



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN PELAYANAN PITC BAGI TAHANAN  
DAN WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN (WBP)  
BERISIKO TINGGI HIV/AIDS DI POLIKLINIK  
RUTAN KLAS I CIPINANG TAHUN 2012**

**TESIS**

**LENI SYAFITRI**

**NPM. 1006799136**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN PELAYANAN PITC BAGI TAHANAN  
DAN WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN (WBP)  
BERISIKO TINGGI HIV/AIDS DI POLIKLINIK  
RUTAN KLAS I CIPINANG TAHUN 2012**

**TESIS**

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

**LENI SYAFITRI**

**NPM. 1006799136**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Leni Syafitri

NPM : 1006799136

Tanda Tangan :



Tanggal : 13 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Leni Syafitri  
NPM : 1006799136  
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2012

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


“ Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC bagi tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) Berisiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2012”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya,

Denok, 13 Juli 2012



  
(Leni Syafitri)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

“ Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC bagi tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) Berisiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2012”

Telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan

tim penguji Tesis Program

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 13 Juli 2012

Pembimbing



Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM.

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : **Leni Syafitri**  
NPM : 1006799823  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan Masyarakat  
Judul Karya Ilmiah : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC bagi tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) Berisiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2012

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM (.....)

Penguji : Dr. drg. Mardiaty Nadjib, MSc (.....)

Penguji : Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH (.....)

Penguji : Drs. Dindin Sudirman, Bc.IP, M.Si (.....)

Penguji : Eka Priyatna, Bc.IP, S.Sos, M.Si (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Syukur yang tak terhingga penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan Rahman dan Rahim-Nya, meninggikan umat yang mengejar ilmu sehingga penulis dapat menimba ilmu serta diberi kekuatan untuk penyusunan tesis dengan judul ” **Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC Bagi Tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) berisiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang** ”. Penyusunan tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan serta doa dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Bapak Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, selaku pembimbing akademik yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini
2. Kepala Divisi Pemasyarakatan Kanwil DKI Jakarta yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan tesis
3. Kepala Rutan Klas I Cipinang selaku kepala Rutan yang telah memberikan kesempatan melakukan penelitian.
4. Ibu Dr.drg.Mardiati Nadjib, MSc atas kesediaan sebagai penguji tesis yang telah banyak memberikan masukan yang sangat berharga untuk perbaikan tesis ini.
5. Bapak Dr.dr.Sandi Iljanto, MPH atas dukungan motivasi yang besar untuk meneruskan sekolah dan kesediaannya sebagai penguji tesis sekaligus memberikan masukan-masukan demi perbaikan tesis.
6. Bapak Drs. Dindin Sudirman, Bc.IP, MSi sebagai penguji tesis sekaligus memberikan masukan-masukan demi perbaikan tesis ini.
7. Suami tercinta Iman Triwahyudi, ST, MT yang selalu memberi dukungan, doa dan pengertiannya serta semangat selama penyelesaian tesis ini.
8. Ananda terbaikku M.Hafidz Jundy dan Lathifah Chaerunnisa yang selalu menunggu kedatanganku dengan setia dan menemani malam-malam perjuangan menyelesaikan tesis ini.

9. Bapak Hj.Indra Sapri Iskandar dan Bunda Hj.Sismaiyati selaku orang tua yang selalu setia jika diminta doa dan bantuannya sehingga keberkahan selalu menyertai penulisan ini.
10. Bapak H. Mintardjo, Bc,IP, SH, MH dan Ibu Hj. Kurinah, Bc.IP selaku orang tua yang memberikan banyak motivasi sehingga penulis bisa menyelesaikan tesis ini.
11. Adinda Yunita sari, S.Psi, MPsi yang senantiasa memberikan dukungan dan bantuan konsultasi selama saya menempuh program pendidikan ini.
12. Keluarga besar dan saudara dalam ikatan ukhuwah islamiah yang senantiasa menjadi roda penggerak ruh kehidupan sebagai bagian menyambut harapan baru.
13. Keluarga besar dan Teman-teman di Rumah Sakit Cipinang yang senantiasa memberikan semangat untuk menyelesaikan pendidikan.
14. Teman-teman IKM, KARS, Kebijakan dan Hukum Kesehatan (Alankhaleref) seperjuangan yang membawa suasana persaudaraan, memberi masukan, dan membantu selesainya tesis ini.
15. Seluruh pihak yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan langsung maupun tidak langsung sehingga tesis ini dapat terselesaikan..

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 13 Juli 2012

Penulis



## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Leni Syafitri  
NPM : 1006799136  
Program Studi : Magister  
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul : **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC bagi Tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) Berisiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2012** , beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan 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 sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 13 Juli 2012

Yang menyatakan



( Leni Syafitri )

**PROGRAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2012

Leni Syafitri

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan Pelayanan PITC Bagi Tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) yang berisiko HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2012  
xi + 126 halaman + 18 tabel + 15 gambar + 50 lampiran

**ABSTRAK**

Provider initiated testing and counseling (PITC) merupakan program penanggulangan HIV/AIDS yang tepat dilaksanakan di Rutan Klas I Cipinang. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC. Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional survey dengan data primer melalui kuesioner pada 130 responden tahanan dan Napi yang berisiko HIV/AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan pemanfaatan pelayanan PITC sebanyak 52 responden atau 40% belum memanfaatkan pelayanan PITC. Hubungan antara pemanfaatan pelayanan PITC dengan penerimaan stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS merupakan hubungan yang paling signifikan ( $p$  value = 0,000, OR 20,781). Sedangkan keyakinan manfaat PITC ( $p$  value = 0,000, OR = 12,372), Dukungan keluarga dan institusi ( $p$  value = 0,000, OR = 9,993), kebutuhan Pelayanan PITC ( $P$  value = 0,001, OR = 6,587), pengetahuan PITC ( $p$  value = 0,002, OR = 6,130), mempunyai hubungan yang signifikan. Maka dari itu, diperlukan kerjasama lintas program petugas kesehatan dan petugas keamanan, dalam bentuk penyuluhan rutin bagi pihak keluarga tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS untuk mengurangi stigma dan diskriminasi yang timbul dari pihak terdekat.

Kata kunci : PITC, Rutan, Stigma.

**STUDY PROGRAM PUBLIC HEALTH  
PUBLIC HEALTH LAW AND POLICY  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2012

Leni Syafitri

Factors associated with utilization of services PITC for prisoners (WBP) is at risk HIV / AIDS in the clinic Rutan Class I Cipinang 2012  
xi + 126 pages + 18 table + 15 image + 50 attachment

*ABSTRAC*

*Provider initiated testing and counseling (PITC) is the response to HIV / AIDS is the right place in Class I Cipinang Rutan. This study aimed to identify factors associated with utilization of PITC services. This study uses cross-sectional survey approach with the primary data through questionnaires to 130 respondents detainees and inmates at risk of HIV / AIDS. The results showed a picture of service utilization PITC as much as 52 respondents or 40% did not use PITC services. The relationship between service utilization PITC with the acceptance of stigma and discrimination associated with HIV / AIDS is the most significant relationship ( $p$  value = 0.000, OR 20.781). While the benefits of PITC confidence ( $p$  value = 0.000, OR = 12.372), family and institutional support ( $p$  value = 0.000, OR = 9.993), Service needs of PITC ( $P$  value = 0.001, OR = 6.587), knowledge of PITC ( $p$  value = 0.002, OR = 6.130), had a significant relationship. With the results of this study is expected to be important information for policy makers to make this study as a reference in applying the PITC so that service standards more quickly accessed and used by WBP-risk prisoners and HIV / AIDS.*

*Keyword :PITC, Detention Center, Stigma.*

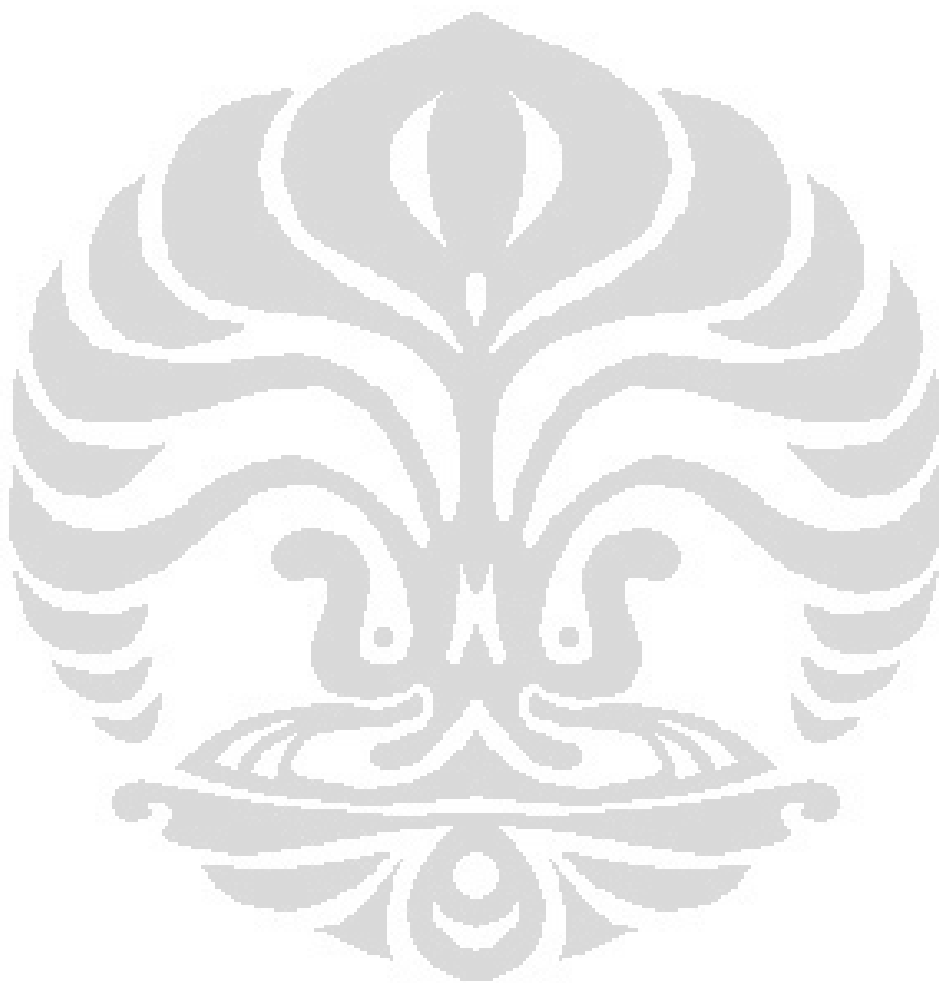
## DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI</b> .....	ii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah .....	10
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	10
1.4 Tujuan .....	11
1.4.1 Tujuan umum .....	11
1.4.2 Tujuan khusus .....	11
1.5 Manfaat Penelitian .....	12
1.6 Ruang Lingkup.....	12
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	13
2.1 Sistem Pemasarakatan.....	13
2.1.1 Prinsip Pemasarakatan .....	14
2.1.2 Hak dan kewajiban WBP .....	15
2.1.3 Lingkungan Lapas/Rutan .....	17
2.1.4 Kultur dan Budaya Pemasarakatan .....	19
2.1.5 Mengenal istilah Pemasarakatan.....	20
2.1.6 Akses Tahanan .....	21
2.1.7 Kemitraan.....	22
2.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	24
2.2.1 <i>Health Belief Model</i> (HBM) .....	24
2.2.2 Model Perilaku Green (1980) .....	27
2.2.3 Model Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan menurut Donabedian (Dever, 1984) .....	28
2.3 HIV /AIDS .....	30
2.3.1 Definisi HIV/AIDS .....	30
2.3.2 Epidemi HIV/AIDS.....	31
2.3.3 Epidemi HIV/AIDS di Penjara .....	34
2.4. Demografi Penjara .....	35
2.5 Kesehatan Narapidana .....	36
2.5.1 Kesehatan Narapidana di dunia.....	36
2.5.2 Kesehatan Warga Binaan Pemasarakatan /WBP di Indonesia.....	37
2.6 Pelayanan Kesehatan WBP.....	38
2.6.1 Pelayanan Kesehatan Narapidana di dunia .....	38

2.6.2 Pelayanan Kesehatan WBP di Indonesia .....	39
2.7 Penanggulangan HIV/AIDS di Rutan/Lapas .....	40
2.7.1 Pola Pelaksanaan Penanggulangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan.....	42
2.7.2 Kebijakan dan Pelaksanaan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Rutan/Lapas .....	43
2.8 PROSEDUR PENERIMAAN TAHANAN.....	47
2.8.1 Perawatan berkelanjutan (continue of care) di Rutan/Lapas.....	49
2.8.2 Konseling dan Tes HIV dengan inisiatif Petugas (PITC) .....	50
2.8.3 Pendampingan pada Tahanan yang Terinfeksi HIV .....	57
2.8.4 Perawatan dan Pengobatan Tahanan yang Terinfeksi HIV.....	57
2.9 Faktor-faktor yang terkait pemanfaatan pelayanan PITC .....	59
2.9.1 Penasun/IDU .....	60
2.9.2 Usia .....	60
2.9.3 Pendidikan dan Pengetahuan .....	62
2.9.4 Sikap dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.....	63
2.9.5 Diskriminasi dan stigma.....	63
2.9.6 Dukungan Pelayanan PITC .....	65
2.9.7 Kebutuhan Pelayanan PITC .....	65
2.9.8 Lingkungan dan Kultur Rutan.....	66
2.10 Kerangka Teori .....	67
<b>BAB 3 GAMBARAN UMUM RUTAN KLAS I CIPINANG .....</b>	<b>69</b>
3.1 Keadaan Umum Rumah Tahanan Klas I Cipinang .....	69
3.2 Kondisi Bangunan.....	71
3.3 Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rutan .....	71
3.4 Poli Klinik.....	72
3.4.1 Program Pelayanan Penanggulangan HIV/AIDS di Poli Klinik.....	73
3.4.2 Pelaksanaan program PITC di Poli klinik Rutan Cipinang .....	74
<b>BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>77</b>
4.1 Kerangka Konsep.....	77
4.2 Definisi Operasional .....	79
<b>BAB 5 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>82</b>
5.1 Jenis Penelitian.....	82
5.2 Lokasi dan waktu Penelitian .....	82
5.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....	82
5.4 Teknik Pengumpulan Data.....	83
5.4.1 Sumber Data.....	83

5.4.2 Instrumen Penelitian .....	83
5.4.3 Cara Pengumpulan Data.....	85
5.4.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	86
5.5 Manajemen Data .....	87
5.5.1. Editing Data .....	87
5.5.2. Koding Data .....	87
5.5.3. Entry data .....	87
5.5.4. Cleaning data .....	87
5.6 Analisis Data.....	87
5.6.1 Analisa Univariat .....	87
5.6.2 Analisa Bivariat.....	88
5.6.3 Analisa Multivariat .....	88
<b>BAB 6 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>90</b>
6.1 Pemanfaatan pelayanan PITC .....	90
6.2 Karakteristik Individu Responden .....	90
6.3 Pengetahuan tentang PITC.....	92
6.3.1 Pengetahuan mengenai PITC di Rutan Klas I Cipinang .....	92
6.3.2 Pengetahuan mengenai Pelayanan PITC di Poliklinik Rutan .....	94
6.4 Keyakinan Terhadap Manfaat Pelayanan PITC.....	96
6.5 Kebutuhan terkait pelayanan PITC .....	99
6.6 Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS .....	101
6.7 Dukungan dari pihak lain (keluarga dan institusi) .....	104
6.8 Motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC.....	106
6.9 Hubungan karakteristik demografi WBP dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC. ....	108
6.10 Hubungan Faktor Psiko sosial dengan pemanfaatan Pelayanan PITC.....	110
6.11 Ringkasan Analisis Bivariat.....	113
6.12 Seleksi Bivariat .....	113
6.13 Uji Regresi logistic .....	114
<b>BAB 7 PEMBAHASAN.....</b>	<b>116</b>
7.1 Keterbatasan Penelitian.....	116
7.2 Pembahasan hasil Penelitian .....	117
<b>BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
8.1 Kesimpulan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
8.2 Saran .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
8.2.1 Bagi Institusi Pemasarakatan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
8.2.2 Bagi Petugas Kesehatan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

**DAFTAR PUSTAKA..... 172**



## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia. WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa HIV/AIDS saat ini menjadi ancaman global dan mengakibatkan dampak merugikan di semua sektor. Penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit infeksi penyebab kematian peringkat atas dengan angka kematian (mortalitas) dan angka kejadian penyakit (morbiditas) yang tinggi serta membutuhkan diagnosis serta terapi yang cukup lama (WHO, 2006). Penularan penyakit ini biasanya terjadi pada masyarakat yang berperilaku beresiko tinggi (*high risk*) terhadap penyakit ini. Contohnya pekerja seks komersial, penggunaan napza yang bergantian menggunakan jarum suntik, pembuatan tatto dengan alat yang tidak steril serta pada Lelaki suka lelaki (LSK). (Depkes, 2006)

Pada kenyataannya, penularan penyakit HIV/AIDS ini tidak hanya terjadi pada masyarakat yang berperilaku beresiko tinggi tetapi juga pada penghuni di Lembaga pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan Negara (Rutan). Hal ini dikarenakan penghuni Rutan/Lapas sebagian besar adalah Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) pengguna narkoba. Para pengguna ini seringkali mengalami keluar masuk lapas dengan kasus yang sama dan menjadi residivis.

Penelitian WHO (2009) di dua belas kota menggambarkan perkiraan 60-90 responden tahanan memiliki riwayat pernah berada di penahanan sejak mulai menggunakan napza dan sebagian besar dari mereka pernah berada di Lapas beberapa kali (Ball A, dkk, 1999). Hasil penelitian Ricarson (1997); Darke (1998); dan Dolland (2003) juga menyatakan bahwa risiko penularan HIV/AIDS di tempat penahanan oleh karena penggunaan Napza suntik. Tahanan mengalami kesulitan memperoleh jarum suntik steril selama di



lapas/rutan sehingga mereka menggunakan jarum suntik secara bergantian. Hal ini dilakukan para tahanan karena mereka mengalami kesulitan untuk menyelundupkan jarum suntik ke dalam rutan/lapas, sehingga alat suntik sangat jarang didapati.

Pemakaian jarum suntik yang bergantian memang merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya penularan HIV/AIDS dengan cepat. Di Thailand (1988) pola penularan HIV/AIDS kemungkinan dimulai diantara orang-orang yang menyuntikan obat melalui jarum suntik dalam system penjara. Di kalangan pengguna Napza suntik, infeksi HIV berkisar 5% sampai 90%. Namun penggunaan Napza suntik biasanya dilakukan dengan cara tidak terbuka sehingga tidak mudah memperkirakan penggunaan Napza suntik di Indonesia (Dolan, 2003 ; Depkes, 2004)

Tingginya prevalensi HIV/AIDS di beberapa Lapas/Rutan di Indonesia lebih disebabkan oleh banyaknya pengguna Napza suntik yang menjadi Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP). Berdasarkan laporan bulanan situasi perkembangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan sampai dengan Desember 2011 oleh Kanwil Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (kemenkumham) DKI Jakarta, disampaikan bahwa kasus HIV/AIDS meningkat dari 8 lapas/rutan karena peningkatan jumlah penghuni dengan Napza meningkat setiap bulannya. Tercatat sebanyak 87.649 penghuni pemakai Napza dengan sebesar 16.575 pengguna Napza suntik sekitar 19 % .

Laporan estimasi dari depkes (2009) juga menunjukkan 5.000 dari 140.000 (3,6%) tahanan di Indonesia kemungkinan terinfeksi HIV. Prevalensi HIV dipenjara diperkirakan sebesar 24 kali lebih tinggi dari yang diperkirakan pada populasi umum orang dewasa di Indonesia. Dalam artikel *Prison and HIV Treatment* (Jurgen, 2006) merangkum beberapa penelitian dari Maruschak (2008), Dolan (1999) dan Bobrik (2009) memberikan gambaran tentang prevalensi HIV di penjara yang secara keseluruhan menunjukkan tingkat infeksi HIV pada populasi narapidana lebih tinggi dari pada populasi umum.

Situasi penularan HIV pada napi dan tahanan (WBP) dengan Napza suntik di dalam Lapas/Rutan sangat mungkin se-irama dengan pengguna Narkotika suntik di luar Lapas/Rutan. Kondisi epidemik HIV di Lapas/Rutan tersebut di atas menggambarkan bahwa penularan HIV pada WBP dan tahanan belum dapat dikendalikan. Program yang cukup baik ditawarkan oleh WHO,2006 (Jurgen, 2006) berupa Needle strile, dimana Tahanan dan WBP bisa mendapatkan jarum suntik yang sterile dengan pantauan dan pengawasan ketat dari pihak Lapas.

Kondisi ini menjadi sebuah permasalahan jika dalam pengendalian melalui program sterile needle belum bisa diterapkan terkait *Harm Reduction* di Rutan/Lapas di Indonesia. Data napi dan tahanan di rutan Cipinang dengan Narkoba suntik tahun 2011.

Tabel 1.1 Data Laporan Bulanan Rutan Klas I Cipinang Tahun 2011

No	Indikator	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Total
1.	Jumlah Pemakai NAPZA	1323	832	900	925	1123	797	895	830	994	931	882	1131	11563
2.	Jumlah Pengguna Suntik (IDU)	589	614	586	717	659	581	683	689	632	605	693	441	7489
3.	Jumlah Penghuni HIV (+)	4	6	3	2	2	8	18	5	21	10	27	14	120
4.	Jumlah yang mengikuti penyuluhan	95	97	98	95	127	97	96	96	41	78	45	58	1023
5.	Jumlah yang mengikuti konseling	23	30	19	25	18	31	46	44	10	10	11	29	296
6.	Jumlah yang mengikuti Testing HIV	23	30	19	26	18	31	24	44	10	10	11	29	275
7.	Jumlah ODHA yang meninggal Dunia			1		2	1	4	4	2	2	2	1	19

Sumber : Laporan Bulanan Pelaksanaan Program Pengendalian HIV dan Penyalahgunaan Napza di Rutan Klas I Cipinang tahun 2011

Sehingga bentuk penanggulangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan yang tepat menjadi permasalahan yang perlu diselesaikan. Kebijakan pemerintah

mengeluarkan petunjuk penatalaksanaan penanggulangan HIV/AIDS dan program pengobatan Antiretroviral (ARV) disikapi dengan sangat bijak oleh kementerian kesehatan (kemenkes) dan kemenkumham. Kebijakan ini menjadi sebuah acuan serta arahan dengan membentuk RAN (Rencana Aksi Nasional HIV/AIDS). RAN berisi arahan dan kebijakan, strategis, tata nilai, lingkup program dan ukuran keberhasilan dari pelaksanaan Penanggulangan HIV/AIDS dan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Bahan Adiktif berbahaya lainnya pada unit pelaksana teknis masyarakat tahun 2010-2014.

Selain kebijakan pemerintah terdapat pula kebijakan dari WHO (1993) dalam mengatur pengendalian HIV /AIDS di dunia dan di Penjara. Program penanggulangan HIV/AIDS dari WHO berupa *Guideline on HIV Infection and AIDS in Prison Geneva* dan juga *HIV testing and Counseling in Prison and other closed setting*. Berdasarkan kebijakan yang ada maka salah satu upaya penanggulangan yang mulai dikembangkan sebagai pendekatan dalam mencegah dan membatasi serangan HIV adalah melalui pelayanan *Voluntary Counselling and testing* atau yang dikenal dengan singkatan VCT atau *Provider Initiated Test and Counselling* (PITC). (Holgeave & Mc.Guire, 2006 ; WHO (2007).

Metode VCT maupun PITC merupakan program yang digunakan pemerintah Indonesia, dan melihat dari pengalaman negara-negara yang sudah berhasil menekan laju kecepatan penularan HIV seperti Thailand, Philipina, dan Australia termasuk Negara-negara maju lainnya (Depkes, 2006). Kedua Program ini menjadi program yang mempunyai konteks yang sama, namun secara peran serta mempunyai perbedaan. VCT memerlukan inisiatif dari klien untuk memeriksakan diri dan mengikuti rangkaian program HIV/AIDS. Sedangkan PITC membutuhkan peran aktif provider atau dalam hal ini petugas kesehatan.

PITC merupakan layanan konseling dan tes HIV dengan inisiatif dari petugas kesehatan. Layanan ini dilakukan secara sukarela dan rahasia (confidential) serta ditujukan pada individu dengan permasalahan HIV/AIDS. Selain itu,

layanan ini juga menempatkan individu sebagai pusat pelayanan berdasarkan kebutuhannya sehingga individu mampu mengambil keputusan-keputusan pribadi yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Proses konseling pada PITC terdiri atas konseling pra tes, konseling post test dan tes HIV secara sukarela yang bersifat rahasia dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling pra tes memberikan pengetahuan tentang HIV dan manfaat tes, pengambilan keputusan untuk melakukan tes HIV, dan perencanaan atas permasalahan HIV yang akan dihadapi. Konseling post test juga untuk membantu seseorang memahami dan menerima status HIV positif dan merujuk pada layanan dukungan.

Salah satu fungsi PITC adalah untuk mengungkap jumlah penderita HIV/AIDS yang tidak terdeteksi di lingkungan berisiko. Semakin banyak masyarakat yang memanfaatkan Pelayanan PITC, maka akan menambah data mengenai penderita dan penyebaran HIV sehingga pemerintah dapat segera mempersiapkan langkah intervensi. Keuntungan lainnya, PITC dapat memutus mata rantai penularan HIV dalam masyarakat, mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan yang paling utama dengan PITC kita dapat mengurangi atau menghilangkan perilaku berisiko untuk terkena HIV/AIDS (PKBI, 2007).

Hal ini memperkuat bahwa pemberian informasi (PI) dan diskusi partisipasi lebih dianjurkan karena lebih berdasarkan pada kesadaran individu itu sendiri sehingga hasil perubahan perilaku pun dapat bertahan lebih lama (WHO dalam Notoatmodjo, 2003). Dengan prinsip ini, PITC memiliki kekuatan untuk membangun kesadaran baru bagi tahanan yang berperilaku berisiko terutama yang melakukan pemakaian jarum suntik secara bergantian.

Pada dasarnya, program PITC ini merupakan bentuk program yang sesuai untuk dilakukan di Rutan dikarenakan tahanan yang menjadi penghuni mempunyai kemungkinan akan di vonis masa tahanan sehingga menyebabkan mereka dipindahkan dari Rutan. Butuh waktu yang cepat untuk bisa mengidentifikasi kondisi status kesehatan tahanan terutama berkaitan dengan risiko menderita HIV sehingga data ini dapat segera di laporkan pada saat

tahanan dipindahkan dari rutan ke Lapas. Apabila menggunakan sistem kesehatan penjara yang memfokuskan hanya pada manajemen kasus untuk memastikan hubungan fasilitas klinik dengan pengobatan dan pelayanan maka hal ini akan mengalami keterbatasan. (Draine, 2011)

Tahanan di Rutan dimungkinkan akan mengalami perubahan dalam masa penahanan. Kemungkinan dapat tempatkan di Lapas lain setelah mendapatkan vonis hukuman. Sehingga idealnya, intervensi yang mudah diakses dalam rutan yaitu dengan cara menemukan populasi beresiko dalam kondisi mereka tidak sebagai pasien. Tahanan di ajarkan pada saat penangkapan di awal registrasi, mereka ditanamkan pengetahuan langsung tentang layanan akses, pencegahan HIV, dan cara mengekspresikan kebutuhan dan advokasi untuk layanan yang diperlukan (Draine J, 2011).

Berdasarkan hasil skrining VCT pada lima belas Lapas/Rutan bulan Agustus 2008- Maret 2010 yang dilakukan oleh Dirjen PAS, diketahui bahwa 4.913 orang yang telah memperoleh layanan VCT, terdapat sejumlah 1.006 orang yang menunjukkan hasil reaktif. Data tersebut menunjukkan jumlah narapidana/tahanan dengan kasus HIV/AIDS banyak ditemukan, sehingga masih membutuhkan efektifitas pelayanan PITC dikalangan mereka yang berisiko terinfeksi HIV/AIDS (Dirjen PAS, 2011).

Sejak tahun 2008 program VCT/PITC ini ternyata sudah berjalan di beberapa Lapas/Rutan namun pemanfaatan pelayanan ini ternyata belum berjalan dengan baik dan efektif untuk menanggulangi angka penderita HIV/AIDS. Program ini seharusnya mampu menggambarkan respon yang cepat dan berkelanjutan tetapi ternyata dalam proses pelaksanaan di lapangan mengalami banyak kendala (Dirjen PAS, 2010).

Permasalahan penanggulangan HIV/AIDS juga dialami oleh Rutan Klas I Cipinang berupa pemanfaatan pelayanan PITC. Pemanfaatan layanan VCT/PITC di Poliklinik Rutan Cipinang pada tahun 2011 sebesar 275 orang dari total WBP dengan kasus Napza suntik 7489. Perkiraan rata-rata sebanyak 23 klien WBP perbulan yang memanfaatkan layanan PITC, sekitar 46% dari

target. Hasil ini belum memenuhi target yang ditetapkan berdasarkan kebijakan Rutan dan Lembaga Kemitraan LSM HIV/AIDS sebesar 50 klien WBP perbulan atau 600 klien pertahun. Sedangkan target yang ditetapkan oleh Dirjen PAS berdasarkan RAN 2010-2014 sebesar 50% dari WBP penghuni baru dapat mengakses pelayanan PITC.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan di poliklinik Cipinang diketahui juga bahwa penderita HIV/AIDS di Rutan mengalami masa yang menyulitkan terutama dikarenakan mereka berada disebuah lingkungan yang berpotensi untuk memperparah penyakit yang mereka alami. Penderita mengalami berbagai diskriminasi dan perlakuan yang tidak menyenangkan sehingga proses dalam menjangkau mereka di dalam rutan untuk mengikuti serangkaian kegiatan konseling mengalami banyak kendala. Sehingga mereka terlambat untuk diberikan pengobatan.

Laporan Bulanan dari Poliklinik Rutan Klas I Cipinang tahun 2011, menggambarkan bahwa penderita HIV/AIDS datang ke poli klinik untuk di rawat setelah mengalami kondisi yang parah karena infeksi Opportunistik. Jumlah WBP yang meninggal karena HIV/AIDS hampir setiap bulan ada. Pada tahun 2010, dilaporkan WBP yang meninggal karena penyakit HIV/AIDS sebanyak 15 orang dan pada tahun 2011 terjadi peningkatan sebesar 19 orang WBP.

Menurut UNAIDS (2005) pelaksanaan program pelayanan terhadap penderita yang *high risk* didalam penahanan sulit memenuhi target. Salah satu perilaku yang menghambat keberhasilan program ini adalah stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS. Penderita HIV/AIDS takut dikucilkan dan dijauhi oleh lingkungannya sedangkan kebebasan mereka di batasi. Pada awal epidemi AIDS, stigma dan diskriminasi telah memicu penularan HIV dan sangat meningkatkan dampak negatif yang terkait dengan epidemi. Stigma terkait HIV dan diskriminasi terus menjadi nyata di setiap negara dan wilayah di dunia, menciptakan hambatan utama untuk mencegah infeksi lebih lanjut, mengurangi dampak dan menyediakan perawatan dukungan, dan pengobatan yang memadai.

Banyak orang takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan termasuk perlakuan diskriminasi dan stigmatisasi masyarakat dan keluarga. Karena itu layanan konseling dan tes HIV harus melindungi pasien dengan menjaga kerahasiaan. Seorang konselor harus mampu membangun kepercayaan dan keyakinan pasien pada konselor yang merupakan dasar utama bagi terjaganya kerahasiaan sehingga terjalin hubungan baik dan terbina sikap saling memahami. Banyak tantangan bagi petugas kesehatan untuk menawarkan dan melaksanakan tes HIV pada pasien yang datang ke sarana kesehatan mengingat konsekuensi dan dampak masalah yang terkait dengan hasil tes HIV tersebut bagi pasien maupun petugas. (Depkes, 2010)

Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang penyakit HIV/AIDS, kesalahpahaman persepsi tentang bagaimana HIV ditularkan, kurangnya akses terhadap pengobatan, media yang tidak bertanggung jawab melaporkan epidemi keparahan karena AIDS, dapat menjadi faktor yang memperkuat stigmatisasi yang terkait dengan AIDS, selain prasangka serta ketakutan yang berkaitan dengan sejumlah isu sensitif secara sosial termasuk seksualitas, penyakit dan kematian, dan penggunaan narkoba. (Whetten, 2008).

Stigma dapat mengakibatkan diskriminasi dan pelanggaran HAM lainnya yang mempengaruhi kesejahteraan orang yang hidup dengan HIV. Diskriminasi yang diperoleh melalui cara yang mendasar misalnya tidak mendapatkan hak untuk perawatan kesehatan, pekerjaan, pendidikan, dan kebebasan bergerak.

Pelayanan kesehatan penderita HIV/AIDS di tahanan perlu mendapatkan perhatian yang serius karena jika pencegahan didalam Lapas/Rutan tidak berhasil tentunya dapat menghambat program pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di masyarakat. Hal ini dikarenakan banyak narapidana yang selesai menjalankan masa tahanannya kembali ke masyarakat tempat tinggalnya sehingga perlakuan ini menyebabkan tingginya tingkat penyebaran penyakit antara penjara dan masyarakat. Narapidana yang terinfeksi HIV/AIDS di penjara atau kondisi HIV/AIDS-nya memburuk di penjara maka permasalahan menjadi lebih kompleks saat mereka kembali ke keluarganya.

Mereka dapat menularkan anggota keluarga lainnya atau masyarakat di sekitarnya sehingga terjadinya siklus yang tidak baik bagi kesehatan masyarakat (*public health*) secara menyeluruh.

Dengan adanya pedoman pelayanan kesehatan bagi WBP yang menderita HIV /AIDS, berupa sarana pelayanan, pengobatan, dukungan serta terapi Antiretroviral akan memudahkan pencegahan dan penularan HIV/AIDS lebih luas. Pelayanan ini sangat mungkin dikerjakan oleh institusi pemasyarakatan karena kondisi mereka yang mudah dipantau oleh tenaga kesehatan. Mereka berada dalam system, kelompok dan lingkungan yang sama sehingga memungkinkan akan memudahkan akses mereka menjalani terapi dan pengobatan. (Glaser JB, 2007).

Dukungan teori yang mengatakan bahwa faktor demografi, struktur sosial, akses terhadap layanan kesehatan, status kesehatan berdasarkan persepsi individu ( Dever, 1980). Faktor-faktor berupa karakteristik individu, usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, stigma dan diskriminasi, persepsi dan keyakinan, kurangnya dukungan dari orang lain, kurangnya komunikasi dan penyuluhan. Sehingga Pemanfaatan pelayanan PITC terhadap warga binaan di Rutan banyak di pengaruhi oleh karakter individu dan persepsi psikologi sosial terkait perilaku serta implementasi kebijakan HIV/AIDS.

Program PITC merupakan pintu masuk bagi WBP Rutan Klas I Cipinang untuk mendapatkan semua akses pelayanan HIV/AIDS, baik informasi, edukasi, terapi dan dukungan psikologis. Dukungan dari keluarga dan peran institusi serta motivasi yang tinggi agar WBP dapat menjadikan program ini bermanfaat dalam mengendalikan penularan HIV/AIDS.

Pada kajian yang dijadikan tempat penelitian adalah Rutan Klas I Cipinang Jakarta Timur. Kondisi Rutan ini secara spesifik tidak dapat mewakili seluruh Lapas dan Rutan di DKI Jakarta, namun analisis terhadap faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan PITC di Lapas dan Rutan di DKI Jakarta dapat menjadi langkah awal. Sehingga dapat menjadi gambaran untuk Lapas dan Rutan dalam melaksanakan program Pemanfaatan Pelayanan PITC.



Program pelayanan PITC ini merupakan *universal access* yang mesti dapat di akses oleh semua WBP .

### **1.2 Rumusan masalah**

Berdasarkan target dari kebijakan RAN penanggulangan HIV/AIDS untuk Lapas/Rutan 2010-2014 sebanyak 50% tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS mendapatkan akses pelayanan PITC. Sedangkan di Rutan Klas I Cipinang menargetkan 50 tahanan dan WBP setiap bulan dapat memanfaatkan PITC. Sampai saat ini pencapaian tahun 2011 baru mencapai 46% dari target.

Belum tercapainya Pelayanan PITC dengan prakarsa petugas Kesehatan mengindikasikan bahwa pemanfaatan masih relatif rendah. Hal ini berdampak pada keberhasilan program penanggulangan HIV/AIDS terkait kematian WBP akibat keterlambatan perawatan serta terapi pengobatan penyakit ini di Lapas/Rutan.

Penelitian ini mengidentifikasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC bagi Tahanan dan Warga Binaan Masyarakat di Rutan Klas I Cipinang sebagai sebuah langkah strategis dalam mendeteksi dini WBP yang berisiko HIV/AIDS.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang ada di atas maka ada empat pertanyaan sebagai berikut :

- 1) Bagaimana Gambaran Pemanfaatan Layanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang?
- 2) Bagaimana hubungan faktor karakteristik individu ( Usia, pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, residivis ) Tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang.
- 3) Bagaimana hubungan faktor Psikologi sosial (Keyakinan terhadap manfaat PITC, kebutuhan akan Pelayanan PITC, Penerimaan stigma dan diskriminasi terhadap HIV/AIDS ) Tahanan dan WBP yang berisiko

HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang.

- 4) Bagaimana hubungan faktor Dukungan ( Dukungan keluarga dan institusi, motivasi untuk mengakses pelayanan PITC) Tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang.

#### **1.4 Tujuan**

Dari pertanyaan penelitian yang mengarah kepada pemanfaatan pelayanan PITC di Rutan Klas I Cipinang maka adapun tujuan penelitian secara umum dan khusus.

##### **1.4.1 Tujuan umum**

Mendapatkan gambaran pemanfaatan PITC di Rutan dan menjelaskan hubungan antara faktor-faktor yang memanfaatkan pelayanan PITC berupa faktor karakteristik individu (usia, status pernikahan, pendidikan, pengetahuan dan residivis) , faktor psikologi sosial (keyakinan terhadap manfaat PITC, kebutuhan akan pelayanan PITC serta penerimaan stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS) serta faktor dukungan (dukungan keluarga dan institusi , motivasi untuk mengakses PITC) di Poli klinik Rutan Klas I Cipinang oleh Tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS.

##### **1.4.2 Tujuan khusus**

Penelitian ini secara khusus bertujuan sebagai berikut :

- 1) Mengambarkan hubungan faktor karakteristik individu (Usia, status perkawinan pendidikan, pengetahuan, , residivis) Tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang.
- 2) Mengambarkan hubungan faktor Psikologi Sosial ( Keyakinan terhadap manfaat PITC , kebutuhan akan Pelayanan PITC, Penerimaan Stigma dan diskriminasi terhadap HIV/AIDS ) Tahanan dan WBP yang berisiko

HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang.

- 3) Mengambarkan hubungan faktor Dukungan (Dukungan keluarga dan institusi , motivasi untuk mengakses pelayanan PITC ) Tahanan dan WBP yang berisiko HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

- 1) Instansi terkait  
Kementrian Hukum dan HAM RI, khususnya Rutan Klas I Cipinang dan seluruh unit pelayanan teknis dapat memanfaatkan hasil penelitian ini, sebagai bahan pertimbangan dalam upaya mengembangkan program pemanfaatan PITC sehingga berjalan efektif dan optimal.
- 2) Bagi Peneliti lain  
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi yang dapat dijadikan referensi untuk penelitian lebih lanjut dalam rangka pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.

### **1.6 Ruang Lingkup**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional survey* menggunakan data primer. Variabel yang digunakan terdiri dari faktor karakteristik individu (umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, residivis), faktor psikologi sosial (keyakinan, kebutuhan , penerimaan stigma dan diskriminasi), faktor dukungan (dukungan keluarga dan institusi serta motivasi untuk mengakses pelayanan). Penelitian ini meneliti faktor- faktor di atas yang berhubungan dengan Pemanfaatan PITC di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang. Penelitian Kuantitatif dengan menyebarkan kuesioner pada Tahanan dan WBP berisiko HIV/AIDS di Rutan Klas I Cipinang. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei- Juni 2012.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka ini berisikan pemaparan dan pembahasan kepustakaan yang berhubungan dengan Sistem Pemasyarakatan, HIV/AIDS, Demografi Penjara, Kesehatan Narapidana, Pelayanan Kesehatan, Akses Pelayanan Kesehatan, Pemanfaatan pelayanan kesehatan WBP, Penanggulangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan, PITC di Lapas/Rutan, Kerangka Teori.

#### **2.1 Sistem Pemasyarakatan**

Undang-undang No.12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan merupakan aturan baru yang mengganti aturan penjara yang lama. Isi dari undang-undang ini mengatakan bahwa narapidana sebagai warga binaan harus diperlakukan secara manusiawi, karena system kepenjaraan tidak sesuai dengan system pemasyarakatan. Sistem pemasyarakatan mempunyai visi agar narapidana menyadari kesalahan, memperbaiki diri dan tidak mengulangi tindakan pidana serta dapat diterima masyarakat dan aktif berperan dalam pembangunan, sehingga menjadi warga Negara yang baik, bermanfaat dan bertanggung jawab.

Visi dari sistem pemasyarakatan adalah untuk memulihkan kesatuan hubungan, kehidupan dan cara hidup antara pelaku, masyarakat dan lingkungan, di bawah kesatuan hubungan dengan Tuhan sesuai Pancasila, sementara pada saat yang sama dapat berpegang pada prinsip-prinsip perlindungan untuk menghasilkan individu yang baik . Misi dari sistem pemasyarakatan adalah untuk meningkatkan pelaksanaan pengobatan pelanggar 'termasuk bimbingan dan konseling program untuk Pemasyarakatan pengobatan anggota (tahanan), serta administrasi barang sitaan Negara, untuk memperkuat penegakan hukum dan HAM di Indonesia.

### 2.1.1 Prinsip Pemasyarakatan

Pemasyarakatan merupakan proses terapi saat narapidana masuk lembaga pemasyarakatan dikarenakan permasalahan yang tidak harmonis dengan lingkungan dan masyarakat disekitarnya. Pemasyarakatan dibuat bukan sekedar untuk kepentingan narapidana tetapi juga untuk kepentingan masyarakat karena pola interaksi negative dengan masyarakatlah yang membuat munculnya tindak kejahatan walaupun patologi berupa penyimpangan atas norma yang berlaku. (Dirdjosisworo S, 1984)

Sistem Pemasyarakatan berupaya untuk merehabilitasi dan reintegrasi sosial, dengan melahirkan suatu sistem pembinaan terhadap pelanggar hukum. Dasar pembinaan dari system Pemasyarakatan berupa sepuluh Prinsip Pemasyarakatan, yaitu : (Dirjen PAS, 1966)

1. Ayomi dan berikan bekal hidup agar mereka dapat menjalankan peranannya sebagai warga masyarakat yang baik dan berguna.
2. Penjatuhan pidana bukan tindakan balas dendam Negara.
3. Berikan bimbingan bukan penyiksaan supaya mereka bertobat.
4. Negara tidak berhak membuat mereka menjadi lebih buruk atau jahat daripada sebelum dijatuhi pidana.
5. Selama kehilangan kemerdekaan bergerak, para narapidana dan anak didik harus dikenalkan dengan dan tidak boleh diasingkan dari masyarakat.
6. Pekerjaan yang diberikan kepada narapidana dan anak didik tidak boleh bersifat sekedar pengisi waktu, juga tidak boleh diberikan pekerjaan untuk memenuhi kebutuhan dinas atau kepentingan Negara sewaktu-waktu saja. Pekerjaan yang diberikan harus satu dengan pekerjaan di masyarakat dan yang menunjang usaha peningkatan produksi.
7. Bimbingan dan didikan yang diberikan kepada narapidana dan anak didik harus berdasarkan Pancasila.
8. Narapidana dan anak didik sebagai orang yang tersesat adalah manusia, dan harus pula diperlakukan sebagai manusia.

9. Narapidana dan anak didik hanya dijatuhi pidana hilang kemerdekaan sebagai satu-satunya derita yang di alami.
10. Disediakan dan dipupuk sarana-sarana yang dapat mendukung fungsi rehabilitative, korektif, dan edukatif dalam system pemasyarakatan.

Lapas/Rutan sebagai lembaga reintegrasi sosial memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kepada dua pihak: tahanan dan masyarakat umum. Bentuk pelayanan yang diberikan kepada para tahanan adalah pengobatan dan rehabilitasi, yang bertujuan untuk menjamin bahwa tahanan bisa menjalani kehidupan yang mandiri dan taat hukum setelah rilis. Untuk masyarakat, pelayanan yang diberikan oleh lembaga pemasyarakatan adalah untuk menawarkan perlindungan dan keamanan dari luar.

Perlindungan publik harus dijamin tidak hanya selama periode suatu pelaku penahanan tetapi juga setelah ia dilepaskan dan kembali ke masyarakat. Hal ini penting untuk mengembangkan perawatan yang komprehensif program dan kegiatan, yang tidak hanya moralitas alamat pelanggar, tetapi juga kognitif, fisik, dan keterampilan kemampuan.

