

PENGARUH FAKTOR *PREDISPOSISI, ENABLING, DAN REINFORCING* ORANG DENGAN HIV AIDS TERHADAP PEMANFAATAN VCT DI KABUPATEN BULUKUMBA TAHUN 2013

EFFECT PREDISPOSING FACTORS, ENABLING, REINFORCING PEOPLE WITH HIV AIDS IN THE DISTRICT BULUKUMBA OF UTILIZATION VCT IN 2013

A.MUHARTINI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

DAFTAR ISI

	Halaman
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Tinjauan Umum Tentang HIV / AIDS	12
B. Cara Penularan HIV / AIDS	13
C. Reaksi psikologis orang yang terinfeksi HIV/AIDS	17
D. Pelayanan Kesehatan untuk Pasien AIDS	18
E. Pemanfaatan VCT	22
F. Landasan Teori	31
G. Kerangka Teori	32

H. Kerangka Pikir	33
I. Kerangka Konsep	34
BAB III METODE PENELITIAN	35
A. Jenis Penelitian	35
B. Lokasi Penelitian	35
C. Populasi dan Sampel	35
D. Metode Pengumpulan Data	36
E. Defenisi Operasional dan kriteria objektif	37
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	46
A. Hasil Penelitian	46
1. Analisis Univariat	50
2. Analisis Bivariat	56
3. Analisis Multivariat	65
B. Pembahasan	66
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	96
A. Kesimpulan	96
B. Saran – saran	97
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	halaman
Tabel 4.1. Distribusi Responden Menurut Umur di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	47
Tabel 4.2. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	47
Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	48
Tabel 4.4. Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	48
Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Pendidikan Terakhir di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	49
Tabel 4.6. Distribusi Responden Menurut Jarak Rumah ke VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	50
Tabel 4.7. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Kepercayaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	51
Tabel 4.8. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pengetahuan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	51
Tabel 4.9. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pendapatan dan Biaya di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	51
Tabel 4.10. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pendapatan dan Biaya di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	53
Tabel 4.11. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Ketersediaan Pelayanan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	54
Tabel 4.12. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Jarak di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	54
Tabel 4.13. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Perilaku Konselor di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	55
Tabel 4.14. Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.....	56

Tabel 4.15 Tabel Silang Hubungan Antara Kepercayaan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	57
Tabel 4.16 Tabel Silang Hubungan Antara Pengetahuan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	58
Tabel 4.17 Tabel Silang Hubungan Antara Pendapatan dan Biaya dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	59
Tabel 4.18 Tabel Silang Hubungan Antara Asuransi Kesehatan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	60
Tabel 4.19 Tabel Silang Hubungan Antara Ketersediaan Pelayanan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	61
Tabel 4.20 Tabel Silang Hubungan Antara Jarak dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	63
Tabel 4.21 Tabel Silang Hubungan Antara Perilaku Konselor dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	64
Tabel 4.22. Distribusi Hasil Analisis Multivariat Hubungan Variabel Independent Dengan Variabel Dependent	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Sintesa Penelitian
2. Koesioner Penelitian
3. Daftar Penderita HIV / AIDS di Kabupaten Bulukumba
4. Master Tabel
5. Hasil Analisa Data
6. Hasil Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian
7. Surat Keterangan Ijin penelitian

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : A. Muhartini
Nomor Induk Mahasiswa : P 1802211518
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2013
Yang Menyatakan

A.Muhartini

PRAKATA



Puji Syukur kita panjatkan ke Hadirat Allah, atas Rahmat dan Taufik-Nya sehingga semua proses belajar mengajar pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Unhas sampai dengan penulisan tesis ini dapat dilalui dengan baik. Upaya Maksimal telah penulis tempuh dengan sebaik-baiknya untuk menyempurnakan penyelesaian tesis ini, namun penulis mengharapkan saran dan masukan demi lebih sempurnanya tesis ini.

Secara khusus dengan hormat ucapan terima kasih penulis kepada **Dr. Darmawansyah, SE, MS** selaku Ketua Komisi Penasehat dan dan **Prof. Dr. H. Muh. Asdar, SE, MSi** selaku Anggota Komisi penasehat atas bimbingan dan arahan yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Demikian pula kepada Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH., Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra,MA serta Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, penulis ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Rektor Universitas Hasanudin dan Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada program pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Ketua Konsentrasi S2 AKK beserta seluruh staf pengelola yang telah banyak membantu dan membimbing penulis selama mengikuti pendidikan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Seluruh staf pengajar pascasarjana Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bulukumba yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melanjutkan studi serta melakukan penelitian di RSUD H.A. Suthan Dg. Radja Kab. Bulukumba
5. Rekan-rekan seangkatan pada Program Pascasarjana Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Kelas Makassar, Palu dan Reguler serta terkhusus buat *tante pucut dan pucut* atas segala bantuan, kekompakan dan segala kebersamaannya selama mengikuti pendidikan.
6. Untuk yang tercinta dan selalu dihati, **suamiku H.Lukman,SKM,M.Kes** dan anak2ku (**Muthiah, Wildan dan Mufid**) serta ibunda dan saudara – saudaraku, terima kasih atas setiap cinta dan dukungan yang senantiasa tercurah semoga surga akan menjadi tempat persinggahan terakhir cinta ini. Amin

Akhirnya kepada semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungannya kepada

penulis sejak awal studi hingga penyelesaiannya, penulis ucapkan terima kasih.

Jazaakumullahu khaeran katsiiraa.

Makassar , Mei 2013

A. Muhartini

ABSTRAK

A.MUHARTINI. *Pengaruh Faktor Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Orang Dengan HIV AIDS terhadap Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.* (dibimbing oleh **Darmawansyah** dan **Muh. Asdar**)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor reinforcing orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Bulukumba.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan survey analitik dengan pendekatan belah lintang (cross sectional). Populasi pada penelitian ini adalah orang dengan HIV-AIDS (ODHA) sebesar 107 orang dan sampel sebanyak 50 ODHA. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisa dengan menggunakan *uji chi square* dan *uji regresi logistic* pada $\alpha < 5\%$.

Hasil penelitian diperoleh hasil bahwa ada hubungan kepercayaan ($p=0,021$), pengetahuan ($p=0,009$), pendapatan dan biaya ($p=0,019$), asuransi kesehatan ($p=0,001$), ketersediaan pelayanan ($p=0,021$), jarak tempat tinggal ($p=0,011$), dan perilaku konselor ($p=0,001$) terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba tahun 2013. Dan kesimpulannya berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba dengan nilai Exp (B) sebesar 36,178.

Kata Kunci : *predisposing, enabling, reinforcing,* dan pemanfaatan VCT

ABSTRACT

A.MUHARTINI. *Effect Predisposing Factors, Enabling, and Reinforcing People With HIV AIDS in the District Bulukumba of Utilization VCT in 2013. (guided by Darmawansyah and Muh. Asdar)*

South Sulawesi province including having HIV / AIDS is highest. In 2008 -16 was ranked nationally by HIV / AIDS cases and as many as 2390 patients since 1993, the government has been providing VCT clinics (Voluntary Counseling and Testing) as a voluntary counseling and check their HIV status, but utilization is still very low due to By December 2006, only 4% (8197) estimates the amount of 193 030 people living with HIV who take advantage of this facility. This study aimed to determine the effect of predisposition factors, enabling factors and reinforcing factors of people with HIV-AIDS on VCT uptake in Bulukumba. The research was conducted in Bulukumba.

This research is a quantitative research approach of analytic survey with cross sectional approach. The population in this study were those with HIV-AIDS (PLWHA) by 107 persons and a sample of 50 people living with HIV. Data were collected by using a questionnaire. Data were analyzed by chi square test menggunakan and logistic regression at $\alpha < 5\%$.

Research results that there is a trust relationship ($p = 0.021$), knowledge ($p = 0.009$), income and expenses ($p = 0.019$), health insurance ($p = 0.001$), availability of care ($p = 0.021$), distance of residence ($p = 0.011$), and a behavioral counselor ($p = 0.001$) on the utilization of VCT in Bulukumba in 2013. And conclusions based on multivariate analysis of the obtained results that the variables most influential counselor behavior toward the use of VCT services in Bulukumba with value Exp (B) of 36.178.

Keywords: *predisposing, enabling, reinforcing, and utilization of VCT*

**PENGARUH FAKTOR PREDISPOSING, ENABLING, DAN
REINFORCING ORANG DENGAN HIV AIDS
TERHADAP PEMANFAATAN VCT DI
KABUPATEN BULUKUMBA
TAHUN 2013**

**EFFECT OF PREDISPOSING, ENABLING, AND REINFORCING
PEOPLE WITH HIV AIDS TO UTILIZATION OF VCT
IN BULUKUMBA 2013**

A. Muhartini¹, Darmawansyah², Muhammad Asdar³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba

*²Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan
Masyarakat, Unhas*

³Bagian Manajemen, Fakultas Ekonomi, Unhas, Makassar.

Alamat Korespondensi:

A. Muhartini
Jl. BTN Somba IV Blok H4 Bulukumba
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar,
HP: 081342528620
Email: a.muhartini74@yahoo.co.id

ABSTRAK

Sulawesi Selatan termasuk propinsi yang memiliki penularan HIV / AIDS yang tertinggi. Pada tahun 2008 menempati peringkat ke -16 secara nasional dengan kasus HIV /AIDS sebanyak 2390 penderita dan sejak tahun 1993, pemerintah telah menyediakan klinik *VCT (Voluntary Counseling and Testing)* sebagai tempat konseling sukarela dan memeriksakan status HIV, tetapi pemanfaatannya masih sangat rendah karena hingga akhir Desember 2006, hanya 4 % (8197) dari perkiraan jumlah 193.030 ODHA yang memanfaatkan sarana ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor predisposisi , faktor pendukung dan faktor reinforcing orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Bulukumba. Jenis penelitian ini adalah survei explanatory research. Populasi pada penelitian ini adalah orang dengan HIV-AIDS (ODHA) sebesar 109 orang dan sampel sebanyak 50 ODHA. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisa dengan menggunakan *uji chi square* dan *uji regresi logistic* pada $\alpha < 5\%$. Hasil penelitian diperoleh hasil bahwa ada hubungan kepercayaan ($p=0,021$), pengetahuan ($p=0,009$), pendapatan dan biaya ($p=0,019$), asuransi kesehatan ($p=0,001$), ketersediaan pelayanan ($p=0,021$), jarak tempat tinggal ($p=0,011$), dan perilaku konselor ($p=0,001$) terhadap pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba tahun 2013. Dan kesimpulannya berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan *VCT* di Kabupaten Bulukumba dengan nilai Exp (B) sebesar 36,178.

Kata Kunci : *predisposing, enabling, reinforcing, dan pemanfaatan VCT*

ABSTRACT

South Sulawesi province including having HIV / AIDS is highest. In 2008 -16 was ranked nationally by HIV / AIDS cases and as many as 2390 patients since 1993, the government has been providing *VCT clinics (Voluntary Counseling and Testing)* as a voluntary counseling and check their HIV status, but utilization is still very low due to By December 2006, only 4% (8197) estimates the amount of 193 030 people living with HIV who take advantage of this facility. This study aimed to determine the effect of predisposition factors, enabling factors and reinforcing factors of people with HIV-AIDS on *VCT* uptake in Bulukumba. The research was conducted in Bulukumba. This research is explanatory research surveys. The population in this study were those with HIV-AIDS (PLWHA) by 109 persons and a sample of 50 people living with HIV. Data were collected by using a questionnaire. Data were analyzed by chi square test menggunakan and logistic regression at $\alpha < 5\%$. Research results that there is a trust relationship ($p = 0.021$), knowledge ($p = 0.009$), income and expenses ($p = 0.019$), health insurance ($p = 0.001$), availability of care ($p = 0.021$), distance of residence ($p = 0.011$), and a behavioral counselor ($p = 0.001$) on the utilization of *VCT* in Bulukumba in 2013. And conclusions based on multivariate analysis of the obtained results that the variables most influential counselor behavior toward the use of *VCT* services in Bulukumba with value Exp (B) of 36.178.

Keywords: *predisposing, enabling, reinforcing, and utilization of VCT*

PENDAHULUAN

HIV merupakan singkatan dari Human Immunodeficiency Virus. HIV merupakan retrovirus yang menjangkiti sel – sel sistem kekebalan tubuh manusia terutama *CD4 T-sel* dan *macrophages* komponen – komponen utama sistem kekebalan Human Immunodeficiency Virus, dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus – menerus yang akan mengakibatkan defisiensi kekebalan tubuh. Sedangkan AIDS adalah singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome dan menggambarkan berbagai gejala dan infeksi yang terkait dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia sehingga daya tahan tubuh makin melemah dan mudah terjangkit penyakit infeksi. (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional,2011)

Sejak tahun 1993, pemerintah telah menyediakan klinik *VCT (Voluntary Counseling and Testing)* sebagai tempat konseling sukarela dan memeriksakan status HIV, tetapi pemanfaatannya masih sangat rendah. Hingga akhir Desember 2006, hanya 4 % (8197) dari perkiraan jumlah 193.030 ODHA yang memanfaatkan sarana ini. (AUSAID, 2006)

Penyebab meningkatnya prevalensi HIV/AIDS karena kurangnya kesadaran untuk memanfaatkan layanan *VCT* serta kurangnya pemahaman tentang HIV/AIDS dan *VCT*. Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ababe (2006) melaporkan bahwa responden (51,1 %) yang memiliki persepsi kerentanan yang tinggi menyatakan niatnya untuk melakukan *VCT* daripada mereka yang memiliki persepsi rendah, responden (52,6%) dengan persepsi yang tinggi terhadap keparahan HIV/AIDS menyatakan niatnya untuk ke *VCT*, responden yang merasakan adanya manfaat dalam melakukan *VCT* akan menyatakan ketersediaannya untuk *VCT*.

Menurut pendapat Lawrence Green dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat (Notoatmodjo, S. 2010) dikemukakan bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan atau tidak antara lain : (1) *predisposing factors* atau faktor predisposisi (2) *enabling factors* atau faktor pendukung dan (3) faktor *reinforcing*. Sehingga tujuan penelitian ini adalah untuk

mengetahui pengaruh faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing* orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba.

BAHAN DAN METODE

Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *survey explanatory research*. Populasi penelitian ini adalah semua ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) yang ada di Kabupaten Bulukumba yaitu sebesar 109 orang dan sampelnya sebanyak 50 ODHA di Kabupaten Bulukumba. Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk mengetahui pemanfaatan pelayanan *VCT*.

Metode Pengumpulan Data dan Variabel Penelitian

Pengambilan data primer dan sekunder dilakukan dengan menggunakan kuesioner dari bulan Maret sampai April 2013. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner dan data sekunder diperoleh dari hasil pencatatan dan telaah dokumen dari Pelayanan *VCT*, rumah sakit, dan dinas kesehatan. Variabel independent dalam penelitian ini adalah *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* sedangkan variabel dependennya adalah pemanfaatan *VCT*.

Metode Analisis Data

Data yang diperoleh kemudian diolah menggunakan aplikasi *SPSS for Windows* versi 18 dengan analisis data univariat, bivariat dan multivariat. Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan diinterpretasikan.

HASIL

Analisis Bivariat

Kepercayaan terhadap Pemanfaatan VCT

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden dengan kepercayaan baik dan pemanfaatan kurang ada sebesar 17,2% (5 responden) dan responden kepercayaan kurang dengan pemanfaatan baik ada 52,4% (11 responden). Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $p=0,021$ ($p<0,05$) sehingga H_0 ditolak berarti secara signifikan ada hubungan kepercayaan dengan pemanfaatan pelayanan VCT.

Pengetahuan terhadap Pemanfaatan VCT

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik dan pemanfaatan kurang ada sebesar 17,6% (6 responden) dan responden kepercayaan kurang dengan pemanfaatan baik ada 43,8% (7 responden). Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $p=0,009$ ($p<0,05$) sehingga H_0 ditolak berarti secara signifikan ada hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan VCT.

Jarak terhadap Pemanfaatan VCT

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden dengan jarak baik dan pemanfaatan kurang ada sebesar 18,2% (6 responden) dan responden jarak kurang dengan pemanfaatan baik ada 47,1% (8 responden). Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $p=0,011$ ($p<0,05$) sehingga H_0 ditolak berarti secara signifikan ada hubungan jarak dengan pemanfaatan pelayanan VCT.

Perilaku Konselor terhadap Pemanfaatan VCT

Tabel 4 menunjukkan bahwa perilaku konselor baik dan pemanfaatan kurang ada sebesar 50,0% (13 responden) dan perilaku konselor kurang dengan pemanfaatan baik ada 91,7% (22 responden). Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) sehingga H_0 ditolak berarti secara signifikan ada hubungan perilaku konselor dengan pemanfaatan pelayanan VCT.

Analisis Multivariat

Tabel 5 menunjukkan semua variabel independen yang diuji dalam analisis multivariat, menunjukkan bahwa dari tiga variabel pada step 7^a yang paling berhubungan dengan keputusan pasien adalah variabel perilaku dengan sig. =0,004 dan nilai $\text{Exp}(B)=36,178$ dilanjutkan dengan variabel jarak dengan sig.

=0,021 dan nilai $\text{Exp}(B)=0,105$, dan yang terakhir variabel pengetahuan dengan $\text{sig.}=0,018$ dan nilai $\text{Exp}(B)=0,100$.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan kepercayaan ($p=0,021$), pengetahuan ($p=0,009$), pendapatan dan biaya ($p=0,019$), asuransi kesehatan ($p=0,001$), ketersediaan pelayanan ($p=0,021$), jarak tempat tinggal ($p=0,011$), dan perilaku konselor ($p=0,001$) terhadap pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba tahun 2013. Dan berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan *VCT* di Kabupaten Bulukumba dengan nilai $\text{Exp}(B)$ sebesar 36,178.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bastiar, A (2010) yang melakukan penelitian tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan, Kepercayaan Dan Nilai Pelanggan Terhadap Kepuasan Nasabah Bank (Studi Kasus Pada Nasabah BRI Unit Pangandaran Banjar) diperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh positif dan signifikan kepercayaan terhadap kepuasan nasabah. Hal ini ditunjukkan dengan nilai t hitung sebesar 2,857 dengan nilai signifikansi 0,005 dan koefisien regresi sebesar 0,156.

Penelitian lainnya seperti yang dilakukan oleh Abdurrachman (2010) yang meneliti tentang Hubungan Pengetahuan Pasien dan Kepuasan Pasien Jamkesmas dengan Perilaku Mencari Pengobatan Masyarakat Miskin di Kecamatan Tenggarong, Kutai Kartanegara diperoleh bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan masyarakat tentang jamkesmas dengan perilaku mencari pengobatan ($r = 0,475$, $p = 0,000$).

Untuk variabel pengetahuan maka hasil penelitian ini sejalan hasil penelitian ini adalah seperti yang dilakukan oleh Rahman, B. (2011) Universitas Sumatera Utara yang meneliti tentang Analisis Pengaruh Pengetahuan, Persepsi dan Motivasi PSK terhadap Pemanfaatan Pelayanan Klinik IMS/HIV-AIDS di Puskesmas Bandar Baru dengan diperoleh hasil bahwa pengetahuan ($p=0,006<0,25$), persepsi ($p=0,064<0,25$), dan motivasi PSK ($p=0,000<0,25$) berpengaruh terhadap pemanfaatan klinik IMS/HIV-AIDS.

Penelitian yang dilakukan oleh Abdullah, N. (2011) yang melakukan penelitian tentang Pengetahuan, Sikap dan Kebutuhan Pengunjung Apotek terhadap Pelayanan Informasi Obat di Kota Depok dimana diperoleh hasil bahwa persentase terbesar pengunjung apotek mempunyai sikap yang positif terhadap informasi obat, kecuali dalam hal ruang konsultasi obat terlihat di depan counter, apoteker berhak memperoleh imbalan terhadap jasa informasi obat, dan kebutuhan komputer untuk informasi obat.

