

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Praktek penggunaan opium dalam sejarah Indonesia telah ada sejak tahun 1671. Pada era tersebut opium telah digunakan oleh masyarakat Tionghoa dan sejumlah masyarakat Jawa. Pada abad 17-18 VOC (*Vereenigde Oost-Indische Compagnie*) memonopoli penjualan narkoba jenis opium dan akhirnya pada tahun 1862 dibuka secara resmi perkebunan narkoba (opium) di Jawa dan Sumatera. Namun kalau dilihat dari sejarah penggunaan opium mungkin sejarah tersebut telah ada jauh sebelum di Indonesia. Penggunaan narkoba di Indonesia terus berkembang seiring dengan waktu dan tercatat dalam beberapa catatan. (Tim Warta AIDS, 2003:30).

Pada era tahun 1960 di Jakarta telah terdapat sebagian kecil kelompok pemuda yang menggunakan heroin dan kokain. Sebagian besar kelompok tersebut berada di Jakarta dan Bali. Penggunaan narkoba dengan cara suntik muncul di beberapa kota besar di Indonesia pada era tahun 1970. Saat itu di Jakarta diperkirakan terdapat 200-300 pengguna narkoba suntik dan terdapat 2.000-3.000 pengguna tersebar di beberapa rumah sakit di Indonesia. Data statistik tersebut memasukkan alkohol ke dalamnya. (Kabar Jangkar Edisi IV, 2003)

Pada tahun 1984, Departemen Sosial RI mengeluarkan data yang menyatakan bahwa terdapat sekitar 80.000 pengguna narkoba di Indonesia. Sebagian besar dari



pengguna tersebut menggunakan berbagai kombinasi narkoba (*multidrug user*) seperti misalnya, marijuana, obat tidur atau obat penenang.

Sekarang ini, perkembangan jenis pola dan jumlah pengguna narkoba semakin meningkat baik secara umum di Indonesia maupun di berbagai kota besarnya. Dari beberapa pemberitaan di media masa, tampak nyata bahwa penyebaran penggunaan narkoba telah meluas sampai ke beberapa kota kecil bahkan telah masuk di kawasan pedesaan.

Hal tersebut sangat mengkhawatirkan bagi perkembangan generasi muda Indonesia. Apalagi sekarang telah terbukti bahwa pengguna narkoba terutama pengguna narkoba suntik telah terikat erat oleh lingkaran penularan penyakit infeksi seperti, HIV/AIDS, Hepatitis B dan Hepatitis C serta beberapa penyakit lain yang menular melalui darah. Hal serupa juga telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di beberapa negara lain termasuk negara tetangga terdekat Indonesia.

Secara khusus *AIDS Epidemic Update 2004* menyebutkan bahwa wilayah Asia yang menunjukkan perkembangan epidemi yang mengkhawatirkan adalah wilayah Asia bagian timur dan tengah. Laporan tersebut kemudian menyebutkan bahwa sekitar 50 persen infeksi HIV baru dalam periode 2002 - 2004 di wilayah timur Asia ditemukan di Cina, Indonesia & Vietnam. Menilik laporan tersebut, memang akan terlihat jelas bahwa prevalensi HIV di beberapa negara Asia masih jauh lebih rendah dari pada beberapa negara Afrika. Namun perlu dipertimbangkan bahwa Asia memiliki populasi terbesar di dunia sehingga prevalensi HIV yang rendah tetap mengindikasikan adanya sejumlah besar orang yang hidup dengan HIV/AIDS (Widen, 2004)

Menurut data Ditjen P2M & PL, Departemen Kesehatan RI secara kumulatif jumlah ODHA mulai April 1987 sampai 31 Desember 2004, terdapat 6.050 kasus yang terdiri dari: 3.368 HIV dan 2682 AIDS. Jumlah kasus AIDS yang dilaporkan telah meninggal sebanyak 740 kasus atau 27,59 persen. Dari jumlah kumulatif tersebut sumbangan faktor penularan melalui pengguna narkoba suntik (*IDU*) semakin meningkat. Pada akhir tahun 2002 tercatat 21,86 persen dari total kumulatif kasus HIV/AIDS merupakan sumbangan dari pengguna narkoba suntik, tahun 2003 menjadi 22,05 persen dan pada akhir tahun 2004 meningkat lagi menjadi 44,1 persen. Penambahan kasus HIV/AIDS baru melalui faktor pengguna narkoba suntik yang dilaporkan bulan Oktober – Desember 2004 mencapai 243 kasus dari 349 kasus baru atau 69,63 persen (<http://groups.yahoo.com/group/wartaids>).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa Indonesia memiliki kemungkinan besar untuk mengalami epidemi HIV/AIDS yang buruk bila tidak segera meningkatkan skala penanggulangannya secara drastis. Dengan populasi total mencapai 231 juta jiwa (2002), saat ini diperkirakan Indonesia memiliki 90.000 – 130.000 orang yang telah hidup dengan HIV/AIDS. Setelah sekian lama berada dalam epidemi yang tidak terlihat, belakangan ini infeksi HIV di Indonesia banyak ditemukan di kalangan pengguna narkoba suntik. Menurut Departemen Kesehatan, diperkirakan kini terdapat antara 124.000 – 196.000 pengguna narkoba suntik di Indonesia dan 43.000 di antaranya telah terinfeksi HIV (EPI 2002).

Perilaku berisiko tertular HIV sangat banyak ditemukan di kalangan pengguna narkoba suntik di Indonesia. Sebuah survei di tiga kota besar di Indonesia (Jakarta, Surabaya, Bandung) menemukan sekitar 88 persen para pengguna narkoba suntik

sering menggunakan jarum suntik yang tidak steril dan secara bergantian. Namun lebih dari dua pertiga mengaku tidak khawatir dengan terinfeksi HIV. Padahal jarum suntik dengan cepat dapat terkontaminasi darah yang ditumpangi virus HIV dan dapat segera menularkannya kepada pengguna jarum selanjutnya (elis.unaids@undp.org, 2004).

Setidaknya satu dari dua pengguna narkoba suntik di Jakarta yang bersedia untuk melakukan tes HIV ditemukan positif mengidap virus tersebut. Fenomena ini bahkan juga mulai ditemukan beberapa kota lain di Indonesia seperti di Pontianak, Kalimantan Barat. Sekitar 70 persen dari pengguna narkoba suntik di kota tersebut yang bersedia untuk dites HIV, mereka didapati positif mengidap virus tersebut (Widen, 2004)

Data tersebut di atas menyiratkan bahwa tidak ada waktu untuk menunda program yang bertujuan mencegah penularan HIV/AIDS di kelompok pengguna narkoba suntik. Apalagi dengan jaringan sosial kelompok tersebut yang berpotensi untuk menularkan ke kelompok lainnya bahkan ke kelompok yang selama ini dipandang tidak berisiko tertular HIV/AIDS. Pencegahan penyebaran HIV harus dimulai sedini mungkin. Begitu HIV telah masuk ke komunitas pengguna narkoba suntik setempat, maka kemungkinan telah terjadi penyebaran yang sangat cepat. Di lain pihak, pengalaman telah membuktikan bahwa pengguna narkoba suntik bisa merubah perilakunya apabila mendapat dukungan yang memadai.

Untuk melakukan program tersebut memang tidak mudah karena kelompok pengguna narkoba khususnya pengguna narkoba suntik mempunyai karakteristik yang spesifik. Pendekatan yang berorientasi memberi hukuman pidana dapat

menyebabkan orang yang sebenarnya membutuhkan layanan pencegahan dan perawatan justru menutup diri. Sehingga sangat perlu suatu studi tentang karakteristik dan jejaring sosialnya bila menginginkan program berjalan dengan efektif.

Direktur Eksekutif *Asian Harm Reduction Network*, Ton Smits mengatakan bahwa penularan HIV/AIDS di kalangan pengguna narkoba suntik beserta jaringan sosialnya mudah untuk dicegah. Bukti empiris menunjukkan bahwa HIV pada kelompok ini mempunyai efek yang tidak proporsional dalam dinamika penyebarannya, sehingga penanggulangan HIV pada masyarakat umum berarti juga harus menyertakan program pencegahan HIV pada kalangan pengguna narkoba suntik. Tetapi, penelitian terakhir *Asian Harm Reduction Network (AHRN)* di beberapa negara juga menegaskan bahwa umumnya pengguna narkoba suntik melakukan praktek berbagi perlengkapan suntik. Alasan berbagi peralatan menyuntik mencakup harga jarum suntik dan karena dalam kondisi *sakauw* atau gejala putus obat (AHRN, 2004).

Ada hal mendesak dalam mencegah penyebaran HIV pada kelompok masyarakat yang lebih luas; yakni adanya komitmen nyata pemerintah dan institusi lainnya untuk menanggulangi krisis pada kelompok pengguna narkoba. Menurut Ton Smits, pemerintah di wilayah Asia termasuk Indonesia terkesan lamban dalam menerima prinsip *harm reduction* yaitu suatu tindakan yang lebih ditujukan untuk mengurangi dampak buruk pengguna narkoba, daripada penurunan penggunaan narkoba itu sendiri. Bahkan perilaku berisiko pengguna narkoba suntik ini dikategorikan sebagai tindakan kriminal (AHRN, 2004).

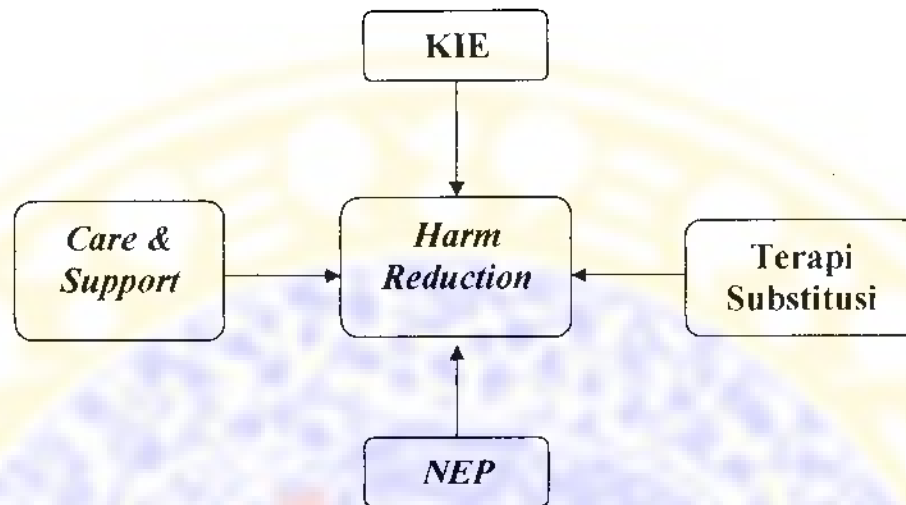
Kasus infeksi HIV/AIDS Jawa Timur per Oktober 2004 tercatat 862 kasus, dengan rincian 503 kasus infeksi HIV dan 359 kasus AIDS. Sebanyak 111 orang diantaranya telah meninggal dunia. Menurut Subseksi Penanggulangan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2M & PL) Dinkes Jatim A. Ratgono bahwa ada 12 kabupaten/kota di Jawa Timur yang masuk dalam kategori rawan HIV/AIDS, diantaranya Surabaya, Malang, Mojokerto, Jombang, Pasuruan, Banyuwangi, Tulungagung, dan Blitar. Semua merupakan kota yang mempunyai penduduk dengan mobilitas tinggi baik dalam maupun luar negeri seperti penghasil tenaga kerja wanita ke luar negeri. Sedangkan kasus terbesar di Jatim terdapat di Kota Surabaya kemudian disusul Malang. Dari kasus tersebut dilaporkan bahwa penularan melalui pengguna narkoba suntik meningkat sekitar 45,9 persen dari kasus AIDS. Padahal sebelumnya cara penularan yang menonjol melalui perilaku seks berisiko tinggi baik heteroseksual maupun homoseksual (Astutik, 2004).