Tujuan akhir dari program pengobatan harus mengubah perilaku dan kognitif pola tahanan sehingga mereka tidak akan merugikan baik masyarakat maupun diri mereka sendiri. Di Indonesia, sebagian besar perencanaan dan pelaksanaan program pengobatan berbagai penjara dan pusat penahanan didasarkan pada kebijakan yang dikembangkan oleh Direktorat Jenderal Pemasyarakatan. (Dirjen PAS, 2010)

### **2.1.2 Hak dan kewajiban WBP**

Pemenuhan Hak dan kewajiban Narapidana menjadi tanggung jawab instusi pemasyarakatan. UU Pemasyarakatan No. 12 Tahun 1995 menempatkan hak dan kewajiban didalam ayat-ayatnya. Negara mengatur bagaimana hak dan kewajiban tahanan dapat diperoleh selama berada di dalam institusi pemasyarakatan.

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan memiliki kewenangan untuk merumuskan kebijakan untuk mengatasi berbagai masalah yang berkaitan dengan ketergantungan obat bagi tahanan dan penyalahgunaan narkoba di penjara. Kebijakan ini harus diterapkan dalam penjara melalui komprehensif program, sehingga akan ada perubahan dalam perilaku narapidana dan cara berpikir pada umumnya. Terutama untuk ketergantungan obat pada tahanan, program rehabilitasi diwajibkan membawa kearah kesadaran mereka untuk tidak menggunakan obat-obatan yang ilegal, jika tahanan terus menggunakan, akhirnya akan mengarah pada penahanan kembali mereka.

*International Guidenlines on HIV/AIDS and Human Right* yaitu Panduan Internasional untuk HIV/AIDS dan Hak Asasi menyebutkan tindakan yang berkaitan dengan penjara. Pemimpin di penjara hendaknya mengambil kebijakan dan langkah-langkah yang diperlukan dalam menanggulangi masalah HIV/AIDS, yaitu berupa kecukupan petugas, pengawasan efektif dan tindakan disiplin yang tepat, guna melindungi narapidana dari pemerkosaan, kekerasan dan pemaksaan seksual. Pejabat Penjara dan petugas penjara dapat menyiapkan akses informasi pencegahan HIV, edukasi, tes dan konseling sukarela (VCT), sarana pencegahan, pengobatan dan pelayanan dan partisipasi sukarela oleh laboratorium penelitian HIV, begitu juga dengan menjaga kerahasiaan, test non sukarela, pengucilan, dan melarang penolakan terhadap akses fasilitas penjara, perlakuan khusus dan program pembekalan pembebasan bagi narapidana positif HIV. Pembebasan awal bagi narapidana yang hidup dengan HIV/AIDS agar dapat dipertimbangkan.(UNAIDS, 2008)

Sehubungan dengan peran petugas dalam system pemasyarakatan didalam UU RI No. 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, maka di dalam proses pemasyarakatan narapidana diakui sebagai manusia yang membutuhkan perawatan rohani, serta makanan yang layak, maupun kebutuhan kesehatan dan jasmani. Menurut pasal 14 UU RI No. 12 tahun 1995 yang menjadi tanggung jawab petugas untuk memberitahukan kepada narapidana akan hak-haknya untuk memperoleh kebutuhan mereka , terutama kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

Isi Pasal 14 sebagai berikut.

(1) Narapidana berhak :

- a. melakukan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaannya;
- b. mendapat perawatan, baik perawatan rohani maupun jasmani;
- c. mendapatkan pendidikan dan pengajaran;
- d. mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak;
- e. menyampaikan keluhan;
- f. mendapatkan bahan bacaan dan mengikuti siaran media massa lainnya yang tidak dilarang;
- g. mendapatkan upah atau premi atas pekerjaan yang dilakukan;
- h. menerima kunjungan keluarga, penasihat hukum, atau orang tertentu lainnya;
- i. mendapatkan pengurangan masa pidana (remisi);
- j. mendapatkan kesempatan berasimilasi termasuk cuti mengunjungi keluarga;
- k. mendapatkan pembebasan bersyarat;
- l. mendapatkan cuti menjelang bebas; dan
- m. mendapatkan hak-hak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(2) Ketentuan mengenai syarat-syarat dan tata cara pelaksanaan hak-hak Narapidana sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

### **2.1.3 Lingkungan Lapas/Rutan**

Human Right Watch dalam Jurgan (2006) menyimpulkan kondisi penjara di seluruh dunia. Kondisi penahanan sangat bervariasi dari Negara yang satu dengan yang lain atau dari penjara yang satu ke penjara yang lain, standar yang diterapkan di sebagian besar Negara sangatlah mengejutkan. Lapas dan Rutan pada Negara-negara yang paling kaya dan maju sekalipun digerogeti oleh permasalahan kepadatan penampungan jauh dari memadai, kurangnya layanan pengobatan, korupsi dan tindakan semena-mena oleh petugas, dan kekerasan antar sesama narapidana. Masyarakat menaruh perhatian terutama



pada pengurungan narapidana itu sendiri daripada kondisi tempat mereka dikurung.

a. Over crowding dan sanitasi yang buruk

Pada tahun 2009 laporan dari Petugas Khusus PBB kepada Jenderal Majelis PBB, bahwa di banyak Negara di dunia, ditempat-tempat penahanan selalu penuh sesak dan lokasi yang kotor, dimana TBC dan penyakit menular lainnya merajalela, tidak memiliki fasilitas minimal yang diperlukan untuk memungkinkan untuk melanjutkan kehidupan yang bermartabat.

Republik Moldova melaporkan bahwa overcrowding dan kondisi sanitasi yang buruk di tempat penahanan polisi dan fasilitas penahanan sebelum pengadilan menjadi sesuatu yang harus diperhatikan (WHO, 2007)

b. Pemerksaan atau pelecehan seksual

Data tentang prevalensi kegiatan seksual di penjara sulit diperoleh karena banyaknya permasalahan secara metodologis, logistic serta etika. Banyak tahanan yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian karena mereka mengklaim mereka tidak terlibat dalam setiap perilaku beresiko tinggi. Sehingga dari hasil penelitian yang dilakukan bahwa konsensual dan non konsensual seks terjadi di dalam penjara. Perkiraan proporsi tahanan yang terlibat dalam consensus sesama jenis aktivitas seksual sangat bervariasi, di beberapa penelitian melaporkan tingkat yang relatif rendah 1% sampai 2% (Rotily, 2001) namun ada diantara 4% dan 10% (Simoooya, 2002) bahkan ada yang lebih tinggi, khususnya di kalangan tahanan perempuan (Dicenso A, 2003).

Aktivitas seksual sesama jenis terjadi sebagai konsekuensinya orientasi seksual. Kebanyakan pria yang berhubungan seks di penjara tidak mengidentifikasi diri mereka sebagai homoseksual dan tidak mungkin telah mengalami sesama jenis sebelum penahanan. Perkosaan di penjara dilakukan

dengan kejam dan brutal, sehingga korban dibiarkan dipukuli dan berdarah bisa menyebabkan kematian. (WHO, 2007)

Banyak korban kekerasan seksual di penjara mungkin secara eksplisit terancam, tetapi mereka memilih untuk tetap terlibat dalam tindakan seksual di luar keinginan mereka karena tidak punya pilihan lain. Penelitian di Amerika Serikat mengatakan insidensi kekerasan seksual di penjara difokuskan pada korban laki-laki, dengan tingginya tingkat aktivitas, namun beberapa tahun terakhir mengalami penurunan. Hal ini juga terjadi di beberapa Negara maju berupa penurunan tingkat kekerasan seksual. Fakta ini mengungkapkan bahwa kekerasan seksual terjadi di penjara-penjara seluruh dunia. (WHO, 2007)

Aktivitas seksual dianggap merupakan faktor resiko yang kurang penting bagi penularan HIV dibandingkan dengan berbagi alat suntik. Namun demikian, aktivitas seksual menempatkan tahanan beresiko tertular HIV dan infeksi menular seksual lainnya (IMS). Kekerasan seksual lewat belakang (sodomi), tanpa menggunakan pelindung, pemerkosaan, merupakan resiko tertinggi tertular HIV.

#### **2.1.4 Kultur dan Budaya Pemasyarakatan**

PBB membentuk team khusus yang bekerja untuk memantau aktivitas kegiatan di dalam penahanan. Mereka melaporkan bahwa dengan adanya krisis global di dalam penahanan terjadi penyiksaan yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan derajat kemanusiaan dan maratabat manusia. Petugas Khusus PBB ini diberi kepercayaan oleh Dewan Hak Asasi Manusia untuk menyelidiki situasi penyiksaan dan perlakuan buruk di semua Negara di dunia. Selain melakukan penelitian dan berurusan dengan jumlah pengaduan tahanan, sejak tahun 2005 mereka melakukan pencarian fakta bagi sekitar 20 negara di seluruh dunia diantaranya Nepal, Yordania, Paraguay, Negeria, Sri Lanka, Indoneisa, Denmarak, Uruguay, Jamaika dan Papua Nugini dan beberapa dengara lain. (Jurgen, 2006)

Kesimpulan hasil laporan dari Team Khusus PBB adalah keadaan yang mengkhawatirkan akibat kekerasan dan penyiksaan, dengan sedikit pengecualian di beberapa wilayah seperti Denmark dan Greenland. Penyiksaan di fasilitas penahanan dipraktekkan di sebagian besar Negara yang sudah dikunjungi, sering dilakukan dengan cara yang rutin atau bahkan sistematis. Tahanan yang diwawancarai mengatakan, pengalaman penyiksaan pada mereka selama hari-hari pertama atau minggu pertama tahanan polisi saat bertujuan penggalan pengakuan atau informasi yang sedikit di bandingkan informasi dengan penderitaan lanjutan dari tahanan. Laporan ini membuat catatan bahwa kondisi penahanan di banyak Negara memperlakukan tahanan dengan tidak manusiawi atau merendahkan martabat sehingga terjadi pelanggaran hukum internasional. (Jurgen, 2006)

### **2.1.5 Mengenal istilah Pemasyarakatan**

Dalam pemasyarakatan banyak istilah yang dijelaskan dalam UU No. 12 Tahun 1998 sebagai berikut :

- a) Pemasyarakatan adalah kegiatan untuk melakukan pembinaan terhadap warga binaan pemasyarakatan berdasarkan system pemasyarakatan, kelembagaan, dan cara pembinaan yang merupakan bagian akhir dari system pemidanaan dalam tata peradilan pidana (Pasal 1 ayat 1 No.12 Tahun 1995).
- b) Lembaga pemasyarakatan atau Lapas merupakan tempat untuk melaksanakan pembinaan bagi narapidana dan anak didik pemasyarakatan ( Pasal 1 ayat 3 UU No. 12 Tahun 1995).
- c) Rumah Tahanan Negara atau Rutan adalah unit pelaksana teknis tempat tersangka dan terdakwa di tahan selama proses penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di siding pengadilan (Keputusan Menteri Kehakiman RI No. M.02-PK 04.10 Tahun 1990).
- d) Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) adalah narapidana, anak didik pemasyarakatan dan klien pemasyarakatan (Pasal 1 ayat 5 UU No. 12 Tahun 1995).

- e) Tahanan adalah tersangka atau terdakwa yang ditempatkan dalam Rutan untuk kepentingan penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di sidang Pengadilan (Keputusan Menteri Kehakiman RI No.M.02-PK04.10 Tahun 1995).
- f) Narapidana adalah terpidana yang menjalani hukuman pidana dengan hilangnya kemerdekaan di Lapas ( Pasal 1 ayat 7 UU No. 12 Tahun 1995).
- g) Pembinaan adalah kegiatan untuk meningkatkan kualitas ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa, intelektual, sikap dan perilaku, profesional, serta kesehatan jasmani dan rohani narapidana, dan anak didik pemasyarakatan (PP 31 Tahun 1999 pasal 1 ayat 1).
- h) Integrasi adalah pemulihan kesatuan hubungan hidup kehidupan dan penghidupan narapidana dan anak didik pemasyarakatan dan masyarakat ( Pasal 1 point 8e PP 31 tahun 1999).
- i) Reintegrasi Sosial adalah pemulihan kembali kesatuan hubungan hidup, kehidupan dan penghidupan narapidana sebagai individu, anggota masyarakat, dan makhluk Tuhan.

#### **2.1.6 Akses Tahanan**

Penyelenggaraan layanan yang tepat sebagai respon terhadap HIV/AIDS seringkali terbentur oleh ideology dan keyakinan yang berlaku memilih penghukuman daripada rehabilitasi. Layanan kesehatan penjara mempunyai prioritas yang rendah dalam system pembinaan yang tentu saja memiliki prioritas dan nilai yang berseberangan dengan layanan kesehatan. Pembinaan merupakan aktivitas bidang keamanan masyarakat atau penegakan hukum daripada aktivitas bidang kesehatan masyarakat. (Brewer, 1991)

Menurut Harding (1997) dalam Jurgens (2006), mengatakan pengobatan di penjara memiliki ciri yang aneh, terdapat diantara dua system sosial yang besar, yaitu penyelenggaraan kesehatan dan peradilan criminal. Status yang tidak nyaman dan marginal tersebut bukan merupakan akibat dari pilihan atau orientasi dari petugas kesehatan di penjara. Tapi disebabkan oleh tekanan-

tekanan kebijakan peradilan criminal- terutama kebijakan penjara dan beberapa decade penghirauan oleh lembaga kesehatan : kementerian kesehatan, asosiasi medis dan fakultas kedokteran beranggapan penjara di luar wilayah mereka dalam hubungannya dengan layanan kesehatan.

Permasalahan kebijakan berdampak pada akses layanan terhadap perawatan dan pengobatan pada tahanan. Sehingga WHO membuat pedoman, “ semua narapidana mempunyai hak untuk menerima layanan kesehatan, termasuk langkah-langkah pencegahan, setara dengan yang tersedia di masyarakat tanpa diskriminasi, khususnya sehubungan dengan status hukuman dan kewarganegaraan mereka”. (WHO,1993)

Kegagalan dalam menyediakan akses pencegahan dan penanganan HIV yang setara dengan layanan yang tersedia di luar merupakan pelanggaran hak kesehatan narapidana dalam peraturan internasional maupun perundang-undangan. Sehingga diperlukan pedoman yang dapat membantu terlaksananya hak kesehatan WBP.

Rekomendasi dari pedoman WHO (1993), secara eksplisit mengenai akses perawatan dan dukungan bagi narapidana positif HIV meliputi layanan pengobatan dan konseling psikologi; perawatan lanjutan; informasi mengenai pilihan pengobatan; penerimaan layanan dan akses ke Poli klinik PITC yang setara dengan yang tersedia di masyarakat; kebebasan dari pemaksaan keterlibatan pada klinik PITC; dan penerimaan layanan sesuai masa tahanan berdasarkan persetujuan mereka.

### **2.1.7 Kemitraan**

Perkembangan ke arah pemerintahan pasyarakatatan dipengaruhi oleh 3 faktor (Dirjen PAS, 2008). Pertama, perubahan konstelasi politik Indonesia sejak tahun 1998 reformasi memungkinkan sebuah keterlibatan yang lebih luas dari pemangku kepentingan dalam aspek pemerintahan, termasuk penegakan hukum dan sistem pasyarakatatan. Sebelum reformasi 1998, sebagian besar proses kebijakan pemerintah adalah bisnis yang sangat

eksklusif, di luar kontrol eksternal dari publik. Dalam konteks Sistem Pemasyarakatan, eksklusivitas dari proses pembuatan kebijakan diwakili oleh stakeholder yang terlibat di dalamnya.

Pada 1980-an, upaya kolaborasi beberapa sistem pemasyarakatan untuk mencapai tujuan pengobatan untuk tahanan yang terlibat stakeholder internal pemerintah (antar departemen) saja. Pada tahun 1999, setahun setelah reformasi, ia mulai menjadi lebih inklusif. Upaya ini terlihat dalam peraturan pemerintah tentang Pengobatan dan Rehabilitasi Narapidana, yang menyatakan bahwa perlakuan terhadap tahanan (dan pencapaian tujuan rehabilitasi dan reintegrasi), menteri (melalui Direktorat Jenderal Pemasyarakatan) dapat bekerja sama dengan departemen pemerintah terkait, LSM atau individu. Pada tahun yang sama, ada keputusan menteri untuk membuat Dewan Penasehat Pemasyarakatan sebagai penasihat menteri pada isu-isu Pemasyarakatan, dengan anggota dari instansi antar pemerintah, para ahli dan LSM.

Faktor kedua adalah kompleksitas masalah yang dihadapi oleh Sistem Pemasyarakatan di Indonesia, dari aspek fasilitatif (penganggaran dan sumber daya manusia). Faktor ketiga adalah inisiatif kecil di tingkat unit teknis telah muncul, dalam bentuk kerjasama dalam proses pengobatan tahanan dengan LSM lokal. Meskipun mereka secara bertahap, kecenderungan ini sangat penting dalam penciptaan pemerintahan pemasyarakatan. Anggaran dan keterbatasan kapasitas sipir adalah faktor-faktor yang mendasari, sehingga kerjasama dengan pihak ketiga yang memiliki kapasitas lebih besar adalah suatu keharusan.

Dilihat oleh ketiga faktor, kemajuan tata kelola pemasyarakatan dipromosikan oleh faktor internal dari Sistem Pemasyarakatan bukan dikendalikan oleh eksternal. Hal ini menarik, karena perubahan pada proses pemerintahan dengan memasukkan non-pemerintah pemangku kepentingan, biasanya merespon negatif, dari ketidakpercayaan terhadap resistensi yang tinggi dari pemerintah. Hal ini berlaku di lembaga pemerintah yang memiliki yurisdiksi eksklusif, yaitu penegakan hukum. Tapi fenomena ini tidak ada dalam Sistem

Pemasyarakatan Indonesia. Aspirasi dari pihak non-pemerintah untuk mempromosikan perubahan dalam pelaksanaan sistem pemasyarakatan, ini sejalan dengan visi pemasyarakatan.

Filosofi dari Sistem Pemasyarakatan di Indonesia juga bertanggung jawab dalam membimbing ini pemerintahan pemasyarakatan. Dari gagasan re-integrasi sosial, pandangan Pemasyarakatan di Indonesia Sistem bahwa kejahatan adalah konflik antara pelaku dan masyarakat. Dengan demikian, hukuman ini bertujuan untuk menyelesaikan konflik itu, dan napi dapat kembali terintegrasi dalam masyarakat. Untuk mencapai tujuan reintegrasi sosial, proses pengobatan dan rehabilitasi perlu peran aktif dari masyarakat, khususnya ketika masa hukuman memasuki tahap re-integrasi.

## **2.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Kebutuhan kesehatan (*health need*) akan pelayanan kesehatan pada dasarnya bersifat obyektif karena itu untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat, upaya untuk memenuhinya bersifat mutlak. Tuntutan kesehatan (*health demands*) bersifat subjektif. Tuntutan kesehatan banyak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan sosial ekonomi (Azwar, 1996).

Pemanfaatan merupakan kegunaan dari sebuah program sehingga program ini dapat berguna baik oleh individu atau masyarakat. Dalam proses peningkatan pelayanan kesehatan tentunya pemanfaatan sebuah program menjadi bagian dari output atau hasil dari sebuah kebijakan yang di buat.

Menurut penelitian : *Health Utilisasi* oleh David (1980) dan Wolinsky (1980) bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan terdiri dari beberapa model pendekatan.

### **2.2.1 Health Belief Model (HBM)**

Model kepercayaan kesehatan menurut Rosenstock (Wolinsky, 1980) merupakan model psikologi yang mencoba untuk menjelaskan dan memprediksikan perilaku kesehatan dengan fokus pada sikap dan keyakinan

individu. Dalam perkembangan model ini lebih menjelaskan pada kurangnya partisipasi public dalam melakukan pemeriksaan dan program pencegahan. Model ini di adaptasi untuk mengeksplorasikan berbagai perilaku kesehatan jangka panjang dan jangka pendek, termasuk perilaku seksual beresiko dan penularan HIV AIDS.

Model kepercayaan ini mencakup lima unsur penting, yaitu :

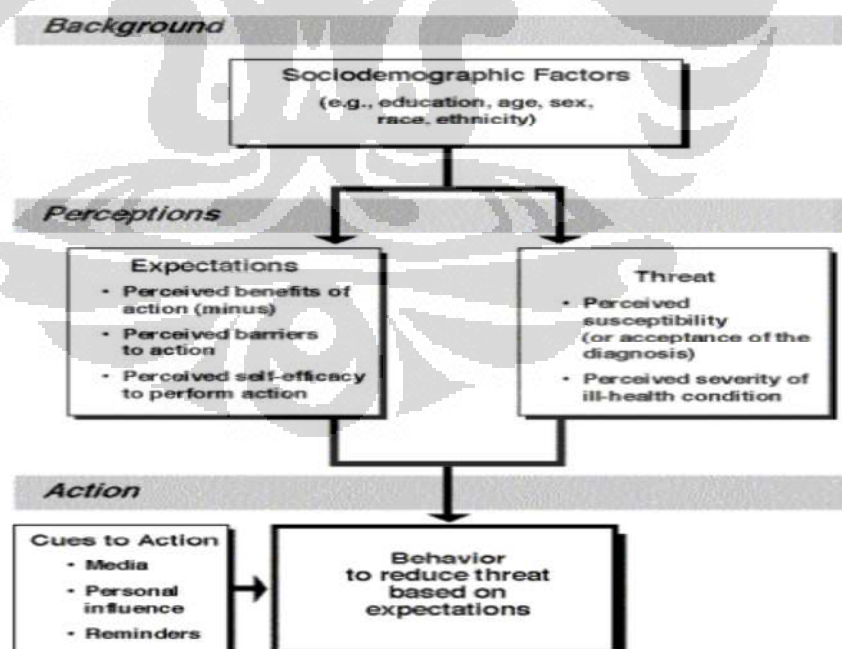
- a) Unsur pertama yaitu persepsi individu tentang kemungkinan mereka terkena penyakit (*Perceived susceptibility*). Persepsi ini mempunyai banyak pengertian dan di ikuti oleh beberapa variable kunci , yaitu *Perceived Threat* , ancaman persepsi. Variabel ini menggambarkan kerentanan yang di rasakan. Persepsi kerentanan merupakan persepsi subjektif seseorang dari resiko tertular penyakit . Agar seseorang bertindak mengobati atau mencegah penyakit, ia merasakan bahwa dia rentan terhadap penyakit tersebut. Hal ini membuat model kepercayaan kesehatan bergantung dari persepsi individu. Berkaitan dengan evaluasi terhadap pemanfaatan pelayanan apakah menerima konsekuen terhadap pelayanan medis dan klinis serta menghadapi kondisi sosial.
- b) Unsur kedua merupakan pandangan individu tentang keparahan penyakit (*Perceived severity*) atau parahnya kondisi penyakit seseorang. Persepsi keparahan merupakan perasaan yang serius tertular penyakit atau meninggalkannya karena tidak diobati. Sehingga menemukan kesulitan dalam pengobatan. Seseorang akan melakukan tindakan pengobatan/pencegahan bila diancam oleh penyakit yang dirasakan lebih parah dibandingkan dengan penyakit yang dirasakan lebih ringan. Hal ini menjadi stigma bagi penderita.
- c) Unsur ketiga merupakan persepsi manfaat atau *perceived benefits*. Persepsi ini mengungkapkan tentang kepercayaan akan efektifnya sebuah strategi yang dirancang dalam menanggulangi ancaman penularan penyakit. Tindakan yang dilakukan akan tergantung pada manfaat yang dirasakan setelah mengambil keputusan tersebut.
- d) Unsur Keempat merupakan hambatan yang dirasakan atau *perceived Barrier*. Persepsi ini menjelaskan akan kemungkinan hambatan yang



dirasakan pada saat melakukan sebuah pengobatan, atau munculnya konsekuensi negatif yang mungkin timbul dari pengambilan tindakan kesehatan tertentu. Keputusan yang diambil untuk memanfaatkan pelayanan tersebut akan menemui rintangan. Misalnya tuntutan fisik, diskriminasi, psikologi dan keuangan.

- e) Unsur terakhir *cues to action* bisa sebagai isyarat atau tanda-tanda dengan melakukan aksi kegiatan sehubungan dengan mempromosikan pelayanan kesehatan melalui media tertentu yang benar. Diperlukan isyarat beberapa faktor eksternal untuk mendapat tindakan penerimaan yang benar. Faktor eksternal tersebut misalnya adanya pesan-pesan pada media masa, nasihat atau anjuran dari teman-teman /dukungan sebaya, anggota keluarga. Media yang ada berupa poster, iklan bisa di sampaikan berupa kegiatan penyuluhan tentang gejala fisik dari kondisi kesehatan atau melalui lingkungan berupa penjelasan melalui media publikasi yang kesemua acaranya memotivasi seseorang untuk mengambil tindakan.

Gambar 2.1 *Health Belief Model* (Wolinsky, 1980)



Sumber : Wolinsky 1980

### 2.2.2 Model Perilaku Green (1980)

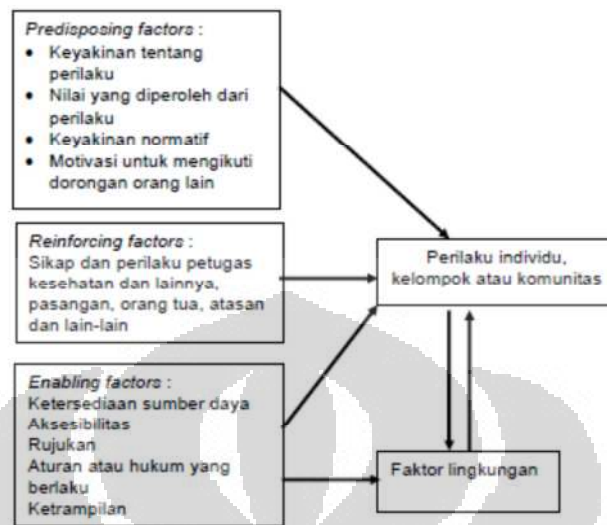
Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada didalam diri seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Manusia dalam hidupnya mempunyai keinginan mempunyai kesehatan yang optimal sehingga jika tubuh merasakan timbulnya gejala yang mengganggu kesehatannya maka dia berusaha untuk melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan. Munculnya keinginan untuk melakukan tindakan tersebut menjadi bagian dari perilaku kehidupan manusia. Menurut Sudarman, 2008, bahwa dengan adanya dorongan dari dalam diri manusia maka menimbulkan keinginan seseorang untuk melakukan tindakan atau perilaku khusus yang mengarah kepada tujuannya.

Perilaku pada manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri ataupun dari luar dirinya. Faktor tersebut antara lain berupa : pengetahuan, motivasi, persepsi, emosi, proses belajar, lingkungan dan sebagainya dalam Notoatmodjo (2003).

Menurut Green (1980), model perilaku kesehatan menjelaskan tentang konsep perilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Perilaku masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di pengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu :

1. *Predisposing factor* atau faktor pemungkin yang meliputi : pengetahuan, sikap, belief atau kepercayaan serta nilai-nilai.
2. *Enabling factor* atau faktor pendukung yang meliputi ketersediaan sarana dan prasarana yang ada dipelayanan kesehatan.
3. *Reinforcing factor* atau faktor Pendorong yang mencakup sikap dan perilaku kesehatan atau petugas lain, serta kelompok yang di referensikan oleh masyarakat, dapat berupa dukungan dan motivasi.

Gambar 2.2 Model Perilaku Green (1980)



Sumber : Green L, 1980

### 2.2.3 Model Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan menurut Donabedian (Dever, 1984)

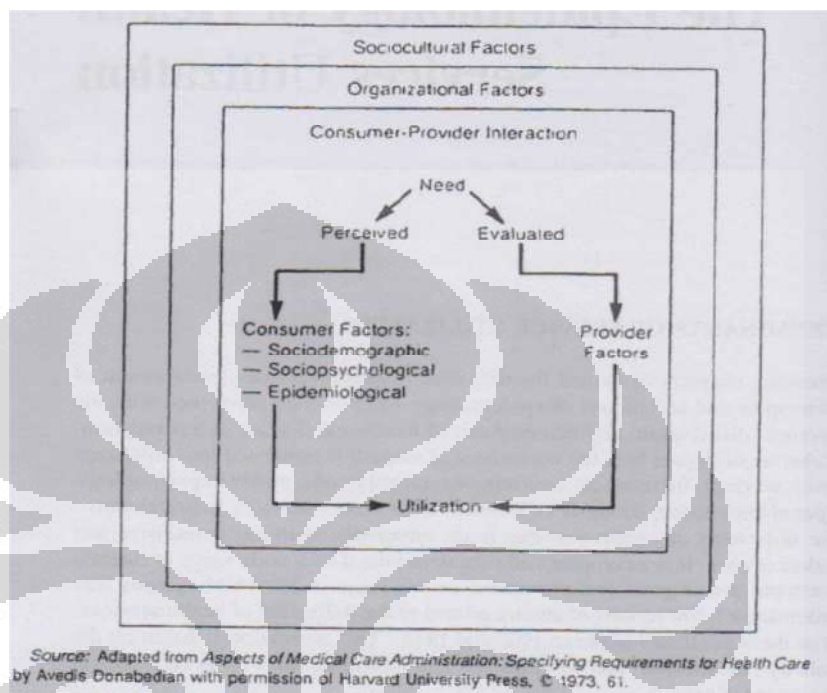
Faktor – faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Donabedian (Dever, 1984) yaitu :

- 1) Faktor sosial budaya dan cultural, terdiri dari :
  - a) Norma-norma dan nilai-nilai sosial serta kultur yang ada di masyarakat.
  - b) Teknologi kesehatan pada pelayanan kesehatan. Kemajuan teknologi kedokteran dapat membantu mengobati penyakit sehingga menurunkan angka kesakitan dan menurunkan penggunaan jasa layanan kesehatan.
- 2) Faktor Organisasi Penyedia layanan Kesehatan
  - a) Tersedianya sumber daya, yaitu sumber daya yang meliputi kuantitas dan kualitas. Sumber daya ini mempengaruhi pelayanan dan permintaan akan layanan kesehatan. Jika sumber daya tersedia maka pelayanan akan dengan mudah diperoleh.

- b) Akses Geografi berupa jarak tempuh ke lokasi pelayanan. Dalam memenuhi akses geografi tentunya diukur dengan jarak tempuh dan waktu tempuh serta di hitung biaya perjalanan. Akses geografi dalam arti jarak tempuh dan biaya perjalanan tentunya tidak terlalu menyulitkan bagi warga binaan yang ada di Rutan karena tempat dan lingkungan pengobatan mudah dijangkau.
  - c) Akses Sosial berupa bisa mengandung dua pengertian, yaitu akses yang bisa diterima dan yang tidak bisa dijangkau. Akses yang bisa di terima lebih diarahkan kepada faktor psikologis, sosial dan budaya, namun terjangkau bisa berupa financial atau faktor ekonomi.
  - d) Karakteristik Struktur Organisasi yang formal serta pemberian pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dapat dikategorikan dalam beberapa bentuk, misalnya rumah sakit, rumah bersalin, klinik bersama, praktek pribadi, praktek bersama dan lain-lain. Kegunaan dari semua bentuk pelayanan ini mempunyai pola yang berbeda satu sama lain.
- 3) Faktor yang langsung berhubungan dengan konsumen.yaitu terdiri :
- a) Faktor sosiodemografis yaitu umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa, status perkawinan dan status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan, penghasilan)
  - b) Faktor sosial psikologis yaitu persepsi terhadap penyakit serta sikap dan keyakinan tentang pelayanan kesehatan, dan perawatan medis atau dokter.
  - c) Faktor epidemiologis, yang terdiri dari mortalitas, morbiditas dan faktor resiko.
- 4) Faktor Petugas Kesehatan/Produsen
- 1) Faktor ekonomi  
Dalam masalah ekonomi tentunya sebagai konsumen kesulitan untuk memiliki prefensi yang cukup sehingga akan diserahkan kepihak provider.
  - 2) Faktor karakteristik Petugas Kesehatan

Faktor yang berhubungan berupa tipe pelayanan kesehatan, sikap petugas kesehatan, kecakapan atau keahlian beserta kelengkapan fasilitas atau sarana kesehatan

Gambar 2.3 : Skema Utilization



Sumber : Donabedie dalam Dever (1984)

## 2.3 HIV /AIDS

### 2.3.1 Definisi HIV/AIDS

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* merupakan virus yang merusak mekanisme system kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan tubuh mengalami penurunan daya tahan. Virus ini berreplika dengan sel-sel genetic dan mengacaukan gen-gen yang sehat. Penyakit dengan mudah menyerang penderita *HIV+*(positive). Dalam kondisi seperti ini penderita rentan terkena infeksi oleh virus yang lain. Virus ini merupakan kelompok retrovirus yaitu kelompok virus yang mempunyai kemampuan mengkopi cetak materi genetika diri di dalam materi genetika sel-sel yang ditumpanginya (Depkes, 1997). Virus HIV termasuk golongan virus RNA yaitu virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik (Depkes, 2003).

Epidemiologi HIV, virus ini merupakan virus yang rapuh atau lemah namun dapat memberikan dampak mematikan. Virus ini dapat bertahan hanya pada kondisi yang khusus dan mudah mati di luar tubuh manusia. Virus ini merusak salah satu jenis sel imun yang dikenal dengan sel T helper dan sel tubuh lainnya, antara lain sel otak, sel usus, dan sel paru. Sel T helper merupakan titik pusat pertahanan tubuh, sehingga infeksi HIV menyebabkan daya tahan tubuh menjadi rusak (PPNI, 2004). HIV, termasuk familia retrovirus. Sel-sel darah putih yang diserang oleh HIV pada penderita yang terinfeksi HIV adalah sel-sel limfosit T (CD4) yang berfungsi dalam sistem imun (kekebalan) tubuh. HIV memperbanyak diri dalam sel limfosit yang diinfeksi dan merusak sel-sel tersebut, sehingga mengakibatkan sistem imun terganggu dan daya tahan tubuh berangsur-angsur menurun (De Cock *et al*, 2000).

Virus ini baru dapat menularkan atau berpindah ke orang lain jika ada pintu masuk sel yang mengandung partikel virus. Virus HIV ditemukan dan diisolasi dari sel limfosit T, Limfosit B, sel makrofag (di otak dan paru) dan berbagai cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina, air susu ibu. Akan tetapi sampai saat ini hanya darah dan air mani yang jelas terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang mampu menularkan HIV dari ibu ke bayinya.

AIDS adalah singkatan dari *acquired immunodeficiency syndrome*, merupakan sekumpulan gejala-gejala yang menyertai infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (Phair and Chadwick, 1997).. AIDS berupa gangguan system kekebalan tubuh yaitu penderita HIV positive yang telah menunjukkan sekumpulan gejala yang menyertainya atau disebut infeksi oportunistik .

### **2.3.2 Epidemi HIV/AIDS**

Sejak ditemukan AIDS pertama kali pada tahun 1981 hingga saat ini telah berkembang menjadi masalah kesehatan dunia. Sekitar 65 juta orang telah tertular HIV dan 20 juta telah meninggal akibat AIDS, sedangkan saat ini

orang yang hidup dengan HIV sekitar 35 juta. Setiap hari terdapat 7.400 orang baru terkena HIV atau 5 orang per menit. Pada tahun 2007 terjadi 2,7 juta infeksi baru HIV dan 2 juta kematian akibat AIDS (UNAIDS, 2008).

Kondisi yang sangat memprihatinkan adalah Negara Afrika, dimana pada tahun 2005 ada 3,2 juta infeksi baru di sub-Sahara. Jumlah ini merupakan 65,3% dari total global sebesar 4,9 juta kasus baru.(Ghana, 2008)

Di Asia terdapat 4,9 juta orang yang terinfeksi HIV, 440 ribu diantaranya adalah infeksi baru dan telah menyebabkan kematian 300 ribu orang di tahun 2007. Cara penularan di Asia sangat bervariasi, namun yang mendorong epidemi adalah tiga perilaku yang berisiko tinggi: Seks komersial yang tidak terlindungi, berbagi alat suntik di kalangan pengguna narkoba dan lelaki seks antar lelaki yang tidak terlindungi (UNAIDS, 2008).

Kasus HIV/AIDS pertama kali di Indonesia ditemukan pada turis yang berasal dari Belanda di Rumah Sakit Sanglah Bali pada tahun 1987. Prevalensi jumlah infeksi HIV dan kecenderungannya dapat diamati melalui sistem surveilans HIV/AIDS yang diselenggarakan secara nasional atau sustenal. Namun jumlah penderita yang terinfeksi HIV dan kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh propinsi jauh lebih kecil dari keadaan sesungguhnya. Estimasi yang dibuat pada tahun 2010 diperkirakan akan terdapat sekitar 90.000 – 130.000 penderita HIV/AIDS atau sekitar 0,036 – 0,052% dari jumlah penduduk Indonesia (KPAN, 2010).

Jumlah orang yang terjangkit HIV/AIDS yang sebenarnya di Indonesia sangat sulit diukur dan masih belum diketahui keadaan sesungguhnya secara tepat. Sehingga menimbulkan peningkatan epidemi yang meningkat di awal tahun 2000-an. Pemerintah dengan kebijakannya mengeluarkan Peraturan, yaitu Peraturan Presiden nomor 75 tahun 2006 yang mengamanatkan perlunya intensi penanggulangan AIDS di Indonesia.

Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan epidemi yang berkembang paling cepat (UNAIDS, 2008). Kementerian Kesehatan memperkirakan,

Indonesia pada tahun 2014 akan mempunyai hampir tiga kali jumlah orang yang hidup dengan HIV dan AIDS dibandingkan pada tahun 2008 (dari 277.700 orang menjadi 813.720 orang). Ini dapat terjadi bila tidak ada upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang bermakna dalam kurun waktu tersebut.

Peningkatan penanggulangan HIV dan AIDS yang efektif dan komprehensif di Indonesia memerlukan pendekatan yang strategik, yang menangani faktor-faktor struktural melibatkan peran aktif semua sektor. Tantangan yang dihadapi sungguh besar dilihat secara geografi dan sosial ekonomi, Indonesia berpenduduk terbesar ke empat di dunia dan terdiri lebih dari 17.000 pulau, dengan sistem pemerintahan terdesentralisasi mencakup lebih dari 400 kabupaten dan kota dan 33 provinsi. Kasus HIV telah dilaporkan oleh lebih dari 200 kabupaten dan kota di seluruh 33 provinsi (KPAN, 2009).

Penyebaran infeksi HIV di Indonesia bervariasi antar wilayah. Kecuali di Provinsi Papua dan Papua Barat, epidemi HIV pada sebagian besar provinsi di Indonesia masih terkonsentrasi pada populasi kunci, dengan prevalensi >5%. Di Provinsi Papua dan Papua Barat, epidemi sudah memasuki masyarakat dengan prevalensi berkisar 1,36%-2,41% (Depkes RI, 2006).

Mengingat epidemi HIV merupakan suatu tantangan global dan salah satu masalah yang paling rumit dewasa ini, maka keberhasilan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, tidak saja memberikan manfaat bagi Indonesia tetapi juga penanggulangan AIDS secara global. Acuan pengembangan strategi dan rencana disektor, pemerintah daerah, swasta, para mitra kerja dan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Strategi dan rencana aksi ini telah mengacu ke arah kebijakan yang terdapat dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN); yang selanjutnya akan menjadi acuan sektor-sektor pemerintah yang terkait untuk mengembangkan strateginya masing-masing. Rencana aksi nasional ini bagi daerah juga menjadi acuan untuk penyusunan rencana aksi masing-masing daerah sebagai dasar untuk penyusunan RAPBD. Selain itu di tingkat



nasional dokumen ini menjadi instrumen untuk mobilisasi dana ke tingkat nasional maupun internasional (Nafsiah, 2009).

### 2.3.3 Epidemi HIV/AIDS di Penjara

Sejak awal epidemi HIV AIDS muncul, penyakit ini telah menyerang populasi penjara dengan sangat hebat. Secara keseluruhan, tingkat infeksi HIV pada populasi narapidana lebih tinggi dari pada populasi umum. (Jurgen, 2006)

Tabel 2.1 Prevalensi HIV dalam Penjara

No	Negara	Tingkat infeksi dan prevalensi	Referensi artikel
1.	Eropa Barat (Portugal)	20 % dari jumlah tahanan	Spanish Focal Point, 2001.
2.	Spainol	14 % dari jumlah tahanan	Spanish Focal Point, 2001
3.	Amerika serikat	Kebanyak prevalensinya dibawah 1 % namun ada beberapa penjara yang melebihi 7 pria dan 15 % perempuan	Maruschak, HIV in Prison, 2003
4.	Kanada	Prevalensi 1 dan 11,9 persen	Lines. Action on HIV/AIDS in Prisons, 2005
5.	Rusia	Sebanyak 36.000 jiwa berada di peradilan, sebanyak 20 % dari jumlah populasi	Dolan, 2004
6.	Amerika Latin (Brazil)	Tingkat infeksi 3 sampai 20 %	Bobrik, 2005
7.	Argentina	Tingkat infeksi 4 sampai 10 %	Dolan, 2004
8.	India	Tingkat infeksi 9,5 %	Nagaraj, 2000
9.	Afrika (Zambia)	Tingkat infeksi 27 %	Simooya O, 2001
10.	Afrika selatan	Tingkat infeksi 47 %	Goyer KC, 2003
11.	Indonesia	Tingkat infeksi 3 %	Depkes, 2010

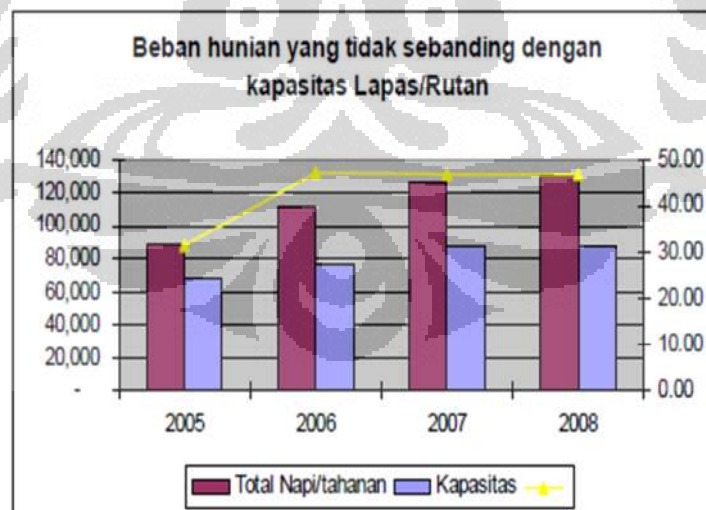
Sumber : Jurgen, 2006

## 2.4. Demografi Penjara

Populasi Warga Binaan Pemasyarakatan setiap tahunnya mengalami peningkatan, dalam empat tahun terakhir di Indonesia secara berturut turut semakin menambah kelebihan daya huni (over capacity) UPT Pemasyarakatan. Walaupun pada setiap tahunnya kapasitas UPT Pemasyarakatan terus ditingkatkan, namun daya hunian yang tetap melebihi kapasitas yang disediakan.

Lapas dan rutan menampung narapidana melebihi kapasitas yang ada, pada kenyataannya tahun 2008 diisi 120.000 sedangkan kapasitasnya 90.000. Jumlah tahanan seluruh Indonesia hingga bulan September 2009, WBP dan tahanan berjumlah 131.115 orang, dimana 28,15% diantaranya adalah WBP dan tahanan Narkotika. Peningkatan jumlah WBP dan tahanan tersebut belum dapat diimbangi dengan usaha meningkatkan jumlah Lapas/Rutan serta kapasitasnya. Secara Nasional, kelebihan daya huni Lapas/Rutan mencapai 46,81% . (Dirjen PAS, 2010)

Gambar Diagram 2.4 : Jumlah Beban Hunian di Lapas



Sumber: Data Ditjenpas, Kemkumham RI

Sehubungan dengan demografi dan kondisi Lapas/Rutan maka diperlukan evaluasi program sejalan dengan perilaku WBP terkait dengan penyakit HIV/AIDS.