Hasil penelitian yang meneliti variabel perilaku konselor yang sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwaningsih, dkk (2011) yang melakukan sebuah penelitian tentang Analisis Faktor Pemanfaatan *VCT* Pada Orang Risiko Tinggi HIV/AIDS dimana dikemukakan suatu hasil penelitian bahwa korelasi Pearson menunjukkan bahwa keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) orang risiko tinggi terhadap HIV/AIDS sudah kuat dan faktor pendorong dan penguat berpengaruh secara signifikan bagi orang risiko tinggi yang memanfaatkan *VCT* di Puskesmas Dupak.

Untuk variabel yang berpengaruh pada analisis multivariate maka hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khairurrahmi (2009) yang melakukan penelitian tentang Pengaruh Faktor Prediposisi, Dukungan Keluarga dan Level Penyakit Orang Dengan HIV/ AIDS Terhadap Pemanfaatan *VCT* di Kota Medan dimana diperoleh hasil penelitian bahwa dari hasil uji regresi logistik variabel status pekerjaan, persepsi tentang pelayanan kesehatan dan dukungan keluarga yang berpengaruh terhadap pemanfaatan *VCT*.

Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Paribungin, A. (2012) dari Universitas Sumatera Utara yang meneliti tentang Hubungan Faktor Pendukung (*Predisposing*) dan Faktor Penguat (*Reinforcing*) dengan Pemanfaatan Klinik *VCT* (*Voluntary Conselling And Testing*) di Wilayah Kerja Puskesmas Wisata Bandar Baru Kecamatan Sibolangit Kabupaten Deli Serdang diperoleh hasil bahwa dengan uji regresi logistik ditemukan yang sangat berhubungan adalah dukungan petugas kesehatan ($\text{Exp B} = 3,819$).

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba dengan nilai Exp (B) sebesar 36,178. Disarankan kepada konselor VCT sebaiknya selalu menjaga dan meningkatkan sikap dan perilaku saat memberikan konseling kepada ODHA agar ODHA dapat merasa nyaman mendatangi petugas VCT yang sopan dan ramah yang tentu saja berasaskan kualitas konseling yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ababe. (2006). *Persepsi ODHA terhadap Pelayanan VCT di Indonesia*. (Tesis Tidak Diterbitkan)
- Abdurrahman. (2010). *Jurnal Hubungan Pengetahuan Pasien dan Kepuasan Pasien Jamkesmas dengan Perilaku Mencari Pengobatan Masyarakat Miskin di Kecamatan Tenggarong, Kutai Kartanegara*
- AUSAID. (2006). *Dampak HIV dan AIDS 2005-2025 di Papua Nugini, Indonesia, dan Timor Leste*
- Bastiar, A. (2011). *Journal The Effects Of The Service Quality, Trust, And Customer Value On Bank Customers' Satisfaction (A Case Study Of The Customers Of Bri Unit Pangandaran, Banjar)*
- Khairurrahmi. (2009). *Jurnal Pengaruh Faktor Prediposisi, Dukungan Keluarga dan Level Penyakit Orang Dengan HIV/ AIDS Terhadap Pemanfaatan VCT di Kota Medan*.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2011). *Strategi Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS*.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*.
- Nur Alam Abdullah. (2011). *Jurnal Pengetahuan, Sikap Dan Kebutuhan Pengunjung Apotek Terhadap Pelayanan Informasi Obat Di Kota Depok*
- Paribungin, A. (2012). *Jurnal Hubungan Faktor Pendukung (Predisposing) Dan Faktor Penguat (Reinforcing) Dengan Pemanfaatan Klinik VCT (Voluntary Conselling And Testing) Di Wilayah Kerja Puskesmas Wisata Bandar Baru Kecamatan Sibolangit Kabupaten Deli Serdang. USU*
- Purwaningsih, dkk . (2011). *Jurnal Analisis Faktor Pemanfaatan VCT Pada Orang Risiko Tinggi Hiv/Aids*
- Rahman, B. (2011). *Jurnal Analisis Pengaruh Pengetahuan, Persepsi Dan Motivasi Psk Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Klinik Ims/Hiv-Aids Di Puskesmas Bandar Baru. USU*

LAMPIRAN

1. **Tabel 1. Tabel Silang Hubungan Antara Kepercayaan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013**

Kepercayaan	Pemanfaatan VCT				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	24	82,8	5	17,2	29	100,0	0.021
Kurang	11	52,4	10	47,6	21	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

2. **Tabel 2. Tabel Silang Hubungan Antara Pengetahuan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013**

Pengetahuan	Pemanfaatan VCT				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	28	82,4	6	17,6	34	100,0	0.009
Kurang	7	43,8	9	56,2	16	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

3. **Tabel 3. Tabel Silang Hubungan Antara Jarak dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013**

Jarak	Pemanfaatan VCT				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Terjangkau	27	81,8	6	18,2	33	100,0	0.011
Tidak terjangkau	8	47,1	9	52,9	17	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

4. Tabel 4. Tabel Silang Hubungan Antara Perilaku Konselor dengan Pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Perilaku Konselor	Pemanfaatan <i>VCT</i>				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	13	50,0	13	50,0	26	100,0	0.001
Kurang	22	91,7	2	8,3	24	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

5. Tabel 5. Distribusi Hasil Analisis Multivariat Hubungan Variabel Independent Dengan Variabel Dependent

	Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 7 ^a	Pengetahuan(1)	-2.299	.968	5.645	1	.018	.100
	Jarak(1)	-2.253	.977	5.314	1	.021	.105
	Perilaku(1)	3.588	1.23	8.494	1	.004	36.178
	Constant	-.501	1	.316	1	.574	.606
	Overall Percentage	86,0	.891				

Sumber : Data Primer 2013

LAMPIRAN

Tabel 1. Tabel Silang Hubungan Antara Kepercayaan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Kepercayaan	Pemanfaatan VCT				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	24	82,8	5	17,2	29	100,0	0.021
Kurang	11	52,4	10	47,6	21	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 2. Tabel Silang Hubungan Antara Pengetahuan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Pengetahuan	Pemanfaatan VCT				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	28	82,4	6	17,6	34	100,0	0.009
Kurang	7	43,8	9	56,2	16	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 3. Tabel Silang Hubungan Antara Jarak dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Jarak	Pemanfaatan VCT				Total		P
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Terjangkau	27	81,8	6	18,2	33	100,0	0.011
Tidak terjangkau	8	47,1	9	52,9	17	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4. Tabel Silang Hubungan Antara Perilaku Konselor dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Perilaku Konselor	Pemanfaatan <i>VCT</i>				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	13	50,0	13	50,0	26	100,0	0.001
Kurang	22	91,7	2	8,3	24	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 5. Distribusi Hasil Analisis Multivariat Hubungan Variabel Independent Dengan Variabel Dependent

	Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 7 ^a	Pengetahuan(1)	-2.299	.968	5.645	1	.018	.100
	Jarak(1)	-2.253	.977	5.314	1	.021	.105
	Perilaku(1)	3.588	1.23	8.494	1	.004	36.178
	Constant	-.501	1	.316	1	.574	.606
	Overall Percentage	86,0	.891				

Sumber : Data Primer 2013

ABSTRAK

A.Muhartini. *Pengaruh Faktor Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Orang Dengan HIV AIDS terhadap Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.* (dibimbing oleh Darmawansyah dan Muhammad Asdar)

Sulawesi Selatan termasuk propinsi yang memiliki penularan HIV / AIDS yang tertinggi. Pada tahun 2008 menempati peringkat ke -16 secara nasional dengan kasus HIV /AIDS sebanyak 2390 penderita dan sejak tahun 1993, pemerintah telah menyediakan klinik *VCT (Voluntary Counseling and Testing)* sebagai tempat konseling sukarela dan memeriksakan status HIV, tetapi pemanfaatannya masih sangat rendah karena hingga akhir Desember 2006, hanya 4 % (8197) dari perkiraan jumlah 193.030 ODHA yang memanfaatkan sarana ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor predisposisi , faktor pendukung dan faktor reinforcing orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Bulukumba.

Jenis penelitian ini adalah survei explanatory research. Populasi pada penelitian ini adalah orang dengan HIV-AIDS (ODHA) sebesar 109 orang dan sampel sebanyak 50 ODHA. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisa dengan menggunakan *uji chi square* dan *uji regresi logistic* pada $\alpha < 5 \%$.

Hasil penelitian diperoleh hasil bahwa ada hubungan kepercayaan ($p=0,021$), pengetahuan ($p=0,009$), pendapatan dan biaya ($p=0,019$), asuransi kesehatan ($p=0,001$), ketersediaan pelayanan ($p=0,021$), jarak tempat tinggal ($p=0,011$), dan perilaku konselor ($p=0,001$) terhadap pemanfaatan *VCT* di Kabupaten Bulukumba tahun 2013. Dan kesimpulannya berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan *VCT* di Kabupaten Bulukumba dengan nilai Exp (B) sebesar 36,178.

Kata Kunci : *predisposing, enabling, reinforcing, dan pemanfaatan VCT*

ABSTRACT

A.Muhartini. *Effect Predisposing Factors, Enabling, and Reinforcing People With HIV AIDS in the District Bulukumba of Utilization VCT in 2013. (guided by Darmawansyah and Muhammad Asdar)*

South Sulawesi province including having HIV / AIDS is highest. In 2008 -16 was ranked nationally by HIV / AIDS cases and as many as 2390 patients since 1993, the government has been providing VCT clinics (Voluntary Counseling and Testing) as a voluntary counseling and check their HIV status, but utilization is still very low due to By December 2006, only 4% (8197) estimates the amount of 193 030 people living with HIV who take advantage of this facility. This study aimed to determine the effect of predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors of people with HIV-AIDS on VCT uptake in Bulukumba. The research was conducted in Bulukumba.

This research is explanatory research surveys. The population in this study were those with HIV-AIDS (PLWHA) by 109 persons and a sample of 50 people living with HIV. Data were collected by using a questionnaire. Data were analyzed by chi square test menggunakan and logistic regression at $\alpha < 5\%$.

Research results that there is a trust relationship ($p = 0.021$), knowledge ($p = 0.009$), income and expenses ($p = 0.019$), health insurance ($p = 0.001$), availability of care ($p = 0.021$), distance of residence ($p = 0.011$), and a behavioral counselor ($p = 0.001$) on the utilization of VCT in Bulukumba in 2013. And conclusions based on multivariate analysis of the obtained results that the variables most influential counselor behavior toward the use of VCT services in Bulukumba with value Exp (B) of 36.178.

Keywords: *predisposing, enabling, reinforcing, and utilization of VCT*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

HIV merupakan singkatan dari Human Immunodeficiency Virus. HIV merupakan retrovirus yang menjangkiti sel – sel sistem kekebalan tubuh manusia terutama CD4 T-sel dan macrophages komponen-komponen utama sistem kekebalan se Human Immunodeficiency Virus, dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus-menerus yang akan mengakibatkan defisisnsi kekebalan tubuh. Sedangkan AIDS adalah singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome dan menggambarkan berbagai gejala dan infeksi yang terkait dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia sehingga daya tahan tubuh makin melemah dan mudah terjangkit penyakit infeksi. (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2011).

Data HIV secara Global dari Berita Kedokteran Masyarakat, Vol.25 No.4, Desember 2009 menyebutkan bahwa dari sekitar 40 juta penduduk dunia yang telah terinfeksi HIV, lebih dari 95 %-nya berada di negara berkembang, dan anak – anak muda saat ini telah menjadi bagian dari pandemik AIDS dengan adanya data yang menyebutkan bahwa lebih dari setengah kasus baru yang terinfeksi HIV adalah remaja dengan usia

antara 15-24 tahun. Hal ini diperkuat oleh perkiraan WHO bahwa 50 % dari seluruh kasus terinfeksi adalah anak muda atau dengan kata lain 7000 anak muda (umur 15 – 24 tahun) terinfeksi setiap harinya dan 30 % dari 40 juta orang dengan HIV / AIDS (ODHA) yang terinfeksi seluruh dunia berada pada usia 15 – 24 tahun. hampir 1.800 orang yang hidup dengan HIV positif di bawah usia 15 tahun tertular dari ibunya, serta sekitar 1.400 anak dibawah usia 15 tahun meninggal akibat mengalami fase AIDS. Mayoritas anak muda yang terinfeksi tidak tahu bahwa dia sebenarnya telah terinfeksi, dan anak muda yang terlibat hubungan seks hanya sedikit yang tahu apakah pasangannya telah terinfeksi HIV atau tidak. Data ini menunjukkan kepada kita betapa besar resiko yang dihadapi. (Berita Kedokteran Masyarakat, Vol.25 No.4, Desember 2009).

Sampai saat ini HIV / AIDS tidak saja menjadi masalah kesehatan tetapi secara serius di negara – negara yang sedang berkembang dan dapat menyebabkan kemiskinan (Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS, 2007-2010). Kondisi seperti ini juga terjadi di Indonesia. Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa penularan HIV/AIDS terus meningkat sampai dengan triwulan kedua tahun 2011 dilaporkan 6.087 kasus baru HIV. Sampai akhir Desember 2011 secara kumulatif jumlah kasus AIDS tercatat 28.606 kasus. Dilihat dari kelompok umur, pengidap terbesar pada kelompok umur 20-29, yaitu sebanyak 36,4 %, disusul dengan kelompok umur 30-39 tahun sebanyak 34,5 %. (Panduan Pelaksanaan KPAI, 2011).

Para ahli epidemiologi Indonesia memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang berarti, maka pada Tahun 2015 jumlah kasus AIDS menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Kebanyakan penularan tetap terjadi pada sub-populasi berperilaku berisiko kepada isteri atau pasangannya. Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38.500 anak yang dilahirkan dari ibu yang HIV positif (STRANAS Penanggulan HIV/AIDS, 2007-2010).

Cara penularan komulatif kasus AIDS yang dilaporkan sebagian besar ditemukan pada kelompok IDU (*Injecting Drug User*) yaitu 49,2 %, heteroseksual 42,8 % dan homoseksual 3,8 %. Persentase komulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20 – 29 tahun (53,62 %), disusul kelompok umur 30-39 tahun (27,79 %) dan 7,89 % pada kelompok umur 40 – 49 tahun (KPA Nasional, 2008).

Salah satu area penanggulangan HIV / AIDS adalah penyediaan perawatan, pengobatan, dan memberikan dukungan kepada ODHA. Hal ini dilakukan karena ODHA menjadi bagian penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, karena mereka adalah orang-orang yang hidupnya tersentuh dan terpengaruh secara langsung oleh virus ini. Mereka adalah sumber yang paling tepat dan paling penting dalam mengenai HIV/AIDS (Depkes RI, 2011).

Sulawesi Selatan termasuk Propinsi yang memiliki penularan HIV/AIDS yang tertinggi. Pada tahun 2008 menempati peringkat ke -16

secara nasional dengan kasus HIV/AIDS sebanyak 2390 penderita dan meningkat di Tahun 2010 dengan menempati posisi ke – 8 dengan jumlah penderita sebanyak 3899 kasus dan pada Tahun 2012 secara kumulatif meningkat menjadi 5658 kasus (Subdin P2PL Dinas Kesehatan Prop.Sul-Sel 2012).

Di Kabupaten Bulukumba penderita HIV/AIDS terus meningkat setiap tahun. Hingga Nopember 2011 ditemukan pengidap HIV sebanyak 51 Orang sedangkan penderita AIDS sebanyak 43 orang dan pada tahun 2012 menduduki peringkat ketiga di Sulawesi Selatan yaitu menjadi 107 orang setelah Kota Makassar sebanyak 4660 orang dan Kota Pare - Pare sebanyak 312 orang. (Kab. Bulukumba,2012).

Jumlah kasus penderita AIDS di atas, seperti lazim disebutkan merupakan fenomena ” puncak gunung es ”. Artinya kondisi yang sebenarnya termasuk yang terselubung bisa jadi berpuluh kali lipat dari jumlah yang dilaporkan. Ini terjadi karena kurangnya kesadaran bagi orang yang berperilaku berisiko untuk melakukan pencegahan dan pemeriksaan kesehatan. Disamping itu memerlukan biaya yang besar untuk melakukan pemeriksaan diri ke laboratorium. Sehingga seseorang diketahui sudah berada pada tahap AIDS datang ke Rumah Sakit.

Di Kabupaten Bulukumba, epidemi AIDS telah direspon dengan berbagai upaya pencegahan baik yang dilakukan pemerintah maupun oleh kelompok masyarakat. Pemerintah bersama DPRD Kab. Bulukumba telah menetapkan Peraturan daerah Nomor 5 Tahun 2008 tentang Pencegahan

dan Penanggulangan HIV / AIDS. Keberadaan Peraturan Daerah ini diharapkan dapat mengendalikan laju epidemi HIV / AIDS di kabupaten Bulukumba yang semakin berkembang. Epidemi HIV / AIDS dapat diduga terjadi karena kabupaten Bulukumba adalah Kota yang terbuka, merupakan jalur lintasan angkutan darat dan laut yang didukung dengan fasilitas transportasi yang memadai serta mempunyai daerah wisata Tanjung Bira yang terkenal sampai ke luar negeri. Kondisi seperti ini menyebabkan masyarakat Kabupaten Bulukumba sangat rawan untuk terinfeksi HIV, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan Faktor pendorong meningkatnya jumlah masyarakat berperilaku berisiko terinfeksi HIV (Renstra KPA Kab. Bulukumba, 2010).

Perkembangan ekonomi dan pertumbuhan penduduk menjadi salah satu faktor munculnya faktor risiko tinggi infeksi HIV / AIDS termasuk makin maraknya lokasi berisiko. Lokasi berisiko tinggi terinfeksi HIV / AIDS di Kota Bulukumba berada di Kecamatan Bonto Bahari tepatnya pada daerah wisata Tanjung Bira.

Berdasarkan hasil survey Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba Tahun 2011 di lokasi Tanjung Bira dari 100 sampel darah PSK yang diperiksa ditemukan 3 kasus (3 %) HIV Positif. Salah satu cara penanggulangan HIV/AIDS adalah penyediaan perawatan, pengobatan dan memberi dukungan kepada ODHA. Hal ini dilakukan karena ODHA menjadi bagian penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, karena

mereka adalah orang – orang yang hidupnya tersentuh dan terpengaruh secara langsung oleh virus ini.

Program yang dilakukan untuk ODHA diantaranya adalah Program peningkatan sarana pelayanan kesehatan, program peningkatan penyediaan distribusi obat dan reagensia, program pendidikan dan pelatihan dan program peningkatan penjangkauan dan dukungan ODHA (www.undp.or.id, 2007).

Sejak tahun 1993, pemerintah telah menyediakan klinik VCT (Voluntary Counseling and testing) sebagai tempat konseling sukarela dan memeriksakan status HIV, tetapi pemanfaatannya masih sangat rendah. Hingga akhir Desember 2006, hanya 4 % (8197) dari perkiraan jumlah 193.030 ODHA yang memanfaatkan sarana ini. (www.searo.int,2007)

Klinik VCT adalah sarana pelayanan kesehatan yang digunakan dalam upaya penanggulangan kasus HIV / AIDS. Klinik ini bekerja sama dengan berbagai pihak dalam melakukan pemetaan, estimasi dan pencarian kasus sedini mungkin, terutama pada kelompok resiko tinggi (*high risk population*). Klinik VCT juga memberikan pengobatan dan dukungan bagi ODHA dengan tujuan agar tidak menularkan kepada orang lain dan agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Di negara maju, VCT merupakan komponen kunci dalam program HIV, namun di negara berkembang, VTC belum menjadi strategi besar dalam penanggulangan HIV/AIDS.(Jurnal Ners Vol 6 No.1 , 2011)

Penyebab meningkatnya prevalensi HIV / AIDS karena kurangnya kesadaran untuk memanfaatkan layanan VCT serta kurangnya pemahaman tentang HIV / AIDS dan VCT. Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ababe (2006) melaporkan bahwa responden (51,1 %) yang memiliki persepsi kerentanan yang tinggi menyatakan niatnya untuk melakukan VCT daripada mereka yang memiliki persepsi rendah, responden (52,6 %) dengan persepsi yang tinggi terhadap keparahan HIV / AIDS menyatakan niatnya untuk ke VCT, responden yang merasakan adanya manfaat dalam melakukan VCT akan menyatakan ketersediaannya untuk VCT.

