



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI TERHADAP KUALITAS PELAYANAN
KESEHATAN BAGI PENGIDAP HIV DAN AIDS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH TANGERANG**

TESIS

WINDI SUHESTI

1006791890

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
JAKARTA
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI TERHADAP KUALITAS PELAYANAN
KESEHATAN BAGI PENGIDAP HIV DAN AIDS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH TANGERANG**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ekonomi (M.E.)**

WINDI SUHESTI

1006791890

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
KEKHUSUSAN EKONOMI KEUANGAN NEGARA DAN DAERAH
JAKARTA
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya

Jakarta, 3 JULI 2012



WINDI SUHESTI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : WINDI SUHESTI

NPM : 1006791890

Tanda Tangan :



Tanggal : 3 JULI 2012

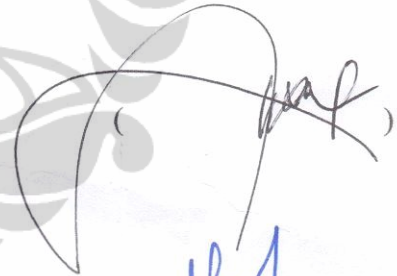
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : WINDI SUHESTI
NPM : 1006791890
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Judul Tesis : PERSEPSI TERHADAP KUALITAS
PELAYANAN KESEHATAN BAGI PENGIDAP
HIV DAN AIDS DI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH TANGERANG

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.

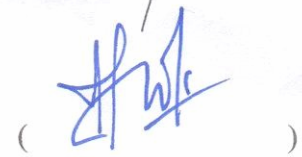
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Iman Rozani, SE, M.Soc.Sc



()

Ketua Penguji : Dr. Andi Fahmi



()

Anggota Penguji : Widyanti Soetjipto, M.Soc.Sc



()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : JULI 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang sebesar-besarnya saya panjatkan kehadirat Allah Subhanaahu Wa Ta'ala sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Setelah melalui proses yang panjang, dimulai dengan diskusi kecil, konsultasi, negosiasi hingga penyelesaian akhir, akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar magister ekonomi.

Terima kasih setulus hati saya sampaikan pada nama-nama berikut ini, karena tanpa bantuan mereka semua, rasanya sulit bagi saya untuk dapat merampungkan tesis ini :

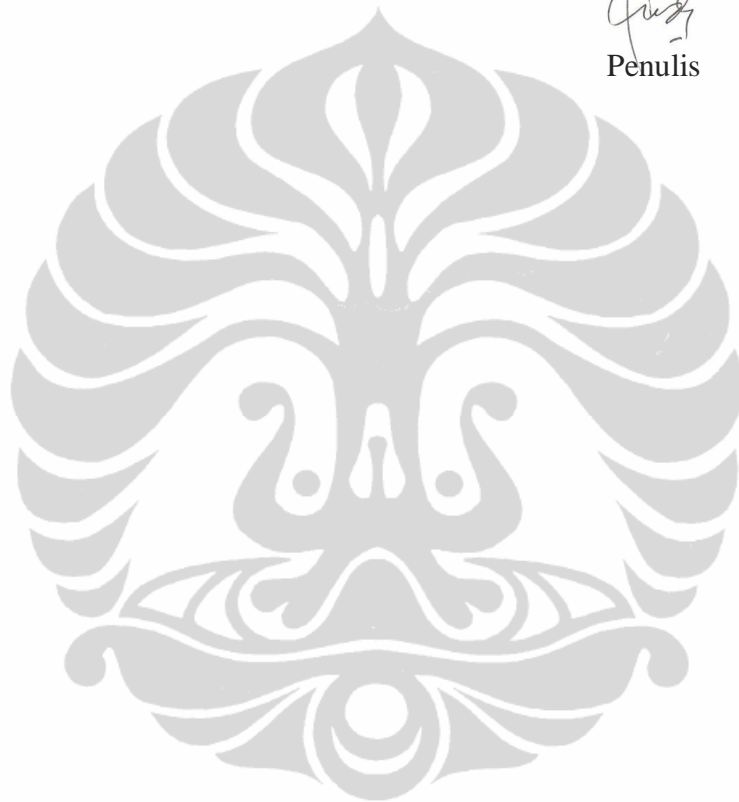
1. Bapak Iman Rozani, SE, M.Soc, Sc pembimbing penulis selama proses penulisan tesis ini.
2. Seluruh Dosen dan staf MPKP atas bantuan dan dukungannya selama penulisan kuliah di MPKP.
3. Bapakku (Allahu yarham/Semoga Allah menyayangi beliau) dan Mamak yang selalu mendo'akan anak-anaknya, Saudara-saudaraku, Suamiku tercinta untuk dukungan dan kesabarannya, Ibu dan Bapak Mertuaku untuk dukungan serta Keponakan-keponakanku yang lucu.
4. Rekan-rekan mahasiswa Bappenas Angkatan XXIII yang selama ini memberikan support kepada saya untuk menyelesaikan kuliah di MPKP FEUI
5. Mas Danial, Deki, Uvi, dan lainnya yang telah membantu memberi semangat dan bantuan kepada penulis untuk menyelesaikan tesis ini.

Besar harapan saya, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi yang membaca ataupun yang berminat meneruskan studi ini ke arah yang lebih tajam dan dalam. Akhirnya, puji syukur dan terima kasih yang sebesar- besarnya kembali penulis panjatkan kepada Allah Subhanaahu Wa Ta'ala atas segala rahmat dan hidayah-Nya..

Jakarta, 3 Juli 2012



Penulis



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

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

Nama : WINDI SUHESTI
NPM : 1006791890
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Departemen : Ilmu Ekonomi
Fakultas : Fakultas Ekonomi
Jenis Karya : Tesis

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

Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pengidap HIV dan AIDS Di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada Tanggal : 3 JULI 2012
Yang menyatakan



(WINDI SUHESTI)

ABSTRAK

Nama : WINDI SUHESTI
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Judul : Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pengidap HIV Dan AIDS Di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang

Studi ini bertujuan untuk menganalisa kualitas pelayanan kesehatan bagi pengidap HIV dan AIDS di lingkungan Rumah Sakit Daerah Tangerang dengan menilai persepsi dari pasien yang memanfaatkan layanan dan petugas yang memberikan pelayanan. Penelitian ini menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif. Evaluasi secara kuantitatif dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kemudian data ditampilkan dalam bentuk tabel dan diagram. Sedang penilaian secara kualitatif dilakukan melalui proses wawancara dan pengamatan langsung di lapangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa walaupun secara umum pelayanan kesehatan di RSUD Tangerang telah berjalan baik namun beberapa hal terkait pelayanan masih harus diperbaiki. Informasi yang tepat dan benar menjadi kunci dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Bahwa perlindungan terhadap resiko pekerjaan kepada petugas belum mendapat perhatian sehingga wajib menjadi prioritas Rumah Sakit dan Pemerintah. Dibutuhkan sebuah kebijakan yang mampu memberikan perlindungan kepada pekerja kesehatan dan pasien sebagai pengguna untuk mendapatkan pelayanan yang optimal.

Kata kunci :

Persepsi, Kualitas Pelayanan Kesehatan, Pengidap HIV dan AIDS, Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang

ABSTRACT

Name : WINDI SUHESTI
Study Program : Master of Planning and Public Policy
Title : Perceptions of Health Service Quality for People with HIV and AIDS in the Tangerang District General Hospital

The purpose of this studying is to analyze the quality of health service for people with HIV and AIDS in the environment of Tangerang District general hospital by judging the patients' perceptions who get the service and the officers who give the service. This research combines qualitative and quantitative methods. Quantitative evaluation is applied by distributing the questionnaire. The data is described in the form of tables and diagrams. Meanwhile, the qualitative evaluation is applied through the interview process and direct observation in the field. The result of the research describes that generally the health service in Tangerang district general hospital has run well, however there are some details relate to the service are recommended to be fixed. The valid and accurate information are the main key in the effort of overcoming the problem of HIV and AIDS. The fact that the protection against the job risk of the health officers is not getting proper attention must become the top priority of the hospital and the government. It is required a regulation which is capable of providing a protection to the health workers and the patients as the users to get an optimal service

Keywords :

Perceptions, Health Service quality, People with HIV and AIDS, Tangerang District General Hospital

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
1 PENDAHULUAN	1
1. 2 Perumusan Masalah	11
1. 3 Tujuan Penelitian	11
1. 5 Manfaat Penelitian	12
1. 6 Pembatasan Masalah.....	12
2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2. 1 HIV dan AIDS	13
2. 1. 1 HIV	13
2. 1. 2 AIDS.....	14
2. 2 Pentingnya Campur Tangan Pemerintah dalam Penanggulangan HIV dan AIDS	20
2. 3 Upaya Pemerintah Dalam Penanggulangan HIV dan AIDS	25
2. 3. 1 Peraturan Perundangan	25
2. 3. 2 Peran Pemerintah dan Masyarakat	26
2. 3. 2. 1 Pemerintah Pusat	27
2. 3. 2. 2 Pemerintah Provinsi.....	27
2. 3. 2. 3 Pemerintah Kabupaten/Kota	27

2.3.2.4	Pemerintah Kecamatan Dan Kelurahan/Desa	27
2.3.2.5	DPR, DPD dan DPRD	28
2.3.2.6	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.....	28
2.3.2.7	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Dan Kabupaten/Kota	29
2.3.2.8	Masyarakat Sipil (<i>Civil Society</i>).....	29
2.3.2.9	Dunia Usaha Dan Sektor Swasta.....	30
2.3.2.10	Tenaga Profesional, Organisasi Profesi Dan Lembaga Pendidikan Tinggi	30
2.3.2.11	Keluarga Dan Masyarakat Umum	30
2.3.2.12	Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA).....	31
2.4	Studi Terdahulu Terhadap Kebijakan Pemerintah Indonesia di Bidang Penanggulangan HIV-AIDS	31
3	KONDISI HIV DAN AIDS DI KABUPATEN TANGERANG	34
3.1	Kebijakan Pemerintah Kabupaten Tangerang di Bidang Penanggulangan HIV dan AIDS.....	34
3.1.1	HIV dan AIDS Kabupaten Tangerang	35
3.2	Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang	40
3.3	Perkembangan HIV dan AIDS di RSUD Tangerang.....	47
4	METODOLOGI PENELITIAN	51
4.1	Metodologi Penelitian	51
4.1.1	Metode.....	51
4.1.2	Populasi dan sampel.....	51
4.1.3	Metode Pengambilan sampel.....	51
4.1.4	Teknik Pengumpulan Data	51
4.1.5	Analisis Data	52
4.2.	Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dan pentingnya pertanyaan Survei	52
5	PEMBAHASAN	57
5.1	Evaluasi Pertanyaan	57
5.1.1	Penilaian Terhadap Klinik dan Layanan Yang diberikan	58
5.1.2	Responden Pasien	74
5.1.2.1	Karakteristik Responden.....	74

5.1.2.2 Riwayat Responden.....	77
5.1.2.3 Pengetahuan Terhadap HIV	82
5.1.2.4 Pengetahuan Terhadap Akses Pelayanan.....	85
5.1.2.5 Pembiayaan Pengobatan HIV dan AIDS	88
5.1.2.6 Upaya Berobat Ke Klinik Bougenville.....	93
5.1.2.7 Saran Kepada Pemerintah Kabupaten Tangerang.....	96
5.1.3 Responden Petugas.....	97
5.1.3.1 Identitas Petugas.....	57
5.1.3.2 Pengalaman Petugas	59
5.1.3.3 Kompensasi Resiko Kerja.....	60
5.1.3.4 Ketersediaan Obat-obatan untuk Pasien HIV dan AIDS	61
5.1.3.5 Perlindungan Terhadap Resiko Kerja.....	62
5.1.3.6 Saran Kepada Pemerintah Kabupaten Tangerang.....	67
6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	110
DAFTAR PUSTAKA.....	114

DAFTAR TABEL

Tabel 5-1.	Pendapat Responden Tentang Lokasi Klinik.....	58
Tabel 5-2.	Pendapat Responden tentang Jam Buka Klinik	59
Tabel 5-3.	Pendapat Responden tentang Lama Buka Klinik.....	59
Tabel 5-4.	Waktu Tunggu Pasien.....	60
Tabel 5-5.	Ruang Tunggu Pasien.....	60
Tabel 5-6.	Ketersediaan ARV dan Obat Lainnya	61
Tabel 5-7.	Ketersediaan ARV Anak	61
Tabel 5-8.	Kesesuaian Obat Yang Diberikan	62
Tabel 5-9.	Pendapat Responden tentang Ketersediaan Ruang Rawat Inap.....	63
Tabel 5-10.	Pendapat Responden Tentang Ketersediaan Peralatan Medis	64
Tabel 5-11.	Persentase Pendapat responden Tentang Jumlah Petugas	65
Tabel 5-12.	Persentase Pendapat Responden Tentang Ketersediaan Pelayanan Yang dibutuhkan ODHA	66
Tabel 5-13.	Persentase Pendapat Responden Tentang Kemudahan Prosedur Administrasi Pelayanan	66
Tabel 5-14.	Persentase Pendapat Responden Tentang Transparansi Perhitungan Biaya Pengobatan	67
Tabel 5-15.	Persentase Pendapat Responden Tentang Penjelasan Penggunaan ARV.....	68
Tabel 5-16.	Persentase Pendapat Responden Tentang Keamanan Obat Yang Diberikan	69
Tabel 5-17.	Persentase Pendapat Responden Tentang Kemampuan Petugas memberikan Informasi Infeksi Opportunistik.....	70
Tabel 5-18.	Persentase Pendapat Responden Tentang Sikap Petugas	70

Tabel 5-19. Persentase Pendapat Responden Tentang Kemudahan Menemui Petugas.....	71
Tabel 5-20. Persentase Pendapat Responden Tentang Ketrampilan dan Kecekatan Petugas.....	72
Tabel 5-21. Persentase Pendapat Responden Tentang Tindakan Diskriminasi Petugas.....	72
Tabel 5-22. Persentase Pendapat Responden Tentang Keringanan Biaya.....	73
Tabel 5-23. Persentase Pendapat Responden Tentang Perbaikan Kesehatan.....	74
Tabel 5-24. Jenis Kelamin Responden.....	74
Tabel 5-25. Persentase Tingkat Pendidikan Responden	75
Tabel 5-26. Pekerjaan Pasien Sebelum Sakit	76
Tabel 5-27. Pekerjaan Pasien Sesudah Sakit.....	76
Tabel 5-28. Faktor Resiko Penularan.....	77
Tabel 5-29. Status Pernikahan Pasien.....	80
Tabel 5-30. Status Anak Terinfeksi	81
Tabel 5-31. Pengetahuan terhadap bahaya HIV dan AIDS.....	82
Tabel 5-32. Hubungan antara Pengetahuan terhadap Bahaya HIV dan AIDS dengan Tingkat Pendidikan Pengidap	82
Tabel 5-33. Hubungan antara Sikap terhadap bahaya HIV dan AIDS dengan tingkat pendidikan pengidap.....	85
Tabel 5-34. Responden Yang Langsung Berobat saat Mengetahui Status.....	86
Tabel 5-35. Kunjungan ke Layanan Pengobatan.....	86
Tabel 5-36. Alasan Responden Tidak Berobat.....	87
Tabel 5-37. Responden Yang mengetahui RS Rujukan Di Kabupaten Tangerang	87
Tabel 5-38. Pengetahuan Tentang Pelayanan Rumah Sakit Rujukan.....	88
Tabel 5-39. Responden dengan Infeksi Opportunistik	89

Tabel 5-40. Frekwensi Menjalani Perawatan	89
Tabel 5-41. Pendapat Responden Tentang Biaya Perawatan Infeksi Opportunistik	91
Tabel 5-42. Persentase Responden Yang secara Rutin Melakukan Tes CD4	92
Tabel 5-43. Persentase Responden Yang secara Rutin Melakukan Tes ViralLoad	92
Tabel 5-44. Pendapat Responden Tentang Biaya Klinik Bougenville	95
Tabel 5-45. Profesi Petugas	98
Tabel 5-46. Jenis Kelamin Petugas	98
Tabel 5-47. Tingkat Pendidikan Petugas	99
Tabel 5-48. Pendidikan dan Pelatihan Khusus Untuk Petugas	99
Tabel 5-49. Tunjangan Khusus Untuk Petugas	102
Tabel 5-50. Pelaksanaan Manajemen Resiko	102
Tabel 5-51. Pelatihan Manajemen Resiko Kepada Petugas	104
Tabel 5-52. Pelaksanaan Perlindungan Kepada Petugas	105
Tabel 5-53. Pemeriksaan Kesehatan Berkala Kepada Petugas	105
Tabel 5-54. Pemberian Vaksin Hepatitis B Kepada Petugas	106
Tabel 5-55. Ketersediaan Alat Perlindungan Diri	107
Tabel 5-55. Sarana dan Prasarana perlindungan kepada petugas	107

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1-1. Konsep Pelayanan, Perawatan, dan Pengobatan HIV dan AIDS	5
Gambar 1-2. Unsur Pokok PDP untuk HIV dan AIDS	6
Gambar 1-3. Kerangka Kerja Layanan PDP yang berkesinambungan yang terpusat di Layanan Strata II	7
Gambar 2-1. Perkembangan Virus	18
Gambar 2-2. Perkembangan Virus Lanjutan.....	19
Gambar 2-3. Area Public Good dan Private Good.....	23
Gambar 3-1. Perkembangan Kasus HIV dan AIDS	47
Gambar 3-2. Kasus HIV dan AIDS Menurut jenis Kelamin	48
Gambar 3-3. Status Pasien HIV dan AIDS RSUD Tangerang	49
Gambar 3-5. Kasus HIV dan AIDS Menurut Umur.....	49
Gambar 5-1. Pertama Kali Melakukan Perilaku Beresiko.....	78
Gambar 5-2. Pertama Kali Mengetahui status	79
Gambar 5-3. Lokasi Perilaku Beresiko.....	80
Gambar 5-4. Cara Memperoleh Informasi	83
Gambar 5-5. Sikap Responden terhadap Informasi tentang Bahaya HIV dan AIDS	84
Gambar 5-6. Yang Membiayai Perawatan Pasien	93
Gambar 5-7. Mulai Akses Pengobatan ke Klinik	94
Gambar 5-8. Persentase yang memberikan saran Pengobatan ke RSUD Tangerang	95

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Untuk Pasien

Lampiran 2. Kuesioner Untuk Petugas



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Permasalahan

Pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah di banyak negara, termasuk Indonesia, bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan ini merupakan investasi bagi pembangunan, yaitu investasi sumber daya manusia; sehingga sumberdaya manusia nantinya akan lebih produktif secara sosial dan ekonomi (UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009; Bab2; Pasal 3).

Dalam Undang-undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dibidang kesehatan dan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang sejalan dengan kebutuhan masyarakat maka menurut UU Nomor 36 Tahun 2009 tersebut pemerintah bertanggungjawab dalam merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan, sehingga dapat diharapkan pelayanan kesehatan tersedia merata dan terjangkau. Pemerintah juga bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan --baik fisik maupun sosial-- bagi masyarakat, dan ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat, serta ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pelayanan kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat karena dapat dijangkau dalam berbagai aspek akan mengoptimalkan fungsi dan perannya sebagai pelayanan publik. Pengelolaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat meliputi seluruh upaya untuk mewujudkan paradigma baru di bidang kesehatan yaitu menjadikan orang sehat tetap menjadi sehat,

sehingga upaya tidak lagi terfokus pada pengobatan tetapi juga upaya menekan laju penyebaran suatu jenis penyakit dengan kegiatan promotif dan preventif.

Salah satu fokus perhatian Pemerintah di bidang kesehatan masyarakat yang cukup menonjol saat ini adalah upaya untuk memutus mata rantai penyebaran HIV dan AIDS. Hal ini karena HIV dan AIDS saat ini sudah menjadi masalah krusial yang mengglobal. Tercatat lebih dari 20 juta orang meninggal dan 40 juta orang terinfeksi HIV dan AIDS (*Human Immuno Virus- Acquired Immuno Deficiency Syndrom*) di dunia sampai dengan tahun 1998. Fakta yang lebih memprihatinkan, seperti dikemukakan oleh Konferensi UNGASS (*United Nation General Assembly For Spesial Session*) pada Sidang Umum Luar Biasa PBB untuk AIDS Tahun 1998, adalah bahwa setiap harinya virus HIV menular ke sekitar 20.000 anak dibawah 15 tahun (terutama dari penularan ibu ke bayi), dan menginfeksi lebih dari 15.000 orang muda dalam usia produktif antara 15-24 tahun yang mayoritas berasal dari orang-orang yang hidup bersama dengan HIV DAN AIDS.

Dengan latar belakang ini, maka memerangi HIV dan AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya menjadi tujuan keenam dari *Millenium Development Goal* dengan tujuan khusus menangani berbagai penyakit menular paling berbahaya, dimana HIV dan AIDS menempati urutan teratas pada target 6A untuk Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV dan AIDS hingga tahun 2015.

Menurut data MDGs berdasarkan Laporan Perkembangan Pencapaian MDGs (Bappenas, 2010), pada Tahun 2010 jumlah pengidap HIV dan AIDS di Indonesia mencapai 1 juta orang. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2007 yang hidup dengan virus HIV diperkirakan antara 172.000 sampai dengan 219.000 jiwa, sebagian besar adalah laki-laki. Jumlah itu merupakan 0,1% dari jumlah penduduk Indonesia. Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), sejak 1987 sampai Maret 2007, tercatat 8.988 kasus AIDS, dan 1.994 di antaranya telah meninggal.

Target MDGs untuk HIV dan AIDS adalah menghentikan laju penyebarannya serta membalikkan kecenderungannya pada 2015. Target ini tidak mudah untuk dicapai bagi Indonesia, karena di hampir semua daerah di Indonesia kesadaran masyarakat akan bahaya HIV dan AIDS sangat rendah dan sangat kurangnya layanan bagi masyarakat untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan HIV dan AIDS.

Awal pemerintah mengumumkan kepada masyarakat akan bahaya HIV tahun 1987, jumlah pengidap AIDS di Indonesia sebanyak 5 orang, jumlah ini kemudian mengalami peningkatan yang signifikan. Pada Tahun 2009 jumlah yang terkena HIV dan AIDS di Indonesia menjadi 3863 orang (Ditjen PP & PL Depkes RI). Daerah yang dinilai berisiko tinggi penyebaran HIV dan AIDS pada tahun 2006 adalah Provinsi Banten, sebanyak 6.950 kasus HIV dan AIDS ditemukan di provinsi ini pada tahun 2006.

Propinsi Banten berada pada peringkat ke-9 dalam persebaran kasus HIV dan AIDS di Indonesia, peringkat pertama dengan kasus terbanyak adalah DKI Jakarta selanjutnya Propinsi Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Jawa Tengah, Papua Barat, Bali, Sumatera Utara, Banten, Kepulauan Riau dan Riau.

