



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP
PETUGAS PUSKESMAS TERHADAP ORANG DENGAN HIV-
AIDS (ODHA) DALAM PELAYANAN KESEHATAN HIV-AIDS
DI KOTA BANDUNG TAHUN 2010**

**(Studi di Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong, Puskesmas
Kopo, Puskesmas Pasundan, dan Puskesmas Salam)**

TESIS

**Rostini
NPM: 0806443446**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
DESEMBER 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP
PETUGAS PUSKESMAS TERHADAP ORANG DENGAN HIV-
AIDS (ODHA) DALAM PELAYANAN KESEHATAN HIV-AIDS
DI KOTA BANDUNG TAHUN 2010**

**(Studi di Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong, Puskesmas
Kopo, Puskesmas Pasundan, dan Puskesmas Salam)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**ROSTINI
NPM: 0806443446**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
DESEMBER 2010**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Rostini
NPM : 0806443446
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung, Tahun 2010
(Studi di Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong, Puskesmas Kopo, Puskesmas Pasundan, dan Puskesmas Salam)

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 23 Desember 2010
Yang Menyatakan,



(Rostini)

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Rostini

NPM : 0806443446

Tanda Tangan :



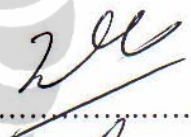
Tanggal : 23 Desember 2010

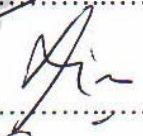
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Rostini
NPM : 0806443446
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung, Tahun 2010
(Studi di Puskesmas Salam, Puskesmas Kopo, Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracandong dan Puskesmas Pasundan)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dt.Sudarti Kresno, dra., SKM, MA. (.....)

Penguji : dra. Rina Artining Anggorodi, MSi. (.....)

Penguji : drs. Anwar Hassan, MPH. (.....)

Penguji : Hartiah Haroen, SKp., MNg., M.Kes., AIFO (.....)

Penguji : Reynie Purnama Raya, SKM., M.Epid. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 23 Desember 2010

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rostini
Tempat / Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 8 Maret 1979
Agama : Islam
Alamat : Graha Mutiara Kav. 13, Jl. Cabe V, RT 03/RW 05,
Kel. Pondok Cabe Ilir, Kec. Pamulang, Tangerang
15418

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Pengadilan 2 Tasikmalaya (1985 – 1991)
2. SMP Negeri 2 Tasikmalaya (1991 – 1994)
3. SMA Negeri 1 Tasikmalaya (1994 – 1997)
4. FISIPOL Universitas Gadjah Mada (Sarjana) (1997 – 2002)
5. FKM Universitas Indonesia (Pasca Sarjana) (2008 – 2010)

Riwayat Pekerjaan

- Asosiasi Tradisi Lisan Jakarta (2002)
- PT Penerbit Djambatan Jakarta (2002 – 2006)
- IMPACT Bandung, Unit Penelitian Kesehatan,
Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran,
RS. Dr. Hasan Sadikin Bandung (2007 – 2010).

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur kepada Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, atas berkah dan ridha-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Salam dan shalawat kepada Rasulullah, Keluarga dan Sahabatnya.

Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak awal perkuliahan sampai pada penulisan tesis ini, tidak terlepas dari berbagai hambatan dan kesulitan, oleh karena itu penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada:

1. Prof. Dr.Sudarti Kresno, dra., SKM, MA. selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. dra. Rina Artining Anggorodi, MSi., atas kesediannya untuk menguji.
3. drs. Anwar Hassan, MPH., atas kesediannya untuk menguji.
4. Hartiah Haroen, SKp., MNg., M.Kes., AIF., atas kesediannya untuk menguji.
5. Reynie Purnama Raya, SKM., M.Epid., atas kesediaannya untuk menguji.
6. Seluruh dosen FKM UI beserta staf administrasi yang telah banyak membantu dalam masa perkuliahan sampai selesainya tesis ini.
7. IMPACT Bandung, UPK, FK UNPAD-RSHS yang telah memberikan kesempatan dan bantuan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan sampai selesai.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melengkapi data tesis ini.
9. Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Dinas Kesehatan Kota Bandung, yang telah bersedia diwawancarai dan memberikan kemudahan kepada penulis untuk melengkapi data tesis ini.
10. Rekan seperjuangan, Pak Iqbal, Aan, Pak Farchany, Ibu Widya, Ibu Nita, Julie, Pak Dikno, Bu Prita, Taufik, Bobok, Pak Wasis mba Tika, dan Rachmat yang selalu memberikan keceriaan dan saling memberikan semangat selama mengikuti pendidikan.

11. Teman-teman IMPACT Bandung, Rozar, Dindin, dr. Berry, Teh Ai, Mia, Bu Diba, Teh Dhiyana, May, Kuri, Rares, Tia, Aang, Pak Agus, Pak Arif, Bu Restu, Inri, Yanni, Dini, Nopi, yang selalu memberikan suasana keceriaan selama penulis menyelesaikan tesis ini.

Banyak hal yang terjadi dalam proses pembuatan tesis ini, yang menjadi pembelajaran hidup dalam berbagai bentuk yang sangat berharga bagi penulis. Kesulitan dan kekhawatiran yang penulis rasakan selama penulisan tesis ini menghilang dengan hadirnya orang-orang yang selalu mendukung tanpa pamrih. Mereka adalah Ayahanda H. Dulloh Kartiman (alm.), Ibunda Hj. I. Sukaeti, suami tercinta Krisna S. Permana, dan *my twin* yang telah memberikan semangat dan pengertiannya demi peningkatan pendidikan dan wawasan penulis. Dukungan yang unik dan tidak akan pernah terlupakan adalah dari putraku tersayang, Zvezdan A. Permana, yang selalu membuat penulis terpacu dan bersemangat menyelesaikan tesis ini.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati, penulis berharap karya ini bermanfaat bagi yang memerlukan dan dapat memperkaya khasanah keilmuan di Indonesia. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, penulis ucapkan terima kasih. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat, hidayah dan magfirah-Nya kepada kita semua, Amin.

Depok, 23 Desember 2010

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rostini
NPM : 0806443446
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

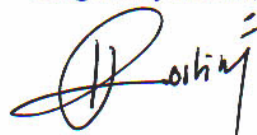
Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap Orang
Dengan HIV-AIDS (ODHA) dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota
Bandung, Tahun 2010

(Studi di Puskesmas Salam, Puskesmas Kopo, Puskesmas Ibrahim
Adjie/Kiaracondong dan Puskesmas Pasundan)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 23 Desember 2010
Yang menyatakan,


(Rostini)

ABSTRAK

Nama : Rostini
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung Tahun 2010.

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas puskesmas terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota Bandung melalui pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan data primer di empat puskesmas (Salam, Kopo, Pasundan, dan Ibrahim Adji/Kiaracondong) di Kota Bandung pada bulan Oktober – Nopember 2010. Hasil penelitian didapatkan 59.6% petugas puskesmas bersikap positif terhadap ODHA. Faktor yang berhubungan dengan sikap petugas puskesmas terhadap ODHA adalah pengalaman menolong ODHA dengan nilai $p=0.016$ (OR: 4.827, 95% CI: 1.343-17.349). Artinya, petugas puskesmas yang pernah menolong ODHA akan memberi sikap positif terhadap ODHA sebesar 4.8 kali lebih tinggi dibandingkan petugas puskesmas yang belum pernah menolong ODHA setelah dikontrol variabel dukungan rekan kerja. Hasil penelitian kualitatif ditemukan informasi tentang sikap negatif petugas Puskesmas terhadap ODHA dan mutasi petugas Puskesmas yang mengganggu kelancaran pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas.

Kata kunci : Sikap, Petugas Puskesmas, HIV-AIDS, ODHA.

ABSTRACT

Name : Rostini
Program : Magister of Public Health
Title : Factors Related to Attitude of Health Center Providers toward People Living With HIV-AIDS (PLWH) in HIV-AIDS Care in Bandung, 2010

The study was designed to explore the relationship of the factors of health center providers attitude toward People Living with HIV-AIDS (PLWH) in HIV-AIDS Care, through quantitative and qualitative approach using primary data in four health centers (Ibrahim Adjie/Kiaracondong, Kopo, Pasundan, and Salam) in Bandung in October – November 2010. The result showed 59.6% health center providers had positive attitude toward PLWH. Only one factor was significant related to attitude of health center providers toward PLWH with $p=0.16$ (OR: 4.827, 95% CI: 1.343-17.349). Meaning, there was 4.8 chance for health center providers who had helped PLWH having positive attitude toward PLWH compared with those who never helped PLWH. The qualitative study found negative attitude of health centre providers toward PLWH and mutation of health centre providers was the problem in HIV-AIDS care at health centers in Bandung.

Key Words : Attitude, Health center provider, HIV-AIDS, PLWH

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Pertanyaan Penelitian	7
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.4.1. Tujuan Umum	8
1.4.2. Tujuan Khusus	8
1.5. Manfaat Penelitian.....	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. HIV-AIDS	10
2.1.1. Pengertian	10
2.1.2. Cara Penularan dan Tingkat Risiko Penularan	12
2.2.3. Pengobatan	14
2.2. Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA)	16
2.3. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas	17
2.3.1. Sistem Rujukan	17
2.3.2. Konseling dan Tes HIV-AIDS	19
2.3.3. Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Puskesmas	21
2.3.4. Konseling Kepatuhan dan Pemberian Obat Anti Retro Viral (ARV)	22
2.3.5. Kewaspadaan Universal	24
2.3.6. Profilaksis Pasca Paparan (PPP)	24

	2.3.7. Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak	26
	2.4. Sikap	27
	2.4.1. Pengertian Sikap	27
	2.4.2. Struktur Sikap	30
	2.4.3. Pembentukan Sikap	31
	2.4.4. Pengukuran Sikap	33
	2.5. Kajian Sikap Petugas Kesehatan terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS	35
	2.5.1. Karakteristik	35
	2.5.2. Pengetahuan HIV-AIDS	37
	2.5.3. Pengalaman dengan ODHA	37
	2.5.4. Dukungan dari Atasan dan Rekan Kerja	37
	2.5.5. Keterpaparan Informasi tentang HIV-AIDS	38
BAB III	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	42
	3.1. Kerangka Konsep	42
	3.2. Definisi Operasional	43
	3.3. Hipotesis	45
BAB IV	METODE PENELITIAN	46
	4.1. Desain Penelitian	46
	4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	46
	4.3. Penelitian Kuantitatif	46
	4.3.1. Populasi dan Sampel	46
	4.3.2. Instrumen Penelitian	47
	4.3.3. Uji Instrumen Penelitian	47
	4.3.4. Pengumpulan Data	47
	4.3.5. Pengolahan Data	48
	4.3.6. Analisis Data	48
	4.3.6.1. Analisis Univariat	49
	4.3.6.2. Analisis Bivariat	49
	4.3.6.3. Analisis Multivariat	49
	4.4. Penelitian Kualitatif	50
	4.4.1. Informan dan Informan Kunci	50
	4.4.2. Pengumpulan Data	50
	4.4.3. Prosedur Penelitian	51
	4.4.4. Pengolahan dan Analisis Data	51
BAB V	GAMBARAN LOKASI PENELITIAN	53
	5.1. Puskesmas Salam	53
	5.1.1. Wilayah Kerja	53

5.1.2. Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS	53
5.2. Puskesmas Kopo	54
5.2.1. Wilayah Kerja	54
5.2.2. Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS	55
5.3. Puskesmas Pasundan	55
5.3.1. Wilayah Kerja	55
5.3.2. Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS	55
5.4. Puskesmas Ibrahim Adji/Kiaracondong	56
5.4.1. Wilayah Kerja	56
5.4.2. Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS	56
BAB VI HASIL PENELITIAN	57
6.1. Hasil Penelitian Kuantitatif	57
6.1.1. Karakteristik Sosiodemografi Responden	57
6.1.2. Pengetahuan Responden Mengenai HIV-AIDS.....	59
6.1.3. Keterpaparan Informasi Mengenai HIV-AIDS	61
6.1.4. Pengalaman Responden Menolong ODHA	61
6.1.5. Dukungan dari Atasan dan Rekan Kerja	62
6.1.6. Sikap Responden terhadap ODHA	62
6.1.7. Hubungan antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen	66
6.1.7.1. Analisis Bivariat	66
6.1.7.2. Analisis Multivariat	69
6.2. Hasil Penelitian Kualitatif	72
BAB VII PEMBAHASAN	84
7.1. Keterbatasan Penelitian	84
7.2. Kekuatan Penelitian	84
7.3. Pembahasan Hasil Penelitian	84
7.3.1. Sikap terhadap ODHA	84
7.3.2. Hubungan antara Faktor Karakteristik Sosiodemografi dengan Sikap terhadap ODHA	86
7.3.3. Hubungan antara Faktor Pengetahuan HIV-AIDS dengan Sikap terhadap ODHA	86
7.3.4. Hubungan antara Faktor Pengalaman dengan Sikap terhadap ODHA	87
7.3.5. Hubungan antara Faktor Dukungan dengan Sikap terhadap ODHA	87
7.3.6. Hubungan antara Faktor Keterpaparan Informasi HIV- AIDS dengan Sikap terhadap ODHA	87
7.3.7. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA	88

BAB VIII KESIMPULAN	91
8.1. Kesimpulan	91
8.2. Saran	91
8.2.1. Dinas Kesehatan Kota Bandung	92
8.2.2. Puskesmas di Kota Bandung	93
8.2.3. Peneliti Lain	93
 DAFTAR PUSTAKA	 93
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.7.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA	39
Tabel 6.1.	Responden penelitian kuantitatif berdasarkan puskesmas	57
Tabel 6.2.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010	58
Tabel 6.3.	Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010	4
Tabel 6.4.	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	59
Tabel 6.5.	Distribusi Frekuensi Skor Pengetahuan Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	60
Tabel 6.6.	Distribusi Frekuensi Kategori Pengetahuan Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	61
Tabel 6.7.	Distribusi Frekuensi Keterpaparan Informasi Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	61
Tabel 6.8.	Distribusi Frekuensi Pengalaman Responden Menolong ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	62
Tabel 6.9.	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Atasan dan Rekan Kerja di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	62
Tabel 6.10.	Distribusi Sikap Responden terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	63
Tabel 6.11.	Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	65
Tabel 6.12.	Distribusi Frekuensi Kategori Sikap Responden terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	66
Tabel 6.13.	Analisis Bivariat antara Variabel Independen dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	67
Tabel 6.14.	Seleksi Bivariat Variabel yang Diikutkan dalam Analisis Multivariat	69
Tabel 6.15.	Model 1 Regresi Logistik Multivariat	70
Tabel 6.16.	Model 2 Regresi Logistik Multivariat	70
Tabel 6.17.	Model 3 Regresi Logistik Multivariat	70
Tabel 6.18.	Model 4 Regresi Logistik Multivariat	71
Tabel 6.19.	Model 5 Regresi Logistik Multivariat	71
Tabel 6.20.	Model Akhir Regresi Logistik Multivariat	71
Tabel 6.21.	Karakteristik Informan pada Penelitian Kualitatif di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Jumlah Kasus AIDS di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan s.d. 30 Juni 2010	2
Gambar 1.2.	Persentase Kumulatif Kasus AIDS di Indonesia Berdasarkan Kelompok Umur s.d. 30 Juni 2010	2
Gambar 1.3.	Provinsi di Indonesia dengan Kasus AIDS Terbanyak s.d. 30 Juni 2010	3
Gambar 1.4.	Jumlah Kumulatif AIDS/Jarum Suntik Berdasarkan Provinsi di Indonesia s.d. 30 Juni 2010	4
Gambar 2.1.	Perjalanan Penyakit HIV-AIDS	11
Gambar 2.2.	Alur Prosedur Sistem Rujukan	18
Gambar 2.3.	Alur Prosedur Konseling dan Tes HIV-AIDS	20
Gambar 2.4.	Alur Prosedur Pelayanan Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Puskesmas	22
Gambar 2.5.	Alur Prosedur Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak	27
Gambar 2.6.	Proses Pembentukan Sikap	29
Gambar 2.8.	Kerangka Teori	41

DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN



AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ARV	: Antiretroviral
CD4	: <i>Class Difference 4</i> – sel kekebalan tubuh
HIV	: <i>Human Immuno Deficiency Virus</i>
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Narkoba	: Narkotika dan obat/bahan berbahaya
ODHA	: Orang yang hidup dengan HIV atau AIDS
PLWH	: <i>People Living With AIDS</i> – Orang yang hidup dengan HIV atau AIDS
PPP	: Profilaksis Pasca Paparan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RSHS	: Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
UNAIDS	: <i>United Nation Programme on HIV-AIDS</i>
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i> – Konseling dan Tes HIV
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Yankesdas	: Pelayanan Kesehatan Dasar

BAB I

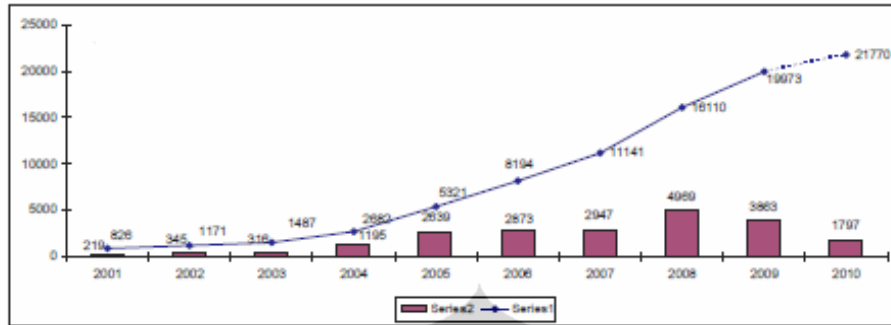
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV-AIDS) pertama kali ditemukan pada tahun 1981 di Amerika Serikat telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Data dari WHO (2010) menyebutkan pada tahun 2009 terdapat 33,3 juta orang yang terinfeksi HIV di dunia, dengan 1,8 juta kasus diantaranya berakhir pada kematian, dengan korban sebagian besar adalah orang dewasa usia produktif (20 – 49 tahun). Tercatat lebih dari 30% penderita HIV-AIDS berada di negara berkembang, salah satunya adalah Indonesia.

Sejak kasus HIV-AIDS pertama kali dilaporkan pada tahun 1987 di Bali jumlah kasus HIV-AIDS di Indonesia terus bertambah. Pada tahun 2001, kasus AIDS di Indonesia adalah 826 kasus dan meningkat menjadi 1.487 pada tahun 2003, angka tersebut terus merangkak naik menjadi 5.321 kasus pada tahun 2006. Sampai tahun 2009 kasus AID terus bertambah menjadi 19.979 kasus dan angka tersebut terus membesar menjadi 21.770 pada tahun 2010 dengan prevalensi kasus AIDS per 100.000 penduduk sebesar 9.85%. Bahkan pada tahun 2014 jumlah penderita HIV di Indonesia yang berusia antara 15-49 tahun diperkirakan mencapai 501.400 kasus (Depkes, 2010). Jumlah kasus AIDS di Indonesia sampai dengan 30 Juni 2010 dapat dilihat pada Gambar 1.1.

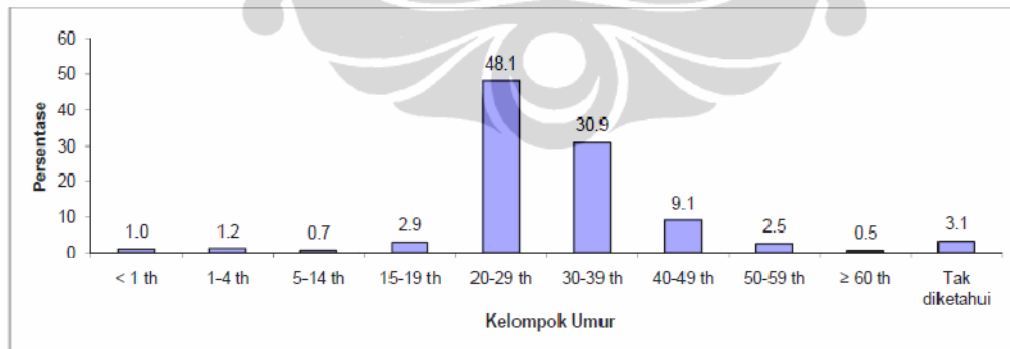
Gambar 1.1.
Jumlah Kasus AIDS di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan
s.d. 30 Juni 2010



Sumber: Ditjen PP &PL, Depkes RI, 2010

Gambar 1.1. menunjukkan jumlah kasus HIV-AIDS tahun 2001 s.d. 2010 yang terus meningkat setiap tahun. Hal ini mengindikasikan bahwa HIV-AIDS sangat cepat menyebar di masyarakat Indonesia, bahkan sebagian besar kasus HIV-AIDS di Indonesia menyerang masyarakat usia produktif 20 sampai 49 tahun (Depkes RI, 2010). Hal ini dapat dilihat pada Gambar 1.2.

Gambar 1.2.
Presentase Kumulatif Kasus AIDS di Indonesia
Berdasarkan Kelompok Umur s.d. 30 Juni 2010



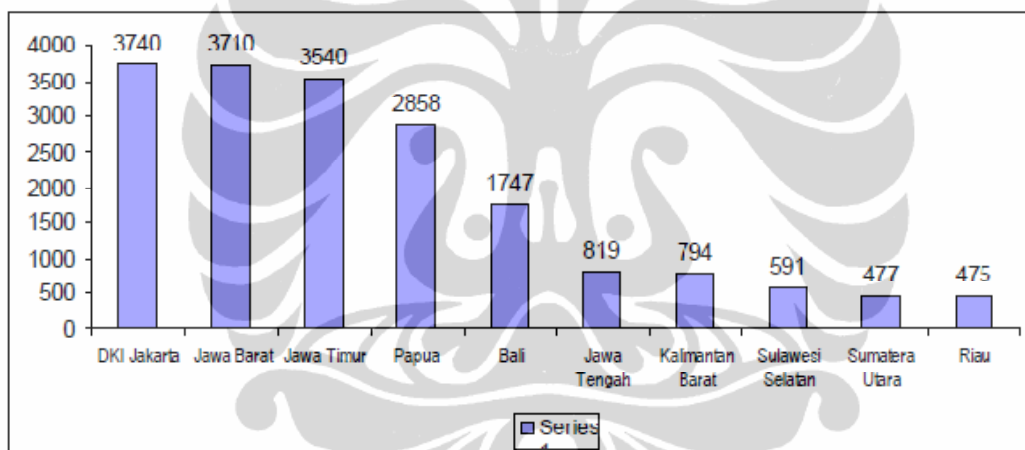
Sumber: Ditjen PP &PL, Depkes RI, 2010

Gambar 1.2. menunjukkan jumlah masyarakat yang menderita AIDS berdasarkan kelompok umur. Kelompok umur terbanyak yang menderita AIDS adalah mereka yang berusia 20 sampai 29 tahun yaitu 48.1%. Sementara kasus AIDS pada masyarakat dari kelompok umur 30 sampai 39 tahun sebanyak 30.9%,

sedangkan pada kelompok umur 40 sampai 49 tahun sebanyak 9.1%. Hal ini berarti sebanyak 88,1% dari kasus AIDS yang ada di Indonesia menyerang masyarakat yang berusia produktif antara 20 sampai 49 tahun.

Data-data di atas menunjukkan bahwa meskipun baru sekitar 20 tahun, jumlah kasus penderita AIDS di Indonesia sangat mengkhawatirkan. Selain jumlah kasus yang terus bertambah setiap tahun dan banyak menyerang masyarakat yang berusia produktif, AIDS di Indonesia juga sudah tersebar di 32 provinsi dan 300 kota/kabupaten di Indonesia. Seperti yang dapat dilihat pada Gambar 1.3.

Gambar 1.3.
Provinsi di Indonesia dengan Kasus AIDS Terbanyak s.d. 30 Juni 2010



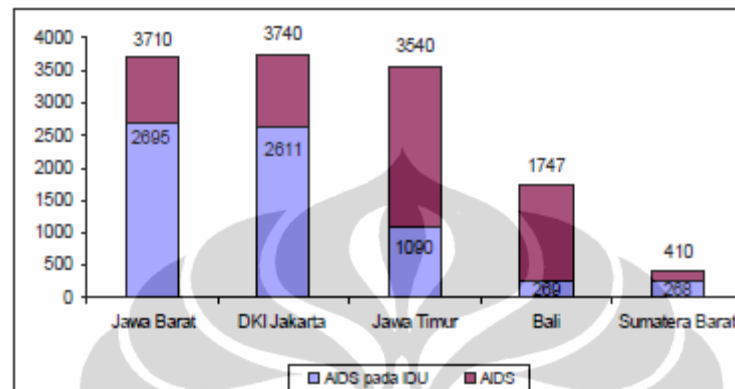
Sumber: Ditjen PP & PL, Depkes RI, 2010.

Gambar 1.3. adalah data kumulatif kasus AIDS berdasarkan 10 provinsi dengan kasus AIDS tertinggi di Indonesia. DKI Jakarta merupakan provinsi tertinggi ke-1 dengan kasus HIV-AIDS sebanyak 3.740, sedangkan posisi tertinggi ke-2 adalah Provinsi Jawa Barat dengan jumlah kasus HIV-AIDS sebanyak 3.710, kemudian diikuti Provinsi Jawa Timur sebanyak 3.540 kasus. Pada posisi ke-4 adalah Papua dengan jumlah kasus HIV-AIDS 2.858 dan di posisi ke-10 adalah Provinsi Sumatera Utara dengan jumlah kasus 477.

Selain berada pada posisi ke-2 tertinggi di Indonesia dalam kasus HIV-AIDS, Provinsi Jawa Barat juga merupakan provinsi dengan jumlah pengguna

narkoba jarum suntik tertinggi di Indonesia dengan jumlah kasus 2.695. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 1.4.

Gambar 1.4.
Jumlah Kumulatif AIDS/Jarum Suntik Berdasarkan Provinsi di Indonesia s.d. 30 Juni 2010



Sumber: Ditjen PP &PL, Depkes RI, 2010.

Gambar 1.4. menunjukkan jumlah kasus AIDS dari pengguna narkoba jarum suntik di Provinsi Jawa Barat berada pada posisi tertinggi di Indonesia yaitu 2.695 kasus, sedangkan Provinsi DKI Jakarta ada di posisi ke-2 dengan jumlah kasus 2.611 yang diikuti oleh Provinsi Jawa Timur sebanyak 1.090 kasus. Dibandingkan dengan provinsi lain di luar luar Pulau Jawa, Provinsi Bali adalah provinsi yang paling banyak kasus AIDS dari pengguna jarum suntik sebanyak 269 kasus.

Terkait kasus HIV-AIDS di Jawa Barat, berdasarkan data Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Bandung, hingga September 2010 di Kota Bandung sendiri tercatat sebanyak 2.123 kasus HIV-AIDS. Hal tersebut menjadikan Kota Bandung sebagai contributor utama tingginya kasus HIV-AIDS di Jawa Barat karena jumlah kasus HIV-AIDS di Kota Bandung adalah paling tinggi dibandingkan dengan kota lain di Jawa Barat (www.pikiran-rakyat.com). Selain itu, dari 2.123 kasus HIV-AIDS di Kota Bandung, sebanyak 64.33% terdiri dari remaja berusia 15 sampai 29 tahun dengan penularan paling banyak terjadi akibat pertukaran jarum suntik di kalangan pengguna narkoba.

Beberapa fakta di atas memperlihatkan gambaran yang memprihatinkan dimana laju penularan AIDS yang cenderung terus meningkat setiap tahun dan menyebar ke sebagian besar kelompok masyarakat produktif dan seluruh provinsi di Indonesia. Kondisi tersebut merupakan ancaman serius bagi kelangsungan hidup masyarakat di Indonesia, khususnya Kota Bandung sebagai kota tertinggi dengan kasus HIV-AIDS di Jawa Barat. Oleh karena itu, upaya-upaya pencegahan penularan HIV-AIDS sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, termasuk penyelenggaraan layanan kesehatan bagi ODHA yang lebih dekat dengan masyarakat seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Sehubungan dengan itu, sebagai bentuk respon terhadap HIV-AIDS di Kota Bandung, Dinas Kesehatan Kota Bandung berkerjasama dengan Unit Penelitian Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran – RS. Dr. Hasan Sadikin mengembangkan pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas yang disebut dengan *One Stop Service*. Untuk itu, pada tahun 2010 Dinas Kesehatan Kota Bandung menunjuk empat Puskesmas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan HIV-AIDS, yaitu: Puskesmas Kopo, Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong, dan Puskesmas Salam dan Puskesmas Pasundan. Adanya pelayanan kesehatan HIV-AIDS di tingkat Puskesmas diharapkan masyarakat penderita HIV-AIDS (ODHA) bisa terjangkau lebih luas dan memberikan kemudahan bagi ODHA dalam mengakses layanan kesehatan.

Namun berdasarkan penelitian tentang ODHA dan akses pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), *World Health Organization* (WHO) dan *United Nation Programme on HIV-AIDS* (UNAIDS) di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan DI Yogyakarta, stigma dan diskriminasi dari petugas kesehatan terhadap ODHA merupakan masalah utama yang banyak diungkapkan ODHA dalam semua diskusi (KPAN, 2007). Misalnya, tidak mendapat layanan karena statusnya sebagai ODHA, ada yang pindah-pindah dari satu petugas ke petugas lainnya, tidak mendapat perawatan yang layak, didiskriminasi dan diperlakukan tidak baik oleh perawat atau petugas kesehatan lainnya, bahkan ODHA ditangani secara tidak berkesinambungan karena petugas yang menangani kasus ODHA berganti-ganti (KPAN, 2007).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Merati T., Supriyadi dan Yuliana (2005) bahwa bentuk sikap diskriminasi terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Penolakan pemberian layanan kesehatan pada ODHA.
- b. Perlakuan yang berbeda pada ODHA.
- c. Mengekspos status HIV pasien pada pihak lain.
- d. Mengisolasi pasien ODHA.

Selain itu, keterbatasan fasilitas untuk pelayanan kesehatan HIV-AIDS seringkali dijadikan strategi untuk menutupi stigma dan diskriminasi petugas kesehatan terhadap ODHA. Hal ini merupakan bentuk respon petugas kesehatan terhadap ketidaksiapannya menghadapi pasien HIV-AIDS. Dengan alasan tersebut, petugas kesehatan seringkali menyarankan ODHA untuk mencari tempat layanan kesehatan lain supaya mereka terhindar dari tugasnya (Merati T, Supriyadi, & Yuliana F., 2005). Keterbatasan informasi dan pengetahuan tentang HIV-AIDS menyebabkan rasa takut tertular virus HIV yang berlebihan pada petugas kesehatan dan seringkali menyebabkan sikap diskriminasi dan tidak rasional terhadap ODHA (Robinson, N., 1998). Sehubungan dengan itu, stigma dan diskriminasi dapat dikatakan merupakan hambatan yang paling besar dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS karena ODHA lebih sering menjadi pihak yang disalahkan daripada diberi perhatian atau dukungan.

Apabila stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih banyak dilakukan petugas kesehatan, maka hal tersebut bisa berdampak buruk bagi kesehatan ODHA. Selain tidak optimalnya layanan kesehatan yang diterima oleh ODHA, trauma psikis akibat sikap yang merendahkan atau penolakan, menambah beban bagi ODHA. Mereka menjadi merasa tidak berguna, depresi dan tidak berdaya. Jika hal tersebut banyak dan terus terjadi, upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS akan semakin sulit.

