tangan. Alkohol juga mempunyai efek bakterisidal yang cepat terhadap bakteri vegetatif gram positif dan gram negatif, MRSA, *Mycobacterium tuberculosis*, beberapa jenis jamur, *non-envelope* virus. Alkohol bekerja pada bakteri dengan cara mendenaturasi protein dan menghancurkan membran sitoplasma bakteri. *Hand sanitizer* telah digunakan secara luas sebagai obat antiseptik kulit karena mempunyai efek menghambat pertumbuhan bakteri. Antiseptik yang terdapat dalam *hand sanitizer* merupakan bahan kimia untuk mencegah multiplikasi mikroorganisme pada permukaan tubuh, dengan cara membunuh mikroorganisme tersebut atau menghambat pertumbuhan dan aktivitas metaboliknya (Ardi, *et al.*, 2013:75-80).

- 2) Membudayakan perilaku etika berbatuk dan cara membuang dahak bagi pasien TBC
 - 3) Meningkatkan daya tahan tubuh melalui perbaikan kualitas nutrisi bagi populasi terdampak TBC
 - 4) Pencegahan bagi populasi rentan
 - a) Vaksinasi BCG bagi bayi baru lahir
 - b) Pemberian profilaksis INH pada anak dibawah usia 5 tahun
 - c) Pemberian profilaksis INH pada ODHA selama 6 bulan dan diulang setiap 3 tahun
 - d) Pemberian profilaksis INH pada pasien dengan indikasi klinis lainnya seperti silikosis
- c. Pengendalian faktor lingkungan
- a) Mengupayakan lingkungan sehat

- b) Melakukan pemeliharaan dan perbaikan kualitas perumahan dan lingkungannya sesuai persyaratan baku rumah sehat
- d. Pengendalian intervensi daerah beresiko penularan
 - a) Kelompok khusus maupun masyarakat umum yang beresiko tinggi terhadap penularan TBC (lapas/rutan, masyarakat pelabuhan, tempat kerja, institusi pendidikan ber-asrama, dan tempat lain yang teridentifikasi beresiko.
 - b) Penemuan aktif dan pasif di masyarakat (daerah terpencil, belum ada program, padat penduduk).
- e. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mencegah penularan TBC pada semua orang yang terlibat dalam pemberian pelayanan pada pasien TBC harus menjadi perhatian utama. Semua fasyankes yang memberi layanan TBC harus menerapkan PPI TBC untuk memastikan berlangsungnya deteksi segera, tindakan pencegahan dan pengobatan seseorang yang dicurigai atau dipastikan mendertita TBC. Upaya tersebut berupa penanggulangan infeksi dengan 4 pilar, yaitu :

 - 1) Pengendalian secara manajerial
 - 2) Pengendalian secara administratif
 - 3) Pengendalian lingkungan fasyankes
 - 4) Pemanfaatan Alat Pelindung Diri (APD)

2.5 Infeksi *Tuberculosis* Laten (ITBL)

Wijaya (2017:706) Infeksi *Tuberculosis* Laten (ITBL) adalah kondisi respons imun persisten terhadap stimulasi antigen *Mycobacterium tuberculosis* tanpa ada bukti klinis TBC aktif, kelainan radiografik, dan bakteriologis. Sepertiga populasi dunia diperkirakan terinfeksi *M.tuberculosis* dan sebagian besar tidak memiliki tanda atau gejala penyakit TBC serta tidak infeksius, tetapi tetap memiliki risiko menjadi TBC aktif dan infeksius. Risiko reaktivasi TBC diperkirakan sebesar 5-10%, dengan mayoritas menjadi TBC aktif dalam lima tahun pertama setelah terinfeksi kuman TBC. Faktor risiko terpenting dalam

perkembangan TBC aktif adalah status imunologis. Identifikasi risiko berkembangnya ITBL menjadi penyakit TBC dibagi menjadi dua, yaitu orang yang memiliki peningkatan kemungkinan paparan terhadap orang dengan penyakit TBC dan orang dengan kondisi klinis atau faktor lain yang berhubungan dengan peningkatan risiko progresi ITBL menjadi penyakit TBC. Pemeriksaan penunjang yang dianjurkan untuk ITBL adalah Tes Kulit Tuberkulin (TKK) dan *Interferon Gamma Release Assay* (IGRA). Orang dengan risiko paparan terhadap orang dengan penyakit TBC antara lain :

- a. Diketahui kontak dekat dengan orang yang memiliki penyakit TBC infeksius
- b. Orang yang berpindah tempat dari daerah endemik TBC
- c. Orang yang bekerja atau tinggal di fasilitas atau institusi dengan risiko tinggi TBC, seperti rumah sakit yang melayani pasien TBC, tunawisma, rumah perawatan, atau tempat tinggal pasien dengan infeksi HIV/ AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

Kondisi dan faktor-faktor yang berkaitan dengan progresi ITBL menjadi penyakit TBC, meliputi :

- a. Infeksi HIV
- b. Penyalahgunaan obat injeksi
- c. Bukti radiografik riwayat TBC yang sembuh
- d. Berat badan rendah (lebih dari 10% di bawah BB ideal)
- e. Kondisi medis lain, seperti: silikosis, diabetes melitus, gagal ginjal kronis atau hemodialisis, gastrektomi, pintas jejunoileal, transplan organ, kanker kepala dan leher, kondisi penggunaan kortikosteroid atau immunosupresif lain seperti antagonis TNF- α
- f. Konversi tes kulit tuberkulin yang baru (peningkatan ≥ 10 mm dari nilai dasar tes sebelumnya dalam 2 tahun)
- g. Bayi dan anak di bawah usia 5 tahun yang memiliki hasil tes TBC positif

2.6 HIV Ko-infeksi *Mycobacterium tuberculosis* (MTB)

TBC adalah infeksi oportunistik yang paling umum dengan tingkat kematian yang tinggi pada pasien HIV/AIDS. TBC juga dapat muncul lebih awal dalam kondisi terinfeksi HIV dibandingkan dengan jenis infeksi lainnya (Gjergji, *et al.*, 2017:1). HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara, yaitu secara vertikal dari ibu ke anak, secara horizontal kontak antar darah, dan secara transeksual (homoseksual, heteroseksual). Begitu memasuki darah, HIV akan berusaha mengintervensi sel target yang mampu mengekspresikan CD4, sehingga dari waktu ke waktu jumlah CD4 akan berangsur menurun. Penurunan jumlah CD4 berarti pula terjadi penurunan sistem kekebalan tubuh untuk mencegah infeksi kuman TBC. Dibanding orang yang tidak terinfeksi HIV, ODHA mempunyai resiko sepuluh kali lebih besar menderita TBC. Selain itu, penyebaran TBC ekstrapulmonal pada ODHA lebih sering daripada yang tidak terinfeksi HIV. Manifestasi TBC pada ODHA tergantung pada derajat penurunan kekebalan di dalam tubuhnya (Nasronudin, 2014:245).

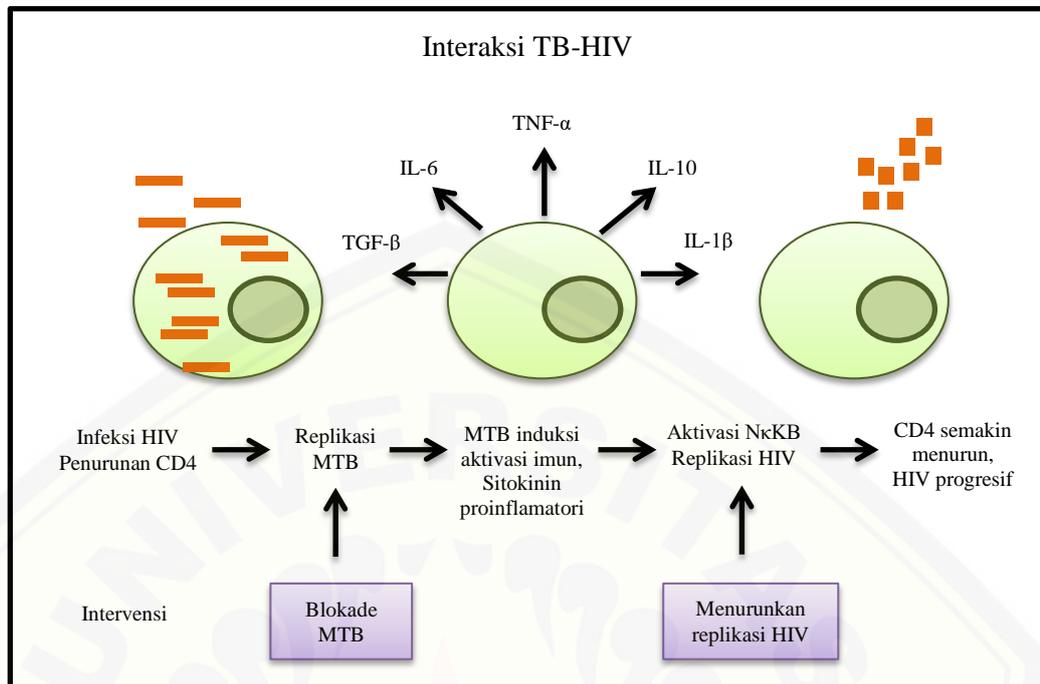
Infeksi HIV potensial meningkatkan kerentanan terhadap infeksi TBC. Infeksi HIV cenderung meningkatkan progresivitas infeksi TBC, hal ini akibat resiko semakin meningkatnya immunosupresi. HIV tidak hanya meningkatkan resiko ko-infeksi TBC, tetapi juga membuka peluang progresifnya TBC laten. HIV merupakan faktor yang sangat mempengaruhi peningkatan resiko berkembangnya infeksi TBC. Sejalan dengan berkembangnya infeksi HIV di tubuh seseorang, jumlah dan fungsi sel CD4 menurun. Kemampuan sistem kekebalan tubuh untuk mencegah pertumbuhan kuman TBC berkurang, dibanding orang yang tidak terinfeksi HIV. ODHA mempunyai resiko sepuluh kali lebih besar untuk menderita TBC. Sama seperti umumnya TBC paru merupakan jenis TBC yang paling sering dijumpai pada ODHA. Selain itu penyebaran TBC ekstrapulmonal lebih sering dijumpai pada ODHA daripada orang yang tidak terinfeksi HIV. Manifestasi TBC pada ODHA tergantung pada derajat immunosupresi di dalam tubuhnya (Nasronudin, 2014:245).

HIV merupakan faktor resiko utama yang menyebabkan TBC aktif. Potensi mengalami TBC aktif adalah lebih dari 40% terjadi pada pasien dengan HIV,

sedangkan 5% terjadi pada pasien tanpa HIV. Resiko terjadinya reaktivitas infeksi TBC adalah 2.5%-15% setiap tahun pada pasien dengan HIV dan kurang dari 0.1% setiap tahun pada pasien tanpa HIV. TBC dapat mempercepat progresivitas infeksi HIV ke AIDS. MTB mempunyai komponen penting yaitu *Lipoarabinomannan* (LAM) yang memiliki kemampuan luas menghambat pengaruh imunoregulator.

LAM merupakan kompleks heteropolisakarida yang tersusun dari pospatidilinositol, berperan langsung dalam pengendalian pengaruh sistem imun sehingga MTB tetap mampu mempertahankan kelangsungan hidupnya. Dalam upaya mempertahankan kehidupannya tersebut MTB juga menekan proliferasi limfosit T, menghambat aktivasi makrofag, dan menetralkan pengaruh toksik radikal bebas. Di sisi lain LAM mempengaruhi makrofag dan sebagai induktor transkripsi mRNA sehingga mampu menginduksi produksi dan sekresi sikotin termasuk TNF, granulocytemacrophage-CSF, IL-1 α , IL-1 β , IL-6, IL-8, dan IL-10. Pengaruh sikotin tersebut menghambat peran antimikrobal, memicu gejala demam, mengakibatkan nekrosis jaringan. Tetapi LAM tidak menginduksi transkripsi mRNA dari sikotin yang mestinya diproduksi limfosit seperti limfotoksin, IFN- γ , IL-2, IL-3, IL-4 (Nasronudin, 2014:246).

Struktur yang lebih sederhana dari LAM adalah *Limpomannan* (LM) dan *phosphatidylinositol mannosides* (PIM). LAM, LM, dan PIM menginduksi transkripsi mRNA sikotin sehingga dapat memicu munculnya manifestasi klinis tuberkulosis seperti demam, penurunan berat badan, nekrosis jaringan dan kakeksia. Menurunnya status imun dan status nutrisi akibat MTB ini, maka TBC dapat mempercepat perjalanan infeksi HIV menjadi AIDS. Pasien dengan ko-infeksi TB-HIV mempunyai *viral load* lebih besar daripada pasien yang tidak mengalami TBC. Terjadinya peningkatan *viral load* ini akibat pengaruh MTB terhadap produksi sitokin (IL-1, IL-6, TNF- α). Sitokin proinflamatori tersebut menginduksi aktivasi N κ B sehingga terjadi aktivasi provirus yang semula tenang pada fase laten, serta percepatan replikasi HIV. Angka mortalitas pada ko-infeksi TB-HIV kurang lebih empat kali lebih besar daripada pasien yang hanya mengalami TBC saja (Nasronudin, 2014:246).



Gambar 2.1 Interaksi TB-HIV (Nasronudin, 2014:247)

Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas pada sistem imunitas seluler (*cellular immunity*). Sehingga terjadi ko-infeksi termasuk TBC yang mendorong ke arah gradasi penyakit yang lebih berat hingga kematian. Infeksi sekunder TBC mencapai 40% di Asia Tenggara, dimana angka tersebut menduduki peringkat kedua di Afrika Sub Sahara.

2.7 Program Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK) dan Isoniazid (PP INH)

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, beberapa IO pada ODHA dapat dicegah dengan pemberian pengobatan profilaksis (Kemenkes RI, 2015:69-73).

a. Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK)

Semua pasien TBC dengan HIV positif merupakan indikasi untuk diberikan PPK. Selain TBC, penyakit oportunistik yang risikonya dapat dicegah dengan PPK antara lain :

- 1) *Pneumonia Pneumocystis* (PCP) dulu disebut *Pneumocystis carinii pneumonia*, sekarang disebut *Pneumonia Pneumocystis Jirovecii*.
- 2) Abses otak toksoplasmosis, *Pneumonia* yang disebabkan oleh *S. pneumoniae*
- 3) *Isospora belli*, *Salmonella sp.*, dan Malaria

Terdapat dua macam pengobatan pencegahan yaitu profilaksis primer dan profilaksis sekunder :

- 7) Profilaksis primer, adalah pemberian pengobatan pencegahan untuk mencegah suatu infeksi yang belum pernah diderita.
- 8) Profilaksis sekunder, adalah pemberian pengobatan pencegahan yang ditujukan untuk mencegah berulangnya suatu infeksi yang pernah diderita sebelumnya.

Pemberiaan PPK dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan pada orang yang terinfeksi HIV. Hal tersebut dikaitkan dengan penurunan insidens infeksi oportunistik. Dosis Kotrimoksazol yang diberikan adalah 1x960 mg/hari, diberikan sampai minimal pengobatan TBC selesai. Dosis Kotrimoksazol diberikan 1x960 mg/hari pada dewasa, sementara pada anak diberikan dengan dosis trimetoprim 4-6 mg/kgBB/hari. Pemantauan dilakukan melalui penilaian klinis setiap 3 bulan.

Tabel 2.1 Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol

Usia	Kriteria Inisiasi	Kriteria Pemberhentiaan
Bayi terpajan HIV	Semua bayi, dimulai usia 6 minggu setelah lahir	Sampai resiko transmisi HIV berakhir atau infeksi HIV sudah disingkirkan
Bayi HIV <1 tahun	Semua bayi ^b	Sampai usia 1 tahun tanpa melihat % CD4 atau gejala klinis ^c
Anak HIV 1-5 tahun	Stadium klinis WHO 2,3, dan 4 tanpa melihat % CD4 atau Stadium klinis WHO berapapun dan CD4 <25% sel/mm ³ atau semuanya ^b	Bila CD4 mencapai > 25%
>5 tahun - dewasa	Stadium klinis WHO berapapun dan CD4 <200 sel/mm ³ ^d atau Stadium klinis WHO 3 atau 4 atau semuanya ^b	CD4 ≥ 200 sel/mm ³ setelah 6 bulan ARV ^d Jika tidak tersedia pemeriksaan CD4, PPK diberhentikan setelah 2 tahun ART
	<i>Tuberculosis</i> aktif,	Sampai pengobatan TBC selesai apabila

berapapun nilai CD4	CD4 > 200 sel/mm ³ ^d
---------------------	--

(Sumber : Kemenkes RI, 2016:69-70)

Keterangan :

- ^a Kotrimoksasol dihentikan juga bila ODHA dengan sindrom *Steven-Johnson*, penyakit hati berat, anemia atau pansitopenia berat, atau HIV negatif. Kontraindikasi Kotrimoksasol : alergi sulfa, penyakit liver berat, penyakit ginjal berat, dan defisiensi G6PD.
- ^b Pada semua ODHA tanpa melihat CD4 atau stadium klinis pada pelayanan dengan prevalensi HIV tinggi, kematian bayi tinggi akibat penyakit-penyakit infeksi, atau pelayanan dengan infrastruktur terbatas.
- ^c Jika inisiasi awal untuk profilaksis *Pneumocystis* pneumonia atau toksoplasmosis.
- ^d Pada wilayah dengan prevalensi infeksi bakteri tinggi atau endemis malaria, batasan CD4 yang digunakan adalah <350 sel/mm³.

b. Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH)

Pengobatan Pencegahan dengan INH (PP INH) merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang penting untuk pencegahan TBC pada orang dengan HIV, yang bertujuan untuk mencegah TBC aktif pada ODHA, sehingga dapat menurunkan beban TBC pada ODHA. Jika pada ODHA tidak terbukti TBC dan tidak ada kontraindikasi, maka PP INH diberikan yaitu INH diberikan dengan dosis 300 mg/hari dan B6 dengan dosis 25 mg/hari sebanyak 180 dosis atau 6 bulan. PP INH diberikan pada :

- 1) ODHA yang tidak memiliki TBC aktif, baik ODHA dengan/tanpa riwayat pemberian OAT sebelumnya.
- 2) ODHA yang baru menyelesaikan pengobatan TBC dan dinyatakan sembuh.

