



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP
PERAWAT TERHADAP PASIEN HIV/AIDS
DI RUANG RAWAT UMUM RUMAH SAKIT
Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

SKRIPSI

MERRY JULIANA PASARIBU

NPM : 1006823406

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP
PERAWAT TERHADAP PASIEN HIV/AIDS
DI RUANG RAWAT UMUM RUMAH SAKIT
Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Keperawatan**

MERRY JULIANA PASARIBU

NPM : 1006823406

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya penulis sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah penulis nyatakan dengan benar.**

Nama : Merry Juliana Pasaribu

NPM : 1006823406

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Merry Juliana Pasaribu
NPM : 1006823406
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap
Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Unit Rawat
Inap Umum RS.Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

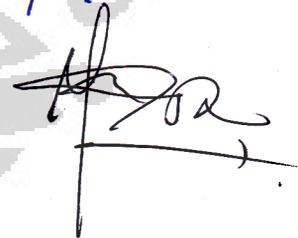
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Rr.Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS (



Penguji : Imami Nur Rachmawati, SKp., MSc (



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sejak awal perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi yang berjudul “ Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pasien HIV/AIDS”, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada:

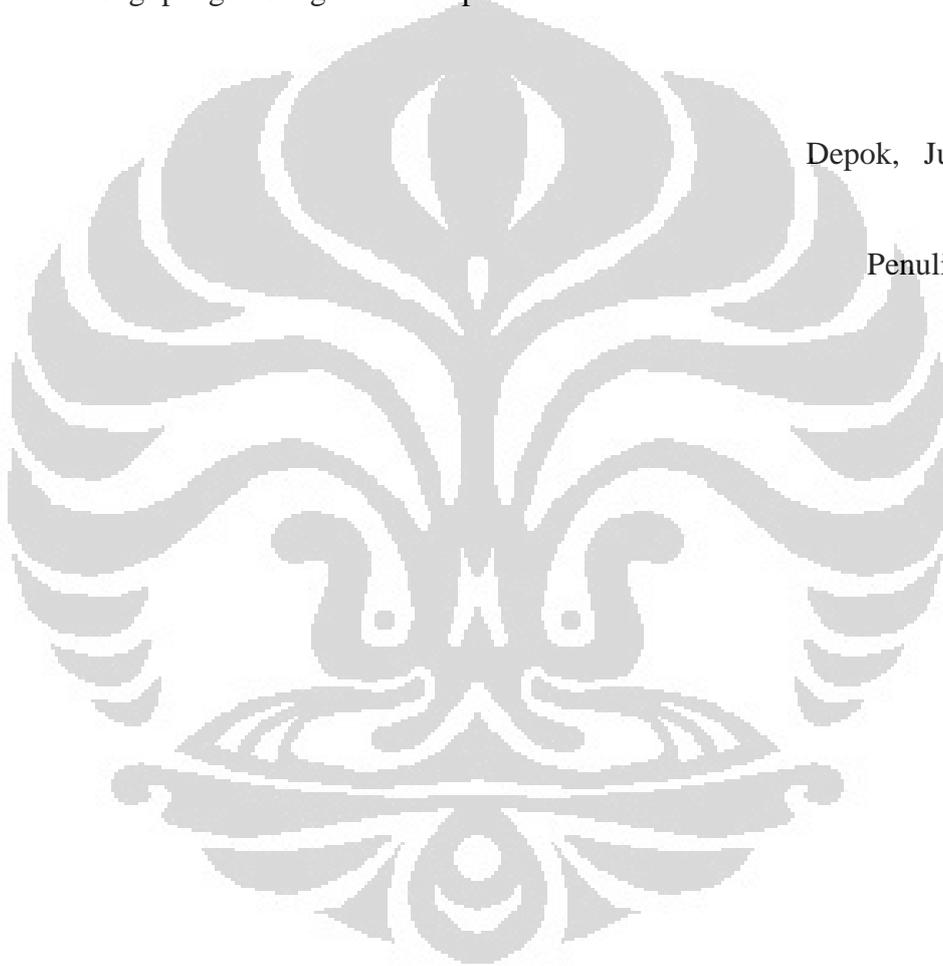
- (1) Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (2) Ibu Kuntarti, SKp., M. Biomed, selaku Koordinator Tugas Akhir
- (3) Ibu Rr.Tutik Sri Hariyati, SKp., MKes, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
- (4) Kepada Direktur Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang penulis perlukan.
- (5) Kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Diklit Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor beserta staf serta perawat yang telah banyak memberikan bantuan selama melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- (6) Suamiku tercinta Doni Simangunsong yang banyak memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya, serta anak-anakku tersayang Faith M Netanya dan Brave Sebastian yang telah merelakan sebagian waktunya ditinggalnya Mama untuk berjuang membangun dan kesuksesan dan meraih jalan kesuksesan.
- (7) Orang tua, Mamaku tercinta yang telah memberikan dukungan dan do'a yang tiada terputus untuk penulis agar diberikan kemudahan dalam menyelesaikan studi Program Sarjana FIK UI.

- (8) Teman-teman ekstensi angkatan 2010 yang bersama-sama saling mengingatkan dan saling memotivasi dalam penyusunan skripsi ini.
- (9) Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2012

Penulis



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

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

Nama : Merry Juliana Pasaribu
NPM : 1006823406
Program Studi : Program S1 Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Skripsi

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

“Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Unit Rawat Inap Umum RS.Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor”

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan



Merry Juliana Pasaribu

ABSTRAK

Nama : Merry Juliana Pasaribu
Program Studi : Program S1 Keperawatan
Judul : Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Unit Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor

Penyakit HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit menular dan berbahaya. Jumlah penderita HIV/AIDS setiap tahun bertambah. Kurangnya kesadaran pelaksanaan standar pencegahan umum menyebabkan resiko penularan HIV/AIDS pada perawat. Perawat masih ada yang menunjukkan sikap diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS. Metodologi penelitian ini adalah deskriptif sederhana, menggunakan teknik *proporsional sampling* terhadap 106 responden. Alat ukur yang digunakan berupa kuesioner yang telah melewati tahap uji validitas dan reliabilitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66% responden memiliki pengetahuan sedang; 30,2% tinggi dan 3,8% rendah. Sementara hasil sikap perawat terhadap HIV/AIDS 52,8 % responden menunjukkan sikap kurang baik dan 47,2% bersikap baik.

Kata kunci: pengetahuan, sikap, HIV/AIDS, perawat.

ABSTRACT

Name : Merry Juliana Pasaribu
Study Program : Bachelor of Nursing
Title : Nurses Knowledge and Attitudes towards Patients with HIV/AIDS in General Hospitalization Ward Dr. H. Mahdi Marzoeki Bogor Hospital

HIV/AIDS is one of contagious and dangerous diseases nowadays. The number of people with HIV/AIDS has increased every year. Lack of awareness of the implementation of standard precaution lead to the risk of transmission of HIV/AIDS on nurses. Patient with HIV/AIDS were still receiving discrimination from health worker. The purpose of this study was to describe the knowledge and attitude of nurses towards patients with HIV/AIDS. The methodology of this study is descriptive, by using proportional sampling on 106 respondents. The instrument of this study used questionnaires that has passed validity and reliability test. The results showed that 66% of respondents had moderate knowledge; 30, 2% had high and 3.8 % had low. Where the result of nurses attitude toward patient with HIV/AIDS showed 52,8% respondent had unfavorable attitude and 47,2% respondent showed favorable attitude.

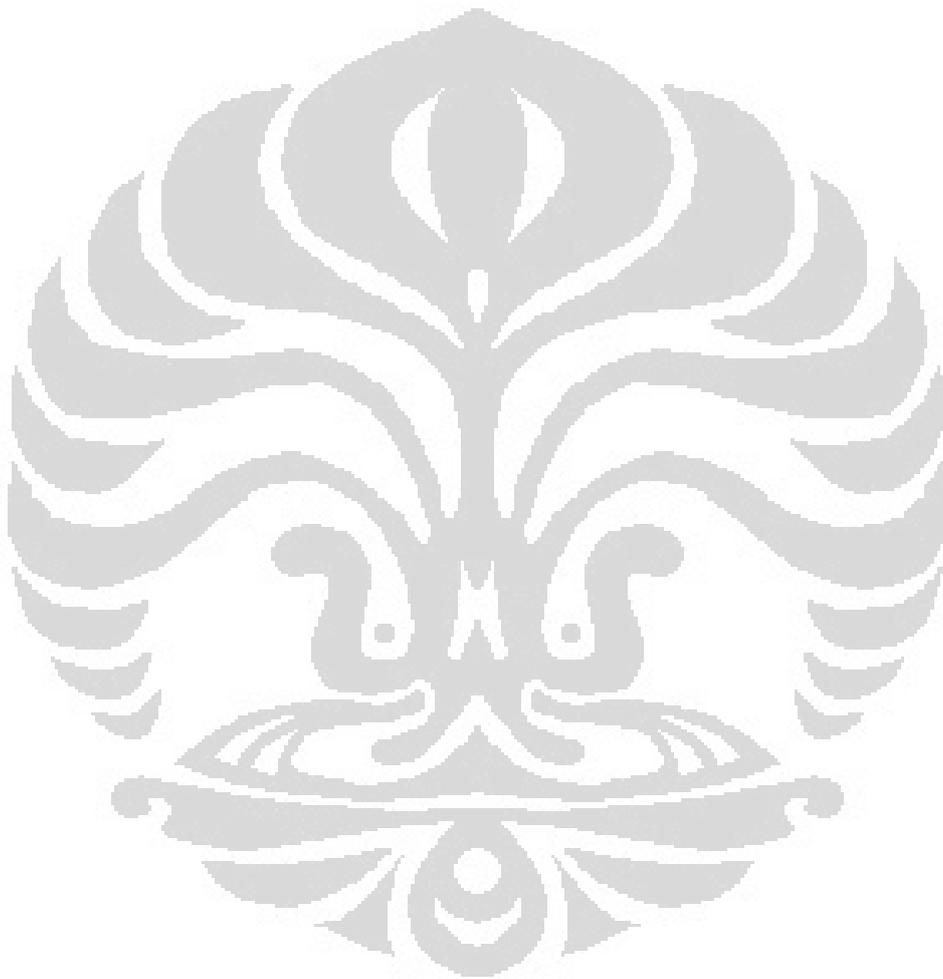
Key words: knowledge, attitudes, HIV/AIDS, nurses.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Mamfaat Penelitian	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Pengetahuan Perawat	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan	10
2.1.3 Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS	12
2.1.4 Cara mengukur tingkat pengetahuan	13
2.2 Sikap Perawat	13
2.2.1 Pengertian	13
2.2.2 Pembentukan sikap	14
2.2.3 Faktor yang mempengaruhi sikap	15
2.2.4 Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS	16
2.2.5 Cara pengukuran sikap terhadap HIV/AIDS	18
2.3 HIV/AIDS	19
2.3.1 Pengetian HIV	19
2.3.2 Pengertian AIDS	20
2.3.3 Patofisiologi	20
2.3.4 Manifestasi Klinis	21
2.3.5 Pemeriksaan Diagnostik	22
2.3.6 Cara Penularan	23
2.3.7 Cara Pencegahan	24
2.3.8 Pengobatan	26
2.3.9 Konseling dan VCT	28
2.4 Peran Perawat terhadap pasien HIV/AIDS	28
2.5 Kerangka Konsep Teori	29

3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN	31
3.1 Kerangka Konsep	31
3.2 Definisi Operasional	32
4. METODE PENELITIAN	34
4.1 Desain Penelitian	34
4.2 Populasi dan Sampel	34
4.2.1 Populasi	34
4.2.2 Sampel	34
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	36
4.4 Etika Penelitian	37
4.4.1 <i>Inform Consent</i> (lembar persetujuan)	37
4.4.2 <i>Anonimity</i> (tanpa nama)	37
4.4.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	38
4.5 Metode Pengumpulan Data	38
4.6 Alat Pengumpulan Data	39
4.6.1 Kuesioner pengetahuan	39
4.6.2 Kuesioner sikap	39
4.6.3 Uji Validitas	39
4.6.4 Uji Reliabilitas	40
4.7 Pengelolaan Data	41
4.8 Teknik Analisa Data	41
4.9 Jadwal Kegiatan Penelitian	42
5. HASIL PENELITIAN	43
5.1 Deskripsi Karakteristik Responden	43
5.1.1 Umur dan Lama Kerja	43
5.1.2 Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Pelatihan HIV/AIDS	44
5.2 Pengetahuan Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS	45
5.3 Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS	46
6. PEMBAHASAN	49
6.1 Interpretasi dan Diskusi hasil Penelitian	49
6.1.1 Gambaran Usia	49
6.1.2 Gambaran JenisKelamin	50
6.1.3 Gambaran Pendidikan	51
6.1.4 Gambaran Lama Kerja	52
6.1.5 Gambaran Pelatihan HIV/AIDS	53
6.1.6 Gambaran Pengetahuan	53
6.1.7 Gambaran Sikap	54
6.2 Implikasi Keperawatan	56
6.3 Keterbatasan Penelitian	56
6.3.2 Sampel Penelitian	56
6.3.3 Desain Penelitian	57
6.3.4 Instrumen Penelitian	57

7. KESIMPULAN DAN SARAN	58
7.1 Kesimpulan	58
7.2 Saran	58
7.2.1 Bagi Rumah Sakit	58
7.2.2 Perawat	59
7.2.3 Pendidikan	59
7.2.4 Ilmu Keperawatan	59
DAFTAR REFERENSI	60



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori	30
Skema 3.1	Kerangka Penelitian	31

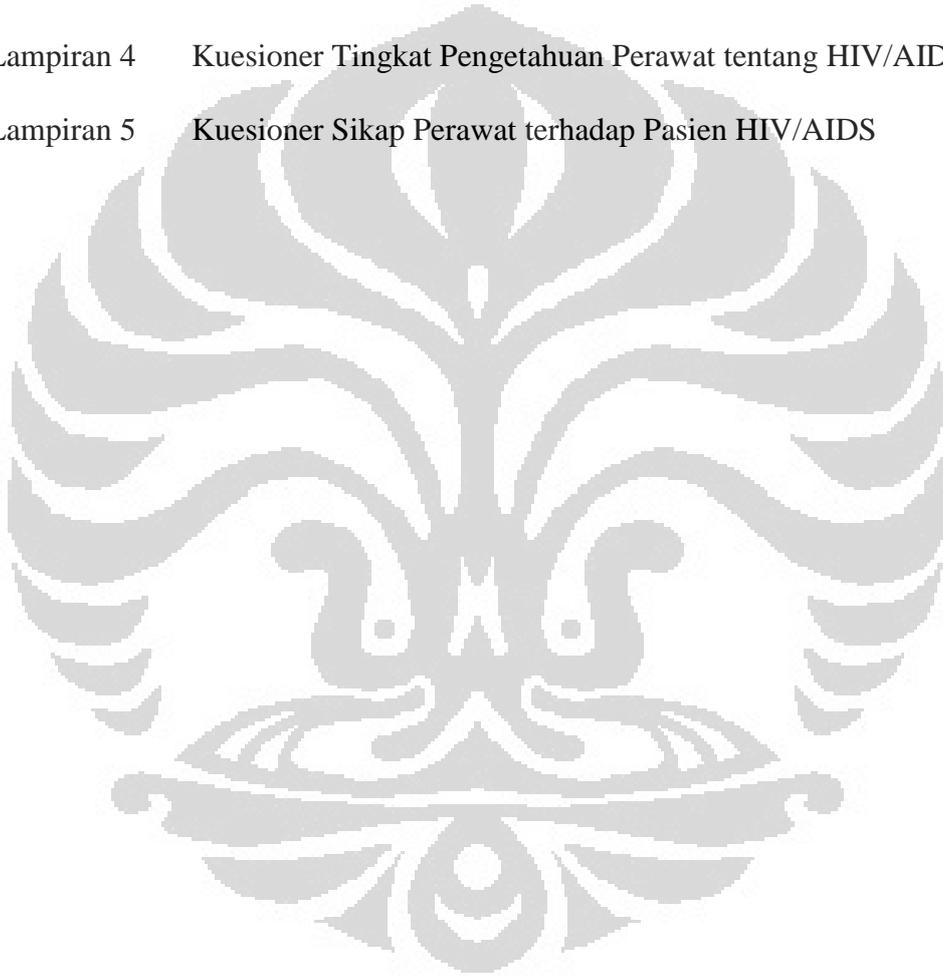


DAFTAR TABEL

Tabel	Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur, dan Skala Ukur	32
Tabel 4.1	Jumlah Populasi dan Sampel	36
Tabel 4.2	Analisa Univariat Variabel Pengetahuan dan Sikap Responden	42
Tabel 4.3	Jadwal Kegiatan Penelitian	42
Tabel 5.1.	Karakteristik Responden berdasarkan Umur dan Lama Kerja di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr H. Marzoeki Mahdi Bogor	43
Tabel 5.2.	Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pelatihan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	44
Tabel 5.3.	Tingkat Pengetahuan Perawat tentang HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	45
Tabel 5.4.	Sub Variabel Pengetahuan HIV/AIDS Perawat di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	46
Tabel 5.5.	Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	47
Tabel 5.6.	Sub Variabel Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	47

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi Responden (Informed Consent)
- Lampiran 3 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner Tingkat Pengetahuan Perawat tentang HIV/AIDS
- Lampiran 5 Kuesioner Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS



BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian serta manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) merupakan salah satu penyakit menular dan memberikan dampak yang buruk pada manusia. Menurut Sudoyo dkk, (2009) penyakit AIDS disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yaitu sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Virus ini merupakan retrovirus dimana menginfeksi tubuh dalam jangka waktu yang panjang (Nursalam, 2007). Penyakit ini sudah menjadi pandemi diseluruh negara dan memberikan dampak serius seluruh dunia (Fernandez, Vazques & Diaz, 2004; Taher & Abdelhai, 2011).