Oleh karena itu, peneliti menganggap perlu untuk memberdayakan sumber daya manusia di bidang kesehatan khususnya di Puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan yang bisa menjangkau masyarakat luas untuk lebih siap menghadapi ODHA. Untuk itu, perlu kiranya dilakukan penelitian untuk mengetahui sikap dan faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas

Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan Laporan dari Depkes RI per 30 Juni 2010, Provinsi Jawa Barat adalah provinsi ke-2 tertinggi di Indonesia dengan kasus HIV-AIDS sebanyak 3.710 dengan angka kematian 633. Selain itu, berdasarkan data dari KPA Kota Bandung mencatat bahwa kasus HIV-AIDS di Kota Bandung adalah sebanyak 2.123 dan Kota Bandung merupakan kota tertinggi dengan kasus HIV-AIDS di Jawa Barat. Angka tersebut adalah data HIV-AIDS yang berhasil dicatat pemerintah Kota Bandung. Mungkin masih banyak kasus HIV-AIDS yang belum tercatat sehingga angka tadi kemungkinan akan terus meningkat.

Melihat kondisi tersebut, Dinas Kesehatan Kota Bandung menunjuk empat Puskesmas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan HIV-AIDS, yaitu Puskesmas Salam, Puskesmas Kopo, Puskesmas Pasundan dan Puskesmas Ibrahim Adji/Kiaracandong. Sehubungan dengan hal tersebut, berdasarkan penelitian yang dilakukan KPAN, WHO dan UNDP mengenai ODHA dan pelayanan kesehatan dasar di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Daerah Istimewah Yogyakarta ditemukan bahwa stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan merupakan masalah utama dan banyak diungkapkan ODHA (KPAN, 2007). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Bagaimana gambaran sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas berdasarkan karakteristik petugas puskesmas?
2. Faktor-faktor apa yang berhubungan dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran tentang sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS dan faktor-faktor yang berhubungan.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
- 2) Mengidentifikasi hubungan antara karakteristik (jenis kelamin, umur, pendidikan, dan profesi) dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
- 3) Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
- 4) Mengidentifikasi hubungan antara pengalaman menolong ODHA dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
- 5) Mengidentifikasi hubungan antara dukungan dari atasan dan rekan kerja dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
- 6) Mengidentifikasi hubungan antara keterpaparan informasi tentang HIV-AIDS dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai masukan bagi pengembangan ilmu Epidemiologi Sosial dan Ilmu Perilaku yang berhubungan dengan HIV-AIDS.

1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandung

Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai masukan bagi pengambil kebijakan dalam program HIV-AIDS dan promosi kesehatan untuk meningkatkan kualitas petugas kesehatan dalam pelayanan HIV-AIDS, khususnya di tingkat puskesmas.

1.5.3 Bagi Puskesmas di Kota Bandung

Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai masukan bagi Puskesmas dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi ODHA.

1.5.4 Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai masukan bagi peneliti lain untuk menindaklanjuti penelitian tentang sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini dibatasi dengan ruang lingkup sebagai berikut:

- a) Penelitian ini dilaksanakan di 4 Puskesmas di Kota Bandung selama 2 (dua) bulan yaitu bulan Oktober sampai dengan Nopember 2010.
- b) Metode penelitian yang digunakan adalah metode kuantitatif yang dilanjutkan dengan penelitian kualitatif.
- c) Sampel penelitian kuantitatif adalah petugas Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan pada ODHA.
- d) Informan dalam penelitian kualitatif adalah petugas Puskesmas yang bertugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
- e) Informan kunci adalah Kepala Puskesmas Salam, Kepala Puskesmas Kopo, Kepala Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong, Kepala Puskesmas Pasudan, Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Bandung, Konselor ODHA dan ODHA.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV-AIDS

2.1.1 Pengertian

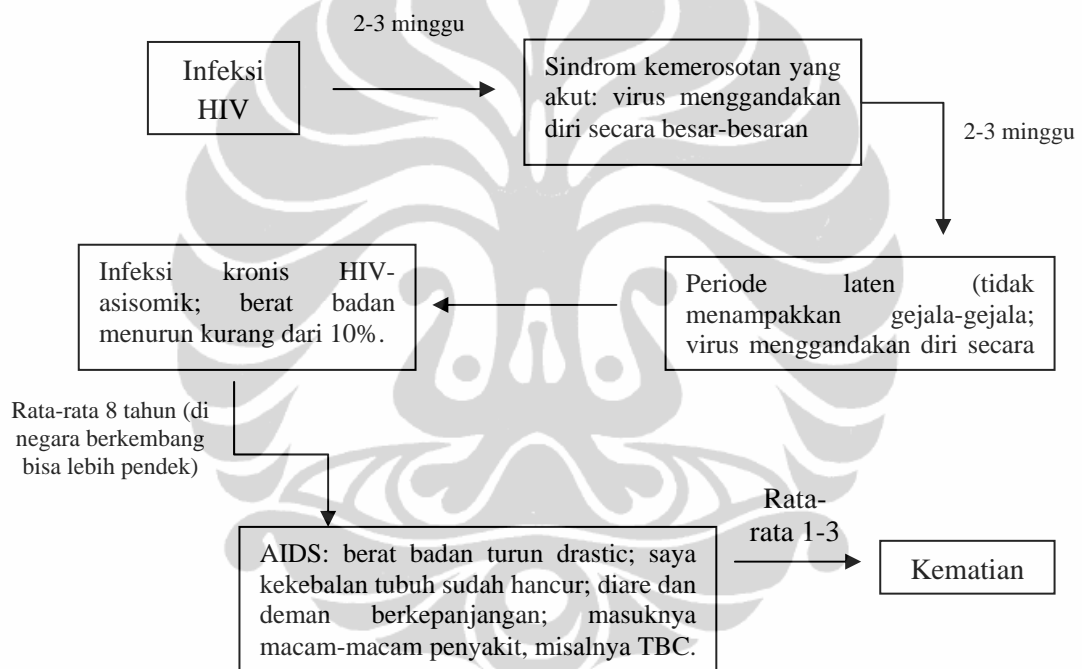
Human Immunodeficiency Virus (HIV) pertama kali diidentifikasi oleh Luc Montainer di Institut Pasteur, Paris, tahun 1983. Sementara karakteristik virus diketahui oleh Robert Gallo di Washington dan Jay Levy di San Fransisco, tahun 1984 (Nasronudin, 2007). HIV adalah retrovirus yang menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama CD4 positive T-sel dan *macrophages*–komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus-menerus, yang akan mengakibatkan kekebalan tubuh seseorang menurun sehingga tidak dapat lagi menjalankan fungsinya memerangi infeksi dan penyakit-penyakit (www.aidsindonesia.or.id). Oleh karena itu, orang yang terinfeksi HIV menjadi lebih rentan terhadap berbagai jenis penyakit yang sebagian besar jarang menjangkiti orang dengan sistem kekebalan tubuh yang baik.

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) yaitu suatu kondisi sakit yang di dalamnya terdapat sekumpulan gejala kemerosotan kekebalan tubuh yang disebabkan HIV (KPA Jawa Barat, 2006). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa HIV adalah nama virus, sedangkan AIDS adalah kondisi sakit yang disebabkan HIV tersebut. HIV dapat ditemukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu (ASI). Sehubungan dengan hal tersebut, *World Health Organization* (WHO) menggolongkan tahap penyakit HIV berdasarkan tanda dan gejala dalam empat stadium, yaitu:

- a) Stadium 1: tanpa gejala; pada stadium ini HIV tidak menunjukkan gejala apapun dan tidak dikategorikan sebagai AIDS.
- b) Stadium 2: penyakit ringan; meliputi manifestasi mucocutaneous minor dan infeksi-infeksi saluran pernafasan bagian atas yang tak sembuh-sembuh

- c) Stadium 3: penyakit lanjutan; meliputi diare kronis yang tidak jelas penyebabnya yang berlangsung lebih dari satu bulan, infeksi bakteri yang parah, dan TBC paru-paru
- d) Stadium 4: penyakit berat; meliputi Toksoplasmosis pada otak, Kandidiasis pada saluran tenggorokan (*oesophagus*), saluran pernafasan (trachea), batang saluran paru-paru (*bronchi*) atau paru-paru dan Sarkoma Kaposi). Penyakit HIV digunakan sebagai indikator AIDS (www.aidsindonesia.or.id).

Gambar 2.1.
Perjalanan Penyakit HIV-AIDS



Sumber: KPA Provinsi Jawa Barat, 2006

Gambar 2.1. memperlihatkan bagaimana perjalanan penyakit HIV-AIDS. Dimulai dari infeksi virus HIV kemudian setelah 2-3 minggu, virus yang telah masuk ke dalam tubuh manusia melakukan penggandaan diri secara besar-besaran. Proses ini dilanjutkan dengan periode laten (tidak menampilkan gejala-gejala) dimana virus sedang menggandakan diri untuk kedua kalinya namun secara perlahan. Setelah periode laten dilampaui, terjadi infeksi kronis HIV asimtomatik yang diikuti dengan penurunan berat badan kurang dari 10%. Perjalanan dari infeksi HIV menjadi AIDS membutuhkan waktu yang lama. Rata-

rata dibutuhkan waktu selama 8 tahun, namun di negara berkembang bisa lebih pendek. Selanjutnya masuk tahap AIDS dimana berat badan turun drastis, daya kekebalan tubuh sudah hancur, diare, dan demam berkepanjangan, dan masuk berbagi macam penyakit. Hanya diperlukan waktu sekitar 1-3 tahun, seseorang yang menderita AIDS pada umumnya meninggal.

2.1.2 Cara Penularan dan Tingkat Risiko Penularan

HIV merupakan virus yang mudah ditularkan melalui pertukaran cairan tubuh seperti darah, sperma (air mani), cairan vagina, dan Air Susu Ibu (ASI). Penularan HIV adalah proses masuknya virus HIV yang terdapat dalam cairan tubuh dari seseorang yang telah terinfeksi HIV ke tubuh orang lain melalui luka atau melalui lubang yang ada pada alat kelamin. Cara penularan yang paling umum ditemui adalah (Yayasan Spiritia, 2008):

1. Pada saat berhubungan seks tanpa kondom, HIV dapat menular dari darah, air mani atau cairan vagina orang yang terinfeksi langsung ke aliran darah orang lain, atau melalui selaput lendir (mukosa) yang berada di vagina, penis, dubur atau mulut.
2. HIV dapat menular melalui transfusi darah yang mengandung HIV; saat ini darah donor seharusnya diskriminasi oleh Palang Merah Indonesia (PMI), sehingga risiko terinfeksi HIV melalui transfusi darah seharusnya rendah, walau tidak nol.
3. HIV dapat menular melalui alat suntik (misalnya yang dipakai secara bergantian oleh pengguna narkoba suntikan), melalui alat tindakan medis, atau oleh jarum tindik yang dipakai untuk tato, bila alat ini mengandung darah dari orang yang terinfeksi HIV.
4. HIV dapat menular pada bayi saat kehamilan, kelahiran, dan menyusui. Bila tidak ada intervensi, kurang lebih sepertiga bayi yang dilahirkan oleh seorang ibu dengan HIV akan tertular.

HIV bisa juga ditularkan melalui luka yang terkena cipratan darah dari orang yang mengidap HIV. Namun penularan jenis ini jarang sekali terjadi dan hanya mungkin terjadi karena kelalaian dan ketidaktahuan.

HIV tidak menular melalui:

1. Bersalaman, berpelukan, berciuman.
2. Batuk, bersin.
3. Gigitan nyamuk
4. Memakai peralatan rumah tangga seperti alat makan dan minum, telepon, kamar mandi, WC, kamar tidur, dan lain-lain.
5. Bekerja, bersekolah, berkendara bersama.
6. Memakai fasilitas umum misalnya kolam renang, WC umum, sauna, dan lain-lain.

HIV tidak menular melalui udara karena HIV cepat mati jika berada di luar tubuh. Virus ini dapat dibunuh jika cairan tubuh yang mengandung HIV dibersihkan dengan cairan pemutih (*bleach*) atau dengan sabun dan air. Selain itu HIV tidak dapat diserap oleh kulit yang tidak luka.

Sehubungan dengan hal tersebut, berikut tingkat risiko penularan HIV:

- 1) Sangat tinggi :
 - a. Transfusi darah atau produk darah yang terinfeksi.
 - b. Memakai peralatan suntik secara bergantian tanpa menyucihkannya.
 - c. Senggama anal tanpa kondom.
 - d. Senggama vagina atau anal tanpa kondom dalam keadaan terinfeksi Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya.
- 2) Tinggi :
 - a. Terkena kulit yang terluka oleh darah yang terinfeksi.
 - b. Senggama vagina tanpa kondom.
 - c. Menyusui (oleh ibu yang terinfeksi).
- 3) Menengah :
 - a. Luka tusuk jarum suntik.
 - b. Kulit yang terluka terkena sedikit darah yang terinfeksi.
- 4) Sangat rendah :
 - a. Senggama dengan penggunaan kondom secara tepat.

- b. Hubungan seks oral (tanpa luka atau kulit terluka).
- 5) Dapat diabaikan : a. Ciuman dengan memakai lidah.
b. Ciuman bibir.
c. Kulit utuh terkena darah yang terinfeksi.
- 6) Tidak ada : a. Onani.
b. Segala kegiatan senggama antara sepasang orang saling setia sepanjang hidupnya yang tidak terinfeksi.
c. Menyentuh atau memeluk ODHA.
d. Selibat (memilih untuk hidup sendiri dan berpantang melakukan hubungan seks).

2.1.3 Pengobatan

Sampai saat ini belum ditemukan obat yang bisa menyembuhkan HIV-AIDS. Namun, untuk orang yang sudah terjangkit AIDS bisa mengkonsumsi obat yang disebut *Anti Retro Viral* (ARV) yang dapat memperlambat perkembangan AIDS dengan menurunkan jumlah virus dalam tubuh yang terinfeksi (Green, C. W., 2003).

Ketika pertama kali ditemukan ARV di Amerika Serikat (AS) tahun 1990-an, dunia kesehatan waktu itu merasa optimis bisa memerangi HIV-AIDS. Dr David Ho dari Aaron Diamond di AS beranggapan bahwa, bila seseorang diberi ARV dalam beberapa minggu pertama sejak terinfeksi, mungkin HIV dapat diberantas dari tubuhnya dalam 2-3 tahun. Pendekatan ini disebut “*hit hard, hit early*” (pukul kuat, pukul dini) (www.spiritia.or.id). Namun beberapa tahun kemudian, beberapa penelitian menunjukkan bahwa anggapan tersebut adalah keliru. Walau dikonsumsi dengan kepatuhan 100% dimana ARV dikonsumsi setiap hari secara teratur. ARV ternyata dapat memiliki efek samping yang mengganggu dan dalam beberapa kasus dapat menimbulkan kondisi yang berbahaya. Selain itu, penelitian juga menemukan bahwa virus HIV bisa menjadi resistan terhadap obat (www.spiritia.or.id). Hal ini berarti HIV-AIDS belum bisa disembuhkan.

Namun demikian, ada beberapa manfaat yang diperoleh dari terapi ARV, antara lain (Green, C.W., 2003):

1. Menghambat perjalanan penyakit HIV:
 - a. Untuk orang yang belum mempunyai gejala AIDS, ARV akan mengurangi kemungkinan menjadi sakit.
 - b. Untuk orang dengan gejala AIDS, memakai ARV biasanya mengurangi atau menghilangkan gejala tersebut. ARV juga mengurangi kemungkinan gejala tersebut timbul di masa depan.
2. Meningkatkan jumlah sel CD4:
 - a. Sel CD4 adalah sel dalam sistem kekebalan tubuh yang melawan infeksi. Pada orang HIV-negatif, jumlah CD4 biasanya antara 600 dan 1.200. Setelah terinfeksi HIV, jumlah CD4 cenderung menurun dengan berjalannya waktu. Bila jumlah CD4 turun di bawah 200, maka seseorang lebih mudah terkena infeksi oportunistik, misalnya tokso.
 - b. Jika seseorang memakai ARV maka diharapkan jumlah sel CD4 akan naik lagi sehingga dapat dipertahankan dalam jumlah yang lebih tinggi.
3. Mengurangi jumlah virus dalam darah:
 - a. HIV berkembang biak secara cepat. Oleh karena itu, jumlah virus dalam darah menjadi tinggi. Semakin banyak virus, semakin cepat perjalanan infeksi HIV. Arv dapat menghambat penggandaan HIV, sehingga jumlah virus dalam darah seseorang tidak dapat ditemukan. Ini disebut sebagai tingkat yang tidak dapat dideteksi.
 - b. Setelah mulai terapi ARV, maka jumlah virus dalam darah akan turun secara drastic. Setelah beberapa bulan diharapkan jumlah virus dalam darah menjadi tidak dapat dideteksi.
4. Merasa lebih baik:
 - a. Seseorang akan merasa lebih baik sehat secara fisik setelah beberapa minggu minum ARV.
 - b. Nafsu makan akan muncul kembali dan berat badan akan naik.

2.2 Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA)

ODHA adalah singkatan dari “orang yang hidup dengan HIV-AIDS” yang merupakan terjemahan dari “*people living with HIV-AIDS*” (Yayasan Spiritia, 2003). Dilihat dari penampilan fisiknya, seorang ODHA bisa tampak sehat dan sanggup melakukan kegiatan normal sehari-hari. Jadi bisa dikatakan tidak ada cirri-ciri khusus dari ODHA. Satu-satunya cara yang pasti untuk mengetahui ODHA atau bukan adalah melalui tes HIV, yaitu tes darah untuk memeriksa ada atau tidaknya antibodi terhadap virus HIV. Tes HIV bisa dilakukan di Puskesmas atau Rumah Sakit yang telah dirujuk.

Apabila hasil tes HIV adalah positif, ini berarti yang bersangkutan sudah terinfeksi HIV. Ini juga berarti dia dapat menularkannya kepada orang lain akan tetapi tetap bisa menularkan HIV seumur hidup. Namun demikian, hasil HIV positif tidak berarti orang yang bersangkutan sudah AIDS. Beberapa orang yang terinfeksi HIV dapat tetap sehat untuk bertahun-tahun, sementara yang lain mungkin menjadi sakit lebih cepat. Seseorang yang HIV positif dikatakan AIDS apabila ia telah terserang berbagai jenis infeksi atau kanker dikarenakan sistem kekebalan tubuhnya sudah rusak.

Apabila hasil tes HIV negatif dapat berarti dua kemungkinan:

1. Orang yang dites sebetulnya sudah terkena infeksi HIV. Ini terjadi jika tes HIV dilakukan ketika orang yang dites berada dalam periode jendela. Pada masa itu memang antibodi terhadap virus HIV belum terbentuk sehingga tes akan menunjukkan hasil yang negatif. Meskipun demikian, pada periode jendela orang tersebut sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain lewat penggunaan jarum suntik secara bergantian, menyumbangkan darah, dan melalui hubungan seks tanpa kondom.
2. Hasil tes negatif itu benar-benar menunjukkan tidak adanya HIV dalam tubuh. Namun untuk mendapatkan hasil tes HIV yang akurat, bagi mereka yang mendapatkan hasil tes HIV negatif tersebut disarankan agar kembali dites setelah tiga bulan kemudian karena kemungkinan saja dia masih berada dalam periode jendela (KPAJawa Barat, 2006).

2.3 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas

Pembangunan kualitas hidup dan produktifitas manusia di Indonesia saat ini sedang mengalami ancaman nyata. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya tingkat penularan penyakit yang disebabkan HIV. Kasus AIDS telah menyebar ke 32 provinsi dan lebih dari 200 kota/kabupaten di Indonesia, dengan kemungkinan angka tersebut akan terus bertambah jika epidemi ini tidak ditangani dengan lebih serius. Oleh karena itu, untuk menghadapi epidemi HIV tersebut perlu dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi, untuk menghasilkan program yang cakupannya tinggi, efektif dan berkelanjutan. Sehubungan dengan hal tersebut, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM), Puskesmas mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan SPM, diantaranya yaitu pencegahan dan pemberantasan HIV-AIDS (Sulaeman, 2009).

Sehubungan dengan hal tersebut, berikut adalah SOP pelayanan HIV-AIDS di Puskesmas berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti dan pedoman pelaksanaan pelayanan HIV-AIDS dari Depkes RI yang peneliti rangkum.

2.3.1 Sistem Rujukan

A. Definisi Sistem Rujukan

Rujukan adalah sistem jaringan pelayanan kesehatan yang merupakan penyebaran tanggung jawab secara timbal balik terhadap suatu masalah kesehatan baik secara vertical maupun horizontal kepada yang lebih kompeten terjangkau dan rasional. Dalam hal ini Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin (RSHS) merupakan rumah sakit rujukan untuk penanggulangan HIV-AIDS.

B. Ruang Lingkup Sistem Rujukan

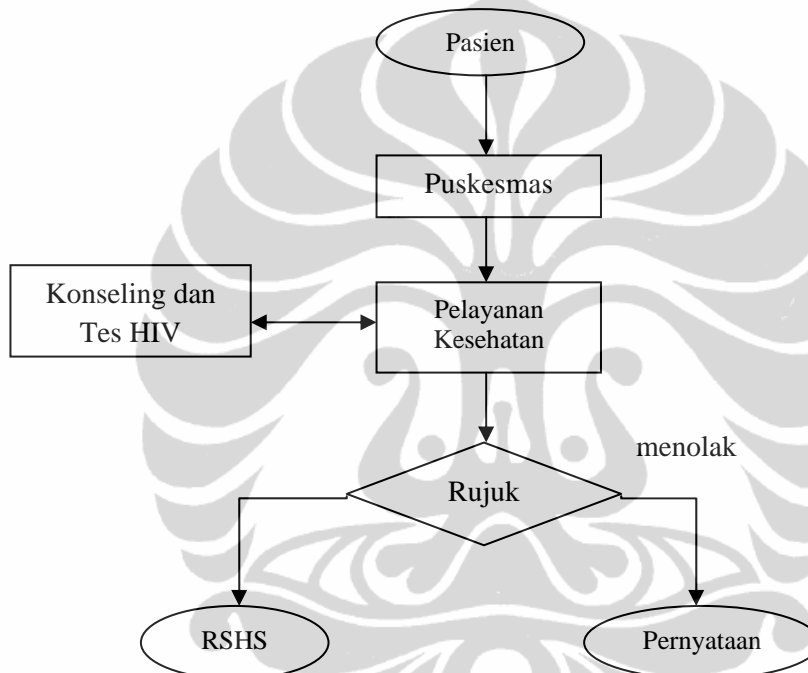
Petugas yang berwenang melakukan rujukan adalah dokter umum yang mengetahui seluk beluk HIV-AIDS dan melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas. Pasien yang dirujuk untuk pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut adalah:

- a. Pasien baru HIV (+)
- b. Pasien dengan kondisi stadium klinis 4 WHO.
- c. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu kepada Anak
- d. Pasien anak usia 0-14 tahun dengan ibu HIV (+)

C. Alur Proses Pelayanan Sistem Rujukan

Gambar 2.2.

Alur Prosedur Sistem Rujukan



Pasien HIV-AIDS yang datang sendiri atau mendapat rujukan dari masyarakat/LSM mendaftarkan diri di loket pendaftaran. Pasien menunggu giliran pemeriksaan di ruang tunggu tanpa diskriminasi. Pasien mendapatkan pemeriksaan fisik di Pelayanan Kesehatan Dasar (Yankesdas). Apabila ada indikasi HIV-AIDS dilakukan tes HIV. Apabila indikasi pasien adalah untuk dirujuk, maka dokter membuat surat rujukan dengan menulis lengkap terapi/tindakan yang telah diberikan. RSHS adalah rumah sakit rujukan. Apabila pasien menolak untuk dirujuk, dibuatkan surat pernyataan ditandatangani oleh keluarga pasien dengan mendapatkan penjelasan sebelumnya.

2.3.2 **Konseling dan Tes HIV-AIDS**

A. Definisi Konseling dan Tes HIV-AIDS

Konseling dan tes HIV sukarela yang biasa disebut VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) adalah kegiatan konseling yang bersifat sukarela dan rahasia antara konselor dengan orang yang ingin mengetahui status HIV-nya atau orang yang berisiko tertular HIV. Konseling dan tes HIV-AIDS meliputi konseling pra test, testing, dan konseling pasca test. Konseling adalah saran, anjuran, nasehat profesional yang diberikan kepada seseorang yang memiliki masalah. Konselor adalah perawat atau dokter yang telah dilatih VCT.

B. Ruang Lingkup Konseling dan Tes HIV-AIDS

Tujuan pelaksanaan konseling dan tes HIV-AIDS:

- 1) Membantu terduga ODHA untuk melakukan perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman melalui:
 - a) Memberikan dukungan psikologis bagi pasien dan keluarga.
 - b) Mencegah penularan HIV dengan menyampaikan informasi tentang perilaku berisiko dan membantu mengembangkan keahlian pribadi yang diperlukan untuk mendukung perilaku hidup sehat.
- 2) Memastikan pengobatan yang efektif sedini mungkin termasuk alternatif pemecahan berbagai masalah.

Pelaksana pelayanan konseling dan tes HIV adalah konselor dan tim penanggulangan HIV-AIDS di Puskesmas yang terdiri dari:

1. Konselor yang terlatih sesuai dengan standar WHO dan sesuai dengan kebutuhan.
2. Petugas laboratorium dan atau seorang petugas pengambil darah yang berlatar belakang perawat.
3. Dokter yang bertanggung jawab secara medis dalam pelayanan konseling dan tes HIV.
4. Petugas administrasi untuk dokumentasi yang sudah mengenal ruang lingkup pelayanan konseling dan tes HIV.

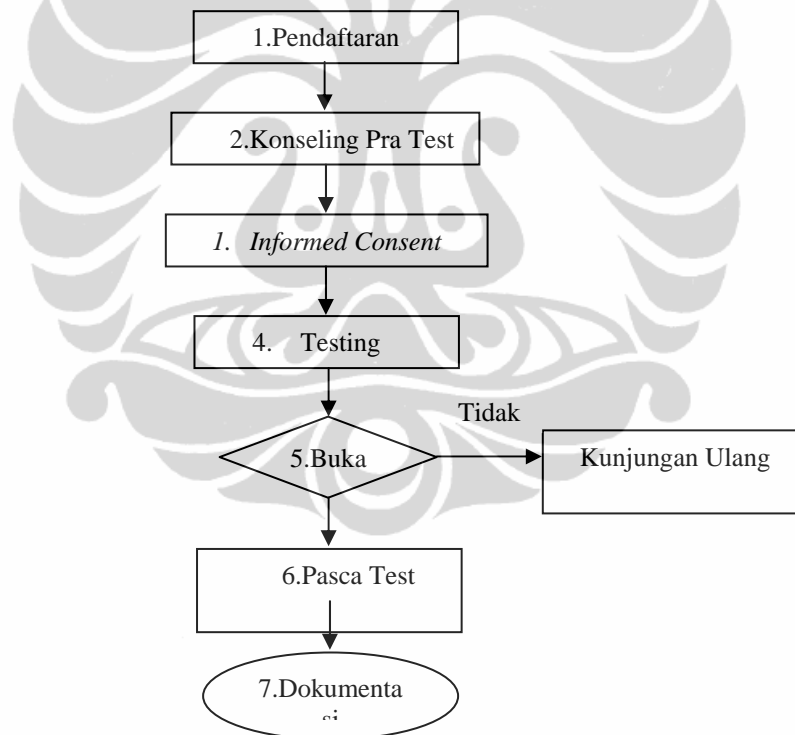
C. Alur Proses Pelayanan Konseling dan Tes HIV

Prosedur konseling dan tes HIV dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Klien datang, mendaftar, dengan membayar retribusi.

2. Klien menjalani konseling pra test.
3. Apabila klien setuju untuk diperiksa tes HIV, klien menandatangani formulir persetujuan. Apabila klien belum setuju dianjurkan untuk kunjungan ulang pada waktu yang disepakati.
4. Klien menjalani tes HIV di laboratorium.
5. Membuka hasil tes. Apabila klien belum siap untuk membuka hasil, dianjurkan untuk kunjungan ulang pada waktu yang disepakati.
6. Apabila setuju untuk membuka hasil lakukan konseling pasca tes.
7. Dokumentasi.

Gambar 2.3.
Alur Prosedur Konseling dan Tes HIV-AIDS



2.3.3 Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Kesehatan

A. Definisi Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Kesehatan

Konseling dan tes HIV adalah kegiatan konseling dan tes HIV-AIDS yang diinisiasi oleh petugas kesehatan untuk kepentingan diagnostik dan tawaran rutin.

B. Ruang Lingkup Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Kesehatan

Tujuan layanan adalah:

1. Untuk memperluas cakupan konseling dan tes HIV di lingkungan pelayanan medis puskesmas.
2. Agar setiap petugas kesehatan di lingkungan Puskesmas dapat mengawali/menginisiasi test HIV, untuk kemudian dilanjutkan konseling dan tes HIV.
3. Untuk dapat mendeteksi lebih dini status HIV pasien.

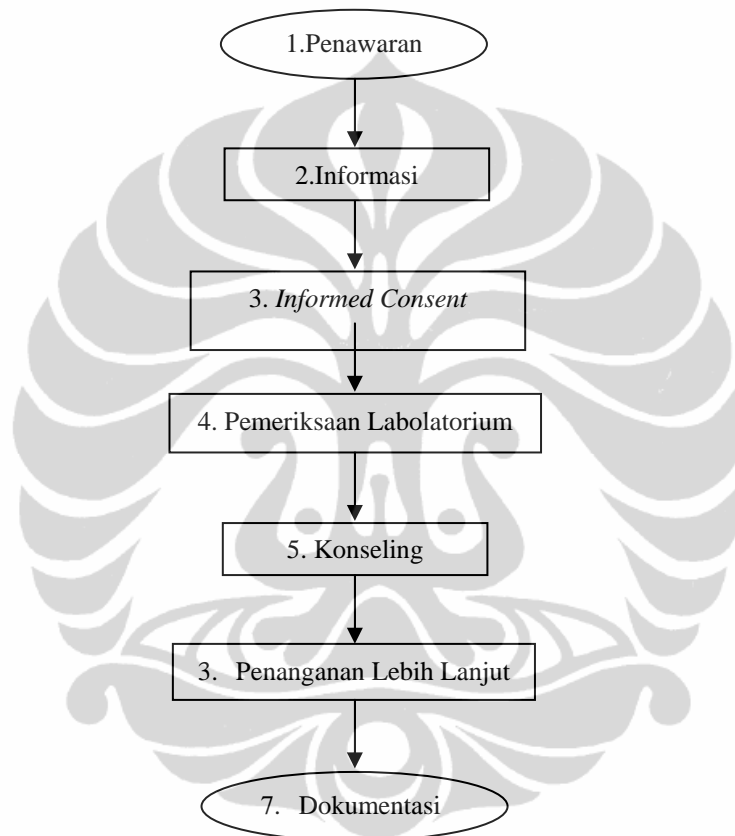
Konseling dan tes HIV-AIDS inisiatif petugas kesehatan dilaksanakan pada pasien dengan risiko atau yang dicurigai berisiko untuk HIV pada saat pemeriksaan di dalam atau di luar gedung. Pelaksanaan kegiatan ini tetap mengacu pada kerahasiaan dan konseling. Permintaan awal untuk pemeriksaan tes antibody HIV dapat dilakukan oleh dokter yang merawat pasien, namun selanjutnya pasien tetap dianjurkan untuk menjalani konseling oleh konselor ODHA.

C. Alur Prosedur Pelayanan Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Kesehatan

1. Dokter yang memeriksa atau merawat pasien menawarkan pemeriksaan tes HIV kepada pasien.
2. Dokter memberikan informasi singkat tentang HIV-AIDS dan alasan menjalani tes HIV.
3. Apabila pasien setuju untuk diperiksa, maka pasien menandatangani persetujuan tes pada rekam medis.
4. Apabila tidak setuju, dianjurkan untuk menjalani konseling dan tes HIV.
5. Pemeriksaan laboratorium.