Kontraindikasi PP INH adalah sebagai berikut :

- 1) TBC aktif
- 2) Klinis yang mengindikasikan adanya gangguan fungsi hati
- 3) Neuropati perifer berat

- 4) Riwayat alergi INH
- 5) Riwayat resisten INH

Pemantauan pengobatan PP INH ini dilakukan selama dan setelah pemberian PP INH dengan tujuan untuk memastikn kepatuhan ODHA dan mengetahui efek samping secara dini. Pemantauan dilakukan setiap kunjungan selama 6 bulan pengobatan. Efek potensi dari pemberian PP INH bertahan sampai dengan 3 tahun, sehingga pemberian PP INH ulang dapat dilakukan setelah 3 tahun. Beberapa kondisi yang perlu dipantau selama pemberian PP INH adalah :

- 1) Gejala/keluhan yang mengarah pada sakit TBC seperti batuk, demam, keringat malam dan berat badan menurun.
- 2) Efek samping INH :
 - a) Gatal dan ruam pada kulit
 - b) Gejala neuropati perifer antara lain baal dan kesemutan
 - c) Gejala hepatotoksik antara lain berupa mual dan muntah
- 3) Pemeriksaan klinis: berat badan, suhu tubuh, tanda ikterus dan pembesaran kelenjar getah bening
- 4) Kepatuhan pasien dalam minum INH

Selama pemantauan bila ditemukan gejala seperti di atas maka perlu dilakukan pemeriksaan lanjutan. Hasil akhir pengobatan PP INH :

- 1) Pengobatan lengkap, pasien yang telah minum PP INH selama 6 bulan dengan total 180 dosis.
- 2) *Loss to follow up* (putus berobat), putus obat adalah pasien yang tidak minum obat INH selama 1 bulan atau lebih.
- 3) Gagal selama pemberian PP INH, pasien yang selama waktu pemberian PP INH menjadi sakit TBC, dibuktikan dengan hasil pemeriksaan sputum BTA positif atau geneXpert positif atau foto toraks menunjukkan gambaran TBC.
- 4) Pindah, pasien yang pindah dan melanjutkan pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain selama 6 bulan masa pemberian PP INH.
- 5) Meninggal, pasien yang meninggal sebelum menyelesaikan paduan PP INH selama 6 bulan atau 180 dosis dengan sebab apapun.

- 6) Efek samping berat, pasien yang tidak dapat melanjutkan PP INH karena mengalami efek samping berat.

2.8 Program Kolaborasi TB-HIV

Tuberculosis merupakan infeksi oportunistik yang paling banyak ditemukan pada kasus AIDS. Tujuan kegiatan kolaborasi TB-HIV adalah untuk mengurangi beban TBC dan HIV pada orang-orang yang beresiko atau terkena dampak kedua penyakit tersebut, membangun dan memperkuat mekanisme kolaborasi dan pengelolaan bersama antara program pengendalian TB-HIV untuk memberikan layanan TB-HIV terpadu, mengurangi beban TBC pada orang yang hidup dengan HIV, serta mengurangi beban HIV pada pasien dengan dugaan dan diagnosis TBC (WHO, 2012:14).

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menghadapi situasi epidemi TBC maupun HIV. Pelaksanaan kegiatan kolaborasi TB-HIV di Indonesia dimulai dengan implementasi skala kecil tahun 2005 di Provinsi DKI Jakarta. Tahun 2006 dilakukan survei prevalensi HIV di antara pasien TBC di Provinsi DI Yogyakarta untuk melihat gambaran besaran masalah HIV pada pasien TBC. Sejak tahun 2007 kegiatan kolaborasi TB-HIV mulai dikembangkan sesuai kebijakan nasional. Kegiatan kolaborasi TB-HIV dimulai sebagai bagian dari upaya pengendalian TBC dan upaya meningkatkan keberhasilan penanggulangan HIV dan AIDS. Sampai tahun 2014 kegiatan kolaborasi TB-HIV ini telah dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) di 33 provinsi di Indonesia, dengan prioritas pada Fasyankes yang telah melaksanakan kegiatan TBC DOTS dan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dan AIDS. Strategi pengembangan kegiatan kolaborasi TB-HIV dimulai dari provinsi yang mempunyai prevalensi TBC dan HIV yang tinggi (Kemenkes RI, 2015:7).

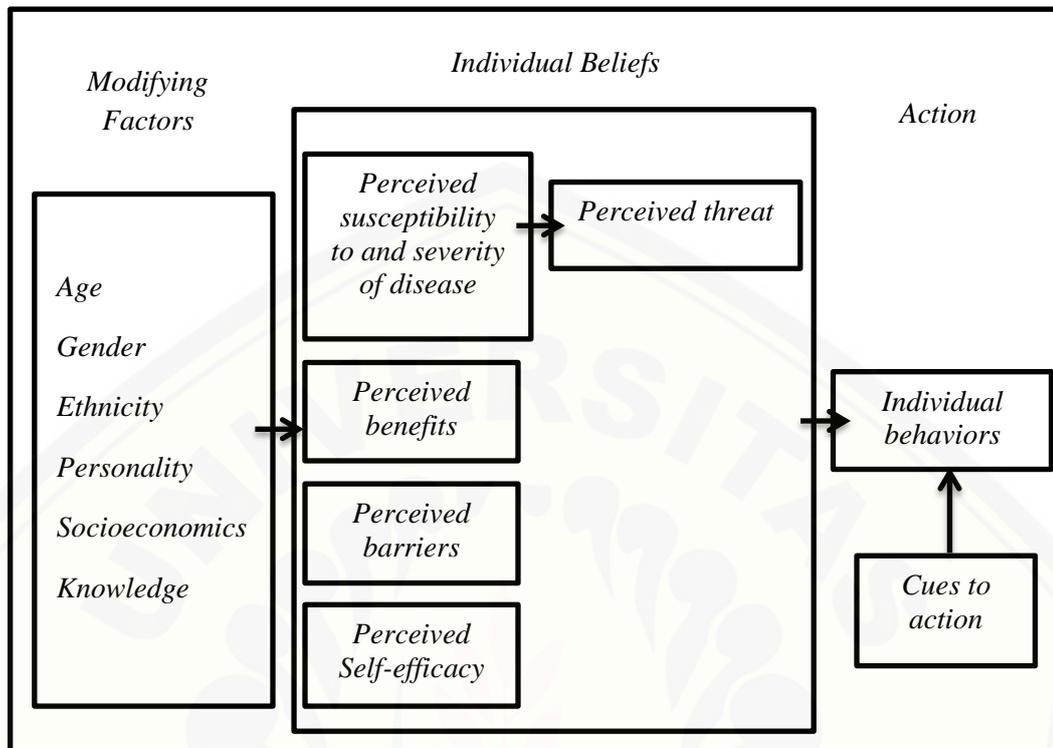
Rumusan strategi dalam kolaborasi TB-HIV dibagi menjadi tiga strategi mencakup aktivitas yang akan dilakukan oleh setiap pihak baik pemerintah maupun komunitas. Rumusan strategi dan ruang lingkup kegiatan di strategi kolaborasi TB-HIV adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2015:7-11) :

- a. Membentuk mekanisme kolaborasi antara program TBC dan HIV/AIDS. Untuk menjalankan strategi ini terdapat beberapa program intervensi sebagai berikut :
- 1) Memperkuat koordinasi bersama program TB-HIV di semua tingkatan.
 - 2) Melaksanakan surveilans TB-HIV. Terdapat dua surveilans yang dilakukan, yaitu :
 - a) Melaksanakan surveilans HIV pada pasien TBC. Surveilans HIV pada pasien TBC akan dilakukan melalui dua cara. Pertama, dengan melakukan survei dan melalui data rutin mengenai tes HIV pada pasien TBC dari layanan TBC.
 - b) Melaksanakan surveilans TBC pada ODHA. Surveilans TBC pada pasien HIV akan dilakukan dengan menggunakan data rutin yang berasal dari layanan HIV mengingat skrining TBC pada pasien HIV sudah menjadi kegiatan rutin dilayanan HIV.
 - 3) Melakukan perencanaan bersama TB-HIV untuk integrasi layanan TB-HIV. Untuk mengupayakan integrasi layanan TB-HIV (*one-stop service*) terutama di wilayah dengan beban TBC dan HIV yang tinggi.
 - 4) Monitoring dan evaluasi kegiatan TB-HIV :
 - a) Memastikan semua data kegiatan TB-HIV tercatat, baik yang dilakukan oleh Faskes, komunitas dan LSM.
 - b) Mengadakan pertemuan evaluasi untuk menganalisa pencapaian target kolaborasi TB-HIV di semua tingkatan, termasuk yang didampingi oleh komunitas dan LSM. Kegiatan ini diintegrasikan melalui bimbingan teknis bersama di semua tingkatan.
 - c) Mengadakan pelatihan penyegaran terkait pencatatan dan pelaporan TB-HIV di provinsi, kabupaten/kota, dan Faskes.
 - d) Memberikan bimbingan teknis rutin kepada provinsi, kabupaten/kota dan Faskes untuk memastikan mereka dapat menyediakan data yang valid terkait TB-HIV.
 - e) Memperbarui pedoman, petunjuk teknis, perangkat monitoring dan evaluasi termasuk formulir pencatatan dan pelaporan di tingkat

- nasional, kemudian mendistribusikan seluruhnya ke provinsi dan kabupaten/kota serta fasilitas pelayanan kesehatan terkait.
- f) Melakukan lokakarya/on the job training terkait pedoman, petunjuk teknis, formulir pencatatan dan pelaporan tersebut yang diikuti dengan pemberian bimbingan teknis untuk implementasinya.
 - g) Provinsi dan kabupaten/kota memastikan bahwa kegiatan kolaborasi TB-HIV berjalan dengan optimal sampai ke tingkat layanan.
 - h) Melakukan pengkajian mandiri secara berkala terkait kualitas layanan oleh Faskes, menyusun rencana peningkatan kualitas layanan, dan membagikan hasilnya kepada Dinas Kesehatan baik di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional terutama untuk hal-hal yang membutuhkan bantuan teknis.
 - i) Melakukan pengkajian tahunan untuk kualitas layanan ke beberapa Faskes terpilih oleh tim dari pusat (Forkom TB-HIV) dan juga ikut serta dalam penyusunan rencana peningkatan kualitas layanan di beberapa layanan yang membutuhkan bantuan.
- 5) Mendorong peran serta komunitas dan LSM dalam kegiatan TB-HIV dengan :
- a) Memperkuat koordinasi antara pemangku kepentingan untuk pelaksanaan TB-HIV.
 - b) Mendorong peran serta komunitas dan LSM dalam advokasi untuk memperoleh dukungan sumber daya lokal.
 - c) Mendorong peran serta komunitas dan LSM dalam menyebarluaskan edukasi dan informasi tentang TB-HIV.
 - d) Mendorong peran serta komunitas dan LSM HIV dalam pendampingan kepada populasi kunci untuk mendukung kegiatan kolaborasi TB-HIV.
 - e) Mendorong peran serta komunitas dan LSM TBC dalam kegiatan kolaborasi TB-HIV.

- b. Menurunkan beban TBC pada ODHA dan inisiasi pemberian ART dini. Untuk menjalankan strategi ini terdapat beberapa program intervensi sebagai berikut :
- 1) Intensifikasi penemuan kasus TBC pada ODHA termasuk pada populasi kunci HIV dan memastikan pengobatan TBC yang berkualitas.
 - 2) Memperluas Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) di Faskes yang memberikan layanan HIV.
 - 3) Penguatan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di Faskes yang memberikan layanan HIV, termasuk tempat orang berkumpul (lapas/rutan, panti rehabilitasi untuk pengguna napza)
- c. Menurunkan beban HIV pada pasien TBC. Untuk menjalankan strategi ini terdapat beberapa program intervensi sebagai berikut :
- 1) Menyediakan tes dan konseling HIV pada pasien TBC.
 - 2) Meningkatkan pencegahan HIV untuk pasien TBC.
 - 3) Menyediakan pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) pada pasien TB-HIV. Petugas TBC perlu memastikan pasien TB-HIV mendapatkan kotrimoksasol yang dapat mencakup inisiasi pemberian kotrimoksasol atau merujuk ke layanan HIV.
 - 4) Memastikan perawatan, dukungan dan pengobatan serta pencegahan HIV pada pasien koinfeksi TB-HIV.
 - 5) Menyediakan ART bagi pasien koinfeksi TB-HIV.

2.9 Teori Health Belief Model (HBM)



Gambar 2.2 Health Belief Model Components and Linkages (Glanz, 2008)

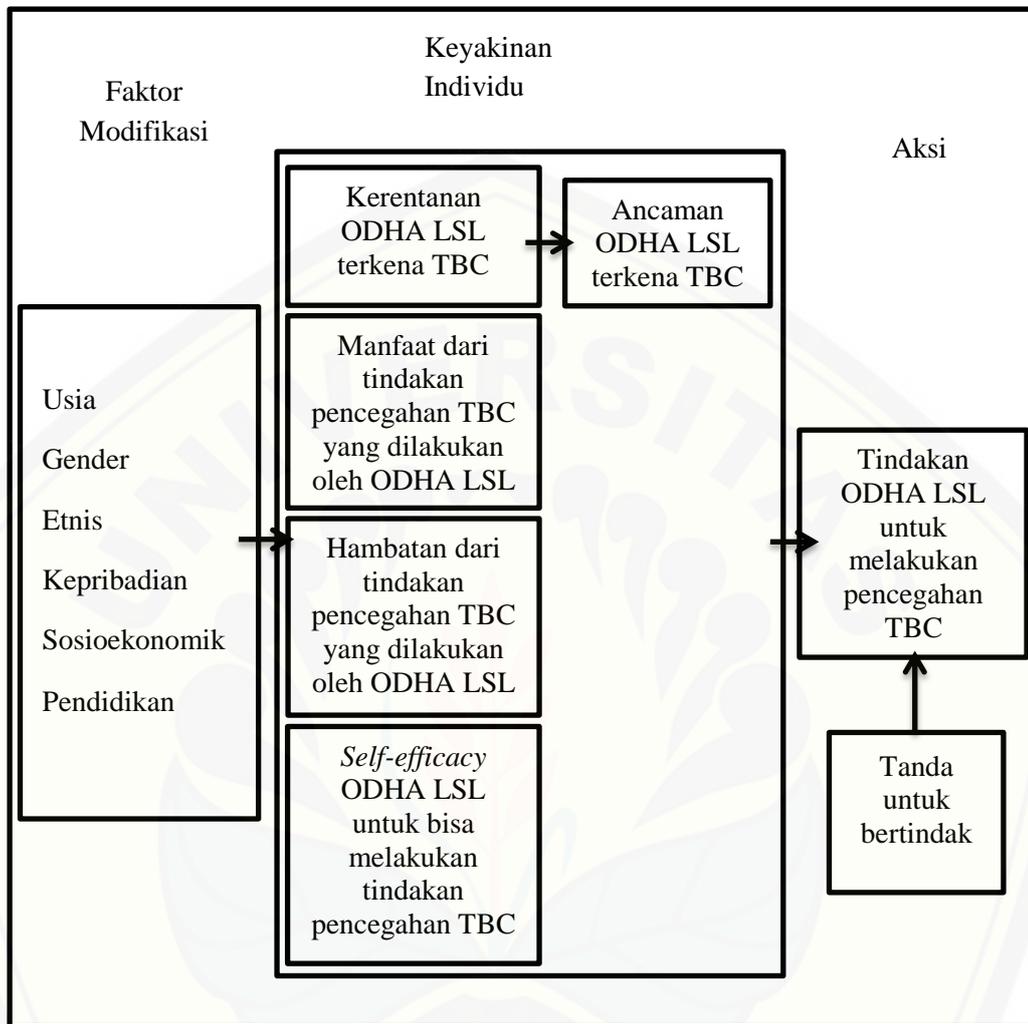
Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku-perilaku kesehatannya. *Health Belief Model* (HBM) dapat digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. HBM memiliki beberapa konsep utama yang memprediksi bagaimana orang-orang akan mengambil tindakan untuk mencegah, menghambat atau mengendalikan suatu penyakit. Hal ini mencakup seberapa rentan seseorang, seberapa serius penyakit tersebut, keuntungan yang dapat diperoleh serta kerugian dari tindakan yang diambil, petunjuk untuk mulai bertindak, serta kesadaran diri (Glanz, *et al.*, 2008:46-47).

Dalam kasus penyakit yang dinyatakan secara medis (*Medically Established Illness*), dimensi ini dirumuskan ulang dengan memasukkan faktor bahwa individu tersebut menerima hasil diagnosis, perkiraan pribadi mengenai

konsekuensi dari penyakit tersebut, dan kerentanan individu terhadap penyakit secara umum. Jika seorang individu menganggap diri mereka rentan terhadap suatu kondisi penyakit, keyakinan bahwa kondisi tersebut memiliki konsekuensi yang serius, yakin bahwa suatu tindakan yang dilakukan dapat mengurangi resiko terjangkit penyakit tersebut atau mengurangi efeknya, serta yakin bahwa hasil tersebut merupakan alasan yang cukup untuk melakukan suatu tindakan tanpa melihat dari sisi hambatan atau biaya yang harus dikeluarkan, maka mereka akan menganggap mengambil tindakan ini akan mengurangi resiko mereka terkena penyakit (Glanz, *et al.*, 2008:47).

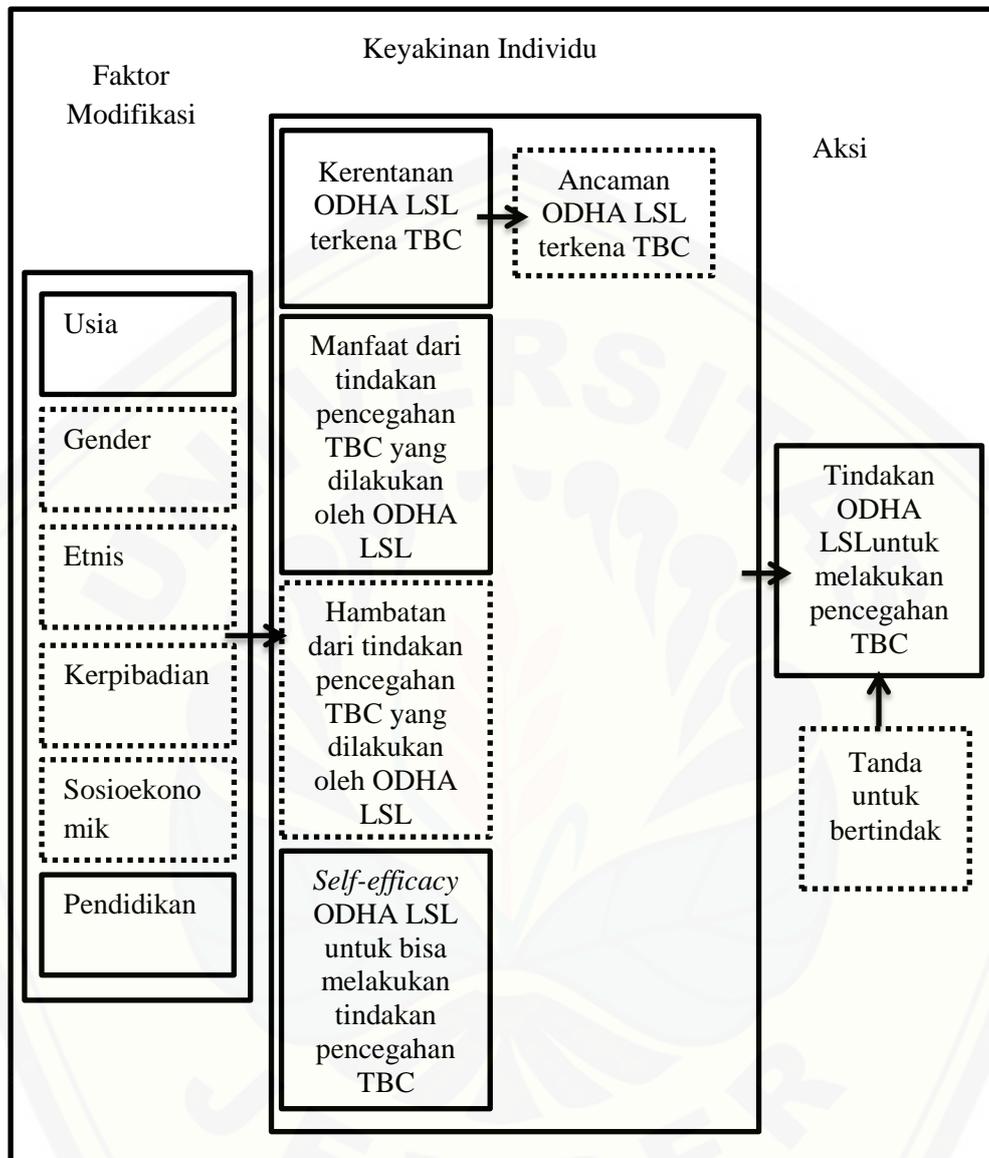
Konsep dari susunan HBM adalah kerentanan (keyakinan bahwa ada kemungkinan terkena penyakit), keparahan (keyakinan seberapa serius suatu kondisi), manfaat (keyakinan terhadap tindakan untuk pencegahan), hambatan (keyakinan adanya biaya/harga yang harus dibayar), tanda bertindak (strategi untuk mulai bertindak), dan *Self-efficacy* (keyakinan untuk bisa melakukan tindakan). HBM juga dipengaruhi oleh faktor modifikasi, faktor modifikasi tersebut diantaranya usia, gender, etnis, kepribadian, sosioekonomik, serta pendidikan yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang tentang kesehatan.