Persebaran penderita HIV dan AIDS untuk setiap kabupaten/kota di Provinsi Banten adalah sebagai berikut:

- Kabupaten Pandeglang 190 ODHA (Orang Dengan HIV dan AIDS)
- Kabupaten Lebak 140 ODHA,
- Kabupaten Tangerang 3.000 ODHA,
- Kabupaten Serang 450 ODHA,
- Kota Serang 2.500 ODHA
- Kota Cilegon 310 ODHA

Data diatas menunjukkan bahwa persentase tertinggi dari penyebaran HIV dan AIDS di Propinsi Banten adalah pada Kabupaten Tangerang, estimasi ini diproyeksi berdasarkan jumlah populasi kunci yang terdata pada Propinsi Banten. Sampai dengan Juni 2010 jumlah pengidap HIV baru yang ditemukan di wilayah Kabupaten Tangerang adalah 120 orang dengan persentase terbesar terjadi pada

usia produktif 18-35 tahun yaitu 95 orang. Dan ini dapat menjadi ancaman potensial terhadap kesehatan masyarakat di Indonesia yang dapat berdampak luas dan negatif bagi ketahanan bangsa dan negara;

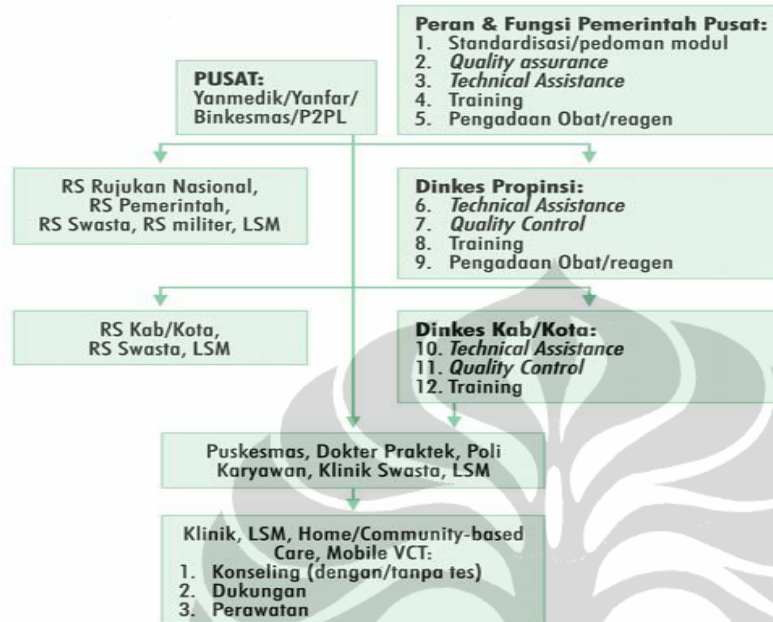
Kabupaten Tangerang sebagai sebuah kabupaten di Provinsi Banten, dengan jumlah penduduk lebih dari 3 juta jiwa, tercatat sebagai kabupaten/daerah yang paling tinggi jumlah penderita HIV dan AIDS-nya di Provinsi Banten. Hal ini tidak lain disebabkan keberadaan Bandara Soekarno Hatta. Bandara ini menjadi pintu masuk wisatawan domestik dan internasional (di samping diduga juga sebagai pintu gerbang peredaran Narkoba). Lebih dari 72% pengidap HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang berasal dari Kelompok pengguna narkoba dengan Jarum suntik (Penasun), dan sebanyak 26% dari kelompok pelaku sex tidak aman, dan sisanya adalah karena penularan ibu ke bayi dan transfusi darah. Untuk memberikan pelayanan yang komprehensif bagi pengidap HIV dan AIDS di Indonesia Pemerintah telah menetapkan sebuah Peraturan berupa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA, sejumlah 75 rumah sakit rujukan ODHA yang kemudian untuk memperluas akses layanan kesehatan bagi ODHA di seluruh Indonesia, Pemerintah mengeluarkan lagi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/MENKES/SK/VI/2007 Tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA).

Di wilayah Kabupaten Tangerang terdapat 3 (tiga) Rumah Sakit Rujukan Bagi ODHA, 1(satu) Milik Pemerintah yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang, dan 2 (dua) dikelola Swasta yaitu Rumah Sakit Al Qadr dan Rumah Sakit Usaha Insani. Dengan dilibatkannya sektor swasta diharapkan dapat memperluas akses dan peningkatan mutu pelayanan bagi pengidap HIV dan AIDS.

Di daerah dengan prevalensi tinggi maka RS di tingkat Kabupaten/Kota sebaiknya dikembangkan menjadi pusat layanan HIV dan AIDS di daerah tersebut, dengan pertimbangan bahwa RS di tingkat Kabupaten/Kota pada umumnya:

- a. Memiliki cukup kapasitas untuk memberikan tatalaksana klinis infeksi oportunistik pada pasien HIV dan AIDS dan terapi ARV
- b. Jumlah ODHA yang cukup untuk berhimpun

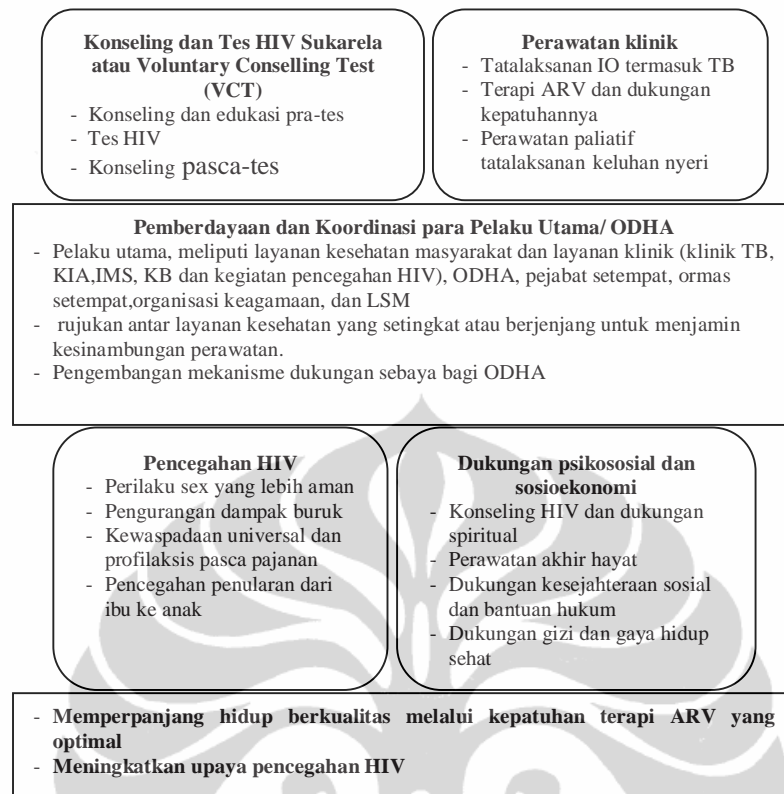
- c. Tidak terlalu jauh dari tempat tinggal ODHA tapi juga tidak terlalu dekat dengan tempat tinggal ODHA atau komunitas yang stigma dan diskriminasinya masih merupakan tantangan yang besar.



Gambar 1.1. Konsep Pelayanan, Perawatan, dan Pengobatan HIV dan AIDS

Sumber : Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan PDP, DEPKES RI, 2007

Sesuai dengan Keputusan Menteri, Rumah Sakit rujukan memberikan pelayanan komprehensif bagi pengidap HIV dan AIDS berupa pelayanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) atau dikenal dengan CST (Care, support and Treatment), yaitu suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan, upaya ini meliputi VCT (Voluntary Conseling and Test, PMTCT (Prevention Transmission Mother To Child), Pemberian ART (Antiretroviral Treatment), obat infeksi oportunistik (infeksi penyerta pengidap HIV dan AIDS) dan pelayanan Paliatif (Pelayanan yang diberikan meliputi rawat jalan, rawat inap (konsultatif), rawat rumah, *day care*, dan *respite care*) dengan tujuan mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan support kepada keluarganya), serta membentuk Kelompok kerja khusus HIV dan AIDS yang terdiri dari petugas medis dan non medis yang telah mendapat mendapatkan pelatihan khusus.



Gambar 1.2. Unsur Pokok PDP untuk HIV dan AIDS

Sumber : Pedoman PDP DEPKES RI, 2007

Pelayanan kepada pengidap HIV dan AIDS merupakan kegiatan rujukan untuk memberikan kualitas pelayanan yang lebih baik kepada pasien. Rujukan PDP mengikuti sistem rujukan yang ada, yaitu merupakan rujukan timbal balik antara layanan PDP strata I, II, dan III. Rujukan meliputi rujukan pasien, dan rujukan sampel laboratorium. Dalam melaksanakan rujukan, perlu dipertimbangkan segi jarak, waktu, biaya, dan efisiensi. Jika rujukan dari rumah sakit Tangerang lebih cepat ke Jakarta daripada ke Serang maka rujukan ke Jakarta dapat dilaksanakan untuk kepentingan pasien. Sesuai dengan prinsip kerjasama, rujukan juga dapat diadakan antara rumah sakit pemerintah dan rumah sakit/ laboratorium swasta. Dengan demikian, diharapkan jaringan kerjasama yang terjalin dapat memberi layanan yang lebih baik kepada ODHA.

Mengacu pada SK Menkes No. 832/X/2006, maka strata pelayanan kesehatan bagi ODHA di sarana kesehatan di Indonesia dibagi menjadi 3 strata yaitu:

1. PDP strata III di Tingkat Propinsi
2. PDP Strata II di Tingkat Kabupaten yang merupakan pusat layanan PDP
3. PDP Strata I di Tingkat Puskesmas/Rumah-Komunitas



Gambar 1.3. Kerangka Kerja Layanan PDP yang berkesinambungan yang terpusat di Layanan Strata II

Sumber : Pedoman PDP, DEPKES RI , 2007

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi pengidap HIV dan AIDS harus terus dilaksanakan, mengingat semakin tingginya angka orang yang terinfeksi virus HIV dan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien agar dapat produktif sehingga mampu berperan serta aktif dalam kegiatan pembangunan. Sesuai dengan Keputusan Menteri tentang penetapan Rumah Sakit maka perlu ditetapkan suatu Standar Operasional Prosedur oleh RS bersangkutan, agar pelayanan yang diberikan sesuai kebutuhan pasien dan sesuai dengan tatalaksana pengobatan dan Perawatan bagi pasien pengidap HIV dan AIDS serta memberikan perlindungan bagi petugas pelayan kesehatan dari resiko tertular.

Fokus penelitian akan dilakukan pada Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang yang telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit Rujukan yang merupakan PDP strata II di wilayah Kabupaten. Dalam pelaksanaannya, melalui wawancara pendahuluan kepada pasien HIV dan AIDS, beberapa masalah yang sering dihadapi saat mengakses layanan kesehatan di RSUD Tangerang adalah mengenai ketersediaan tempat tidur di ruang rawat inap dan masalah sikap petugas. Penelitian juga akan

dikembangkan dengan melihat persepsi dari petugas pemberi layanan dalam menangani pasien dengan kasus HIV dan AIDS mengenai perlindungan terhadap resiko tertular, tunjangan terhadap resiko pekerjaan, pengetahuan terhadap penanganan kasus dan manajemen resiko di tempat kerja dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Pekerja sektor kesehatan yang memberi pelayanan terhadap komunitas pasien dengan prevalensi HIV dan AIDS yang tinggi, juga mempunyai risiko lebih tinggi terpajan tuberkulosis (TBC) dan Hepatitis B. Dalam situasi tersebut, sangat penting bahwa rencana pengendalian pajanan tuberkulosis akibat kerja yang komprehensif juga dibuat untuk melengkapi rencana pengendalian pajanan HIV dan AIDS. Perlindungan terhadap pekerja kesehatan dari resiko tertular HIV dan AIDS telah dilakukan dengan diterbitkannya Pedoman pelayanan Kesehatan HIV dan AIDS antara ILO dan WHO (Direktorat Pengawasan Tenaga Kerja, Dirjen Pengawasan Ketenagakerjaan, Depnakertrans RI, September, 2005)

Dalam melakukan penilaian terhadap pelayanan, suatu jasa dikatakan berkualitas jika pelayanan yang diterima sesuai bahkan melebihi standar yang diharapkan, sebaliknya jika pelayanan yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan maka dipersepsikan kurang berkualitas (Tjiptono, 2001:58). Untuk itu kemampuan pemberi layanan untuk dapat menghadirkan suatu bentuk pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat memberikan kepuasan bagi pelanggan adalah sebuah kunci keberhasilan. Pelanggan akan memutuskan untuk memilih dan terus menggunakan suatu produk atau jasa yang ditawarkan jika persepsinya terhadap produk atau jasa sesuai dengan harapannya.

Dari sudut pandang pelanggan, pemaknaan suatu produk barang maupun jasa ditentukan oleh persepsinya terhadap produk barang maupun jasa. Hal ini dapat dijelaskan dengan konsep nilai pelanggan (*customer value*). Suatu produk barang atau jasa harus memiliki nilai pelanggan yang tinggi. Nilai pelanggan didefinisikan sebagai nilai pelanggan secara keseluruhan terhadap suatu produk, jasa atau bentuk penawaran lainnya berdasarkan persepsi akan manfaat yang diterima dan biaya yang dikorbankan (Zeithaml dalam Woodruff, 1997). Selain itu juga disebutkan bahwa nilai pelanggan adalah persepsi, preferensi dan evaluasi pelanggan terhadap atribut produk (*product attribute*), atribut kinerja

(*performance attribute*) serta konsekuensi yang muncul dari penggunaan produk (*Use consequences*) baik yang bisa mendukung maupun menghambat pencapaian keinginan konsumen dalam situasi penggunaan tertentu.

Untuk memenuhi kebutuhan kualitas pelanggan yang ada, pihak pemberi layanan harus dapat mengidentifikasi siapa pelanggan dan apa kebutuhannya. Dimensi kualitas memberikan perusahaan atau instansi suatu kerangka kerja untuk menjawab pertanyaan, apa yang diinginkan para pelanggan, sehingga tidak terjadi kesenjangan yang besar antara harapan dan persepsi akan pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Kepuasan pelanggan merupakan salah satu faktor atau ukuran keberhasilan bagi setiap pengembangan dan implementasi sistem pelayanan pada suatu perusahaan. Citra kualitas layanan yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia layanan, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Pelanggan yang menikmati layanan perusahaan yang menentukan kualitas layanan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu layanan (Fathoni ; unsri.ac.id)

Salah satu hal yang mempengaruhi pilihan konsumen adalah kualitas pelayanan. Kualitas merupakan faktor dasar yang dapat mempengaruhi pilihan konsumen untuk berbagai jenis jasa yang berkembang saat ini dan telah menjadi salah satu faktor dalam keberhasilan dan pertumbuhan suatu organisasi. Usaha penilaian dan peningkatan kualitas menjadi faktor terpenting dalam keberhasilan industri jasa pelayanan antar konsumen. Kualitas pelayanan yang baik adalah saat perusahaan mampu memberikan pelayanan yang memuaskan agar terpenuhinya permintaan dan harapan konsumen (Sugiarto,2000).

Jika ditinjau dari sudut pandang penerima pelayanan ada beberapa kriteria dalam menentukan kualitas pelayanan, namun dari kriteria yang ada yang paling sering digunakan dalam penilaian jasa, antara lain hasil kajian Zeithaml, Parasuraman dan Berry.

Menurut Zeithmalh, dkk (1990: 23) menyatakan bahwa dalam menilai kualitas jasa/ pelayanan, terdapat sepuluh ukuran kualitas jasa/ pelayanan, yaitu :

- 1) *Tangible* (nyata/berwujud)
- 2) *Reliability* (keandalan)

- 3) *Responsiveness* (Cepat tanggap)
- 4) *Competence* (kompetensi)
- 5) Access (kemudahan)
- 6) *Courtesy* (keramahan)
- 7) *Communication* (komunikasi)
- 8) *Credibility* (kepercayaan)
- 9) *Security* (keamanan)
- 10) *Understanding the Customer* (Pemahaman pelanggan)

Namun, dalam perkembangan selanjutnya dalam penelitian dirasakan adanya dimensi mutu pelayanan yang saling tumpang tindih satu dengan yang lainnya yang dikaitkan dengan kepuasan pelanggan. Selanjutnya oleh Parasuraman et al. (1990) dimensi tersebut difokuskan menjadi 5 dimensi (ukuran) kualitas jasa/ pelayanan, yaitu :

- 1) *Tangible* (berwujud); meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan dan alat-alat komunikasi.
- 2) *Realibility* (keandalan); yakni kemampuan untuk melaksanakan jasa yang telah dijanjikan secara konsisten dan dapat diandalkan (akurat).
- 3) *Responsiveness* (cepat tanggap); yaitu kemauan untuk membantu pelanggan (konsumen) dan menyediakan jasa/ pelayanan yang cepat dan tepat.
- 4) *Assurance* (kepastian); mencakup pengetahuan dan keramah-tamahan para karyawan dan kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.
- 5) *Empaty* (empati); meliputi pemahaman pemberian perhatian secara individual kepada pelanggan, kemudahan dalam melakukan komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan pelanggan.

Metode yang dikembangkan oleh Zeithaml, Parasuraman dan Berry yang dikenal dengan *servqual* digunakan untuk mengukur kesenjangan antara persepsi dan harapan dari pengguna layanan terhadap pelayanan yang diterima serta tingkat kepentingan penerima layanan terhadap setiap dimensi kualitas pelayanan yaitu, *tangibles*, *realibility*, *responsiveness*, *assurance* dan

empathy dan juga persepsi dari petugas layanan dalam menangani kasus HIV dan AIDS. Hasil dari pengukuran ini kemudian akan menggambarkan tingkat kepuasan pengguna layanan dan kinerja petugas. Untuk mendapatkan gambaran yang sebenarnya mengenai kondisi pelayanan kesehatan bagi Pasien Pengidap HIV dan AIDS pada RSUD Tangerang khususnya Klinik Bougenville maka akan dilakukan penelitian dengan mengajukan pertanyaan mengenai persepsi petugas untuk mengidentifikasi kesenjangan dan tingkat kepentingan pasien serta persepsi petugas dalam penanganan kasus HIV dan AIDS sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka pertanyaan untuk penelitian ini adalah “Bagaimana Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan bagi Pasien pengidap HIV dan AIDS di RSUD Tangerang. Pertanyaan di atas kemudian akan lebih dirinci sebagai berikut :

1. Bagaimana Persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima?
2. Bagaimana persepsi petugas dalam menangani pasien dengan kasus HIV dan AIDS?

1.3 Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk :

1. Mengetahui Persepsi pasien Pengidap HIV dan AIDS di RSUD Tangerang atas pelayanan yang diberikan
2. Mengetahui Persepsi petugas sektor kesehatan tentang perlindungan terhadap resiko kerja dalam menangani kasus HIV dan AIDS?
3. Mengetahui harapan pasien dan petugas untuk merumuskan konsep prioritas perbaikan program dan strategi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi pengidap HIV dan AIDS di RSUD Tangerang?

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan akan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Pasien

Menjadi media bagi pengguna layanan dalam menyampaikan persepsi serta harapannya terhadap kinerja RSUD Tangerang.

2. Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang

Menjadi salah satu acuan dalam menentukan kebijakan-kebijakan daerah diharapkan mampu mengakomodir kebutuhan masyarakat khususnya pengguna layanan kesehatan dalam hal ini RSUD Tangerang.

3. RSUD Tangerang

Metode yang digunakan dalam penelitian dapat digunakan oleh dalam melakukan evaluasi secara berkala terhadap peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan.

4. Penulis

Meningkatkan pemahaman dalam dalam penilaian kualitas sebuah layanan, sehingga dapat dikembangkan dalam penilaian pelayanan publik lainnya.

1.5 Pembatasan Masalah

Penelitian dilakukan pada pasien dewasa pengidap HIV dan AIDS yang mengakses layanan dan petugas pada RSUD Tangerang yang telah mendapatkan pelatihan untuk menangani pasien dengan kasus HIV dan AIDS.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV dan AIDS

2.1.1 HIV

HIV merupakan singkatan dari '**human immunodeficiency virus**'. HIV adalah bagian dari keluarga atau kelompok virus yang disebut *lentivirus*. *Lentivirus* seperti HIV ditemukan dalam lingkup luas primata non-manusia. *Lentivirus* yang lain, diketahui secara kolektif sebagai virus monyet yang dikenal dengan SIV (*simian immunodeficiency virus*) di mana tulisan di bawah garis menunjukkan asal spesiesnya HIV merupakan retrovirus yang menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama CD4 positive T-sel dan macrophages– komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus-menerus, yang akan mengakibatkan defisiensi kekebalan tubuh. Sistem kekebalan dianggap defisien ketika sistem tersebut tidak dapat lagi menjalankan fungsinya memerangi infeksi dan penyakit- penyakit. Orang yang kekebalan tubuhnya defisien (Immunodeficient) menjadi lebih rentan terhadap berbagai ragam infeksi ataupun mudah terkena tumor, yang sebagian besar jarang menjangkiti orang yang tidak mengalami defisiensi kekebalan. Penyakit-penyakit yang berkaitan dengan defisiensi kekebalan yang parah dikenal sebagai “infeksi oportunistik” karena infeksi-infeksi tersebut memanfaatkan sistem kekebalan tubuh yang melemah. Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

HIV dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV tidak menyadarinya karena tidak ada gejala yang tampak segera setelah terjadi infeksi awal. Beberapa orang mengalami gangguan kelenjar yang menimbulkan efek seperti demam (disertai panas tinggi, gatal-gatal, nyeri sendi, dan pembengkakan pada limpa), yang dapat terjadi pada saat seroconversion. Seroconversion adalah pembentukan antibodi akibat HIV yang biasanya terjadi antara enam minggu dan tiga bulan setelah terjadinya infeksi.

Kendatipun infeksi HIV tidak disertai gejala awal, seseorang yang terinfeksi HIV sangat mudah menularkan virus tersebut kepada orang lain. Satu-satunya cara untuk menentukan apakah HIV ada di dalam tubuh seseorang adalah melalui tes HIV.

Infeksi HIV menyebabkan penurunan dan melemahnya sistem kekebalan tubuh. Hal ini menyebabkan tubuh rentan terhadap infeksi penyakit dan dapat menyebabkan berkembangnya AIDS. Infeksi HIV telah ditahbiskan sebagai penyebab AIDS. Tingkat HIV dalam tubuh dan timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS.

2.1.2 AIDS

Acquired Immunodeficiency Syndrome atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (disingkat **AIDS**) adalah sekumpulan gejala dan infeksi (atau: sindrom) yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV; atau infeksi virus-virus lain yang mirip yang menyerang spesies lainnya (SIV, FIV, dan lain-lain).

HIV dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

Penularan HIV dapat melalui berbagai media sebagai berikut :

- a. Bersenggama yang membiarkan darah, air mani, atau cairan vagina dari orang HIV-positif masuk ke aliran darah orang yang belum terinfeksi (yaitu senggama yang dilakukan tanpa kondom melalui vagina atau dubur; juga melalui mulut, walau dengan kemungkinan kecil).
- b. Memakai jarum suntik yang bekas pakai orang lain, dan yang mengandung darah yang terinfeksi HIV.
- c. Menerima transfusi darah yang terinfeksi HIV.
- d. Dari ibu HIV-positif ke bayi dalam kandungan, waktu melahirkan, dan jika menyusui sendiri.

Biasakan mempunyai sikat gigi dan pisau cukur sendiri, karena selain untuk kebersihan pribadi, jika terdapat darah akan ada risiko penularan dengan virus lain yang diangkut aliran darah (seperti hepatitis), bukan hanya HIV.

Penularan HIV tidak melalui berbagai cara sebagai berikut:

- a. Bersalaman, berpelukan
- b. Berciuman
- c. Batuk, bersin
- d. Memakai peralatan rumah tangga seperti alat makan, telepon, kamar mandi, WC, kamar tidur, dll.
- e. Gigitan nyamuk
- f. Bekerja, bersekolah, berkendara bersama
- g. Memakai fasilitas umum misalnya kolam renang, WC umum, sauna, dll.

HIV tidak dapat menular melalui udara. Virus ini juga cepat mati jika berada di luar tubuh. Virus ini dapat dibunuh jika cairan tubuh yang mengandungnya dibersihkan dengan cairan pemutih (bleach) seperti **Bayclin** atau **Chlorox**, atau dengan sabun dan air. HIV tidak dapat diserap oleh kulit yang tidak luka.

Perawatan antiretrovirus sesungguhnya dapat mengurangi tingkat kematian dan parahnya infeksi HIV, namun akses terhadap pengobatan tersebut tidak tersedia di semua negara. Hukuman sosial bagi penderita HIV/AIDS, umumnya lebih berat bila dibandingkan dengan penderita penyakit mematikan lainnya. Kadang-kadang hukuman sosial tersebut juga turut tertimpakan kepada petugas kesehatan atau sukarelawan, yang terlibat dalam merawat *orang yang hidup dengan HIV/AIDS*

(ODHA). Istilah AIDS dipergunakan untuk tahap-tahap infeksi HIV yang paling lanjut.