6. Setelah ada hasil laboratorium, dokter meminta konselor untuk melakukan konseling pembukaan hasil pemeriksaan laboratorium.
7. Penanganan lebih lanjut sesuai hasil laboratorium.
8. Dokumentasi.

Gambar 2.4.
Alur Prosedur Pelayanan
Konseling dan Tes HIV-AIDS Inisiatif Petugas Kesehatan



2.3.4 Konseling Kepatuhan dan Pemberian Obat Anti RetroViral (ARV)

A. Definisi Konseling Kepatuhan dan Pemberian Obat ARV

Konseling kepatuhan adalah kegiatan konseling yang dilaksanakan pada pasien yang akan memulai pengobatan ARV atau sedang dalam pengobatan ARV (sebagai konseling lanjutan).

Obat ARV adalah obat yang diberikan kepada pasien HIV positif yang memenuhi persyaratan yang telah ditentukan.

Konseling adalah saran, anjuran, dan nasehat profesional yang diberikan kepada seseorang yang mempunyai masalah.

Kepatuhan adalah seberapa jauh pasien menaati instruksi atau aturan minum obat dengan dosis yang benar, cara yang benar seumur hidup.

B. Ruang Lingkup Konseling Kepatuhan dan Pemberian Obat ARV

Konseling kepatuhan dilaksanakan pada semua pasien yang akan memulai pengobatan ARV atau sedang dalam pengobatan di Puskesmas.

Obat ARV diberikan kepada pasien ODHA yang terindikasi untuk terapi ARV dan telah melaksanakan konseling adherence di dalam gedung Puskesmas.

Pemberian obat ARV diberikan kepada pasien yang terindikasi terapi ARV dan telah melaksanakan konseling adherence di Puskesmas.

C. Alur Prosedur Pelayanan Konseling Kepatuhan dan Pemberian Obat ARV

Alur pelaksanaan pelayanan:

1. Pemeriksaan dan pengkajian gejala klinis pasien.
2. Penjelasan umum tentang manfaat ARV dan keburukan apabila tidak patuh.
3. Menggali kemungkinan hambatan dari pengobatan ARV.
4. Mengecek kembali pengetahuan pasien ODHA dan pendamping tentang HIV-AIDS.
5. Melakukan konseling pencegahan penularan HIV.
6. Setelah menjalani konseling adherence, konselor merujuk dokter untuk mendapat pengobatan ARV.
7. Dokter yang merawat memberikan resep pengambilan obat ARV sesuai dengan ketentuan pengambilan obat ARV.
8. Membuat perjanjian untuk pertemuan berikutnya kurang lebih 2 minggu setelah minum ARV.
9. Pencatatan dan pelaporan pengambilan obat ARV dicatat oleh petugas farmasi Puskesmas.

2.3.5 Kewaspadaan Universal

A. Definisi Kewaspadaan Universal

Kewaspadaan universal adalah upaya pengendalian infeksi di sarana pelayanan kesehatan dengan prinsip utama menjaga hygiene sanitasi ruangan dan sterilisasi ruangan.

B. Ruang Lingkup Kewaspadaan Universal

Kewaspadaan universal dilakukan oleh tenaga kesehatan pada semua pasien yang datang ke Puskesmas.

Kewaspadaan universal dijabarkan dalam 5 kegiatan pokok:

1. Cuci tangan.
2. Pemakaian alat pelindung.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai.
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah terjadinya luka.
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.

Alat pelindung adalah alat yang dipakai untuk melindungi kulit dan selaput lender petugas kesehatan dari risiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh, secret/eksreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Misalnya: sarung tangan, masker, kaca mata, pakaian pelindung, dan sepatu.

Alat kesehatan bekas pakai adalah alat kesehatan yang dapat disterilkan untuk pemakaian ulang. Misalnya: set balutan, alat-alat prosedur diagnostic, dan lain-lain.

C. Alur Prosedur Pelayanan Kewaspadaan Universal

Petugas Puskesmas mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memakai alat pelindung diri, mengelola alat kesehatan bekas, mengelola jarum dan alat tajam, mengelola limbah dan sanitasi.

2.3.6 Profilaksis Pasca Paparan (PPP)

A. Definisi Profilaksis Pasca Paparan

Paparan adalah setiap perlakuan yang menembus kulit seperti tusukan jarum, luka iris atau kontak dengan lapisan mukosa/kulit yang tidak utuh (kulit yang luka, pecah, lecet atau sedang terserang Dermatitis). Paparan dapat melalui:

- 1.) Parental berupa tusukan, luka dan lain-lain.
- 2.) Percikan pada mukosa mata, hidung atau mulut.
- 3.) Percikan pada kulit yang tidak utuh (pecah-pecah atau lecet).

Profilaksis pasca pajanan adalah tindakan /pengobatan yang diberikan kepada petugas/keluarga atau orang sehat lain setelah terpajan oleh cairan tubuh/darah ODHA atau terduga ODHA.

B. Ruang Lingkup Profilaksis Pasca Pajanan

Petugas medis/non medis atau orang lain yang sehat di Puskesmas yang terpajan di tempat kerja.

C. Alur Prosedur Pelayanan Profilaksis Pasca Pajanan

(1) Bagi individu yang terpajan:

- a. Tindakan pertama pada setiap pajanan adalah mencuci dengan air yang mengalir dan sabun anti septik:
 - i. Apabila tertusuk jarum segera bilas dengan air mengalir atau air dalam jumlah yang banyak dengan anti septik.
 - ii. Apabila darah mengenai kulit yang atuh tanpa luka atau tusukan, cuci dengan sabun dan air mengalir atau larutan garam dapur.
 - iii. Apabila darah mengenai mulut ludahkan dan kumur-kumur dengan air beberapa kali.
 - iv. Apabila terpercik pada mata cucilah mata dengan air mengalir atau dengan garam fisiologis (NaCl 0,9%).
 - v. Jika darah memercik hidung, hembuskan keluar dan bersihkan dengan air.
 - vi. Jari yang tertusuk tidak boleh dihisap dengan mulut.

- b. Setiap pajanan dicatat.
- c. Laporkan secepatnya (kurang dari 4 jam).

(2) Bagi petugas yang menangani:

- a. Orang terpajan diperlakukan seperti dalam keadaan darurat dan mengisi formulir laporan pajanan.
- b. Apabila status sumber pajanan tidak diketahui, petugas melakukan analisa sumber pajanan.

- c. Petugas merujuk terpajan kepada konselor untuk konseling profilaksis.
- d. Dalam konseling profilaksis ditentukan kode pajanan (KP) dan kode status HIV sumber pajanan (KS).
- e. Apabila hasil analisa sumber pajanan tidak dapat ditentukan maka kode sumber pajanan adalah “KS HIV tidak tahu”.
- f. Pemberian profilaksis pasca pajanan yaitu pemberian obat ARV pada petugas yang terpajan oleh darah atau cairan tubuh pasien ODHA sesuai resep dari dokter. Petugas Farmasi memberikan obat ARV.
- g. Terpajan menjalani VCT.

2.3.7 Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak

A. Definisi Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak

Pencegahan penularan dari ibu kepada anak adalah upaya untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak.

B. Ruang Lingkup Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak

Tujuan pelayanan adalah:

- (1) Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia produktif.
- (2) Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV positif.
- (3) Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya.
- (4) Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya.

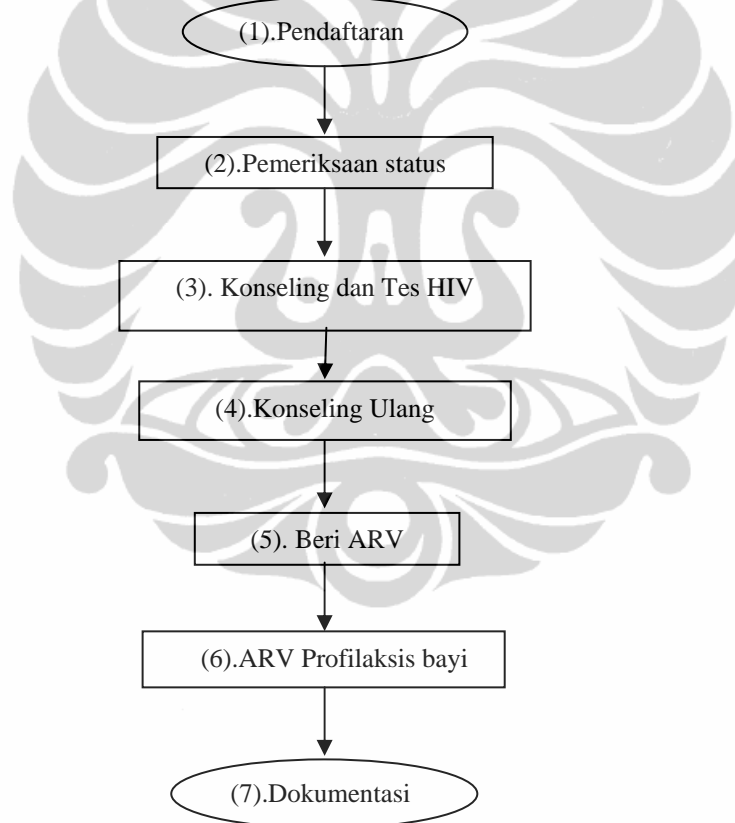
C. Alur Prosedur Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak

- (1) Ibu hamil yang datang ke Puskesmas.
- (2) Status HIV ibu hamil positif apabila didapatkan hasil positif pada pemeriksaan laboratorium secara serologis dengan 3 cara pemeriksaan yang berbeda.
- (3) Ibu hamil yang belum diketahui status HIV, dilakukan konseling dan tes HIV.

- (4) Ibu hamil yang menolak konseling dan tes HIV akan diupayakan konseling ulang pada kunjungan berikutnya.
- (5) Ibu hamil dengan HIV positif diberikan ARV mengacu pada prosedur terapi ARV.
- (6) Bayi dari ibu HIV positif mendapat ARV pencegahan dalam 48 jam pertama kehidupan yang tersedia.
- (7) Dokumentasikan seluruh hasil pemeriksaan.

Gambar 2.5.

Alur Prosedur Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak



2.4 Sikap

2.4.1 Pengertian Sikap

Dari studi kepustakaan mengenai sikap, banyak definisi yang dikemukakan para ahli tentang sikap. Walaupun sikap merupakan salah satu

pokok bahasan yang penting dalam ilmu psikologi sosial, para pakar tidak selalu sepakat tentang definisinya. Berikut beberapa definisi tentang sikap seperti dikutip Sarwono (2002):

Attitude is a favorable or unfavorable evaluative reaction toward something or someone, exhibited in one's belief, feelings on intended behavior (Myers, 1996).

An attitude is a disposition to respond favorably or unfavorably to an object, person, institution or event (Azjen, 1988).

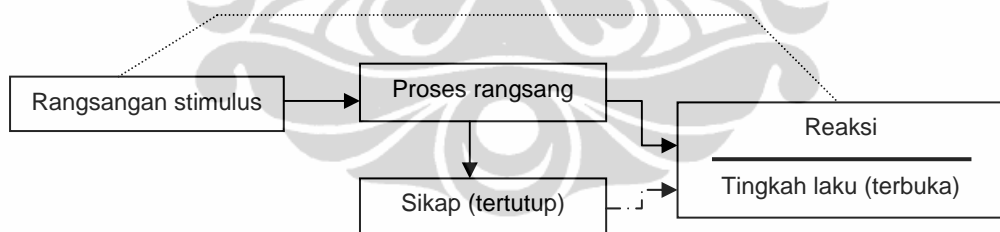
Attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor (Eagly & Cahiken, 1992).

Prislin dan Cano (2008), mendefinisikan sikap sebagai representasi evaluasi penilaian dan reaksi individu terhadap suatu objek. Definisi tersebut menempatkan sikap sebagai respon evaluatif dari individu yang memberikan kesimpulan nilai terhadap objek dalam bentuk misalnya, baik atau buruk, positif atau negatif, menyenangkan atau tidak menyenangkan, suka atau tidak suka. Sementara Azwar (1988) merangkum definisi sikap dari beberapa ahli menjadi tiga kerangka pemikiran. Pertama adalah kerangka pemikiran yang diwakili oleh para ahli psikologi, Louis Thurston dan Charles Osgood. Menurut mereka sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap objek adalah perasaan mendukung atau memihak ataupun perasaan tidak mendukung objek tersebut. Sikap adalah derajat efek positif atau efek negatif yang dikaitkan dengan suatu objek psikologis. Pemikiran kedua yang diwakili Gordon Allport, menyebutkan bahwa sikap merupakan semacam kesiapan untuk beraksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Kelompok pemikiran yang ketiga adalah kelompok yang berorientasi pada teori kognitif. Menurut kelompok ini, sikap merupakan konsistensi komponen kognitif, afektif, dan konatif, yang berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu objek. Bentuk dari objek tersebut adalah sesuatu yang bisa diidentifikasi yang ada di lingkungan, termasuk kelompok masyarakat (suku bangsa), isu kontroversi (legalisasi aborsi), dan objek konkrit (makanan) (Olson, J.M. & Maio, G.R., 2003).

Olson dan Maio (2003) memiliki pandangan bahwa salah satu ciri yang paling penting dari sikap adalah subjektif karena melalui sikap, seseorang merefleksikan pandangannya pribadi tentang suatu objek. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan produk dari proses interaksi individu dengan suatu objek dimana seseorang bereaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya. Sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap kategori stimulus tertentu dan dalam penggunaan praktis, sikap seringkali dihadapkan dengan rangsangan sosial dan reaksi yang bersifat emosional (Mar'at, 1981) Oleh karena itu, sikap tidak bisa langsung dilihat, akan tetapi harus ditafsirkan terlebih dahulu sebagai tingkah laku yang tertutup. Dalam diri individu terjadi dinamika berbagai psikofisik seperti kebutuhan, motif, perasaan, perhatian dan pengambilan keputusan. Semua proses ini sifatnya tertutup sebagai dasar pembentukan suatu sikap yang akhirnya melalui ambang batas terjadi tindakan yang bersifat terbuka, dan inilah yang disebut tingkah laku (Mar'at, 1981). Proses tersebut dapat dilihat pada Gambar 3.6.

Gambar 2.6.

Proses Pembentukan Sikap



Keterangan:

- = garis arah/kecenderungan dari sikap
- - - - - = garis tanpa proses, seperti reaksi refleks

Sumber: Mar'at, 1981, hal. 12

Bagan di atas dapat dijelaskan bahwa sikap merupakan kecenderungan individu untuk bereaksi atas rangsangan stimulus melalui proses rangsang. Reaksi seseorang bisa bersifat terbuka dan langsung terlihat dalam bentuk tingkah laku tanpa proses rangsang (reaksi refleks). Misalnya, seseorang akan memiliki sikap

untuk kecenderungan mencari makanan jika merasa lapar. Hal ini menunjukkan bahwa sikap merupakan kesiapan untuk beraksi terhadap objek sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut.

Dari definisi-definisi tersebut tampak bahwa meskipun ada perbedaan, ada beberapa ciri khas dari sikap, yaitu: (1) mempunyai objek tertentu (orang, perilaku, konsep, situasi, benda, dan sebagainya); (2) mengandung penilaian (setuju-tidak setuju, suka-tidak suka) (Sarwono, 2002).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa sikap adalah respon individu yang bersifat tertutup dan subyektif terhadap obyek melalui proses evaluasi.

2.4.2 Struktur sikap

Allport dalam Oskamp & Schultz (2005), menyebutkan bahwa sikap terdiri atas tiga komponen pokok, yaitu:

- a. Kognitif; terdiri dari ide, keyakinan, dan konsep seseorang terhadap objek sikap. Misalnya, naik sepeda motor bisa lebih cepat sampai tujuan dan menghemat bahan bakar dibandingkan mobil.
- b. Afektif; Artinya bagaimana perasaan dan emosi seseorang pada objek sikap. Misalnya, mengendarai sepeda motor sangat menyenangkan.
- c. Perilaku; kecenderungan bertindak (*action tendencies*) terhadap objek sikap. Misalnya, “Jika punya uang, saya akan membeli sepeda motor”.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh dan memegang peranan penting. Misalnya, seorang petugas kesehatan tahu tentang penyakit HIV-AIDS (penyebab, cara penularan, cara pencegahan, dan sebagainya). Pengetahuan tersebut membuat petugas kesehatan berpikir dan berusaha supaya dirinya tidak tertular HIV-AIDS. Ketika petugas kesehatan tersebut berpikir, komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga dia berniat (kecenderungan bertindak) untuk menjauhi hal-hal yang bisa menyebabkan dirinya tertular atau terkena HIV-AIDS yaitu dengan menggunakan standar *universal precaution* ketika melayani pasien ODHA.

Pengetahuan dan perasaan yang merupakan komponen sikap akan menghasilkan tingkah laku tertentu. Mulanya objek yang dihadapi seseorang

masuk ke dalam pikiran dan penalarannya, kemudian komponen kognisi melukiskan objek tadi, dan sekaligus dikaitkan dengan objek-objek lain di sekitarnya. Hal ini berarti adanya penalaran pada seseorang terhadap objek mengenai karakteristiknya. Misalnya petugas kesehatan tadi melihat seorang penderita HIV-AIDS dan menggambarkan bahanya penyakit itu, kemudian dia memiliki keyakinan bahwa HIV-AIDS adalah penyakit yang sangat berbahaya dan bisa menyebabkan kematian. Oleh karena itu, petugas kesehatan bersikap hati-hati terhadap hal-hal yang bisa menyebabkan dirinya terinfeksi HIV-AIDS. Sikap hati-hati pada petugas kesehatan ini merupakan sikap utuh (*total attitude*) dia terhadap HIV-AIDS yang merupakan hasil interaksi antara ketiga komponen sikap (Mar'at, 1981).

2.4.3 Pembentukan Sikap

Sikap seseorang terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialaminya, yaitu meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis di sekelilingnya. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan timbal balik, saling mempengaruhi satu sama lain sehingga mempengaruhi sikap seseorang.

Oskamp dan Schultz (2005) mengemukakan bahwa pembentukan sikap dipengaruhi oleh proses evaluatif yang dilakukan individu, dimana dalam proses evaluatif ini, informasi dan pengalaman menjadi hal penting. Seseorang bisa menunjukkan sikapnya terhadap suatu objek apabila dia telah memiliki informasi dan pengalaman tentang objek tersebut. Lebih lanjut, Oskamp dan Schultz (2005) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi proses evaluatif yang pada akhirnya membentuk sikap seseorang, sebagai berikut:

- 1) Faktor-faktor genetik dan fisiologik : Sebagaimana dikemukakan bahwa sikap terbentuk melalui proses evaluative dan setiap individu memiliki ciri sifat tertentu dalam perkembangan sikapnya. Dalam hal ini, faktor genetik dan faktor fisiologik memainkan peranan penting dalam pembentukan sikap. Oskamp & Schultz (2005) menyebutkan rasa tau suku bangsa sebagai salah satu contoh yang termasuk faktor genetik yang mempengaruhi karakteristik individu. Yang termasuk faktor fisiologik

adalah usia dan kondisi sakit. Misalnya, waktu sehat seorang petugas kesehatan bersikap positif terhadap pasien, tetapi ketika dia merasa sakit sikapnya berubah menjadi kurang baik.

- 2) Pengalaman pribadi : Dalam hal ini, ada dua aspek yang membentuk sikap, yaitu *silent incident* dan *repeated exposure*. Dalam *silent incident*, peristiwa traumatik memberikan kesan kuat pada individu sehingga merubah kehidupan individu secara drastis. Misalnya kecelakaan yang menyebabkan seseorang kehilangan salah satu anggota tubuhnya. Peristiwa traumatik tersebut mempengaruhi sikap seseorang. Sementara dalam *repeated exposure*, kemunculan objek secara berulang-ulang mempengaruhi sikap individu. Misalnya semakin sering seorang petugas kesehatan berhadapan dengan pasien ODHA, semakin besar kemungkinan petugas kesehatan bersikap positif terhadap ODHA.
- 3) Pengaruh orang tua : Orang tua memiliki pengaruh yang besar terhadap kehidupan anak. Sikap seorang anak sebagian besar dipengaruhi oleh pengalaman pribadi dengan kehidupannya. Namun demikian sebagian besar dari pengalaman tersebut adalah hasil dari proses belajar yang dipengaruhi orang tua sebagai role model bagi anak-anaknya. Misalnya, orang tua yang berprofesi sebagai dokter akan cenderung mengarahkan anak-anaknya pada hal-hal tentang kesehatan.
- 4) Kelompok sebaya atau kelompok masyarakat : Sikap seseorang juga dipengaruhi oleh kelompok sebaya dan kelompok masyarakat. Misalnya, seorang petugas kesehatan yang bertugas di bagian HIV-AIDS kemungkinan akan bersikap positif terhadap pasien ODHA walaupun sebelumnya dia masih bersikap diskriminatif terhadap ODHA.
- 5) Media massa : Banyak hasil penelitian yang menunjukkan kekuatan dari efek informasi dari media massa terhadap masyarakat. Hal ini juga bisa berlaku pada keterpaparan petugas kesehatan oleh informasi tentang HIV-AIDS dari media massa atau pelatihan HIV-AIDS yang bisa mempengaruhi sikapnya terhadap ODHA.

2.4.4 Pengukuran Sikap

Pada uraian diatas dijelaskan tentang komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu: kognitif, afektif, dan perilaku. Ketiga komponen tersebut saling berinteraksi dan melakukan proses evaluasi, kemudian menghasilkan sikap utuh (*total attitude*) pada objek, bisa positif atau negatif. Respon tersebut tidak bisa dilihat secara langsung hanya dengan melihat perilaku subjek karena hubungan antara sikap dan perilaku bukanlah hubungan langsung yang sistematis (Azwar, 1988). Oleh karena itu, untuk mengetahui bagaimana sikap seseorang terhadap objek sikap tertentu, perlu dilakukan pengukuran sikap. Pada prinsipnya pengukuran sikap dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan tentang objek sikap. Subjek atau responden diminta untuk memberikan jawabannya dengan menyatakan setuju, sependapat, atau suka (sikap positif) dengan pernyataan itu atau tidak (sikap negatif).

Sehubungan dengan hal tersebut, terdapat berbagai mode pengukuran sikap, diantaranya adalah Skala Likert, Skala Guttman, Skala Thrustone, dan Skala Diferensial Semantik.

a. Skala Likert

Model ini sebenarnya bernama metode *summated ratings* tetapi karena model pertama kali diusulkan oleh Rensis Likert (1932), maka model skala ini terkenal dengan nama skala model Likert atau skala Likert. Skala ini tergolong skala untuk orang dan pada dasarnya disusun untuk mengukur sikap, walaupun kemudian penerapannya juga digunakan untuk mengukur pendapat dan persepsi seseorang atau kelompok tentang kejadian atau gejala sosial. Pada skala Likert perangsangnya adalah pernyataan. Respon yang diharapkan dari responden adalah taraf persetujuan dan ketidaksetujuan dalam variasi: “Sangat Setuju (SS)”, “Setuju (S)”, “Tidak Tentu (TT)”, “Tidak Setuju (TS)”, dan “Sangat Tidak Setuju (STS)”. Sementara itu, menurut isinya, skala Likert menggunakan pernyataan yang searah (mendukung) teori yang mendasari program yang dipersoalkan dan ada yang tidak searah (tidak mendukung) (Suryabrata, 2005).

b. Skala Guttman

Skala Guttman mengukur suatu dimensi saja dari variabel yang multidimensi. Pada skala Guttman terdapat beberapa pertanyaan yang diurutkan secara hirarkis untuk melihat sikap tertentu seseorang melalui dua interval kategori jawaban, misalnya benar dan salah, dan yakin dan tidak yakin (Sarwono, 2002).

c. Skala Thrustone

Skala Thrustone meminta responden untuk memilih pernyataan yang ia setuju dari beberapa pernyataan yang menyajikan pandangan yang berbeda-beda. Setiap item mempunyai asosiasi nilai 1 – 11, tetapi nilai-nilainya tidak diketahui responden. Pemberian nilai ini didasarkan jumlah tertentu pernyataan yang dipilih oleh responden mengenai angket tersebut (Suryabrata, 2005).

d. Skala Diferensial Semantik

Pertama kali diperkenalkan oleh Osgood (1957) dan biasa disebut juga dengan skala perbedaan semantic (Schwarz, 2008). Skala ini menjadi populer karena bisa dipakai untuk mengukur berbagai macam topik. Skala ini berisikan serangkaian karakteristik bipolar yang memiliki tiga dimensi, yaitu:

1. Aktivitas, yaitu tingkat gerakan objek. Misalnya, aktif-pasif, cepat-lambat.
2. Potensi, yaitu kekuatan objek. Misalnya, kuat-lemah.
3. Evaluasi, yaitu hal-hal yang menguntungkan atau tidak menguntungkan. Misalnya, baik-tidak baik, menyenangkan-tidak menyenangkan.

e. *Rating Scale*

Skala ini adalah skala yang paling umum digunakan untuk mengukur sikap. Dalam skala ini, responden diminta untuk memilih nomor yang telah disediakan yang paling sesuai dengan pendapatnya. Misalnya, -3 = sangat tidak setuju; +3 = sangat setuju (Schwarz, 2008). Pilihan responden yang berupa angka tersebut kemudian menjadi pengertian kualitatif.

2.5 Kajian Sikap Petugas Kesehatan terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS

Uraian berikut adalah hasil penelitian tentang sikap petugas kesehatan terhadap ODHA dan faktor-faktor yang berhubungan.

2.5.1 Karakteristik

a. Jenis Kelamin

Banyak penelitian tentang sikap petugas kesehatan terhadap ODHA menunjukkan bahwa perbedaan jenis kelamin diantara petugas kesehatan berhubungan dengan sikap. Berikut adalah beberapa penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara jenis kelamin dengan sikap terhadap ODHA:

- 1) Andrewin, A. & Chien, L.Y.(2008) dalam penelitiannya di rumah sakit umum di Belize menemukan bahwa petugas kesehatan perempuan memiliki sikap negatif terhadap ODHA sedangkan petugas kesehatan laki-laki bersikap positif ($P=0.04$). Petugas kesehatan perempuan memiliki pandangan bahwa ODHA termasuk kelompok masyarakat yang dimarginalkan yang menyebarkan HIV melalui kegiatan amoral seperti pengguna narkoba, homoseksual dan pekerja seks komersial.
- 2) Li Li, et.al. (2007) dalam penelitiannya pada petugas kesehatan di Cina menemukan bahwa petugas kesehatan laki-laki memiliki sikap yang positif dibandingkan tenaga kesehatan perempuan ($P=0.022$).

b. Usia

- 1) Dalam penelitian yang dilakukan Andrewin, A. & Chien, L.Y.(2008) ditemukan bahwa usia berhubungan dengan sikap terhadap ODHA. Petugas kesehatan yang berusia di atas 37 tahun memiliki sikap yang positif dibandingkan mereka yang berusia 37 tahun ke bawah dimana petugas kesehatan yang berusia 37 tahun ke atas bisa menjaga kerahasiaan status HIV pasien ODHA ($P=0.04$).

- 2) Pada penelitian yang dilakukan pada petugas kesehatan di Iran Selatan ditemukan bahwa petugas kesehatan yang berusia di bawah 25 tahun (<25 tahun) memiliki sikap yang negatif terhadap ODHA dibandingkan mereka yang berusia lebih tua ($P<0.05$) (Aghamolaei, T., Tavafian, S., Hasani, L., Zare, S., 2009).

c. Pendidikan

Aghamolaei, T., Tavafian, S., Hasani, L., Zare, S. (2009) dalam penelitiannya tentang sikap petugas kesehatan terhadap ODHA menemukan bahwa tingkat pendidikan petugas kesehatan di Iran Selatan mempengaruhi sikap mereka terhadap ODHA. Petugas kesehatan yang lulusan sarjana memiliki sikap lebih positif dibandingkan yang lebih rendah pendidikannya ($P<0.05$).

d. Profesi

- 1) Andrewin, A. & Chien, L.Y.(2008) dalam penelitiannya tentang sikap petugas kesehatan di Cina menemukan bahwa dibandingkan perawat, petugas kesehatan yang berprofesi sebagai dokter memiliki sikap yang negatif terhadap pasien ODHA karena sering tidak menjaga kerahasiaan status pasien ODHA di lingkungan kerja ($P=0.04$). Dalam penelitian yang sama juga ditemukan bahwa petugas kesehatan yang berprofesi sebagai perawat memiliki sikap negatif ketika berhadapan dengan pasien ODHA dibandingkan dengan pasien biasa.
- 2) Dalam penelitian tentang sikap petugas kesehatan terhadap ODHA di Bandar Abbas, Iran Selatan, ditemukan bahwa teknisi laboratorium memiliki sikap lebih positif terhadap ODHA dibandingkan dokter dan perawat ($P=0.03$). (Aghamolaei, T., Tavafian, S., Hasani, L., Zare, S., 2009).
- 3) Penelitian di New Delhi, India, menunjukkan perbedaan profesi mempengaruhi sikap petugas kesehatan terhadap pasien ODHA ($P<0.05$) (V.S. Mahendra *et.al.*, 2007).

2.5.2 Pengetahuan HIV-AIDS

- a. Dalam penelitian yang dilakukan di New Delhi, India, V.S. Mahendra *et.al* (2007) menemukan bahwa pengetahuan tentang HIV-AIDS berhubungan dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA ($P<0.05$). Kesalahan konsep tentang cara penularan HIV mempengaruhi sikap petugas kesehatan terhadap ODHA. Misalnya petugas kesehatan yang meyakini bahwa HIV bisa ditularkan melalui gigitan nyamuk memiliki sikap diskriminasi yang tinggi terhadap ODHA.
- b. Pada penelitian di Cina (Li Li *et.al.*,2007) ditemukan bahwa petugas kesehatan yang memiliki pengetahuan HIV-AIDS yang baik memiliki sikap yang positif terhadap ODHA dibandingkan mereka yang berpengetahuan rendah ($P=0.04$).

2.5.3 Pengalaman dengan ODHA

Dalam penelitian tentang sikap petugas kesehatan terhadap pasien ODHA di Australia, McCann (1997) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara kontak sosial dan pengalaman kerja dengan ODHA dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA ($P<0.05$). Hal yang sama juga ditemukan R. Alexander dan J. Fitzpatrick (1991) dalam penelitiannya dimana petugas kesehatan yang pernah menolong >15 orang pasien ODHA memiliki sikap positif dibandingkan mereka yang berpengalaman menolong 12-14 orang pasien ODHA ($P=0.04$).

2.5.4 Dukungan dari Atasan dan Rekan Kerja

Sikap diskriminasi tidak hanya terjadi pada ODHA tetapi juga terjadi pada petugas kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian McCann (1997) di beberapa rumah sakit di New South Wales, Sidney, Australia. Petugas kesehatan yang merawat pasien HIV-AIDS mendapat perlakuan diskriminasi dari rekan kerjanya sendiri yang bertugas di bagian lain. Hal tersebut dapat dilihat pada hasil diskusi kelompok terarah berikut:

“...staf dari unit lain cenderung menjauhi staf yang bekerja di bagian HIV-AIDS. Dalam percakapan di antara tenaga kesehatan, ketika kami ditanya di bagian mana kami bertugas, kami sangat sulit memberi respon.