Kasus ini pertama kali ditemukan di California, Amerika Serikat tahun 1981 dan terus bertambah. Menurut *United Nation of Acquired Immune Deficiency Syndrome* (UNAIDS) pada tahun 2010 diketahui jumlah penderita HIV dunia sebanyak 34 juta dan meninggal karena AIDS 1,8 juta orang. Dengan mengacu data tersebut, saat ini diperkirakan jumlah tersebut sudah meningkat. Peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS banyak terjadi di negara berkembang salah satunya Indonesia.

Di Indonesia kasus HIV/AIDS pada tahun 1987 pertama kali dilaporkan orang Indonesia yang meninggal dunia karena kasus AIDS. Namun penyebaran HIV/AIDS meningkat setelah tahun 1995. Menurut Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP & PL) Kementerian Kesehatan RI tahun 2011 menyebutkan Indonesia menduduki peringkat lima besar negara dengan jumlah infeksi HIV terbesar di Asia selain India, Thailand, Myanmar dan Nepal.

Dilihat dari prevalensi kasus AIDS secara nasional di Indonesia 8,15 artinya setiap 100 ribu penduduk sebesar 8,15% menderita AIDS (Ditjen PP & PL, 2008).

Tingginya angka penderita HIV/AIDS di Indonesia khususnya memerlukan perhatian yang serius dari pemerintah dan masyarakat. Data dari Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Nasional pada tahun 2011 menyebutkan dari jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia provinsi Jawa Barat menduduki peringkat ketiga kasus AIDS dengan 3.952 kasus AIDS dan 2.354 kasus HIV. Salah satu alasan mengapa Jawa Barat tinggi angka kasus HIV/AIDS, karena kota-kota di Jawa Barat merupakan daerah transit sekaligus daerah tujuan wisata baik domestik maupun internasional, salah satunya adalah kota Bogor.

Secara geografis kota Bogor terletak berdekatan dengan kota-kota besar seperti Jakarta, Depok, Bekasi, Tangerang, Bandung sehingga memiliki potensi besar penularan HIV/AIDS. Data dari Dinas Kesehatan Kota Bogor menyebutkan bahwa jumlah penderita HIV/AIDS positif di Kota Bogor sejak tahun 2006 – 2011 sudah mencapai 1.328 orang dengan jumlah penderita HIV/AIDS yang meninggal sebanyak 58 orang. Hasil riset Riskesdas Nasional mengenai pengetahuan komprehensif HIV/AIDS pada laki-laki 7,6% dan perempuan 7,3% rendahnya pengetahuan beresiko pada penularan HIV/AIDS meningkat (Pikiran Rakyat, 2011).

Penularan HIV/AIDS melalui berbagai sumber penularan antara lain hubungan seks yang tidak aman, melalui jarum suntik, darah dan dari ibu ke bayinya. Hasil survey Ditjen PP & PL Kemenkes, 2011 menyebutkan kasus AIDS berdasarkan jenis kelamin laki-laki 64,9% dan perempuan 35,1% dengan rasio laki-laki dan perempuan 3:1. Bila dilihat dari presentase faktor resiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks tidak aman pada heteroseksual (76,3%), penggunaan jarum suntik tidak steril (penasun) 16,3%, Lelaki Seks Lelaki (LSL) 2,2% dan dari ibu (positif HIV) ke anak 4,7%.

HIV/AIDS banyak terdapat pada darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Pekerjaan perawat berhubungan langsung dengan pasien sehingga bila tidak hati-hati beresiko besar tertular penyakit. Menurut Mbanya, Zebaze, Kengne, Minkoulou, Awah (2001) dan Taher & Abdelhai (2011) perawat dalam menjalankan tugasnya langsung dengan cairan tubuh pasien termasuk darah, urine, feses, sputum, pemberian cairan oral, dengan jarum suntik, membersihkan tubuh pasien, mengganti linen pasien.

Resiko tertularnya HIV/AIDS dapat dihindari jika perawat melaksanakan tindakan secara hati-hati dan menerapkan standar pencegahan umum. Kesalahan dalam melaksanakan tindakan yang tidak sesuai prosedur pada petugas kesehatan menjadi perantara penularan penyakit hepatitis B, C dan HIV (Wilburn dan Eijkemans, 2004). Hasil penelitian Chen dan Han (2010) menemukan 52% perawat memiliki resiko tinggi terpapar HIV, dimana 86% pernah tertusuk jarum, 59% tersiram cairan tubuh. Kurangnya kesadaran pelaksanaan standar pencegahan umum menyebabkan resiko penularan HIV pada tenaga kesehatan (Nsubuga & Jaakkola, 2005; Ehlers, 2006).

Tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan perlu untuk memahami dan peka terhadap kasus HIV/AIDS. Menurut Laschinger & Goldenberg (1993) dalam menjalankan pekerjaannya tenaga kesehatan profesional memiliki peran besar dalam melawan AIDS diantaranya dokter dan perawat. Perawat memiliki peran penting dalam upaya menjaga mutu kesehatan bagi pasien HIV/AIDS. Mutu pelayanan yang diberikan serta ketahanan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien HIV/AIDS diharapkan dapat memberikan dampak positif dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia (Oktafiani, Hayono, Rosydah, 2008).

Perawat perlu mengerti tentang konsep, penularan, pencegahan dan pengonatan HIV/AIDS. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan di diperoleh dari proses belajar (Sunaryo, 2002). Dengan

pengetahuan seseorang mendapatkan keterampilan baru. Pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan baik formal maupun informal seperti kursus, pelatihan-pelatihan (Nursalam dan Effendi, 2007). Pengetahuan dan sikap positif sangat penting untuk memaksimalkan perawatan dan meningkatkan rasa nyaman pada pelaksana perawatan (Smit, 2004; Oyeyemi, Oyeyemi & Bello, 2005). Kurangnya pengetahuan membuat kekhawatiran yang berlebihan pada perawat yang dapat menghambat proses pemberian asuhan pada pasien HIV/AIDS sehingga pasien HIV/AIDS tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal (Yinglan, Scott & Li, 2006). Tidak adekuatnya pengetahuan menyebabkan intervensi keperawatan yang tidak tepat dan berpengaruh terhadap sikap.

Pengetahuan berpengaruh terhadap sikap perawat. Sikap adalah kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu (Perry & Potter, 2009; Notoadmodjo, 2010). Sikap seseorang terbentuk dari hubungan timbal balik dengan lingkungan sekitar (Rostini, 2010). Sikap dipengaruhi oleh pengalaman, pendidikan, sumber informasi, pendidikan (Notoadmodjo, 2010). Sikap seseorang terhadap pasien HIV/AIDS dapat ditunjukkan dengan sikap menerima/asertif (positif), sikap acuh tak acuh, menolak atau diskriminasi (Nyblade, Stangl, Weiss & Ashburn, 2009).

Dalam memperoleh pelayanan kesehatan masih banyak pasien HIV/AIDS yang menerima perilaku diskriminasi. Menurut Link & Phelan (2001) stigma adalah situasi kehidupan kondisi yang membuat “elemen *labeling*, *stereotype*, pemisahan, penyisihan status, dan diskriminasi” (Vance & Denham, 2008, p. 60). Perawat masih menunjukkan sikap negatif dan diskriminasi dalam memberikan pelayanan asuhan (Mbanya, Zebaze, Kengne, Minkoulou, Awah, 2001; Oyeyemi, Oyeyemi & Bello, 2005). Hasil penelitian Mulaudzi, Pengpid & Peltzer (2011) mengatakan perawat masih ada yang menunjukkan sikap syok saat pertama kali merawat pasien HIV/AIDS. Perawat yang memiliki perasaan takut tertular HIV (Mbanya, Zebaze, Kengne, Minkoulou, Awah, 2001; Ehlers, 2006). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rostini (2010) pada petugas kesehatan di Bandung ditemukan bahwa petugas masih memiliki persepsi yang buruk terhadap pasien, merasa takut tertular dan memiliki pandangan yang negatif terhadap pasien HIV/AIDS.

Pasien HIV/AIDS ada juga yang menerima perlakuan yang baik dari petugas kesehatan. Sikap baik yang ditunjukkan perawat antara lain bahwa perawat menunjukkan sikap empati dalam merawat pasien HIV/AIDS (Walusimbi & Okonsky, 2004), perawat bersedia menolong dan bersedia kontak fisik dengan pasien HIV/AIDS (Rostini, 2010) . Menurut Smit (2004) dan Oyeyemi, Oyeyemi & Bello (2005) mengatakan bahwa pengetahuan dan sikap positif sangat penting untuk memaksimalkan perawatan dan meningkatkan rasa nyaman pada pelaksana perawatan.

Rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan yang mempunyai peran sangat besar dalam penanggulangan HIV/AIDS. Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi menjadi rumah sakit salah satu rujukan di kabupaten dan kota Bogor. Sebagai rumah sakit pendidikan rumah sakit ini berusaha untuk memberikan pelayanan yang berkualitas sehingga dapat menjadi *role model* bagi rumah sakit lain khususnya pelayanan HIV/AIDS mengacu pada misinya yaitu “Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Jiwa Dengan Unggulan Rehabilitasi, Napza dan HIV/AIDS”. Dapat diartikan bahwa rumah sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi berupaya dalam penanggulangan HIV/AIDS. Data yang diterima dari pusat rekam medik RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor menyebutkan bahwa jumlah pasien yang dirawat inap dengan HIV/AIDS dari tahun 2009 – 2011 berurutan-urutan terdapat 62 orang, 88 orang dan 131 orang (Rekam Medik RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, 2011). Dengan mengacu pada data tersebut, jumlah penderita HIV/AIDS yang memerlukan layanan kesehatan setiap tahunnya terus meningkat.

Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor memiliki jumlah tenaga perawat yang terbanyak dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain dan sebagai garis depan dalam pelayanan keperawatan. Mengingat besarnya bahaya penularan HIV/AIDS perawat perlu meningkatkan kompetensinya dalam pengetahuan HIV/AIDS. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum”.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Human Immunodeficiency Virus dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)* merupakan salah satu penyakit menular dan menimbulkan dampak buruk bagi kehidupan. Angka kejadian kasus HIV/AIDS didunia terus bertambah. Pekerjaan perawat berhubungan langsung dengan cairan tubuh pasien yang memiliki resiko besar tertular penyakit . Kesalahan dalam melaksanakan tindakan yang tidak sesuai prosedur pada petugas kesehatan menjadi perantara penularan penyakit hepatitis B, C dan HIV. Dalam melaksanakan tindakan perawat masih ada yang belum menerapkan standar pencegahan umum. Dalam memperoleh layanan kesehatan pasien HIV/AIDS masih ada yang menerima perlakuan diskriminasi yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor merupakan rumah sakit rujukan di Kabupaten dan Kota Bogor dengan jumlah pengunjung pasien HIV/AIDS yang membutuhkan pelayanan kesehatan terus bertambah setiap tahunnya. Jumlah perawat di rumah sakit ini merupakan tenaga kesehatan yang terbanyak dan merupakan garis terdepan dalam pelayanan keperawatan sehingga harus dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan profesional. Dengan memperhatikan masalah yang ada, maka dapat rumusan masalah penelitian dalam pertanyaan “ Bagaimana tingkat pengetahuan perawat dan sikap perawat terhadap pasien dengan HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahuinya gambaran tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin diperoleh dari penelitian ini adalah:

- 1.3.2.1 Diketuinya karakteristik perawat yang bertugas di ruang rawat inap umum RS. Dr. H. marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.2 Diketuinya gambaran pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

1.4 Mamfaat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi bagi rumah sakit, pendidikan keperawatan, pengembangan penelitian lebih lanjut dan masyarakat.

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan masukan bagi Diklit Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dalam membuat kebijakan yang terkait dengan peningkatan mutu dan monitor serta mengevaluasi sejauh mana perawat memahami dalam merawat pasien dengan HIV/AIDS melalui seminar, workshop, pelatihan-pelatihan.

1.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan masukan yang dapat bermanfaat bagi pengembangan proses pembelajaran asuhan keperawatan pada klien HIV/AIDS.

1.4.3 Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman dalam melakukan riset keperawatan dan menambah pengetahuan peneliti tentang HIV/AIDS.

1.4.4 Bagi Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan masukan sebagai acuan atau rujukan untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan perawatan pasien HIV/AIDS.

1.4.5 Bagi Masyarakat

Agar masyarakat memperoleh pelayanan keperawatan yang lebih memuaskan, berkualitas dan bermutu dari perawat di ruang rawat inap umum RS. DR. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Kerangka teori berisi prinsip-prinsip teori yang mempengaruhi dalam pembahasan. Prinsip-prinsip itu berguna untuk membantu gambaran langkah dan arah kerja. Konsep, teori dan kerangka konsep yang akan dibahas dalam bab ini yang meliputi pengetahuan, sikap, pengertian HIV dan AIDS, patofisiologi, manifestasi klinis, penularan, pencegahan serta perawatan pasien HIV.

2.1. Pengetahuan Perawat

2.1.1 Pengertian

Pengetahuan terus berkembang dengan cepat dari waktu ke waktu. Pengetahuan dapat diperoleh seseorang melalui proses belajar. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010). Bastable (2003) mengatakan bahwa pembelajaran merupakan perolehan pengetahuan, perilaku dan keterampilan baru (Perry & Potter (2009). Menurut Carper (1975) bahwa pengetahuan perawat yang berasal dari ilmu pengetahuan yang termasuk penelitian dan evaluasi, pengalaman diri sendiri serta pengamatan (Moule & Goodman, 2008). Jadi dapat disimpulkan pengetahuan adalah kemampuan seseorang untuk memperoleh suatu informasi baru dari proses belajar melalui pengamatan, pengalaman pribadi.

Pengetahuan terjadi melalui tiga bidang yaitu pembelajaran kognitif (pemahaman), afektif (sikap) dan psikomotor (keterampilan motorik). Kemampuan kognitif yang paling rendah yang membentuk perilaku seseorang adalah pengetahuan. Menurut Bastable (2003) dalam Perry & Potter (2009); Notoamodjo (2010) menyebutkan pembelajaran kognitif meliputi seluruh perilaku intelektual dan membutuhkan pemikiran yang di klasifikasikan berdasarkan enam

hirarki adalah (1) tahu (*know*) merupakan pembelajaran fakta atau informasi baru dan mampu mengingatnya kembali sebelumnya. Termasuk ke dalam tingkat ini adalah mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. (2) memahami (*comprehensif*) diartikan kemampuan memahami arti dari materi yang dipelajari. Merupakan kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara luas. (3) aplikasi (*aplication*) yaitu menggunakan ide-ide abstrak yang baru dipelajari ke dalam situasi yang konkret (nyata). (4) analisis (*analysis*) yaitu menguraikan informasi menjadi bagian-bagian yang terorganisasi dalam komponen-komponen, tapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. (5) Sintesis (*syntesis*) yaitu kemampuan menerapkan kemampuan dan keterampilan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan untuk menghasilkan bentuk baru. (6) Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian tau justifikasi terhadap informasi untuk tujuan tertentu.

Ada lima pokok yang mendasari pengetahuan perawat dalam memberikan pelayanan Cipriano (2007) dan Carper (1975) dalam Moule & Goodman (2008) yaitu (1) tahu empiris yaitu pengetahuan perawat yang berfokus pada fakta-fakta dan berhubungan dengan penjelasan kuantitatif- memprediksi dan menjelaskan. (2) tahu etis yaitu pengetahuan yang berfokus pada moral seseorang nilai-nilai apa yang harus dilakukan. (3) tahu pribadi yaitu pengetahuan yang berfokus pada pemahaman dan aktualisasi hubungan antara diri (perawat). (4) tahu estetis yaitu pengetahuan yang berfokus pada persepsi perawat terhadap pasien dan kebutuhan pasien, menekankan keunikan setiap hubungan dan interaksi. (5) tahu sintesis, yaitu menarik bersama-sama pengetahuan yang didapat dari empat jenis diatas, yang memungkinkan perawat untuk memahami pasien lebih baik dan untuk memberikan layanan berkualitas tinggi.

