

PENGETAHUAN DAN SIKAP BIDAN TERHADAP HIV / AIDS

KARYA ILMIAH

**O
L
E
H**

REHIA K. ISABELLA BARUS, S.SOS



FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS MEDAN AREA

MEDAN

2007

hiah
007

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, pencipta alam semesta serta rasa syukur yang tiada terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah dengan judul " PENGETAHUAN DAN SIKAP BIDAN TERHADAP HIV / AIDS".

Dengan selesainya karya ilmiah ini penulis yakin bahwa hasilnya masih jauh dari sempurna, karena keterbatasan ilmu yang penulis kuasai.

Disamping itu penulis mengharapkan saran dan kritik dari pembaca sekalian demi untuk kesempurnaan karya ilmiah ini.

Akhir penulis doakan semoga tulisan ini ada manfaatnya bagi penulis dan juga menjadi sumbangsih penulis buat masyarakat.

Medan,2007

Penulis,



(Rehia K. I. Barus, S.Sus)



DAFTAR ISI



Halaman

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	.....	1
	A. LATAR BELAKANG MASALAH	.....	1
	B. PERUMUSAN MASALAH	.....	7
	C. KERANGKA MASALAH	.....	8
	D. TUJUAN DAN MANFAAT PENULISAN	.....	9
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	.....	10
	A. HIV/AIDS	.....	10
	B. PERJALANAN INFEKSI HIV/AIDS	.....	10
	C. GEJALA INFEKSI HIV/AIDS	.....	12
	D. PENULARAN HIV/AIDS	.....	13
	E. INFEKSI HIV DAN KEHAMILAN	.....	14
	F. KEWASPADAAN UNIVERSAL TERHADAP PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS	.....	17
BAB III	PENGETAHUAN DAN SIKAP BIDAN TERHADAP HIV/AIDS	.....	20
	A. BIDAN	.....	20
	B. PENGETAHUAN BIDAN MENGENAI HIV/AIDS	.....	20
	C. SIKAP BIDAN TERHADAP INFEKSI HIV/AIDS	.....	21

D. PENGETAHUAN	22
E. SIKAP	26
F. KOMPONEN SIKAP	27
G. TINGKATAN SIKAP	30
BAB IV. KESIMPULAN	32
DAFTAR PUSTAKA	34

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG PENULISAN

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) pertama kali dilaporkan sebagai suatu penyakit aneh yang berulang pada seorang pasien homoseksual yang menderita pneumonia dan sarkoma Kaposi pada Mei 1981. Dua tahun kemudian (1983) barulah dikenal sebagai AIDS dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) tipe 1 sebagai penyebabnya.^{1,2}

Sepuluh tahun sejak pertama kali ditemukannya kasus tersebut, sampai September 1991 tercatat 418.403 kasus AIDS di seluruh dunia yang dilaporkan oleh lebih dari 160 negara kepada Badan Kesehatan Dunia (WHO). Lebih dari setengahnya ditemukan di Benua Amerika, yaitu sebanyak 237.436, seperempatnya di Benua Afrika, sebanyak 120.547 dan sisanya di Benua Asia, Eropa dan Oseania.^{3,4.}

Kemudian dalam dua dasawarsa terakhir ini, penyakit AIDS telah berkembang menjadi salah satu masalah kesehatan dunia. Pada akhir tahun 2002, UNAIDS memperkirakan di seluruh dunia terdapat 42 juta Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dimana 19,2 juta diantaranya adalah wanita. Penelitian epidemiologi mendapati, bahwa wanita berusia 15 – 24 tahun memiliki kecenderungan untuk terinfeksi HIV 2,5 kali lebih besar

dibandingkan dengan pria dalam golongan usia yang sama. Tidaklah mengherankan jika angka kehamilan pada wanita penderita HIV/AIDS semakin bertambah setiap tahunnya, termasuk di negara-negara Asia. Prevalensi kehamilan dengan HIV/AIDS di berbagai negara bervariasi antara 1%-40 %, yang tertinggi di negara-negara Afrika.^{1,2,3,4}

Data terakhir dari UNAIDS WHO di tahun 2006 menampilkan perkiraan keseluruhan jumlah orang yang :

- Hidup dengan HIV **39,5 juta jiwa (34,1-47,1 juta)**
- Baru terinfeksi HIV pada tahun 2006 **4,3 juta jiwa (3,6-6,6 juta)**
- Meninggal karena AIDS pada tahun 2006 **2,9 juta jiwa (2,5-3,5 juta)**

A. Perkiraan jumlah orang dewasa dan anak-anak yang hidup dan terinfeksi oleh HIV sampai pada tahun 2006 sebanyak **39,5 juta jiwa (34,1-47,1 juta)**

- Orang dewasa **37,2 juta jiwa (32,1-44,5 juta)**
- Wanita **17,7 juta jiwa (15,1-20,9 juta)**
- Anak-anak < 15 tahun **2,3 juta jiwa (1,7-3,5 juta)**

B. Jumlah orang dewasa dan anak-anak yang baru terinfeksi oleh HIV selama tahun 2006 diperkirakan sebanyak **4,3 juta jiwa (3,6-6,6 juta)**

- Orang dewasa **3,8 juta jiwa (3,2-5,7 juta)**
- Anak-anak < 15 tahun **530.000 jiwa(410.000-660 000)**

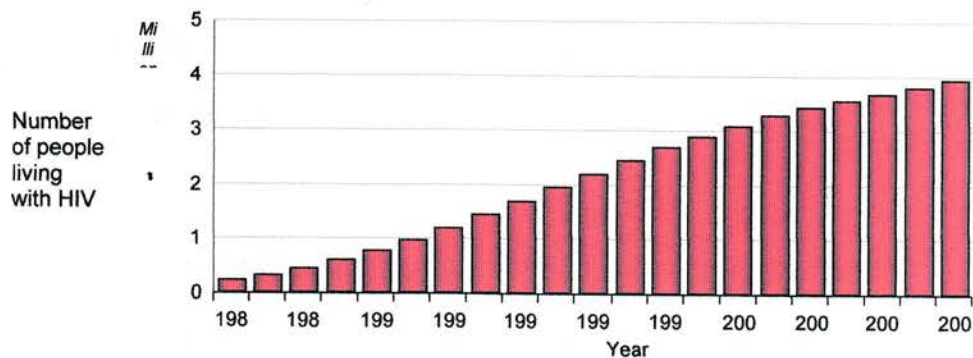
- C. Jumlah orang dewasa dan anak-anak yang meninggal oleh karena AIDS selama tahun 2006 sebanyak
- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| | 2,9 juta jiwa (2,5-3,5 juta) |
| • Orang dewasa | 2,6 juta jiwa (2,2-3,0 juta) |
| • Anak-anak < 15 tahun | 380.000 jiwa(290.000-500.000) |