Menurut hasil penelitian Lewden (2007) dalam *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, ODHA yang menggunakan pengobatan ARV jangka panjang, kekebalan tubuhnya dapat pulih kembali, hal ini tercermin dari jumlah limfosit CD4 lebih dari 500 sel/mm³ dalam waktu yang cukup lama, sehingga mortalitas atau angka kematiannya sama seperti masyarakat umum.

Orang dengan HIV / AIDS membutuhkan pengobatan ARV untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Untuk itu ODHA perlu terus melakukan pengobatan medis ke sarana kesehatan yang telah disediakan. Menurut hasil penelitian Alcorn (2007), salah satu faktor terpenting untuk menentukan apakah ODHA tetap melakukan pengobatannya atau tidak adalah keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.

Menurut pendapat Lawrence Green dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo) hal 96 dikemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan atau tidak antara lain : (1) *predisposing factors* atau faktor predisposisi (2) *enabling factors* atau faktor pendukung dan (3) faktor reinforcing berdasarkan faktor yang memperkuat alasan seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Komponen predisposisi mencakup : demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan), struktur sosial (seperti pendidikan, pekerjaan, ras atau suku, jumlah keluarga, agama), dan keyakinan (seperti penilaian terhadap status sehat atau sakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang penyakit). Komponen kedua yaitu Enabling Faktor atau faktor pendukung yang terdiri dari faktor keluarga (seperti pendapatan, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat).

Hasil penelitian Khaerurrahmi (2009) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin, status pekerjaan, persepsi tentang pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, pemeriksaan CD4, persepsi tentang keparahan penyakit dengan pemanfaatan VCT.

Penelitian Budi Setiawan (2011) menyimpulkan bahwa faktor umur dan pendidikan berpengaruh terhadap pemanfaatan klinik VCT. Status perkawinan tidak berpengaruh. variabel mutu pelayanan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti langsung berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan klinik VCT. Variabel mutu pelayanan dimensi

keandalan merupakan variabel yang paling mempengaruhi pemanfaatan klinik VCT.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui ” Pengaruh faktor Predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, suku atau ras), Enabling faktor atau faktor pendukung (pendapatan, ketersediaan asuransi kesehatan, ketersediaan pelayanan, jarak) dan faktor reinforcing (perilaku konselor) orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba. ”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

” Apakah ada pengaruh faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor reinforcing orang dengan HIV / AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk Mengetahui pengaruh faktor predisposing, faktor Enabling dan faktor reinforcing orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh predisposing faktor atau faktor predisposisi (kepercayaan dan pengetahuan) orang dengan HIV/AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
- b. Untuk mengetahui pengaruh enabling faktor atau faktor pendukung (Asuransi kesehatan, ketersediaan pelayanan, jarak) orang dengan HIV/AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
- c. Untuk mengetahui pengaruh reinforcing faktor atau faktor penguat (perilaku konselor) orang dengan HIV/AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai bahan masukan bagi Pemerintah Kabupaten Bulukumba dalam menentukan kebijakan untuk mencegah HIV / AIDS di Kabupaten Bulukumba.
2. Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba dan Lintas Sektor untuk perencanaan Program Upaya Pencegahan HIV / AIDS di Kabupaten Bulukumba dan Evaluasi kinerja dalam pelaksanaan pencegahan HIV / AIDS.

3. Sebagai bahan masukan bagi Komisi penanggulangan AIDS Kabupaten Bulukumba dalam perencanaan Program Upaya Pencegahan HIV / AIDS di Kabupaten Bulukumba.
4. Sebagai informasi dan pengembangan untuk penelitian sejenis secara berkelanjutan
5. Dapat memberi informasi lebih lanjut bagi ODHA tentang pentingnya pengobatan yang tepat sehingga tidak menularkan HIV/AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang HIV / AIDS

AIDS merupakan singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome. Penyakit AIDS yaitu suatu penyakit yang ditimbulkan sebagai dampak berkembangbiaknya virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) didalam tubuh manusia, yang mana virus ini menyerang sel darah putih (sel CD4) sehingga mengakibatkan rusaknya sistem kekebalan tubuh. Hilangnya atau berkurangnya daya tahan tubuh membuat si penderita mudah sekali terjangkit berbagai macam penyakit termasuk penyakit ringan sekalipun. (Buletin Serba Serbi HIV / AIDS, 2006, sumber: www.id.wikipedia.org/wiki/AIDS).

Virus HIV menyerang sel CD4 dan menjadikannya tempat berkembang biak Virus HIV baru, kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Sebagaimana kita ketahui bahwa sel darah putih sangat diperlukan untuk sistem kekebalan tubuh. Tanpa kekebalan tubuh maka ketika tubuh kita diserang penyakit, Tubuh kita lemah dan tidak berupaya melawan jangkitan penyakit dan akibatnya kita dapat meninggal dunia meski terkena influenza atau pilek biasa. Ketika tubuh manusia terkena virus HIV maka tidaklah langsung menyebabkan atau menderita penyakit AIDS, melainkan diperlukan waktu yang cukup lama bahkan

bertahun-tahun bagi virus HIV untuk menyebabkan AIDS atau HIV positif yang mematikan. (sumber: www.kliniksehati.com/infeksi-opoportunistik-aids)

B. Cara Penularan Virus HIV / AIDS

HIV tidak dapat tersebar dengan sendirinya atau bertahan lama diluar tubuh manusia. Virus tersebut membutuhkan cairan tubuh manusia untuk bisa hidup, berproduksi dan mampu menularkan ke orang lain. Virus tersebut ditularkan melalui darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu dari pengidap HIV. Widjajanti (2009) mengatakan ada tiga metode penyebaran virus HIV tersebut, yakni:

1. Hubungan seks tidak aman

Hubungan seks melalui vagina, anal, dan oral dengan pengidap HIV atau penderita AIDS merupakan cara yang banyak terjadi pada penularan HIV dan AIDS.

2. Melalui Darah yang Tercemar HIV

Penyebaran virus HIV juga terjadi ketika orang menggunakan jarum suntik atau alat injeksi yang tidak steril secara bersama, biasanya terjadi di kalangan para pengguna narkoba yang di antara mereka ada yang mengidap HIV. Penyebaran juga terjadi di beberapa tempat-tempat perawatan kesehatan yang tidak memenuhi standar atau melalui transfusi darah yang belum dilakukan *screening* terhadap HIV. Penggunaan peralatan tato dan alat tindik yang tidak steril dapat juga menyebarkan virus HIV.

3. Melalui Ibu kepada Anaknya

Seorang wanita yang mengidap HIV dapat menularkan virus HIV kepada anaknya pada saat kehamilan, kelahiran atau pada masa menyusui.

Adapun cairan tubuh yang tidak mengandung Virus HIV pada penderita HIV antara lain Saliva (air liur atau air ludah), Feses (kotoran atau tinja), Air mata, Air keringat serta Urine (Air seni atau air kencing). Tanda dan Gejala Penyakit AIDS seseorang yang terkena virus HIV pada awal permulaan umumnya tidak memberikan tanda dan gejala yang khas, penderita hanya mengalami demam selama 3 sampai 6 minggu tergantung daya tahan tubuh saat mendapat kontak virus HIV tersebut. Setelah kondisi membaik, orang yang terkena virus HIV akan tetap sehat dalam beberapa tahun dan perlahan kekebalan tubuhnya menurun/lemah hingga jatuh sakit karena serangan demam yang berulang. Satu cara untuk mendapat kepastian adalah dengan menjalani Uji Antibodi HIV terutama jika seseorang merasa telah melakukan aktivitas yang berisiko terkena virus HIV.

Adapun tanda dan gejala yang tampak pada penderita penyakit AIDS diantaranya adalah seperti dibawah ini:

1. Saluran pernafasan. Penderita mengalami nafas pendek, henti nafas sejenak, batuk, nyeri dada dan demam seperti terserang infeksi virus

lainnya (Pneumonia). Tidak jarang diagnosa pada stadium awal penyakit HIV AIDS diduga sebagai TBC.

2. Saluran Pencernaan. Penderita penyakit AIDS menampakkan tanda dan gejala seperti hilangnya nafsu makan, mual dan muntah, kerap mengalami penyakit jamur pada rongga mulut dan kerongkongan, serta mengalami diare yang kronik.
3. Berat badan tubuh penderita mengalami hal yang disebut juga wasting syndrome, yaitu kehilangan berat badan tubuh hingga 10% dibawah normal karena gangguan pada sistem protein dan energy didalam tubuh seperti yang dikenal sebagai Malnutrisi termasuk juga karena gangguan absorpsi/penyerapan makanan pada sistem pencernaan yang mengakibatkan diare kronik, kondisi letih dan lemah kurang bertenaga.
4. System Persyarafan. Terjadinya gangguan pada persyarafan central yang mengakibatkan kurang ingatan, sakit kepala, susah berkonsentrasi, sering tampak kebingungan dan respon anggota gerak melambat. Pada system persyarafan ujung (Peripheral) akan menimbulkan nyeri dan kesemutan pada telapak tangan dan kaki, reflek tendon yang kurang, selalu mengalami tensi darah rendah dan Impoten.
5. System Integument (Jaringan kulit). Penderita mengalami serangan virus cacar air (herpes simplex) atau cacar api (herpes zoster) dan berbagai macam penyakit kulit yang menimbulkan rasa nyeri pada

jaringan kulit. Lainnya adalah mengalami infeksi jaringan rambut pada kulit (Folliculities), kulit kering berbercak (kulit lapisan luar retak-retak) serta Eczema atau psoriasis.

6. Saluran kemih dan Reproduksi pada wanita. Penderita seringkali mengalami penyakit jamur pada vagina, hal ini sebagai tanda awal terinfeksi virus HIV. Luka pada saluran kemih, menderita penyakit syphillis dan dibandingkan Pria maka wanita lebih banyak jumlahnya yang menderita penyakit cacar. Lainnya adalah penderita AIDS wanita banyak yang mengalami peradangan rongga (tulang) pelvic dikenal sebagai istilah 'pelvic inflammatory disease (PID)' dan mengalami masa haid yang tidak teratur (abnormal).

Penanganan dan Pengobatan Penyakit AIDS Kendatipun dari berbagai negara terus melakukan researchnya dalam mengatasi HIV / AIDS, namun hingga saat ini penyakit AIDS tidak ada obatnya termasuk serum maupun vaksin yang dapat menyembuhkan manusia dari Virus HIV penyebab penyakit AIDS. Adapun tujuan pemberian obat-obatan pada penderita AIDS adalah untuk membantu memperbaiki daya tahan tubuh, meningkatkan kualitas hidup bagi mereka yang diketahui terserang virus HIV. (Buletin Serba Serbi HIV/AIDS)

C. Reaksi Psikologis Orang Yang Terinfeksi HIV / AIDS

Kubler Ross (dalam Sarafino 2006) menyatakan ada lima tahapan reaksi psikologis dalam menghadapi kematian pada pasien-pasien *terminal illness* yaitu :

1. Denial (Penyangkalan)

Reaksi pertama ketika menghadapi kematian adalah menyangkal kematian itu. Pasien *terminal illness* mengatakan “Tidak, itu tidak benar atau ada kesalahan pada hasil yang diberikan”. Penyangkalan seperti ini merupakan reaksi pertama yang ditunjukkan pasien. Menurut Kubler Ross, penyangkalan akan hilang dengan segera dan berganti dengan kemarahan.

2. Anger (Kemarahan)

Kemudian pasien menyadari “ Ya, ini terjadi pada saya dan tidak salah”. Pasien bertanya dalam hati “Mengapa ini terjadi pada saya” Pasien menyalahkan orang-orang yang sehat dan marah kepada setiap orang termasuk perawat, dokter dan keluarganya.

3. Bargaining (tawar menawar)

Pada tahap ini, seseorang mengubah strategi dengan melakukan tawar-menawar atau negoisasi dengan Tuhan. Misalnya “ Tuhan, saya berjanji untuk menjadi orang yang lebih baik jika Engkau menyembuhkan penyakit ini.

4. Depression (depresi)

Ketika strategi tawar-menawar tidak membantu dan pasien merasa hidupnya tinggal sebentar lagi maka depresi terjadi. Mereka menangi akan apa yang terjadi pada masa lalu dan kehilangan masa depan. Menurut Kubler Ross, depresi yang terjadi dalam waktu yang lama membuat pasien melepaskan kesedihan itu dengan menerima apa yang terjadi.

5. Acceptance (Penerimaan)

Pasien yang sudah cukup lama menjalani hidupnya mencapai tahap terakhir dimana mereka tidak merasa depresi lagi tetapi sudah merasa agak tenang dan siap menerima kematian.

D. Pelayanan Kesehatan Untuk Pasien AIDS

AIDS adalah penyakit menahun yang ditandai dengan serangan – serangan infeksi oportunistik. Berdasarkan beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa HIV ternyata terus menerus berkembang biak di dalam tubuh ODHA dan replikasi HIV tersebut mempunyai dampak buruk terhadap system kekebalan dan kesehatan ODHA. (Djoerban, 2001).

Diperkirakan terdapat tujuh juta orang dengan HIV / AIDS di Asia Pasifik dan peningkatan jumlah ODHA membutuhkan dan menuntut akses layanan komprehensif. Pelayanan komprehensif ODHA menurut WHO meliputi terapi medik asuhan keperawatan, konseling, dan dukungan psikososial untuk ODHA, keluarga dan mereka yang tergantung padanya.

(sumber:www.ayups87.wordpress.com/.../makalah-pengaruh-hivaidsterhadap-sistem).

Menurut Aggleton (1994) ada tiga strategi yang memungkinkan bagi perawatan penyakit HIV :

1. Melawan virus HIV untuk memperlambat atau melindungi akibat kerusakan yang ditimbulkan pada system kekebalan tubuh.
2. Perawatan atau pencegahan infeksi oppurtunistik yang dapat menyebabkan kerusakan pada system kekebalan tubuh
3. Memperkuat system kekebalan tubuh.

Penderita HIV/AIDS memerlukan pelayanan kesehatan serupa dengan penderita penyakit menahun yang lain. Mereka memerlukan pelayanan kesehatan berkesinambungan, pemantauan yang seksama untuk mencegah infeksi, serta pengobatan segera agar infeksi sekunder tidak berlarut – larut menyebabkan cacat.

Fasilitas kesehatan yang diperlukan oleh penderita HIV / AIDS adalah sebagai berikut :

a. Fasilitas perawatan akut

Perawatan rawat inap intensif yang mempunyai staf lengkap dan sudah berpengalaman. Di ruang rawat ini penderita diawasi 24 jam penuh. Jenis pelayanan dasar yang diperlukan adalah penyakit dalam, bedah, anastesi, laboratorium, radiologi, gizi dan farmasi.

b. Fasilitas perawatan khusus

Merupakan fasilitas yang sudah terbiasa merawat pasien AIDS. Unit ini menyediakan perawatan untuk pasien AIDS yang tidak dalam fase akut tetapi memerlukan perawatan di Rumah Sakit untuk rehabilitasi.

c. Fasilitas perawatan intermediate

Fasilitas ini diperlukan untuk penderita yang tidak terus-menerus memerlukan dokter atau perawat yang berpengalaman. Ini berlaku baik untuk fasilitas rawat inap maupun berobat jalan.

d. Fasilitas perawatan masyarakat (shelter)

Penderita AIDS yang sedang tidak dirawat di Rumah Sakit kadang-kadang memerlukan beberapa jenis fasilitas non medik, seperti perumahan, pengadaan makanan dan bantuan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum atau ke toilet.

e. Pusat Kesehatan Masyarakat

Puskesmas yang diperlukan adalah yang dilengkapi dengan pelayanan psikologi, rehabilitasi, social, gizi, dan pendidikan kesehatan.

f. Perawatan Kesehatan di Rumah

Fasilitas ini diperlukan oleh penderita, agar ia dapat tetap tinggal dirumahnya sambil terus dipantau dan mendapat perawatan medik yang berkesinambungan. Untuk tujuan tersebut diperlukan pekerja social, perawat dan relawan baik dari kalangan agama maupun dari lapisan masyarakat lain. (Djoerban, 2001).

Namun, sering kali merawat penderita penyakit ini lebih sulit dari penyakit kronik lain, karena :

- (a) terbatasnya tenaga yang terdidik dan terlatih
- (b) penderita memerlukan dukungan emosi khusus
- (c) Pemantauan medik untuk mencegah kekambuhan sehingga dapat dicegah perawatan di Rumah sakit
- (d) Beberapa tenaga kesehatan sendiri masih cemas dan ketakutan untuk merawat (Djoerban, 2001).

Untuk mengurangi penderitaan akibat HIV/AIDS dan mencegah penularan lebih lanjut infeksi HIV serta meningkatkan kualitas hidup ODHA diperlukan program – program sebagai berikut :

- a. Program peningkatan sarana pelayanan kesehatan

Jumlah dan mutu pelayanan untuk konseling dan testing sukarela (VCT), pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayinya (PMTCT) dan perawatan, pengobatan dan dukungan pada ODHA (CST) ditingkatkan.

- b. Program peningkatan penyediaan, distribusi obat dan reagensia

Untuk memenuhi reinforcing ODHA dan sejalan dengan peningkatan jumlah sarana perawatan dan pengobatan, ketersediaan ARV, obat infeksi opportunistic dan reagensia ditingkatkan jumlah dan mutunya serta harganya diupayakan terjangkau. Manajemen obat dan reagensia disempurnakan sehingga pengadaan dan distribusi obat dan reagensia terjamin.

c. Program pendidikan dan pelatihan

Peningkatan jumlah dan mutu pelayanan dan dukungan kepada ODHA membutuhkan tenaga yang berilmu, terampil dan beretika. Pendidikan dan pelatihan teknis kepada yang berkarya dalam upaya penanggulangan AIDS sesuai dengan bidang kerjanya.

d. Program peningkatan penjangkauan dan dukungan ODHA

Upaya yang sungguh – sungguh untuk menjangkau sedikitnya 80 % kelompok berperilaku resiko tinggi agar mereka yang memerlukan perawatan dan pengobatan dapat akses kepada pencegahan, perawatan, pengobatan dan dukungan yang diperlukan (www.undp.or.id).

E. Pemanfaatan VCT

1. Voluntary Counselling and Testing (VCT)

Klinik VCT (Voluntary Counseling and Testing) adalah sarana pelayanan kesehatan yang digunakan dalam upaya penanggulangan kasus HIV / AIDS. Klinik VCT juga memberikan pengobatan dan dukungan bagi ODHA agar tidak menularkan kepada orang lain dan agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya. VCT juga merupakan pintu masuk untuk membantu setiap orang mendapatkan akses ke semua pelayanan, baik informasi, edukasi, terapi atau dukungan psikososial.(sumber: www.journal.lib.unair.ac.id/index.php/JN/article/download/585/585).

