

**DETERMINAN PENGGUNAAN PELAYANAN VOLUNTARY  
COUNSELING and TESTING (VCT) OLEH IBU RUMAH  
TANGGA BERISIKO TINGGI HIV POSITIF  
DI KABUPATEN BIAK NUMFOR  
PAPUA**

***DETERMINANTS OF VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)  
APPLICATION BY HIV POSITIVE HIGH RISK HOUSEWIVES IN BIAK  
NUMFOR REGENCY, PAPUA***

**SOPHIAN ASWAR**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**DETERMINAN PENGGUNAAN PELAYANAN *VOLUNTARY  
COUNSELING and TESTING* (VCT) OLEH IBU RUMAH  
TANGGA BERISIKO TINGGI HIV POSITIF  
DI KABUPATEN BIAK NUMFOR  
PAPUA**

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**SOPHIAN ASWAR**

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**TESIS**

**DETERMINAN PENGGUNAAN PELAYANAN VOLUNTARY COUNSELING  
AND TESTING (VCT) OLEH IBU RUMAH TANGGA BERISIKO TINGGI  
HIV POSITIF DI KABUPATEN BIAK NUMFOR PAPUA**

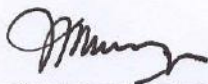
Disusun dan diajukan oleh :

**SOPHIAN ASWAR**  
Nomor Pokok P1807211527

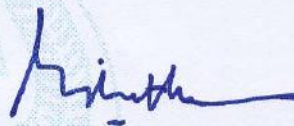
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 29 Mei 2013  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI**

**KOMISI PENASEHAT,**

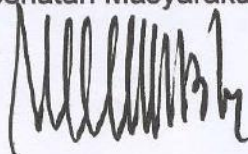


Dr. dr. Arifin Seweng, MPH  
Ketua



Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc  
Anggota

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

N a m a : Sophian Aswar

No. Mahasiswa : P1807211527

Program Studi : Ilmu 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 dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar , 2013

Yang Menyatakan

Sophian Aswar

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah S.W.T yang senantiasa melimpahkan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul **“Determinan Penggunaan Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) oleh Ibu Rumah Tangga Berisiko Tinggi HIV Positif di Kabupaten Biak Numfor Papua”** guna memenuhi syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Kosentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Tesis ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. dr. Arifin Seweng, MPH dan Bapak Dr. dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc sebagai Dosen pembimbing yang tidak pernah lelah meluangkan waktu dan penilaian di sela-sela kesibukan untuk membimbing dan mengarahkan penulis sehingga Tesis ini dapat selesai.
2. Ibu Dr. Masni, Apt, MSPH, Bapak Dr. dr. H.M. Tahir Abdullah, M.Sc, MSPH, dan Ibu Dr. Dra. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes, selaku tim

penguji yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan Tesis ini.

3. Bupati Kabupaten Biak Numfor Cq. Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat yang telah memberikan rekomendasi penelitian.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Biak Numfor yang telah memberikan rekomendasi penelitian.
5. Bapak Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi sebagai rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan program Magister di Universitas Hasanuddin.
6. Bapak Prof. Dr. Ir. Musrsalin sebagai sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar beserta staf.
7. Bapak Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin beserta staf.
8. Bapak Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc selaku ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
9. Bapak Prof. Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, M.Sc selaku ketua konsentrasi kesehatan Reproduksi dan Keluarga.
10. Kepala Puskesmas Biak Kota beserta jajarannya yang membantu penulis saat penelitian.
11. Istri tercinta dan anak-anak Ku tersayang yang telah memberikan doa dan dukungan selama pendidikan dan penelitian berlangsung.

12. Rekan-rekan mahasiswa pascasarjana FKM UNHAS Kosentrasi Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Keluarga Khususnya angkatan 2011 atas saran dan kerjasamanya.

Semoga Allah SWT memberikan Balasan yang lebih untuk segala bantuannya. Penulis tetap menyadari sepenuhnya bahwa penulisan ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis masih mengaharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari berbagai pihak. Demi kesempurnaan tulisan ini selanjutnya. Semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya lagi bagi diri penulis sendiri. Amin.

Makassar, 2013

Sophian Aswar



## ABSTRAK

**SOPHIAN ASWAR.** *Determinan Penggunaan Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) oleh Ibu Rumah Tangga Berisiko Tinggi HIV Positif di Kabupaten Biak Numfor Papua* (dibimbing oleh Arifin Seweng dan Ridwan M. Thaha).

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan tingkat pengetahuan, sikap, stigma, diskriminasi, dan mutu pelayanan terhadap penggunaan pelayanan VCT.

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Biak Kota, Kabupaten Biak Numfor Papua. Penelitian ini bersifat observasional dengan desain kajian potong lintang. Populasi penelitian adalah ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota. Sebanyak 140 responden sebagai sampel yang ditentukan secara acak stratifikasi. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara dan dokumentasi dan dianalisis dengan statistik tabulasi silang (*crosstabs*) dan uji regresi berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap, stigma, diskriminasi, dan mutu pelayanan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penggunaan pelayanan VCT. Dari kelima variabel ditemukan dua determinan yang memberikan pengaruh dominan terhadap penggunaan pelayanan VCT di Puskesmas Biak Kota, Kabupaten Biak Numfor Papua dengan stigma ( $\beta$ ) 0,649  $p=0,000$  (64,9%) dan mutu pelayanan ( $\beta$ ) 0,185  $p=0,001$  (18,5%).

Kata kunci: tingkat pengetahuan, sikap, stigma, diskriminasi, mutu pelayanan





## ABSTRACT

**SOPHIAN ASWAR.** *Determinant of Voluntary Counselling and Testing Service (VTC) Application by Positive HIV High Risk Housewives in Biak Numfor Regency, Papua.* (Supervised by Arifin Seweng and Ridwan M. Thaha)

The aim of the reseach was acknowledge the correlation between knowldge level, attitude, stigma, discrimination, and the quality of VCT service application.

The research was conducted at the community health center of Biak City, Biak Numfor Regency, Papua. The research was observational with cross sectional study. The population of the research were HIV positive high risk housewives resided at the work region of community health center of Biak City. The samples were 140 respondents withdrawn randomly (proportional stratified random sampling). Data was collected through observation, interview, and documentation, and analyzed statistically with cross tabulation and multiple regression.

The result of the research indicated that the knowledge level, attitude, stigma, discrimination, and the quality of service are significantly correlated to the application of VCT. Out of the five variables two determinants have dominant influence on the application of VCT at the community helath center of Biak City with stigma ( $\beta$ ) 0.649  $p=0.000$  (64.9%) and service quality ( $\beta$ ) 0.185  $p=0.001$  (18.5%).

Keywords: knowledge level, attitude, stigma, discrimination, service quality.



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	i
<b>HALAMAN PENGAJUAN.....</b>	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	iii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....</b>	iv
<b>PRAKATA .....</b>	v
<b>ABSTRAK .....</b>	viii
<b>ABSTRACT.....</b>	ix
<b>DAFTAR ISI .....</b>	xi
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	xiii
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	xv
<b>DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN .....</b>	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	13
A. Tinjauan Umum HIV-AIDS .....	13

B. Tinjauan Umum VCT .....	24
C. Tinjauan Umum Determinan Penggunaan VCT .....	33
D. Kerangka Konsep Teori .....	53
E. Kerangka Konsep Penelitian .....	55
F. Hipotesis Penelitian .....	58
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>
A. Jenis Penelitian .....	59
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	60
C. Populasi dan Sampel .....	60
D. Teknik Pengumpulan Data .....	62
E. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif .....	63
F. Alat dan Cara Penelitian .....	67
G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....	68
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>70</b>
A. Hasil Penelitian .....	70
B. Pembahasan .....	87
C. Keterbatasan Penelitian .....	95
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>96</b>
D. Kesimpulan .....	96
E. Saran .....	97
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>99</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>104</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>		<b>Halaman</b>
1	Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	72
2	Distribusi responden berdasarkan kelompok umur di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	72
3	Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	73
4	Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan HIV/AIDS di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	74
5	Distribusi responden berdasarkan sikap penggunaan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	74
6	Distribusi responden berdasarkan stigma di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	75
7	Distribusi responden berdasarkan diskriminasi di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	76
8	Distribusi responden berdasarkan mutu pelayanan di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	76

9	Distribusi responden berdasarkan pengguna layanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	77
10	Hubungan tingkat pengetahuan VCT responden dengan penggunaan layanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	78
11	Hubungan tingkat pengetahuan HIV-AIDS responden dengan penggunaan layanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	79
12	Hubungan sikap responden dengan penggunaan layanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	80
13	Hubungan stigma responden dengan penggunaan layanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	81
14	Hubungan diskriminasi responden dengan penggunaan layanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	82
15	Hubungan mutu layanan VCT dengan penggunaan pelayanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	83
16	Pengaruh determinan dengan penggunaan pelayanan VCT di wilayah kerja Puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor tahun 2013	84
17	Perbandingan hasil analisis bivariat dan multivariat	86



## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>		<b>Halaman</b>
1	Alur klinik VCT	30
2	Alur Klien dalam Konseling Pretest	31
3	Alur Klien dalam Konseling Protest	32
4	Skema terbentuknya sikap	39
5	Hubungan antara Stigma dan Diskriminasi	43
6	Segitiga Stigma	47
7	Kerangka Konsep Teori	54
8	Kerangka Konsep Penelitian	57
9	Langkah-langkah Cross Sectional Study	59

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor</b>		<b>Halaman</b>
1	Lembar informasi dan persetujuan menjadi responden penelitian	104
2	Pernyataan persetujuan	105
3	Pengantar pengisian kuesioner	106
4	Kuesioner Penelitian	107
5	Master tabel hasil penelitian dengan judul tesis Determinan Penggunaan Pelayanan VCT di Kabupaten Biak Numfor Papua	122
6	Master tabel tanggapan masyarakat terhadap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA	125
7	Hasil Analisis Statistik	128
8	Pengantar izin penelitian dari Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar	141
9	Rekomendasi izin penelitian dari Pemerintah Kabupaten Biak Numfor Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat	142
10	Rekomendasi izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Biak Numfor	143
11	Surat Keterangan telah melakukan penelitian dari puskesmas Biak Kota Kabupaten Biak Numfor	144
12	Riwayat hidup penulis	145

## DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/ Singkatan	Arti dan Keterangan
AIDS	Acquired Immuno Deviciency Syndrome
ARV	Antiretroviral
CDC	Center for Disease Control
CD4	Sel darah putih untuk menggambarkan sistem kekebalan tubuh.
CST	Care, Support and Treatment
Ditjen PP dan PL	Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan
DNA	Asam deoksiribonukleat
ELISA	Enzym Linked Immuno Sorbent Assay
et.al	et alii dan kawan-kawan
gp	glikoprotein
HIV	Human Immuno Deviciency Syndrome
HTLV	Human T Lymphotropic Virus
IDU	Injecting Drug User
KIE	Komunikasi Informasi dan Edukasi
Kemenkes RI	Kementerian Kesehatan Republik indonesia
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

<b>Lambang/ Singkatan</b>	<b>Arti dan Keterangan</b>
KTS	Pelayanan konseling dan testing secara sukarela
LAV	Lymphadenopathy Assovciated Virus
MDGS	Millenium Decelopment Goals
NAPZA	Narkotika psikotropika dan zat adiktif
ODHA	Orang dengan HIV-AIDS
PBB	Peserikatan Bangsa-Bangsa
PCR	Polymerase Chain Reaction
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmision
PMS	Penyakit menular Seksual
RNA	Asam ribonukleat
STRANAS	Strategi Nasional
VCT	Voluntary Couseling and Testing
WPS	Wanita Pekerja Seksual

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Memasuki era milenium baru ini perlu diupayakan pengembangan strategi program kesehatan yang efektif guna mendapatkan generasi penerus bangsa yang kuat dan berkualitas. Generasi penerus bangsa yang kuat dan berkualitas dapat diwujudkan melalui upaya-upaya yang terarah, sehingga dapat dihasilkan generasi yang sehat yang merupakan modal dasar untuk pembentukan generasi yang diharapkan. Berdasarkan kesepakatan global (*Millenium Development Goals/ MDGs*, 2000) pada tahun 2015 diharapkan semua negara yang merupakan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) akan menjalankan kesepakatan tersebut yang dimulainya pada September 2000, berupa 8 (delapan) butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015.