Di Indonesia, berdasarkan data Statistik Kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh Ditjen PPM & PL Depkes RI dari tahun 1987 sampai 31 Desember 2006 didapatkan angka kumulatif penderita HIV 5230 dan penderita AIDS 8194 dengan jumlah kematian 1871 orang, dimana jumlah pengidap HIV dari tanggal 1 Januari – Desember 2006 sebanyak 986 orang dan AIDS sebanyak 2873 dengan jumlah kematian 539 orang.^{24,25,26}

Propinsi Sumatera Utara menduduki peringkat kedelapan di Indonesia untuk angka kasus HIV/AIDS dengan jumlah kumulatif untuk penderita AIDS sebanyak 242 kasus dan 48 kematian dengan 40 kasus baru AIDS yang terjadi selama tahun 2006. Di kota Medan berdasarkan data Statistik Kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh Subdin PPM & PL Dinas Kesehatan kota Medan tahun 2006 jumlah kumulatif penderita HIV sebanyak 55 kasus dan penderita AIDS sebanyak 48 kasus dengan 10 kasus baru yang terjadi selama tahun 2006 dan 6 kasus kematian.^{25,26}

Secara umum, transmisi infeksi HIV adalah melalui hubungan seksual tanpa pelindung dengan pasangan yang terinfeksi, pemakaian bersama peralatan

injeksi yang tidak disterilkan yang telah dipakai oleh seseorang yang terinfeksi, penularan secara vertikal dari ibu kepada janin yang dikandungnya (selama kehamilan, persalinan dan melalui pemberian ASI) dan injeksi atau transfusi yang sudah terkontaminasi dengan darah atau produk darah (infeksi dapat terjadi melalui inseminasi buatan, *skin graft* dan transplantasi organ). Petugas kesehatan yang terpapar dengan darah atau cairan tubuh yang telah terinfeksi beresiko untuk tertular virus HIV (*“occupational transmission”*). Faktor resiko untuk transmisi HIV pada petugas kesehatan antara lain melalui percikan cairan ke mata, jarum suntik dan kontaminasi darah pada lengan dan tangan yang memiliki lesi di kulit.^{1,3}



Gambar 1. Diagram Perkiraan jumlah orang yang mengidap HIV/AIDS di seluruh dunia⁴³

Penelitian **Kabukoba** dan **Young** (1992) tentang bidan dan pemaparan cairan tubuh disebutkan, 23 % bidan memiliki lesi kulit di lengan dan tangan dan 34 % diantaranya terpapar dengan cairan tubuh sewaktu melakukan

pekerjaan. Laporan dari *Public Health Laboratory Service AIDS & STD Centre* (1997) menyatakan bahwa pada bulan Desember 1997 telah terdapat 262 kasus penularan HIV/AIDS pada petugas kesehatan, dimana 50 kasus infeksi dan 62 tersangka infeksi terjadi di kalangan bidan atau perawat. Di Inggris telah dilaporkan 4 kasus dan 8 tersangka infeksi, 6 diantaranya dialami oleh bidan atau perawat.³

Koenig (1992) di Amsterdam meneliti bahwa tak seorangpun bidan dan perawat menggunakan sarung tangan pada waktu mengambil darah dari pasien untuk tujuan pemeriksaan dan 89% tidak menggunakan sarung tangan sewaktu menyuntik pasien secara intravena atau sewaktu memasang infus. Ada sebanyak 24% pernah kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien secara langsung.²¹

Minkoff (1988) mengatakan bahwa kebanyakan wanita penderita HIV apabila hamil memilih untuk melanjutkan kehamilannya sampai kelahiran bayinya, hal ini memungkinkan terjadinya penularan HIV/AIDS dari ibu kepada anaknya secara vertikal dan juga meningkatkan resiko untuk tertularnya HIV/AIDS kepada petugas pelayanan perinatal seperti bidan/perawat, dokter ahli kebidanan dan kandungan pada saat melaksanakan tugasnya khususnya sewaktu pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan dan penatalaksanaan bayi baru lahir.²⁸

Di Indonesia sendiri, profesi seorang bidan masih memegang peranan yang sangat penting dalam hal melakukan pemeriksaan selama kehamilan, menolong persalinan, melakukan asuhan perinatal dan perawatan pada masa nifas.



Kota Medan sebagai ibu kota Propinsi Sumatera Utara secara administratif terbagi atas 21 Kecamatan dan mempunyai 39 Puskesmas dengan jumlah bidan yang bekerja di seluruh Puskesmas sebanyak 308 orang. Sampai tahun 2005 di Kota Medan, tercatat 87,6 % kasus persalinan yang masih ditolong oleh bidan. Sisanya oleh dukun, perawat, dokter umum dan dokter spesialis. Dari data tersebut tergambar jelas bahwa bidan merupakan ujung tombak bagi ibu saat periksa kehamilan, pertolongan persalinan, asuhan perinatal dan perawatan masa nifas.⁹

Meningkatnya insidensi HIV/AIDS yang diikuti dengan bertambahnya jumlah kehamilan pada penderita HIV/AIDS setiap tahunnya tentu akan memperbesar resiko penularan HIV/AIDS pada petugas kesehatan di bidang kebidanan. Studi menunjukkan bahwa bidan sering terpapar langsung maupun terkena percikan cairan dan darah pada saat menolong persalinan, namun sejauh ini belum diketahui secara pasti berapa jumlah kasus penularan HIV/AIDS pada bidan. Resiko transmisi HIV/AIDS pada petugas kesehatan, termasuk bidan, akan berkurang apabila mereka selalu menerapkan upaya pencegahan secara universal ("*universal precaution*")

saat bertugas, antara lain melalui pemakaian sarung tangan dengan benar, mencegah trauma, memakai kaca mata pelindung serta menganggap semua pasien sebagai orang yang potensial telah terinfeksi HIV. Upaya pencegahan dan sikap bidan dalam menghadapi penderita HIV/AIDS ini tergantung pada pengetahuan mengenai HIV/AIDS yang dimilikinya, terutama pengetahuan mengenai cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS.^{3,4,5}