Surabaya sebagai salah satu kota metropolis dengan penduduknya yang mempunyai mobilitas tinggi wajar bila menjadi kota terbesar di Jawa Timur yang masuk dalam kategori rawan HIV/AIDS. Menurut data Sub Dinas Penanggulangan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2M & PL) Dinkes Kota Surabaya, kasus infeksi HIV/AIDS di Surabaya tahun 2000 terdapat 26 kasus (17 kasus HIV dan 9 kasus AIDS), tahun 2001 terdapat 61 kasus HIV/AIDS (46 kasus HIV dan 15 kasus AIDS), tahun 2002 terdapat 85 kasus HIV/AIDS (44 kasus HIV dan 41 kasus AIDS), tahun 2003 terdapat 148 kasus HIV/AIDS (99 kasus HIV dan 49 kasus AIDS), dan per Juli 2004 terdapat 89 kasus HIV/AIDS (15 kasus HIV dan 74 kasus AIDS). Sebanyak 20 orang telah meninggal di tahun 2004 (Setiyawan, 2004).

Dari data tersebut di atas nampak bahwa sejak tahun 2000 sampai tahun 2004 terdapat peningkatan pengidap HIV/AIDS hingga 700 persen. Banyaknya penderita HIV/AIDS yang terdeteksi ini tidak hanya dikarenakan jumlahnya yang meningkat tapi juga semakin terbukanya masyarakat dan sadar untuk melakukan test darah, terutama jika merasa ada beberapa tanda pengidap HIV/AIDS (Setiyawan, 2004).

Di Surabaya ternyata juga mengalami pergeseran penyebab HIV/AIDS. Bukan hanya karena hubungan seksual atau seks bebas, tetapi juga melalui pertukaran penggunaan jarum suntik. Kasus HIV/AIDS akibat penggunaan narkoba suntik setiap tahunnya memang meningkat. Tahun 2001, pengidap AIDS dari IDU (*Injecting Drug User*) tercatat sebanyak 18 kasus, setahun kemudian meningkat menjadi 47 kasus dan meningkat lagi tahun 2003 menjadi lebih dari 50 kasus (Setiyawan, 2004).

Prevalensi HIV (*Human Immuno-deficiency Virus*) pada kelompok berisiko tinggi mencapai lebih dari lima persen secara konsisten. Sehingga apabila tidak ditanggulangi, dalam beberapa tahun mendatang akan menyerang masyarakat umum (*generalized level epidemic*). Pada kalangan IDU (*Injecting Drug User*) terikat di dalam dua perilaku yang menempatkan mereka pada penyebaran virus HIV: tukar-menukar jarum suntik dan memiliki perilaku seksual yang berisiko tinggi terhadap penyebaran HIV. Program pencegahan penyebaran HIV/AIDS pada kelompok pengguna narkoba suntik yang sedang dikembangkan menggunakan konsep pengurangan dampak buruk narkoba pada pengguna narkoba suntik (*harm reduction*).



Sumber: Pedoman Mengurangi Dampak Buruk Narkoba di Asia: Edisi Indonesia (2001)

Gambar 1.1 Komponen *Harm Reduction*

Harm Reduction sebagai program pengurangan dampak buruk narkoba menawarkan pendekatan serta kerangka berfikir alternatif untuk menanggulangi masalah yang sedang dihadapi pengguna narkoba suntik. Program tersebut mencakup:

- (1) program KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) berupa pemberian informasi untuk menyadarkan pengguna narkoba suntik mengenai risiko penggunaan dan penyuntikan narkoba melalui penjangkauan dan pendampingan dengan memakai kelompok sebaya.
- (2) Terapi substitusi, melalui pendirian program pengalihan narkoba.
- (3) Program penyebaran/pertukaran jarum suntik yang suci hama dan pembuangan jarum suntik bekas yang dikenal dengan *Needle Exchange Program (NEP)*.

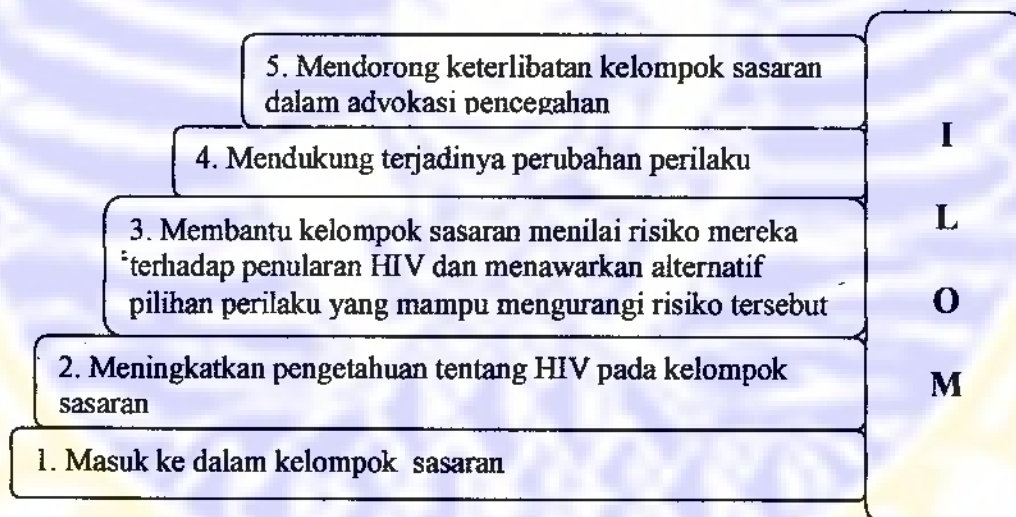
(4) *Care and Support*, merupakan program perawatan bagi pengguna narkoba yang membutuhkan layanan kesehatan dasar dan dukungan bagi pengguna narkoba untuk menghapus hambatan yang menghalangi upaya penyuntikan yang lebih aman, termasuk undang-undang dan tindakan polisi.

Beberapa negara yang menganut pendekatan konservatif dan moralistik terlihat tidak efektif dalam memerangi narkoba, bahkan sebaliknya hal ini semakin meningkatkan pemakai dan pengedar yang terselubung, dan membawa mereka semakin jauh dari jangkauan pelayanan yang mungkin dapat melindungi mereka dari penularan HIV/AIDS. Negara lainnya mengambil langkah pragmatis dalam memandang permasalahan narkoba karena hal ini merugikan masyarakatnya. Tanpa diduga, sekelompok kecil negara Islam saat ini menjadi pemimpin di wilayah Asia Pasifik dalam hal kemajuan pelaksanaan *harm reduction*; Indonesia, Iran, Malaysia dan Pakistan seluruhnya melaporkan keberhasilan programnya, termasuk di lapas/rutan. Pakistan saat ini sedang mempersiapkan perluasan programnya. (AHRN, 2004).

Pendekatan jejaring mengidentifikasi tingkatan yang menjadi penyebab sosial. Dalam permasalahan HIV ini yang menjadi penyebab sosial pada tingkatan makro antara lain masyarakat, institusi politis dan kebijakan. Sedangkan pada tingkatan mikro adalah jejaring kelompok berisiko (pengguna narkoba suntik) tersebut. Hal ini dikarenakan faktor penentu penyebaran HIV adalah perilaku berisiko yang terjadi pada kelompok pengguna narkoba suntik. Transmisi HIV terjadi karena adanya hubungan sosial. Hubungan sosial tersebut berupa pasangan seksual, teman *pakauw*

dan melalui pengaruh sosial lah , risiko dan perilaku *protectif* di mana mereka saling terlibat dapat terjadi.

Mengingat pentingnya pemahaman jejaring sosial pengguna narkoba suntik maka konsep *harm reduction* dalam implementasinya dikembangkan dengan menggunakan model yang dikenal dengan ILOM (*Indigenous Leader Outreach Model*). ILOM (*Indigenous Leader Outreach Model*) merupakan model penjangkauan pada kelompok sasaran dengan menggunakan pelopor dari kelompok sesama. Model ini merupakan pelengkap upaya pencegahan HIV yang lebih konvensional. Model penjangkauan ini mampu menjangkau seluruh jejaring sosial, dengan demikian intervensi yang dilakukan mencakup perilaku individu dan konteks sosial yang mempengaruhi perilaku tersebut (Wiebel, 1993).

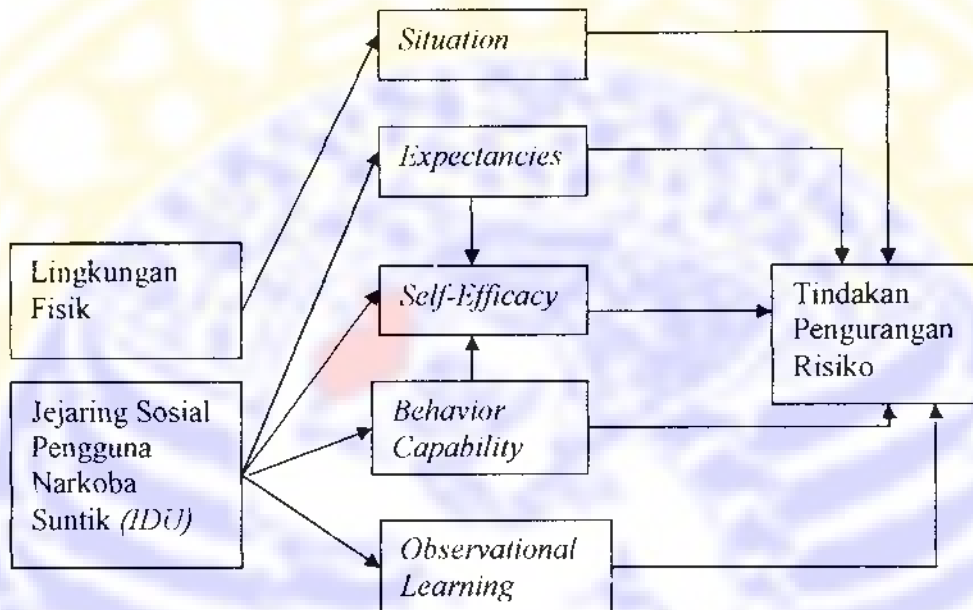


Sumber: *The Indigenous Leader Outreach Model* (1993)

Gambar 1.2: Tujuan ILOM (*Indigenous Leader Outreach Model*)

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasar latar belakang di atas identifikasi masalahnya adalah sebagai berikut:



Gambar 1.3 Berbagai Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pengurangan Risiko

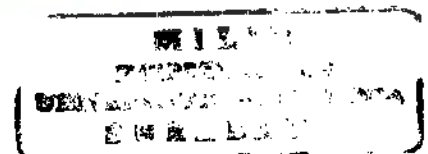
Untuk mencegah penyebaran HIV yang lebih luas di dalam jejaring yang rentan di mana virusnya sudah ada dan juga kepada populasi baru maka perlu adanya analisis jejaring sosial pengguna narkoba suntik. Analisis jejaring sosial ini dapat membantu dalam pengertian dan mobilisasi dukungan sosial dalam upaya pencegahan penyebaran HIV. HIV/AIDS sebagai penyakit yang disebabkan oleh perilaku berisiko, maka dalam upaya pencegahan penyebarannya perlu melihat semua orang yang mempengaruhi dan yang terpengaruh oleh perilaku penggunaan narkoba dan risiko HIV dari orang tersebut.

Junkies, putauw, sakauw, pedauw, pakauw adalah beberapa istilah yang sering dipakai oleh pengguna narkoba suntik. Kriminal, sampah masyarakat, parasit

keluarga, pembohong dan beberapa kata lainnya merupakan cap negatif (*stigma*) yang melekat pada pengguna narkoba. Diskriminasi, ditolak bergaul di masyarakat, diusir dari keluarga dan beberapa perlakuan lainnya yang diterima pengguna narkoba sebagai akibat berbagai cap negatif tersebut.