2.10 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori
Health Belief Model Components and Linkages (Glanz, 2008)

2.11 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual Penelitian *Health Belief Model Components and Linkages (Glanz, 2008)*

Keterangan

- : Variabel yang diteliti
- : Variabel yang tidak diteliti

Dalam teori *Health Beliefs Model* (HBM), seorang individu melakukan suatu tindakan pencegahan dipengaruhi oleh keyakinan individu itu sendiri (*Individuals Beliefs*). Hal ini mencakup seberapa rentan seseorang, seberapa serius penyakit tersebut, keuntungan yang dapat diperoleh dan kerugian dari tindakan pencegahan yang diambil, serta keyakinan diri untuk dapat melakukan tindakan pencegahan. Teori HBM menjelaskan bahwa kerentanan seseorang dan seberapa serius penyakit tersebut, apabila digabungkan dapat digunakan untuk mengidentifikasi ancaman. Tindakan pencegahan juga dipengaruhi oleh faktor modifikasi (*Modifying*) diantaranya, usia, gender, etnis, kepribadian, sosioekonomik, dan pendidikan.

Pada penelitian mengenai Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember, peneliti memilih dua faktor modifikasi yaitu usia dan pendidikan. Faktor modifikasi adalah faktor yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang tentang kesehatan. Peneliti juga memilih variabel utama penyusun teori HBM untuk diteliti yaitu, kerentanan ODHA LSL terkena TBC, manfaat dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan oleh ODHA LSL, *Self-efficacy* ODHA LSL untuk bisa melakukan tindakan pencegahan TBC, serta tindakan ODHA LSL untuk melakukan pencegahan TBC sebagai fokus penelitian. Usia dipilih sebagai fokus penelitian karena peneliti ingin mengetahui mayoritas usia ODHA LSL yang melakukan tindakan pencegahan TBC. Pendidikan dipilih sebagai fokus penelitian karena peneliti ingin mengetahui faktor modifikasi berdasarkan pendidikan formal yang saat ini sedang dijalani atau sudah dijalani ODHA LSL.

Variabel utama yang dipilih oleh peneliti menurut teori HBM yaitu, kerentanan ODHA LSL terkena TBC, manfaat dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan oleh ODHA LSL, *Self-efficacy* ODHA LSL untuk bisa melakukan tindakan pencegahan TBC, serta tindakan ODHA LSL untuk melakukan pencegahan TBC. Keempat variabel tersebut dipilih oleh peneliti karena pada penelitian-penelitian sebelumnya variabel-variabel tersebut menjadi variabel yang dominan bagi seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit. Oleh karena itu, peneliti menggunakan variabel-variabel tersebut dalam

penelitian mengenai perilaku ODHA LSL dalam tindakan pencegahan penyakit *Tuberculosis* sebagai penunjang atau penguat penelitian-penelitian sebelumnya.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case studies*). Metode penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang mempelajari mengenai budaya atau tingkah laku manusia melalui metode tersendiri (Lapau, 2012:19). Masalah dalam penelitian kualitatif masih bersifat sementara, tentatif, dan akan berkembang atau berganti setelah peneliti berada di lapangan (Sugiyono, 2015:205).

Pendekatan studi kasus (*case studies*) merupakan suatu penelitian satu atau beberapa kasus dengan menggali informasi dari beberapa sumber (Kahija dalam Rokhmah, 2014:7). Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jember, dimana LSL menjadi faktor resiko HIV/AIDS tertinggi nomor dua setelah hubungan seks beresiko pada heteroseksual.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian tentang Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember, dilakukan sejak awal studi pendahuluan yaitu pada tanggal 10 November 2017 sampai akhir waktu penelitian yaitu pada bulan Mei 2018.

3.3 Penentuan Informan Penelitian

Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar belakang penelitian (Moleong, 2010:132). Informan penelitian ini meliputi beberapa macam antara lain (Suyanto, 2005:171-172) :

- a. Informan kunci (*key informan*) adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci juga diperlukan sebagai penghubung antara peneliti dengan informan utama. Informan kunci dalam penelitian ini adalah ketua LSM LASKAR.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti (Suyanto, 2005:172). Informan utama dalam penelitian ini adalah para Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) dengan kriteria, bersedia menjadi informan utama dalam penelitian ini, ODHA LSL tidak terkena Infeksi Oportunistik *Tuberculosis*, dan bertempat tinggal di Kabupaten Jember.
- c. Informan tambahan merupakan mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti (Suyanto, 2005:172). Informan tambahan dalam penelitian ini adalah petugas LSM LASKAR, teman sebaya sesama LSL dan pacar sesama LSL yang mengetahui status HIV informan utama, Kepala Poli layanan *Care Support and Treatment* (CST) dan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soebandi, serta Manajer Kasus (MK) layanan VCT RSUD dr. Soebandi dan Puskesmas Puger. Petugas LSM LASKAR dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena petugas adalah seseorang yang banyak berinteraksi dan memberikan pendampingan kepada ODHA LSL. Teman sebaya dan pacar dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena mereka adalah orang yang dekat dengan informan utama, informan utama hanya mau membuka diri kepada teman sebaya dan pacar, serta tertutup dengan keluarga. Kepala Poli layanan CST dan VCT dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena Kepala Poli

adalah seseorang yang mengetahui dan memahami tentang pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) dan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) bagi ODHA LSL. MK layanan VCT dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena MK adalah seseorang yang mengetahui kondisi informan utama mulai dari sosial ekonomi, lingkungan dan gaya hidup. MK juga banyak memberikan pelayanan dan berinteraksi dengan ODHA LSL.

Penentuan sampel atau informan dalam penelitian kualitatif berfungsi untuk mendapatkan informasi yang maksimum (Sugiyono, 2015:219). Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive*, yaitu teknik pengambilan sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut adalah orang yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek atau situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2014:299).

Jumlah informan dalam penelitian ini akan didasarkan pada kejenuhan data dan informasi yang didapat. Informasi dianggap jenuh apabila data dan informasi yang diperoleh dianggap cukup, namun jika pada saat review dan analisis hasil penelitian data dianggap kurang, maka peneliti dapat kembali ke lapangan. Peneliti ingin mengetahui perilaku ODHA LSL terhadap pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus dalam penelitian adalah batasan masalah dalam penelitian. Fokus merupakan domain tunggal atau beberapa domain yang terkait dari situasi sosial (Sugiyono, 2010:34). Fokus penelitian pada penelitian mengenai Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember sebagai berikut :

Tabel 3.1 Fokus Penelitian

No.	Fokus Penelitian	Pengertian
1.	Faktor Modifikasi :	
	a. Usia	Lama waktu hidup ODHA LSL atau sejak

	ODHA LSL dilahirkan terhitung sampai pada saat ini.
b. Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang saat ini sedang dijalani atau sudah dijalani oleh informan utama.
2. Keyakinan Individu :	
a. Kerentanan	Keyakinan dan perasaan ODHA LSL mengenai seberapa serius dirinya dapat terkena penyakit atau efek dari penyakit TBC pada dirinya tanpa diberi pertolongan/pengobatan (Glanz, <i>et al.</i> , 2008:47)
b. Manfaat dari tindakan yang di ambil	Keuntungan yang dapat dirasakan oleh ODHA LSL terhadap tindakan pencegahan TBC, diantaranya yaitu : <ul style="list-style-type: none"> a) Cek TBC di pelayanan kesehatan b) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) (Kemenkes RI, 2015:69) c) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) (Kemenkes RI, 2015:70) d) Menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC e) Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun, serta menggunakan <i>hand sanitizer</i> setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas
c. <i>Self-efficacy</i>	Keyakinan diri ODHA LSL bahwa ia dapat melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC yang diperlukan untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik tersebut, dengan tingkat kesulitan pencegahan penyakit TBC (misalnya, sarana prasarana cuci tangan yang tidak memadai), dengan kekuatan/sejauh mana ODHA LSL dapat bertahan untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC, dan dengan generalisasi dari tindakan pencegahan penyakit TBC.
d. Tindakan pencegahan TBC	Hal-hal yang sudah dilakukan oleh ODHA LSL berdasarkan tindakan pencegahan yang sudah ditentukan oleh peneliti untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik TBC.

3.5 Data dan Sumber Data

Setiap penelitian memerlukan data karena data merupakan sumber informasi yang memberikan gambaran utama tentang ada tidaknya masalah yang akan diteliti (Bungin, 2009:123). Data merupakan bahan keterangan tentang suatu objek penelitian. Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer dan sekunder (Nazir, 2013:50) :

a. Data primer

Data primer diperoleh berdasarkan hasil *Indepth Interview* (wawancara mendalam) yaitu keterangan dan informasi yang didapat secara lisan dari informan melalui pertemuan dan percakapan. Wawancara mendalam (*indepth interview*) dilakukan kepada informan utama yaitu, ODHA LSL di Kabupaten Jember. Wawancara mendalam juga dilakukan kepada informan tambahan yaitu, petugas LSM LASKAR, teman sebaya sesama LSL dan pacar sesama LSL yang mengetahui status HIV informan utama, Kepala Poli layanan *Care Support and Treatment* (CST) dan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soebandi, serta Manajer Kasus (MK) layanan VCT RSUD dr. Soebandi dan Puskesmas Puger.

Petugas LSM LASKAR dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena petugas adalah seseorang yang banyak berinteraksi dan memberikan pendampingan kepada ODHA LSL. Teman sebaya dan pacar dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena mereka adalah orang yang dekat dengan informan utama, informan utama hanya mau membuka diri kepada teman sebaya dan pacar, serta tertutup dengan keluarga. Kepala Poli layanan CST dan VCT dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena Kepala Poli adalah seseorang yang mengetahui dan memahami tentang pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK) dan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) bagi ODHA LSL. MK layanan VCT dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena MK adalah seseorang yang mengetahui kondisi informan utama

mulai dari sosial ekonomi, lingkungan dan gaya hidup. MK juga banyak memberikan pelayanan dan berinteraksi dengan ODHA LSL.

Untuk membantu selama proses pengumpulan data, peneliti menggunakan panduan wawancara mendalam yang berisi daftar pertanyaan berkaitan dengan topik yang akan diteliti yaitu, perilaku ODHA LSL terhadap pencegahan *Tuberculosis* dengan fokus penelitian yaitu, usia ODHA LSL, pendidikan ODHA LSL, kerentanan ODHA LSL terkena TBC, manfaat yang dirasakan oleh ODHA LSL dari tindakan pencegahan yang dilakukan, *self-efficacy* ODHA LSL untuk bisa melakukan tindakan pencegahan TBC, serta tindakan ODHA LSL untuk melakukan pencegahan TBC. Supaya tidak ada informasi yang terlewatkan, maka selama jalannya wawancara direkam dengan alat bantu *handphone*.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung, baik dari buku literatur, dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan, laporan-laporan atau dari jurnal-jurnal yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan melalui Dinas Kesehatan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kabupaten Jember yaitu, berupa Data HIV/AIDS Berdasarkan Asal ODHA Tahun 2004-April 2018, Data HIV/AIDS Berdasarkan Faktor Resiko ODHA Tahun 2004-April 2018, Laporan Triwulan Penemuan Pasien TBC Tahun 2016 dan Tahun 2017, buku literatur, laporan atau jurnal, serta Laporan Penjangkauan LSL Program Dukungan IPF PMTS-LKB-SUFA dari LSM LASKAR.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah penting dalam penelitian. Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai *setting*, berbagai sumber dan berbagai cara (Sugiyono, 2014:35). Berdasarkan tempatnya, data dapat diperoleh dan dikumpulkan pada *setting* alamiah atau natural. Pengumpulan data dilakukan peneliti dengan pengumpulan data primer dan data sekunder. Data primer

diperoleh berdasarkan hasil wawancara mendalam (*indepth interview*) yaitu keterangan dan informasi yang didapat secara lisan dari informan melalui pertemuan dan percakapan (Sugiyono, 2015:224-225).

Data sekunder diperoleh dari laporan-laporan atau dari jurnal-jurnal yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Untuk membantu selama proses pengumpulan data, peneliti menggunakan panduan wawancara mendalam yang berisi daftar pertanyaan yang berkaitan dengan topik yang akan diteliti. Supaya tidak ada informasi yang terlewatkan, maka selama jalannya wawancara direkam dengan alat bantu *handphone*. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain :

a. Wawancara mendalam (*indepth interview*)

Wawancara adalah percakapan yang dilakukan dengan sebuah maksud tertentu. Percakapan tersebut dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara yang berperan untuk mengajukan pertanyaan dan terwawancara yang berperan memberikan jawaban atas apa yang sudah ditanyakan oleh pewawancara (Moleong, 2009:24). Jenis wawancara yang digunakan adalah wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara mendalam adalah sebuah wawancara yang dilakukan secara informal dengan menggunakan panduan tertentu dan semua pertanyaan yang diberikan saat wawancara bersifat spontan sesuai dengan apa yang dilihat, didengar dan dirasakan pada saat pewawancara bersama-sama dengan informan. Data yang diperoleh dari wawancara mendalam ini terdiri dari kutipan langsung dari orang-orang tentang pengalaman, pendapat, perasaan dan pengetahuannya (Afifudin dan Saebani, 2009:133).

b. Triangulasi Data

Teknik pengumpulan data dengan menggunakan triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulan teknisasi untuk melakukan cek kredibilitas dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data (Sugiyono, 2015:241). Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah

triangulasi sumber dari berbagai sumber penelitian yaitu informan kunci, informan utama, dan informan tambahan. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah petugas LSM LASKAR, teman sebaya sesama LSL dan pacar sesama LSL yang mengetahui status HIV informan utama, Kepala Poli layanan *Care Support and Treatment* (CST) dan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soebandi, serta Manajer Kasus (MK) layanan VCT RSUD dr. Soebandi dan Puskesmas Puger.

Petugas LSM LASKAR dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena petugas adalah seseorang yang banyak berinteraksi dan memberikan pendampingan kepada ODHA LSL. Teman sebaya dan pacar dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena mereka adalah orang yang dekat dengan informan utama, informan utama hanya mau membuka diri kepada teman sebaya dan pacar, serta tertutup dengan keluarga. Kepala Poli layanan CST dan VCT dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena Kepala Poli adalah seseorang yang mengetahui dan memahami tentang pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) dan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) bagi ODHA LSL. MK layanan VCT dipilih peneliti sebagai informan tambahan karena MK adalah seseorang yang mengetahui kondisi informan utama mulai dari sosial ekonomi, lingkungan dan gaya hidup. MK juga banyak memberikan pelayanan dan berinteraksi dengan ODHA LSL.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Sugiyono (2014:61) menyatakan bahwa instrumen utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri atau *Human Instrument*. *Human Instrument* berfungsi untuk menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas temuannya. Akan tetapi apabila fokus penelitian sudah cukup jelas, maka kemungkinan akan dikembangkan instrumen penelitian sederhana yang diharapkan dapat melengkapi data dan

membandingkan dengan data yang telah ditemukan melalui observasi serta wawancara mendalam (*indepth interview*).

Instrumen penelitian yang mendukung instrumen utama atau alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu :

- a. Panduan wawancara yang digunakan untuk memperoleh informasi lebih mendalam tentang Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember.
- b. Alat dokumentasi dalam hal ini adalah *handphone* yang digunakan untuk merekam pada saat proses wawancara yang dilakukan dengan informan. Hal ini membantu peneliti apabila pada saat peneliti mencatat hasil wawancara terdapat kekurangan.
- c. Buku catatan dan alat tulis pribadi yang digunakan untuk mencatat hasil wawancara mendalam tentang Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember.

3.7 Teknik Penyajian Data dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah suatu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005:37). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata dan kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Penyajian data dilakukan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli informan. Kemudian berdasarkan

ungkapan dan bahasa asli informan tersebut, dapat dikemukakan temuan peneliti yang selanjutnya akan dilakukan pembahasan dengan teori.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Metode analisis data adalah suatu metode yang digunakan untuk mengolah dan menganalisis hasil penelitian untuk dijadikan dasar penarikan kesimpulan. Analisis data yang sudah diperoleh dimaksudkan sebagai suatu cara mengorganisasikan data sedemikian rupa sehingga dapat dibaca dan ditafsirkan. Data kualitatif diolah berdasarkan karakteristik pada penelitian ini dengan metode *thematic content analysis* (analisis isi berdasarkan tema), yaitu metode yang berusaha mengidentifikasi, menganalisa dan melaporkan pola-pola yang ada berdasarkan data yang terkumpul.

Untuk memudahkan peneliti dalam proses analisis data, peneliti membagi informan menjadi 3 kelompok. Jika informan yang menjawab 4-6 maka disebut sebagian besar, jika informan yang menjawab 3 maka disebut rata-rata, dan jika informan yang menjawab 1-2 disebut sebagian kecil. Terdapat 5 tahapan dalam pengolahan data menurut Moleong (2009:48) sebagai berikut :

- a. Menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto dan sebagainya.
- b. Reduksi data, dilakukan setelah semua data dibaca, dipelajari, dan ditelaah yang kemudian melakukan abstraksi yaitu usaha membuat rangkuman yang inti, proses, pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada di dalamnya.
- c. Menyusun dalam satuan-satuan, yang kemudian dikategorisasikan pada langkah berikutnya yaitu koding.
- d. Melakukan pemeriksaan keabsahan data.