2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu tingkat pendidikan , pengalaman, usia, pelatihan, dan sumber informasi.

2.1.2.1 Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Pendidikan mempengaruhi seseorang dalam menerima informasi sehingga semakin tinggi pendidikan maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut. Pendidikan bagi orang dewasa diartikan sebagai keseluruhan proses pendidikan yang diorganisasikan baik formal maupun non formal (Nursalam & Effendi, 2007).

Pendidikan keperawatan memberi pengaruh besar terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Perawat perlu mempertahankan dan memperlihatkan kemampuannya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan baru. Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir seseorang. Dengan demikian dapat dikatakan pola pikir seseorang berpendidikan rendah akan berbeda dengan pola pikir seseorang yang berpendidikan tinggi (Asmadi, 2005).

2.1.2.2 Pengalaman

Pengalaman masa lalu yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang diperoleh. Pengalaman berkaitan dengan umur dan pendidikan individu, bahwa pendidikan yang tinggi maka pengalaman akan luas, sedangkan semakin tua umur seseorang maka pengalaman akan semakin banyak. Pengalaman akan meningkatkan keterampilan dalam berpikir secara ilmiah dan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan (Asmadi, 2005).

2.1.2.3 Usia.

Usia mempengaruhi daya tangkap terhadap informasi. Elizabeth (1995) mengatakan usia adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun Mubarak (2006). Pengetahuan seseorang didapat dari proses belajar. Proses belajar manusia berlangsung hingga akhir hayat (long life

education). Setiap individu yang dewasa akan semakin sulit belajar seiring dengan bertambahnya usia karena aspek kemampuan fisiknya semakin menurun (Nursalam & Effendi, 2007). Dengan bertambahnya usia terjadi kemunduran pada tugas-tugas yang membutuhkan kecepatan dan tugas yang memerlukan memori jangka pendek.

2.1.2.4 Pelatihan

Pengetahuan merupakan diperoleh melalui proses belajar. Belajar diorganisasikan baik formal maupun non formal. Pendidikan non formal dapat diperoleh melalui kursus dan pelatihan (Nursalam & Effendi, 2007). Pelatihan bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan serta meningkatkan profesionalisme.

2.1.2.5 Sumber Informasi

Informasi yang diterima individu dapat membantu seseorang untuk memperoleh pengetahuan. Informasi didapat seseorang melalui alat komunikasi, media massa maupun cetak.

2.1.3 Pengetahuan Perawat tentang HIV/AIDS

Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS sangat diperlukan untuk membantu pasien perawatan. Kurangnya pengetahuan perawat tentang perawatan HIV/AIDS secara logis dapat mempengaruhi hasil perawatan untuk pasien. Pentingnya pengetahuan perawat diharapkan untuk menghindari bias ketika menjalankan perawatan, secara efektif juga membantu para perawat untuk melindungi diri mereka sendiri sambil membantu pasien dengan HIV / AIDS menyesuaikan diri dengan penyakit, pengobatan, dan diperlukan perubahan gaya hidup (Walusimbi & Okonsky, 2004). Pengetahuan tentang HIV / AIDS yang perlu diketahui oleh perawat meliputi konsep dasar HIV/AIDS, cara penularan, cara pencegahan dan pengobatan.

2.1.4 Cara Mengukur Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung dan tidak langsung (Notoatmodjo, 2010). Pengukuran dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan langsung atau wawancara dan pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat kuesioner yang mau diukur dan dilakukan penilaian dinamis setiap masing-masing jawaban yang benar diberi nilai 1 dan pertanyaan salah diberi nilai 0. Penilaian dilakukan dengan membandingkan jumlah skor jawaban yang benar dengan skor tertinggi kemudian dikalikan 100% dan hasilnya berupa presentase (Sudijono, 2010). Khomson, 2000 dalam Mawaddah dan Hardiansyah (2008) menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu (1) tinggi, jika skor $\geq 80\%$ dari total jawaban yang benar, (2) sedang, jika skor 60-80% dari total jawaban yang benar dan (3) kurang, jika skor $\leq 60\%$ dari total jawaban yang benar

2.2. Sikap

2.2.1 Pengertian

Sikap menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap berkaitan dengan ekspresi perasaan dan penerimaan sikap, opini atau nilai (Potter & Perry, 2009). Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek, yang sudah melibatkan faktor pendapat atau emosi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010). Menurut Campell (1950) dikutip dari Notoatmodjo (2010), sikap merupakan suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau reaksi. Dapat disimpulkan bahwa sikap adalah keyakinan seseorang yang melibatkan perasaan, perhatian yang membuat seseorang berespon terhadap stimulus tertentu.

Menurut Perry dan Potter, 2009 berdasarkan intensitasnya sikap mempunyai tingkatan yaitu (1) Menerima (*receiving*), merupakan sikap untuk bersedia mendengarkan perkataan orang lain. (2) Menanggapi (*responding*), yaitu partisipasi aktif melalui kegiatan mendengarkan dan beraksi secara verbal dan nonverbal. (3) Memberi nilai (*valuing*), yaitu menilai pada suatu objek atau perilaku yang diperlihatkan. (4) Mengorganisasi (*organizing*), yaitu membangun sistem nilai dan memecahkan konflik. (5) Katerisasi, yaitu beraksi dan merespon dengan sistem nilai yang konsisten.

Sikap mempengaruhi seseorang dalam memandang suatu fenomena tertentu. Sikap profesional perawat dapat dilihat dari kemampuannya dalam mandiri dalam berpikir, kerendahan hati (*humility*), keberanian, ketekunan, empati, tidak berat sebelah/tidak membeda-bedakan, eksplorasi pikiran dan perasaan (Kozier, 1995).

Menurut Ahmadi (1999) sikap dibedakan menjadi dua yaitu (1) Sikap positif yaitu sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan menerima atau mengakui, menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku dimana individu itu berada. (2) Sikap negatif yaitu sikap yang menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku dimana individu itu berada, Dalimunte (2009).

2.2.2 Pembentukan sikap

Menurut Deaux dan Wrightsman (1988) terdapat tiga komponen pembentukan sikap yaitu: (1) Komponen kognitif, yaitu komponen yang terbentuk dari keyakinan atau kepercayaan dan ide seseorang terhadap suatu objek. (2) Komponen affektif, yaitu penilaian terhadap suatu objek yang melibatkan perasaan emosional individu. (3) Komponen perilaku yaitu komponen yang mendahului tindakan atau penilaian terbuka terhadap objek. Memahami sikap dengan baik membantu seseorang dalam bersikap, dan dapat diartikan sikap yang ditunjukkan perawat terhadap suatu permasalahan dapat menunjukkan kualitas pelayanan keperawatan yang akan di berikan perawat tersebut pada pasien (Baylor & McDaniel, 1996).

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap individu yaitu pengalaman, umur jenis kelamin, sumber informasi, pendidikan, pelatihan dan pekerjaan.

2.2.3.1 Pengalaman

Pengalaman dan perkembangan menentukan bagaimana sikap dan kepribadian seseorang dimasa mendatang. pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek berpengaruh terhadap sikap individu (Gunarsa, 2008; Sunaryo, 2002).

2.2.3.2 Umur

Tingkat kematangan, umur seseorang akan mempengaruhi dan menentukan dalam bersikap. Seseorang yang berumur muda umumnya bersikap kurang perhitungan dibandingkan dengan orang yang bermur lebih tua (Gunarsa, 2008; Sunaryo, 2002).

2.2.3.3 Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah istilah yang mengacu pada status biologis seseorang, tampilan fisik antara pria dan wanita (Henderson & Jones, 2001).

2.2.3.4 Sumber informasi

Informasi yang diterima individu dapat menyebabkan perubahan sikap pada diri individu tersebut. Informasi didapat seseorang melalui alat komunikasi, media massa maupun cetak.

2.2.3.5 Pendidikan

Pengetahuan merupakan diperoleh melalui proses belajar. Belajar diorganisasikan baik formal maupun non formal (Nursalam & Effendi, 2007). Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak objek aspek positif dari objek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap positif terhadap objek tersebut (Notoatmdjo, 2007).

2.2.3.6 Pelatihan

Pendidikan non formal merupakan kelanjutan atau pengganti dari pendidikan formal seperti kursus dan pelatihan kerja yang mampu membuat orang dewasa mengembangkan kemampuan, keterampilan, meningkatkan kualifikasi keteknisan dan profesionalisme (Nursalam & Effendi, 2007). Pelatihan dapat memberikan “pengalaman belajar” yang baik bagi petugas maupun masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

2.2.3.7 Pekerjaan

Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Erich, 1996 dalam Mubarak, 2006).

2.2.4 Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS

Sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS terdiri dari : sikap menerima pasien HIV/AIDS, sikap ketakutan terhadap pasien HIV/AIDS, sikap diskriminasi, pandangan terhadap pasien HIV/AIDS, sikap malu, stress, dan sikap bersedia menolong pasien HIV/AIDS (Rostini, 2010).

2.2.4.1 Menerima keadaan pasien HIV/AIDS

Dalam penelitian di Kairo dan Afrika perawat menerima kondisi pasien dengan menunjukkan sikap empati dan terbuka terhadap pasien HIV/ (Dellobelle, 2006; Taher & Abdelhai, 2011). Sikap empati perlu ditunjukkan perawat sangat membantu pasien HIV/AIDS dengan memberikan dukungan sosial. Bennet (1995) Pengalaman seorang perawat akan meningkatkan empati dan mengurangi *stereotype* terhadap pasien dan pengalaman menumbuhkan sikap menghargai, memuaskan dan kemampuan merasakan. Sikap negatif mengenai penerimaan yang ditunjukkan perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS adalah menyalahkan pasien (Walusimbi & Okonsky, 2004).

2.2.4.2 Ketakutan terhadap pasien HIV/AIDS

Dalam penelitian tentang sikap petugas kesehatan terhadap pasien HIV/AIDS di Afrika Ehlers (2006); Mbanya, Menurut Mbanya, Zebaze, Kengne, Minkoulou, Awah (2001); menemukan perawat masih ada yang menunjukkan sikap takut tertular HIV. Baylors dan McDaniel (1996) Dalam merawat pasien HIV/AIDS banyak perawat yang merasa kekhawatiran yang berlebihan karena takut tertular HIV. Ketakutan dibedakan menjadi empat karakteristik yaitu: (1) menghindar, (2) kewaspadaan atau kehati-hatian yang berlebihan, (3) minimalisir kontak dengan pasien, (4) ketakutan yang diungkapkan dengan ekspresi.

Sikap ketakutan yang ditunjukkan perawat selama merawat pasien HIV/AIDS meliputi ketakutan tertular melalui situasi tertentu seperti: tidak mau berjabat tangan dengan pasien HIV/AIDS, tidak berbagi alat makan dan lain-lain, membeda-bedakan pasien HIV/AIDS dengan pasien lain, menolak merawat pasien HIV, stress bila merawat pasien HIV/AIDS (Mulaudzi, Pengpid & Peltzer (2011); Andrewin & Chein, 2008; Oyeyemi *et.al* (2006); Bannett (1995).

2.2.4.3 Diskriminasi dan Stigma

Sikap perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS sangat dibutuhkan untuk membantu pasien dalam proses pemulihannya. Sikap negatif yang ditunjukkan oleh perawat pada pasien HIV/AIDS mempengaruhi kualitas dari asuhan keperawatan. Stigma atau cap buruk adalah tindakan memvonis seseorang yang buruk moral dan perilakunya sehingga mendapatkan penyakit tertentu (Nursalam & Kurniawati, 2007. Menurut Link & Phelan (2001) stigma adalah situasi kehidupan kondisi yang membuat “elemen *labeling, stereotype*, pemisahan, penyisihan status, dan diskriminasi” (Vance & Denham, 2008, p. 60). Menurut Gilmore & Somerville (1994) mengatakan bahwa Diskriminasi mengacu pada setiap bentuk negatif dari pembedaan, pengucilan atau pembatasan yang mempengaruhi individu karena karakteristik pribadi. Dari pengertian diatas atas dapat disimpulkan bahwa sikap adalah suatu reaksi negatif dari lingkungan sekitar terhadap seseorang yang memiliki perilaku yang menyimpang.

Stigma dan diskriminasi yang diterima pasien HIV/AIDS tidak hanya dari keluarga dan masyarakat sekitar saja namun petugas kesehatan pun menunjukkan hal yang sama. Stigma dan diskriminasi yang diterima pasien HIV/AIDS saat menerima pelayanan kesehatan meliputi penghindaran layanan pencegahan, tes, perawatan dan pengobatan. Dari Studi di Tanzania, Etiopia dan India diskriminasi dan stigma diwujudkan dalam berbagai cara seperti: pengabaian, perbedaan perilaku, penolakan pada pengobatan, penghindaran pengendalian infeksi yang tidak terjamin, tes dan pengungkapan status tanpa persetujuan pasien (Nyblade, Stangl, Weiss & Ashburn, 2009).

2.2.4.4 Berhubungan dengan perasaan

Ketidakhahaman perawat tentang HIV/AIDS menyebabkan perasaan tertekan dan stress yang akhirnya mempengaruhi sikap perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS. Stress emosional dan kelelahan pada perawat disebabkan oleh ketakutan tertular HIV/AIDS (Smit, 2005). Lamanya waktu kerja dalam merawat pasien HIV/AIDS membuat traumatik tersendiri bagi perawat sehingga mempengaruhi terhadap emosi dan berpengaruh juga terhadap keluarga mereka (Delobelle, Rowlinson, Ntuli, Malatsi, Decock & Deporter. 2009).

2.2.4.5 Bersedia Menolong

Dalam penelitian Rostini (2010) dimana petugas kesehatan menunjukkan kesediaan untuk menolong pasien HIV/AIDS. Sikap ini dibentuk dari pengalaman.

2.2.4.6 Pandangan terhadap pasien HIV/AIDS

Pandangan positif diperlukan perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS. Dalam penelitian Rostini (2010) pasien HIV/AIDS penting untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama dengan pasien lainnya.

2.2.5 Cara Pengukuran Sikap terhadap HIV/AIDS

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pengukuran sikap langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-

pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan (Notoadmodjo, 2010). Cara pengukuran sikap tidak langsung dengan menggunakan tes. Cara pengukuran secara langsung terstruktur dilakukan dengan mengajukan pertanyaan langsung juga dapat dilakukan dengan memberikan pendapat. Cara penilaian sikap langsung terstruktur menggunakan skala Lickert.

Skala Lickert dikenal dengan teknik “*summated ratings*” dimana responden diberikan pertanyaan-pertanyaan dengan katagori jawaban : sangat setuju (5), setuju (4), ragu-ragu (3), tidak setuju (2), sangat tidak setuju (1). Nilai 5 adalah *favorable* atau hal menyenangkan dan nilai 1 adalah *unfavorable* atau tidak menyenangkan (Sunaryo, 2002). Cara pengukuran sikap menurut Ibrahim, Madriah & Priambodo (2007) yaitu sikap positif, jika nilai total skor \geq dari mean dan sikap negatif, jika nilai total skor \leq dari mean

2.3. HIV/AIDS

2.3.1 Pengertian HIV

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan dapat menimbulkan AIDS. Virus HIV adalah retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus. Seperti retrovirus yang lain, HIV menginfeksi tubuh dengan periode inkubasi yang panjang dan utamanya menyebabkan munculnya tanda adan gejala AIDS (Nursalam, 2007).

Sebagai retrovirus, HIV memiliki sifat khas karena memiliki enzim reserve transcriptase, yaitu enzim yang memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV.

Sebagian besar replikasi HIV terjadi di kelenjar getah bening dan lainnya dapat ditemukan didalam otak, paru dan berbagai cairan tubuh. Akan tetapi sampai saat

ini hanya darah, air mani, cairan vagina yang jelas terbukti sebagai sumber penularan. ASI juga yang mampu menularkan HIV dari ibu ke bayinya.

HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas merespon infeksi. Sel darah putih tersebut terutama limfosit yang memiliki CD4 sebagai penanda yang berada di permukaan sel limfosit. Karena berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan berkurangnya sel-sel darah putih atau limfosit yang seharusnya berperan dalam mengatasi infeksi yang masuk ke tubuh manusia.

2.3.2 Pengertian AIDS

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) merupakan kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) yang termasuk famili retroviridae. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Djoerban, 2009). AIDS adalah infeksi virus yang bisa menyebabkan kerusakan yang parah dan tidak bisa diobati pada sistem imunitas, sehingga korbannya terbuka terhadap infeksi dan kanker tertentu (Nursalam, 2007).

Komponen yang diserang AIDS adalah limfosit T helper. Limfosit T helper memiliki reseptor CD4+ dipermukaannya. Salah satu fungsi penting limfosit T helper yaitu menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi.

2.3.3 Patofisiologi

Limfosit CD4+ merupakan target utama infeksi HIV karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4+. Limfosit CD4+ berfungsi mengkoordinasikan sejumlah fungsi imunologis yang penting. Hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respon imun yang progresif.