VCT memiliki arti tersendiri yaitu huruf V (Voluntary) berarti mendorong orang untuk hadir di layanan – layanan yang mungkin tadinya mereka tolak. Huruf C (Counselling) berarti lebih efektif daripada sekedar menyediakan informasi kesehatan. Dan huruf T (testing) yang berarti layanan yang berkualitas dan selesai satu hari lebih hemat dan meningkatkan orang melakukan tes dan permintaan untuk VCT. Dalam hal ini membuktikan bila seseorang dipaksa tes mereka akan menolak dan menjauh dibandingkan dengan memberikan pengertian dan informasi yang benar (Gunung, 2005).

Pada tahun 1993, VCT sudah mulai diadakan di Kalimantan Barat. Di Jakarta pelayanan VCT di RS Cipto Mangunkusumo mulai diadakan pada tahun 1995. Dalam lima tahun berikutnya pelayanan VCT telah dikembangkan ke berbagai daerah dengan dukungan dari USAIDS, GFATM dan AusAID. Saat ini telah tersedia 236 pelayanan VCT di hampir 100 dari 440 kabupaten dan 19 dari 33 propinsi. Pedoman pelayanan VCT secara nasional diformulasikan pada Tahun 2005 dan pelayanan VCT juga mulai dimasukkan ke dalam rencana strategis nasional tahun 2003-2007 (www.searo.who.int,2007).

VCT dibentuk dengan tujuan dan alasan sebagai berikut :

1. Pencehagan HIV

Mereka yang menggunakan jasa pelayanan VCT di dalam dirinya ada perasaan yang kuat tentang tata nilai, aktivitas seksual dan diagnosis (apakah positif atau negative) dan seringkali mereka betul-betul

menurunkan perilaku berisikonya. VCT menawarkan kepada para pasangan untuk mencari tahu status HIV dan perencanaan hidup mereka berkaitan dengan hal itu.

2. Pintu masuk menuju terapi dan perawatan

VCT telah terbukti sangat bernilai tinggi dalam hal pintu gerbang menuju pelayanan medik dan dukungan sesuai dengan yang dibutuhkan. Akses VCT penting untuk memastikan keamanan dan efektifitas dari semua intervensi (Depkes RI, 2004).

2. Pelayanan Kesehatan

VCT merupakan salah satu bagian dari sarana pelayanan kesehatan secara umum. Menurut Azwar (1996) yang mengutip pendapat Levey dan Loomba, pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok dan masyarakat. Agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan ada beberapa syarat yang harus dipenuhi, yaitu tersedia (available), wajar (fair), berkesinambungan (continuous), dapat diterima (acceptable), dapat dicapai (achievable), dapat dijangkau (accessible), efisien (efficient) dan bermutu (excellent). (sumber: www.mutupelayanankesehatan.net/)

Berdasarkan gejala yang dirasakan, faktor–faktor yang membuat seseorang mencari pelayanan kesehatan adalah : (a) gejala penyakit terasa mengerikan sedangkan perawatannya tersedia, (b) orang biasanya akan berobat terhadap gejala penyakit diperkirakan akan menyebabkan akibat yang serius, (c) merasa lemas, hal ini terkait dengan krisis interpersonal, (d) gejala penyakit yang timbul dapat mengancam hubungan dengan orang lain, dan (e) ada dukungan dari orang lain seperti untuk mencari pelayanan kesehatan (Di Matteo, 1991).

3. Model Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT)

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik Infeksi Menular Seksual (IMS), klinik Tuberkulosa (TB), Klinik Tumbuh Kembang Anak dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Namun klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi. Model layanan VCT terdiri atas :

a. *Mobile* VCT (Penjangkauan dan keliling)

Mobile VCT adalah model layanan dengan penjangkauan dan keliling yang dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular

HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

b. Statis VCT (Klinik VCT tetap)

Statis VCT adalah sifatnya *terintegrasi* dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi reinforcing masyarakat akan VCT, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS.

Penyakit adalah gangguan fungsi dari organ tubuh yang diakibatkan oleh lingkungan biologis, psikologis sehingga menimbulkan ketidaknyamanan dalam beraktifitas sehari-hari. Menurut Notoatmodjo (2003) yang mengutip pendapat Becker perilaku yang berkaitan dengan tindakan seseorang yang sedang sakit untuk mencari penyembuhan disebut perilaku sakit. Dalam hal ini ada beberapa tindakan yang timbul adalah (a) Didiamkan saja, artinya sakit tersebut diabaikan dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari (b) Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri, baik obat tradisional maupun dengan beli obat di warung, (c) Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas kesehatan.

Seseorang baru akan mulai menghubungi saran kesehatan sesuai dengan pengalaman atau informasi yang diperoleh dari orang lain tentang jenis-jenis pelayanan kesehatan dengan pengalaman atau informasi yang diperoleh dari orang lain tentang jenis-jenis pelayanan kesehatan. Pilihan terhadap sarana pelayanan kesehatan itu sendiri didasari atas kepercayaan atau keyakinan akan kemajuan sarana tersebut (Sarwono, 2007).

4. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Anderson (1974) Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh: (1). Faktor predisposisi individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan (2) faktor pendukung dan (3) faktor reinforcing (tingkatan penyakitnya).

Komponen predisposisi mencakup : demografis (seperti jenis kelamin dan umur) struktur social (seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku atau ras, agama, jumlah keluarga) dan keyakinan (seperti keyakinan bahwa pelayanan dapat menolong proses penyembuhan penyakit, pengetahuan tentang penyakit). Komponen kedua yaitu faktor *enabling* atau pendukung yang terdiri atas faktor keluarga (seperti pendapatan, asuransi kesehatan ataupun sumber-sumber lainnya). Komponen terakhir adalah faktor *reinforcing* yaitu faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan sesuai dengan tingkatan penyakit yang mencakup : variable perceived (seperti jumlah hari sakit yang dilaporkan, jumlah gejala

penyakit yang dialami dan laporan tentang keadaan kesehatan umum) dan variable evaluated (seperti gejala atau keluhan penyakit berdasarkan aspek klinik dan memerlukan pengobatan).

Seseorang apabila menderita sakit atau merasakan suatu kelainan pada bagian tubuhnya akan berusaha dan bertindak untuk mengetahui penyebabnya dan upaya penyembuhannya. Banyak upaya dapat dilakukan antara lain dengan mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan yang tersedia (Azwar, 1996).

Menurut pendapat Green (2004) kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor non perilaku. Perilaku sendiri dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari kelompok atau individu yang dekat dengan seseorang, termasuk keluarga, teman, guru, dan petugas kesehatan.

Keyakinan masyarakat awam tentang kesehatan dan kesakitan lebih spesifik mengenai etiologi juga akan mempengaruhi perilaku mencari bantuan, yaitu apakah orang akan mencari bantuan atau tidak serta pegawai kesehatan mana yang akan dimintai konsultasi oleh si sakit. Selain itu ciri – ciri demografis seperti jenis kelamin, ras, umur yang sering ditetapkan dalam berbagai literature menjadi variable yang penting dalam hubungannya dengan perilaku mencari bantuan. Perasaan, umur yang sering ditetapkan dalam berbagai literature menjadi variable yang penting dalam hubungannya dengan perilaku mencari bantuan. Perbedaan demografis seperti orang yang lebih tua (umur), wanita (jenis kelamin),

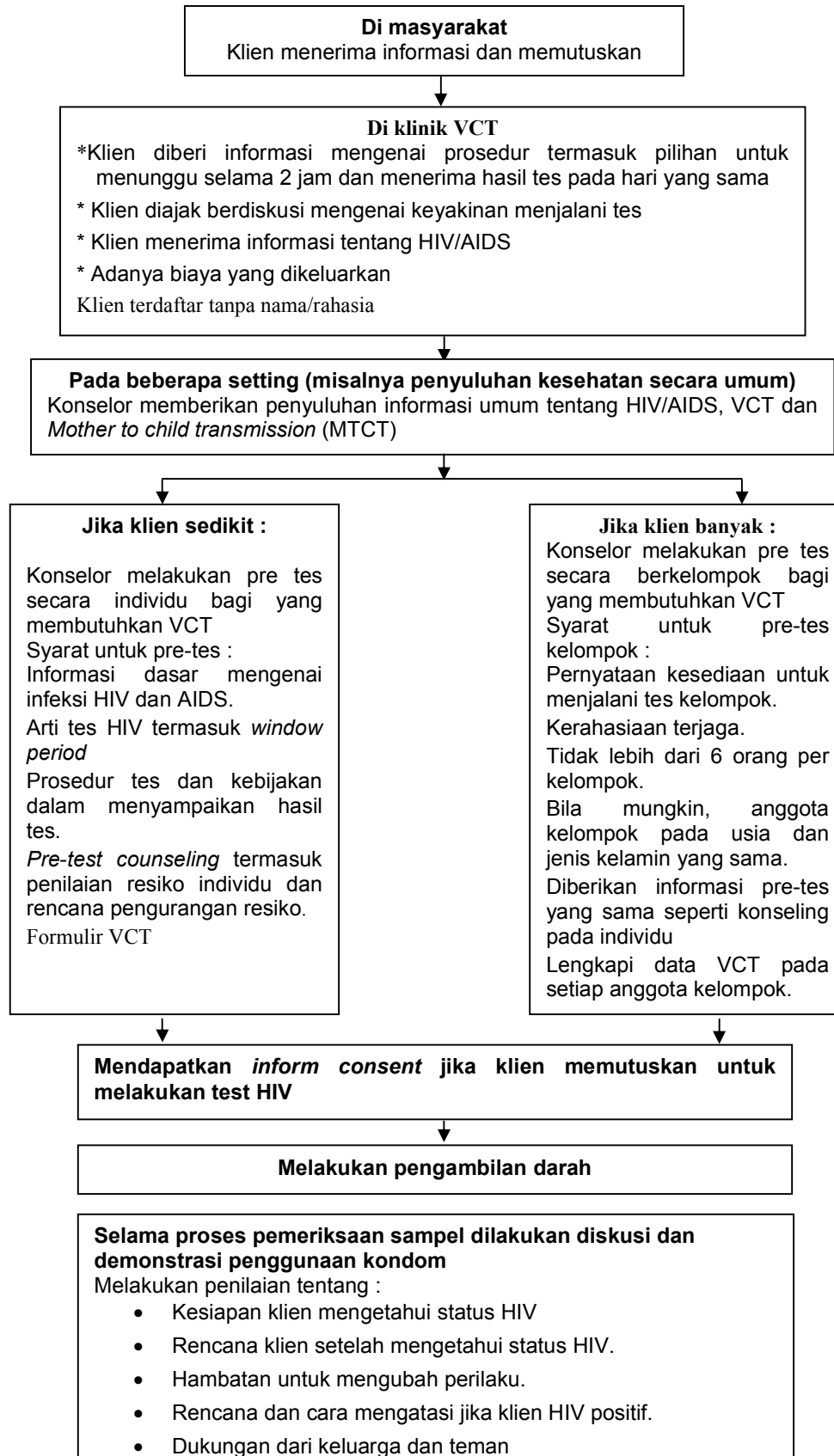
tidak menikah atau diceraikan (status perkawinan), orang yang hidup sendiri (status kediaman), pengangguran (status pekerjaan) tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih tinggi, melaporkan lebih banyak gejala penyakit (Smet, 1994).

5. Tahapan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT)

a. Pre-test counseling

Pre-test counseling adalah diskusi antara klien dan konselor yang bertujuan untuk menyiapkan klien untuk testing, memberikan pengetahuan pada klien tentang HIV/AIDS. Isi diskusi yang disampaikan adalah klarifikasi pengetahuan klien tentang HIV/AIDS, menyampaikan prosedur tes dan pengelolaan diri setelah menerima hasil tes, menyiapkan klien menghadapi hari depan, membantu klien memutuskan akan tes atau tidak, mempersiapkan *informed consent* dan konseling seks yang aman.

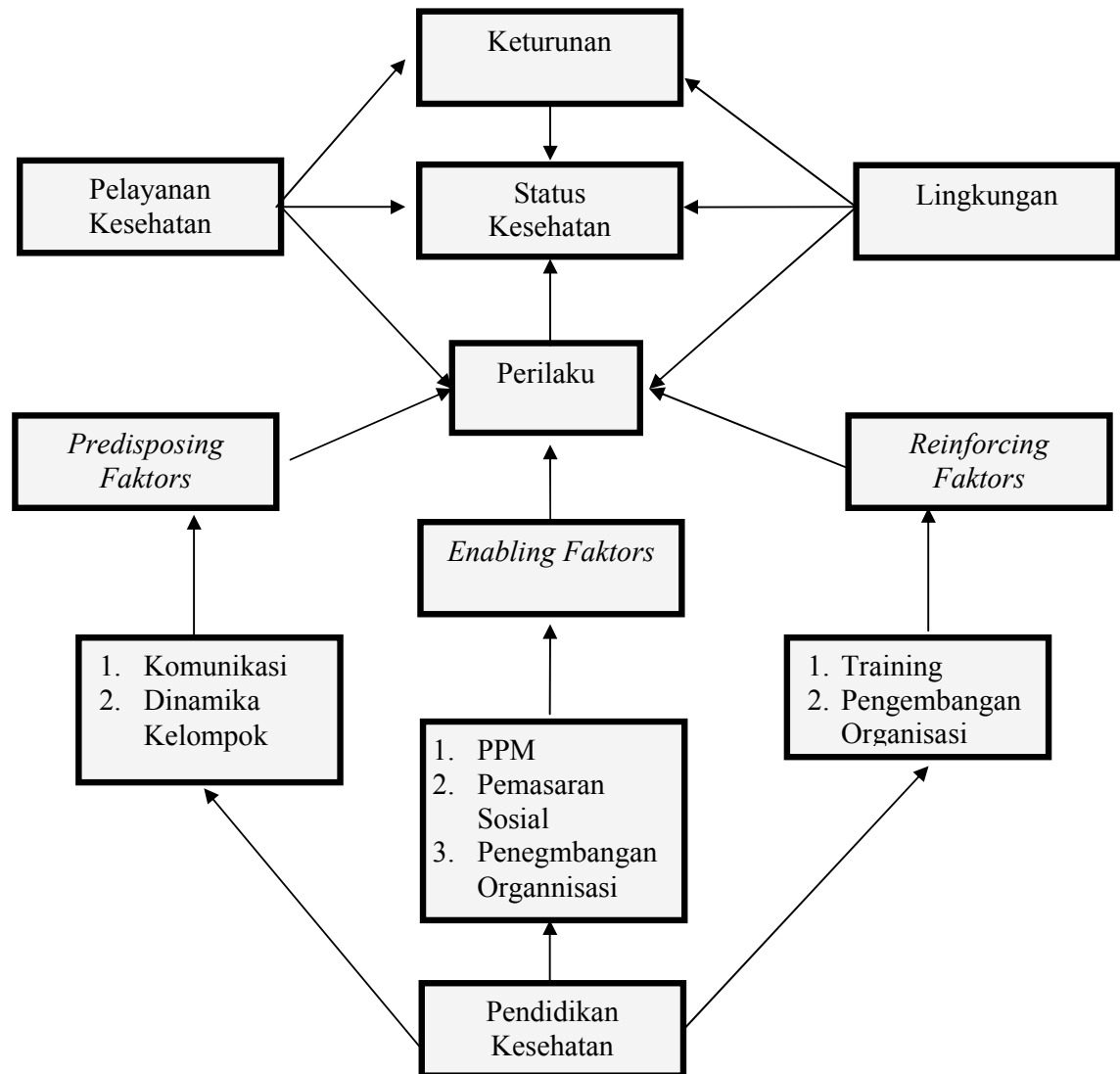
Gambar 1. Alur *Pre-test Counseling* (VCT Toolkit : HIV Voluntary Counseling and Testing 2004)



F. Landasan Teori

Konsep umum yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini adalah konsep Lawrence dan Green bahwa perilaku pemanfaatan VCT ODHA dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok yakni faktor predisposisi (*predisposing faktor*), faktor yang mendukung (*enabling faktors*) dan faktor yang memperkuat atau mendorong (*reinforcing faktors*).

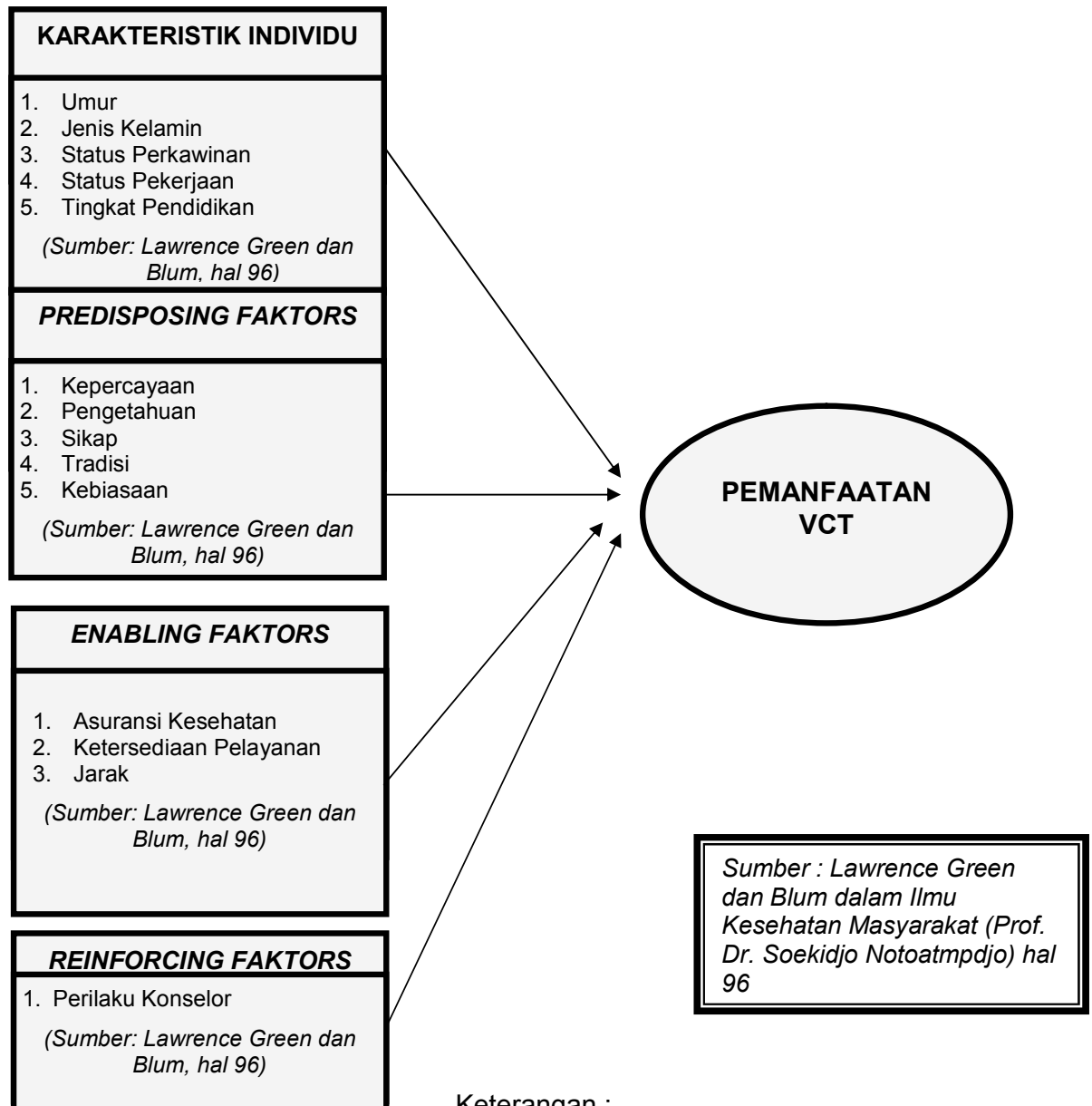
G. Kerangka Teori



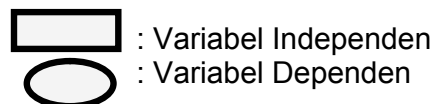
(Lawrence Green And Blum, 1980)
Gambar 2. Kerangka Teori

H. Kerangka Pikir

Berdasarkan tujuan penelitian dan studi kepustakaan dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



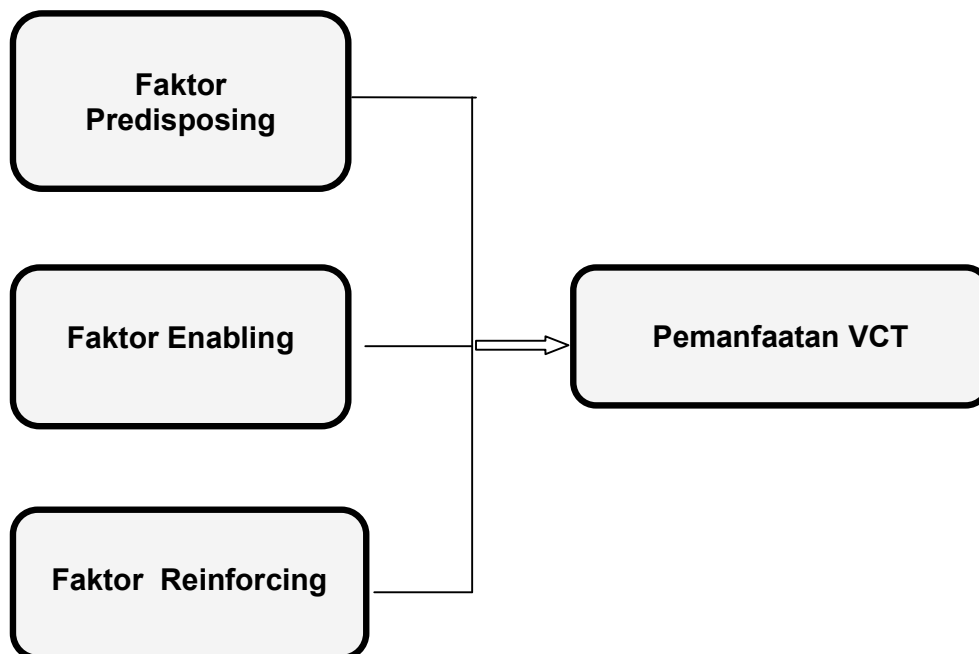
Keterangan :



I. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian dan studi kepustakaan dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut :

Orang dengan HIV AIDS



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan survey analitik dengan pendekatan belah lintang (*cross sectional*) yang menggambarkan keadaan sesaat melalui analisa data primer dan data sekunder pada saat dilakukan penelitian, yang akan mengungkap pengaruh faktor predisposing, faktor enabling dan faktor reinforcing orang dengan HIV / AIDS terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Bulukumba dengan pertimbangan kota Bulukumba mempunyai ODHA yang cukup besar (Tertinggi ketiga di Propinsi Sulawesi Selatan setelah Kota Makassar dan Kota Pare – Pare) dan memiliki sarana klinik VCT.

C. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah semua ODHA (Orang dengan HIV / AIDS) yang ada di Kabupaten Bulukumba yaitu sebesar 50 orang.

Menurut Arikunto Suharsimi (2005) bila peneliti memiliki beberapa ratus subjek dalam populasi, maka mereka dapat menentukan kurang lebih

25 – 30 % dari jumlah tersebut. Jika jumlah populasi hanya meliputi antara 100 – 150 orang dan menggunakan tehnik wawancara dan pengamatan, jumlah tersebut dapat dikurangi menurut tehnik sampel dan sesuai dengan kemampuan peneliti. Oleh karena itu jumlah sampel yang akan diambil dalam penelitian ini adalah sebesar 30 % yaitu 33 responden. Dari jumlah tersebut ditambahkan menjadi 50 responden. Alasan penambahan ini untuk menghindari apabila ada data dari responden yang terpilih tidak lengkap sehingga harus dikeluarkan saat akan dilakukan perhitungan secara statistik.

Penentuan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan cara purposive sampling pada kelompok – kelompok orang dengan kriteria sebagai berikut :

1. Orang dengan HIV / AIDS (ODHA) dewasa (\geq 20 tahun).
2. Berdomisili di Kabupaten Bulukumba

D. Metode Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari responden (sampel) langsung melalui wawancara berpedoman pada kuesioner yang telah disusun mencakup variabel independen yaitu faktor predisposisi, Faktor enabling (pendukung) dan faktor reinforcing (penguat) serta variabel dependen yaitu pemanfaatan VCT Sedangkan data sekunder merupakan

data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan dan referensi yang berhubungan dengan HIV / AIDS.

Untuk mengetahui apakah kuesioner cukup layak untuk digunakan sehingga mampu menghasilkan data yang akurat maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas menunjukkan sejauh mana skor atau ukuran yang diperoleh benar – benar menyatakan hasil pengukuran yang ingin diukur. Uji validitas dilakukan terhadap instrumen penelitian dengan memakai rumus korelasi produk momen dari pearson.

Suatu pertanyaan dikatakan valid atau bermakna sebagai alat pengumpul data bila korelasi hasil hitung (r hitung) lebih besar dari angka kritik nilai korelasi. Nilai r hitung adalah 0,230.

E. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Defenisi Operasional

A. Karakteristik Individu

- a. Umur adalah jumlah tahun hidup yang dialami responden dewasa minimal 20 tahun, dibedakan (1) 20-40 tahun dan (2) diatas 40 tahun (Erickson dalam wikipedia, 2008).
- b. Jenis kelamin adalah perbedaan biologis responden, dibedakan atas (1) laki-laki dan (2) perempuan.
- c. Status perkawinan adalah status perkawinan responden, dibedakan (1) kawin , (2) belum kawin, dan (3) Dud.

- d. Status pekerjaan adalah status pekerjaan responden dibedakan atas (1) PNS, (2) Karyawan swasta (3) Wiraswasta (4) Buruh Harian, (5) Pelajar / mahasiswa , (6) Tidak bekerja dan (7) Lain – lain.
- e. Tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang telah dicapai oleh responden dibedakan atas (1) Tidak tamat SD, (2) SD , (3) SLTP, (4) SLTA, (5) Diploma dan (6) Sarjana.

B. Variabel Independen

1). Faktor predisposisi adalah kondisi atau situasi yang ada didalam diri individu yang menyebabkan seseorang lebih berisiko terkena penyakit yang terdiri dari :

a. Kepercayaan tentang penyakit adalah penilaian tentang akibat – akibat yang mungkin timbul dari penyakit yang diderita, dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

b. Pengetahuan tentang penyakit adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang penyakit HIV/AIDS yang dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

2). Faktor Enabling (Pendorong) adalah Faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan yang terdiri dari :

a. Pendapatan dan biaya adalah penghasilan yang digunakan responden untuk membiayai hidup dan pengobatan penyakitnya dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

b. Asuransi Kesehatan adalah jaminan yang diinginkan dan diperoleh oleh responden dalam pengobatan penyakitnya dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

c. Ketersediaan pelayanan adalah adanya pelayanan kesehatan, informasi dan sarana prasarana yang dibutuhkan oleh responden untuk pengobati penyakitnya dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

d. Jarak adalah akses responden ke tempat pelayanan VCT terjangkau dengan mudah dan responden cepat dilayani di lokasi VCT dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

3. Faktor Reinforcing (Pendorong) adalah Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.

Perilaku Konselor adalah tindakan konselor dari sudut pandang

ODHA dibedakan atas :

STS (Sangat Tidak setuju)

TS (Tidak setuju)

RG (Ragu – ragu)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

Berdasarkan pada skala Likert (Metode Penelitian Administrasi Sugiyono, 2011)

E. 2. Variabel Dependen

Pemanfaatan VCT adalah pemanfaatan VCT dalam satu tahun terakhir. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan VCT digunakan skala nominal dikotomi dengan penilaian (1) baik, jika dimanfaatkan VCT dalam satu tahun terakhir dan (0) tidak baik, jika memanfaatkan klinik VCT dalam satu tahun terakhir.

Berdasarkan pada skala Guttman (Metode Penelitian Administrasi Sugiyono, 2011).

2. Kriteria Objektif

Predisposing factors

Berdasarkan pada skala Likert (Metode Penelitian Administrasi Sugiyono, 2011), dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka penilaian jawaban di kuesioner digolongkan dalam lima skor yaitu :

Sangat Setuju	: 5
Setuju	: 4
Ragu-Ragu	: 3
Tidak Setuju	: 2
Sangat Tidak Setuju	: 1
Jadi	:

Skor tertinggi (X) : Jumlah pertanyaan X skor tertinggi

$$: 15 \times 5 = 75$$

$$: 75/75 \times 100\% = 100 \%$$

Skor terendah : Jumlah pertanyaan X Skor terendah

$$: 15 \times 1 = 15$$

$$: 15/75 \times 100 \% = 20 \%$$

Range (R) : Skor tertinggi – skor terendah

$$: 100 \% - 20 \%$$

$$: 80 \%$$

Kategori : 2

Interval : $R/K = 80 \% / 2 = 40 \%$

Range Standar : $100 \% - 40 \% = 60\%$

Kriteria Obyektifnya :

Kurang : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, $< 60 \%$

Baik : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, $> 60 \%$

Enabling Faktors (Faktor pendukung) :

Sangat Setuju : 5

Setuju : 4

Ragu-Ragu : 3

Tidak Setuju : 2

Sangat Tidak Setuju	: 1
Jadi	:
Skor tertinggi (X)	: Jumlah pertanyaan X skor tertinggi
	: $23 \times 5 = 115$
	: $115/115 \times 100\% = 100\%$
Skor terendah	: Jumlah pertanyaan X Skor terendah
	: $23 \times 1 = 23$
	: $23/115 \times 100\% = 20\%$
Range (R)	: Skor tertinggi – skor terendah
	: $100\% - 20\%$
	: 80%
Kategori	: 2
Interval	: $R/K = 80\% / 2 = 40\%$
Range Standar	: $100\% - 40\% = 60\%$
Kriteria Obyektifnya	:
Kurang	: Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, < 60 %
Baik	: Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, > 60 %

Faktor Reinforcing (Faktor penguat)

Jumlah pertanyaan	: 6
Sangat Setuju	: 5

Setuju : 4

Ragu-Ragu : 3

Tidak Setuju : 2

Sangat Tidak Setuju : 1

Jadi :

Skor tertinggi (X) : Jumlah pertanyaan X skor tertinggi

$$: 19 \times 5 = 95$$

$$: 95/95 \times 100\% = 100 \%$$

Skor terendah : Jumlah pertanyaan X Skor terendah

$$: 19 \times 1 = 19$$

$$: 19/95 \times 100 \% = 20 \%$$

Range (R) : Skor tertinggi – skor terendah

$$: 100 \% - 20 \%$$

$$: 80 \%$$

Kategori : 2

Interval : $R/K = 80 \% / 2 = 40 \%$

Range Standar : $100 \% - 40 \% = 60\%$

Kriteria Obyektifnya :

Kurang : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, $< 60 \%$

Baik : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, $> 60 \%$

F. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Null (Ho)

- a) Tidak ada pengaruh faktor predisposisi terhadap pemanfaatan VCT
- b) Tidak ada faktor pendukung terhadap pemanfaatan VCT
- c) Tidak ada pengaruh faktor reinforcing orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan VCT

2. Hipotesis alternatif (Ha)

- a) Ada pengaruh faktor predisposisi terhadap pemanfaatan VCT
- b) Ada hubungan antara faktor pendukung terhadap VCT
- c) Ada pengaruh faktor reinforcing orang dengan HIV AIDS terhadap pemanfaatan VCT

G. Metode Analisis Data

Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik regresi logistik yaitu untuk menguji pengaruh variabel faktor predisposisi, Enabling dan Reinforcing orang dengan HIV / AIDS terhadap pemanfaatan VCT.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Bulukumba dengan pertimbangan kota Bulukumba mempunyai ODHA yang cukup besar (Tertinggi ketiga di Propinsi Sulawesi Selatan setelah Kota Makassar dan Kota Pare – Pare) dan memiliki sarana klinik VCT di mana penelitian ini dilakukan pada 50 responden dengan status ODHA pada bulan Maret sampai dengan April 2013 dengan cara membagikan kuesioner kepada 50 ODHA yang berada di Kabupaten.

Hasil penelitian ini terbagi dalam empat bagian yakni bagian karakteristik responden, analisis univariat pemanfaatan VCT, analisis bivariat pemanfaatan VCT dan analisis multivariate pada variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan VCT yakni predisposing, enabling dan reinforcing.

1. KARAKTERISTIK RESPONDEN

A. Karakteristik Responden Menurut Umur

Distribusi responden menurut umur di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013 menunjukkan bahwa dari 50 responden, paling banyak ditemukan responden pada kelompok umur 31-35 tahun yakni 21 orang

(42,0%) sedangkan kelompok umur yang paling sedikit adalah kelompok umur 46-50 tahun yakni 1 orang (2,0%). Berdasarkan table di atas dapat diasumsikan bahwa di Kabupaten Bulukumba ODHA yang masih hidup banyak pada golongan tergolong usia produktif. Dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1. Distribusi Responden Menurut Umur di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

elompok umur (Tahun)	Jumlah (n)	Persen (%)
20-25	9	18.0
26-30	15	30.0
31-35	21	42.0
50-40	2	4.0
46-50	1	2.0
>50	2	4.0
Total	50	100,0

Sumber: Data Primer, 2013

B. Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin

Distribusi responden menurut jenis kelamin di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persen (%)
Laki-Laki	33	66,0
Perempuan	17	34,0
Total	50	100.0

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 50 responden, paling banyak ditemukan responden pada jenis kelamin laki-laki yakni 33 orang (66,0%) sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 17 orang (34,0%).

C. Karakteristik Responden Menurut Status Perkawinan

Distribusi responden menurut status perkawinan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Status Perkawinan	Jumlah (n)	Persen (%)
Kawin	32	64,0
Belum kawin	18	36,0
Total	50	100,0

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 50 responden, mayoritas penderita ODHA didominasi oleh yang telah menikah sebesar 64% (32 responden) dan yang sisanya yang belum menikah sebesar 36,0% (18 responden).

D. Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan

Distribusi responden menurut jenis pekerjaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013 menunjukkan bahwa jenis pekerjaan responden cukup bervariasi dan dominan pekerjaan mereka adalah sebagai Wirswasta yakni sebesar 44,0% (22 responden) sedangkan paling sedikit responden dengan jenis pekerjaan sebagai PNS yakni sebesar 6% (3 responden). dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4. Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Jenis Pekerjaan	Jumlah (n)	Persen (%)
PNS	3	6.0
Karyawan Swasta	4	8.0
Wiraswasta	22	44.0
Buruh Harian	2	4.0
Pelajar/ Mahasiswa	11	22.0
Tidak bekerja	8	16.0
Total	50	100,0

Sumber: Data Primer, 2013

E. Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Distribusi responden menurut pendidikan terakhir di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Pendidikan Terakhir di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Pendidikan Terakhir	Jumlah (n)	Persen (%)
SD	1	2.0
SMP	5	10.0
SMA	40	80.0
Sarjana	4	8.0
Total	50	100,0

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pendidikan terakhir responden yang paling banyak dari tamatan SMA yakni sebesar 80,0% (40 responden) sedangkan paling sedikit responden dengan pendidikan terakhir SD yakni sebesar 2,0% (1 responden).

F. Karakteristik Responden Menurut Jarak Rumah ke VCT

Distribusi responden menurut jarak rumah ke VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6. Distribusi Responden Menurut Jarak Rumah ke VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Jarak	Jumlah (n)	Persen (%)
<1 km	14	28.0
< 5 km	20	40.0
< 10 km	2	4.0
< 15 km	2	4.0
≥ 15 km	12	24.0
Total	50	100,0

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa responden yang memiliki jarak rumah ke pelayanan VCT itu yang jauh sebesar 24% (12 responden) sedangkan yang paling banyak responden yang memiliki jarak rumah yang tidak terlalu jauh (< 5 km) yakni sebesar 40% (20 responden).

1. ANALISIS UNIVARIAT

A. *Predisposing* (Kepercayaan)

Distribusi responden berdasarkan faktor predisposing yang meliputi dimensi Kepercayaan dan Pengetahuan. Dari dimensi kepercayaan dapat dilihat pada table 4.7 di bawah ini .

Tabel 4.7. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Kepercayaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Kepercayaan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	29	58,0
Kurang	21	42,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.7 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 58,0% (29 responden) memiliki kepercayaan yang baik mengenai HIV-AIDS lebih banyak dibandingkan kepercayaan yang kurang terhadap penyakit HIV-AIDS sebesar 42,0% (21 responden).

B. Predisposing (Pengetahuan)

Distribusi responden berdasarkan faktor predisposing yang meliputi dimensi Kepercayaan dan Pengetahuan. Dari dimensi pengetahuan dapat dilihat pada table 4.8 di bawah ini.

Tabel 4.8. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pengetahuan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Pengetahuan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	34	68,0
Kurang	16	32,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.8 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 68,0% (34 responden) memiliki pengetahuan yang baik mengenai HIV-

AIDS lebih banyak dibandingkan pengetahuan yang kurang terhadap penyakit HIV-AIDS sebesar 32,0% (16 responden).

C. *Enabling* (Pendapatan dan Biaya)

Distribusi responden berdasarkan faktor enabling yang meliputi dimensi Pendapatan dan Biaya, Asuransi Kesehatan, Ketersediaan Pelayanan, dan Jarak serta Waktu. Dari dimensi pendapatan dan waktu dapat dilihat pada table 4.9 di bawah ini.

Tabel 4.9. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pendapatan dan Biaya di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Pendapatan dan Biaya	Frekuensi	Persen (%)
Baik	24	48,0
Kurang	26	52,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.9. tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 52,0% (26 responden) memiliki pendapatan dan biaya yang kurang terhadap penanganan HIV-AIDS lebih banyak dibandingkan pendapatan dan biaya yang baik terhadap penanganan penyakit HIV-AIDS sebesar 48,0% (24 responden).

D. *Enabling* (Asuransi Kesehatan)

Distribusi responden berdasarkan faktor enabling yang meliputi dimensi Pendapatan dan Biaya, Asuransi Kesehatan, Ketersediaan

Pelayanan, dan Jarak serta Waktu. Dari dimensi asuransi kesehatan dapat dilihat pada table 4.10 di bawah ini.

Tabel 4.10. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pendapatan dan Biaya di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Asuransi Kesehatan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	26	52,0
Kurang	24	48,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.10 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 52,0% (26 responden) memiliki asuransi kesehatan yang baik terhadap penanganan HIV-AIDS lebih banyak dibandingkan asuransi kesehatan yang kurang terhadap penanganan penyakit HIV-AIDS sebesar 48,0% (24 responden).

E. *Enabling* (Ketersediaan Pelayanan)

Distribusi responden berdasarkan faktor enabling yang meliputi dimensi Pendapatan dan Biaya, Asuransi Kesehatan, Ketersediaan Pelayanan, dan Jarak serta Waktu. Dari dimensi ketersediaan pelayanan dapat dilihat pada table 4.11 di bawah ini.

Tabel 4.11. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Ketersediaan Pelayanan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Ketersediaan Pelayanan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	21	42,0
Kurang	29	58,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.11 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 58,0% (29 responden) menganggap ketersediaan pelayanan VCT yang kurang lebih banyak dibandingkan responden yang menganggap ketersediaan pelayanan yang baik terhadap penanganan penyakit HIV-AIDS sebesar 42,0% (21 responden).

F. *Enabling* (Jarak)

Distribusi responden berdasarkan faktor enabling yang meliputi dimensi Pendapatan dan Biaya, Asuransi Kesehatan, Ketersediaan Pelayanan, dan Jarak serta Waktu. Dari dimensi jarak dapat dilihat pada table 4.12 di bawah ini.