Dimana tujuan ke 6 (enam) dalam MDGs adalah menangani berbagai penyakit menular paling berbahaya dapat menurun sesuai yang diharapkan. Dimana dalam MDGs urutan teratas adalah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), yaitu virus penyebab *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) terutama karena penyakit ini dapat membawa dampak yang menghancurkan, bukan hanya terhadap kesehatan masyarakat namun juga terhadap negara secara keseluruhan.



Di Indonesia kasus HIV-AIDS pertama kali ditemukan di Bali tahun 1987 dan pada tahun 2000 terjadi peningkatan penyebaran pandemi HIV secara nyata melalui pekerja seks di Indonesia (Nasronudin, 2012). Pada mulanya HIV-AIDS ditularkan melalui kaum homoseksual yang berfungsi ganda (biseksual), kemudian menularkan pria normal dan perempuan yang melakukan hubungan perzinahan (seks bebas, perselingkuhan dan pelacuran). Dimulailah HIV-AIDS menular pada ibu rumah tangga.

Dalam perkembangan selanjutnya diketahui bahwa HIV-AIDS tidak hanya ditularkan melalui hubungan seksual akan tetapi dapat juga ditularkan melalui darah atau produk darah yang terinfeksi (transfusi darah), penggunaan jarum atau tabung jarum suntik (pecandu narkoba), ibu yang terinfeksi kepada anak yang dikandungnya, suntikan (tindik telinga, pentatoan, dan tusuk jarum), transplantasi atau pembedahan organ tubuh dan air mani yang terinfeksi dalam kasus inseminasi buatan.

Perkembangan permasalahan HIV-AIDS semakin lama semakin mengkhawatirkan baik dari sisi kuantitatif maupun kualitatif. Menurut estimasi laporan situasi perkembangan HIV-AIDS di Indonesia dalam 5 (lima) tahun terakhir menunjukkan fluktuatif yang dimana secara kumulatif kasus HIV dari tahun 2008 sampai dengan bulan maret 2012 sebanyak 68.768 dan kasus dengan AIDS sebanyak 19.289 (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI, 2012).

Kasus HIV menurut jenis kelamin selama periode 5 (lima) tahun menunjukkan peningkatan yang fluktuatif dimana tahun 2008 (Laki-laki 6.797

dan Perempuan 3.565), tahun 2009 (laki-laki 6.334 dan perempuan 3.459), tahun 2010 (laki-laki 13.231 dan perempuan 8.360), tahun 2011 (laki-laki 11.766 dan perempuan 9.265), tahun 2012 pada periode Januari – Maret (laki-laki 3.306 dan perempuan 2.687) (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI, 2012).

Jumlah kasus AIDS menurut jenis kelamin pada tahun 2008 sebanyak (laki-laki 3.197 dan perempuan 1.755), tahun 2009 (laki-laki 2.659 dan perempuan 1.193), tahun 2010 (laki-laki 3.695 dan perempuan 1.926), tahun 2011 (laki-laki 1.918 dan perempuan 1.033), tahun 2012 periode Januari – Maret (laki-laki 332 dan perempuan 217) (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI 2012).

Kasus HIV menurut kelompok umur selama 3 tahun terakhir periode 2010 sampai dengan Maret 2012 terjadi fluktuasi terutama pada umur 20 – 24 tahun sebanyak 7467 kasus dan umur 25 – 29 tahun sebanyak 35.495 kasus. Dimana umur tersebut merupakan masa-masa usia produktif (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI 2012).

Jumlah kasus AIDS menurut kelompok umur tahun 2010 sebanyak 5509 kasus, 2011 sebanyak 1979 dan periode Januari – Maret 2012 sebanyak 361, dimana kasus AIDS terbanyak pada kelompok umur 40 – 49 tahun sebanyak 3006 kasus (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI 2012).

Saat ini Indonesia sudah tidak lagi tergolong sebagai negara dengan prevalensi rendah, tapi sudah masuk ke epidemi terkonsentrasi

dengan prevalensi lebih dari 5% populasi tertentu di beberapa kota dan wilayah di Indonesia yang mengidap HIV positif. Bahkan di beberapa kota dan wilayah tertentu epidemik ini diperkirakan sudah masuk pada populasi umum.

Data kasus AIDS yang dilaporkan setiap tiga bulan oleh Kemkes dalam 10 tahun terakhir, menunjukkan bahwa jumlah terbesar kasus AIDS pada perempuan adalah ibu rumah tangga. Peningkatan penularan pada ibu rumah tangga, dibandingkan dengan WPS, tampak menjadi pesat sejak tahun 2003 dimana kecenderungan peningkatan ini masih terus terjadi sampai sekarang. Melihat hal ini kecenderungan penderita AIDS maka besar kecenderungan penularan HIV pada ibu rumah tangga telah terjadi sebelum tahun 2003 tersebut. Dengan meningkatnya penularan HIV pada ibu rumah tangga, maka semakin besar kecenderungan penularan HIV pada bayi yang dilahirkan dari ibu yang HIV positif .

Berdasarkan laporan Ditjen PP dan PL Kemenkes RI jumlah kasus AIDS pada ibu rumah tangga pada periode 5 tahun terakhir dari tahun 2008 – maret 2012 sebagai berikut: tahun 2008 sebanyak 396 kasus, 2009 sebanyak 264 kasus, 2010 sebanyak 674 kasus, 2011 sebanyak 622 kasus dan tahun 2012 dari januari – maret sebanyak 94 kasus (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI 2012).

Dengan data diatas rata-rata di Indonesia bahwa untuk setiap 3 lelaki ada 1 perempuan yang menderita AIDS, dan yang paling lanjut

situasinya adalah Papua dimana jumlah penderita antara lelaki dan perempuan hampir sama besar yaitu 1 banding 1 (KPA, 2010).

Penyebaran HIV-AIDS di Papua sudah mencapai tahap *generalized epidemic* atau terkategori sangat rawan karena tidak lagi hanya menyebar di kalangan risiko tinggi, tapi sudah menyebar juga di kelompok-kelompok lainnya. Sejak akhir 1990-an, Papua mulai dikenal sebagai wilayah dengan rasio pengidap HIV positif tertinggi di Indonesia jika dilihat dari jumlah populasinya. Berdasarkan hasil surveilans Kemenkes RI dari tahun 1987 – Juni 2011 jumlah Kasus HIV positif 7085 kasus, kasus kumulatif AIDS di propinsi Papua sebanyak 3938 dan merupakan propinsi dengan kasus terbanyak ke 2 (dua) di Indonesia setelah DKI Jakarta (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI, 2012).

Kasus HIV-AIDS di Kabupaten Biak Numfor mengalami fluktuasi dari 3 tahun terakhir. Berdasarkan data Dinkes Kabupaten Biak Numfor jumlah kumulatif kasus HIV positif dari tahun 2009 - 2011 sebanyak 83 kasus, sedangkan jumlah kumulatif Kasus AIDS tahun 2009 -2011 sebanyak 838 kasus.(Dinkes Biak Numfor, 2012).

Masalah HIV-AIDS bukan lagi masalah kesehatan semata akan tetapi telah menjadi masalah sosial yang sangat kompleks dan unik. Upaya pencegahan dan penanggulangannya memerlukan berbagai pendekatan dan diselenggarakan oleh berbagai pihak. Peranan utama dijalankan oleh masyarakat dengan arahan dan pembinaan oleh sektor-sektor

pemerintah. Pemerintah berperan sebagai pemimpin upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS baik di pusat maupun di daerah.

Untuk penanggulangan HIV-AIDS pemerintah telah mencanangkan strategi nasional (STRANAS) untuk tahun 2007 – 2010 sebagai berikut : (1) Pencegahan HIV dan AIDS, (2) Perawatan, Pengobatan dan Dukungan kepada ODHA, (3) Surveilans HIV dan AIDS serta Infeksi menular Seksual, (4) Penelitian dan riset operasional, (5) Lingkungan Kondusif, (6) Koordinasi dan harmonisasi multi pihak, (7) Kestinambungan penanggulangan.

Stranas dalam upaya perawatan, pengobatan dan dukungan ODHA dilakukan melalui pendekatan klinis dan pendekatan berbasis masyarakat dan keluarga (*community and home-based care*) serta dukungan pembentukan persahabatan ODHA. Tujuan dari upaya tersebut adalah mengurangi penderitaan akibat HIV-AIDS dan mencegah penularan lebih lanjut infeksi HIV serta meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Untuk mencapai tujuan tersebut dilaksanakan kegiatan antara lain mengembangkan infrastruktur pelayanan kesehatan, pelayanan konseling dan testing secara sukarela/ KTS (*VCT – Voluntary Counseling and Testing*), pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu kepada bayinya (*PMTCT - Prevention of Mother To Child Transmission*), perawatan ODHA dan perawatan berbasis masyarakat dan keluarga serta dukungan pembentukan persahabatan ODHA.



Layanan VCT adalah program pencegahan sekaligus jembatan untuk mengakses layanan manajemen kasus serta perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA (*CST- Care, Support and Treatment*). Program layanan VCT dimaksudkan membantu masyarakat terutama populasi berisiko dan anggota keluarganya untuk mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV dimana hasilnya dapat digunakan sebagai bahan motivasi upaya pencegahan penularan dan mempercepat mendapatkan pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan.

Layanan VCT harus mencakup pre-test konseling, testing HIV dan post test konseling. Kegiatan tes dan hasil tes pasien harus dijalankan atas dasar prinsip kerahasiaan.

Dengan terjadinya peningkatan jumlah HIV-AIDS dari tahun ketahun telah terjadi perkembangan layanan VCT dimana hingga tahun 2011 telah tersedia 338 pelayanan VCT diseluruh Indonesia. Sedangkan dari kumulatif jumlah kunjungan, dilaporkan telah terjadi 669.137 kunjungan ke layanan VCT, dengan kasus HIV positif sebanyak 55.848 atau 10,4% (Kemenkes RI, 2011).

Jumlah layanan VCT di provinsi papua dari keseluruhan kabupaten ada 41 layanan VCT. Berdasarkan estimasi dari kemenkes RI tahun 2011 jumlah kumulatif kunjungan ke layanan VCT secara sukarela sebanyak 80.253 orang dan yang melakukan pre test 54.281 orang, test 53.903 orang, post test 53.784 orang, HIV positif 5.473 orang (10,2%). (kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan studi awal, di Kabupaten Biak Numfor telah memiliki 10 (sepuluh) lokasi pelayanan VCT meliputi antara lain Rumah Sakit Umum Daerah, Puskesmas Biak Kota, Puskesmas Ridge, Puskesmas Sumberker, Puskesmas Bosnik, Puskesmas Yendidori, Puskesmas Korem, Puskesmas Marauw, Puskesmas Yenburwo dan Puskesmas Apombukor. Walaupun pemerintah Kabupaten Biak Numfor melalui dinas kesehatan telah menyediakan peralatan VCT untuk test pemeriksaan HIV-AIDS, namun kesadaran warga untuk memanfaatkan fasilitas pemeriksaan ini masih belum maksimal.

Dari hasil laporan Dinkes kabupaten Biak Numfor terakhir pada tahun 2011 yang melakukan kunjungan ke layanan VCT yang melakukan pre test 219 orang, test 219 orang, post test 185 orang dan HIV positif 185 orang (Dinkes Kab. Biak Numfor, 2012), dan berdasarkan laporan dari RSUD Biak Numfor periode Januari – Agustus 2012 tercatat yang melakukan kunjungan ke layanan VCT yang melakukan pre test 968 orang, test 968 orang, post test 760 orang dan HIV positif 148 orang (RSUD Biak Numfor, 2012).

Melihat tingginya jumlah kasus HIV-AIDS di kabupaten Biak Numfor dan masih belum maksimalnya penggunaan pelayanan VCT maka sudah seharusnya dilakukan kajian untuk menemukan permasalahan yang mempengaruhi penggunaan pelayanan VCT, guna penyelesaiannya diwaktu yang akan datang.

Penggunaan pelayanan VCT menurut Green Lawrence.W (1991) dipengaruhi oleh faktor prediposisi (umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi), faktor penguat (sikap dan perilaku kesehatan pribadi, dukungan keluarga, stigma dan diskriminasi ODHA), dan faktor pemungkin (ketersediaan sumberdaya, aksesibilitas, peraturan dan hukum yang berlaku dan mutu pelayanan).