Infeksi HIV tidak akan langsung memperlihatkan tanda atau gejala tertentu. Sebagian memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi akut, 3-6 minggu setelah

terinfeksi. Gejala yang terjadi adalah demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare atau batuk. Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi HIV tanpa gejala (asimtomatik). Fase ini dikenal dengan periode jendela (window period) adalah masa dimana pemeriksaan serologis untuk antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif sementara sebenarnya virus sudah ada dalam jumlah banyak dalam darah penderita dan sudah mampu menularkan ke orang lain.

Kejadian awal yang timbul setelah infeksi HIV disebut sindrom retroviral akut atau acute retroviral virus. Sindrom retroviral akut diikuti oleh penurunan CD4 + dan peningkatan RVA-HIV dalam plasma (viral load). Viral load akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan kemudian turun sampai suatu titik tertentu. Masa gejala ini berlangsung selama 8 -10 tahun. Hitung CD4+ secara perlahan akan menurun dalam waktu beberapa tahun dengan laju penurunan CD4+ yang lebih cepat pada 1,5-2,5 tahun sebelum jatuh dalam keadaan AIDS dan pula yang perjalannya lambat.

Infeksi berlanjut dan membuat viral load secara perlahan meningkat seiring dengan menurunnya kekebalan tubuh. Pada fase akhir penyakit akan ditemukan hitung sel CD4+ < 200/mm³, diikuti timbulnya infeksi oportunistik seperti berat badan menurun, demam lama, rasa lemah, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain. Pada pasien tanpa pengobatan ARV secara bertahap sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi HIV akan memburuk, dan akhirnya pasien masuk tahap AIDS.

2.3.4 Manifestasi Klinis

Gejala klinis terdiri dari 2 gejala yaitu gejala mayor (umum terjadi) dan gejala minor (tidak umum terjadi), KPA (2007). Pada gejala mayor ditunjukkan dengan berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan, diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan, demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan, penurunan kesadaran dan gangguan neurologis, demensia/ HIV ensefalopati. Gejala minor ditunjukkan dengan batuk menetap lebih dari 1 bulan, dermatitis

generalisata, adanya herpes zoster berulang, kandidias orofaringeal, herpes simpleks kronis progresif, limfadenopati generalisata, retinitis virus sitomegalo.

Klasifikasi klinis infeksi HIV pada orang dewasa menurut WHO dalam DirJen PPM&PL Depkes RI, 2003 dibagi dalam empat stadium. Stadium pertama, asimtomatik atau tanpa gejala. Waktu asimtomatik bervariasi setiap individu, umumnya rata 8 – 10 tahun. Klien masuk dapat melakukan aktivitas secara normal, terjadi Limfadenopati Generalisata Persiten (LGP) yaitu pembesaran kelenjar getah bening. Stadium dua, sudah menunjukkan gejala tetapi masih dapat beraktivitas dengan normal. tanda yang ditunjukkan penurunan berat badan > 10%, kelainan kulit dan mukosa yang ringan, herpes`zoster dalam 5 tahun terakhir, infeksi saluran nafas bagian atas seperti sinusitis.

Stadium tiga, pada umumnya tubuh lemah, aktivitas ditempat tidur < 50%. tanda dan gejala yang muncul penurunan berat badan >10%, diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan, demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan, kandidiasis mulut, Oral hairy, TB paru, infeksi bakterial berat seperti pneumonia. Stadium 4 ditunjukkan dengan gejala badan menjadi kurus (HIV wasting syndrome) yaitu: berat badan turun >10% ditambah diare kronik lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari 1 bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain, infeksi oportunistik muncul, ensefalopati HIV yaitu: gangguan kognitif dan atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan progresif dalam beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai penyakit selain HIV.

2.3.5 Pemeriksaan Diagnostik

Jenis-jenis pemeriksaan diagnostik untuk menegakkan diagnosa pada HIV/AIDS antara lain:

2.3.5.1 ELISA

Untuk mengidentifikasi antibodi terhadap virus HIV. Tes ini menunjukkan bahwa seseorang pernah terkena atau terinfeksi oleh virus HIV.

2.3.5.2 Western Blot

Merupakan elektroforesisi gel poliakrilamid yang digunakan untuk mendeteksi rantai protein yang spesifik terhadap DNA. Tes ini digunakan untuk memastikan tes yang pertama.

2.3.5.3 PCR

Biakan virus menumbuhkan virus dari suatu sampel darah yang sangat spesifik untuk infeksi HIV. Jika HIV dapat dibiakan berarti dalam darah tersebut sudah terinfeksi HIV.

2.3.5.4 NAT

Sama seperti PCR bekerja dengan mendeteksi materi genetik dan test ini dapat untuk memonitor terapi ARV (antiretroviral).

2.3.5.5 CD4

Pemeriksaan CD4 memberikan gambaran kasar tentang sistem imun. Biasanya dipergunakan adalah hitung sel T.

2.3.6 Cara Penularan

HIV berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Penularan HIV dapat terjadi melalui berbagai cara, yaitu : kontak seksual, kontak dengan darah, ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan dan pemberian ASI (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2003).

1. Hubungan seksual

Penularan melalui hubungan heteroseksual adalah yang paling dominan dari semua cara penularan. Kontak seksual melalui vaginal, anal (anus), oral (mulut). Resiko tertinggi adalah kontak seksual per vaginal atau anal yang tak terlindung dari individu yang terinfeksi HIV.

2. Melalui transfusi darah atau produk darah yang sudah tercemar dengan virus HIV.

3. Melalui jarum suntik atau alat kesehatan lain yang terkontaminasi dengan virus HIV, seperti jarum tato atau pada pengguna narkotik suntik secara bergantian. Bisa juga terjadi ketika melakukan prosedur tindakan medik ataupun terjadi sebagai kecelakaan kerja (tidak sengaja) bagi petugas kesehatan.
4. Melalui silet atau pisau, pencukur jenggot secara bergantian hendaknya dihindarkan karena dapat menularkan virus HIV kecuali benda-benda tersebut disterilkan sepenuhnya sebelum digunakan.
5. Melalui transplantasi organ pengidap HIV
6. Penularan dari ibu ke anak sebelum bayi dilahirkan, selama kelahiran atau melalui pemberian ASI
7. Penularan HIV melalui pekerjaan: Pekerja kesehatan dan petugas laboratorium. Petugas beresiko tertular jika tertusuk jarum, terpercik darah yang tercemar HIV pada mata, hidung, atau pada luka atau radang yang terbuka.

Menurut Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2003 terdapat beberapa cara dimana HIV tidak dapat ditularkan antara lain:

1. Kontak fisik. Orang yang berada dalam satu rumah dengan penderita HIV/AIDS, bernapas dengan udara yang sama, bekerja maupun berada dalam suatu ruangan dengan pasien tidak akan tertular. Bersalaman, berpelukan maupun mencium pipi, tangan dan kening penderita HIV/AIDS tidak akan menyebabkan seseorang tertular.
2. Memakai milik penderita HIV/AIDS
3. Menggunakan tempat duduk toilet, handuk, peralatan makan maupun peralatan kerja penderita HIV/AIDS tidak akan menular
4. Digigit nyamuk maupun serangga dan binatang lainnya
5. Mendonorkan darah bagi orang yang sehat tidak dapat tertular HIV

2.3.7 Cara Pencegahan

Perawat sangat rentan terhadap penularan HIV/AIDS untuk mencegah penularan infeksi diperlukan suatu tindakan. HIV pernah ditemukan pada darah, sekret

vagina dan serviks, urin dan feses, sekret luka, air ludah, air mata, air susu dan cairan serebrospinal, cairan amnion, cairan sinovial, dan cairan perikardial. Menurut Nursalam & Kurniawati, (2007) Standar Kewaspadaan adalah tindakan pengendalian infeksi dengan tujuan mengendalikan dan mencegah penularan secara konsisten bagi petugas kesehatan dan pasien.

Standar Kewaspadaan merupakan upaya pengendalian infeksi terhadap penularan virus HIV yang harus diterapkan pada pelayanan kesehatan seperti:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan atau perawatan
2. Penggunaan alat pelindung diri yang sesuai untuk setiap tindakan seperti: sarung tangan, masker, pelindung mata, topi, celemek gaun, sepatu pelindung untuk menghindari kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh lain.
3. Pengelolaan dan pembuangan alat tajam dengan hati-hati
Penyebab utama penularan HIV adalah melalui kecelakaan kerja misalnya tertusuk jarum. Tusukan jarum tersebut sering terjadi pada saat menutup kembali tersebut, dibuang tidak benar. Meskipun selalu dianjurkan untuk tidak menutup jarum bekas pakai, namun kadang diperlukan. Dalam keadaan tersebut maka dianjurkan untuk menutup jarum dengan cara ungkitan satu tangan. Caranya, letakkan tutup jarum di atas permukaan yang keras dan rata dan jauhkan tangan darinya. Pegang sempit dengan satu tangan, gunakan ujung jarum untuk mngungkit tutupnya. Setelah seluruh jarum tertutup baru pakai satu tangan yang lain untuk mengencangkan tutupnya. Lalu tempatkan pada wadah yang tertutup rapat dan mudah dibakar dalam insinerator.
4. Pakai jarum suntik dan semprit hanya sekali. Jangan pasang kembali penutup jarum jarum suntik. Jangan melepas jarum suntik dari semprit. Jangan mematahkan atau membengkokkan jarum suntik. Gunakan penjepit bila jarum terlepas dari semprit. Buang jarum bekas dalam wadah anti bocor.
5. Mencegah paparan luka atau mukosa membran
Gunakan alat pelindung diri seperti gaun, sarung tangan, kacamata saat melaksanakan tindakan untuk mengurangi percikan.

6. Pakailah sarung tangan bila kemungkinan kontak atau percikan darah. Cuci tangan dengan air hangat dan air sabun segera setelah terkena darah dan hubungi dokter untuk mendapatkan penanganan lanjutan. Tutup luka terbuka dengan plester yang kedap air.
7. Pengolahan limbah tercemar oleh darah atau cairan tubuh dengan aman. Gunakan air panas dan deterjen untuk pembersihan sehari-hari untuk lantai, tempat tidur, toilet, dinding dan las laci atau meja dari karet. Tumpahan atau percikan darah atau cairan tubuh masukkan dalam kantong kedap air.
8. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
Setelah selesai tindakan lepas dan pisahkan sebelum melakukan pembersihan. Lalu rendam alat kesehatan bekas pakai dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit berguna mengurangi mikroorganisme. Kemudian cuci dengan sabun di air mengalir. Gunakan alat pelindung sarung tangan, gaun, celemek, dan pelindung wajah untuk menghindari percikan. Setelah itu lakukan dekontaminasi, disinfeksi dan sterilisasi dengan benar.
9. Pengelolaan alat tenun dan linen
Linen tercemar dikelola dengan kontak seminimal mungkin dengan tangan. Linen yang tercemar berat dimasukkan dalam kantong kedap air tanpa dipilah.
10. Pencucian dan pembersihan
Pembersihan sehari-hari bahan untuk lantai, tempat tidur, toilet, dinding dan alas laci/meja dengan air panas dan deterjen. Tumpukan atau percikan darah atau cairan tubuh dibersihkan dengan bahan yang menyerap kemudian dibuang ke kantong sampah medis kedap air dan bakar di insinerator.

2.3.8 Pengobatan

Pengobatan infeksi HIV/AIDS meliputi penatalaksanaan fisik, psikologis dan sosial. Pengobatan medik terdiri dari: pengobatan suportif, pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral. Pengobatan suportif meliputi: nutrisi, olahraga, menjaga kebersihan, dukungan Psikososial, dukungan agama. Pengobatan *antiretroviral* (ARV) bekerja langsung menghambat replikasi HIV.

Pemberian ARV bertujuan untuk mengurangi angka kematian dan kejadian HIV, memperbaiki mutu hidup, memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan dan menekan replikasi virus semaksimal mungkin dalam waktu lama. Pemberian ARV dengan kombinasi bertujuan untuk mengurangi jumlah virus dalam darah (*viral load*) agar menjadi sangat rendah.

Obat ARV yang tersedia di Indonesia, yaitu: *Nucleoside Reserved Transcriptase (NRTI)* dikenal sebagai obat yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA. Proses ini diperlukan agar virus dapat bereplikasi. Golongan obat tersebut yaitu: zidovudine (ZDV atau AZT), didanosine (ddl), stavudine (d4T), lamivudine (3TC), abacavir (ABC).

Kedua, *Non-Nucleoside Reserved Transcriptase Inhibitor (NNRTI)*. Obat yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA tetapi berbeda dengan NRTI. Obat yang termasuk golongan ini adalah nevirapine (NVP), efavirenz (EFV), delvirdine (DLV).

Ketiga, golongan *Protease Inhibitor (PI)*. PI merupakan obat yang bekerja menghambat enzim protease dengan memotong rantai panjang asam amino menjadi protein yang lebih kecil. Obat golongan ini adalah Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NFV).

Obat ARV juga diberikan pada kondisi-kondisi tertentu seperti pengobatan profilaksis pada orang yang terpapar dengan cairan tubuh yang mengandung HIV. Ini disebut profilaksis pasca pajanan (PPE = Post Exposure prophylaxis) seperti indinavir (IDV), nelfinavir (NFV), saquinavir (SQV), ritonavir (RTV). Selain itu ARV dapat dipakai untuk mengurangi penularan dari ibu ke bayi. Selain itu pengobatan lainnya adalah Pengobatan infeksi jamur, TBC, CMV, toksoplasmosis).

2.3.9 Konseling dan VCT

2.3.9.1 Pengertian

Dalam melaksanakan pengkajian pada pasien dengan HIV/AIDS sebelum melakukan pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan konseling. Konseling atau tes ini adalah *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) yaitu tes yang bersifat sukarela dan sukarela yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah. Tes yang akan dilakukan terlebih dahulu pasien harus memahami dan menandatangani *informed consent* (DitJen PPM & PL, 2003; 2006). Pelayanan ini harus dilakukan oleh petugas yang sangat terlatih dan memiliki keterampilan konseling.

2.3.9.2 Tujuan Konseling

Adapun tujuan dari konseling adalah memberikan dukungan psikologis pada pasien dan keluarga; mencegah penularan melalui pemberian informasi tentang perilaku beresiko dan membantu mengembangkan keahlian pribadi yang diperlukan untuk mendukung perilaku hidup sehat; memastikan pengobatan yang efektif dan membantu pemecahan masalah.

2.3.9.3 Alur konseling dan VCT

Alur proses pelayanan konseling dan tes HIV meliputi :

1. Pasien menjalani konseling pra test
2. Apa bila pasien sudah setuju maka dilakukan pemeriksaan tes HIV, pasien menandatangani formulir persetujuan. Apabila tidak setuju maka dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai dengan kesepakatan waktu.
3. Pasien menjalani tes HIV di laboratorium.
4. Membuka hasil tes. Apabila pasien belum siap dianjurkan untuk melakukan kunjungan waktu yang disepakati.
5. Apabila setuju untuk membuka hasil maka dilakukan konseling post tes.
6. Dokumentasi.

2.4. Peran perawat merawat pasien HIV/AIDS

Peran perawat dalam perawatan pasien HIV/AIDS sebagai berikut:

2.4.1 Mencegah penularan HIV/AIDS

Peran perawat dalam hal ini adalah menerapkan standar kewaspadaan untuk mencegah penularan HIV/AIDS pada perawat, petugas kesehatan lain dan pasien.

2.4.2 Memberikan dukungan

Perawat memberikan dukungan secara psikologis, sosial dan perawatan pada pasien dengan HIV/AIDS.

2.4.3 Memberikan informasi tentang test HIV/AIDS

Memfasilitasi layanan konseling dan tes HIV secara sukarela (VCT). Dengan menjaga kerahasiaan dan menghormati hak pasien.