Untuk mendapatkan keabsahan (*trustworthiness*) data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan teknik pemeriksaan keabsahan data menurut Moleong (2010:330) didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu, yaitu :

1) Derajat kepercayaan (*credibility*)

Dilakukan dengan menggunakan triangulasi. Triangulasi yang digunakan adalah triangulasi dengan sumber, yang berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama (Sugiyono, 2015:242). Sumber dalam hal ini dapat berasal dari informan kunci, informan utama, dan informan tambahan.

2) Keteralihan (*transerability*)

Hal ini dilakukan dengan cara uraian rinci, dimana teknik ini menuntut peneliti agar melaporkan hasil penelitiannya sehingga uraiannya itu dilakukan seteliti dan secermat mungkin yang menggambarkan konteks tempat penelitian diselenggarakan.

3) Kebergantungan (*dependability*)

Kebergantungan dicapai dengan audit, dimana proses audit ini mencakup dua orang yaitu auditi (peneliti) dan auditor (yang mengaudit hasil temuan peneliti).

4) Kepastian

Pemeriksaan terhadap kriteria kepastian yang pertama yaitu auditor perlu memastikan apakah hasil temuan itu benar-benar berasal dari data. Selanjutnya auditor berusaha membuat keputusan apakah secara logis kesimpulan itu ditarik dan berasal dari data. Proses yang terakhir adalah auditor menelaah kegiatan peneliti dalam melaksanakan pemeriksaan keabsahan data.

e. Melakukan penafsiran data

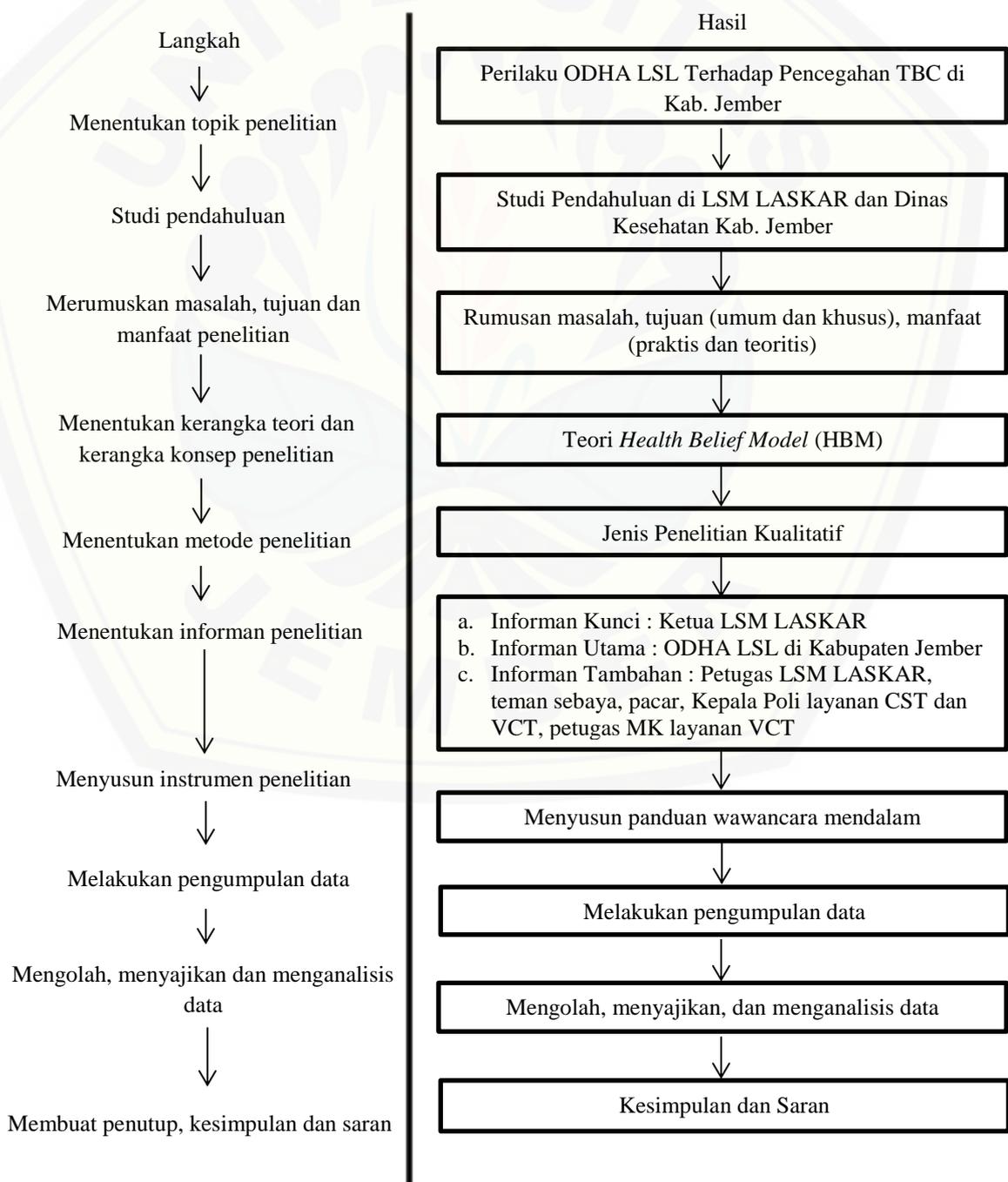
Data ditafsirkan menjadi kategori yang berarti menjadi bagian dari teori dan dilengkapi dengan penyusunan hipotesis kerjanya sebagai teori yang nantinya diformulasikan, baik secara deskriptif maupun secara proporsional.

3.8 Kredibilitas dan Dependabilitas Data

Upaya untuk menjaga kredibilitas yang digunakan dalam penelitian adalah dengan metode triangulasi data, yaitu suatu upaya memeriksa keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu diluar data tersebut. Misalnya mempertemukan atau *cross check* antara temuan data hasil observasi dan data hasil wawancara (Fatchan dalam Rokhmah, 2014:48). Dalam hal ini, peneliti menggunakan triangulasi sumber. Triangulasi sumber dilakukan dengan mencari data dari sumber yang beragam yang saling berkaitan, dan peneliti melakukan analisis untuk mengecek kredibilitas dari beragam sumber.

Dalam penelitian ini, kredibilitas data dapat dicapai dengan membandingkan informasi dari informan kunci, informan utama, dan informan tambahan dengan melakukan triangulasi sumber berasal dari hasil *indepth interview* pada penelitian ini. Dependabilitas data pada penelitian kualitatif dilakukan dengan cara melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Caranya dilakukan oleh auditor yang independen, atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian (Sugiyono, 2015:277). Dalam penelitian ini uji dependabilitas dilakukan oleh dosen pembimbing penelitian.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Usia informan utama dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar berusia 22-23 tahun. Terdapat sebagian kecil informan utama yang berusia >23 tahun. Usia tersebut merupakan usia dewasa.
- b. Sebagian besar pendidikan informan utama tergolong dalam kategori tingkat pendidikan menengah yaitu tamatan SMA/SMK dan SMP sederajat, sebagian kecil dari informan utama tersebut sedang melanjutkan pendidikan tinggi yaitu strata 1 (S1). Sebagian kecil informan utama tergolong kategori tingkat pendidikan tinggi yaitu strata 1 (S1).
- c. Keyakinan individu ODHA LSL dampingan LSM LASKAR Kabupaten Jember dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :
 - 1) ODHA LSL dalam penelitian ini sebagian besar merasa rentan untuk terkena infeksi oportunistik *Tuberculosis* (TBC). Terdapat sebagian kecil dari ODHA LSL yang merasa dirinya rentan, mengatakan bahwa kondisi daya tahan tubuhnya sudah melemah. Hal lain ditemukan bahwa sebagian kecil informan utama tidak sepenuhnya merasa rentan, karena ia menganggap bahwa pikiran yang *enjoy* dan selalu berpikir positif, maka akan membuat dirinya merasa lebih tenang. Hal lain juga ditemukan bahwa sebagian kecil dari ODHA LSL tidak merasa rentan karena menganggap gaya hidupnya sudah baik. Perilaku seksual beresiko yang dilakukan oleh ODHA LSL meningkatkan kerentanan mereka untuk terkena infeksi oportunistik TBC.
 - 2) Sebagian besar ODHA LSL dalam penelitian ini merasakan manfaat dari tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC yang sudah mereka

lakukan. Mereka mengatakan bahwa badan mereka merasa lebih sehat, rasa kekhawatiran untuk terkena infeksi oportunistik TBC menjadi berkurang, dan sebagai *personal hygiene*. Terdapat sebagian kecil informan utama yang melakukan tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC karena berdasarkan pengalaman dari salah satu teman informan utama yang sempat drop dan akhirnya meninggal karena kondisi kesehatannya memburuk. Hal lain dari hasil penelitian ini didapatkan sebagian kecil dari ODHA LSL yang tidak merasakan manfaat dari tindakan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) yang dilakukan.

- 3) Sebagian besar ODHA LSL dalam penelitian ini mampu menghadapi kesulitan dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan. Sebagian kecil dari ODHA LSL yang mampu menghadapi kesulitan dari tindakan pencegahan TBC, mengatakan bahwa dirinya lebih sulit menjaga statusnya sebagai ODHA LSL. Selain itu, seluruh ODHA LSL dalam penelitian ini mampu bertahan dalam melakukan tindakan pencegahan TBC yang sudah dilakukan. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa seluruh ODHA LSL tidak melakukan generalisasi tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC yang menjadi fokus penelitian, karena seluruh ODHA LSL tidak mengetahui dan tidak melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH).
- 4) ODHA LSL dalam penelitian ini sebagian besar melakukan cek TBC di pelayanan kesehatan, sebagian besar ODHA LSL juga melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK), tetapi seluruh ODHA LSL dalam penelitian ini tidak mengetahui dan tidak melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH). ODHA LSL dalam penelitian ini sebagian besar melakukan tindakan pencegahan TBC dengan cara menggunakan masker di tempat yang berpotensi terhadap penularan TBC, seluruh ODHA LSL melakukan tindakan cuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas, serta rata-rata ODHA LSL

menggunakan *hand sanitizer* setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas.

5.2 Saran

a. Bagi ODHA LSL

ODHA LSL dapat mempertahankan tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC yang sudah dilakukan, dan menerapkan pola hidup sehat yang disarankan oleh pendamping atau Manajer Kasus layanan VCT pada saat konsultasi. ODHA LSL harus aktif datang ke tempat layanan CST untuk berkonsultasi dan mencari informasi kesehatan terutama terkait HIV/AIDS dan infeksi yang dapat menyertai, serta cek kesehatan. Selain itu, ODHA LSL juga harus mandiri pada saat pengambilan obat di layanan.

b. Bagi Pendamping

Pendamping dari LSM LASKAR dan Manajer Kasus harus pro-aktif memberikan informasi kepada ODHA LSL terkait seluruh informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh ODHA LSL. Karena jika pendamping tidak pro-aktif, maka ODHA LSL tidak akan mengetahui seluruh informasi kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, pendamping harus selalu memberikan dukungan dan memantau perkembangan kesehatan ODHA LSL.

c. Bagi Instansi Terkait

Puskesmas Puger, dan RSUD Dr. Soebandi dapat mempertahankan program-program yang dibentuk bagi para ODHA LSL di Kabupaten Jember seperti Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), *homecare*, dan program *from zero to zero*. Seharusnya pelaporan PP INH yang dilakukan setiap bulan dari pihak rumah sakit ke Dinas Kesehatan tidak terlambat, karena hal tersebut dapat mempengaruhi ketersediaan PP INH di rumah sakit.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian secara kualitatif mengenai peran pendamping bagi ODHA LSL. Selain itu peneliti juga dapat melakukan penelitian secara kualitatif tentang Perilaku ODHA LSL terhadap pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) di Kabupaten Jember, serta dapat menggali lebih dalam lagi mengenai fenomena LSL di Kabupaten Jember.



DAFTAR PUSTAKA

- Adiana, Erin. 2017. Pengaruh Health Beliefe Model dan Motivasi dengan Pencegahan Penularan Tuberculosis Paru di Puskesmas Gurah Kabupaten Kediri. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*. Kediri : STIKes Bhakti Mulia Pare Kediri.
- Afifudin dan Saebani. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : Pustaka Setia.
- Andiny, Laura. 2008. Perbedaan Tingkat Self-efficacy Antara Guru yang Mengajar di SMA “Plus” dengan Guru yang Mengajar di SMA “Non Plus”. *Skripsi*. Depok : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Ardi, Fajar D & Nur, Sitti D. 2013. Efektivitas Mencuci Tangan Menggunakan Cairan Pembersih Tangan Antiseptik (*Hand Sanitizer*) Terhadap Jumlah Angka Kuman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 7 No. 2*, 75-82.
- Bandura, Albert dan Nancy E. 1977. *Analysis of Self-efficacy Theory of Behavioral Change*. New York : Stanford University.
- Bandura, Albert. 1994. *Self-Efficacy*. New York : Stanford University.
- Bouscaillou, Julie *et al.* 2016. *Prevalence and Factors Associated with HIV and Tuberculosis in People Who Use Drugs in Abidjan, Ivory Coast*. Abidjan : S0955-3959(16)30019-6, 1-27. [serial online]. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.drugpo.2016.02.010>. (diakses 10 November 2017)
- Bungin, Burhan. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Bungin, Burhan. 2011. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Kencana Predana Media Group.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Buku Saku Kader Program Penanggulangan TB*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. *Laporan Triwulan Penemuan Pasien TB*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. *Laporan Triwulan Penemuan Pasien TB*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Data HIV/AIDS Berdasarkan Faktor Resiko ODHA tahun 2004 – April 2018*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Data HIV/AIDS Berdasarkan Asal ODHA tahun 2004 – April 2018*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Ghufron, M.N & Risnawita, R.S. 2010. *Teori-Teori Psikologi*. Yogyakarta : Ar-Ruzz.
- Gjergji, Matilda *et al.* 2017. *Tuberculosis in HIV/AIDS Patients*. Albania : J Epidemiol Infect Dis 2017, 1(1) : 00003, 1-7.
- Glanz, Karen *et al.* 2008. *Health Behavior and Health Education Fourth Edition*. USA : Jossey-Bass.
- GWL INA. 2016. *Laporan Semester Program Penjangkauan LSL*. Jakarta : Jaringan Gaya Warna Lentera Indonesia.
- Hidayat, D.R. 2011. *Psikologi Kepribadian dan Konseling*. Jakarta : Indeks.
- Kementerian Agama Republik Indonesia. 2017. *Tafsir Az-Zariyat (51) Ayat 49*. Jakarta : Kementerian Agama Republik Indonesia.
- Kementerian Agama Republik Indonesia. 2017. *Tafsir Ar-Rahman (55) Ayat 13*. Jakarta : Kementerian Agama Republik Indonesia.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Panduan Penanggulangan Tuberculosis di UPT Pemasarakatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Rencana Aksi Nasional Kolaborasi TB-HIV 2015-2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Program Pengendalian HIV/AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan 1 Tahun 2017*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khamid, Nur M. 2018. Determinan Perilaku LSL (Laki-Laki Seks Dengan Laki-Laki HIV Positif Terhadap Pemanfaatan Layanan Care Support and Treatment (CST) Melalui Teori Andersen di Kabupaten Jember. *Tesis*. Jember : Universitas Jember.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember. 2017. *Laporan Kegiatan Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2017*. Jember : Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember.
- Kumalasari, Ika Yuli. 2013. Perilaku Beresiko Penyebab Human Immunodeficiency Virus (HIV) Positif. *Skripsi*. Semarang : Universitas Negeri Semarang.
- Lapau, B. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan : Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

LSM LASKAR Kabupaten Jember. 2016. *Laporan Penjangkauan LSL Program Dukungan IPF PMTS-LKB-SUFA*. Bidang Pendamping Lapangan Komunitas LSL Khusus ODHA Kabupaten Jember.

Luthviatin, Novia *et al.* 2012. *Dasar-Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jember : Jember University Press.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

Moleong, Lexy J. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya.

Moleong, Lexy J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya.

Nasronudin. 2014. *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial*. Surabaya : Airlangga University Press.

Nazir. 2013. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.

Neferi, Andria. 2016. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS dengan Respon Masyarakat Terhadap ODHA. *Skripsi*. Bandar Lampung : Universitas Lampung.

Nuryastuti, Titik. 2016. *Koinfeksi TB HIV dan Kaitannya dengan TB MDR*. Yogyakarta : Departemen Mikrobiologi Fakultas Kedokteran UGM, 57-69.

Pokja Sanitasi Kabupaten Jember. 2012. *Buku Putih Sanitasi Kabupaten Jember*. Jember : PPSP 2012.

Rokhmah, Dewi *et al.* 2012. Proses Sosialisasi Laki-Laki Suka Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Pada Kalangan Remaja di Kabupaten Jember. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Vol. 8 (2)*, 142-153.

Rokhmah, Dewi *et al.* 2014. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jember : Jember University Press.

Rokhmah, Dewi. 2016. Studi Fenomenologi Tentang Homoseksual Pada Laki-Laki Seks Dengan Laki-Laki di Kabupaten Jember. *Disertasi*. Surabaya : Universitas Airlangga.

Rokhmah, Dewi. 2017. *Strategi Pencegahan LGBT Pada Anak*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Sarwono. 2016. *Psikologi Remaja. Edisi Revisi*. Jakarta : Rajawali Press.

Suardi, M. 2012. *Pengantar Pendidikan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Indeks.

Suarni, Helda. 2009. Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Penderita Penyakit TB Paru BTA Positif di Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Bulan Oktober Tahun 2008 – April Tahun 2009. *Skripsi*. Depok : Universitas Indonesia.

Sugiyono. 2010. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta.

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta.

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

Suyanto, B. 2005. *Metode Penelitian Sosial : Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta : Prenada Media.

Umaroh, A. *et al.* 2016. Hubungan Antara Faktor Internal dan Faktor Eksternal dengan Perilaku Seksual Pranikah Remaja di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas Vol. 10 (1)*, 65-67.

Wahyuningsih. 2014. Pola Klinik *Tuberculosis* Paru di RSUP dr. Kariadi Semarang Periode Juli 2012 - Agustus 2013. *Laporan Hasil Karya Tulis Ilmiah*. Semarang : Universitas Diponegoro.

World Health Organization. 2012. *WHO Policy on Collaborative TB/HIV Activities*. Geneva : World Health Organization Press.

World Health Organization. 2015. *Global Tuberculosis Report 2015*. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization. 2017. *Global Tuberculosis Report 2017*. Moscow : World Health Organization.

Widiyanti, Mirna *et al.* 2016. *Karakteristik Pasien Koinfeksi TB-HIV di Rumah Sakit Mitra Masyarakat Mimika Papua*. Papua : SEL Vol. 3 No. 2 November 2016 : 49-55.

Wijaya, Victor N. 2017. *Infeksi Tuberculosis Laten-Diagnosis dan Tatalaksana*. Jambi : CDK-257/vol.44 no. 10 th. 2017, 706-709.

LAMPIRAN 1. INFORMED CONSENT



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 1/93- Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 159 Jember (68121) Tlp. (0331) 337878 - Fax (0331) 322995
Laman : www.fkm-unej.ac.id

PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : (isi dengan inisial)
Umur :
Alamat :
No. Telepon/HP:

Bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian yang berjudul “Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember”.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada informan. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Jember, 2018

Informan

(.....)