Sebagian besar orang yang terkena HIV, bila tidak mendapat pengobatan, akan menunjukkan tanda-tanda AIDS dalam waktu 8-10 tahun. AIDS diidentifikasi berdasarkan beberapa infeksi tertentu, yang dikelompokkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization) sebagai berikut:

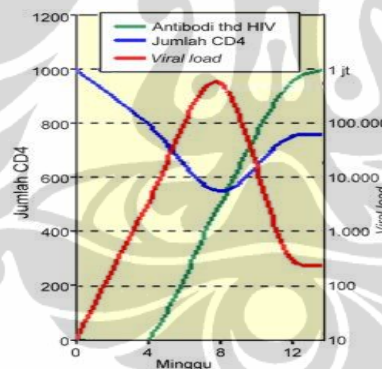
- a. Tahap I (Stadium Klinis I)
 - Penyakit HIV tidak menunjukkan gejala apapun dan tidak dikategorikan sebagai AIDS.
 - Limfadenopati generalisata persisten
- b. Tahap II (Stadium Klinis II)
 - Meliputi manifestasi mucocutaneous minor dan infeksi-infeksi saluran pernafasan bagian atas yang tak sembuh-sembuh
 - Kehilangan berat badanⁱ yang sedang tanpa alasan (<10% berat badan diperkirakan atau diukur)
 - Infeksi saluran napas bagian atas yang berulang (sinusitis, tonsilitis, otitis media dan faringitis)
 - Herpes zoster
 - Kheilitis angularis
 - Ulkus di mulut yang berulang
 - Erupsi papular pruritis
 - Dermatitis seboroik
 - Infeksi jamur di kuku
- c. Tahap III (stadium Klinis III)
 - Kehilangan berat badan yang parah tanpa alasan (>10% berat badan diperkirakan atau diukur)
 - Diare kronis tanpa alasan yang berlangsung lebih dari 1 bulan
 - Demam berkepanjangan tanpa alasan (di atas 37,5°C, sementara atau terus-menerus, lebih dari 1 bulan)
 - Kandidiasis mulut berkepanjangan
 - *Oral hairy leukoplakia*

- Tuberkulosis paru
 - Infeksi bakteri yang berat (mis. pneumonia, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis atau bakteremia)
 - Stomatitis, gingivitis atau periodontitis nekrotising berulkus yang akut
 - Anemia ($<8\text{g/dl}$), neutropenia ($<0,5 \times 10^9/l$) dan/atau trombositopenia kronis ($<50 \times 10^9/l$) tanpa alasan
- d. Tahap IV (Stadium Klinis IV)
- Sindrom *wasting* HIV
 - Pneumonia *Pneumocystis*
 - Pneumonia bakteri parah yang berulang
 - Infeksi herpes simplex kronis (orolabial, kelamin, atau rektum/anus lebih dari 1 bulan atau viskeral pada tempat apa pun)
 - Tuberkulosis di luar paru
 - Sarkoma Kaposi (KS)
 - Infeksi sitomegalovirus (retinitis atau infeksi organ lain)
 - Toksoplasmosis sistem saraf pusat
 - Ensefalopati HIV
 - Kriptokokosis di luar paru termasuk meningitis
 - Infeksi mikobakteri non-TB diseminata
 - *Progressive multifocal leukoencephalopathy* (PML)
 - Kriptosporidiosis kronis
 - Isosporiasis kronis
 - Mikosis diseminata (histoplasmosis atau kokidiomikosis di luar paru)
 - Septisemia yang berulang (termasuk *Salmonella* nontifoid)
 - Limfoma (serebral atau non-Hodgkin sel-B)
 - Karsinoma leher rahim invasif
 - Leishmaniasis diseminata atipikal
 - Nefropati bergejala terkait HIV atau kardiomiopati bergejala terkait HIV

Sebagian besar keadaan ini merupakan infeksi oportunistik yang apabila diderita oleh orang yang sehat, dapat diobati. Lamanya dapat bervariasi dari satu individu

dengan individu yang lain. Dengan gaya hidup sehat, jarak waktu antara infeksi HIV dan menjadi sakit karena AIDS dapat berkisar antara 10-15 tahun, kadang-kadang bahkan lebih lama. Terapi antiretroviral dapat memperlambat perkembangan AIDS dengan menurunkan jumlah virus (*viral load*) dalam tubuh yang terinfeksi.

Grafik berikut menunjukkan kelanjutan infeksi pada beberapa bulan pertama (masa infeksi akut). Segera setelah virus masuk ke aliran darah kita, HIV mulai replikasi secara cepat, dan *viral load* meloncat tajam (garis merah). Oleh karena itu, banyak sel CD4 dihancurkan, dan jumlah sel CD4 turun drastis (garis biru). Setelah beberapa minggu, sistem kekebalan mulai membentuk antibodi terhadap HIV (garis hijau), dan antibodi ini mulai melawan dengan virus, sehingga *viral load* mulai menurun dan jumlah CD4 meningkat kembali. Antibodi baru dapat terdeteksi oleh tes HIV setelah beberapa minggu (masa jendela). Pada masa ini, *viral load* dan daya menular paling tinggi.



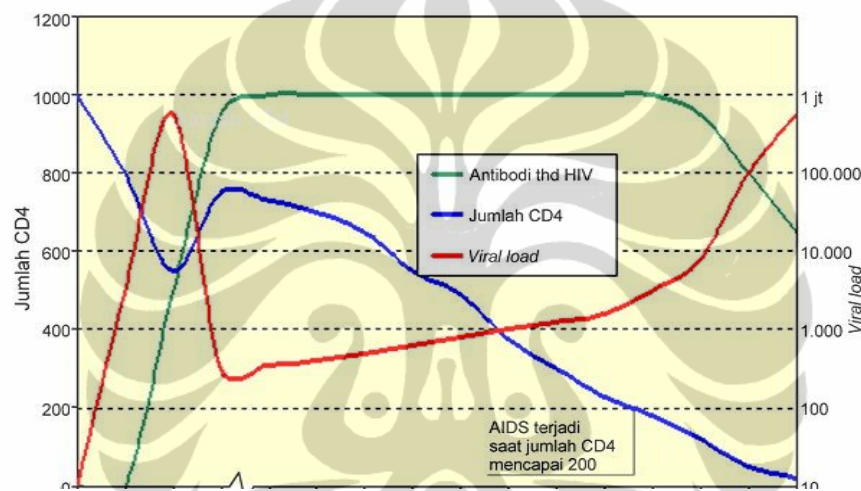
Gambar 2.1 Perkembangan Virus

Sumber : Wikipedia

Kadang kala infeksi akut, yang terjadi 2-3 minggu setelah kita terinfeksi HIV, dapat menimbulkan penyakit primer atau akut. Penyakit ini dapat ditandai oleh demam, rasa letih, sakit pada otot dan sendi, sakit menelan, dan pembesaran kelenjar getah bening. Jadi gejalanya mirip gejala flu, dan jarang diketahui atau didiagnosis sebagai awal infeksi HIV. Di negara maju, diperkirakan 30-60% orang mengalami penyakit akut setelah terinfeksi HIV; di Indonesia, gambarnya belum jelas.

Grafik berikut menunjukkan kelanjutan infeksi setelah infeksi akut. Tahap ini biasanya mulai dengan masa tanpa gejala, yang bertahan rata-rata 7-10 tahun dan

dapat jauh lebih lama, atau pun lebih pendek juga. Selama masa ini *viral load* meningkat pelan-pelan, sementara jumlah CD4 terus-menerus merosot. HIV replikasi terus dengan puluhan miliar virus dibuat dan dihancurkan setiap hari. Kemudian *viral load* mulai meningkat tajam, sementara jumlah CD4 menurun di bawah 200, yang mendefinisikan AIDS. Karena sistem kekebalan tubuh semakin rusak (ditandai oleh CD4 yang semakin rendah), infeksi oportunistik (IO) mulai muncul. Dan semakin rendah CD4, IO akan menjadi semakin berat dan semakin sulit diobati. Akhirnya, *viral load* menjadi sangat tinggi dan jumlah CD4 dapat menjelang nol.



Gambar 2.2. Perkembangan Virus Lanjutan

Sumber : Wikipedia

Yang menarik juga, pada tahap penyakit lanjutan, jumlah antibodi mulai menurun, seperti dilihat pada garis hijau. Hal ini terjadi karena antibodi dibuat oleh sistem kekebalan, dan bila sudah rusak, sistem tersebut tidak mampu membuat antibodi lagi. Walaupun jarang, pada masa ini, tes HIV dapat menunjukkan hasil non-reaktif (negatif), karena tinggal terlalu sedikit antibodi untuk menunjukkan hasil positif. Hal ini disebut sebagai sero-reversi, tetapi tidak berarti sembuh, hal ini justru menggambarkan bahwa seseorang berada pada kondisi sakit.

Namun, karena umumnya gejala penyakit yang kita alami tidak langsung disebabkan oleh infeksi, melainkan oleh reaksi sistem kekebalan tubuh terhadap infeksi, dengan sistem kekebalan tubuh begitu rusak, sering kali gejala penyakit

mulai hilang sebagaimana jumlah CD4 menjelang nol. Hal ini bukan berarti kita tidak sakit; hanya kita tidak mengalami gejalanya. Dan akhirnya penyakit tersebut mengakibatkan kematian kita.

Harus ditekankan bahwa kelanjutan ini terjadi bila kita tidak memakai terapi antiretroviral (ART). Kalau kita sempat mulai ART sebelum jumlah CD4 turun di bawah 200, kemungkinan kita tidak akan mengalami infeksi oportunistik yang berat, dan kita tidak akan melanjutkan ke tahap AIDS. Tetapi jelas keadaan yang baik ini hanya akan berlaku terus-menerus jika kita memakai ART dengan kepatuhan yang tinggi.

2.2 Pentingnya Campur Tangan Pemerintah dalam Penanggulangan HIV dan AIDS

Pemerintah memiliki tiga kewenangan dalam perekonomian, yaitu kewenangan atau fungsi alokasi, fungsi distribusi, dan fungsi stabilisasi. Karena sebagian besar rakyat tidak memiliki kekuatan untuk mengontrol dan tidak memiliki akses dalam proses pengambilan keputusan publik, maka fungsi alokasi dan fungsi distribusi ini tidak berjalan sebagaimana mestinya.

1. Fungsi stabilisasi, yaitu fungsi pemerintah dalam menciptakan kestabilan ekonomi, sosial politik, hukum, pertahanan dan keamanan.
2. Fungsi alokasi, yaitu fungsi pemerintah sebagai penyedia barang dan jasa publik, seperti pembangunan jalan raya, gedung sekolah, penyediaan fasilitas penerangan, dan telepon.
3. Fungsi distribusi, yaitu fungsi pemerintah dalam pemerataan atau distribusi pendapatan masyarakat.

Ekonomi pemerintah, adalah ekonomi normatif, yang mengkaji bagaimana pemerintah menetapkan sumber dan besarnya penerimaan (tax), memproduksi barang publik dan jasa publik, dan mengalokasikan sumber daya publik (APBN, APBD) untuk memilih barang publik dan jasa publik yang harus diproduksi, sesuai aspirasi politik rakyat. Problem yang harus dipecahkan dalam ekonomi pemerintah adalah bagaimana mencapai kesejahteraan masyarakat yang paling maksimal (*maximization of welfare*), bagaimana meningkatkan revenue yang tidak menimbulkan distorsi dalam perekonomian, bagaimana mengelola sumber

daya publik (*fiscal policy dan monetary policy*) yang dapat menjamin kestabilan perekonomian, dan bagaimana mengalokasikan sumber daya yang dapat menjamin keadilan dan pemerataan.

Dalam tata ekonomi yang modern, peranan pemerintah dalam perekonomian sangat minimal. Alasannya, intervensi pemerintah yang berlebihan dalam perekonomian lebih banyak menimbulkan distorsi pasar, sehingga perekonomian tidak pernah mencapai kondisi pareto optimum. Peran pemerintah dalam perekonomian modern adalah sebatas sebagai stabilisator, peran alokasi, dan peran distribusi. Melalui pengaturan fiskal dan kebijakan moneter, pemerintah bersama bank sentral menjaga stabilitas perekonomian dari supply shock, seperti inflasi, ledakan pengangguran, fluktuasi nilai tukar rupiah, suku bunga.

Masalah yang sering muncul dalam ekonomi barang publik atau ekonomi publik yang dijalankan pemerintah adalah dimana keputusan jenis barang publik dan jasa publik adalah keputusan politik. Karena lemahnya sebagian besar rakyat di bidang ekonomi, maka posisi tawar dalam kebijakan politik juga lemah (ini fakta empirik). Akibatnya, barang publik dan jasa publik yang diproduksi pemerintah tidak sesuai dengan aspirasi sebagian besar rakyat. Barang publik dan jasa publik yang diproduksi pemerintah adalah barang publik dan jasa publik yang tidak menguntungkan bagi sebagian besar rakyat, tetapi menguntungkan sebagian kecil rakyat.

Ruh dari ekonomi kerakyatan adalah: bagaimana pemerintah dapat menjalankan fungsi alokasi, fungsi distribusi, dan fungsi stabilisasi (atau bagaimana kebijakan fiskal, kebijakan moneter, dan kebijakan di sektor riil dijalankan), sehingga distribusi aset ekonomi kepada sebagian besar rakyat dapat terjadi tanpa mendistorsi pasar.

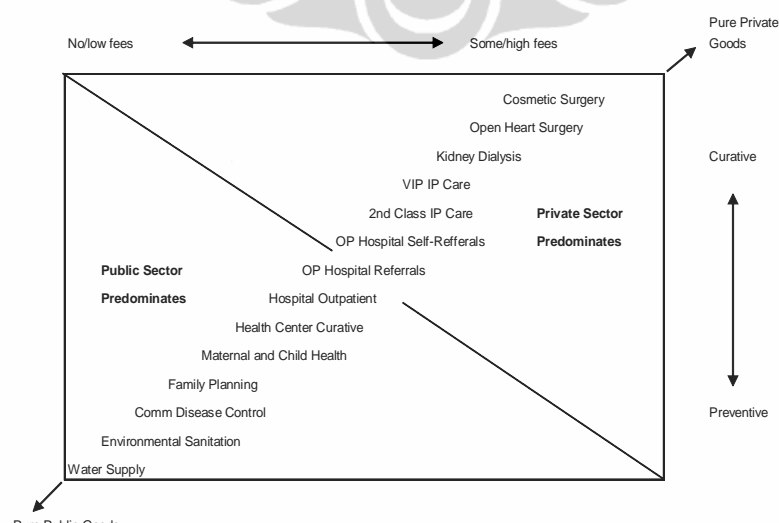
Pihak swasta adalah entitas bisnis yang berorientasi pada laba / keuntungan. Apabila dirasa tidak menguntungkan, swasta tidak akan memproduksi barang / jasa tersebut walaupun masyarakat membutuhkannya. Oleh karena itu, apabila di dunia hanya terdapat barang swasta saja, akan terdapat beberapa kebutuhan masyarakat yang tidak terpenuhi. Ketidakmampuan swasta dalam menyediakan barang / jasa yang dapat dikonsumsi bersama tanpa transaksi (barang publik) ini disebut dengan kegagalan pasar (*market failure*).

Beda dengan pemerintah, dimana kesejahteraan umum atau kemakmuran masyarakat menjadi prioritas. Dalam kondisi defisit pun, pemerintah akan mencoba memenuhi kebutuhan masyarakatnya (setelah menimbang skala prioritasnya). Secara umum barang yang diproduksi pemerintah tersebut dinamakan barang publik.

Contoh barang yang dapat dinikmati bersama dan tidak disediakan swasta adalah udara bersih, tanah subur, jalan, dsb. Orang tidak akan membeli alat untuk membersihkan udara meskipun semua orang akan sakit tanpa udara yang sehat, tentu swasta juga tidak akan memproduksinya untuk dijual ke masyarakat. Selain itu, swasta akan berpikir ribuan kali jika diperbolehkan membangun jalan di daerah yang kurang maju meskipun diperkenankan menarik biaya lewat jalan (toll).

Di sinilah peran alokasi pemerintah sangat diperlukan. Pemerintah perlu menyediakan barang publik yang dibutuhkan masyarakat khususnya ketika swasta tidak dapat (mau) menyediakannya. Selama pemerintah konsisten dengan non-profit motive nya dan menjunjung tinggi tujuan negara, pengadaan barang publik untuk peningkatan kesejahteraan umum dan kepentingan bersama sangat penting dilakukan.

Salah satu barang dan jasa publik yang harus disediakan Pemerintah adalah di bidang kesehatan, terutama dalam penanggulangan penyakit menular yang memiliki eksternalitas.



Gambar 2. 3. Area Public Good dan Private Good

Kovner (1995) menyatakan bahwa peran pemerintah di sektor kesehatan ada tiga yaitu sebagai pemberi dana (financing), pelaksana kegiatan (delivery), dan regulasi (regulation). Dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS, berdasarkan perannya sebagai pemberi dana, pelaksana kegiatan dan pembuat kebijakan dan peraturan, Pemerintah berkewajiban untuk mendorong segala bentuk upaya yang mampu menekan laju penularan HIV dan AIDS.

Terkait dengan penanganan dan pencegahan penyakit HIV AIDS ini pemerintah daerah kota/kabupaten mempunyai tugas untuk melakukannya, sebab dalam Pasal 14 Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 terdapat urusan wajib pemerintah daerah yang meliputi:

- a. perencanaan dan pengendalian pembangunan;
- b. perencanaan, pemanfaatan, dan pengawasan tata ruang;
- c. penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat;
- d. penyediaan sarana dan prasarana umum;
- e. penanganan bidang kesehatan;
- f. penyelenggaraan pendidikan;
- g. penanggulangan masalah sosial;
- h. pelayanan bidang ketenagakerjaan;
- i. fasilitasi pengembangan koperasi, usaha kecil dan menengah;
- j. pengendalian lingkungan hidup;
- k. pelayanan pertanahan;
- l. pelayanan kependudukan, dan catatan sipil;
- m. pelayanan administrasi umum pemerintahan;
- n. pelayanan administrasi penanaman modal;
- o. penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya; dan
- p. urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundangundangan.

Setidaknya ada 3 ciri pelayanan kesehatan yang perlu kita pahami, dua diantaranya menjadi alasan yang prinsipil sehingga kesehatan menjadi kewenangan wajib, yaitu :

- a. Uncertainty

Ketidakpastian, tidak ada yang dapat memastikan kapan ia akan jatuh sakit, seberapa berat sakit yang akan dideritanya dan berapa biaya yang harus

dikeluarkannya. Kebanyakan kita tidak siap dengan biaya untuk menanggulangi ketika kita sakit. Dalam kesehatan dikenal hukum *"the law of medical money"* artinya, jika seorang jatuh sakit, maka ia akan mengeksplorasi semua harta benda yang dimilikinya untuk membiayai pengobatannya. Jika sudah habis maka jika ada asset pribadinya yang bisa dijual pasti akan dijual, kalau semuanya habis maka dia akan meminjam kiri kanan. Maka jadilah ia orang miskin baru. Orang miskin baru ini kemudian akan menjadi beban negara, begitu seterusnya akan tercipta mata rantai kemiskinan bagaikan lingkaran setan.

b. Externality

Externality adalah sifat dimana seorang yang sakit tidak hanya mempengaruhi dirinya sendiri tetapi juga mempengaruhi orang lain yang ada disekelilingnya. Misalnya seorang dengan HIV dan AIDS dan penyakit penyertanya seperti TBC, diare, hepatitis. Seorang yang menderita TBC, pasti akan menularkan kepada orang-orang disekitarnya. Jika mereka tidak ditangani/diobati maka rantai penularan akan menjadi panjang. Sifat eksternalitas penyakit menular mengharuskan pemerintah untuk mengambil alih penanganannya.

c. Asymetry of Information

Asimetri Informasi menempatkan pasien pada posisi ignorance (tidak tahu). Dokter atau petugas kesehatan lebih tahu segalanya tentang kesehatan. Ketidaktahuan ini terkadang menimbulkan moral hazard dikalangan pelaku/pemberi pelayanan kesehatan. Misalnya, banyak kejadian pasien menerima pemeriksaan yang sebenarnya tidak dia perlukan atau menerima pemeriksaan yang berlebihan.

2.3 Upaya Pemerintah Dalam Penanggulangan HIV dan AIDS

2.3.1 Peraturan Perundangan

Sebagai bentuk keseriusan dan kepedulian Pemerintah dalam melaksanakan berbagai upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, Pemerintah mengeluarkan berbagai Peraturan dan Pedoman serta kesepakatan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi ODHA di Indonesia. Peraturan yang digunakan sebagai dasar dan pedoman dalam melaksanakan kegiatan tersebut antara lain adalah :

- a. Strategi Nasional HIV & AIDS 2003-2007;
- b. Strategi Nasional HIV & AIDS 2007-2012 dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia;
- c. Kesepakatan Bersama KPA dan BNN (Kepolisian Republik Indonesia selaku Ketua BNN) No. 21 KEP/MENKO/KESRA/XII/2003; No. B/04/XII/2003/BNN Tentang Upaya Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat/Bahan Adiktif dengan Cara Suntik;
- d. Keputusan Bersama KPA dan BNN No. 20 KEP/MENKO/ KESRA/XII/2003; No.B/04/XII/2003/BNN tentang Pembentukan Tim Nasional Upaya Terpadu Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat/Bahan Adiktif dengan Cara Suntik;
- e. Keputusan Presiden RI Nomor 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS;
- f. Peraturan Presiden RI Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS;
- g. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 20 tahun 2007 tentang Komisi Penanggulangan AIDS;
- h. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 02/ PER/ MENKO/ KESRA/ I/ 2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV & AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik;
- i. Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 68/ Men/ IV/ 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja;
- j. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 350/Menkes/SK/IV/ 2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadone serta Pedoman Terapi Rumatan Metadone.
- k. Keputusan Menteri Kesejahteraan Rakyat Nomor 9/KEP/1994 tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia;
- l. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyakit Menular Seksual;

- m. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV dan AIDS Secara Sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*);
- n. Rancangan Peraturan Daerah Propinsi Banten Nomor 6 Tahun 2010 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS
- o. Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA

2.3.2 Peran Pemerintah dan Masyarakat

Para pemangku kepentingan mempunyai peran dan tanggung jawab masing-masing dan bekerja sama dalam semangat kemitraan. Pokok-pokok tugas dan tanggung jawab masing-masing penyelenggara adalah sebagai berikut:

2.3.2.1 Pemerintah Pusat

Departemen, Kementerian, Lembaga Non- Departemen, TNI dan POLRI membentuk Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS dan membuat rencana pencegahan dan penanggulangan yang selaras dengan Stranas HIV dan AIDS 2007 – 2010 sesuai dengan area kegiatan instansi bersangkutan. KPAN mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan dari unsur pemerintah pusat.

2.3.2.2 Pemerintah Provinsi

Dinas-dinas Provinsi, Kantor Wilayah dari instansi pusat di provinsi, komando TNI dan POLRI di provinsi menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin oleh Gubernur. Pemerintah Propinsi membentuk dan memfungsikan Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan menyediakan sumberdaya untuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan di propinsi.

2.3.2.3 Pemerintah Kabupaten/Kota

Dinas-dinas Kabupaten/Kota, Kantor Departemen dari instansi pusat di kabupaten/kota, komando TNI dan POLRI di kabupaten/kota menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin oleh Bupati/Walikota. Pemerintah Kabupaten/Kota membentuk dan memfungsikan

Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota dan menyediakan sumberdaya untuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan di kabupaten/kota.

2.3.2.4 Pemerintah Kecamatan Dan Kelurahan/Desa

Di wilayah kecamatan dan kelurahan /desa yang berpotensi adanya penularan HIV, dapat dibentuk Satuan Tugas Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS yang masing-masing dipimpin oleh Camat dan Lurah/Kepala Desa. Tugas utama adalah menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dirancang oleh KPA Kabupaten/Kota.