Tabel 4.12. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Jarak di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Jarak	Frekuensi	Persen (%)
Baik	33	66,0
Kurang	17	34,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.12 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 66,0% (33 responden) merasa jarak tempat tinggal responden dalam mencapai pelayanan VCT baik lebih banyak dibandingkan responden yang merasa jarak tempat tinggal responden dalam mencapai pelayanan VCT kurang (24 responden).

G. Reinforcing (Perilaku Konselor)

Distribusi responden berdasarkan faktor reinforcing yang meliputi dimensi Perilaku Konselor. Dari dimensi perilaku konselor dapat dilihat pada table 4.13 di bawah ini.

Tabel 4.13. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Perilaku Konselor di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Perilaku Konselor	Frekuensi	Persen (%)
Baik	26	52,0
Kurang	24	48,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.13 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 52,0% (26 responden) merasa perilaku konselor saat pelayanan baik lebih banyak dibandingkan responden yang merasa perilaku konselor kurang baik sebesar 48,0% (24 responden).

H. Pemanfaatan VCT

Distribusi responden berdasarkan pemanfaatan VCT dapat dilihat pada table 4.14.

Tabel 4.14. Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013.

Pemanfaatan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	35	70,0
Kurang	15	30,0
Total	50	100,0

Sumber : Data Primer, 2013

Menurut tabel 4.14 tersebut dapat diketahui bahwa sebesar 70,0% (35 responden) memanfaatkan dengan baik Pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba lebih besar dibandingkan responden yang memanfaatkan dengan kurang baik Pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba (30,0%).

2. ANALISIS BIVARIAT

A. Kepercayaan Terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.15 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara predisposing dimensi kepercayaan dengan pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba menunjukkan bahwa responden yang memiliki kepercayaan kurang dengan pemanfaatan baik (47,6%) lebih besar dibandingkan responden yang memiliki kepercayaan kurang dengan pemanfaatan yang kurang (52,4%). Dan responden yang memiliki kepercayaan baik dengan pemanfaatan baik lebih besar (82,8%) dibandingkan responden yang memiliki kepercayaan baik dengan pemanfaatan kurang. dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 4.15 Tabel Silang Hubungan Antara Kepercayaan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Kepercayaan	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	24	82,8	5	17,2	29	100,0	0.021
Kurang	11	52,4	10	47,6	21	100,0	Pearson Chi-Square
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,021$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kepercayaan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki kepercayaan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga.

B. Pengetahuan Terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.16 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara predisposing dimensi pengetahuan dengan pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba:

Tabel 4.16 Tabel Silang Hubungan Antara Pengetahuan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Pengetahuan	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	28	82,4	6	17,6	34	100,0	0.009
Kurang	7	43,8	9	56,2	16	100,0	Fisher
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	Exact-Test

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.16 di atas menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang dengan pemanfaatan kurang (56,2%) lebih besar dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan kurang dengan pemanfaatan yang baik (43,8%). Dan responden yang memiliki pengetahuan baik dengan pemanfaatan baik lebih besar (82,4%) dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik dengan pemanfaatan kurang (17,6%).

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,009$ ($p<0,05$) pada nilai Fisher Exact-Test sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga begitupula sebaliknya.

C. Pendapatan dan Biaya terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.17 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara enabling dimensi pendapatan dan biaya dengan pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba:

Tabel 4.17 Tabel Silang Hubungan Antara Pendapatan dan Biaya dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Pendapatan dan Biaya	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	13	54,2	11	45,8	24	100,0	0.019 Pearson Chi-Square
Kurang	22	84,6	4	15,4	26	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.17 di atas menunjukkan bahwa responden yang memiliki pendapatan dan biaya baik dengan pemanfaatan baik (54,2%) lebih besar dibandingkan responden yang memiliki pendapatan dan biaya baik dengan pemanfaatan yang kurang (45,3%). Dan responden yang memiliki pendapatan dan biaya baik dengan pemanfaatan kurang sebesar 84,6% dibandingkan responden yang memiliki pendapatan dan biaya kurang dengan pemanfaatan kurang (15,4%).

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,019$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pendapatan dan biaya dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan

bahwa responden yang memiliki pendapatan dan biaya baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga begitupula sebaliknya.

D. Asuransi Kesehatan terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.18 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara enabling dimensi asuransi kesehatan dengan pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba:

Tabel 4.18 Tabel Silang Hubungan Antara Asuransi Kesehatan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Asuransi Kesehatan	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	13	50,0	13	50,0	26	100,0	0.001 Pearson Chi-Square
Kurang	22	91,7	2	8,3	24	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.18 di atas menunjukkan bahwa responden yang memiliki asuransi kesehatan baik dengan pemanfaatan kurang (50,0%) sama dengan responden yang memiliki asuransi kesehatan baik dengan pemanfaatan yang baik (50,0%). Dan responden yang memiliki asuransi kesehatan kurang dengan pemanfaatan baik lebih besar (91,7%) dibandingkan responden yang memiliki asuransi kesehatan baik dengan pemanfaatan kurang (8,3%).

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara asuransi kesehatan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki asuransi kesehatan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga.

E. Ketersediaan Pelayanan terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.19 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara enabling dimensi ketersediaan pelayanan dengan pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba:

Tabel 4.19 Tabel Silang Hubungan Antara Ketersediaan Pelayanan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Ketersediaan Pelayanan	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	11	52,4	10	47,6	21	100,0	0.021 Pearson Chi-Square
Kurang	24	82,8	5	17,2	29	100,0	
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.19 di atas menunjukkan bahwa responden yang menganggap ketersediaan pelayanan baik dengan pemanfaatan baik (52,4%) lebih banyak dibandingkan responden yang menganggap ketersediaan pelayanan baik dengan pemanfaatan kurang (47,6%). Dan

responden yang menganggap ketersediaan pelayanan kurang dengan pemanfaatan baik 82,8% menganggap ketersediaan pelayanan kurang dengan pemanfaatan kurang 17,2%.

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,021$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara ketersediaan pelayanan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang yang menganggap ketersediaan pelayanan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga.

F. Jarak terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.20 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara enabling dimensi jarak tempat tinggal responden dengan lokasi pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba, menunjukkan bahwa responden yang merasa jarak tempat tinggal responden terjangkau dengan pemanfaatan kurang (52,9%) lebih besar dibandingkan responden yang merasa jarak tempat tinggal responden tidak terjangkau dengan pemanfaatan yang baik (47,1%). Dan responden yang merasa jarak tempat tinggal responden terjangkau dengan pemanfaatan baik lebih besar (81,8%) dibandingkan responden yang merasa jarak tempat tinggal responden tidak terjangkau (18,2%).

Tabel 4.20 Tabel Silang Hubungan Antara Jarak dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Jarak	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Terjangkau	27	81,8	6	18,2	33	100,0	0.011
Tidak terjangkau	8	47,1	9	52,9	17	100,0	Pearson
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	Chi-Square

Sumber: Data Primer, 2013

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,011$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara jarak tempat tinggal responden dalam mencapai pelayanan VCT dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang merasa tempat tinggalnya terjangkau dalam mencapai pelayanan VCT akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga dan begitu pula sebaliknya.

G. Perilaku Konselor terhadap Pemanfaatan VCT

Pada tabel 4.21 di bawah ini memperlihatkan hubungan antara reinforcing dimensi perilaku konselor dengan pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba:

Tabel 4.21 Tabel Silang Hubungan Antara Perilaku Konselor dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013

Perilaku Konselor	Pemanfaatan VCT				Total		<i>P</i>
	Baik		Kurang		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	13	50,0	13	50,0	26	100,0	0.001
Kurang	22	91,7	2	8,3	24	100,0	Pearson
Total	35	70,0	15	30,0	50	100,0	Chi-Square

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 4.21 di atas menunjukkan bahwa responden yang merasa perilaku konselor baik dengan pemanfaatan baik sama dengan responden yang merasa perilaku konselor baik dengan pemanfaatan buruk masing-masing sebesar 50,0%. Dan responden yang merasa perilaku konselor kurang dengan pemanfaatan baik lebih banyak (91,7%) dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan kurang dengan pemanfaatan kurang (8,3%).

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara perilaku konselor dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang merasa perilaku konselor baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga begitu pula sebaliknya.

3. ANALISIS MULTIVARIAT

Analisis multivariat dilakukan untuk beberapa variabel yang berpengaruh yakni predisposing, enabling, dan reinforcing dengan pemanfaatan pelayanan VCT. Dengan menggunakan uji regresi logistik ganda bertujuan untuk mencari variable mana yang paling dominan berpengaruh dengan pemanfaatan pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba. Meskipun demikian analisis untuk multivariate yang menggunakan uji regresi logistik oleh sebagian ahli dianggap sebagai penelitian untuk membangun hipotesis (hypothesis generating research), yang berarti hasil analisis multivariat dapat digunakan sebagai latar belakang untuk mengembangkan penelitian baru yang menguji asosiasi antara variabel independen dan variabel dependen dengan desain penelitian yang lebih sederhana dan terarah.

Tabel 4.22. Distribusi Hasil Analisis Multivariat Hubungan Variabel Independent Dengan Variabel Dependent

		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Step	Pengetahuan(1)		.968	5.645	1	.018	.100
7 ^a	Jarak(1)	-2.299	.977	5.314	1	.021	.105
	Perilaku(1)	-2.253	1.231	8.494	1	.004	36.178
	Constant	3.588	.891	.316	1	.574	.606
			-.501				
	Overall Percentage	86,0					

Sumber : Data Primer 2013

Menurut tabel 4.22 hasil multivariate diperoleh nilai Overall Percentage 86,0% bahwa pengetahuan, jarak dan waktu, serta perilaku konselor secara bersama-sama mempengaruhi pemanfaatan VCT sebesar

86.0% sedangkan sisanya 14,0% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Ketiga variable yang ada memiliki pengaruh terhadap pemanfaatan layanan VCT.

Berdasarkan signifikansinya maka ketiga variable di atas mempengaruhi pemanfaatan VCT. Adapun besarnya pengaruh dimulai perilaku konselor, jarak dan waktu serta selanjutnya pengetahuan. Dengan nilai pengaruh yang paling tinggi ada pada variabel perilaku konselor sebesar 36,178 dan paling terendah pada variabel pengetahuan sebesar 0,100 (berdasarkan nilai Exp (B)).

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden Menurut Umur

Berdasarkan table 4.1 dapat diasumsikan bahwa di Kabupaten Bulukumba ODHA yang masih hidup banyak pada golongan tergolong usia produktif. Dan menurut pendapat Andersen (1973) menyatakan bahwa umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Jika kenyataannya seperti ini maka akan menimbulkan suatu biaya kerugian yang besar terutama *economic loss*-nya akibat HIV-AIDS karena didominasi oleh usia produktif di Kabupaten Bulukumba. Melihat data tersebut juga dapat diketahui banyaknya generasi muda kita yang sudah terkena HIV-AIDS, jika keadaannya demikian mereka akan kehilangan masa depan, sehingga perlu penanganan yang tepat agar jumlah pada

kelompok umur ini tidak bertambah dengan menerapkan gaya hidup bersih dan sehat.

2. Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan table 4.2 dapat diasumsikan bahwa mayoritas ODHA diderita oleh laki-laki di mana hal ini disebabkan dari gaya hidup dan pergaulan bebas mereka baik di waktu muda sampai pada golongan yang terjerumus dalam prostitusi (seks bebas). Meski demikian banyak juga ODHA yang diderita oleh kaum wanita sehingga hal ini merupakan suatu masalah yang cukup memprihatinkan karena HIV adalah penyakit yang merenggut masa depan dan kehidupan seseorang.

Namun hasil penelitian oleh Kisanga (2004) menyimpulkan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap keinginan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Bukan jenis kelamin yang mempengaruhi ODHA dalam memanfaatkan pelayanan VCT tapi lebih kepada kebutuhan akan pengobatan, terkait daya tahan tubuh dan perhatian akan kesehatan pribadinya.

3. Karakteristik Responden Menurut Status Perkawinan

Berdasarkan status pernikahan pada tabel 4.3 ini sendiri maka mayoritas ODHA telah menikah dengan persentase sebesar 64,0% (32 responden) namun tidak diteruskan dengan pertanyaan jumlah anak demi melindungi status anak tersebut dan dengan pertimbangan mengetahui

jumlah anak dari yang terinfeksi ODHA dari orang tua dengan status HIV-AIDS.

Namun yang paling mengkhawatirkan sendiri adalah bahwa anak mereka yang lahir saat ODHA ini sudah terinfeksi menjadi sangat berisiko terkena HIV-AIDS sejak lahir. Sehingga konseling mengenai gaya hidup sehat untuk ODHA sangat penting demi kehidupan keluarga mereka. Anak yang lahir dari pasangan ODHA memiliki usia hidup yang tidak lama.

Selain itu OHDA yang belum menikah ada sebesar 36,0% atau sebanyak 18 responden. Jumlah ini yang mesti dikendalikan secara tidak langsung karena kelompok ini yang mampu menjadi penyebar primer virus HIV-AIDS kepada orang lain terutama melalui perilaku seksual. Kelompok ini yang secara intensif dikontrol pengetahuan dan perilakunya sehari-hari agar tidak melakukan tindakan seks bebas dengan diberikannya konseling secara regular agar mereka selalu melindungi diri dan orang lain terkait penyakit HIV-AIDS.

Menurut pendapat Smet (1994) status perkawinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi individu dalam mencari pengobatan, dimana orang yang belum menikah lebih banyak mencari pengobatan daripada yang berstatus menikah.

Pada kondisi responden dengan status ODHA mereka berada pada kondisi harus mencari pengobatan untuk meminimal efek dari infeksi penyakitnya dan mencari informasi mengenai hidup bersih sehat untuk ODHA. Hal ini sangat penting karena HIV-AIDS adalah penyakit kronis

yang jika tidak ditangani dengan perilaku sehat dan pengobatan yang intensif maka dapat menyebabkan kematian yang cepat.

4. Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan

Distribusi berdasarkan jenis pekerjaan pada ODHA ini dapat dijelaskan bahwa ODHA di Kabupaten Bulukumba masih memiliki keinginan dan semangat untuk bisa hidup seperti layaknya orang yang tidak terkena HIV serta besarnya keinginan mereka untuk menghidupi kebutuhan hidup mereka dan keluarganya (bagi yang berkeluarga). Dari table tersebut diketahui juga bahwa ternyata ada Pegawai Negeri Sipil yang menderita HIV-AIDS. Namun jika ditelusuri yang dominan bekerja sebagai wiraswasta ini mungkin dengan status HIV mereka jadi sulit bagi mereka mendapatkan pekerjaan fimal sehingga berwiraswasta menjadi pilihan mereka untuk menyambung hidup.

Hal ini sesuai dengan penelitian Mor (1992) tentang perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada ODHA yang menyimpulkan bahwa pekerjaan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan HIV.

5. Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Table distribusi 4.5 menjelaskan bahwa penderita banyak yang berasal dari tamatan SMA sehingga untuk berusaha mendapatkan penghasilan demi kehidupannya akan sulit untuk mengusahakan

pekerjaan baik di masa dewasanya karena pekerjaan jaman sekarang yang menuntut pendidikan terakhir sebagai sarjana (S1). Kecuali mereka ingin berwiraswasta namun hal tersebut tentu saja juga membutuhkan ilmu yang cukup.

Menurut hasil penelitian Jeffe (1998), faktor sosiodemografi seperti pendidikan, ras, dan jenis kelamin tidak berhubungan dengan pemanfaatan pengobatan antiretroviral pada ODHA. Pengobatan antiretroviral ini adalah pengobatan yang direkomendasikan bagi ODHA untuk memperhatikan kualitas hidupnya dan disediakan sarana pelayanan kesehatan VCT.

6. Karakteristik Responden Menurut Jarak Rumah ke VCT

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa bahwa responden yang memiliki jarak rumah ke pelayanan VCT itu yang jauh sebesar 24% (12 responden) sedangkan yang paling banyak responden yang memiliki jarak rumah yang tidak terlalu jauh (< 5 km) yakni sebesar 40% (20 responden).

Jarak rumah responden ke pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba mayoritas berjarak tidak terlalu jauh dari rumah mereka atau dengan kata lain mereka bertempat tinggal tidak jauh dari VCT tersebut. Adapun yang jarak rumahnya jauh dari pelayanan VCT hendaknya didukung dengan adanya angkutan umum yang menuju ke sana atau ada keluarga yang bisa menemani atau mengantar ODHA tersebut sehingga

mereka tidak akan ketinggalan mengenai informasi seputar hidup sehat untuk ODHA.

Jarak rumah/ tempat tinggal ke pelayanan VCT menjadi faktor yang membuat responden ingin mendatangi pelayanan VCT. Hal ini didukung jika lokasi pelayanan VCT tersebut tidak satu atap dengan rumah sakit atau pisah dengan rumah sakit di Bulukumba. Hal ini diperoleh berdasarkan survey awal dari responden yang menginginkan pelayanan VCT itu terpisah dari tempat umum seperti rumah sakit karena mereka malu jika pelayanan VCT tersebut ramai dengan orang karena status HIV-AIDS mereka dapat diketahui (banyak ODHA tidak mau statusnya diketahui oleh orang lain bahkan keluarga sendiri).

7. Analisis Univariat

A. Predisposing (Kepercayaan)

Berdasarkan table distribusi 4.7 maka dapat diketahui bahwa lebih banyak responden yang memiliki kepercayaan yang baik terhadap penyakit HIV-AIDS dibandingkan responden yang memiliki kepercayaan yang kurang.

Sebagian besar peneliti mendukung bahwa kepercayaan adalah dasar dari bangunan loyalitas konsumen. Chow dan Holden dalam Morganosky dan Cude (2003) mendefinisikan kepercayaan sebagai kata-kata, janji-janji, pernyataan-pernyataan verbal maupun tertulis yang dapat dipegang dan diandalkan oleh individu atau kelompok. Chow dan Holden

(2003) dalam Tsiros et al., (2000) juga menemukan bahwa kepercayaan bukan hanya antesenden terhadap produk tetapi juga loyalitas konsumen.

B. Predisposing (Pengetahuan)

Berdasarkan table distribusi 4.8 diketahui bahwa pengetahuan responden tentang penyakit HIV-AIDS yang baik lebih banyak dibandingkan dengan pengetahuan yang kurang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Paribungin (2012) Universitas Sumatera Utara yang melakukan penelitian tentang Hubungan Faktor Pendukung (Predisposing) Dan Faktor Penguat (Reinforcing) Dengan Pemanfaatan Klinik VCT (Voluntary Conselling And Testing) Di Wilayah Kerja Puskesmas Wisata Bandar Baru Kecamatan Sibolangit Kabupaten Deli Serdang dimana diperoleh hasil bahwa pengetahuan yang baik tentang penyakit HIV/AIDS 63,1%, pengetahuan yang baik tentang faktor resiko 65,5% lebih banyak pada 84 PSK yang diteliti.

C. Enabling (Pendapatan dan Biaya)

Berdasarkan table distribusi 4.9 diketahui bahwa pendapatan dan biaya responden tentang penyakit HIV-AIDS yang dirasa kurang lebih banyak dibandingkan dengan pendapatan dan biaya responden yang baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Paribungin (2012) Universitas Sumatera Utara yang

melakukan penelitian tentang Hubungan Faktor Pendukung (Predisposing) Dan Faktor Penguat (Reinforcing) Dengan Pemanfaatan Klinik VCT (Voluntary Conselling And Testing) Di Wilayah Kerja Puskesmas Wisata Bandar Baru Kecamatan Sibolangit Kabupaten Deli Serdang dimana diperoleh hasil bahwa dukungan buruk dari teman seprofesi 54,8%, dukungan buruk dari mucikari 61,9%, dukungan baik dari petugas kesehatan 58,3%.