## 2.5 Kesehatan Narapidana

### 2.5.1 Kesehatan Narapidana di dunia

Pada tahun 1997, Asosiasi Pemasarakatan di Amerika memprakarsai studimen tentang kualitas pelayanan kesehatan di Penjara Negara Bagian New York. Temuan dari penelitian ini menunjukkan gambar yang signifikan, bahwa pelayanan tahanan semakin lama semakin baik karena diberikan pengarahan dan pelatihan akan kualitas pelayanan tahanan. Data yang di hasilkan terjadi penurunan jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 85% selama 3 tahun (1995-1998) yaitu dari 258 menjadi 39 kematian, penurunan jumlah narapidana dengan infeksi TB aktif 66%, yaitu dari 82 pada tahun 1994 menjadi 28 di tahun 1998. (Harding T,1992)

Di negara Australia, sudah menerapkan Undang-Undang Kesehatan Narapidana , hal ini dapat menjadi sumbangsih bahwa dengan bedirinya berlakunya Undang Undang Kesehatan Narapidana diharapkan kondisi narapidana yang mengalami kematian berkurang atau paling tidak angka hidup mereka akan lebih lama, terutama yang mengalami penyakit HIV AIDS. Penyakit HIV AIDS meningkat didalam penjara dari laporan yang di peroleh didapatkan gambaran bahwa penderita HIV meningkat didalam penjara setiap tahunnya. (WHO,1987)

Semua orang mempunyai hak yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, begitu pula semua orang yang berada di dalam Lembaga Pemasarakatan dan Rutan, yaitu tahanan dan narapidana. Mereka juga berhak untuk menikmati standar pelayanan kesehatan yang optimal. Hak ini dijamin oleh hukum internasional Perserikatan bangsa-bangsa dalam Pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia dan Pasal 12 dari Kovenhagen Internasional tentang Ekonomi, Sosial, dan Budaya. Secara umum di masyarakat internasional mengetahui bahwa tahanan dapat mempertahankan semua hak yang dia miliki, selain penahanan, termasuk hak untuk memperoleh standar tertinggi kesehatan fisik dan mental kesehatan.(WHO, 1993)

Kehilangan kebebasan sendirinya sudah merupakan hukuman, namun bukan berarti bisa bertidak melakukan perampasan hak asasi manusia. Oleh karena itu, negara memiliki kewajiban untuk menerapkan undang-undang, kebijakan, dan konsisten dengan norma-norma internasional hak asasi manusia, dan untuk memastikan bahwa tahanan disediakan standar program setara kesehatan untuk yang tersedia di luar komunitas. Kerangka ini memberikan panduan yang jelas kepada pemerintah untuk membantu mereka dalam memenuhi kewajiban ini. (Hammet TM, 1997)

### **2.5.2 Kesehatan Warga Binaan Pemasyarakatan /WBP di Indonesia**

Dalam UU Pemasyarakatan No. 12 di Indonesia , pasal 14 mengatakan bahwa pelayanan kesehatan narapidana di berikan oleh Lapas/ Rutan, dan mereka berhak mendapatkan pelayanan sama dengan yang di dapat di masyarakat umum.

Sebagian besar orang yang dimasukkan ke penjara akhirnya kembali ke masyarakat luas. Oleh karena itu, mengurangi penularan HIV di penjara merupakan bagian integral dari pengurangan penyebaran infeksi di masyarakat yang lebih luas. Hal ini disebabkan karena setiap penyakit yang berkontak di penjara, atau kondisi medis yang diperburuk karena fasilitas blok atau *custody* buruk, menjadi isu publik kesehatan bagi masyarakat yang lebih luas ketika orang dilepaskan. Kerangka ini juga merupakan alat penting untuk membantu pemerintah mempromosikan kesehatan publik, dan mencegah penyebaran HIV di penjara dan dalam masyarakat luas.

Dibeberapa negara, kebutuhan keamanan menjadi prioritas yang utama disamping kebutuhan pengobatan dan kesehatan. Sehingga sangat sulit menyeimbangkan keamanan dan keselamatan yang sudah sejak lama menjadi kebijakan sebuah lembaga pemasyarakatan dibandingkan dengan kebutuhan kesehatan tahanan. Namun jika kesehatan diperhatikan dan pelayanan kesehatan serta pengobatan tahanan lebih di perhatikan maka akan memiliki dampak yang signifikan dalam mengurangi resiko penggunaan narkoba dan menurunkan tingkat penularan HIV AIDS.

## 2.6 Pelayanan Kesehatan WBP

### 2.6.1 Pelayanan Kesehatan Narapidana di dunia

Kesehatan narapidana harus memenuhi standar dalam pelayanannya. Menurut NHS (*National Health service*) dikatakan bahwa layanan Penjara harus memastikan bahwa tahanan memiliki akses ke layanan kesehatan yang luas setara dengan masyarakat umum. Ini berarti bahwa penjara harus menerapkan sistem sesuai dengan standar *Minimum Rules* di Penjara. (WHO Europe, 2005)

Layanan kesehatan di penjara harus mempunyai Standar Pelayanan yang terdata berupa pernyataan yang jelas dan dapat diamati atau dievaluasi, berupa kebijakan yang terinci mengenai pelayanan apa yang bisa diberikan berupa pelayanan kesehatan umum, pelayanan kesehatan gigi, pelayanan kesehatan spesialis atau Rehabilitasi. WBP memiliki hak untuk menerima perawatan kesehatan yang tersedia untuk standar masyarakat umum, termasuk didalamnya standar pelayanan, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi.

Standar Pelayanan kesehatan di Negara Inggris, bertanggung jawab untuk memastikan bahwa para tahanan menerima perawatan kesehatan yang memadai dan terevaluasi adalah Departemen Kesehatan. Di penjara-penjara milik Pemerintah menyerahkan pelayanan kesehatan kepada petugas kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan.

Namun di beberapa Negara lain, standar pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab Departemen Penjara, *Corecction department*. Bagan Standar Pelayanan kesehatan: (WHO Europe, 2005)

1. Pemeriksaan tahanan
2. Pengecekan fisik atau screening fisik
3. Pemeriksaan penunjang
4. Conseling

Secara umum, di Negara asia akses perawatan medis sangat terbatas, sehingga di Negara-negara asia standar pelayanan pun masih dalam taraf perbaikan.

Pentingnya meningkatkan akses dalam upaya untuk meningkatkan akses untuk tes HIV sukarela dan konseling di penjara penting, karena mereka mencapai klien pada resiko tinggi infeksi HIV yang seringkali tidak menggunakan tes dan konseling layanan di luar. (WHO, 2005) Di Amerika Serikat, AIDS cenderung didiagnosis pada muda usia dan pada tahap awal penyakit ditahanan daripada di non-dipenjara orang , menawarkan pencegahan penting dan peluang perawatan. (Dolan K,2004).

Layanan kesehatan yang terorganisir dengan baik dapat menjadi sumbangan besar bagi masyarakat luas dengan memberikan layanan pengobatan dan meningkatkan kesehatan dengan mendeteksi dan menyembuhkan sejumlah besar kasus TB dan IMS, dengan menyediakan vaksinasi hepatitis B dan konseling HIV, dengan merujuk narapidana kepada sejumlah layanan yang terdapat di masyarakat sesuai masa tahanan, dan dengan membantu proses integrasi kembali ke masyarakat. Masa penahanan seharusnya menekankan pada aspek kesehatan individu dan masyarakat luas. (WHO, UNAIDS, 2006)

### **2.6.2 Pelayanan Kesehatan WBP di Indonesia**

Pelayanan kesehatan di lapas/Rutan adalah pelayanan rawat jalan yang memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan melalui tahap masa pengenalan lingkungan (mapenaling). Dan di sesuaikan dengan prosedur yang diatur dalam Pola Pembinaan WBP oleh Kementrian Hukum dan HAM. (Dirjen, 2011)

Tiap WBP yang menjalani hukumannya harus diperlakukan layaknya manusia. Tiap orang adalah manusia dan harus diperlakukan sebagai manusia meskipun ia tersesat, tidak boleh selalu ditunjukkan bahwa ia itu penjahat, sebaliknya ia harus selalu dibuat merasa bahwa ia dipandang dan diperlakukan sebagai manusia. Selayaknya manusia maka WBP pun harus diperhatikan dan penuhi hak-haknya. Hal pertama-tama harus dipenuhi tentunya Hak Asasi

Manusia sebagaimana dijabarkan dalam Undang-undang nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Kemudian juga harus dipenuhi hak-haknya selama menjalani hukuman di lembaga pemasyarakatan.

Seorang tahanan yang hidup dengan HIV mungkin memiliki kebutuhan yang berbeda atau tambahan untuk sisa populasi penjara. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi, dapat mengakibatkan penurunan kesehatan mereka, dan dapat membuat kondisi mereka lebih sulit untuk menanggung penderitaan akibat penyakit yang diderita.

Beberapa Negara dengan populasi minoritas, yang seringkali menjadi mayoritas populasi penjara, adalah tahanan dengan HIV yang cenderung memiliki akses yang lebih sedikit terhadap pelayanan kesehatan di masyarakat. Di Indonesia ada beberapa faktor dominan yang mempengaruhi belum terkendalinya penularan HIV dan penanganan AIDS serta penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika di UPT Pemasyarakatan adalah masih terbatasnya sumberdaya yang tersedia pada jajaran Ditjenpas, belum kuat dan meratanya jejaring layanan program antara UPT Pemasyarakatan dengan pemangku kepentingan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Kepemimpinan dan koordinasi pada setiap tingkatan jajaran Ditjenpas akan menjadi kunci keberhasilan dalam pengendalian penularan HIV, penanganan AIDS, dan penyalahgunaan serta peredaran gelap Narkotika di Lapas, Balai Pemasyarakatan, dan Rutan.

## **2.7 Penanggulangan HIV/AIDS di Rutan/Lapas**

Mencegah dan menanggapi HIV merupakan sebuah hak asasi manusia dan masalah penting bagi kesehatan masyarakat. Dua elemen kunci dalam melaksanakan kegiatan ini (Jurgens, 2005) :

- 1) Memperkenalkan langkah-langkah yang komprehensif
- 2) Memberikan pengobatan, perawatan dan dukungan , termasuk ART untuk HIV, dan memastikan kesinambungan perawatan antara penjara dan masyarakat.

Memperkenalkan langkah-langkah pencegahan yang komprehensif informasi dan pendidikan merupakan syarat penting untuk pelaksanaan program HIV di penjara. WHO (1993) dalam pedoman Infeksi HIV dan AIDS di Penjara merekomendasikan bahwa kedua aspek ini tahanan dan staff penjara diberitahu tentang cara untuk mencegah penularan HIV.

Menekan angka kematian akibat HIV/AIDS, salah satunya adalah dengan melakukan upaya pencegahan penularan penyakit yang ada di dalam Lembaga Pemasyarakatan, serta memberikan pengobatan kepada yang sudah sakit. Meskipun HIV/AIDS belum menjadi penyebab kematian utama di Lembaga Pemasyarakatan, tetapiantisipasi terhadap hal tersebut perlu dilakukan. Terlebih lagi karena kasus narkoba, memiliki kemungkinan sudah terinfeksi HIV sangat tinggi (Dirjen Pemasyarakatan, 2009).

Hasil Survei Surveilans Perilaku (SSP) tahun 2005 pada Lapas dan Rutan di Indonesia, menunjukkan 90% dari WBP yang pernah menjadi pengguna narkoba suntik, mengaku melakukan penyuntikan bersama teman. Hal yang mengkhawatirkan adalah pengguna narkoba suntik wanita sebesar 29% menggunakan jarum suntik secara bersama dengan pacarnya, sedangkan yang berbagi jarum dengan teman juga cukup tinggi sekitar 55-60% (Dirjen, 2010). Masalah ketergantungan NAPZA dan penggunaan NAPZA tidak hanya terbatas pada masyarakat namun sudah masuk ke dalam lingkungan Lembaga Pemasyarakatan, serta peningkatan perilaku yang berisiko di dalam Lembaga Pemasyarakatan termasuk dampak buruknya, sehingga Kemenkumham membuat sebuah aturan berdasarkan SRAN RI tahun 2010-2014, yaitu Rencana Aksi Nasional AIDS di Lapas dan Rutan 2010-2014. Hal ini dipandang perlu dalam melaksanakan program penanggulangan HIV dan AIDS di Lembaga Pemasyarakatan. Namun sebelumnya telah dibentuk Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lembaga Pemasyarakatan di Indonesia Tahun 2005–2009 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia.



### 2.7.1 Pola Pelaksanaan Penanggulangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan

Pelaksanaan Program penanggulangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan menjadi tanggung jawab dari Poliklinik yang ada didalamnya. Dalam pelaksanaannya tentunya berdasarkan juknis dalam menjalankan yaitu Rencana Aksi Nasional yang dibuat oleh Dirjen Kementrian Hukum dan HAM.

Pelaksanaan Rencana Aksi tersebut sangatlah diperlukan sebagai panduan operasional pelaksanaan program di Lembaga Pemasarakatan yang dapat dijadikan acuan bagi para petugas di Lapas/rutan. Panduan operasional pelaksanaan program ini menjadi pelengkap dari panduan yang berasal dari Dirjen Pemasarakatan, baik panduan tata laksana untuk penanganan narapidana (Napi) secara umum maupun yang berkaitan dengan penanggulangan HIV dan AIDS Dirjen Pemasarakatan, 2010.

Dalam menjalankan program penanggulangan HIV/AIDS di Lapas yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penularan HIV dan meningkatkan kesehatan warga di Lapas termasuk tahanan dan para petugas Lapas. Secara khusus adalah; (a) sebagai pedoman penatalaksanaan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS di Lapas, khususnya bagi petugas maupun instansi yang terkait dengan program penanggulangan HIV dan AIDS di Lapas dan (b) menjaga mutu layanan program sehingga upaya pencegahan penularan dan peningkatan kesehatan dapat tercapai secara optimal (Dirjen PAS, 2009).

Pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS di Lapas/Rutan merujuk kepada rencana aksi kerja yang sudah ditetapkan oleh Dirjen Kemenkumham. Sehingga sasarannya perlu dibentuk: Tim Pokja AIDS di Lapas dan Tim Pokja Lapas. Tim HIV dan AIDS di Lapas mempunyai peran dan fungsi untuk melaksanakan kegiatan pencegahan melalui pendidikan, konseling dan testing (*VCT/PITC*) serta perawatan, dukungan dan pengobatan (*Care, Support and Treatment*). Untuk melaksanakan peran dan fungsi tersebut Tim HIV dan AIDS perlu melakukan kerjasama dengan lembaga lain terutama untuk

kegiatan pengobatan, perawatan, dan pemberian dukungan kepada tahanan (Dirjen PAS, 2010).

### **2.7.2 Kebijakan dan Pelaksanaan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Rutan/Lapas**

Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lembaga Pemasyarakatan tahun 2010-2014, menitik beratkan pada beberapa hal sebagai berikut: (i) Bimbingan dan Penegakan hukum, pelayanan sosial, serta terapi dan rehabilitasi berkesinambungan (ii) Pencegahan dan Pengobatan, dan perawatan HIV/AIDS (iii) Penelitian dan Pengembangan (Dirjen Kemenkum HAM, 2010).

#### **i. Bimbingan dan Penegakan hukum, Pelayanan sosial, serta Terapi dan Rehabilitasi berkesinambungan**

Penegakan hukum dan bimbingan hukum dilakukan untuk menurunkan kasus penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika serta bentuk gangguan keamanan lainnya sebagai usaha untuk menciptakan ketentraman dan ketertiban kehidupan sosial di lingkungan UPT Pemasyarakatan. Pelayanan sosial merupakan proses pemulihan masalah sosial dan sebagian dari usaha pemenuhan hak-hak WBP dan tahanan. Terapi dan Rehabilitasi Ketergantungan Narkotika yaitu menyediakan berbagai jenis pilihan agar mendukung proses pemulihan melalui berbagai keterampilan yang diperlukan dan mencegah kekambuhan (relapse). (Dirjen Kemenkum Ham, 2010).

#### **ii. Kegiatan Pencegahan, Pengobatan, dan Perawatan HIV-AIDS**

Pencegahan, pengobatan, dan perawatan HIV-AIDS terdiri atas beberapa sub kegiatan, yakni:

1. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang pencegahan, pengobatan, dan perawatan HIV-AIDS dan infeksi oportunistik;
2. Layanan klinis pengendalian penularan melalui kegiatan konseling dan tes HIV (VCT/PICT), skrining tuberculosis (TBC), dan IMS;
3. Membuka akses bagi WBP, tahanan, dan petugas pemasyarakatan terhadap materi pencegahan penularan HIV dan infeksi

oportunistik dengan menyediakan alat pelindung diri dan layanan profilaksis paska pajanan;

4. Dukungan, perawatan, dan pengobatan HIV-AIDS serta infeksi oportunistik;

Kegiatan pencegahan, pengobatan, dan perawatan HIV-AIDS serta infeksi oportunistik ditujukan bagi WBP, tahanan, dan petugas masyarakat di UPT prioritas RAN 2010-2014 salah satunya sebagai berikut:

**1. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang Pencegahan, Pengobatan, dan Perawatan HIV-AIDS dan Infeksi Oportunistik:**

KIE adalah media dan pendekatan pelaksanaan layanan pendidikan dan informasi bagi WBP dan tahanan terkait dengan usaha pencegahan penularan HIV dan infeksi oportunistik, penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika di dalam UPT Masyarakat. KIE harus diintegrasikan ke dalam Pola Pembinaan Masyarakat agar dapat memenuhi hak-hak yang dimaksud dalam UU No. 12 tahun 1995 tentang Masyarakat. Tujuan : terjadinya penerapan pola hidup sehat di kalangan WBP dan tahanan agar memiliki risiko yang rendah terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, penularan HIV dan infeksi TBC dan infeksi oportunistik lainnya.

**a). Beberapa Kebijakan terkait :** Semua UPT Masyarakat prioritas memastikan bahwa kegiatan KIE dimasukkan dalam system perencanaan, penggerakan sumber daya, pembimbingan teknis, supervisi, monitoring dan evaluasi; memastikan bahwa pelaksanaan kegiatan KIE mereferensikan pada pedoman teknis pelaksanaan KIE yang ditetapkan oleh Ditjen ; bermitra dengan instansi teknis terkait (termasuk LSM) dalam upaya meningkatkan kinerja pelaksanaan KIE; menciptakan suasana kondusif dalam menjalankan layanan.

### **b). Program kegiatan**

- 1) Tatalaksana KIE HIV, IO, dan penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba diintegrasikan ke dalam system dan pola pembinaan masyarakat;
- 2) Penguatan kapasitas teknis petugas UPT Masyarakat;
- 3) Pengorganisasian dan mobilisasi sumberdaya untuk pelaksanaan KIE di masing-masing UPT Masyarakat;
- 4) Peningkatan partisipasi WBP dan tahanan melalui pendekatan pendidik sebaya atau model yang sudah berjalan dan dinilai efektif;
- 5) Bimbingan teknis bagi UPT Masyarakat oleh Kanwil Kemkumham dan Ditjenpas. Hal ini dapat dilakukan dengan memperkuat kerjasama dengan sektor terkait baik pemerintah maupun LSM, serta media massa di masing-masing wilayah UPT Masyarakat.
- 6) Melengkapi alat peraga

### **2. Layanan klinis pengendalian penularan melalui kegiatan konseling dan tes HIV (VCT/PICT), skrining TBC, dan pemeriksaan serta pengobatan IMS.**

Kegiatan ini merupakan bagian dari usaha mengendalikan penularan HIV, IMS, dan TBC pada kalangan WBP/tahanan dan membantu setiap individu yang memerlukan bantuan untuk mengetahui status kesehatannya terkait infeksi HIV, TBC, dan IMS agar sesegera mungkin mendapatkan perawatan, dukungan, dan pengobatan. Tujuannya : Memperkuat usaha memutus mata rantai penularan HIV, TBC, dan IMS di UPT Masyarakat, serta menurunkan tingkat kesakitan dan kematian WBP dan tahanan.

#### **a. Kebijakan Pelaksanaan**

- 1) Setiap UPT Masyarakat prioritas membuka layanan konseling dan tes HIV, TBC, dan IMS melalui kerjasama

dengan Dinas Kesehatan setempat, RS, laboratorium, dan Puskesmas;

- 2) Layanan konseling pra dan paska tes dilaksanakan oleh petugas UPT Pemasarakatan terlatih yang bekerja sama dengan petugas lain untuk bimbingan layanan dukungan, perawatan, dan pengobatan yang dibutuhkan;
- 3) Layanan konseling dan tes HIV, TBC, dan IMS diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan yang ada di UPT Pemasarakatan;
- 4) Pelaksanaan layanan mengacu pada pedoman yang berlaku dan berada di bawah pengendalian Direktorat Jenderal Pemasarakatan.

**b. Sasaran**

- a. Meningkatkan akses layanan konseling dan tes HIV, TBC, dan IMS bagi WBP dan tahanan di UPT Pemasarakatan prioritas
- b. Meningkatkan kualitas layanan konseling dan tes HIV, TBC dan IMS di UPT Pemasarakatan
- c. Terintegrasinya layanan konseling dan tes HIV, TBC dan IMS ke dalam layanan kesehatan yang ada di UPT Pemasarakatan.

**c. Kegiatan Pokok**

- 1) Membangun dan memperkuat kerjasama dengan Dinas Kesehatan, RS, dan Puskesmas setempat untuk ketersediaan layanan konseling dan tes HIV, TBC, dan IMS;
- 2) Setiap UPT Pemasarakatan memastikan tentang ketersediaan petugas terlatih untuk melaksanakan layanan minimum:
  - Satu orang tenaga terlatih konseling;
  - Satu orang tenaga terlatih untuk dukungan, perawatan, dan pengobatan HIV /AIDS lanjutan.
- 3) Mempromosikan layanan kepada WBP dan tahanan;
- 4) Menjamin adanya kendali mutu layanan yang dilakukan oleh jajaran Direktorat Jenderal Pemasarakatan bersama mitrakerja terkait.

**d. Keluaran**

- a. Sedikitnya 35% UPT Masyarakatan prioritas telah memberikan layanan konseling dan tes HIV, TBC dan IMS di akhir tahun 2014
- b. 50 % WBP dan tahanan yang berisiko di seluruh UPT Masyarakatan prioritas yang mengakses layanan tes HIV.
- c. 80% WBP dan tahanan suspek TBC di seluruh UPT Masyarakatan prioritas yang mengakses layanan tes TBC.
- d. 20 % WBP dan tahanan yang berisiko di seluruh UPT Masyarakatan prioritas yang mengakses layanan tes IMS.

## 2.8 PROSEDUR PENERIMAAN TAHANAN

Prosedur atau urutan kegiatan yang perlu dilakukan pada saat tahanan baru masuk di Rutan adalah :

### (a) Registrasi atau Pencatatan

Prosedur dalam penerimaan tahanan yaitu tahanan yang baru masuk ke Rutan atau Lapas dilakukan registrasi. Pencatatan status tahanan melalui informasi yang sudah di catat sesuai dengan catatan awal mereka ditahan. Di bagian Poli klinik status mereka di cek dengan skrining kesehatan. Skrining kesehatan dibutuhkan untuk melengkapi pendataan sehingga mengetahui gambaran atau latar belakang tahanan seperti apakah mereka berisiko tertular HIV, apakah tahanan tersebut sudah pernah tes HIV, apakah tahanan sedang menjalani masa perawatan seperti penggunaan antiretroviral (ARV), atau metadon.

Pencatatan ini diperlukan untuk merencanakan pemberian edukasi, menghindari tes HIV ulang, melanjutkan pengobatan yang sudah berjalan. Oleh karenanya pada saat registrasi kepada setiap tahanan yang masuk perlu ditanyakan dan dicatat informasi mengenai: apakah mereka pengguna narkoba, apakah mereka pernah memakai narkoba melalui jarum suntik, apakah mereka sering melakukan hubungan seks yang tidak aman (berganti-ganti pasangan dan tidak menggunakan kondom), apakah pernah

VCT, apakah mereka sedang mengikuti pengobatan (Metadon, ARV) (Dirjen Pemasarakatan, 2009)

Penggalian informasi ini dapat dilakukan oleh Tim AIDS Rutan atau petugas registrasi yang dilatih. Hasil catatan ini selanjutnya diserahkan ke Tim AIDS yang akan digunakan sebagai data untuk kegiatan tindak lanjut seperti edukasi, VCT dan kelanjutan pengobatan (Dirjen PAS, 2010).

**(b) Informasi HIV/AIDS**

Kegiatan pemberian informasi HIV/ AIDS yaitu pemberian informasi tahap awal dan tahap lanjutan. Pemberian informasi tahap awal tentang HIV dan AIDS segera dilakukan pada semua tahanan, dan kegiatan ini dapat dilakukan pada waktu Masa Pengenalan Lingkungan (Mapenaling). Pada proses ini Tim AIDS menjelaskan informasi dasar HIV/AIDS dan menjelaskan peran Tim AIDS serta program yang akan dilakukan. Melalui masa pengenalan ini diharapkan semua tahanan baru sudah mengetahui informasi dasar HIV dan AIDS, dan sudah terjadi interaksi dan kedekatan komunikasi antara tahanan dengan Tim AIDS, yang akan memudahkan dalam kegiatan selanjutnya selama tahanan berada di Lapas.

Penyampaian informasi pada waktu Mapenaling sangat penting dan strategis untuk menumbuhkan rasa kepedulian akan kesehatan diri dan lingkungan, rasa kebutuhan informasi, dan bagaimana akses kepada Tim AIDS. Akan sangat membantu bila pada masa Mapenaling ini bisa diidentifikasi tahanan yang sangat berisiko seperti pengguna narkoba suntik, karena mereka sangat berpeluang terinfeksi HIV. Pemberian edukasi pada kelompok ini perlu dilakukan secara intensif sampai pada kemauan untuk testing. (Dirjen Pemasarakatan, 2009)

**(c) Edukasi Lanjutan**

Tindak lanjut dari pemberian informasi waktu Mapenaling, perlu ditindak lanjuti dengan edukasi yang intensif. Pemberian informasi di kelompok Rutan perlu dirancang dengan baik karena masa tahanan yang singkat. Oleh karenanya perlu dipikirkan jenis informasi apa saja yang perlu diberikan bila masa tahanan kurang dari 3 bulan dan yang lebih dari 3

bulan. Kondisi ini berbeda dengan di Lapas karena tahanan sudah ada ketetapan hukum untuk berapa lama mereka akan tinggal di Lapas. Sehingga edukasi di Lapas sudah dapat dirancang mulai dari konseling, testing, dukungan dan pengobatan (Dirjen PAS, 2010).

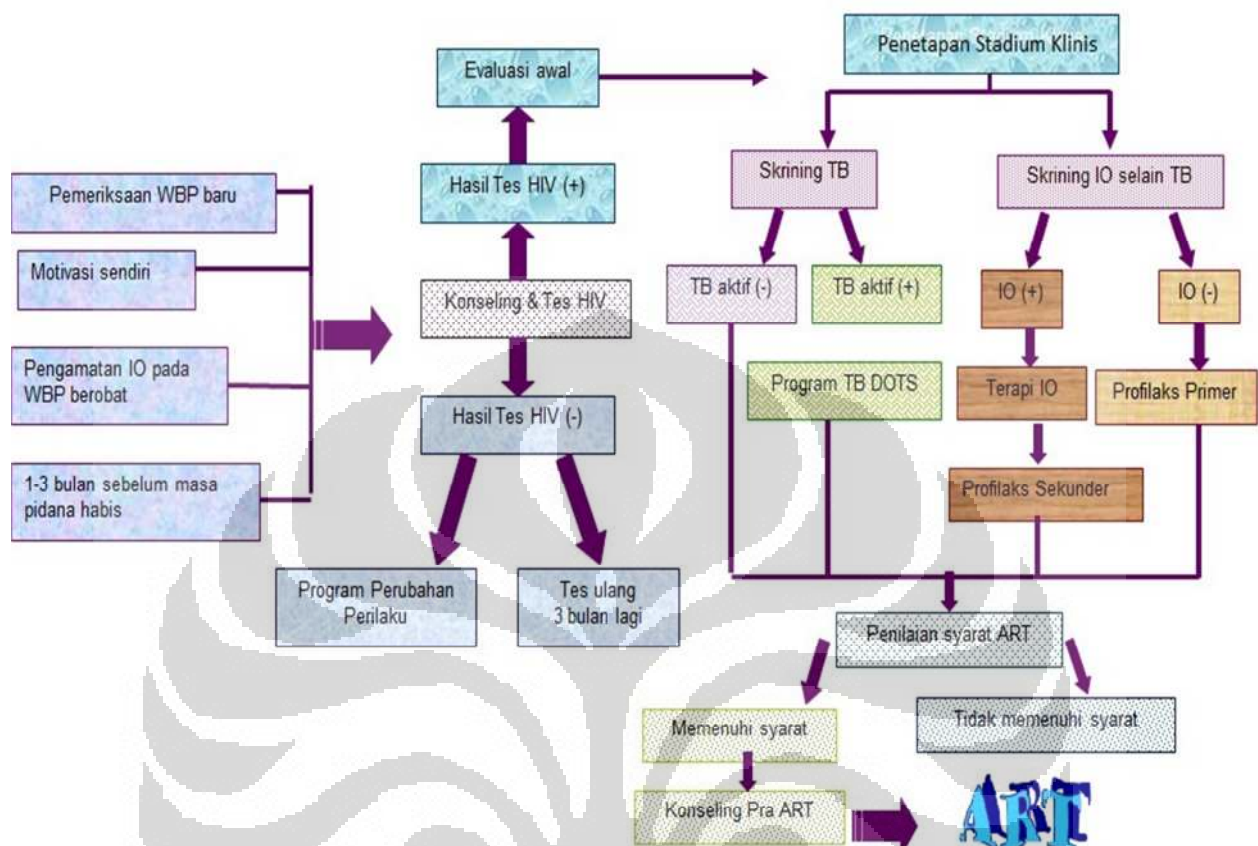
### **2.8.1 Perawatan berkelanjutan (continue of care) di Rutan/Lapas**

Perawatan berkesinambungan adalah pendekatan penanggulangan HIV dan AIDS berkesinambungan, terdiri dari pencegahan penularan HIV termasuk pencegahan penularan dari ibu ke anak, konseling dan testing, perawatan, dukungan, dan pengobatan. Pendekatan ini bertujuan untuk merespon secara komprehensif kebutuhan layanan populasi maupun individu di tiap fase perjalanan penyakit dan juga untuk menyediakan layanan, serta mencegah penyebaran IMS dan HIV (Jurgen, 2005, depkes, 2010)

Upaya pencegahan, komponen perawatan yang berkesinambungan yang lain adalah Konseling dan Tes HIV, Manajemen Kasus HIV dan AIDS, Perawatan dan Pengobatan, PMTCT (*Prevention of Mother to Child Transmission*) serta Diagnosis dan Terapi IMS (infeksi menular seksual). Di dalam Lembaga Pemasyarakatan tiap komponen dalam perawatan berkesinambungan ini dapat disediakan oleh Lembaga Pemasyarakatan sendiri, atau melalui rujukan ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) di luar Lembaga Pemasyarakatan (Hammet, 2006, Depkes RI, 2010b).



**Gambar 2.5 Alur Pelayanan Klinis HIV dan AIDS Rumah Tahanan Negara Klas 1 Cipinang**



Sumber : Laporan Bulanan Poliklinik Rutan Klas I Cipinang

### 2.8.2 Konseling dan Tes HIV dengan inisiatif Petugas (PITC)

Program HIV dan konseling merupakan hal penting karena menjadi bagian dari program pencegahan HIV (memberikan mereka yang terlibat dalam perilaku beresiko mendapatkan informasi dan dukungan untuk merubah perilakunya), serta sebagai cara untuk mendiagnosa mereka yang hidup dengan HIV dan menawarkan pengobatan yang tepat, perawatan beserta dukungan. (Jurgen, 2005)

Tes HIV mempunyai peran penting dalam program pencegahan yang berbasis bukti (*evidence base*) dalam rangka mengembangkan akses pada perawatan dan pengobatan ART yang berkualitas. Pada tes HIV, program konseling

merupakan program penggalian informasi awal dalam mengetahui status seseorang yang terindikasi HIV. Hal ini dilakukan untuk mempersiapkan seseorang dalam mengikuti program pencegahan sejak dini.

Dalam prakteknya, VCT merupakan program yang menanamkan motivasi sukarela dan mandiri untuk mengikuti pemeriksaan HIV. Namun pada kenyataannya, keberhasilan program ini bervariasi, sehingga kondisi klien yang berisiko punya kesempatan untuk tidak mengikuti pemeriksaan. Program yang serupa dengan VCT adalah PITC, untuk program ini tentunya konteks masalah pada peran Rutan yang menjadi tempat persinggahan merupakan faktor pendukung dalam mengatasi hambatan karena alasan waktu. Jika tidak segera terdeteksi status kesehatannya akan sulit diketahui karena perpindahan ke lokasi Lapas atau dibebaskan. PITC merupakan layanan Tes dan konseling HIV terintegrasi di sarana kesehatan yaitu tes dan konseling HIV yang di prakarsai oleh petugas kesehatan ketika pasien mencari layanan kesehatan (WHO, 2006; Njeru, 2011)

Dalam pelaksanaan PITC dilakukan konseling diberikan oleh konselor dilapas yaitu petugas pembinaan yang dilatih dan mempunyai sertifikat dari depkes, pola pendekatan dalam pendekatan dan pelaksanaan konseling dan testing HIV. Salah satu cara seseorang bisa mengetahui jika ia mengalami infeksi HIV adalah melalui tes darah. Pelaksanaannya meliputi (Depkes, 2010) :

- a. VCT/KTS (*Voluntary Counseling and Testing*/Konseling dan Testing Sukarela) dilakukan secara sukarela oleh tahanan (klien). Melalui edukasi intensif diharapkan klien secara sukarela meminta konseling dan testing karena ingin tahu status HIVnya. Sebelum tahanan meminta untuk testing, konselor perlu menjelaskan tentang manfaat dan tujuan VCT serta tindak lanjut dari tes seandainya hasilnya nanti positif atau terinfeksi HIV. Konselor perlu melakukan pre dan post konseling (konseling sebelum dan sesudah tes).

b. Konseling dan Testing HIV yang ditawarkan secara rutin (*routine offer*/penawaran rutin). *Routine offer* diberikan kepada narapidana/tahanan sebulan menjelang masa pidananya berakhir, agar ia setelah mengetahui status HIV-nya dapat membuat perencanaan yang lebih lengkap untuk perilaku dan akses layanan kesehatan setelah bebas. Dalam pendekatan ini, petugas medis menawarkan konseling dan testing HIV secara rutin sebagai bagian dari paket layanan kesehatan yang disediakan bagi klien. Namun demikian klien tetap perlu menyatakan diri secara sukarela ikut serta, tidak boleh ada unsur pemaksaan, klien harus memberikan *informed consent* (persetujuan) dan mempunyai hak untuk menolak tes HIV.

c. *Diagnostic HIV testing/PICT Testing*, rekomendasi *World Health Organization (WHO)* tahun 2006, adalah konseling dan testing yang direkomendasikan oleh petugas medis atas dasar indikasi medis, namun tidak boleh ada unsur pemaksaan, klien harus memberikan *consent* dan mempunyai hak untuk menolak tes HIV. Prinsip dasar yang harus dilakukan yang berkaitan dengan pelaksanaan testing: (a) setiap testing HIV harus didahului dengan konseling *pre test* dan ditindaklanjuti dengan konseling pasca tes, (b) konselor tes HIV, dokter, dan petugas laboratorium yang terlibat dalam proses harus menjamin kerahasiaan hasil tes HIV dan perilaku narapidana/tahanan yang menjadi klien, (c) proses konseling dan testing HIV harus menjamin privasi klien, (d) klien harus memberikan persetujuan (*informed consent*) sebelum tes HIV, (e) hanya klien sendiri yang berhak membuka status HIV-nya, baik negatif maupun positif, kepada pihak lain selain konselor dan dokter.

Pedoman pelaksanaan PITC di sarana kesehatan merekomendasi tes HIV sebagai berikut (Kemenkes, 2010) :

- 1) Ditawarkan kepada semua pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis yang mungkin mengindikasikan infeksi HIV, tanpa memandang tingkat epidemic daerahnya.

- 2) Sebagai bagian dari prosedur baku perawatan medis pada semua pasien yang datang di sarana kesehatan di daerah dengan tingkat epidemic yang meluas.
- 3) Ditawarkan dengan lebih selektif kepada pasien di daerah dengan tingkat epidemic terkonsentrasi atau rendah.

Persyaratan penting bagi penerapan PITC tersebut adalah adanya lingkungan yang memungkinkan. PITC sendiri harus disertai dengan paket layanan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan yang terkait HIV. Dilengkapi mekanisme rujukan pada konseling pasca tes HIV yang efektif kepada semua pasien serta rujukan pada dukungan medis dan psikososial bagi mereka yang HIV positif.

Harus dipastikan bahwa PITC dengan menggunakan pendekatan model option-out dalam mendapatkan persetujuan pasien dengan tidak mengesampingkan kesukarelaan pasien dalam mengambil keputusan untuk tes HIV dan tidak berubah menjadi HIV mandatory (diwajibkan). Cara memprakarsai tes HIV pada pasien.

- a) Memberikan informasi penting tentang HIV/AIDS
- b) Menjelaskan bahwa konfidensialitas akan terjaga dan jelaskan prosedurnya.
- c) Memastikan kesediaan pasien untuk menjalani tes HIV dan meminta persetujuannya.
- d) Informasi tambahan bila diperlukan dapat diberikan melalui rujukan untuk konseling tambahan.

Pendekatan PITC dapat merupakan jalan keluar dalam mengatasi keterbatasan waktu petugas kesehatan di tatanan klinis dan menyediakan anjuran yang jelas dan langsung tentang cara intervensi.

Test HIV mempunyai peran penting dalam program pencegahan yang berbasis bukti (evidence based) dan dalam mengembangkan akses pada perawatan dan pengobatan ARV yang berkualitas.

Sejak awal epidemic HIV/AIDS test HIV sudah digunakan dalam kegiatan surveilans guna memantau kecenderungan epidemic tersebut. Dengan terus berkembangnya epidemic HIV, maka kebutuhan akan tes HIV bagi individu yang ingin mengetahui statusnya HIVnya semakin meningkat pula.

Namun demikian masih banyak orang yang terinfeksi HIV tidak mengetahui statusnya, sehingga testing dan konseling HIV menjadi unsur penting pada program layanan pencegahan, perawatan, dan pengobatan. Penyebaran HIV akan dapat dikurangi apabila ODHA menyadari status mereka sendiri mungkin dan mendapatkan bantuan untuk mencegah penularan infeksi ke orang lain.

Pada test dan konseling atas prakarsa petugas kesehatan (PITC), maka para pengunjung layanan kesehatan yang mungkin dapat mengambil manfaat karena mengetahui status HIVnya, secara rutin ditawarkan untuk menjalani tes dan konseling HIV dengan pendekatan option-out.

Pendekatan PITC tersebut, setiap pertemuan pasien dengan petugas dianggap sebagai :

- 1) Peluang bagi seseorang yang belum pernah tahu status HIVnya untuk mengetahui
- 2) Peluang bagi seseorang yang pernah menjalani tes HIV dengan hasil negative untuk mengulang tes HIV yang frekwensi yang logis
- 3) Peluang bagi seseorang yang ingin menentukan arah kehidupannya atau keluarganya sehubungan dengan status HIVnya.
- 4) Peluang bagi petugas kesehatan untuk memberikan layanan perawatan dan pencegahan terbaik sesuai dengan status HIV bagi pasiennya.

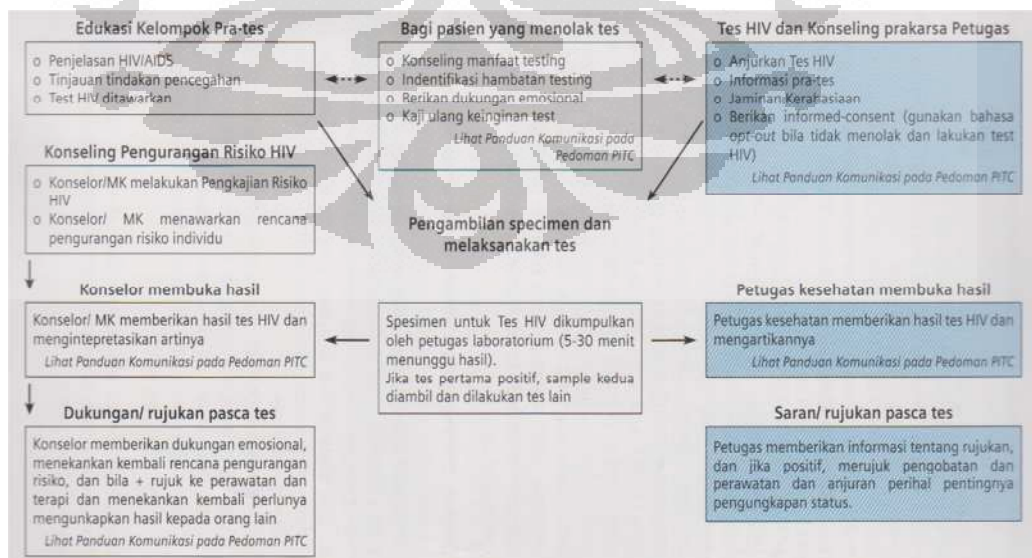
Pada awal epidemic banyak pengalaman terhadap Odha yang mendapat perlakuan tidak menyenangkan dari masyarakat sekitarnya, bahkan dari keluarganya. Potensi risiko yang sering dihadapi Odha, seperti diskriminasi, atau tindak kekerasan. Dengan stigma yang ada maka jika kita hubungkan dengan tes HIV maka kita mengingatkan bahwa program tes dan konseling HIV hanya akan efektif dan bermanfaat jika diikuti dengan berbagai intervensi

yang komprehensif, termasuk rujukan konseling dan dukungan untuk pencegahan.

Kebijakan tes HIV selalu memperhatikan hak azasi manusia dan harus mencakup “ 3 C” yaitu counseling, consent, confidentiality, atau konseling, persetujuan pasien dan kerahasiaan. Meskipun tidak dianggap wajib dalam PITC, tetapi konseling tetap diperlukan bagi mereka yang membutuhkan dan perlu dirujuk kepada konselor yang berpengalaman.

Model test dan konseling atas prakarsa tugas kesehatan, (Kemenkes P2PL, 2010) : Petugas kesehatan memprakarsai tes HIV dengan pendekatan option-out, menjamin konfidensialitas dan meminta informed consent. Konseling prates dapat diberikan secara singkat oleh petugas kesehatan yang merawat, namun kadang-kadang diperlukan konseling prates yang lebih mendalam dan dukungan konseling pasca tes dan konseling perubahan perilaku yang dapat diberikan oleh petugas lain seperti konselor sebelum pasien bertemu dengan dokternya. Skema Penyelenggaraan Tes HIV dan Konseling untuk pemeriksaan PITC (kemenkes,2010) :

**Gambar 2.6 : Skema Penyelenggaraan Tes HIV dan Konseling oleh Petugas Kesehatan**



Sumber : Kemenkes P2PL 2010

Lapas/Rutan yang tidak menyediakan sarana untuk testing maka perlu dilakukan kerjasama dengan lembaga seperti rumah sakit dan puskesmas terdekat yang sudah melaksanakan tes HIV. Disarankan pelayanan testing dilakukan di Lapas/Rutan. Petugas kesehatan mengambil spesimen darah di dalam ruang klinik dan selanjutnya darah diperiksa di laboratorium puskesmas atau rumah sakit. Hasil tes akan diberikan ke konselor yang ada di Lapas atau Rutan dan selanjutnya konselor akan memanggil tahanan yang telah diperiksa untuk membuka amplop tersebut. Pembukaan amplop hasil tes dilakukan di ruang konseling di Lapas/Rutan di hadapan konselor (Depkes, 2010).

Setelah tahanan mengetahui hasil tes, konselor langsung memberikan konseling kembali (*post counseling*), untuk mendiskusikan bersama tindakan apa yang perlu dilakukan oleh tahanan yang terinfeksi pada hari-hari berikutnya. Untuk membantu kelancaran pelayanan tes, bahan habis pakai untuk pengambilan darah sebaiknya juga disediakan di klinik Lapas/Rutan, dengan pertimbangan bahwa puskesmas atau rumah sakit terkait mempunyai keterbatasan sarana tersebut. Hal ini perlu dibahas bersama antara pihak Lapas/Rutan dengan pihak yang akan melayani tes (Depkes, 2010).

Apabila hasil tes adalah negatif atau menunjukkan belum terinfeksi HIV yang perlu dilakukan adalah tetap memberikan konseling pasca tes dan yang bersangkutan tetap mendapatkan program edukasi. Apabila hasil tes menunjukkan HIV positif, yang perlu dilakukan adalah: (a) memberikan konseling pasca tes, (b) tidak didiskriminasi berdasarkan status HIV-nya, melainkan akan mendapatkan perlakuan yang sama dengan narapidana/tahanan lain termasuk hak mengakses layanan kesehatan baik di dalam maupun di luar Lapas/Rutan, (c) tidak akan diisolasi kecuali ada indikasi medis yang mengharuskan diisolasi, (d) akan didampingi oleh petugas manajemen kasus kecuali ia menolak (Depkes, 2010).

### **2.8.3 Pendampingan pada Tahanan yang Terinfeksi HIV**

Setelah tahanan mengikuti testing segera akan diketahui hasilnya. Untuk tahanan yang terinfeksi HIV perlu dilakukan pendampingan, dan hal ini akan dilakukan oleh manajer kasus dari Tim AIDS Lapas/Rutan. Pendampingan perlu dilakukan karena seseorang yang HIV positif tidak hanya membutuhkan perawatan dan pengobatan secara medis melainkan juga membutuhkan dukungan psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual. Petugas manajemen kasus berfungsi mendampingi dan memfasilitasi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) mengakses layanan dan dukungan yang ia butuhkan. Di samping itu, petugas manajemen kasus juga memberikan dukungan psikologis dan sosial (Depkes, 2010).

Daftar dan berjejaring dibutuhkan sebagai penyedia layanan yang mungkin dibutuhkan oleh ODHA. Karenanya ia perlu berkoordinasi dengan dokter, perawat, petugas konseling, rohaniawan, dan staf pengamanan Lapas/Rutan agar kliennya dapat mengakses layanan dan dukungan yang ia butuhkan, termasuk akses ARV dan dukungan *adherence* ARV (Depkes, 2010).