2.4.4 Berperan dalam pengobatan

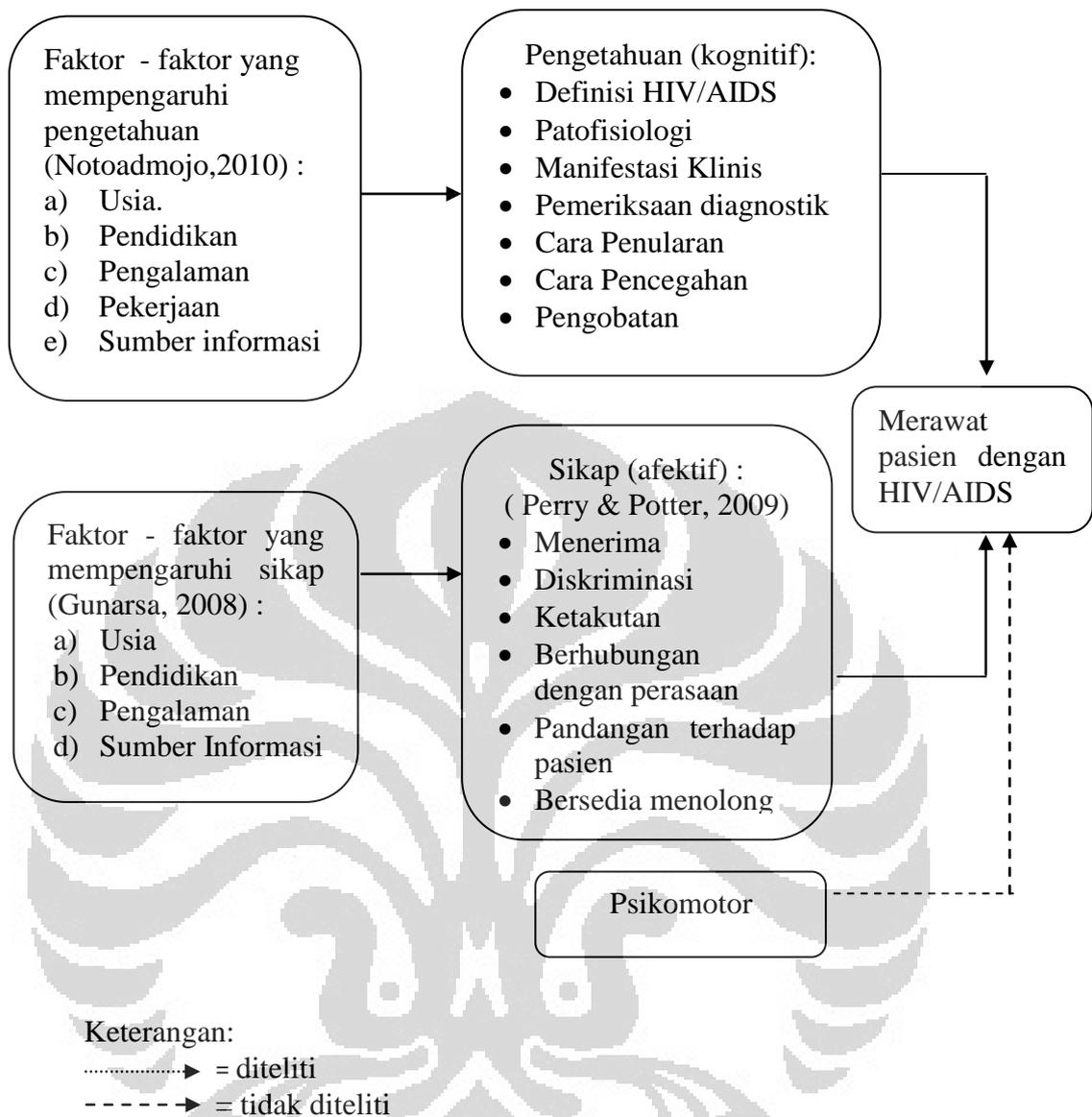
Memberikan informasi dan pedoman pemberian ARV, meningkatkan kepatuhan terapi ARV, mengawasi dan menjamin keefektifitasan terapi ARV.

2.4.5 Memberikan pelayanan kesehatan

Memberikan asuhan keperawatan untuk meringankan gejala penyakit dan pencegahan terjadinya infeksi oportunistik serta menyediakan dukungan bagi perawatan di rumah yang tidak diskriminatif dan menghakimi

2.5 Kerangka Konsep

Suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu. Kerangka teori berisi prinsip-prinsip teori yang mempengaruhi dalam pembahasan. Kerangka teori adalah semua indikasi dan masalah dari penelitian mencakup definisi, elemen, konsep, variabel (Kerlinger, 2000). Berikut ini kerangka teori yang tergambar dalam skema 2.1.



Skema 2.1 Kerangka Konsep Teori Penelitian

BAB 3

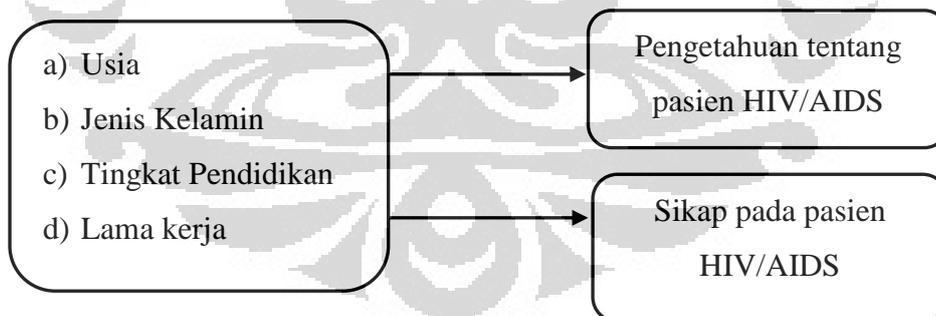
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Kerangka konsep merupakan rangkuman dari kerangka teori yang dibuat dalam bentuk diagram yang menghubungkan antar variabel yang diteliti dan variabel lain yang terkait (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Berikut ini akan dijelaskan kerangka konsep dan definisi operasional.

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka, diperoleh gambaran bahwa pengetahuan dan sikap mempengaruhi terhadap perawatan terhadap pasien HIV/AIDS. Beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lamanya kerja. Peneliti memfokuskan penelitian ini pada tingkat pengetahuan dan sikap perawat secara kognitif dan afektif. Penjelasan mengenai kerangka konsep penelitian dapat digambarkan pada skema dibawah ini.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

→ = Hubungan saling mempengaruhi

□ = Variabel yang diteliti

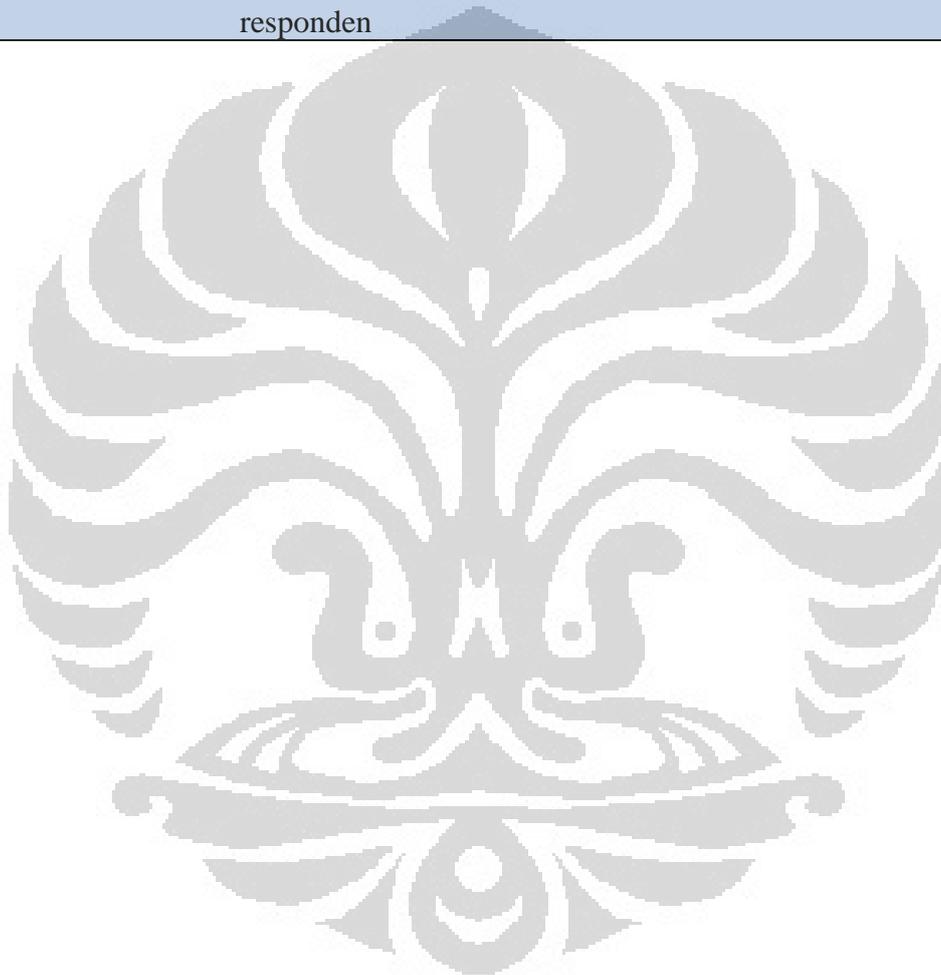
3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional, cara ukur, hasil ukur dan skala ukur masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel. Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur, dan Skala Ukur

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui perawat mengenai pertanyaan seputar HIV/AIDS meliputi: Konsep dasar HIV/AIDS, cara pencegahan, cara penularan, pemeriksaan laboratorium, pengobatan	Modifikasi instrumen dari Wunvimul Benjakul (2006). Kuesioner B.	Total nilai terendah 0 dan tertinggi 30. Hasil diukur berdasarkan <i>cut of point</i> nilai : - Tinggi jika skor ≥ 24 - Sedang, jika skor 18-24 - Kurang, jika skor ≤ 18	Ordinal
2	Sikap	Respon perawat tentang merawat pasien dengan HIV/AIDS yang diungkapkan dalam pernyataan-pernyataan dalam kuesioner	Modifikasi instrumen dari Mulaudzi dan Peltzer (2011). Kuesioner C.	Total skor antara 18-72 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> nilai mean/median.	Ordinal
3	Usia	Jumlah tahun sejak lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner A	Usia dalam tahun	Interval
4	Jenis Kelamin	Kondisi yang membedakan tampilan fisik	Kuesioner A	1 = Laki-laki 2 = Perempuan	Nominal
5	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal yang telah dilalui oleh responden	Kuesioner A	1= D3 Keperawatan 2= S1 Keperawatan	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
6	Lamanya Kerja	Jumlah tahun sejak pertama kali bekerja diRS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Kuesioner A	Dalam tahun	Interval
7	Pelatihan HIV/AIDS	Pelatihan HIV/AIDS yang diikuti oleh responden	Kuesioner A	1= Pernah 2= Tidak pernah	Ordinal



BAB 4

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan dibahas desain penelitian, populasi dan sampel, waktu, tempat, alat pengumpulan data dan etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah desain deskriptif yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskriptif suatu keadaan secara objektif (Notoadmojo, 2005). Metode ini digunakan karena peneliti ingin menggambarkan tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS.

4.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di unit rawat inap umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Adapun ruang rawat yang menjadi tempat pengambilan data meliputi Ruang Antasena, Arjuna, Bisma, Gayatri, ICU, Perikesit dan Perinatologi.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah jumlah keseluruhan dari unit didalam pengamatan yang akan dilakukan (Hastono & Sabri, 2006). Polulasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja di ruang rawat inap umum Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Jumlah sampel yang diambil berdasarkan jumlah populasi perawat di ruang rawat inap umum RS.Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan total 125 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari polulasi yang akan dinilai atau karateristiknya diukur dan digunakan untuk menduga karateristik dari populasi (Hastono & Sabri, 2006). Teknik penetapan sampel pada penelitian ini menggunakan proposional

sampling. *Proportional Sampling* atau sampel proporsional yaitu cara menentukan anggota sampel dengan mengambil wakil-wakil dari tiap-tiap kelompok yang ada dalam populasi yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah anggota subjek yang ada di dalam masing-masing kelompok tersebut (Arikunto, 2010). Sampel pada penelitian ini adalah sebagian perawat di ruang rawat inap umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang memiliki karakteristik sama dengan populasi.

Kriteria inklusi sampel responden adalah:

- Berprofesi sebagai perawat RS Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- Bekerja di unit rawat inap umum RS Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- Memiliki pengalaman kerja lebih dari 1 tahun.
- Bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan rumus populasi terbatas.

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot d^2}$$

$$n = \frac{125}{1 + 125 \cdot (0,05)^2}$$

$$n = \frac{125}{1 + 125 \cdot (0,0025)}$$

$$n = \frac{125}{1 + 0,3125}$$

$$n = 95,24 \text{ atau } 95 \text{ orang} \quad (4.1)$$

Keterangan :
 n = besar sampel
 N = besar populasi
 d = tingkat kepercayaan/ketepatan 5%
 (d= 0,05)

Untuk mengantisipasi kemungkinan pengunduran diri responden atau *drop out*, sebanyak 10% (Sastroasmoro & Ismael, 2010), maka besar sampel yang dibutuhkan:

$$n^I = \frac{n}{(1-f)} \quad (4.2)$$

Keterangan:

n^I = jumlah *drop out*

n = besar sampel yang dihitung

f = perkiraan proporsi *drop out* (10%)

$$n' = \frac{95}{(1 - 0,1)}$$

$n = 105,56$ atau pembulatan 106 orang.

Dengan demikian besar sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini **berjumlah 106 orang**. Sampai akhir proses pengumpulan data angket peneliti akan menggunakan angket terkumpul dengan *respon rate* mencapai 100%. Dari seluruh jumlah sampel yang diambil seluruh ruangan maka jumlah sampel yang dialokasikan strata per ruangan dilihat pada tabel 4. 1, (Kasjono & Yasril, 2009)

$$w_h = \frac{n_h}{N} \times n \quad (4.3)$$

Keterangan:

w_h = sampel yang dialokasikan pada strata h

n_h = jumlah populasi h

N = besar populasi

n = besar sampel

Tabel 4.1 Jumlah Populasi dan Sampel Ruangan

Alokasi Ruangan	Pupulasi (N)	Sampel (n)
Antasena	27 orang	23 orang
Arjuna	16 orang	14 orang
Bisma	18 orang	15 orang
Gayatri	17 orang	14 orang
Perikesit	18 orang	15 orang
Perinatologi	16 orang	14 orang
ICU	13 orang	11 orang
Jumlah (Σ)	125 orang	106 orang

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang rawat inap umum Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Tempat ini diambil karena RS. Dr. H. Marzoeki mahdi

Bogor adalah Rujukan Kab/Kota di Bogor. Ruang rawat inap umum dipilih karena ruang ini juga merawat pasien dengan dengan HIV/AIDS. Waktu penelitian berlangsung pada bulan Mei 2012.

4.4 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan subjek penelitian pada perawat di ruang rawat inap umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Peneliti akan mengajukan permohonan kepada Direktur Rumah Sakit Dr. H. marzoeki Mahdi Bogor, kemudian peneliti menemui subjek yang akan dijadikan responden untuk menekankan hal-hal yang meliputi:

4.4.1 *Inform Consent* (lembar persetujuan)

Penelitian yang akan dilakukan tidak ada unsur paksaan dan memberatkan responden. Lembar persetujuan akan diberikan kepada setiap perawat yang menjadi responden penelitian dengan menjelaskan tentang tujuan penelitian dan cara pelaksanaannya sampai responden mengetahui keuntungan, kerugian, kerahasiaan dari penelitian yang akan dilaksanakan bila responden bersedia menjadi subyek penelitian. Jika responden tersebut bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia, namun apabila responden tidak bersedia dan merasa keberatan untuk mengikuti penelitian, responden berhak menolak penelitian ini dan peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

4.4.2 *Anonimity* (tanpa nama).

Nama responden tidak akan dicantumkan pada lembar pengumpulan data dan hasil penelitian. Peneliti tidak akan meminta responden untuk menulis namanya. Adapun nama yang tercantum hanya inisial saja. Dalam keikutsertaan responden peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.4.3 Confidentiality (kerahasiaan).

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya. Hanya pada kelompok tertentu saja informasi tersebut peneliti sajikan, utamanya dilaporkan pada hasil riset.

4.5 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dilakukan melalui prosedur sebagai berikut:

- 4.5.1 Setelah proposal penelitian disetujui oleh pembimbing penelitian akan mengajukan surat permohonan untuk membuat surat keterangan izin pelaksanaan penelitian pada FIK UI yang ditujukan kepada Direktur RS.Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor .
- 4.5.2 Mendapatkan persetujuan dari pimpinan RS.Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor tempat penelitian akan dilakukan.
- 4.5.3 Peneliti menentukan calon responden yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
- 4.5.4 Peneliti memperkenalkan diri pada calon responden yang diteliti.
- 4.5.5 Peneliti menjelaskan tentang tujuan, prosedur dan hak responden selama berlangsungnya penelitian.
- 4.5.6 Persetujuan secara tertulis akan diberikan sebelum pengumpulan data dilakukan. Responden akan diinformasikan tentang maksud dan kegunaan penelitian yang bersifat sukarela.
- 4.5.7 Peneliti akan memberikan angket yang diisi responden, setelah diisi semua angket dikembalikan lagi peneliti. Sebagai ucapan terima kasih peneliti akan memberikan cenderamata kepada responden yang bersedia penelitian ini.
- 4.5.8 Peneliti mengecek ulang angket yang diberikan untuk melihat apakah ada angket yang belum diisi.

4.6 Alat Pengumpul Data

Agar mempermudah pelaksanaan penelitian ini maka diperlukan alat pengumpulan data berupa kuesioner yang terdiri dari serangkaian pertanyaan yang dibuat oleh peneliti yang mengacu pada kerangka konsep penelitian.