Sebenarnya kami sesama tenaga kesehatan saling berhubungan. (perawat no. 8)

Hal di atas menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang bertugas di bagian HIV-AIDS mengalami kesulitan untuk menjelaskan perihal tugasnya karena mereka cenderung dijauhi oleh tenaga kesehatan dari bagian lain. Selain dukungan dari rekan kerja, dukungan dari atas juga berpengaruh terhadap sikap petugas kesehatan dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS. Dieleman (2007) dalam penelitiannya tentang sikap petugas kesehatan di 4 rumah sakit di Zambia pada tahun 2007 berkesimpulan bahwa dukungan dari atasan terhadap stafnya bisa bermacam-macam bentuknya. Misalnya, pembagian tugas, pertemuan medis, pendelegasian tugas pada staf yang tingkat pendidikannya rendah, Namun demikian, ia berpendapat bahwa dukungan yang paling penting adalah komitmen seorang kepala institusi kesehatan terhadap pelayanan kesehatan HIV-AIDS dimana program pelayanan HIV-AIDS yang diselenggarakan sesuai dengan kebijakan nasional. Dengan demikian, pelaksanaan pelayanan kesehatan HIV-AIDS pun sesuai dengan pedoman dari pusat.

2.5.5 Keterpaparan informasi tentang HIV-AIDS

Keterpaparan informasi adalah kesempatan seseorang petugas kesehatan dalam memperoleh informasi tentang HIV-AIDS, baik dari media massa atau dari pelatihan tentang HIV-AIDS. Sehubungan dengan hal tersebut, dalam penelitian Andrewin, A. & Chien, L.Y.(2008) ditemukan bahwa tenaga kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS memiliki sikap stigma lebih rendah ($p < 0.01$) dibandingkan mereka yang tidak mengikuti pelatihan HIV-AIDS. Selain itu, tenaga kesehatan yang tidak pernah mengikuti pelatihan mengalami kesulitan ketika berhadapan dengan pasien HIV-AIDS. Kesulitan yang dihadapi tenaga kesehatan adalah ketika mereka harus melakukan konseling pada pasien. Pada waktu konseling tenaga kesehatan diharuskan memberikan informasi tentang HIV-AIDS. Hal ini tentunya sangat sulit bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi yang tidak dipahaminya karena belum pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS.

Dieleman, M., et.al. (2007) menjelaskan bahwa ketidakpahaman tenaga kesehatan tentang HIV-AIDS bisa menyebabkan perasaan tertekan dan bahkan stres, yang pada akhirnya mempengaruhi sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA. Hal senada juga ditemukan dalam penelitian pada tenaga kesehatan di Cina (Li Li et.al.,2007) dimana tenaga kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS cenderung memiliki sikap yang positif terhadap ODHA dibandingkan mereka yang belum pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS.

Sementara dalam hasil diskusi kelompok terarah dengan para supervisor perawat di semua bagian di sebuah rumah sakit di Kamerun (Mbanya, D.N. et.al., 2001) ditemukan bahwa rendahnya pengetahuan tenaga kesehatan di sana dikarenakan keterbatasan tenaga kesehatan dalam mengakses informasi tentang HIV-AID. Mereka mengatakan bahwa tidak ada kesempatan untuk mengikuti seminar atau pelatihan HIV-AIDS bahkan untuk mencari informasi HIV-AIDS di radio atau televisi pun tidak bisa karena tidak difasilitasi oleh institusi.

Berdasarkan paparan tersebut, berikut adalah tabel hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA.

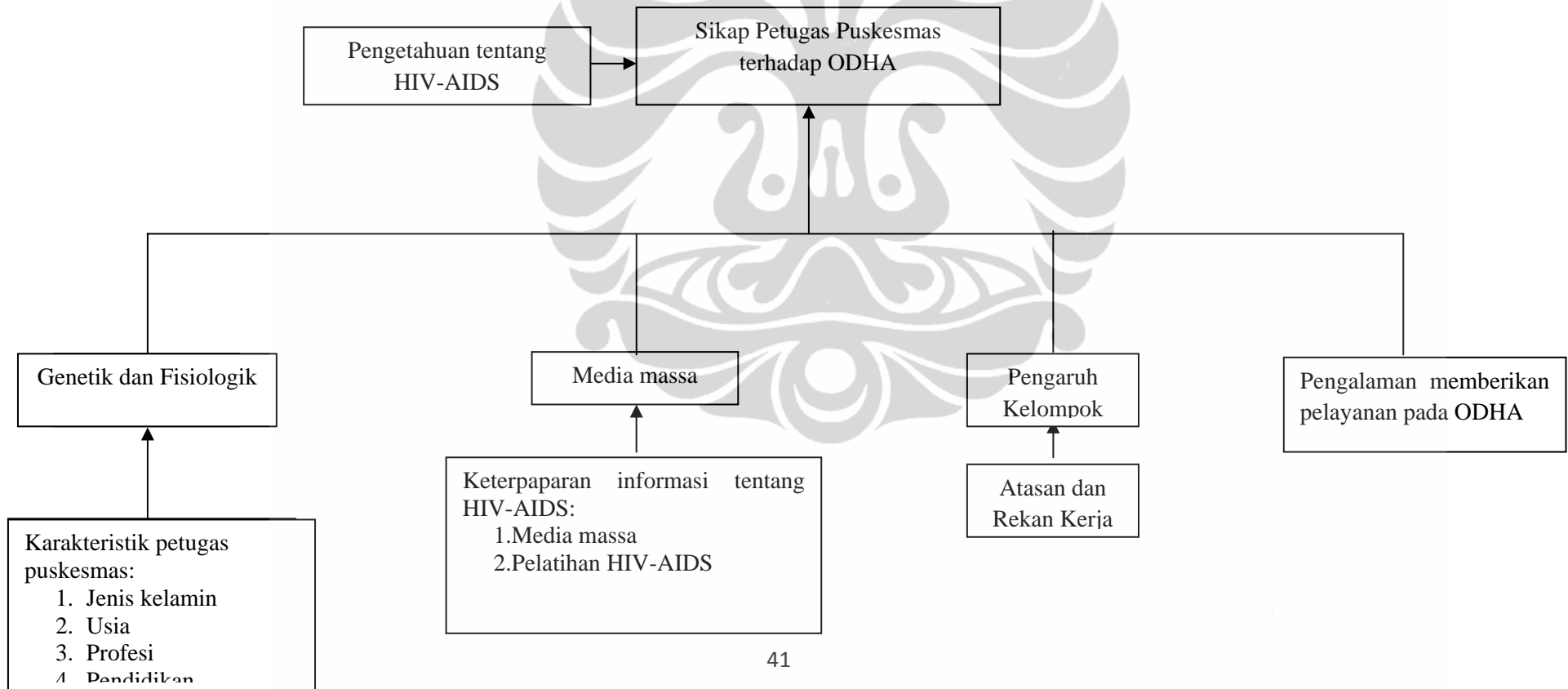
Tabel 2.7.
Faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA

Faktor	Peneliti	Metode	P
Jenis kelamin	A. Andrewin dan L. Y. Chien (2008)	Survey	0.04
	T. Aghamolaei, S.S. Talofian, L. Hasani, dan S. Zare (2009)		0.01
	Li Li <i>et.al.</i> (2007)		-0.02
	R. Alexander dan J. Fitzpatrick (2007)		0.022
	J. E. Martin dan A. L. Bedimo (1991)		0.15
Usia	A. Andrewin dan L. Y. Chien (2008)	Survey	0.04
	T. Aghamolaei, S.S. Talofian, L. Hasani, dan S. Zare (2009)		<0.05
	Li Li <i>et.al.</i> (2007)		-0.05
	R. Alexander dan J. Fitzpatrick (2007)		0.01
	J. E. Martin dan A. L. Bedimo (1991)		<0.05

Pendidikan	Craig Demmer, Ed. D. (1999) T. Aghamolaei, S.S. Talofian, L. Hasani, dan S. Zare (2009) Li Li <i>et.al.</i> (2007) R. Alexander dan J. Fitzpatrick (2007) J. E. Martin dan A. L. Bedimo (1991)	Survey	0.01
Profesi	A. Andrewin dan L. Y. Chien (2008) T. Aghamolaei, S.S. Talofian, L. Hasani, dan S. Zare (2009) VS Mahendra <i>et.al.</i> (2007) R. Alezander dan Fitzpatrick (2007)	Survey	0.04 0.03 <0.05 0.03
Pengetahuan HIV- AIDS	VS Mahendra <i>et.al.</i> (2007) LiLi <i>et.al.</i> (2007)	Survey	<0.05 0.04
Pengalaman memberikan pelayanan pada ODHA	R. Alexander dan Fitzpatrick (2007) T.V. McCann (1997)	Survey	0.04 <0.05
Dukungan	T.V. McCann (1997) Hasil: Sikap rekan kerja yang negatif terhadap ODHA mempengaruhi keyakinan petugas kesehatan dalam menolong pasien ODHA.	Survey dan wawancara mendalam	<0.05
Keterpaparan informasi tentang HIV-AIDS: a. Pelatihan HIV- AIDS	D.N. Mbanya <i>et.al.</i> (2001) Hasil: Kesempatan untuk mengikuti seminar atau pelatihan HIV- AIDS pada petugas kesehatan sangat sulit karena pengeta- huan mereka rendah dan sebagian besar petugas kesehat- an masih bersikap diskriminatif terhadap ODHA.	Survey dan FGD	

Berdasarkan teori tentang pembentukan sikap dan kajian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA yang telah diuraikan, maka kerangka teori penelitian ini adalah:

Gambar 2.8.
Kerangka Teori Penelitian
Adaptasi dari Teori Oskamp & Schultz (2005)



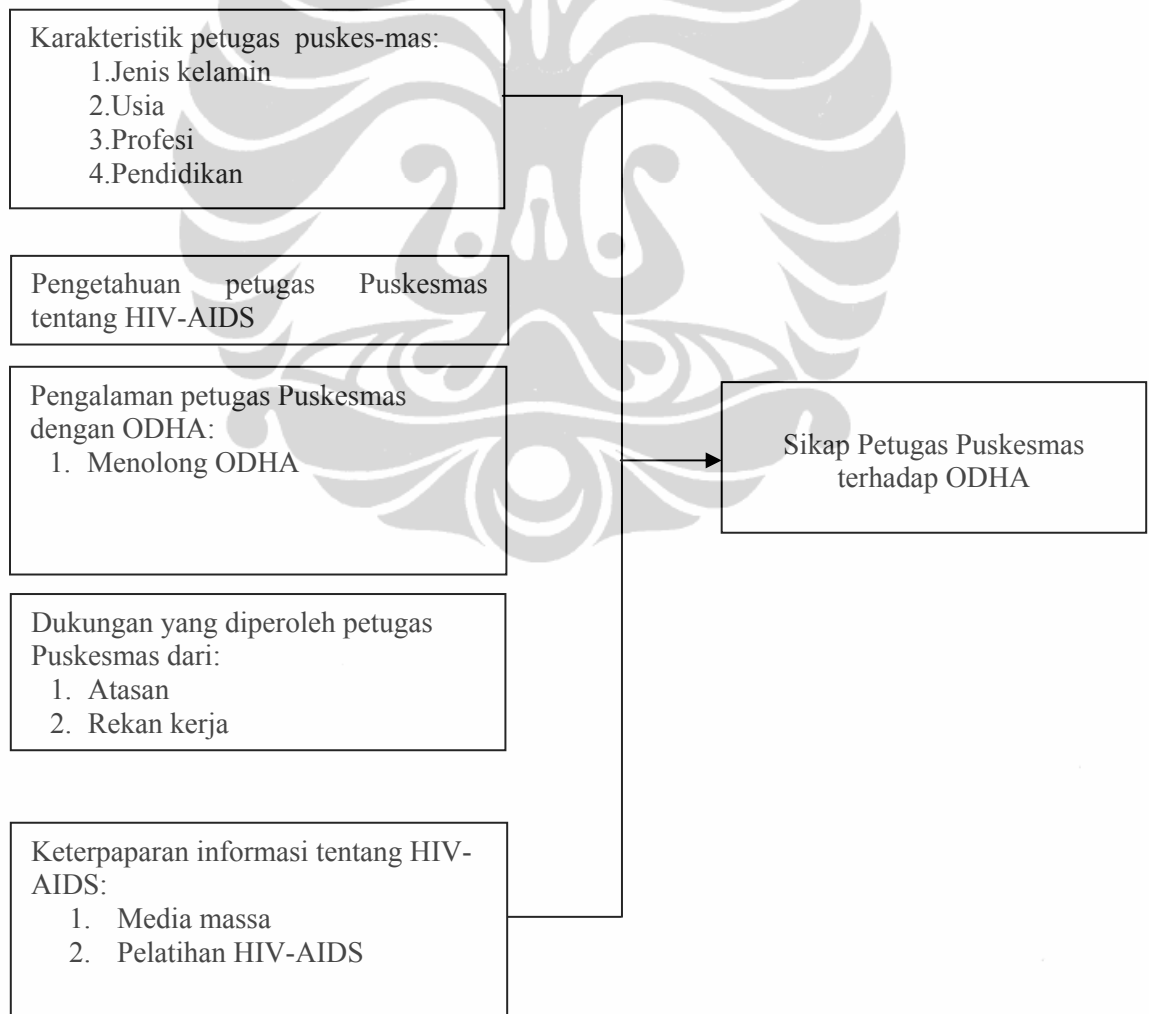


BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini akan mendeskripsikan mengenai sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV/AIDS. Variabel dependen pada penelitian ini adalah sikap positif petugas Puskesmas terhadap ODHA, sedangkan variabel independen adalah: karakteristik petugas puskesmas, pengetahuan tentang HIV-AIDS, pengalaman dengan ODHA, dukungan yang diperoleh petugas Puskesmas dari atasan dan rekan kerja, dan keterpaparan informasi tentang HIV-AIDS.



3.2 Definisi Operasional

Penelitian ini menggunakan data primer penelitian kuantitatif dan kualitatif. Untuk penelitian kuantitatif, berikut definisi operasional, cara ukur, alat ukur, hasil ukur, dan skala ukur variabel-variabel yang diteliti:

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1.	Sikap	Representasi evaluasi penilaian dan reaksi petugas Puskesmas terhadap suatu objek (ODHA). 0 = Sangat Tidak Setuju 1 = Tidak Setuju 2 = Setuju 3 = Sangat Setuju	Wawancara	Kuesioner no. C 1-20	1 = sikap positif bila > median 0 = sikap negatif bila ≤ median Cut off point: median	Ordinal
Variabel Independen						
2.	Jenis kelamin	Pembagian manusia secara fisiologi anatomi yang dikelompokkan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan.	Wawancara	Kuesioner no. A. 1	0 = perempuan 1 = laki-laki	Nominal
3.	Usia	Usia responden yang dihitung dari ulang tahun terakhir pada saat penelitian dilakukan.	Wawancara	Kuesioner no. A. 2	0 ≤ 39 tahun 1 > 39 tahun	Ordinal
4.	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden.	Wawancara	Kuesioner no. A. 3	0 = SMA 1 = Diploma 2 = ≥ Sarjana	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5.	Profesi	Posisi atau jabatan responden di Puskesmas pada saat penelitian dilakukan.	Wawancara	Kuesioner no. A. 4	0= dokter umum 1= dokter gigi 2= bidan 3= perawat 4= analis laboratorium 5= farmasi 6=administrasi	Ordinal
6.	Pengetahuan tentang HIV-AIDS	Pemahaman responden tentang HIV-AIDS yang bersifat dasar dan medis serta pemahaman tentang pencegahan HIV-AIDS. 1 = Benar 0 = Salah	Wawancara	Kuesioner no. B. 1-20	1 = pengetahuan baik apabila jumlah jawaban yang benar \geq median 0 = pengetahuan kurang apabila jumlah jawaban yang benar $<$ median Cut point: median	Ordinal
7.	Pengalaman pribadi dengan ODHA	Pengalaman responden dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS: 1. Menolong pasien ODHA	Wawancara	Kuesioner no. D 1	1 = pernah 0= tidak pernah	Ordinal
8.	Dukungan (atasan dan rekan kerja)	Dukungan yang diperoleh responden dari atasan dan rekan kerja dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS. 0 = Tidak mendukung 1 = Mendukung	Wawancara	Kuesioner no. E 1-2	1 = mendapat dukungan 0 = tidak mendapat dukungan	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
9.	Keterpaparan oleh informasi tentang HIV-AIDS	Informasi tentang berbagai hal yang berhubungan dengan HIV-AIDS yang pernah diperoleh responden dari: 1. Media massa 2. Pelatihan HIV-AIDS	Wawancara	Kuesioner no. F 1-2	1= terpapar 0= tidak terpapar	Ordinal

3.3 Hipotesis:

Hipotesa untuk penelitian kuantitatif adalah:

1. Ada hubungan antara karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, usia, profesi dan pendidikan) dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
2. Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
3. Ada hubungan antara pengalaman dengan ODHA (menolong ODHA) dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
4. Ada hubungan antara dukungan dari atasan dan rekan kerja dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.
5. Ada hubungan antara keterpaparan informasi tentang HIV-AIDS (media massa dan pelatihan HIV-AIDS) dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Disain penelitian kuantitatif menggunakan kros sektional dengan metode survei sedangkan disain penelitian kualitatif menggunakan *Rapid Assessment Procedure* (RAP).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif dilakukan di Puskesmas Salam, Puskesmas Ibrahim Adjee/Kiaracondong, Puskesmas Pasundan, dan Puskesmas Kopo, Kota Bandung. Pengambilan data kuantitatif dilakukan pada bulan Oktober 2010 sampai minggu ke-1 bulan Nopember 2010, dilanjutkan dengan pengambilan data kualitatif pada minggu ke-2 bulan Nopember 2010.

4.3 Penelitian Kuantitatif

4.3.1 Populasi dan sampel

Populasi sekaligus sampel dalam penelitian kuantitatif adalah semua petugas puskesmas di Puskesmas Salam, Puskesmas Ibrahim Adjee/Kiaracondong, Puskesmas Pasundan, dan Puskesmas Kopo yang merupakan tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS berjumlah 55 orang dengan rincian sebagai berikut: 9 orang dari Puskesmas Salam, masing-masing 15 orang dari Puskesmas Ibrahim Adjee/Kiaracondong dan Puskesmas Kopo serta 16 orang dari Puskesmas Pasundan. Dengan demikian, teknik sampling yang digunakan adalah total sampling, artinya semua anggota populasi sekaligus menjadi sampel. Sampel dari empat Puskesmas terdiri dari: dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, petugas farmasi, analis laboratorium, konselor ODHA dan administrasi.

Namun pada pengumpulan data, terdapat tiga orang petugas yang tidak bisa menjadi responden penelitian karena sedang sakit dan tugas luar, yaitu: satu orang petugas administrasi dari Puskesmas Pasundan, satu orang analis laboratorium dari Puskesmas Kopo dan 1 orang dokter dari Puskesmas Salam.

4.3.2 Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian kuantitatif menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup. Pengisian jawaban untuk variabel sikap menggunakan skala Likert yaitu skala yang menggunakan pernyataan Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS).

4.3.3 Uji Instrumen Penelitian

Uji validitas kuesioner dilakukan pada 25 petugas Puskesmas di luar empat Puskesmas yang diteliti yaitu di Puskesmas Pasirkaliki sebelum pengumpulan data penelitian pada tanggal 30 Agustus – 2 September 2010. Item pertanyaan atau pernyataan dinyatakan valid apabila mempunyai r hitung $>$ r table yaitu 0.369 pada tingkat kemaknaan 5%. Nilai r hitung dapat dilihat pada kolom “*Corrected item-Total Correlation*” (Hastanto, 2007).

Hasil uji validitas pertanyaan pengetahuan HIV-AIDS terdapat 7 pertanyaan yang tetap dipertahankan walaupun r hitung $<$ r tabel karena dianggap penting. Pertanyaan pengetahuan HIV-AIDS dalam kuesioner penelitian ini sebanyak 20 pertanyaan dengan nilai Cronbach’s Alpha sebesar 0.810 (r Alpha $>$ nilai r table), artinya 20 pertanyaan pengetahuan HIV-AIDS dinyatakan reliabel.

Hasil uji validitas pernyataan sikap terhadap ODHA terdapat 2 pernyataan yang dipertahankan walaupun r hitung $<$ r tabel karena dianggap penting. Pernyataan sikap terhadap ODHA dalam kuesioner penelitian ini sebanyak 20 pertanyaan dengan nilai Cronbach’s Alpha sebesar 0.822 (r Alpha $>$ nilai r table), artinya 20 pernyataan sikap dinyatakan reliabel.

4.3.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data kuantitatif dilakukan oleh peneliti dengan bantuan 4 (empat) petugas pengumpul data dari IMPACT Bandung, Unit Penelitian Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran yang sebelumnya telah diberi pelatihan pengambilan data selama tiga hari di IMPACT Bandung. Selain itu, petugas pengambil data diberikan informasi tentang pemahaman pertanyaan dalam kuesioner dan teknik wawancara dengan petugas puskesmas. Petugas pengambil data ikut dalam wawancara yang dilakukan peneliti pada petugas

Puskesmas di Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong. Pengisian kuesioner dilakukan oleh petugas pengambil data.

4.3.5 Pengolahan Data

1) Pemeriksaan data (*editing*)

Pada tahap ini, kuesioner yang telah diisi diperiksa kembali. Langkah ini dilakukan untuk memastikan setiap kuesioner telah dijawab dengan lengkap, jelas, relevan dan konsisten sehingga dapat memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

2) Penandaan data (*coding*)

Setiap variabel penelitian diberikan kode untuk mempermudah dalam proses entry data. Setiap jawaban diberi kode dengan angka-angka yang sesuai dengan yang telah disediakan dalam kotak-kotak di sebelah kanan kuesioner.

3) Memasukkan data ke program di komputer (entri data)

Semua kode jawaban yang telah diisi oleh responden selanjutnya dipindahkan ke komputer dengan program statistik SPSS 13.

4) Membersihkan data

Pembersihan data dilakukan untuk mengecek terjadinya kesalahan setelah data dimasukkan dalam program komputer. Salah satu cara yang dilakukan adalah dengan membuat distribusi frekuensi masing-masing variabel kemudian dilihat kelogisan masing-masing data.

5) Tabulasi

Mengelompokkan data ke dalam satu tabel berdasarkan unsur-unsur yang diteliti dengan cara sederhana (univariat) dan dilanjutkan ke tabel silang (bivariat) dan multivariat.

4.3.6 Analisis Data

Data penelitian kuantitatif dianalisis dengan menggunakan program SPSS 13.

4.3.6.1 Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk mendeskripsikan variabel-variabel yang diteliti data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna (Hastanto, 2007). Data hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel yang memuat

deskripsi variabel independen dan variabel dependen dalam penelitian ini dengan menggunakan ukuran penyajian proporsi (persentase).

4.3.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel terikat. Variabel independen penelitian adalah: karakteristik sosiodemografi, pengetahuan HIV-AIDS, pengalaman menolong ODHA, dukungan atasan dan rekan kerja, keterpaparan informasi HIV-AIDS (pelatihan HIV-AIDS dan media massa). Variabel dependen penelitian adalah sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.

Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi Square* yaitu uji statistik untuk melakukan analisis hubungan variabel katagorik dan variabel katagorik. Tujuan dari digunakannya uji *Chi Square* adalah untuk menguji perbedaan proporsi/persentase dua variabel kategorik.

4.3.6.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel terikat. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda, yaitu uji statistik untuk mengetahui hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen dengan cara mengembangkan model parsimoni (Hastanto, 2007). Artinya variabel yang dimasukkan sedikit jumlahnya namun cukup baik untuk menjelaskan faktor-faktor penting yang berhubungan dengan variabel terikat.

Bentuk kerangka konsep model regresi adalah sebagai berikut:



Adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam regresi logistik ganda adalah:

1. Melakukan analisis bivariat untuk menentukan variabel yang menjadi kandidat dalam pemodelan. Apabila hasil uji bivariat diperoleh nilai $p < 0.25$, maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat.

2. Memilih variabel yang dianggap penting dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang memiliki nilai $p > 0.05$. pengeluaran variabel tidak serentak dilakukan semua yang nilai $p > 0.05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar.
3. Apabila pengeluaran variabel menyebabkan perubahan Odds Ratio (OR) $> 10\%$, maka variabel yang sudah dikeluarkan dimasukkan kembali/dipertahankan dalam model.
4. Pada akhirnya yang tersisa adalah variabel dengan $p < 0.05$.

4.4 Penelitian Kualitatif

4.4.1 Informan dan Informan Kunci

Sampel penelitian kualitatif yang kemudian disebut informan adalah petugas Puskesmas yang bertugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS berjumlah tujuh orang terdiri dari: satu orang dari Puskesmas Kopo, satu orang dari Puskesmas Pasundan, dua orang dari Puskesmas Salam dan dua orang dari Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong. Teknik pemilihan sampling dilakukan secara purposive dan pengambilan informan didasarkan pada prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*).

Informan kunci dalam penelitian kualitatif adalah Kepala Puskesmas, Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Bandung, Konselor ODHA dan seorang ODHA yang merupakan pasien HIV-AIDS di Puskesmas Kopo.

4.4.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data kualitatif dilakukan setelah penelitian kuantitatif dengan menggunakan Wawancara Mendalam (WM) terhadap informan dan informan kunci. Dalam melakukan wawancara mendalam pewawancara menggunakan pedoman wawancara yang memberi kemungkinan bagi pewawancara untuk memberikan pertanyaan-pertanyaan tambahan selama pertanyaan tersebut masih berkaitan dengan tujuan penelitian.

Wawancara mendalam dengan informan pertama dilakukan pada petugas dari Puskesmas Salam dilanjutkan secara berurutan dengan petugas Puskesmas Kopo, Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong dan Puskesmas Pasundan. Waktu melakukan wawancara mendalam sesuai kesepakatan antara pewawancara dengan petugas Puskesmas yaitu selesai jam kerja atau menjelang jam pulang kerja sehingga tidak mengganggu kerja petugas puskesmas. Tempat wawancara dilakukan di empat Puskesmas dan dilakukan sekitar 25 menit.

Wawancara mendalam dengan informan kunci dilakukan setelah wawancara mendalam dengan semua informan penelitian kualitatif selesai. Waktu dan tempat wawancara dilakukan sesuai kesepakatan antara pewawancara dengan informan kunci. Wawancara dengan Kepala Puskesmas dilakukan di puskesmas, sedangkan wawancara dengan Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bandung. Wawancara mendalam dengan konselor ODHA dan ODHA dilakukan di Klinik Teratai Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin.

4.4.3 Prosedur Penelitian

Pewawancara pada wawancara mendalam adalah peneliti sendiri. Wawancara mendalam dilakukan setelah penelitian kuantitatif dan tujuannya untuk melengkapi hasil penelitian kuantitatif. Dengan demikian pedoman wawancara dibuat berdasarkan hasil analisis data penelitian kuantitatif dengan tujuan untuk mencari informasi mendalam mengenai faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan sikap dalam penelitian kuantitatif. Namun sebelum dilakukan wawancara mendalam, informan terlebih dahulu menandatangani form kesediaan yang menyatakan kesediaan menjadi informan penelitian kualitatif dan diwawancarai, kerahasiaan informasi yang diberikan, dan hasil wawancara mendalam direkam menggunakan alat perekam.

4.4.4 Pengolahan dan Analisis Data

Hasil wawancara mendalam diolah dengan menggunakan program EZTEXT kemudian dianalisis dengan menggunakan metode *content analysis* dengan langkah-langkah berikut:

- a. Hasil rekaman ditulis dalam bentuk transkrip.
- b. Catatan lapangan (*field note*) digunakan untuk melengkapi transkrip.

- c. Data yang diperoleh dikelompokkan sesuai dengan tujuan penelitian.
- d. Hasil analisis disajikan dalam bentuk narasi dengan kutipan pernyataan informan dan informan kunci dalam wawancara mendalam.



BAB V

GAMBARAN LOKASI PENELITIAN

5.1 Puskesmas Salam

5.1.1 Wilayah kerja Puskesmas Salam

Puskesmas Salam terletak di Jalan Salam No. 27, RT 04 RW 06, Kelurahan Cihapit Kecamatan Bandung Wetan Wilayang Cibeunying. Wilayah kerja Puskesmas Salam mencakup satu kecamatan yang terdiri dari dua kelurahan yaitu Kelurahan Citarum dan Kelurahan Cihapit dengan jumlah penduduk sebanyak 9.197 jiwa yang tersebar di 82 RT dan 16 RW (www.bandung.go.id).

Lingkungan di Kelurahan Cihapit dan Citarum merupakan daerah elite dimana kebanyakan masyarakatnya mempunyai taraf ekonomi menengah ke atas. Mata pencaharian penduduk di Kelurahan Cihapit dan Kelurahan Citarum adalah pegawai negeri sebanyak 35,80% dan pegawai swasta sebanyak 23,05%. Kepadatan penduduk di kedua kelurahan tersebut termasuk rendah dan jumlah anggota dari tiap keluarga relatif sedikit (Laporan Tahunan UPT Puskesmas Salam Tahun 2009). Disamping itu, wilayah kerja Puskesmas Salam berada di pusat kota dan pusat pemerintahan sehingga fasilitas sarana kesehatan baik negeri maupun swasta banyak tersebar di wilayah kerja Puskesmas ini. Walau demikian, kunjungan masyarakat ke Puskesmas Salam bisa mencapai 200 pasien per harinya. Hal ini dikarenakan lokasi Puskesmas Salam strategis dapat dijangkau kendaraan roda empat dan roda dua dengan mudah sehingga banyak masyarakat di luar wilayah kerja Puskesmas Salam yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Salam.

5.1.2 Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas Salam

Jumlah pasien HIV-AIDS di Puskesmas Salam cukup banyak. Hal ini dapat dilihat dari jumlah pasien HIV-AIDS yang ditangani di Puskesmas Salam pada tahun 2008 adalah sebanyak 77 pasien dan sebagian besar dari mereka berusia produktif yaitu 22-29 tahun. Banyaknya pasien ODHA di Puskesmas Salam dikarenakan Puskesmas ini telah menjalankan program *Out Reach Centre* (ORC) sejak tahun 2006 sehingga banyak menjangkau ODHA. Layanan kesehatan HIV-AIDS yang dilaksanakan di Puskesmas Salam adalah kesehatan

dasar, konseling, tes HIV, tukar jarum suntik, dan terapi ARV. Tim petugas pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas salam adalah 9 orang, terdiri dari: 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 2 orang perawat, 1 orang bidan, 1 orang petugas farmasi, 1 orang analis laboratorium dan 1 orang petugas administrasi.

5.2 Puskesmas Kopo

5.2.1 Wilayah kerja Puskemas Kopo

Puskesmas Kopo terletak di Jl. Kopo No. 369, eks wilayah Tegallega Kecamatan Bojongloa Kidul, berada di bagian Selatan Kota Bandung. Secara umum wilayah Kecamatan Bojongloa Kidul berbentuk sebuah mangkuk besar. Bentuk demikian menyebabkan polusi udara dan pencemaran air dan tanah yang menyebabkan sulit dinetralisir secara alami. Di beberapa bagian wilayah seperti sebagian selatan Kelurahan Kebonlega, bagian timur Cibaduyut dan sebelah barat Mekarwangi masih ditemukan hunian berdiri di atas kolam dengan tingkat sanitasi lingkungan yang mencemaskan. Dampak negatif kondisi tersebut adalah penularan penyakit berbasis lingkungan seperti diare, ISPA, dan TBC menjadi lebih mudah.