LAMPIRAN 2. PANDUAN WAWANCARA INFORMAN UTAMA

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 1/93- Kampus Bumi Tegal Boto
 Kotak Pos 159 Jember (68121) Tlp. (0331) 337878 - Fax (0331) 322995
 Laman : www.fkm-unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA INFORMAN UTAMA

Hari, :
 tanggal :
 waktu :
 tempat wawancara :

Gambaran Situasi

A. KARAKTERISTIK INFORMAN UTAMA

1. Nama : (isi dengan inisial)
2. Usia :
3. Pekerjaan :
4. Tingkat Pendidikan :
5. Alamat :
6. Pasangan : Punya/tidak punya*

B. PANDUAN WAWANCARA TENTANG *INDIVIDUAL BELIEFS*

1. Kerentanan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) terkena *Tuberculosis* (TBC)
 - a. Bagaimana pendapat anda dan apa yang anda ketahui mengenai infeksi penyerta HIV/AIDS?
 - b. Bagaimana anda bisa mengetahui tentang infeksi penyerta HIV/AIDS? Apakah pernah ada sosialisasi mengenai hal tersebut? Jika iya, kapan sosialisasi tersebut pernah dilaksanakan?
 - c. Bagaimana pendapat anda mengenai kerentanan diri anda untuk terkena penyakit TBC?
 - d. Mengapa anda merasa diri anda rentan terkena penyakit TBC?

- e. Bagaimana cara anda berinteraksi dengan penderita TBC dan siapa pasien penderita TBC yang pernah berinteraksi dengan anda?
 - f. Menurut anda, seberapa besar kekhawatiran anda untuk terkena infeksi penyerta TBC?
2. Manfaat dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan oleh ODHA LSL
- a. Bagaimana pendapat anda mengenai tindakan pencegahan penyakit TBC yang harus dilakukan oleh ODHA?
 - b. Bagaimanakah manfaat yang diperoleh dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan oleh ODHA LSL?
 - 1) Cek TBC di pelayanan kesehatan
 - 2) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK)
 - 3) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH)
 - 4) Menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC
 - 5) Mencuci tangan setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas
 - c. Menurut pendapat anda, bagaimana manfaat/keuntungan yang dapat anda rasakan dari tindakan pencegahan TBC yang sudah anda lakukan?
3. *Self-efficacy* (keyakinan ODHA LSL bahwa ia dapat melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC)
- a. Menurut anda, seberapa besar anda merasa yakin bahwa anda dapat melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC dengan berbagai kesulitan dari :
 - 1) Cek TBC di pelayanan kesehatan?
 - 2) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK)?
 - 3) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH)?
 - 4) Menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC?
 - 5) Mencuci tangan setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas?

- a) Kesulitan apa yang anda rasakan dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC? Apa harapan anda untuk kedepannya? *jika merasakan kesulitan.
- b) Bagaimana anda bisa disiplin dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC dan bagaimana tips nya? *jika tidak ada kesulitan.
- b. Menurut anda, seberapa besar anda merasa yakin bahwa anda dapat melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC dengan kekuatan untuk dapat bertahan melakukan tindakan pencegahan, yaitu :
 - 1) Cek TBC di pelayanan kesehatan?
 - 2) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK)?
 - 3) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH)?
 - 4) Menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC?
 - 5) Mencuci tangan setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas?
- a) Kendala apa yang anda rasakan untuk dapat bertahan melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC? Apa harapan anda untuk kedepannya? *jika ada kendala untuk bertahan melakukan pencegahan.
- b) Bagaimana anda bisa bertahan dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC dan bagaimana tips nya? *jika tidak ada kendala untuk bertahan melakukan pencegahan.
- c. Menurut anda, seberapa besar anda merasa yakin bahwa anda dapat melakukan seluruh tindakan pencegahan penyakit TBC, yaitu :
 - 1) Cek TBC di pelayanan kesehatan?
 - 2) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK)?
 - 3) Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH)?
 - 4) Menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC?
 - 5) Mencuci tangan setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas?

- a) Kendala apa yang anda rasakan untuk dapat melakukan seluruh tindakan pencegahan penyakit TBC? Apa harapan anda untuk kedepannya? *jika ada kendala untuk melakukan seluruh tindakan pencegahan.
- b) Bagaimana anda bisa melakukan seluruh tindakan pencegahan penyakit TBC dan bagaimana tips nya? *jika tidak ada kendala untuk melakukan seluruh tindakan pencegahan.



LAMPIRAN 3. PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 1/93- Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 159 Jember (68121) Tlp. (0331) 337878 - Fax (0331) 322995
Laman : www.fkm-unej.ac.id

**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN (PETUGAS LSM
LASKAR)**

Hari, :
tanggal :
waktu :
tempat wawancara :

Gambaran Situasi

A. KARAKTERISTIK INFORMAN KUNCI

1. Nama : (isi dengan inisial)
2. Usia :
3. Pekerjaan :
4. Tingkat Pendidikan :
5. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
6. Alamat :

**B. PROGRAM PENCEGAHAN INFEKSI OPORTUNISTIK
TUBERCULOSIS (TBC)**

1. Program apa yang sudah dilaksanakan oleh LSM LASKAR untuk ODHA LSL dalam upaya tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC?
2. Menurut anda, apa kendala dari program yang sudah dilaksanakan tersebut?
3. Bagaimana upaya LSM LASKAR dalam mengatasi kendala dari tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC?

LAMPIRAN 4. PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 1/93- Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 159 Jember (68121) Tlp. (0331) 337878 - Fax (0331) 322995
Laman : www.fkm-unej.ac.id

**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN (TEMAN SEBAYA
DAN PACAR)**

Hari, :
tanggal :
waktu :
tempat wawancara :

Gambaran Situasi

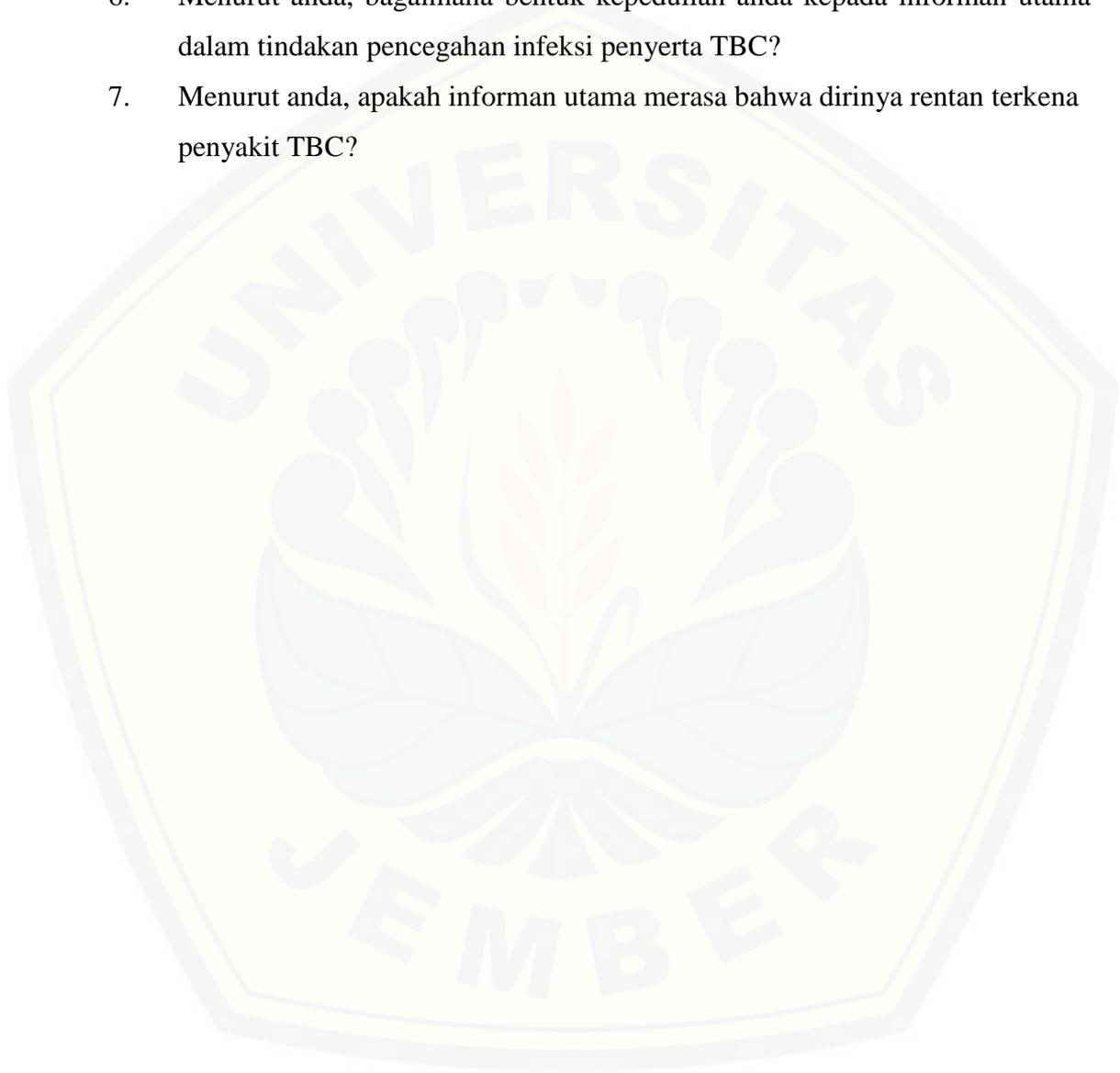
A. KARAKTERISTIK INFORMAN TAMBAHAN

1. Nama :
2. Usia :
3. Pekerjaan :
4. Tingkat Pendidikan :
5. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
6. Alamat :

**B. PANDANGAN INFORMAN TAMBAHAN MENGENAI PENCEGAHAN
INFEKSI OPORTUNISTIK TBC YANG DILAKUKAN INFORMAN
UTAMA**

1. Menurut anda, bagaimana bentuk kedekatan anda dengan informan utama?
2. Sejak kapan informan utama bercerita kepada anda bahwa dirinya adalah ODHA?
3. Bagaimana kondisi informan utama setelah bercerita kepada anda bahwa dirinya adalah ODHA, adakah perubahan kebiasaan pada informan utama?

4. Bagaimana kondisi kesehatan informan utama, apakah informan utama pernah mengalami batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih?
5. Menurut pendapat anda, apakah informan utama mengetahui bahwa dirinya berpotensi terkena penyakit TBC?
6. Menurut anda, bagaimana bentuk kepedulian anda kepada informan utama dalam tindakan pencegahan infeksi penyerta TBC?
7. Menurut anda, apakah informan utama merasa bahwa dirinya rentan terkena penyakit TBC?



LAMPIRAN 5. PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 1/93- Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 159 Jember (68121) Tlp. (0331) 337878 - Fax (0331) 322995
Laman : www.fkm-unej.ac.id

**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN (MANAJER
KASUS LAYANAN VCT)**

Hari, :
tanggal :
waktu :
tempat wawancara :

Gambaran Situasi

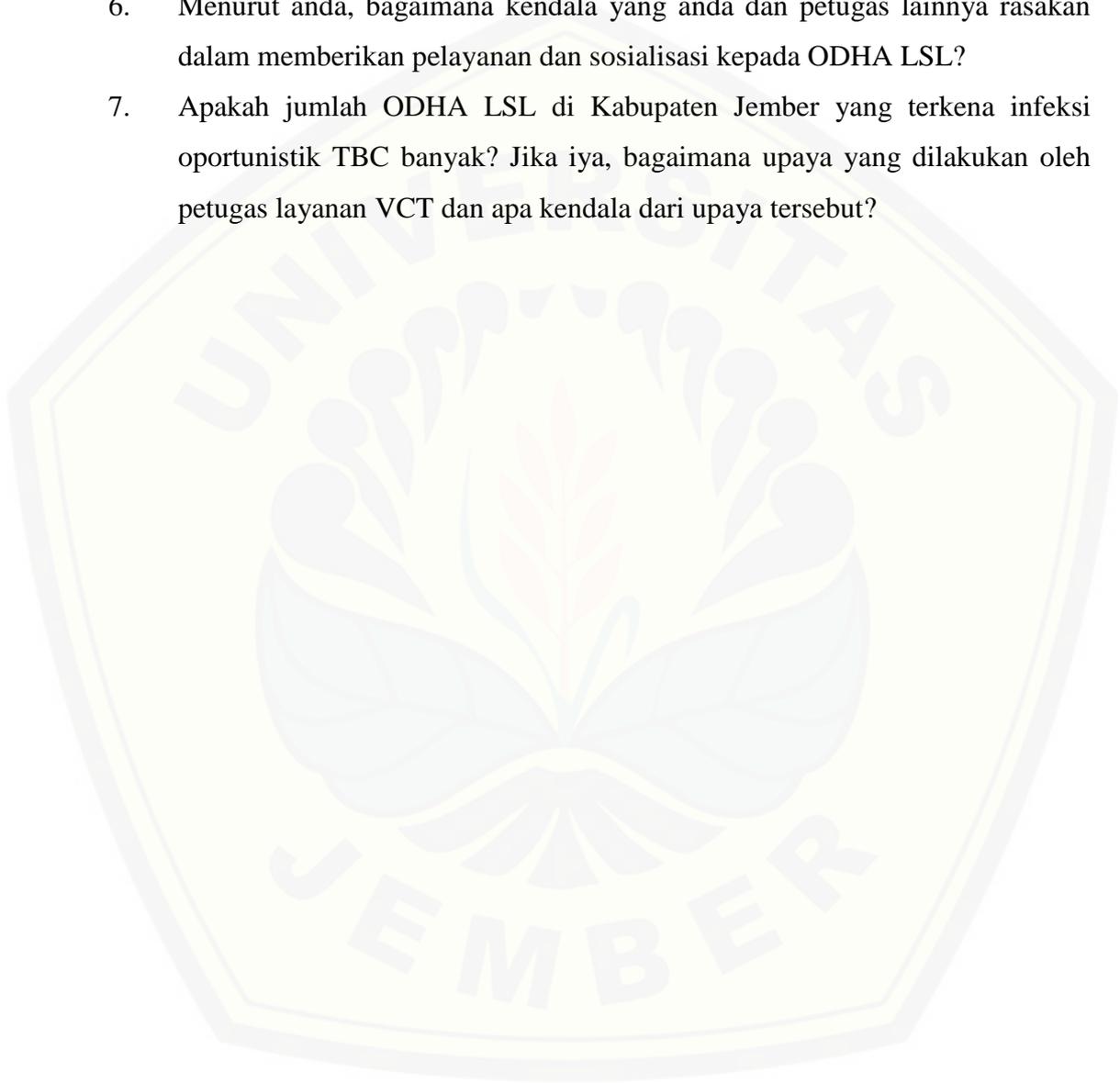
A. KARAKTERISTIK INFORMAN TAMBAHAN

1. Nama :
2. Usia :
3. Pekerjaan :
4. Tingkat Pendidikan :
5. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
6. Alamat :

**B. PANDANGAN INFORMAN TAMBAHAN MENGENAI KEAKTIFAN
INFORMAN UTAMA DATANG KE LAYANAN VCT**

1. Menurut anda, bagaimana bentuk kedekatan anda dengan informan utama?
2. Menurut anda, bagaimana bentuk kepedulian anda terhadap informan utama dalam tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC?
3. Menurut anda, bagaimana keaktifan (sering atau tidak) ODHA LSL untuk datang ke pelayanan VCT?

4. Apakah ada sosialisasi mengenai infeksi oportunistik TBC untuk ODHA LSL? Jika iya, kapan sosialisasi tersebut dilaksanakan?
5. Bagaimana cara anda dan petugas lainnya melakukan sosialisasi kepada ODHA LSL? *Jika ada sosialisasi
6. Menurut anda, bagaimana kendala yang anda dan petugas lainnya rasakan dalam memberikan pelayanan dan sosialisasi kepada ODHA LSL?
7. Apakah jumlah ODHA LSL di Kabupaten Jember yang terkena infeksi oportunistik TBC banyak? Jika iya, bagaimana upaya yang dilakukan oleh petugas layanan VCT dan apa kendala dari upaya tersebut?



LAMPIRAN 6. PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 1/93- Kampus Bumi Tegal Boto
 Kotak Pos 159 Jember (68121) Tlp. (0331) 337878 - Fax (0331) 322995
 Laman : www.fkm-unej.ac.id

**PANDUAN WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN (DOKTER
 LAYANAN VCT)**

Hari, :
 tanggal :
 waktu :
 tempat wawancara :

Gambaran Situasi

A. KARAKTERISTIK INFORMAN TAMBAHAN

1. Nama :
2. Usia :
3. Pekerjaan :
4. Tingkat Pendidikan :
5. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
6. Alamat :

**B. PANDANGAN INFORMAN TAMBAHAN MENGENAI PEMBERIAN
 PPK DAN PP INH UNTUK INFORMAN UTAMA**

1. Menurut anda, bagaimana bentuk kedekatan anda dengan informan utama?
2. Menurut anda, bagaimana bentuk kepedulian anda terhadap informan utama dalam tindakan pencegahan infeksi oportunistik TBC?
3. Menurut anda, bagaimana keaktifan (sering atau tidak) ODHA LSL untuk datang ke pelayanan VCT?
4. Apakah ada sosialisasi mengenai infeksi oportunistik TBC untuk ODHA LSL? Jika iya, kapan sosialisasi tersebut dilaksanakan?

5. Menurut anda, bagaimana pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK) untuk ODHA LSL? Apakah ODHA LSL harus melakukan PPK?
6. Menurut anda, bagaimana pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) untuk ODHA LSL? Apakah ODHA LSL harus melakukan PP INH?
7. Menurut anda, apa kendala dari pemberian PPK dan PP INH untuk ODHA LSL? Bagaimana upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut?
8. Apakah jumlah ODHA LSL di Kabupaten Jember yang terkena infeksi oportunistik TBC banyak? Jika iya, bagaimana upaya yang dilakukan oleh seluruh petugas layanan VCT dan apa kendala dari upaya tersebut?