Team HIV/AIDS akan membantu klien untuk mengambil keputusan untuk memenuhi kebutuhannya dan membantu mengkoordinasikan pada pihak terkait. Misalnya apakah klien akan menggunakan ARV dan ke mana kebutuhan bisa dipenuhi. Misalnya, bagaimana mendapatkan ARV, apakah perlu diambil ke rumah sakit, siapa yang akan mengambil, apakah kliennya atau cukup diambil di klinik di lapas (Depkes RI, 2010b).

### **2.8.4 Perawatan dan Pengobatan Tahanan yang Terinfeksi HIV**

Untuk tahanan yang terinfeksi HIV dapat dilakukan perawatan dan pengobatan. Dengan ditemukannya ARV, maka kasus HIV dan AIDS bukanlah penyakit mematikan melainkan penyakit kronis. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian ARV dalam rangka pengobatan. Apabila status kekebalan tubuh mulai menurun, sebelum memakai ARV atau karena kegagalan ARV, timbul episode akut berupa infeksi oportunistik.



Dalam fase kronis maupun fase akut, dapat timbul gejala-gejala dan keluhan fisik yang mengganggu (Depkes RI, 2010b).

Keterlambatan memakai ARV, atau kegagalan ARV (karena tidak *adherence* atau karena resisten) dapat mengakibatkan kematian ODHA. Memperhatikan perjalanan penyakit HIV dan AIDS tersebut di atas, jenis perawatan dan pengobatan yang perlu disediakan untuk ODHA, yang disepakati secara internasional WHO, terdiri dari Perawatan Kronis, Perawatan Akut, dan Perawatan Paliatif (Depkes RI, 2010b).

Perawatan kronis meliputi antara lain: pengobatan dengan ARV (anti retro viral), dukungan untuk *adherence* ARV, profilaksis (pencegahan) beberapa penyakit infeksi, manajemen klinis masalah kronis (diare, vegetasi jamur, dan demam yang kumat-kumatan, serta penurunan berat badan), serta pencegahan penularan HIV (Depkes RI, 2010b).

Perawatan akut meliputi diagnosis, pengobatan serta pencegahan berbagai macam infeksi oportunistik dan berbagai penyakit terkait HIV, misalnya radang paru, TB, infeksi saluran pencernaan, infeksi otak, kemunduran fungsi otak, IMS (infeksi menular seksual), dan lain lain (Depkes RI, 2010b).

Perawatan paliatif merupakan perawatan dan pengobatan gejala dan keluhan yang timbul pada fase akut, kronis, dan menjelang ajal, terdiri dari antara lain mengatasi nyeri, penurunan berat badan, kehilangan nafsu makan, gangguan buang air, gangguan psikologis, gangguan tidur, masalah kulit, luka akibat terlalu lama berbaring, demam, batuk, perawatan dan dukungan menjelang ajal, dan lain-lain (Depkes , 2010).

Ketiga jenis perawatan tersebut dapat disediakan di layanan kesehatan dasar yang dapat dilakukan di klinik Rutan dan Lapas, namun bila belum mampu perlu dilakukan rujukan dengan jejaring kerja sama dan rujukan dengan rumah sakit setempat atau terdekat untuk layanan rujukan tingkat dua dan tiga sesuai kebutuhan. Untuk stratum layanan kesehatan dasar, WHO merekomendasikan pendekatan IMAI (*Integrated Management of Adult and*

*Adolescence Illnesses*) yang mencakup ketiga jenis perawatan tersebut disesuaikan dengan kapasitas yang ada (Depkes, 2010).

Program bagi tahanan pria yang dapat dilaksanakan edukasi dan konseling bagi narapidana/tahanan pria yang HIV positif, terutama saat akan keluar dari Lembaga Pemasyarakatan. Edukasi ini menjadi sangat penting dalam upaya pencegahan penularan HIV kepada pasangannya setelah tahanan bebas. Di samping edukasi cara mencegah, Tim HIV dan AIDS Lembaga Pemasyarakatan juga perlu membantu tahanan untuk dapat mengakses lembaga-lembaga yang menyediakan layanan lanjutan. Program bagi tahanan wanita yang dapat dilaksanakan meliputi: (a) edukasi bagi semua tahanan wanita dalam upaya pencegahan penularan HIV, (b) konseling bagi narapidana/tahanan wanita yang HIV positif agar dapat menjaga kesehatannya dan tidak menularkan pada pasangannya, (c) perawatan bagi tahanan yang HIV positif dan dalam keadaan hamil bekerja sama dengan RS terdekat untuk pengobatan ARV profilaksis dan persalinan yang aman. Dukungan oleh petugas/manajer kasus dan tim klinik Lembaga Pemasyarakatan sangat dibutuhkan (Depkes, 2010).

## **2.9 Faktor-faktor yang terkait pemanfaatan pelayanan PITC**

Sebagaimana telah diuraikan dalam tinjauan teori bahwa pemanfaatan pelayanan PITC mencakup berbagai konsep baik pada indikator proses (karakteristik sistem pelayanan kesehatan dan karakteristik populasi berisiko) maupun pada indikator hasil (pemanfaatan pelayanan) yang satu dengan lainnya tidak berdiri sendiri tetapi saling berinteraksi.

Karakteristik populasi berisiko (*Characteristic of population at risk*) merupakan komponen yang paling menentukan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Demikian dengan penelitian Rosenstocks yang juga menempatkan persepsi sebagai faktor yang mempengaruhi akses terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dalam kerangka teoritis Donabidien, karakter demografi usia, pendidikan, pengetahuan, pendapatan dan nilai-nilai mengenai persepsi keyakinan dan kebutuhan. Dengan kata lain pemanfaatan pelayanan kesehatan akan berhubungan dengan karakteristik tersebut.

Berikut ini akan diuraikan beberapa hasil penelitian sebelumnya terkait dengan interaksi diantara karakteristik populasi beresiko dengan pemanfaatan pelayanan VCT/PITC. Diharapkan uraian ini dapat memberikan justifikasi atau memperkuat alasan dari masing-masing indikator yang nantinya akan dijadikan variable penelitian.

### **2.9.1 Penasun/IDU**

Sejumlah besar penelitian beberapa negara di dunia melaporkan, bahwa penjara mempunyai kaitan yang lazim antara kejadian HIV atau HCV diantara orang-orang yang menyuntikan narkoba. Dalam Dolan ( 2003) di gambarkan infeksi HIV secara signifikan berhubungan dengan sejarah penjara di beberapa negara seperti penelitian di negara Rusia, Kanada, Brazil, Thailand.

Tahanan yang berada di penjara karena kasus Narkoba suntik menggunakan jarum yang tidak steril . Peralatan suntik di penjara merupakan independen penentu infeksi HIV di sejumlah penelitian. Bukti kuat dalam penularan HIV yang meluas melalui penggunaan narkoba suntikan di penjara terlihat dalam penelitian Dolan,(1994); Bobrik, (2005); Uuskula et al.(2008).

Hasil Penelitian De Ollala, 2005 memberikan gambaran bahwa penundaan pada pengguna IDU lebih terlambat pada awal diagnosa terinfeksi HIV karena mereka sering didiagnosis di pusat-pusat Rehabilitasi atau penjara. Diagnose HIV dan Progress dari diagnose HIV pada 27.572 infeksi HIV didiagnosa di kalangan IDU di 33 negara selama 1996-2004, infeksi HIV pada 57,8% tidak berubah menjadi AIDS dalam waktu 12 bulan setelah didiagnose HIV. Namun 42,2% dari IDU yang terinfeksi HIV berkembang menjadi AIDS dalam 12 bulan , dan ini banyak dialami oleh penasun akibat terlambat mendiagnosa.

### **2.9.2 Usia**

Di Indonesia tingkat pengguna narkoba banyak pada anak-anak remaja sehingga mereka mempunyai resiko tinggi akan penularan HIV/AIDS. Pentingnya penanggulangan HIV/AIDS pada usia remaja membutuhkan

penanggulangan yang terintegrasi dan menyeluruh karena secara umum belum ada jaringan yang intensif mendukung baik dari pemerintah maupun masyarakat dalam menangani masalah HIV/AIDS.

HIV/AIDS menjadi epidemic dunia karena penyebab kematian keempat dikalangan remaja (UNAIDS,2004). Hampir diseluruh dunia bahkan Indonesia sedang menghadapi masalah ini. Diantara orang-orang yang terinfeksi HIV, setengahnya adalah remaja usia 15 – 24 tahun, epidemic ini merupakan ancaman bagi perkembangan penanggulangan HIV/AIDS.

Dalam konteks pelayanan VCT/PITC, beberapa penelitian yang dilakukan terkait dengan karakteristik usia menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan karakteristik layanan (Ziraba, 2011)

Pemanfaatan layanan berkaitan dengan usia penderita HIV/AIDS. Usia mempunyai hubungan yang signifikan dalam keputusan memilih pelayanan kesehatan sebagai penolong dalam berkonsultasi masalah penyakitnya. Di Penjara Amerika Serikat, bahwa semakin cepat memeriksakan diri maka semakin mudah buat mengobati penyakitnya. Sehingga walaupun usia mereka masih muda tapi mereka sudah memanfaatkan layanan VCT.

Pada penelitian di Amerika menemukan bukti kuat untuk hubungan yang positif antara keterlambatan diagnosis dan meningkat pada usia saat didiagnosis. Misalnya, orang dewasa (usia 45 atau lebih tua) memiliki 1,8 dan 2,2 kali peluang lebih besar untuk didiagnosa terlambat dari pada orang dewasa pada usia akhir 20 tahun dan 30 tahun awal. (Grigoryan, 2005)

Namun hasil yang berbeda ditemukan di Indonesia, hasil penelitian di rutan klas I medan menyimpulkan bahwa warga binaan yang berusia muda lebih sedikit memanfaatkan klinik VCT dibanding dengan usia diatasnya. (Sakti, 2012)

Hasil penelitian tersebut di atas menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia dengan pemanfaatan pelayanan VCT. Karakteristik usia juga

mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan dari usia mempengaruhi berbagai tipe dan ciri ciri sosial).

### **2.9.3 Pendidikan dan Pengetahuan**

Pendidikan dan pengetahuan merupakan karakteristik yang mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga. Setiap karakteristik sosial tertentu akan menunjukkan gaya kehidupan tertentu pula. Demikian pula halnya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai salah satu gaya hidup yang juga ditentukan oleh karakteristik sosial. Individu yang berpendidikan memiliki kesadaran yang lebih tinggi terhadap manfaat dari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Individu terdidik cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik dan memiliki informasi tentang pengobatan medis modern serta memiliki kapasitas yang lebih besar dalam mengenali penyakit tertentu. Pendidikan juga memungkinkan penderita HIV AIDS lebih cepat merespon pelayanan VCT. Pendidikan yang kurang menjadi penghambat dalam merespon pentingnya pengetahuan HIV serta pemanfaatan pencegahannya. (Paul and Aggleton, 1999)

Penelitian yang multinasional menunjukkan bahwa inisiasi awal ARV pada pria dan wanita yang terinfeksi HIV dapat mengurangi resiko penularan virus kepada pasangan mereka, hal ini mengajarkan kepada mereka pentingnya kebutuhan pemeriksaan dini HIV serta penyerapan yang luas bagi tes HIV atau VCT/PITC.

Penelitian menunjukkan bahwa variabel yang memiliki asosiasi signifikan dengan pemanfaatan layanan VCT diantaranya adalah pendidikan ( Budi, 2011). Pada penelitian Weiser (2005) hasil wawancara diperoleh kesimpulan bahwa hanya setengah dari hasil wawancara yang mengikuti tes rutin HIV dibandingkan yang lain. Informasi dan pendidikan saja tidak cukup dapat merespon adanya HIV di penjara. Perlunya perbaikan pada tingkat pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku sebagai hasil dari inisiasi pendidikan di penjara.

#### **2.9.4 Sikap dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai sebuah keputusan perilaku tidak hanya di tentukan oleh pendidikan dan usia seseorang. Meskipun perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus dari luar individu, namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada faktor lain dari individu tersebut. Sikap dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor internal yang merupakan determinan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2007).

Kurangnya kepercayaan penyedia layanan kesehatan dan pemerintah dapat menjadi penghalang untuk pencegahan HIV dan penggunaan yang tepat bagi pelayanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan di Afrika- Amerika mencatat ketidak ikut sertaan dalam partisipasi penelitian medis, saknsi medis dan program pengobatan dikarenakan ketidakpercayaan terhadap penyedia dan keyakinan tentang pemerintah berperan dalam penyebaran HIV dan penyakit lainnya ( Wouters et al, 2010)

Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan adalah bagaimana individu menilai atau berpendapat terhadap pelayanan kesehatan. Pendapat dan penilaian inilah yang kemudian mendorong individu untuk melaksanakan dan mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi (dinilai baik). Hasil penelitian Budi setiawan (2011) menyatakan ada hubungan yang signifikan sikap dan keyakinan manfaat VCT keliling dengan pemanfaatan VCT.

#### **2.9.5 Diskriminasi dan stigma**

Individu yang hidup dengan HIV sering memiliki sejarah yang rumit, termasuk pengalaman negatif seperti peristiwa traumatis, mental penyakit, dan stigma. Komunitas medis di Amerika Serikat menyesuaikan program mengelola HIV sebagai penyakit kronis dengan memahami faktor-faktor

seperti pengalaman-pengalaman negative yang mungkin terkait dengan kepatuhan yang buruk karena pengobatan, besarnya resiko perilaku terinfeksi HIV, menurunnya kualitas hidup dan pentingnya pencegahan serta pengujian dan perawatan HIV.(Whetten, 2008)

Stigma HIV diidentifikasi oleh pemerintah dan pers sebagai salah satu sumber hambatan yang mungkin menyebabkan terjadinya penolakan tes HIV. Penelitian Provide, menghasilkan bahwa hampir sepertiga atau 31% menolak melakukan tes karena mereka merasa tidak nyaman atau takut melakukan tes HIV dan 19% dilaporkan tidak merasa perlu untuk diuji (Provide, 2005).

Pengujian rutin pada kasus orang yang beresiko ternyata dapat mengurangi stigma HIV dan penyedia layanan juga menegaskan bahwa tes HIV secara rutin memungkinkan dapat mengurangi beberapa stigma yang terkait tentang penyakit ini. Rutinitas pemeriksaan tes HIV akan mengubah stigma, dari yang tidak biasa skrining menjadi kegiatan yang biasa, seiring pengujian HIV yang normal bisa mengurangi stigma. (Barbara, 2008)

Stigma sosial dan ketakutan akan hasil tes yang positif mempunyai hubungan yang signifikan terhadap tertundanya pemanfaatan pengujian di beberapa sector pelayanan kesehatan swasta tahun 2000.( Wolfe, 2006)

Penderita HIV/AIDS merasakan bahwa mereka mendapat pengalaman yang negatif dan trauma serta perlakuan dikucilkan oleh lingkungannya. Trauma yang mereka alami berupa kekerasan berasal dari keluarga dan pasangan hidupnya. Data dari Pembiayaan HIV Nasional dan Pemanfaatan Layanan Studi (HCSUS) menunjukkan bahwa 20,5% perempuan, 11,5% dari laki-laki yang melaporkan kekerasan fisik atau orang dekat mereka setelah mereka didiagnosis HIV (Zierler, 2000).

Stigma dan diskriminasi terhadap HIV/AIDS di masyarakat merupakan hambatan yang menghalangi program penanggulangannya dapat berjalan optimal. Hasil penelitian dari

### **2.9.6 Dukungan Pelayanan PITC**

Setiap kebijakan PITC di laksanakan maka hak asasi manusia harus dilindungi dengan memastikan bahwa penderita memiliki semua informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan dengan gratis ketika sedang diuji, dan menyediakan perlindungan bagi penempatan terhadap tindakan kekerasan terkait dengan status HIV dan memastikan kerahasiaan terjaga. (Weiser, 2005)

Pemantauan yang cermat dalam program yang serupa akan diperlukan untuk memastikan bahwa hak-hak manusia dipenuhi dalam pemeriksaan VCT. Kendala yang berkaitan dengan strategi berupa ketersediaan petugas kesehatan, dapat berupa penggunaan petugas sistem pelayanan kesehatan. Jumlah personalia yang tidak memadai dan distribusi yang tidak adil. Faktor faktor yang utama berupa kurangnya pelatihan yang sesuai, keengganan dokter memberikan tanggungjawab yang lebih kepada profesi lain dan kurangnya koordinasi antar berbagai tingkat petugas kesehatan.

Hasil penelitian dari Budi (2011) memperlihatkan bahwa dorongan dari orang lain untuk memanfaatkan pelayanan klinik VCT keliling banyak diperoleh dari teman kerja bukan dari petugas kesehatan.

### **2.9.7 Kebutuhan Pelayanan PITC**

Di Lembaga pemasyarakatan yang menjadi penting bagi mereka adalah pertimbangan keamanan, penahanan dan penjagaan. Sehingga program kesehatan menjadi bagian yang kurang mendapatkan porsi penting baik dari staf penjara maupun tahanan. Mereka mempekerjakan dokter yang belum mempunyai pengalaman mengobati HIV, serta pengetahuan yang terbatas. (Michael, 2000)

Persepsi akan kebutuhan pelayanan kesehatan menjadi bagian dari proses pentingnya pemanfaatan pelayanan bagi penderita yang beresiko HIV.

Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Untuk



mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan maka diperlukan isyarat isyarat berupa faktor eksternal seperti informasi, pesan pesan pada media masa, nasehat, anjuran kawan kawan atau anggota keluarga lain (Notoatmodjo, 2007). Sebagai contoh pada penderita tuberculosis, persepsi atau adanya anggapan bahwa penyakit tuberculosis bukanlah penyakit berbahaya (terutama pada gejala awal), mengakibatkan sebagian besar masyarakat tidak melakukan perawatan secara serius. Masih adanya kepercayaan di masyarakat bahwa penyakit tuberculosis tidak bisa disembuhkan, sehingga tidak mempunyai semangat untuk berobat (Elfemi, 2003)

Tingkat kebutuhan yang dirasakan individu terhadap nasihat dan pengobatan berbeda-beda. Kebutuhan akan pelayanan PITC dapat diukur dengan perhatian dan persepsi individu terhadap kesehatan terkait kondisi kesehatannya.

### **2.9.8 Lingkungan dan Kultur Rutan**

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan warga binaan pemasyarakatan, bervariasi mulai dari tidak mengetahui tempat pelayanan kesehatan hingga kurangnya pemahaman tentang tanda tanda bahaya atau kegawatan kondisi, memiliki dampak besar terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan seringkali tahanan tidak merasa dirinya memiliki resiko atau masalah kesehatan.

Penjara merupakan tempat yang tidak sehat karena lingkungan yang ada didalamnya berupa kondisi kepadatan dan sanitasi yang buruk serta perilaku yang beresiko merupakan hambatan terbesar dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan di penjara. Petugas penjara mempunyai tugas yang banyak dan kompleks. Dalam tugas dan fungsinya sebagai pengamanan namun di sisi lain mereka harus melayani semua kebutuhan yang di perlukan oleh warga binaan Pemasyarakatan. Tugas pokok tidak dapat di tinggalkan sehingga dalam melayani tahanan banyak faktor psikologis yang memicu terjadinya perlakuan yang diluar kendali, misalnya kemarahan, tidak ramah dan tidak menyenangkan.

Tuntutan pekerjaan yang melebihi kapasitas dan sedikitnya jumlah petugas membuat kondisi lingkungan pekerjaan tidak mendukung terlaksana pelayanan dengan optimal.

## 2.10 Kerangka Teori

Kerangka teoritis mengenai pemanfaatan pelayanan yang dikembangkan oleh Donabedian dalam Dever (1984) meliputi faktor Penyedia layanan dan Faktor Konsumen yang dipengaruhi oleh faktor sociocultural dan Faktor Organisasi.

Menurut Donabedian, faktor konsumen berupa :

- a) Faktor sosiodemografi berupa : umur, jenis kelamin, ras, bangsa, status perkawinan, jumlah keluarga dan status sosial ekonomi.
- b) Faktor Sociopsychological berupa : persepsi sakit, sikap dan keyakinan akan pelayanan kesehatan, physician.

Faktor Provider berupa :

- 1) Faktor ekonomi

Pembiayaan kesehatan di serahkan kepada pihak provider sehingga menjadi tanggung jawab penyedia layanan.

- 2) Faktor Karakteristik berupa tipe pelayanan kesehatan, misalnya poli klinik, rumah sakit, rumah bersalin, rumah sakit rehabilitasi. Selain itu sikap petugas, keahlian petugas serta fasilitas yang dimiliki oleh pelayanan kesehatan tersebut.

Selain itu dalam penelitian ini menggunakan teori *Health Belief model* (HBM) dengan mengolongkan dukungan dalam model perilaku individu berupa dukungan dan motivasi dalam mengakses pelayanan kesehatan. Faktor tersebut adalah :

1. Faktor Karakter individu

Pada faktor ini variabel yang digunakan berdasarkan umur, status perkawinan, pendidikan, pengetahuan. Namun variabel jenis kelamin tidak dimasukkan ke dalam variabel yang akan diteliti karena penghuni rutan Klas I Cipinang secara homogen adalah laki-laki. Sehingga tidak menjadi variabel yang dipilih dalam penelitian ini. Variabel ini digunakan sebagai indikator yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan.

## 2. Faktor Psikologi sosial

Faktor sosial menggunakan variabel persepsi sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak didalam menggunakan layanan kesehatan.

Variabel Stigma dan diskriminasi merupakan faktor yang mendukung pemanfaatan program VCT. Dengan menghilangkan diskriminasi tentunya dukungan terhadap program akan lebih meningkat. Faktor yang menjadi pengendali dari kegiatan pemanfaatan yaitu tidak terlepasnya dari kebutuhan akan pelayanan kesehatan berupa persepsi akan program kesehatan. Persepsi ini didasarkan pada kepercayaan akan keluhan yang dirasa apakah bisa di obati atau tidak, serta strategi pelayanan yang digunakan di Poli Klinik terkait pemanfaatan VCT.

## 3. Faktor Dukungan orang lain (dukungan keluarga dan institusi, Motivasi)

Pada penelitian ini tidak akan secara langsung menggunakan kerangka teoritis pemanfaatan pelayanan dari Dodabedian (Dever, 1980) , Namun di dukung dengan model Perilaku Behavioral belief Health dengan persepsi kebutuhan kesehatan serta memasukan dukungan dan motivasi pada teori perilaku dari Lawrence Green, karena penelitian utamanya terhadap karakteristik populasi dan psikologi sosial dan dukungan sebagai indicator proses dari pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai indikator hasil.

## **BAB 3**

### **GAMBARAN UMUM RUTAN KLAS I CIPINANG**

#### **3.1 Keadaan Umum Rumah Tahanan Klas I Cipinang**

Rutan Klas I Cipinang dibentuk berdasarkan Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor: M.05.PR.07.03 Tahun 2007 tanggal 27 Februari 2007 tentang Pembentukan Rutan Negara Klas I Cipinang menimbang bahwa dalam rangka peningkatan pelaksanaan tugas pemasyarakatan di bidang perawatan tahanan dan untuk mengatasi peningkatan kapasitas hunian maka perlu dibentuk Rumah Tahanan yang tertib, aman, lancar dan terkendali. Sebagai hasil dari Keputusan Menteri Hukum dan HAM tersebut, maka Rutan Klas I Cipinang sebagai suatu organisasi baru perlu melakukan fungsi perawatan, pelayanan dan pengamanan bagi Tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan.

Rutan Klas I Cipinang mulai dioperasikan pada tanggal 14 April 2008 sesuai dengan Surat Kepala Kantor Wilayah DKI Jakarta Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor: W7.PK.01-1437 tanggal 8 April 2008.

Rutan Klas I Cipinang terletak di Jalan Raya Bekasi Timur No. 170 C Cipinang, Jakarta Timur dengan batas secara geografis sebagai berikut :

- Utara : berbatasan dengan Jalan Raya Bekasi Timur dan Rel Kereta Api
- Barat : berbatasan dengan Rumah Sakit
- Timur : berbatasan dengan Rutan Klas I Cipinang
- Selatan : berbatasan dengan Jalan Cipinang Latihan dan pemukiman penduduk Cipinang Besar Utara.

Dalam pelaksanaan tugas sehari-hari Rumah Tahanan Klas I Cipinang berpedoman pada :

- 1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan
- 2) Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 1999 tentang Pembinaan dan Pembimbingan Warga Binaan Pemasyarakatan

- 3) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Hak Warga Binaan Pemasyarakatan
- 4) Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Kerjasama Penyelenggaraan Pembinaan dan Pembimbingan Warga Binaan Pemasyarakatan
- 5) Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 1999 tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Wewenang, Tugas dan Tanggung Jawab Perawatan Tahanan
- 6) Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor M.09.PR.07.10 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia.

Sejalan dengan perubahan paradigma dalam masyarakat yang begitu cepat sehingga menuntut kinerja dari pada Rumah Tahanan Negara Klas I Cipinang, dan menimbulkan rasa percaya masyarakat kepada penegakan hukum umumnya dan khususnya Rumah Tahanan Negara Klas I Cipinang untuk menimbulkan ketidak pahamam dan kepercayaan terhadap masyarakat itu maka Rumah Tahanan Negara Klas I Cipinang menetapkan visi dan misi.

Adapun visi tersebut adalah sebagai berikut :

” Pelayanan Prima dalam Mendukung Tegaknya Supremasi Hukum dan Perlindungan Hak Asasi Manusia Warga Binaan Pemasyarakatan Menuju manusia Mandiri ”

Selanjutnya untuk mewujudkan visi tersebut, maka misi yang diemban adalah

” Melakukan Pelayanan, Perawatan dan Pembimbingan terhadap Tahanan/Narapidana dan melaksanakan sistem Pengamanan yang didukung oleh sistem Pengelolaan yang Profesional menuju Rutan yang Aman dan Tertib ”

### 3.2 Kondisi Bangunan

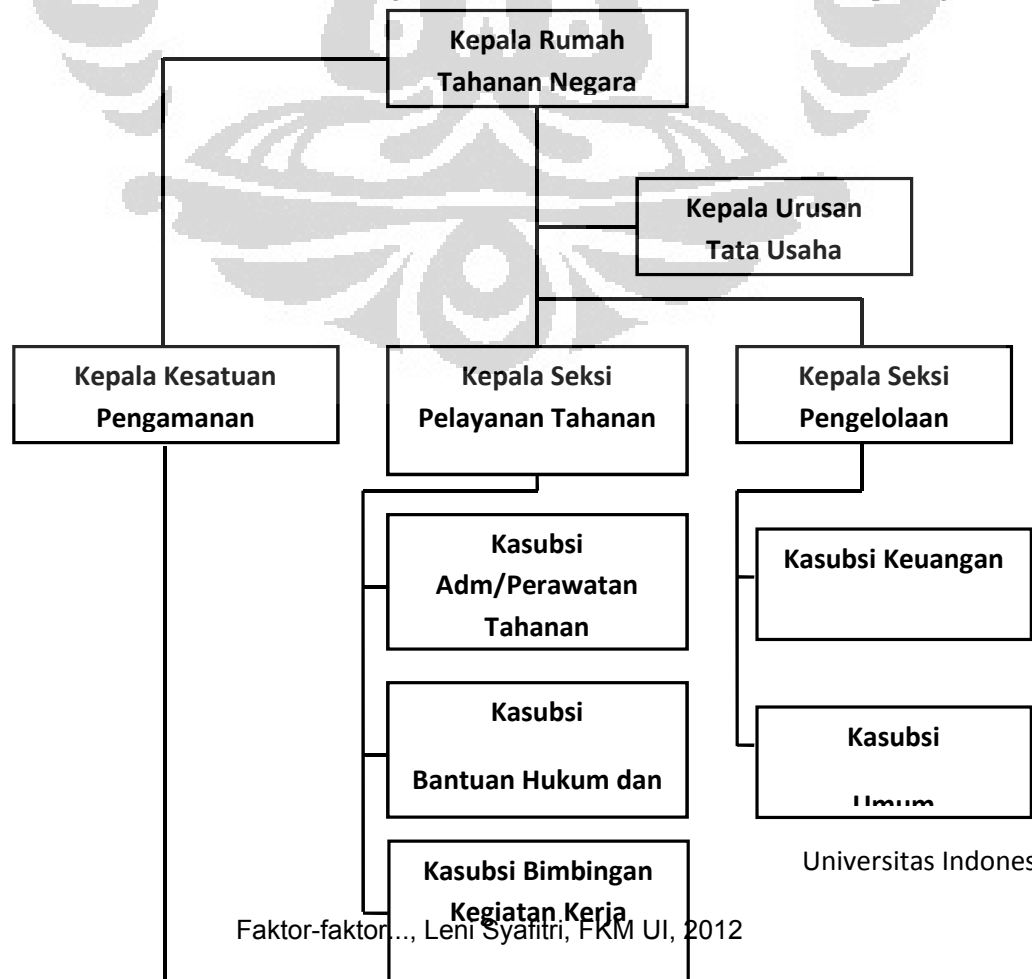
Rutan Cipinang merupakan rutan yang baru berdiri sehingga bangunannya masih baru dan letaknya yang didepan jalan Raya Bekasi Timur. Rutan Cipinang mempunyai 3 gedung :

1. Gedung utama letaknya dibagian depan yang disebut gedung 1
2. Gedung 2, gedung yang letaknya dibagian dalam. Di Gedung ini tempat kasie Pengelolaan di bagian atas.
3. Gedung 3, gedung di bagian tengah ini merupakan gedung tempat pelayanan tahanan dan registrasi WBP dan Poli klinik Rutan.

### 3.3 Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rutan

Struktur Organisasi Rutan klas I Cipinang berdasarkan Keputusan Menteri Kehakiman Nomor M. .05.PR.07.03 Tahun 2007 tanggal 27 Februari 2007 maka Rutan Klas I Cipinang dipimpin oleh seorang kepala Rutan. Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Kepala Rutan Negara Klas I Cipinang dibantu dengan pejabat struktural dimana tergambar dalam struktur organisasi di bawah ini.

Gambar 3.1 : Struktur Organisasi Rutan (sumber : Rutan Klas I cipinang)



Adapun Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) dari tiap-tiap bagian / masing masing pejabat struktural organisasi Rumah Tahanan Negara Klas I Cipinang adalah sebagai berikut:

- a. Kepala Rumah Tahanan Negara, mengemban Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) untuk mengkoordinasikan semua urusan dinas dan mengawasi seluruh kegiatan yang ada di Rumah Tahanan Negara.
- b. Urusan Tata Usaha, bertugas untuk melaksanakan sistem administrasi persuratan dan pengarsipan dalam bidang ketatausahaan untuk menjamin kelancaran pelaksanaan segala kegiatan di Rumah Tahanan Negara.
- c. Kesatuan Pengamanan Rumah Tahanan Negara, mempunyai Tupoksi untuk melaksanakan tugas administratif dan teknis pengamanan (mulai dari penerimaan, pengawasan, dan penempatan tahanan/napi).
- d. Seksi Pelayanan Tahanan, bertugas untuk membuat program pelayanan tahanan, pembinaan dan bimbingan tahanan dan narapidana sekaligus pengawasannya.
- e. Seksi Pengelolaan, bertugas untuk melaksanakan tugas umum yaitu administrasi kepegawaian dan rumah tangga serta keuangan dan perlengkapan.

### **3.4 Poli Klinik**

Poliklinik berada di bawah Seksi Pelayanan Tahanan, dimana bagian perawatan tahanan dipegang oleh seorang kepala seksi administrasi dan perawatan tahanan. Adapun bentuk struk poli klinik terdiri dari :

- 1) Koordinator Poli Klinik
- 2) Pemegang Program TB
- 3) Pemegang Program HIV
- 4) Koordinator Poli Gigi
- 5) Koordinator Rawat Inap

- 6) Koordinator Obat
- 7) Koordinator Poli umum

Pelayanan kesehatan terkait masalah TB dan HIV di bantu oleh LSM, di rutan Cipinang bantuan didapatkan dari Partisan dan FHI. Bantuan yang diberikan LSM Partisan berupa membantu dalam pelaksanaan PITC dan pemeriksaan CD4 serta KST. Sedangkan FHI lebih membantu dalam bidang pelatihan dan penguatan KIE.

Dalam menjalankan tugasnya, kebutuhan Sumber daya Manusia yang ada di Poli klinik, yaitu sebanyak : Dokter umum : 5 orang, Dokter Gigi : 3 orang, Perawat : 5 orang. Petugas Kesehatan dibantu oleh Tamping Poli :8 orang dan SOS Ruci sebanyak 23 orang.

Keadaan tempat dan ruangan Poli terdiri dari :

- 1) Ruang Pemeriksaan Umum
- 2) Ruang Pemeriksaan Gigi
- 3) Ruang Rawat inap
- 4) Ruang Obat
- 5) Ruang Administrasi
- 6) Ruang Pelayanan TB/HIV
- 7) Ruang Koordinator/Rapat
- 8) Kamar mandi

#### **3.4.1 Program Pelayanan Penanggulangan HIV/AIDS di Poli Klinik**

Program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di Poli klinik tidak berbeda dengan Poli klinik di luar Rutan. Pelaksanaannya pun tidak menimbulkan banyak perbedaan. Adapun program yang menjadi tugas pokok terkait dengan pelaksanaan program HIV.

1. Program Penanggulangan TB : penanggung jawab 1 dokter umum
2. Program Penanggulangan HIV : penanggung jawab 1 dokter umum
3. Program Penanggulangan kolaborasi TB-HIV : 1 dokter umum
4. Program Penanggulangan IMS : 1 orang dokter dan perawat
5. Program Kader kesehatan SOS Ruci : 1 orang dokter



Program penanggulangan HIV di Poli klinik berjalan sesuai dengan acuan dari Kemenkumham terkait dengan Rencana Aksi Nasional 2010-2014, dengan menambah dari pelatihan- pelatihan yang diperoleh selama evaluasi dan monitoring yang dilakukan oleh Dirjen Kemenkumham.

### 3.4.2 Pelaksanaan program PITC di Poli klinik Rutan Cipinang

Data selama tahun 2011 , Pencapaian hasil dari WBP yang memanfaatkan pelayanan PITC yang terdiri dari mengikuti Penyampaian Informasi (PI) atau penyuluhan, Conseling dan Test HIV.

Tabel 3.1 Pencapaian Program Pencegahan PITC  
Poli Klinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2011

No	Bulan	PI/Penyuluhan	Conseling	Test HIV	
				2010	2011
1.	Januari	95	23	35	23
2.	Februari	97	30	45	30
3.	Maret	98	19	22	19
4.	April	95	25	38	26
5.	Mei	127	18	20	18
6.	Juni	97	31	14	31
7.	Juli	96	46	31	24
8.	Agustus	96	44	51	44
9.	September	41	10	22	10
10.	Oktober	78	10	14	10
11	November	75	11	14	11
19	Desember	58	29	32	29
	Total	1023	296	338	275

Sumber : Laporan Bulanan Poliklinik Rutan

Program Penanggulangan HIV/AIDS yang salah satunya terkait dengan pencegahan penyebaran HIV merupakan kerja dari team HIV/AIDS yaitu team VCT. Di Rutan Cipinang laporan kegiatan VCT dan PITC dijadikan dalam satu laporan, sehingga jika melihat karakteristik tahanan di Rutan

khususnya Rutan Cipinang maka program yang tepat digunakan adalah program PITC. Rutan dimana di lingkungan ini tahanan pertama kali mendapatkan penyuluhan yang intensif dan petugas dapat memberikan intervensi untuk memanggil mereka hadir dalam penyuluhan. Konteks dimana mereka tidak bisa memilih tempat pelayanan dan pemeriksaan kesehatan seperti layaknya mereka di luar penahanan maka mereka mesti mengikuti aturan yang ada di Rutan. Pemeriksaan skrining kesehatan yang mesti mereka jalankan merupakan aturan yang baku dan tidak ada pengecualian pada mereka yang menjadi penghuni baru.

Pemeriksaan tahanan dan WBP yang berada di rutan senantiasa berhubungan dengan petugas kesehatan di Poliklinik. Pemeriksaan yang dijalankan berupa pemeriksaan fisik dan status kesehatan. Pemeriksaan yang dilakukan sebaiknya dilakukan oleh Dokter yang bertugas jaga pada saat Tahanan diterima pertama kali di Rutan.

Pencatatan yang dilakukan disertai pendataan kondisi tahanan, dengan mengali informasi yang dalam tentang status kesehatan dan mengetahui gambaran atau latar belakang penahanan. hal ini untuk melihat faktor risiko tertular HIV/AIDS, dan apakah tahanan yang bersangkutan pernah mengikuti tes HIV, atau tahanan sedang menjalani masa perawatan seperti menggunakan metadhone atau antiretroviral.

Pada saat registrasi kepada setiap tahanan yang masuk perlu mempertanyakan dan mencatat terkait informasi ini :

- 1) Apakah mereka pengguna narkoba
- 2) Apakah mereka pernah menggunakan narkoba melalui jarum suntik
- 3) Apakah mereka sering melakukan hubungan seks yang tidak aman (berganti-ganti pasangan dan tidak menggunakan kondom)
- 4) Apakah mereka pernah VCT
- 5) Apakah mereka sedang mengikuti pengobatan (methadone, ARV)

Dengan informasi yang kita dapatkan dari petugas Kesehatan Rutan yang terlatih atau team HIV/AIDS maka catatan tersebut diserahkan kepada Team

HIV/AIDS. Data ini dapat menjadi catatan yang digunakan sebagai data kegiatan yang mesti ditindak lanjuti dengan kegiatan penyuluhan, edukasi lalu PITC dan kelanjutan program.

Tahanan yang baru ditempatkan di mapenaling, memiliki peluang untuk dipanggil kembali guna mengikuti penyuluhan tentang HIV/AIDS. Namun kendala yang sering dialami pada saat pemanggilan tahanan sedang tidak berada di tempat atau berpura-pura menghindar. Sehingga yang seharusnya semua tahanan disarankan wajib mengikuti kegiatan ini, namun masih ada yang tidak mendapatkan informasi ini.

Penyuluhan yang dilakukan oleh team HIV/AIDS dan bantuan dari SOS RUCI atau SOS Rutan Cipinang. SOS RUCI perlu dilatih sebelum mereka memberikan penyuluhan. Materi penyuluhan yang diberikan perlu bervariasi , dan menarik minat bagi yang mendengarnya. Kendala yang dihadapi materi penyuluhan masih kurang aplikatif dan pemberi materi kurang menguasai permasalahan sehingga kesulitan dalam memberi argumen yang cukup kuat untuk bisa mengajak mereka memanfaatkan pelayanan oleh team HIV /AIDS berupa PITC. Mengapa PITC yang digunakan karena mereka pertama kali mendapatkan ajakan dengan inisiatif petugas kesehatan.

## BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 4.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan pada kerangka teori, banyak faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dengan demikian untuk mencapai tujuan penelitian kerangka konsep yang digunakan adalah menggunakan kerangka teori Pemanfaatan sebagai dasar teori, dengan menjadikan variabel penelitian dari teori Donabedian (Dever, 1980) namun beberapa modifikasi yang dilakukan disesuaikan dengan tempat penelitian berupa lingkungan rumah tahanan, dikonfilasi dengan teori *Health Belief model* berupa persepsi kerentanan penyakit dan perilaku dari model Green karena dalam teori ini mengenai persepsi manusia sebagai bagian dari variabel independen.

Faktor karakteristik yang diteliti berupa faktor demografi individu, berupa usia, pendidikan, status pernikahan dan pengetahuan. Namun dalam faktor demografi ini karakteristik individu yang berada di Rutan berkaitan erat, terutama dengan WBP yang sudah  $\geq 2$  kali keluar masuk Lapas/Rutan atau menjadi Residivis. Sehingga residivis menjadi karakteristik yang ikut diteliti.

Dalam teori Donabedian terdapat faktor psikologi sosial yang meliputi persepsi akan keyakinan dan kebutuhan individu, namun secara psikologi sosial terkait dengan HIV/AIDS tidak terlepas dari faktor stigma dan diskriminasi. Sehingga faktor ini juga menjadi bagian dari variabel penelitian.

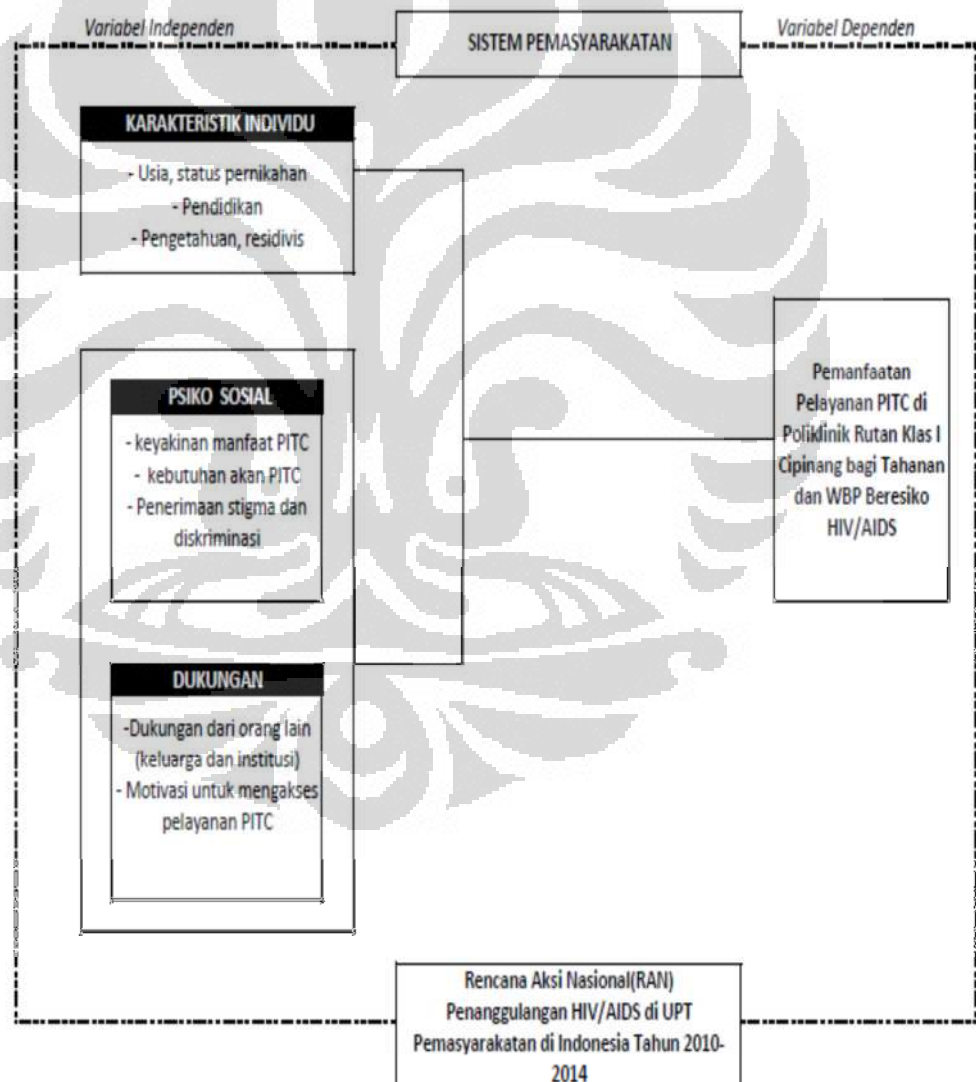
Variabel dependennya yang digunakan adalah pemanfaatan pelayanan PITC, sedangkan variabel independen sebanyak sepuluh variabel. Dalam utilisasi menurut Donabedian karakteristik demografi individu yakni usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, residivis merupakan faktor demografi responden. Faktor psikologi sosial berupa keyakinan akan manfaat PITC, dan kebutuhan terkait pelayanan PITC, stigma dan

diskriminasi terhadap HIV/AIDS, merupakan faktor dalam pemanfaatan. Dalam Lawrence Green kita mengambil faktor dukungan dari orang lain memanfaatkan PITC dan motivasi untuk mengakses pelayanan PITC.