Penelitian-penelitian mengenai tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan menggunakan kuesioner telah dilakukan sebelumnya. Penelitian **Sudrajat** (1993) terhadap bidan di 5 rumah sakit rujukan di Indonesia, mendapati terbanyak (96,8 %) bidan mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah dengan sikap yang kurang memuaskan. Sedangkan penelitian **Pardede** (2005) terhadap bidan Puskesmas di Manado, mendapati terbanyak (78,43 %) bidan mempunyai tingkat pengetahuan yang sedang dengan sikap yang kurang memuaskan.^{8,9}

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dalam latar belakang penelitian di atas, dapat dirumuskan bahwa saat ini kasus kehamilan pada penderita HIV/AIDS semakin meningkat dan memperbesar resiko penularan penyakit tersebut terhadap penolong persalinan, terutama bidan. Bagaimanakah tingkat pengetahuan dan sikap bidan terhadap infeksi HIV/AIDS ?

C. KERANGKA MASALAH

Secara teoritis, penularan HIV/AIDS di pusat pelayanan kesehatan ada 3 macam. Pertama, penularan dari penderita HIV/AIDS kepada petugas kesehatan. Kedua, transmisi dari petugas kesehatan yang mengidap HIV/AIDS kepada pasien yang belum terinfeksi HIV. Ketiga, penularan dari penderita HIV/AIDS ke pasien lain yang belum terinfeksi HIV. **Veeken** dkk (1991) melaporkan cara penularan HIV/AIDS yang paling umum terjadi dikalangan petugas kesehatan adalah melalui luka tusukan jarum atau kontak kulit/mukosa dengan cairan atau darah yang telah terinfeksi HIV. Hal ini diperkuat oleh laporan *Centre for Disease Control* (CDC) Atlanta bahwa 870 orang (81,3 %) dari 1070 orang yang terpapar HIV di tempat kerjanya tertular lewat sayatan pada kulit atau tertusuk jarum, 200 orang (18,7 %) terpapar lewat cairan tubuh dan darah melalui mukosa.^{6,7}

Upaya pencegahan penularan penyakit AIDS di pusat-pusat pelayanan kesehatan dikenal dengan istilah "*universal blood and body fluid precaution*", disingkat dengan "*universal precaution*". Upaya pencegahan yang efektif, dan sikap yang tepat dalam menangani penderita HIV/AIDS hanya akan terwujud jika petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang memadai tentang infeksi HIV/AIDS. Walaupun demikian, **Sudrajat** (1993) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa tingginya pengetahuan tidak diikuti dengan tindakan yang baik untuk mengatasi resiko penularan HIV/AIDS.^{4,5,6}

Pengetahuan seorang bidan khususnya HIV/AIDS diperoleh selama mengikuti pendidikan formal melalui informasi dari media cetak atau media elektronik dan penyuluhan atau pelatihan. Jelas bahwa latar belakang pendidikan, lama bekerja dan umur mempengaruhi pengetahuan seorang bidan.¹³

D. TUJUAN DAN MANFAAT PENULISAN

D.1. Tujuan Penulisan

Dalam rangka untuk mengurangi terinfeksi bidan oleh HIV/AIDS dalam rangka pekerjaan maka sangat perlu untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan bagaimana sikap bidan terhadap infeksi HIV/AIDS

D.2. Manfaat Penulisan

1. Didapatkan data dan informasi hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap bidan terhadap infeksi HIV/AIDS
2. Data yang diperoleh dapat digunakan sebagai acuan perlu tidaknya diadakan pelatihan-pelatihan atau penyegaran kembali mengenai HIV/AIDS

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. HIV/AIDS

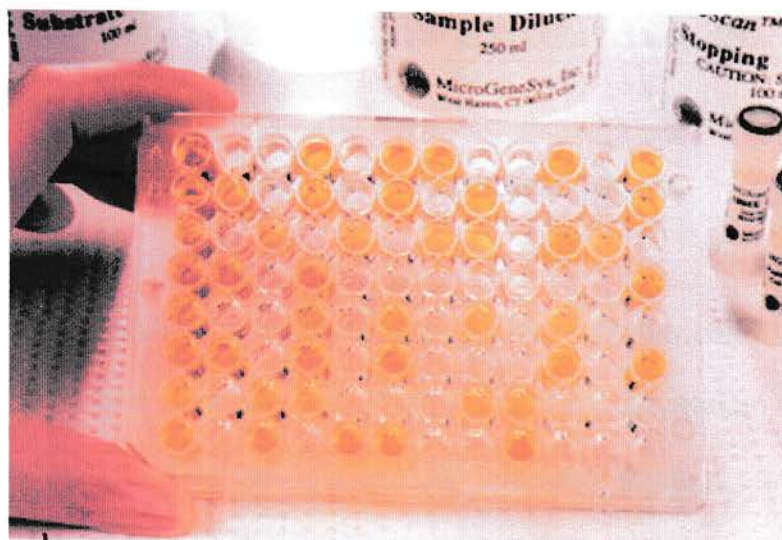
AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah suatu sindroma atau kumpulan gejala akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi virus HIV.⁸

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan suatu retrovirus RNA yang memiliki genom yang dapat mengkode enzim *reverse transcriptase*, yaitu enzim yang memungkinkan virus untuk mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA menjadi bentuk DNA dan kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. HIV menyerang limfosit T helper yang mempunyai reseptor CD 4 pada permukaannya. Hingga saat ini sudah ditemukan 2 jenis virus HIV, yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 yang ditemukan oleh **Luc Montagnier** di Perancis pada tahun 1983 merupakan virus yang bertanggung-jawab atas terjadinya epidemi AIDS di seluruh dunia. HIV-2 yang ditemukan di Afrika Barat pada tahun 1986 kurang patogen bila dibandingkan HIV-1.¹⁰

B. Perjalanan Infeksi HIV/AIDS

Virus HIV sebagai penyebab AIDS secara progresif menurunkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan sel kanker dengan cara merusak sistem

imun. Target virus HIV adalah sel-sel yang mengekspresikan molekul CD 4. Setelah 2 -3 minggu terinfeksi HIV tubuh akan mengalami sindroma retroviral akut, yang berlangsung selama 2 -3 minggu. Setelah itu penderita mengalami infeksi HIV asimtomatik. Di negara-negara berkembang rata-rata setelah 8 tahun infeksi asimtomatik akan berubah menjadi infeksi simptomatik yang disebut AIDS.¹¹