Dalam artian bahwa responden meski memiliki pendapatan untuk membiaya hidup dan pengobatannya tetapi semua itu lebih banyak digunakan untuk pengobatannya. Salah satunya adalah lebih banyak dikeuarkan untuk mencapai lokasi pemanfaatan VCT tersebut, meski ada juga responden yang mendapatkan bantuan dari keluarga dekat atau teman dalam membantu biaya pengobatan mereka.

Wagstaff (2001) menggambarkan kembali tentang ketidakmerataan kesehatan di negara-negara berkembang dan mengidentifikasi penyebab serta mengusulkan pendekatan-pendekatan untuk mengevaluasi dampak dari kebijakan yang anti terhadap ketidakmerataan di mana pendapatan tidak mencukupi menjadi salah satu variabelnya.

D. Enabling (Asuransi Kesehatan)

Berdasarkan table distribusi 4.10 diketahui bahwa asuransi kesehatan responden tentang penanganan penyakit HIV-AIDS yang baik lebih banyak dibandingkan dengan asuransi kesehatan responden yang kurang.

Responden dalam hal ini memiliki kesadaran akan kebutuhan terhadap asuransi kesehatan dalam penanganan pengobatan HIV-AIDS nya dan ketika komplikasi penyakit akan mulai memasuki tubuh mereka sehingga banyak responden yang memiliki dan menyadari akan pentingnya memiliki asuransi kesehatan terutama dalam bentuk gratisnya pelayanan ini.

E. Enabling (Ketersediaan Pelayanan)

Berdasarkan table distribusi 4.11 diketahui bahwa responden merasakan ketersediaan pelayanan VCT kurang lebih banyak dibandingkan dengan responden yang merasakan ketersediaan pelayanan yang baik.

Lebih banyak responden yang merasa ketersediaan pelayanan VCT itu masih kurang baik dalam hal prosedur pelayanan, sarana prasarana, pemberian informasi seputar VCT dan HIV-AIDS, dan ketersediaan obat untuk ODHA. Namun cukup banyak juga yang merasa ketersediaan pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba sudah baik. Banyaknya responden yang merasa ketersediaan pelayanan kurang baik

berkaitan dengan informasi yang mereka peroleh seputar HIV-AIDS dan obat untuk mereka yang masih kurang dan sulit diperoleh.

F. Enabling (Jarak)

Berdasarkan table distribusi 4.12 diketahui bahwa responden yang merasa jarak tempat tinggal responden dalam mencapai pelayanan VCT terjangkau lebih banyak dibandingkan dengan responden yang merasa jarak tempat tinggal responden dalam mencapai pelayanan VCT tidak terjangkau.

Hasil penelitian dari Purbaya, Amirudin dan Wahihudin (2009) menunjukkan bahwa hampir seluruh responden menjawab terjangkau dalam menempuh perjalanan ke sarana pelayanan kesehatan terdekat yaitu sebanyak 206 orang (98,6%), sedangkan yang tidak terjangkau yaitu sebanyak 3 orang (1,4%). Berdasarkan ketersediaan angkutan umum ke sarana pelayanan kesehatan, sebagian besar responden dapat menggunakan angkutan umum ke sarana pelayanan kesehatan terdekat yaitu sebanyak 168 orang (80,4%), sedangkan yang tidak tersedia angkutan umum di sekitar tempat mereka tinggal yaitu sebanyak 41 orang (19,6%). Hal ini disebabkan karena semakin banyaknya kendaraan yang masuk ke daerah pedesaan terpencil, terutama kendaraan roda dua yang kemudian dimanfaatkan oleh masyarakat sekitar sebagai ojek.

Banyak responden yang merasa bahwa jarak tempat tinggal mereka dengan rumah sakit dekat dengan adanya transportasi umum sehingga mudah dijangkau.

G. Reinforcing (Perilaku Konselor)

Berdasarkan table distribusi 4.13 diketahui bahwa perilaku konselor yang dirasa baik oleh responden lebih banyak dibandingkan responden yang merasa perilaku konselor buruk, namun perbedaannya tidak terlalu jauh(beda 4%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Paribungin (2012) Universitas Sumatera Utara yang melakukan penelitian tentang Hubungan Faktor Pendukung (Predisposing) Dan Faktor Penguat (Reinforcing) Dengan Pemanfaatan Klinik VCT (Voluntary Conselling And Testing) Di Wilayah Kerja Puskesmas Wisata Bandar Baru Kecamatan Sibolangit Kabupaten Deli Serdang dimana diperoleh hasil bahwa reinforcing atau faktor penguat yang mendorong PSK untuk memanfaatkan pelayanan VCT sebesar 51,4%.

Perilaku konselor baik yang dirasakan responden menjadi alasan bagi responden untuk datang kembali ke pelayanan VCT dalam mendapatkan informasi seputar hidup sehat untuk ODHA karena responden merasa nyaman dan perilaku konselor yang komunikatif dalam memberikan pelayanan. Adapun responden yang merasa perilaku konselor kurang baik dalam memberikan pelayanan maka rumah sakit

dapat berusaha meningkatkan kualitas perilaku konselor dalam memberikan pelayanan karena hal ini berimplikasi terhadap hidup sakitnya ODHA dalam menerima informasi dan konseling seputar HIV-AIDS dan cara hidup sehatnya.

H. Pemanfaatan VCT

Berdasarkan table distribusi 4.14 diketahui bahwa sebesar 70,0% (35 responden) memanfaatkan dengan baik Pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba lebih besar dibandingkan responden yang memanfaatkan dengan kurang baik Pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba (30,0%).

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2003), perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama yakni predisposing (meliputi : pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai) ; faktor enabling (mencakup ketersediaan sarana dan prasarana); faktor reinforcing (meliputi : sikap dan perilaku petugas kesehatan dan tokoh masyarakat).

Menurut kamus pintar Bahasa Indonesia (1995), pemanfaatan berasal dari kata dasar manfaat yang artinya guna atau faedah. Dengan demikian kata pemanfaatan berarti menggunakan sesuatu dengan tujuan untuk mendapatkan kegunaan atau faedah dari objek tersebut.

Layanan VCT adalah suatu prosedur diskusi pembelajaran antara konselor dan klien untuk memahami HIV/AIDS beserta resiko dan

konsekuensi terhadap diri, pasangan, keluarga dan orang di sekitarnya dengan tujuan utama adalah perubahan perilaku ke arah perilaku yang lebih sehat dan lebih aman (Pedoman Pelayanan VCT, 2006).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa individu dikatakan memanfaatkan layanan VCT jika dia tahu informasi mengenai layanan VCT dan mau menggunakan layanan VCT untuk tujuan yang bermanfaat. Dengan demikian pemanfaatan layanan VCT adalah sejauh mana orang yang pernah melakukan perilaku beresiko tinggi tertular HIV/AIDS merasa perlu menggunakan layanan VCT untuk mengatasi masalah kesehatannya, untuk mengurangi perilaku beresiko dan merencanakan perubahan perilaku sehat.

8. Analisis Bivariat

A. Kepercayaan terhadap Pemanfaatan VCT

Berdasarkan tabel 4.15 hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,021$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi- Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kepercayaan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki kepercayaan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agus Bastiar (2010) yang melakukan penelitian tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan, Kepercayaan Dan Nilai Pelanggan Terhadap Kepuasan

Nasabah Bank (Studi Kasus Pada Nasabah BRI Unit Pangandaran Banjar) diperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh positif dan signifikan kepercayaan terhadap kepuasan nasabah. Hal ini ditunjukkan dengan nilai thitung sebesar 2,857 dengan nilai signifikansi 0,005 dan koefisien regresi sebesar 0,156.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Khairurrahmi (2009) yang melakukan penelitian tentang Pengaruh Faktor Prediposisi, Dukungan Keluarga dan Level Penyakit Orang Dengan HIV/ AIDS Terhadap Pemanfaatan VCT di Kota Medan dimana dikemukakan suatu hasil penelitian bahwa korelasi Pearson menunjukkan bahwa terdapat hubungan antar predisposisi (jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, kepercayaan, persepsi tentang pelayanan kesehatan) dengan pemanfaatan VCT di Kota Medan.

Hasil penelitian ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Anderson (1974) bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh salah satunya faktor predisposisi individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan dimana komponen predisposisi mencakup : demografis (seperti jenis kelamin dan umur) struktur social (seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku atau ras, agama, jumlah keluarga) dan keyakinan (seperti keyakinan bahwa pelayanan dapat menolong proses penyembuhan penyakit, pengetahuan tentang penyakit).

Soekidjo (1991) mengatakan bahwa sikap itu memiliki 3 komponen pokok, yakni kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu

objek, evaluasi dari objek tersebut, dan kecendrungan untuk bertindak. Komponen-komponen tersebut tentunya merupakan suatu keputusan sikap yang utuh sehingga perannya sangatlah penting.

Kepercayaan baik yang dimiliki responden tentang penyakit HIV-AIDS yang dideritanya menjadikan motivasi sekaligus alasan responden dalam memanfaatkan pelayanan VCT karena kesadaran akan bahaya dan risiko yang fatal terhadap tidak adanya penanganan yang serius terhadap penyakit HIV-AIDS yang diderita atau kematian.

B. Pengetahuan terhadap Pemanfaatan VCT

Berdasarkan tabel 4.16 hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,009$ ($p<0,05$) pada nilai Fisher Exact-Test sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga begitupula sebaliknya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian ini adalah seperti yang dilakukan oleh Badar Rahman (2011) Universitas Sumatera Utara yang meneliti tentang Analisis Pengaruh Pengetahuan, Persepsi Dan Motivasi Psk Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Klinik IMS/HIV-AIDS Di Puskesmas Bandar Baru dengan diperoleh hasil bahwa pengetahuan ($p=0,006<0,25$), persepsi ($p=0,064<0,25$), dan motivasi PSK ($p=0,000<0,25$) berpengaruh terhadap pemanfaatan klinik IMS/HIV-AIDS.

Penelitian lainnya seperti yang dilakukan oleh Abdurrachman (2010) yang meneliti tentang Hubungan Pengetahuan Pasien dan Kepuasan Pasien Jamkesmas dengan Perilaku Mencari Pengobatan Masyarakat Miskin di Kecamatan Tenggarong, Kutai Kartanegara diperoleh bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan masyarakat tentang jamkesmas dengan perilaku mencari pengobatan ($r = 0,475$, $p = 0,000$).

Hasil ini juga didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Mangkunegara (2006) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja yaitu faktor kemampuan (ability). Pendapat lain yang mendukung hasil penelitian ini Menurut teori yang dikemukakan oleh Simamora (2001) bahwa kinerja (performance) dipengaruhi oleh tiga faktor, salah satunya faktor individual dimana kemampuan adalah dimensi dari variabel ini.

Perbedaan tingkat pendidikan menyebabkan perbedaan pengetahuan kesehatan. Rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi secara tidak langsung akan mempengaruhi tingkat pengetahuan akan perlindungan masyarakat terhadap diri dan keluarganya, sehingga berdampak pada keluarganya dalam pemanfaatan perawatan dan pelayanan kesehatan (Sulastri, 2008).

Kurangnya kesadaran masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dikarenakan kurangnya pengetahuan mengenai pentingnya pelayanan kesehatan terhadap kesehatan (Suhardjo, 1996). Selain itu

faktor pendidikan, pengetahuan kesehatan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antar lain pengalaman, keyakinan, fasilitas, penghasilan dan sosial budaya. Kelima faktor yang memengaruhi pengetahuan kesehatan seseorang juga dapat memengaruhi persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2003). (1) Tahu. Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. (2) Memahami. Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. (3) Aplikasi. Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya. (4) Analisis Analisis adalah suatu

kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. (5) Sintesis. Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. (6) Evaluasi. Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian suatu materi atau objek sesuai kriteria-kriteria yang ada.

C. Enabling - Dimensi Pendapatan dan Biaya terhadap Pemanfaatan VCT

Berdasarkan tabel 4.17 hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,019$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pendapatan dan biaya dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki pendapatan dan biaya baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga, begitupula sebaliknya.

Hasil ini juga didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Andersen R (1968) mengartikan Enabling factors sebagai faktor pemungkin yaitu faktor yang memungkinkan orang sakit memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor ini mencakup status ekonomi keluarga, akses

terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat. Lawrence L Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003) mengartikan Enabling factors sebagai faktor pendukung. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat seperti: rumah sakit, puskesmas, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta, ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya dan social, adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu.

Adapun uraian dari beberapa faktor diatas adalah sebagai berikut:

(a). Sosial Ekonomi. Dalam lingkungan masyarakat kita melihat bahwa ada pembeda-bedaan yang berlaku dan diterima secara luas oleh masyarakat. Di sekitar kita ada orang yang menempati jabatan tinggi seperti gubernur dan wali kota dan jabatan rendah seperti camat dan lurah. Di sekolah ada kepala sekolah dan ada staf sekolah. Di RT atau RW kita ada orang kaya, orang biasa saja dan ada orang miskin. Perbedaan itu tidak hanya muncul dari sisi jabatan tanggung jawab social saja, namun juga terjadi akibat perbedaan ciri fisik, keyakinan dan lain-lain. Perbedaan ras, suku, agama, pendidikan, jenis kelamin, dan lain sebagainya juga membedakan manusia yang satu dengan yang lain (Winarno, 2009).

Hasil analisis statistik Cahyanto (2004) menyebutkan sebanyak 184 responden (87,6%) menunjukkan kecenderungan minat untuk tetap

memanfaatkan pelayanan rawat jalan Puskesmas setelah kenaikan tarif. Dari data sekunder terlihat bahwa pengaruh kenaikan tarif terhadap koefisien elastisitas harga dari pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan bersifat inelastis ($E_h < 1$), sehingga kenaikan tarif tersebut tidak berpengaruh pada tingkat pemanfaatan pelayanan poliklinik rawat jalan. Hasil analisis regresi dan korelasi menunjukkan bahwa keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemauan membayar dan kemampuan membayar mempunyai pengaruh dan hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) terhadap pemanfaatan pelayanan poliklinik rawat jalan Puskesmas setelah kenaikan tarif.

D. Enabling - Dimensi Asuransi Kesehatan terhadap

Pemanfaatan VCT

Berdasarkan tabel 4.18 hasil uji chi-square diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) pada nilai Pearson Chi Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara asuransi kesehatan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang memiliki asuransi kesehatan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Littik, 2008) bahwa meskipun telah memiliki asuransi, masyarakat lebih memilih untuk mengabaikan keluhan kesehatan yang ada ataupun mencari pengobatan sendiri dibanding mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan. Hal ini

kemungkinan terjadi dikarenakan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kegunaan pelayanan kesehatan, pengobatan dan informasi lainnya mengenai akibat dari penyakit yang diderita mereka apabila mereka tidak segera berobat. Masalah ini terjadi karena kurangnya sosialisasi pelayanan kesehatan ke masyarakat agar masyarakat tidak segan untuk berobat di pelayanan kesehatan tersebut. Alasan lainnya adalah responden belum sempat untuk pergi berobat ke pelayanan kesehatan dikarenakan mereka harus bekerja, dan apabila mereka meninggalkan pekerjaannya maka mereka tidak mendapat penghasilan untuk menghidupi keluarga.

Sesuai dengan penelitian (Hediyati, 2001) tindakan yang dilakukan keluarga pada saat adanya gejala penyakit, ditemukan bahwa individu cenderung lebih takut terhadap ancaman kehilangan pekerjaan daripada ancaman penyakit.

Akan tetapi bagi responden dengan status HIV-AIDS maka untuk dapat mempertahankan kualitas hidupnya dan meminimalkan risiko komplikasi penyakit akibat AIDS maka dengan pendapatan yang ada mereka maksimalkan untuk dapat menangani dan mengobati akibat penyakit mereka (komplikasi).

E. Enabling - Dimensi Ketersediaan Pelayanan terhadap Pemanfaatan VCT

Berdasarkan tabel 4.19 hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,021$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara ketersediaan pelayanan dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang yang menganggap ketersediaan pelayanan baik akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Alam Abdullah (2011) yang melakukan penelitian tentang Pengetahuan, Sikap Dan Kebutuhan Pengunjung Apotek Terhadap Pelayanan Informasi Obat Di Kota Depok dimana diperoleh hasil bahwa persentase terbesar pengunjung apotek mempunyai sikap yang positif terhadap informasi obat, kecuali dalam hal ruang konsultasi obat terlihat di depan counter, apoteker berhak memperoleh imbalan terhadap jasa informasi obat, dan kebutuhan komputer untuk informasi obat. Persentase terbesar pengunjung apotek membutuhkan informasi obat dalam semua item, kecuali dalam hal tersedianya meja dan kursi yang nyaman, tersedianya materi, brosur dan leaflet, dan pelaksanaan informasi dilakukan apoteker.

Menurut Andersen (1975) faktor enabling yang mempengaruhi pemafaatan pelayanan kesehatan salah satunya yakni jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

Fakta yang terjadi di Kabupaten Bulukumba bahwa memang terdapat pelayanan VCT bagi ODHA namun masih banyak yang merasa ketersediaan pelayanannya belum maksimal/ lengkap baik dari segi prosedur pelayanan, sarana prasarana, pemberian informasi seputar VCT dan HIV-AIDS, dan ketersediaan obat untuk ODHA. Oleh karena itu bagi rumah sakit agar membenahi fasilitas dan memenuhi kebutuhan obat untuk ODHA di rumah sakit.

F. Enabling - Dimensi Jarak terhadap Pemanfaatan VCT

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,011$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara jarak tempat tinggal responden dalam mencapai pelayanan VCT dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang merasa jarak tempat tinggalnya dalam mencapai pelayanan VCT terjangkau akan menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga dan begitu pula sebaliknya.

Menurut Anderson dan Mc.Farlen dalam Susanti (2009) jarak merupakan penghalang yang meningkatkan kecenderungan penundaan upaya seseorang atau masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan. Masyarakat diharapkan dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan (dalam hal ini Puskesmas) untuk keluarganya, jika jarak tempat tinggalnya tidak terlalu jauh dari pusat pelayanan kesehatan. Kendala jarak dapat

diatasi jika akses menuju puskesmas ini dipermudah dengan jalan meningkatkan sarana dan prasarana transportasi yang ada. Menurut Setyowati, Lubis dan Agustina (2003) dalam Syafriadi Kusnanto dan Lazuardi (2008) faktor keterpencilan, sulit, dan mahal nya transportasi merupakan hambatan untuk menjangkau Puskesmas sehingga kunjungan masyarakat yang bertempat tinggal lebih dekat dari puskesmas lebih banyak jika dibanding dengan masyarakat yang jaraknya jauh. Begitupun menurut Mills dan Gillson (1990) dalam Kusnanto dan Saimi (2006) sulitnya pelayanan kesehatan dicapai secara fisik banyak menuntut pengorbanan sehingga akan menurunkan permintaan.

Akses adalah kemudahan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh individu dengan kebutuhan akan pelayanan kesehatan (Littik, 2008). Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status social - ekonomi dan budaya (Risksedas, 2008).

Penelitian Nurcahyani (2000) menyebutkan ada hubungan yang signifikan antara jarak, biaya dengan pemanfaatan pelayanan pengobatan di Puskesmas, tetapi berbeda dengan penelitian Ngadillah, Kusnanto dan Kristiani (2009) dalam penelitiannya menyebutkan tidak ada hubungan signifikan ($p > 0,05$) antara jarak dengan pemanfaatan Pustu.