2.3.2.5 DPR, DPD dan DPRD

DPR, DPD, DPRD Propinsi dan DPRD Kabupaten/Kota dengan kepedulian yang tinggi menampung informasi dari masyarakat tentang situasi HIV dan AIDS di wilayah urusannya dan sesuai dengan tugas dan fungsinya membantu upaya pencegahan dan penanggulangan. Bersama dengan KPAN/KPA di daerah dapat membentuk Forum Komunikasi.

2.3.2.6 Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sebagai penanggung jawab upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia mempunyai tugas yang sangat berat sehingga memerlukan kawenangan yang jelas untuk dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dengan efektif. Tugas pokok dan fungsi KPA Nasional sebagaimana tercantum dalam Perpres No. 75 Tahun 2006 adalah sebagai berikut:

- a. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- b. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan;
- c. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- d. Melakukan penyebarluasan informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat;

- e. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS;
- f. Mengkoordinasikan pengelolaan dan dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS;
- g. Mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- h. Memberikan arahan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten / Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.

2.3.2.7 Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Dan Kabupaten/Kota

Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten / Kota dibentuk dan dipimpin masing-masing oleh Gubernur dan Bupati / Walikota. KPA di daerah membantu kelancaran pelaksanaan tugas KPA Nasional. Tugas pokok dan fungsi KPA Provinsi dan KPA Kabupaten / Kota adalah sebagai berikut:

- a. Merumuskan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya sesuai dengan kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPA nasional.

Implementasi dari tugas pokok tersebut meliputi fungsi-fungsi sebagai berikut:

- a. Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya;
- b. Menghimpun, menggerakkan dan memanfaatkan sumberdaya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien
- c. Melakukan bimbingan dan pembinaan kepada pemangku kepentingan dalam pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayah kerjanya
- d. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dan menyampaikan laporan berkala secara berjenjang kepada KPA Nasional.

2.3.2.8 Masyarakat Sipil (*Civil Society*)

Civil society merupakan mitra kerja yang penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Non- Pemerintah lainnya seperti Kelompok Dukungan Sebaya telah memberikan kontribusi yang bermakna karena mampu menjangkau sub-populasi berperilaku berisiko dan menjadi pendamping dalam proses perawatan dan pengobatan ODHA. *Civil Society* berperan dalam penyuluhan, pelatihan, pendampingan ODHA, pemberian dukungan dan konseling serta melakukan pelayanan VCT. Dimasa mendatang peran ini diharapkan meningkat dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga *civil society* dapat menjalankan perannya dengan tenang dan aman.

2.3.2.9 Dunia Usaha Dan Sektor Swasta

Jenis pekerjaan, lingkungan dan tempat kerja berpotensi bagi pekerja untuk terpapar HIV. Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) telah mengakui bahwa HIV dan AIDS sebagai persoalan dunia kerja. Prinsip-prinsip utama Kaidah ILO tentang HIV dan AIDS dan Dunia Kerja perlu ditingkatkan implementasinya di dunia kerja Indonesia melalui kesepakatan tripartit. Implementasi Kaidah ILO tersebut dijabarkan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di dunia kerja dan dilaksanakan dengan penuh kesungguhan.

2.3.2.10 Tenaga Profesional, Organisasi Profesi Dan Lembaga Pendidikan Tinggi

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan pelibatan tenaga profesional baik secara individu maupun melalui organisasi profesi dan lembaga pendidikan tinggi. Para profesional berperan dalam perumusan kebijakan, penelitian, riset operasional.

2.3.2.11 Keluarga Dan Masyarakat Umum

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan dukungan masyarakat luas. Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat mempunyai tugas

penting dan sangat mulia sebagai benteng pertama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Ketahanan keluarga dalam arti yang sesungguhnya perlu tetap diupayakan dan ditingkatkan. Selain itu keluarga mampu memberikan lingkungan yang kondusif bagi ODHA dengan berempati dan menjauhkan sikap diskriminatif terhadap mereka.

Masyarakat Umum berperan membantu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan masing-masing dengan memberikan kemudahan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Untuk menjalankan fungsi tersebut, masyarakat berhak menerima informasi yang benar tentang masalah HIV dan AIDS.

2.3.2.12 Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)

Peranan ODHA dalam upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS di masa mendatang semakin penting. Selaras dengan prinsip *Greater Involvement of People with AIDS* (GIPA) ODHA berhak berperan pada semua tingkat proses pencegahan dan penanggulangan mulai dari tingkat perumusan kebijakan sampai pada monitoring dan evaluasi. Untuk dapat menjalankan peran tersebut, ODHA baik secara individual maupun organisasi meningkatkan persiapan diri. Seimbang dengan hak-haknya, ODHA bertanggung jawab untuk mencegah penularan HIV kepada pasangannya dan orang lain.

2.4 Studi Terdahulu Terhadap Kebijakan Pemerintah Indonesia di Bidang Penanggulangan HIV-AIDS

2.4.1 Evaluasi Proses Pembuatan Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, Achmad Gunawan, FISIP UI., 2007.

Penelitian ini memberikan gambaran mengenai permasalahan penyebaran HIV/AIDS yang semakin memprihatinkan dan dapat menghancurkan hasil-hasil pembangunan yang telah dicapai. Upaya penanggulangannya melalui Kebijakan penanggulangan HIV/AIDS sering mendapatkan penolakan dari masyarakat luas mengingat karakteristik cara penularannya. Fokus Evaluasi Proses Pembuatan Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia adalah faktor pihak atau aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di

Indonesia, faktor interaksi diantara pihak atau aktor tersebut, dan sumber atau dukungan dana penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Untuk menjelaskan faktor-faktor tersebut dalam rangka pemahaman mengenai pembuatan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, digunakan tipe penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang menggunakan langkah-langkah penelitian kuantitatif. Faktor Pihak atau aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dilihat dari keterlibatan dalam upaya penanggulangan dan khususnya keterlibatan dalam pembuatan kebijakan. Masih banyak pihak atau aktor penting yang tidak terlibat dalam pembuatan kebijakan tersebut sehingga kebijakan yang dibuat tidak mengakomodasi kepentingan yang seluas mungkin mewakili kelompok-kelompok yang terlibat. Interaksi diantara pihak atau aktor berjalan dengan baik bahkan karena adanya kedekatan hubungan diantara para pihak atau aktor tersebut sering kali pertemuan atau rapat diadakan secara informal. Secara teknis dalam pertemuan atau rapat pembuatan kebijakan publik, Komisi Penanggulangan AIDS, Departemen Kesehatan dan UNAIDS, lebih mendominasi jalannya berbagai pertemuan dan rapat. Dan dilihat dari nilai kepentingan yang diakomodasi dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, nilai-nilai kesehatan masyarakat dirasakan dominan. Besarnya keterlibatan dan pengaruh akademisi serta praktisi dalam pembuatan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dan lemahnya keterlibatan masyarakat secara luas menjadikan model pembuatannya adalah model rasional komprehensif, karena selain dibuat para ahli dengan sedikit kepentingan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia merupakan kebijakan terobosan. Faktor sumber atau dukungan dana memperlihatkan bahwa dana penanggulangan didominasi bantuan luar negeri yang penggunaannya secara prosedural harus melalui bimbingan teknis lembaga internasional. Dominasi pembiayaan yang berasal dari luar negeri tidak baik bagi upaya penanggulangan dari segi kontinuitas dan a\terakomasinya kepentingan-kepentingan dalam negeri. Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) harus membuka akses seluas mungkin dalam perlibatan pembuatan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS. Selain itu KPA juga harus meningkatkan kapasitasnya agar mampu menjaring dana dalam negeri. Pada akhirnya komitmen pemimpin merupakan hal

penting untuk mengawali kondisi yang baik dalam proses pembuatan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

2.4.2 Analisis Implementasi Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Pemuda Tangerang

Penelitian ini dilakukan dengan latar belakang tingginya angka kematian narapidana pada LAPAS kelas IIA Pemuda Tangerang pada taun 2007 akibat HIV dan AIDS. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kebijakan Direktorat Jenderal Pemasarakatan mengenai strategi penanggulangan HIV dan AIDS dan penyalahgunaan narkoba pada LAPAS Kelas II Pemuda Tangerang. Penelitian yang dilakukan dengan metode observasi ini memperoleh kesimpulan bahwa semua variabel yang terdiri dari variabel komunikasi, kecenderungan dan struktur birokrasi kecuali variabel sumber-sumber (sumber daya dan sumber dana) telah mendukung mendukung pelaksanaan kebijakan tersebut.

BAB 3

KONDISI HIV DAN AIDS DI KABUPATEN TANGERANG

3.1 Kebijakan Pemerintah Kabupaten Tangerang di Bidang Penanggulangan HIV dan AIDS

Dalam rangka penanggulangan HIV-AIDS di kabupaten Tangerang khususnya, dan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia pada umumnya, Pemerintah Kabupaten Tangerang berkomitmen untuk ikut aktif sejauh kemampuan yang dimilikinya. Untuk itu, Pemerintah Kabupaten Tangerang membentuk Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Tangerang.

Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Tangerang **No.441/Kep-Huk/2006** mengenai pembentukan KPA Kabupaten Tangerang, KPA memiliki fungsi untuk mengkoordinasi upaya penanggulangan HIV-AID oleh sejumlah organ organisasi Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang dan badan-bagan lain yang ada di kabupaten Tangerang yang berhubungan dengan upaya penanggulan HIV-AID tersebut. Organ-organ organisasi pemerintah kabupaten Tangerang dan badan-badan tersebut adalah: (i) Dinas Pendidikan; (ii) Dinas Kesehatan; (iii) Dinas pemuda, olah raga dan pariwisata; (iv) Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi; (v) Dinas Sosial; (vi) Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan; (vii) Bagian Hukum Setda Kabupaten Tangerang; (viii) Kantor Departemen Agama Kabupaten Tangerang; (ix) Dinas Usaha Kecil dan Koperasi; (x) Camat se-Kabupaten Tangerang; (xi) Badan Narkotika Kabupaten Tangerang, (xii) TP PKK Kabupaten Tangerang; (xiii) RSUD Tangerang; (xiv) RSUD Balaraja; (xv) PMI Kabupaten Tangerang; (xvi) MUI Kabupaten Tangerang, (xvii) Yayasan Bina Muda Gemilang, (xviii) IDI (Ikatan Dokter Indonesia) Kabupaten Tangerang, (xix) IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Kabupaten Tangerang, (xx) PPNI Kabupaten Tangerang, (xxi) PDGI Kabupaten Tangerang,

Di samping membentuk komisi di atas, Pemerintah Kabupaten Tangerang juga telah menetapkan kebijakan-kebijakan untuk: (i) membentuk Kelompok Kerja di wilayah Kecamatan Kosambi yang merupakan daerah lokalisasi prostitusi. Kelompok kerja ini secara umum bertugas untuk mempromosikan,

menginformasikan, mensosialisasikan program dan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS kepada masyarakat di wilayah tersebut. (ii) menetapkan Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang dan Rumah Sakit Qadr sebagai Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA. (iii) melaksanakan dua program utama penanggulangan HIV dan AIDS, yaitu: Program Pencegahan Penularan Melalui Transmisi Seksual (PMTS) dan Program Harm Reduction (Penggunaan dampak buruk penggunaan NAPZA suntik).

PTMTS melakukan kegiatan-kegiatan, yang antara lain adalah: (i) layanan klinik IMS (Infeksi Menular Seksual) pada 42 puskesmas di wilayah Kabupaten Tangerang yang berfungsi untuk melakukan pendeteksian awal gejala virus HIV / AIDS. Karena, penyakit mematikan tersebut kerap tendus dari munculnya beberapa penyakit kelamin seperti raja singa (siphilis), kencing nanah, dan jengger ayam; (ii) klinik reproduksi remaja; (iii) usaha kesehatan sekolah; dan (iv) distribusi material pencegah (Kondom, Lubricant, KIE). Sedangkan program harm reduction dilaksanakan dengan membentuk layanan Alat Suntik Steril (LASS) di 4 Puskesmas yaitu : Puskesmas Curug, Cikupa, Bojong Nangka dan Balaraja; dan layanan terapi rumatan metadon (pengganti heroin suntik dengan media minum) di Puskesmas Jalan Emas dan Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang.

3.1.1 HIV dan AIDS Kabupaten Tangerang

Kabupaten Tangerang merupakan daerah yang terus berkembang. Sejalan dengan perkembangan itu maka kehidupan penduduk Tangerang dipengaruhi berbagai faktor di antaranya: perkembangan kegiatan industri, urbanisasi, percepatan akses informasi mempengaruhi pola sosial di masyarakat, dan diduga merupakan faktor yang sangat memungkinkan bagi penyebaran penyakit HIV dan AIDS, hal ini membuat penderita HIV (*human immunodeficiency virus*) di Kabupaten Tangerang meningkat karena banyaknya pendatang sementara yang bekerja di kawasan industri yang tersebar di Kabupaten Tangerang sehingga harus tinggal berjauhan dengan keluarga sehingga membuka peluang terbentuknya lokalisasi prostitusi di sekitar kawasan tersebut.

Tiap tahun jumlah pengidap HIV dan AIDS di kabupaten Tangerang bertambah 70-100 lebih penderita dan merupakan pengidap yang berhasil didata. Berdasarkan data Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Tangerang selama 2006-2010, pada bulan Juni 2011 tercatat 495 warga yang tinggal di Kabupaten Tangerang terjangkit virus HIV, dan 192 warga lainnya statusnya sudah meningkat dari penderita HIV menjadi AIDS (acquired immune deficiency syndrome).

Data Dinas Kesehatan itu juga menunjukkan bahwa jumlah penderita HIV dan AIDS pada tahun 2008 mengalami peningkatan hingga 70 orang di wilayah Kabupaten Tangerang, yakni tahun 2007 sebanyak 196 kasus lalu menjadi 338 kasus pada tahun 2008. Pada tahun yang sama jumlah penderita positif HIV dan AIDS yang berusia kurang dari 15 tahun terdapat tiga orang dan berusia 15 - 24 tahun 12 orang. Diduga jumlah penderita HIV dan AIDS positif kemungkinan akan lebih banyak lagi karena berdasar estimasi populasi yang memiliki risiko tinggi terkena HIV dan AIDS pada tahun 1998-2010 ada sekitar 5.300 orang.

Data Angka pengidap HIV dan AIDS yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang itu, bisa jadi menunjukkan bahwa masalah penyakit HIV dan AID di Kabupaten Tangerang cukup serius. Data Dinas Kesehatan tadi hanya menunjukkan fenomena dari suatu “gunung es” masalah HIV-AID di Kabupaten Tangerang.. Artinya, masih banyak yang belum terungkap, mengingat banyak penderita yang malu penyakitnya diketahui oleh masyarakat.

Korban yang terjangkit virus mematikan ini kini bukan hanya pekerja seks komersial (PSK), penganut seks bebas, dan pengguna jarum suntik tapi juga sudah menjangkiti ibu rumah tangga, remaja dan bayi. Masih menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, peningkatan penderita HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang bukan hanya karena penggunaan jarum suntik oleh pemakaian narkoba secara bersamaan tetapi juga karena hubungan seks bebas dengan berganti-ganti pasangan. Penyebaran HIV karena hubungan seks bebas lebih banyak, menjadi urutan nomor satu. Hingga bulan Agustus tahun 2011 saja yang terdeteksi positif HIV sudah bertambah 70 lebih orang. Tingginya angka kasus HIV dan AIDS melalui hubungan seks disebabkan berkembangnya beberapa lokalisasi PSK di wilayah Kabupaten Tangerang. Lokasi PSK itu antara

lain di Desa Dadap, Kecamatan Kosambi; Desa Tanjung Pasir, Kecamatan Teluknaga; Desa Karang Serang, Kecamatan Sukadiri. Diperkirakan di tempat-tempat ini ada sekitar 1.000 WPS (Wanita Pekerja Seks). Di samping PSK tadi, adanya lokalisasi waria juga tampaknya membuat penyebaran HIV makin meluas, utamanya di Kecamatan Kelapa Dua dan Kecamatan Cikupa.

Persebaran kasus HIV positif paling tinggi tercatat pada Kecamatan Kosambi. Kecamatan kedua yang persebaran kasus HIV positifnya juga tinggi adalah Kecamatan Cikupa dan Kelapa Dua. Di kecamatan-kecamatan lain penyebaran penyakit HIV positif ini terjadi nyaris merata. Penyakit ini menyerang kalangan pekerja, ibu rumah tangga hingga balita. Jumlah balita yang terdata positif terinfeksi HIV dan AIDS di tahun 2011 ada 10 orang. Jika dilihat dari sisi proporsinya, sebagian besar (sekitar 50%) adalah heteroseksual, 38-40% adalah pengguna narkoba, terutama jarum suntik, dan sisanya adalah waria dan homoseksual maupun lesbi.

Untuk menanggulangi penyebaran HIV itu Dinkes Kabupaten Tangerang bekerjasama dengan Komisi Perlindungan Aids (KPA) Kabupaten Tangerang, mengambil langkah seperti membentuk kelompok kerja (Pokja) penanggulangan HIV/ AIDS di wilayah rawan. Caranya dengan membuka layanan *one stop service* (seperti di puskesmas: dengan memberikan edukasi dan pengobatan kepada warga yang positif menderita HIV). Selain itu juga melakukan sosialisasi penyebaran virus HIV, dengan membagi-bagikan kondom dan jarum suntik gratis di kawasan rawan penyebaran HIV. Selama setahun mulai 2010 sampai 2011, misalnya, Dinkes Kabupaten Tangerang dan KPA telah membagikan 1,2 juta kondom. Sedangkan jarum suntik yang dibagikan mencapai 56 ribu unit lebih. Tapi penyebaran kondom gratis tidak terlalu efektif terutama bagi PSK. Pasalnya, desakan ekonomi membuat mereka terus menjajakan seks bebas hingga menjangkiti pelanggannya (pria hidung belang). hal ini didasarkan pada hasil Survey Cepat Perilaku (SCP) pada sebanyak 250 PSK di lokalisasi prostitusi Kecamatan Kosambi Tahun 2011, dimana sebanyak 191 orang atau 77,4% tidak pernah menawarkan kondom pada pelanggannya dan sebanyak 66% tidak pernah menggunakan kondom karena takut pasangan kabur.

Kasus HIV dan AIDS bukan hanya persoalan kesehatan saja tapi menyangkut masalah sosial karena HIV dan AIDS diidentikkan dengan penyakit moral sehingga pengidap seringkali mendapatkan sanksi sosial masyarakat berupa diskriminasi. Hal ini menyebabkan banyak penderita tidak mau membuka diri karena malu dan menyulitkan proses pengumpulan data pengidap yang sebenarnya. Pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS sangat minim sehingga kegiatan sosialisasi harus terus dilakukan, penting juga menambah tempat layanan HIV dan AIDS baik dalam kabupaten/kota serta membuka tempat layanan di kabupaten/kota yang belum ada dan pengintegrasian layanan pencegahan seperti Harm Reduction, perawatan, dukungan serta pengobatan seperti Puskesmas, rumah sakit, rumah tahanan (rutan), klinik swasta, LSM maupun lokalisasi. Minimal tiap kota/kabupaten ada satu layanan komprehensif (8 layanan), cara ini penting dilakukan dengan terus melakukan pemberdayaan masyarakat dan juga diberi penguatan sistem kesehatan.

Di wilayah Kabupaten Tangerang 10% dari seluruh pengidap positif HIV dan AIDS adalah usia remaja dengan kisaran umur 15 tahun hingga 24 tahun, sedang sisanya sebagian besar adalah usia produktif. Angka penderita bagi kalangan remaja mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hal ini terjadi karena terkait pola hidup anak muda diantaranya meluasnya perilaku seks bebas, penggunaan jarum suntik untuk mengkonsumsi narkoba dan sebagainya. Dengan kebiasaan buruk itulah kelompok usia produktif dini sangat potensial terinfeksi HIV dan AIDS.

Di seluruh dunia, setengah dari semua infeksi HIV baru dialami remaja berusia 15-24 tahun. Angka ini menunjukkan bahwa sejumlah besar remaja aktif secara seksual pada usia dini, tidak monogamis, dan tidak menggunakan kondom secara teratur. Selain daripada itu, eksperimentasi dengan narkoba (obat-obatan terlarang), termasuk lewat suntikan, sering juga menjadikan remaja rentan terhadap infeksi HIV. Remaja yang termarginalkan — termasuk anak jalanan, pengungsi, dan migran — khususnya berisiko bila mereka disisihkan dari pelayanan kesehatan, terekspos seks berisiko (apakah untuk mendapatkan makanan, perlindungan, atau uang, atau sebagai akibat dari tindak kekerasan) atau menggunakan obat-obatan terlarang.

Ketidaktahuan mengenai bagaimana HIV ditularkan dan bagaimana cara menghindari infeksi memperparah kerentanan segmen penduduk ini. Mengambil tindakan untuk meminimalisir ancaman HIV terhadap remaja merupakan kewajiban moral dan sangat penting untuk menghentikan epidemi ini. Pengalaman menunjukkan bahwa intervensi bagi remaja dan membangun kemitraan dengan mereka, merupakan upaya yang paling efektif. Disamping memanfaatkan energi dan idealisme orang muda, intervensi semacam itu menguntungkan karena orang muda masih dalam dalam tahap pencarian diri dan pada umumnya lebih terbuka dalam mempertanyakan norma-norma sosial dan merubah perilaku, dibandingkan generasi yang lebih tua.

Tingginya angka pengidap HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang, sudah pasti akan mempengaruhi jumlah angkatan kerja yang produktif, karena walaupun terlihat sangat sehat secara fisik, pengidap HIV pada stadium lanjut dengan infeksi oportunistik yang seringkali kambuh akan menjadi penyebab menurunnya produktifitas, padahal dari data yang terkumpul, sebagian besar pengidap HIV berada pada usia produktif.

Tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS pada kelompok manapun berarti bahwa semakin banyak orang menjadi sakit, dan membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lambat dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang, membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan. Biaya langsung dari perawatan kesehatan tersebut semakin lama akan menjadi semakin besar. Diperhitungkan juga adalah waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga untuk merawat pasien, dan tidak dapat melakukan aktivitas yang produktif. Waktu dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV dan AIDS sedikit demi sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh John Kaldor dkk pada tahun 2005 memprediksi bahwa pada tahun 2010, bila upaya penanggulangan tidak ditingkatkan maka 6% tempat tidur akan digunakan oleh penderita AIDS dan di Papua mencapai 14% dan pada tahun 2025 angka – angka tersebut akan menjadi 11% dan 29%. Meningkatnya jumlah penderita AIDS berarti meningkatnya kebutuhan ARV. Rusaknya sistem kekebalan tubuh telah

memperparah masalah kesehatan masyarakat yang sebelumnya telah ada yaitu tuberkulosis. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa kejadian TB telah meningkat secara nyata di antara kasus HIV. TB masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia dimana setiap tahunnya ditemukan lebih dari 300.000 kasus baru, maka perawatan untuk kedua jenis penyakit ini harus dilakukan secara bersamaan.

3.2 Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang

3.2.1 Sejarah RSUD Tangerang

Sejarah RSUD Kabupaten Tangerang RSUD Kabupaten Tangerang didirikan pada tahun 1928 berlokasi sebuah ruangan BUI (Penjara) yang bekas lahannya sekarang menjadi lokasi Masjid Agung Al-Ittihad dengan kapasitas perawatan 12 TT.

Sejak tahun anggaran 1969/1970 RSUD Tangerang mulai dikembangkan secara bertahap dengan biaya dari APBD TK. II, APBD TK. I dan APBN sehingga mempunyai kapasitas perawatan 341 tempat tidur. Pada tahun 1976 RSUD Tangerang dimanfaatkan untuk pendidikan mahasiswa tingkat V dan VI FKUI dari bagian Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah dan Kebidanan/Kandungan. Sejak tahun 1977 dimanfaatkan untuk pendidikan dokter Spesialis Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah Umum, Kebidanan dan Penyakit Kandungan. Sejak 22 September 1986 telah dijalin pula kerjasama antara Pemda Tangerang dengan Fakultas Kedokteran Gigi UI dengan tujuan meningkatkan pelayanan RSUD Tangerang serta memanfaatkannya untuk pendidikan. Dengan dikeluarkannya PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka RSUD Kabupaten Tangerang berdasarkan Keputusan Bupati Tangerang No.445/Kep.402-HUK/2005 tanggal 20 Desember 2005 terhitung mulai tahun 2006 menyelenggarakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Dengan Keputusan Bupati Tangerang No.445/Kep.113-HUK/2008 RSUD Kabupaten Tangerang ditetapkan sebagai penyelenggara Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Kabupaten Tangerang dengan status BLUD penuh.

Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang (RSU), adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang, yang berlokasi di Wilayah Kota Tangerang, tepatnya Jl. Jenderal A.Yani No.9 Tangerang. Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang merupakan Type RS Kelas B Non Pendidikan. dengan fasilitas :

- Jumlah Tempat Tidur sebanyak 426 TT
- Rawat Darurat 24 Jam
- Rawat Jalan dengan 27 Pelayanan Spesilistik & 7 Sub Spesilistik
- Medical Checkup
- Kamar Bedah dengan 11 Kamar Operasi
- Kamar Bersalin dengan 22 buah Tempat Tidur
- Hemodialisa dengan jumlah 18 Tempat Tidur dan alat
- Pusat Thalassaemia dengan jumlah 4 Tempat Tidur dan alat
- Ruang Isolasi Pasien Flu Burung
- Klinik Bougenville
- Pelayanan Penunjang Medis (Laboratorium, Radiologi, Farmasi, CT-Scan, PA, USG, EEG, EKG, Treadmill, Spirometri dll)
- Penunjang Lainnya (ambulance, Kereta Jenazah, dll)

Dengan Keputusan Bupati Tangerang No.445/Kep.113-HUK/2008 RSU Kabupaten Tangerang telah ditetapkan sebagai Penyelenggara Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Kabupaten Tangerang dengan status BLUD Penuh.

Setelah dikembangkan secara bertahap saat ini RSU Kabupaten Tangerang mempunyai bangunan dengan luas keseluruhannya 25.701 m² diatas tanah 41.615 m². Dengan jumlah pegawai per 31 Juli 2010 sebanyak 1065 orang.

RSU Kabupaten Tangerang merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang yang berlokasi di Kota Tangerang, Rumah Sakit ini menerima pasien dari Wilayah Kabupaten Tangerang, Kota Tangerang, Kota Tangerang Selatan, DKI Jakarta, Kabupaten Bogor dan daerah sekitarnya. RSU Kabupaten Tangerang memberi pelayanan dengan motto "BERTEMU KASIH" yang artinya : "Bersih, Tertib, Bermutu dan Kasih Sayang." RSU Kabupaten Tangerang menerima pelayanan pasien selain dengan

pembayaran Tunai, Pasien Askes, Pasien Kerja Sama dengan Jaminan Perusahaan, Pasien JAMKESMAS, Pasien JAMKESDA. Walaupun bukan sebagai RS Pendidikan, RSUD Kabupaten Tangerang digunakan sebagai lahan pendidikan Mahasiswa-mahasiswa FKUI-S1 dan PPDS, FKG-UI, Akademi Keperawatan, Akademi Kebidanan, Akademi Gizi, Akademi Radiologi, Akademi Farmasi, Akademi Rehabilitasi, dll. Untuk menimba ilmu di RSUD Kabupaten Tangerang.

3.2.2 Visi dan Misi RSUD Kab Tangerang

3.2.2.1 Visi

Menjadi RS Rujukan yang bermutu dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Tangerang.

Makna visi tersebut adalah bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUD Tangerang diharapkan menjadi pusat pelayanan rujukan medik, dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif bagi pasien yang sesuai dengan kebutuhan dan terjangkau oleh masyarakat luas

3.2.2.2 Misi

Misi adalah sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh organisasi sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan organisasi. Maka misi RSUD Kabupaten Tangerang yang dirumuskan adalah:

- Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan individu
- Membangun sistem manajemen RS yang efektif dan efisien

3.2.2.3 Motto RSUD Kab Tangerang

Motto RSUD Tangerang adalah "BERTEMU KASIH" (Bersih, Tertib, berMutu dan Kasih Sayang).

a. BERSIH mempunyai arti :

- Bertanggungjawab terhadap kebersihan lingkungan kerja dan kebersihan pasien.
- Menjaga kebersihan diri dan berpenampilan menarik.
- Mempunyai pemikiran yang ikhlas terhadap pekerjaan.

- Mengajak orang lain untuk menjaga kebersihan.
- Memelihara fasilitas kerja agar tetap bersih dan rapih

b. TERTIB mempunyai arti :

- Bekerja sesuai dengan prosedur tetap dan standard pelayanan RSUD Kabupaten Tangerang dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Memelihara dan memanfaatkan fasilitas kerja dengan sebaik-baiknya.
- Memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan urutan pendaftaran.
- Kunjungan keluarga pasien (bezuk) sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan

c. MUTU mempunyai arti :

- Memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya berdasarkan protap dan standard pelayanan yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien maupun kepada pengunjung lainnya.
- Berupaya meningkatkan kemampuan dan ketrampilan sesuai dengan perkembangan Iptek.
- Selalu menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan.
- Aktif mengikuti kegiatan Gugus Kendali Mutu (GKM)

d. KASIH SAYANG mempunyai arti :

- Memberikan perhatian penuh kasih sayang kepada penderita/keluarganya untuk mengurangi penderitaan yang dialami dan meningkatkan motivasi untuk sembuh.
- Empati terhadap keluhan pasien/keluarganya.
- Berbicara dengan suara yang jelas, mudah dimengerti dan sopan.

3.2.2.4 Nilai-nilai Budaya Kerja RSUD Kabupaten Tangerang

Nilai-nilai yang terkandung dalam visi dan misi RSUD Kabupaten Tangerang merupakan nilai-nilai yang harus dianut dan diterapkan dalam sikap dan perilaku seluruh jajaran pegawai rumah sakit dalam menjalankan semua kegiatan.

- C: Cakap (Competent)
- A: Akuntabel
- R: Responsif
- E: Efisien

- **Cakap**

Setiap personil baik dokter maupun paramedis dan pegawai terus menjaga kecakapan agar dapat menjalankan fungsi secara profesional. Kegiatan rumah sakit yang inovatif menunjukkan bahwa setiap jajaran pegawai harus dapat memberikan kontribusi secara optimal bagi peningkatan kinerja rumah sakit dan peka terhadap aspirasi yang disampaikan masyarakat/pasien.

- **Akuntabel**

Sebagai BLUD maka RSUD harus dapat mendayagunakan seluruh sumber daya untuk mencapai kinerja optimal dan dapat dipertanggungjawabkan. Keberhasilan dalam mencapai visi dan misi rumah sakit tidak lepas dari kebersamaan komitmen dari seluruh anggota organisasi. Kesepakatan yang terjalin dari seluruh anggota organisasi akan menciptakan hubungan yang harmonis untuk mencapai visi dan misi yang telah dicanangkan.

- **Responsif**

Sebagai instansi yang sangat tanggap pada kegawatdaruratan ataupun kondisi yang fatal maka sikap tanggap dibudayakan melebihi sikap lainnya. Kegiatan di rumah sakit harus didukung oleh pegawai yang profesionalisme dan senantiasa memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat/pasien dengan dilandasi prinsip-prinsip good governance. Dengan demikian setiap program/ kegiatan rumah sakit harus direncanakan dan dilaksanakan dengan cermat agar mencapai hasil yang maksimal.

- **Efisiensi**

Menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan kepada masyarakat/pasien dengan menggunakan sumber daya rumah sakit yang tersedia secara optimal dan bertanggungjawab

3.2.2.5 Klinik Bougenville : Tempat di lantai 2 gedung IGD

RSU Kabupaten Tangerang menyediakan sarana pelayanan konseling bagi penderita HIV dan AIDS dan Tes HIV Sukarela.

Konseling HIV merupakan suatu dialog antara petugas konseling (konselor) dengan klien untuk meningkatkan kemampuan klien dalam memahami HIV/AIDS beserta risiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan dan keluarga serta orang sekitarnya.

Tes HIV adalah pemeriksaan darah di laboratorium untuk memastikan seorang terinfeksi HIV atau tidak. Manfaat Konseling dan Tes HIV Sukarela :

- Mereka yang berisiko tinggi tertular HIV dapat mengetahui status HIV-nya
- Dukungan mental dan spiritual sebelum menjalani dan setelah menerima hasil Tes HIV.
- Mengubah perilaku berisiko menjadi tidak berisiko.
- Memperoleh arahan pelayanan pengobatan bagi penderita HIV/AIDS.

a. **Jadwal Pelayanan :**

- Voluntary Counselling & Testing (VCT) : Senin, Selasa, Rabu & Jum'at
- Care, Support & Treatment (CST) : Selasa s/d Kamis
- Preventive Mother To Child Transmission (PMTCT): Senin & Sabtu
- Anti Retro Viral Therapy (ART) : Senin s/d Kamis
- Provider Initiated Testing & Counselling (PITC) : Senin, Selasa, Rabu

3.2.2.6 RSUD Tangerang sebagai BLUD

Pengertian atau definisi BLU diatur dalam Pasal 1 angka 23 UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, yaitu : “Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa

mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas”. Pengertian ini kemudian diadopsi kembali dalam peraturan pelaksanaannya yaitu dalam Pasal 1 angka 1 PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Tujuan dibentuknya BLU adalah sebagaimana yang diamanatkan dalam Pasal 68 ayat (1) yang menyebutkan bahwa “Badan Layanan Umum dibentuk untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa”. Kemudian ditegaskan kembali dalam PP No. 23 Tahun 2005 sebagai peraturan pelaksanaan dari asal 69 ayat (7) UU No. 1 Tahun 2004, Pasal 2 yang menyebutkan bahwa “BLU bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat”.

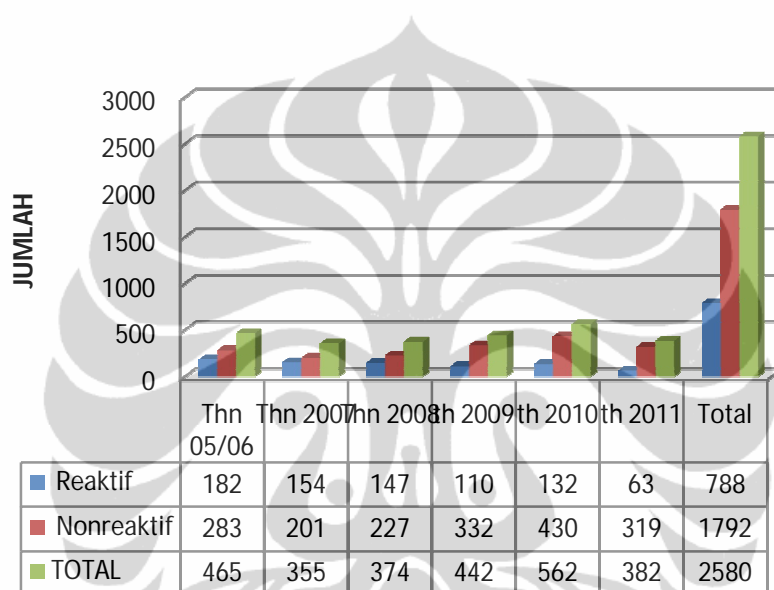
BLU memiliki suatu karakteristik tertentu, yaitu :

- a. Berkedudukan sebagai lembaga pemerintah yang tidak dipisahkan dari kekayaan Negara;
- b. Menghasilkan barang dan/atau jasa yang diperlukan masyarakat;
- c. Tidak bertujuan untuk mencari laba;
- d. Dikelola secara otonom dengan prinsip efisiensi dan produktivitas ala korporasi;
- e. Rencana kerja, anggaran dan pertanggungjawabannya dikonsolidasikan pada instansi induk;
- f. Penerimaan baik pendapatan maupun sumbangan dapat digunakan secara Langsung
- g. Pegawai dapat terdiri dari pegawai negeri sipil dan bukan pegawai negeri sipil;
- h. BLU bukan subyek pajak.

3.3 Perkembangan HIV dan AIDS di RSUD Tangerang

Keseriusan Pemerintah Kabupaten Tangerang dalam penanganan kasus HIV dan AIDS ditandai dengan mulai dibukanya klinik Bougenville di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang, hal ini menyikapi semakin tingginya jumlah pengidap HIV dan AIDS sejak tahun 2005.

Perkembangan kasus HIV dan AIDS yang ditangani oleh RSUD Tangerang dapat dilihat pada tabel berikut :

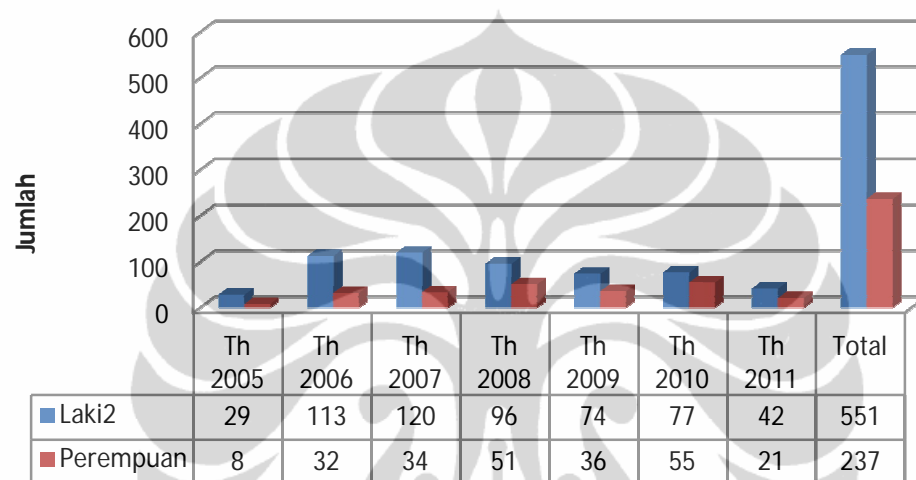


Gambar 3.1. Perkembangan Kasus HIV dan AIDS

Sumber : Klinik Bougenville, RSUD Tangerang 2011

Tabel ini menunjukkan bahwa sepanjang tahun 2005-2011 sebanyak 2580 orang dengan resiko tinggi tertular HIV melakukan tes, sebanyak 788 orang dengan status reaktif atau positif tertular dan sebanyak 1792 orang dengan status non reaktif atau negatif tertular, tetapi bisa saja orang dengan hasil non reaktif akan menjadi reaktif karena pada tahapan penularan HIV ada yang disebut windows period, yaitu periode antara infeksi dan berkembangnya antibodi pelawan infeksi yang dapat dideteksi (*window period*) sehingga dibutuhkan waktu 3-6 bulan untuk mengetahui *serokonversi* dan hasil positif tes, pada masa ini bisa saja sebenarnya seseorang sudah tertular tapi hasil non reaktif.

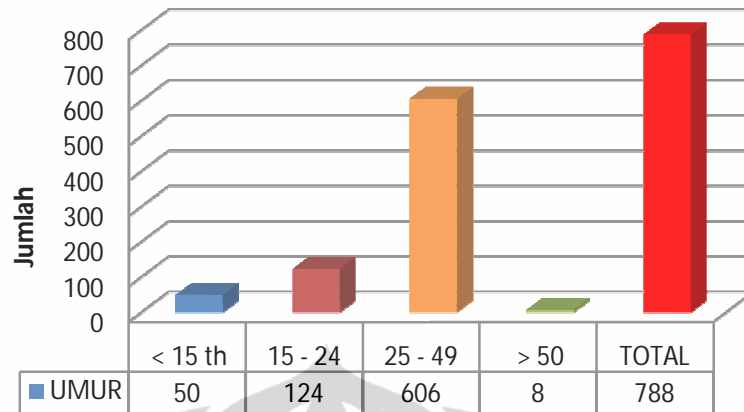
Pada tabel di bawah ini menunjukkan bahwa penularan HIV dan AIDS lebih banyak terjadi pada laki-laki, hal ini dapat disebabkan karena tingginya jumlah pengguna Narkoba dengan jarum suntik di Kabupaten Tangerang yang lebih didominasi oleh laki-laki, tetapi tingginya angka kasus pada laki-laki dapat disebabkan karena perempuan dengan resiko tinggi merasa malu mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengetahui statusnya.



Gambar 3.2 Kasus HIV dan AIDS Menurut jenis Kelamin

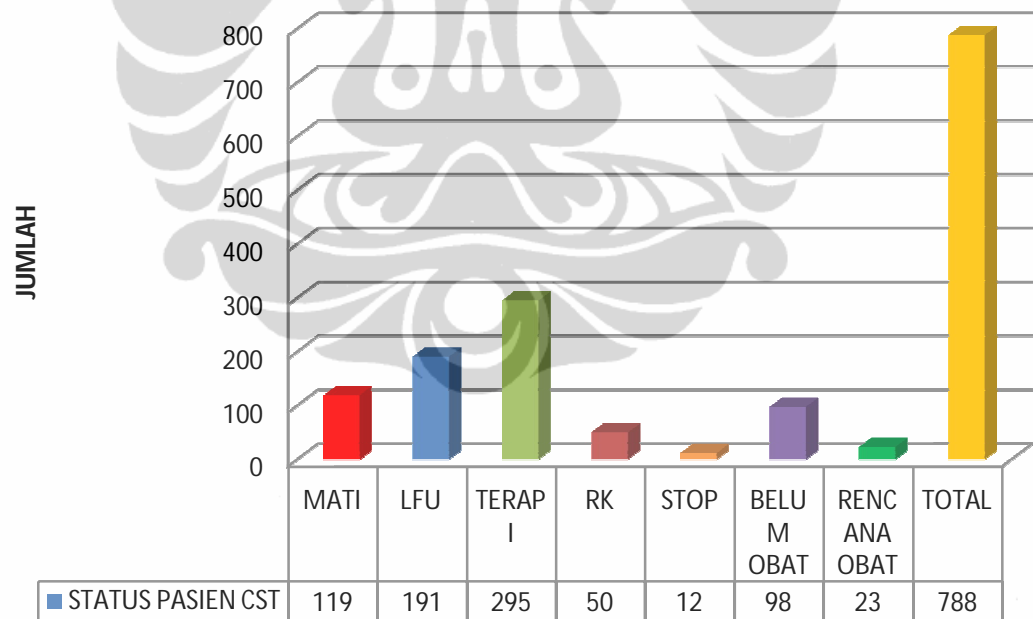
Sumber : Klinik Bougenville, RSUD Tangerang 2011

Sebaran kasus HIV dan AIDS menurut umur, kasus terbesar pada umur 25-49 tahun yaitu 606 orang, pada usia 15-24 tahun jumlah pengidap adalah 124 orang, untuk umur dibawah 15 tahun jumlah pengidap 50 orang sedang diatas 50 tahun 8 orang.



Gambar 3.3 Kasus HIV dan AIDS Menurut Umur

Sumber : Klinik Bougenville, RSUD Tangerang 2011



Gambar 3.4 Status Pasien CST (Care, Support, Treatment)

Sumber : Klinik Bougenville, RSUD Tangerang 2011

Dari keseluruhan pengidap HIV dan AIDS yang mengakses layanan di Klinik Bougenville RSUD Tangerang sejak tahun 2005-2011, status pasien yang meninggal selama masa pengobatan adalah 119 orang, pasien yang sudah

melakukan tes dan hasil reaktif tetapi kemudian Lolos Follow Up (LFU) sebanyak 191 orang, pasien yang aktif setiap bulan melakukan terapi Antiretroviral dan antibiotik yaitu obat yang diberikan kepada pengidap HIV dan AIDS untuk mempertahankan kondisinya adalah sebanyak 295 orang, pasien yang pindah ke fasilitas layanan lain dengan rujukan sebanyak 50 orang, pasien reaktif dan sudah menjalani terapi tetapi kemudian putus obat sebanyak 12 orang, pasien yang belum direkomendasikan untuk terapi sebanyak 98 orang, pasien yang direkomendasikan untuk terapi sebanyak 23 orang.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Metodologi Penelitian

4.1.1 Metode

Penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan survai dan kualitatif dengan melakukan penggalan informasi dan mendeskripsikan semua data yang ditemukan di wilayah penelitian yang terkait dengan penilaian kualitas pelayanan bagi pengidap HIV dan AIDS di Rumah Sakit Daerah Umum Tangerang. Penelitian tidak dengan melakukan pengujian hipotesis tapi dengan mengumpulkan data dan mengkaji informasi.

4.1.2 Populasi dan sampel

Populasi (responden) yang dipilih pada penelitian ini terdiri dari :

1. Seluruh petugas yang telah mendapatkan pendidikan dan Pelatihan Khusus untuk menangani pasien dengan HIV dan AIDS.
2. Pasien HIV dan AIDS dewasa yang menggunakan fasilitas layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang, jumlah seluruh pasien sesuai dengan data klinik adalah 788 orang sedang yang secara aktif setiap bulan melakukan kontrol dan terapi sebanyak 200 orang, jumlah sampel yang diambil adalah sebanyak 50 orang atau 25% dari jumlah pasien aktif yang mengakses layanan.

4.1.3 Metode Pengambilan sampel

Metode pengambilan sampel adalah dengan *accidental sampling* dimana dengan teknik ini, penentuan sampel terjadi secara kebetulan terhadap setiap pasien yang datang berkunjung.

4.1.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini adalah kuesioner, wawancara, dengan cara sebagai berikut :

4.1.4.1 Kuesioner

Responden diberikan daftar pertanyaan tertutup dengan ditentukan alternatif jawabannya serta pertanyaan terbuka dimana responden diminta untuk memberikan saran atas pelayanan maupun harapan terhadap kebijakan Pemerintah. Jumlah kuesioner yang total disebar adalah sebanyak 65 buah, untuk responden pasien sebanyak 50 buah dan petugas 15 buah. Semua kuesioner kembali dan 100% terisi, kuesioner disebar mulai bulan Desember 2011 – Maret 2012.

4.1.4.2 Studi Kepustakaan

Selain pengumpulan data primer, penelitian juga dilakukan dengan melakukan pengumpulan data sekunder berupa data-data dari Pemerintah maupun dari kebijakan-kebijakan Pemerintah terkait penelitian yang dilakukan.

4.1.4.3 Wawancara

Melakukan wawancara dengan responden untuk melengkapi data yang didapat melalui kuesioner. Wawancara juga dilakukan dengan responden yang memiliki pengetahuan dan pengalaman dengan prosedur pelayanan.

4.1.4.4 Observasi

Melakukan pengamatan langsung terhadap semua kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Rumah Sakit pada umumnya dan klinik Bougenville. Pengamatan dilakukan selain kepada pelayanan maupun sarana yang tersedia.

4.1.5 Analisis Data

Data yang dikumpulkan kemudian ditabulasi dan dikelompokkan berdasar kepentingan analisis yaitu menjawab tujuan penelitian. Seluruh data yang terkumpul dilakukan analisis kuantitatif yang disajikan dalam bentuk diagram.

4.2 Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dan pentingnya pertanyaan Survei

Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam penelitian bertujuan untuk mendapatkan sebuah gambaran dari kebijakan Pemerintah terkait penanggulangan HIV dan AIDS serta kualitas pelaksanaan kegiatan dilihat dari aspek pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD Tangerang kepada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Pertanyaan diajukan kepada pasien dengan status HIV dan AIDS yang mengakses semua jenis pelayanan kesehatan serta petugas yang telah mendapatkan pelatihan dalam penanganan kasus HIV dan AIDS.