Dari beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penggunaan pelayanan VCT menurut Green Lawrence.W (1991) maka dalam penelitian ini adalah faktor pemungkin (pengetahuan dan sikap), faktor penguat (stigma dan diskriminasi), dan faktor pemungkin (mutu pelayanan VCT).

## **B. Rumusan Masalah**

Layanan VCT adalah program pencegahan sekaligus jembatan untuk mengakses layanan manajemen kasus serta perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA (*CST- Care, Support and Treatment*). Program layanan VCT dimaksudkan membantu masyarakat terutama populasi berisiko dan anggota keluarganya untuk mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV dimana hasilnya dapat digunakan sebagai bahan motivasi upaya pencegahan penularan dan mempercepat mendapatkan pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan. Presentase jumlah kunjungan ke layanan VCT di Indonesia masih sangat rendah (10,4%), Papua (10,2%) yang berpotensi menimbulkan peningkatan

penularan HIV-AIDS dari tahun ketahun dan terjadinya peningkatan penularan HIV-AIDS pada ibu rumah tangga maka semakin besar kecenderungan penularan HIV pada bayi yang dilahirkan dari ibu yang positif HIV.

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor apa saja yang berhubungan dengan rendahnya penggunaan pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui determinan penggunaan pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif di Kabupaten Biak Numfor Papua.

#### **2. Tujuan Khusus**

a. Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan penggunaan pelayanan VCT oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif.

b. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan penggunaan pelayanan VCT oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif.

c. Untuk mengetahui hubungan stigma dengan penggunaan pelayanan VCT oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif.

d. Untuk mengetahui hubungan diskriminasi dengan penggunaan pelayanan VCT oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif.

e. Untuk mengetahui hubungan mutu pelayanan dengan penggunaan pelayanan VCT oleh ibu rumah tangga berisiko tinggi HIV positif.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi bagi dinas kesehatan kabupaten kabupaten Biak Numfor untuk menyediakan *voluntary counseling and testing* (VCT) HIV-AIDS, dalam rangka membantu menemukan penderita sedini mungkin, memberikan dukungan dan perawatan yang bermutu, baik bagi penderita HIV-AIDS, maupun bagi keluarga dan masyarakat sekitar.

### **2. Manfaat Institusi**

Bagi pemerintah dan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) kabupaten Biak Numfor, hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagai informasi untuk lebih meningkatkan koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait, agar memberikan dukungan bagi terlaksananya *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) HIV-AIDS di kabupaten Biak Numfor yang



bermutu, serta dapat menjangkau seluruh wilayah kabupaten Biak Numfor.

### **3. Manfaat Ilmiah**

Sebagai sumber informasi bagi pengembangan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, khususnya HIV-AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PMS) untuk mencegah rantai penularannya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum HIV-AIDS**

##### **1. Definisi**

*Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV-1 adalah virus HIV yang pertama diidentifikasi oleh Luc Montaner di Institut Pasteur, Paris, tahun 1983. Karakteristik virus sepenuhnya diketahui oleh Robert Gallo di Washington dan Jay Levy di San Francisco, tahun 1984. HIV-2, berhasil diisolasi dari pasien di Afrika Barat pada tahun 1986 (Nasronudin, 2012).

Menurut Widoyono (2011) *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh; bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh human immunodeficiency virus (HIV). Penyakit ini telah menjadi masalah internasional karena dalam waktu singkat terjadi peningkatan jumlah pasien dan semakin melanda banyak negara. Sampai saat ini belum ditemukan vaksin atau obat yang relatif efektif untuk AIDS.

HIV adalah virus sitopatik diklasifikasikan dalam famili *Retroviridae*, subfamili *Lentivirinae*, genus *Lentivirus*, termasuk virus RNA yang tergantung pada enzim reverse transkriptase untuk dapat menginfeksi

mamalia, termasuk manusia, dan menimbulkan kelainan patologi secara lambat (Nedrosuwito, 2005).

AIDS mula-mula didefinisikan untuk kepentingan survey oleh CDC (*the U.S Center for Disease Control and Prevention*) sebagai adanya penyakit oportunistik yang setidaknya mengisyaratkan adanya cacat imunitas seluler tanpa didasari oleh gangguan kekebalan yang diketahui, misalnya immunosupresi iatrogenic atau keganasan. Dengan tersedianya uji diagnostik yang sensitive dan spesifik untuk HIV telah mengalami beberapa perbaikan (Chimwele, Et.al. 2006)

## **2. Epidemiologi**

UNAIDS memperkirakan pada tahun 1993 jumlah penderita HIV didunia sebanyak 12 juta orang pada akhir tahun 2000 sebanyak 20 juta orang. Prevalensi AIDS pada tahun 1993 sebesar 900.000, sedangkan pada akhir tahun 2000 sebesar 2 juta. Pada tahun 2001 insidensi infeksi baru pada anak sebanyak 800.000 dengan 580.000 kematian akibat HIV-AIDS. Dari 800.000 anak, 65.000 kasus diperkirakan terjadi di Asia Selatan dan Asia Tenggara.

Di Indonesia HIV pertama kali dilaporkan di Bali pada April 1987 (terjadi pada orang Belanda). Pada tahun 1999 terdapat 635 kasus HIV dan 183 kasus baru AIDS. Mulai tahun 2000 – 2005 terjadi peningkatan kasus HIV-AIDS secara signifikan di Indonesia. Kasus AIDS tahun 2000 tercatat 255 orang, meningkat menjadi 316 orang pada tahun 2003, dan meningkat cepat menjadi 2.638 orang pada tahun 2005. Dari data

tersebut, DKI Jakarta memiliki jumlah penderita terbesar, diikuti oleh Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, dan Bali. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh semakin membaiknya sistem pencatatan dan pelaporan kasus dan semakin bertambahnya sarana pelayanan diagnostik kasus dengan klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).

Dibandingkan dengan negara-negara lainnya di Asia Tenggara, angka kasus HIV-AIDS di Indonesia termasuk rendah. Alasan yang paling memungkinkan adalah lemahnya pencatatan dan pelaporan, terbatasnya peralatan laboratorium penunjang, dan rendahnya kemampuan diagnosis (Widoyono, 2011).

### **3. Etiologi**

Pada tahun 1983, ilmuwan Perancis Montagnier (Institute Pasteur, Paris) dalam buku Nasronudin, (2012) mengisolasi virus dari pasien dengan gejala limfadenopati dan menemukan virus HIV. Oleh sebab itu virus tersebut dinamakan *lymphadenopathy associated virus* (LAV). Pada tahun 1984 Gallo (National Institute of Health, USA) menemukan virus *human T lymphotropic virus* (HTLV-III) yang juga menyebabkan AIDS.

Pada tahun 1986 di Afrika ditemukan tipe HIV yaitu HIV-1 yang sering menyerang manusia dan HIV-2 yang ditemukan di Afrika Barat. Virus HIV termasuk subfamili *Lentivirinae* dari famili *Retroviridae*.

Asam nukleat dari famili retrovirus adalah RNA yang mampu membentuk DNA dari RNA. Enzim transkriptase reversi menggunakan RNA virus sebagai 'catakan' untuk membentuk DNA. DNA ini bergabung

dengan kromosom induk (sel limfosit T4 dan sel makrofag) yang berfungsi sebagai penanda virus HIV.

Secara sederhana sel HIV terdiri dari : 1) Inti- RNA dan enzim transkriptase reversi (polimerase), protase, dan integrase; 2) Kapsid – antigen p24; 3) Sampul (antigen p17) dan tonjolan glikoprotein (gp120 dan gp41).

Waktu paruh virus (*virion half-life*) berlangsung cepat. Sebagian besar virus akan mati, tetapi karena mulai awal infeksi, replikasi virus berjalan sangat cepat dan terus menerus. Dalam sehari sekitar 10 miliar virus dapat tumbuh. Tingginya jumlah virus dalam darah ditunjukkan dengan angka *viral load*, sedangkan tingkat kerusakan sistem kekebalan tubuh ditunjukkan dengan angka CD4.

#### **4. Transmisi Infeksi HIV**

Transmisi HIV masuk kedalam tubuh manusia melalui 3 cara, yaitu:

a. secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, menyusui). Menurut Depkes RI (2008) yang dikutip Angkasawati, T.J, et.al (2010) Di antara populasi berisiko tersebut lebih dari 6,5 juta perempuan di Indonesia menjadi populasi rawan tertular dan menularkan, lebih dari 24.000 perempuan usia subur di Indonesia telah terinfeksi HIV, lebih dari 9.000 perempuan hamil dengan HIV dalam setiap tahunnya di Indonesia dan lebih dari 30% di antaranya melahirkan

bayi yang tertular bila tak ada program pencegahan penularan dari ibu ke bayi.

b. Secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual). Menurut hasil laporan KPAN (2010) diperkirakan infeksi baru yang terjadi terutama melalui transmisi seksual yaitu sebesar kurang lebih 80% dan sisanya karena penggunaan napza suntik yaitu sekitar 20%. Sedangkan menurut laporan Ditjen PP dan PL Kemenkes RI (2012) Prevalensi kasus HIV-AIDS tahun 2006 – 2010 menurut Faktor risiko heteroseksual 55% dan homoseksual 4%.

c. Secara horisontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik bersama-sama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisasi, perawatan gigi). menurut laporan Ditjen PP dan PL Kemenkes RI (2012) Prevalensi kasus HIV-AIDS tahun 2006 – 2010 menurut Faktor risiko *Injecting Drug User* (IDU) sebesar 41%.

## **5. Patofisiologi infeksi HIV**

HIV yang dulu disebut sebagai HTLV-III (*Human T cell lymphotropic virus Tipe III*) atau LAV (*Lymphadenopathy virus*), adalah virus sitopatik dari famili retrivirus. Virus ini ditransmisikan melalui kontak seksual, darah atau produk darah yang terinfeksi, dan cairan tubuh tertentu, serta melalui perinatal. Virus tidak ditransmisikan melalui kontak biasa. Virus memasuki tubuh dan terutama menginfeksi sel yang

mempunyai molekul CD4. Kelompok terbesar yang mempunyai molekul CD4 adalah limfosit T4 yang mengatur reaksi sistem kekebalan manusia. Sel-sel target lain adalah monosit, makrofag, sel dendrit, sel langerhans dan sel mikroglia. Setelah mengikat molekul CD4 melalui transkripsi terbalik. Beberapa DNA yang baru terbentuk saling bergabung dan masuk ke dalam sel target dan membentuk provirus. Provirus dapat menghasilkan protein virus baru, yang bekerja menyerupai pabrik untuk virus-virus baru. Sel target normal akan membelah dan memperbanyak diri seperti biasanya dan dalam proses ini provirus juga ikut menyebarkan anak-anaknya. Secara klinis, ini berarti orang tersebut terinfeksi untuk seumur hidupnya.

Siklus replikasi HIV dalam stadium ini sampai sel yang terinfeksi diaktifkan. Aktifasi sel yang terinfeksi dapat dilaksanakan oleh antigen, mitogen, sitokin (TNF alfa atau interleukin 1) atau produk gen virus seperti sitomegalovirus (CMV), virus Epstein-Barr, herpes simpleks dan hepatitis. Sebagai akibatnya, pada saat sel T4 yang terinfeksi diaktifkan, replikasi serta pembentukan tunas HIV akan terjadi dan sel T4 akan dihancurkan. HIV yang baru dibentuk ini kemudian dilepas ke dalam plasma darah dan menginfeksi sel-sel CD4 lainnya. Karena proses infeksi dan pengambil alihan sel T4 mengakibatkan kelainan dari kekebalan, maka memungkinkan berkembangnya neoplasma dan infeksi oportunistik.

Sesudah infeksi kurang lebih 25% dari sel-sel kelenjar limfe akan terinfeksi oleh HIV. Replikasi virus akan berlangsung terus sepanjang

perjalanan infeksi HIV, tempat primernya adalah jaringan limfoid. Kecepatan produksi HIV diperkirakan berkaitan dengan status kesehatan orang yang terjangkit infeksi tersebut. Jika orang tersebut tidak sedang menghadapi infeksi lain, reproduksi HIV berjalan dengan lambat. Namun, reproduksi HIV tampaknya akan dipercepat kalau penderitanya sedang menghadapi infeksi lain atau kalau sistem imunnya terstimulasi. Keadaan ini dapat menjelaskan periode laten yang diperlihatkan oleh sebagian penderita sesudah terinfeksi HIV. Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV (65%) tetap menderita HIV-AIDS yang simtomatik dalam waktu 10 tahun sesudah orang tersebut terinfeksi.