Berdasarkan data kependudukan Pemerintah Kota Bandung sampai akhir tahun 2009 wilayah Bojongloa Kidul memiliki 262 RT dan 44 RW, tersebar di 6 kelurahan, dengan jumlah penduduk sebanyak 71.185 jiwa (www.bandung.go.id). Di salah satu kelurahan yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Kopo yaitu Kelurahan Situsaeur terdapat terminal Leuwipanjang sebagai terminal angkutan antar kota dan antar provinsi. Di sekitarnya secara alamiah tumbuh komunitas penunjang sebuah terminal seperti: gelandangan, pengemis, anak terlantar, kuli angkut, calo dan preman. Komunitas ini sangat rentan terhadap masalah kesehatan, diantaranya adalah tindak kekerasan, penyalahgunaan narkoba, dan tindakan asusila yang dilakukan komunitas terminal. Berbeda dengan Puskesmas Salam, masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kopo kebanyakan bermata pencaharian sebagai pedagang sebanyak 13.59%, pelajar/mahasiswa sebanyak 31.43%, sisanya adalah profesi pegawai negeri, pegawai swasta dan TNI/Polri.

5.2.2 Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas Kopo

Petugas Puskesmas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas Kopo berjumlah 15 orang, terdiri dari: 3 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 3 orang bidan, 5 orang perawat, 1 orang farmasi dan 2 orang administrasi. Pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas Kopo aktif sejak tahun 2008. Di Puskesmas Kopo kunjungan dari ibu hamil lebih banyak daripada pasien HIV-AIDS lainnya. Hal ini dapat dilihat dari jumlah pasien HIV-AIDS dari ibu hamil pada tahun 2009 yang mencapai 176 orang dan 7 orang bayi yang dilahirkan dari ibu pasien HIV-AIDS. Tingginya jumlah pasien HIV-AIDS dari ibu hamil di Puskesmas Kopo dikarena letak Puskesmas yang dekat dengan terminal bus luar kota Leuwipanjang dimana komunitasnya banyak yang rentan terhadap masalah kesehatan, khususnya HIV-AIDS.

5.3 Puskesmas Pasundan

5.3.1 Wilayah kerja Puskesmas Pasundan

Lokasi Puskesmas Pasundan berada di Jl. Pasundan No. 99, Bandung. Puskesmas Pasundan memiliki wilayah binaan sebanyak 2 kelurahan yaitu Kelurahan Balong Gede dan Kelurahan Pungkur dengan jumlah penduduk 18.617 jiwa (www.bandung.go.id). Dari segi mata pencaharian, penduduk di wilayah kerja Puskesmas Pasundan sebagian besar adalah pedagang 27.13%, sebanyak 12.09% bekerja sebagai karyawan perusahaan swasta, yang lainnya berprofesi sebagai PNS, TNI/Polri, dan sebagian besar sebagai pelajar/mahasiswa sebanyak 29.01%.

5.3.2 Program Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas Pasundan

Petugas Puskesmas Pasundan yang tergabung dalam tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS berjumlah 16 orang, terdiri dari: 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 3 orang bidan, 7 orang perawat, 1 orang analis laboratorium, 1 orang petugas farmasi dan 1 orang petugas administrasi.

Pasien HIV-AIDS yang berkunjung ke Puskesmas Pasundan sebagian besar adalah dari masyarakat dengan masalah Infeksi Menular Seksual (IMS). Hal ini dikarenakan lokasi Puskesmas Pasundan yang dekat dengan alun-alun Kota Bandung, tempat di mana banyak terjadi kasus prostitusi.

5.4 Puskesmas Ibrahim Adjie /Kiaracandong

5.4.1 Wilayah Kerja Puskesmas Ibrahim Adji/Kiaracandong

Puskesmas Ibrahim Adji terletak di Jl. Ibrahim Adji, Kelurahan Kebon Waru, Kecamatan Batununggal, Bandung. Puskesmas ini membina 3 Kelurahan yaitu Kelurahan Kebon Waru, Kebon Gedang dan Kelurahan Cibangkong yang terdiri dari 29 RW dan 208 RT. Jumlah penduduk di wilayah binaan Puskesmas Ibrahim Adji 44.276 jiwa. Dari segi mata pencaharian, penduduk di wilayah kerja Puskesmas Ibrahim Adji sebagian besar adalah pekerja di perusahaan swasta (24.85%). Penduduk lainnya bermata pencaharian sebagai pedagang sebanyak 11.06%, 6.38% sebagai PNS/TNI/Polri, dan sisanya adalah pelajar/mahasiswa.

5.4.2 Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas Ibrahim Adji/Kiaracandong

Tim pelayanan HIV-AIDS di Puskesmas Ibrahim Adji/Kiaracandong berjumlah 15 orang, terdiri dari: 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 4 orang bidan, 2 orang perawat, 1 orang analis laboratorium, 2 orang petugas farmasi, 2 orang administrasi.

Jumlah kasus HIV-AIDS yang ditangani di Puskesmas Ibrahim Adji sampai tahun 2009 adalah sebanyak 26 orang dewasa dan 16 orang bayi. Banyaknya pasien HIV-AIDS yang masih berusia bayi di Puskesmas Ibrahim Adji/Kiaracandong dikarenakan di wilayah kerja Puskesmas ini banyak masyarakat yang menggunakan narkoba.

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Hasil Penelitian Kuantitatif

6.1.1 Karakteristik sosiodemografi responden

Berikut adalah jumlah responden penelitian kuantitatif berdasarkan puskesmas.

Tabel 6.1. Responden penelitian kuantitatif berdasarkan Puskesmas (n52)

Puskesmas	Responden
Salam	8
Kopo	15
Pasundan	15
Ibrahim Adjie/Kiaracondong	14
Total	52

Tabel 6.1. menunjukkan responden dari Puskesmas Salam sebanyak 8 orang, Puskesmas Kopo dan Puskesmas Pasundan masing-masing 15 orang, sedangkan responden dari Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong sebanyak 14 orang. Adapun distribusi karakteristik sosiodemografi responden dalam penelitian kuantitatif dapat dilihat pada Tabel 6.2.

Pada Tabel 6.2. dapat dilihat sebagian besar responden adalah perempuan (84,6%) sedangkan laki-laki (15,4%). Lebih dari separuh responden berusia >39 tahun (53,8%) sedangkan yang berusia \leq 39 tahun sebanyak (46,2%). Profesi responden paling banyak adalah non medis (bidan, perawat, analis laboratorium, farmasi, dan administrasi) sebanyak (76,9%), sedangkan responden yang berprofesi medis sebanyak (23,1%). Berdasarkan pendidikan, sebagian responden berpendidikan Sarjana ke atas sebanyak (50%), sedangkan responden yang berpendidikan Diploma sebanyak (40,4%) dan hanya sebagian kecil responden berpendidikan SMA sebanyak 5 orang (9,6%).

Tabel 6.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n-52)

Variabel	f	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	8	15,4
Perempuan	44	84,6
Usia		
≤ 39 tahun	24	46,2
> 39 tahun	28	53,8
Profesi		
dokter umum	8	15,4
dokter gigi	4	7,7
bidan	11	21,1
perawat	16	30,8
analisis laboratorium	3	5,8
farmasi	5	9,6
administrasi	5	9,6
Pendidikan		
SMA	5	9,6
Diploma	21	40,4
≥ Sarjana	26	50

Tabel 6.3 Distribusi Karakteristik Sosiodemografi Responden di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n-52)

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal - Maksimal	95% CI
Jenis kelamin	1,85	2,000	0,364		1,74 - 1,95
Usia	40,10	39,00	8,995	23 - 59	37,59 - 42,60
Profesi	3,71	4,00	1,786		3,21 - 4,21
Pendidikan	1,40	1,50	0,644		1,22 - 1,59

Tabel 6.3. menunjukkan distribusi variabel sosiodemografi responden dalam penelitian ini tidak normal sehingga yang menjadi dasar pengelompokan sosiodemografi responden adalah nilai median.

6.1.2 Pengetahuan responden mengenai HIV-AIDS

Berikut adalah distribusi pengetahuan mengenai HIV-AIDS responden penelitian kuantitatif.

Tabel 6.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n=52)

Pengetahuan HIV-AIDS	Tidak tahu		Tahu	
	f	%	f	%
Pengetahuan HIV-AIDS Dasar				
Pengertian HIV-AIDS	1	1,9	51	98,1
Tes darah untuk mengetahui status HIV-AIDS,	5	9,6	47	90,4
Ciri-ciri fisik ODHA	10	19,2	42	80,4
Penularan HIV-AIDS				
Menular				
Melakukan hubungan seks tanpa kondom	4	7,7	48	92,3
Dari ibu hamil yang HIV pada anak yang dikandungnya	5	9,6	47	90,4
Pemakaian jarum bersama	2	3,8	50	96,2
Melalui kontak darah	3	5,8	49	94,2
Melalui transfusi darah	2	3,8	50	96,2
Tidak menular				
Melalui makanan	7	13,5	45	86,5
Melalui minuman	7	13,5	45	86,5
Melalui ciuman	6	11,5	46	88,5
Melalui gigitan nyamuk	7	13,5	45	86,5
Melalui bersin/batuk	4	7,7	48	92,3
Pencegahan HIV-AIDS				
Memiliki satu pasangan tetap	2	3,8	50	96,2
Menggunakan sarung tangan	45	86,5	7	13,5
Menghindari aktivitas berisiko penularan HIV-AIDS	4	7,7	48	92,3
Tidak mempunyai luka ketika menolong pasien	3	5,8	49	94,2
Melakukan terapi ARV pada Ibu hamil	32	61,5	20	38,5
Tidak dilakukan proses melahirkan normal pada Ibu yang HIV	10	19,2	42	80,8
Pengobatan HIV-AIDS				
Melakukan terapi ARV secara rutin dan teratur	17	32,7	35	67,3

Tabel 6.4. menunjukkan bahwa sebagian besar responden (98,1%) mengetahui bahwa HIV-AIDS adalah penyakit menular yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Di samping itu, sebagian besar responden mengetahui cara untuk mengetahui status HIV-AIDS (90,4%) dan ciri-ciri ODHA tidak bisa dilihat dari penampilan fisik (80,4%).

Persentase responden yang mengetahui tentang penularan HIV-AIDS terbanyak secara berturut-turut adalah melalui transfusi darah (96,2%), pemakaian jarum secara bersama (96,2%), melalui kontak darah (94,2%), melalui hubungan seks tanpa kondom (92,3%), dari Ibu hamil yang HIV kepada janin yang dikandungnya (90,4%). Persentase responden yang mengetahui HIV-AIDS tidak menular melalui beberapa aktifitas terbanyak secara berturut-turut adalah bersin/batuk ADS (92,3%), melalui ciuman (88,5%), makanan (86,5%), minuman (86,5%), dan gigitan nyamuk (86,5%).

Persentase responden yang mengetahui cara pencegahan HIV-AIDS yang terbanyak secara berturut-turut adalah memiliki satu pasangan tetap (96,2%), tidak mempunyai luka ketika menolong pasien (94,2%), menghindari aktivitas berisiko penularan HIV-AIDS (92,3%), tidak melakukan proses melahirkan normal pada ibu yang HIV (80,8%), melakukan terapi ARV pada ibu hamil yang HIV (38,5%) dan menggunakan sarung tangan (13,5%).

Persentase responden yang mengetahui pengobatan HIV-AIDS melalui terapi ARV adalah sebanyak (67,3%), sedangkan sisanya (32,7%) tidak mengetahui.

Selanjutnya masing-masing jawaban dari responden dijumlahkan kemudian dibagi 20 (banyak pertanyaan) dikalikan 100, dan hasilnya dapat dilihat pada Tabel 6.4. dimana dapat diketahui bahwa skor pengetahuan terendah adalah 50 (3,8%) dan tertinggi adalah 100 (3,8%).

Tabel 6.5. Distribusi Frekuensi Skor Pengetahuan Responden mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010

Variabel	Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Pengetahuan HIV-AIDS	83,08	90	13,327	50 - 100	79,37 - 86,79

Dari skor pengetahuan tersebut selanjutnya dilakukan pengkategorian pengetahuan responden mengenai HIV-AIDS menjadi dua kelompok, yaitu: kurang dan baik. Berdasarkan pengetahuan HIV-AIDS, lebih dari separuh responden (53,8%) berpengetahuan HIV-AIDS baik, sedangkan responden yang

berpengetahuan HIV-AIDS kurang adalah (46,2%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 6.6.

Tabel 6.6. Distribusi Frekuensi Kategori Pengetahuan Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n=52)

Kategori Pengetahuan HIV-AIDS	Kurang		Baik	
	f	%	f	%
Pengetahuan HIV-AIDS	24	46,2	28	53,8

6.1.3 Keterpaparan Informasi tentang HIV-AIDS

Tabel 6.7. Distribusi Frekuensi Keterpaparan Informasi Responden Mengenai HIV-AIDS di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010. (n=52)

Keterpaparan Informasi HIV-AIDS	Tidak terpapar		Terpapar	
	f	%	f	%
Media massa				
Cetak				
Brosur	18	34,6	34	65,4
Koran	25	48,1	27	51,9
Majalah	27	51,9	25	48,1
Elektronik				
TV	18	34,6	34	65,4
Radio	33	63,5	19	36,5
Pelatihan HIV-AIDS	15	28,8	37	71,2

Tabel 6.7. menunjukkan lebih dari separuh responden (71,2%) terpapar informasi mengenai HIV-AIDS melalui pelatihan HIV-AIDS, (65,4%) responden terpapar informasi HIV-AIDS dari brosur, (51,9%) responden terpapar informasi HIV-AIDS dari koran, (48,1%) responden terpapar informasi HIV-AIDS dari majalah dan (36,5%) responden terpapar informasi HIV-AIDS dari radio.

6.1.4 Pengalaman Menolong ODHA

Tabel 6.8. menunjukkan pengalaman responden yang menolong ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS masih relatif tinggi, yaitu sebanyak 67,2% dan sisanya sebanyak 32,7% responden belum pernah menolong pasien ODHA.

Tabel 6.8. Distribusi Frekuensi Pengalaman Responden Menolong ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n-52)

Pengalaman dengan ODHA	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Menolong ODHA	35	67,3	17	32,7

6.1.5 Dukungan dari Atasan dan Rekan Kerja

Dukungan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan HIV-AIDS diharapkan dari atasan dan rekan kerja.

Tabel 6.9. Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Atasan dan Rekan Kerja di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n-52)

Dukungan	Mendukung		Tidak mendukung	
	f	%	f	%
Atasan	33	63,5	19	36,5
Rekan kerja	42	80,8	10	19,2

Tabel 6.9. menunjukkan sebagian besar responden (80,8%) memperoleh dukungan dari rekan kerja dan lebih dari separuh responden (63,5%) memperoleh dukungan dari atasan.

6.1.6 Sikap responden terhadap ODHA

Tabel 6.10. menunjukkan sebagian responden (13,5%) setuju dan lebih dari separuh responden (75%) sangat setuju bahwa ODHA adalah karena perbuatan sendiri dan tidak perlu dikasihani, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (11,5%),

Sebagian responden sangat setuju (50%) dan setuju (23,1%) bahwa penganus seks bebas adalah yang paling bersalah dalam penyebaran HIV-AIDS, sedangkan responden yang sangat tidak setuju sebanyak (26,9%).

Sebagian besar responden setuju (84,6%) dan yang sangat setuju (9,6%) berteman dengan ODHA adalah hal yang memalukan, sedangkan hanya (5,8%) responden tidak setuju berteman dengan ODHA merupakan hal yang memalukan.

Tabel 6.10. Distribusi Sikap Responden terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung Tahun 2010, (n=52)

Uraian pernyataan sikap	SS	S	TS	STS
	%	%	%	%
Persepsi terhadap ODHA				
ODHA adalah karena perbuatan sendiri	13,5	75	11,5	-
Penganut seks bebas adalah yang paling bersalah dalam penyebaran HIV	23,1	50	-	26,9
Internalisasi rasa malu				
Malu apabila berteman dengan ODHA	9,6	84,6	5,8	-
Aib apabila ada anggota keluarga yang ODHA	11,5	61,5	23,1	3,8
Takut terhadap ODHA				
Perasaan was-was berhadapan dengan ODHA	17,3	53,8	28,8	-
Takut melakukan kontak fisik dengan ODHA karena takut tertular	13,5	59,6	25	1,9
Tidak takut melakukan kontak fisik dengan ODHA dalam pemeriksaan kesehatan	7,7	73,1	19,2	-
Pandangan mengenai perawatan kesehatan ODHA				
Perawatan kesehatan hanya menambah lama penderitaan ODHA	15,4	75	9,6	-
ODHA tidak perlu pelayanan kesehatan	28,8	69,2	1,9	-
Intensi melakukan diskriminasi terhadap ODHA				
Kartu pasien ODHA diberi keterangan HIV	9,6	44,2	36,5	9,6
Keinginan pindah kerja karena berhadapan dengan ODHA	5,8	88,5	3,8	1,9
Membatasi bergaul dengan ODHA	11,5	51,9	34,6	1,9
Tidak keberatan apabila ada ODHA yang memilih tidak berobat	28,8	59,6	11,5	-
Tidak ingin menggunakan barang yang pernah dipegang ODHA	7,7	61,5	26,9	3,8
Tidak ingin berbagi peralatan makan/minum dengan ODHA	5,8	71,2	23,1	-
Pelayanan kesehatan HIV-AIDS dipisahkan dari pelayanan kesehatan umum	1,9	38,5	40,4	19,2
Menolong ODHA berarti keselamatan petugas terancam	9,6	55,8	30,8	3,8
Kesediaan menolong ODHA				
Bersedia menolong setiap ODHA	15,4	73,1	11,5	-
Menolong ODHA adalah tugas mulia	26,9	69,2	3,8	-
Bersedia melakukan kontak fisik dengan ODHA	7,7	65,4	23,1	3,8

Lebih dari separuh responden setuju (61,5%) dan sangat setuju (11,5%) apabila ada anggota keluarga yang ODHA merupakan aib, sedangkan responden yang tidak setuju (23,1%) dan sangat tidak setuju sebanyak (3,8%).

Lebih dari separuh responden setuju (53,8%) dan sangat setuju (17,3%) merasa was-was ketika berhadapan dengan ODHA, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (28,8%).

Lebih dari separuh responden setuju (59,6%) dan sangat setuju (13,5%) takut melakukan kontak fisik dengan ODHA karena takut menular, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (25%) dan yang sangat tidak setuju hanya (1,9%). Namun lebih dari separuh responden (73,1%) setuju dan sangat setuju (7,7%) tidak takut melakukan kontak fisik dengan ODHA dalam pemeriksaan kesehatan, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (19,2%).

Lebih dari separuh responden setuju (75%) dan sangat setuju (15,4%) bahwa perawatan kesehatan hanya menambah lama penderitaan ODHA, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (9,6%).

Lebih dari separuh responden (69,2%) setuju dan sangat setuju (28,8%) ODHA tidak perlu pelayanan kesehatan, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (1,9%).

Sebagian responden setuju (44,2%) dan sangat setuju (9,6%) kartu identitas pasien ODHA diberi keterangan HIV, sedangkan responden yang tidak setuju (36,5%) dan sangat tidak setuju sebanyak (9,6%).

Sebagian besar responden setuju (88,5%) dan sangat setuju (5,8%) ingin pindah kerja apabila terus berhadapan dengan ODHA, sedangkan responden yang tidak setuju (3,8%) dan sangat tidak setuju sebanyak (1,9%).

Sebagian responden setuju (51,9%) dan sangat setuju (11,5%) membatasi bergaul dengan ODHA, sedangkan responden yang tidak setuju (34,6%) dan sangat tidak setuju sebanyak (1,9%).

Lebih dari separuh responden setuju (59,6%) dan sangat tidak setuju (28,8%) tidak keberatan apabila ODHA memilih tidak berobat, sedangkan responden yang setuju hanya (11,5%).

Lebih dari separuh responden setuju (61,5%) dan sangat setuju (7,7%) tidak ingin menggunakan barang yang pernah dipegang ODHA, sedangkan

responden yang tidak setuju sebanyak (26,9%) dan sangat tidak setuju hanya (3,8%).

Lebih dari separuh responden setuju (71,2%) dan sangat setuju (5,8%) tidak ingin berbagi peralatan makan/minum dengan ODHA, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (23,1%).

Sebagian responden setuju (38,5%) dan sangat setuju (1,9%) pelayanan kesehatan HIV-AIDS dipisahkan dari pelayanan kesehatan umum, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (40,4%) dan yang sangat tidak setuju sebanyak (19,2%).

Sebagian responden setuju (55,8%) dan sangat setuju (9,6%) menolong ODHA berarti keselamatan petugas sedang terancam, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (30,8%) dan yang sangat tidak setuju hanya (3,8%).

Namun lebih dari separuh responden setuju (73,1%) dan sangat setuju (15,4%) bersedia menolong setiap ODHA yang datang ke puskesmas, sedangkan hanya (11,5%) yang tidak setuju bersedia menolong setiap ODHA.

Sebagian responden setuju (69,2%) dan sangat setuju (26,9%) menolong ODHA adalah tugas mulia, dan responden yang tidak setuju hanya (3,8%).

Sebagian responden setuju (65,4%) dan tidak setuju (7,7%) bersedia melakukan kontak fisik dengan ODHA, sedangkan responden yang tidak setuju sebanyak (23,1%) dan tidak setuju hanya (3,8%).

Jawaban responden mengenai sikap terhadap ODHA selanjutnya dijumlahkan untuk mengetahui skor sikap dan hasilnya seperti yang dapat dilihat pada Tabel 6.11.

Tabel 6.11. Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n=52)

Skor sikap	Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Sikap terhadap ODHA	283,65	280	27,46	220 - 350	276,01 - 291,30

Tabel 6.11 menunjukkan nilai mean=283.65, sedangkan nilai media=280 dan nilai minimum-maksimum=220-350. Dalam penelitian ini pengkategorian sikap responden terhadap ODHA dilakukan berdasarkan nilai median menjadi dua

kelompok, yaitu: positif dan negatif. Hasil pengkategorian sikap dapat dilihat pada Tabel 6.12.

Tabel 6.12. Distribusi Frekuensi Kategori Sikap Responden terhadap ODHA di 4 Puskesmas di Kota Bandung, Tahun 2010 (n=52)

Sikap	f	%
Negatif	21	40,4
Positif	31	59,6

Tabel 6.12. menunjukkan lebih dari separuh responden (59,6%) responden bersikap positif terhadap ODHA, sedangkan responden yang bersikap negatif terhadap ODHA sebanyak (40,4%).

6.1.7 Hubungan antara Variabel Independen terhadap Variabel Dependen

6.1.7.1 Analisis Bivariat

Sebelum dilakukan analisis bivariat, dilakukan kategori ulang pada variabel bebas, yaitu pendidikan dan media massa. Variabel pendidikan dikategorikan menjadi SMA-Diploma dan \geq Sarjana, sedangkan variabel media massa dikategorikan menjadi media cetak dan media elektronik. Berikut adalah hasil analisis bivariat.

Tabel 6.13. menunjukkan persentase sikap positif terhadap ODHA pada responden laki-laki (63,5%) lebih tinggi dibandingkan responden perempuan (59,1%). Dari uji *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,856$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan sikap terhadap ODHA.

Persentase sikap positif pada responden yang berusia >39 tahun (60,7%) lebih tinggi dibandingkan responden yang berusia ≤ 39 tahun (58,3%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p = 1,00$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara usia responden dengan sikap terhadap ODHA.

Persentase sikap positif pada responden yang berprofesi non medis (60%) lebih tinggi dibandingkan responden dari kelompok medis (58,3%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p= 0,918$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara profesi responden dengan sikap terhadap ODHA.

Tabel 6.13. Analisis Bivariat antara Variabel Independen dengan Sikap terhadap ODHA di 4 Puskesmas, di Kota Bandung Tahun 2010 (n=52)

Variabel Independen	Sikap terhadap ODHA				Total		OR (95% CI)	P
	Negatif		Positif					
	f	%	f	%	f	%		
Jenis kelamin								
Laki-laki	3	37,5	5	63,5	8	100	0,867	0,856
Perempuan	18	40,9	26	59,1	44	100	0,184 - 4,093	
Usia								
≤ 39 tahun	10	41,7	14	58,3	24	100	1,104	1,00
> 39 tahun	11	39,3	12	60,7	28	100	0,364 - 3,352	
Profesi								
Non medis	16	40	24	60	40	100	0,933	0,918
Medis	5	41,7	7	58,3	12	100	0,252 - 3,461	
Pendidikan								
SMA - Diploma	13	50	13	50	26	100	2,250	0,258
≥ Sarjana	8	30,8	18	69,2	26	100	0,724 - 6,989	
Pengetahuan								
Kurang	13	54,2	11	45,8	24	100	2,955	0,111
Baik	8	28,6	20	71,4	28	100	0,938 - 9,309	
Pengalaman								
Tidak pernah menolong ODHA	11	64,7	6	35,3	17	100	4,583	0,029
Pernah menolong ODHA	10	28,6	25	71,4	35	100	1,332 - 15,772	
Keterpaparan Informasi HIV-AIDS								
Pelatihan HIV-AIDS								
Tidak pernah pelatihan	9	52,9	6	40	17	100	3,125	0,128
Pernah pelatihan	12	34,3	25	67,6	35	100	0,903 - 10,813	
Media cetak								
Ya	17	43,6	22	56,4	39	100	0,575	0,624
Tidak	4	30,8	9	69,2	13	100	0,151 - 2,190	
Media Elektronik								
Ya	14	41,2	20	58,8	34	100	0,909	1,00
Tidak	7	38,9	11	61,1	18	100	0,283 - 2,924	
Dukungan rekan kerja								
Tidak mendukung	2	20	8	80	10	100	0,303	0,129
Mendukung	19	45,2	23	54,8	42	100	0,057 - 1,595	
Dukungan atasan								
Tidak mendukung	8	42,1	11	57,9	19	100	1,119	1,00
Mendukung	13	39,4	20	60,9	33	100	0,355 - 3,525	

P<0,05

Presentase sikap positif pada responden yang berpendidikan \geq Sarjana (69,2%) lebih tinggi dibandingkan responden yang berpendidikan SMA-Diploma (50%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p= 0,258$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden yang berpengetahuan HIV-AIDS baik (71,4%) lebih tinggi dibandingkan responden yang pengetahuannya kurang (45,8%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p= 0,111$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan HIV-AIDS responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden yang pernah menolong ODHA (71,4%) lebih tinggi dibandingkan responden yang belum pernah menolong ODHA (35,3%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p= 0,029$ ($p <0,05$), berarti ada hubungan yang bermakna antara pengalaman menolong ODHA responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden yang pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS (67,6%) lebih tinggi dibandingkan responden yang belum pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS (40%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p= 0,128$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan HIV-AIDS responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden yang tidak terpapar informasi mengenai HIV-AIDS dari media cetak (56,4%) lebih rendah dibandingkan responden yang terpapar (69,2%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p=0,624$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi HIV-AIDS dari media cetak responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden yang terpapar informasi mengenai HIV-AIDS dari media elektronik (58,8%) lebih rendah dibandingkan responden yang terpapar informasi HIV-AIDS dari media elektronik (61,1%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p= 1,00$ ($p>0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi HIV-AIDS dari media elektronik responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden yang tidak mendapat dukungan rekan kerja (80%) lebih tinggi dibandingkan responden yang mendapat dukungan rekan kerja (54,8%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p = 0,148$ ($p > 0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan dari rekan kerja responden dengan sikap terhadap ODHA.

Presentase sikap positif pada responden mendapat dukungan atasan (60,9%) lebih tinggi dibandingkan responden yang tidak mendapat dukungan atasan (57,9%). Dari hasil uji *Chi Square*, diperoleh nilai $p = 1,00$ ($p > 0,05$), berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan atasan responden dengan sikap terhadap ODHA.

6.1.7.2 Analisis Multivariat

Hasil seleksi bivariat pada tabel 6.14. dapat diketahui bahwa terdapat 5 variabel independen yang memiliki nilai $p < 0,25$, yaitu: pendidikan ($p = 0,135$), pengetahuan HIV-AIDS ($p = 0,060$), pelatihan HIV-AIDS ($0,068$), pengalaman menolong ODHA ($p = 0,013$) dan dukungan rekan kerja ($p = 0,129$), maka kelima variabel tersebut masuk dalam pemodelan multivariat.

Tabel 6.14. Seleksi Bivariat Variabel yang diikutkan dalam Analisis Multivariat

Variabel Independen	OR (95% CI)	P	Diikutkan dalam model multivariat
Jenis kelamin	0,867 (0,184 - 4,093)	0,856	Tidak
Umur	1,104 (0,364 - 3,352)	0,862	Tidak
Profesi	0,933 (0,252 - 3,461)	0,918	Tidak
Pendidikan	1,912 (0,805 - 4,541)	0,135	Ya*
Pengetahuan HIV-AIDS	2,955 (0,938 - 9,309)	0,06	Ya*
Menolong ODHA	4,583 (1,332 - 15,772)	0,013	Ya*
Pelatihan HIV-AIDS	3,125 (0,903 - 10,813)	0,068	Ya*
Media cetak	0,575 (0,151 - 2,190)	0,409	Tidak
Media elektronik	0,909 (0,283 - 2,924)	0,873	Tidak
Dukungan atasan	1,119 (0,355 - 3,525)	0,848	Tidak
Dukungan rekan kerja	0,303 (0,057 - 1,599)	0,129	Ya*

* $p < 0,25$

Selanjutnya kelima variabel independen tersebut dilakukan analisis multivariat. Dari model ini dilihat perubahan nilai OR dan didapat hasil seperti pada Tabel 6.14.

Tabel 6.15. Model 1 Regresi Logistik Multivariat

Variabel	OR	95% CI	p
Pendidikan	1,619	0,584 - 4,483	0,354
Pengetahuan HIV-AIDS	2,075	0,502 - 8,582	0,314
Pelatihan HIV-AIDS	2,234	0,421 - 11,853	0,345
Menolong ODHA	3,708	0,632 - 11,601	0,179
Dukungan rekan kerja	0,201	0,032 - 1,275	0,089

$p < 0,05$

Tabel 6.15. menunjukkan variabel dengan nilai p terbesar adalah variabel pendidikan, maka pendidikan dikeluarkan dalam model dan diperoleh hasil seperti yang dapat dilihat pada Tabel 6.16.

Tabel 6.16. Model 2 Regresi Logistik Multivariat

Variabel	OR tanpa pendidikan	95% CI	Perubahan OR (%)	P
Pengetahuan HIV-AIDS	2,003	0,579 - 9,161	3,4	0,236
Pelatihan HIV-AIDS	2,215	0,370 - 8,905	0,8	0,463
Menolong ODHA	3,428	0,870 - 13,504	7,5	0,078
Dukungan rekan kerja	0,207	0,033 - 1,295	2,6	0,092

$p < 0,05$

Tabel 6.16 menunjukkan variabel dengan nilai p terbesar adalah variabel pelatihan HIV-AIDS, maka pelatihan HIV-AIDS dikeluarkan dalam model dan diperoleh hasil seperti yang dapat dilihat pada Tabel 6.17.

Tabel 6.17. Model 3 Regresi Logistik Multivariat

Variabel	OR	95% CI	Perubahan OR (%)	P
Pengetahuan HIV-AIDS	2,118	0,782 - 10,157	5,7	0,113
Menolong ODHA	3,488	1,031 - 14,659	1,7	0,045
Dukungan rekan kerja	0,219	0,036 - 1,356	5,7	0,103

Tabel 6.17. menunjukkan masih terdapat variabel dengan nilai $p > 0,05$, yaitu variabel pengetahuan HIV-AIDS ($p = 0,113$). Selanjutnya variabel pengetahuan HIV-AIDS dikeluarkan dalam model dan diperoleh hasil seperti yang dapat dilihat pada Tabel 6.18.