4.2.1 Variabel Pertanyaan

4.2.1.1 Variabel pertanyaan yang diajukan kepada pasien adalah:

- a. Identitas Pasien
 - Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan terakhir, pekerjaan sebelum dan sesudah sakit
 - Pertanyaan ini penting diajukan untuk dapat menggali sebaran kasus HIV dan AIDS berdasarkan karakteristik responden (orang, tempat, waktu)
- b. Riwayat responden
 - Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : Pertama kali mengetahui terinfeksi HIV, Faktor resiko penularan, Kota dimana faktor resiko paling sering dilakukan, status menikah, penularan pada anak.
 - Pertanyaan ini diajukan untuk dapat mengetahui persentase terbesar faktor resiko penularan sehingga dapat diketahui intervensi yang paling tepat untuk memutus mata rantai penyebaran, Kota yang menjadi konsentrasi penularan untuk melihat apakah proses penyebaran memang berasal dari Kabupaten Tangerang atau tidak dan persentase penularan yang terjadi pada anak serta cara penularan sehingga dapat dilakukan intervensi yang paling tepat untuk pencegahan.
- c. Pengetahuan terhadap HIV dan AIDS
 - Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : Informasi tentang HIV sebelum terinfeksi, sumber informasi, Sikap responden terhadap informasi

- Pertanyaan ini diajukan untuk mengetahui banyaknya informasi dan kemudahan untuk mengakses informasi mengenai penularan mengenai HIV dan AIDS oleh masyarakat dan sikap terhadap bahaya penularan.
- d. Pengetahuan terhadap akses pelayanan
- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : mengakses layanan saat awal terinfeksi, jumlah RS Rujukan untuk ODHA di Kabupaten Tangerang, Pelayanan yang dapat diakses di RS rujukan
 - Pertanyaan ini diajukan untuk mengetahui kesadaran pengidap HIV dan AIDS serta upaya Pemerintah untuk mensosialisasikan layanan kesehatan yang dapat diakses oleh Pengidap HIV dan AIDS.
- e. Pembiayaan Pengobatan
- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : frekwensi mengalami infeksi oportunistik (infeksi penyerta HIV dan AIDS), pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk mengetahui perkembangan penyakit, biaya yang dikeluarkan selama pengobatan, pendapat tentang biaya pengobatan dan pemeriksaan penunjang.
 - Pertanyaan ini diajukan untuk mengetahui besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pengidap HIV dan AIDS untuk mengobati penyakitnya.
- f. Upaya Berobat ke RSUD Tangerang
- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : mulai berobat ke RSUD Tangerang, frekwensi kunjungan dalam sebulan, yang memberi saran untuk akses ke RSUD Tangerang, biaya yang dikeluarkan setiap kunjungan ke RSUD Tangerang, pihak yang membiayai pengobatan
 - Pertanyaan ini diajukan untuk mengetahui upaya yang dilakukan oleh pengidap HIV dan AIDS untuk mengobati penyakitnya.
- g. Penilaian terhadap pelayanan RSUD Tangerang
- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : lokasi, jam buka, waktu tunggu, lama buka, ketersediaan ARV dewasa dan anak, kesesuaian obat, ketersediaan obat penunjang, ruang rawat inap,

jumlah petugas, peralatan medis, pelayanan yang dibutuhkan ODHA, pendapat tentang biaya pengobatan, kemudahan prosedur administrasi, ketepatan dan transparansi perhitungan administrasi, penjelasan penggunaan obat, keamanan obat, kemampuan petugas dalam memberikan informasi tentang infeksi oportunistik, sikap petugas, kemudahan menemui petugas, ketrampilan dan kescekatan, tidakkan diskriminasi, pemberian keringan biaya, perbaikan kesehatan selama berobat. Pertanyaan ini diajukan untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan oleh RSUD Tangerang kepada pasien HIV dan AIDS.

- Pertanyaan terbuka kepada responden untuk memberikan saran terkait kebijakan Pemerintah untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang. Pertanyaan ini bertujuan untuk mendokumentasi keinginan-keinginan responden terhadap kebijakan Pemerintah.

4.2.1.2 Variabel pertanyaan yang diajukan kepada petugas

a. Identitas Petugas

- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : Umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, jabatan saat ini
- Pertanyaan ini diajukan untuk memberikan gambaran tentang karakteristik petugas kesehatan

b. Pengalaman Petugas

- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : Lama menangani pasien dengan status HIV dan AIDS, perasaan nyaman saat menangani pasien, pendidikan dan pelatihan khusus dalam penanganan pasien
- Pertanyaan ini diajukan untuk memberikan gambaran pengalaman petugas dalam menangani pasien HIV dan AIDS untuk menghindari kemungkinan kesalahan dalam penanganan.

c. Kompensasi resiko Kerja

- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : Tunjangan khusus, besar tunjangan, pendapat tentang tunjangan
- Pertanyaan ini diajukan untuk memberikan gambaran bahwa petugas mendapatkan haknya untuk mendapatkan kompensasi sesuai dengan resiko kerja yang dihadapinya.

d. Ketersediaan obat-obatan untuk pasien HIV dan AIDS

- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : ketersediaan obat-obatan untuk pasien dengan status HIV dan AIDS, sumber pendanaan, pihak yang menerima usulan dan mendistribusikan obat-obatan, kemudahan alur proses pengadaan obat-obatan, proses pengusulan obat-obatan, obat diterima setelah diusulkan, keterlambatan pengiriman obat-obatan, kelengkapan obat-obatan yang diterima sesuai yang diusulkan,
- Pertanyaan ini diajukan untuk memberikan gambaran mengenai ketersediaan obat-obatan bagi pasien HIV dan AIDS serta kemudahan proses pengadaan obat-obatan yang dibutuhkan.

e. Perlindungan terhadap resiko kerja

- Pertanyaan yang diajukan terdiri dari : RS memiliki manajemen resiko penanganan HIV dan AIDS, pelatihan manajemen resiko, pelaksanaan perlindungan kepada petugas, pemeriksaan secara berkala, petugas mendapatkan vaksin hepatitis B, ketersediaan APD, kelengkapan prasarana untuk melindungi petugas dari resiko terpapar.
- Pertanyaan ini diajukan untuk memberikan gambaran mengenai keseriusan Rumah Sakit untuk melindungi petugas dari resiko tertular penyakit.

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1 Evaluasi Pelayanan

Responden penelitian adalah pasien dewasa pengidap HIV dan AIDS yang mengakses layanan RSUD Tangerang, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap dan Petugas pada RSUD Tangerang yang memberikan pelayanan dan telah mendapatkan pelatihan penanganan kasus HIV dan AIDS. Jumlah seluruh orang dengan perilaku beresiko tinggi yang pernah mengakses layanan adalah 700 orang sedang yang aktif mengakses layanan setiap bulannya adalah 200 orang.

Responden terdiri dari :

- a. Pasien pengidap HIV dan AIDS sebanyak 50 (Lima Puluh) orang.
- b. Petugas yang menangani kasus HIV dan AIDS di RSUD Tangerang sebanyak 15 orang.

Sesuai dengan Keputusan Menteri, Rumah Sakit rujukan memberikan pelayanan komprehensif bagi pengidap HIV dan AIDS berupa pelayanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) atau dikenal dengan CST (*Care, support and Treatment*), yaitu suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan, upaya ini meliputi VCT (*Voluntary Conseling and Test*), PMTCT (*Prevention Transmission Mother To Child*), Pemberian ART (*Antiretroviral Treatment*), obat infeksi oportunistik (infeksi penyerta pengidap HIV dan AIDS) dan pelayanan Paliatif (Pelayanan yang diberikan meliputi rawat jalan, rawat inap (konsultatif), rawat rumah, *day care*, dan *respite care*) dengan tujuan mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan support kepada keluarganya), serta membentuk Kelompok kerja khusus HIV dan AIDS yang terdiri dari petugas medis dan non medis yang telah mendapat mendapatkan pelatihan khusus.

5.1.1 Penilaian Terhadap Klinik dan Layanan Yang diberikan

Penilaian terhadap kualitas pelayanan klinik Bougenville dilakukan dengan memberikan sejumlah pertanyaan dari berbagai dimensi seperti lokasi, kelengkapan sarana dan jenis pelayanan yang diberikan, ketepatan, keakuratan pelayanan, keamanan obat yang diberikan, unsur biaya, kemudahan prosedur, kemampuan dan sikap petugas.

Dari diagram dibawah ini terlihat, sebagian besar responden yaitu sebanyak 44 orang atau 88% menjawab bahwa lokasi klinik cukup strategis karena berada di tengah Kota Tangerang sehingga mudah di jangkau dan tidak ada kesulitan transportasi. Walaupun demikian ada 3 responden yang menjawab lokasi tidak strategis karena luas wilayah Kabupaten Tangerang yang cukup luas hanya memiliki 2 (dua) buah RS Rujukan dan berlokasi di wilayah Kota Tangerang sehingga membuat jarak tempuh menjadi jauh.

Tabel 5.1 Pendapat Responden Tentang Lokasi Klinik

Pendapat Responden Tentang Lokasi Klinik	Jumlah	%
Tidak strategis	3	6%
Cukup strategis	3	6%
Sangat strategis	44	88%
Total	50	100%

Jam buka klinik Bougenville sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh RSUD Tangerang adalah dari jam 11.00 – 15.00 WIB. Sebagian besar responden yaitu sebanyak 42 orang atau 84% menjawab bahwa jam buka tidak tepat, responden berharap bahwa klinik dapat dibuka lebih pagi seperti halnya poliklinik yang lain di Rumah Sakit yang mulai buka jam 09.00 WIB. Responden juga mengatakan bahwa jam buka klinik yang terlalu siang membuat mereka kesulitan untuk mengakses layanan laboratorium karena pemeriksaan laboratorium hanya buka sampai jam 12.00 WIB sedang pada jam tersebut mereka belum mendapat pelayanan di klinik sehingga mereka harus kembali lagi pada besok harinya. Sebanyak 8 orang atau 16% responden menjawab bahwa jam buka cukup tepat karena mereka dapat melakukan aktifitas yang lain sebelum berkunjung ke klinik.

Tabel 5.2 Pendapat Responden tentang Jam Buka Klinik

Pendapat Responden tentang Jam Buka Klinik	Jumlah	%
Tidak tepat	42	84%
Cukup tepat	8	16%
Tepat	0	0
Total	50	100%

Ketentuan mengenai lama buka klinik menjadi wacana yang berkembang selama proses wawancara dengan responden, mereka menganggap bahwa lama buka klinik terlalu singkat ditambah dengan kedatangan dokter yang selalu telat karena harus melakukan kunjungan ke pasien rawat inap terlebih dahulu sehingga dokter tiba di klinik pada jam 12.00 bahkan jam 13.00 WIB yang membuat waktu buka klinik menjadi semakin singkat dan pasien hanya punya waktu sedikit untuk berkonsultasi dan menyampaikan keluhan.

Dari diagram di bawah ini terlihat bahwa sebanyak 49 orang atau 98% responden mengatakan bahwa lama buka klinik terlalu singkat dan hanya 1 orang yang mengatakan lama buka klinik cukup.

Tabel 5.3 Pendapat Responden tentang Lama Buka Klinik

Pendapat Responden tentang Lama Buka Klinik	Jumlah	%
Terlalu singkat	0	0
Cukup	1	2%
Sangat cukup	49	98%
Total	50	100%

Pertanyaan lain yang diberikan kepada responden adalah waktu tunggu pasien, yang dimaksud disini adalah waktu dari mulai pasien mendaftar hingga mendapatkan layanan. Sebanyak 31 orang atau 62% responden menjawab bahwa waktu tunggu cukup lama sekitar 30 – 45 menit, 15 orang atau 30% responden menjawab bahwa waktu tunggu lama sekali, kadang pasien harus menunggu hingga 2 jam karena kedatangan dokter periksa yang selalu tidak sesuai jadwal buka klinik. Sedang 4 orang responden sisanya atau 8% menjawab bahwa waktu

tunggu dirasakan tidak lama karena sambil menunggu bisa bertemu dan berbincang dengan pasien lainnya.

Tabel 5.4 Waktu Tunggu Pasien

Waktu Tunggu Pasien	Jumlah	%
Tidak Lama	4	8%
Cukup lama	31	62%
Lama sekali	15	30%
Total	50	100%

Kenyamanan ruang tunggu pasien menjadi pertanyaan selanjutnya, pasien diminta menilai kelayakan ruang tunggu sesuai persepsi mereka, apakah cukup luas untuk menampung jumlah pasien, keluar masuk udara, hawa dalam ruangan dan kebersihan. Sebanyak 45 orang atau 90% responden menjawab cukup nyaman, ruang tunggu cukup luas dan lega, hawa dalam ruangan tidak panas dan sangat bersih. Sedang 5 orang atau 10% lainnya menjawab kurang nyaman karena tidak disediakan pendingin udara atau kipas angin dan Televisi di ruangan tunggu.

Tabel 5.5 Ruang Tunggu Pasien

Ruang Tunggu Pasien	Jumlah	%
Kurang nyaman	5	10%
Cukup nyaman	45	90%
Tidak nyaman	0	0%
Total	50	100%

Ketersediaan obat di klinik menjadi penilaian kualitas selanjutnya, dari pertanyaan yang diajukan mengenai ketersediaan obat-obatan yang harus dikonsumsi, sebanyak 49 orang atau 98% dari seluruh responden menjawab bahwa obat yang dibutuhkan cukup tersedia, walaupun kadang pada saat mengambil mereka hanya mendapatkan obat untuk penggunaan setengah bulan dari jatah obat satu bulan, tetapi kemudian dapat diambil sesuai resep ketika obat sudah terkirim, menurut petugas hal ini kadang terjadi karena keterlambatan distribusi obat.

Tabel 5.6 Ketersediaan ARV dan Obat Lainnya

Ketersediaan ARV dan Obat Lainnya	Jumlah	%
Kurang tersedia	1	2%
Cukup tersedia	49	98%
Total	50	100%

Jumlah seluruh anak yang terinfeksi di wilayah Kabupaten Tangerang adalah 10 (sepuluh) orang dan karena daya tahan tubuh mereka relatif lebih rentan dari orang dewasa, mereka juga membutuhkan Antiretroviral (ARV) untuk menekan jumlah virus. Antiretroviral untuk anak tersedia dalam bentuk bubuk dan sirop, tetapi untuk RSUD Tangerang masih tersedia dalam bentuk bubuk (puyer). Ketersediaan ARV untuk anak menjadi salah satu penilaian pelayanan klinik Bougenville. Sebanyak 46 orang atau 92% dari seluruh responden menjawab bahwa ARV untuk anak cukup tersedia tetapi 4 orang atau 8% lainnya menganggap bahwa ARV untuk anak kurang tersedia karena mereka berharap dapat disediakan ARV dalam bentuk sirop sehingga memudahkan anak-anak mengkonsumsi mengingat bahwa antiretroviral adalah obat yang harus dikonsumsi seumur hidup dan membutuhkan tingkat kepatuhan yang tinggi.

Tabel 5.7 Ketersediaan ARV Anak

Ketersediaan ARV Anak	Jumlah	%
Kurang tersedia	1	2%
Cukup tersedia	49	98%
Total	50	100%

Kesesuaian antara resep dan obat yang diberikan kepada pasien adalah satu hal yang mutlak, kekeliruan dalam membaca resep akan berakibat tidak baik bagi pasien. Dari pertanyaan yang diberikan kepada responden tentang kesesuaian obat sebanyak 48 orang atau 96% menjawab bahwa obat yang diberikan selalu sesuai, namun 2 orang atau 4% responden mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui

apakah obat yang diberikan sesuai dengan resep karena hanya mempercayakan kepada dokter.

Tabel 5.8 Kesesuaian Obat Yang Diberikan

Kesesuaian Obat Yang Diberikan	Jumlah	%
Tidak sesuai	0	0
Sesuai	48	96%
Tidak tahu	2	4%
Total	50	100%

Pengidap HIV dan AIDS sangat membutuhkan pemeriksaan penunjang secara berkala untuk mengetahui dan mengendalikan perkembangan virus, hal ini adalah sebagai upaya untuk mempertahankan kualitas hidup. Ketersediaan peralatan pemeriksaan penunjang menjadi salah satu penilaian bahwa sebuah penyedia layanan secara serius mengupayakan sebuah pelayanan yang komprehensif dan berkualitas. Pertanyaan mengenai ketersediaan pemeriksaan penunjang meliputi berbagai pemeriksaan seperti tes laboratorium dan rontgen serta pemeriksaan lainnya.

Dari pertanyaan yang diajukan kepada responden mengenai ketersediaan Pemeriksaan penunjang, seluruh responden menjawab bahwa pemeriksaan penunjang kurang tersedia karena tes untuk mengetahui daya tahan tubuh dan jumlah virus tidak tersedia di RSUD Tangerang.

Pengidap HIV dengan stadium 2 sampai 4 akan mengalami berbagai infeksi penyerta atau infeksi oportunistik ketika daya tahan tubuh menurun, dalam kondisi ini pengidap HIV dan AIDS membutuhkan perawatan intensif di Rumah Sakit karena tidak bisa dilakukan oleh keluarga di rumah.

Pasien dengan HIV dan AIDS sangat rentan tertular infeksi karena daya tahan tubuh yang menurun tetapi mereka tidak membutuhkan ruangan khusus yang terpisah hanya sebuah perawatan yang intensif. Rumah Sakit menyediakan ruang rawat inap khusus untuk pasien dengan penyakit menular meskipun dengan jumlah yang terbatas.

Pertanyaan yang diajukan kepada responden tentang ketersediaan ruang rawat inap menunjukkan bahwa sebanyak 39 orang atau 78% responden menjawab

ruang rawat inap untuk pasien HIV dan AIDS kurang, karena seringkali pasien tidak dapat dirawat atau ditolak dengan alasan ruangan penuh, padahal kondisi pasien sudah sangat payah. Pasien dengan penyakit menular memang hanya bisa ditempatkan di ruangan penyakit menular tertentu seperti bila pasien menderita diare harus berada di ruangan diare. Kondisi lain yang menjadi masalah adalah bahwa sebagian besar pengidap HIV dan AIDS di wilayah Kabupaten Tangerang berasal dari golongan tidak mampu sehingga lebih membutuhkan ruangan kelas III.

Responden mengharapkan bahwa Rumah Sakit dapat menambah jumlah tempat tidur bagi golongan tidak mampu, dimana RSUD Tangerang hanya memiliki 48 tempat tidur untuk pasien kelas III.

Tabel 5.9 Pendapat Responden tentang Ketersediaan Ruang Rawat Inap

Ketersediaan ruang rawat inap	Jumlah	%
Kurang	39	78%
Cukup	11	22%
Lebih dari cukup	0	0
Total	50	100%

Untuk melaksanakan suatu tindakan diagnosa dan perawatan dibutuhkan peralatan medis agar diketahui masalah dan perkembangan pasien dan menegakkan diagnosa, peralatan yang dibutuhkan seperti stateskop, pengukur suhu tubuh, pengukur tekanan darah. Pertanyaan tentang kelengkapan peralatan medis di ruang periksa dan perawatan diajukan kepada pasien untuk menilai apakah telah dilakukan prosedur pemeriksaan sebagai langkah awal menentukan diagnosa. Dari seluruh responden, sebanyak 41 orang atau 82% menjawab bahwa peralatan di ruang perawatan cukup lengkap, tetapi di ruang periksa klinik Bougenville responden mengatakan bahwa dokter tidak pernah sama sekali menggunakan alat bantu untuk memeriksa pasien, dokter hanya menanyakan kondisi pasien dan keluhan apa yang dirasakan. Sedang sebanyak 9 orang atau 18% menjawab bahwa peralatan medis di ruang perawatan maupun periksa kurang lengkap karena kadang oksigen yang dibutuhkan tidak berfungsi selain itu kadang petugas hanya datang menanyakan kondisi pasien saja dan tidak terlihat membawa peralatan

untuk memeriksa, kondisi yang sama juga terjadi di ruang periksa, pasien tidak pernah diperiksa menggunakan stetoskop, tidak dilakukan pengukuran tekanan darah maupun penimbangan badan. Pasien menganggap bahwa hal ini salah satu tindakan diskriminasi karena petugas merasa enggan berdekatan dengan pasien.

Tabel 5.10 Pendapat Responden Tentang Ketersediaan Peralatan Medis

Ketersediaan peralatan medis	Jumlah	%
Kurang	9	18%
Cukup	41	82%
Sangat lengkap	0	0
Total	50	100%

Setiap pasien membutuhkan pemeriksaan dan perawatan yang intensif untuk mendapatkan hasil pengobatan yang optimal, petugas yang selalu ada saat dibutuhkan oleh pasien menjadi kunci keberhasilan perawatan. Untuk itu proporsi antara jumlah pasien dan petugas menjadi hal yang harus menjadi penilaian sebuah pelayanan. Salah satu pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk menilai kualitas pelayanan baik di ruang periksa maupun perawatan adalah jumlah petugas. Jumlah petugas disini hanya dinilai dari persepsi pasien, apakah petugas selalu ada dan datang tepat waktu ketika dibutuhkan pasien walaupun saat bersamaan jumlah pasien sedang banyak. Pendapat pasien tentang jumlah petugas berimbang, sebanyak 52% menjawab bahwa jumlah petugas sudah cukup, persepsi ini didasari bahwa jumlah petugas yang ada di ruang perawatan khususnya kelas III sudah cukup proporsional, 48 tempat tidur dilayani oleh 10 orang petugas jaga yaitu dokter dan perawat selain itu walaupun jumlah pasien sedang banyak atau penuh di ruang perawatan tetapi petugas selalu berusaha datang ketika pasien membutuhkan dan cukup memberikan perhatian disamping karena pasien menyadari bahwa ruangan petugas yang sempit tidak mungkin menampung jumlah petugas jika terlalu banyak, sehingga diharapkan bahwa Pemerintah khususnya pihak Rumah Sakit jika harus menambah jumlah petugas juga menyediakan ruangan yang luas dan nyaman bagi petugas.

Tabel 5.11 Persentase Pendapat responden Tentang Jumlah Petugas

Jumlah Petugas	Jumlah	%
Kurang	24	48%
Cukup	26	52%
Terlalu banyak	0	0
Total	50	100%

Beberapa pelayanan yang diberikan kepada pengidap HIV dan AIDS di Rumah Sakit rujukan biasa disebut dengan CST (*Care Support and Treatment*) atau Pelayanan, dukungan dan perawatan yang terdiri dari konseling tes dan HIV sukarela, Perawatan klinik, Pemberdayaan dan Koordinasi para Pelaku Utama/ODHA, Pencegahan HIV, Dukungan psikososial dan sosioekonomi. Pertanyaan kepada responden tentang ketersediaan layanan adalah untuk menilai keseriusan Rumah Sakit dalam menjalankan pedoman pengembangan jejaring pelayanan, dukungan dan pengobatan bagi pengidap HIV dan AIDS sesuai dengan penunjukan sebagai Rumah Sakit rujukan. Pendapat responden tentang ketersediaan layanan berimbang, sebanyak 26 orang atau 52% responden menjawab ketersediaan layanan lengkap, semua dapat diakses oleh responden. Sedang sisanya sebanyak 24 orang atau 48% responden menjawab bahwa ketersediaan layanan cukup artinya sesuai dengan yang selama ini dibutuhkan oleh responden, responden yang menjawab cukup tidak mengetahui apakah layanan bagi pengidap HIV dan AIDS semuanya tersedia.

Tabel 5.12 Persentase Pendapat Responden Tentang Ketersediaan Pelayanan Yang dibutuhkan ODHA

Ketersediaan Pelayanan yang dibutuhkan	Jumlah	%
Kurang	0	0
Cukup	24	48%
Lengkap	26	52%
Total	50	100%

Untuk dapat mengakses sebuah layanan, yang dibutuhkan bukan hanya lokasi yang strategis, harga yang terjangkau atau kelengkapan sebuah layanan tapi juga kemudahan prosedur administrasi untuk mendapatkan sebuah layanan. Kualitas sebuah layanan dapat dinilai jika prosedur administrasi yang disyaratkan kepada konsumen mudah untuk dijalankan. Hal ini menjadi salah satu pertanyaan yang diajukan kepada responden mengenai kemudahan prosedur administrasi pelayanan. Persepsi responden tentang hal ini adalah bahwa alur pelayanan lebih sederhana dan tidak panjang. Dari seluruh responden, sebanyak 27 orang atau 54% menjawab bahwa prosedur administrasi pelayanan cukup mudah karena pasien hanya tinggal mendaftar dan mendapatkan pelayanan. Sedang 23 orang lainnya atau 46% menjawab bahwa prosedur administrasi tidak mudah khususnya bagi pengguna asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan karena harus melalui banyak pintu dan tempatnya yang berjauhan tapi mereka berfikir mungkin ini harga yang harus dibayar karena mendapat pelayanan gratis.