LAMPIRAN 7. SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/4358/415/2017
Tentang
PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 13 November 2017 Nomor : 5785/UN25.1.12/SP/2017 perihal Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Izzania Oktaviani / 142110101125
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data terkait penderita TB – HIV di Kabupaten Jember
Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : November s/d Desember 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 16-11-2017
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politis


ACHMAD DAVID P. S.Sos
Penata Tk. 1
NIP. 19690912 199802 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

LAMPIRAN 8. SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 22 November 2017

Nomor : 440 / 52063 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember

di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4358/314/2016, Tanggal 16 November 2017, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Izzania Oktaviani
NIM : 142110101125
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data Tentang :
➤ Data terkait Penderita TB - HIV di Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 22 November 2017 s/d 31 Desember 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Pengambilan Data ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER


dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

LAMPIRAN 9. SURAT IJIN PENELITIAN

 **PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/1515/415/2018

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 07 Mei 2018 Nomor : 2142/UN25.1.12/SP/2018 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Izzania Oktaviani / 142110101125
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul :
"Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan Tuberculosis di Kabupaten Jember
Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Puger Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : Mei s/d Juni 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 30-05-2018
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik


ACHMAD DAVID F. S.Sos
Pembina
NIP. 19690912159602 1001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

LAMPIRAN 10. SURAT IJIN PENELITIAN



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember
di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1612/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

- Memperhatikan :
- : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 04 Juni 2018 Nomor : 2625/UN.25.1.12/SP/2018 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Izzania Oktaviani / 142110101125
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi yang berjudul :
"Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-laki Suka Seks Dengan Laki-laki (LSL)
Terhadap Pencegahan Tuberculosis di Kabupaten Jember"
Lokasi : RSD. dr. Soebandi Jember
Waktu Kegiatan : Juni s/d Juli 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik

3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 25-06-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris

Drs. HERI WIDODO
Pembina Tk. I
NIP. 19611224198812 1 001

- : Tembusan :
: Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
: : 2. Yang Bersangkutan.

LAMPIRAN 11. SURAT IJIN PENELITIAN



YAYASAN LASKAR
"LANGKAH SEHAT DAN BERKARYA"
Sekretariat : Perum Taman Gading Blok GG No. 20 Kaliwates-Jember Telp. 085204973822

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN
No. 55/ST/LASKAR/V/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini **Ketua LSM LASKAR (Langkah Sehat & Berkarya)** Kabupaten Jember.

MEMBERIKAN REKOMENDASI

Kepada :

No	Nama	NIM	Instansi
1	Izzania Oktaviani	142110101125	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Untuk :

Melakukan penelitian di LSM LASKAR Kabupaten Jember dengan judul proposal "Perilaku Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Laki-Laki Suka Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Terhadap Pencegahan *Tuberculosis* di Kabupaten Jember", dengan waktu penelitian bulan Mei-Juni 2018.

Demikian surat pemberitahuan ini dibuat untuk dapat dilaksanakan sebaik-baiknya dengan penuh tanggung jawab.

Jember, 22 Mei 2018

Ketua LSM LASKAR

M. Nur Khamid, S.KM., M.Kes

LAMPIRAN 12. ANALISIS DATA KUALITATIF PENELITIANTabel 1. Kerentanan ODHA LSL terkena *Tuberculosis*

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Iya pernah banget mbak, kayak parno-parno sendiri aku. Soalnya waktu itu aku sempet keluar kelenjar di leher. Terus setelah itu, aku ngerasa takutnya TBC kan mbak. Aku langsung ke poli paru, ternyata nggak TBC. Soalnya TBC itu kan ada yang kelenjar juga mbak, tapi untungnya ya negatif TBC pas aku ke poli itu. Yaitu mbak, makanya aku jadi parno sendiri. Ya takut-takut sendiri gitu. Ngerasa rentan banget aku kena TBC mbak. Temen-temenku ada yang kena TBC mbak, kurus banget gitu. Tetangga juga ada yang kena TBC. Aku ngerasa takut aja mbak, soalnya penularan TBC juga bisa lewat udara juga. Apalagi dengan aku udah ketahuan gini mbak.	Seseorang yang pemikir, memiliki rasa takut yang terlalu berlebihan, mudah cemas, cekatan dalam mengambil tindakan, sadar akan kondisi kesehatannya.
2	Nggak. Tuberculosis kan yaa? Nggak, aku nggak merasa rentan kalau tuberculosis. Kalau TBC itu kan berhubungan dengan paru-paru yaa. Kalau nggak salah kayaknya gitu. Soalnya paru-paru, jadi TBC itu kalau seandainya akibat kalau kita sering begadang, mungkin loh ya mbak. Terus merokok, sering keluar malam mungkin, terpapar kayak ya polusi, atau dekat dengan orang yang sering merokok disekitar kita. Kayak gitu. Soalnya kalau dilihat dari gejala yang aku tau kayak gitu tadi, mungkin kalau bener gitu ya, aku juga nggak merasa aku kayak gitu loh. Jadi kayak keluargaku nggak ada yang merokok, aku juga nggak merokok, nggak suka begadang, nggak suka keluar malem, nggak suka yang kayak gitu gitu pokoknya. Jadi kemungkinan nggak rentan sih, kemungkinan sih.	Seseorang yang santai, bukan pemikir berat, rasa percaya dirinya tinggi, sadar akan kondisi kesehatannya.
3	Iyaa..iyaaa... sering itu. Kadang kalau	Pemikir berat, mudah

	<p>sudah, ini kan saya batuk nih. Kepikiran, aduh nanti saya kena TBC nih, kena apalah itu. Sering takut sendiri, ya sampe dibawa. Ya soalnya kan orang yang sudah terjangkit HIV itu kan udah rentan tubuhnya. Daya tahan tubuhnya sudah melemah kan. Itu kan yang diserang daya tahan tubuhnya. Jadi itu yang bikin aku parno, jadi batuk sedikit udah takut. Padahal sebenarnya ya nggak TBC. Cuma pikiranku udah kemana-mana mbak.</p>	<p>cemas, memiliki rasa takut yang berlebihan, sadar akan kondisi kesehatannya, sering berpikir negatif dalam menghadapi kondisi kesehatannya.</p>
4	<p>Ya merasa juga nggak, kalau masalah kekhawatiran ya 50:50 lah soalnya kan kalau kita terlalu takut juga bakalan was-was juga jatuhnya, nggak baik juga kan. Mungkin ini aja, ya dibuat asik-asik aja. Kalau saya tak bawa enjoy mbak, positive thinking, soalnya itu kan juga berhubungan sama pikiran kita. Lebih menekankan ke positive thinking aja kalau saya mbak jadi pikiran lebih tenang aja hehehehe.</p>	<p>Seseorang yang santai dalam menghadapi kondisi kesehatannya, selalu berpikif positif, memiliki rasa percaya diri yang tinggi.</p>
5	<p>Enggak, soale sih kalau soal makanan aku jaga. Aku nggak pernah macem-macem hehehehe. Khawatir iya. Tapi aku nggak sampe mikir gitu nggak, soalnya ya udah tak buat biasa aja mbak.</p>	<p>Seseorang yang santai dalam menghadapi kondisi kesehatannya, bukan pemikir, tidak mudah cemas, bisa menjaga pola makan.</p>
6	<p>Apa yaa, nggak tau juga sih ya. Kalau aku lebih ke pikiran sih, psikisnya gitu, soalnya jujur pas waktu aku tes itu udah tau itu badan udah panas dingin banget, tapi setelah itu setelah tau tesnya, setelah minum obat itu badannya udah mood lagi, udah enak aja buat kemana mana, buat kesana kesini, buat kemana, ke Banyuwangi, di Banyuwangi itu udah 1 minggu aku, terus kemaren itu di Bondowoso itu ada 4 hari di Bondowoso, itu kan main-main, ya mau gimana lagi emang nggak mau jadi seperti ini. Kalau rejeki, jodoh, sama maut kan udah ada yang ngatur kan, udah tinggal ngejalanin aja</p>	<p>Mudah cemas, pemikir, yakin dengan kepercayaan yang dianut, mampu mengambil pelajaran dari sekelilingnya, suka travelling.</p>

gitu kan takdirnya, aku mencoba apa ya buat bijak aja dan aku harus bisa lebih baik dari hari kemaren gitu, kalau misalnya hari ini yaudah hari ini yang terbaik buat aku yaudah, buat besok nggak tau besok aku bisa ngejalanin hariku apa nggak. Toh kita kurang tau juga. Awalnya begini aku kan dari aplikasi chat mbak, terus ternyata jadi positif. Keinginanku buat tes itu berawal dari temenku, dia minta dianterno tes, dan akhirnya ke Soebandi. Terus habis itu hasilnya positif, udah aku ketakutan pas itu sih. Kalau TBC nya, sekarang sih masih belum terbukti juga sih kalau belum tes. Kalau khawatir ya ngerasa, nggak mungkin enggak.

Interpretasi 1 :

Semua informan memiliki pendapat yang berbeda-beda mengenai kerentanan dirinya terhadap infeksi oportunistik *Tuberculosis*. Masing-masing informan menilai kerentanan dirinya sendiri. Beberapa informan mengatakan bahwa dirinya sangat merasa rentan, dan ada juga informan yang mengatakan bahwa dirinya tidak merasa rentan. Seperti pada kutipan dibawah ini :

“.....Iya pernah banget mbak, kayak parno-parno sendiri aku. Soalnya waktu itu aku sempet keluar kelenjar di leher. Terus setelah itu, aku ngerasa takutnya TBC kan mbak. Aku langsung ke poli paru, ternyata nggak TBC. Soalnya TBC itu kan ada yang kelenjar juga mbak, tapi untungnya ya negatif TBC pas aku ke poli itu. Yaitu mbak, makanya aku jadi parno sendiri. Ya takut-takut sendiri gitu. Ngerasa rentan banget aku kena TBC mbak. Temen-temenku ada yang kena TBC mbak, kurus banget gitu. Tetangga juga ada yang kena TBC. Aku ngerasa takut aja mbak, soalnya penularan TBC juga bisa lewat udara juga. Apalagi dengan aku udah ketahuan gini mbak.....” (IU 1, 23 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Nggak. Tuberculosis kan yaa? Nggak, aku nggak merasa rentan kalau tuberculosis. Kalau TBC itu kan berhubungan dengan paru-paru yaa. Kalau nggak salah kayaknya gitu. Soalnya paru-paru, jadi TBC itu kalau seandainya akibat kalau kita sering begadang, mungkin loh ya mbak. Terus merokok, sering keluar malam mungkin, terpapar kayak ya polusi, atau dekat dengan orang yang sering merokok disekitar kita. Kayak gitu. Soalnya kalau dilihat dari gejala yang aku tau kayak gitu tadi, mungkin kalau bener gitu ya, aku juga nggak merasa aku kayak gitu loh. Jadi kayak keluargaku nggak ada yang merokok, aku juga nggak merokok, nggak suka begadang, nggak suka keluar malem, nggak suka yang kayak gitu gitu pokoknya. Jadi kemungkinan nggak rentan sih, kemungkinan sih.....” (IU 2, 23 tahun)

Interpretasi 3 :

“.....Ya merasa juga nggak, kalau masalah kekhawatiran ya 50:50 lah soalnya kan kalau kita terlalu takut juga bakalan was-was juga jatuhnya, nggak baik juga kan. Mungkin ini aja, ya dibuat asik-asik aja. Kalau saya tak bawa enjoy mbak, positive thinking, soalnya itu kan juga berhubungan sama pikiran kita. Lebih menekankan ke positive thinking aja kalau saya mbak jadi pikiran lebih tenang aja hehehehe.....” (IU 4, 28 tahun)

Tabel 2. Manfaat dari tindakan pencegahan TBC yang dilakukan oleh ODHA LSL

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Ada sih mbak, soalnya ngerasanya aku juga lebih sehat. Maksudnya lebih enak gitu badanku. Terus kalau kemana-mana pake masker itu nyampe rumah nggak ngerasain efek apa-apa. Biasanya kan ada yang masuk angin lah, apalah gitu mbak. Jadi ngerasa lebih enak aja pake masker. Apalagi kan dulu aku waktu kuliah itu PP, jadi ya mesti pake. Kalau cuma dirumah ya nggak pake mbak.	Berpikir positif, bisa menjaga kondisi kesehatannya, merasakan manfaat dari tindakan yang dilakukan.
2	Merasa, ada manfaat ya jelas. Pertama, rasa kekhawatiran itu ya kurang. Maksudnya sorry, rasa kayak parnonya itu berkurang. Jadi kayak bener-bener lebih safe aja. Walaupun aku nggak terlalu paham tentang penyebaran TBC gimana, cuma aku melakukan apa yang bisa aku lakukan kayak cuci tangan, pake masker, kayak gitu aja rasa khawatirkmu itu sedikit berkurang.	Berpikir positif, bisa survive untuk mempertahankan kesehatan dirinya, merasakan manfaat dari tindakan yang dilakukan.
3	Ya ada lah, ada manfaatnya. Kayak tambah bersih, kayak ya enak aja, udah terbiasa kan. Kalau cuci tangan itu kan sebenarnya nggak cuma buat bersih aja, tapi biar itu mbak....kan buat bunuh kuman juga.	Bisa menjaga kebersihan diri (personal hygiene), merasakan manfaat dari tindakan yang dilakukan.
4	Ya banyak sih, ya salah satunya untuk mencegah kita ini, ya kita harus tau aja, yang penting tau aja kalau kita memang dibandingkan dengan yang lain kita lebih rentan terkena TBC. Kalau kita terlalu parno TBC juga bikin nggak tenang, sedangkan yang kayak gitu itu kan pikiran harus senang, positive thinking aja yang penting. Ya itu manfaatnya....menghambat kita biar nggak kena TBC mbak. Nah soalnya saya kan tinggal sama keluarga, jadi paling tidak untuk HIV nya kan nggak menular mbak, tapi kalau seumpama TBC kan kita di satu rumah aja rentan kan, rawan. Jadi mengamankan,	Sadar dengan kondisi kesehatannya, berpikir positif, mampu melindungi keluarga supaya tidak sakit, merasakan manfaat dari tindakan yang dilakukan.

	menjaga supaya keluarga juga tidak terkena, dengan mencegah ini, mencegah saya sendiri biar nggak terkena itu. Menjaga aku biar lebih steril iya, kesehatan lebih terjaga juga kan.	
5	Ya mulai aku kerja di toko mbak, selama aku di toko. Ya buat kebersihan aja. Aku di toko udah lumayan lama mbak, setahunan lahh. Segituan itu mbak. Iya itu...ya kebersihan aja mbak, biar kuman nggak masuk ke tubuh. Gitu aja mbak.	Bisa menjaga kebersihan diri (personal hygiene).
6	Kalau minum kotrim ngga ada sih, soalnya sebelum aku tes itu aku merasa kondisiku sama kayak sekarang. Waktu itu sempet drop karena aku positif ya soalnya badanku nggak enak, tangan, badan kayak ngempes semenjak itu, habis itu sadar diri aja karena temenku ada yang meninggal gara-gara sakit ini. Kalau pake masker ya terhindar dari debu lah mbak, dari panas juga. Di Jember kan panas banget sekarang mbak, aku juga malu karena jerawatku banyak. Kalau hand sanitizer ya biar bersih aja sih, biar nggak was-was, meskipun nggak cuci tangan.	Kurang percaya diri, sadar akan kondisi kesehatannya.

Interpretasi 1 :

Semua informan memiliki pendapat yang berbeda-beda mengenai manfaat yang mereka peroleh dari tindakan pencegahan infeksi oportunistik *Tuberculosis* yang mereka lakukan. Beberapa informan ada yang mengatakan bahwa tindakan yang dilakukan memberikan manfaat bagi kesehatannya, dan ada juga informan yang mengatakan bahwa tindakan yang dilakukan tidak memberikan manfaat bagi kesehatannya. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Ada sih mbak, soalnya ngerasanya aku juga lebih sehat. Maksudnya lebih enak gitu badanku. Terus kalau kemana-mana pake masker itu nyampe rumah nggak ngerasain efek apa-apa. Biasanya kan ada yang masuk angin lah, apalah gitu mbak. Jadi ngerasa lebih enak aja pake masker. Apalagi kan dulu aku waktu

kuliah itu PP, jadi ya mesti pake. Kalau cuma dirumah ya nggak pake mbak.....”
(IU 1, 23 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Ya banyak sih, ya salah satunya untuk mencegah kita ini, ya kita harus tau aja, yang penting tau aja kalau kita memang dibandingkan dengan yang lain kita lebih rentan terkena TBC. Kalau kita terlalu parno TBC juga bikin nggak tenang, sedangkan yang kayak gitu itu kan pikiran harus senang, positive thinking aja yang penting. Ya itu manfaatnya....menghambat kita biar nggak kena TBC mbak. Nah soalnya saya kan tinggal sama keluarga, jadi paling tidak untuk HIV nya kan nggak menular mbak, tapi kalau seumpama TBC kan kita di satu rumah aja rentan kan, rawan. Jadi mengamankan, menjaga supaya keluarga juga tidak terkena, dengan mencegah ini, mencegah saya sendiri biar nggak terkena itu. Menjaga aku biar lebih steril iya, kesehatan lebih terjaga juga kan.....” (IU 4, 28 tahun)

Interpretasi 3 :

“.....Kalau minum kotrim ngga ada sih, soalnya sebelum aku tes itu aku merasa kondisiku sama kayak sekarang. Waktu itu sempet drop karena aku positif ya soalnya badanku nggak enak, tangan, badan kayak ngempes semenjak itu, habis itu sadar diri aja karena temenku ada yang meninggal gara-gara sakit ini. Kalau pake masker ya terhindar dari debu lah mbak, dari panas juga. Di Jember kan panas banget sekarang mbak, aku juga malu karena jerawatku banyak. Kalau hand sanitizer ya biar bersih aja sih, biar nggak was-was, meskipun nggak cuci tangan.....” (IU 6, 22 tahun)

Tabel 3. *Self-efficacy* ODHA LSL untuk bisa melakukan tindakan pencegahan TBC

- a. Aspek tingkat yang berhubungan dengan tingkat kesulitan ODHA LSL melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Awalnya sih iya, jelas iya mbak. Kalau yang minum kotrim itu kan minumnya harus rutin, terus ya kadang aku ketiduran dan nggak minum. Dulu pas awal aku pernah kelewat dari jamnya, udah takut banget aku mbak, kepikiran banget, ya gitu. Jadi sekarang buat menyiasatinya itu aku pake alarm. Kalau yang pake masker itu aku nggak ngerasa kesulitan mbak, soalnya udah jadi kebiasaan sih mbak. Kalau yang cuci tangan, ya gitu mbak hehehe. Tadi udah saya bilang.	Mudah cemas, bisa mengatasi kesulitan.
2	Jadi gini, kalau aku sih kayak agak gimana ya kalau minum kotrim juga sudah aku alarm. Jadi setiap hari aku minum. Terus kalau masker itu aku selalu stock dirumah dan kemana-mana selalu bawa di jok motor. Aku pake masker yang sekali pake itu mbak, kalau masker kain atau yang buff aku nggak berani sih. Soalnya menurutku percuma kalau pake yang kayak gitu buat aku. Kalau hand sanitizer pernah aku lupa bawa mbak, tapi begitu sampe dirumah aku langsung pake. Terus sih berusaha hidup sehat kalau saya mbak.	Bisa mengatasi kesulitan, disiplin minum obat, bisa memperbaiki gaya hidup.
3	Kalau kesulitannya, ya kadang penyakit malesnya itu mbak. Tapi kalau sekarang ya nggak lagi mbak, nggak males lagi. Udah coba buat tak jadiin kebiasaan, ditempat kerja juga kayak gitu cuci tangan setiap saat. Takut drop lagi mbak.	Bisa mengatasi kesulitan, belajar dari pengalaman.
4	Kesulitan apa ya, paling kalau kesulitan mungkin kayak menjaganya. Tapi dibilang kesulitan juga nggak sih, menjaga status kita yang sulit, misalnya	Tidak mau status nya sebagai ODHA LSL diketahui banyak orang.

	status kita seperti ini kita gay, kita ODHA. Biar ini, biar nggak banyak orang tau, cuman itu aja sih sebenarnya.	
5	Enggak, enggak ada. Ya aku biasa aja mbak.	Tidak merasa kesulitan melakukan tindakan pencegahan, bukan orang yang pemikir.
6	Kesulitan enggak sih, kalau sekarang ndak terlalu keribetan, karna yang tau badanku sendiri kan aku, yang bisa menjaga badan kan aku sendiri, ya itu kan emang berkaca dengan tubuh, keadaan seperti ini mau nggak mau yaudah harus mau. Kalau minum kotrim nggak ada kendala juga, nggak pernah sih soalnya ngerasain kendala. Minum kotrim kan ada jamnya, jam 1 atau nggak jam 2. Alhamdulillah sih aku ngga pernah sampe tak minum lebih dari jam 2, jam 2 udah pasti minum.	Sadar dengan kondisi kesehatannya, disiplin minum obat.