## **6. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh akibat intervensi HIV. Manifestasi ini dapat merupakan gejala dan tanda infeksi virus akut, keadaan asimtomatis berkepanjangan, hingga manifestasi AIDS berat. Manifestasi gejala dan tanda dari HIV dapat dibagi menjadi 4 tahap.

Pertama merupakan tahap infeksi akut, pada tahap ini muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahap ini muncul minggu pertama setelah paparan HIV dapat berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan, dan pembesaran kelenjar getah bening. Dapat juga disertai meningitis aseptik yang ditandai demam, nyeri kepala hebat, kejang-kejang dan kelumpuhan saraf otak.



Kedua merupakan tahap asimtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada saat ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler.

Ketiga merupakan tahap simtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan gradasi sedang sampai berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas namun penderita dapat melakukan aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak berada di tempat tidur meskipun kurang 12 jam per hari dalam bulan terakhir.

Keempat merupakan tahap yang lebih lanjut atau tahap AIDS. Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih 10%, diare yang lebih dari 1 bulan, panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, tuberkulosis paru, dan pneumonia bakteri.

## **7. Diagnosis**

Menurut Widoyono (2011) Metode yang umum untuk menegakkan diagnosis HIV meliputi :

- a. ELISA (*Enzym-Linked ImmunoSorbent Assay*). Sensitivitas tinggi yaitu sebesar 98,1 – 100%. Biasanya tes ini memberikan hasil positif 2-3 bulan setelah infeksi.

b. Western Blot. Spesifitasnya tinggi yaitu sebesar 99,6 – 100%. Pemeriksaannya cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam.

c. PCR (*Polymerase Chain Reaction*). Tes ini digunakan untuk:

- 1) Tes HIV pada bayi, karena zat antimaternal masih ada pada bayi yang dapat menghambat pemeriksaan secara serologis. Seorang ibu yang menderita HIV akan membentuk zat kekebalan itulah yang diturunkan pada bayi melalui plasenta yang akan mengaburkan hasil pemeriksaan, seolah-olah sudah ada infeksi pada bayi tersebut. (catatan : pemeriksaan HIV sering merupakan deteksi dari zat anti-HIV bukan deteksi HIV-nya sendiri).
- 2) Menetapkan status infeksi individu yang seronegatif pada kelompok berisiko tinggi.
- 3) Tes pada kelompok berisiko tinggi sebelum terjadi serokonversi.
- 4) Tes konfirmasi untuk HIV-2, sebab ELISA mempunyai sensitivitas rendah untuk HIV-2.

## **8. Pencegahan**

Pencegahan penyakit HIV-AIDS antara lain :

- a. Menghindari hubungan seksual dengan penderita AIDS atau tersangka penderita AIDS.
- b. Mencegah hubungan seksual dengan pasangan yang berganti-ganti atau dengan orang yang mempunyai banyak pasangan.

c. Menghindari hubungan seksual dengan pecandu narkotik obat suntik.

d. Melarang orang-orang yang termasuk ke dalam kelompok berisiko tinggi untuk melakukan donor darah.

e. Memastikan sterilitas alat suntik.

## 9. Program Pemberantasan HIV-AIDS

Komisi penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) tahun 2007 menentukan kebijakan penanggulangan penyakit HIV-AIDS secara nasional sebagai berikut:

a. Arah Kebijakan

1) Peningkatan upaya pencegahan.

a) Pengurangan dampak buruk (harm reduction) penasun (pengguna NAPZA suntik).

b) Peningkatan program pemakaian kondom 100% pada setiap hubungan seksual yang berisiko.

c) Pencegahan penularan ibu ke bayi (PMTCT, *prevention of mother to child transmission*).

d) Transfusi darah yang aman.

e) Kewaspadaan universal (UP, *universal precaution*)

2) Peningkatan jumlah dan mutu

a) Pelayanan pengobatan IMS (infeksi menular seksual).

b) Peningkatan jumlah dan fungsi klinik VCT.

- c) Perawatan, dukungan, dan pengobatan (CST, *care suport and treatment*) pada ODHA.
- 3) Penguatan KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) disemua tingkat.
- 4) Peningkatan peraturan undang-undang dan anggaran.
- 5) Peningkatan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi)
- 6) Memperkuat monitoring dan evaluasi.

b. Target. Target yang ditetapkan sesuai dengan 8 (delapan) target kunci menuju 2010 yaitu :

- 1) 80% populasi yang paling berisiko, terjangkau oleh program pencegahan yang komprehensif.
- 2) Perubahan perilaku pada 60% populasi berisiko.
- 3) 80% dari mereka yang memenuhi syarat, menerima pengobatan dengan ARV (antiretroviral).
- 4) Sumber daya dan dana (domestik dan internasional) memberi estimasi kebutuhan.
- 5) Lingkungan yang memperdayakan;
  - a) peran *civil society*.
  - b) menghilangkan stigma dan diskriminasi.
- 6) Presentase ibu hamil dengan HIV dan yang menerima profilaksis ARV.
- 7) Presentase yatim piatu dan anak yang rawan penularan menerima paket dukungan.
- 8) Mengurangi infeksi baru.

c. Kegiatan. Kegiatan disesuaikan dengan 8 (delapan) kegiatan yang tercantum dalam standar pelayanan minimal (SPM) yang sudah ditetapkan oleh KPAN, meliputi :

- 1) Komunikasi perubahan perilaku (KPP)/ *behavioral change communication* (BCC).
- 2) Promosi pemakaian kondom (PPK) 100%
- 3) Klinik Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 4) *Voluntary counseling and testing* (VCT)
- 5) *Harm reduction* (PDB, pengurangan dampak buruk).
- 6) *Care suport and treatment* (CST)
- 7) *Prevention mother to child transmision* (PMCT)
- 8) Komunikasi Publik.

## **B. Tinjauan Umum VCT**

### **1. Definisi**

Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV-AIDS (KPAN, 2007).

### **2. Tujuan VCT**

Menurut KPAN (2007) tujuan VCT dalam penanggulangan HIV-AIDS sebagai berikut:

Tujuan umum : adalah untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran HIV.

Tujuan Khusus VCT Bagi ODHA :

a. Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV. Saat ini sangat sedikit orang di Indonesia yang diketahui terinfeksi HIV. Kurang dari 2,5% orang diperkirakan telah terinfeksi HIV mengetahui bahwa dirinya terinfeksi.

b. Mempercepat diagnosa HIV. Sebagian besar ODHA di Indonesia baru mengetahui bahwa dirinya terinfeksi setelah mencapai tahap simtomatik (bergejala) dan masuk ke stadium AIDS, bahkan dalam keadaan hampir meninggal. Dengan diagnosa lebih dini, ODHA mendapat kesempatan untuk melindungi diri dan pasangannya, serta melibatkan dirinya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, sesuai dengan asas keterlibatan lebih besar oleh ODHA (*GIPA-Greater Involvement of People with AIDS*) yang dideklarasikan pada KTT AIDS Paris 1994, yang ditanda tangani 42 negara termasuk Indonesia.

c. Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan pencegahan terjadinya infeksi lain pada ODHA. ODHA yang belum mengetahui dirinya terinfeksi HIV tidak dapat mengambil manfaat profilaksis terhadap infeksi oportunistik, yang sebetulnya sangatlah mudah dan efektif. Selain itu, mereka juga tidak dapat memperoleh terapi antiretroviral secara lebih awal, sebelum sistem kekebalan tubuhnya rusak total dan tidak dapat dipulihkan kembali.

d. Meningkatkan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral. Agar virus tidak menjadi resisten dan efektifitas obat dapat dipertahankan diperlukan kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan. Kepatuhan tersebut didorong oleh pemberian informasi yang lengkap, dan pemahaman terhadap informasi tersebut, serta dukungan oleh pendamping.

e. Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang berisiko terhadap penularan HIV dan IMS. Jika sebagian ODHA tahu status HIV dirinya, dan berperilaku sehat agar tidak menulari orang lain maka mata rantai epidemi HIV akan terputus.

### **3. Peran VCT**

Peranan layanan VCT dalam penanggulangan HIV-AIDS menurut KPAN (2007) sebagai berikut:

a. Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV dan AIDS.

b. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya,

dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

c. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.

Konseling dan tes HIV sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV dan AIDS berkelanjutan. Program VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk pencegahan primer melalui konseling dan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) seperti pemahaman HIV, pencegahan penularan dari ibu ke anak (*Prevention of Mother To Child Transmission – PMTCT*) dan akses terapi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis (TBC) dan infeksi menular seksual.

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan



mencegah penularan infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

VCT merupakan kegiatan konseling bersifat sukarela dan rahasia, yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium. Test HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani informed consent yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar. VCT merupakan hal penting karena :

- 1) Merupakan pintu masuk ke seluruh layanan HIV dan AIDS.
- 2) Menawarkan keuntungan, baik bagi yang hasil tesnya positif maupun negatif, dengan fokus pada pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman faktual dan terkini atas HIV-AIDS.
- 3) Mengurangi stigma masyarakat.
- 4) Merupakan pendekatan menyeluruh: kesehatan fisik dan mental.
- 5) Memudahkan akses ke berbagai pelayanan yang dibutuhkan klien baik kesehatan maupun psikososial.

Meskipun VCT adalah sukarela namun utamanya diperuntukkan bagi orang-orang yang sudah terinfeksi HIV-AIDS, dan keluarganya, atau semua orang yang mencari pertolongan karena merasa telah melakukan, tindakan berisiko di masa lalu dan merencanakan perubahan di masa depannya, dan mereka yang tidak mencari pertolongan namun berisiko tinggi.

Ada beberapa prinsip yang harus dipatuhi dalam pelayanan VCT, yakni VCT harus dilakukan dengan :

- 1) sukarela, tanpa paksaan.
- 2) Kerahasiaan terjamin: proses dan hasil tes rahasia dalam arti hanya diketahui dokter/ konselor dan klien.
- 3) Harus dengan konseling.
- 4) VCT tidak boleh dilakukan tanpa adanya konseling atau dilakukan secara diam-diam.
- 5) Harus ada persetujuan dari pasien dalam bentuk penandatanganan Lembar Persetujuan (*informed consent*).

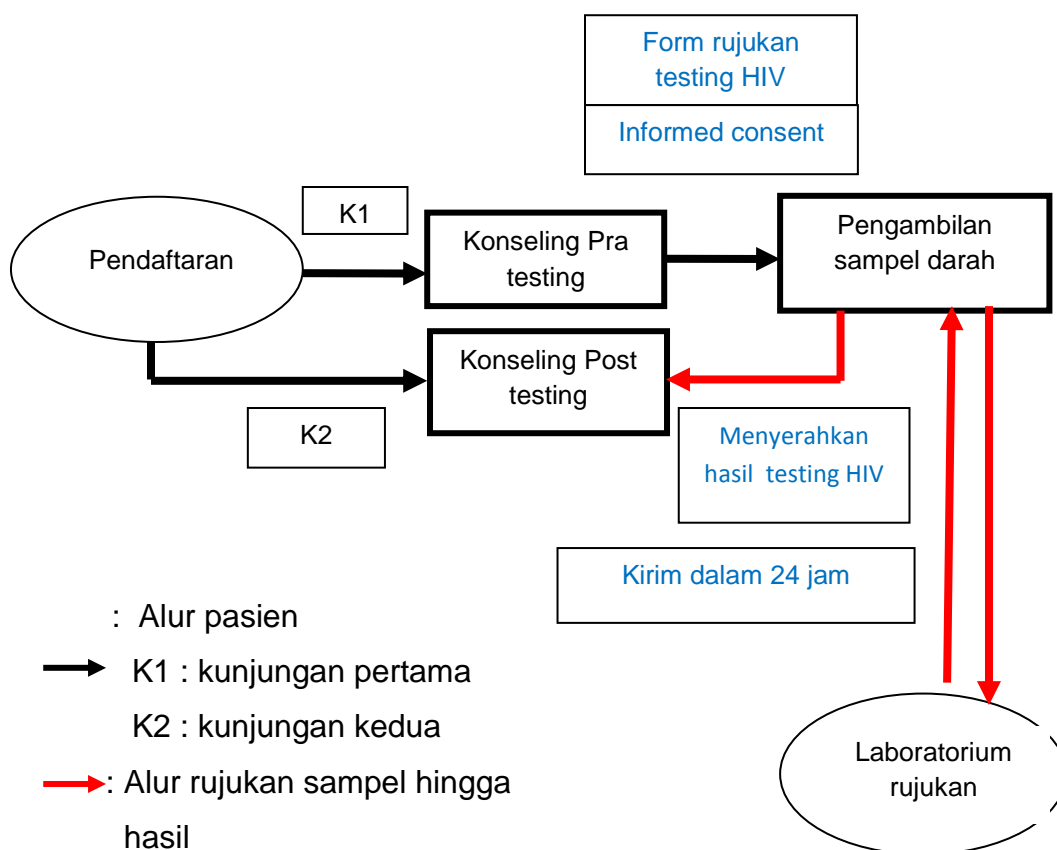
Konseling merupakan proses interaksi antara konselor dan klien yang membuahkan kematangan kepribadian pada konselor dan memberikan dukungan mental-emosional pada klien. Proses konseling mencakup upaya-upaya yang realistik dan terjangkau serta dapat dilaksanakan.