Tabel 5.13 Persentase Pendapat Responden Tentang Kemudahan Prosedur Administrasi Pelayanan

Kemudahan Prosedur	Jumlah	%
Tidak mudah	23	46%
Cukup mudah	27	54%
Sangat mudah	0	0
Total	50	100%

Setelah mendapatkan perawatan, pasien akan menerima daftar pembiayaan yang harus dilunasi. Idealnya biaya yang dikeluarkan harus sesuai dengan pelayanan yang didapatkan oleh pasien. Hal ini menjadi salah satu pertanyaan yang diberikan untuk menilai apakah Rumah Sakit sudah cukup transparan dalam perhitungan biaya perawatan pasien.

Dari seluruh responden, sebanyak 37 orang atau 74% menjawab bahwa perhitungan biaya pengobatan cukup transparan, sebanyak 2 orang atau 4% menjawab sangat tepat, tapi sebanyak 11 orang atau 22% menjawab bahwa perhitungan biaya pengobatan tidak tepat karena pada saat mereka mendapat perawatan, ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan masuk dalam daftar biaya yang harus mereka lunasi, pada saat ditanya ke petugas, jawabannya adalah mereka tidak mengetahui karena hanya petugas administrasi. Hal ini menunjukkan bahwa ada beberapa hak konsumen yang terabaikan, karena harusnya setiap tindakan yang dilakukan harus diketahui dan izin konsumen, seharusnya Rumah Sakita sebagai penyedia layanan membuat sebuah mekanisme keluhan untuk mengantisipasi tindakan pelanggaran yang dilakukan petugas.

Tabel 5.14 Persentase Pendapat Responden Tentang Transparansi Perhitungan Biaya Pengobatan

Transparansi Perhitungan Biaya Pengobatan	Jumlah	%
Tidak tepat	11	22%
Cukup tepat	37	74%
Sangat tepat	2	4%
Total	50	100%

Terapi antiretroviral merupakan terapi yang dilakukan untuk menekan jumlah virus dalam tubuh pengidap HIV dan AIDS. Ada berbagai efek samping dari ringan sampai berat sebagai proses adaptasi yang akan dialami pasien pada waktu awal terapi. Setiap pasien dengan daya tahan dan kondisi yang berbeda-beda tentu akan mengalami proses adaptasi yang berlainan, untuk itu seorang petugas harus memiliki kemampuan dalam memberikan penjelasan mengenai cara penggunaan dan lebih sensitif terhadap setiap keluhan yang disampaikan pasien. Petugas harus mampu memberikan jalan keluar terhadap setiap permasalahan yang dihadapi

terkait efek samping yang dialami pasien. penjelasan yang diberikan harus dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien yang memiliki latar belakang yang berbeda-beda. Dari pertanyaan tentang penjelasan penggunaan ARV kepada pasien sebanyak 32 orang atau 64% menjawab sudah sangat jelas dan 7 orang atau 14% menyatakan cukup sedang sebanyak 11 orang atau 22% menjawab bahwa mereka tidak terlalu paham tentang penjelasan yang diberikan petugas karena bahasa yang digunakan terlalu sulit dan terlalu cepat dalam memberikan penjelasan.

Tabel 5.15 Persentase Pendapat Responden Tentang Penjelasan Penggunaan ARV

Penjelasan Penggunaan Obat (ARV)	Jumlah	%
Tidak jelas	11	22%
Cukup	32	64%
Sangat jelas	7	14%
Total	50	100%

Keamanan jenis obat apapun yang diberikan kepada pasien adalah mutlak, obat yang diberikan harus sesuai resep, tidak boleh dalam kondisi rusak atau sudah kadaluarsa. Mungkin petugas memiliki persepsi yang berbeda dalam mengartikan sebuah obat yang kadaluarsa, obat masih dapat dikonsumsi dalam masa kadaluarsa tetapi tidak lebih dari 3 bulan sejak tanggal yang tertera tapi hal ini sama sekali tidak direkomendasikan. Keamanan obat merupakan hal yang penting untuk menilai kualitas pelayanan yang diberikan penyedia layanan dan menjadi pertanyaan yang diajukan kepada responden.

Dari seluruh responden, sebanyak 76% menjawab cukup aman, pasien tidak pernah menerima obat yang kadaluarsa. Sedang sebanyak 24% responden menjawab kurang dan tidak aman, hal ini karena responden pernah mendapatkan obat yang sudah terbuka segelnya dan bahkan kadaluarsa. Hal ini harusnya menjadi perhatian pihak Rumah Sakit untuk selalu mengamankan alur distribusi obat dengan melakukan monitoring, evaluasi dan koordinasi yang terus menerus, selain itu prosedur pemberian obat kepada pasien juga harus diawasi, agar tidak ada obat dengan segel yang sudah terbuka tidak dilakukan oleh petugas.

Tabel 5.16 Persentase Pendapat Responden Tentang Keamanan Obat Yang Diberikan

Keamanan obat yang diberikan	Jumlah	%
Tidak aman	1	2%
Cukup	11	22%
Sangat jelas	38	76%
Total	50	100%

Pengidap HIV dan AIDS pada stadium 2 – 4 tanpa terapi Antiretroviral akan lebih rentan terhadap terjadinya infeksi oportunistik atau infeksi penyerta karena jumlah virus akan terus berkembang tanpa terkendali dimana fungsi dari antiretroviral sebagai penekan perkembangan jumlah virus dengan menghambat replikasi virus. Pasien dengan infeksi ini akan lebih rentan mengalami berbagai penyakit yang terjadi pada hampir seluruh pengidap HIV dan AIDS yaitu Tuberculosis (TBC) tetapi dapat juga terjadi penyakit lain tergantung pada stadium penyakit. Pada kondisi ini pasien dan keluarga akan membutuhkan banyak informasi mengenai pencegahan penularan penyakit dan perawatan awal yang dapat dilakukan di rumah maupun kondisi dimana pasien harus mendapat perawatan yang intensif di Rumah Sakit. Seorang petugas harus mampu memberikan penjelasan mengenai kondisi pasien secara jelas dan sederhana sehingga pasien dan keluarga dapat mendeteksi dengan cepat berdasar gejala yang timbul. Pertanyaan yang diajukan kepada pasien mengenai kemampuan petugas dalam memberikan informasi terkait infeksi oportunistik menjadi penilaian bagi kualitas klinik sebagai pemberi layanan. Dari diagram di bawah ini menunjukkan bahwa sebanyak 40 orang atau 80% responden menjawab petugas dapat memberikan penjelasan dengan cukup baik dan sangat baik sedang sebanyak 10 orang atau 20% responden menjawab bahwa petugas kurang baik dalam memberikan informasi terkait infeksi oportunistik karena seringkali petugas menggunakan bahasa yang rumit sehingga tidak dimengerti pasien dan kadang petugas tidak memberikan penjelasan secara rinci hanya garis besarnya saja padahal pasien dan keluarga membutuhkan informasi yang rinci tentang penyakit pasien.

Tabel 5.17 Persentase Pendapat Responden Tentang Kemampuan Petugas memberikan Informasi Infeksi Opportunistik

Kemampuan Memberikan Informasi Infeksi	Jumlah	%
Kurang	10	20%
Cukup baik	38	76%
Baik sekali	2	4%
Total	50	100%

Sikap petugas saat memberikan pelayanan kepada pasien akan memberikan dampak yang beragam bagi pemulihan pasien dari penyakit, sikap petugas yang ramah akan memberikan dampak baik sedang sikap sebaliknya akan memberikan perasaan tidak nyaman, tidak aman dan tertekan pada pasien dan keluarga. Salah satu pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk menilai kualitas layanan klinik adalah sikap petugas. Dari diagram di bawah terlihat bahwa sebanyak 26 orang atau 52% responden menjawab bahwa sikap petugas cukup ramah bahkan 1 orang atau 2% responden menjawab petugas ramah sekali, tetapi menurut responden tidak semua petugas bersikap ramah karena ada banyak juga yang tidak ramah, kebanyakan yang bersikap ramah adalah dokter sedang perawat lebih banyak yang tidak ramah, menurut mereka sikap perawat ini mungkin disebabkan karena pekerjaan perawat lebih banyak dibanding dokter. Sebanyak 23 orang atau 46% responden lainnya menjawab bahwa sikap kebanyakan petugas tidak ramah walaupun ada juga beberapa yang ramah.

Tabel 5.18 Persentase Pendapat Responden Tentang Sikap Petugas

Sikap Petugas	Jumlah	%
Tidak ramah	23	46%
Cukup ramah	26	52%
Ramah sekali	1	2%
Total	50	100%

Pertanyaan selanjutnya yang diajukan kepada responden adalah tentang kemudahan menemui petugas. Ketika melakukan kontrol atau mendapatkan perawatan di Rumah Sakit tentu saja akan sangat banyak yang dibutuhkan oleh pasien terkait dengan kondisi pasien, pada saat tertentu mungkin pasien berada

pada kondisi sulit atau memiliki pertanyaan seputar penggunaan obat sehingga sangat membutuhkan kehadiran petugas. Semakin mudah petugas ditemui maka pasien akan masalah yang dihadapi pasien akan cepat terselesaikan. Berdasar persepsi responden terhadap kemudahan menemui petugas sebanyak 27 orang atau 54% menjawab bahwa cukup mudah menemui petugas, sedang sebanyak 23 orang atau 46% lainnya menjawab tidak mudah menemui petugas saat dibutuhkan, hal ini bisa jadi karena kurangnya jumlah petugas.

Tabel 5.19 Persentase Pendapat Responden Tentang Kemudahan Menemui Petugas

Kemudahan Menemui Petugas	Jumlah	%
Tidak mudah	23	46%
Cukup mudah	27	54%
Mudah sekali	0	0
Total	50	100%

Ketrampilan dan kecekatan petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien adalah hal yang menjadi syarat bagi kualitas sebuah layanan. Petugas yang terampil dan cekatan akan mampu memberikan pelayanan yang baik dan mempercepat pemulihan pasien. Ketrampilan dan kecekatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien menjadi pertanyaan selanjutnya untuk menilai kualitas pelayanan yang diajukan kepada responden. Sebanyak 48 orang responden atau 96% menjawab bahwa petugas cukup terampil dan cekatan saat melayani pasien sedang yang menjawab bahwa petugas kurang cekatan hanya 2 orang atau 4%.

Tabel 5.20 Persentase Pendapat Responden Tentang Ketrampilan dan Kecekatan Petugas

Ketrampilan dan Kecekatan Petugas	Jumlah	%
Kurang	2	4%
Cukup baik	22	44%
Baik sekali	26	52%
Total	50	100%

Sikap diskriminasi berarti bahwa terjadi perbedaan dalam memperlakukan seseorang, pada kasus ini pengidap HIV dan AIDS sering menemui sikap diskriminatif dalam kehidupan sosial dan mereka juga cenderung lebih sensitif saat berhadapan dengan orang disekitarnya. Saat di Rumah Sakit pengidap HIV dan AIDS seringkali dihadapkan pada sikap, bahasa tubuh dan pertanyaan ke keluarga yang diskriminatif oleh beberapa petugas. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan empati petugas menyebabkan hal ini terjadi, pihak Rumah Sakit seharusnya memiliki aturan dan melakukan pengawasan dan evaluasi dalam perlakuan terhadap pasien HIV dan AIDS, walaupun ada perbedaan pelayanan tapi tentunya harus sesuai dengan prosedur pelayanan dan tidak berlebihan. Dari pertanyaan tentang sikap diskriminasi petugas sebanyak 39 orang atau 78% menjawab kadang-kadang terjadi tindakan diskriminasi oleh petugas, 4 orang atau 8% responden bahkan menjawab sering mendapat tindakan diskriminasi dan 7 orang lainnya atau 14% lainnya menjawab tidak ada.

Tabel 5.21 Persentase Pendapat Responden Tentang Tindakan Diskriminasi Petugas

Diskriminasi Petugas	Jumlah	%
Tidak ada	7	14%
Kadang-kadang	39	78%
Sering	4	8%
Total	50	100%

Perawatan secara intensif dan sering dilakukan pengidap HIV dan AIDS pada stadium 2 – 4 membutuhkan biaya yang besar, seperti yang sudah pernah dibahas diatas bahwa biaya rata-rata yang dikeluarkan adalah Rp.10.000.000,- /perawatan sangat menyulitkan perekonomian pasien. Hampir semua responden tidak memiliki jaminan kesehatan untuk dapat meringankan pembiayaan kesehatan, sementara mereka sudah tidak lagi memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan selanjutnya. Pasien sangat berharap bahwa pihak Rumah Sakit dapat memberikan keringanan untuk tindakan perawatan atau pihak Pemerintah dapat melindungi masyarakat dan memberikan hak-hak kesehatan. Pertanyaan tentang pemberian keringanan ini untuk menilai apakah pihak Rumah Sakit memiliki kebijakan untuk mengupayakan mengurangi beban pasien pengidap HIV dan AIDS. Sebanyak 42 orang atau 84% menjawab tidak pernah ada keringanan biaya yang diberlakukan Rumah Sakit, sedang 8 orang atau 16% responden lainnya menjawab bahwa kadang-kadang ada keringanan yang diberikan oleh Rumah Sakit atau bantuan pribadi petugas.

Gambar 5.22 Persentase Pendapat Responden Tentang Keringanan Biaya

Keringanan Biaya	Jumlah	%
Tidak pernah	42	84%
Kadang-kadang	8	16%
Sering	0	0
Total	50	100%

Ketika pasien mengakses sebuah layanan kesehatan dalam rentang waktu tertentu dan mendapatkan hasil yang optimal maka akan memberikan kepuasan. Pelayanan yang diberikan sesuai dengan prosedur standar akan memberikan dampak perbaikan kesehatan kepada pasien. Pertanyaan terakhir yang diajukan kepada responden adalah tentang perbaikan kesehatan yang dirasakan oleh responden selama mengakses layanan Klinik Bougenville. Sebanyak 47 orang atau 94% menjawab bahwa ada perbaikan kesehatan sedang sebanyak 3 orang atau 6% menjawab bahwa tidak ada perbaikan selama mereka mengakses layanan.

Tabel 5.23 Persentase Pendapat Responden Tentang Perbaikan Kesehatan

Perbaikan Kesehatan	Jumlah	%
Iya	47	94%
Tidak	3	6%
Total	50	100%

5.1.2 Responden Pasien

5.1.2.1 Karakteristik Responden

Dari keseluruhan responden pasien, jumlah responden pria terdiri dari 30 orang atau 60% dan jumlah responden perempuan adalah sebanyak 20 orang atau 40%. Hal ini berhubungan dengan persentase pengidap HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang dimana penularan tertinggi disebabkan karena perilaku beresiko berupa tingkat penggunaan jarum suntik untuk jenis Narkoba Heroin secara bergantian yaitu sebanyak 72% dari seluruh perilaku beresiko lainnya dimana persentase tertinggi pengguna Jarum Suntik (Penasun) yaitu 90% adalah laki-laki. Hal lain yang menyebabkan tingginya data berupa angka pengidap HIV dan AIDS pada laki-laki di Kabupaten Tangerang adalah karena pengidap perempuan cenderung lebih tertutup untuk membuka statusnya.

Tabel 5.24. Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	30	60%
Perempuan	20	40%
Total	50	100%

Rata-rata usia responden pasien adalah 29 tahun, hal ini menunjukkan bahwa pengidap HIV adalah berada pada usia produktif sehingga hal ini akan memberikan pengaruh jumlah angkatan kerja, kondisi pasien yang walaupun secara fisik terlihat sehat, tetapi melalui wawancara yang dilakukan peneliti, responden merasakan adanya kemunduran dalam produktifitas dibanding dengan saat belum sakit, karena dari seluruh responden yang ditemui sebanyak 96% atau 48 orang telah berada pada stadium 3 sampai dengan 4 yang artinya pasien

terlambat mengetahui kondisinya sehingga *infeksi oportunistik* (infeksi penyerta) yang merupakan indikasi dari AIDS atau munculnya kumpulan gejala berupa penyakit seperti TBC, Toksoplasma telah dialami oleh responden.

Berdasarkan tingkat pendidikan, responden dengan pendidikan SMA menempati urutan teratas dengan 74% atau 37 orang, responden dengan pendidikan SMP sebanyak 10 orang atau 20%, pendidikan Diploma 3 sebanyak 2 orang atau 4% dan pendidikan S1 sebanyak 1 orang atau 2% dari keseluruhan responden yang berjumlah 50 orang.

Tabel 5.25 Persentase Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
SMP	10	20%
SMA	37	74%
D3	2	4%
S1	1	2%
Total	50	100%

Hal ini menunjukkan bahwa penularan HIV dan AIDS lebih banyak terjadi pada responden dengan pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA), dari hasil wawancara dengan responden diperoleh informasi bahwa penggunaan Napza suntik dilakukan oleh semua responden pada saat SMA karena kurangnya informasi di sekolah mengenai bahaya penggunaan Narkoba dan rasa keingintahuan yang sangat besar serta keinginan untuk dapat diterima dalam pergaulan, kondisi ini berpengaruh kepada pendidikan responden yang tidak menjadi fokus pada pendidikan dan tidak lagi melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi, bahkan dari seluruh responden pengguna Jarum suntik sebanyak 34 orang atau 68% tidak menyelesaikan pendidikan SMA.

Rata-rata jarak tempuh pasien ke klinik adalah 5,74 km. Hal ini menunjukkan bahwa lokasi klinik Bougenville cukup strategis dan mudah dijangkau oleh pasien.

Tabel 5.26 Pekerjaan Pasien Sebelum Sakit

Pekerjaan Pasien Sebelum Sakit	Jumlah	Persentase
Pegawai swasta	35	70%
Buruh	13	26%
Pedagang	2	4%
Total	50	100%

Berdasarkan status pekerjaan responden, pada kondisi sebelum sakit, persentase pasien bekerja sebagai Pegawai swasta adalah 70%, Buruh sebanyak 26% dan Pedagang 4%. Dari tabel terlihat bahwa sebelum mengetahui terinfeksi HIV atau belum merasakan gejala, responden menjalani hidup dan bekerja secara normal.

Tabel 5.27 Pekerjaan Pasien Sesudah Sakit

Pekerjaan Pasien Sesudah Sakit	Jumlah	Persentase
Menganggur	35	70%
Pegawai swasta	6	12%
LSM	4	8%
Pedagang	4	8%
Buruh	1	2%
Total	50	100%

Sedang setelah sakit, persentase pasien tidak memiliki pekerjaan atau menganggur menempati urutan teratas sebanyak 35 orang atau 70%, hal ini disebabkan pada kondisi responden terinfeksi HIV, mulai dirasakan adanya tekanan secara psikologis karena merasa malu, pengidap HIV dan AIDS mengalami ketakutan jika statusnya terbuka dan diketahui orang lain akan membuat mereka dikucilkan sehingga kebanyakan dari mereka memutuskan untuk meninggalkan pekerjaan, selain itu pasien yang terlambat mengetahui statusnya karena pada awal perkembangan virus tidak akan menunjukkan gejala ketika sudah berada pada stadium lanjut dan mengalami penurunan daya tahan tubuh akan memunculkan penyakit-penyakit penyerta, maka pasien akan mengalami penurunan produktifitas.

5.1.2.2 Riwayat Responden

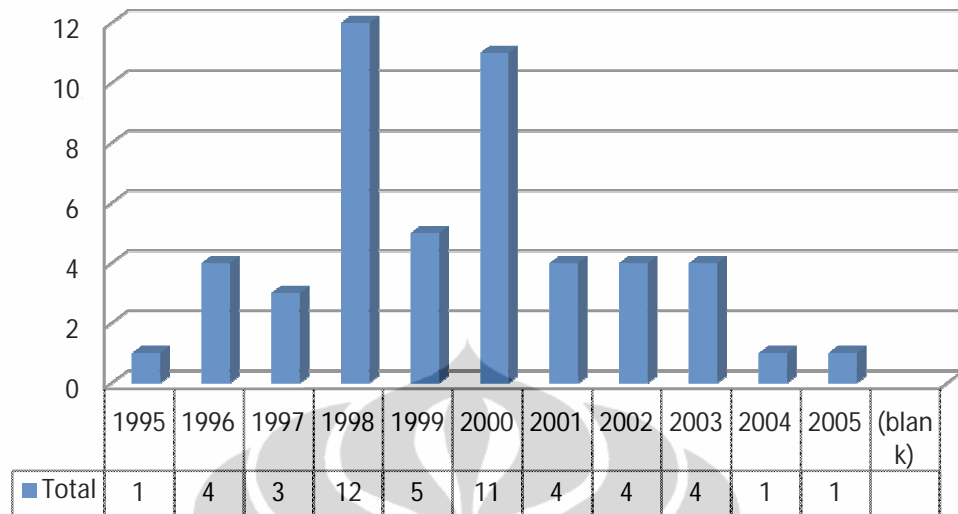
Tabel 5.28 Faktor Resiko Penularan

Faktor Resiko Penularan	Jumlah	Persentase
Pengguna NAPZA suntik tidak steril	29	58%
Hubungan Seks Tidak aman dengan pasangan	15	30%
Hubungan Seks Tidak aman bukan dengan pasangan	2	4%
Lelaki seks lelaki	2	4%
Total	50	100%

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang bahwa angka penularan HIV dan AIDS tertinggi berasal dari penggunaan jarum suntik tidak steril secara bergantian sebesar 75% dari seluruh resiko penularan.

Faktor beresiko yang menjadi penyebab penularan HIV pada responden sebanyak 29 orang atau 58% adalah pengguna Napza Suntik secara bergantian, sebanyak 15 orang atau 30% disebabkan hubungan seks tidak aman (tidak menggunakan pengaman) dengan pasangan berperilaku resiko tinggi yang sudah terinfeksi HIV yaitu 13 orang dengan pasangan pengguna Napza suntik dan 5 orang dengan pasangan pelanggan Wanita Pekerja Seks, persentase penularan dari ibu ke anak sebanyak 3 orang atau 6%, penularan melalui hubungan seks tidak aman bukan dengan pasangan sebanyak 2 orang atau 4% dan melalui tatto sebanyak 1 orang atau 2%.

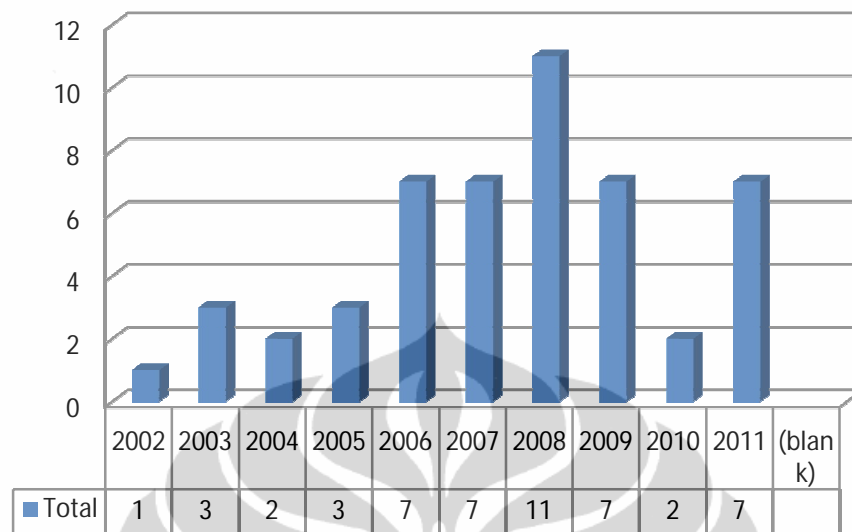
Dari seluruh responden diketahui sebanyak 25 orang atau 50% pertama kali melakukan resiko pada rentang tahun 1995-1999 dan sebanyak 50% sisanya pada kisaran 2000-2005. Berdasarkan wawancara dengan responden, didapatkan informasi bahwa mereka melakukan perilaku beresiko pada usia mulai dari 13-15 tahun dan pada rentang 1995-2005 khusus bagi responden pengguna Napza suntik, heroin sangat mudah didapat dan sangat murah sehingga penggunaan Napza khususnya heroin menjadi sangat marak dan banyak dilakukan oleh remaja sedang informasi mengenai resiko masih sangat minim.