Gambar 3. Gambar Pengambilan Serum Darah Untuk Pemeriksaan ELISA³⁶

Salah satu yang penting untuk diketahui dalam perjalanan infeksi HIV adalah "*window period*", yaitu jangka waktu dimana pemeriksaan antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif sementara virus sudah terdapat dalam jumlah besar dalam darah. Pada saat itu penderita sudah mampu menularkan HIV kepada orang lain.¹²

C. Gejala Infeksi HIV/AIDS

Penderita infeksi HIV asimtomatik tidak menunjukkan gejala apapun. Meskipun demikian, mereka adalah "carrier" yang dapat menularkan virus HIV kepada orang lain. Kelompok penderita infeksi asimtomatik ini terbagi atas :

- a. Infeksi asimtomatik dengan hasil tes darah negatif. Pada tahap ini antibodi HIV belum terbentuk, dan penderita berada dalam "*window period*".
- b. Infeksi asimtomatik dengan hasil tes darah positif.

Untuk keperluan surveilans epidemiologi AIDS di Indonesia digunakan definisi sebagai berikut : Seorang dewasa (>12 tahun), dinyatakan menderita AIDS apabila menunjukkan **tes HIV positif** dengan strategi pemeriksaan yang sesuai dan **sekurang-kurangnya terdapat 2 gejala mayor dan 1 gejala minor**, dimana gejala ini bukan disebabkan oleh keadaan lain yang tidak berkaitan dengan HIV.¹¹

Gejala Mayor :

- Berat badan menurun > 10 % dalam 1 bulan
- Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan.
- Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan
- Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis

Gejala Minor :

- Batuk menetap lebih dari 1 bulan
- Dermatitis generalisata (penyakit kulit menyeluruh)
- Herpes Zoster (lilit)
- Kandidiasis orofaringeal (jamur pada tenggorokan)
- Limfadenopati generalisata (infeksi getah bening)
- Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
- Retinitis disebabkan oleh sitomegalovirus (infeksi pada retina mata).¹⁰

D. Penularan HIV/AIDS

Cairan tubuh yang berpotensi menjadi sumber penularan HIV adalah darah, sperma dan cairan vagina. Penularan penyakit ini dapat terjadi melalui :

a. Hubungan seksual

Dalam hubungan seksual, baik hetero maupun homoseksual terjadi mikrolesi sehingga cairan tubuh penderita HIV positif dapat ditularkan ke pasangan seksualnya. Oleh sebab itu, orang yang sering berganti-ganti pasangan seksual beresiko tinggi terinfeksi virus ini.

b. Kontaminasi dengan darah atau cairan tubuh penderita

Cara inilah yang menjadi penyebab utama penularan HIV/AIDS pada petugas kesehatan. Tertusuk jarum suntik, terkena percikan

maupun kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh penderita HIV/AIDS pada kulit yang memiliki lesi akan menyebabkan penularan virus dari penderita kepada petugas kesehatan. **Hu** (1991), pada penelitiannya menemukan penularan infeksi HIV/AIDS di fasilitas kesehatan dapat terjadi dari pasien kepada pasien, dari pasien kepada petugas kesehatan dan dari petugas kesehatan kepada pasien. Disamping itu, virus juga ditularkan melalui transfusi darah maupun penggunaan jarum suntik yang bergantian diantara pengguna narkoba.³⁵

c. Perinatal

Penularan dari ibu kepada anak dapat terjadi sewaktu kehamilan, melahirkan dan menyusui.



2.1.5. Infeksi HIV dan Kehamilan

a. Pengaruh kehamilan terhadap perjalanan HIV/AIDS

Kehamilan tidak secara bermakna mempengaruhi resiko kematian, progresivitas penyakit, atau progresivitas penurunan CD 4 pada penderita HIV/AIDS.¹³

b. Pengaruh infeksi HIV pada kehamilan

Penelitian di negara maju menunjukkan bahwa HIV tidak meningkatkan insidensi prematuritas, berat badan lahir rendah

atau gangguan pertumbuhan intra uterin. Sedangkan di negara berkembang, infeksi HIV justru meningkatkan angka abortus, prematuritas, gangguan pertumbuhan intra uterin dan kematian janin, terutama pada stadium lanjut. Hal ini disebabkan oleh kondisi fisik ibu yang lebih buruk, dan penularan perinatal yang lebih tinggi.¹⁴

Pada tahun 2005, sekitar 700.000 anak-anak umur 15 tahun kebawah terinfeksi dengan HIV, terutama dengan transmisi dari ibu ke anak (MTCT -> Mother To Child Transmission). Sekitar 90% infeksi dari ibu ke anak ini terjadi di Afrika dimana AIDS mulai menurunkan tingkat child survival rate dalam satu dekade.²⁰

Pada negara-negara maju, transmisi dari ibu ke anak sudah bisa dieliminir berkat program VCT (Voluntary Counseling and Testing) yang efektif, akses ke terapi antiretroviral, praktik persalinan yang aman, dan ketersediaan yang luas dan penggunaan dari makanan pengganti ASI. Apabila intervensi ini dilaksanakan secara global, akan dapat menyelamatkan kehidupan dari ribuan anak-anak tiap tahunnya.²⁰

d. Transmisi vertikal HIV

Tanpa intervensi, resiko penularan dari ibu ke janin dilaporkan berkisar antara 15 – 45 %. Resiko penularan ini lebih tinggi di

negara berkembang dibandingkan negara maju. Penularan dapat terjadi sewaktu hamil, melahirkan dan paska persalinan.¹⁹

e. Penatalaksanaan infeksi HIV/AIDS pada kehamilan.