Pengguna narkoba suntik dengan berbagai macam permasalahan yang dihadapi ini di mana membuat mereka rentan terhadap ketidakpatuhan dan menutup diri sehingga sering menemui kekambuhan atau relaps dalam upaya perubahan perilaku. Pengguna narkoba suntik sering mengalami berbagai ketakutan yang tidak realistis (*paranoid*), reaksi defensif yang menimbulkan berbagai kecemasan serta sugesti untuk memakai narkoba sehingga mempengaruhi keberhasilannya dalam melakukan perubahan perilaku. Masalah ketidakberdayaan yang terjadi pada pengguna narkoba suntik seringkali dipengaruhi oleh faktor dari dalam diri sendiri (emosi dan fisiologi) dan juga faktor dari luar yaitu lingkungan sosialnya.

Kondisi ketidakberdayaan ini seringkali membuat mereka tidak peduli terhadap risiko kesehatannya. Tetapi demikian, pemberian tekanan emosional bukanlah unsur kunci dalam mengatasi ketidakmampuan atau ketidakberdayaannya secara efektif sesuatu yang ditakuti. Masalah pengguna narkoba suntik dalam perubahan perilaku adalah masalah kemampuan diri (*self-efficacy*) dalam menghadapi situasi dengan berhasil. Pengalaman melalui orang lain, seperti melihat model yang berhasil (*role model*) melakukan perilaku yang ditakuti, bisa juga bermanfaat bagi individu untuk memperoleh beberapa harapan yang realistis dan membuat mereka yakin bahwa jika mereka berusaha maka mereka akan mampu mengembangkan perilaku yang efektif.



Emi Yuliana Ulya

Jejaring sosial secara empiris dapat mempengaruhi *self-efficacy* dalam perubahan perilaku kesehatan. *Self-efficacy* mempunyai peran penting dalam proses perubahan perilaku kesehatan. Dengan adanya *self-efficacy* dapat menjaga perubahan perilaku yang terjadi dan adanya kemungkinan pengambilan tingkat perubahan perilaku yang lebih tidak berisiko terhadap kesehatan. Sebagaimana hasil penelitian yang dilakukan oleh Zulaika, Titin (2000: 81-88) tentang “Pengaruh Konseling Kelompok Terhadap Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja di SMUN 6 Surabaya” menunjukkan bahwa dengan meningkatnya *self-efficacy* dan *self-control* setelah adanya intervensi konseling kelompok dapat mempengaruhi perilaku kesehatan reproduksi remaja di SMUN 6 Surabaya. Keyakinan diri akan kemampuannya untuk memperbaiki perilaku kesehatan yang bermanfaat “*self-efficacy*” dapat ditingkatkan meskipun perubahan perilaku itu tidak selalu mengarah bagi terbentuknya kepribadian (Munawaroh, 2000:94-98). Bandura dalam Supratiknya (1993:292) menyatakan bahwa manusia mempunyai kemampuan kognitif simbolik yang memungkinkannya mengatur perilakunya sendiri dan sampai batas tertentu mengontrol lingkungannya sendiri, bukan sama sekali dikontrol oleh lingkungannya tersebut.

Dalam penelitian ini, dipilih pengguna narkoba suntik sebagai kajian berdasarkan beberapa alasan yang menarik perhatian peneliti. *Pertama*, masih langkanya kajian terhadap peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug Users-IDU*) terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV. *Kedua*, kerentanan yang cukup tinggi pada pengguna narkoba suntik terhadap penyebaran HIV/AIDS yang berhubungan dengan perilakunya.

Ketiga besarnya manfaat kajian ini bagi pengembangan program pencegahan HIV/AIDS. *Keempat*, adanya relevansi antara aktifitas peneliti dengan masalah peneliti.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah dan identifikasi masalah yang telah diuraikan di atas maka permasalahan penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

Bagaimana peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV di Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah yang dikemukakan di atas, maka penelitian ini bertujuan:

1.4.1 Tujuan Umum

Mengkaji peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) di Surabaya.
2. Mengidentifikasi peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) di Surabaya.

3. Mengidentifikasi perilaku berisiko penyebaran HIV pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) di Surabaya.
4. Mengidentifikasi *behavior capability* pengguna narkoba suntik dalam melakukan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV di Surabaya.
5. Mengidentifikasi *self-efficacy* pengguna narkoba suntik dalam melakukan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV di Surabaya.
6. Menganalisis peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV di Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- i. Mendapatkan gambaran obyektif dan terbuka tentang bagaimana peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV di Surabaya.
2. Gambaran tersebut bisa digunakan untuk perencanaan pengembangan program selanjutnya baik bagi pengambil kebijakan maupun pelaksana program intervensi (LSM peduli HIV/AIDS).
3. Sumbangan untuk memperkaya ilmu pengetahuan khususnya Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada umumnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

2.1.1 Pengertian

AIDS adalah kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan keturunan. *Immune* terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS adalah berarti suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi imun yang berat, dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi HIV. Antibodi HIV positif tidak identik dengan AIDS, karena AIDS harus menunjukkan adanya satu atau lebih gejala penyakit akibat defisiensi sistem imun selular (FKUI, 1996: 543).

AIDS disebabkan oleh sebuah virus yang disebut HIV atau *Human Immunodeficiency Virus*. Bila kita terinfeksi HIV, tubuh kita akan mencoba menyerang penyebab infeksi. Sistem kekebalan kita akan membuat 'antibodi', molekul khusus yang seharusnya menyerang HIV itu. Pada saat virus ini masuk ketubuh orang sehat, dia akan melalui suatu fase yang disebut periode jendela yang berlangsung kurang lebih 3 (tiga) bulan. Pada saat ini pengidap HIV baru tadi sama sekali tidak ada gejalanya, tes darah masih negatif akan tetapi darahnya bisa mengandung virus yang artinya dia juga berpotensi untuk menular. Setelah lewat kurun waktu ini biasanya pada tes darah akan positif akan tetapi sekali lagi gejala klinik masih belum nampak namun berpotensi untuk menular. Ini bisa berlangsung

cukup lama biasanya antara 5–10 tahun tapi bisa lebih, tergantung daya tahan tubuh seseorang dan obat yang diminumnya. Setelah itu baru akan masuk ke tahap AIDS (Spiritia, 2003).

2.1.2 Jenis Gejala

Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid I (1996: 543-544) disebutkan bahwa jenis gejala HIV/AIDS dibedakan menjadi dua, yakni:

Gejala mayor, antara lain:

- a. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam waktu kurang dari 1 (satu) bulan, baik dengan atau tanpa kehilangan nafsu makan.
- b. Diare kronik lebih dari 1 (satu) bulan.
- c. Demam yang berkepanjangan lebih dari satu bulan.

Gejala minor, antara lain:

- a. Batuk lebih dari 1 (satu) bulan.
- b. Rasa lelah dan sakit kepala berlebihan.
- c. Pembesaran kelenjar getah bening, bila ditemukan pada tiga tempat selama 3 bulan dengan penyebab yang tidak jelas.
- d. Sariawan yang menetap diliputi selaput putih pada lidah atau tenggorokan yang kadang-kadang disertai nyeri waktu makan.
- e. Kelainan pada kulit maupun mukosa, mulut, hidung atau anus yang berdarah.

2.1.3 Cara Penularannya

HIV terdapat dalam darah dan cairan tubuh (seperti sperma, cairan vagina, cairan serviks, cairan otak dll) seseorang yang tertular, walaupun orang tersebut belum menunjukkan keluhan atau gejala penyakit. HIV hanya dapat ditularkan bila

terjadi kontak langsung dengan cairan tubuh atau darah. Sebagaimana disebutkan dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I (1996: 545) Ada tiga cara penularan HIV, antara lain:

1. Hubungan seksual tanpa menggunakan kondom, baik secara vaginal, oral ataupun anal dengan seorang pengidap HIV.
2. Kontak langsung dengan darah/produk darah/jarum suntik:
 - a. Transfusi darah/produk darah yang tercemar HIV, risikonya sangat tinggi, sampai lebih dari 90%.
 - b. Pemakaian jarum tidak steril/pemakaian bersama jarum suntik dan sempritnya pada para pecandu narkotik suntik.
 - c. Penularan lewat kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan.
 - d. Pemakaian alat tusuk yang menembus kulit, misalnya alat tindik dan tato yang tercemar HIV.
3. Secara vertikal dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya, baik selama hamil, saat melahirkan ataupun setelah melahirkan.

2.1.4 Pencegahan Penularan dan Pengobatan

Vaksin untuk pencegahan virus ini belum ada sedangkan obat yang didapat sampai sekarang hanyalah mencegah perkembangbiakan virus saja. Dengan kata lain pada pengidap HIV apabila bisa mengkonsumsi obat *antiretroviral* ini maka perkembangan virus di dalam tubuhnya dapat ditekan sedemikian rupa, sehingga akan dapat memperpanjang usia pengidap HIV tadi. Demikian juga pada ibu hamil, untuk mengurangi risiko penularan kepada janinnya dapat pula diberikan obat yang ada aturan kapan mulai meminumnya. Walaupun vaksin pencegahan belum ada akan

tetapi banyak sekali upaya pencegahan yang bisa dilakukan. Upaya pencegahan ini juga tergantung pada cairan tubuh yang berpotensi menular. Misalnya untuk mencegah penularan lewat darah beberapa hal yang telah dan dapat dilakukan antara lain :

- a. Untuk darah donor yang akan diberikan ke orang yang membutuhkan telah dilakukan skrining di PMI, apabila ternyata hasil tesnya positif, maka akan dibuang, jadi darah yang sampai kepada masyarakat adalah darah yang test HIVnya negatif.
- b. Sedangkan penularan lewat jarum suntik, tindik, tato bisa diatasi dengan menggunakan jarum suntik atau alat tusuk yang steril. Bila mungkin pakailah jarum yang sekali pakai. Pencegahan pada kelompok pengguna narkoba jarum suntik adalah dengan pendekatan *harm reduction*, yaitu upaya untuk mengurangi penularan penyakit melalui jarum suntik dengan cara membagi-bagikan jarum suntik steril serta mengajarkan beberapa prinsip sterilisasi (FKUI, 2003).
- c. Penularan lewat hubungan seksual ada suatu jargon yang sering dikatakan yakni :

A. *Abstinentia* (Puasa)

Abstinentia dianjurkan pada mereka yang belum menikah, untuk tidak melakukan hubungan seksual sama sekali.

B. *Be Faithfull* (Setia)

Bagi mereka yang sudah menikah, jangan sekali-kali melakukan hubungan seksual dengan yang bukan pasangan resminya.

C. Condom (Kondom)

Ini kita kampanyekan apabila ternyata tidak mungkin untuk memberi anjuran untuk A dan B. Misalnya, dilokalisasi atau pada kelompok laki-laki yang berperilaku risiko tinggi.

2.1.5 Epidemi HIV/AIDS

Pada saat ini situasi tingkat epidemi HIV di Indonesia sangat beragam. Sebagian wilayah masih tergolong tingkat prevalensi rendah. Sementara ada beberapa wilayah lain yang sudah meninggalkan tingkat prevalensi rendah, masuk ke tingkat epidemi yang terkonsentrasi pada kelompok berisiko tinggi untuk tertular. Keadaan tersebut membuka peluang yang sangat besar untuk meluas ke kelompok lain yang dianggap kurang berisiko untuk tertular HIV.

Laporan UNAIDS menyebutkan adanya indikasi enam propinsi di Indonesia mencatat tingkat epidemi yang serius. Keenam propinsi tersebut adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, Riau dan Papua. Penyebaran infeksi di Indonesia banyak disebabkan oleh penggunaan jarum suntik yang tidak steril, terutama pada kelompok pengguna narkoba suntik.