Adapun kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

### Kerangka Konsep

Gambar 4.1 : Bagan Kerangka konsep



----- = tidak dilakukan penelitian

#### 4.2 Definisi Operasional

Variable	Definisi opsional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>INDEPENDEN (KARAKTER DEMOGRAFI WBP)</b>				
<b>Usia</b>	Usia dalam tahun responden pada saat mengisi kuesiner	Menanyakan kepada Responden mengenai usia	Usia digolongkan 18 – 25 = remaja 26 – 60 = dewasa	interval
<b>Status pernikahan</b>	Status pernikahan responden berdasarkan pengakuan responden	Menanyakan kepada Responden mengenai status pernikahan	Status perkawinan 1 = belum menikah 2 = menikah/bercerai	Nominal
<b>Tingkat Pendidikan</b>	Pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden	Menanyakan kepada Responden mengenai tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan digolongkan sbb : 1 ≤ SMP / sederajat 2 ≥ SMA	Ordinal
<b>Pengetahuan</b>	Segala sesuatu yang diketahui Responden berkaitan HIV/AIDS, pencegahan dan pelayanan PITC	Responden mengisi kuesioner tentang daftar pertanyaan tentang HIV/AIDS, PITC	Skoring . Semakin tinggi skor semakin tinggi nilai pengetahuan Jawaban : 1 = Pengetahuan baik, jika jumlah nilai $\geq$ mean 2 = Pengetahuan kurang baik ; jika jumlah nilai $\leq$ Mean	Nominal
<b>Residivis</b>	Responden yang menjadi penghuni Rutan/Lapas lebih dari satu kali.	Responden mengisi kuesioner berapa kali di tahan	1 = Residivis 2 = bukan residivis	Nominal

<b>PSIKO SOSIAL</b>				
<b>Penerimaan Stigma dan diskriminasi</b>	Penilaian /Persepsi dari pengalaman yang dialami responden dengan penyakit HIV/AIDS	Responden mengisi kuesioner tentang Stigma dan diskriminasi dengan pilihan jawaban: a. sangat tidak setuju b. tidak setuju c. setuju d. sangat setuju	Jumlah skor yang menunjukkan derajat penilaian responden terhadap. Skoring, skor item dijumlahkan. Semakin tinggi skor semakin jelas persepsi yang dibentuk lingkungan 1 = menerima 2 = Tidak menerima	Skala Likert 1-4
<b>Keyakinan terhadap Pemanfaatan pelayanan PITC</b>	Keyakinan responden akan manfaat yang di dapat dari pelayanan PITC.	Responden mengisi kuesioner tentang Daftar pertanyaan tentang sikap dan keyakinan akan manfaatn pelayanan PITC yang diberikan dengan pilihan jawaban: a. sangat tidak setuju b. tidak setuju c. setuju d. sangat setuju	Skoring, skor item dijumlahkan. Semakin tinggi skor semakin jelas keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. 1 = Yakin 2 = kurang yakin	Skala Likert 1 – 4
<b>Kebutuhan akan Pelayanan PITC</b>	Gejala kerentanan yang dirasakan terhadap dirinya.	Responden mengisi kuesioner tentang daftar pertanyaan tentang kebutuhan akan manfaatn pelayanan PITC yang diberikan dengan pilihan jawaban: a. sangat tidak setuju b. tidak setuju c. setuju	Skoring, skor item dijumlahkan. Semakin tinggi skor semakin jelas keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. 1 = Baik 2 = Kurang baik	Skala Likert 1 – 4

		d. sangat setuju		
<b>DUKUNGAN</b>				
<b>Motivasi untuk mengakses Pelayanan PITC</b>	Dorongan dari individu untuk mengakses pelayanan PITC	Responden mengisi kuesioner tentang Daftar pertanyaan tentang motivasi akan memanfaatkan pelayanan PITC yang diberikan dengan pilihan jawaban: a. sangat tidak setuju b. tidak setuju c. setuju d. sangat setuju	Skoring, skor item dijumlahkan. Semakin tinggi skor semakin jelas keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. 1 = Tinggi 2 = rendah	Skala Likert 1-4
<b>Dukungan orang lain (keluarga dan institusi)</b>	Penilaian dukungan yang dirasakan oleh responden, dari pihak keluarga dan institusi	Responden mengisi kuesioner tentang Daftar pertanyaan tentang motivasi akan memanfaatkan pelayanan PITC yang diberikan dengan pilihan jawaban: a. sangat tidak setuju b. tidak setuju c. setuju d. sangat setuju	Skoring, skor item dijumlahkan. Semakin tinggi skor semakin jelas keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. 1 = Baik 2 = Kurang baik	Skala Likert 1-4
<b>DEPENDEN</b>				
<b>Pemanfaatan Pelayanan PITC</b>	Pernah mendatangi dan mengikuti konseling dan test HIV selama dirutan Cipinang	Mengisi pertanyaan kuesioner pernah mengikuti konseling dan test HIV	Pemanfaatan PITC 1 = Memanfaatkan 2 = Tidak memanfaatkan	Nominal



## BAB 5 METODE PENELITIAN

### 5.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional survey*. Pendekatan ini digunakan karena ingin menggambarkan distribusi frekuensi variabel independen dan variabel dependen serta ingin mempelajari dinamika hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan model pendekatan point time yaitu variabel-variabel independen dan variabel dependen diukur sekaligus pada saat yang sama.

### 5.2 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan Rutan Klas I Cipinang Jakarta Timur . Pengambilan lokasi karena pemanfaatan pelayanan PITC di Poli Klinik masih rendah. Penelitian akan dilakukan pada bulan Mei s.d Juni 2012.

### 5.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh Warga Binaan Pemasyarakatan Rutan Klas I Cipinang yang berisiko terinfeksi HIV/AIDS. Berdasarkan jumlah WBP pengguna Napza sebanyak 906 pada bulan maret tahun 2012. Penentuan jumlah sampel dengan rumus penentuan besar sampel menggunakan rumus untuk sampel sebagai berikut ( *Lemeshow, S.1997* ):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P Q N}{d^2 (N - 1) + P Q Z^2_{1-\alpha/2}}$$

$$Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96 \text{ pada } \alpha 0,05$$

P = Proporsi pemanfaatan (0,5)

D = Presisi ditetapkan (10%)

N = Jumlah populasi WBP Napza di Rutan

Berdasarkan pendekatan perhitungan sampel tersebut diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 92 responden akan diperlukan agar didapat derajat kepercayaan 95%. Dengan penambahan 30 % sehingga diperoleh 130 responden WBP. Cara pengambilan sampel dengan teknik sampling yang digunakan adalah sistematis random sampling yaitu pengambilan sampel pada warga binaan yang berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

## **5.4 Teknik Pengumpulan Data**

### **5.4.1 Sumber Data**

Dalam penelitian ini data yang diperlukan adalah data primer dan data sekunder.

#### **1. Data Primer**

Data primer berupa data yang berhubungan dengan yang meliputi data yang diperoleh dari pengisian kuesioner kepada warga binaan pemasyarakatan di rutan. Kuesioner yang berisi tentang karakter dan persepsi mereka akan pemanfaatan layanan PITC. Pengumpulan data dilakukan oleh 8 orang tamping dan 3 SOS Ruci yang sudah dilatih sebelumnya untuk menghindari terjadinya bias dalam pengambilan data.

#### **2. Data sekunder**

Data sekunder yang diperoleh dari dokumen Laporan Bulanan Penanggulangan HIV/AIDS Kanwil DKI Jakarta dan di poli klinik Rutan Klas I Cipinang.

### **5.4.2 Instrumen Penelitian**

Instrumen yang dipakai untuk mengumpulkan data primer dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner digunakan untuk menjangkau karakteristik identitas responden berupa nama, usia, umur, tingkat pendidikan, status perkawinan, berapa kali ditahan (residivis). Kuesioner Persepsi keyakinan terhadap pelayanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan, persepsi

stigma dan diskriminasi, persepsi dukungan serta persepsi motivasi yang dirasakan terkait dengan pemanfaatan pelayanan PITC menggunakan skala likert.

Dengan menggunakan skala likert maka variabel yang akan diukur perlu dijabarkan menjadi bentuk dimensi, dan menjadi sebuah indikator yang dapat diukur. Akhirnya indikator-indikator yang terukur dapat menjadi titik tolak untuk membuat item instrument yang berupa pertanyaan yang perlu dijawab responden. Setiap jawaban dengan bentuk pernyataan atau dukungan sikap diungkapkan dengan kata-kata Sangat Setuju, Setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. (Riduwan, 2007)

Skala Likert dengan skor untuk pernyataan baik atau mendukung diberi bobot 1 sampai 5. Alternatif Jawaban tersebut sebagai berikut :

Pertanyaan bersifat favorable :

1. Sangat setuju (SS) : bobot nilai 4
2. Setuju (S) : bobot nilai 3
3. Tidak setuju (TS) : bobot nilai 2
4. Sangat tidak setuju (STS) : bobot nilai 1

Pertanyaan bersifat non favorable :

1. Sangat setuju : bobot nilai 1
2. Setuju : bobot nilai 2
3. Tidak setuju : bobot nilai 3
4. Sangat tidak setuju : bobot nilai 4

Pertanyaan kuesioner dengan pertanyaan favorable dan non favorable, di jelaskan dalam tabel ini.

Tabel 5.1

*Blue print* pertanyaan penelitian

Variabel	Pertanyaan Non Favorable	Jumlah
Kkeyakinan terhadap manfaat PITC	44, 45, 81	3 soal
Kebutuhan akan Pelayanan PITC	48,52, 56,	3 soal
Penerimaan Stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS	57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66	8 soal
Dukungan orang lain	68, 69, 73, 75, 76	5 soal
Motivasi untuk mengakses PITC	81	1 soal

Untuk memberi interpretasi terhadap skor individual dalam skala rating yang dijumlahkan dengan membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau mean skor kelompok. Perbandingan relatif ini akan menghasilkan interpretasi skor individual sebagai lebih fovarable atau kurang fovarable dibandingkan dengan rata rata kelompoknya.

Bila skor responden lebih besar dari mean maka responden tersebut memiliki sikap atau persepsi yang baik atau favorable. Bila kurang dari mean dikatakan relative kurang baik atau non favorable.(Ariawan, 1998)

#### 5.4.3 Cara Pengumpulan Data

Sumber data primer adalah WBP di Rutan Klas I Cipinang. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara langsung dengan responden WBP menggunakan kuesioner setelah responden bersedia untuk dilakukan wawancara dan diberikan kode . Responden dipanggil berdasarkan kasus penahanan karena narkoba suntik dan kondisi fisik berupa memiliki tattoo yang dilihat dari buku catatan kesehatan dan registrasi di Poli klinik Rutan.

Responden diminta memberikan jawaban terhadap kuesioner yang diberikan dengan mengisi sendiri dan apabila telah selesai menyerahkan kepada tim pengumpul data. Dalam pengumpulan data peneliti dibantu oleh tamping dan

kader SOS Ruci yang sebelumnya dilakukan pertemuan untuk menyamakan persepsi mengenai cara pengisian kuesioner serta hal yang dianggap perlu.

#### 5.4.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum alat ukur digunakan, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner terhadap 30 responden. Uji Validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Suatu variabel (Pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor total, dengan menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment*.

Langkah uji validitas sebagai berikut:

- a) Memasukkan data ke program computer (*software*), pilih variabel yang akan diuji.
- b) Bandingkan nilai nilai *r* table dengan *r* hitung yaitu pada kolom *Corrected item-Total Correlation*.
- c) Pertanyaan variabel dikatakan valid, bila *r* hasil lebih besar ( $>$ ) dari *r* table.
- d) Apabila terdapat pertanyaan variabel yang tidak valid, selanjutnya dilakukan analisis kembali dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid tersebut.
- e) Setelah semua pertanyaan variabel valid, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas.

Uji reliabilitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai *Crombach Alpha* dengan nilai standar yaitu 0,861 ( $n = 30$  maka  $df = n-2$  atau  $30 - 2 = 28$ ) Bila *Crombach Alpha*  $\geq 0,861$  maka pertanyaan variabel tersebut dikatakan reliable.

## **5.5 Manajemen Data**

### **5.5.1. Editing Data**

Editing dilakukan untuk memastikan data yang diambil telah sesuai dengan variabel dan tujuan penelitian. Artinya angket tersebut telah terisi semua secara konsisten dan relevan dan apabila ada data yang kurang lengkap dapat dilakukan konfirmasi ke lapangan.

### **5.5.2. Koding Data**

Pemberian kode dilakukan pada setiap data yang terkumpul guna keperluan analisis statistik, untuk menghindari kemungkinan kesalahan. Pemberian kode diberikan pada setiap indikator variabel.

### **5.5.3. Entry data**

Kegiatan memasukan data dan kode jawaban yang sudah terisi kedalam program computer.

### **5.5.4. Cleaning data**

Data yang telah masuk diperiksa kembali, digunakan untuk membersihkan data dari kesalahan-kesalahan

## **5.6 Analisis Data**

Analisis data dilakukan agar dapat menyajikan hasil penelitian dalam bentuk yang mudah dibaca dan diinterpretasikan. Adapun tahapan analisis data adalah sebagai berikut :

### **5.6.1 Analisa Univariat**

Untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel, baik variabel independen maupun variabel dependen. Data-data disuguhkan dalam bentuk tabel frekuensi dan proporsi untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti.

### 5.6.2 Analisa Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam hal ini adalah untuk mengetahui hubungan antara faktor karakteristik individu WBP (Umur, tingkat pendidikan, status pernikahan, pengetahuan, residivis) Faktor Psiko sosial ( Persepsi keyakinan terhadap manfaat pelayanan PITC, persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait dengan pemanfaatan PITC, persepsi diskriminasi dan stigma), faktor dukungan (Persepsi dukungan keluarga dan institusi serta motivasi) dengan Pemanfaatan VCT/PITC . Uji hubungan yang digunakan adalah uji Chi-square. Uji ini dilakukan dalam rangka menganalisis hubungan variable kategorik dengan kategorik. Uji signifikan dilihat dengan menggunakan CI 95% (P value<0,05). Kesimpulan tingkat kemaknaan dapat dilakukan apabila hasil uji sebagai berikut:

- P-value  $\leq 0,05$  menunjukkan hasil adalah signifikan
- P-value  $> 0,05$  menunjukkan hasil adalah tidak signifikan

### 5.6.3 Analisa Multivariat

Untuk menguji hubungan antara keseluruhan variabel independen dengan variabel dependen, sehingga didapatkan faktor yang paling dominan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC. Langkah pertama yang akan dilakukan adalah melakukan seleksi bivariat masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Karena variabel dependennya adalah kategorik dikotom yaitu melakukan atau tidak melakukan maka uji yang digunakan adalah uji regresi logistik dengan model prediksi (Sabri L, 2009).

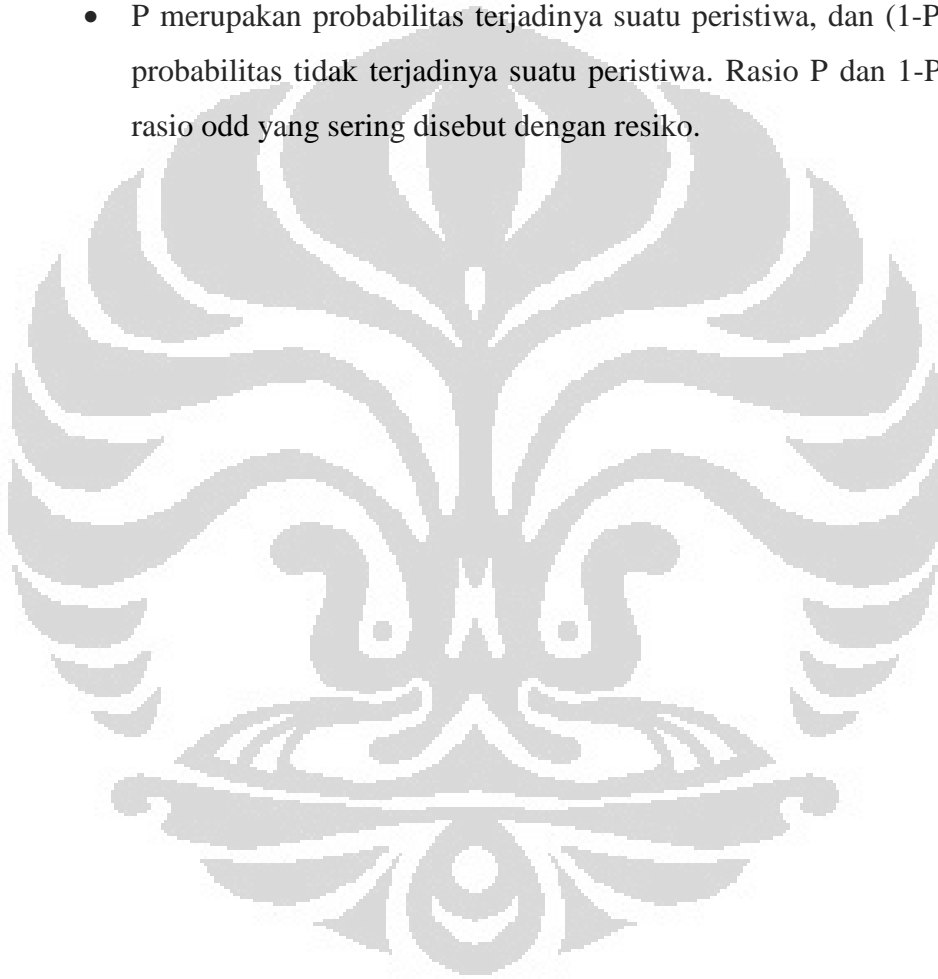
Estimasi probabilitas terjadinya pelayanan PITC di Rutan Klas I Cipinang dapat menggunakan model sebagai berikut :

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Dimana  $Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_n X_n$

Pemodelan diatas disebut juga dengan model logistik, dimana :

- P terletak antara 0 dan 1, karena Z terletak antara  $-\infty$  dan  $\infty$   
Bila  $Z = \infty$ , maka  $P = 1$ , dan bila  $Z = -\infty$ , maka  $P = 0$
- P mempunyai hubungan non linier dengan Z, artinya P tidak konstan seperti asumsi pada linier
- Secara keseluruhan model logistic adalah model non linier baik dalam parameter maupun dalam variable
- P merupakan probabilitas terjadinya suatu peristiwa, dan  $(1-P)$  adalah probabilitas tidak terjadinya suatu peristiwa. Rasio P dan  $1-P$  disebut rasio odd yang sering disebut dengan resiko.



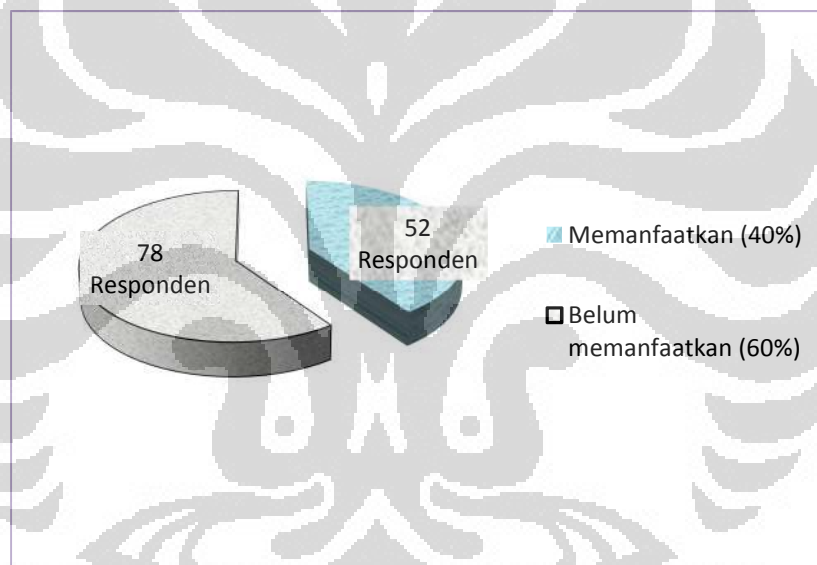


## BAB 6 HASIL PENELITIAN

### 6.1 Pemanfaatan pelayanan PITC

Pemanfaatan pelayanan PITC dikategorikan menjadi 2 (dua), yaitu responden yang memanfaatkan pelayanan dan tidak memanfaatkan pelayanan PITC di Poli klinik Rutan Klas I Cipinang.

Gambar : Diagram 6.1  
Pemanfaatan Pelayanan PITC



Berdasarkan penelitian ini responden yang belum memanfaatkan pelayanan PITC di Poli klinik yaitu sebanyak 60 % atau 78 responden dan memanfaatkan pelayanan PITC sebesar sedangkan 40 % atau 52 responden.

### 6.2 Karakteristik Individu Responden

Karakteristik demografi yang terdiri dari variabel usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, residivis, pengetahuan.

Tabel 6.1

Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan faktor demografi  
Di Poli klinik Rutan Klas I Cipinang

<b>Karakteristik Demografi</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentasi</b>
<b>Usia WBP</b>		
15-19	3	2,3
20 – 24	22	16,9
25 – 49	102	78,5
50 – 65	3	2,3
<b>Tingkat pendidikan</b>		
Tidak Tamat SD	9	6,90
Tamat SD/Sederajat	12	9,20
Tamat SLTP/Sederajat	35	26,9
Tamat SLTA/Sederajat	60	46,2
Tamat Akademi/Sarjana (S1)	13	10,0
Tamat Magister (S2)	1	0,8
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	55	42.3
Menikah	62	47.7
Cerai Hidup	13	10.0
<b>Frekuensi penahanan</b>		
1 kali	116	89.2
2 kali	13	10.0
5 kali	1	0.8

Hasil penelitian ini didapatkan nilai rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 32 tahun. Responden yang berusia remaja atau dibawah usia 24 tahun sebanyak 19,2 %. Rentang usia responden yang berada paling banyak terdapat pada usia antara 25 - 49 tahun yaitu sebanyak 102 orang atau 78,5 %. Terdapat juga responden yang berusia di bawah 20 tahun yaitu sebanyak 3 orang atau berkisar 2,3 %.

Tingkat pendidikan responden dapat dikatakan cukup tinggi, dimana sebagian besar pendidikan Tamat SMA yaitu sebanyak 60 orang atau 46,2%. Walaupun kondisi tingkat pendidikan rendahpun masih ada , tidak tamat SD atau tamat SD yaitu sebanyak 21 orang sekitar 16,1%. Untuk tingkat pendidikan yang tinggi terdapat 13 orang atau 10%. Sedangkan yang menamatkan jenjang Pasca sarjana sebanyak 1 orang atau 0,8 %.

Status pernikahan responden dalam penelitian ini sebagian besar menikah sebanyak 62 orang atau 47,7 %. Responden yang pernah menikah dan cerai sebanyak 13 orang atau 10%. Sedangkan yang belum menikah sebanyak 55 orang atau 42,3 %. Rata-rata sebagian besar responden pernah menikah.

Responden yang menjadi residivis ada 14 orang, dimana terbagi dalam, 2 kali menjalani masa hukuman di rutan cipinang sebanyak 13 orang atau sekitar 10%, namun yang menjalani sampai 5 kali penahanan ada 1 orang atau 0.8%. Selebihnya merupakan WBP baru 1 kali menjalani kehidupan di Rutan sebanyak 116 orang atau 89,2 %.

### 6.3 Pengetahuan tentang PITC

#### 6.3.1 Pengetahuan mengenai PITC di Rutan Klas I Cipinang

Tabel 6.2  
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden mengenai Pengetahuan PITC

No	Pernyataan	Jawaban		
		Ya (%)	Tidak (%)	Tidak Tahu (%)
1.	PITC dapat mengetahui penyakit HIV/AIDS	69 (53,1)	20 (15,4)	41 (31,5)
2.	Mendengar konseling HIV dan Test HIV	74 (56,9)	26 (20,0)	30 (23,1)
3.	Petugas Kesehatan memberi tahu PITC	64 (49,2)	45 (34,6)	21 (16,2)
4.	Pelayanan PITC dilakukan Team HIV/AIDS	70 (53,8)	17 (13,1)	43 (33,1)
5.	PITC memerlukan beberapa kali kunjungan	46 (35,4)	19 (14,6)	65 (50,0)
6.	PITC perlu pemeriksaan darah	74 (56,9)	12 (9,2)	44 (33,8)
7.	PITC berarti aman tidak tertular HIV/AIDS	38 (29,2)	37 (28,5)	55 (42,3)
8.	PITC penting buat WBP	83 (63,8)	7 (5,4)	40 (30,8)

Pengertian tentang PITC sebagai pemeriksaan untuk mengetahui penyakit HIV sebanyak 53% tahanan dan WBP menjawab benar. Peneliti juga melihat masih banyak responden yang tidak tahu jika PITC merupakan

pemeriksaan deteksi HIV/AIDS. sebanyak 31,5 % sedangkan yang mengatakan PITC bukan pemeriksaan untuk HIV sebanyak 15,4 % responden.

Responden yang pernah mendengar PITC sebanyak 56,9 % selain itu sebanyak 20% tidak pernah mendengar dan sisanya 23,1 % tidak tahu.

Petugas Kesehatan perlu memberi tahu terkait PITC , responden yang mengetahui sebanyak 49,2 % namun ada responden yang juga tidak perlu memberitahu tentang 34,6, sedangkan yang tidak tahu cukup banyak sekitar 16,2%.

PITC memerlukan beberapa kali kunjungan, sebanyak 35,4 % responden mengetahui namun yang tidak tahu jika kunjungan ini dilakukan beberapa kali sebanyak 50 %, sedangkan yang menyatakan tidak untuk beberapa kali sebesar 14,6%.

Pelayanan PITC memerlukan pemeriksaan darah, sebanyak 56,9 % responden mengetahui jika pemeriksaan darah diperlukan dalam PITC. Namun masih ada responden yang tidak tahu jika diperlukan pemeriksaan darah sebanyak 33,8%.

Mengikuti PITC berarti aman tidak tertular HIV/AIDS, dari hasil penelitian sebanyak 29,2 % responden menjawab benar sedangkan yang tidak sebanyak 28,5 %. Namun hasil yang paling banyak menjawab Tidak tahu 42,3 %.

PITC penting bagi responden, sebanyak 83 responden atau 63,8% menyatakan penting PITC bagi mereka. Namun ada yang menjawab tidak tahu sebanyak 30,8%.

### 6.3.2 Pengetahuan mengenai Pelayanan PITC di Poliklinik Rutan

Tabel 6.3  
Distribusi Frekuensi jawaban tentang Pengetahuan Pelayanan PITC di Poli Rutan  
Klas I Cipinang

No	Pernyataan	Jumlah Jawaban		
		Ada(%)	Tidak(%)	Tidak Tahu(%)
1.	Penyuluhan narkoba dan HIV/AIDS di Poli klinik	80(61,5)	12(9,2)	38(29,2)
2.	Layanan Pemeriksaan dan Pengobatan HIV/AIDS	78(60)	11(8,5)	41(31,5)
3.	Kegiatan Konseling dan tes HIV/AIDS	77(59,2)	11(8,5)	42(32,3)
4.	Pemeriksaan lanjutan bagi penderita HIV/AIDS	65(50)	11(8,5)	54(41,5)
5.	Tempat khusus untuk melayani PITC	62(47,7)	10(7,7)	58(46,6)
6.	Petugas Khusus Pelayanan PITC	67(51,5)	12(9,2)	51(39,2)
7.	Kegiatan pengambilan darah untuk test PITC	80(61,5)	8(6,2)	42(32,3)
8.	Penyuluhan tentang manfaat pelayanan PITC	73(56,2)	10(7,7)	47(36,2)

Kegiatan Penyuluhan narkoba diberikan kepada semua narapidana yang baru menjadi penghuni rutan , sehingga yang mengetahui adanya penyuluhan ini sebesar 61,5 % , sedangkan yang tidak setuju dan tidak tahu berkisar 38,5 %.

Responden yang mengetahui ada pelayanan PITC di Poli klinik sebanyak 80 orang dengan 61,5 % , sedangkan yang tidak mengetahui 11 (8,5%) dan 41(32,3%) tidak tahu.

Kegiatan konseling dan tes HIV/AIDS di Poli klinik diketahui oleh 59,2% responden, sedangkan yang menjawab tidak tahu sebanyak 32,3 % atau 42 responden.

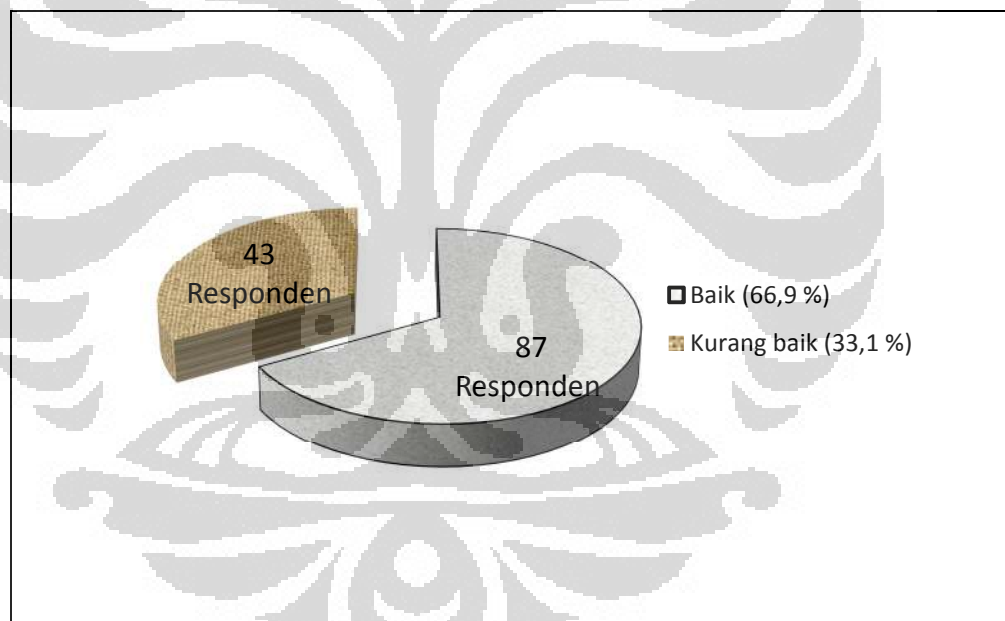
Pelayanan PITC dilakukan di tempat khusus, responden yang mengetahui di rutan ada tempat pemeriksaan khusus sebanyak 47,7 % namun yang tidak tahu juga banyak 46,6 atau 58 responden.

Kegiatan pengambilan darah untuk mengetahui kondisi status kesehatan terkait HIV/AIDS dapat dilakukan di Poliklinik bekerja sama dengan lembaga Swadaya Masyarakat. Sebanyak 61,5 % responden mengetahuinya, namun ada juga tahanan dan WBP yang tidak tahu jika dipoliklinik rutan bisa dilakukan pengambilan darah.

Sebagian besar 56,2 % atau 76 responden mengetahui adanya penyuluhan terkait manfaat PITC. Responden yang tidak tahu dengan penyuluhan ada di poli sebanyak 36,2 %.

Gambar : Diagram 6.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan dan Pelayanan PITC



Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik lebih banyak dari yang kurang baik. Jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 87 orang atau 66,9 %, sedangkan responden dengan pengetahuan kurang baik sebanyak 43 orang atau 33,1 %.

#### 6.4 Keyakinan Terhadap Manfaat Pelayanan PITC

Tabel 6.4  
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Mengenai  
Keyakinan terhadap manfaat Pelayanan PITC

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
1.	Mengunjungi Poli klinik PITC bermanfaat melindungi diri agar tidak tertular HIV/AIDS	55(42,3)	69(53,1)	6(4,6)	0(0,0)
2.	Mengikuti program layanan PITC membuat perasaan tenang	42(32,3)	85(65,4)	3(2,3)	0(0,0)
3.	Teman yang mengikuti program PITC telah mengurangi perilaku berisiko HIV	32(24,6)	82(63,1)	11(8,5)	5(3,8)
4.	Perlunya pemeriksaan HIV karena lingkungan Rutan merupakan berisiko HIV/AIDS	50(38,5)	73(56,2)	6(4,6)	1(0,8)
5.	Jika kita tidak mempunyai perilaku berisiko HIV/AIDS maka pemeriksaan PITC tidak diperlukan	9(6,9)	44(33,8)	48(36,9)	29(22,3)
6.	Memanfaatkan pelayanan PITC tidak akan merubah status kesehatan saya, karena masih menunjukkan perilaku berisiko HIV/AIDS	12(9,2)	55(42,3)	41(31,5)	22(16,9)
7.	Informasi HIV/AIDS tidak akan diperoleh jika tidak mengikuti program PITC	35(26,9)	69(53,1)	18(13,8)	8(6,2)
8.	Kegiatan saya tidak berisiko sehingga tidak perlu mengunjungi klinik PITC	8(6,2)	61(46,9)	33(25,4)	28(21,5)
9.	Pemeriksaan PITC tidak mesti segera dilakukan karena belum ada gejalanya	12(9,2)	48(36,9)	37(28,5)	33(25,4)
10.	Setelah mengunjungi Poli klinik PITC mendapatkan kemudahan untuk mengecek kondisi penyakit	39(30,0)	82(63,1)	5(3,8)	4(3,1)

Min\_Max : 12 - 28 Mean : 21,34

Mengunjungi Poli klinik PITC dapat bermanfaat melindungi diri agar tidak tertular penyakit HIV/AIDS, sebanyak 69 responden atau 53,1 % menyatakan setuju dan sangat setuju sebanyak 42,3%.

Pemeriksaan HIV diperlukan karena kondia lingkungan Rutan yang merupakan tempat berisiko terinfeksi HIV/AIDS maka yang menjawab setuju 56,2 % namun hanya 0,8% yang sangat tidak setuju dengan pernyataan itu.

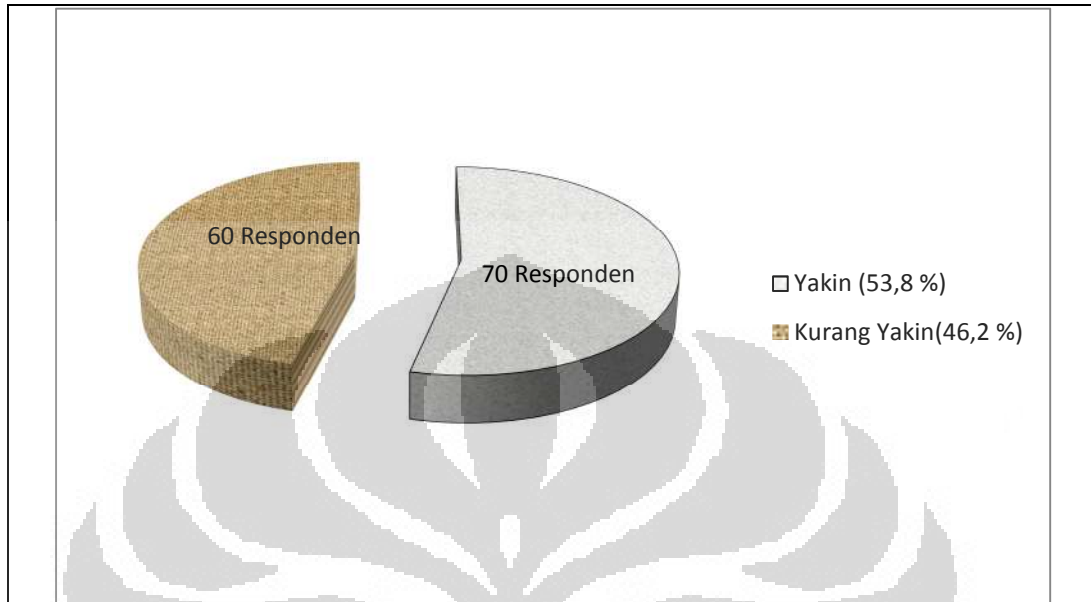
Responden yang mempunyai keyakinan bahwa dirinya tidak mesti memeriksakan diri karena yakin tidak ada sejarah yang mengarah ke risiko terinfeksi penyakit HIV/AIDS, sebanyak 36,9 % yang setuju dengan pernyataan itu.

Pernyataan yang mengatakan bahwa pemeriksaan HIV/AIDS tidak perlu segera jika belum ada gejala, banyak responden yang setuju 36,9% , sedangkan yang tidak menyetujui dan sangat tidak menyetujui pernyataan itu sebesar 63,9%.

Responden yang menjawab terkait perilaku yang tidak berisiko maka tidak perlu memeriksakan diri ,yang setuju dengan pernyataan ini sebanyak 9 responden atau 6,9 % , namun responden yang menjawab tidak setuju 36,9% atau 48 orang.



Gambar 6.3  
Distribusi Frekuensi responden Berdasarkan Keyakinan terhadap manfaat  
PITC Poli Klinik Rutan Klas I Cipinang



Hasil Penelitian terhadap responden yang mempunyai keyakinan lebih besar maka akan lebih baik dari responden yang memiliki keyakinan kurang baik terhadap pemanfaatan pelayanan PITC di Poli Klinik Rutan Cipinang. Berdasarkan tabel yang kita peroleh menunjukkan bahwa sebanyak 70 orang atau 53,8 % mempunyai keyakinan yang baik tentang pemanfaatan Pelayanan PITC.

## 6.5 Kebutuhan terkait pelayanan PITC

Tabel 6.5  
Distribusi Frekuensi jawaban kebutuhan terkait Pelayanan PITC

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
1.	Tubuh rentan dan perlu pemeriksaan intensif	57(43,8)	70(53,8)	3(2,3)	0(0,0)
2.	Saya enggan untuk datang memeriksakan diri	10(7,7)	72(55,4)	21(16,2)	27(20,8)
3.	Penderita HIV/AIDS membutuhkan pelayanan dan penanganan yang serius	62(47,7)	61(46,9)	6(4,6)	1(0,8)
4.	Pelayanan PITC untuk mengetahui kondisi kesehatan saya khususnya mengenai penyakit HIV/AIDS	46(35,4)	74(56,9)	10(7,7)	0(0,0)
5.	Anjuran PITC karena sakit yang sulit diobati	28(21,5)	78(60,0)	21(16,2)	3(2,3)
6.	Bagi penderita diterima di lingkungannya dibandingkan sakit yang dialami	36(27,7)	77(59,2)	14(10,8)	3(2,3)
7.	Penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan HIV (PITC)	43(33,1)	78(60,0)	7(5,4)	2(1,5)
8.	Penderita HIV/AIDS perlu tempat yang nyaman untuk pelayanan konsultasi PITC.	42(32,3)	81(62,3)	6(4,6)	1(0,8)
9.	Kondisi lingkungan yang sempit dan padat membuat khawatir jika tidak mengikuti layanan PITC	34(26,2)	74(56,9)	18(13,8)	4(3,1)
10.	Obat-obatan bebas yang dibawa keluarga saat besukan lebih cocok	28(21,5)	61(46,9)	23(17,7)	18(13,8)

Mean : 18,93 Min\_Max : 11 - 29

Penderita HIV/AIDS memiliki kerentanan dan memerlukan pemeriksaan yang intensif bagi penyakit yang diderita, responden yang sangat setuju dan setuju dengan pernyataan ini sebesar 43,8% dan 53,8%.

Responden merasa enggan untuk memeriksakan diri walaupun mereka yakin manfaat PITC. Dari pernyataan non favorable ini mendapatkan hasil bahwa 72 responden setuju atau 55,4% tidak mau memeriksakan diri.

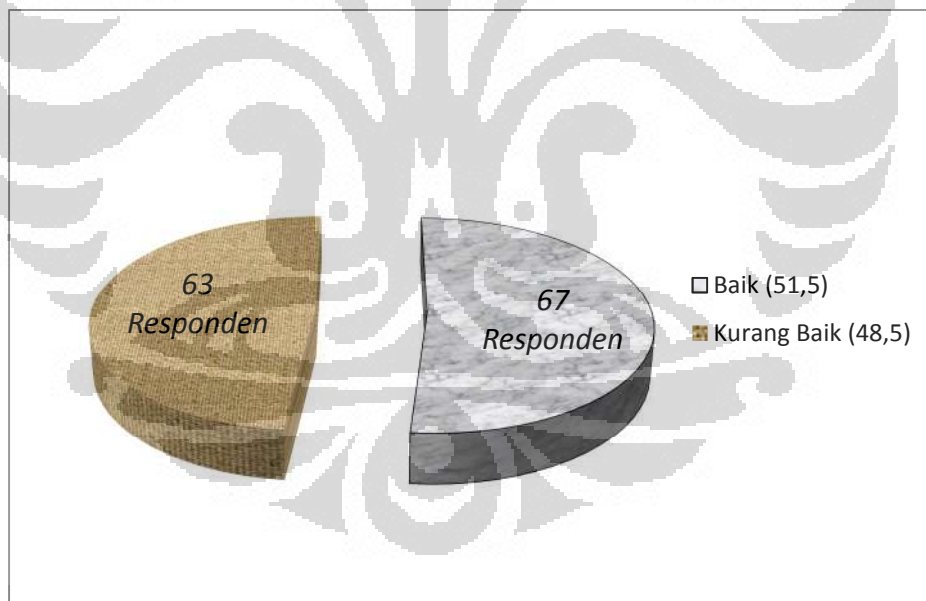
Penyuluhan akan pentingnya pemeriksaan HIV dengan inisiatif petugas, sebanyak 78 responden menjawab setuju sedangkan yang tidak setuju ada 7 responden 5,4%.

Pernyataan mengenai kebutuhan akan pelayanan PITC dikarenakan kondisi kesehatan mereka terkait HIV/AIDS maka yang tidak setuju dengan pernyataan itu 7,7%, selebihnya menyatakan setuju.

Lingkungan rutan yang sempit dan padat membuat mereka khawatir jika tidak mengikuti pelayanan PITC, kebutuhan karena mengkhawatirkan penularan HIV/AIDS sebanyak 56,9% setuju dengan pernyataan itu.

Gambar : Diagram 6.4

Distribusi frekuensi Berdasarkan Persepsi Kebutuhan Pelayanan PITC



Kebutuhan responden akan pelayanan PITC baik sebanyak 51,5% atau 67 responden, sedangkan kebutuhan kurang baik sebanyak 48,5%.

## 6.6 Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS

Tabel 6.6  
Distribusi Frekuensi jawaban Responden Sikap terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
1.	Penderita HIV/AIDS malu jika status kesehatannya diketahui	35(26,9)	63(48,5)	26(20,0)	6(4,6)
2.	Kekhawatir pemeriksaan HIV karena takut ketahuan penyakitnya	12(9,2)	70(53,8)	32(24,6)	16(12,3)
3.	Ada obat namun penyakit HIV/AIDS ada susah diobati dan sulit disembuhkan.	5(3,8)	52(40,0)	48(36,9)	25(19,2)
4.	Pandangan yang merendahkan penderita HIV/AIDS membuat enggan berobat ke Poli klinik PITC	11(8,5)	67(51,5)	37(28,5)	15(11,5)
5.	Petugas team HIV/AIDS ramah dalam penyuluhan dan pemeriksaan	39(30,0)	83(63,8)	8(6,2)	0(0,0)
6.	Kekhawatiran akan dikembalikan jadi mengaku sehat pada petugas	10(7,7)	63(48,5)	40(30,8)	17(13,1)
7.	Hasil pemeriksaan HIV positif, kemungkinan dikucilkan teman-teman	18(13,8)	54(41,5)	43(33,1)	15(11,5)
8.	Seandainya saya menderita HIV/AIDS, keluarga tidak akan mau menjenguk	23(17,7)	66(50,8)	28(21,5)	13(10,0)
9.	Meskipun menurut petugas hasil pemeriksaannya bersifat rahasia	10(7,7)	41(31,5)	59(45,4)	20(15,4)
10.	Jika sering datang ke klinik PITC orang-orang akan mencurigai sebagai penderita HIV/AIDS.	31(23,8)	39(30,0)	44(33,8)	16(12,3)

Mean : 23,52 Min\_Max : 13 - 39

Responden sangat setuju dengan pernyataan non favorabel bahwa penderita HIV/AIDS malu sebesar 26,9 %, sedangkan yang setuju lebih tinggi yaitu 48,5 %, sedangkan yang tidak setuju dengan pernyataan ini 20%, bahkan ada yang sangat tidak setuju dengan pernyataan ini 4,6 %.

Pernyataan mengenai kekhawatiran mereka jika melakukan pemeriksaan maka penyakit mereka akan ketahuan, responden yang setuju atau menerima pernyataan itu sebanyak 53,8%, namun yang tidak menerima atau tidak setuju dengan pernyataan itu 24,6%.

Dalam pengobatan HIV/AIDS, penerimaan stigma terkait bahwa penyakit ini susah untuk diobati dan sulit disembuhkan, maka responden yang menerima pernyataan ini 40% sedangkan yang tidak menerima sebanyak 36,9%.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang menilai bahwa petugas melayani dengan ramah merupakan pertanyaan yang bernilai tinggi sebesar 82,2 %. Sedangkan pertanyaan yang sifatnya non favorable terlihat tinggi pada pertanyaan merasa malu seandainya status kesehatannya diketahui oleh orang lain sebesar 75,4%.

Pernyataan mereka akan diperlakukan berbeda atau direndahkan dengan mendapat perlakuan diskriminasi yang merendahkan penderita HIV/AIDS , membuat mereka enggan untuk datang. Responden yang menerima pernyataan ini sebanyak 51,5% sedangkan yang tidak menerima 28,5%.

Pemeriksaan HIV/AIDS yang akan mengetahui kemungkinan status mereka HIV positif membuat perasaan mereka akan dikucilkan oleh teman-teman. Responden yang menerima pernyataan ini sebesar 41,6% ,sedangkan sebanyak 33,1% tidak menerima pernyataan ini.

Keluarga tidak akan menjeguk jika mereka diketahui menderita penyakit HIV/AIDS, pernyataan ini mempengaruhi persepsi mereka sehingga responden yang menyetujui pernyataan ini sebesar 50,8% setuju, sedangkan yang tidak menerima pernyataan ini 21,5%.

Pemeriksaan tes HIV/AIDS bersifat rahasia, namun banyak yang tidak menerima pernyataan ini sebanyak 45,4% responden tidak menerima pernyataan ini, sedangkan yang menerima hanya 31,5%.

Pernyataan yang mengatakan bahwa jika mereka sering datang dan berobat ke poliklinik mereka orang yang berisiko terinfeksi, maka responden yang tidak setuju sebanyak 33,8 %.