1. Pencegahan transmisi perinatal

Pemberian ARV direkomendasikan untuk semua penderita HIV/AIDS dengan kehamilan untuk mengurangi transmisi perinatal. Saat ini di Indonesia beberapa ARV telah tersedia dalam bentuk generik dengan harga terjangkau, antara lain Zidovudine (ZDV), Lamivudine (3TC), Nevirapine (NVP) dan Stavudine (d4T).¹⁵

2. Penatalaksanaan Obstetrik

Kepada penderita HIV/AIDS dengan kehamilan, dilakukan konseling tentang operasi caesar, untuk mengurangi resiko transmisi dan komplikasi paska operasi. Operasi direncanakan pada minggu ke 38 kehamilan. Selama seksio, penderita memperoleh ZDV intravena yang dimulai sejak 3 jam sebelumnya dan pada bayi diberi ZDV sirup selama 6 minggu. Wanita hamil penderita HIV/AIDS yang sudah direncanakan seksio sesarea elektif, namun datang pada awal persalinan atau setelah ketuban pecah, segera diberi ZDV intravena. Keputusan untuk meneruskan ARV setelah

melahirkan tergantung hasil pemeriksaan HIV RNA dan CD

4.²¹

E. Kewaspadaan Universal (Universal Precaution) Terhadap Pencegahan Penularan HIV AIDS

Kewaspadaan Universal merupakan bagian dari upaya pengendalian infeksi di sarana pelayanan kesehatan. Penerapan Kewaspadaan Universal didasarkan pada keyakinan bahwa darah dan cairan tubuh sangat potensial menularkan penyakit, baik yang berasal dari pasien maupun petugas kesehatan. Prosedur Kewaspadaan Universal ini juga dapat dianggap sebagai pendukung program K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) bagi petugas kesehatan.^{36,50}

Prinsip utama, Prosedur Kewaspadaan Universal pelayanan kesehatan adalah menjaga hygiene sanitasi individu, hygiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tersebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :³⁰

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang

Cuci tangan harus selalu dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan walaupun memakai sarung tangan atau alat pelindung lain untuk menghilangkan/mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran penyakit dapat dikurangi dan lingkungan terjaga.

Sarana cuci tangan :

- Air mengalir
- Sabun dan deterjen
- Larutan Antiseptik

2. Pemakaian alat pelindung di antaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius yang lain

3. Jenis-jenis alat pelindung :

- Sarung tangan
- Pelindung wajah / masker / kaca mata
- Penutup kepala
- Gaun Pelindung (baju kerja/celemek)
- Sepatu Pelindung (sturdy foot wear)

Tidak semua alat pelindung tubuh harus dipakai. Jenis pelindung tubuh yang dipakai tergantung pada jenis tindakan atau kegiatan yang akan dikerjakan.

4. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai

Tujuannya adalah untuk mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan atau untuk menjamin alat kesehatan tersebut dalam keadaan steril dan siap pakai. Proses penatalaksanaan peralatan dilakukan melalui 4 tahap kegiatan yaitu :

- Dekontaminasi
- Pencucian
- Sterilisasi atau DTT dan
- Penyimpanan

5. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan

6. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan

Secara umum limbah dapat dibedakan menjadi limbah cair dan limbah padat. Limbah padat biasa disebut juga sampah, tidak semua sampah rumah sakit berbahaya. Petugas yang menangani sampah ada kemungkinan terinfeksi, terutama sebagian besar disebabkan karena luka benda tajam yang terkontaminasi.

Limbah berasal dari rumah sakit/sarana kesehatan secara umum dibedakan atas :

- Limbah rumah tangga
- Limbah medis
- Limbah berbahaya

Upaya penanganan limbah di pelayanan kesehatan meliputi penanganan limbah cair dan padat (sampah). Adapun teknik penanganan sampah meliputi pemisahan, penanganan, penampungan sementara dan pembuangan

BAB III

PENGETAHUAN DAN SIKAP BIDAN TERHADAP INFEKSI HIV/AIDS

A. BIDAN

Bidan berasal dari kata "*obsto*" yang artinya mendampingi, sebab wanita yang hendak melahirkan selalu harus didampingi wanita lain. Untuk menjadi bidan, setelah menyelesaikan SMU atau SPK seseorang harus menempuh pendidikan formal melalui Program Diploma III Kebidanan dengan lama pendidikan 3 tahun. Dalam Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No 009/U/ 1996 tentang kurikulum pendidikan bidan disebutkan bahwa bidan diharapkan mampu melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut ^{16,17,28}

1. Melaksanakan pelayanan kebidanan pada wanita pra nikah, pra hamil, hamil, melahirkan, nifas, menyusui dan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi, bayi baru lahir dan balita.
2. Melaksanakan asuhan kebidanan komunitas dan pelayanan KB.
3. Melaksanakan asuhan kesehatan pada bayi dan balita serta pelayanan kesehatan lainnya yang sesuai dengan peraturan yang berlaku.
4. Mengelola unit pelayanan KIA/KB.

B. Pengetahuan Bidan Mengenai HIV/AIDS

Menurut *Bloom* (1975) pengetahuan adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses mengingat atau mengenali ("*recalling or recognition*") suatu

informasi, ide atau fenomena yang telah diperoleh sebelumnya. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain, dapat pula dari sumber informasi, melalui proses penginderaan yang kemudian diolah dalam pikiran seseorang.¹⁸

Pengetahuan bidan mengenai HIV/AIDS dapat diperoleh melalui pendidikan formal, pelatihan dan penyuluhan yang diselenggarakan Departemen Kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), serta lewat media massa. Semakin meningkatnya prevalensi kehamilan di kalangan penderita HIV/AIDS mengharuskan bidan untuk memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit tersebut, sehingga dapat mengambil tindakan yang tepat dalam menangani penderita dan mencegah resiko penularan.¹⁸

C. Sikap Bidan Terhadap Infeksi HIV/AIDS

Sikap merupakan predisposisi umum untuk memberi respons positif maupun negatif terhadap suatu objek atau orang. Sikap membentuk persepsi seseorang terhadap suatu objek atau konsep tertentu serta dapat mempengaruhi perilaku orang untuk bereaksi terhadap objek atau konsep itu. Ahli psikologi **W. J Thomas** menyatakan bahwa sikap seseorang selalu ditujukan kepada suatu hal atau objek tertentu. Dengan kata lain, tiada satu sikap pun yang tanpa objek.²⁵

Sikap bidan terhadap infeksi HIV/AIDS bukan hanya bergantung pada pengetahuan yang dimilikinya mengenai infeksi HIV/AIDS, akan tetapi dapat pula dipengaruhi oleh rekan sekerja, keluarga, lingkungan dan kebijakan instansi tempatnya bekerja. Dengan demikian, perlu diingat bahwa tidak selamanya pengetahuan yang tinggi akan menghasilkan sikap yang memuaskan dalam melayani penderita HIV/AIDS dan sebaliknya pengetahuan yang rendah belum tentu memberikan pelayanan yang kurang memuaskan.^{19,27}