4.6.1 Kuesioner pengetahuan

Kuesioner pengetahuan perawat terdiri dari dua bagian yaitu bagian A, pertanyaan data demografi perawat; Bagian B, berisi pertanyaan untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat berdasarkan definisi operasional penelitian yang disusun sesuai literatur yang ada dan dari hasil modifikasi dari disertasi yang dilakukan Wunvimul Benjakul (2006).

Bagian A merupakan data demografi perawat, yang terdiri dari 5 item pertanyaan meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lamanya kerja, pelatihan HIV/AIDS yang pernah diikuti. Bagian B merupakan pertanyaan tingkat pengetahuan perawat yang terdiri dari konsep dasar HIV/AIDS, cara penularan, cara pencegahan, pemeriksaan dignostik, dan pengobatan. Jumlah pertanyaan setelah dilakukan uji validitas dan reabilitas adalah 30 pertanyaan dengan pilihan jawaban benar (B) dan salah (S). Penilaian kuesioner bila pertanyaan Benar (B) bernilai 1 (satu) dan pertanyaan Salah (S) bernilai 0 (nol).

4.6.2 Kuesioner Sikap

Kuesioner bagian C berisi pertanyaan untuk mengukur sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS yang disusun berdasarkan modifikasi dari penelitian Mulaudzi dan Peltzer (2011). Jumlah pertanyaan setelah dilakukan uji validitas dan reabilitas adalah 18 pertanyaan. Pilihan jawaban menggunakan skala *Linkert*, yaitu Sangat Setuju (SS) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS) = 2, Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 bila pertanyaan positif. Sangat Setuju (SS) = 1, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS) = 2, Sangat Tidak Setuju (STS) = 4 bila pertanyaan negatif.

4.6.3 Uji Validitas

Uji validitas dan reabilitas diperlukan untuk mengetahui sejauh mana validitas dan reabilitas alat pengumpul data yang dibuat. Uji Validitas berasal dari kata

validity yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Uji coba instrumen bertujuan untuk mengetahui apakah pertanyaan dalam kuesioner dapat dimengerti oleh responden, apakah ada kendala dalam pengisian kuesioner seperti bahasa yang sulit dimengerti, perbedaan persepsi maksud dari pertanyaan antara peneliti dan responden. Uji validitas menggunakan teknik korelasi “*pearson product moment*” dengan tingkat signifikansi 0,05. Hasil uji validitas bila r hitung $>$ r tabel.

Hasil uji analisis validitas untuk kuesioner pengetahuan dan sikap perawat tentang HIV/AIDS dengan *freedom of degree* (df) $20 - 2 = 18$ (**r tabel 0,444**). Pada Kuesioner pengetahuan dari 30 pertanyaan terdapat 9 pertanyaan yang tidak valid. Pertanyaan yang tidak valid tidak dibuang melainkan diperbaiki redaksi kalimatnya menjadi spesifik dengan tidak mengurangi makna yang dimaksud. Selanjutnya 30 pertanyaan tentang pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS yang telah diperbaiki digunakan untuk pengambilan data sampel. Pada kuesioner sikap dari sebanyak 20 pertanyaan terdapat 2 pertanyaan yang tidak valid. Pertanyaan sikap yang tidak valid dibuang karena pertanyaan tersebut telah terwakili oleh pertanyaan lain.

4.6.4 Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama alat ukur yang sama (Hastono, 2007; Notoadmodjo, 2005). Uji reliabilitas dengan *Crombach Alpha*. Bila hasil uji Reliabilitas *Crombach Alpha* $>$ 0,6 maka variabel reliabel.

Hasil Uji reabilitas pengetahuan dari 30 pertanyaan pengetahuan hasil r ***Alpha* = 0,927** atau variabel reliabel. Hasil uji reabilitas pada sikap dari 20 pertanyaan hasilnya menunjukkan r ***Alpha* = 0,891** variabel reliabel.

4.7 Pengelolaan Data

Setelah melakukan pengumpulan data tahap selanjutnya adalah pengelolaan data. Langkah-langkah yang dapat ditmpuh dalam pengelolaan data yaitu:

4.7.1 Editing

Editing yaitu upaya untuk melakukan pengecekan kelengkapan pengisian kuesioner, kesesuaian, kejelasan dan keseragaman jawaban. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data setelah data terkumpul.

4.7.2 Coding

Coding yaitu kegiatan memberi kode numeric (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa katagori untuk mempermudah pada saat analisa.

4.7.3 Entry Data

Entry Data yaitu proses memasukkan data kedalam program komputer untuk di analisa menggunakan software statistik.

4.7.4 Clearing

Clearing yaitu keegiatan mengecek kembali data yang telah dimasukkan untuk melihat ada tidaknya kesalahan pada saat entry data.

4.7.5 Tabulasi

Tabulasi yaitu data yang telah dianalisa, kemudian dimasukkan kedalam tabel-tabel yang telah disiapkan.

4.7.6 Analizing

Analizing yaitu melakukan analisa data untuk memecahkan masalah penelitian sehingga mengahasilakn informasi sesuai dengan tujuan penelitian

4.8 Teknik Analisa Data

Analisis data dengan statistik deskriptif untuk menampilkan data demografi, pengetahuan dan sikap. Analisa univariat dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan terhadap karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisa masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2 di bawah ini.

Tabel 4.2. Analisa Univariat Variabel Pengetahuan dan Sikap Perawat

No	Variabel	Skala Data	Analisis
1	Pengetahuan	Katagorik	Proporsi
2	Sikap	Katagorik	Proporsi
3	Umur	Numberik	Mean, Median, Modus, SD, Max-Min
4	Jenis Kelamin	Katagotik	Proporsi
5	Tingkat Pendidikan	Katagorik	Proporsi
6	Lama Kerja	Numberik	Mean, Median, Modus, SD, Max-Min
7	Pelatihan	Katagorik	Proporsi

Pada penelitian ini skala data numerik (interval dan rasio) akan ditampilkan ukuran-ukuran nilai tengah dalam bentuk mean, median dan modus. Variabel dengan skala data katagorik (nominal dan ordinal) akan ditampilkan dalam bentuk nilai distribusi frekuensi.

4.9 Jadwal Kegiatan Penelitian

Jadwal kegiatan penelitian dijelaskan pada tabel 4.3 dibawah ini:

Tabel 4.3 Jadwal Kegiatan Penelitian

Kegiatan	Okt	Nov	Des	Jan	Mar	Apr	Mei	Jun
Penetapan Judul	■							
Penulisan Proposal		■	■	■	■			
Perancangan Kuesioner			■	■	■	■		
Uji validitas dan reabilitas					■	■	■	
Uji kuesioner						■	■	■
Analisa Hasil							■	■

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini akan menguraikan tentang hasil penelitian berdasarkan pengumpulan data yang dilaksanakan di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 18–21 Mei 2012. Hasil penelitian akan ditampilkan dalam bentuk analisis univariat untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi variabel yang diteliti yaitu pengetahuan dan sikap perawat dan distribusi frekuensi karakteristik responden yang diamati meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dan pelatihan HIV/AIDS.

5.1. Deskripsi Karakteristik Responden.

Dalam penelitian ini jumlah ruang rawat inap umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sebanyak 8 ruangan. Jumlah perawat yang bekerja di ruang rawat inap umum sebanyak 148 orang dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 21 orang dan perempuan 127 orang. Pada penelitian ini responden yang terpilih sebanyak 106 orang perawat yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil analisa univariat dapat dilihat dibawah ini:

5.1.1. Umur dan Lama Kerja

Gambaran responden berdasarkan umur dan lama kerja dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel 5.1. Karakteristik Responden berdasarkan Umur dan Lama Kerja di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr H. Marzoeki Mahdi Bogor

Karakteristik	Mean	Median	SD	CI 95%	Min-Maks	Total (Σ)
Umur	29,82	30,0	4,016	29,0 –30,59	22-47	106
Lama kerja	5,86	6,0	3,91	5,11-6,61	1-27	106

Sebaran data umur dan lama kerja dalam penelitian ini terdistribusi tidak normal, dengan nilai tengah umur responden adalah 30 tahun dengan umur termuda adalah 22 tahun dan umur tertua adalah 47 tahun. Selain itu, nilai tengah lama kerja responden adalah 6 tahun dengan lama kerja terpendek adalah 1 tahun dan lama kerja terlama adalah 27 tahun.

5.1.2. Jenis Kelamin, Tingkat pendidikan dan Pelatihan HIV/AIDS

Gambaran karakteristik responden berdasarkan variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan disajikan dalam bentuk proporsi. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pelatihan HIV/AIDS di Ruang rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Variabel		Frekuensi	Persentase (%)	Total (Σ)
Jenis Kelamin	Laki-laki	21	19,8	106
	Perempuan	85	80,2	(100%)
Pendidikan	D3 Keperawatan	103	97,2	106
	S1 Keperawatan	3	2,8	(100%)
Pelatihan	Pernah	21	19,8	106
	Tidak Pernah	85	80,2	(100%)

Sebaran karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin responden adalah perempuan sebanyak 85 responden (80,2%). Tingkat pendidikan formal responden dalam penelitian ini hampir semua berpendidikan D3 Keperawatan yaitu sebanyak 103 orang (97,2%). Sementara berdasarkan pelatihan HIV/AIDS yang pernah diikuti responden hanya sebagian kecil responden pernah mendapatkan pelatihan HIV/AIDS yaitu sebanyak 21 responden (19,8%)

5.2. Pengetahuan Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian tingkat pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS disajikan dalam bentuk katagorik. Data katagorik yang disajikan terdiri dari tiga katagorik yaitu kelompok pengetahuan tinggi, sedang dan kurang. Skor pengetahuan didapat dengan menjumlahkan masing-masing jawaban responden kemudian dibagi banyaknya pertanyaan (30) dikalikan 100, maka hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3. Tingkat Pengetahuan Perawat tentang HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tinggi	32	30,2
Sedang	70	66
Rendah	4	3,8
Total (Σ)	106	100,0

Hasil penelitian tingkat pengetahuan perawat terhadap pasien HIV/AIDS menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki pengetahuan sedang sebanyak 70 responden (66%) dan hanya sebagian kecil yang memiliki pengetahuan rendah yaitu sebanyak 4 responden (3,8%).

Berdasarkan jawaban responden dari instrumen pengetahuan dari empat sub variabel yang dikembangkan yaitu konsep dasar HIV/AIDS, cara penularan, cara pencegahan, pemeriksaan laboratorium dan pengobatan hasil distribusi dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4. Frekuensi Sub Variabel Pengetahuan HIV/AIDS Perawat di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Sub Variabel	Rendah		Sedang		Tinggi	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Konsep dasar	1	0,9	45	42,5	60	56,6
Penularan	6	5,7	34	32,1	66	62,3
Pencegahan	19	17,9	48	45,3	39	36,8
Pemeriksaan Diagnostik	35	33	34	32,1	37	34,9
Pengobatan	43	40,6	57	53,8	6	5,7

Hasil penelitian dari mengenai sub variabel pengetahuan diperoleh bahwa perawat memiliki pengetahuan tinggi tentang konsep dasar HIV/AIDS yaitu 60 responden (56,6%), cara penularan HIV/AIDS yaitu sebanyak 66 responden (62,3%) dan mengenai pemeriksaan diagnostik sebanyak 37 responden (34,9%). Namun perawat memiliki pengetahuan sedang tentang cara pencegahan HIV/AIDS sebanyak 48 responden (45,3%) dan pengobatan HIV/AIDS yaitu 57 responden (53,8%).

5.3. Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS

Hasil analisa sikap perawat terhadap HIV/AIDS disajikan dalam bentuk katagorik. Dalam penelitian ini sikap perawat dikategorikan berdasarkan median menjadi dua katagori yaitu baik dan kurang baik. Hasil penelitian distribusi sikap perawat dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5. Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Sikap	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang Baik	56	52,8
Baik	50	47,2
Total (Σ)	106	100,0

Hasil penelitian sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS menunjukkan bahwa lebih dari sebagian perawat menunjukkan sikap kurang baik yaitu sebanyak 56 responden (52,8%).

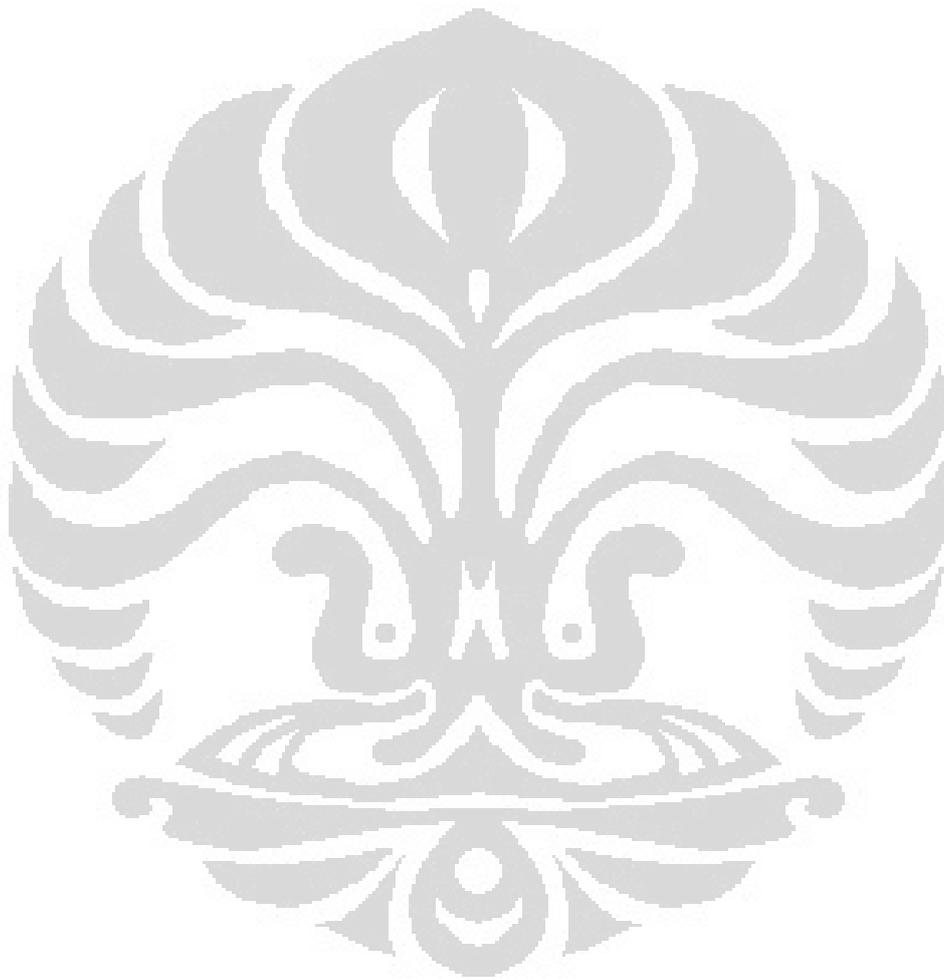
Berdasarkan jawaban responden dari instrumen sikap terhadap pasien HIV/AIDS pada enam sub variabel yang dikembangkan yaitu sikap menerima, ketakutan, diskriminasi, berhubungan dengan perasaan (malu, stress, marah), pandangan mengenai perawatan dan kesediaan menolong hasil distribusi dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel. 5.6. Frekuensi Sub Variabel Sikap Perawat terhadap Pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Sub Variabel Sikap terhadap Pasien HIV/AIDS	Baik		Kurang Baik	
	Σ	%	Σ	%
Menerima	10	9,4	96	90,6
Katakutan	70	66	36	34
Diskriminasi	42	39,6	64	60,4
Berhubungan dengan perasaan	87	82,1	19	17,9
Pandangan mengenai perawatan	60	56,6	46	43,4
Kesediaan menolong	70	66	36	34

Hasil penelitian mengenai sub variabel sikap terhadap pasien HIV/AIDS menunjukkan bahwa sebagian besar perawat mempunyai sikap baik dengan sub

variabel berhubungan dengan perasaan sebanyak 87 responden (82,1%), tidak menunjukkan sikap tidak takut dan kesediaan menolong 70 responden (66%), pandangan mengenai perawatan pasien sebanyak 60 responden (56,6%). Namun lebih dari setengah perawat menunjukkan sikap kurang baik pada pasien HIV/AIDS terkait diskriminasi dan menerima pasien yaitu 96 responden (90,6%).



BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan menguraikan hasil penelitian, implikasi hasil penelitian dan keterbatasan penelitian. Interpretasi membandingkan hasil penelitian dengan teori, konsep, penelitian sebelumnya dan pengalaman peneliti selama merawat pasien HIV/AIDS. Implikasi keperawatan diuraikan dampak penelitian bagi keperawatan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilaksanakan dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai.

6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS diruang rawat inap umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 106 responden.