Saat ini diperkirakan terdapat 125.000 – 196.000 pengguna narkoba jarum suntik di Indonesia dengan prevalensi HIV yang telah meningkat 3 kali lipat dari 16 persen di tahun 1999 menjadi 48 persen di tahun 2003. Pada tahun 2002 dan tahun 2003 di Jakarta, prevalensi HIV pada pengguna narkoba suntik yang datang ke tempat tes HIV berkisar antar 66 persen sampai 93 persen. Di samping itu para pengguna narkoba ini sering pula ditangkap dan dijebloskan dalam Lapas/Rutan sehingga pada awal tahun 2003, terdapat sebanyak 25 persen warga binaan

pemasyarakatan di Lapas Cipinang HIV positif. Disinyalir pula, terdapat hubungan antara pengguna narkoba dengan cara suntik dan perilaku seks berisiko, yang tentunya menciptakan lingkungan yang mempercepat bagi penyebaran HIV (UNAID, 2004: 29).

Beberapa faktor yang dianggap dapat mempengaruhi perluasan penularan HIV di masyarakat, antara lain: (1) jumlah sub-populasi yang berisiko (2) jenis dan frekuensi perilaku pada sub-populasi (3) prevalensi infeksi menular seksual (terutama yang bersifat *ulceratif* atau lecet) dan (4) keberadaan berbagai kelompok jembatan serta luasnya jaringan seksual yang memudahkan penularan selanjutnya dari sub-populasi yang pertama kali tertular ke sub-populasi lainnya (Riono, 2003).

2.2 Narkoba

2.2.1 Pengertian

Istilah narkoba atau narkotika dan obat berbahaya sebenarnya telah berubah sesuai dengan perkembangan jaman. Istilah tersebut berkembang menjadi NAPZA = Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif. Semuanya merupakan kelompok obat yang berpengaruh tinggi/keras terhadap susunan saraf pusat, serta bisa menimbulkan ketergantungan dalam jangka panjang.

Berdasar Undang-Undang Nomor 22 tahun 1997 tentang Narkotika yang dimaksud dengan Narkotika adalah “zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan dalam beberapa golongan

sebagaimana terlampir dalam UU tersebut”. Sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika yang dimaksud dengan Psikotropika adalah “zat atau obat, alamiah maupun sintetis yang bukan narkotika, berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku”.

Alkohol adalah cairan yang dihasilkan dari proses peragian (*fermentasi*) oleh sel ragi atau mikroorganisme. Minuman beralkohol (etanol, etil alkohol) lazim disebut miras (minuman keras).

Zat adiktif adalah zat atau obat yang berpotensi menimbulkan ketergantungan seperti lem kayu (*Aihon*), tipp ex, penyegar ruangan, dan lain-lain. Cara penggunaan narkoba antara lain dengan dihisap, dihirup, ditekan dan disuntikan.

Zat psikoaktif mempunyai sifat *adiksi dan dependensi* (menimbulkan kecanduan dan ketergantungan bila seseorang menggunakannya). Tidak semua obat/zat menimbulkan adiksi dan dependensi pada pemakainya. Zat atau obat yang dapat menimbulkan adiksi dan dependensi akan menimbulkan efek sebagai berikut :

- a. Keinginan yang tak tertahankan (*an overpowering desire*) terhadap obat/zat tersebut.
- b. Kecenderungan untuk menambah dosis (takaran) sesuai toleransi tubuh.
- c. Ketergantungan fisik dan psikis.

2.2.2 Jenis Narkoba

Berdasarkan Buku Pedoman Penggolongan dan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ) di Indonesia III, jenis dan penggolongan masalah yang berhubungan dengan

narkoba atau NAPZA dikategorikan dalam kelompok Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif (F10-F19) dan dibagi dalam sub kelompok akibat :

- a. Alkohol : Wisky, Gin, Brendi, Vodka, Arak Obat dll (F10)
- b. Opiat, termasuk disini yaitu : Morfin, Heroin (*putauw*), Madat dan Candu (F11)
- c. Canabis : Ganja, Gele, *Chimenk* (F12)
- d. Sedatif-hipnotik : Barbiturate dan Benzodiazepine (F13)
- e. Kokain, termasuk serbuk Kokain dan daun Kokain (F14)
- f. Stimulansia : Amfetamine, Metamfetamin, Kafein (F15)
- g. Halusinogen (F16)
- h. Nikotin (F17)
- i. Inhalansia dan Solven (F18)
- j. Zat Multipel (F19)

2.2.3 Bahaya Narkoba

Secara umum gejala yang ditimbulkan akibat penggunaan obat/zat yang tergolong narkoba atau NAPZA dikelompokkan dalam kondisi :

1. Intoksikasi Akut: Suatu kondisi yang timbul akibat menggunakan zat psikoaktif sehingga terjadi gangguan kesadaran, fungsi kognitif (berpikir), persepsi, afek (perasaan), perilaku atau fungsi dan respon psikologis lainnya.
2. Penggunaan yang merugikan: Suatu kondisi pola penggunaan zat psikoaktif yang merusak kesehatan dalam bentuk fisik (gangguan pencernaan, pernafasan, jantung, ginjal dll) maupun mental (depresi, bunuh diri, perubahan karakter dll)
3. Sindroma ketergantungan: Suatu kondisi fenomena fisiologis, perilaku dan kognitif akibat penggunaan zat psikoaktif yang menyebabkan keinginan kuat

untuk menggunakan zat psikoaktif, kesulitan mengendalikan perilaku, dan timbulnya toleransi.

4. Keadaan putus zat: Sekelompok kondisi dengan berbagai bentuk gejala dan keparahan yang terjadi pada saat penghentian pemberian zat psikoaktif atau dikenal dengan istilah *sakauw*.

Beberapa kondisi tersebut akan menimbulkan gejala akibat pengaruh seketika penggunaan Zat Psikoaktif dapat dilihat pada perubahan kesadaran, perilaku, perasaan, proses dan isi pikir serta persepsi pemakai, baik terhadap lingkungannya maupun dirinya sendiri. Perubahan kesadaran mulai dari derajat yang paling ringan (*apatis*), *somnolens* (mengantuk) sampai derajat yang paling berat yaitu koma.

Perubahan perilaku antara lain: perilaku agresif, perilaku yang impulsif, perilaku destruktif, hiperaktif atau sebaliknya perilaku menjadi serba lambat. Bisa pula timbul gangguan koordinasi motorik, misalnya jalan sempoyongan, bicara cadel (*pelo*) dan gemetar.

Perubahan perasaan misalnya emosinya menjadi labil, mudah tersinggung, mudah marah dan bisa juga tampak gembira. Perubahan dalam pikiran meliputi proses pikir menjadi lambat, adanya waham dan halusinasi.

Penggunaan Zat Psikoaktif dalam jumlah besar dapat menimbulkan keadaan yang mengancam hidup pemakai. Hal ini dapat dilihat dari terganggunya fungsi vital antara lain:

- a. gangguan pernafasan
- b. tekanan darah turun
- c. pupil melebar

d. denyut nadi lambat atau tidak teratur

Secara spesifik gejala akibat penggunaan narkoba atau NAPZA adalah sebagai berikut:

1. Pemakaian ganja dalam waktu lama berpengaruh terhadap perilaku seseorang yaitu dapat menimbulkan penurunan daya ingat, gerakan serba lambat, kurang menaruh perhatian terhadap sekitarnya sampai menyadari apa yang terjadi di lingkungannya, daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi, menurunnya kemampuan intelektual dan menurunnya semangat untuk menghadapi tantangan hidup. Pada binatang percobaan terbukti bahwa ganja dapat menimbulkan kanker dan meningkatnya angka abortus pada tikus hamil.
2. Konsumsi alkohol yang berlebihan dalam waktu lama dapat menimbulkan berbagai penyakit antara lain gastritis, pankreatitis, sirosis hepatis, kanker pada saluran cerna bagian atas, kanker saluran nafas, penyakit jantung, penyakit pada otot, demansia. Gejala keracunan alkohol akan menimbulkan gejala yang hampir sama dengan gejala keracunan sedativa hipnotika disertai dengan gejala lain yaitu bola mata bergerak-gerak kesamping (*nystagmus*), muka semu merah (*Flushed Face*) dan suka menantang untuk berkelahi atau membuat keributan.
3. Beberapa tanda seseorang yang menggunakan opiat akan menyebabkan penurunan kesadaran sampai koma, suhu badan sedikit menurun, otot menjadi lemas, tekanan darah menurun, denyut nadi menjadi lambat, pernafasan lebih lambat, gerakan usus melambat, pupil (orang-orangan mata) agak menyempit, kulit pucat dan dingin.

4. Beberapa tanda keracunan sedativa hipnotika akan menimbulkan bicara *pele*, jalan sempoyongan, gerakan badan kurang terkoordinir, banyak bicara, emosi labil dan mudah tersinggung, hambatan terhadap dorongan seksual dan agresifitas berkurang, gangguan perhatian dan daya ingat menurun. Pada keracunan berat, pernafasan menjadi lambat, tekanan darah turun dan kesadaran dapat menurun sampai koma.
5. Tanda spesifik akibat penggunaan golongan stimulan akan timbul gejala kewaspadaan meningkat, rasa lelah berkurang, *mood elevasi*, inisiatif meningkat, daya konsentrasi meningkat, nafsu makan menurun dan insomnia. Konsumsi yang lama dan *intermitten*, membuat individu meningkatkan dosis untuk mendapatkan efek yang lebih besar; individu mulai mengkonsumsi dosis yang lebih tinggi secara teratur jika zat tersebut tersedia.

Sindroma putus zat untuk masing-masing zat psikoaktif akan menimbulkan tanda dan gejala yang berbeda-beda:

- a. Opiat: Gejala putus zat timbul 4-6 jam setelah pemakaian obat terakhir dan mencapai puncaknya sesudah 12-16 jam, penderita akan gelisah, menguap terus menerus, banyak berkeringat, hidung dan mata berair, mual, sakit perut, diare, gemetar, nyeri di otot tulang dan persendian, rasa panas dingin, menggigil, tak ada nafsu makan dan kejang perut.
- b. Sedativa hipnotika: Gejalanya berupa rasa mual, muntah, lemah, lesu, berkeringat, gelisah, perasaan sedih, mudah tersinggung, denyut jantung bertambah cepat, tekanan darah naik, *tremor* (gemetar) pada tangan, lidah dan

kelopak mata. Dalam 1 minggu sesudah berhenti memakai obat bisa timbul *delirium*.

- c. Minuman keras: gejala putus zatnya hampir sama dengan sedati hipnotika disertai dengan halusinasi penglihatan dan pendengaran (melihat dan mendengar sesuatu yang tidak ada).
- d. Gejala putus zat stimulansia: agitasi, ansietas, anergia, kelelahan, penurunan perhatian, anhedonia, paranoid, waham, halusinasi (beberapa gejala psikosis).

2.2.4 Dampak Penyalahgunaan Narkoba

Menurut Dadang Hawari (2001) penyalahgunaan narkoba mempunyai dampak, baik dampak jasmaniah, psikologis maupun sosial.

- a. Dampak jasmaniah yaitu secara fisik organ tubuh yang banyak dipengaruhi adalah sumsum tulang belakang, berbagai organ otonom (jantung, paru-paru, hati, ginjal) dan panca indera seperti: kejang-kejang, infeksi akut otot jantung dan peredaran darah, gangguan kesadaran, halusinasi, mencret, kemandulan, peradangan otot, patah tulang, dapat tertular HIV/AIDS akibat pemakaian jarum suntik secara bersama.
- b. Dampak psikologis antara lain gangguan jiwa berat, depresi, tindakan kekerasan dan pengrusakan, percobaan bunuh diri. Depresi sering dijumpai akibat rasa bersalah dan putus asa karena gagal berhenti dari penyalahgunaan obat.
- c. Dampak sosial antara lain meningkatkan tingkah laku agresifitas fisik dan psikis dari pemakai. Pemakai obat terlarang sudah terbukti dapat meningkatkan berbagai kerawanan sosial di masyarakat seperti meningkatnya tindak kekerasan dan angka

kriminalitas baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga dapat menurunkan kualitas hidup masyarakat.