D. PENGETAHUAN

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang didapat setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (*Notoadmodjo*, 1993). Manusia melakukan penginderaan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan sentuhan. Tetapi pengetahuan manusia sebagian besar didapatkan melalui mata dan telinga.²¹

Hakekat pengetahuan menurut *Jujun* (1984) adalah segenap apa yang diketahui manusia tentang sesuatu tertentu, termasuk tentang ilmu. Manusia mempunyai pengetahuan untuk menjawab permasalahan kehidupan sehari-hari dan digunakan untuk memecahkan masalah yang dihadapinya. Sehingga pengetahuan memegang peranan sangat penting dalam hal pembentukan tindakan seseorang (overt behaviour). Faktor pengetahuan mempunyai pengaruh sebagai motivasi awal seseorang dalam berperilaku

dan perubahannya tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Hubungan positif antara variabel pengetahuan dan variabel perilaku telah banyak diperlihatkan. **Ancok** (1987) berpendapat bahwa pengetahuan mempengaruhi sikap dan perilaku dari segi positif dan segi negatif. **Notoadmodjo** (1993) mengatakan, tindakan yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan tanpa didasari pengetahuan dan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. **Skinner** (1993) membuat batasan bahwa pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menjawab isi materi yang ingin diukur. Bila seseorang dapat menjawab pertanyaan mengenai suatu bidang tertentu dengan lancar, baik secara lisan maupun tulisan maka dikatakan dia mengetahui bidang itu. Sekelompok jawaban verbal yang diberikan seseorang dinamakan pengetahuan (**Notoadmodjo**,¹ 1993).²¹

Benjamin Bloom (1908), menguraikan pengetahuan subjek atau responden dapat dikategorikan sebagai berikut :²¹

a. Tahu (*know*)

Mengingat suatu materi yang pernah diajarkan sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Untuk

mengukur bahwa orang tahu tentang yang dipelajari antara lain mampu menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan suatu objek dengan benar. Misalnya kemampuan seseorang mendefinisikan AIDS dan apakah dapat diobati atau tidak.

b. Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan dengan benar tentang objek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Bila telah paham maka dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus pakai kondom ketika melakukan hubungan seksual.



c. Aplikasi (*Application*)

Kemampuan untuk menguraikan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Misalnya dapat menanggulangi pencegahan AIDS.

d. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan suatu materi dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain. Misalnya dapat mengelompokkan cara-cara penularan AIDS.

e. Sintesis (*syntesis*)

Kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun rencana pencegahan AIDS berdasarkan teori-teori yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek. Misalnya dapat membandingkan pengetahuan seseorang yang telah mendapatkan informasi tentang AIDS dengan orang lain yang tidak mendapat informasi tentang AIDS.

Bila dikaitkan dengan pencegahan tentang AIDS, jika seseorang mempunyai pengetahuan dasar tentang AIDS diharapkan orang tersebut akan dapat bertindak secara benar dalam menghadapi AIDS. Pengetahuan tentang AIDS merupakan hasil dari proses belajar. Menurut ahli psikologi kognitif **Neisser** seperti yang diungkapkan oleh **Notoadmodjo** (1993) bahwa proses belajar adalah transformasi dari masukan (input), kemudian masukan tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali dan dimanfaatkan. Para ahli psikologi kognitif juga memperhitungkan faktor eksternal dan internal. Kegiatan belajar merupakan proses yang bersifat internal dimana setiap proses belajar dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal antara lain metode pengajaran.^{21,29}

E. SIKAP

Pengertian sikap yang dikemukakan oleh **Louis Thustone** dan **Charles Osgood** adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. **Berkowitz** (1972) mengemukakan sikap sebagai perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) atau perasaan tidak mendukung (*non favorable*) terhadap suatu objek. **Allport** seperti yang diungkap oleh **Notoadmodjo** (1993) berpendapat bahwa sikap adalah kesiapan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada suatu objek dan situasi yang berkaitan dengannya. **Notoadmodjo** (1993) sendiri berpendapat bahwa sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Hal ini berarti bahwa sikap akan muncul jika individu menerima suatu stimulus yang menghendaki timbulnya reaksi individual. Sikap tidak dapat dilihat secara langsung karena masih terbentuk dalam pernyataan dan belum dicetuskan dalam suatu perilaku. Sesuai dengan itu **Newcomb** seperti yang diungkap oleh **Notoadmodjo** (1993), menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap dalam hal ini belum terwujud dalam suatu tindakan atau aktifitas, tetapi baru tercetus dalam suatu pernyataan yang dapat berisi hal-hal positif maupun negatif mengenai suatu objek tertentu.^{21,27,28}

Sikap seseorang terhadap HIV/AIDS berbeda satu dengan yang lain, sebagian mempunyai sikap positif (favorable) dan sebagian lagi bersikap negatif (non favorable). Kedua macam sikap tersebut didasarkan oleh tiga komponen yaitu komponen kognitif, afektif dan konatif. Seseorang akan melakukan tindakan pencegahan agar terhindar dari resiko tertular dari HIV/AIDS, perilaku pencegahan yang mereka lakukan didasarkan pada pengetahuan dan kepercayaan yang mereka miliki (komponen kognitif) mengenai HIV/AIDS, sehingga menimbulkan perasaan waspada dan berhati-hati dalam berperilaku (komponen afektif) dan mempunyai kecenderungan untuk berperilaku (komponen konatif) positif untuk mencegah tertular HIV/AIDS.^{21,27,28}

Seseorang yang memiliki sikap negatif (non favorable) terhadap HIV/AIDS disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan kepercayaan (komponen kognitif) terhadap HIV/AIDS. Dasar pengetahuan dan kepercayaan tersebut akan menimbulkan perasaan tidak takut (komponen afektif) terhadap penularan HIV/AIDS dan akan membawa mereka kepada perilaku yang negatif seperti tidak menggunakan sarung tangan dalam menyuntik ataupun memasang infus (komponen konatif).²⁷