Proses konseling hendaknya mampu :

- 1) Memastikan klien mendapatkan informasi yang sesuai fakta.
- 2) Menyediakan dukungan saat krisis.
- 3) Mendorong perubahan yang dibutuhkan untuk pencegahan atau membatasi penyebaran infeksi.
- 4) Membantu klien memusatkan perhatian dan mengenali kebutuhan jangka pendek serta jangka panjang dirinya sendiri.

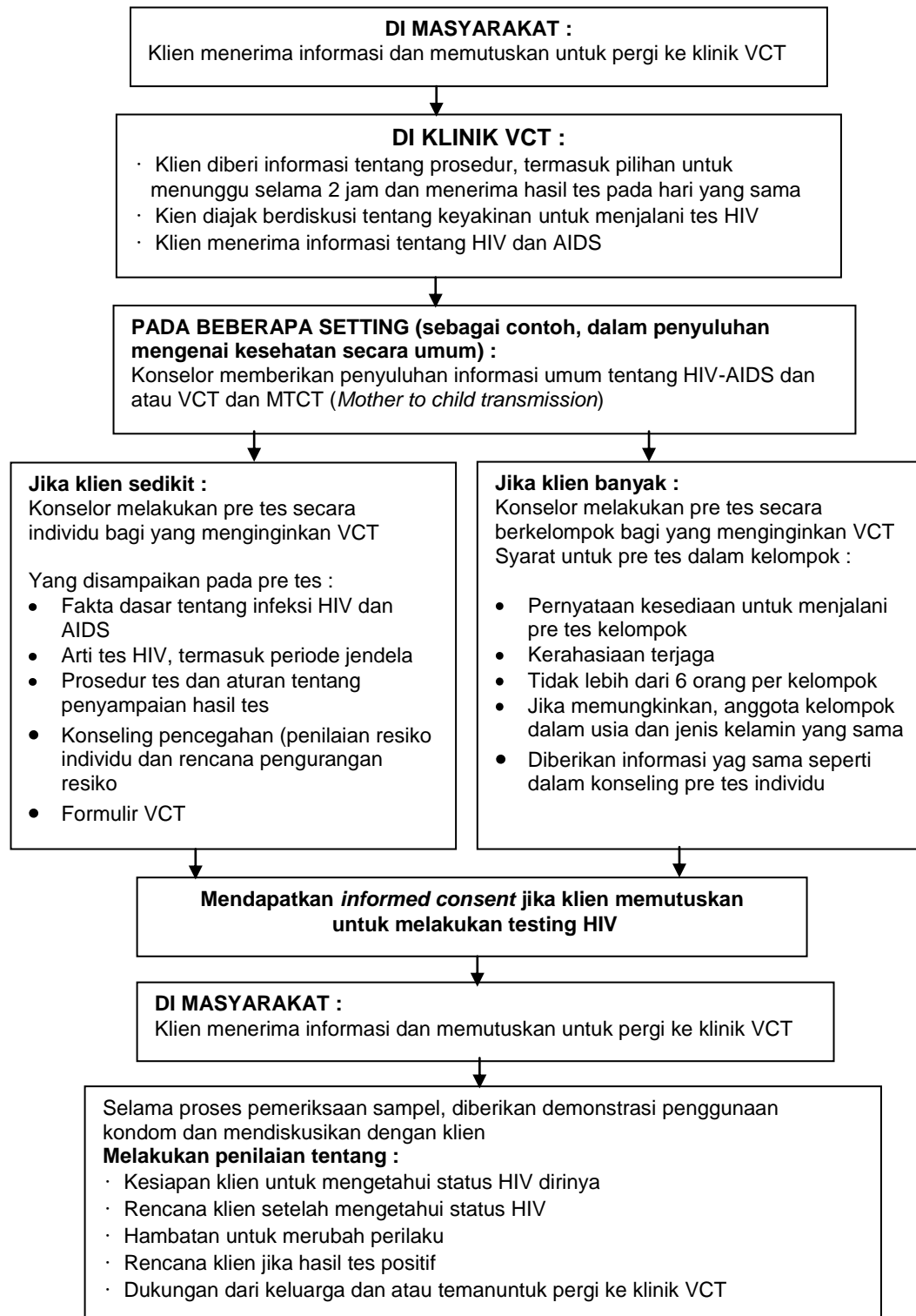
- 5) Menjangkau tindakan nyata yang sesuai untuk dapat diadaptasikan klien dalam kondisi yang berubah.
- 6) Membantu klien memahami informasi peraturan perundangan tentang kesehatan dan kesejahteraan.
- 7) Membantu klien untuk menerima informasi yang tepat, dan menghargai serta menerima tujuan tes HIV baik secara teknik, sosial, dan implikasi hukum.

#### 4. Alur Pelayanan Pada Klinik VCT



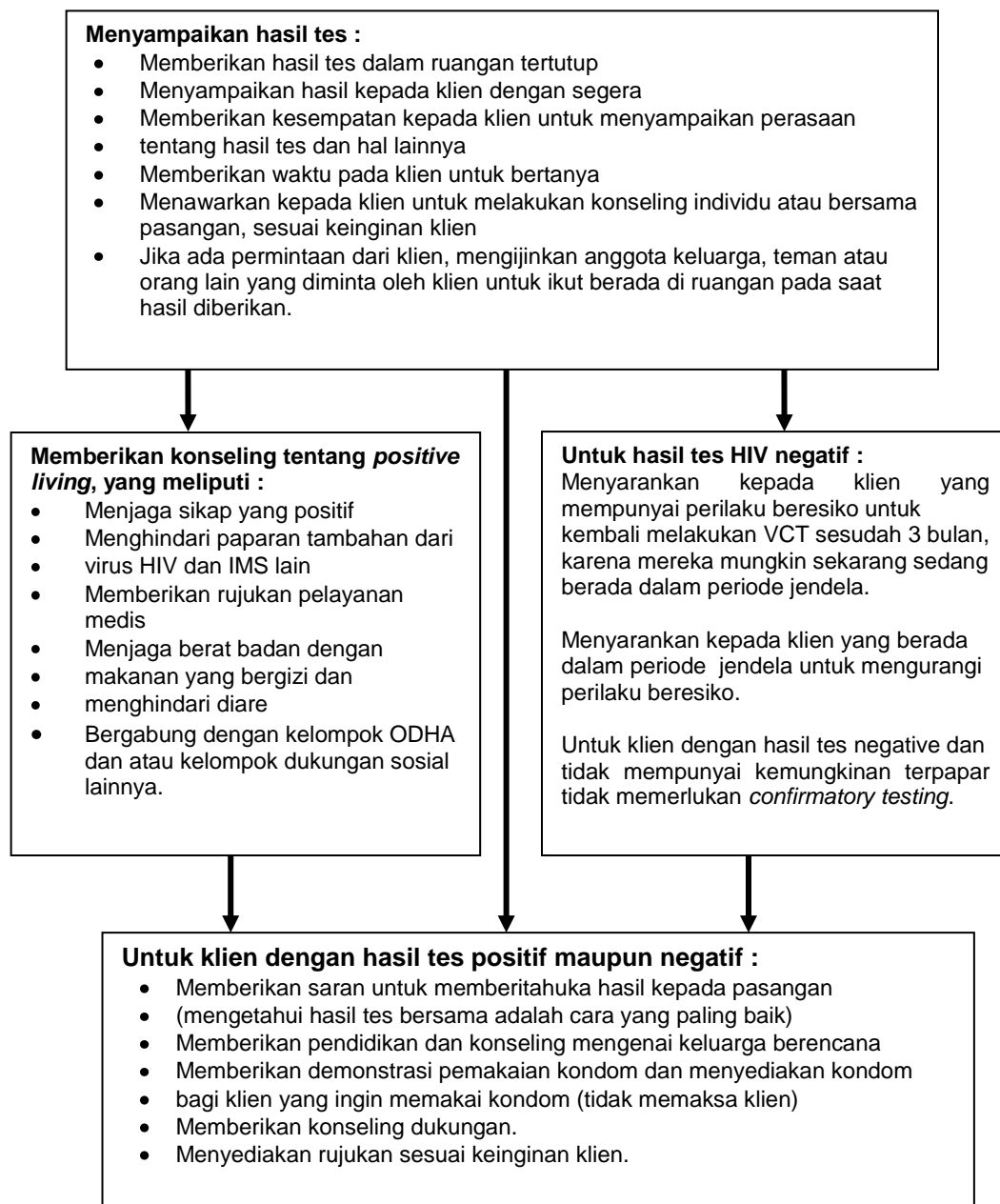
Gambar 1. Alur klinik VCT

Sumber : Kemenkes RI, UNSAID, FHI, 2007



Gambar 2. Alur klien dalam konseling pre test

Sumber : Kemenkes RI, UNSAID, FHI, 2007



Gambar 3. Alur klien dalam konseling post test

Sumber : Kemenkes RI, UNAIDS, Family Health International, 2007

### C. Tinjauan Umum Determinan Penggunaan VCT

#### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmojo, 2003).

Menurut Notoatmojo (2003) perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif terdiri dari 6 (enam) tingkatan yaitu:

- 1) Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- 2) Memahami (*comprehension*) sesuatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil.

- 4) Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan ada kaitannya satu sama lain
- 5) Sintesis (*synthesis*) menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru
- 6) Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk meletakkan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

a. Cara Memperoleh pengetahuan. Menurut Notoatmodjo (2003) cara memperoleh pengetahuan adalah sebagai berikut :

- 1) Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

- a) Cara coba salah (*Trial and Error*).

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

- b) Cara kekuasaan atau otoritas.

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa dari pemimpin dimasyarakat baik formal atau informal, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas,

tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c) Berdasarkan pengalaman pribadi.

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

2) Cara Modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer atau disebut metodologi penelitian.

a. Proses Perilaku “Tahu”. Menurut Rogers yang dalam Notoatmodjo (2003), perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia yang dapat diamati langsung dari maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Sedangkan didalam diri seseorang sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) terjadi proses berurutan :

- 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu
- 2) *Interest* (merasa tertarik) orang mulai tertarik kepada stimulus
- 3) *Evaluating* (menimbang-nimbang) baik dan tidaknya stimulus. Hal ini sikap responden sudah lebih baik lagi
- 4) *Trial* (mencoba) dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru;
- 5) *Adoption*, dimana seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan.



b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Menurut Notoatmojo (2003) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan diantaranya adalah:

1) Faktor Internal

a) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

b) Pekerjaan

Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

c) Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

## 2) Faktor Eksternal

### a) Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

### b) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut.

Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi seseorang untuk berperilaku sesuai dengan tingkat pengetahuannya. Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi tingkat pengetahuan terhadap penyakit HIV-AIDS dan pelayanan *voluntary counseling and testing* (VCT).