2.2.5 Pengurangan Dampak Buruk Narkoba (*Harm Reduction*)

Pengurangan dampak buruk narkoba (*Harm Reduction*) dapat dipandang sebagai pencegahan terhadap dampak buruk penggunaan narkoba, tanpa perlu mengurangi jumlahnya. Pada pertengahan 1980-an, telah ada pemahaman bahwa menyuntik narkoba memiliki kaitan erat dengan infeksi HIV. Sejak gerakan pengurangan dampak buruk narkoba mulai tumbuh, hingga saat ini belumlah ditemukan satu definisi tunggal mengenai pengurangan dampak buruk narkoba yang dapat diterima semua pihak. Menurut Tim Warta AIDS (2001: 39-40) terdapat sejumlah unsur umum yang dapat membantu dalam mendefinisikan istilah serta konsep pengurangan dampak buruk narkoba. Sejumlah unsur tersebut adalah sebagai berikut:

a. Tujuan jangka pendek

Pengurangan dampak buruk narkoba memberi penekanan lebih pada tujuan pragmatis jangka pendek daripada tujuan idealis jangka panjang. Upaya mencegah laju penyebaran HIV dilaksanakan dan diterapkan sesegera mungkin. Penyebaran HIV yang cepat, dan berpotensi menjadi ledakan epidemi, harus dicegah terlebih dahulu. Kalau hal ini tidak dilakukan, semua tujuan jangka panjang, seperti penghentian penggunaan narkoba dan rehabilitasi ketrampilan, akan sia-sia belaka.

b. Hierarki sarana untuk mencapai tujuan khusus

1. Pengguna narkoba didorong untuk berhenti memakai narkoba.

2. Jika pengguna narkoba bersikeras untuk tetap memakai narkoba, maka ia didorong untuk berhenti memakai dengan cara menyuntik.
 3. Kalau ia tetap bersikeras memakai cara menyuntik, maka pengguna narkoba didorong dan dipastikan tidak memakai atau berbagi peralatan suntiknya, terutama jarum suntik dan semprit, bergantian dengan pengguna lain.
 4. Terakhir, jika tetap terjadi penggunaan bergantian, maka pengguna narkoba didorong dan dilatih untuk menyucihamakan peralatan suntiknya di antara setiap penggunaan.
- c. Keterlibatan pengguna narkoba

Pengguna narkoba tidak dianggap sebagai penerima layanan yang pasif tetapi harus dipandang sebagai pelaku yang sangat penting dalam pencegahan HIV/AIDS.

Berbagai program yang telah dilaksanakan untuk mengembangkan asas-asas pengurangan dampak buruk narkoba, serta mencegah infeksi HIV di kalangan pengguna narkoba suntik (*IDU-Injecting Drug User*), meliputi:

1. **penyediaan program informasi** untuk menyadarkan IDU mengenai - penggunaan dan penyuntikan narkoba
2. **pendirian program pengalihan narkoba**
3. **pendidikan penjangkauan** dengan memakai **pendidik sebaya**
4. **program penyebaran/pertukaran jarum suntik pendidik sebaya**
5. **program penyebaran/pertukaran jarum suntik yang suci hama dan pembuangan jarum suntik bekas**
6. **penjualan bebas jarum suntik**

7. **konseling dan tes HIV** di antara IDU
8. memperbesar kesempatan bagi IDU untuk memperoleh **layanan kesehatan dasar**
9. **menghapus hambatan** yang menghalangi upaya penyuntikan yang lebih aman, termasuk undang-undang dan tindakan polisi
10. menysar kelompok dan keadaan khusus (Tim Warta AIDS, 2001:40).

Dalam mengimplementasikan konsep *Harm Reduction* model ILOM (*Indigenous Leader Outreach Model*) digunakan sebagai pelengkap program intervensi pada kelompok pengguna narkoba jarum suntik. Model ini merupakan model penjangkauan kelompok sasaran dengan menggunakan kelompok sesama. Hal ini karena pelopor dari kelompok sasaran dianggap sebagai *role model* atau pemimpin yang telah berhasil melakukan perubahan perilaku. Selain mereka memiliki kemampuan untuk cepat masuk dan berkomunikasi dengan kelompok sasaran, mereka juga lebih dipercaya oleh kelompok tersebut (Wiebel, 1993).

Tujuan ILOM (*Indigenous Leader Outreach Model*) adalah sebagai berikut: (1) masuk ke dalam kelompok sasaran (2) meningkatkan pengetahuan tentang HIV pada kelompok sasaran (3) membantu kelompok sasaran menilai risiko mereka terhadap penularan HIV dan menawarkan alternatif pilihan perilaku yang mampu mengurangi risiko tersebut (4) mendukung terjadinya perubahan perilaku (5) mendorong keterlibatan kelompok sasaran dalam advokasi pencegahan (Wiebel, 1993). Sebagai program intervensi pencegahan, model penjangkauan ini mampu menjangkau seluruh jaringan sosial, di mana intervensi yang dilakukan mencakup perilaku individu dan konteks sosial yang mempengaruhi perilaku tersebut.

2.3 Jejaring Sosial

Definisi jejaring atau *network* adalah suatu bidang sosial yang mana terdiri dari perangkat hubungan manusia (Ahmadi, 1991:184). Sedangkan definisi *social* atau sosial digunakan dengan referensi pada hubungan seorang individu dengan yang lainnya dari jenis yang sama; atau pada sejumlah individu yang membentuk lebih banyak atau lebih sedikit kelompok yang terorganisir, juga tentang berbagai *impuls* yang berhubungan dengan lainnya (Ahmadi, 1991:256).

Jadi secara singkat jejaring sosial (*social network*) merupakan beberapa kelompok orang yang saling terkait melalui berbagai macam hubungan. Menurut Walgito (1991: 49) jejaring sosial merupakan konfigurasi yang hubungan individu satu dengan yang lain cukup baik, cukup menyeluruh, karena ibarat jala (*network*) bila salah satu mata jala tidak berfungsi, jala sebagai keseluruhan masih dapat menjalankan fungsinya.

Menurut Rakhmat (2004:162) ada lima macam jenis jaringan komunikasi, antara lain: roda, rantai, Y, lingkaran, dan bintang (*all channel*). Dalam hubungannya dengan prestasi kelompok, Leavitt (1951) dalam Rakhmat (2004:163) menemukan bahwa roda – yang paling memusat dari seluruh jaringan komunikasi – menghasilkan produk kelompok yang tercepat dan terorganisasi. Kelompok lingkaran – yang paling tidak memusat – adalah yang paling lambat dalam memecahkan soal. Lingkaran cenderung melahirkan sejumlah besar kesalahan. Shaw (1954) dalam Rakhmat (2004:163) memperkuat kesimpulan Leavitt, tetapi dengan catatan: kelompok roda hanya efektif bila mereka memecahkan persoalan yang mudah. Bila masalahnya kompleks, kelompok lingkaran yang paling cepat.

Dimensi jejaring sosial (*social network*) menurut Israel dan Rounds (Dignan, 1992:19)

1. Karakteristik struktur (meliputi: jumlah masyarakat dan luasnya dalam suatu jaringan di mana masyarakat saling tahu satu dengan yang lain)
2. Karakteristik interaksi (meliputi: timbal balik, daya tahannya, frekuensi interaksi dan sebarannya)
3. Karakteristik fungsional (dukungan afektif, dukungan peralatan, dukungan kognitif, pemeliharaan identitas sosial dan penjangkauan dan pendampingan sosial.

Jejaring sosial di mana di dalamnya terdapat hubungan individu dengan individu lain (hubungan *interpersonal*) maka tidak dapat dipungkiri bila pasti terjadi komunikasi *interpersonal* (hubungan antar pribadi). Menurut Rakhmat (2004:129-138) ada tiga faktor yang dapat menumbuhkan hubungan *interpersonal* dalam komunikasi *interpersonal*, yaitu:

1. Percaya (*trust*), ada 3 faktor utama yang dapat menumbuhkan sikap percaya, yaitu: (a) *menerima* adalah sikap yang melihat orang lain sebagai manusia, sebagai individu yang patut dihargai, (b) *empati* yaitu memahami orang lain yang tidak mempunyai arti emosional bagi kita, (c) *kejujuran*.
2. Sikap suportif adalah sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi.
3. Sikap terbuka (*open-mindedness*), ini sangat besar pengaruhnya dalam menumbuhkan komunikasi *interpersonal* yang efektif.

Adanya jejaring sosial (*social network*) yang kuat (bersifat mendukung) itu berhubungan secara positif dengan kesehatan. Dalam memahami jejaring sosial

(*social network*) ini membuat jelas kalau sesuatu harus dianggap bersifat mendukung atau tidak. Menurut Ritter, 1988 dalam Smet (1994: 134) bahwa jejaring sosial (*social network*) telah diketahui mempengaruhi perilaku kesehatan, walaupun pasti ada overlap dengan dukungan sosial namun keduanya berbeda. Dukungan sosial (*social support*) mengacu pada bantuan emosional, instrumental dan finansial yang diperoleh dari jejaring sosial (*social network*) seseorang. Dukungan sosial hanya dapat difahami kalau orang tahu tentang struktur jejaring yang lebih luas yang didalamnya seorang terintegrasi. Beberapa segi struktural jejaring ini mencakup pengaturan hidup, frekuensi kontak, keikutsertaan dalam kegiatan sosial, serta keterlibatannya dalam kegiatan jejaring sosial.

2.4 Perilaku Kesehatan

2.4.1 Pengertian Perilaku Kesehatan

Definisi perilaku kesehatan menurut Gochman (1982) yang dikutip oleh Glanz, Karen dkk (1990: 9-10) adalah sebagai berikut:

“those personal attributes such as beliefs, expectations, motives, values, perceptions, and other cognitive elements; personality characteristics, including affective and emotional states and traits; and overt behavior patterns, actions and habits that relate to health maintenance, to health restoration, and to health improvement”.

Definisi tersebut tidak hanya meliputi tindakan yang dapat secara langsung diamati dan jelas tetapi juga termasuk atribut pribadi seperti; kepercayaan, harapan, motivasi, nilai, persepsi dan berbagai unsur kognitif lainnya; karakteristik kepribadian termasuk afeksi, dan status emosional; pola perilaku yang tampak; tindakan dan kebiasaan yang

berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan; perbaikan kesehatan dan peningkatan kesehatan.

Kasl dan Cobb (1966) yang dikutip oleh Glanz, Karen dkk (1990:10) mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi tiga kategori, yaitu:

- 1 Perilaku pencegahan (*preventive health behavior*), adalah aktifitas yang dilakukan seseorang yang percaya bahwa dirinya sehat, sehingga berusaha untuk mencegah dan mendeteksi gejala penyakit yang ada.
- 2 Perilaku sakit (*illness behavior*), adalah aktifitas yang dilakukan seseorang yang merasa dirinya sakit, sehingga berusaha untuk membatasi sakitnya dan memperbaiki kesehatannya.
- 3 Perilaku peran sakit (*sick-role behavior*), adalah aktifitas yang dilakukan seseorang yang memutuskan dirinya sakit, sehingga berusaha untuk sembuh, harus menerima perawatan medis, adanya perilaku yang tergantung dan dibebaskan dari tanggung jawab sosial.