Gambar : Diagram 6.5

Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS bagi responden



Berdasarkan hasil penelitian responden yang menerima stigma sebanyak 38,5 % sebanyak 50 responden, sedangkan yang tidak menerima sebanyak 61,5% atau 80 responden.

### 6.7 Dukungan dari pihak lain (keluarga dan institusi)

Tabel 6.7  
Distribusi Frekuensi jawaban Persepsi Dukungan Orang lain

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS	S	TS	STS
1.	Keluarga sangat mendukung untuk mengikuti pelayanan PITC	34(26,2)	85(65,4)	11(8,5)	0(0,0)
2.	Walaupun sakit di tahanan, keluarga tidak akan menjenguk	11(8,5)	70(53,8)	32(24,6)	17(13,1)
3.	Keluarga tidak memiliki waktu dan biaya	7(5,4)	62(47,7)	40(30,8)	21(16,2)
4.	Petugas kesehatan punya waktu khusus untuk konsultasi	37(28,5)	80(61,5)	10(7,7)	3(2,3)
5.	Petugas mengajak untuk mengikuti program PITC	26(20,0)	89(68,5)	14(10,8)	1(0,8)
6.	Petugas kesehatan memanggil untuk pemeriksaan kondisi kesehatan	31(23,8)	79(60,8)	18(13,8)	2(1,5)
7.	Berobat ke Poli Klinik menunggu lama karena petugas kurang sigap mencari data status	4(3,1)	46(35,4)	47(36,2)	33(25,4)
8.	Urutan pemeriksaan untuk PITC terlalu rumit dan membuat bingung	2(1,5)	63(48,5)	42(32,3)	23(17,7)
9.	Materi penyuluhan kurang variatif sehingga tidak menarik	4(3,1)	55(42,3)	48(36,9)	23(17,7)
10.	Ruangan konsultasi kurang nyaman dan kurang mendukung kerahasiaan pasien	20(15,4)	61(46,9)	42(32,3)	7(5,4)

Mean : 22,98 Min\_Max : 13 - 29

Dukungan keluarga agar responden mengikuti pelayanan PITC, sebanyak 65,4% setuju dengan pernyataan ini. Sedangkan yang tidak setuju dengan pernyataan ini hanya 8,5%.

Banyak dari tahanan dan WBP yang menyetujui pernyataan bahwa jika mereka sakit tidak ada pihak keluarga yang datang menjenguk, responden yang setuju sebanyak 53,8% sedangkan yang tidak setuju 24,6%.

Petugas kesehatan mempunyai waktu khusus untuk konsultasi, tahanan dan WBP yang menyetujui pernyataan ini sebesar 61,5%, sedangkan yang tidak setuju ada 7,7%.

Petugas dapat mengajak mereka untuk mengikuti pelayanan PITC terkait kondisi mereka, responden yang menerima bahwa petugas perlu melakukan kegiatan itu sebanyak 68,5% sedangkan yang tidak menyetujui jika petugas mengajak mereka 7,7 %.

Responden yang menyetujui jika petugas kesehatan sebaiknya memanggil mereka untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut sebanyak 60,8%, sedangkan responden yang tidak setuju dengan pernyataan itu sebesar 10,8%.

Petugas yang kurang sigap mencari data status tahanan dan WBP membuat mereka menunggu lama, responden yang tidak setuju dengan pernyataan itu sebesar 36,2 dan sangat tidak setuju 25,4%.

Pemeriksaan PITC terlalu rumit dan membuat tahanan bingung, responden yang menyetujui pernyataan itu sebanyak 48,5% , sedangkan yang tidak setuju 32,3%.

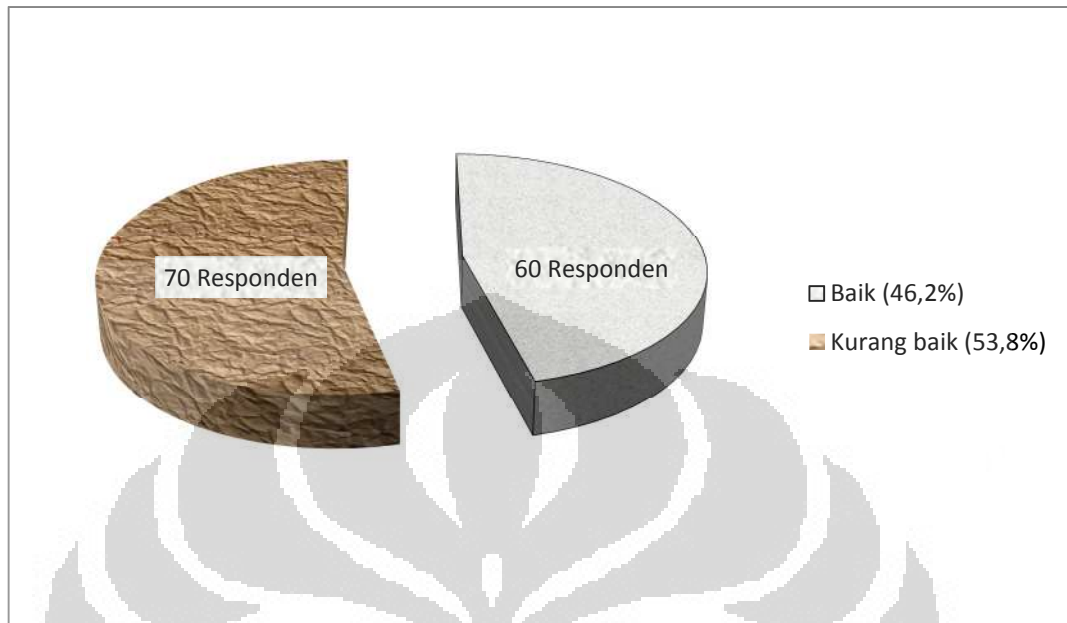
Materi yang diberikan pada saat penyuluhan kurang variatif, responden yang setuju 42,3% sedangkan yang menyatakan tidak setuju dan sangat tidak setuju dengan pernyataan ini sebesar 36,9% dan 17,7%.

Kondisi ruangan konsultasi yang tidak nyaman dan kurang mendukung kerahasiaan pasien sebanyak 46,9% setuju dan sangat tidak setuju sebanyak 15,4%.



Gambar : Diagram 6.6

Dukungan (keluarga dan institusi) terhadap pemanfaatan PITC



Dukungan yang baik sebanyak 46,2 % sebanyak 60 responden memperoleh dukungan keluarga dan institusi, sedangkan 53,8% dukungan kurang baik atau 70 responden.

### 6.8 Motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC

Motivasi responden dilihat dari bagaimana dirinya terdorong untuk mengikuti pelayanan PITC di Poli klinik. Hasil penelitian dari delapan pertanyaan memberikan hasil sebagai berikut.

Tabel 6.8  
Distribusi Frekuensi jawaban Persepsi Motivasi

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS	S	TS	STS
1.	Saya mengikuti pelayanan PITC karena tidak dipungut biaya	45(34,6)	64(49,2)	19(14,6)	2(1,5)
2.	Saya memiliki kemudahan untuk mengakses layanan PITC di Poli Klinik	39(30,0)	69(53,1)	17(13,1)	5(3,8)
3.	Obat-obatan yang diberikan cukup efektif mengurangi gejala penyakit saya	26(20,0)	70(53,8)	26(20,0)	8(6,2)
4.	Kegiatan di poli klinik VCT menarik dan menimbulkan keingin tahuan saya untuk mengunjunginya	35(26,9)	71(54,6)	15(11,5)	9(6,9)
5.	Petugas jaga pintu gerbang sering terlambat membukakan pintu sehingga saya dan teman-teman menunggu cukup lama untuk ke poli klinik	5(3,8)	41(31,5)	31(23,8)	53(40,8)
6.	Jadwal kedatangan petugas poli klinik tepat waktu sehingga saya dengan cepat dapat terlayani	39(30,0)	71(54,6)	16(12,3)	4(3,1)
7.	Petugas mampu menjawab semua pertanyaan saya dengan rinci dan jelas	38(29,2)	59(45,4)	29(22,3)	4(3,1)
8.	Petugas menjawab pertanyaan dengan ramah dan bersahabat	40(30,8)	52(40,0)	32(24,6)	6(4,6)

Mean : 16,77 Min\_Max : 10 - 23

Mengikuti pelayanan PITC tanpa dipungut biaya sebanyak 34,6% responden sangat setuju, namun ada yang menjawab tidak setuju sebanyak 14,6% atau 19 respon tanpa dipungut biaya mereka tetap memeriksakan diri untuk PITC.

Responden yang menyetujui pernyataan akses untuk pelayanan PITC cukup mudah ada sebanyak 53,1% dan yang tidak setuju 13,1%.

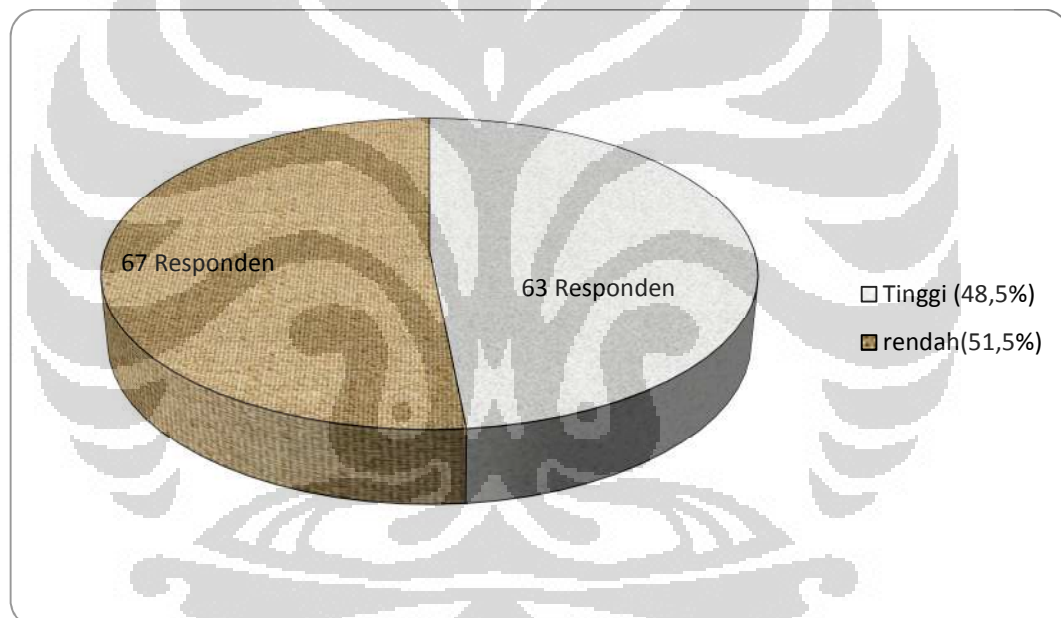
Motivasi akan persepsi obat-obatan cukup efektif mengurangi gejala penyakit, yang menjawab setuju pada pernyataan ini sebanyak 53,8%.

Kendala Penjaga pintu gerbang sering terlambat membukakan pintu, pernyataan ini mengandung makna nonfavorable, sehingga jawaban sangat tidak setuju sebanyak 40,8%.

Motivasi dari petugas berupa jadwal kedatangan dan pengetahuan petugas tentang penyakit HIV/AIDS. Merupakan pernyataan yang mendapat jawaban setuju 54,6%.

Gambar : Diagram 6.7

Motivasi untuk mengakses pelayanan PITC



Motivasi tinggi sebanyak 48,5% atau 63 responden sedangkan motivasi rendah sebanyak 51,2 % atau 67 responden.

### 6.9 Hubungan karakteristik demografi WBP dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Hasil analisis hubungan dua variabel untuk melihat hubungan antara variabel independen yang meliputi karakteristik demografi dengan pemanfaatan

pelayanan PITC menggunakan analisis *chi square*. Analisis *chi square* merupakan tabel 2x2 maka untuk kelompok usia di jadikan 2 kategori , 18-25 tahun sebagai remaja dan 26 – 60 tahun sebagai dewasa. Hasil analisis ditampilkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 6.9  
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Demografi  
dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Karakteristik Individu	Pemanfaatan Pelayanan PITC				Total		P Value
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		N	%	
	N	%	N	%			
Kelompok Usia							
18 – 25 tahun	20	63,5	12	37,5	32	100	0,901
26 – 60 tahun	58	59	40	41	98	100	
Status Pernikahan							
Belum Menikah	30	54,4	25	45,5	55	100	0.365
Sudah/Pernah Menikah	48	64	27	36	75	100	
Tingkat Pendidikan							
Pendidikan ≤ SMP	31	55,4	25	44,6	56	100	0.448
Pendidikan ≥ SMA	47	63,5	27	36,5	74	100	
Residivis							
Residivis	13	65	7	35	20	100	0.804
Bukan Residivis	65	59,1	45	40,9	110	100	
Pengetahuan PITC							
Baik	35	45,5	42	54,5	77	100	0,000
Kurang baik	43	81,1	10	18,9	53	100	

Hasil analisis hubungan antara kelompok usia dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 40 (41 %) responden termasuk kelompok usia 26 – 60 tahun dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic pearson chi square diperoleh nilai  $p = 0,901$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kelompok usia dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 25 (45,5 %) responden yang belum menikah dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.365$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 25 (44,6) responden yang berpendidikan rendah dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.448$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang pelayanan PITC di rutan dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 42 (54,4%) responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang PITC dan pelayanan PITC di rutan dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.000$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang pelayanan PITC di Rutan dengan pemanfaatan pelayanan PITC

Hubungan karakteristik demografi yang diukur dari usia, status pernikahan, tingkat pendidikan dan residivis memiliki nilai  $p$  value yang  $> 0,05$  sehingga tidak memiliki hubungan yang signifikan. Sedangkan Pengetahuan  $p$  value  $< 0,05$  maka ada hubungan yang signifikan.

### **6.10 Hubungan Faktor Psiko sosial dengan pemanfaatan Pelayanan PITC**

Keyakinan akan manfaat PITC dihubungkan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC menggunakan analisis *Chi square*.

Tabel 6. 10  
Distribusi Responden Hubungan faktor Psiko sosial  
dan Faktor dukungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Karakteristik Psiko sosial	Pemanfaatan Pelayanan PITC				Total		P Value
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		N	%	
	N	%	N	%			
<b>Keyakinan terhadap manfaat PITC</b>							
Yakin	21	41,22	30	58,8	51	100	<b>0,001</b>
Kurang yakin	57	72,2	22	27,8	79	100	
<b>Kebutuhan terkait Pelayanan PITC</b>							
Baik	33	49,3	34	50,7	67	100	<b>0,016</b>
Kurang Baik	45	71,4	18	28,6	63	100	
<b>Penerimaan Stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS</b>							
Menerima	21	42	29	58	50	100	<b>0,002</b>
Tidak menerima	57	71,2	23	28,8	80	100	
<b>Dukungan orang lain</b>							
Baik	27	45	33	55	60	100	<b>0,002</b>
Kurang baik	51	72,9	19	27,1	70	100	
<b>Motivasi untuk mengakses Pelayanan</b>							
Tinggi	33	52,4	30	47,6	63	100	<b>0,123</b>
Rendah	45	44,3	22	55,7	67	100	

Hasil analisis hubungan antara persepsi keyakinan tentang manfaat pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 30 (58,8 %) responden yang memiliki persepsi keyakinan yang baik akan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.001$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang keyakinan manfaat pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara persepsi tentang Kebutuhan terhadap pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 34 (50,7%) responden yg memiliki persepsi yang baik tentang kebutuhan terhadap pelayanan PITC dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0,016$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kebutuhan terhadap pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara persepsi stigma dan diskriminasi responden dengan Pemanfaatan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 29 orang (58 %) responden yang memiliki persepsi menerima stigma dan diskriminasi akan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.002$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi stigma dan diskriminasi dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara dukungan untuk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 33 (55 %) responden yang dukungan yang baik utk memanfaatkan pelayanan PITC, dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0,002$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan utk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 30 (57.6%) responden yang motivasi yang baik untuk memanfaatkan pelayanan PITC dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0,123$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

### 6.11 Ringkasan Analisis Bivariat

Ringkasan dari hasil analisis bivariat terhadap variabel-variabel yang dapat berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Tabel 6.11  
Ringkasan Hasil Analisis Bivariat

Variabel independen	Variabel dependen	Signifikasi	Nilai <i>p value</i>
Usia	Pemanfaatan Pelayanan PITC	Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,901
Status pernikahan		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,365
Pendidikan		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,448
Residivis		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,804
<b>Pengetahuan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,000</b>
<b>Keyakinan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,001</b>
<b>Kebutuhan pelayanan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,016</b>
<b>Stigma dan diskriminasi</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,002</b>
<b>Dukungan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,002</b>
Motivasi		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,123

### 6.12 Seleksi Bivariat

Variabel-variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan nilai  $p\text{ value} < 0,25$  maka variabel



tersebut bisa langsung masuk ke tahap multivariat. Untuk tabel independen yang menghasilkan  $p$  value  $> 0,25$  dan dianggap penting maka variabel tersebut dapat dimasukan juga ke dalam model multivariat.

Setelah dilakukan seleksi bivariat dengan menggunakan model regresi logistic prediksi, kita dapat melihat hasil nilai  $p$  value pada colum omnibus test di bagian blok. Hasil seleksi sebagai berikut :

Tabel 6.12

Hasil seleksi Bivariat menggunakan Omnibus Variabel Independen dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

No	Variabel Independen	Nilai $p$ value
1.	Pengetahuan tentang Pelayanan PITC	0,000
2.	Keyakinan akan manfaat Pelayanan PITC	0,000
3.	Stigma dan diskriminasi terhadap Pelayanan PITC	0.001
4.	Dukungan keluarga dan institusi dalam Pemanfaatan PITC	0,001
5.	Kebutuhan terhadap pelayanan PITC	0,009
6.	Motivasi untuk mengakses Pelayanan PITC	0,085

### 6.13 Uji Regresi logistic

Hasil seleksi bivariat semua variabel yang menunjukkan nilai  $p$  value  $< 0,25$  diikutkan dalam analisa multivariate. Dari hasil uji regresi logistic maka nilai  $p$  value motivasi 0,542 , lebih dari 0,05. Maka motivasi dikeluarkan dari dari permodelan. Setelah dikeluarkan kita melihat perubahan nilai OR untuk variabel yang lain.

Tabel 6.13

Perubahan OR jika motivasi dikeluarkan

Variabel	OR Motivasi ada	OR Motivasi tak ada	Perubahan OR
Dukungan	9668	9993	3,3 %
Stigma	20485	20781	1,4 %

Pengetahuan	6436	6587	<b>2,3 %</b>
Kebutuhan	5615	6130	<b>9,1 %</b>
Keyakinan	12493	12327	<b>1,3 %</b>

Dengan hasil perbandingan OR tidak terlihat ada yang > 10 % dengan demikian motivasi dikeluarkan dari model.

Tabel 6.14

Hasil uji Regresi logistic Akhir antara Variabel Independen dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Variabel	Signifikan	Wald	Exp (B)	95,0 % C.I. for EXP (B)	
				lower	Upper
<b>Pengetahuan Pelayanan PITC</b>	0,001	11.723	6.587	2.239	19.382
<b>Kebutuhan pelayanan PITC</b>	0,002	9.754	6.130	1.965	19.126
<b>Keyakinan akan manfaat PITC</b>	0,000	16.362	12.327	3.650	41.631
<b>Penerimaan Stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS</b>	0,000	18.260	20.781	5.168	83.566
<b>Dukungan keluarga dan institusi</b>	0,000	12.884	9.993	2.843	35.150

Dari analisis multivariat, ternyata variabel yang memiliki kekuatan hubungan paling signifikan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC adalah Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS. Sedangkan variabel keyakinan manfaat pelayanan PITC, dukungan dari orang lain, kebutuhan terkait pelayanan PITC dan pengetahuan tentang pelayanan PITC sebagai karakteristik individu mempunyai hubungan yang signifikan

## **BAB 7**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional survey*, pada desain ini tidak dapat diprediksi secara pasti urutan waktu kejadian apakah karakteristik individu WBP (usia, pendidikan, pengetahuan, residivis dan status pernikahan) sebagai factor yang mendahului persepsi perilaku WBP (pemanfaatan pelayanan PITC berupa penyuluhan, konseling dan Test HIV) dikarenakan di lakukan pengukuran dalam waktu bersamaan. Sehingga tidak menjadikan hubungan ini dapat dilihat sebab akibatnya. Potensi terjadinya bias memungkinkan dapat terjadi dalam penelitian ini. Namun dengan menggunakan analisa Multivariat dapat mengurangi atau meminimalisir keterbatasan dalam penelitian ini.

Penelitian ini menganalisa masalah pemanfaatan pelayanan PITC yaitu pelayanan penyuluhan, konseling dan test HIV dengan prakarsa dari petugas kesehatan. Populasi target adalah seluruh WBP beresiko tinggi terinfeksi penyakit HIV/AIDS di Rutan Klas I Cipinang Jakarta Timur, berupa WBP yang ditahan karena menggunakan obat-obatan suntik, WBP yang mempunyai Tatto dan WBP yang mempunyai perilaku seks bebas.

Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh langsung dengan menggali jawaban dari responden. Alat pengukuran menggunakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada teori-teori dan disesuaikan dengan lingkungan Rutan dan variabel yang mendukung penelitian ini. Dalam pengujian kuesioner penelitian, peneliti melakukannya di Lapas Narkotika Klas II Jakarta Timur, untuk menguji validitas dan reabilitas alat ukur. Hasil pengujian ini kemungkinan menyebabkan recall bias dikarenakan WBP yang telah melalui banyak permasalahan mempunyai kesulitan untuk mencerna pertanyaan persepsi yang favorable dengan non favorable sehingga beberapa pertanyaan yang menyulitkan mereka menjawab pertanyaan. Sebagai upaya untuk mengurangi terjadinya bias, maka peneliti

lebih banyak menggunakan pertanyaan yang sifatnya foverable. Pertimbangan agar kualitas data yang dikumpulkan mempunyai nilai yang sama maka peneliti melakukan pertemuan dengan Tamping atau SOS RUCI yang merupakan WBP yang membantu pelaksanaan Program Poli Klinik Rutan Klas I Cipinang.

Pada penelitian ini dimungkin juga terjadi bias dari instrumen atau alat pengumpul data. Pertanyaan adalah bersifat tertutup sehingga dapat mempengaruhi jawaban responden terutama pada pada hal-hal yang kurang diketahui sebelumnya. Hal ini telah diminimalisasi dengan dilakukannya uji coba kuesioner dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Selain itu, diantara variabel-variabel yang diukur, variabel independen seperti sikap dan persepsi sangat dipengaruhi oleh isi dan bentuk pertanyaan, pada variabel sikap dan persepsi juga dapat dipengaruhi oleh penilaian yang subyektif dari responden.

## **7.2 Pembahasan hasil Penelitian**

### **1) Pemanfaatan Pelayanan PITC**

Pelayanan PITC adalah program pelayanan kesehatan terhadap penanggulangan dan pencegahan penyakit HIV/AIDS dengan prakarsa atau inisiatif dari petugas kesehatan professional yang dilakukan oleh dokter, perawat kepada WBP yang berisiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS.

Dalam pelayanan penangulangan HIV/AIDS program pemeriksaan ini tidak terlepas kaitannya dengan lingkungan atau kondisi yang ada. Rutan mempunyai kekhususan, pelayanan pemeriksaan yang seyogyanya dapat dilakukan dengan VCT sukarela namun bagi rutan hal ini memiliki kemungkinan kecil untuk menjaring penderita. Jika WBP tahu pengujian ini untuk mengetahui status mereka berisiko terinfeksi HIV dan akan mengetahui bahwa mereka akan positif HIV tentunya mereka memilih untuk menghindari pemeriksaan itu. (Michael, 2000)

Dengan program pelayanan VCT , dimana WBP memegang peranan utama berbeda dengan PITC , petugas kesehatan memegang peran yang penting untuk WBP mengikuti pelayanan VCT.

Pelaksanaan PITC ini dilakukan di Poli Klinik Rutan. Prosedur pelaksanaan PITC dari Depkes dan RAN dari Dirjen PAS menjadi acuan serta Standar dalam melakukan Pelayanan PITC. Pelayanan PITC tahap awal yang sesuai dengan prosedur yang ada mengikuti rangkaian kegiatan dari penyuluhan sampai dengan mengikuti pemanfaatan program test HIV. Potensi Pemanfaatan PITC yang optimal dapat merupakan program deteksi dini yang efektif untuk mengurangi penyebaran penularan dan pencegahan penyakit HIV menjadi AIDS serta menyebabkan kematian utama WBP di Rutan.

Program PITC merupakan program pencegahan yang cukup mempunyai peluang besar dalam menjangkit penderit HIV terutama di Rutan. Hal ini dikarenakan efek penyakit ini cukup lama sehingga tidak menimbulkan gejala, sedangkan penderita tidak mengetahui kondisi penyakit ini terutama saat mereka di tahan. Tentunya dengan lingkungan Rutan yang padat dan sesak, berisiko terinfeksi penyakit lebih mudah, karena mulai mengganggu daya tahan tubuh dan mempercepat gejala HIV menjadi lebih awal terlihat. Dengan dukungan dan inisiatif dari petugas diharapkan kondisi ini lebih cepat ditangani, penderita bisa mengikuti program HIV/AIDS melalui PITC lebih cepat dari sebelumnya. (Depkes, 2007)

Hasil penelitian menunjukkan masih rendahnya pemanfaatan PITC oleh WBP sebesar 40% di Poli Klinik Rutan Klas I Cipinang. Hasil ini lebih rendah dibandingkan dengan hasil yang didapat dari data di Poliklinik Rutan Cipinang, dengan pencapaian sekitar 46% di Rutan. Namun demikian angka ini masih berada dibawah target yang ditetapkan oleh Dirjen PAS sebesar 50% WBP penghuni baru mendapatkan pelayanan PITC.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian oleh Sandi (2011) di Rutan Klas I Medan yang menyebutkan bahwa WBP yang memanfaatkan klinik VCT sebanyak 41 orang (41,2%). Penelitian lain yang terkait dengan pemanfaatan VCT yang dilakukan oleh Budi Setiawan (2011) pada WPS di Kabupaten Riau menyebutkan bahwa WPS yang memanfaatkan klinik VCT keliling sebanyak 36,3% . Begitu pula penelitian dilakukan oleh Dirjen PAS. Penelitian Dirjen PAS (2010) pada tahanan Narkoba jenis Napza, sebanyak 49

% reponden WBP laki-laki pernah ditawari test , pernah test HIV 47 % dan merasakan manfaat konseling 30 % serta menerima hasil test HIV sebanyak 24%.

Masih rendahnya pemanfaatan pelayanan PITC atau VCT dengan inisiatif petugas menggambarkan bahwa pemeriksaan deteksi dini HIV masih rendah. Pelayanan PITC yang meliputi konseling dan Pemeriksaan Test darah menjadi rangkaian kegiatan pemanfaatan pelayanan PITC di Poli Klinik Rutan. Faktor Karakteristik individu yang mempunyai hubungan signifikan adalah pengetahuan. Beberapa faktor psiko sosial yang memiliki hubungan signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC adalah ; keyakinan terhadap manfaat Pelayanan PITC, Kebutuhan akan pelayanan PITC, penerimaan stigma serta diskriminasi dari WBP, Dukungan dan motivasi. Sedangkan Faktor yang mempunyai hubungan yang paling kuat adalah penerimaan stigma serta diskriminasi terkait HIV/AIDS.

Hasil ini menjelaskan bahwa nilai keyakinan akan manfaat PITC , mempunyai peran penting, sehingga bagi WBP yang belum menyakini adanya manfaat dengan pemeriksaan PITC menyulitkan merubah persepsi mereka untuk bisa memanfaatkan pelayanan. Permasalahan keyakinan merupakan faktor yang memerlukan waktu dan kekuatan peran petugas kesehatan untuk mengajak mereka mengikuti berbagai penyuluhan dan dukungan.

Penerimaan stigma dan diskriminasi yang sering dialami sebagai dampak dari kurangnya sosialisasi penyuluhan yang intensif pada WBP, sehingga informasi yang diperoleh membuat mereka tidak memahami kondisi mereka dan hanya menerima dampak negative dari perilaku lingkungan di Rutan.(Whetten,2008)

Faktor-faktor yang tidak memiliki hubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC di Poli klinik Rutan Klas I Cipinang adalah ; Kelompok Usia, Tingkat pendidikan, status pernikahan, berapa kali penahanan. Hasil yang mempunyai persamaan dengan hasil penelitian Budi (2011) dimana persepsi motivasi menjadi variabel yang paling signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan klinik VCT keliling. Hal ini di karenakan motivasi dari WBP dipengaruhi oleh

lingkungan di tempat penahanan. WBP membangun kepercayaan diri mengalami kesulitan. Hukuman yang mereka dapatkan membuat rasa percaya diri berkurang. Penelitian di beberapa Negara yang mendapati beberapa tahanan mengalami depresi dengan penyakit yang di alami.

Pemanfaatan pelayanan PITC yang menjadi pintu awal deteksi dini HIV menjadi sebuah catatan bahwa tidak semua WBP yang beresiko menjadikan kebutuhan pelayanan yang mendasar saat mereka mulai mengikuti pemeriksaan skrining kesehatan. Sehingga perlunya kebijakan yang lebih mendasar dengan memperhatikan petugas kesehatan dengan pelatihan dan dukungan positif agar pekerjaan ini bisa berhasil. Tanpa arahan dan kebijakan dari pimpinan tentunya petugas pengamanan hanya bertugas mengamankan WBP saja, berbeda jika Regu Pengamanan menjadi bagian dari tugas ini. Tentunya kerjasama lintas program dan sector menjadi kolaborasi yang efektif.

## **2) Usia dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC**

WBP di Rutan Klas I Cipinang yang beresiko HIV AIDS jika dilihat dari data pengguna IDU sebesar 441 orang pada akhir desember 2011. Sebagian besar berusia 25 – 49 tahun sebanyak 313 orang dibandingkan yang berusia di bawah 24 tahun sebesar 128 orang. Dari Hasil Penelitian di peroleh data , umur responden yang ikut dalam penelitian ini berkisar pada usia antara 18 - 60 tahun, sedangkan responden yang berusia remaja di bawah usia 21 tahun ada sebanyak 5,4 %. Dari hasil penelitian ini dapat dilihat profil WBP Rutan Cipinang banyak di huni oleh Tahanan dan Napi yang berusia muda dibawah usia diatas 25 tahun. Mengacu kepada hasil uji dapat dijelaskan bahwa WBP yang berusia dari 26 - 60 tahun memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 41 %. Sedangkan yang berusia 18 – 25 tahun lebih sedikit memanfaatkan pelayanan PITC sebesar 37,5 %. Penghuni atau WBP di Rutan Klas I Cipinang sebagian besar berada pada kelompok usia dewasa.

Data dari penelitian Dirjen PAS dengan AusAID, UNODC serta HCPI (2010) menyebutkan bahwa hasil penelitian Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV/AIDS pada Narapidana di Lapas/Rutan di Indonesia yang pernah

dilakukan pada tahun 2010 menemukan bahwa persentase Narapidana dan Tahanan yang menjadi responden untuk kelompok umur < 20 tahun sebanyak 3 % , umur 20 – 24 tahun sebanyak 19 % , umur 25 – 49 tahun sebanyak 73 % dan berumur lebih dari 50 tahun sebanyak 6%.

Terdapat perbedaan dengan konteks pemanfaatan pelayanan PITC pada penelitian terkait menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara usia dengan pemanfaatan pelayanan klinik VCT di Rutan Klas I Medan (sakti, 2011). WBP yang berusia 21-35 tahun lebih sedikit memanfaatkan pelayanan klinik VCT dibandingkan dengan WBP yang berusia 35-49 tahun. Dalam catatan penelitian ini menggambarkan bahwa bagi WBP yang berusia muda dapat lebih memperhatikan dan memelihara kesehatannya selama di tahanan. Penelitian lain di WPS di Riau, menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan VCT keliling (Budi, 2011)

Hasil penelitian yang dilakukan di Poli klinik Rutan Cipinang dengan menggunakan uji statistic bivariat menggambarkan tidak ada hubungan secara signifikan antara usia dengan variabel pemanfaatan pelayanan PITC. Faktor usia sebagai karakteristik individu menyebabkan faktor usia kurang berperan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Usia yang muda menyebabkan mereka belum memikirkan efek dari penyakit HIV yang menyebabkan daya tahan menurun, dikarenakan masa terjadi transmisi dan penularan virus pada kurun waktu 5 – 10 tahun. Sehingga mereka belum memikirkan kondisi lain setelah mereka dinyatakan positif HIV. Jika di usia dewasa diatas 35 tahun, mereka kebanyakan telah memiliki keluarga. Pemikiran mereka akan mempengaruhi tindakan apa yang harus mereka sampaikan pada keluarga tentang penyakit mereka. Sebagai asumsi dengan usia dewasa maka semakin berfikir ulang untuk melakukan setiap pemeriksaan.

### **3) Tingkat Pendidikan**

Pendidikan merupakan cerminan dari tingkat kehidupan sosial di masyarakat dan individu. Hal ini karena dengan pendidikan tinggi maka meningkatnya



pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan. Pendidikan dapat menanamkan kesadaran yang tinggi akan manfaat pelayanan kesehatan terutama PITC. WBP yang merupakan individu dengan segala keterbatasan kebebasan tidak mempunyai banyak pilihan dalam memilih tempat pelayanan, sehingga mereka dengan tingkat pendidikan yang rendah memanfaatkan pelayanan yang mudah dan murah.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka perilaku akan semakin mudah untuk menyerap informasi yang didapatkan terkait dengan pemanfaatan PITC. Penelitian yang dilakukan di Rutan Medan (Sakti, 2011) tentang Pengaruh Karakteristik individu dan mutu pelayanan terhadap pemanfaatan Klinik VCT, memiliki pengaruh yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan klinik VCT. Penelitian lain menunjukkan

Tingkat Pendidikan rendah yaitu tidak tamat SD, Tamat SD dan SMP sebanyak 54 orang (43 %). Di ikuti dengan tingkat Pendidikan yang pernah WBP jalani yaitu sedikit lebih banyak yang menamatkan SMA sebanyak 60 orang (46,3%), serta menamatkan Sarjana dan D3 sebanyak 13 orang (10 %) dan ada yang menamatkan Pasca sarjana berjumlah 1 orang . Sedangkan. Kondisi ini menjadi catatan penting bagi institusi pendidikan dan orang tua. Bahwa Rutan dan Lapas saat ini banyak dihuni oleh orang yang berpendidikan dan berusia muda.

Penelitian yang dilakukan Dirjen PAS Tahun 2010 terkait dengan pendidikan , bahwa Tidak Tamat SD sebanyak 21 %, Tamat SD dan SMP sebesar 43 %. WBP yang menamatkan SMA sebanyak 31 % dan menamatkan Perguruan Tinggi 5 %. Sebagian besar (44,6 %) WBP yang berpendidikan rendah memanfaatkan pelayanan PITC, sedangkan yang berpendidikan tinggi hanya sekitar 36,5 % yang memanfaatkan pelayanan.

Perbedaan dengan hasil penelitian oleh Sakti (2011) menjelaskan bahwa WBP yang berpendidikan sedang dan tinggi lebih banyak memanfaatkan klinik VCT dibandingkan dengan WBP yang berpendidikan rendah (SD dan SMP). Namun kondisi ini berbeda dengan di Rutan Cipinang, hal ini diasumsikan

bahwa WBP dengan pendidikan yang rendah di Rutan memungkinkan mereka bisa lebih menerima kondisi kekurangan yang ada di fasilitas tahanan. Sedangkan yang berpendidikan tinggi mereka merasa kesulitan jika mesti berobat ke Poli, sehingga mereka lebih meminta pihak keluarga untuk membawa obat-obatan yang biasa mereka dapat dari dokter keluarga atau relasi mereka.

#### **4) Status pernikahan dengan pemanfaatan pelayanan PITC**

Hasil Penelitian mengenai status pernikahan dengan pemanfaatan pelayanan PITC hubungan yang tidak signifikan. WBP yang sudah menikah lebih kecil memanfaatkan pelayanan PITC dibandingkan dengan yang belum menikah sebanyak 36 %. Hal ini menunjukkan bahwa dengan status menikah menjadikan WBP lebih berhati-hati dalam melakukan tindakan pencegahan sehingga mereka merasa perilaku kehidupan mereka lebih aman dan tidak beresiko terinfeksi HIV karena mempunyai pasangan yang setia. Lain halnya dengan yang belum menikah, mereka mempunyai ketakutan tertular karena mempunyai pasangan yang tidak aman, karena berganti-ganti pasangan. sehingga tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Sesuai dengan hasil penelitian Budi Setiawan (2011) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan WPS dengan pemanfaatan Klinik VCT keliling di Riau. Di mana status pernikahan merupakan pelengkap dari sebuah hubungan dengan pasangan. Namun berbeda dengan penelitian sakti (2011), ada pengaruh status pernikahan namun tidak signifikan terhadap pemanfaatan Klinik VCT pada WBP di Rutan Medan (2011).

#### **5) Residivis atau WBP yang lebih dari 1 kali di penjara dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC**

WBP yang menjalani masa hukuman atau penahanan di Rutan sering kali berpindah dengan cepat. Dikarenakan vonis hukuman yang mereka dapatkan mengharuskan mereka menjadi penghuni Lapas. Di Rutan WBP mempunyai waktu singkat sebelum “berlayar”. Paling lama mereka berada di Rutan sekitar

2 tahun. Mobilitas narapidana perlu diperhatikan dalam melihat epidemic HIV terkait dengan penyebaran HIV dan program pelayanan PITC, perawatan, dukungan serta pengobatan WBP yang sudah terinfeksi HIV.

Penelitian ini menunjukkan jumlah residivis yang menjadi responden sebanyak 20 orang, dengan yang memanfaatkan pelayanan PITC sebanyak 35 %. Tidak berbeda jauh dengan hasil penelitian Dirjen PAS (2010) menggambarkan prosentase responden WBP laki-laki yang pernah dipenjara sebelumnya (residivis) sebesar 21 %, walaupun demikian responden yang pernah dipenjara sebelumnya karena kasus Napza relatif sama. Hal ini menunjukkan bahwa hampir semua responden Narapidana yang pernah dipenjara sebelumnya, dipenjara karena kasus napza kembali. Riwayat Pindah Lapas/Rutan dengan persentase 38% pernah pindah Lapas/Rutan, pernah di penjara sebelumnya karena kasus Napza sebanyak 10% dari responden 900 WBP.

Perilaku residivis dalam penelitian ini memperlihatkan bahwa tidak terlihat sebuah hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan. Ternyata semakin mereka berada sering di rutan tidak membuat efek jera seperti yang diharapkan dari dibuatnya sebuah lapas atau rutan. Dengan seringnya mereka keluar masuk Rutan sangat memungkinkan uapa penyampaian informasi untuk memeriksakan diri atau mengikuti penyuluhan lebih banyak dibandingkan yang baru pertama kali. Pada kenyataannya sebagian mereka tidak merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan HIV, dengan memanfaatkan pelayanan PITC.

#### **6) Pengetahuan pelayanan tentang HIV /AIDS dengan pemanfaatan pelayanan PITC**

Dilihat dari aspek pengetahuan responden mengenai klinik PITC secara rinci dapat diuraikan sebagai berikut. Pertanyaan yang diajukan sebanyak 8 pertanyaan. Sebagian besar jawaban yang bernilai baik , namun ada 3 pertanyaan yang persentasenya kurang baik yaitu pada pengetahuan tentang pemberitahuan informasi tentang PITC, membutuhkan beberapa kali kunjungan PITC, dengan mengikuti PITC aman tidak tertular HIV. Kondisi ini

dikarenakan Petugas Kesehatan Poli klinik rutan menyampaikan informasi pada saat penyuluhan kurang dapat dipahami.

Pengertian dari Pengetahuan Pelayanan PITC di adakan di Poli Klinik Rutan Cipinang berkaitan dengan pengetahuan Responden akan fasilitas program yang dimiliki. Sehubungan dengan keinginan mereka untuk memeriksakan kondisi mereka sehingga tidak merasa kesulitan untuk memanfaatkan pelayanan PITC.

Pengetahuan Responden terhadap pelayanan PITC merupakan faktor yang diperlukan untuk WBP dapat memperoleh pelayanan jika mereka mempunyai permasalahan akan kesehatan terutama yang berkaitan dengan status HIV/AIDS. Pengetahuan tentang PITC merupakan kegiatan pencegahan dini penyakit HIV/AIDS dengan pemeriksaan darah. Pengetahuan Responden baik mengenai pelayanan PITC dan mereka merasa perlunya Pemeriksaan HIV dengan prakarsa petugas kesehatan. Responden memahami pelayanan PITC diberikan di Poli klinik Rutan namun mereka kurang memahami perlunya tempat khusus pemeriksaan PITC bagi status kesehatan mereka.

Pengetahuan merupakan bagian penting dalam mempengaruhi perilaku kesehatan. Upaya-upaya ini menjadikan setiap individu atau kelompok akan berusaha merubah sikap dan perilaku berisikonya. Pendidikan tentang kesehatan merupakan sekumpulan pengalaman dimana dan kapan saja, sepanjang dapat mempengaruhi pendidikan dan perilaku.

Pengetahuan yang rendah menyebabkan WBP lebih cenderung tidak memanfaatkan PITC , didukung dengan tingkat pendidikan yang juga rendah semakin membatasi mereka untuk bisa menyerap informasi yang bisa didapat jika WBP menyempatkan diri mencari informasi tentang HIV.

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik sebanyak 51,4 % memanfaatkan pelayanan PITC. Sedangkan yang memiliki pengetahuan yang kurang baik lebih banyak yang tidak memanfaatkan pelayanan PITC. Sehingga pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC. Hasil ini sejalan dengan penelitian dari

Dirjen PAS (2010) bahwa persentase responden yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang penularan HIV semakin tinggi seiring dengan tingkat pendidikan responden. Adanya korelasi antara tingkat pengetahuan dengan perilaku mereka memanfaatkan pelayanan PITC.

Pengetahuan mereka akan pelayanan PITC didapatkan dari berbagai sumber. Dengan berada di dalam penahanan atau Rutan tentunya akses untuk mendapatkan informasi sangat sulit. Pentingnya peran Petugas Kesehatan di Poli klinik menyampaikan informasi melalui berbagai media yang mudah diserap oleh tahanan yang memiliki pendidikan rendah.

Kebijakan yang perlu mewajibkan mereka untuk mengikuti rangkaian pembinaan WBP melalui pentingnya mengikuti penyuluhan dan rangkaian agenda Pelayanan PITC memberikan peluang mereka untuk mengabaikan aturan ini. Kebijakan yang ada belum dapat menimbulkan kesadaran bagi mereka untuk mengikuti rangkaian program di Poli klinik. Untuk dapat memutus mata rantai penyebaran HIV tentunya edukasi dan penyampaian informasi memberikan banyak peluang bagi mereka memahami perlunya mereka memeriksakan diri lebih lanjut terkait dengan perilaku mereka yang berisiko HIV/AIDS.

Penahanan yang terjadi sebagai titik intervensi yang tepat karena didalam pnc mencegah intervensi kesehatan dapat memanfaatkan waktu penahanan dengan memberikan pendidikan yang inovatif dan model pembelajaran yang tepat. Program pengajaran buat WBP agar dapat mengakses pengetahuan tentang pelayanan kesehatan dapat menggunakan sebuah system baru yang disebut dengan TITO (TEACH Inside, TEACH Outside) yang sedang di kembangkan di penjara AS. Dimana Tujuan dari TITO ini untuk menciptakan pendidikan, pengalaman yang memberikan empat pesan sebagai berikut : Anda dapat hidup sehat, pelayanan yang tersedia untuk mendukung Anda, aktivitas pekerjaan dapat anda letakan di sini, dan kamu dapat menjadi aktivis diri Anda dan komunitas Anda. Sehingga dengan TITO dapat mengubah persepsi control perilaku dengan memberdayakan individu untuk merencanakan dan mengambil tindakan terhadap mengurangi risiko infeksi

HIV dan advokasi untuk hak-hak mereka sebagai warga Negara.(Draine J, 2011)

### **7) Keyakinan manfaat pelayanan PITC dengan pemanfaatan Pelayanan PITC**

Keyakinan WBP masyarakat akan manfaat PITC digambarkan dengan mereka memanfaatkan pelayanan PITC. Rutan merupakan sebuah tempat yang membatasi kemerdekaan mereka namun mereka tidak dibatasi untuk bisa mendapatkan akses dan hak mereka, salah satunya mendapatkan pengetahuan dan informasi terkait kesehatan. Selama mereka berada di Rutan mereka mengalami hambatan dengan asumsi yang ada di masyarakat bahwa tempat ini adalah tempatnya penyiksaan dan hukuman. Kondisi ini membuat keyakinan mereka akan pentingnya memeriksakan diri merupakan sebuah keharusan. Berada di lingkungan dengan berbagai macam perilaku kejahatan dan membawa banyak penyakit menular, sangat disayangkan jika mereka tidak mempercayakan pemeriksaan mereka ke petugas kesehatan di Poli klinik Rutan. Keyakinan akan manfaat sebuah pelayanan didukung dengan perlunya mereka melakukan control kesehatan dan kunjungan ke poli klinik.