Beberapa hasil studi penelitian jurnal tentang tingkat pengetahuan mengenai HIV-AID dan VCT terhadap penggunaan pelayanan VCT adalah sebagai berikut: menurut Getachew. W (2005) menemukan bahwa wanita yang memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang VCT merupakan faktor partisipasi yang penting dalam penerimaan VCT. Sedangkan menurut Zubairu, et.al (2006) juga menemukan bahwa

pengetahuan merupakan faktor positif pencetus menggunakan pelayanan VCT. Abebaw, et.al (2006) menemukan bahwa pengetahuan yang baik tentang HIV, penularan ibu ke anak merupakan faktor tes HIV secara sukarela. Joseph M (2010) menemukan tingkat pengetahuan yang tinggi tentang HIV-AIDS merupakan faktor untuk melakukan tes HIV. Oboh V.U, et.al (2010) menemukan bahwa pengetahuan yang tinggi tentang HIV-AIDS dan tentang layanan VCT merupakan faktor penerimaan layanan VCT. Demikian juga Edgar M.M, et.at (2011) menemukan bahwa tingkat pengetahuan tinggi menerima fasilitas VCT. Hasil penelitian terakhir oleh Tesfaye H.L, et.al (2012) menemukan bahwa tingkat pengetahuan lebih tinggi merupakan faktor positif dalam pemanfaatan VCT.

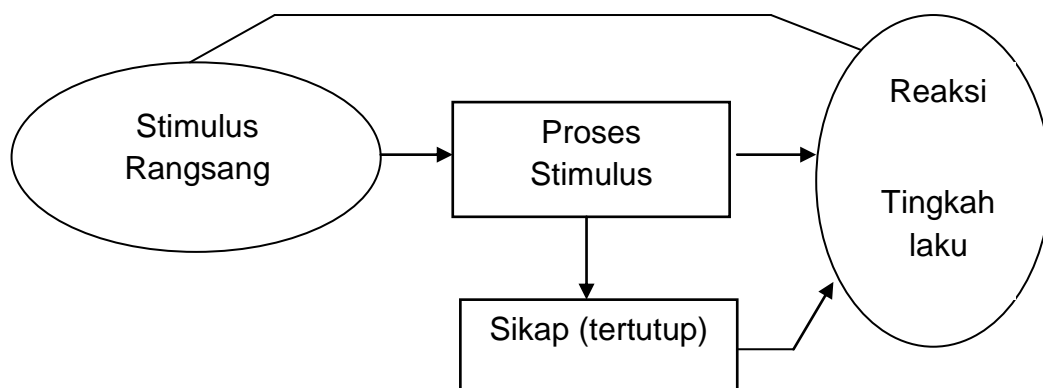
## **2. Sikap**

Sikap (*attitude*) merupakan konsep paling penting dalam psikologis sosial yang membahas unsur sikap baik sebagai individu maupun kelompok.

Ada beberapa pengertian tentang sikap diantaranya sebagai berikut; menurut Notoatmojo (2003) Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut Aswar. S (2005) Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isue, kesiapan seseorang untuk bertindak;

Sikap adalah kecenderungan untuk berpikir atau merasa dalam cara tertentu. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya

dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan sesuatu atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Lebih lanjut dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai sebuah penghayatan terhadap objek dan ini dapat dilihat pada gambar dibawah.



Gambar 4. Skema terbentuknya sikap (Notoatmojo, 2003)

Menurut Aswar S (2005) Sikap mempunyai 3 (tiga) komponen pokok yaitu :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap sesuatu objek.
- 2) Evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*trend of bahave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap utuh.

Dalam penentuan sikap yang utuh tersebut, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

- 1) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- 2) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
- 3) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat ketiga.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap paling tinggi. pengukuran sikap dilakukan dengan cara langsung dan tidak langsung, secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

Dari uraian diatas peneliti simpulkan bahwa sikap adalah respon seseorang terhadap suatu stimulus untuk bertindak yang dipengaruhi oleh pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi.

Dalam penelitian ini sikap yang dimaksud adalah tindakan seseorang dalam penggunaan pelayanan VCT. Dari berbagai hasil studi penelitian menunjukkan sikap positif terhadap penggunaan pelayanan VCT diantaranya hasil studi penelitian diantaranya; menurut Getachew. W (2005) menemukan sikap merupakan faktor signifikan bahwa ibu hamil untuk menerima tes sukarela HIV dengan alasan untuk mengurangi risiko transmisi HIV ke anaknya. Sedangkan menurut Zubairu, et.al (2006) menemukan signifikan sikap untuk kesediaan melakukan VCT dengan

alasan pengobatan, melindungi orang lain dari infeksi dan mencegah transmisi ibu ke anak. Demikian juga Abebaw, et.al (2006) menemukan sikap memiliki hubungan yang signifikan terhadap VCT dan penerimaan tes HIV. Francis M.B, et.al (2008) menemukan signifikan sikap terhadap penggunaan VCT dikarenakan untuk mengetahui HIV sero-status dan karena rencana untuk menikah. Joseph M (2010) juga menemukan sikap signifikan terhadap penggunaan VCT untuk mengetahui HIV sero-status, mendapatkan obat jika terinfeksi, mendapatkan konseling yang baik, dan menikmati kerahasiaan. Oboh V.U, et.al (2010) menemukan sikap signifikan terhadap penggunaan pelayanan VCT disebabkan karena tingkat kesadaran yang tinggi akan transmisi HIV terutama pada ibu ke anak. Dari hasil studi Tesfaye H.L, et.al (2012) menemukan sikap positif untuk menggunakan pelayanan VCT untuk mengetahui HIV sero-status dan perencanaan berkeluarga.

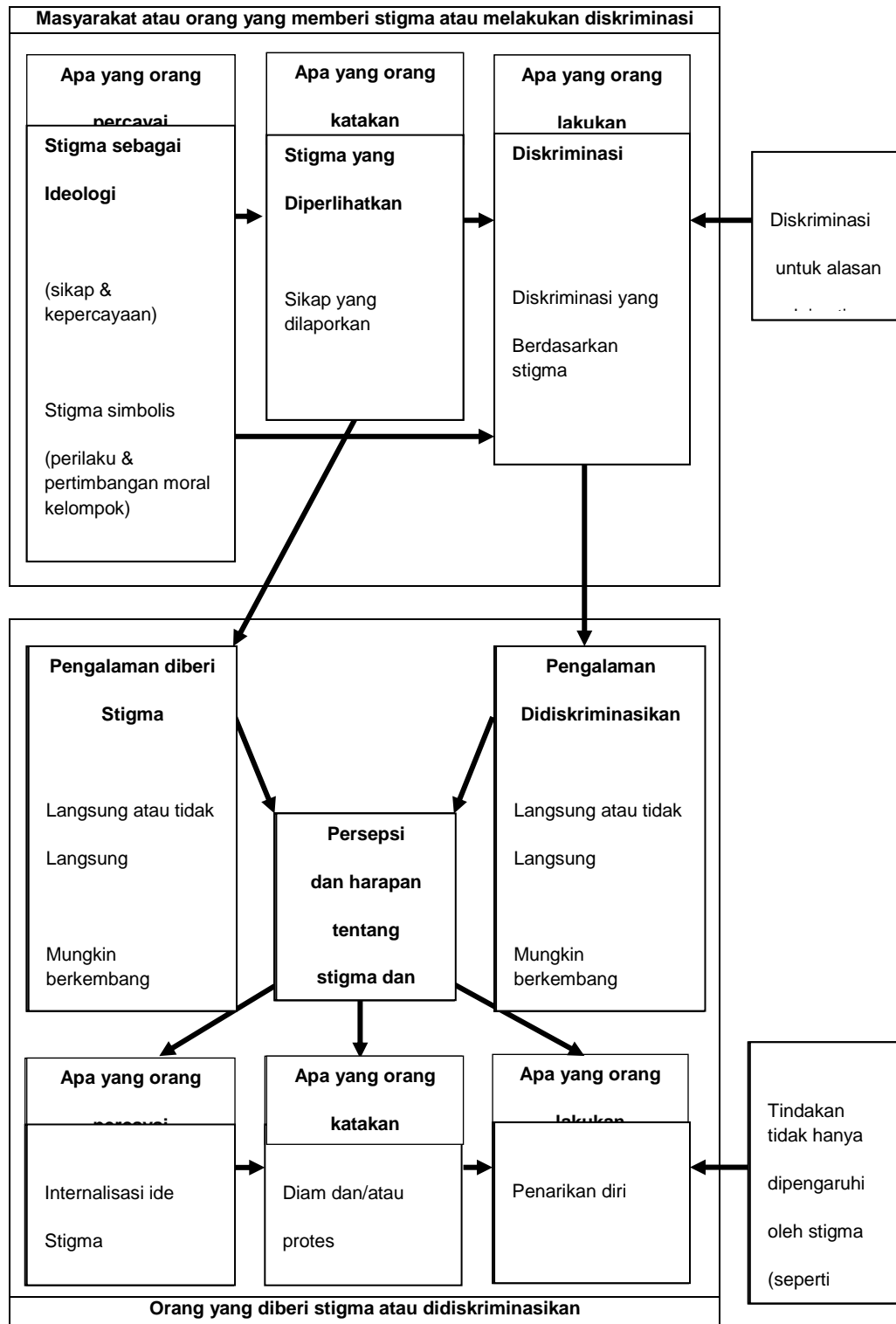
### **3. Stigma dan Diskriminasi ODHA**

Menurut Goffman (1963) dikutip dalam Pratikno H (2008) mengemukakan bahwa stigma adalah suatu sifat yang mencemarkan secara mendalam yang membuat orang yang terstigma tersebut seperti “bukan layaknya orang kebanyakan”. Stigma ini tidak hanya ditujukan untuk perorangan saja, tetapi kadang juga terhadap keluarganya atau kelompoknya atau komunitasnya.

Stigma juga dapat diartikan sebagai suatu bentuk prasangka yang mencemarkan atau menolak seseorang atau kelompok tertentu karena mereka terlihat berbeda dari orang lain atau dari biasanya (TNAT, 2005).

Stigma juga dapat didefinisikan sebagai suatu sifat yang secara nyata mencemarkan seseorang dalam pandangan orang lain. Hal ini berarti bahwa orang akan melihat seseorang dan memiliki sikap yang negatif terhadap orang tersebut karena sifat atau karakteristik tertentu, sebagai contoh orang yang diketahui atau diduga mengidap HIV. Stigma juga berhubungan dengan sikap atau perilaku yang dianggap negatif (seperti berganti-ganti pasangan atau kurang bersih) dengan orang yang memiliki penyakit tertentu (Deacon. H, et.al, 2005).

Diskriminasi dapat didefinisikan sebagai suatu tindakan yang membuat seseorang diperlakukan secara tidak wajar karena apa yang mereka miliki atau dirasa dimiliki menjadi suatu kelompok tertentu (seperti kelompok gay atau homoseksual didiskriminasi karena orientasi seksualnya) (TNAT, 2005). Jadi diskriminasi sudah berupa tindakan nyata terhadap orang lain atau suatu kelompok tertentu secara tidak wajar berdasarkan prasangka terhadap orang atau kelompok tersebut. Apabila seseorang berbuat sesuatu atas dasar prasangka, maka stigma berubah menjadi diskriminasi. Secara skematis hubungan antara stigma dan diskriminasi dapat dilihat pada gambar 9.



Gambar 5. Hubungan antara stigma dan diskriminasi (Deacon, et.at, 2005)



Menurut Herek G.M. et.al (2002) mengemukakan bahwa stigma terhadap ODHA adalah suatu sifat yang menghubungkan seseorang yang terinfeksi HIV dengan nilai-nilai negatif yang dilakukan oleh masyarakat dimana hal tersebut sangat tidak menguntungkan ODHA. Stigma membuat ODHA diperlakukan secara berbeda dengan orang lain. Diskriminasi terkait HIV adalah suatu tindakan yang tidak wajar atau tidak adil pada seseorang yang secara nyata atau diduga mengidap HIV.