2.4.2 Teori Perilaku Kesehatan

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan kesehatan sebagai penunjang berbagai program kesehatan lainnya. Beberapa teori pembentukan dan perubahan perilaku kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Teori Belajar Sosial (*Social Learning Theory*)

Teori ini merupakan teori yang cukup menarik dalam pelaksanaan program promosi dan pendidikan kesehatan sebab tidak hanya menerangkan dinamika perilaku individu tetapi juga memberi cara untuk mendesain strategi intervensi

perubahan perilaku. Konsep utama dalam teori belajar sosial (*social learning theory*) menurut Bandura (1986) dalam Glanz, Karen (1990:166) adalah sebagai berikut:

- a. Lingkungan (*environment*), yaitu faktor fisik eksternal yang mempengaruhi perilaku seseorang. Lingkungan di sini ada dua jenis lingkungan yaitu lingkungan sosial dan lingkungan fisik. Contoh: lingkungan sosial (keluarga, teman, *peer group*), lingkungan fisik (ukuran ruangan, suhu lingkungan, ketersediaan makanan). Implikasi dari lingkungan ini adalah memberi peluang dan dukungan sosial.
- b. Keadaan (*situation*), yaitu persepsi seseorang terhadap lingkungan. Ini berhubungan erat dengan kognitif dan mental. Misalnya, persepsi terhadap tempat, waktu, keadaan fisik, aktifitas, partisipasi dan peran seseorang dalam situasi tersebut. Implikasinya adalah mengoreksi mispersepsi dan mempromosikan norma kesehatan.
- c. Kemampuan berperilaku (*behavior capability*), yaitu pengetahuan dan ketrampilan untuk membentuk perilaku. Seseorang bila ingin berperilaku harus tahu apa perilaku yang dimaksud (*knowledge*), dan bagaimana menunjukkannya (*skill*). Implikasinya mempromosikan contoh pembelajaran melalui pelatihan ketrampilan.
- d. Pengharapan (*expectations*), yaitu mengantisipasi hasil perilaku (manfaat dan hambatan) yang akan diharapkan/timbul dari perilaku tersebut. Implikasinya adalah model hasil positif dari perilaku sehat.

- e. Harapan (*expectancies*), yaitu nilai kuantitatif yang menempatkan seseorang pada hasil yang diberikan, insentif atau sejenisnya. Perilaku yang didasarkan pada prinsip kesenangan. Implikasinya adalah adanya hasil perubahan yang mempunyai maksud tertentu.
- f. Kontrol-diri (*self-control*), yaitu pengaturan seseorang terhadap tujuan perilaku. Implikasinya adalah memberi kesempatan untuk memonitor diri, penentuan tujuan, penyelesaian masalah dan reward diri.
- g. Belajar melalui pengamatan (*observational learning*), yaitu kemahiran berperilaku yang terjadi dengan melihat tindakan dan hasil perilaku orang lain. Lingkungan merupakan bagian yang penting dengan memberikan contoh perilaku. implikasinya adalah kredibilitas model peran yang ditargetkan perilaku.
- h. Penguat (*reinforcements*), yaitu respon terhadap perilaku seseorang yang meningkatkan atau menurunkan kemungkinan terjadinya kembali perilaku tersebut. Implikasinya adalah mengembangkan *self initiated reward* dan insentif.
- i. *Self-efficacy*, yaitu kemampuan yang dirasakan seseorang untuk membentuk perilaku khusus atau perilaku yang sesuai dengan tugasnya. Termasuk juga kemampuan untuk mengatasi hambatan dalam menampilkan perilaku. Implikaisnya adalah perubahan perilaku dalam tahap kecil untuk memastikan keberhasilan dan mendapatkan perubahan yang spesifik.
- j. *Emotional coping responses*, yaitu strategi atau taktik yang digunakan oleh seseorang untuk mengatasi rangsangan emosional. Implikasinya adalah

memberikan latihan dalam mengatasi masalah dan manajemen stress, termasuk kesempatan untuk melakukan ketrampilan yang berhubungan dengan emosional.

- k. Determinan timbal-balik (*reciprocal determinism*), yaitu interaksi yang dinamis dari pribadi, perilaku dan lingkungan di mana perilaku dilakukan. Perubahan dalam satu komponen akan berpengaruh terhadap yang lainnya. Implikasinya adalah mempertimbangkan berbagai hal untuk perubahan perilaku termasuk lingkungan, ketrampilan dan perubahan personal.

b. Teori Pemahaman Sosial (*Social Cognitive Theory*)

Teori ini merupakan pengembangan dari teori belajar sosial (*Social Learning Theory*) di mana teori ini menekankan pada efek dari model pembelajaran dan pengaruh sosial lainnya, dan pentingnya persepsi *self-efficacy* atau kemampuan untuk berhasil. Sebagaimana pendapat Bandura (1986) dalam Simon (1995:303) sebagai berikut:

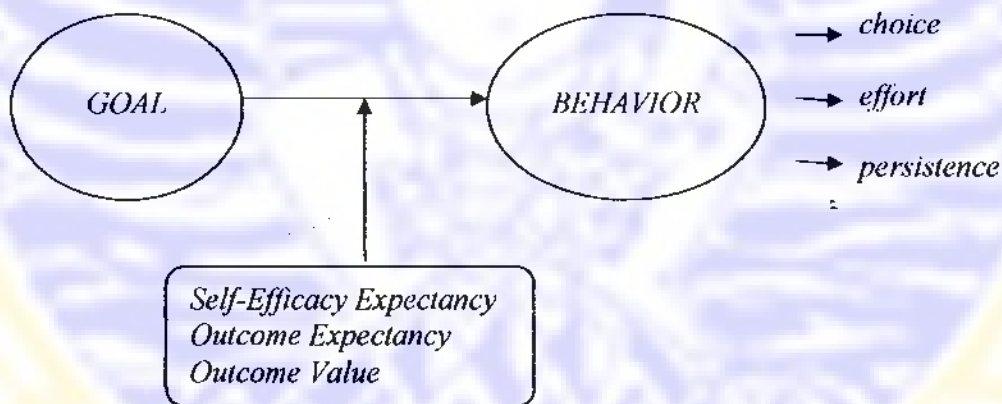
"In the social cognitive view people are neither driven by inner forces nor automatically shaped and controlled by external stimuli. Rather, human functioning is explained in terms of a model of triadic reciprocity in which behavior, cognitive and other personal factors, and environmental events all operate as interacting determinants of each other".

Pendapat tersebut menjelaskan bahwa perilaku manusia tidak terbentuk hanya karena faktor internal saja tapi merupakan hasil interaksi timbal-balik yang berkesinambungan antara faktor kognitif, perilaku dan faktor lingkungan. Dalam proses determinisme timbal-balik itulah terletak kesempatan manusia untuk mempengaruhi nasibnya maupun batas-batas kemampuannya untuk memimpin diri sendiri.

c. Self-Efficacy

Self-Efficacy berasal dari “Teori Belajar Sosial” Bandura (1977). Menurut Pervin (1984) *Self-Efficacy* mengacu pada kemampuan yang dirasakan untuk membentuk perilaku yang relevan pada tugas atau situasi khusus (Smet, 1994:189). Dalam menentukan perilaku tertentu akan dibentuk atau tidak, seseorang tidak hanya mempertimbangkan informasi dan keyakinan tentang kemungkinan kerugian atau keuntungan, tetapi juga mempertimbangkan sampai sejauh mana dia dapat mengatur perilaku tersebut. Pertimbangan tersebut meliputi tiga hal sebagai berikut: (a) harapan akan kemungkinan hasil dari perilaku (*outcome expectancy*), (b) harapan dapat membentuk perilaku secara tepat (*efficacy expectancy*), dan (c) nilai hasil (*outcome value*).

Teori Self-Efficacy bila digambarkan adalah sebagai berikut:



Sumber: Smet, 1994: 190

Gambar 2.1: *Self-Efficacy*, penengah antara tujuan dengan sasaran

Menurut Bandura (1989) dalam Smet (1994:192), *self-efficacy* dapat mempengaruhi setiap tingkat dari perubahan pribadi, baik saat individu tersebut mempertimbangkan perubahan kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan,

seberapa berat usaha yang dipilih, seberapa banyak perubahan, dan seberapa baik perubahan yang akan dipelihara. Selain mempengaruhi kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan, perasaan *self-efficacy* akan meningkatkan kekebalan terhadap stress dan depresi serta mengaktifkan berbagai perubahan biokemis yang dapat mempengaruhi berbagai macam aspek dari fungsi kekebalan (*immune function*).

d. Teori Perilaku Yang Direncanakan (*Theory of Planned Behavior*)

Menurut De Vries dkk. (1988) dan Taylor (1991), Teori perilaku yang direncanakan (*Theory of Planned Behavior*) merupakan model *Theory Reasoned Action (TRA)* yang telah direvisi oleh Ajzen & Madden dengan memasukkan *self-efficacy* sebagai faktor penentu intensi selain sikap dan norma-norma subyektif.

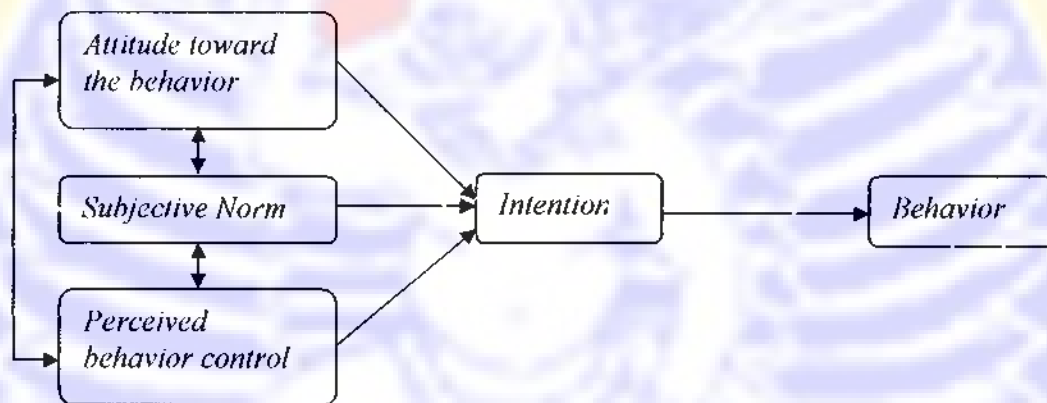
Menurut Ajzen dan Fishbein (1980), teori tindakan beralasan (*theory reasoned action*) mengasumsikan bahwa semua tujuan berperilaku adalah determinan awal perilaku dan faktor lain yang mempengaruhi perilaku terwakili oleh tujuan. Ukuran tujuan harus terkait erat dengan dengan ukuran perilaku dalam hal tindakan, target/sasaran, konteks, dan waktu guna memprediksikan perilaku secara akurat (Glanz dkk, 1990: 68).

Faktor penentu perilaku terpenting menurut Ajzen dan Fishbein (1975) adalah sebagai berikut: (1) tujuan perilaku (2) sikap terhadap tindakan (3) norma subyektif (4) keyakinan terhadap perilaku (5) evaluasi hasil (6) keyakinan normatif (7) motivasi untuk patuh (Glanz dkk, 1990: 668-69).

Teori perilaku yang direncanakan (*Theory of Planned Behavior*) menerangkan bahwa ada tiga variabel yang menentukan terbentuknya perilaku selain tujuan perilaku, yaitu sikap terhadap perilaku, norma subyektif dan kontrol perilaku yang

dirasakan (*perceived behavior control*). Variabel ini mengakui adanya beberapa perilaku yang lebih rumit dari yang lain, dimana motivasi individu untuk mengambil tindakan dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap bagaimana sulitnya perilaku tersebut dan kemampuannya membentuk perilaku dengan sukses. Pengertian ini sama dengan apa yang dimaksud dengan *self-efficacy* oleh Bandura (1986), dimana Bandura juga menyatakan bahwa *self-efficacy* juga mempunyai hubungan dengan perilaku secara langsung (Simons, 1995:270-272).