Tabel 6.18. Model 4 Regresi Logistik Multivariat

Variabel	OR	95% CI	Perubahan OR (%)	P
Menolong ODHA	3,827	1,343 – 17,349	9,7	0,016
Dukungan rekan kerja	0,214	0,047 – 1,609	2,2	0,152

Pada model 4 dapat diketahui variabel dukungan rekan kerja memiliki nilai $p > 0,05$ ($p = 0,152$), maka variabel dukungan rekan kerja dikeluarkan dari model dan diperoleh model seperti pada Tabel 6.19.

Tabel 6.19. Model 5 Regresi Logistik Multivariat

Variabel	OR	95% CI	Perubahan OR (%)	P
Menolong ODHA	4,583	1,332 – 15,772	15	0,016

Tabel 6.19. menunjukkan perubahan OR menolong ODHA $> 10\%$, maka variabel dukungan rekan kerja dimasukkan kembali ke dalam model, dan diperoleh model akhir analisis multivariat seperti pada Tabel 6.20.

Tabel 6.20. Model Akhir Regresi Logistik Multivariat

Variabel	OR	95% CI	P
Menolong ODHA	4,827	1,343 – 17,349	0,016
Dukungan rekan kerja	0,274	0,047 – 1,609	0,152

Tabel 6.20. menunjukkan pada model akhir multivariat diperoleh hanya satu variabel yang berhubungan secara signifikan dengan sikap yaitu variabel menolong ODHA dengan nilai $p = 0,016$ dan $OR = 4,827$ (95% CI: 1,343 – 17,349). Artinya, responden yang menolong ODHA akan bersikap positif terhadap ODHA sebesar 4,8 kali lebih tinggi dibandingkan responden yang tidak pernah menolong ODHA setelah dikontrol variabel dukungan rekan kerja.

6.2 Hasil Penelitian Kualitatif

Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk mencari penjelasan dan menggali informasi secara mendalam mengenai temuan penelitian kuantitatif yang tidak berhubungan secara statistik. Teknik pengumpulan data penelitian kuantitatif yang dilakukan adalah melalui wawancara mendalam dengan informan dan informan kunci. Berikut adalah karakteristik informan dalam wawancara mendalam yang dipilih secara purposive dan pengambilan informan didasarkan pada prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*).

6.21. Karakteristik informan pada penelitian kualitatif di 4 Puskesmas, di Kota Bandung Tahun 2010

Karakteristik/ Informan	A	B	C	D	E	F	G
Puskesmas	Salam	Pasundan	Kopo	Kiara condong	Kiara condong	Kopo	Salam
Jenis kelamin	P	L	P	P	L	L	P
Usia	<39	>39	<39	>39	<39	>39	>39
Profesi	dokter umum	dokter gigi	perawat	farmasi	bidan	dokter umum	admin
Pendidikan	>S1	>S1	Diploma	Diploma	Diploma	>S1	SMA
Sikap	negatif	negatif	positif	positif	positif	negatif	negatif
Pengetahuan HIV-AIDS	Baik	baik	kurang	kurang	baik	baik	kurang

Tabel 6.21. menunjukkan informan dalam penelitian kualitatif berdasarkan karakteristik sosiodemografi beserta pengetahuan HIV-AIDS dan sikap terhadap ODHA. Dengan variasi informan tersebut diharapkan akan memberikan informasi yang beragam tentang sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.

Wawancara mendalam juga dilakukan pada informan kunci, terdiri dari: Kepala Puskesmas, Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Bandung, Konselor ODHA dan ODHA. Tujuan wawancara mendalam dengan informan kunci adalah untuk menggali informasi yang mendalam dari para pemegang kebijakan dan seorang tenaga ahli dalam HIV-AIDS mengenai sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA. Selain itu

juga untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dari salah seorang pasien ODHA/ Berikut adalah penjelasan hasil penelitian kualitatif.

Untuk variabel jenis kelamin dan usia, seluruh informan menyatakan tidak terdapat perbedaan sikap diantara petugas laki-laki dan perempuan terhadap ODHA. Begitu pun dengan petugas Puskesmas yang berusia di bawah 39 tahun dan yang di atas 39 tahun, tidak ada perbedaan sikap terhadap ODHA. Bekerja sebagai petugas Puskesmas dalam tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS membuat tugas mereka menjadi lebih ringan karena saling membantu diantara petugas puskesmas.

Kerja sama antara petugas Puskesmas menyebabkan tidak perbedaan sikap petugas terhadap ODHA. Petugas Puskesmas yang tergabung dalam tim pelayanan HIV-AIDS saling membantu dalam dalam melaksanakan tugas. Hal ini dikarenakan hubungan yang dekat antara petugas Puskesmas sehingga terjalin keakraban satu sama lain. Selain itu, kedekatan diantara petugas Puskesmas menyebabkan tugas mereka menjadi terbantu, bisa saling bertanya dan memberi tahu apabila ada pasien ODHA. Seperti ungkapan informan berikut:

"Kami kerja di Puskesmas sebagai tim. Semua sama saja. Tidak perbedaan antara petugas laki-laki ataupun perempuan walaupun petugas peskesmas kebanyakan adalah perempuan karena di sini kami, kan, sudah kompak, saling membantulah. Suka ada teman yang tanya-tanya sama saya. Atau saya pernah juga minta didampingi sama teman saya karena waktu itu belum pengalaman melayani ODHA."(dokter umum – Puskesmas Salam)

"Kami di sini saya merasa sudah dekat dengan teman-teman, ya, jadi kami kompak, saling membantu dan memberi tau. Misalnya, saya udah bilang sama teman-teman kalau ada pasien yang ciri-cirinya gini-gini, tolong kasih ke saya biar saya konseling. Dan memang teman suka kasih tau saya kalau mereka ketemu dengan pasien yang curiga ODHA. Saya jadi merasa terbantu karena bukan saya aja yang melayani ODHA." (perawat – Puskesmas Kopo)

Untuk variabel profesi seluruh informan menyatakan tidak terdapat perbedaan antara petugas yang medis maupun yang bukan medis terhadap sikap petugas terhadap ODHA. Menurut mereka melayani setiap pasien yang datang ke Puskesmas adalah wajib karena sudah merupakan tugas mereka sebagai petugas

Puskesmas sesuai dengan kemampuan mereka. Seperti yang diungkapkan oleh informan yang berprofesi sebagai dokter umum:

"Semua profesi sama saja. Maksudnya walau tugas dan tanggung jawab kami berbeda-beda, semuanya sama wajib melayani setiap pasien yang datang ke puskesmas." (farmasi – Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong)

"Ya.....gimana lagi...sudah tugas, ya. Jadi harus dilayani semua, tidak membedakan ODHA atau bukan. Ya, kita tolong sesuai kemampuan kitalah." (dokter umum – Puskesmas Kopo)

Terkait variabel pendidikan, sebagian besar informan menyatakan bahwa pendidikan tinggi belum tentu menjamin seorang petugas bersikap positif terhadap ODHA. Mereka menekankan walaupun pendidikan petugas tinggi tidak berarti bahwa petugas tersebut pandai melakukan pendekatan terhadap ODHA. Dibandingkan dengan pasien umum, pasien ODHA sangat sensitif sehingga diperlukan pendekatan khusus. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

"ODHA itu unik dan mereka sangat sensitif, jadi kita harus bisa melakukan pendekatan khusus. Belum tentu semua petugas bisa melakukan pendekatan khusus walaupun mereka berpendidikan tinggi. Walau petugas adalah dokter, pendidikan tinggi, belum tentu dia bisa melakukan pendekatan yang baik terhadap ODHA" (farmasi – Puskesmas Kiaracondong)

Sehubungan dengan sikap petugas Puskesmas berdasarkan karakteristik sosiodemografi, informan kunci menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena petugas melayani semua pasien sesuai tugas dan aturan, yaitu pelayanan tanpa diskriminasi. Mereka merupakan bagian dari tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS, yang berarti melakukan tugas secara bersama-sama. Baik petugas laki-laki atau perempuan, yang sudah senior atau masih muda, semuanya melakukan tugas sesuai aturan. Seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

"Di sini kami semua sama, melayani semua pasien yang datang ke Puskesmas sehingga tidak ada perbedaan sikap terhadap ODHA atau bukan. Para petugas, kan, bagian dari tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS, jadi bisa saling membantu, mengerjakan tugas secara bersama. Dan mereka gak boleh ada diskriminasi karena semua pasien sama. Baik petugas laki-laki atau perempuan,

yang senior atau yang muda, semua harus melakukan tugas sesuai aturan.”(Kepala Puskesmas Kopo).

Untuk variabel pengetahuan mengenai HIV-AIDS, sebagian besar informan menyatakan pengetahuan HIV-AIDS memang penting untuk meningkatkan kualitas layanan, tetapi seringkali pengalaman di lapangan tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki petugas. Hal ini menyebabkan pengetahuan HIV-AIDS yang dimiliki petugas tidak sama dengan sikap terhadap ODHA. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

”Pengetahuan tentang HIV-AIDS memang penting dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS tetapi ketika berhadapan dengan pasien ODHA langsung, suka tidak sama dengan apa yang kita tahu. Sehingga pengetahuan baik tidak menjadi sikap petugas juga baik terhadap ODHA Misalnya saja saya udah pernah ikut pelatihan HIV-AIDS, jadi saya sudah tahu, nih, gimana melayani ODHA. Tapi, pas ketemu ODHA, sering tidak sesuai dengan yang kita tau. Saya tau ODHA jangan dikucilkan, tapi, gimana, ya?” (bidan – Puskesmas Kiaracandong).

Terkait pengetahuan HIV-AIDS, informan kunci menyatakan pengetahuan petugas Puskesmas mengenai HIV-AIDS berbeda-beda karena latar belakang pendidikan dan pengalaman mereka berbeda. Lebih lanjut informan kunci menyatakan hal tersebut adalah wajar dan tidak berhubungan dengan sikap petugas terhadap ODHA karena semua pasien dianggap sama. Namun informan kunci yang lain menyatakan hal yang berbeda bahwa masih banyak petugas Puskesmas yang belum mengetahui tentang HIV-AIDS dan hal tersebut mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA. Seperti yang ungkapan berikut:

”Pasti pengetahuan petugas berbeda-beda, karena mereka juga pendidikannya berbeda. Selain itu, pengalaman mereka dengan ODHA juga berbeda. Dan kami di sini tidak boleh membedakan pasien yang datang ke puskesmas” (konselor ODHA).

”Sebetulnya masih banyak petugas Puskesmas yang tidak mengetahui HIV-AIDS. Artinya, pengetahuan HIV-AIDS mereka masih kurang. Dan hal ini mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA karena mereka tidak tahu harus bagaimana menghadapi ODHA.” (konselor ODHA).

Sehubungan dengan hal tersebut, Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Dinas Kesehatan Kota Bandung, menyatakan

di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bandung dilakukan pertemuan rutin dengan para petugas puskesmas. Mereka diberi penyuluhan mengenai berbagai macam penyakit, diantaranya adalah HIV-AIDS. Dari pertemuan rutin tersebut diharapkan pengetahuan petugas Puskesmas mengenai HIV-AIDS terus berkembang ke arah yang lebih baik dan hal tersebut diharapkan pula bisa mengurangi stigma yang masih tinggi terhadap ODHA.

Untuk variabel keterpaparan informasi melalui media massa, informan menyatakan media massa lebih banyak berfungsi sebagai media hiburan daripada sumber informasi HIV-AIDS.. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

"Di sini memang ada TV, tuh. Tapi digunakan untuk hiburan, biar kita gak bosan." (administrasi – Puskesmas Salam)

"Ada koran, radio, TV. Tapi kebanyakan dipake untuk hiburan aja. Lagian di TV kan cuma ada berita berapa kasus HIV-AIDS, bukan bagaimana melayani ODHA." (dokter gigi – Puskesmas Pasundan)

Sehubungan dengan hal ini, informan kunci menyatakan tidak ada hubungan antara keterpaparan informasi HIV-AIDS dari media massa dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena penggunaan media massa di Puskesmas bukan sebagai sumber informasi tetapi sebagai hiburan. Selain itu, media massa tidak memberikan informasi yang dibutuhkan petugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS sehingga tidak berhubungan dengan sikap terhadap ODHA Seperti ungkapan berikut:

"Media massa memang ada di Puskesmas, seperti koran, radio, dan TV. Tapi media tersebut tidak digunakan untuk mencari informasi HIV-AIDS, melainkan sebagai media hiburan saja. Jadi tidak ada pengaruh informasi dari media terhadap sikap petugas pada ODHA. Selain itu, di media biasanya hanya memberitakan berapa kasus HIV-AIDS bukan bagaimana menolong ODHA. " (Konselor ODHA)

Terkait variabel pelatihan HIV-AIDS informan menyatakan seiring pelatihan pengetahuan HIV-AIDS yang pernah diikuti oleh petugas puskesmas, pengetahuan mereka tentang HIV-AIDS bertambah. Namun tidak selalu berhubungan baik dengan sikap petugas terhadap ODHA karena tidak ada transfer

informasi dari pelatihan HIV-AIDS kepada petugas lain. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

“Pelatihan HIV-AIDS memang bagus untuk pengetahuan petugas, dan saya pun merasakan hal itu, tapi yang saya lihat, petugas yang pernah ikut pelatihan belum tau gimana, ya, sikapnya terhadap ODHA. Selain itu, petugas yang tau HIV-AIDS hanya yang pernah ikut pelatihan, tidak ada transfer ilmu diantara petugas” (farmasi – Puskesmas Kiaracondong)

Namun hal tersebut berbeda dengan informasi dari informan kunci dimana di lingkungan internal Puskesmas dilakukan transfer informasi HIV-AIDS kepada petugas puskesmas. Seperti yang diungkapkan berikut:

”Di sini suka ada pertemuan internal rutin, dan petugas saling bertukar informasi dan ilmu, diantaranya tentang HIV-AIDS. Seperti kemarin, Ibu Anu ikut pelatihan, dia terus ngasih tahu sama petugas lain bahwa HIV-AIDS itu begini-begini....” (Kepala Puskesmas Kopo).

Untuk variabel dukungan dari atasan, informan menyatakan mereka mendapat dukungan dari atasan berupa koordinasi tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS dan anjuran untuk memberikan pelayanan pada pasien HIV-AIDS. Namun sebagian besar informan menyatakan bahwa pelayanan kesehatan HIV-AIDS tidak hanya memerlukan dukungan dari atasan dalam lingkup internal organisasi, melainkan juga dukungan dari lintas sektor sehingga mutu pelayanan kesehatan HIV-AIDS bisa lebih baik, begitu pula dengan sikap petugas terhadap ODHA. Petugas yang turun ke lapangan bisa lebih dekat dengan masyarakat dan ODHA di sekitar wilayah kerja Puskesmas menjadi lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut diungkapkan informan sebagai berikut:

”Masalah HIV-AIDS itu, kan kaya gunung es, yang ketahuan hanya sebagian kecil. Adanya pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas memang bagus karena mempermudah ODHA yang berada di sekitar wilayah kerja Puskesmas untuk berobat. Dan petugas juga harus turun ke lapangan, lebih dekat dengan masyarakat. Memang atasan memberi dukungan dengan mengatur siapa aja yang masuk dalam tim pelayanan HIV-AIDS dan harus bagaimana. Tapi kami juga perlu dukungan dari Dinas, ya, dan organisasi lain. Perlu dukungan lintas sektolah. Jadi mempermudah kami menjangkau ODHA dan sebaliknya.” (dokter umum – Puskesmas Salam).

Sementara untuk dukungan rekan kerja, seluruh informan menyatakan rekan kerja memang seringkali saling bertukar informasi dan membantu dalam melakukan tugas, tetapi setiap petugas memiliki penilaian masing-masing terhadap ODHA. Ungkapan tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan rekan kerja dengan sikap karena petugas Puskesmas memiliki pandangan masing-masing terhadap ODHA. Selain itu, pengalaman dengan ODHA diantara petugas berbeda-beda sehingga dukungan rekan kerja tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA. Seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut:

"Di sini petugas sangat akrab dan kompak. Saling memberi tahu dan membantu dalam melakukan tugas. Tetapi sulit untuk melihat kaitan antara dukungan rekan kerja dengan sikap petugas karena tiap orang beda-beda pandangannya terhadap ODHA." (perawat – Puskesmas Kopo).

"Pengalaman tiap petugas dengan ODHA, kan, lain-lain. Ada yang baik, ada juga yang tidak enak. Sehingga walau di sini banyak teman mendukung, memberi bantuan tidak mempengaruhi sikap petugas." (dokter umum – Puskesmas Salam)

Terkait variabel dukungan, informan kunci menyatakan dukungan dari atasan dan rekan kerja tidak mempengaruhi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA. Hal ini dikarenakan setiap individu memiliki nilai normatif masing-masing walaupun mendapat dukungan dari orang lain. Seperti yang diungkapkannya berikut:

"Kalau soal mendukung, mungkin atasan memberi dukungan pada stafnya berupa anjuran supaya setiap petugas menolong ODHA sesuai aturan dan tanpa diskriminasi. Begitu pula diantara petugas Puskesmas ini, saling membantu dalam melaksanakan tugas. Ya, mereka biasanya saling tukar informasi dalam hal menolong pasien ODHA dan membantu rekannya yang masih memerlukan bimbingan, tetapi setiap orang mempunyai nilai normatif yang berbeda-beda. Jadi sikap petugas pun lain-lain. Ada yang senang menolong ODHA, ada yang terpaksa karena tugas saja." (Konselor ODHA)

Sehubungan dengan hal tersebut, informan kunci menyatakan bahwa petugas Puskesmas masih memerlukan lebih banyak mengikuti pelatihan HIV-AIDS. Bahkan diharapkan ada kegiatan magang di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin untuk melihat langsung cara melayani ODHA. Dengan demikian

diharapkan pengetahuan tentang HIV-AIDS pada petugas menjadi lebih baik, begitu pula dengan sikap petugas terhadap ODHA. Seperti yang diungkapkan informan kunci berikut:

”Sebetulnya alangkah baiknya kalau kita ada kegiatan magang di RSHS supaya kita bisa melihat langsung bagaimana cara menangani pasien HIV-AIDS. Atau kalau bisa kita ada video yang bisa ditonton bersama di sini cara menangani pasien HIV-AIDS. Selain itu, mungkin petugas di sini harus lebih sering menangani pasien ODHA, ya, biar sikapnya lebih baik. Kalau masih ada petugas yang bersikap negatif, saya pikir itu karena petugas tersebut belum tahu dan belum pengalaman berhadapan dengan ODHA.”(Kepala Puskesmas Salam)

Terkait dengan dukungan, informan kunci menyatakan pelayanan HIV-AIDS di Puskesmas masih memerlukan banyak dukungan dari berbagai pihak. Bukan hanya dari Dinas Kesehatan Kota Bandung saja, melainkan juga dukungan dari lintas sektor dan masyarakat. Salah satu dukungan yang diharapkan dari Dinas Kesehatan Kota Bandung adalah dalam hal Sumber Daya Manusia (SDM) karena Kepala Puskesmas mengatakan bahwa Puskesmas masih mengalami kekurangan SDM dimana jumlah program yang dilaksanakan di Puskesmas tidak seimbang dengan jumlah SDM yang ada. Untuk itu informan kunci memohon dukungan dari Dinas Kesehatan Kota Bandung untuk lebih memperhatikan masalah SDM di Puskesmas. Selain menambah SDM di Puskesmas, diharapkan pula SDM yang sudah dilatih HIV-AIDS tidak dimutasi karena mengganggu kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas yang bersangkutan.

”Kami, sih, terima saja ditunjukkan sebagai Puskesmas yang melaksanakan pelayanan HIV-AIDS. Tapi masalahnya di sini adalah kurang SDM. apalagi kalau ada mutasi petugas, bikin kami semakin repot, bingung. Karena biasanya petugas yang udah dilatih, eh, malah dimutasi, jadi di sini kekuarangan dan mengganggu pelayanan .”(Kepala Puskesmas Salam)

Sehubungan dengan itu, informan menyatakan mutasi mengganggu kelancaran pelayanan, terutama di bagian farmasi yang bisa mengganggu kepatuhan berobat atau terputus sementara. Selain itu, mutasi menyebabkan petugas yang dimutasi harus bekerja di dua tempat yang berbeda, yaitu di

Puskesmas yang baru sekaligus di Puskesmas lama karena harus menyerahkan tugas pada petugas baru dan mendidiknya. Seperti ungkapan berikut:

”Sebelum di sini, saya dulu tugas di Salam. Waktu awal-awal mutasi, repot banget, deh, harus bolak-balik ke Salam. Kan, harus ngasih tau petugas yang menggantikan saya, sedangkan urusan obat, kan, terutama untuk ODHA harus ketat, tidak boleh ada terlambat. Nanti bisa resisten, dan itu bahaya buat ODHA nya.” (farmasi – Puskesmas Kiaracandong)

Terkait hal mutasi, informan kunci menyatakan permasalahan mutasi sudah disampaikan kepada Bagian Pemberdayaan karena hal tersebut di luar kewenangannya sehingga hanya bisa menyampaikan masukan sesuai kebutuhan Puskesmas. Seperti ungkapan berikut:

”Saya hanya bisa memberi masukan pada bagian pemberdayaan supaya petugas yang pernah dilatih HIV-AIDS tidak dimutasi, khususnya petugas yang di 4 Puskesmas ini karena itu di luar kewenangan saya.” (Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pembarantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota).

Masih terkait dukungan lintas sektor, informan kunci menyatakan kepedulian masyarakat terhadap HIV-AIDS masih rendah sehingga perlu upaya keras untuk meningkatkannya. Seperti yang diungkapkan berikut:

”Kesadaran masyarakat kita terhadap HIV-AIDS masih sangat rendah. Hal ini dapat dilihat dari partisipasi mereka dalam pelayanan HIV-AIDS, khususnya di tingkat Puskesmas. Jangankan yang tidak positif AIDS, yang sudah jelas positif HIV-AIDS saja masih jarang yang berobat. Oleh karena itu, perlu ada upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap HIV-AIDS. (Kepala Puskesmas Kopo).

Sehubungan dengan hal tersebut, Dinas Kesehatan Kota Bandung bekerja sama dengan Komisi Pemberantasan AIDS (KPA) Kota Bandung menyelenggarakan kegiatan ”Warga Peduli AIDS” di empat Kecamatan di Kota Bandung. Dalam kegiatan ini, masyarakat di tingkat Kecamatan diberi penyuluhan tentang HIV-AIDS. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai HIV-AIDS sehingga masyarakat menjadi lebih peduli terhadap ODHA. Dengan demikian, diharapkan dari kegiatan ini adalah bisa mengurangi stigma terhadap ODHA di masyarakat. Artinya ada upaya dari

Dinas Kesehatan Kota dalam meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap HIV-AIDS Seperti yang ungkapan berikut:

”Kita tahu bahwa stigma terhadap ODHA di masyarakat masih tinggi. Oleh karena itu, kami di sini tidak hanya melatih tenaga kesehatannya saja supaya mereka siap melayani ODHA, tetapi juga meningkatkan kepedulian masyarakat pada HIV-AIDS. Sehingga kalau ada ODHA, masyarakat tidak mengucilkannya, tetapi membawanya ke tempat layanan kesehatan yang menyediakan pelayanan HIV-AIDS. Karena mereka perlu dirangkul supaya mau berobat.” (Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pembarantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota).

Terkait hasil penelitian kuantitatif yang menunjukkan (40.4%) responden masih bersikap negatif terhadap ODHA, beberapa informan menyatakan masih takut terhadap ODHA karena khawatir mendapat perlakuan tidak baik dari ODHA. Bahkan informan tidak mau menggunakan barang pemberian dari ODHA. Selain itu, ditemukan informasi ketidakterbukaan ODHA tentang statusnya kepada petugas Puskesmas menyebabkan petugas Puskesmas ragu ketika melayani pasien ODHA sehingga petugas Puskesmas menjadi takut memberikan pelayanan. Merujuk pasien ODHA ke tempat lain merupakan pilihan yang sering dilakukan petugas Puskesmas selain dikarenakan rasa takut, keterbatasan peralatan di Puskesmas merupakan alasan yang banyak diungkapkan. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

” Ya, kalau dikasih barang dari ODHA, diterima saja karena gak enak sama dia, takut tersinggung. Tapi didiamkan saja, gak dipakai.” (administrasi – Puskesmas Salam)

“Kalau ada pasien ODHA, saya suka khawatir salah ngomong. Soalnya mereka tuh sensitif. Penampilannya juga risih bikin takut. Takut diapa-apain sama dia. Pernah ada pasien yang lagi sakau, ya...ih..lihat matanya teler, ngomongnya udah gak nyambung. Saya kasih aja ke teman yang lain, untuk konseling sama dia. Kata teman, kalau ODHA lagi sakau memang begitu...nglantur...lha...saya, kan, belum tau waktu itu.”(dokter umum – Puskesmas Salam)

“Kadang saya ragu harus bagaimana kalau ada pasien ODHA. Saya tahu kalau ODHA yang hamil tidak boleh melahirkan secara normal, tapi bagaimana kalau pasien yang ditolong itu tidak bilang dia ODHA, Jadi kadang kalau ada pasien

yang kelihatan aneh dan curiga ODHA, saya suka rujuk aja untuk pindah ke tempat lain .”(bidan – Puskesmas Kiaracandong)

“Menolong semua pasien, kan, sudah tugas. Tapi peralatan di sini tidak memadai. Sementara untuk melakukan tindakan pada pasien ODHA diperlukan peralatan khusus dan dipisahkan. Jadi kalau ada ODHA dengan masalah gigi yang kompleks, saya suka rujuk saja.”(dokter gigi – Puskesmas Pasundan)

Sehubungan dengan hal tersebut, informan kunci menyatakan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di lingkungan Puskesmas masih banyak. Selain karena masih kurangnya pengetahuan mereka mengenai HIV-AIDS, mutasi petugas juga mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA. Petugas yang baru belum mengetahui cara melayani ODHA sehingga hal tersebut menyebabkan sikap negatif terhadap ODHA. Berikut ungkapannya:

”Sebetulnya masih banyak petugas Puskesmas yang diskriminatif terhadap ODHA. Kata-kata seperti ‘ih..”masih sering dilontarkan petugas Puskesmas apabila mereka melihat pasien ODHA yang datang berobat ke Puskesmas. Selain itu, diantara para petugas saling berkomentar tentang penampilan ODHA. Misalnya, ‘oh..pantesan kurus..dan di Puskesmas sering ada mutasi. Jadi petugas baru belum tau gimana menghadapi ODHA. Oleh karena itu, sikap mereka masih banyak yang negatif terhadap ODHA.” (Konselor ODHA).

Terkait pelayanan kesehatan HIV-AIDS di puskesmas, informan kunci menyatakan dibandingkan beberapa tahun lalu, Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ODHA sangat sedikit sehingga mereka lebih banyak berobat ke Klinik Teratai, RS. Dr. Hasan Sadikin. Namun, seiring waktu, pelayanan kesehatan HIV-AIDS pun bisa diakses di puskesmas. Terkait sikap petugas terhadap ODHA, informan kunci menyatakan sikap petugas Puskesmas sekarang lebih baik. Banyak yang bersikap ramah dan mereka pun lebih baik pengetahuan HIV-AIDS. Namun, masih ada petugas yang belum tahu menangani ODHA sehingga sikap petugas tidak ramah dan kadang membuat ODHA malas untuk berkunjung ke Puskesmas walaupun harus datang karena kebutuhan untuk memperbaiki kondisi kesehatan ODHA. Seperti yang diungkapkan berikut:

”Dulu,awal-awal, mereka memang banyak yang diskriminasi. Mana dulu, mah, susah banget berobat ke Puskesmas dengan kondisi saya seperti sekarang. Tapi sekarang sudah bisa berobat ke puskesmas. Memang awal-awal sih, mereka masih diskriminasi. Tapi sekarang mereka sudah lebih baik, banyak yang ramah. Saya juga gak bingung lagi karena dikasih penjelasan yang baik dari petugas puskesmas. Tapi kalau petugas puskesmasnya pindah, saya suka bingung, soalnya kalau sama petugas baru, saya males. Dia, kan, belum tahu kondisi saya, belum kenal saya. Jadi kadang bikin males datang ke Puskesmas walaupun sebenarnya harus ke sana, ngambil obat, kan udah jadwalnya.” (ODHA – Puskesmas Kopo)

Selain itu, informan kunci mengungkapkan pelayanan kesehatan bagi ODHA sangat lama dan informasi yang diberikan berbeda-beda karena petugas Puskesmas yang menangani ODHA berganti-ganti. Hal ini menyebabkan ODHA merasa tidak nyaman dan bingung dengan tindakan yang harus dilakukan. Seperti yang diungkapkan informan kunci berikut:

”Tapi seringnya berobat di Puskesmas suka lama bisa nyampe 1 jam lebih untuk nunggu. Udah gitu, petugasnya ganti-ganti terus. Padahal petugas yang biasa ada di situ. Jadi bingung saya, soalnya informasinya lain-lain.” (ODHA – Puskesmas Kopo)

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak dilakukan observasi terhadap sikap petugas Puskesmas yang sedang melayani pasien ODHA. Hal ini dikarenakan kerahasiaan layanan pada ODHA.

7.2 Kekuatan Penelitian

Penelitian ini memadukan dua metode penelitian, yaitu kuantitatif dan kualitatif. Dengan menggunakan dua metode memberikan hasil penelitian yang lebih mendalam mengenai sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS, khususnya di Kota Bandung.

7.3 Pembahasan Hasil Penelitian

7.3.1 Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Dari hasil penelitian kuantitatif ditemukan lebih dari separuh petugas Puskesmas bersikap positif terhadap ODHA (59,6%), sisanya masih bersikap negatif terhadap ODHA (40,4%).

Hal ini sesuai hasil penelitian partisipatif mengenai ODHA dan akses pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan KPAN di beberapa provinsi di Indonesia (KPAN, 2007). Pada penelitian tersebut ditemukan stigma dan diskriminasi dirasakan ODHA di lingkungan tempat tinggal dan lingkungan kerja. Tetapi diskriminasi paling sering terasa bila berhadapan dengan petugas kesehatan di berbagai tempat layanan kesehatan. Hampir semua ODHA dalam penelitian tersebut yang pernah mengakses layanan baik untuk tes, konseling, terapi, maupun perawatan merasakan diskriminasi. Adapun bentuk diskriminasi dari petugas kesehatan terhadap ODHA adalah:

1. Tidak ada petugas kesehatan walaupun tidak sering terjadi, ada kalanya pada saat dibutuhkan, tidak ada pelayan kesehatan atau dokter yang dapat

memberikan resep obat atau layanan medis pada ODHA. Hal ini disebabkan antara lain karena dokter "khusus" yang melayani ODHA sedang bertugas di tempat lain. Hal ini mengganggu kepatuhan minum obat (proses terputus atau terhenti sementara).

2. Prosedur yang dianggap berbelit atau rumit dan masih birokratis.
3. Diskriminasi terhadap "pasien miskin" sedangkan banyak pasien ODHA yang berstatus kurang mampu.
4. Pelanggaran terhadap prosedur standar operasional (SOP) dan *universal precaution* (UP) oleh petugas kesehatan. Misalnya, tidak menggunakan sarung tangan dan tidak mencuci tangan. Selain itu, terjadi pelanggaran SOP dan etika oleh petugas kesehatan antara lain tidak dilakukan konseling sebelum tes, tidak dijelaskan efek samping dari obat atau terapi. Kerahasiaan pasien juga tidak selamanya terjaga dengan baik oleh petugas laboratorium maupun di ruang-ruang konseling.
5. Keterbatasan informasi, pengetahuan dan keterampilan dari petugas kesehatan, termasuk diantaranya dokter menyangkut penanganan HIV-AIDS. Hal ini terungkap ketika ODHA mendapatkan informasi dan penanganan yang berbeda-beda antara petugas kesehatan.
6. Penanganan yang tidak berkesinambungan dan oleh petugas/dokter/konselor yang berbeda-beda juga merupakan salah satu keluhan. Masalah ini tidak tuntas karena petugas yang menangani kasus ODHA bisa berganti-ganti.