Menurut *The Centre for the Study of AIDS University of Pretoria* (2007), terdapat 2 macam stigma, yaitu:

a. Eksternal stigma. Eksternal stigma merujuk pada pengalaman ODHA yang diperlakukan secara tidak wajar atau tidak adil dan berbeda dengan orang lain. Eksternal stigma meliputi:

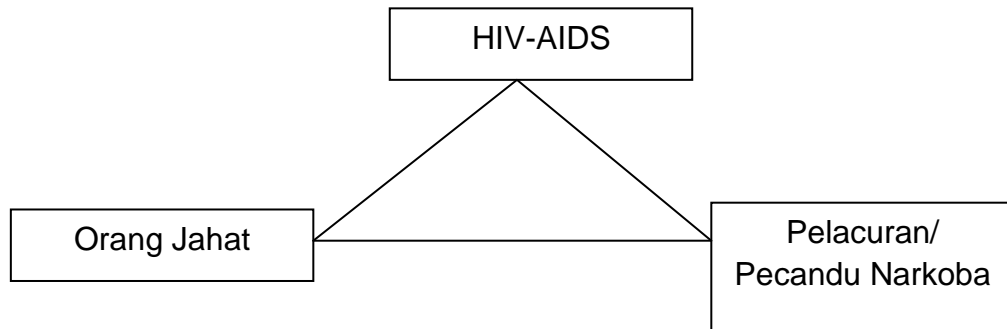
- 1) Menjauhi (*avoidance*), yakni orang-orang menjauhi ODHA atau tidak menginginkan untuk menggunakan peralatan yang sama.
- 2) Penolakan (*rejection*), yakni orang-orang menolak ODHA. Hal ini dapat dilakukan oleh anggota keluarga atau teman yang tidak mau lagi berhubungan dengan ODHA atau dapat juga suatu masyarakat atau kelompok tertentu yang tidak mau menerima ODHA.
- 3) Peradilan moral (*moral judgement*), yakni orang menyalahkan ODHA karena status HIV mereka atau melihat ODHA sebagai orang yang tidak bermoral.

- 4) Stigma karena hubungan (*stigma by association*), yakni orang yang terkait dengan ODHA (seperti keluarga atau teman dekatnya) akan terstigma juga karena keterkaitan tersebut.
- 5) Keengganan untuk melibatkan ODHA (*unwillingness to invest in people living with HIV or AIDS / PLHA*), yakni orang mungkin akan dipinggirkan dalam suatu organisasi atau kelompok karena status HIV mereka.
- 6) Diskriminasi (*discrimination*), yakni penghilangan kesempatan untuk ODHA, seperti ditolak untuk bekerja, ditolak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai atau petugas menolak untuk melayani ODHA.
- 7) Pelecehan (*abuse*), yakni ODHA yang secara fisik ataupun lisan dilecehkan.
- 8) Pengorbanan (*victimization*), sebagai contoh anak-anak yang terinfeksi HIV atau anak yatim piatu yang orang tuanya meninggal karena AIDS.
- 9) Pelanggaran hak asasi manusia (*abuse of human right*), sebagai contoh pelanggaran asas kerahasiaan seperti membuka status HIV seseorang pada orang lain tanpa persetujuan yang bersangkutan atau dilakukan tes HIV tanpa melakukan informed consent.

b. Internal stigma. Internal stigma adalah perasaan tertentu seseorang tentang diri mereka sendiri seperti rasa malu atau rasa takut ditolak. Internal stigma meliputi:

- 1) Mengasingkan diri dari pelayanan atau kesempatan (*self-exclusion from services or opportunities*), yakni ODHA tidak menginginkan untuk mendapatkan pelayanan atau tidak bekerja karena mereka takut diketahui sebagai ODHA.
- 2) Persepsi terhadap diri sendiri (*perception of self*), ODHA memiliki rasa rendah diri karena status HIV mereka yang positif.
- 3) Penarikan diri secara sosial (*social withdrawal*), ODHA akan menarik diri dari hubungan pribadi dan sosial.
- 4) Mengganti secara berlebihan (*over compensation*), ODHA percaya bahwa mereka seharusnya memberi lebih dibanding orang lain atau adanya perasaan berhutang jika orang lain bersikap baik pada mereka.
- 5) Ketakutan untuk pengungkapan (*fear of disclosure*), ODHA tidak akan mengungkapkan status HIV mereka karena mereka takut akan konsekuensinya.

Dalam pandangan masyarakat, ODHA sering dianggap memiliki perilaku yang tercela (orang jahat) dan mereka kemudian dilihat sebagai orang yang berhak mendapatkan takdir atas perilaku tercela tadi. Pada saat yang sama masyarakat menyalahkan ODHA sebagai sumber penularan penyakit AIDS. Pandangan dan pendapat masyarakat tentang HIV-AIDS yang akhirnya menimbulkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA ini, dapat dilihat pada gambar 10 di bawah ini:



Gambar 6. Segitiga stigma (Hong *et al.*, 2004)

Stigma dan diskriminasi disebut sebagai “penghalang terbesar” dalam upaya pencegahan penyakit AIDS dan untuk menyediakan perawatan dan dukungan terhadap ODHA (UNAIDS, 2002). Diskriminasi terhadap ODHA ini juga berlaku terhadap orang-orang yang dihubungkan dengan HIV dan AIDS dalam pandangan masyarakat luas (TNAT, 2005). Diskriminasi terhadap ODHA adalah unik atau khas, tidak seperti diskriminasi terhadap ketidakmampuan atau cacat yang lain, karena sering dihubungkan dengan dan diperkuat dengan bentuk diskriminasi yang lain seperti rasisme dan homophobia.

Menurut TNAT (2005) menyatakan ada beberapa faktor yang mendorong munculnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, yakni:

- 1) HIV adalah suatu kondisi tantangan kehidupan.
- 2) Pengetahuan yang kurang tentang HIV-AIDS (seperti adanya mitos dan kesalah pahaman tentang cara penularan HIV).
- 3) Menghubungkan HIV dengan perilaku tertentu (seperti homoseksual, pekerja seks komersial, pelanggan PSK, pengguna narkoba suntik)

- 4) Munculnya prasangka terhadap kelompok populasi yang telah diberi stigma dan diskriminasi karena ras, gender atau orientasi seksualnya.
- 5) Berita tentang HIV di media yang kurang tepat.

Seperti yang dikemukakan oleh UNSAID (2002) bahwa stigma dan diskriminasi merupakan penghalang besar dalam upaya pencegahan, perawatan dan dukungan terhadap ODHA, begitu juga dalam pemanfaatan pelayanan VCT Stigma dan diskriminasi merupakan faktor prediktor bagi ODHA untuk melakukan penolakan atau tidak memanfaatkan pelayanan VCT. Hal sesuai dengan beberapa hasil studi penelitian diantaranya adalah: Kalichman, et.al (2002) menemukan stigma dan diskriminasi menciptakan hambatan untuk pemanfaatan VCT dikarenakan persepsi negatif negatif terhadap ODHA, demikian juga Annemarie E, et.al (2008) menemukan adanya stigmatisasi dan diskriminasi yang kuat terhadap ODHA yang menjadi kendala utama atau hambatan dalam penyerapan pemanfaatan VCT, selain itu William Sambisa (2008) menemukan stigma merupakan faktor utama sebagai alasan yang sama sebagai hambatan penyerapan sukarela konseling dan testing (VCT), menurut leslie B, et.al (2010) menemukan ODHA tidak memanfaatkan pelayanan VCT takut adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap diri, dan hasil penelitian Sean D.Y, et.al (2010) menemukan bahwa stigmatisasi terhadap ODHA menurunkan keinginan untuk memanfaatkan pelayanan VCT.

#### 4. Mutu Pelayanan VCT

Mutu pelayanan kesehatan dapat didefinisikan dalam banyak pengertian. Ada beberapa pengertian yang secara sederhana melukiskan hakekat mutu antara lain: 1) mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa; 2) mutu adalah *Expertise*, atau keahlian dan keterampilan yang selalu dicurahkan kepada pekerjaan; 3) mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.

Yang harus dipenuhi mengenai mutu pelayanan jasa yaitu: 1) mutu pelayanan Jasa lebih sulit dievaluasi; 2) dalam mengevaluasi mutu pelayanan jasa, pelanggan tidak hanya mempertimbangkan pada outcome tapi juga proses ketika pelayanan diberikan; 3) kriteria yang berlaku dalam mengevaluasi pelayanan tergantung semata-mata oleh penilaian pelanggan. Secara spesifik, Persepsi dari mutu sesuatu jasa tergantung dari bagaimana seorang provider dapat memahami ekspektasi pelanggannya terhadap jasa yang diberikan (Azwar. A, 1996)

Menurut Parasuraman et.al (1990) dalam Muninjaya, A.A.Gde (2011) model pengukuran mutu pelayanan jasa yang sering digunakan adalah model *Service Quality (SERVQUAL)*, model ini menyatakan adanya 5 (lima) dimensi mutu pelayanan jasa yaitu:

- 1) Keandalan (*Reliability*) yaitu pernyataan tentang kemampuan memenuhi janji.

- 2) Cepat Tanggap (*Responsiveness*) yaitu pernyataan tentang kemauan untuk membentuk konsumen dan memberikan pelayanan yang tepat.
- 3) Kepastian (*Assurance*) yaitu pernyataan tentang kesopanan, pengetahuan dari kemampuan segenap karyawan yang menimbulkan keyakinan dan kepercayaan kepada konsumen.
- 4) Empati (*Empathy*) yaitu pernyataan tentang kepedulian dan perhatian kepada konsumen secara individual.
- 5) Berwujud (*Tangibles*) yaitu pernyataan tentang fasilitas fisik, ekuipmen, penampilan personalia.

Mutu pelayanan kesehatan dalam arti sempit adalah penampilan teknis (*technical performance*) individu praktisi pelayanan kesehatan. Dalam perspektif yang lebih luas kualitas pelayanan meliputi interaksi praktis medis dengan pasien, kontribusi pasien dalam pelayanan, kenyamanan pelayanan, akses terhadap fasilitas pelayanan.

Mutu pelayanan kesehatan harus mempunyai tiga dimensi atau unsur yaitu : 1) dimensi konsumen Yaitu apakah pelayanan kesehatan itu dapat memenuhi apa yang diharapkan konsumen yang ukur dengan kepuasan pasien dan keluhan pasien; 2) dimensi profesi yaitu apakah mutu itu memenuhi kebutuhan konsumen, seperti apa yang ditentukan oleh profesi, dengan menggunakan prosedur dan standar profesi yang diyakini akan memberi hasil akan memberi hasil itu dapat diamati; 3) dimensi manajemen atau dimensi proses yaitu bagaimana proses

pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya yang paling efisien di dalam memenuhi kebutuhan konsumen.

Menurut Muninjaya, A.A.Gde (2011) mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh unsur proses, masukan dan lingkungan. Adapun uraian dari ketiga unsur tadi adalah:

a. Unsur masukan. Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur masukan adalah tenaga, dana dan sarana. Secara umum disebutkan apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standar yang diterapkan, serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan.

b. Unsur proses. Unsur proses adalah tindakan medis dan tindakan non medis. Secara umum disebutkan apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan tindakan yang ditetapkan maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

c. Unsur lingkungan. Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah kebijakan, organisasi dan manajemen. Secara umum disebutkan apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan atau tidak bersifat mendukung maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

Dari uraian diatas mutu pelayanan terdiri dari dimensi *reliability*, *responsiveness*, *Assurance* dan *emphaty*. Mutu pelayanan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah berhubungan dengan mutu pelayanan VCT, dimana dimensi *assurance* dan *emphaty* yang menjadi



fokus penelitian bukan pada standar operasional prosedur (SOP) dalam memberikan pelayanan VCT.

Assurance yang berhubungan dengan kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya serta empathy merupakan kepedulian dan perhatian, dimana ke 2 (dua) dimensi ini merupakan unsur terpenting dalam kepuasan klien dalam pelayanan VCT untuk menghindari persepsi klien bahwa adanya diskriminasi dan mendapatkan stigma buruk oleh karena penyakitnya. Unsur yang terpenting dalam meningkatkan efektifitas pelayanan VCT yang perlu diperhatikan adalah unsur kerahasiaan, stigmatisasi dan diskriminasi klien.