Berdasarkan pernyataan yang ada di dalam variabel keyakinan terhadap manfaat pelayanan PITC, diperoleh keyakinan yang baik jika responden dapat mengambil manfaat dari melindungi diri dengan mengunjungi poli klinik PITC. Rutan merupakan tempat yang beresiko sehingga mereka membutuhkan perlindungan diri agar tidak tertular penyakit HIV/AIDS. Sebanyak 95,4 % responden mempunyai keyakinan perlunya mengunjungi Poli untuk memanfaatkan pelayanan PITC.

Pernyataan negatif yang muncul dari pertanyaan mengenai kegiatan saya tidak berisiko sehingga responden tidak perlu mengunjungi Poli Klinik PITC. Hal ini merupakan pernyataan yang mempunyai nilai kebalikan sehingga jika mereka menjawab tidak setuju point besar akan mereka dapatkan, karena persepsi yang terkadang muncul pada responden adalah perilaku beresiko hanyalah berhubungan dengan jarum suntik dan berhubungan seks tanpa pengaman pada saat di rutan. Sering kali mereka melupakan bahwa mereka

sebagai WBP narkoba atau mempunyai tatto merupakan orang yang high risk, kemungkinan persepsi mereka tidak berperilaku berisiko di Rutan karena tidak memperoleh kesempatan, namun sebelum masuk Rutan mereka melakukan tindakan yang berisiko. Pada pernyataan ini nilai baik yang 46,9 % .

Persepsi keyakinan responden berupa pemeriksaan PITC baru akan dilaksanakan jika menampakkan gejala penyakit yang sulit disembuhkan. Namun persepsi akan gejala sakit ini membuat responden menunda untuk memeriksakan diri mereka. Nilai yang dihasilkan dari keyakinan mereka terhadap munculnya gejala baru kemudian memeriksakan diri sebesar 53,9%.

Kebijakan akan pemanggilan WBP yang tidak pernah datang ke poli setelah cukup lama atau 1 bulan di tahan menjadi wacana yang sudah dibuatkan aturan dan tata kerjanya. Implementasi kebijakan ini merupakan sebuah kerja team yang terarah, sumber daya petugas dan mobilitas yang handal sangat di butuhkan untuk melaksanakan program ini dengan baik. Dengan mengharapkan mereka berkunjung ke Poli klinik kita dapat memantau kondisi mereka selama berada di Rutan. Kehilangan kontak dengan WBP yang berisiko terinfeksi HIV dengan mudah kita temukan.

Kendala di lapangan menjadikan program ini tidak berjalan sempurna, adanya kerja lintas program antara Poli klinik dengan bagian pengamanan. Informasi yang didapatkan di poli klinik bisa sampai ke bagian petugas pengamanan atau sipir.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi keyakinan manfaat PITC yang dirasakan oleh WBP dikaitkan dengan pemanfaatan Pelayanan PITC di Poli klinik. Hasil ini mengkonfirmasi hasil penelitian ( Budi, 2011 ) bahwa keyakinan seseorang akan manfaat sebuah pelayanan klinik VCT keliling memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan. Hasil penelitian lain yang secara substansinya juga menemukan sikap/pandangan terhadap pelayanan VCT pada sebagian WBP di Rutan medan menjelaskan bahwa kehandalan Pelayanan VCT berpengaruh

terhadap pemanfaatan klinik VCT. Mereka merasakan manfaat dan yakin mereka akan mendapatkan kebaikan dengan mengikuti program PITC maka mereka akan memanfaatkannya.

#### **8) Kebutuhan pelayanan yang dirasakan dengan Pemanfaatan pelayanan PITC**

Pemanfaatan pelayanan PITC oleh Petugas kesehatan akan dilakukan jika seseorang merasakan sebagai sebuah kebutuhan. Kebutuhan merupakan hal yang melekat pada diri seseorang dan mendasar sehingga sangat erat kaitannya dengan perilaku individu. Kebutuhan akan sebuah pelayanan kesehatan merupakan faktor yang memiliki kekuatan menggerakkan seseorang untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan.

Pernyataan nilai responden yang mereka rasakan terkait kebutuhan akan Pemeriksaan PITC berupa kerentanan tubuh membuat mereka membutuhkan pemeriksaan lanjutan. Besarnya pernyataan favorable pernyataan mengenai kerentanan

Kebutuhan akan pelayanan PITC menunjukkan bahwa responden menyadari akan munculnya gejala sakit, sehingga membuat tubuh rentan dan memerlukan pengobatan serta perawatan. Penularan HIV/AIDS melalui penggunaan jarum suntik ataupun melalui tattoo membuat responden merasa membutuhkan proteksi diri sebelum mereka memakai alat cukur teman sekamarnya atau tidak menggunakan alat tatto yang tidak steril. Khawatir alat yang digunakan akan menjadi media untuk menularkan penyakit.

Berdasarkan hasil penelitian ini banyak responden yang memperoleh nilai baik misalnya mengenai tubuh yang rentan sehingga membutuhkan pemeriksaan yang intensif.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi kebutuhan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan PITC. WBP merasa menjadi sebuah kebutuhan yang mendasar untuk memeriksakan diri mereka ke Poli klinik dan mendapatkan pelayanan PITC. Persepsi mereka bahwa mereka perlu dengan pelayanan PITC walaupun mereka belum



merasakan sakit dan gejala yang mencurigakan karena lingkungan mereka beresiko. Kebutuhan untuk memanfaatkan pelayanan PITC didorong oleh keseriusan penyakit yang dialami. Apabila mereka merasa rentan dengan perilaku beresiko terinfeksi HIV maka mereka akan melakukan upaya untuk mencari pertolongan. Kondisi penyakit HIV yang memakan waktu 5 – 10 tahun sejak mereka terkontaminasi dengan virus sampai muncul gejala, membuat WBP terkadang membuat sebagian merasa belum membutuhkan pelayanan PITC.

Rutan merupakan tempat penahan sementara atau dengan kata lain tempat penitipan WBP. WBP yang baru berada di Rutan membutuhkan waktu buat memikirkan hal-hal lain, karena pemikiran mereka adalah bagaimana caranya segera bisa dibebaskan. Waktu mereka yang sempit menyebabkan mereka lebih banyak mempersiapkan dan mengingat jadwal sidang serta bagaimana bisa survai dengan kondisi ini. Kebutuhan utama mereka terfokus pada pemikiran berapa lama vonis hukuman akan dijatuhkan. Dengan banyaknya informasi yang mereka peroleh dari WBP yang memanfaatkan PITC tentunya mendorong mereka untuk memanfaatkan PITC.

Rutan menjadi pintu gerbang pertama bagi WBP memasuki arena penahanan. Peran Petugas Kesehatan sangat penting di Rutan. Kondisi mereka yang hanya sebentar di Rutan membuat mereka harus segera di periksa kondisi kesehatannya. Pemeriksaan yang intensif diawal penerimaan WBP sangat memerlukan kejelian dari pihak Petugas Kesehatan. Terutama yang menjadi Team HIV/AIDS. WBP yang mempunyai kecenderungan beresiko dengan HIV segera di berikan pengarahan tambahan. Dan pemantauan yang intensif segera dan merencanakan dalam waktu dekat mereka bisa mendapatkan pelayanan PITC.

Kebijakan tentang Rencana Aksi Nasional terkait HIV AIDS di Lapas/Rutan (RAN, 2010) belum mengarahkan pada berapa lama dan kapan WBP yang beresiko harus segera dilakukan pemeriksaan. Hal ini mengantisipasi kendala dan hambatan yang ada di lapangan. Petugas akan kesulitan memanggil mereka ke poli klinik jika mereka sudah berbaur dengan lingkungan di blok

penahanan. Selama kurang lebih 1 bulan masa penahanan mereka masih ditempatkan di mapenaling, sehingga Petugas kesehatan lebih mudah untuk mengontrol mereka tentunya peran petugas keamanan mempunyai peran dengan mempermudah mereka ke poli klinik sehingga mereka yang beresiko bisa segera mendapatkan pemeriksaan.

### **9) Penerimaan stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC**

Stigma dan diskriminasi merupakan sebuah fenomena yang selalu dan sering dihadapi oleh penderita HIV/AIDS. Perlakuan dan pandangan sinis yang diterima dari lingkungan mereka terkait dengan penyakit yang mereka derita. Stigmatisasi merupakan bagian dari kendala yang dihadapi penderita di dalam penahanan (Micheal, 2000).

Diskriminasi yang diterima di lingkungan penahanan membuat mereka merasa terpuruk dan terisolir, sehingga mereka lebih memilih untuk menghindari pemeriksaan lebih lanjut. Stigma dan merasa dikucilkan menghambat tahanan untuk mencari diagnose dan pengobatan penyakit HIV. Sikap putus asa WBP karena mengalami kesulitan dalam melalui perawatan yang cukup lama. (Myer J, 2005)

Stigma dan diskriminasi yang sering dialami oleh penderita HIV/AIDS menyebabkan mereka memilih untuk tidak mengikuti pemeriksaan lanjutan. Hal ini dikarenakan persepsi yang kurang baik terhadap penderita atau WBP yang beresiko terinfeksi HIV/AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dan diskriminasi dengan pemanfaatan pelayanan PITC di poli klinik Rutan Cipinang. Penelitian tentang hubungan yang signifikan untuk tes HIV meliputi stigma terkait HIV di Afrika sub-sahara. Ketidakpercayaan dan stigma yang berhubungan dengan perilaku kesehatan termasuk kepatuhan terhadap perilaku berisiko HIV yang menggambarkan kesulitan untuk menjangkau mereka. Stigma HIV diidentifikasi oleh pemerintah dan pers sebagai salah satu sumber hambatan dalam tes HIV. (Weiser, 2006)

### **10) Dukungan orang lain untuk memanfaatkan Pelayanan Klinik PITC**

Dukungan dari pihak lain membuat WBP dapat memanfaatkan pelayananklinik PITC , dalam penelitian ini yang menjadi indicator adalah dukungan dari keluarga dan institusi. Sebagian besar WBP mendapatkan dukungan dari keluarga , dan institusi atau petugas kesehatan.

Dukungan yang diperoleh dari keluarga dan institusi merupakan faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan PITC. Selain petugas kesehatan di Poli klinik, Petugas keamanan yang menjaga pintu pengamanan juga mempunyai peran dalam mendukung pelaksanaan PITC.

Peran keluarga dalam mendukung WBP untuk mengikuti rangkaian pemeriksaan akan bernilai positif. Hal ini menjadi catatan penting karena WBP merasa sejak mereka ditahan maka kebebasan mereka untuk bertemu dengan keluarga sangat terbatas. Jika keluarga dapat membesuk dan mengunjungi mereka membuat kesadaran mereka untuk bisa memperbaiki diri akan lebih efektif.

Pelayanan PITC ini membutuhkan peran yang besar dari pihak Petugas kesehatan. Petugas kesehatan berperan aktif untuk melihat apakah WBP bersangkutan memiliki gejala-gejala terinfeksi HIV ataupun faktor risiko tinggi terpapar HIV. Setiap WBP yang datang ke poli klinik rutan dengan indikasi gejala-gejala infeksi HIV dapat segera dideteksi apakah positif HIV atau tidak sehingga deteksi dini HIV lebih efektif. Selain itu untuk situasi di Rutan, petugas kesehatan juga dapat “menjemput bola” dengan mendatangi orang-orang di blok yang memiliki risiko tinggi tertular HIV, seperti WBP karena memakai Napza suntik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi dukungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC. Adanya kerjasama antara pihak keluarga dengan pihak petugas kesehatan PITC, pihak pimpinan dan petugas keamanan sehingga segera mendapat dukungan dari semua sector. Penelitian lain (Budi,2011) menjelaskan bahwa dorongan yang baik diperoleh dari pihak lain selain keluarga. Jika dorongan yang terus

menerus dari pihak lain maka memiliki pengaruh yang besar terhadap pemanfaatan klinik VCT keliling.

Pada tahun 2010, Kemenkes menyatakan bahwa konsep PITC akan mulai diimplementasikan secara lebih luas pada tahun 2011. Sehingga diperlukan langka-langkah strategis untuk mengoptimalkan penerapan pelayanan PITC di Indonesia termasuk di Lapas/Rutan. Sebenarnya secara tidak langsung program ini sudah dijalankan oleh Rutan, namun masih perlu banyak perbaikan dari strategi pelaksanaan di lapangan.

Diperlukan komitmen dari pemerintah dalam mendukung terlaksananya program dan tercapainya suatu tujuan penanggulangan HIV/AIDS. Konsep dan kebijakan mengenai peran petugas kesehatan belum bisa maksimal dilaksanakan, terkait hambatan birokrasi dan Sumber daya yang terbatas. (Myer, 2005)

#### **11) Motivasi untuk mengakses Pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC**

Motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC di poli klinik merupakan bagian dari proses perubahan perilaku WBP. Motivasi dari WBP berkaitan erat dengan. Motivasi itu akan muncul dengan adanya kebutuhan, jika WBP tidak merasa suatu kebutuhan maka dorongan untuk bisa memanfaatkan pelayanan menjadi rendah. Materi yang diberikan kurang bervariasi, hal ini disebabkan karena kurangnya pelatihan dari petugas kesehatan untuk bisa memberikan penyuluhan yang mendorong mereka agar motivasinya meningkat.

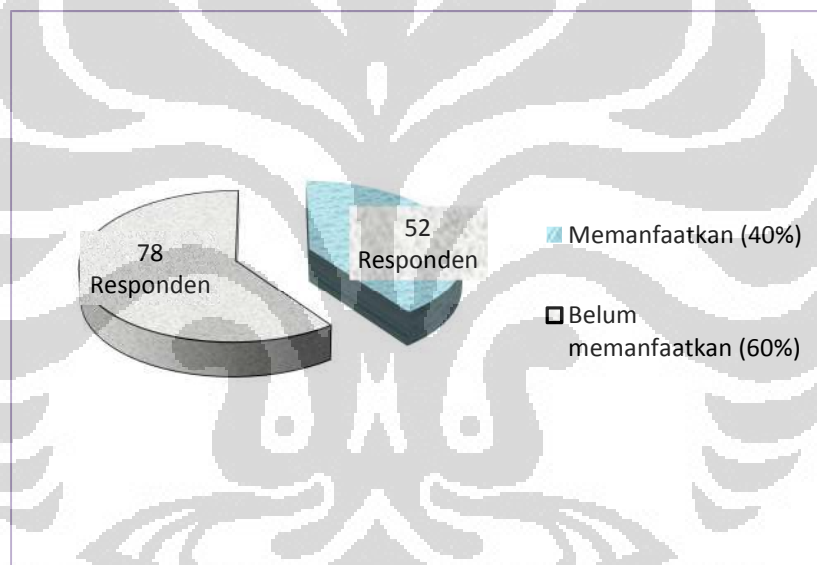
Namun dalam kondisi pemenjaraan WBP membuat mereka merasa putus asa. Peranan dari Petugas Keamanan yang dilibatkan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan secara lintas sektoral menjadi bahan pertimbangan. Sehingga WBP yang memerlukan penanggulangan HIV/AIDS diberi kemudahan dalam mengakses ke Poliklinik.

## BAB 6 HASIL PENELITIAN

### 6.1 Pemanfaatan pelayanan PITC

Pemanfaatan pelayanan PITC dikategorikan menjadi 2 (dua), yaitu responden yang memanfaatkan pelayanan dan tidak memanfaatkan pelayanan PITC di Poli klinik Rutan Klas I Cipinang.

Gambar : Diagram 6.1  
Pemanfaatan Pelayanan PITC



Berdasarkan penelitian ini responden yang belum memanfaatkan pelayanan PITC di Poli klinik yaitu sebanyak 60 % atau 78 responden dan memanfaatkan pelayanan PITC sebesar sedangkan 40 % atau 52 responden.

### 6.2 Karakteristik Individu Responden

Karakteristik demografi yang terdiri dari variabel usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, residivis, pengetahuan.

Tabel 6.1

Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan faktor demografi  
Di Poli klinik Rutan Klas I Cipinang

<b>Karakteristik Demografi</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentasi</b>
<b>Usia WBP</b>		
15-19	3	2,3
20 – 24	22	16,9
25 – 49	102	78,5
50 – 65	3	2,3
<b>Tingkat pendidikan</b>		
Tidak Tamat SD	9	6,90
Tamat SD/Sederajat	12	9,20
Tamat SLTP/Sederajat	35	26,9
Tamat SLTA/Sederajat	60	46,2
Tamat Akademi/Sarjana (S1)	13	10,0
Tamat Magister (S2)	1	0,8
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	55	42.3
Menikah	62	47.7
Cerai Hidup	13	10.0
<b>Frekuensi penahanan</b>		
1 kali	116	89.2
2 kali	13	10.0
5 kali	1	0.8

Hasil penelitian ini didapatkan nilai rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 32 tahun. Responden yang berusia remaja atau dibawah usia 24 tahun sebanyak 19,2 %. Rentang usia responden yang berada paling banyak terdapat pada usia antara 25 - 49 tahun yaitu sebanyak 102 orang atau 78,5 %. Terdapat juga responden yang berusia di bawah 20 tahun yaitu sebanyak 3 orang atau berkisar 2,3 %.

Tingkat pendidikan responden dapat dikatakan cukup tinggi, dimana sebagian besar pendidikan Tamat SMA yaitu sebanyak 60 orang atau 46,2%. Walaupun kondisi tingkat pendidikan rendahpun masih ada , tidak tamat SD atau tamat SD yaitu sebanyak 21 orang sekitar 16,1%. Untuk tingkat pendidikan yang tinggi terdapat 13 orang atau 10%. Sedangkan yang menamatkan jenjang Pasca sarjana sebanyak 1 orang atau 0,8 %.

Status pernikahan responden dalam penelitian ini sebagian besar menikah sebanyak 62 orang atau 47,7 %. Responden yang pernah menikah dan cerai sebanyak 13 orang atau 10%. Sedangkan yang belum menikah sebanyak 55 orang atau 42,3 %. Rata-rata sebagian besar responden pernah menikah.

Responden yang menjadi residivis ada 14 orang, dimana terbagi dalam, 2 kali menjalani masa hukuman di rutan cipinang sebanyak 13 orang atau sekitar 10%, namun yang menjalani sampai 5 kali penahanan ada 1 orang atau 0.8%. Selebihnya merupakan WBP baru 1 kali menjalani kehidupan di Rutan sebanyak 116 orang atau 89,2 %.

### 6.3 Pengetahuan tentang PITC

#### 6.3.1 Pengetahuan mengenai PITC di Rutan Klas I Cipinang

Tabel 6.2  
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden mengenai Pengetahuan PITC

No	Pernyataan	Jawaban		
		Ya (%)	Tidak (%)	Tidak Tahu (%)
1.	PITC dapat mengetahui penyakit HIV/AIDS	69 (53,1)	20 (15,4)	41 (31,5)
2.	Mendengar konseling HIV dan Test HIV	74 (56,9)	26 (20,0)	30 (23,1)
3.	Petugas Kesehatan memberi tahu PITC	64 (49,2)	45 (34,6)	21 (16,2)
4.	Pelayanan PITC dilakukan Team HIV/AIDS	70 (53,8)	17 (13,1)	43 (33,1)
5.	PITC memerlukan beberapa kali kunjungan	46 (35,4)	19 (14,6)	65 (50,0)
6.	PITC perlu pemeriksaan darah	74 (56,9)	12 (9,2)	44 (33,8)
7.	PITC berarti aman tidak tertular HIV/AIDS	38 (29,2)	37 (28,5)	55 (42,3)
8.	PITC penting buat WBP	83 (63,8)	7 (5,4)	40 (30,8)

Pengertian tentang PITC sebagai pemeriksaan untuk mengetahui penyakit HIV sebanyak 53% tahanan dan WBP menjawab benar. Peneliti juga melihat masih banyak responden yang tidak tahu jika PITC merupakan

pemeriksaan deteksi HIV/AIDS. sebanyak 31,5 % sedangkan yang mengatakan PITC bukan pemeriksaan untuk HIV sebanyak 15,4 % responden.

Responden yang pernah mendengar PITC sebanyak 56,9 % selain itu sebanyak 20% tidak pernah mendengar dan sisanya 23,1 % tidak tahu.

Petugas Kesehatan perlu memberi tahu terkait PITC , responden yang mengetahui sebanyak 49,2 % namun ada responden yang juga tidak perlu memberitahu tentang 34,6, sedangkan yang tidak tahu cukup banyak sekitar 16,2%.

PITC memerlukan beberapa kali kunjungan, sebanyak 35,4 % responden mengetahui namun yang tidak tahu jika kunjungan ini dilakukan beberapa kali sebanyak 50 %, sedangkan yang menyatakan tidak untuk beberapa kali sebesar 14,6%.

Pelayanan PITC memerlukan pemeriksaan darah, sebanyak 56,9 % responden mengetahui jika pemeriksaan darah diperlukan dalam PITC. Namun masih ada responden yang tidak tahu jika diperlukan pemeriksaan darah sebanyak 33,8%.

Mengikuti PITC berarti aman tidak tertular HIV/AIDS, dari hasil penelitian sebanyak 29,2 % responden menjawab benar sedangkan yang tidak sebanyak 28,5 %. Namun hasil yang paling banyak menjawab Tidak tahu 42,3 %.

PITC penting bagi responden, sebanyak 83 responden atau 63,8% menyatakan penting PITC bagi mereka. Namun ada yang menjawab tidak tahu sebanyak 30,8%.



### 6.3.2 Pengetahuan mengenai Pelayanan PITC di Poliklinik Rutan

Tabel 6.3  
Distribusi Frekuensi jawaban tentang Pengetahuan Pelayanan PITC di Poli Rutan  
Klas I Cipinang

No	Pernyataan	Jumlah Jawaban		
		Ada(%)	Tidak(%)	Tidak Tahu(%)
1.	Penyuluhan narkoba dan HIV/AIDS di Poli klinik	80(61,5)	12(9,2)	38(29,2)
2.	Layanan Pemeriksaan dan Pengobatan HIV/AIDS	78(60)	11(8,5)	41(31,5)
3.	Kegiatan Konseling dan tes HIV/AIDS	77(59,2)	11(8,5)	42(32,3)
4.	Pemeriksaan lanjutan bagi penderita HIV/AIDS	65(50)	11(8,5)	54(41,5)
5.	Tempat khusus untuk melayani PITC	62(47,7)	10(7,7)	58(46,6)
6.	Petugas Khusus Pelayanan PITC	67(51,5)	12(9,2)	51(39,2)
7.	Kegiatan pengambilan darah untuk test PITC	80(61,5)	8(6,2)	42(32,3)
8.	Penyuluhan tentang manfaat pelayanan PITC	73(56,2)	10(7,7)	47(36,2)

Kegiatan Penyuluhan narkoba diberikan kepada semua narapidana yang baru menjadi penghuni rutan, sehingga yang mengetahui adanya penyuluhan ini sebesar 61,5 %, sedangkan yang tidak setuju dan tidak tahu berkisar 38,5 %.

Responden yang mengetahui ada pelayanan PITC di Poli klinik sebanyak 80 orang dengan 61,5 %, sedangkan yang tidak mengetahui 11 (8,5%) dan 41(32,3%) tidak tahu.

Kegiatan konseling dan tes HIV/AIDS di Poli klinik diketahui oleh 59,2% responden, sedangkan yang menjawab tidak tahu sebanyak 32,3 % atau 42 responden.

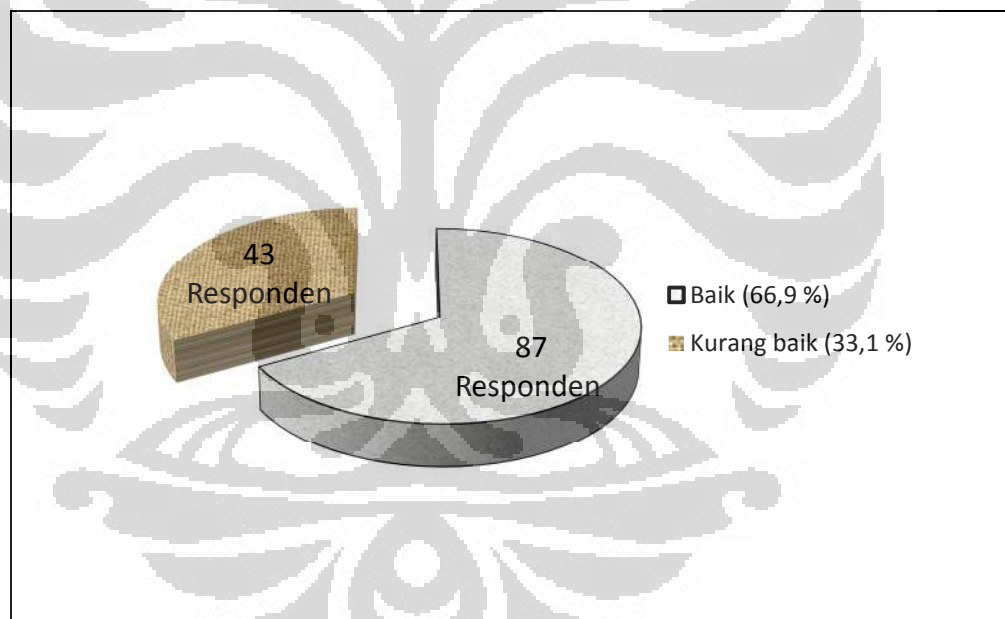
Pelayanan PITC dilakukan di tempat khusus, responden yang mengetahui di rutan ada tempat pemeriksaan khusus sebanyak 47,7 % namun yang tidak tahu juga banyak 46,6 atau 58 responden.

Kegiatan pengambilan darah untuk mengetahui kondisi status kesehatan terkait HIV/AIDS dapat dilakukan di Poliklinik bekerja sama dengan lembaga Swadaya Masyarakat. Sebanyak 61,5 % responden mengetahuinya, namun ada juga tahanan dan WBP yang tidak tahu jika dipoliklinik rutan bisa dilakukan pengambilan darah.

Sebagian besar 56,2 % atau 76 responden mengetahui adanya penyuluhan terkait manfaat PITC. Responden yang tidak tahu dengan penyuluhan ada di poli sebanyak 36,2 %.

Gambar : Diagram 6.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan dan Pelayanan PITC



Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik lebih banyak dari yang kurang baik. Jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 87 orang atau 66,9 %, sedangkan responden dengan pengetahuan kurang baik sebanyak 43 orang atau 33,1 %.

## 6.4 Keyakinan Terhadap Manfaat Pelayanan PITC

Tabel 6.4  
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Mengenai  
Keyakinan terhadap manfaat Pelayanan PITC

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
1.	Mengunjungi Poli klinik PITC bermanfaat melindungi diri agar tidak tertular HIV/AIDS	55(42,3)	69(53,1)	6(4,6)	0(0,0)
2.	Mengikuti program layanan PITC membuat perasaan tenang	42(32,3)	85(65,4)	3(2,3)	0(0,0)
3.	Teman yang mengikuti program PITC telah mengurangi perilaku berisiko HIV	32(24,6)	82(63,1)	11(8,5)	5(3,8)
4.	Perlunya pemeriksaan HIV karena lingkungan Rutan merupakan berisiko HIV/AIDS	50(38,5)	73(56,2)	6(4,6)	1(0,8)
5.	Jika kita tidak mempunyai perilaku berisiko HIV/AIDS maka pemeriksaan PITC tidak diperlukan	9(6,9)	44(33,8)	48(36,9)	29(22,3)
6.	Memanfaatkan pelayanan PITC tidak akan merubah status kesehatan saya, karena masih menunjukkan perilaku berisiko HIV/AIDS	12(9,2)	55(42,3)	41(31,5)	22(16,9)
7.	Informasi HIV/AIDS tidak akan diperoleh jika tidak mengikuti program PITC	35(26,9)	69(53,1)	18(13,8)	8(6,2)
8.	Kegiatan saya tidak berisiko sehingga tidak perlu mengunjungi klinik PITC	8(6,2)	61(46,9)	33(25,4)	28(21,5)
9.	Pemeriksaan PITC tidak mesti segera dilakukan karena belum ada gejalanya	12(9,2)	48(36,9)	37(28,5)	33(25,4)
10.	Setelah mengunjungi Poli klinik PITC mendapatkan kemudahan untuk mengecek kondisi penyakit	39(30,0)	82(63,1)	5(3,8)	4(3,1)

Min\_Max : 12 - 28 Mean : 21,34

Mengunjungi Poli klinik PITC dapat bermanfaat melindungi diri agar tidak tertular penyakit HIV/AIDS, sebanyak 69 responden atau 53,1 % menyatakan setuju dan sangat setuju sebanyak 42,3%.

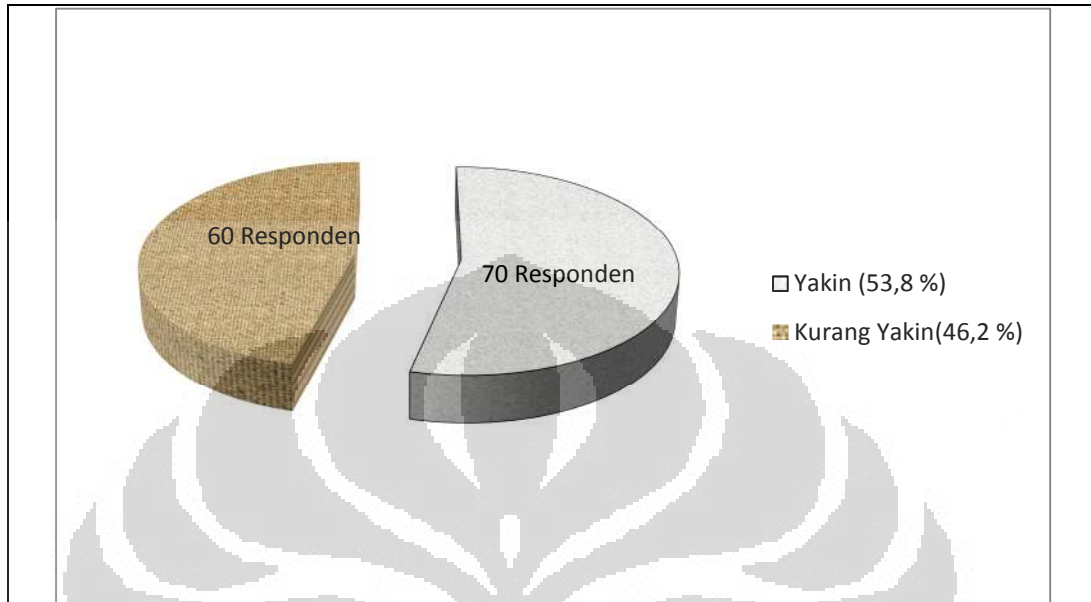
Pemeriksaan HIV diperlukan karena kondia lingkungan Rutan yang merupakan tempat berisiko terinfeksi HIV/AIDS maka yang menjawab setuju 56,2 % namun hanya 0,8% yang sangat tidak setuju dengan pernyataan itu.

Responden yang mempunyai keyakinan bahwa dirinya tidak mesti memeriksakan diri karena yakin tidak ada sejarah yang mengarah ke risiko terinfeksi penyakit HIV/AIDS, sebanyak 36,9 % yang setuju dengan pernyataan itu.

Pernyataan yang mengatakan bahwa pemeriksaan HIV/AIDS tidak perlu segera jika belum ada gejala, banyak responden yang setuju 36,9% , sedangkan yang tidak menyetujui dan sangat tidak menyetujui pernyataan itu sebesar 63,9%.

Responden yang menjawab terkait perilaku yang tidak berisiko maka tidak perlu memeriksakan diri ,yang setuju dengan pernyataan ini sebanyak 9 responden atau 6,9 % , namun responden yang menjawab tidak setuju 36,9% atau 48 orang.

Gambar 6.3  
Distribusi Frekuensi responden Berdasarkan Keyakinan terhadap manfaat  
PITC Poli Klinik Rutan Klas I Cipinang



Hasil Penelitian terhadap responden yang mempunyai keyakinan lebih besar maka akan lebih baik dari responden yang memiliki keyakinan kurang baik terhadap pemanfaatan pelayanan PITC di Poli Klinik Rutan Cipinang. Berdasarkan tabel yang kita peroleh menunjukkan bahwa sebanyak 70 orang atau 53,8 % mempunyai keyakinan yang baik tentang pemanfaatan Pelayanan PITC.

## 6.5 Kebutuhan terkait pelayanan PITC

Tabel 6.5  
Distribusi Frekuensi jawaban kebutuhan terkait Pelayanan PITC

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
1.	Tubuh rentan dan perlu pemeriksaan intensif	57(43,8)	70(53,8)	3(2,3)	0(0,0)
2.	Saya enggan untuk datang memeriksakan diri	10(7,7)	72(55,4)	21(16,2)	27(20,8)
3.	Penderita HIV/AIDS membutuhkan pelayanan dan penanganan yang serius	62(47,7)	61(46,9)	6(4,6)	1(0,8)
4.	Pelayanan PITC untuk mengetahui kondisi kesehatan saya khususnya mengenai penyakit HIV/AIDS	46(35,4)	74(56,9)	10(7,7)	0(0,0)
5.	Anjuran PITC karena sakit yang sulit diobati	28(21,5)	78(60,0)	21(16,2)	3(2,3)
6.	Bagi penderita diterima di lingkungannya dibandingkan sakit yang dialami	36(27,7)	77(59,2)	14(10,8)	3(2,3)
7.	Penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan HIV (PITC)	43(33,1)	78(60,0)	7(5,4)	2(1,5)
8.	Penderita HIV/AIDS perlu tempat yang nyaman untuk pelayanan konsultasi PITC.	42(32,3)	81(62,3)	6(4,6)	1(0,8)
9.	Kondisi lingkungan yang sempit dan padat membuat khawatir jika tidak mengikuti layanan PITC	34(26,2)	74(56,9)	18(13,8)	4(3,1)
10.	Obat-obatan bebas yang dibawa keluarga saat besukan lebih cocok	28(21,5)	61(46,9)	23(17,7)	18(13,8)

Mean : 18,93 Min\_Max : 11 - 29

Penderita HIV/AIDS memiliki kerentanan dan memerlukan pemeriksaan yang intensif bagi penyakit yang diderita, responden yang sangat setuju dan setuju dengan pernyataan ini sebesar 43,8% dan 53,8%.

Responden merasa enggan untuk memeriksakan diri walaupun mereka yakin manfaat PITC. Dari pernyataan non favorable ini mendapatkan hasil bahwa 72 responden setuju atau 55,4% tidak mau memeriksakan diri.

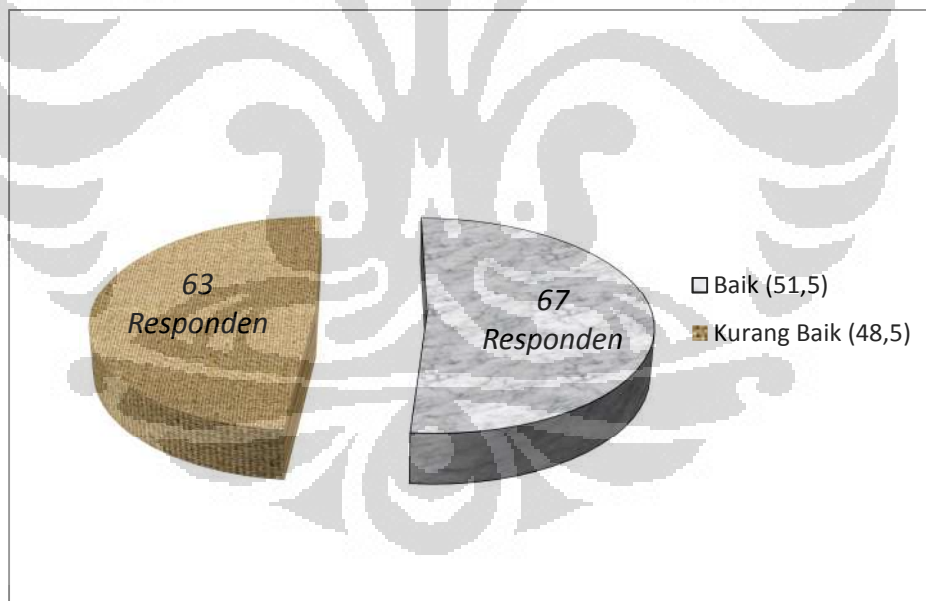
Penyuluhan akan pentingnya pemeriksaan HIV dengan inisiatif petugas, sebanyak 78 responden menjawab setuju sedangkan yang tidak setuju ada 7 responden 5,4%.

Pernyataan mengenai kebutuhan akan pelayanan PITC dikarenakan kondisi kesehatan mereka terkait HIV/AIDS maka yang tidak setuju dengan pernyataan itu 7,7%, selebihnya menyatakan setuju.

Lingkungan rutan yang sempit dan padat membuat mereka khawatir jika tidak mengikuti pelayanan PITC, kebutuhan karena mengkhawatirkan penularan HIV/AIDS sebanyak 56,9% setuju dengan pernyataan itu.

Gambar : Diagram 6.4

Distribusi frekuensi Berdasarkan Persepsi Kebutuhan Pelayanan PITC



Kebutuhan responden akan pelayanan PITC baik sebanyak 51,5% atau 67 responden, sedangkan kebutuhan kurang baik sebanyak 48,5%.

## 6.6 Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS

Tabel 6.6  
Distribusi Frekuensi jawaban Responden Sikap terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
1.	Penderita HIV/AIDS malu jika status kesehatannya diketahui	35(26,9)	63(48,5)	26(20,0)	6(4,6)
2.	Kekhawatir pemeriksaan HIV karena takut ketahuan penyakitnya	12(9,2)	70(53,8)	32(24,6)	16(12,3)
3.	Ada obat namun penyakit HIV/AIDS ada susah diobati dan sulit disembuhkan.	5(3,8)	52(40,0)	48(36,9)	25(19,2)
4.	Pandangan yang merendahkan penderita HIV/AIDS membuat enggan berobat ke Poli klinik PITC	11(8,5)	67(51,5)	37(28,5)	15(11,5)
5.	Petugas team HIV/AIDS ramah dalam penyuluhan dan pemeriksaan	39(30,0)	83(63,8)	8(6,2)	0(0,0)
6.	Kekhawatiran akan dikembalikan jadi mengaku sehat pada petugas	10(7,7)	63(48,5)	40(30,8)	17(13,1)
7.	Hasil pemeriksaan HIV positif, kemungkinan dikucilkan teman-teman	18(13,8)	54(41,5)	43(33,1)	15(11,5)
8.	Seandainya saya menderita HIV/AIDS, keluarga tidak akan mau menjenguk	23(17,7)	66(50,8)	28(21,5)	13(10,0)
9.	Meskipun menurut petugas hasil pemeriksaannya bersifat rahasia	10(7,7)	41(31,5)	59(45,4)	20(15,4)
10.	Jika sering datang ke klinik PITC orang-orang akan mencurigai sebagai penderita HIV/AIDS.	31(23,8)	39(30,0)	44(33,8)	16(12,3)

Mean : 23,52 Min\_Max : 13 - 39



Responden sangat setuju dengan pernyataan non favorabel bahwa penderita HIV/AIDS malu sebesar 26,9 %, sedangkan yang setuju lebih tinggi yaitu 48,5 %, sedangkan yang tidak setuju dengan pernyataan ini 20%, bahkan ada yang sangat tidak setuju dengan pernyataan ini 4,6 %.

Pernyataan mengenai kekhawatiran mereka jika melakukan pemeriksaan maka penyakit mereka akan ketahuan, responden yang setuju atau menerima pernyataan itu sebanyak 53,8%, namun yang tidak menerima atau tidak setuju dengan pernyataan itu 24,6%.

Dalam pengobatan HIV/AIDS, penerimaan stigma terkait bahwa penyakit ini susah untuk diobati dan sulit disembuhkan, maka responden yang menerima pernyataan ini 40% sedangkan yang tidak menerima sebanyak 36,9%.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang menilai bahwa petugas melayani dengan ramah merupakan pertanyaan yang bernilai tinggi sebesar 82,2 %. Sedangkan pertanyaan yang sifatnya non favorable terlihat tinggi pada pertanyaan merasa malu seandainya status kesehatannya diketahui oleh orang lain sebesar 75,4%.

Pernyataan mereka akan diperlakukan berbeda atau direndahkan dengan mendapat perlakuan diskriminasi yang merendahkan penderita HIV/AIDS , membuat mereka enggan untuk datang. Responden yang menerima pernyataan ini sebanyak 51,5% sedangkan yang tidak menerima 28,5%.

Pemeriksaan HIV/AIDS yang akan mengetahui kemungkinan status mereka HIV positif membuat perasaan mereka akan dikucilkan oleh teman-teman. Responden yang menerima pernyataan ini sebesar 41,6% ,sedangkan sebanyak 33,1% tidak menerima pernyataan ini.

Keluarga tidak akan menjeguk jika mereka diketahui menderita penyakit HIV/AIDS, pernyataan ini mempengaruhi persepsi mereka sehingga responden yang menyetujui pernyataan ini sebesar 50,8% setuju, sedangkan yang tidak menerima pernyataan ini 21,5%.

Pemeriksaan tes HIV/AIDS bersifat rahasia, namun banyak yang tidak menerima pernyataan ini sebanyak 45,4% responden tidak menerima pernyataan ini, sedangkan yang menerima hanya 31,5%.

Pernyataan yang mengatakan bahwa jika mereka sering datang dan berobat ke poliklinik mereka orang yang berisiko terinfeksi, maka responden yang tidak setuju sebanyak 33,8 %.

Gambar : Diagram 6.5

Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS bagi responden



Berdasarkan hasil penelitian responden yang menerima stigma sebanyak 38,5 % sebanyak 50 responden, sedangkan yang tidak menerima sebanyak 61,5% atau 80 responden.

### 6.7 Dukungan dari pihak lain (keluarga dan institusi)

Tabel 6.7  
Distribusi Frekuensi jawaban Persepsi Dukungan Orang lain

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS	S	TS	STS
1.	Keluarga sangat mendukung untuk mengikuti pelayanan PITC	34(26,2)	85(65,4)	11(8,5)	0(0,0)
2.	Walaupun sakit di tahanan, keluarga tidak akan menjenguk	11(8,5)	70(53,8)	32(24,6)	17(13,1)
3.	Keluarga tidak memiliki waktu dan biaya	7(5,4)	62(47,7)	40(30,8)	21(16,2)
4.	Petugas kesehatan punya waktu khusus untuk konsultasi	37(28,5)	80(61,5)	10(7,7)	3(2,3)
5.	Petugas mengajak untuk mengikuti program PITC	26(20,0)	89(68,5)	14(10,8)	1(0,8)
6.	Petugas kesehatan memanggil untuk pemeriksaan kondisi kesehatan	31(23,8)	79(60,8)	18(13,8)	2(1,5)
7.	Berobat ke Poli Klinik menunggu lama karena petugas kurang sigap mencari data status	4(3,1)	46(35,4)	47(36,2)	33(25,4)
8.	Urutan pemeriksaan untuk PITC terlalu rumit dan membuat bingung	2(1,5)	63(48,5)	42(32,3)	23(17,7)
9.	Materi penyuluhan kurang variatif sehingga tidak menarik	4(3,1)	55(42,3)	48(36,9)	23(17,7)
10.	Ruangan konsultasi kurang nyaman dan kurang mendukung kerahasiaan pasien	20(15,4)	61(46,9)	42(32,3)	7(5,4)

Mean : 22,98 Min\_Max : 13 - 29

Dukungan keluarga agar responden mengikuti pelayanan PITC, sebanyak 65,4% setuju dengan pernyataan ini. Sedangkan yang tidak setuju dengan pernyataan ini hanya 8,5%.

Banyak dari tahanan dan WBP yang menyetujui pernyataan bahwa jika mereka sakit tidak ada pihak keluarga yang datang menjenguk, responden yang setuju sebanyak 53,8% sedangkan yang tidak setuju 24,6%.

Petugas kesehatan mempunyai waktu khusus untuk konsultasi, tahanan dan WBP yang menyetujui pernyataan ini sebesar 61,5%, sedangkan yang tidak setuju ada 7,7%.

Petugas dapat mengajak mereka untuk mengikuti pelayanan PITC terkait kondisi mereka, responden yang menerima bahwa petugas perlu melakukan kegiatan itu sebanyak 68,5% sedangkan yang tidak menyetujui jika petugas mengajak mereka 7,7 %.

Responden yang menyetujui jika petugas kesehatan sebaiknya memanggil mereka untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut sebanyak 60,8%, sedangkan responden yang tidak setuju dengan pernyataan itu sebesar 10,8%.

Petugas yang kurang sigap mencari data status tahanan dan WBP membuat mereka menunggu lama, responden yang tidak setuju dengan pernyataan itu sebesar 36,2 dan sangat tidak setuju 25,4%.