Interpretasi 1 :

Semua informan memiliki *Self-efficacy* dari aspek tingkat yang berbeda-beda. Masing-masing informan menilai *self-efficacy* dari aspek tingkat dirinya sendiri. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Awalnya sih iya, jelas iya mbak. Kalau yang minum kotrim itu kan minumnya harus rutin, terus ya kadang aku ketiduran dan nggak minum. Dulu pas awal aku pernah kelewat dari jamnya, udah takut banget aku mbak, kepikiran banget, ya gitu. Jadi sekarang buat menyiasatinya itu aku pake alarm. Kalau yang pake masker itu aku nggak ngerasa kesulitan mbak, soalnya udah jadi kebiasaan sih mbak. Kalau yang cuci tangan, ya gitu mbak hehehe. Tadi udah saya bilang.....” (IU 1, 23 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Kesulitan apa ya, paling kalau kesulitan mungkin kayak menjaganya. Tapi dibilang kesulitan juga nggak sih, menjaga status kita yang sulit, misalnya status

kita seperti ini kita gay, kita ODHA. Biar ini, biar nggak banyak orang tau, cuman itu aja sih sebenarnya.....” (IU 4, 28 tahun)

Interpretasi 3 :

“.....Enggak, enggak ada. Ya aku biasa aja mbak.....” (IU 5, 35 tahun)



- b. Aspek kekuatan atau sejauh mana ODHA LSL dapat bertahan untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit TBC

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	<p>Satu, aku pingin sehat mbak. Terus aku juga pingin apa ya mbak, nggak mau lah orang tuaku nanti kalau liat aku sakit, jadi aku ya kepikiran. Jadi sebisa mungkin aku nganggepnya kayak minum vitamin. Jadi itu bukan obat apa lah, nggak. Meskipun aku dapetnya kotrim yang 2, jadi satu kali minum 2, 2 kapsul mbak. Tiap jam 8 malam minum 2 kapsul mbak. Aku ya nganggepnya kayak minum vitamin aja sih mbak, jadi nggak punya pikiran nanti jangka panjangnya gimana, enggak kepikiran. Soalnya saya kan ODHA ya mbak, maksudnya saya dengan menderita penyakit ini ya harus lebih hati-hati lagi lah. Ya menurutku dari kesadaran diri sendiri aja sih. Aku sih yakinnya 100% mbak. Soalnya kan, kalau seumpunya nih ya mbak, sampe kena TBC, otomatis kan aku juga yang repot mbak. Nanti malah orang tuaku juga yang repot.</p>	<p>Memiliki keyakinan yang tinggi, merasa rentan, sadar akan kondisi kesehatannya, hati-hati dalam bertindak, disiplin minum obat.</p>
2	<p>Karena saya tidak mau sakit, bahasanya kayak gitu. Pertama saya sadar diri aja kalau aktivitas saya padat, sadar diri kalau seandainya sakit pasti harus minum obat. Nah kalau TBC itu kan juga harus minum obat mbak, 6 bulan kalau nggak salah. Bayangin aja obat TBC itu nggak kecil, gede-gede mbak. Saya tau dari temen saya kemaren itu, itu obat apa obat, saya nggak mau kayak temen saya. Minum kotrim aja itu rodok gimana, maksute kan ya umumnya ukuran normal obat ya se-kotrim itu, cumakan ya tetep gimana mbak. Terus kalau kena infeksi TBC berarti kan nambah obat lagi, harus lebih rutin minum obat, ndak boleh putus. Kalau saya itu gini, saya itu nggak mau nambah penyakit lagi. Saya itu gitu. Jadi harus dengan cara apa, itu ya dengan cara disiplin. Yakin...Yakin banget mbak.</p>	<p>Memiliki keyakinan yang tinggi, berpikir positif, sadar dengan kondisi kesehatannya, disiplin minum obat.</p>

	<p>Disiplin ya mbak, hmmm. Terus berpikir positif. Berpikir positif itu jadi gini, kalau aku rutin minum obat aku akan sehat, kalau aku nggak rutin minum obat aku akan sakit. Harus lebih sadar diri juga dengan kondisi badan, terus sadar diri juga kalau seandainya sakit. Kalau sakit bukan cuma kita yang ngerasain, tapi orang lain juga ngerasain sakit. Maksudnya ngerepotin orang tua, ngerepotin keluarga. Itu juga kalau kita sakit, tubuh kita lebih beresiko menularkan penyakit kita kepada orang lain. Kayak gitu sih, kalau aku sih tau diri.</p>	
3	<p>Yang pertama itu ya kalau sakit kan terus yang kerja siapa mbak, kan gitu. Aku masih punya adik. Yang kerja cuma aku, yang pas aku drop kemaren itu ya nggak ada yang kerja. Masih banyak tanggungan lah mbak. Harus dari diri sendiri yakin buat melakukan itu.</p>	<p>Memiliki keyakinan, bertanggung jawab pada keluarga, pekerja keras.</p>
4	<p>Keluarga. Tapi yang tau aku positif itu cuma adikku aja, ibu nggak tau. Awalnya ya mulai 2013 itu sampai 2015 nggak ada yang tau sama sekali. Aku cerita adikku ya paling nggak, biar ada yang tau. Soalnya kan kalau seumpama terjadi apa-apa sewaktu-waktu jadi ada yang tau penyebabnya apa. Kalau memang saya sudah waktunya the end, hehehehe. Positif...positif....positif.....kalau orang berpikir positif kan berani berspekulasi kayak aku yang konsumsi obat-obat itu spekulasi sebenarnya, karena itu sih aku masih bisa bertahan sampe sekarang. Eh 2013-2016 tanpa ARV. Kita berani nakal ya kita harus berani juga sama resikonya. Jadi tau status kita itu seperti apa, kalau sudah tau lebih enak, takutnya kan kalau nggak tau status kita bisa lebih bahaya ke kitanya. Ya diyakini aja. Soalnya semakin kita yakini biasanya semakin langgeng, kalau kita nggak yakin ya ujung-ujungnya juga males, ngerasanya ya minum nggak minum sama aja.</p>	<p>Berani menghadapi resiko, memiliki keyakinan.</p>

-
- 5 Ya buat diriku sendiri mbak, aku kadang juga mikir kalau aku nggak mau seperti temen-temenku yang meninggalnya cepet gara-gara putus obat kan, sia-sia ya sepertinya mbak. Ya buat diriku sendiri aja mbak, biar aku bisa beraktivitas, kerja, main. Gitu..... tak pake seneng ke diriku sendiri. Aku yakin banget, soale tanpa obat itu aku nggak akan hidup lama. Soale kan temenku barusan aja meninggal, putus obat gitu. Apa yo seharuse kan kalau udah ARV ndak boleh putus obat sampe 2 bulan. Cepet meninggalnya mbak kalau putus obat.
-
- 6 Sebenarnya yang aku takutin itu yang pertama masku tadi, terus takut menderita TBC juga, terus takutnya aku nggak bisa membahagiakan ke dua orang tuaku. Aku disini aku jauh-jauh dari kotaku sana kesini jauh banget, dan ternyata semakin kesini salah bergaul aku kayak gini. Pengen bahagiain orang tuaku, jadi mulai dari sekarang harus cepet-cepet bisa lulus gimana caranya wes. Gimana ya mbak, yakin nggak yakin. Pake masker kan niat awalnya gara-gara aku jerawat, tapi sekarang mungkin aku harus lebih berpikir ke arah kondisi kesehatanku. Kalau kotrim aku ngerasa biasa aja sih, tidak menimbulkan efek apapun, cuma aku nurut kan aku disarankan minum itu. Soalnya aku juga takut kalau tanpa penanganan sama sekali, apalagi aku positif. Apa lagi yaaa....ya aku sejak liat temenku meninggal itu jadi lebih takut lagi mbak. Pingin banget lebih menjaga kondisi tubuhku lah. Meskipun aku masih belum bisa merubah gaya hidupku seluruhnya jadi lebih baik, tapi aku berproses dikit-dikit mbak.
-

Interpretasi 1 :

Semua informan memiliki *Self-efficacy* dari aspek kekuatan yang berbeda-beda. Masing-masing informan menilai *self-efficacy* dari aspek kekuatan dirinya sendiri. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Satu, aku pingin sehat mbak. Terus aku juga pingin apa ya mbak, nggak mau lah orang tuaku nanti kalau liat aku sakit, jadi aku ya kepikiran. Jadi sebisa mungkin aku nganggepnya kayak minum vitamin. Jadi itu bukan obat apa lah, nggak. Meskipun aku dapetnya kotrim yang 2, jadi satu kali minum 2, 2 kapsul mbak. Tiap jam 8 malam minum 2 kapsul mbak. Aku ya nganggepnya kayak minum vitamin aja sih mbak, jadi nggak punya pikiran nanti jangka panjangnya gimana, enggak kepikiran. Soalnya saya kan ODHA ya mbak, maksudnya saya dengan menderita penyakit ini ya harus lebih hati-hati lagi lah. Ya menurutku dari kesadaran diri sendiri aja sih. Satu, aku pingin sehat mbak. Terus aku juga pingin apa ya mbak, nggak mau lah orang tuaku nanti kalau liat aku sakit, jadi aku ya kepikiran. Jadi sebisa mungkin aku nganggepnya kayak minum vitamin. Jadi itu bukan obat apa lah, nggak. Aku sih yakinnya 100% mbak. Soalnya kan, kalau seumpunya nih ya mbak, sampe kena TBC, otomatis kan aku juga yang repot mbak. Nanti malah orang tuaku juga yang repot.....” (IU 1, 23 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Sebenarnya yang aku takutin itu yang pertama masku tadi, terus takut menderita TBC juga, terus takutnya aku nggak bisa membahagiakan ke dua orang tuaku. Aku disini aku jauh-jauh dari kotaku sana kesini jauh banget, dan ternyata semakin kesini salah bergaul aku kayak gini. Pengen bahagiain orang tuaku, jadi mulai dari sekarang harus cepet-cepet bisa lulus gimana caranya wes. Gimana ya mbak, yakin nggak yakin. Pake masker kan niat awalnya gara-gara aku jerawat, tapi sekarang mungkin aku harus lebih berpikir ke arah kondisi kesehatanku. Kalau kotrim aku ngerasa biasa aja sih, tidak menimbulkan efek apapun, cuma aku nurut kan aku disarankan minum itu. Soalnya aku juga takut kalau tanpa penanganan sama sekali, apalagi aku positif. Apa lagi yaaa....ya aku sejak liat temenku meninggal itu jadi lebih takut lagi mbak. Pingin banget lebih menjaga

kondisi tubuhku lah. Meskipun aku masih belum bisa merubah gaya hidupku seluruhnya jadi lebih baik, tapi aku berproses dikit-dikit mbak.....” (IU 6, 22 tahun)



- c. Aspek Generalisasi atau keseluruhan tindakan pencegahan penyakit TBC yang dilakukan ODHA LSL

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	<p>“...Kemaren habis jenguk aku langsung cuci tangan dan pake hand sanitizer mbak, kalau pas mau makan juga iya cuci tangan, hmhhh udah sih mbak...”</p> <p>“...Kalau kotrimoksasol iya, kalau INH belum. Jadi cuma kotrim aja mbak. Nggak pernah dikasih yang INH, jadi ya aku nggak tau mbak...”. “...Dulu pernah cek TBC mbak, pas mau start pengobatan...”. “...Kalau masker aku selalu pake, keluar aja aku mesti pake mbak. Kemaren pas jenguk temenku yang sakit aku ya pake masker...”</p>	Menjaga kebersihan diri, pengetahuan mengenai seluruh tindakan pencegahan TBC kurang.
2	<p>“...Hmmm, kalau cuci tangan sih iya. Tapi nggak selalu sih mbak. Kalau mau makan ya cuci tangan, kalau seandainya dirumah ya mbak pasti pake sabun, terus kalau seandainya kayak diluar kalau kita jajan atau beli lalapan di jalan-jalan kayak di jalan jawa kan takut, jadi aku cuma pake hand sanitizer. Kalau hand sanitizer, aku kemana-mana selalu bawa dan selalu pake. Kalau masalah itu sih aku aman mbak...”. “...Kalau kotrim iya, kotrim aku minum. Kalau INH nggak tau mbak...”. “...Pernah cek TBC....tapi enggak, negatif hasilnya. Tapi aku tes sendiri mbak, dulu waktu ke poli paru pas tes itu hasilnya negatif...”. “...Terus kalau masker itu aku selalu stock dirumah dan kemana-mana selalu bawa di jok motor. Aku pake masker yang sekali pake itu mbak, kalau masker kain atau yang buff aku nggak berani sih...”</p>	Pengetahuan mengenai seluruh tindakan pencegahan TBC kurang.
3	<p>“...Soalnya aku kan kerja di food and beverage yaa, jadi ya wajib selalu cuci tangan mbak. Dari sebelum ketawan positif ODHA aku udah biasa pake masker dan cuci tangan mbak. hand sanitizer nggak, cuci tangan aja udah</p>	Pengetahuan mengenai seluruh tindakan pencegahan TBC kurang, disiplin dalam hal kebersihan diri.

	cukup menurutku mbak...". "...Kotrim sempet minum, tapi sekarang udah nggak mbak. Soalnya aku minum kotrim itu alergi, gatal-gatel. Jadi aku stop dulu. INH nggak tau dan nggak minum aku mbak...". "...Aku kalau nggak salah cek TBC itu 2 kali mbak. Iya 2 kali. Yang satunya di rumah sakit Citra Husada, dan hasilnya sama-sama nggak...". "...Ya palingan aku cuma pake masker, itu aja. Kemana-mana ya pake masker..."	
4	"...Paling cuma kalau makan aja, sama ini...kalau habis panggilan alam (buang air besar). Hand sanitizer nggak pernah beli. Tambah rumpik nanti, hehehehe...". "...Kotrim iya, sampe sekarang iya masih minum. Minumnya setiap hari, satu kali minum 2 butir. INH nggak, cuma kotrim aja...". "...Paling cuma itu, pengecekan aja. Cek TBC...". "...Paling ya kalau lagi punya masker ya pake masker, kalau nggak punya ya nggak pake. Soalnya nggak begitu ini, takut..."	Kurang menjaga kebersihan diri, pengetahuan mengenai tindakan pencegahan TBC kurang, tidak mudah cemas.
5	"...Cuci tangan sering. Mau makan, habis makan. Sering aku kalau cuci tangan mbak. Hand sanitizer nggak, nggak pake itu...". "...Nggak. Soalnya kan daya tahan tubuhku bagus, jadi nggak dikasih kotrim. Dulu aku dikasihnya ya kotrim sama B-komplek mbak. Tapi dulu...". "...Belum, mungkin kapan gitu mbak di Patrang ya cek batuk akut...". "...Nggak pernah. Cuma ini...kalau di jalan naik motor aku pake masker mbak. Biar nggak kena debu, gitu aja. Di Puskesmas Puger, di Rumah Sakit Balung aku nggak pernah pake..."	Memiliki rasa percaya diri yang tinggi, pengetahuan mengenai tindakan pencegahan TBC kurang.
6	"...Aku biasanya pake hand sanitizer. Kemana-mana aku selalu bawa hand sanitizer. Cuci tangan iya, tapi nggak selalu. Kalau hand sanitizer selalu mbak...". "...Aku minum yang bagus. Kan ada kotrim yang biasa. Soalnya ini	Pengetahuan mengenai tindakan pencegahan TBC kurang, tidak aktif

kan beda kandungannya, INH nggak...”. “...Enggak, cuma darah aja. Kemaren dari Puskesmas Puger terus dilempar ke Soebandi terus dari Soebandi udah kenal sama petugasnya, kemaren sudah dikasih tau sih buat foto kayak gitu...”. “...Kalau misalnya ambil obat gitu ya iya. Ya itu dari dulu kayak gitu sih, soalnya dulu awal itu aku nggak jerawat an, aku sampai disini awal semester 3 baru muncul jerawat, setelah itu jerawatnya makin banyak. Akhirnya kemana mana pake masker...”