6.1.1. Gambaran Usia

Usia perlu diketahui dalam penelitian ini sebab berkaitan dengan kemampuan perawat dalam memperoleh pengetahuan. Karakteristik usia perawat di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan nilai tengah usia responden adalah 30 tahun dengan usia muda 22 tahun dan usia tua adalah 47 tahun. Levinson, membagi usia dalam beberapa kategori yaitu usia 17-22 adalah usia sekolah dan menempuh pendidikan tinggi (akademi atau universitas), usia 22 - 33 tahun memasuki usia produktif, usia 33 - 45 tahun adalah usia kerja optimal, usia > 45 adalah transisi ke dewasa menengah (Dariyo, 2007). Bila melihat teori perkembangan manusia usia dewasa Erikson dimana tahap usia dewasa dibagi dalam tiga bagian yaitu usia dewasa muda dengan usia 20 – 40 tahun, usia dewasa tengah dengan 40-60 tahun dan usia dewasa akhir dengan usia > 60 tahun. Berdasarkan pembagian tersebut umur tengah 30 tahun responden berada pada usia dewasa muda dan produktif.

Sesuai teori erikson pada dewasa muda memasuki tahap *intimacy* >< *isolation*. Pada tahap ini seseorang memiliki sikap terbuka, memiliki motivasi yang kuat, berusaha mengembangkan diri seluas-luasnya, memiliki rasa ingin tahu yang tinggi sehingga berusaha mencoba hal-hal baru melalui pengembangan diri. Pada usia dewasa muda seseorang mampu menerima informasi dengan mudah dan memiliki kematangan dalam berpikir sehingga menghasilkan ide-ide baru, kreatifitas. Ini menunjukkan bahwa apabila diberi kesempatan perawat di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor akan menjadi sumber daya yang baik dalam memperoleh pengetahuan untuk mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas dalam merawat pasien HIV/AIDS.

Bila dilihat secara degeneratif, usia merupakan faktor yang mempengaruhi dalam memperoleh pengetahuan. Pengetahuan seseorang didapat dari proses belajar. Proses belajar berlangsung sepanjang umur, mulai dari bayi sampai dewasa manusia terus belajar. Dengan bertambahnya umur kemampuan perawat untuk menerima informasi pun menurun dan kemunduran pada tugas-tugas yang membutuhkan kecepatan dan tugas yang memerlukan memori jangka pendek (Asmadi, 2005).

6.1.2. Gambaran jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan. Gender memiliki pengaruh terhadap peran perawat, keperawatan muncul dari peran pemberi keperawatan (*care taking*) secara tradisional dari seorang wanita di dalam keluarga maupun masyarakat (Heriayanto, Yades & Sudrajat, 2007); Rolinson & Kish, (2001).

Profesi keperawatan merupakan pekerjaan wanita yang membutuhkan kesabaran, kelembahlembutan, penuh perhatian, ketelitian, tanggungjawab. Dilihat dari sejarah keperawatan menurut Asmadi (2005) pada awalnya keperawatan adalah kegiatan yang didasarkan atas "*mother instinct*". Keperawatan merupakan suatu tindakan atau perilaku manusia yang sifatnya naluriah. Naluri menjadi pendorong utama untuk bertindak atau berperilaku. Profesi keperawatan membutuhkan naluri

keibuan, naluri untuk melindungi, naluri untuk membantu dan menolong orang lain, naluri untuk merasakan penderitaan orang lain. Tujuannya adalah untuk mempertajam kepekaan dan kepedulian dalam menolong orang lain.

Dalam sejarah profesi keperawatan yang dikembangkan oleh Florence Nightingale, menyatakan bahwa setiap wanita dapat menjadi perawat yang dapat bertanggungjawab terhadap kesehatan dengan memperhatikan faktor lingkungan yang meliputi kehangatan, ketenangan, kebersihan dan kebutuhan perorangan dari klien. Menurut Sarwoko (2008) mengemukakan bahwa dampak dari dua kali terjadinya perang dunia membuat jumlah wanita yang menjadi angkatan kerja makin besar untuk membantu tentara korban perang dan wanita menjadi lebih mandiri serta merebut peluang dalam mencapai pendidikan yang lebih tinggi.

Dalam hal pengetahuan ada perbedaan yang membedakan antara perempuan dan laki-laki walaupun pembentukan otak ada perbedaan struktur akibat pengaruh hormonal. Namun pada sikap, wanita lebih peka terhadap perubahan emosi baik verbal maupun non verbal dibandingkan laki-laki (Pasiak, 2006).

6.1.3. Gambaran pendidikan

Perawat perlu mempertahankan dan meningkatkan kemampuannya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan terbaru sebab memberikan pengaruh besar terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Levett-Jones (2005) Keperawatan merupakan profesi yang berdasar pada ilmu pengetahuan sehingga mengharapkan dan menuntut pelayanan kesehatan pelayanan kesehatan sesuai dengan penguasaan teknologi (Perry & Potter, 2009). Menurut Asmadi (2005) keperawatan merupakan profesi yang bersentuhan langsung dengan dengan hidup dan kehidupan manusia karenanya perawat harus terus meningkatkan kompetensi dirinya, salah satunya melalui pendidikan keperawatan yang berkelanjutan.

Hasil penelitian menunjukkan hampir seluruh responden adalah berpendidikan D3 Keperawatan. Pendidikan merupakan sumber untuk memperoleh pengetahuan.

Pendidikan berpengaruh terhadap pola pikir seseorang, semakin banyak informasi yang diterima maka semakin tinggi tingkat pendidikannya dan semakin luas.

Tenaga keperawatan harus selalu mengembangkan dan meningkatkan kemampuan profesionalnya yang tertuang dalam KepMenkes RI No. 1239/SK/XI/2001 tentang registrasi keperawatan. Menurut sistem pendidikan nasional yang dituang dalam Undang-undang RI Nomor 20 tahun 2003 tentang pendidikan akademik, profesi dan vokasi bagi tenaga kesehatan dimana program pendidikan SPK sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan. Undang-undang No.2/1989 tentang sistem kesehatan nasional yang mengatakan tenaga keperawatan yang profesional adalah minimal berpendidikan seingkat diploma (DIII).

Menurut peneliti, perawat yang memiliki pendidikan yang tinggi akan menduduki jabatan yang lebih tinggi pula dalam suatu organisasi. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap RS. Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor dimana perawat yang berpendidikan S1 Keperawatan memiliki posisi jabatan yang lebih tinggi sehingga tidak menjadi responden pada penelitian ini.

6.1.4. Gambaran lama bekerja

Lama bekerja merupakan bagian dari pengalaman. Pengalaman merupakan salah satu cara memperoleh pengetahuan dimana pengetahuan yang diperoleh digunakan memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu. Pengalaman masa lalu yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang diperoleh (Notoadmojo, 2010). Semakin lama seseorang bekerja maka akan lebih berpengalaman untuk menyerap informasi dari lingkungan sekitarnya (Wahyudi, 2010). Pengalaman akan meningkatkan keterampilan dalam berpikir secara ilmiah dan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS.

Pada penelitian ini lama bekerja responden yang ada di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor, nilai tengah lama kerja adalah 6 tahun dengan lama kerja terpendek

adalah 1 tahun dan terlama adalah 27 tahun. Adanya perbedaan lama kerja perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor diharapkan dapat berbagi ilmu dan keterampilan yang dimiliki masing-masing perawat. Dimana perawat yang baru berbagi perkembangan ilmu keperawatan terkini dan perawat yang sudah lama kerja berbagi keterampilan dan pengalaman dalam merawat pasien HIV/AIDS.

6.1.5. Gambaran pelatihan

Pendidikan dapat diperoleh melalui pendidikan baik formal maupun informal. Pelatihan merupakan salah satu bagian dari pendidikan yang bersifat informal. Pelatihan bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan serta meningkatkan profesionalisme. Menurut Notoatmodjo, (2010) pelatihan dapat memberikan “pengalaman belajar” yang baik bagi petugas maupun masyarakat. Menurut Bakti (2002) pelatihan merupakan suatu cara untuk meningkatkan praktis pada suatu ilmu pengetahuan maupun keterampilan. Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden tidak pernah mengikuti pelatihan HIV/AIDS.

Menurut peneliti, pelatihan pada perawat dibutuhkan untuk menerima informasi terkini tentang cara merawat dan pengobatan yang dapat diberikan perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Dalam pelatihan terjadi proses pengulangan dan penyegaran kembali mengenai HIV/AIDS sehingga dapat menerapkan prinsip yang benar dalam pelaksanaan tugas sehari-hari.

6.2. Gambaran pengetahuan

Faktor-faktor yang telah dijelaskan diatas secara teoritis mempengaruhi pengetahuan perawat mengenai HIV/AIDS. Dari hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sebagian besar memiliki pengetahuan yang sedang. Namun bila dilihat dari hasil pengetahuan sub variabel pengetahuan perawat menunjukkan bahwa perawat di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sudah dapat memahami empat sub

variabel dari pengetahuan yaitu konsep dasar HIV/AIDS, cara pencegahan, cara penularan, pemeriksaan diagnostik dan pengobatan bagi pasien HIV/AIDS.

Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS menjadi sangat penting karena dengan pengetahuan dapat menghindari *misconception* atau kesalahpahaman mengenai HIV/AIDS. Pengetahuan yang baik dapat membantu perawat untuk berhati-hati dalam bertindak dan melakukan tindakan sesuai prosedur yang mengacu pada standar kewaspadaan dan menghindari ketakutan yang berlebihan diri perawat.

Faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan perawat pada penelitian ini dikaitkan perawat memiliki pengalaman bekerja yang lama, usia dewasa muda, merupakan faktor pendukung dalam memperoleh pengetahuan HIV/AIDS.

6.2.1. Gambaran sikap

Sikap dan tingkah laku profesional yang dituntut dari seorang perawat dalam melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan dan dalam kehidupan profesionalnya, harus ditumbuhkan dan dibina sejak awal proses pendidikan. penumbuhan dan bertindak profesional merupakan suatu proses panjang dan berlanjut, terlaksanakan dalam suatu lingkungan yang syarat dengan model peran (Kusnanto, 2003).

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek, yang sudah melibatkan faktor pendapat atau emosi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010). Sikap menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap berkaitan dengan ekspresi perasaan dan penerimaan sikap, opini atau nilai (Potter & Perry, 2009). Sikap yang ditunjukkan perawat diperoleh dari pengetahuan.

Hasil penelitian terhadap sikap responden menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden bersikap tidak baik. Hasil dari enam sub variabel sikap yang dikembangkan yaitu sikap tidak menerima, ketakutan, diskriminasi, berhubungan dengan perasaan, pandangan mengenai perawatan dan kesediaan menolong pasien

HIV/AIDS masih ada perawat yang menunjukkan sikap kurang baik yaitu diskriminasi dan sikap tidak menerima.

Pengalaman seorang perawat akan meningkatkan empati dan mengurangi stereotipe terhadap pasien dan pengalaman menumbuhkan sikap menghargai, memuaskan dan kemampuan merasakan (Bennett, 1995). Sikap empati perlu ditunjukkan perawat sangat membantu pasien HIV/AIDS dengan memberikan dukungan sosial. Menurut Malaudzi, Pengpid dan Peltzer (2011) Perawat yang berpengalaman 10 tahun bekerja mampu menjaga ke rahasiaan pasien dibandingkan dengan perawat berpengalaman 1-10 tahun. Selain itu kurangnya pengalaman berinteraksi dengan pasien HIV/AIDS dapat membentuk sikap negatif pada perawat. Menurut Rostini (2010) semakin sering petugas HIV/AIDS berinteraksi dengan pasien HIV/AIDS, semakin besar kemungkinan petugas bersikap positif terhadap pasien HIV/AIDS.

Dari hasil penelitian yang dilakukan sebagian besar perawat belum pernah mengikuti pelatihan HIV/AIDS. Pelatihan adalah satu bentuk untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman. Sementara pengalaman akan membentuk sikap seseorang. Sikap terbentuk dari adanya hubungan timbal balik dari interaksi sosial yang dialaminya baik lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis (Rostini, 2010). Ada dua spek yang membentuk sikap yaitu *silent incident* dan *repeated exposure*. Dalam *silent incident* adanya peristiwa traumatik memberikan kesan kuat pada individu secara langsung. Pada *repeated exposure* kemunculan objek berulang-ulang yang mempengaruhi sikap (Oskamp & Schultz, 2005; Rostini, 2010). Selain itu kurangnya informasi dan pemahaman mengenai penularan HIV/AIDS membuat perawat menunjukkan sikap stigma dan diskriminasi sehingga enggan untuk membantu pasien dengan HIV/AIDS. Menurut peneliti, lama kerja pada satu tempat akan membuat *burnout* atau kejenuhan yang dapat mempengaruhi psikologis, kondisi emosional seseorang sehingga mempengaruhi sikap seseorang.

6.3. Implikasi Keperawatan

Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS merupakan suatu hal sangat penting bagi seorang perawat dimana pengetahuan merupakan dasar dalam pembentukan sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS dengan memperhatikan keadaan biopsikososial dan spiritual. Asuhan keperawatan yang berkualitas dilihat dari kemampuan seorang perawat dalam berpikir kritis. Perawat dapat berpikir kritis bila seorang perawat pengetahuan yang baik. Dengan pengetahuan yang baik perawat dapat menjalankan perannya sebagaimana mestinya.

Pasien HIV/AIDS harus mendapatkan pelayanan yang profesional. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat perlu memberikan pelayanan kesehatan dengan memenuhi kebutuhan dasar pasien HIV/AIDS, melakukan tindakan keperawatan. Dengan pengetahuan yang baik perawat dapat memberikan asuhan secara efektif sehingga tujuan asuhan tercapai dalam penanganan pasien HIV/AIDS. Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS sangat diperlukan untuk melindungi diri sendiri dari penularan HIV/AIDS. Resiko penularan dapat diminimalisasikan apabila perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat menghilangkan diskriminasi dan stigmanisasi, menghormati hak-hak pasien dalam memilih memperoleh pengobatan dan mengambil keputusan.

6.4. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap Umum RS. DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan 106 responden jauh dari kata sempurna karena memiliki keterbatasan sebagai berikut:

6.4.1. Sampel Penelitian

Pada penelitian ini peneliti hanya mengambil responden di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sehingga kurang mewakili keseluruhan dari perawat RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mengenai pengetahuan tentang HIV/AIDS dan sikapnya terhadap pasien HIV/AIDS.

6.4.2. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif sehingga kurang mempelajari lebih dalam mengenai korelasi antara pengetahuan dan sikap serta penerapan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS. Selain itu, penelitian dengan deskriptif hanya melihat angka-angka yang mewakili variabel yang ada tanpa bisa melihat secara langsung apa yang sebenarnya diharapkan oleh perawat dari sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS.

6.4.3. Instrumen Penelitian

Pernyataan dalam kuesioner belum memiliki standar validitas baku karena merupakan modifikasi dari penelitian lain dan dikembangkan berdasarkan konsep dan teori yang ada, serta hanya diuji coba sebanyak satu kali sebelum digunakan dalam penelitian sebenarnya. Hasil uji validitas dan reabilitas yang telah dilakukan sebelum melakukan pengambilan data masih ada beberapa pernyataan yang tidak valid sehingga data bias sangat mungkin terjadi. Selain itu, pernyataan yang terdapat pada kuesioner adalah pernyataan tertutup.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Bagian ini merupakan bagian akhir dari laporan hasil penelitian mencakup kesimpulan hasil pembahasan yang berkaitan dengan tujuan penelitian serta saran peneliti berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan.

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 106 responden perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dapat disimpulkan sebagai berikut: Usia rata-rata responden berumur 29,82 tahun dengan nilai tengah usia responden adalah 30 tahun dengan usia muda 22 tahun dan usia tua adalah 47 tahun. Dengan sebagian besar responden adalah perempuan. Hampir seluruh responden berpendidikan D3 Keperawatan. Nilai tengah lama kerja responden adalah 6 tahun dengan lama kerja terpendek adalah 1 tahun dan terlama adalah 27 tahun. Dimana sebagian besar responden tidak pernah mengikuti pelatihan HIV/AIDS.

Pengetahuan perawat tentang HIV/AIDS sebagian besar memiliki pengetahuan sedang. Dengan hasil sikap perawat terhadap terhadap pasien HIV/AIDS lebih dari separuh perawat menunjukkan sikap negatif.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian menyarankan perlu ditingkatkan upaya peningkatan pengetahuan HIV/AIDS, sebagai berikut:

7.2.1 Bagi Rumah Sakit RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Bidang Keperawatan, SDM dan Diklit dapat meningkatkan kesiapan perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien HIV/AIDS sehingga dapat memperbaiki sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS melalui kegiatan pelatihan, *workshop* tentang HIV/AIDS bagi perawat pelaksana.