F. Komponen Sikap

Komponen kognitif dalam sikap berisi tentang persepsi, kepercayaan, keyakinan, pengetahuan, fakta, pendapat dan sebagainya yang dimiliki

seseorang terhadap suatu objek tertentu. Sebagai contoh adalah sikap bidan terhadap HIV/AIDS. Komponen kognitif yang ada di dalamnya dapat berupa informasi ataupun pengetahuan mengenai penyebab AIDS, cara penularannya, pencegahannya dan lain-lain. Kepercayaan, keyakinan, pengetahuan dan sebagainya yang dimiliki seseorang terhadap HIV/AIDS tersebut datang dari apa yang telah mereka lihat dan ketahui. Berbekal itu kemudian terbentuklah suatu penilaian mengenai suatu objek. Kepercayaan yang terbentuk itu bisa juga datang langsung dari pengalamannya sendiri atau yang dialami orang lain, namun kadang-kadang dalam situasi tertentu kepercayaan bisa terbentuk karena seseorang belum pernah mempunyai informasi atau tidak adanya informasi yang tepat mengenai suatu objek. Karena hal tersebut, seseorang akan mempunyai kepercayaan yang salah mengenai suatu objek.^{21,27}

O'Sears (1992), mengatakan bahwa komponen afektif terdiri dari seluruh perasaan atau emosi seseorang terhadap suatu objek sikap, termasuk penilaian-penilaiannya. Secara umum unsur kognitif yang telah terbentuk dalam diri seseorang mempunyai perasaan positif dan negatif yang berkaitan dengan suatu objek. Akan halnya dengan reaksi emosional terhadap suatu objek, pada umumnya banyak ditentukan oleh kepercayaan atau apa yang telah kita percayai dengan benar selama ini. Apabila kita mengetahui berjabat tangan tidak dapat menularkan HIV/AIDS, maka kita tidak akan takut untuk berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS. Jika

mempercayai bahwa penyakit HIV/AIDS dapat terjadi pada siapa saja, maka akan muncul sikap waspada terhadap penularannya.²¹

Azwar (1988) mengatakan segala sesuatu yang menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku dalam diri seseorang berkaitan dengan bagaimana objek sikap yang dihadapinya merupakan komponen konatif dari sikap. Komponen konatif menunjukkan kecenderungan pada diri seseorang untuk mengambil tindakan pencegahan terhadap resiko tertular HIV/AIDS, ikut berperan serta dalam kampanye pencegahannya, memperbanyak informasi mengenai HIV/AIDS, tidak berperilaku yang meningkatkan resiko tertular HIV/AIDS dan sebagainya^{21,27}

Pengertian kecenderungan berperilaku menurut **Azwar** (1988) menunjukkan bahwa komponen konatif tidak hanya meliputi perilaku yang dapat dilihat secara langsung, tetapi meliputi juga bentuk-bentuk perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang. Lebih lanjut lagi dikatakan bahwa kecenderungan berperilaku yang berupa pernyataan tidak menjamin bahwa kecenderungan berperilaku tersebut akan diwujudkan, misalnya dalam suatu waktu seseorang mengatakan bahwa dia tidak akan menghindar jika salah seorang temannya diketahui mengidap HIV/AIDS, belum tentu ia akan benar-benar tidak menghindar jika suatu saat seorang temannya dinyatakan positif HIV/AIDS.^{21,27}

Ketiga komponen tersebut terkait erat satu dengan yang lain dan memegang peranan penting dalam membentuk sikap secara utuh. Hubungan yang erat dari ketiga komponen tersebut menimbulkan teori yang mengatakan bahwa dengan mengetahui kognitif dan perasaan seseorang terhadap suatu objek maka akan diketahui kecenderungannya (**Notoadmodjo**, 1993)

G. Tingkatan Sikap

Notoadmodjo (1993) membagi tingkatan sikap menjadi 4, yaitu ^{.21,27}

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan sebagai subjek yang mau dan memperlihatkan stimulus yang diberikan (objek). Seseorang mempunyai sikap yang berbeda-beda tentang HIV/AIDS. Sikap mereka dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian mereka untuk mencari informasi lebih banyak mengenai HIV/AIDS.

2. Merespon (*respondent*)

Merespon diartikan memberi jawaban jika ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Menghargai (*valueing*)

Menghargai diindikasikan dari kemampuan seseorang dalam mempengaruhi dan mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah. Sebagai contoh, seorang bidan mampu meyakinkan rekannya untuk menggunakan alat pelindung diri dalam upaya mencegah penularan HIV/AIDS.

4. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan semua resiko yang bakal diterimanya. Misalnya seorang bidan bertekad untuk menggunakan alat pelindung diri dalam melaksanakan tugas sehari-hari.

KESIMPULAN

Sejak pertama ditemukannya kasus AIDS pada tahun 1981, penyakit AIDS telah berkembang menjadi salah satu masalah kesehatan dunia. Pada akhir tahun 2002 saja, UNAIDS memperkirakan di seluruh dunia terdapat 42 juta jiwa dimana 19,2 juta jiwa diantaranya adalah wanita.

Di Indonesia sendiri, berdasarkan data Statistik Kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh Ditjen PPM & PL Depkes RI dari tahun 1987 sampai 31 Desember 2006 didapatkan angka kumulatif penderita HIV/AIDS mencapai 13.424 orang, dimana jumlah kematiannya mencapai 3859 orang.

Secara umum, penularan HIV/AIDS adalah melalui hubungan seksual tanpa pelindung dengan pasangan yang terinfeksi, pemakaian bersama peralatan injeksi yang tidak disterilkan yang telah dipakai oleh orang yang terinfeksi, penularan secara vertical dari ibu kepada janin yang dikandungnya (baik selama kehamilan, persalinan, maupun pemberian ASI) dan transfusi yang sudah terkontaminasi dengan darah terinfeksi.

Petugas kesehatan mempunyai resiko yang besar untuk terinfeksi HIV/AIDS jika tidak mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai cara penularan HIV/AIDS, karena petugas kesehatan bias saja terpapar dengan darah atau cairan tubuh yang terinfeksi HIV/AIDS

Di Indonesia, profesi seorang bidan masih memegang peranan penting dalam melakukan pemeriksaan selama kehamilan, menolong persalinan, melakukan perawatan pada masa nifas

Studi menunjukkan bahwa bidan sering terpapar langsung maupun terkena percikan cairan atau pun darah pada saat menolong persalinan, dimana hal ini juga terjadi pada saat bidan menolong persalinan ibu yang terinfeksi HIV/AIDS.