Interpretasi 1 :

Semua informan memiliki *Self-efficacy* dari aspek generalisasi yang berbeda-beda. Masing-masing informan menilai *self-efficacy* dari tindakan pencegahan penyakit TBC yang dilakukannya. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Soalnya aku kan kerja di food and beverage yaa, jadi ya wajib selalu cuci tangan mbak. Dari sebelum ketawan positif ODHA aku udah biasa pake masker dan cuci tangan mbak. hand sanitizer nggak, cuci tangan aja udah cukup menurutku mbak...”. “...Kotrim sempet minum, tapi sekarang udah nggak mbak. Soalnya aku minum kotrim itu alergi, gatal-gatel. Jadi aku stop dulu. INH nggak tau dan nggak minum aku mbak...”. “...Aku kalau nggak salah cek TBC itu 2 kali mbak. Iya 2 kali. Yang satunya di rumah sakit Citra Husada, dan hasilnya sama-sama nggak...”. “...Ya palingan aku cuma pake masker, itu aja. Kemana-mana ya pake masker.....” (IU 3, 22 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Paling cuma kalau makan aja, sama ini....kalau habis panggilan alam (buang air besar). Hand sanitizer nggak pernah beli. Tambah rumpik nanti, hehehehe...”. “...Kotrim iya, sampe sekarang iya masih minum. Minumnya setiap hari, satu kali minum 2 butir. INH nggak, cuma kotrim aja...”. “...Paling cuma itu, pengecekan aja. Cek TBC...”. “...Paling ya kalau lagi punya masker ya

pake masker, kalau nggak punya ya nggak pake. Soalnya nggak begitu ini, takut.....” (IU 4, 28 tahun)

Interpretasi 3 :

“.....Cuci tangan sering. Mau makan, habis makan. Sering aku kalau cuci tangan mbak. Hand sanitizer nggak, nggak pake itu...”. “...Nggak. Soalnya kan daya tahan tubuhku bagus, jadi nggak dikasih kotrim. Dulu aku dikasihnya ya kotrim sama B-komplex mbak. Tapi dulu...”. “...Belum, mungkin kapan gitu mbak di Patrang ya cek batuk akut...”. “...Nggak pernah. Cuma ini...kalau di jalan naik motor aku pake masker mbak. Biar nggak kena debu, gitu aja. Di Puskesmas Puger, di Rumah Sakit Balung aku nggak pernah pake.....” (IU 5, 35 tahun)

Tabel 4. Tindakan ODHA LSL untuk melakukan pencegahan TBC

a. Cek TBC di pelayanan kesehatan

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	TBC nya belum untuk saat ini. Pingin sih mbak cek TBC.....Oh awal dulu pernah cek TBC mbak, pas mau start pengobatan. Iya aku inget mbak, di cek. Awal-awal mau ARV itu.	Pelupa, ada kemauan untuk mengetahui status kesehatan dirinya.
2	Pernah....tapi enggak, negatif hasilnya. Tapi aku tes sendiri mbak, dulu waktu ke poli paru pas tes itu hasilnya negatif. Kalau pas VCT nya itu aku cuma di tes HIV nya aja, tapi nggak di cek TBC. Temenku ada yang pas VCT itu sekalian di cek TBC nya, tapi aku nggak. Seingat saya sih nggak ya mbak.	Ada kemauan untuk mengetahui status kesehatan dirinya.
3	Iya VCT nya, dulu pas awal itu tes VCT enggak pake TBC. Cuma dites darahnya aja, terus setelah itukan saya ketawan positif itu saya sakit batuk-batuk nggak sembuh-sembuh. Ditanyain sama pendampingku dan disuruh tes dahak. Ternyata nggak ada, negatif hasilnya. Aku kalau nggak salah cek TBC itu 2 kali mbak. Iya 2 kali. Yang satunya di rumah sakit Citra Husada, dan hasilnya sama-sama nggak.	Mau menerima saran dari pendamping, rutin cek kesehatan.
4	Paling cuma itu, pengecekan aja. Cek TBC. Terakhir tes TBC waktu aku sempat ngedrop itu. Kira-kira 1 tahun yang lalu, sebelum puasa tahun kemaren. Jadi aku tes TBC itu 2 kali. Pas awal VCT sama pas aku sempat ngedrop itu mbak.	Ada kemauan untuk mengetahui status kesehatan dirinya.
5	Belum mbak. Belum, mungkin kapan gitu mbak di Patrang ya.	Belum ada keinginan yang tinggi untuk mengetahui status kesehatan dirinya.
6	Enggak, cuma darah aja. Kemaren dari Puskesmas Puger terus dilempar ke Soebandi terus dari Soebandi udah kenal sama petugasnya. Pokoknya itu sama foto, tapi masih kurang tau	Ada kemauan untuk mengetahui status kesehatan dirinya.

kapan. Sampe sekarang belum
dihubungin lagi.

Interpretasi 1 :

Semua informan melakukan tindakan pencegahan TBC yang berbeda-beda. Tidak semua informan melakukan cek TBC di pelayanan kesehatan. Sebagian kecil dari mereka mengatakan bahwa belum pernah melakukan cek TBC di pelayanan kesehatan. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Belum mbak. Belum, mungkin kapan gitu mbak di Patrang ya.....” (IU 5, 35 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Iya VCT nya, dulu pas awal itu tes VCT enggak pake TBC. Cuma dites darahnya aja, terus setelah itu saya ketawan positif itu saya sakit batuk-batuk enggak sembuh-sembuh. Ditanyain sama pendampingku dan disuruh tes dahak. Ternyata enggak ada, negatif hasilnya. Aku kalau enggak salah cek TBC itu 2 kali mbak. Iya 2 kali. Yang satunya di rumah sakit Citra Husada, dan hasilnya sama-sama enggak.....” (IU 3, 22 tahun)

b. Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK)

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Kalau kotrimoksasol iya, kalau INH belum. Jadi cuma kotrim aja mbak. Nggak pernah dikasih yang INH, jadi ya aku nggak tau mbak.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
2	Kalau kotrim iya, kotrim aku minum. Kotrim yang 460, eh 480. Kalau INH nggak tau mbak.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
3	Kotrim sempet minum, tapi sekarang udah nggak mbak. Soalnya aku minum kotrim itu alergi, gatal-gatel. Jadi aku stop dulu.	Kulit sensitif akibat reaksi kotrimoksasol.
4	Kotrim iya, sampe sekarang iya masih minum. Minumnya setiap hari, satu kali minum 2 butir.	Disiplin minum kotrimoksasol.
5	Nggak. Soalnya kan daya tahan tubuhku bagus, jadi nggak dikasih kotrim. Cuma ARV aja mbak. Aku itu ngambilnya sebulan sekali. Dulu pernah sih minum kotrim, tapi sekarang udah nggak. Efeknya itu mbak.....pas awal-awal minum bikin nge-fly, kayak disembelih gitu. Langsung bereaksi obatnya, efeknya besar mbak.	Percaya diri tinggi, rajin dan disiplin mengambil obat.
6	Iya, sekali. Aku minum yang bagus. Kan ada kotrim yang biasa. Soalnya ini kan beda kandungannya. Jadi ya 1 x 1, tapi kalau di apotek yang biasa-biasa itu, ngga ada yang bagus kayak gini. Adanya yang biasa. Nggak tau persis bedanya apa, cuma kandungannya. Gitu aja. Mungkin yang langsung 2.	Memiliki semangat yang tinggi untuk sehat.

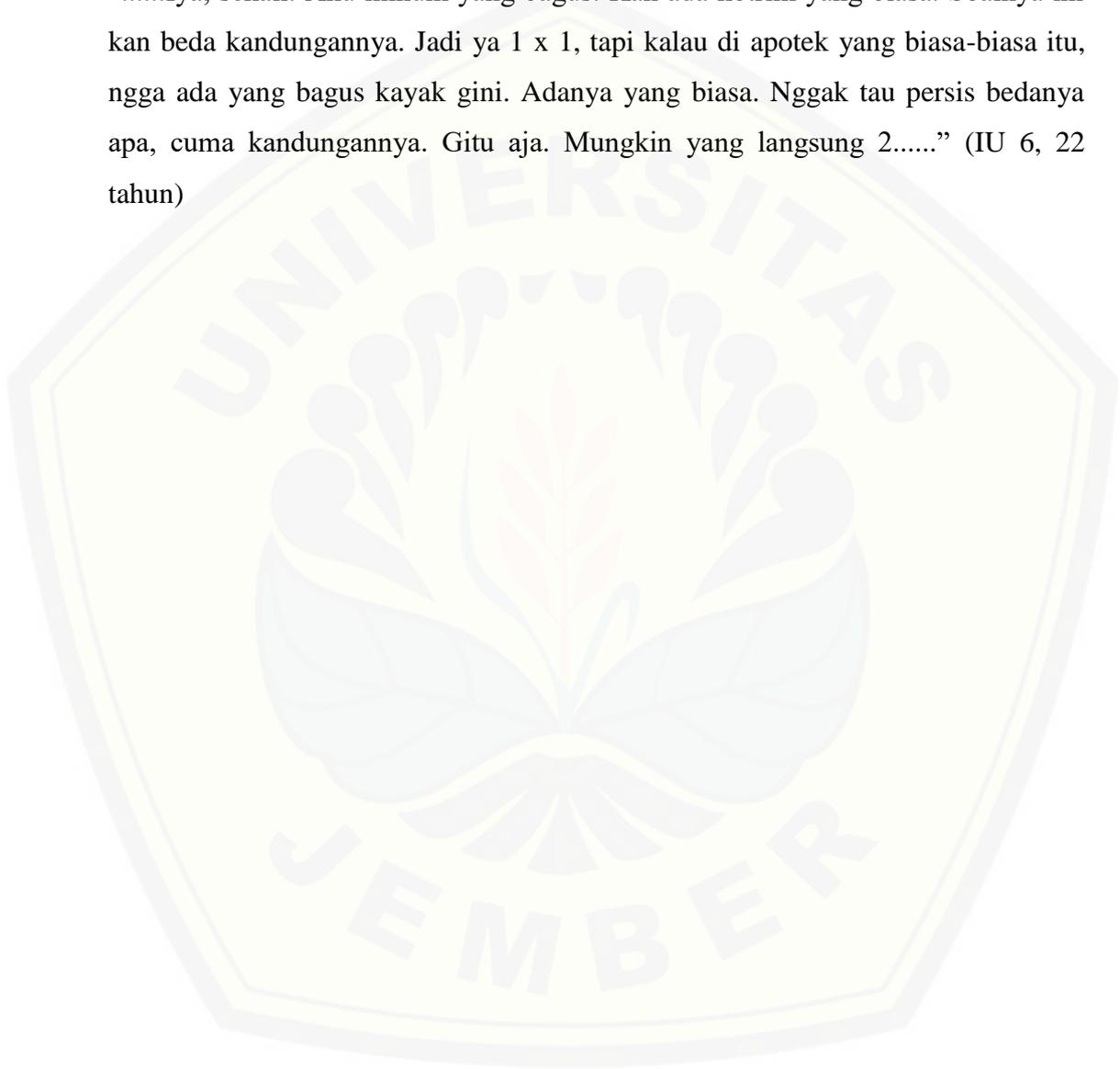
Interpretasi 1 :

Semua informan melakukan tindakan pencegahan TBC yang berbeda-beda. Tidak semua informan melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK). Sebagian kecil dari mereka mengatakan bahwa sudah tidak melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksasol (PPK). Seperti pada kutipan berikut :

“.....Kotrim sempet minum, tapi sekarang udah nggak mbak. Soalnya aku minum kotrim itu alergi, gatal-gatel. Jadi aku stop dulu.....” (IU 3, 22 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Iya, sekali. Aku minum yang bagus. Kan ada kotrim yang biasa. Soalnya ini kan beda kandungannya. Jadi ya 1 x 1, tapi kalau di apotek yang biasa-biasa itu, nggak ada yang bagus kayak gini. Adanya yang biasa. Nggak tau persis bedanya apa, cuma kandungannya. Gitu aja. Mungkin yang langsung 2.....” (IU 6, 22 tahun)



c. Melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH)

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Kalau INH belum. Jadi cuma kotrim aja mbak. Nggak pernah dikasih yang INH, jadi ya aku nggak tau mbak.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
2	Nggak, cuma kotrim aja. Kotrim yang 460, eh 480. Kalau INH nggak tau mbak.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
3	Itu apa? Obat gatel-gatel itu ta? Enggak sih, nggak minum aku mbak.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
4	Enggak. Cuma kotrim aja.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
5	Nggak tau. Nggak pernah minum itu aku. Dulu aku dikasihnya ya kotrim sama B-komplek mbak. Tapi dulu.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
6	Enggak, ini aja kotrim.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.

Interpretasi 1 :

Semua informan tidak melakukan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH). Semua informan mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH). Seperti pada kutipan berikut :

“.....Kalau INH belum. Jadi cuma kotrim aja mbak. Nggak pernah dikasih yang INH, jadi ya aku nggak tau mbak.....” (IU 1, 23 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Itu apa? Obat gatel-gatel itu ta? Enggak sih, nggak minum aku mbak.....” (IU 3, 22 tahun)

- d. Menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Kalau masker aku selalu pake, keluar aja aku mesti pake mbak. Kemaren pas jenguk temenku yang sakit aku ya pake masker.	Disiplin menggunakan masker untuk pencegahan TBC, bisa menjaga kesehatan dirinya.
2	Iya, selalu setiap hari. Kemana-mana aku pake kalau masker. Masker itu aku selalu stock dirumah dan kemana-mana selalu bawa di jok motor. Aku pake masker yang sekali pake itu mbak, kalau masker kain atau yang buff aku nggak berani sih. Soalnya menurutku percuma kalau pake yang kayak gitu buat aku.	Disiplin menggunakan masker untuk pencegahan TBC, menghargai orang lain, peduli terhadap kesehatan orang lain.
3	Dari sebelum ketawan positif ODHA aku udah biasa pake masker dan cuci tangan mbak.	Disiplin melakukan tindakan pencegahan TBC.
4	Paling ya kalau lagi punya masker ya pake masker, kalau nggak punya ya nggak pake. Soalnya nggak begitu ini, takut.	Tidak mudah cemas, tidak disiplin menggunakan masker untuk pencegahan TBC.
5	Nggak pernah. Cuma ini...kalau di jalan naik motor aku pake masker mbak. Biar nggak kena debu, gitu aja. Di Puskesmas Puger, di Rumah Sakit Balung aku nggak pernah pake.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang.
6	Kalau misalnya ambil obat gitu ya iya. Ya itu dari dulu kayak gitu sih, soalnya dulu awal itu aku nggak jerawat an, aku sampai disini awal semester 3 baru muncul jerawat, setelah itu jerawatnya makin banyak. Akhirnya kemana mana pake masker. Iya intinya gitu sih, pengen aku bersih kayak dulu semester 2, kadang dulu kan sampe ada yang bilang aku tuh kayak apa eeemmm....bisa bersih banget awal-awal disini. Aku kan jadi nggak pede.	Pengetahuan mengenai pencegahan TBC kurang, tidak percaya diri

Terus aku pake masker itu udah
jerawatan pengen sembuh.

Interpretasi 1 :

Semua informan melakukan tindakan pencegahan TBC yang berbeda-beda. Tidak semua informan menggunakan masker di tempat tertentu yang berpotensi terhadap penularan TBC. Sebagian kecil dari mereka tidak pernah menggunakan masker di tempat yang berpotensi terhadap penularan TBC. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Nggak pernah. Cuma ini...kalau di jalan naik motor aku pake masker mbak. Biar nggak kena debu, gitu aja. Di Puskesmas Puger, di Rumah Sakit Balung aku nggak pernah pake.....” (IU 5, 35 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Iya, selalu setiap hari. Kemana-mana aku pake kalau masker. Masker itu aku selalu stock dirumah dan kemana-mana selalu bawa di jok motor. Aku pake masker yang sekali pake itu mbak, kalau masker kain atau yang buff aku nggak berani sih. Soalnya menurutku percuma kalau pake yang kayak gitu buat aku.....” (IU 2, 23 tahun)

- e. Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun, serta menggunakan *hand sanitizer* setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas
- 1) Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Kemaren habis jenguk aku langsung cuci tangan dan pake hand sanitizer mbak, kalau pas mau makan juga iya cuci tangan, hmhhh udah sih mbak. Kalau mau tidur nggak mbak, hehehehe. Jadi cuma pas mau makan atau habis makan aja. Itupun habis makan kalau misalnya pas makan aku pake tangan, nggak pake sendok.	Bisa menjaga kebersihan diri.
2	Hmmm, kalau cuci tangan sih iya. Tapi nggak selalu sih mbak. Kalau mau makan ya cuci tangan, kalau seandainya dirumah ya mbak pasti pake sabun, terus kalau seandainya kayak diluar kalau kita jajan atau beli lalapan di jalan-jalan kayak di jalan jawa kan takut, jadi aku cuma pake hand sanitizer.	Bisa menjaga kebersihan diri.
3	Iyalah pasti, selalu. Soalnya aku kan kerja di food and beverage yaa, jadi ya wajib selalu cuci tangan mbak. Dari sebelum ketawan positif ODHA aku udah biasa pake masker dan cuci tangan mbak.	Bisa menjaga kebersihan diri, disiplin melakukan tindakan pencegahan TBC.
4	Paling cuma kalau makan aja, sama ini....kalau habis panggilan alam (buang air besar).	Kurang mampu menjaga kebersihan diri.
5	Cuci tangan sering. Mau makan, habis makan. Sering aku kalau cuci tangan mbak. Soalnya kan aku kalau habis jualan orang aku cuci tangan. Biar steril juga mbak, kebiasaan gitu mbak.	Bisa menjaga kebersihan diri.
6	Aku biasanya pake hand sanitizer. Kemana-mana aku selalu bawa hand	Bisa menjaga kebersihan diri.

sanitizer. Cuci tangan iya, tapi nggak selalu. Kalau hand sanitizer selalu mbak.

Interpretasi 1 :

Semua informan melakukan tindakan pencegahan TBC yang berbeda-beda. Tidak semua informan mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Hmmm, kalau cuci tangan sih iya. Tapi nggak selalu sih mbak. Kalau mau makan ya cuci tangan, kalau seandainya dirumah ya mbak pasti pake sabun, terus kalau seandainya kayak diluar kalau kita jajan atau beli lalapan di jalan-jalan kayak di jalan jawa kan takut, jadi aku cuma pake hand sanitizer.....” (IU 2, 23 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Iyalah pasti, selalu. Soalnya aku kan kerja di food and beverage yaa, jadi ya wajib selalu cuci tangan mbak. Dari sebelum ketawan positif ODHA aku udah biasa pake masker dan cuci tangan mbak.....” (IU 3, 22 tahun)

- 2) Menggunakan *hand sanitizer* setiap akan melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas

Informan	Jawaban Informan	Kategori
1	Kemaren habis jenguk aku langsung cuci tangan dan pake hand sanitizer mbak, kalau pas mau makan juga iya cuci tangan, hmhhh udah sih mbak.	Bisa menjaga kebersihan diri.
2	Soalnya waktu itu kan dia berkeringat, terus aku salaman. Jadi habis dari temenku itu aku pake hand sanitizer. Jadi takut itu. Terus kalau seandainya kayak diluar kalau kita jajan atau beli lalapan di jalan-jalan kayak di jalan jawa kan takut, jadi aku cuma pake hand sanitizer. Kalau hand sanitizer, aku kemana-mana selalu bawa dan selalu pake. Kalau masalah itu sih aku aman mbak.	Bisa menjaga kebersihan diri, mudah cemas.
3	Nggak, cuci tangan aja udah cukup menurutku mbak.	Mempunyai pemikiran yang sederhana.
4	Nggak, nggak pernah beli. Tambah rumpik nanti, hehehehe.	Mempunyai pemikiran yang sederhana.
5	Ohh, nggak. Cuci tangan aja, nggak pake itu.	Mempunyai pemikiran yang sederhana.
6	Aku biasanya pake hand sanitizer. Kemana-mana aku selalu bawa hand sanitizer. Cuci tangan iya, tapi nggak selalu. Kalau hand sanitizer selalu mbak.	Bisa menjaga kebersihan diri.

Interpretasi 1 :

Semua informan melakukan tindakan pencegahan TBC yang berbeda-beda. Tidak semua informan menggunakan *hand sanitizer*. Sebagian dari mereka tidak pernah menggunakan *hand sanitizer*. Seperti pada kutipan berikut :

“.....Nggak, nggak pernah beli. Tambah rumpik nanti, hehehehe.....” (IU 4, 28 tahun)

Interpretasi 2 :

“.....Aku biasanya pake hand sanitizer. Kemana-mana aku selalu bawa hand sanitizer. Cuci tangan iya, tapi nggak selalu. Kalau hand sanitizer selalu mbak.....” (IU 6, 22 tahun)



LAMPIRAN 13. DOKUMENTASI *INDEPTH INTERVIEW*



Gambar 1. Poli VCT
Puskesmas Puger



Gambar 2. Wawancara
dengan Informan Tambahan



Gambar 3. Berdiskusi
dengan Informan Kunci



Gambar 4. Pengobatan
Pencegahan dengan Isoniazid
(PP INH)



Gambar 5. Pengobatan
Pencegahan dengan
Kotrimoksazol (PPK)