Bidang Keperawatan dapat melaksanakan monitoring penatalaksanaan SOP dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terutama dalam meningkatkan standar kewaspadaan yang bertujuan untuk mengurangi resiko tertular HIV dan mengurangi stigma dan diskriminasi pada pasien HIV/AIDS serta melakukan *rolling* keperawatan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam merawat pasien sehingga tidak hanya bisa dalam satu bidang saja.

7.2.2 Perawat

Perawat dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS yang meliputi pengetahuan tentang konsep dasar HIV/AIDS, cara penularan, cara pencegahan, pemeriksaan disgnostik dan pengobatan HIV/AIDS, meningkatkan kesadaran diri sehingga mengurangi diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai SOP yang mengacu pada standar kewaspadaan.

7.2.3 Pendidikan

Tenaga Pengajar dapat meningkatkan pengembangan kurikulum yang membahas materi HIV/AIDS secara mendalam serta meningkatkan kualifikasi pendidik pengajar terutama dalam peningkatan pengalaman dilapangan sehingga penerapan ilmu akan lebih konkrit.

7.2.4 Ilmu Keperawatan

Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan tentang hubungan pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS, terutama tentang faktor-faktor yang mempengaruhi sikap negatif terhadap pasien HIV/AIDS dengan karakteristik yang sama dengan peneltian sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adepoju, J.A.(2006). Knowledge of HIV/AIDS among nurses in Southwestern nigeria. *The ABNF Journal 2006 Fall*, ISSN: 1046-7041, 17 (4), 139-142
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=10&sid=2ef607e1-5918-4f9f-8973-574bb794ac03%40sessionmgr15>
- AIDS Attitude Scale
<https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/4386/research.pdf?sequence=3>
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi . (2005). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2005). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azwar. (2009). *Sikap manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bennett., J. A. (1995). Nurses attitudes about acquired immunodeficiency syndrome care: what research tells us. *Journal of Professional Nursing*, 11 (6), 339-350.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722395800530>
- Catatan Rekam Medik. (2011). RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi . Bogor.
- Dariyo, Agus. (2007). *Psikologi perkembangan dewasa muda*. Jakarta: Grasindo.
- Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., & Depoorter, A. M. (2009). HIV/AIDS knowlwdge, attitudes, practices and perceptions of rural nurses in South Africa. *Journal Compilation*, 1016-1073.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=a55d8d90-5766-4b87-836b-564dc2a5dae4%40sessionmgr11>
- Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2003). *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan Bagi ODHA*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

- Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2006). *Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela (Voluntary Counseling and Testing)*. Jakarta: Author.
- Ehlers, V.J. (2006). Challenges nuresse face in coping with the HIV/AIDS pandemic in Africa. *International Journal Nursing*, 43 (6), 657-662.
[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(05\)00215-4/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(05)00215-4/fulltext)
- Fernandez, P., Vazquez, B. R., Pertega-Diaz, S., (2004). Attitudes of nursing and auxiliary hospital staff toward hiv infection and aids in spain. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, (15), 3, 62-69.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105532900560057X>
- Fernandez, S. P., Vazques, B. R., Pertega, S. (2004). Attitudes of nursing and auxiliary hospital staff toward HIV infection and AIDS in Spain. *Journal of the Associations of Nurses in AIDS Care*, 15(3), 62-69
- Gillies, D. A. (1996). *Manajemen keperawatan: suatu pendekatan sistem*. (edisi2). (Dika Sukmana & Widya Sukmana, Penerjemah). Jakarta.WB Saunders.
- Hastono, S., & Sabri, L. (2010). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- HIV/ AIDS Questionaire
<https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/4386/research.pdf?sequence=3>
- HIV/AIDS. (2011, Nov). *WHO*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>
- Jumlah penderita HIV-AIDS meningkat. (2011, Nov 13). *Pikiran Rakyat*.
www.pikiran-rakyat.com/node/165485
- Kasjono, S., & Yasril. (2009). *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kota Bogor rintis kelurahan peduli HIV/AIDS. (2011, Okt 14). *Media Indonesia*.
<http://www.aidsindonesia.or.id/kota-bogor-rintis-kelurahan-peduli-hivaid-media-indonesia.html>
- Kusnanto. (2003). *Pengantar profesi dan praktik keperwatan profesional*. Jakarta: EGC.

- Malaudzi., M. V., Pengpid, S., & Peltzer, K. (2011). Nurses' knowledge, attitudes, and coping related to HIV and AIDS in rural hospital in South Africa. *Ethno Med*, 5 (1), 25-32. <http://www.krepublishers.com/02-Journals/S-EM/EM-05-0-000-11-Web/EM-05-1-000-11-Abst-PDF/EM-05-1-025-11-170-Mulaudzi-M-V/EM-05-1-025-11-170-Mulaudzi-M-V-Tt.pdf>
- Mbanya, D.N., Zebaze,R., Kengne, A.P., Minkoulou,E.M., Awah, P., Beure. (2001). Knowledge, attitude and practices of nursing staff in a rural hospital of Camerron. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 48, 241-249.<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0020-7489/PIIS0020748905002154.pdf>
- Moule., Goodman. (2008). *Source of nursing knowledge*. Chaprer 2. p.15.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nsubuga, F., Jaakkola, M. (2005). Needle stick injuries among nurses in sub-sahara africa. *Tropical Medicine and International Health*,1 (8), 773-781.
- Nursalam, Effendi, F. (2007). *Pendiikan dalam Keperawatan Jakarta*: Salemba Medika.
- Oyeyemi, A., Oyeyemi, B., & Bello, I. (2006). Caring for patient living with AIDS: ude and global level of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 196-204.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03715.x/pdf>
- Pasiak Taufiq. (2006). *Mana jemen kecerdasan*. Bandung: Mizan Pustaka
- Rosdiyah, Haryono, & Oktafiani, R. (2008). Hubungan karateristik perawat dengan kinerja perawat dalam menangani ODHA di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. 3ISSN: 1987-0575, *Kes Mas* 2(3), 133-193.
isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/2308181193.pdf
- Rostini. (2010). Faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap petugas puskesmas terhadap orang dengan HIV-AIDS (ODHA) dalam pelayanan kesehatan HIV-AIDS di kota Bandung tahun 2010. Depok: FKM – UI.

<http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20282003-T%2021797-Faktor-faktor%20yang-full%20text.pdf>

- Sarwoko, S. (2008). *Pengantar filsafat ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sastroasmoro, S., Ismail, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (Edisi ke-4). Jakarta: Sagung Seto.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1997). *Buku ajar keperawatan medikal bedah- Brunner & Suddarth*. Vol 8. (Andry Hartono, H. Y. Kuncara, Elyna S. Laura Siahaan & Agung Waluyo, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Smit, R. (2005). HIV/AIDS and the workplace: perceptions of nurses in a public hospital in South Africa. *Journal of Advance Nursing*, 51 (1), 22-29. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=a55d8d90-5766-4b87-836b-564dc2a5dae4%40sessionmgr11>
- Souminen , T. et al. (2010). Nurses' knowledge and attitudes to HIV/AIDS- an international between Firland, Estonia and Lithuania. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 138-147. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=a55d8d90-5766-4b87-836b-564dc2a5dae4%40sessionmgr11>
- Sudoyo dkk. (2009). *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC.
- Taher, E., & Abdelhai, R. (2011). Nurses' knowledge, perceptions, and attitudes toward HIV/AIDS: Effects of a health education intervention on two nursing groups in Cairo University, Egypt. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 3(4), 144-154. <http://www.academicjournals.org/jphe/PDF/pdf2011/April/Taher%20and%20Abdelhai.pdf>
- The essence of nursing: knowledge and caring*. Chapter 2. Jones & Bartlett Learning, LLC.
- UNAIDS global report AIDS epidemic. (2010). *UNAIDS*. http://Direkto.unaids.org/globalreport/Global_report.htm
- Vance, R., & Denham, S. (2008). HIV/AIDS related stigma: deliviring appropriate nursing care. *National Organization for Associate Degree Nursing*, 3, 59-66. <http://www.sciencedirect.com/science/pii/S1557308707001138>

- Wahyudi, I. (2010). Hubungan persepsi perawat tentang profesi keperawatan, kemampuan, dan motivasi kerja terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD dr. Slamet Garut. Depok: FIK UI.
- Walusimbi, M., & Okonsky., J.G. (2004). Knowledge and attitude of nurses patient with HIV/AIDS in Uganda. *Applied Nursing Research*, 17 (2), 92-99. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189704000254>
- Wei-Ti, H & Mei ., H. (2010). Knowledge, attitudes, perceived vulnerability of Chinese nurses and their preferences for caring for HIV-positive individuals: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3227-3234.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=a55d8d90-5766-4b87-836b-564dc2a5dae4%40sessionmgr11>
- Wei-Ti, H & Mei ., H., & Holzemer, W. (2004). Nurses' knowledge, attitudes, and Practice related to HIV transmission in Northeastern China. *AIDS Patient Care and STDs*. 18 (7), 417-422. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=10&sid=2ef607e1-5918-4f9f-8973-574bb794ac03%40sessionmgr15>
- Wilburn, S., & Eijekemans, G. (2004). Preventing needlestick injuries among healthcare worker: a WHO-ICN Collaboration. *Int J Occup. Environ Health*, 10, 451-456
http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf
- Yinglan., L, Scott., C.S, Li., L. (2008). Chinese nursing students' HIV/AIDS knowledge, attitude and practice intentions. *Applied Nursing Research*, 21, 147-152.

Lampiran 1

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya Merry Juliana Pasaribu (mahasiswi program sarjana ekstensi tahun ajaran 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia) dengan NPM 1006823406, bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Tingkat Pengetahuan dan sikap Perawat Terhadap pasien HIV/AIDS di Ruang Rawat Inap Umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”. Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap pasien HIV/AIDS di unit rawat inap umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan yang positif bagi program pelayanan keperawatan di rumah sakit khususnya dalam merawat pasien HIV/AIDS.

Responden penelitian ini adalah perawat yang bertugas di unit rawat inap umum, memiliki pengalaman kerja satu tahun RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang telah menyatakan bersedia menjadi responden dengan mengisi lembar *informed consent*. Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti akan melindungi tinggi hak-hak responden dengan menjaga kerahasiaan dan menghargai keinginan calon responden untuk tidak terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bagi calon responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini akan diberi kuesioner yang berisi 30 pertanyaan tentang pengetahuan HIV/AIDS dengan pilihan jawaban benar dan salah dan 20 pertanyaan terkait sikap dengan pilihan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Responden dapat memilih salah satu jawaban sesuai yang diinginkan dengan memberikan tanda *check list* (✓) pada pilihan jawaban. Lama waktu pengisian 15-20 menit. Melalui penjelasan ini diharapkan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersedia untuk menjadi responden. Atas segala perhatian dan bantuannya Saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Universitas Indonesia

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Setelah membaca penjelasan singkat tentang penelitian ini saya mengetahui manfaat serta tujuan dari penelitian, dan saya percaya bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya dan pihak manapun dan akan menjunjung tinggi hak-hak setiap responden. Saya juga mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini akan sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di tatanan rumah sakit. Maka dari itu saya menyatakan bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bogor,2012

Responden,

.....

Nama jelas

B. KUESIONER**“Tingkat Pengetahuan Perawat tentang HIV/AIDS”**

Petunjuk Isian: Untuk setiap pernyataan, silahkan beri tanda ceklist (√) pada jawaban yang anda anggap benar pada kolom Benar (B), Salah (S).

Pertanyaan	Benar (B)	Salah (S)
1. HIV dan AIDS adalah penyakit yang sama.		
2. Seseorang dapat tertular HIV melalui kontak dengan air liur, air mata, keringat, atau air seni.		
3. Seseorang bisa tertular HIV bila menggunakan toilet umum bersama.		
4. Batuk dan bersin dapat menularkan HIV.		
5. AIDS adalah penyebab HIV.		
6. HIV dapat ditularkan melalui nyamuk.		
7. Seseorang bisa tertular HIV dengan minum dari gelas yang sama dengan seseorang yang memiliki HIV.		
8. Bila kulit kita terkena noda darah penderita HIV, dapat dimatikan dengan cairan pemutih.		
9. Sarung tangan tidak perlu digunakan saat memegang cairan tubuh pasien.		
10. Ada vaksin yang dapat menghentikan penularan HIV.		
11. Orang dengan HIV dapat menunjukkan gejala asimtomatik tetapi masih dapat menularkan ke orang lain.		
12. Pemeriksaan laboratorium untuk konfirmasi yang menunjukkan seseorang telah terinfeksi HIV/AIDS adalah Western Blot.		
13. Makan makanan sehat bisa menjauhkan seseorang tertular HIV.		
14. Semua wanita hamil yang terinfeksi HIV akan memiliki bayi yang lahir dengan AIDS.		
15. Menggunakan kondom dapat menurunkan resiko seseorang tertular HIV.		
16. Seseorang dengan HIV secara fisik dapat terlihat sehat.		
17. HIV/AIDS menyerang sel T helper yang menyebabkan kerusakan pada sel-sel imunitas.		
18. Seseorang dapat terinfeksi HIV selama 3-10 tahun atau lebih tanpa AIDS.		
19. Untuk mengurangi resiko tertular HIV/AIDS setelah		

selesai melakukan tindakan menyuntik, cara yang tepat dalam menutup jarum suntik dengan penutup dipegang ditangan		
20. Zidovudine (ZDV atau AZT) merupakan salah satu ARV yang masuk dalam golongan <i>Non-Nucleoside Reserved Transcriptase Inhibitor</i> (NNRTI).		
21. Tertusuk jarum suntik bekas memiliki resiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS.		
22. Jika seseorang dites positif HIV, maka hasil tes dapat langsung diberitahukan pada pasangan mereka.		
23. Cuci peralatan medis dengan air mengalir dapat membunuh HIV.		
24. Kontak darah dengan pasien HIV/AIDS akan meningkatkan resiko tertular HIV/AIDS bila kita memiliki luka terbuka		
25. TB paru merupakan salah satu infeksi oportunistik.		
26. Ada obat untuk menyembuhkan AIDS.		
27. Seseorang tidak akan tertular HIV jika ia meminum antibiotik.		
28. Sarkoma kaposi bukan salah satu infeksi oportunistik.		
29. Seseorang bisa tertular HIV jika ia berhubungan seks dengan ODHA hanya satu kali.		
30. Tes HIV satu minggu setelah berhubungan seks dapat membantu mendeteksi seseorang tertular HIV.		

Modifikasi dari *HIV Knowledge Questionnaire* (HIV-KQ-45); Disertasi Wunvimul Benjakul (2006) di Amerika dan Thailand.

C. Sikap Perawat Terhadap Pasien HIV/AIDS

Petunjuk Isian: Bacalah setiap pertanyaan dengan seksama, berikan pendapat saudara dengan memberi tanda checklist (√) pada tempat kosong yang tersedia dengan keterangan pilihan jawaban sebagai berikut:

- SS = Sangat Setuju
 S = Setuju
 TS = Tidak Setuju
 STS = Sangat Tidak Setuju

Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1. Seseorang tertular AIDS akibat dari perilaku buruk mereka sendiri.				
2. Pasien dengan HIV positif sebaiknya tidak sekamar dengan pasien lain.				
3. Bila saya kontak dengan pasien AIDS saya khawatir keluarga saya beresiko tertular penyakit.				
4. Bersentuhan dengan pasien HIV/AIDS tanpa menggunakan sarung tangan akan meningkatkan resiko tertular HIV.				
5. Saya pikir pasien dengan AIDS memiliki hak yang sama dalam perawatan dengan pasien lain.				
6. Ibu hamil dengan HIV perlu mendapatkan perawatan yang sama dengan pasien lainnya.				
7. Pasien dengan diagnosa HIV/AIDS harus diberi tanda khusus pada rekam mediknya.				
8. Bila teman saya tahu bahwa saya merawat pasien AIDS mereka akan menjauhi saya.				
9. Saya merasa sangat kesal bila saya harus merawat pasien AIDS.				
10. Bila saat bertugas diruangan datang pasien dengan HIV/AIDS untuk dirawat, saya tidak akan menolak untuk merawatnya				
11. Merawat pasien AIDS membuat saya stress dibandingkan dengan merawat pasien lain.				
12. Bila memungkinkan, saya akan menolak merawat pasien AIDS.				
13. Bila pasien AIDS tidak meminta, perawat tidak perlu untuk memberikan perawatan.				

14. Pasien AIDS tidak boleh menggunakan alat makan yang sama dengan anggota keluarga yang lain.				
15. AIDS merupakan penyakit akibat dari perilaku yang buruk, sehingga tidak perlu mendapatkan simpati.				
16. Saya merasa lebih simpatik terhadap orang yang terkena AIDS dari transfusi darah daripada mereka yang mendapatkannya dari penyalahgunaan napza.				
17. Rumah sakit harus peduli dalam perawatan pasien AIDS.				
18. Saya bersedia untuk merawat luka pada pasien AIDS dengan sukarela.				

Modifikasi dari *AIDS Attitude Scale* (AAS); Penelitian Malaudzi, Pengpid & Peltzer (2011).