Resiko penularan HIV/AIDS pada petugas kesehatan, termasuk bidan bisa dicegah apabila mereka selalu menerapkan upaya pencegahan secara universal pada saat bertugas, antara lain melalui pemakaian sarung tangan dengan benar, memakai kacamata pelindung dan menganggap semua pasien sebagai orang potensial telah terinfeksi HIV/AIDS

DAFTAR PUSTAKA

1. Kuckowski KM . Human Immunodeficiency Virus in the Parturient. In : Journal of Clinical Anesthesia 15, Elsevier Science Inc, New York, 2003 : 224-33.
2. Muninjaya AAG . AIDS dan Petugas Kesehatan. Jaringan Epidemiologi Nasional bekerjasama dengan The Ford Foundation, Jakarta, 1995.
3. Grellier R. Everyone is scared of it inside so they start being a bit rational : HIV/AIDS Education Within Midwifery. In : Midwifery 16, Harcourt Publishers Ltd, 2000 : 56-67.
4. Saifuddin AB, Adriaansz G, Wiknjosastro GH. Kewaspadaan Universal. Dalam : Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.JNPKKR-POGI, Yayasan Bina Sari Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, 2001 : 10-6.
5. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Dasar-Dasar Pencegahan Infeksi. Dalam : Buku Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas. Yayasan Bina Sari Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, 2004.
6. Rubbert A, Ostrowsi M. Pathogenesis of HIV-1 infection.In : HIV Medicine 2003. Available at : www.hivmedicine.com
7. Veeken H. Occupational HIV Infection and Health Care Workers In the Tropics. Tropical Doctor, 1991 : 28.
8. Pardede L. Pengetahuan dan Sikap Bidan Puskesmas di Manado Terhadap Infeksi HIV/AIDS. Manado: Universitas Sam Ratulangi, 2005, Tesis.
9. Wilkins A. Studies of HIV Infection by MRC Laboratories in Gambia. Asia Medicine Digest, 1991.
10. Teaching AIDS at Low Cost (TALC). HIV Infection : Parent to Child Transmission. Elton John AIDS Foundation, April, 2003.
11. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Tatalaksana Klinis Infeksi HIV di Sarana Kesehatan, Jakarta, 2001.
12. Bartlett JG, Gallant JE. Medical Managemant of HIV Infection. John Hopkins University School of Medicine, Maryland USA, 2002.

13. Anderson JR. A Guide to the Clinical Care of Woman with HIV. HIV/AIDS Treatment Information Service, Rockville USA, 2001.
14. Burns DN, Nourjah P, Minkoff, et al. Changes in CD 4 and CD 8 Cell Levels during Pregnancy and Postpartum in Women Seropositive and Seronegative for HIV-1. *Am J Obstet Gynaecol* 1996 : 1461-8.
15. Alliegro MB, Dorrucchi M, Phillips AN, et al. Incidence and Consequences of Pregnancy Women with Known of HIV Infection. *Arch Intern Med* 157, 1997 : 2585-90.
16. The European Collaborative Study and The Swiss HIV Pregnancy Cohort. Immunological Markers in HIV-Infected Pregnant Women. *AIDS* 11, 1997 : 1865-79.
17. Burgess T. Determinants of Transmission of HIV From Mother to Child. *Clin Obstet Gynaecol* 44, 2001 : 198-209.
18. Ibrahim CS. Perawatan Kebidanan (Sejarah Kebidanan dan Perawatan Sebelum Melahirkan). Jilid 1, Penerbit Bhatara, Jakarta, 1996 : 1-44
19. Departemen Kesehatan RI. Kurikulum Program Diploma III Kebidanan. Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan, 2002.
20. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives : The Classification of Educational Goals. Hand Book I : Cognitive Domain, David McKay Company, New York, 1975 : 17-78.
21. Thurstone LL. Attitude Can be Mesured. In : Attitude Measurement. Gene F Summers, editor. Publishing Company Ltd, London, 1977 : 127.
22. Mother-to-child Transmission of HIV. Available at : <http://www.fhi.org/en/Topics/Mother-to-child+Transmission+of+HIV+topic.Htm>
23. Minkoff HL. Managing AIDS in Pregnant Patients. Contemporary OBGYN, Medical Economic Company, September 1988, p 106-110.
24. Koenig E. The Risk of HIV Contamination in The Emergency Room of The Dominican Hospital, Poster Abstract Vol.2 VII International Conference on AIDS/III STD World Congress, Amsterdam, The Netherlands, 19-24 Juli 1992, Congrex Holland B.V, 1992
25. Notoatmodjo S. Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan. Andi Offset, Yogyakarta 1993, 27-34.

26. Kristyanto B. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Beresiko HIV/AIDS Pada Remaja di Kota Tanjung Pinang Kabupaten Kepulauan Riau Tahun 2002. Jakarta: Universitas Indonesia, 2002.
27. Roestam AW, Basuki E, Amri Z. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pemberi Pelayanan Kesehatan Terhadap AIDS di RS Cipto Mangunkusumo. Jakarta: PAM Universitas Indonesia, 1994.
28. Hu DJ, Kane MA, Heymann DL. Transmission of HIV, Hepatitis B Virus and Other Blood Borne Pathogens in Health Care Settings : A Review of Risk Factors and Guidelines for Prevention. Bulletin of the World Health Organization, Vol. 69, 1991.
29. Rogers, Everett M. And Shoemaker, F. Floyd. Communication of Innovations: A cross Cultural Approach, 2nd, The Free-Press, New York, 1971
30. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia. Sumber dari : Ditjen PPM & PL Depkes RI
31. Komisi Penanggulangan AIDS. Available at : <http://www.aidsindonesia.or.id>
32. AIDS Epidemic update Available at : <http://www.unaids.org>
33. Azwar, Saifuddin. "Sikap Manusia, Teori Dan Penanganannya". Pustaka Belajar. Yogyakarta, 1995.
34. Notoatmodjo S. "Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan". PT Rineka Cipta. Jakarta 2003
35. Notoatmodjo S. "Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi". PT Rineka Cipta. Jakarta, 2005.
36. Notoatmodjo S. "Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip Prinsip Dasar". PT Rineka Cipta. Jakarta 2003.
37. Ford Foundation. " AIDS & Petugas Kesehatan". Jaringan Epidemiologi Nasional. Jakarta. 1995
38. "Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan". Departemen kesehatan Republik Indonesia. Bina Husada. Jakarta, 2003.