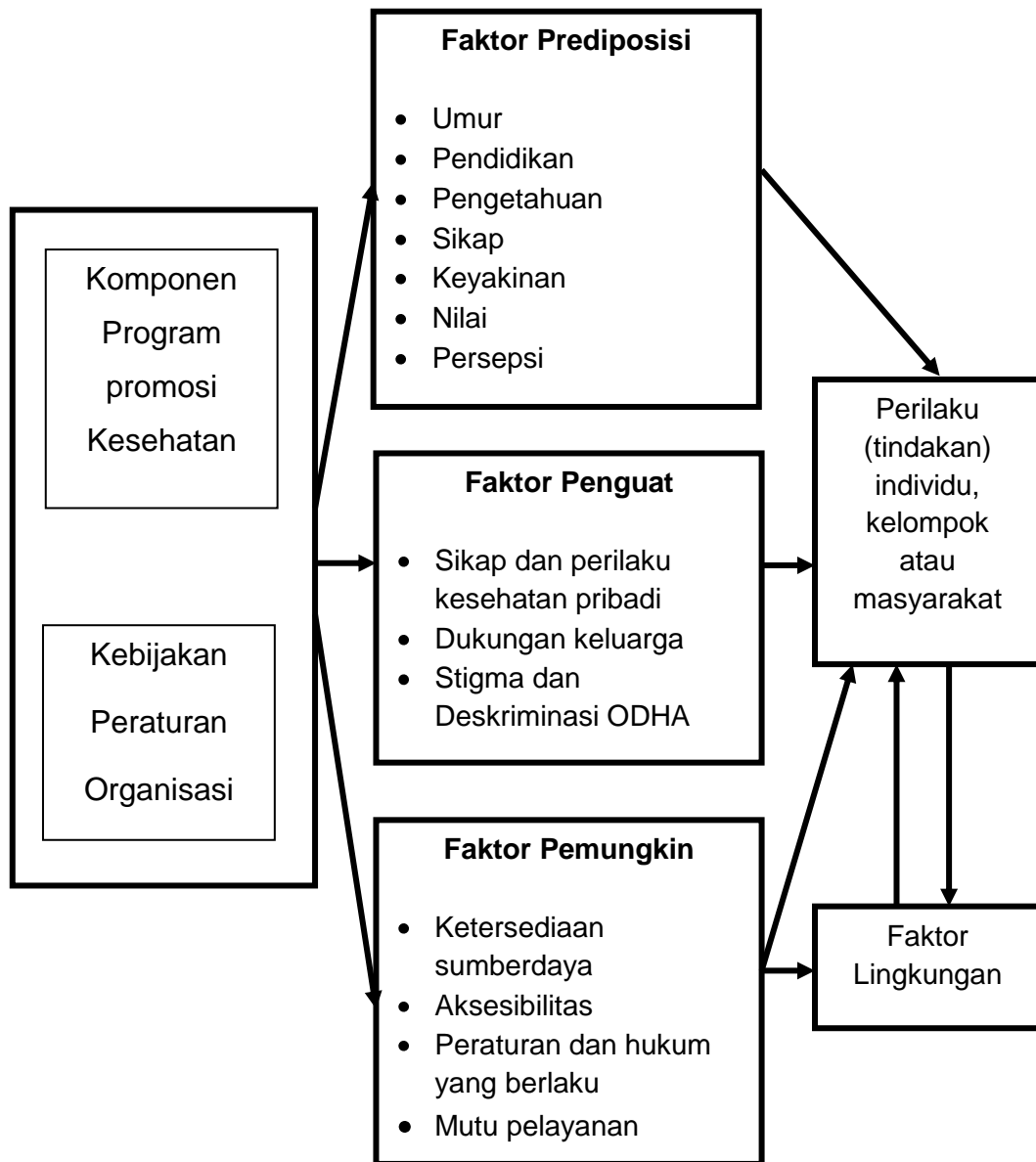
Dari beberapa hasil studi penelitian menunjukkan kurangnya penggunaan pelayanan VCT akibat adanya perasaan ketakutan akan kerahasiaannya kurang terjaga, stigma buruk pada dirinya dan takut terjadi diskriminasi seperti pada beberapa hasil studi penelitian diantaranya; Zubairu, et.al (2006) menemukan bahwa penolakan untuk menggunakan pelayanan VCT dikarenakan takut adanya stigma dan diskriminasi. Begitupun menurut Widiyanto (2008) menemukan masih terdapat keyakinan kurang baik dengan alasan bahwa walaupun dengan melakukan VCT tidak akan mengurangi terjadinya stigmanisasi dan diskriminasi terhadap pengidap HIV-AIDS.

Hasil studi penelitian lainnya, Francis M.B, et.al (2008) menemukan bahwa pengguna pelayanan VCT lebih baik untuk menggunakan pelayanan VCT dengan memilih tempat lain dikarenakan

agar identitas atau kerahasiaan tentang dirinya dapat terjaga. Sedangkan Joseph M (2010) menemukan tidak untuk menggunakan pelayanan VCT dikarenakan untuk menjaga privasi dirinya. Sedangkan Oboh V.U, et.al (2010) menemukan masih adanya untuk tidak menggunakan pelayanan VCT dengan alasan takut stigmatisasi. Dan hasil penelitian terakhir Edgar M.M, et.at (2011) menemukan bahwa penolakan terhadap pelayanan VCT atau tidak menggunakan pelayanan VCT dengan alasan khawatir terjadi diskriminasi.

#### **D. Kerangka konsep Teori**

Berdasarkan hasil review literatur yang telah dilakukan maka variable-variabel yang dianggap memberi pengaruh terhadap penggunaan pelayanan *voluntary counseling and testing* (VCT) disusun dalam suatu model kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 7. Kerangka konsep teori

Sumber : Green, Lawrence. W, 1991.

## E. Kerangka Konsep penelitian

### 1. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Dengan mengacu pada kajian yang telah dikemukakan pada tinjauan pustaka, maka telah diidentifikasi sejumlah variabel yang terlibat langsung maupun tidak langsung terhadap penggunaan pelayanan VCT, yang kemudian dituangkan kedalam model kerangka konsep.

Selanjutnya juga telah diidentifikasi hubungan antar variabel, baik yang berlaku sebagai variabel independen maupun variabel dependennya. Penyusunan konsep determinan penggunaan pelayanan *voluntary counseling and testing* (VCT) oleh ibu rumah rumah tangga berisiko tinggi HIV positif di kabupaten Biak Numfor Papua, kedalam model kerangka konsep mengacu pada pandangan teori pemanfaatan pelayanan VCT yang dikembangkan oleh Lawrence (1991) yang merumuskan bahwa penggunaan pelayanan VCT berhubungan dengan variabel yang termasuk dalam kelompok “determinan” yakni : tingkat pengetahuan, sikap stigma dan diskriminasi serta mutu pelayanan.

Adapun alasan memasukkan variabel tersebut kedalam model kerangka konsep diuraikan secara singkat sebagai berikut :

a. **Tingkat Pengetahuan.** Tingkat pengetahuan adalah Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan,

pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Hasil telah jurnal memperlihatkan pengetahuan berhubungan dengan penggunaan pelayanan VCT seperti yang telah ditetapkan didalam tujuan penelitian.

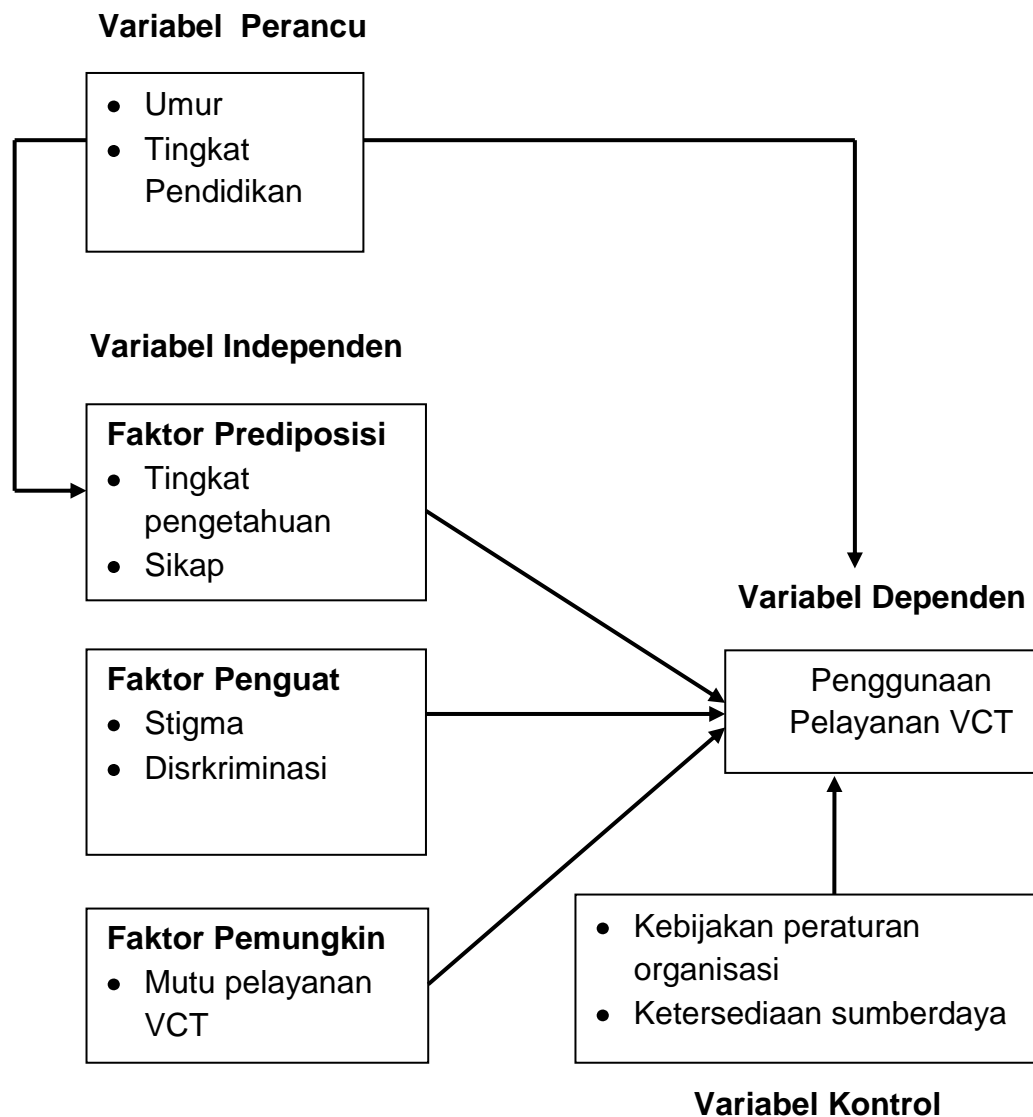
b. **Sikap.** Sikap Adalah kecenderungan untuk berpikir atau merasa dalam cara tertentu. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan sesuatu atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Lebih lanjut dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai sebuah penghayatan terhadap objek.

c. **Stigma dan Diskriminasi.** Dapat diartikan sebagai suatu sifat yang secara nyata mencemarkan seseorang dalam pandangan orang lain. Hal ini berarti bahwa orang akan melihat seseorang dan memiliki sikap yang negatif terhadap orang tersebut karena sifat atau karakteristik tertentu, sebagai contoh orang yang diketahui atau diduga mengidap HIV. Dari hasil telaah jurnal memperlihatkan bahwa rendahnya jumlah kunjungan ke pelayanan VCT dikarenakan adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap ODHA.

d. **Mutu Pelayanan VCT.** Adalah penampilan teknis (*technical performance* ) individu praktisi pelayanan kesehatan. Dalam perspektif yang lebih luas mutu pelayanan meliputi interaksi praktis medis dengan

pasien, kontribusi pasien dalam pelayanan, kenyamanan pelayanan, akses terhadap fasilitas pelayanan.

Berdasarkan uraian review literatur seperti telah dikemukakan diatas, maka variable yang diteliti disusun dalam suatu model kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 8. Kerangka Konsep penelitian

## **F. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis pada penelitian ini adalah :

- a. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan VCT dan HIV-AIDS dengan penggunaan pelayanan VCT.
- b. Terdapat hubungan antara sikap dengan penggunaan pelayanan VCT.
- c. Terdapat hubungan antara stigma dengan penggunaan pelayanan VCT.
- d. Terdapat hubungan antara diskriminasi dengan penggunaan pelayanan VCT.
- e. Terdapat hubungan antara mutu pelayanan VCT dengan penggunaan pelayanan VCT.