Theory of Planned Behavior bila digambarkan adalah sebagai berikut:

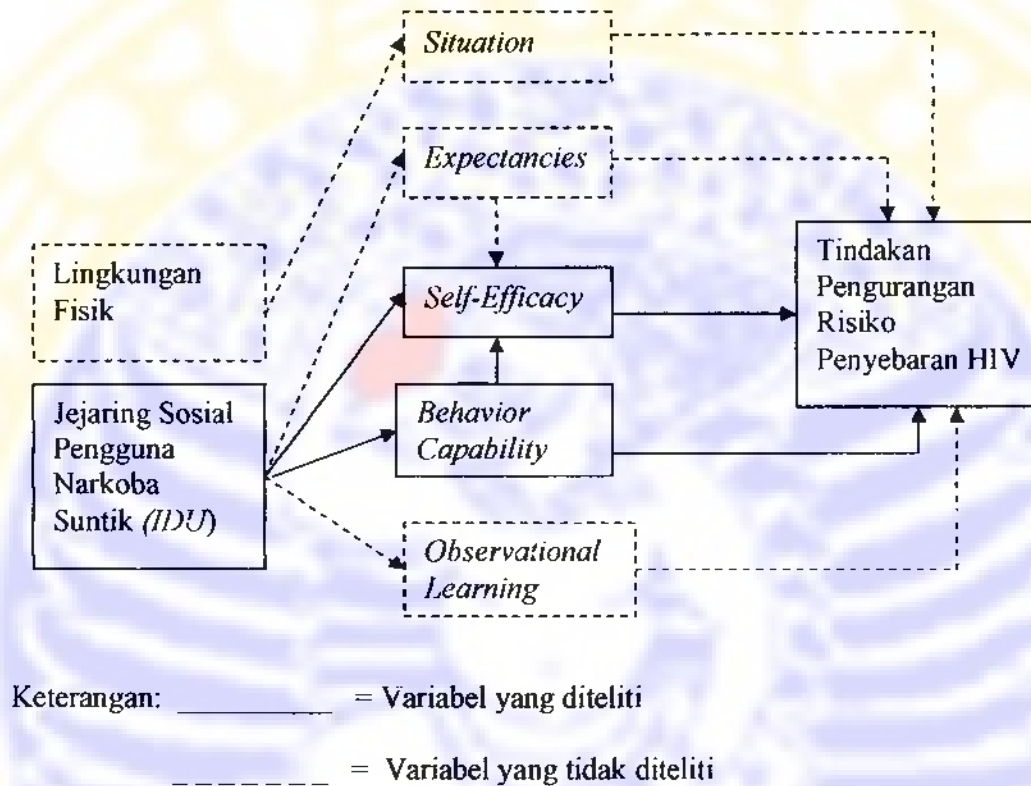


Sumber: Simons, dkk (1995:271)

Gambar 2.2: Model “*Theory of Planned Behavior*”

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Berdasar kajian teori dan permasalahan maka dari sekian banyak pengguna narkoba yang menjadi subyek penelitian ini adalah pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*). Kerangka konseptual di atas menggambarkan bahwa tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV pada pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) merupakan hasil dari proses belajar sosial yang dialami oleh pengguna narkoba. Beberapa variabel yang berperan terhadap terbentuknya tindakan pengurangan risiko penularan HIV pada pengguna narkoba suntik (*Injecting*

Drug User-IDU) adalah sebagai berikut: lingkungan baik berupa lingkungan fisik ataupun lingkungan sosial (jejaring sosial), *situation* (keadaan), *expectancies* (harapan), *self-efficacy*, *behavior capability*, *observational learning*.

Lingkungan fisik seperti kondisi suhu lingkungan, ketersediaan jarum suntik yang steril dan lainnya mempengaruhi persepsi pengguna narkoba suntik (*situation*) terhadap lingkungan tersebut dan pada akhirnya akan mempengaruhi terbentuknya tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.

Jejaring sosial merupakan lingkungan sosial dimana kelompok orang saling terkait lewat berbagai macam hubungan atau interaksi, misalnya teman, teman sebaya, *peer group*, atasan, keluarga dan sebagainya. Jejaring sosial pengguna narkoba suntik digambarkan di atas dapat mempengaruhi *expectancies* (harapan) pengguna narkoba terhadap tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV. Selain itu jejaring sosial juga dapat berpengaruh terhadap *self-efficacy*, *behavior capability* serta *observational learning* pengguna narkoba suntik.

Adanya jejaring sosial (*social network*) yang kuat (bersifat mendukung) itu berhubungan secara positif dengan kesehatan. Dalam memahami jejaring sosial (*social network*) ini membuat jelas kalau sesuatu harus dianggap bersifat mendukung atau tidak. Menurut Ritter, 1988 dalam Smet (1994:134) bahwa jejaring sosial (*social network*) telah diketahui mempengaruhi perilaku kesehatan, walaupun pasti ada overlap dengan dukungan sosial namun keduanya berbeda. Dukungan sosial (*social support*) mengacu pada bantuan emosional, instrumental dan finansial yang diperoleh dari jejaring sosial (*social network*) seseorang. Dukungan sosial hanya dapat difahami kalau orang tahu tentang struktur jejaring yang lebih luas yang di dalamnya

seorang terintegrasikan. Beberapa segi struktural jejaring ini mencakup pengaturan hidup, frekuensi kontak, keikutsertaan dalam kegiatan sosial, serta keterlibatannya dalam kegiatan jejaring sosial.

Jejaring sosial pengguna narkoba yang dimaksud di sini adalah hubungan dalam penggunaan narkoba suntik, hubungan seksual dan hubungan sosial lainnya yang berkaitan dengan terbentuknya tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.

Dalam mencapai tujuan terbentuknya tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV pengguna narkoba suntik (IDU) memerlukan keyakinan atas kemampuan dirinya untuk melakukan perilaku secara tepat atau perlu adanya *self-efficacy*. *Self-efficacy* pada pengguna narkoba suntik merupakan kemampuan yang dirasakan pengguna narkoba suntik untuk melakukan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV pada kelompoknya maupun di luar kelompoknya. *Self-efficacy* menuntut agar tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV harus dilakukan dengan memulai beberapa tindakan yang secara individu bisa dilakukan. Pengguna narkoba suntik (IDU) diusahakan menginventarisasikan beberapa tindakan yang diyakini mampu dilakukan dari banyak tindakan yang dituntut pada tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV. Kemampuan diri (*self-efficacy*) digambarkan bisa mempengaruhi langsung terhadap terbentuknya atau terjadinya tindakan untuk mengurangi risiko penyebaran HIV.

Kemampuan berperilaku (*behavior capability*) merupakan kemampuan individu untuk membentuk suatu perilaku karena pengetahuan (*knowledge*) dan ketrampilan (*skill*) yang dimilikinya. Dalam hal ini kemampuan pengguna narkoba suntik dalam berperilaku pengurangan risiko baik berupa pengetahuan (*knowledge*)

dan ketrampilan (*skill*) digambarkan bisa diperoleh dari jejaring sosialnya. Kemampuan berperilaku (*behavior capability*) disini bisa membentuk tindakan secara langsung dan bisa juga mempengaruhi *self-efficacy* pengguna narkoba dalam upaya pencegahan penyebaran HIV.

Pengguna narkoba suntik dalam melakukan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV bisa juga merupakan hasil dari belajar melalui pengamatan (*observational learning*) terhadap tindakan yang berhasil dilakukan oleh teman sebayanya. Sehingga tidak menutup kemungkinan bahwa jejaring sosial mempunyai peran yang positif terhadap individu di dalam jejaring tersebut, karena biasanya individu tersebut merasa lebih nyaman dan percaya kepada kelompok sebayanya.

Tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV pada pengguna narkoba suntik menurut konsep *harm reduction* adalah sebagai berikut:

1. Pengguna narkoba didorong untuk berhenti memakai narkoba.
2. Jika pengguna narkoba bersikeras untuk tetap memakai narkoba, maka ia didorong untuk berhenti memakai dengan cara menyuntik.
3. Kalau ia tetap bersikeras memakai cara menyuntik, maka pengguna narkoba didorong dan dipastikan tidak memakai atau berbagi peralatan suntiknya, terutama jarum suntik dan semprit, bergantian dengan pengguna lain.
4. Terakhir, jika tetap terjadi penggunaan bergantian, maka pengguna narkoba didorong dan dilatih untuk menyucikan peralatan suntiknya di antara setiap penggunaan (Tim Warta AIDS, 2001: 39-40).

Perilaku berisiko yang terjadi pada pengguna narkoba suntik selain pada penggunaan jarum suntik yang tidak steril juga pada perilaku seksual yang berisiko

terhadap penularan HIV. Tindakan pengurangan risiko penularannya melalui tiga pilihan, yaitu 1) *abstinentia* (puasa), ini dianjurkan pada mereka yang belum menikah, untuk tidak melakukan hubungan seksual sama sekali; 2) *be faithfull* (setia), bagi mereka yang sudah menikah, jangan sekali-kali melakukan hubungan seksual dengan yang bukan pasangannya. 3) *condom* (kondom), ini dikampanyekan apabila ternyata tidak mungkin untuk memberi anjuran untuk 1 dan 2. Misalnya, dilokalisasi atau pada kelompok laki-laki yang berperilaku risiko tinggi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian eksplorasi. Penelitian ini lebih memusatkan perhatian pada *setting* alamiah dimana peneliti tidak melakukan intervensi atau perlakuan; dipakai untuk mengeksplorasi fenomena kontemporer, khususnya dimana beberapa isu terkait secara rumit (Sarantakos, 1998:189). Penelitian ini ingin mendapatkan gambaran secara detail tentang peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.

4.2 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, yakni penelitian yang hakekatnya ialah mengamati orang dalam lingkungan hidupnya, berinteraksi dengan mereka, berusaha memahami bahasa dan tafsiran mereka tentang dunia sekitarnya (Nasution, 1996:5). Pendekatan yang digunakan adalah studi kasus yang induktif, karena mengandung pembaharuan dan terstruktur lebih longgar, guna menjangkau data. Desain penelitian ini dipilih bertolak pada desain tidak rumit, fleksibel, timbul (*emerge*) serta berkembang sambil jalan antara lain mengenai tujuan, subyek, sampel dan sumber data dimana desain sebenarnya baru jelas setelah penelitian selesai (*restrospektif*) (Nasution, 1996:28).

4.3 Subyek Penelitian

Subyek penelitian merupakan unit observasi yang akan memberikan informasi dalam penelitian. Subyek penelitian ini adalah pengguna narkoba suntik di Surabaya yang menjadi kelompok dampingan (KD) Yayasan Talenta. Berdasarkan data awal yang peneliti dapatkan ada 1187 pengguna narkoba suntik yang menjadi kelompok dampingan (KD) Yayasan Talenta selama periode Nopember 2002 sampai Januari 2005. Pemilihan subyek penelitian dilakukan secara *purposive sampling* yaitu disesuaikan dengan tujuan penelitian (Sarantakos, 1998:152). Pemilihan subyek berakhir jika sudah terjadi pengulangan jawaban (*redundancy*). Jadi jika tidak ada lagi informasi yang dapat dijangar, maka pengambilan subyekpun sudah dapat diakhiri.

Kriteria subyek penelitian adalah:

1. Mempunyai tempat tongkrongan dan berada di Surabaya pada saat penelitian dilaksanakan.
2. Menggunakan narkoba dengan cara menyuntik.
3. Berada dalam kondisi yang baik untuk dilakukan wawancara.
4. Mau berpartisipasi menjadi subyek penelitian.

Subyek penelitian ini sebanyak 5 (lima) pengguna narkoba suntik (IDU) dari dua *peer group* yang telah mendapat pendampingan dari Yayasan Talenta.

Informan yang digunakan untuk *crosscheck* dalam penelitian ini adalah jejaring sosial subyek penelitian.

Kriteria informan untuk *crosscheck*:

1. Berada di Surabaya pada saat dilakukan penelitian dilaksanakan.
2. Berada dalam kondisi yang baik untuk dilakukan wawancara.
3. Mau berpartisipasi menjadi informan.
4. Kenal dengan subyek penelitian.

Informan yang digunakan sebagai *crosscheck* dalam penelitian ini berjumlah 2 (dua) ibu (orang tua) subyek penelitian dan 2 (dua) petugas lapangan (PL) Yayasan Talenta.