Hal di atas sesuai dengan informasi yang ditemukan dalam penelitian kualitatif dimana pergantian petugas yang menangani kasus ODHA sering terjadi di Puskesmas dan hal tersebut mengganggu mutu pelayanan kesehatan bagi ODHA. Sementara terkait kurangnya informasi dan pemahaman petugas kesehatan mengenai HIV-AIDS menyebabkan diskriminasi terhadap ODHA terus terjadi. Selain itu, keterbatasan pengetahuan tersebut menimbulkan rasa takut tertular virus HIV yang berlebihan pada tenaga kesehatan dan seringkali menyebabkan sikap diskriminasi dan tidak rasional pada ODHA (Robinson, 1998).

7.3.2 Hubungan antara Faktor Karakteristik Sosiodemografi dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Hasil analisis multivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara karakteristik sosiodemografi responden dengan sikap terhadap ODHA ($p > 0,05$). Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian mengenai hubungan faktor karakteristik sosiodemografi petugas kesehatan dengan sikap terhadap ODHA:

1. Andrewin, A. & Chien, L.Y. (2008) dalam penelitiannya menemukan hubungan bermakna antara usia petugas kesehatan ($p = 0,04$) dan profesi ($p = 0,04$) dengan sikap terhadap ODHA.
2. R. Alexander dan J. Fitzpatrick (2007) dalam penelitiannya ditemukan hubungan bermakna antara jenis kelamin petugas kesehatan dengan sikap terhadap ODHA ($p = 0,022$).
3. Craig Dammer (1999) menemukan hubungan antara pendidikan petugas kesehatan dengan sikap petugas terhadap ODHA ($p = 0,01$).

Sehubungan dengan itu, pada hasil studi kualitatif ditemukan informasi dengan dibentuknya tim pelayanan kesehatan HIV-AIDS menyebabkan petugas kesehatan saling membantu dalam melaksanakan tugas sehingga faktor karakteristik sosiodemografi petugas tidak berhubungan dengan sikap terhadap ODHA.

7.3.3 Hubungan antara Faktor Pengetahuan HIV-AIDS dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Hasil analisis multivariat menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan HIV-AIDS responden dengan sikap terhadap ODHA ($p = 0,236$). Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian mengenai sikap petugas kesehatan terhadap ODHA di Cina (Li Li, et.al., 2007). Hasil penelitian kualitatif menemukan informasi pengetahuan HIV-AIDS tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA dan pengalaman menolong ODHA tidak sesuai dengan pengetahuan HIV-AIDS yang dimiliki petugas puskesmas. Selain itu, ditemukan pula informasi tentang perbedaan pandangan dan nilai-nilai normatif yang dimiliki

petugas Puskesmas menyebabkan tidak ada hubungan antara pengetahuan HIV-AIDS dengan sikap terhadap ODHA.

7.3.4 Hubungan antara Faktor Pengalaman Menolong ODHA dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Hasil analisis multivariat menunjukkan ada hubungan bermakna antara faktor pengalaman menolong ODHA dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA ($p=0,016$, OR: 4,827, 95% CI: 1,343 – 17,349). Artinya, petugas Puskesmas yang pernah menolong ODHA akan bersikap positif terhadap ODHA sebesar 4,8 kali lebih tinggi dibandingkan petugas Puskesmas yang tidak pernah menolong ODHA setelah dikontrol variabel dukungan rekan kerja.

7.3.5 Hubungan antara Faktor Dukungan Atasan dan Rekan Kerja dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Hasil analisis multivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara faktor dukungan dari rekan kerja ($p=0,152$) dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian mengenai sikap petugas kesehatan terhadap ODHA yang dilakukan McCann (1997) yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara dukungan rekan kerja dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA ($p<0,05$).

Hasil penelitian kualitatif menemukan informasi dukungan atasan dan rekan kerja tidak mempengaruhi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena perbedaan pandangan terhadap ODHA dan pengalaman dengan ODHA yang dimiliki petugas puskesmas.

7.3.6 Hubungan antara Faktor Keterpaparan Informasi HIV-AIDS dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Hasil analisis multivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi HIV-AIDS (pelatihan HIV-AIDS, media cetak dan media elektronik) dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA (pelatihan $p=0,463$, media cetak $p=0,409$, media elektronik $p=0,873$).

Hasil studi kualitatif ditemukan informasi media massa digunakan sebagai hiburan daripada sumber informasi HIV-AIDS. Selain itu, informasi HIV-AIDS

dari media massa hanya tentang jumlah kasus HIV-AIDS. Hal ini tidak sesuai dengan kebutuhan informasi petugas Puskesmas yang memerlukan informasi mengenai cara menolong pasien ODHA. Selain itu, hasil studi kualitatif juga menemukan informasi keterbatasan informasi tentang cara memberi pelayanan kepada pasien ODHA sehingga Kepala Puskesmas berharap ada kegiatan magang untuk petugas Puskesmas di RS. Dr. Hasan Sadikin dan mendapat video tentang cara member pelayanan kesehatan kepada ODHA.

7.3.7 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA

Hasil analisis multivariat menunjukkan hanya ada satu faktor yang berhubungan signifikan dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA, yaitu pengalaman menolong ODHA ($p=0,016$, OR: 4,827, 95% CI: 1,343 – 17,349). Artinya, petugas Puskesmas yang pernah menolong ODHA akan bersikap positif terhadap ODHA sebesar 4,8 kali lebih tinggi dibandingkan petugas Puskesmas yang tidak pernah menolong ODHA setelah dikontrol variabel dukungan rekan kerja.

Namun, hal ini tidak dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor lain tidak berhubungan dengan sikap karena jumlah sampel penelitian terbatas ($n=52$) sehingga nilai p yang tidak signifikan pada faktor-faktor lain bisa saja disebabkan oleh jumlah sampel yang sedikit. Terkait faktor menolong ODHA yang berhubungan dengan sikap petugas terhadap ODHA dapat dijelaskan sebagai berikut.

Sikap seseorang terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialaminya, yaitu meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis di sekelilingnya. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan timbal balik, saling mempengaruhi satu sama lain sehingga mempengaruhi sikap seseorang. Oskamp dan Schultz (2005) mengemukakan bahwa pembentukan sikap dipengaruhi oleh proses evaluatif yang dilakukan individu, dimana dalam proses evaluatif ini, informasi dan pengalaman menjadi hal penting. Seseorang bisa menunjukkan sikapnya terhadap suatu objek apabila dia telah memiliki informasi dan pengalaman tentang objek tersebut. Terkait aspek pengalaman pribadi,

Oskamp dan Schultz (2005), mengemukakan bahwa terdapat dua aspek yang membentuk sikap, yaitu *silent incident* dan *repeated exposure*. Dalam *silent incident*, peristiwa traumatik memberikan kesan kuat pada individu sehingga merubah kehidupan individu secara drastis. Misalnya kecelakaan yang menyebabkan seseorang kehilangan salah satu anggota tubuhnya. Peristiwa traumatik tersebut mempengaruhi sikap seseorang. Sementara dalam *repeated exposure*, kemunculan objek secara berulang-ulang mempengaruhi sikap individu.

Dalam penelitian ini, semakin sering petugas Puskesmas berinteraksi dengan pasien ODHA, semakin besar kemungkinan petugas Puskesmas bersikap positif terhadap ODHA. Hal tersebut sesuai dengan hasil studi kuantitatif menunjukkan persentase petugas Puskesmas yang pernah menolong ODHA (67,3%) berbanding lurus dengan persentase petugas Puskesmas yang pernah menolong ODHA dan bersikap positif terhadap ODHA (71,4%).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian mengenai sikap petugas kesehatan di Australia yang dilakukan oleh McCann tahun 1997 dimana ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara kontak dengan ODHA dengan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA ($p < 0,05$). Sementara dalam penelitian lain mengenai sikap petugas kesehatan terhadap ODHA, R. Alexander dan J. Fitzpatrick (1991) dalam penelitiannya menemukan hubungan yang bermakna antara jumlah pasien ODHA yang pernah ditolong dengan sikap petugas terhadap ODHA ($p = 0,04$). Hal ini menunjukkan pengalaman berinteraksi dengan ODHA berhubungan dengan sikap petugas terhadap ODHA.

Selain hal itu, hubungan antara pengalaman menolong ODHA dengan sikap terhadap ODHA, dapat dijelaskan berdasarkan tiga komponen pokok sikap, yaitu: kognitif, afektif dan perilaku (Oskamp & Schultz, 2005). Ketiga komponen tersebut saling berinteraksi dan membentuk sikap yang utuh. Dalam penelitian ini, petugas Puskesmas yang sebelumnya tidak tahu tentang HIV-AIDS menjadi tahu setelah berinteraksi dengan ODHA (kognitif), kemudian pengalaman tersebut mempengaruhi perasaan (afeksi) petugas Puskesmas yang pada akhirnya terbentuklah sikap (perilaku tertutup) terhadap ODHA. Hal ini dapat diilustrasikan sebagai berikut.

Sebelum berinteraksi dengan ODHA, petugas Puskesmas sudah mempunyai sikap tertentu terhadap ODHA, terlepas positif atau negatif. Sikap tersebut bisa berubah menjadi lebih baik atau sebaliknya tergantung pengalaman interaksi petugas Puskesmas dengan ODHA. Apabila sebelumnya petugas Puskesmas bersikap negatif terhadap ODHA, tetapi setelah memberi pelayanan kesehatan kepada ODHA, sikap petugas Puskesmas berubah menjadi positif. Ternyata menolong ODHA sama dengan ketika menolong pasien umum. Mereka semua sama, membutuhkan pelayanan kesehatan. Namun bagi petugas Puskesmas yang mempunyai pengalaman tidak baik dengan ODHA, maka sikap positif terhadap ODHA yang sebelumnya dimiliki petugas berubah menjadi negatif. Hal ini sesuai dengan hasil studi kuantitatif dimana masih ada petugas Puskesmas yang pernah menolong ODHA yang bersikap negatif terhadap ODHA (28.6%). Hal tersebut juga sesuai dengan hasil studi kualitatif dimana diperoleh informasi rasa takut dan kekhawatiran memperoleh perlakuan tidak baik dari ODHA menyebabkan petugas bersikap negatif terhadap ODHA.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Lebih dari separuh responden penelitian (59,6%) bersikap positif terhadap ODHA.
2. Hasil penelitian kuantitatif menerima hipotesis ke-3 bahwa: ada hubungan yang bermakna antara pengalaman menolong ODHA dengan sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS. Petugas Puskesmas yang pernah menolong ODHA akan bersikap positif terhadap ODHA dibandingkan petugas Puskesmas yang tidak pernah menolong ODHA setelah dikontrol variabel dukungan rekan kerja.
3. Hasil penelitian kuantitatif menolak hipotesis ke-1, ke-2, ke-4, ke-5: tidak ada hubungan antara karakteristik sosiodemografi, pengetahuan HIV-AIDS, keterpaparan informasi HIV-AIDS, dukungan atasan dan dukungan rekan kerja terhadap sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.
4. Dari hasil penelitian kualitatif ditemukan informasi tentang masalah mutasi petugas Puskesmas mengganggu kelancaran pelayanan kesehatan ODHA.
5. Dari penelitian kualitatif disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan HIV-AIDS tidak hanya membutuhkan dukungan dari Dinas Kesehatan Kota Bandung, melainkan juga dukungan dari lintas sektor dan masyarakat.

8.2 Saran

8.2.1 Dinas Kesehatan Kota Bandung

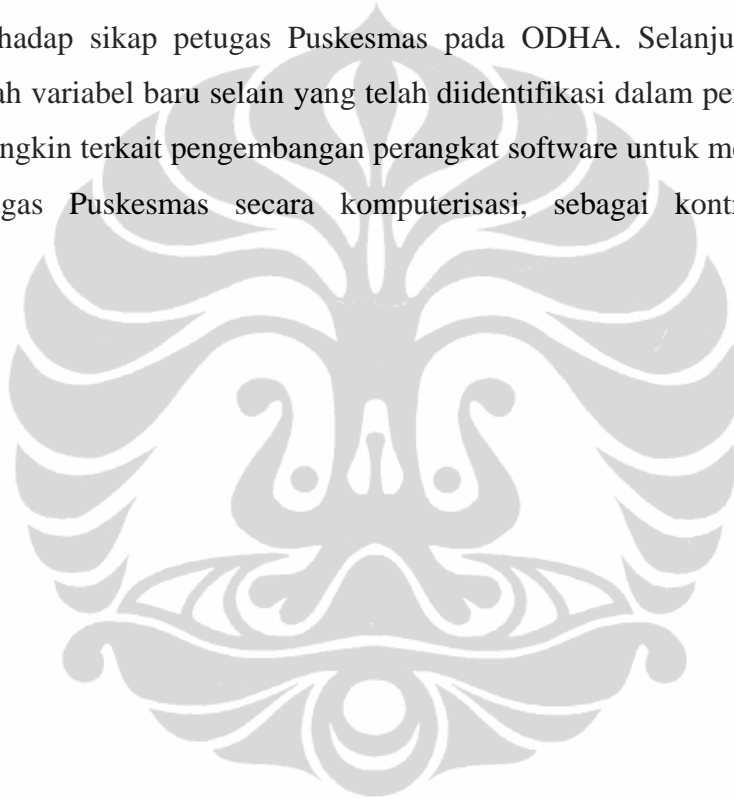
Mutasi petugas puskesmas. Agar lebih diperhatikan mengenai mutasi petugas puskesmas, khususnya Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan HIV-AIDS supaya tidak mengganggu pelaksanaan pelayanan kesehatan HIV-AIDS di puskesmas.

8.2.2 Puskesmas di Kota Bandung

Peningkatan kesiapan petugas Puskesmas menolong ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS. Agar petugas Puskesmas lebih dipersiapkan untuk memberikan pelayanan terhadap pasien ODHA dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas sehingga diharapkan dapat memperbaiki sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA menjadi positif.

8.2.3 Peneliti Lain

Pengembangan variabel atau intervensi lebih lanjut. Agar dikembangkan intervensi terhadap sikap petugas Puskesmas pada ODHA. Selanjutnya, perlu ditelaah adakah variabel baru selain yang telah diidentifikasi dalam penelitian ini. Saran lain mungkin terkait pengembangan perangkat software untuk menilai sikap seorang petugas Puskesmas secara komputerisasi, sebagai kontribusi dari penelitian ini.



DAFTAR PUSTAKA

- Andrewin, A. & Chien, L. Y. (2008). Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize. *AIDS Patients Care*, 22 (11), 897-906. 5 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Aghamolaei, T., Tavafian, S., & Hasani, L. (2009). Attitudes of Healthcare Providers towards Patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas, *Archive of Iranian Medicine*, 12(3), 298-301. 23 Desember 2009. www.maastrichtuniversity.nl
- Alexander, R., & Fitzpatrick, J. (1991, Desember). Variable Influencing Nurses' Attitudes Towards AIDS and AIDS Patients. *AIDS Care*, 315-320. 4 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Azwar, S. (1988). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Liberty. Yogyakarta.
- Bennet, L. (1992). The Experience of Nurses Working with Hospitalized AIDS Patients. *Australian Journal of Social Issue*, 27 (2), 125-143. 8 Maret 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Brener, L., Hippel W., & Kippax S. (2007). Prejudice among Health Care Workers towards Injecting Drug Users with Hepatitis C: Does Greater Contact Lead to Less Prejudice?, *International Journal of Drug Policy*, 18, 381-387. 23 Desember 2009. www.maastrichtuniversity.nl
- Crano, W.D., & Prislin, R. (2008). Attitudes and Attitude Change: The Fourth Peak 3. Dalam Crano, W.D. & Prislin, R. (Ed.). *Attitude and Attitude Change*. New York: Psychology Press.
- Dremmer, C. (1999). Coping of Staff in AIDS Nursing Facilities. *Aids Patients Care and STDs*, vol. 13, no. 10, 609-614. 8 Maret 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Dieleman, M. et.al. (2007). 'We Are Also Dying Like Any Other People, We Are Also People'; Perceptions of the Impact of HIV/AIDS on Health Workers in Two Districts in Zambia. *Health Policy and Planning*, 22, 139-148. 23 Juni 2009. www.maastrichtuniversity.nl
- Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)*. 4 April 2010. www.aidsindonesia.or.id

- Direktorat Jenderal Pencegahan Penyakit & Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan & Pengobatan HIV & AIDS*. 4 April 2010. <http://www.aidsindonesia.or.id>
- Direktorat Jenderal Pencegahan Penyakit & Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Laporan statistik triwulan tentang HIV dan AIDS pada Desember 2009*. 8 Maret 2010. <http://www.aidsindonesia.or.id>
- Direktorat Jenderal Pencegahan Penyakit & Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Laporan Triwulan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia sd 30 Juni 2010*. 29 Oktober 2010. <http://www.aidsindonesia.or.id>
- Direktorat Jenderal Pencegahan Penyakit & Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (Voluntary Counseling and Testing)*. 15 April 2010. <http://www.aidsindonesia.or.id>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2010). *Sejarah Nakes*. 3 April 2010. www.tenaga-kesehatan.or.id
- Emzir (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif, Analisis Data*. Rajawali Press. Jakarta.
- Fido, A. & Kazemi, R. A. (2002). Survey of HIV/AIDS Knowledge and Attitudes of Kuwait Family Physicians. *Family Practice*, vol. 19, no. 6, 682-684. 5 Mei 2010. <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/6/682>
- Gillispie, L.C. & Davis, A. B. (1996). Attitude of Nurses Caring for HIV/AIDS Patients. *AIDS Patient Care and STDs*, 10(5), 292-295. 5 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Green, C.W., (2003). *Seri Buku Kecil, Pengobatan untuk AIDS: Ingin Mulai?*. Yayasan Spiritia. Jakarta. 6 Juni 2008. www.spiritia.or.id
- Hastono, Sutanto P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi Jawa Barat. (2006). *Memahami HIV/AIDS dan Pengurangan Dampak Buruk NAPZA Suntuk*. Bandung. 21 April 2010. www.aids-ina.org
- Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi Jawa Barat. (2006). *Memahami HIV/AIDS dan Pengurangan Dampak Buruk Napza Suntik*. Bandung. 21 April 2010. www.aids-ina.org

- Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi Jawa Barat. (2006). *Pengurangan Dampak Buruk NAPZA Suntik: Panduan Bagi Puskesmas*. Bandung. 21 April 2010. www.aids-ina.org
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2007). *Rencana Aksi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2007 – 2010*. Jakarta. 11 September 2008. www.aidsindonesia
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2007). *Laporan KPA Nasional 2007, Penguatan Kelembagaan KPA untuk Memimpin Respons Strategis*. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2007). *ODHA dan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar, Penelitian Partisipatif*. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2008). Laporan Deklarasi Komitmen pada HIV/AIDS. 2008. *UNGASS reporting period 2006-2007*. Jakarta. 23 Desember 2009. www.aidsindonesia.or.id
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Info HIV/AIDS*. 23 Desember 2009. www.aidsindonesia.or.id
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014*. (Lampiran Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat Selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Nomor 08/PER/MENKO/KESRA/I/2010) 11 Juni 2010. www.aidsindonesia.or.id
- Li Li et.al. (2007). HIV-Related Stigma in Health Care Settings: A Survey of Service Providers in China. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), 753-763. 4 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Mahendra, VS. et.al. (2007). Understanding and Measuring AIDS-related Stigma in Health Care Settings: A Developing Country Perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, vol. 2, no. 2, August 2007, 616-625. 25 Maret 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Mar'at. (1981). *Sikap Manusia, Perubahan serta Pengukurannya*. Ghalia Indonesia. Bandung.
- McCann, T.V., (1997). Willingness to Provide Care and Treatment for Patient with HIV/AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1033-1039. 25 Maret 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Merati, T., Supriyadi, & Yuliana, F. (2005, Juli). The Disjunction between Policy and Practice: HIV Discrimination in Health Care and Employment in Indonesia. *AIDS Care*, 17, Suppl. 2, 175 – S179. 20 Juni 2009. www.maastrichtuniversity.nl

- Mbanya, D.N., et.al. (2001). Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Staff in A Rural Hospital of Cameroon: How Much Does The Health Care Provider Know About the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome?. *International Council of Nurses*. 241-249. 5 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Nasronudin. (2007). *HIV & AIDS: Pendekatan Biologi Molekular, Klinis, dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Olson, J.M. & Maio, G.R. (2003). Attitude in Social Behavior. dalam Millon, T. et.al. (Ed.). *Handbook of Psychology, Personality and Social Psychology*, 5. Canada : John Wiley & Sons, Inc.
- Oskamp, S. & Schultz, P. W. (2005). *Attitude and Opinion*. Lawrence Erlbaum. London: Associates Publishers.
- Pemerintah Kota Bandung. (2006, 4 Desember). *Bandung Urutan Tertinggi HIV/AIDS di Jawa Barat*. Bandung. 9 Maret 2010. www.bandung.go.id
- Pikiran Rakyat. (2010). *Kasus HIV-AIDS di Kota Bandung Tertinggi di Jawa Barat*. Bandung. 13 Desember 2010. <http://www.pikiran-rakyat.com>
- Robinson, N. (1998). People with HIV/AIDS: who care?. *Journal of Advance Nursing*, 28(4), 771-778. 25 Maret 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Sarwono, S. W. (2002). *Psikologi Sosial: Individu dan Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Schwarz, N. (2008). Attitude Measurement. Dalam Crano, W.D. & Prisilin, R. (Ed.). *Attitude and Attitude Change*. New York: Psychology Press.
- Solomon, P., Guenter, D., & Stinson, D. (2005). People Living with HIV as Educators of Health Professionals. *AIDS Patient Care STDs*, 19, 840-847. 5 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl
- Sulaeman, E.S. (2009). *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Suryabrata, S. (2005). *Pengembangan Alat Ukur Psikologis*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- UNAIDS. (2009) *AIDS Epidemic Update December 2009*. 4 April 2010. www.unaids.org
- UNICEF. *Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother to Child Transmission – A Pilot Study Conducted in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso*. 4 April 2010. www.unicef.org

Visser, M.J., Makin, J.D., & Lehobye, K. (2006). Stigmatizing Attitudes of the Community Towards People Living with HIV/AIDS. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 42-58. 25 Maret 2010. www.interscience.wiley.com

WHO, 2010. *Global Report on HIV-AIDS*. 25 Desember 2010. www.who.int.

Wissen, K. van, & Woodman, K. (1994). Nurses' Attitudes and Concern to HIV/AIDS: A Focus Group Approach. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1141-1147. 5 April 2010. www.maastrichtuniversity.nl

Yayasan Spiritia. (2008). *Seri Buku Kecil: Hidup dengan HIV/AIDS*. Jakarta. 29 Maret 2010. www.spiritia.or.id

Yayasan Spiritia. (2009). *Sejarah HIV/AIDS*. 29 Maret 2010. www.spiritia.or.id



RAHASIA

Nomor Kuesioner

-

UNIVERSITAS INDONESIA



KUESIONER

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP
PETUGAS PUSKESMAS TERHADAP ORANG DENGAN HIV-AIDS
(ODHA) DI KOTA BANDUNG TAHUN 2010**

Penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat kelulusan di Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, dimana tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui “*Faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas puskesmas terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota Bandung tahun 2010.*” Untuk melengkapi data kuesioner ini akan dilakukan wawancara observasi pada petugas puskesmas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS. Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara untuk tiap responden sekitar 25 menit. Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri adalah sukarela dan bila tidak berkenan sewaktu-waktu dapat menolak tanpa dikenakan sanksi apapun. Bila Bapak/Ibu/Sdr/Sdri memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai survei ini, dapat menghubungi :
Rostini, Jurusan PKIP Telp. (021) 7863475 atau HP 081802197059
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai studi “FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP PETUGAS PUSKESMAS TERHADAP ORANG DENGAN HIV-AIDS (ODHA) DALAM PELAYANAN KESEHATAN HIV-AIDS DI KOTA BANDUNG TAHUN 2010” yang dilakukan oleh tim pengumpul data dari IMPACT Bandung, Unit Penelitian Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran. Saya mengerti bahwa partisipasi saya dilakukan secara sukarela dan dapat menolak atau mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Pernyataan bersedia diwawancara:

Nama :

Tanggal :

Tanda tangan :

RAHASIA

Nomor Kuesioner

-

Nomor Kuesioner <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ID Enumerator	ID Pemeriksa
	Tanggal / /	Tanggal Periksa / /
	Tanda tangan	Tanda tangan

Bagian A : Karakteristik

- A01 Tanggal lahir responden Tanggal ___ Bulan ___ Tahun ___
- A02 Jenis Kelamin responden 1. Laki – Laki
 2. Perempuan
- A03 Pendidikan formal terakhir 1. SMA
 2. Diploma
 3. ≥ Sarjana
- A04 Profesi / Posisi Responden di puskesmas 1. Dokter umum
 2. Dokter gigi
 3. Bidan
 4. Perawat
 5. Analis laboratorium
 6. Petugas farmasi/obat
 7. Administrasi

Bagian B : Pengetahuan tentang HIV-AIDS

Benar (B)

Salah (S)

1. HIV-AIDS adalah penyakit menular yang menyerang sistem kekebalan tubuh seseorang. B / S
 2. Untuk mengetahui status HIV-AIDS seseorang harus melakukan tes darah. B / S
 3. Kita dapat melihat orang yang terinfeksi HIV-AIDS dari ciri-ciri fisiknya B / S
- HIV-AIDS bisa ditularkan melalui:
4. Melakukan hubungan seks tanpa menggunakan kondom. B / S
 5. Dari ibu hamil yang HIV positif terhadap janin yang dikandungnya. B / S
 6. Pemakaian jarum secara bersama. B / S
 7. Kontak darah dengan orang yang terinfeksi HIV. B / S
 8. Transfusi darah dari orang yang terinfeksi HIV. B / S
- HIV-AIDS tidak ditularkan melalui:
9. Berbagi makanan dengan orang yang terinfeksi HIV. B / S
 10. Berbagi minuman dengan orang yang terinfeksi HIV. B / S
 11. Melalui ciuman dengan orang yang terinfeksi HIV. B / S
 12. Melalui gigitan nyamuk. B / S
 13. Melalui bersin/batuk dari orang yang terinfeksi HIV. B / S
- HIV-AIDS dapat dicegah dengan cara:
14. Hanya memiliki satu pasangan tetap. B / S
 15. Menggunakan sarung tangan ketika harus menyentuh anggota tubuh pasien dalam pemeriksaan. B / S
 16. Petugas yang mengetahui dirinya mengidap HIV-AIDS masih tetap bisa melakukan pelayanan asalkan menghindari aktivitas berisiko menulari pasien. B / S
 17. Petugas tidak mempunyai luka ketika menolong pasien. B / S
 18. Melakukan terapi ARV (Anti Retro Viral) pada ibu hamil yang B / S

HIV.

19. Tidak melakukan proses melahirkan normal pada ibu hamil yang HIV. B / S

Pengobatan HIV-AIDS:

20. Apakah seseorang yang menderita HIV-AIDS dapat sembuh dengan cara terapi obat ARV secara rutin dan teratur? B / S

Bagian C : Sikap terhadap ODHA

Bagaimana pendapat Anda mengenai pernyataan-pernyataan berikut ini?

- Sangat Tidak Setuju (STS) Tidak Setuju (TS)
 Setuju (S) Sangat Setuju (SS)

- | | |
|--|-------------|
| 1. Orang yang terinfeksi HIV adalah karena perbuatan sendiri. | SS/S/TS/STS |
| 2. Penganut seks bebas adalah yang paling bersalah dalam penyebaran HIV di masyarakat. | SS/S/TS/STS |
| 3. Saya merasa malu jika salah satu kenalan saya ODHA. | SS/S/TS/STS |
| 4. Merupakan suatu aib bila salah satu anggota keluarga besar saya ODHA | SS/S/TS/STS |
| 5. Berhadapan dengan pasien ODHA membuat saya was-was. | SS/S/TS/STS |
| 6. Saya takut melakukan kontak fisik dengan pasien ODHA karena takut menular. | SS/S/TS/STS |
| 7. Saya tidak takut melakukan kontak fisik dengan dalam pemeriksaan kesehatan. | SS/S/TS/STS |
| 8. Perawatan kesehatan HIV-AIDS hanya menambah lama penderitaan pasien ODHA. | SS/S/TS/STS |
| 9. ODHA tidak perlu pelayanan kesehatan HIV-AIDS. | SS/S/TS/STS |
| 10. Kartu pasien ODHA harus diberi keterangan HIV-AIDS. | SS/S/TS/STS |
| 11. Kalau harus terus bekerja dengan ODHA, saya ingin pindah kerja saja. | SS/S/TS/STS |
| 12. Saya tidak berkeberatan apabila ada pasien ODHA yang memilih untuk tidak berobat. | SS/S/TS/STS |
| 13. Saya tidak ingin menggunakan barang yang telah disentuh oleh ODHA. | SS/S/TS/STS |
| 14. Saya tidak ingin berbagi peralatan makanan/minuman dengan ODHA. | SS/S/TS/STS |

15. Pelayanan kesehatan HIV-AIDS sebaiknya dipisahkan dari pelayanan kesehatan umum. SS/S/TS/STS
16. Menolong ODHA berarti keselamatan petugas sedang terancam. SS/S/TS/STS
17. Saya akan membatasi bergaul dengan ODHA. SS/S/TS/STS
18. Saya bersedia setiap menolong ODHA yang datang ke Puskesmas. SS/S/TS/STS
19. Menolong ODHA adalah tugas mulia. SS/S/TS/STS
20. Saya bersedia melakukan kontak fisik dengan ODHA. SS/S/TS/STS

Bagian D : Pengalaman pribadi dengan ODHA

1. Apakah Anda pernah menolong pasien ODHA? Ya / Tidak

Bagian E : Dukungan dari atasan dan rekan kerja

1. Apakah Anda mendapat dukungan dari atasan dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS? Ya / Tidak
2. Apakah Anda mendapat dukungan dari rekan kerja dalam melaksanakan tugas di pelayanan kesehatan HIV-AIDS? Ya / Tidak

Bagian F : Keterpaparan informasi tentang HIV-AIDS

1. Dari manakah Anda biasanya mendapatkan informasi tentang HIV-AIDS?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brosur | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Koran | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Majalah | |

2. Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS? Ya / Tidak

LAMPIRAN

Penelitian Kualitatif

Panduan Instrumen Wawancara Mendalam (WM)
Penelitian Kualitatif Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap
Petugas Puskesmas Terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota
Bandung Tahun 2010
(Informan: Petugas Puskesmas)

PERKENALAN:

Selamat siang, Bapak/Ibu Yth. Perkenalkan nama saya, Rostini, dan rekan saya (bila ada) bertindak sebagai pencatat. Kami berterima kasih pada Bapak/Ibu atas kesediaannya menjadi informan dalam penelitian ini.

TUJUAN WM:

Tujuan kami datang ke Puskesmas ini adalah ingin memperoleh penjelasan dari Bapak/Ibu tentang: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung Tahun 2010.

Kami tidak akan menilai jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu, apakah benar atau salah. Tidak ada jawaban benar atau salah. Bapak/Ibu diperbolehkan untuk berpendapat apa saja sesuai dengan yang Bapak/Ibu pikirkan dan rasakan. Kami sangat menghargai pendapat Bapak/Ibu dan untuk itu sekali lagi kami ucapkan terima kasih.