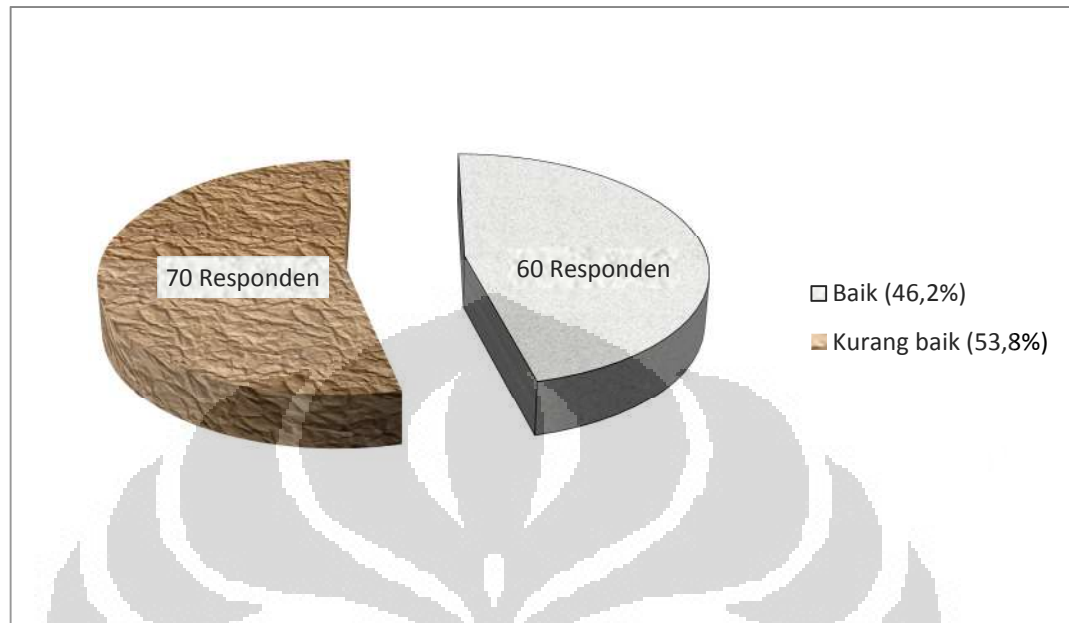
Pemeriksaan PITC terlalu rumit dan membuat tahanan bingung, responden yang menyetujui pernyataan itu sebanyak 48,5% , sedangkan yang tidak setuju 32,3%.

Materi yang diberikan pada saat penyuluhan kurang variatif, responden yang setuju 42,3% sedangkan yang menyatakan tidak setuju dan sangat tidak setuju dengan pernyataan ini sebesar 36,9% dan 17,7%.

Kondisi ruangan konsultasi yang tidak nyaman dan kurang mendukung kerahasiaan pasien sebanyak 46,9% setuju dan sangat tidak setuju sebanyak 15,4%.

Gambar : Diagram 6.6

Dukungan (keluarga dan institusi) terhadap pemanfaatan PITC



Dukungan yang baik sebanyak 46,2 % sebanyak 60 responden memperoleh dukungan keluarga dan institusi, sedangkan 53,8% dukungan kurang baik atau 70 responden.

### 6.8 Motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC

Motivasi responden dilihat dari bagaimana dirinya terdorong untuk mengikuti pelayanan PITC di Poli klinik. Hasil penelitian dari delapan pertanyaan memberikan hasil sebagai berikut.

Tabel 6.8  
Distribusi Frekuensi jawaban Persepsi Motivasi

No.	Pernyataan	Persepsi			
		SS	S	TS	STS
1.	Saya mengikuti pelayanan PITC karena tidak dipungut biaya	45(34,6)	64(49,2)	19(14,6)	2(1,5)
2.	Saya memiliki kemudahan untuk mengakses layanan PITC di Poli Klinik	39(30,0)	69(53,1)	17(13,1)	5(3,8)
3.	Obat-obatan yang diberikan cukup efektif mengurangi gejala penyakit saya	26(20,0)	70(53,8)	26(20,0)	8(6,2)
4.	Kegiatan di poli klinik VCT menarik dan menimbulkan keingin tahuan saya untuk mengunjunginya	35(26,9)	71(54,6)	15(11,5)	9(6,9)
5.	Petugas jaga pintu gerbang sering terlambat membukakan pintu sehingga saya dan teman-teman menunggu cukup lama untuk ke poli klinik	5(3,8)	41(31,5)	31(23,8)	53(40,8)
6.	Jadwal kedatangan petugas poli klinik tepat waktu sehingga saya dengan cepat dapat terlayani	39(30,0)	71(54,6)	16(12,3)	4(3,1)
7.	Petugas mampu menjawab semua pertanyaan saya dengan rinci dan jelas	38(29,2)	59(45,4)	29(22,3)	4(3,1)
8.	Petugas menjawab pertanyaan dengan ramah dan bersahabat	40(30,8)	52(40,0)	32(24,6)	6(4,6)

Mean : 16,77 Min\_Max : 10 - 23

Mengikuti pelayanan PITC tanpa dipungut biaya sebanyak 34,6% responden sangat setuju, namun ada yang menjawab tidak setuju sebanyak 14,6% atau 19 respon tanpa dipungut biaya mereka tetap memeriksakan diri untuk PITC.

Responden yang menyetujui pernyataan akses untuk pelayanan PITC cukup mudah ada sebanyak 53,1% dan yang tidak setuju 13,1%.

Motivasi akan persepsi obat-obatan cukup efektif mengurangi gejala penyakit, yang menjawab setuju pada pernyataan ini sebanyak 53,8%.

Kendala Penjaga pintu gerbang sering terlambat membukakan pintu, pernyataan ini mengandung makna nonfavorable, sehingga jawaban sangat tidak setuju sebanyak 40,8%.

Motivasi dari petugas berupa jadwal kedatangan dan pengetahuan petugas tentang penyakit HIV/AIDS. Merupakan pernyataan yang mendapat jawaban setuju 54,6%.

Gambar : Diagram 6.7

Motivasi untuk mengakses pelayanan PITC



Motivasi tinggi sebanyak 48,5% atau 63 responden sedangkan motivasi rendah sebanyak 51,2 % atau 67 responden.

### 6.9 Hubungan karakteristik demografi WBP dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Hasil analisis hubungan dua variabel untuk melihat hubungan antara variabel independen yang meliputi karakteristik demografi dengan pemanfaatan

pelayanan PITC menggunakan analisis *chi square*. Analisis *chi square* merupakan tabel 2x2 maka untuk kelompok usia di jadikan 2 kategori , 18-25 tahun sebagai remaja dan 26 – 60 tahun sebagai dewasa. Hasil analisis ditampilkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 6.9  
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Demografi  
dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Karakteristik Individu	Pemanfaatan Pelayanan PITC				Total		P Value
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		N	%	
	N	%	N	%			
Kelompok Usia							
18 – 25 tahun	20	63,5	12	37,5	32	100	0,901
26 – 60 tahun	58	59	40	41	98	100	
Status Pernikahan							
Belum Menikah	30	54,4	25	45,5	55	100	0.365
Sudah/Pernah Menikah	48	64	27	36	75	100	
Tingkat Pendidikan							
Pendidikan ≤ SMP	31	55,4	25	44,6	56	100	0.448
Pendidikan ≥ SMA	47	63,5	27	36,5	74	100	
Residivis							
Residivis	13	65	7	35	20	100	0.804
Bukan Residivis	65	59,1	45	40,9	110	100	
Pengetahuan PITC							
Baik	35	45,5	42	54,5	77	100	0,000
Kurang baik	43	81,1	10	18,9	53	100	

Hasil analisis hubungan antara kelompok usia dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 40 (41 %) responden termasuk kelompok usia 26 – 60 tahun dan memanfaatkan pelayanan PITC.



Hasil uji statistic pearson chi square diperoleh nilai  $p = 0,901$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kelompok usia dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 25 (45,5 %) responden yang belum menikah dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.365$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 25 (44,6) responden yang berpendidikan rendah dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.448$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang pelayanan PITC di rutan dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 42 (54,4%) responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang PITC dan pelayanan PITC di rutan dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.000$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang pelayanan PITC di Rutan dengan pemanfaatan pelayanan PITC

Hubungan karakteristik demografi yang diukur dari usia, status pernikahan, tingkat pendidikan dan residivis memiliki nilai  $p$  value yang  $> 0,05$  sehingga tidak memiliki hubungan yang signifikan. Sedangkan Pengetahuan  $p$  value  $< 0,05$  maka ada hubungan yang signifikan.

### **6.10 Hubungan Faktor Psiko sosial dengan pemanfaatan Pelayanan PITC**

Keyakinan akan manfaat PITC dihubungkan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC menggunakan analisis *Chi square*.

Tabel 6. 10  
Distribusi Responden Hubungan faktor Psiko sosial  
dan Faktor dukungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Karakteristik Psiko sosial	Pemanfaatan Pelayanan PITC				Total		P Value
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		N	%	
	N	%	N	%			
<b>Keyakinan terhadap manfaat PITC</b>							
Yakin	21	41,22	30	58,8	51	100	<b>0,001</b>
Kurang yakin	57	72,2	22	27,8	79	100	
<b>Kebutuhan terkait Pelayanan PITC</b>							
Baik	33	49,3	34	50,7	67	100	<b>0,016</b>
Kurang Baik	45	71,4	18	28,6	63	100	
<b>Penerimaan Stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS</b>							
Menerima	21	42	29	58	50	100	<b>0,002</b>
Tidak menerima	57	71,2	23	28,8	80	100	
<b>Dukungan orang lain</b>							
Baik	27	45	33	55	60	100	<b>0,002</b>
Kurang baik	51	72,9	19	27,1	70	100	
<b>Motivasi untuk mengakses Pelayanan</b>							
Tinggi	33	52,4	30	47,6	63	100	<b>0,123</b>
Rendah	45	44,3	22	55,7	67	100	

Hasil analisis hubungan antara persepsi keyakinan tentang manfaat pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 30 (58,8 %) responden yang memiliki persepsi keyakinan yang baik akan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.001$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang keyakinan manfaat pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara persepsi tentang Kebutuhan terhadap pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 34 (50,7%) responden yg memiliki persepsi yang baik tentang kebutuhan terhadap pelayanan PITC dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0,016$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kebutuhan terhadap pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara persepsi stigma dan diskriminasi responden dengan Pemanfaatan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 29 orang (58 %) responden yang memiliki persepsi menerima stigma dan diskriminasi akan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0.002$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi stigma dan diskriminasi dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan antara dukungan untuk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 33 (55 %) responden yang dukungan yang baik utk memanfaatkan pelayanan PITC, dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0,002$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan utk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Hasil analisis hubungan motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC diperoleh bahwa ada sebanyak 30 (57.6%) responden yang motivasi yang baik untuk memanfaatkan pelayanan PITC dan memanfaatkan pelayanan PITC.

Hasil uji statistic diperoleh nilai  $p = 0,123$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi untuk memanfaatkan pelayanan PITC dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

### 6.11 Ringkasan Analisis Bivariat

Ringkasan dari hasil analisis bivariat terhadap variabel-variabel yang dapat berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PITC.

Tabel 6.11  
Ringkasan Hasil Analisis Bivariat

Variabel independen	Variabel dependen	Signifikasi	Nilai <i>p value</i>
Usia	Pemanfaatan Pelayanan PITC	Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,901
Status pernikahan		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,365
Pendidikan		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,448
Residivis		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,804
<b>Pengetahuan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,000</b>
<b>Keyakinan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,001</b>
<b>Kebutuhan pelayanan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,016</b>
<b>Stigma dan diskriminasi</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,002</b>
<b>Dukungan</b>		<b>Ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC</b>	<b>0,002</b>
Motivasi		Tidak ada hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan PITC	0,123

### 6.12 Seleksi Bivariat

Variabel-variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan nilai  $p\text{ value} < 0,25$  maka variabel

tersebut bisa langsung masuk ke tahap multivariat. Untuk tabel independen yang menghasilkan  $p$  value  $> 0,25$  dan dianggap penting maka variabel tersebut dapat dimasukan juga ke dalam model multivariat.

Setelah dilakukan seleksi bivariat dengan menggunakan model regresi logistic prediksi, kita dapat melihat hasil nilai  $p$  value pada colum omnibus test di bagian blok. Hasil seleksi sebagai berikut :

Tabel 6.12

Hasil seleksi Bivariat menggunakan Omnibus Variabel Independen dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

No	Variabel Independen	Nilai $p$ value
1.	Pengetahuan tentang Pelayanan PITC	0,000
2.	Keyakinan akan manfaat Pelayanan PITC	0,000
3.	Stigma dan diskriminasi terhadap Pelayanan PITC	0.001
4.	Dukungan keluarga dan institusi dalam Pemanfaatan PITC	0,001
5.	Kebutuhan terhadap pelayanan PITC	0,009
6.	Motivasi untuk mengakses Pelayanan PITC	0,085

### 6.13 Uji Regresi logistic

Hasil seleksi bivariat semua variabel yang menunjukkan nilai  $p$  value  $< 0,25$  diikutkan dalam analisa multivariate. Dari hasil uji regresi logistic maka nilai  $p$  value motivasi 0,542 , lebih dari 0,05. Maka motivasi dikeluarkan dari dari permodelan. Setelah dikeluarkan kita melihat perubahan nilai OR untuk variabel yang lain.

Tabel 6.13

Perubahan OR jika motivasi dikeluarkan

Variabel	OR Motivasi ada	OR Motivasi tak ada	Perubahan OR
Dukungan	9668	9993	3,3 %
Stigma	20485	20781	1,4 %

Pengetahuan	6436	6587	<b>2,3 %</b>
Kebutuhan	5615	6130	<b>9,1 %</b>
Keyakinan	12493	12327	<b>1,3 %</b>

Dengan hasil perbandingan OR tidak terlihat ada yang > 10 % dengan demikian motivasi dikeluarkan dari model.

Tabel 6.14

Hasil uji Regresi logistic Akhir antara Variabel Independen dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC

Variabel	Signifikan	Wald	Exp (B)	95,0 % C.I. for EXP (B)	
				lower	Upper
<b>Pengetahuan Pelayanan PITC</b>	0,001	11.723	6.587	2.239	19.382
<b>Kebutuhan pelayanan PITC</b>	0,002	9.754	6.130	1.965	19.126
<b>Keyakinan akan manfaat PITC</b>	0,000	16.362	12.327	3.650	41.631
<b>Penerimaan Stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS</b>	0,000	18.260	20.781	5.168	83.566
<b>Dukungan keluarga dan institusi</b>	0,000	12.884	9.993	2.843	35.150

Dari analisis multivariat, ternyata variabel yang memiliki kekuatan hubungan paling signifikan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC adalah Penerimaan terhadap stigma dan diskriminasi terkait HIV/AIDS. Sedangkan variabel keyakinan manfaat pelayanan PITC, dukungan dari orang lain, kebutuhan terkait pelayanan PITC dan pengetahuan tentang pelayanan PITC sebagai karakteristik individu mempunyai hubungan yang signifikan

## Lampiran 1

### PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Leni syafitri  
Umur ; 36 tahun  
Status : Mahasiswa Pasca Sarjana Kebijakan dan hukum Kesehatan FKM  
UI  
Alamat : Jln Raya Menjangan Q 2 no.28 cikarang Baru\_Kab, Bekasi

Dengan ini mengajukan permohonan kepada saudara untuk bersedia menjadi responden dalam kegiatan penelitian tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan VCT/PITC di Poli Klinik Rutan Klas I Cipinang. sebagai syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Kegiatan peneltian ini bertujuan untuk memahami hal-hal yang terkait dengan pemanfaatan pelayanan PITC bagi warga binaan pemsyarakatan di Rutan Klas I Cipinang Jakarta Timur. Informasi yang saudara berikan akan saya jaga kerahasiaanya. Saudara berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama pengisian angket ini saudara merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam penelitian ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas kesediaan saudara saya mengucapkan terimakasih.

Jakarta, April 2012

Hormat saya,

Leni Syafitri

**NAPI/TAHANAN**

## **KUESIONER**

Universitas Indonesia

**PEMANFAATAN PELAYANAN PITC (VCT dengan inisiatif petugas)  
BAGI WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN YANG BERESIKO TINGGI  
HIV/AIDS**

<b>A. KARAKTERISTIK</b>		
1	Nama (inisial)	.....
2	Berapa umur anda saat ini	.....tahun
3	Pendidikan tertinggi apa yang pernah/sedang Anda duduki?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah sekolah</li> <li>2. Tidak tamat SD</li> <li>3. Tamat SD/ sederajat</li> <li>4. Tamat SLTP/ sederajat</li> <li>5. Tamat SLTA/ sederajat</li> <li>6. Tamat Akademi/ Sarjana (S1)</li> <li>7. Tamat Magister (S2)</li> </ol>
4	Apa <b>status perkawinan</b> Anda saat ini?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum menikah</li> <li>2. Menikah</li> <li>3. Cerai hidup</li> <li>4. Cerai mati</li> </ol>
5	Status Pidana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Narapidana</li> <li>2. Tahanan</li> </ol>

**B. PENGALAMAN MENJALANI HUKUMAN/PENAHANAN**

**Hukuman/ Penahanan yang Sekarang ini**



6	Sudah berapa lama anda menjalani penahanan di Rutan Cipinang?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 bulan</li> <li>2. 1 – 3 bulan</li> <li>3. 3 - 6 bulan</li> <li>4. &gt;1 tahun</li> </ol>
7	Berapa lama hukuman yang akan anda jalani?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 1 tahun</li> <li>2. 1 - 2 tahun</li> <li>3. &gt;2 tahun</li> </ol>
8	Hukuman/penahanan yang anda jalani sekarang terkait kasus apa?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Narkoba</li> <li>2. Kriminal</li> <li>3. Koruptor</li> <li>4. Teroris</li> </ol>
9	Jika anda dihukum/ditahan terkait kasus Narkoba, anda ditangkap sebagai apa?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengguna</li> <li>2. Pengekar</li> <li>3. Pengguna dan pengekar</li> <li>4. Produsen</li> </ol>

<b>Hukuman sebelumnya</b>		
10	Apakah anda pernah di penjara sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ol>
11	Berapa kali anda pernah dipenjarakan termasuk yang sekarang ini?	..... kali
12	Berapa kali anda dipenjarakan karena kasus Narkoba termasuk hukuman yang sekarang ini?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. .... kali</li> <li>2. Tidak pernah dipenjarakan karena kasus Narkoba</li> </ol>
<b>C. PENGETAHUAN TENTANG PITC (VTC dengan inisiatif petugas)</b>		
13	Apakah seseorang bisa mengetahui penyakit HIV/AIDS melalui	1. Ya

	pemeriksaan PITC (VCT dengan inisiatif petugas)?	2. Tidak 3. Tidak Tahu
14	Apakah Anda pernah mendengar tentang konseling HIV dan test pengujiannya?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu
15	Apakah Anda pernah diberitahukan tentang PITC (VCT inisiatif petugas) selama anda berada di Rutan?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu
16	Apakah pelayanan PITC bisa dilakukan oleh Team HIV/AIDS di poli klinik Rutan ?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu
17	Apakah pelayanan VCT memerlukan beberapa kali kunjungan?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu
18	Apakah pelayanan VCT memerlukan pemeriksaan darah untuk melanjutkan diagnosis penyakit?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu
19	Apakah jika dengan mengikuti VCT anda aman tertular HIV/AIDS ?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu
20	Apakah anda berpikir bahwa PITC (VCT dengan inisiatif petugas) penting buat anda?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Tahu

<b>PENGETAHUAN TENTANG PELAYANAN PITC</b>		
20	Apakah di Poli klinik Rutan ada kegiatan <b>penyuluhan narkoba dan HIV-AIDS</b> ?	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
21	Apakah di Poli Klinik Rutan ini ada <b>Layanan Pemeriksaan dan Pengobatan HIV/AIDS?</b>	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
22	Apakah di Poli klinik Rutan ini ada kegiatan <b>Konseling dan Tes HIV-AIDS (PITC)?</b>	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
23	Apakah di Poli Klinik Rutan ada pemeriksaan kesehatan lanjutan bagi penderita HIV/AIDS?	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
25	Apakah di Poli Klinik Rutan ini ada tempat khusus melayani VCT/PITC ?	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
26	Apakah di Poli klinik Rutan ada petugas khusus untuk membantu pelayanan VCT/PITC ?	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
27	Apakah di Poli klinik Rutan ada kegiatan pengambilan darah untuk test VCT/PITC ?	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu
28	Apakah di Poli klinik Rutan ada penyuluhan mengenai manfaat pelayanan VCT/PITC ?	1. Ada 2. Tidak 3. Tidak Tahu

<b>D. PEMANFAATAN PELAYANAN PITC (VCT dengan inisiatif Petugas)</b>		
29	Apakah Anda pernah mengikuti kegiatan <b>Penyuluhan tentang Penanggulangan HIV/AIDS</b> selama di Rutan?	1. Ya 2. Tidak
30	Apakah Anda pernah mengikuti kegiatan <b>Konsultasi HIV/AIDS</b>	1. Ya

	selama di Rutan?	2. Tidak
31	Apakah Anda pernah mengikuti kegiatan <b>Pemeriksaan darah</b> selama di Rutan?  <b>Jika jawaban YA, anda bisa melanjutkan ke pertanyaan No. 32 – 36</b>	1. Ya 2. Tidak
32	Kapan Anda di periksa darah	1. 1 bulan lalu 2. 3 bulan lalu 3. > 3 bulan lalu
33	Apakah Anda dipanggil sewaktu hasil test datang?	1. Ya 2. Tidak
34	Apakah Anda sendiri mengambil hasil test HIV nya?	1. Ya 2. Tidak
35	Berapa lama hasil testnya anda terima?	1. Hari itu juga 2. 1 – 7 hari 3. 7 - 30 hari 4. Lebih dari 1 bulan
36	Berapa kali anda mengunjungi Poli klinik VCT dalam 3 bulan terakhir ini?	1. Tidak pernah 2. 1 kali 3. 2 - 3 kali 4. Lebih dari 3 kali

E. PERSEPSI KEYAKINAN TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN PITC					
<b>Keterangan : Diisi oleh Responden</b>					
Petunjuk Memberikan Jawaban:					
Pilih salah satu jawaban di bawah ini untuk setiap pertanyaan : (berikan tanda X)					
1. Sangat Tidak Setuju					
2. Tidak Setuju					
3. Setuju					
4. Sangat setuju					
NO	PERNYATAAN	PERSEPSI			
37	Mengunjungi Poli klinik PITC bermanfaat melindungi diri agar tidak tertular penyakit HIV/AIDS	1	2	3	4
38	Mengikuti program layanan PITC membuat saya merasa tenang	1	2	3	4
39	Beberapa teman yang mengikuti program PITC sudah mengurangi perilaku beresiko HIV	1	2	3	4
40	Saya memerlukan pemeriksaan HIV (PITC) karena di lingkungan Rutan banyak yang beresiko tertular HIV/AIDS	1	2	3	4
41	Menurut saya, jika kita tidak mempunyai perilaku beresiko HIV/AIDS maka pemeriksaan PITC tidak perlu dilakukan	1	2	3	4
42	Memanfaatkan pelayanan PITC tidak akan merubah status kesehatan saya , karena masih menunjukkan perilaku beresiko HIV/AIDS.	1	2	3	4
43	Saya tidak akan memperoleh informasi mengenai penyakit IMS dan HIV/AIDS jika saya tidak mengikuti PITC.	1	2	3	4
44	Kegiatan saya tidak beresiko tertular virus HIV/IADS sehingga saya tidak perlu mengunjungi Poli klinik PITC	1	2	3	4
45	Pemeriksaan PITC tidak mesti segera di lakukan, karena saya	1	2	3	4

	belum mempunyai gejala sakit yang perlu penanganan khusus.				
46	Setelah mengunjungi Poli klinik PITC saya mendapatkan kemudahan untuk mengecek kondisi penyakit saya.	1	2	3	4

### F. PERSEPSI TENTANG KEBUTUHAN TERKAIT PEMERIKSAAN PITC

**Keterangan : Diisi oleh Responden (Warga Binaan Pemasyarakatan)**

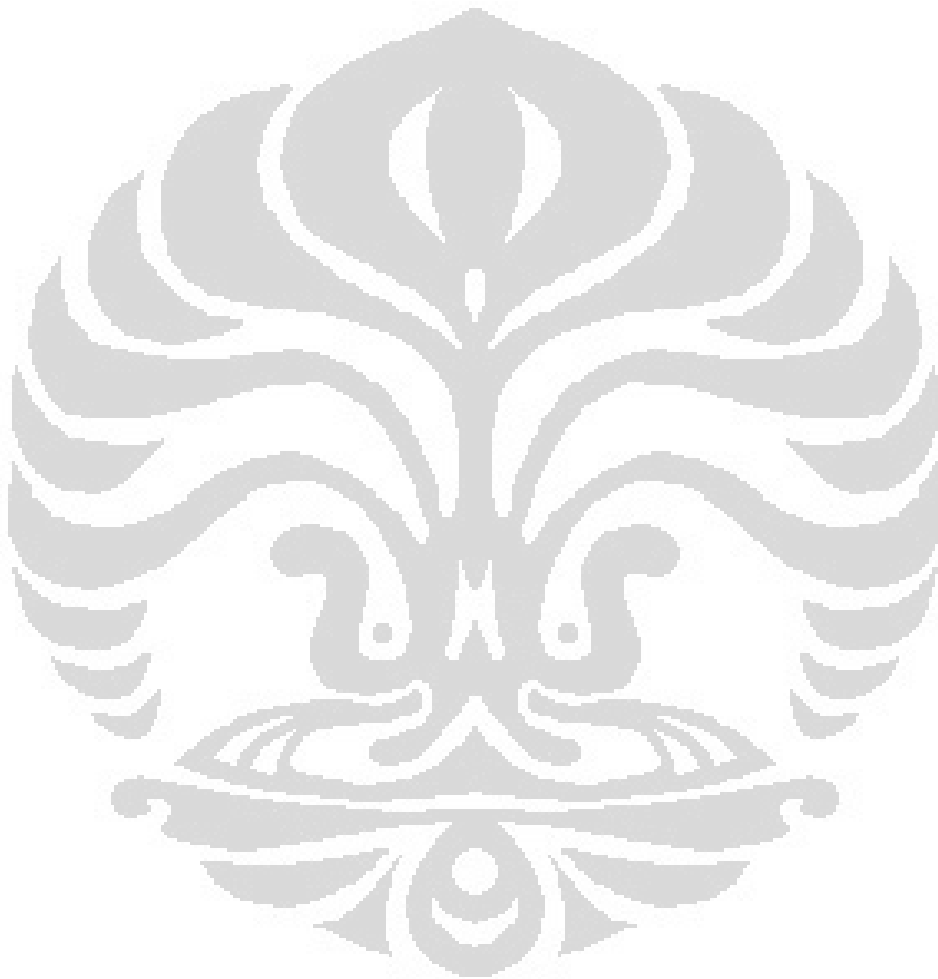
Petunjuk Memberikan Jawaban:

**Pilih salah satu jawaban di bawah ini untuk setiap pertanyaan : (berikan tanda X)**

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak setuju
3. Setuju
4. Sangat setuju

NO	PERNYATAAN	YANG DIRASAKAN (PERSEPSI)			
		1	2	3	4
47	HIV/AIDS merupakan penyakit yang membuat tubuh rentan sehingga membutuhkan pemeriksaan yang intensif	1	2	3	4
48	Meskipun saya tahu bahwa di poli klinik rutan menyediakan layanan untuk penanggulangan HIV/AIDS , namun saya enggan untuk datang	1	2	3	4
49	Penderita HIV/AIDS memang membutuhkan pelayanan dan penanganan yang serius	1	2	3	4
50	Saya memerlukan pelayanan PITC agar saya mengetahui kondisi kesehatan saya khususnya mengenai penyakit HIV/AIDS	1	2	3	4
51	Saya mengikuti anjuran untuk mendapatkan pelayanan PITC dikarenakan pengalaman sakit yang sulit diobati.	1	2	3	4
52	Yang penting bagi penderita HIV/AIDS adalah diterima lingkungannya dibandingkan sakit yang dialami.	1	2	3	4
53	Penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan HIV (PITC) menjadi penting bagi saya khawatir di Rutan banyak warga binaan yang beresiko terkena HIV/AIDS.	1	2	3	4

54	Penderita HIV/AIDS memerlukan tempat yang nyaman untuk pelayanan konsultasi PITC.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
55	Kondisi lingkungan yang sempit dan padat membuat saya khawatir jika tidak mengikuti layanan PITC				
56	Obat-obatan yang dibawa keluarga saya saat besukan lebih cocok bagi saya	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>



### G. STIGMA DAN DISKRIMINASI PEMANFAATAN PELAYANAN VCT/PITC

**Keterangan : Diisi oleh Responden (WBP)**

Petunjuk Memberikan Jawaban:

**Pilih salah satu jawaban di bawah ini untuk setiap pertanyaan : (berikan tanda X)**

1. **Sangat tidak Setuju**
2. **Tidak setuju**
3. **Setuju**
4. **Sangat setuju**

NO	PERNYATAAN	YANG DIRASAKAN (PERSEPSI)			
57	Penderita HIV/AIDS merasa malu jika status kesehatannya di ketahui oleh orang lain	1	2	3	4
58	Saya khawatir untuk melakukan pemeriksaan HIV karena takut ketahuan penyakit yang saya derita	1	2	3	4
59	Meskipun penyakit HIV/AIDS ada obatnya namun penderitanya akan susah diobati dan sulit disembuhkan.	1	2	3	4
60	Pandangan yang merendahkan penderita HIV/AIDS membuat saya enggan berobat ke Poli klinik PITC	1	2	3	4
61	Petugas team HIV/AIDS ramah dalam melakukan penyuluhan dan pemeriksaan	1	2	3	4
62	Saya khawatir akan dikembalikan ke penahanan di Polri apabila tidak mengaku sehat pada petugas	1	2	3	4
63	Apabila hasil pemeriksaan HIV saya positif, saya mungkin akan dikucilkan oleh teman-teman saya	1	2	3	4
64	Seandainya saya menderit HIV/AIDS, keluarga saya tidak akan mau menjenguk saya	1	2	3	4
65	Meskipun menurut petugas hasil pemeriksaannya bersifat rahasia namun saya tetap khawatir akan banyak orang yang mengetahui hasilnya	1	2	3	4
66	Apabila saya sering datang ke klinik VCT maka orang-orang akan	1	2	3	4



mencurigai saya sebagai penderita HIV/AIDS.				
---	--	--	--	--

<b>H. DUKUNGAN AKSES PELAYANAN VCT/PITC</b>					
<b>Keterangan : Diisi oleh Responden (WBP)</b>					
<u>Petunjuk Memberikan Jawaban:</u>					
<b>Pilih salah satu jawaban di bawah ini untuk setiap pertanyaan : (berikan tanda X)</b>					
1. Sangat Tidak Setuju					
2. Tidak setuju					
3. Setuju					
4. Sangat Setuju					
<b>NO</b>	<b>PERNYATAAN</b>	<b>YANG DIRASAKAN (PERSEPSI)</b>			
67	Demi kebaikan dan kesehatan saya, keluarga saya sangat mendukung saya untuk mengikuti pelayanan PITC	1	2	3	4
68	Walaupun saya sakit di tahanan, keluarga saya tidak akan menjenguk saya	1	2	3	4
69	Keluarga saya tidak memiliki waktu dan biaya untuk memperhatikan kondisi saya selama berada di tahanan	1	2	3	4
70	Petugas kesehatan menyediakan waktu khusus apabila saya membutuhkan konsultasi mengenai penyakit yang saya derita	1	2	3	4
71	Menurut saya, petugas mengajak untuk mengikuti program PITC bagi seluruh tahanan setelah penyuluhan HIV/AIDS dilaksanakan	1	2	3	4
72	Petugas kesehata setiap bulan memanggil saya untuk memeriksa kondisi kesehatan saya	1	2	3	4
73	Apabila berobat ke Poli Klinik, saya seringkali menunggu lama dikarenakan petugas yang kurang sigap dalam mencari data kesehatan	1	2	3	4
74	Menurut saya, urutan pemeriksaan untuk PITC terlalu rumit dan membuat bingung tahanan	1	2	3	4

75	Materi penyuluhan yang disampaikan petugas kurang variatif sehingga tidak menarik untuk mendengarkan.	1	2	3	4
76	Ruangan konsultasi yang ada di tahanan kurang nyaman dan kurang mendukung kerahasiaan pasien	1	2	3	4

### I. MOTIVASI AKSES PELAYANAN VCT/PITC

**Keterangan : Diisi oleh Responden (Warga Binaan Pemasyarakatan)**

Petunjuk Memberikan Jawaban:

**Pilih salah satu jawaban di bawah ini untuk setiap pertanyaan : (berikan tanda X)**

1. Sangat tidak Setuju
2. Tidak setuju
3. Setuju
4. Sangat Setuju

NO	PERNYATAAN	YANG DIRASAKAN (PERSEPSI)			
77	Saya mengikuti pelayanan PITC karena tidak dipungut biaya	1	2	3	4
78	Saya memiliki kemudahan untuk mengakses layanan PITC di Poli Klinik	1	2	3	4
79	Obat-obatan yang diberikan cukup efektif mengurangi gejala penyakit saya	1	2	3	4
80	Kegiatan di poli klinik VCT menarik dan menimbulkan keinginan saya untuk mengunjunginya	1	2	3	4
81	Petugas jaga pintu gerbang sering terlambat membukakan pintu sehingga saya dan teman-teman menunggu cukup lama untuk ke poli klinik	1	2	3	4
82	Jadwal kedatangan petugas poli klinik tepat waktu sehingga saya dengan cepat dapat terlayani	1	2	3	4
83	Petugas mampu menjawab semua pertanyaan saya dengan rinci dan jelas	1	2	3	4
84	Petugas menjawab pertanyaan dengan ramah dan bersahabat	1	2	3	4

<b>Terima kasih atas partisipasinya dan kejujurannya!</b>
<b>2012. NAPI/TAHANAN</b>

### DAFTAR PUSTAKA

1. Aggleton, F, 2002. Law, ethics and human right, Bercelona
2. Andersen, R. (1984). A Behavioral Model of Families Use of Health Services. 25. *Center for Health Administration Studies, Research Series*. Retrieved from [www.ssa.uchicago.edu](http://www.ssa.uchicago.edu)
3. Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Depok: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
4. Azwar,A,2006, Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan : Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemevahan Masalah, Pustaka Sinar harapan, Jakarta
5. Azwar, S. (2002). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
6. Beteganya, 2010, Home-based HIV, VCT of improving update of HIV testing, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614446](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614446)
7. Black E, Dolan K, Wodak A, supply, demand and Harm reduction strategies in Australian prisons : implementation, cost and evaluation (ANCD Research paper No.9) Canberra, Australian National Council.
8. Bobrik A, dkk. Penjara dan Penanganan HIV, Jakarta, 2009.
9. Buavirat A et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drugs in Bangkok, Thailand ; a case-control study. *British Medical Journal*, 2003.
10. Budi setiawan, 2011. Determinan Pemanfaatan pelayanan klinik Voluntary Counseling and Testing (VCT) keliling bagi Wanita Pekerja Seks (WPS) di kabupaten Pelalawan-Propinsi Riau tahun 2011, Tesis UI.

11. David Rehan, 1980. Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior.
12. De Cock KM, Lackntz E, Hu DJ, Lucas SJ. 2000. Human Immunodeficiency Virus Infection and AIDS, In : Strickland GT, Hunters Tropical Medicine and Emerging Infection Disease, 8th Ed. WB. Saunders Company, Philadelphia.
13. Depkes RI – BPS, 2008, Surveilans Terpadu Biologis Perilaku pada kelompok berisiko Tinggi di Indonesia 2007. Jakarta
14. Depkes RI, 2004, Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV, Jakarta
15. Depkes, 2008. HIV sentinel surveillance.
16. Depkes, 2002. National estimate of dault HIV infection, Indonesia 2002, Jakarta.
17. Depkes, 2006. Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Jakarta
18. Depkes, 2009. Estimasi infeksi HIV AIDS, Dirjen P2PL.
19. Depkes, 2010a. Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing). Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta
20. Depkes, 2010b. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas)/ Rumah Tahanan Negara (Rutan). Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar, Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Jakarta
21. Depkes, 2010. Tes dan Konseling HIV Terintegrasi di Sarana Kesehatan/PITC, Dirjen P2PL.
22. Depkumham, Jakarta , 1995. Undang – Undang No. 12 Tentang Pemasyarakatan.
23. Dever, A., 1984. Epidemiologi in Health Services Management, United Stated of America: An Aspen Systems Corporation.

24. Dirjen PAS, 2008. National Strategy Prevention and Control HIV/AIDS and Drugs Abuse Indonesia Correction and Detention : 2005 – 2009. Jakarta,
25. Dirjen PAS, 2011, Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Lapas/Rutan Indonesia.
26. Dirjen PAS, April 2007. Buku saku tentang HIV, IMS, IO, dan Penyalahgunaan Narkotika bagi Petugas Lapas/Rutan.
27. Dirjen PAS, 2008. Kemitraan bagi Pembaruan Tata Pemerintahan di Indonesia, Jakarta.
28. Dirjen PAS, Kemenkumham , 2010. Rencana Aksi Nasional (RAN), Penanggulangan HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di UPT Masyarakat di Indonesia Tahun 2010 -2014.
29. Dirjen PAS. 2009, Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di Lembaga Masyarakat di Indonesia
30. Dirjen PAS, 2010. Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis serta Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV Pada Narapidana di Lapas/Rutan di Indonesia.
31. Dolan K, Khoei EM, HIV Education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *International Journal of equity in Health*, 2004.
32. Dolan K, Wodak A, hall W. Risk behavior and prevention in prison : a bleach programme for inmates in NSW. *Drug and alcohol review*, 1999.
33. Draine J, Laura Mc, Bourgois, Education, empowerment and community based structural reinforcement : An HIV prevention
34. Drucker E. Population impact of mass incarceration under New York's Rockefeller drug laws: an analysis of years of life lost. *J Urban Health* 2002; 79: 434–35
35. Drucker E. Population impact of mass incarceration under New York's Rockefeller drug laws: an analysis of years of life lost. *J Urban Health* 2002; 79: 434–35.
36. Gore SM et al. Drug injection and HIV prevalence in prisoners of Glenochil prison *British Medical Journal* 310: 293-296, 1995
37. Green L, 1980, Health Education Planning, A Diagnostik Approach. The John Hopskin Univercity : Mayfield Publishing Co.

38. Guidelines on HIV infection and AIDS in Prison, <http://www.who.int/prison>
39. Hammet TM, Harmon MP, Rhodes W. The Burden of infectious disease among inmates of release from US correctional facilities, 1997. American journal of Public Health, 2001, 92:1789-1794.
40. Hammett TM. HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. Am J Public Health 2006; 96: 974–78.
41. Harding (1990) Mortality Following Release from Prison (AIDS in Prison Lancet No. 28)
42. Harding T, Schaller G. HIV/AIDS and prison : updating and policy review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries. Geneva, WHO Global Programme on AIDS, 1992.
43. Indonesia, Himpunan UU Pemasarakatan, 2010.
44. Injecting drug use and HIV/AIDS in India – an emerging concern. New Delhi, UNODC, 2004. [http://www.unodc.org/india/idu and HIVAIDS in India-Monograph.html](http://www.unodc.org/india/idu_and_HIVAIDS_in_India-Monograph.html)
45. Jeniffer, 2008, The Association of stigma with self-Reported Access to Medical care and ART Adherence in Persons Living with HIV/AIDS.
46. KemenkumHAM DKI Jakarta, 2012. Laporan Tahunan Kanwil KemenkumHAM DKI Jakarta.
47. Klatt, Edward C (2007) , Pathology of AIDS, version 18, Florida state University, College of Medicine, USA.
48. Komisi Penanggulangan Aids Nasional (KPA) Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007 (Jakarta: KPA,2004), hal 1.
49. Komisi Penanggulangan Aids Nasional (KPA) Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI, HIV/AIDS sekilas Pandang , (Jakarta:KPA, 2004) hal 3.

50. Larney S, Dolan K. A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? *Eur Addict Res* 2009; 15: 107–12.
51. Lines R et al. Prison Needle Exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006
52. Maru DS-R, Basu S, Altice FL. HIV control efforts should directly address incarceration. *Lancet Infect Dis* 2007; 7: 568–69.
53. Maruschak LM, Beaver R. HIV in prisons, 2008. Washington, DC: US Department of Justice, 2009.
54. Mawar N, 2005, The third phase of HIV pandemic
55. Ministry of Health, Thailand, 2008. Behavior surveillance.
56. Monitoring the AIDS Pandemic Network, 2004. AIDS in Asia : Face the Fact – a comprehensive analysis of the AIDS Epidemic in Asia WDC.
57. Nafsiah, M., 2009. Pokok-pokok arah kebijakan tahun 2010 – 2014. Presentasi pada pertemuan Perencanaan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS. BAPPENAS, Jakarta.
58. Family Health International, 2009. Nepal HIV drug assessment report, Kathmandu.
59. Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
60. Notoatmodjo, S (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
61. Ralf Jurgens, *Delivering HIV Care and Treatment for people Who Use Drugs*, 2006.
62. Sabri L, H. S. (2009). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
63. Sakti, 2011, Faktor Karakter Individu dan Utilisasi Poli VCT di Rutan Klas I Medan, Tesis.
64. Springer SA, Altice FL. Managing HIV/AIDS in correctional settings. *Curr HIV/AIDS Rep* 2005; 2: 165–70.
65. Springer SA, Pesanti E, Hodges J, Macura T, Doros G, Altice FL. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners:

- reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 1754–60.
66. Stephenson BL, Wohl DA, Golin CE, Tien HC, Stewart P, Kaplan AH. Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Rep* 2005; 120: 84–88.
  67. Stine Gerald, 2011, AIDS UPDATE 2011, Mc. Graw-Hill, New York
  68. Sujatno A, 2008, Pencerahan di Balik Penjara, Mizan Publika.
  69. UNAFEI, 2002. Crime prevention : current issues in correctional treatment and effective countermeasures. [http://www.unafei.or.jp/english/pdf\\_rms/no57/57-29.pdf](http://www.unafei.or.jp/english/pdf_rms/no57/57-29.pdf).
  70. UNAIDS, 2005, HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations
  71. UNAIDS., 2008, Priority intervention. HIV dan AIDS prevention, treatment and care in the health sector. WHO, Geneva
  72. UNOD/Ministry of social Justice and Empowerment, 2002. Drug abuse among prison population-a case study of Tihar jail. [http://www.unodc.org/india/en/drug\\_abuse\\_%20prison\\_population.html](http://www.unodc.org/india/en/drug_abuse_%20prison_population.html).
  73. UNODC/WHO/UNAIDS (2008) HIV and AIDS in places of detention : A toolkit for policymakers, programme, managers, prison officer and health care providers in prison settings. [www.unodc.org/doc/hiv-aids/V0855768.pdf](http://www.unodc.org/doc/hiv-aids/V0855768.pdf).
  74. Wallace R. Social disintegration and the spread of AIDS—II. Meltdown of sociogeographic structure in urban minority neighborhoods. *Soc Sci Med* 1993; 37: 887–96.
  75. WHO (2006). HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Europe Regional Office.
  76. WHO Regional office for south east Asia, 2007. HIV Prevention, care and Treatment in prisons in the south-east Asia Region, New Delhi.
  77. WHO, 2008. Report on the global AIDS epidemic, WHO, Geneva
  78. WHO, 2009. HIV/AIDS in the south-East Asia Region.



79. WHO, ILO (2007). Guidelines for the Use of Occupational and Non-occupational Post-exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection.
80. WHO, UNAIDS (2006). Guidance on Provider-initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities. Draft for public comment, 27 November 2006.
81. Wijoyo, D., 2000. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi. Airlangga University Press, Surabaya.
82. Wolinsky, 1980. Principles, Professions, and Issues, Little Brown and Company Boston Toronto
83. World Health Organization (1987). Statement from the Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons, Global Programme on AIDS. Geneva: WHO.
84. World Health Organization (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: WHO (WHO/GPA/DIR/93.3). World Health Organization (2002). Hepatitis C. Geneva: WHO.
85. World Health Organization (2004). Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva: WHO.
86. World Health Organization (2004). Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva: WHO.
87. World Health Organization (2004b). WHO/UNODC/ UNAIDS position paper – substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO.
88. World Health Organization (2005). Evidence for action technical papers. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Geneva: WHO.
89. World Health Organization Europe (2005). Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Europe.
90. World Health Organization, (2007). Status Paper on Prisons and Tuberculosis. Copenhagen: WHO Europe Regional Office.

91. World Health Organization, (2007). Status Paper on Prisons and Tuberculosis. Copenhagen: WHO Europe Regional Office.
92. World Health Organization, 2009. UNAIDS and WHO. AIDS Epidemi Update, Geneva,
93. World Health Organization, UNAIDS, and UNODC (2004). Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons. Geneva: WHO.
94. World Health Organization, UNICEF, UNAIDS (2007). Joint WHO/UNICEF/UNAIDS Technical Consultation on Scaling up HIV Testing and Counselling in Asia and the Pacific. Conclusions and recommendations. Phnom Penh, Cambodia, 4-6 June 2007.
95. World Health Organization-WPRO (2006). The Integration of Harm Reduction into Abstinence- Based Therapeutic Communities: A Case Study of We Help Ourselves. Manila: World Health Organization Western Pacific Regional Office.
96. Yuwono, S., 2005. Manajemen penanggulangan HIV/AIDS Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Narkotika Jakarta, Perpustakaan Universitas Indonesia