4.4 Penentuan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Surabaya. Penentuan lokasi ini karena pertimbangan obyektif bahwa lokasi tersebut berdasarkan data sekunder yang memadai ada banyak pengguna narkoba suntik yang mempunyai perilaku berisiko tinggi terhadap penyebaran HIV/AIDS di dalam kelompoknya maupun kelompok lain.

4.5 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Indikator
1.	Pengguna narkoba suntik (<i>IDU</i>)	Orang yang mengkonsumsi atau menggunakan atau memakai narkoba dengan jarum suntik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pupil mata (orang-orangan)nya menyempit. 2. Memiliki bekas suntikan (<i>needle track</i>) 3. Sering menggaruk-

			garuk hidung dan mukanya
2.	Jejaring sosial pengguna narkoba suntik (IDU)	Semua orang yang saling terkait dalam berbagai hubungan dengan pengguna narkoba suntik. Klasifikasi jejaring sosial pengguna narkoba suntik berdasar hasil penelitian ada tiga macam, yaitu: jejaring penggunaan narkoba suntik, jejaring seksual dan jejaring sosial lain pengguna narkoba suntik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah dan luasnya jaringan 2. Frekuensi hubungan 3. Dukungan afektif, dukungan peralatan, dukungan kognitif.
3.	Jejaring penggunaan narkoba suntik	Semua orang yang terkait dalam hubungan penggunaan narkoba suntik subyek penelitian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjadi teman memakai narkoba 2. Menjadi teman berbagi narkoba dan peralatannya 3. Membantu mendapatkan narkoba 4. Menjadi penjual narkoba
4.	Jejaring Seksual	Semua orang yang terkait dalam hubungan seksual subyek penelitian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pernah melakukan hubungan seksual dengan subyek penelitian 2. Kadang-kadang melakukan hubungan seksual dengan subyek penelitian 3. Sering melakukan hubungan seksual dengan subyek penelitian
5.	Jejaring Sosial Lain Pengguna Narkoba Suntik	Semua orang yang terkait dengan subyek penelitian selain dalam hubungan penggunaan narkoba suntik dan hubungan seksual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga (orang tua, saudara, anak) pengguna narkoba suntik 2. Tetangga pengguna

			<p>narkoba suntik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Teman Biasa pengguna narkoba suntik 4. Teman kerja pengguna narkoba suntik 5. Atasan pengguna narkoba suntik 6. PL (Petugas Lapangan) LSM yang mendampingi pengguna narkoba suntik.
6.	Peran	Bagian dari aktifitas yang dimainkan oleh individu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peran yang mendukung 2. Peran yang tidak mendukung
7.	Perilaku berisiko pengguna narkoba suntik	Praktik atau tindakan yang berkaitan dengan perilaku dalam penyuntikan maupun perilaku seksual dilakukan oleh pengguna narkoba suntik yang rentan terhadap risiko penyebaran HIV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berbagi jarum suntik dan peralatannya. 2. Menggunakan jarum suntik yang tidak steril. 3. Pernah melakukan hubungan seksual dengan Pekerja Seks Komersil (PSK) 4. Memiliki pasangan seksual lebih dari satu dalam satu tahun terakhir 5. Tidak menggunakan pelindung (kondom) dalam melakukan hubungan seksual.
8.	<i>Behavior Capability</i>	Keinginan pengguna narkoba suntik untuk melakukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan tentang beberapa

		tindakan pengurangan risiko penularan HIV	alternatif tindakan pengurangan risiko penularan HIV. 2. Keterampilan untuk melakukan tindakan pengurangan risiko penularan HIV. Misalkan: keterampilan mencuci jarum suntik dengan <i>bleaching</i> dan air bersih, keterampilan meramu obat yang steril dll.
9.	<i>Self-Efficacy IDU</i>	Keyakinan yang dirasakan pengguna narkoba suntik untuk melakukan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.	1. Mengaku menentukan pilihan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV 2. Mengaku berusaha melakukan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV 3. Mengaku memelihara tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV
10.	Tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV	Tindakan atau praktik pengurangan risiko terhadap penyebaran HIV yang telah dilakukan oleh subyek penelitian.	Tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV dalam penggunaan narkoba melalui pengakuan subyek penelitian, berupa: 1. Berhenti memakai narkoba. 2. Memakai narkoba secara orang /

			<p>drag.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memakai narkoba dengan jarum suntik atau peralatan suntik sendiri. 4. Memakai jarum suntik bekas tapi melakukan sterilisasi. <p>Tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV dalam perilaku seksual melalui pengakuan subyek penelitian, berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Abstinencia</i> (puasa), yakni tidak melakukan hubungan seksual sama sekali bagi yang sudah cerai dengan pasangan tetap. 2. <i>Be Faithfull</i> (setia), yakni bagi yang sudah menikah, jangan sekali-kali melakukan hubungan seksual dengan yang bukan pasangan resminya. 3. <i>Condom</i> (kondom), yakni ini pilihan terakhir bila ternyata tidak mungkin untuk memberi anjuran 1 dan 2.
--	--	--	---

4.6 Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

4.6.1 Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*)

Peneliti melakukan wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan tatap muka langsung dengan subyek penelitian atau informan dengan tujuan mengeksplorasi isu dan masalah secara mendetail. Dalam wawancara mendalam ini peneliti tidak memakai pertanyaan yang sudah dibuat sebelumnya, tetapi memakai pedoman wawancara yang berisi sejumlah topik dan isu yang sudah ditetapkan.

4.6.2 Observasi Langsung

Observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi sistematis atau observasi berstruktur dengan memakai pedoman observasi agar lebih terarah. Metode ini merupakan cara pengumpulan data melalui pengamatan sistematis pada perilaku dan interaksinya dalam *setting* yang berlangsung alami. Dalam hal ini peneliti sebagai instrument penelitian turun ke lapangan langsung untuk menggambarkan dan menganalisis apa yang dilihat. Observasi ini dimaksudkan sebagai kontrol dalam penelitian ini. Dalam hal ini identitas peneliti diketahui oleh subyek penelitian.

Materi observasi dalam penelitian ini meliputi: tempat, waktu, siapa yang terlibat dalam penggunaan narkoba suntik, dan tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.

4.7 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti dalam penelitian ini sebagai instrumen utama, karena dapat berhubungan dengan subyek penelitian dan mampu memahami keterkaitannya dengan kenyataan di lapangan. Selain itu, peneliti juga dapat mengantisipasi dan mengganti strategi apabila kehadirannya mengganggu fenomena yang sedang terjadi.
- b. Instrumen bantu dalam penelitian ini menggunakan pedoman wawancara, pedoman observasi, kaset, *tape recorder*, buku catatan lapangan, dan dokumentasi melalui pencatatan dan penelaahan terhadap berbagai arsip dan buku dokumentasi yang ada dilakukan sebagai data sekunder telah mendukung dan memperkuat terhadap analisis dan berbagai kajian terhadap hasil penelitian yang telah dilakukan.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Sosiometri

Analisis sosiometri dalam penelitian ini digunakan untuk menganalisis data jejaring sosial pengguna narkoba suntik. Menurut Hotman M. Siahaan dalam Suyanto (1995) bahwa analisis sosiometri ini mengenai pilihan, komunikasi, dan hubungan antar individu dalam kelompok dan disebut pula sebagai sarana untuk mengkaji “tarikan” (*attraction*) dan “tolakan” (*repulsions*) anggota-anggota kelompok.

Menurut Kerlinger (1990:883), ada tiga bentuk dasar analisis sosiometri: matrik sosiometrik, sosiogram atau grafik arah, dan indeks sosiometrik. Di antara

ketiga metode analisis sosiometrik tersebut, barangkali matrik sosiometrik yang mengandung kemungkinan-kemungkinan serta implikasi paling banyak untuk peneliti *behavioral*. Sedangkan menurut Winkel (1997:295), cara mengolah data ada 3 (tiga), yaitu mengadakan analisa indeks, menyusun tabel atau membuat sosiogram, dan matriks sosiometrik.

Matrik sosiometrik adalah tatanan angka-angka atau lambang-lambang lain dalam bentuk segi empat. Dalam sosiometri, biasanya kita hanya berurusan dengan matriks $n \times n$, dan n itu sama dengan banyaknya orang dalam satu kelompok. Deret bisa kita tandai dengan huruf "i" atau tertulis "memilih", kolomnya bisa ditandai "j" atau tertulis "dipilih". Sosiogram atau grafik arah (*directed graphs*) adalah diagram atau bagan pilihan-pilihan yang dibuat dalam kelompok. Sosiogram ini banyak digunakan untuk hal-hal yang lebih praktis dari pada maksud dan tujuan penelitian, karena analisisnya bersifat matematis dan sulit. Sedang indeks sosiometrik adalah angka tunggal yang terhitung dan satu angka / bilangan atau lebih yang dihasilkan oleh data sosiometrik.

Pengolahan data yang digunakan dalam menganalisis jejaring sosial pengguna narkoba suntik adalah dengan menggunakan metode sosiogram atau grafik/arah yang dilanjutkan dengan analisis indeks. Analisis indeks yang digunakan dalam penelitian ini adalah ukuran kerekatan (*cohesiveness*) kelompok dengan rumus sebagai berikut:

$$C_o = \frac{\sum(i \leftrightarrow j)}{dn/2}$$

C_o = indeks kohesi (kerekatan kelompok)

- n = banyaknya individu dalam kelompok
- d = banyaknya pilihan yang diizinkan untuk diberikan oleh setiap individu

4.8.2 Analisis Kualitatif

Dalam penelitian ini analisis data juga dilakukan dengan menggunakan analisis kualitatif yang bersifat terbuka yaitu dengan menggunakan proses berfikir induktif dimana peneliti bertolak pada fakta atau informasi empiris (data). Analisis ini dilakukan dengan mendiskripsikan atau menjelaskan fenomena yang menjadi sasaran penelitian. Diskripsi ini meliputi *setting*, waktu, individu yang terlibat dan berbagai peristiwa dimana orang mengalami fenomena tersebut.

Data kualitatif yang diperoleh diolah dengan menggunakan metoda analisis deskripsi isi (*content analysis*) melalui beberapa tahap berikut:

1. Menulis ulang, yaitu data yang didapatkan di lapangan baik berupa lembar kertas hasil wawancara, rekaman wawancara maupun catatan lapangan, ditulis ulang dalam bentuk catatan yang terstruktur atau dalam bentuk transkrip.
2. Mereduksi data, yaitu data tersebut diambil yang mempunyai kandungan sama dengan permasalahan, sedangkan yang tidak sama harus dibuang.
3. Mengorganisir data, yakni dengan mengedit dan mengklasifikasi (*coding*), selanjutnya data tersebut diurutkan dan dikelompokkan dengan memberikan kode dan mengkategorikan sesuai dengan fokus penelitian.
4. Menyajikan data dalam bentuk naratif dan bagan (Moleong, 1997):

Validitas data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan (1) menjaga *setting* alamiah tidak terganggu oleh kehadiran dan aktifitas peneliti

(*ecological validity*), (2) menguraikan secara rinci tentang bagaimana penelitian ini dilakukan agar orang lain dapat melakukan evaluasi terhadap tindakan, asumsi dan prosedur yang dilakukan peneliti (*natural history*), (3) membawa hasil penelitian kepada kelompok sasaran untuk menilai keadekuatannya (*member validation*), (4) kemampuan peneliti dalam berinteraksi secara efektif seperti layaknya anggota dari suatu kelompok sasaran (*competent insider performance*). (Alsa, 2004: 49).

Dalam penelitian ini validitas data dilakukan juga dengan pendekatan triangulasi dengan menggabungkan tiga metode yakni metode wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi dan studi dokumentasi sebagai cara untuk *cross check* data. Dengan cara ini diharapkan memperoleh gambaran yang jelas tentang peran jejaring sosial pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User-IDU*) di Surabaya terhadap *self-efficacy*nya dalam tindakan pengurangan risiko penyebaran HIV.