PROSEDUR WM:

1. Kami mohon izin Bapak/Ibu untuk merekam pembicaraan kita nanti, dan dicatat, untuk membantu kami mengumpulkan informasi sejelas dan selengkap mungkin.
2. Identitas dan penjelasan dari Bapak/Ibu sifatnya rahasia dan akan kami samarkan dalam laporan nanti. Untuk itu kami mohon perkenan Bapak/Ibu mengisi dan menandatangani lembar *inform consent* ini.
3. Mohon Bapak/Ibu tidak segan menanggapi saya supaya suasana wawancara tidak menjadi kaku.
4. Lamanya wawancara kita ini sekitar 25 menit.

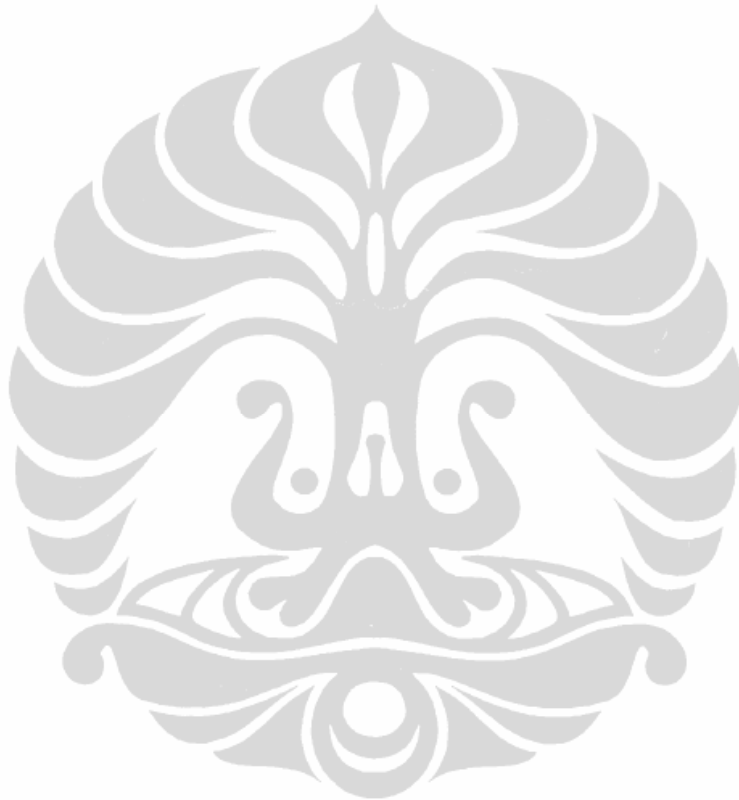
Garis besar pertanyaan wawancara mendalam:

1. Apakah sosiodemografi mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
2. Apakah pengetahuan HIV-AIDS mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
3. Apakah pelatihan HIV-AIDS mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
4. Apakah informasi dari media massa mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
5. Apakah dukungan dari atasan mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
6. Apakah dukungan dari rekan kerja mempengaruhi sikap terhadap ODHA?

Daftar pertanyaan:

1. Apakah sosiodemografi mempengaruhi sikap petugas puskesmas terhadap ODHA?
 - a. Bagaimana sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan usia?
 - b. Apakah ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan?
 - c. Bagaimana sikap petugas medis dan non medis?
 - d. Apakah ada perbedaan sikap petugas yang berpendidikan tinggi terhadap ODHA?
2. Apakah pengetahuan HIV-AIDS mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
 - a. Apakah Bapak/Ibu merasa memiliki pengetahuan HIV-AIDS baik?
 - b. Apakah ada perbedaan sikap petugas yang berpengetahuan baik dan kurang dalam hal HIV-AIDS?
3. Apakah pelatihan HIV-AIDS mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
 - a. Apakah Bapak/Ibu pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS?
 - b. Pelatihan apa? Di mana?
 - c. Apakah informasi dari pelatihan HIV-AIDS sesuai dengan kegiatan Bapak / Ibu di puskesmas?
 - d. Apakah ada perbedaan sikap petugas yang pernah mengikuti pelatihan HIV-AIDS dengan sikap petugas yang belum ikut pelatihan?
4. Apakah informasi dari media massa mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
 - a. Apakah Bapak/Ibu suka membaca koran/majalah?
 - b. Informasi apa yang Bapak/Ibu cari di media cetak atau media elektronik yang disediakan di puskesmas ?
 - c. Apa fungsi media massa bagi Bapak/Ibu hubungannya dengan kegiatan di puskesmas?
5. Apakah dukungan dari atasan dan rekan kerja mempengaruhi sikap terhadap ODHA?
 - a. Apakah atasan Bapak/Ibu mendukung tugas Anda dalam pelayanan kesehatan bagi ODHA?

- b. Apa bentuk dukungan dari atasan?
- c. Apakah pengaruh dukungan atasan terhadap sikap petugas terhadap ODHA?
- d. Apakah Bapak/Ibu mendapat dukungan dari rekan kerja?
- e. Apa bentuk dukungannya ?
- f. Apakah dukungan rekan kerja mempengaruhi sikap petugas puskesmas terhadap ODHA?



LAMPIRAN

Penelitian Kualitatif

Panduan Instrumen Wawancara Mendalam (WM)
Penelitian Kualitatif Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap
Petugas Puskesmas Terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota
Bandung Tahun 2010
(Informan kunci: Kepala Puskesmas)

PERKENALAN:

Selamat siang, Bapak/Ibu Yth. Perkenalkan nama saya, Rostini, dan rekan saya (bila ada) bertindak sebagai pencatat. Kami berterima kasih pada Bapak/Ibu atas kesediaannya menjadi informan kunci dalam penelitian ini.

TUJUAN WM:

Tujuan kami datang ke Puskesmas ini adalah ingin memperoleh penjelasan dari Bapak/Ibu tentang: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung Tahun 2010.

Kami tidak akan menilai jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu, apakah benar atau salah. Tidak ada jawaban benar atau salah. Bapak/Ibu diperbolehkan untuk berpendapat apa saja sesuai dengan yang Bapak/Ibu pikirkan dan rasakan. Kami sangat menghargai pendapat Bapak/Ibu dan untuk itu sekali lagi kami ucapkan terima kasih.

PROSEDUR WM:

1. Kami mohon izin Bapak/Ibu untuk merekam pembicaraan kita nanti, dan dicatat, untuk membantu kami mengumpulkan informasi sejelas dan selengkap mungkin.
2. Identitas dan penjelasan dari Bapak/Ibu sifatnya rahasia dan akan kami samarkan dalam laporan nanti. Untuk itu kami mohon perkenan Bapak/Ibu mengisi dan menandatangani lembar *inform consent* ini.
3. Mohon Bapak/Ibu tidak segan menanggapi saya supaya suasana wawancara tidak menjadi kaku.
4. Lamanya wawancara kita ini sekitar 20 menit.

Garis besar pertanyaan wawancara mendalam:

1. Apa urgensi adanya pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
2. Apa bentuk dukungan yang diberikan pada petugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS?
3. Apa bentuk dukungan dari Dinas Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
4. Apa model pelayanan kesehatan HIV-AIDS yang paling tepat bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas?

Daftar pertanyaan:

1. Apakah urgensi pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
 - a. Menurut Anda bagaimana kondisi kesehatan masyarakat terkait HIV-AIDS di wilayah kerja Puskesmas?
2. Apa bentuk dukungan yang diberikan pada petugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS?
 - a. Bagaimana Anda melihat kesiapan petugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS?
 - b. Menurut Anda bagaimana pengetahuan dan sikap petugas terhadap ODHA?
 - c. Apakah perbedaan latar belakang petugas mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA?
3. Apa bentuk dukungan dari Dinas Kesehatan Kota Bandung terhadap pelayanan kesehatan HIV-AIDS?
 - a. Apakah dukungan dari Dinkes Bandung untuk pelayanan kesehatan HIV-AIDS sesuai kebutuhan?
4. Model pelayanan kesehatan HIV-AIDS yang tepat untuk masyarakat di wilayah kerja puskesmas?
 - a. Menurut Anda apa model pelayanan HIV-AIDS yang paling tepat untuk masyarakat di wilayah kerja puskesmas?

LAMPIRAN

Penelitian Kualitatif

Panduan Instrumen Wawancara Mendalam (WM)
Penelitian Kualitatif Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap
Petugas Puskesmas Terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota
Bandung Tahun 2010
(Informan kunci: Kepala Bagian Seksi Pencegahan dan Pemberantasan
Penyakit Menular, Dinas Kesehatan Kota Bandung)

PERKENALAN:

Selamat siang, Bapak/Ibu Yth. Perkenalkan nama saya, Rostini, dan rekan saya (bila ada) bertindak sebagai pencatat. Kami berterima kasih pada Bapak/Ibu atas kesediaannya menjadi informan kunci dalam penelitian ini.

TUJUAN WM:

Tujuan kami datang ke Puskesmas ini adalah ingin memperoleh penjelasan dari Bapak/Ibu tentang: Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung Tahun 2010.

Kami tidak akan menilai jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu, apakah benar atau salah. Tidak ada jawaban benar atau salah. Bapak/Ibu diperbolehkan untuk berpendapat apa saja sesuai dengan yang Bapak/Ibu pikirkan dan rasakan. Kami sangat menghargai pendapat Bapak/Ibu dan untuk itu sekali lagi kami ucapkan terima kasih.

PROSEDUR WM:

1. Kami mohon izin Bapak/Ibu untuk merekam pembicaraan kita nanti, dan dicatat, untuk membantu kami mengumpulkan informasi sejelas dan selengkap mungkin.
2. Identitas dan penjelasan dari Bapak/Ibu sifatnya rahasia dan akan kami samarkan dalam laporan nanti. Untuk itu kami mohon perkenan Bapak/Ibu mengisi dan menandatangani lembar *inform consent* ini.
3. Mohon Bapak/Ibu tidak segan menanggapi saya supaya suasana wawancara tidak menjadi kaku.
4. Lamanya wawancara kita ini sekitar 15 menit.

Garis besar pertanyaan wawancara mendalam:

1. Apa urgensi adanya pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
2. Langkah-langkah apa yang dilakukan untuk menunjang pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
3. Apa bentuk dukungan dari Dinas Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
4. Apa model pelayanan kesehatan HIV-AIDS yang paling tepat bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas?

Daftar pertanyaan:

1. Apakah urgensi pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
 - a. Bagaimana kondisi HIV-AIDS di Kota Bandung?
 - b. Apa urgensi pelayanan kesehatan HIV-AIDS di tingkat Puskesmas?
2. Apa langkah-langkah yang dilakukan untuk menunjang pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
 - a. Bagaimana Anda melihat kesiapan Puskesmas dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan HIV-AIDS?
 - b. Apa bentuk dukungan dari Dinas Kesehatan Kota Bandung terhadap pelayanan kesehatan HIV-AIDS di tingkat Puskesmas?
 - c. Bagaimana dengan permasalahan mutasi petugas puskesmas?
 - d. Apa yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah mutasi?
3. Apa model pelayanan kesehatan HIV-AIDS yang paling tepat bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas?
 - a. Menurut Anda model apa yang tepat untuk pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
 - b. Bagaimana dengan stigma di puskesmas dan masyarakat?
 - c. Apa yang dilakukan Dinkes untuk mengurangi stigma di puskesmas dan di masyarakat?

LAMPIRAN

Penelitian Kualitatif

Panduan Instrumen Wawancara Mendalam (WM)
Penelitian Kualitatif Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap
Petugas Puskesmas Terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota
Bandung Tahun 2010
(Informan kunci: Konselor ODHA)

PERKENALAN:

Selamat siang, Bapak/Ibu Yth. Perkenalkan nama saya, Rostini, dan rekan saya (bila ada) bertindak sebagai pencatat. Kami berterima kasih pada Bapak/Ibu atas kesediaannya menjadi informan kunci dalam penelitian ini.

TUJUAN WM:

Tujuan kami datang ke Puskesmas ini adalah ingin memperoleh penjelasan dari Bapak/Ibu tentang: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung Tahun 2010.

Kami tidak akan menilai jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu, apakah benar atau salah. Tidak ada jawaban benar atau salah. Bapak/Ibu diperbolehkan untuk berpendapat apa saja sesuai dengan yang Bapak/Ibu pikirkan dan rasakan. Kami sangat menghargai pendapat Bapak/Ibu dan untuk itu sekali lagi kami ucapkan terima kasih.

PROSEDUR WM:

1. Kami mohon izin Bapak/Ibu untuk merekam pembicaraan kita nanti, dan dicatat, untuk membantu kami mengumpulkan informasi sejelas dan selengkap mungkin.
2. Identitas dan penjelasan dari Bapak/Ibu sifatnya rahasia dan akan kami samarkan dalam laporan nanti. Untuk itu kami mohon perkenan Bapak/Ibu mengisi dan menandatangani lembar *inform consent* ini.
3. Mohon Bapak/Ibu tidak segan menanggapi saya supaya suasana wawancara tidak menjadi kaku.
4. Lamanya wawancara kita ini sekitar 25 menit.

Garis besar pertanyaan wawancara mendalam:

1. Apa urgensi adanya pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
2. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas di Kota Bandung?

Daftar pertanyaan:

1. Apa urgensi adanya pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
 - a. Bagaimana kondisi HIV-AIDS di Kota Bandung?
 - b. Bagaimana dengan pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung secara umum?
 - c. Apa urgensi pelayanan kesehatan HIV-AIDS di tingkat Puskesmas?
2. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas di Kota Bandung?
 - a. Menurut Anda bagaimana kesiapan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS?
 - b. Bagaimana dengan stigma terhadap ODHA di antara petugas puskesmas?
 - c. Menurut Anda, faktor apakah yang mempengaruhi sikap petugas puskesmas terhadap ODHA?

LAMPIRAN

Penelitian Kualitatif

Panduan Instrumen Wawancara Mendalam (WM)
Penelitian Kualitatif Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap
Petugas Puskesmas Terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota
Bandung Tahun 2010
(Informan: ODHA)

PERKENALAN:

Selamat siang, Bapak/Ibu Yth. Perkenalkan nama saya, Rostini, dan rekan saya (bila ada) bertindak sebagai pencatat. Kami berterima kasih pada Bapak/Ibu atas kesediaannya menjadi informan kunci dalam penelitian ini.

TUJUAN WM:

Tujuan kami datang ke Puskesmas ini adalah ingin memperoleh penjelasan dari Bapak/Ibu tentang: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA dalam Pelayanan Kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung Tahun 2010.

Kami tidak akan menilai jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu, apakah benar atau salah. Tidak ada jawaban benar atau salah. Bapak/Ibu diperbolehkan untuk berpendapat apa saja sesuai dengan yang Bapak/Ibu pikirkan dan rasakan. Kami sangat menghargai pendapat Bapak/Ibu dan untuk itu sekali lagi kami ucapkan terima kasih.

PROSEDUR WM:

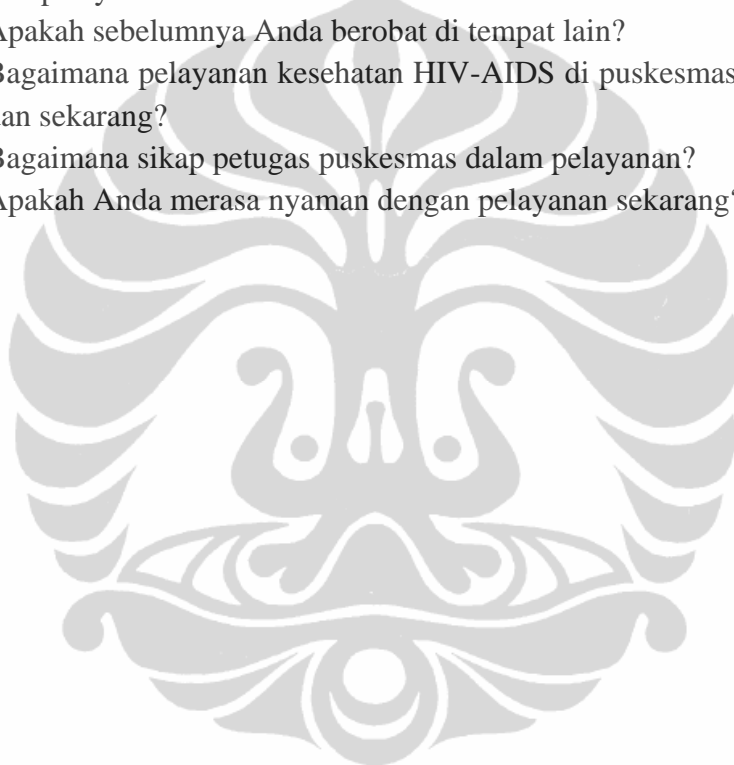
1. Kami mohon izin Bapak/Ibu untuk merekam pembicaraan kita nanti, dan dicatat, untuk membantu kami mengumpulkan informasi sejelas dan selengkap mungkin.
2. Identitas dan penjelasan dari Bapak/Ibu sifatnya rahasia dan akan kami samarkan dalam laporan nanti. Untuk itu kami mohon perkenan Bapak/Ibu mengisi dan menandatangani lembar *inform consent* ini.
3. Mohon Bapak/Ibu tidak segan menanggapi saya supaya suasana wawancara tidak menjadi kaku.
4. Lamanya wawancara kita ini sekitar 15 menit.

Garis besar pertanyaan wawancara mendalam:

1. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung?
2. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?

Daftar pertanyaan:

1. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung?
 - a. Menurut Anda bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Kota Bandung?
 - b. Apakah sesuai kebutuhan Anda?
2. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas?
 - a. Apakah sebelumnya Anda berobat di tempat lain?
 - b. Bagaimana pelayanan kesehatan HIV-AIDS di puskesmas dulu dan sekarang?
 - c. Bagaimana sikap petugas puskesmas dalam pelayanan?
 - d. Apakah Anda merasa nyaman dengan pelayanan sekarang?



Matriks Hasil Wawancara Mendalam, Penelitian Kualitatif
 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA di Kota Bandung Tahun 2010
 (Studi di Puskesmas Salam, Puskesmas Kopo, Puskesmas Ibrahim Adji, Puskesmas Pasundan)

No.	Variabel	Pertanyaan	Petugas Puskesmas					Kesimpulan
			Admin	Perawat	Dokter	Admin	Farmasi	
1	Jenis kelamin	Menurut Bapak/Ibu apakah ada perbedaan sikap antara petugas laki-laki dan perempuan?	-	-	-	-	-	Seluruh informan berpendapat tidak ada perbedaan sikap pada petugas berdasarkan jenis kelamin.
2	Usia	Menurut Bapak/Ibu apakah usia petugas mempengaruhi sikap terhadap pasien HIV-AIDS?	-	-	-	-	+	Sebagian besar informan mengatakan bahwa tidak ada perbedaan sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan usia.
3	Profesi	Menurut Bapak/Ibu apakah perbedaan profesi mempengaruhi sikap terhadap pasien HIV-AIDS?	-	-	-	-	-	Semua informan mengatakan bahwa sikap petugas adalah sama terhadap semua pasien. Tidak ada perbedaan berdasarkan profesi. Setiap petugas mempunyai tugas dan tanggung jawab masing-masing.
4	Pendidikan	Menurut Bapak/Ibu apakah ada perbedaan sikap antara petugas berdasarkan tingkat pendidikan? Bagaimana tingkat pendidikan mempengaruhi sikap?	+	-	-	-	-	Sebagian besar informan mengatakan bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan sikap mereka terhadap pasien HIV-AIDS. Melayani pasien HIV_AIDS diperlukan keterampilan khusus.
5	Pengetahuan HIV-AIDS	Menurut Bapak/Ibu apakah pengetahuan tentang HIV-AIDS pada petugas sudah baik? Apakah kaitan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS dengan sikap petugas terhadap pasien HIV-AIDS?	+	-	-	-	-	Sebagian besar informan mengatakan bahwa pengetahuan menunjang kualitas layanan tetapi tidak selalu berbanding lurus dengan sikap petugas.

6	Pelatihan HIV-AIDS	Pelatihan apa saja yang pernah Bapak/Ibu peroleh selama bertugas dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS? Bagaimana manfaat pelatihan terhadap pelaksanaan tugas Bapak/Ibu? Apakah pelatihan yang pernah diperoleh berpengaruh pada sikap petugas terhadap ODHA?	-	-	-	-	-	Secara umum informan mengatakan bahwa pelatihan HIV-AIDS sangat membantu petugas dalam pelayanan HIV-AIDS tetapi seringkali informasi dari pelatihan tidak ditransfer pada petugas lain.
7	Mengenal ODHA	Menurut Bapak/Ibu apakah dengan mengenal ODHA mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA? Apakah hubungan antara mengenal ODHA dengan sikap petugas?	+	-	-	-	-	Semua informan mengatakan bahwa mengenal ODHA tidak berarti pernah menolong ODHA sehingga tidak ada perbedaan sikap antara petugas yang kenal ODHA dengan yang tidak kenal.
8	Dukungan atasan	Apakah ada dukungan dari atasan pada tugas Bapak/Ibu dalam pelayanan HIV-AIDS? Apakah bentuk dukungan yang Bapak/Ibu peroleh? Jelaskan kaitan antara dukungan dari atasan terhadap sikap ?	-	-	-	-	+	Sebagian besar informan mengatakan bahwa pelayanan HIV-AIDS perlu dukungan tidak hanya dari internal puskesmas melainkan juga lintas sektor.
9	Dukungan rekan kerja	Apakah ada dukungan dari rekan kerja dalam pelayanan HIV-AIDS? Apakah bentuk dukungannya? Apakah dukungan tersebut berpengaruh terhadap sikap pada ODHA?	-	-	-	-	-	Semua informan mengatakan bahwa saling tukar informasi dan membantu dalam melaksanakan tugas tidak berpengaruh terhadap sikap petugas terhadap ODHA. Masing-masing petugas memiliki penilaian sendiri pada ODHA.

Matriks Hasil Wawancara Mendalam, Penelitian Kualitatif
 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Petugas Puskesmas terhadap ODHA di Kota Bandung Tahun 2010
 (Studi di Puskesmas Ibrahim Adjie/Kiaracondong, Puskesmas Kopo, Puskesmas Pasundan, dan Puskesmas Salam)

No.	Variabel	Pertanyaan	Petugas Puskesmas							Kesimpulan
			A	B	C	D	E	F	G	
			(dokter umum)	(dokter gigi)	(perawat)	(farmasi)	(bidan)	(dokter umum)	(administrasi)	
1	Jenis kelamin	Apakah ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan terhadap ODHA?	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan. Bekerja dalam tim.	Seluruh informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas laki-laki dan perempuan terhadap ODHA karena bekerja secara tim.
2	Usia	Bagaimana sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan usia?	Tidak ada perbedaan sikap petugas >39 th dan <39th. Hubungan petugas dekat, saling member tahu dan membantu.	Hubungan antar petugas sangat dekat. Tidak ada hubungan sikap petugas berdasarkan usia.	Tidak ada perbedaan sikap petugas >39 th dan <39th. Hubungan petugas dekat, saling member tahu dan membantu.	Hubungan antar petugas sangat dekat. Tidak ada hubungan sikap petugas berdasarkan usia.	Tidak ada perbedaan sikap petugas >39 th dan <39th. Hubungan petugas dekat, saling member tahu dan membantu.	Tidak ada perbedaan sikap petugas >39 th dan <39th. Hubungan petugas dekat, saling member tahu dan membantu.	Hubungan antar petugas sangat dekat. Tidak ada hubungan sikap petugas berdasarkan usia.	Seluruh informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas yang berusia >39 tahun dan <39 tahun terhadap ODHA. Petugas memiliki hubungan dekat dengan petugas lain.

3	Profesi	Bagaimana sikap petugas medis dan non medis terhadap ODHA?	Seluruh informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis. Melayani setiap pasien adalah tugas dan kewajiban.	Seluruh informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis. Melayani setiap pasien adalah tugas dan kewajiban.	Semua pasien adalah sama. Wajib dilayani. Tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis terhadap ODHA.	Seluruh informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis. Melayani setiap pasien adalah tugas dan kewajiban.	Semua pasien adalah sama. Wajib dilayani. Tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis terhadap ODHA.	Menolong pasien adalah tugas, tidak ada perbedaan, menolong pasien sesuai kemampuan.	Tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis.	Seluruh informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas medis dan non medis. Melayani setiap pasien adalah tugas dan kewajiban.
---	---------	--	---	---	--	---	--	--	--	---

4	Pendidikan	Apakah ada perbedaan sikap petugas yang berpendidikan tinggi pada ODHA ?	Pendidikan tinggi tidak menjamin sikap petugas positif terhadap ODHA. Perlu pendekatan khusus untuk ODHA.	Pendidikan tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA. Perlu pendekatan khusus dengan ODHA.	ODHA sangat sensitif. Perlu pendekatan khusus. Tidak ada hubungan pendidikan dengan sikap petugas terhadap ODHA.	Tidak ada perbedaan sikap petugas yang tinggi dan rendah. Pendidikan tidak menjamin petugas bersikap baik. ODHA sangat sensitif perlu pendekatan khusus.	Tidak ada perbedaan sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan pendidikan.	Tidak ada perbedaan sikap petugas yang tinggi dan rendah. Pendidikan tidak menjamin petugas bersikap baik. ODHA sangat sensitif perlu pendekatan khusus.	Mungkin ada. ODHA beda dengan pasien umum, sensitif.	Sebagian besar informan menyatakan pendidikan tinggi tidak menjadi petugas bersikap positif terhadap ODHA. Odha sangat sensitif, perlu pendekatan khusus.
---	------------	--	---	---	--	--	---	--	--	---

5	Pengetahuan HIV-AIDS	Apakah ada perbedaan sikap petugas yang berpengetahuan HIV-AIDS baik dan kurang terhadap ODHA	Melayani ODHA perlu pengetahuan. Tapi pengalaman tidak selalu sesuai dengan pengetahuan. Tidak ada hubungan sikap petugas yang berpengetahuan baik dan kurang.	Pengalaman lapangan berbeda-beda. Tidak sama dengan pengetahuan yang dimiliki. Tidak berhubungan dengan sikap.	Pengetahuan tidak berhubungan dengan sikap karena pengalaman berbeda-beda. Melayani ODHA perlu pengetahuan baik.	Melayani ODHA perlu pengetahuan. Tapi pengalaman tidak selalu sesuai dengan pengetahuan. Tidak ada hubungan sikap petugas yang berpengetahuan baik dan kurang.	Pengetahuan penting untuk pelayanan tapi pengalaman di lapangan tidak sesuai dengan pengetahuan. Tidak ada hubungan pengetahuan dengan sikap.	Pengetahuan tidak berhubungan dengan sikap karena pengalaman berbeda-beda. Melayani ODHA perlu pengetahuan baik.	Ada perbedaan sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan pengetahuan.	Sebagian besar informan menyatakan pengetahuan HIV-AIDS penting untuk meningkatkan pelayanan. Tapi pengalaman di lapangan tidak sesuai dengan pengetahuan sehingga tidak mempengaruhi sikap.
---	----------------------	---	--	--	--	--	---	--	--	--

6	Media massa	Apakah fungsi media massa untuk Bapak/Ibu? Apakah informasi dari media massa mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA?	Media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS dan tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.	Media massa tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS.	Media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS dan tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.	Media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS dan tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA.	Media massa tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS.	Media massa tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS.	Media massa tidak mempengaruhi hi sikap petugas Puskesmas terhadap ODHA karena media massa berfungsi sebagai hiburan bukan sumber informasi HIV-AIDS.	Seluruh informan menyatakan media massa berfungsi sebagai hiburan. Informasi dari media massa tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA.
---	-------------	--	--	---	--	--	---	---	---	---

7	Pelatihan HIV-AIDS	Apakah ada perbedaan sikap petugas yang pernah ikut pelatihan dengan yang belum pernah?	Tidak ada perbedaan sikap petugas yang pernah ikut pelatihan dengan yang belum pernah ikut pelatihan. Tidak ada transfer ilmu antar petugas.	Tidak ada perbedaan sikap petugas berdasarkan pelatihan karena tidak ada transfer informasi pada petugas lain.	Tidak ada perbedaan sikap petugas yang pernah ikut pelatihan dengan yang belum pernah ikut pelatihan. Tidak ada transfer ilmu antar petugas.	Tidak ada hubungan pelatihan dengan sikap petugas terhadap ODHA karena tidak ada transfer ilmu pada petugas lain.	Tidak ada perbedaan sikap petugas berdasarkan pelatihan karena tidak ada transfer informasi pada petugas lain.	Tidak ada perbedaan sikap petugas yang pernah ikut pelatihan dengan yang belum pernah ikut pelatihan. Tidak ada transfer ilmu antar petugas.	Tidak ada perbedaan sikap petugas berdasarkan pelatihan karena tidak ada transfer informasi pada petugas lain.	Sebagian besar informan menyatakan tidak ada perbedaan sikap petugas yang pernah ikut pelatihan dengan yang belum pernah ikut pelatihan. Tidak ada transfer ilmu antar petugas.
8	Dukungan atasan	Apa bentuk dukungan dari atasan? Apakah ada perbedaan sikap petugas yang mendapat dukungan dengan yang tidak ?	Anjuran memberi pelayanan dan membentuk tim. Tidak ada perbedaan sikap petugas yang mendapat dukungan atau tidak.	Anjuran memberi pelayanan. Dukungan atasan tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA.	Tidak ada hubungan dukungan atasan dengan sikap petugas terhadap ODHA.	Anjuran memberi pelayanan. Dukungan atasan tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA.	Anjuran memberi pelayanan. Dukungan atasan tidak mempengaruhi sikap petugas terhadap ODHA.	Anjuran memberi pelayanan dan membentuk tim. Tidak ada perbedaan sikap petugas yang mendapat dukungan atau tidak.	Atasan mendukung pelayanan ODHA, tapi tidak ada hubungan dengan sikap petugas terhadap ODHA.	Seluruh informan menyatakan mendapat dukungan dari atasan. Bentuk dukungan: koordinasi tim, anjuran melayani pasien ODHA. Perlu dukungan lintas sektor.

9	Dukungan rekan kerja	Apakah Bapak/Ibu mendapat dukungan dari teman? Apa bentuk dukungannya? Apakah ada perbedaan sikap petugas berdasarkan dukungan rekan kerja?	Tidak ada hubungan antara dukungan rekan kerja dengan sikap petugas. Penilaian setiap orang berbeda. Petugas saling membantu melaksanakan tugas.	Diantara petugas saling membantu. Tidak ada perbedaan sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan dukungan rekan kerja. Penilai petugas berbeda-beda terhadap ODHA.	Tidak ada hubungan dukungan rekan kerja dengan sikap walau diantara petugas saling membantu melaksanakan tugas.	Diantara petugas saling membantu. Tidak ada perbedaan sikap petugas terhadap ODHA berdasarkan dukungan rekan kerja. Penilai petugas berbeda-beda terhadap ODHA.	Tidak ada hubungan antara dukungan rekan kerja dengan sikap petugas. Penilaian setiap orang berbeda.	Tidak ada hubungan antara dukungan rekan kerja dengan sikap petugas. Penilaian setiap orang berbeda.	Petugas saling membantu dan memberi tahu. Setiap petugas punya penilaian sendiri terhadap ODHA.	Seluruh informan menyatakan mereka sering bertukar informasi dan membantu dalam melaksanakan tugas. Tiap petugas memiliki penilaian pribadi terhadap ODHA. Tidak ada hubungan dukungan rekan kerja terhadap sikap petugas.
---	----------------------	---	--	---	---	---	--	--	---	--