Berdasarkan analisis data Susenas diketahui bahwa sebagian besar masyarakat yang memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan di

Kalimantan adalah masyarakat yang bertempat tinggal di sekitar puskesmas. Sedangkan yang bertempat tinggal jauh dari sarana pelayanan kesehatan masih memerlukan pelayanan yang khusus misalnya melalui kunjungan lapangan atau puskesmas keliling, apalagi mengingat kondisi geografis Kalimantan sangat berbeda dengan daerah Jawa Bali (Susanto dan Hasanbasri, 2004).

Responden yang merasa jarak mencapai pelayanan VCT dan waktu pelayanan yang baik maka sebaiknya rumah sakit dapat memaksimalkan pelayanan karena sudah banyak responden yang merasa jarak dan waktu mencapai VCT baik. Untuk responden yang merasa jarak dan waktu untuk mencapai VCT yang kurang sehingga diharapkan pemerintah daerah dapat menaruh perhatian agar meningkatkan akses ke rumah sakit khususnya agar penderita ODHA dapat dengan mudah mengakses pelayanan VCT seperti dengan memperbaiki akses jalan raya dan menyediakan transportasi umum ke rumah sakit.

G. Reinforcing - Dimensi Perilaku Konselor terhadap

Pemanfaatan VCT

Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) pada nilai Pearson Chi-Square sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara perilaku konselor dengan pemanfaatan layanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang artinya ada kecenderungan bahwa responden yang merasa perilaku konselor baik akan

menghasilkan pemanfaatan pelayanan VCT yang baik juga begitu pula sebaliknya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwaningsih, Misutarno, Sitinurimamah (2011) yang melakukan sebuah penelitian tentang Analisis Faktor Pemanfaatan VCT Pada Orang Risiko Tinggi HIV/AIDS dimana dikemukakan suatu hasil penelitian bahwa korelasi Pearson menunjukkan bahwa keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) orang risiko tinggi terhadap HIV/AIDS sudah kuat dan faktor pendorong dan penguat berpengaruh secara signifikan bagi orang risiko tinggi yang memanfaatkan VCT di Puskesmas Dupak.

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2003), perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama yakni predisposing (meliputi : pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai) ; faktor enabling (mencakup ketersediaan sarana dan prasarana); faktor reinforcing (meliputi : sikap dan perilaku petugas kesehatan dan tokoh masyarakat).

Perilaku yang nampak terhadap suatu obyek tertentu setidaknya bisa diramalkan melalui sikap yang diungkapkan oleh seseorang. Dalam arti bahwa sikap seseorang bisa menentukan tindakan dan perilakunya. Sikap terkadang bisa diungkapkan secara terbuka melalui berbagai wacana atau percakapan, namun seringkali sikap ditunjukkan secara tidak langsung. Sikap bisa muncul sebelum perilaku tetapi bisa juga merupakan akibat dari perilaku sebelumnya.

Penelitian Rogers (1974), bahwa proses diadopsinya suatu perilaku adalah sebagai berikut: (1). Awareness (kesadaran) yaitu menyadari/mengetahui stimulus/objek. (2). Interest (merasa tertarik) yaitu timbulnya ketertarikan terhadap objek tersebut. (3). Evaluation (evaluasi) yaitu mempertimbangkan baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya. (4). Trial (mencoba) yaitu mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus. (5). Adoption (Adopsi) yaitu berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

Perilaku baru atau adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku itu akan langgeng atau bertahan lama. Pengetahuan memiliki 6 tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku konselor Pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba baik yang dirasakan responden menjadi alasan bagi responden untuk datang kembali ke pelayanan VCT dalam mendapatkan informasi hidup sehat untuk ODHA karena responden merasa nyaman dan perilaku konselor yang komunikatif dalam memberikan pelayanan. Responden yang merasa perilaku konselor kurang baik dalam memberikan pelayanan maka rumah sakit dapat berusaha meningkatkan kualitas perilaku konselor dalam memberikan pelayanan karena hal ini berimplikasi terhadap hidup sakitnya ODHA dalam menerima informasi dan konseling seputar HIV-AIDS dan cara hidup sehatnya.

9. Analisis Multivariat

Berdasarkan signifikansinya maka ketiga variable (pengetahuan, jarak, serta perilaku konselor) dalam multivariat mempengaruhi pemanfaatan VCT. Adapun besarnya pengaruh dimulai perilaku konselor, jarak dan selanjutnya pengetahuan. Dengan nilai pengaruh yang paling tinggi ada pada variabel perilaku konselor sebesar 36,178 dan paling terendah pada variabel pengetahuan sebesar 0,100 (berdasarkan nilai Exp (B)).

Berdasarkan hasil analisis multivariate tersebut maka dapat dijelaskan bahwa jika penilaian responden terhadap perilaku konselor pada pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang kurang baik akan mengakibatkan pemanfaatan pelayanan berkurang 36,178 kali lebih besar daripada bila penilaian responden terhadap perilaku konselor pada pelayanan VCT baik. Dan berdasarkan hasil analisis multivariate tersebut maka dapat dijelaskan bahwa jika pengetahuan responden terhadap perilaku konselor pada pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba yang kurang akan mengakibatkan pemanfaatan pelayanan berkurang 0,100 kali lebih besar daripada bila pengetahuan responden terhadap perilaku konselor pada pelayanan VCT baik.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khairurrahmi (2009) yang melakukan penelitian tentang Pengaruh Faktor Prediposisi, Dukungan Keluarga dan Level Penyakit Orang

Dengan HIV/ AIDS Terhadap Pemanfaatan VCT di Kota Medan dimana diperoleh hasil penelitian bahwa dari hasil uji regresi logistik variabel status pekerjaan, persepsi tentang pelayanan kesehatan dan dukungan keluarga yang berpengaruh terhadap pemanfaatan VCT.

Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Ahmad Paribungin. (2012) dari Universitas Sumatera Utara yang meneliti tentang Hubungan Faktor Pendukung (Predisposing) Dan Faktor Penguat (Reinforcing) Dengan Pemanfaatan Klinik VCT (Voluntary Conselling And Testing) Di Wilayah Kerja Puskesmas Wisata Bandar Baru Kecamatan Sibolangit Kabupaten Deli Serdang diperoleh hasil bahwa dengan uji regresi logistik ditemukan yang sangat berhubungan adalah dukungan petugas kesehatan (Exp B = 3,819).

Yang artinya bahwa yang mempengaruhi pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba adalah perilaku konselor dan pengetahuan responden. Sehingga agar cakupan pelayanan VCT dapat terpenuhi maka dapat diusahakan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas perilaku konselor dan agar dapat dilakukannya konseling dan sosialisasi yang lebih efektif pada ODHA mengenai kualitas kesehatannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan sebelumnya maka dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak ada pengaruh kepercayaan ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
2. Ada pengaruh pengetahuan ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
3. Tidak ada pengaruh pendapatan dan biaya ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
4. Tidak ada pengaruh asuransi kesehatan ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
5. Tidak ada ketersediaan pelayanan ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
6. Ada pengaruh jarak tempat tinggal ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.
7. Ada pengaruh perilaku konselor ODHA terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba.

8. Berdasarkan analisis multivariate diperoleh hasil bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan VCT di Kabupaten Bulukumba dengan nilai Exp (B) sebesar 36,178.

B. Saran-Saran

1. Sebaiknya konselor selalu menjaga dan meningkatkan sikap dan perilaku saat memberikan konseling kepada ODHA agar ODHA dapat merasa nyaman mendatangi petugas VCT yang sopan dan ramah yang tentu saja berasaskan kualitas konseling yang baik.
2. Sebaiknya tempat layanan VCT dipisahkan dengan induk rumah sakit dikarenakan responden ODHA merasa malu mendatangi tempat yang ramai untuk memanfaatkan pelayanan VCT. Jika hal ini dilakukan ODHA akan merasa aman dengan status mereka saat mendatangi pelayanan VCT.
3. Perlunya pemantauan dan evaluasi secara periodik terhadap aktivitas konseling di klinik VCT, serta peningkatan ketrampilan konselor melalui pelatihan-pelatihan yang mendukung hard skill dan soft skill konselor dalam melakukan konseling di klinik VCT.

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS PEMANFAATAN VCT ORANG DENGAN
HIV/AIDS DI KABUPATEN BULUKUMBA TAHUN 2012

Asalamualaikum,

Nama saya Muhartini, saya adalah mahasiswa S2 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Magister Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar yang sedang menyelesaikan tugas akhir Tesis.

Dalam rangka mengumpulkan data tentang Analisis Pemanfaatan VCT Orang Dengan HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba Tahun 2012 , saya memohon kesediaan dan bantuan Bapak/Ibu meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner ini. Data bapak/ ibu akan terjaga kerahasiaannya dan hasil dari kuesioner ini sepenuhnya akan digunakan untuk kepentingan penelitian saya. Mengingat keberhasilan penelitian ini tergantung kepada kelengkapan jawaban, dimohon dengan sangat agar kiranya jawaban bapak/ ibu dapat diberikan dengan benar dan selengkap mungkin. Kejujuran dan perhatian Bapak/Ibu dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan dalam penelitian saya.

Atas perhatian serta kerjasama Bapak/Ibu, saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat Peneliti,

A. Muhartini

KARAKTERISTIK INDIVIDU

1. Nomor Sampel :
2. Umur : Tahun
3. Jenis kelamin : (1) Laki – laki
(2) Perempuan
3. Status Perkawinan : (1) Kawin
(2) Belum kawin
(3) Duda / Janda
4. Pekerjaan : (1) PNS
(2) Karyawan Swasta
(3) Wiraswasta
(4) Buruh Harian
(5) Pelajar/ Mahasiswa
(6) Tidak bekerja
(7) Lain-lain
5. Tingkat pendidikan : (1) Tidak Tamat SD
(2) SD
(3) SLTP
(4) SLTA

- (5) Diploma
- (6) Sarjana

6. Jarak rumah anda ke rumah sakit (pelayanan VCT) :

- (1) < 1 km
- (2) < 5 km
- (3) < 10 km
- (4) < 15 km
- (5) \geq 15 km

FAKTOR PREDISPOSISI (*PREDISPOSING FACTORS*)

NO	KEPERCAYAAN, PENGETAHUAN, SIKAP, TRADISI, KEBIASAAN	JAWABAN				
		STS	TS	RG	S	SS
	<i>Kepercayaan</i>					
1.	HIV/ AIDS adalah penyakit tabu di masyarakat.					
2.	HIV/ AIDS adalah penyakit yang dianggap sebagai akibat dari 'tindakan amoral'.					
3.	HIV/ AIDS dapat tertular hanya dengan berbicara dengan ODHA					
4.	HIV/ AIDS sering dikaitkan dengan homoseksualitas, biseksualitas, pelacuran, dan penggunaan narkoba melalui suntikan.					

5.	Penyakit AIDS merupakan penyakit yang menimbulkan rasa malu dan mematikan.					
6.	Dengan datang ke Pelayanan VCT akan mampu mengurangi risiko penyakit HIV/AIDS.					
7.	Pengobatan herbal mampu mengobati penyakit HIV AIDS					
	Pengetahuan					
8.	Virus HIV bisa membuat tubuh mudah terkena infeksi.					
9.	Penyakit AIDS bisa disembuhkan.					
10.	HIV/AIDS dapat menurunkan kekebalan tubuh.					
11.	Kelompok yang berisiko tinggi HIV/ AIDS adalah para pelaku seks bebas dan menyimpang serta penggunaan jarum suntik					
12.	Pelayanan VCT mampu memberikan informasi tentang cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS					
13.	Pelayanan VCT mampu memberikan informasi tentang status seseorang positif HIV/ tidak					
15	Pelayanan VCT mampu menyembuhkan penyakit HIV/ AIDS					
	Sikap					
16.	Anda memiliki semangat besar untuk terus berusaha mendapatkan pertolongan medis (berdampak pada harapan hidup menjadi lebih panjang)					
17.	Anda membutuhkan pelayanan VCT.					
18.	Anda akan terus melanjutkan memanfaatkan pelayanan VCT ini setelah mengetahui manfaatnya.					
18.	Anda akan menyampaikan manfaat pelayanan VCT ini kepada teman ODHA yang lain dalam membantu pengendalian HIV/AIDS nya.					
20.	Saat mendatangi pelayanan VCT anda sebaiknya ditemani keluarga/ pasangan.					
	Tradisi dan Kebiasaan					
21.	Anggota keluarga mengetahui anda terkena HIV.					
22.	Anggota keluarga pernah mengucilkan atau menjauhi anda karena HIV / AIDS.					
23.	Keluarga/ masyarakat pernah melakukan tindakan diskriminasi (membeda-bedakan) terhadap anda.					
24.	Ada anggota keluarga anda yang menyarankan anda berobat ke klinik VCT di Rumah Sakit.					

25.	HIV/AIDS dapat membuat penderitanya dikucilkan/ dijauhi keluarga.					
26.	HIV/AIDS dapat membuat penderitanya dikucilkan/ dijauhi masyarakat.					

FAKTOR PENDUKUNG (*ENABLING FACTORS*)

No	PENDAPATAN, ASURANSI KESEHATAN, KETERSEDIAAN PELAYANAN, JARAK, BIAYA, WAKTU	JAWABAN				
		STS	TS	RG	S	SS
	<i>Pendapatan dan Biaya</i>					
1.	Anda memiliki pendapatan untuk membiayai hidup dan pengobatan anda.					

2.	Semua pendapatan anda lebih banyak digunakan untuk pengobatan anda					
3.	Anda mampu membiayai pengobatan anda (terutama jika terjadi komplikasi penyakit).					
4.	Ada bantuan biaya dari keluarga dekat atau teman dalam membantu biaya pengobatan anda.					
5.	Anda mengeluarkan biaya yang cukup banyak untuk bisa mencapai lokasi pelayanan VCT.					
6.	Anda mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan VCT.					
7.	Ada bantuan biaya dari LSM dalam membantu biaya pengobatan anda.					
	Asuransi Kesehatan					
8.	Anda mempunyai Asuransi Kesehatan.					
9.	Ada jaminan pengobatan gratis untuk pelayanan VCT dari rumah sakit ini.					
10.	Asuransi dari rumah sakit ini sangat membantu pembiayaan pengobatan anda karena anda sudah tidak perlu mengeluarkan biaya pengobatan					
11.	Asuransi di rumah sakit ini menjamin semua komponen pelayanan VCT					
12.	Jaminan pelayanan VCT ini sebaiknya berjalan terus karena sangat membantu bagi kesehatan anda					
	Ketersediaan Pelayanan					
13.	Ada pelayanan VCT di rumah sakit tempat anda berobat.					
14.	Pelayanan VCT nya lengkap sesuai dengan informasi yang disampaikan konselor VCT.					
15.	Sarana dan prasarana Pelayanan VCT di rumah sakit ini sudah termasuk lengkap dan sesuai reinforcing anda.					
16.	Konselor VCT memberikan informasi yang bermanfaat dan yang anda butuhkan.					
17.	Obat untuk penderita HIV/AIDS(Antiretroviral) tersedia di klinik VCT di rumah sakit ini					
	Jarak					
18.	Jarak rumah sakit dengan pelayanan VCT ini dekat dengan tempat tinggal anda. (dijangkau dalam waktu di bawah 15 menit)					
19.	Rumah sakit ini mudah dijangkau oleh anda					
20.	Ada sarana transportasi umum yang memadai untuk menuju pelayanan VCT.					
21.	Anda tidak sulit menemukan ruangan pelayanan					

	VCT ini					
22.	Anda tidak lama mengantri dan menunggu untuk mendapatkan pelayanan VCT					
23.	Anda dilayani oleh konselor dengan cepat tapi penuh informasi penting yang anda butuhkan					

FAKTOR PENGUAT (*REINFORCING* FAKTORS)

No	Sikap Konselor, Perilaku Konselor, Undang-undang/ peraturan	JAWABAN				
		STS	TS	RG	S	SS
	<i>Sikap Konselor</i>					
1.	Sikap konselor menunjukkan perhatian yang baik dalam memberikan pelayanan VCT.					
2.	Konselor memberikan kesempatan kepada anda jika ada yang anda ingin tanyakan seputar VCT dan HIV/ AIDS					
3.	Konselor memberikan pelayanan dengan senyum, sopan, dan santun terhadap anda.					
4.	Konselor sabar dalam memberikan pelayanan dan menjawab semua pertanyaan anda seputar HIV/ AIDS					
5.	Konselor memberikan informasi secara jelas dan mudah dimengerti oleh anda					
6.	Konselor menjaga hubungan baik dengan anda					
7.	Konselor menjaga kerahasiaan status anda (status HIV)					
8.	Konselor menyampaikan hasil tes dengan baik					
	<i>Perilaku Konselor</i>					
9.	Konselor memberikan penyuluhan dan informasi tentang VCT dan HIV/AIDS sebelum tes					
10.	Konselor memberikan penyuluhan dan informasi tentang VCT dan HIV/AIDS setelah tes					
11.	Konselor melakukan tes sesuai prosedur. (prosedur dibacakan)					
12.	Konselor memberikan saran-saran kesehatan bagi penderita ODHA dalam menjalani hidup sehari-hari					
13.	Dalam memberikan pelayanan konselor melayani dengan professional dan kompeten.					
14.	Konselor memberikan informasi yang anda butuhkan seputar VCT dan HIV/AIDS.					
	<i>Undang-Undang/ Peraturan</i>					
15.	Adanya peraturan yang mengharuskan ODHA untuk mengobati dirinya di layanan yang telah tersedia					

16.	Adanya peraturan yang mengharuskan ODHA untuk datang berobat secara gratis di rumah sakit (pemerintah).					
17.	Konselor menyampaikan beberapa peraturan penting yang mengharuskan anda untuk VCT dan datang cek kesehatan dan tiap bulan.					
18.	Adanya peraturan yang menjamin biaya pengobatan dari komplikasi penyakit anda					
19.	Adanya sanksi/ hukuman terhadap ODHA jika tidak berobat ke pelayanan VCT					

PEMANFAATAN VCT (*Untuk Responden*)

1. Apakah anda pernah memanfaatkan klinik VCT
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Bila Ya Berapa kali anda berkunjung ke Klinik VCT selama setahun terakhir (..... kali dalam sebulan, sehingga sudah kali)
3. Apakah ada jadwal bagi anda untuk datang tiap bulan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah anda rajin datang tiap bulan ke Pelayanan VCT?
5. Saran dan harapan anda terhadap pelayanan kesehatan VCT ini.....

DAFTAR TABEL

Nomor		halaman
Tabel 1	Distribusi Responden Menurut Umur di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	47
Tabel 2	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	47
Tabel 3	Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	48
Tabel 4	Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	49
Tabel 5	Distribusi Responden Menurut Pendidikan Terakhir di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	49
Tabel 6	Distribusi Responden Menurut Jarak Rumah ke VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	50
Tabel 7	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Kepercayaan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	51
Tabel 8	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pengetahuan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	51
Tabel 9	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pendapatan dan Biaya di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	52
Tabel 10	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Pendapatan dan Biaya di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	53
Tabel 11	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Ketersediaan Pelayanan di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	54
Tabel 12	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Jarak di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	54
Tabel 13	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Perilaku Konselor di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	55
Tabel 14	Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	56
Tabel 15	Tabel Silang Hubungan Antara Kepercayaan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	57
Tabel 16	Tabel Silang Hubungan Antara Pengetahuan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	58

Tabel 17	Tabel Silang Hubungan Antara Pendapatan dan Biaya dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	59
Tabel 18	Tabel Silang Hubungan Antara Asuransi Kesehatan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	60
Tabel 19	Tabel Silang Hubungan Antara Ketersediaan Pelayanan dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	61
Tabel 20	Tabel Silang Hubungan Antara Jarak dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	60
Tabel 21	Tabel Silang Hubungan Antara Perilaku Konselor dengan Pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba Tahun 2013	64
Tabel 22	Distribusi Hasil Analisis Multivariat Hubungan Variabel Independent Dengan Variabel Dependent	65