Gambar 5.1 Pertama Kali Melakukan Perilaku Beresiko

Dari diagram dibawah menunjukkan bahwa rentang waktu antara perilaku beresiko dan diketahuinya status adalah sekitar 8-10 tahun yang menunjukkan perkembangan virus dalam tubuh manusia. Dari hasil wawancara diketahui bahwa 100% responden mengetahui st

atus setelah munculnya kumpulan gejala atau fase AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrom*), infeksi penyert apengidap HIV disebut dengan infeksi oportunistik seperti TBC, Toksoplasma, diare berkepanjangan yang menyebabkan hilangnya berat badan dalam waktu singkat. Kondisi ini menyebabkan penurunan daya tahan tubuh dan prodiktifitas dan untuk penyembuhan infeksi hanya memerlukan waktu yang sangat lama dan biaya yang dikeluarkan sangat mahal. Sebenarnya kondisi terinfeksi HIV dapat dicegah menjadi AIDS atau menjadi munculnya kumpulan gejala penyakit, salah satunya adalah dengan menyadari telah terpapar perilaku beresiko kemudian segera memeriksakan diri dan dapat dilakukan tindakan menekan replikasi virus dengan mengkonsumsi antiretroviral virus.



Gambar 5.2 Pertama Kali Mengetahui Status

Penularan HIV dan AIDS terjadi sangat dinamis, seorang pengidap HIV positif di suatu tempat dapat saja berperilaku beresiko dan menularkannya di tempat lain. Intensitas perilaku beresiko di suatu tempat tidak dapat menjadi ukuran bahwa infeksi memang berasal dari tempat dilakukannya perilaku tersebut. Tetapi dari faktor resiko penularan dan intensitas perilaku beresiko seseorang di suatu wilayah, dapat diprediksi dan dilakukan estimasi jumlah kemungkinan orang yang tertular sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk melakukan tindakan pencegahan. Dari seluruh responden, sebanyak 32 orang atau 64% pengguna Napza suntik dan penularan melalui hubungan seks tidak aman dengan pasangan dilakukan di Kota Tangerang, sebanyak 8 orang atau 16% Pengguna Napza dan 1 orang penularan melalui Tatto intensitas keseringan dilakukan di Kota Jakarta, sebanyak 7 orang atau 14% pengguna Napza suntik dilakukan di Kota Tangerang dan Jakarta, sedangkan 2 orang dengan penularan melalui hubungan seks tidak aman dengan bukan pasangan dilakukan di Kota Jakarta, Bekasi, Tangerang dan Bogor dan sisanya 1 orang penularan melalui Penggunaan Napza suntik dan intensitas penggunaan dilakukan di Kota Serang.



Gambar 5.3 Lokasi Perilaku Beresiko

Status pernikahan responden, sebanyak 40 orang atau 80% sudah menikah dan 10 orang atau 20% belum menikah.

Tabel 5.29 Status Pernikahan Pasien

Status Pernikahan Pasien	Jumlah	%
Sudah	40	80%
Belum	10	20%
Total	50	100%

Dari wawancara kepada responden sebanyak 18 orang atau 45% dari responden yang sudah menikah mengatakan bahwa mereka belum mengetahui status saat menikah dan sisanya 22 orang atau 55% mengatakan sudah mengetahui status, dari 22 orang yang sudah mengetahui status sebanyak 10 orang tidak memberitahu pasangan mengenai status dan 12 orang memberitahukan status kepada pasangan dan atau merupakan pasangan dengan status yang sama. Kondisi dimana seseorang tidak mengetahui status dan kemudian menikah dan seseorang dengan status terinfeksi HIV tapi tidak memberitahu pasangan karena takut akan ditinggalkan pasangan, padahal hal ini sangat berbahaya karena dapat menjadi mata rantai penularan HIV dan AIDS yang efektif, sehingga perlu dilakukan

upaya untuk memberi kesadaran kepada masyarakat dengan perilaku beresiko untuk memutus penyebaran dengan menyadari telah berperilaku beresiko dan melakukan tindakan pemeriksaan dini serta perilaku seks aman dengan pasangan.

Tabel 5.30 Status Anak Terinfeksi

Status anak terinfeksi	Jumlah	%
Iya	3	30%
Tidak	7	70%
Total	10	100%

Dari sebanyak 40 orang responden yang menikah, 10 orang memiliki anak dan 3 pasangan memiliki 1 (satu) anak yang terinfeksi HIV terdiri dari 1 anak perempuan dan 2 anak laki-laki yang tertular dari ibu pada masa kehamilan. Dari 3 anak yang terinfeksi 1 anak sudah menjalani terapi ARV sedang 2 anak lainnya belum karena daya tahan tubuh anak masih tinggi dan belum direkomendasikan menjalani terapi Antiretroviralvirus.

Penularan ibu ke anak sangat berpotensi terjadi ketika seorang ibu yang tidak mengetahui sudah terinfeksi HIV kemudian hamil atau seorang ibu yang sudah mengetahui status kemudian hamil tanpa menjalani program pencegahan penularan dari ibu ke anak atau PMTCT (*Prevention Mother to Child Transmission*) yang menjadi standar yang harus dilakukan pada ibu terinfeksi yang sedang hamil.

Penularan dari ibu dan anak juga dapat terjadi pada proses menyusui, beberapa penelitian yang masih diperdebatkan bahwa air susu ibu wanita terinfeksi sebagai penyebab penularan, tetapi potensi paling besar terjadi diduga akibat terjadinya luka pada puting ibu akibat proses menyusui yang menular pada anak, sehingga wanita terinfeksi disarankan untuk tidak menyusui anak untuk menghindari kemungkinan penularan.

5.1.2.3 Pengetahuan Terhadap HIV

Tabel 5.31 Pengetahuan terhadap bahaya HIV dan AIDS

Pengetahuan terhadap bahaya HIV dan AIDS	Jumlah	%
Tidak Tahu	29	58%
Tahu	21	42%
Total	50	100%

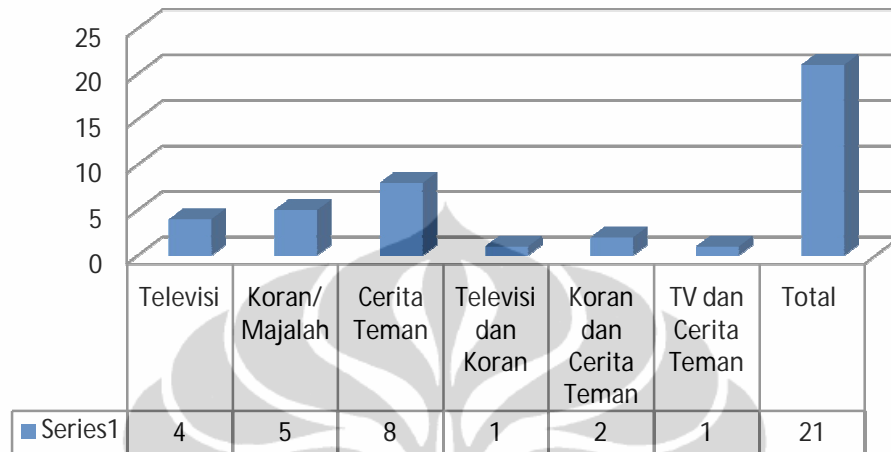
Dari seluruh responden, sebanyak 29 orang atau 58% tidak mengetahui bahaya HIV dan AIDS sebelum mereka terinfeksi, dan 21 orang atau 42% sudah mengetahui bahaya HIV dan AIDS. Dari hasil wawancara dengan responden diperoleh informasi bahwa ketidaktahuan akan bahaya karena pada tahun-tahun awal berperilaku beresiko memang tidak ada informasi yang pernah diterima baik dari sekolah maupun dari media, selain itu responden yang sudah mengetahui bahaya cenderung mengabaikan karena ketidaktahuan tentang tingkat keparahan penyakit dan kondisi yang harus mereka hadapi saat penyakit berada pada stadium lanjut. Responden mengatakan gencarnya informasi mengenai bahaya HIV dan AIDS baru dimulai pada tahun 2005, tetapi bahasa yang digunakan dalam penyebaran informasi masih tidak sederhana dan sulit dimengerti. Hal ini menunjukkan bahwa penyebaran informasi merupakan hal yang penting untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran akan suatu masalah.

Tabel 5.32 Hubungan antara Pengetahuan terhadap Bahaya HIV dan AIDS dengan Tingkat Pendidikan Pengidap

Pengetahuan terhadap bahaya HIV dan AIDS	Tingkat Pendidikan				Total
	SD	SMP	SMA	Diploma / S1	
Tidak Tahu	0	8	20	1	29
Tahu	0	2	17	2	21
Total	0	10	37	3	50

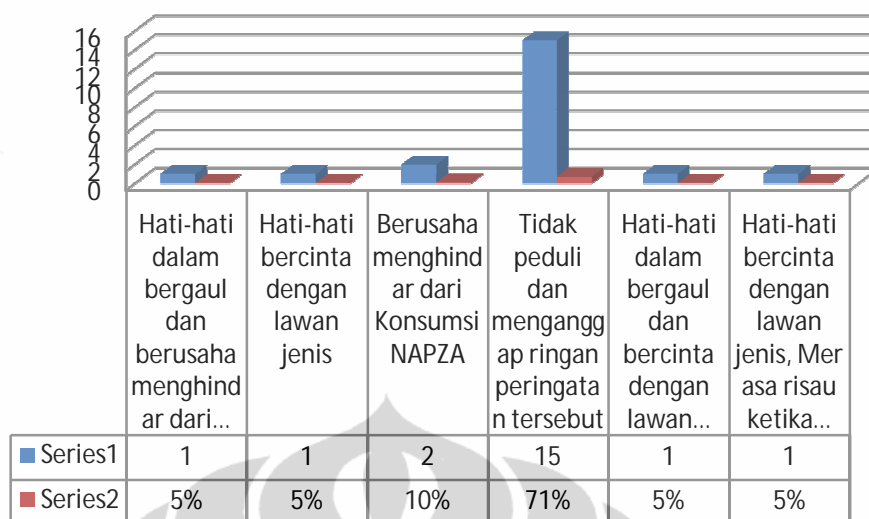
Dari tabel di atas terlihat bahwa responden dengan tingkat pendidikan SMA memiliki jumlah paling banyak (69%) tidak mengetahui bahaya HIV dan AIDS. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak selalu berpengaruh pada

ketidaktahuan akan resiko penularan karena intensitas penyebaran informasi yang tepat dan benar lebih memegang peranan penting.



Gambar 5.4 Cara Memperoleh Informasi

Dari 21 orang yang mengetahui informasi mengenai bahaya HIV dan AIDS sebanyak 8 orang atau 38% mendapat informasi hanya dari cerita teman, 5 orang atau 24% dari Koran/Majalah, sebanyak 4 orang atau 19% dari Televisi, sebanyak 2 orang atau 9% mendapatkan informasi Televisi dan Koran, 1 orang lain atau 5% mendapat dari Koran dan cerita teman dan sisa 1 orang lainnya mendapatkan informasi dari Koran, Televisi dan Cerita teman. Hal ini menggambarkan bahwa informasi lebih banyak didapatkan dari mulut ke mulut saja, dari pilihan jawaban kuesioner yang diberikan tidak ada responden yang memilih mendapat informasi dari sosialisasi di Sekolah maupun sosialisasi dari Pemerintah di lingkungan tempat tinggal, yang berarti bahwa upaya Pemerintah dalam menyebarkan informasi mengenai kesehatan ataupun bahaya suatu penyakit masih sangat kurang, padahal melalui wawancara dan hasil isian kuesioner diketahui bahwa perilaku beresiko mulai dilakukan oleh responden saat usia Sekolah yaitu 13-15 tahun dimana serapan informasi seharusnya dapat mereka peroleh melalui Sekolah.



Gambar 5.5 Sikap Responden terhadap Informasi tentang Bahaya HIV dan AIDS

Sikap Responden yang telah mengetahui informasi mengenai bahaya HIV dan AIDS beragam, dapat dilihat dari diagram di bawah ini. Sebanyak 13 orang atau 62% dari 21 orang mengatakan bahwa mereka tidak peduli dan menganggap ringan penyakit tersebut karena dinilai sama saja dengan penyakit lainnya, sikap ini karena responden tidak mendapatkan informasi yang sederhana dan sama sekali tidak memiliki gambaran mengenai HIV dan AIDS, tingkat keparahan penyakit dan bagaimana dampaknya terhadap kehidupan, dapat dibayangkan bagi yang sama sekali tidak pernah mendapatkan informasi mengenai HIV dan AIDS. Tingkat pendidikan pasien tidak terlalu berpengaruh pada sikap terhadap bahaya penyakit, dari tabel 5.22 terlihat bahwa ketidakpedulian akan bahaya penyakit paling banyak terjadi pada tingkat pendidikan SMA (62%) dan tidak pada pendidikan yang lebih rendah. Dengan semakin baiknya informasi tentang bahaya penyakit akan merubah perilaku pasien, dari pengamatan selama dan sebelum penelitian terlihat terjadi perubahan perilaku pada pengguna NAPZA suntik untuk tidak menggunakan jarum suntik bergantian. Sebanyak 30% menjawab akan lebih berhati-hati dalam bergaul, bersikap aman saat bercinta, berusaha menghindari NAPZA atau menggunakan jarum suntik steril dan ada yang menjawab merasa risau ketika berobat karena khawatir akan tertular juga akibat perilaku beresiko. Dari pengamatan yang dilakukan selama penelitian, diperoleh gambaran bahwa

setelah hidup dengan penyakit tersebut, sebagian besar pengidap HIV dan AIDS yang ditemui baik responden maupun bukan responden, kurang peduli dengan kesehatan dan masih memiliki pola hidup kurang sehat seperti tetap mengkonsumsi obat-obatan, minuman keras, merokok, tidak berolahraga dan kurang tidur sehingga dapat memperparah kondisi penyakit.

Tabel 5.33 Hubungan antara sikap terhadap bahaya HIV dan AIDS dengan Tingkat Pendidikan Pasien

Sikap Responden terhadap Informasi tentang Bahaya HIV dan AIDS	Tingkat Pendidikan				Total
	SD	SMP	SMA	Diploma / S1	
Hati-hati dalam bergaul dan berusaha menghindar mengkonsumsi NARKOBA	0	1	0	0	1
Hati-hati bercinta dengan lawan jenis	0	1	0	0	1
Berusaha menghindar mengkonsumsi NARKOBA	0	0	2	0	2
Tidak peduli dan menganggap ringan penyakit tersebut	0	0	13(62%)	1	14
Hati-hati dalam bergaul dan bercinta dengan lawan jenis	0	0	1	1	2
Hati-hati bercinta dengan lawan jenis dan merasa risau ketika berobat ke RS /tempat berobat lainnya, berusaha menghindar mengkonsumsi NARKOBA	0	0	1	0	1
Total	0	2	17	2	21

5.1.2.4 Pengetahuan Terhadap Akses Pelayanan

Pertanyaan yang diajukan kepada responden mengenai respon mereka ketika pertama kali mengetahui terinfeksi HIV, apakah mereka langsung mengakses layanan pengobatan, sebanyak 29 orang atau 58% menjawab langsung berobat di berbagai tempat yang memiliki layanan bagi pengidap HIV dan AIDS antara lain di RSUD Tangerang sebanyak 15 orang atau 52% dengan alasan jarak yang dekat, 7 orang atau 24% di RS Tarakan, 5 orang atau 17% ke RS Cipto Mangunkusumo dan 2 orang atau 7% ke RS Penyakit Infeksi Sulianti Saroso, alasan pasien

menggunakan fasilitas kesehatan di luar Tangerang karena merasa takut statusnya akan diketahui dan terjadi diskriminasi di lingkungan keluarga dan masyarakat.

Tabel 5.34 Responden Yang Langsung Berobat saat Mengetahui Status

Responden Yang Langsung Berobat saat Mengetahui Status	Jumlah	%
Iya	29	58%
Tidak	21	42%
Total	50	100%

Tabel 5.35 Kunjungan ke Layanan Pengobatan

Kunjungan ke Layanan Pengobatan	Jumlah	%
RSUD Tangerang	15	52%
RS Tarakan	7	24%
RS Cipto Mangunkusumo	5	17%
RSPI Sulianto Saroso	2	7%
Total	29	100%

Berbagai alasan dikemukakan oleh 21 orang atau 42% dari keseluruhan responden yang tidak langsung berobat, sebanyak 9 orang atau 43% mengatakan baik-baik saja, tidak terfikir bahwa penyakitnya akan seberat ini, 5 orang atau 24% menjawab tidak merasa sakit jadi tidak harus berobat, 3 orang atau 14% menjawab awalnya mereka tidak percaya dan merasa tidak mungkin terinfeksi HIV dan sisanya sebanyak 4 orang atau 19% menjawab bahwa ini hanya penyakit biasa dan tidak perlu dikhawatirkan. Jawaban responden menggambarkan bahwa kepedulian masyarakat akan kesehatan masih sangat kurang ditambah dengan pengetahuan akan penyakit karena akses informasi yang masih sangat terbatas menyebabkan tingkat keparahan suatu penyakit yang semestinya dapat ditekan tidak dapat dilakukan.

Tabel 5.36 Alasan Responden Tidak Berobat

Alasan Responden Tidak Berobat	Jumlah	%
Merasa baik-baik saja	9	43%
Merasa tidak sakit	5	24%
Penolakan terhadap kenyataan	3	14%
Penyakit biasa tidak perlu difikirkan	4	19%
Total	21	100%

Pengetahuan terhadap Rumah Sakit Rujukan yang dapat diakses di Kabupaten Tangerang juga masih kurang, terlihat dari persentase jawaban responden pada diagram di bawah dimana sebanyak 39 orang atau 78% menjawab tahu dimana RS rujukan bagi pengidap HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang yaitu RSUD Tangerang dan RS Swasta Qadr sedang 11 orang atau 22% menjawab bahwa mereka tidak pernah tahu dimana Rumah Sakit Rujukan di Kabupaten Tangerang yang dapat melayani pasien pengidap HIV dan AIDS. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang akses layanan kesehatan dapat memperburuk kondisi pasien karena kontrol terhadap perkembangan penyakit yang secara berkala harus dilakukan oleh pengidap HIV dan AIDS tidak dilakukan. Kurangnya pengetahuan masyarakat karena masih rendahnya sosialisasi oleh Pemerintah terhadap layanan kesehatan khususnya bagi pengidap HIV dan AIDS, hal ini dapat dikaitkan dengan rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap bahaya HIV.

Tabel 5.37 Responden Yang mengetahui RS Rujukan Di Kabupaten Tangerang

Responden Yang mengetahui RS Rujukan Di Kabupaten Tangerang	Jumlah	%
Iya	39	78%
Tidak	11	22%
Total	50	100%

Walaupun sebanyak 39 orang responden mengetahui RS Rujukan tetapi tidak semua dapat menyebutkan pelayanan apa saja yang bisa mereka peroleh sebagai pengidap HIV dan AIDS berupa layanan Dukungan, Perawatan dan Pengobatan seperti yang telah ditetapkan Pemerintah melalui sebuah Pedoman pelaksanaan.

Dari diagram dibawah terlihat bahwa persentase responden yang mengetahui jenis pelayanan yang bisa mereka dapatkan adalah 29 orang atau 58% sedang 21 orang atau 42% lainnya tidak mengetahui secara lengkap jenis layanan yang bisa mereka dapat karena sebagian besar pasien datang karena ajakan teman yang hanya pernah mengakses satu atau dua layanan saja. Kurangnya pengetahuan masyarakat khususnya pengidap HIV dan AIDS tentang jenis layanan ini adalah karena kurang atau tidak adanya sosialisasi yang sekurangnya dapat diberikan kepada mitra yang akhirnya akan sampai kepada masyarakat khususnya pengidap HIV dan AIDS sebagai pengguna layanan.

Tabel 5.38 Pengetahuan Tentang Pelayanan Rumah Sakit Rujukan

Pengetahuan Tentang Pelayanan Rumah Sakit Rujukan	Jumlah	%
Tahu	29	58%
Tidak Tahu	21	42%
Total	50	100%

5.1.2.5 Pembiayaan Pengobatan HIV dan AIDS

Pertanyaan yang ditujukan kepada responden tentang pembiayaan pengobatan bertujuan untuk mengetahui besarnya biaya yang harus dikeluarkan ketika seseorang sudah terinfeksi HIV dan berada pada stadium dimana telah muncul infeksi penyerta atau kumpulan gejala yang disebut sebagai berada pada fase AIDS.

Dari seluruh responden, sebanyak 44 orang atau 88% telah berada pada stadium 2 sampai 4 dimana telah muncul berbagai infeksi penyerta atau infeksi oportunistik yang akan terus terjadi ketika daya tahan tubuh pengidap HIV dan AIDS menurun. Pada stadium ini, pasien sudah membutuhkan perawatan secara intensif baik di Rumah Sakit, maupun konsumsi obat untuk menekan jumlah virus.

Tabel 5.39 Responden dengan Infeksi Opportunistik

Responden dengan Infeksi Opportunistik	Jumlah	%
Iya	44	88%
Tidak	6	12%
Total	50	100%

Terjadinya infeksi opportunistik adalah karena sejak awal mengetahui status terinfeksi HIV, seseorang tidak pernah mengontrol perkembangan penyakit dan memiliki pola hidup yang tidak sehat sehingga mengalami penurunan daya tahan tubuh dan muncul gejala, dapat juga terjadi karena seseorang tidak mengetahui telah terinfeksi. Pada diagram dibawah ini terlihat bahwa dari 44 orang responden, sebanyak 39 orang atau 89% telah lebih dari sekali menjalani perawatan sedang sebanyak 5 orang atau 11% baru sekali menjalani perawatan untuk infeksi opportunistiknya. Dari wawancara dengan responden, sebanyak 43 orang pernah mengidap Tuberkolosis (TBC) sebagai infeksi penyertanya selain infeksi lainnya sedang 1 orang lainnya mengidap toksoplasmosis sebagai infeksi penyertanya. WHO menyebutkan bahwa TBC dapat menjadi indikator bagi peningkatan jumlah pengidap HIV di dunia.

Tabel 5.40 Frekwensi Menjalani Perawatan

Frekwensi Menjalani Perawatan	Jumlah	%
Sekali	5	11%
Lebih dari sekali	39	89%
Total	44	100%

Semakin tinggi stadium pengidap HIV maka akan semakin banyak infeksi yang menyertai dan semakin banyak tindakan yang harus dilakukan. Frekwensi dan intensitas perawatan pengidap HIV yang sering dan rumit tentunya membutuhkan biaya yang tidak sedikit, rata-rata biaya yang dikeluarkan oleh responden selama melakukan perawatan adalah Rp.10.000.000,- untuk setiap kali perawatan, sedang dalam setiap tahun perawatan dilakukan 2 – 3 kali sejak munculnya infeksi

opportunistik. Beberapa responden menyatakan bahwa selama menjalani perawatan, mereka harus merelakan kehilangan aset yang mereka miliki seperti kendaraan, rumah dan bahkan kehilangan pekerjaan karena turunnya produktifitas dan seringkali meninggalkan pekerjaan karena harus dirawat. Satu orang responden menceritakan bahwa dia harus berhenti dari pekerjaan karena mendapat tekanan dari pihak Perusahaan dengan alasan bahwa pegawai bersangkutan akan mengalami diskriminasi padahal menurut Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor Kep.68/MEN/IV/2004 tentang Pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS ditempat kerja menyebutkan bahwa Perusahaan wajib memberi perlindungan kepada pekerja dari tindakan diskriminasi.

Responden menyatakan bahwa biaya untuk perawatan yang harus sering dilakukan memberatkan kehidupan perekonomian mereka. Sebanyak 43 orang atau 98% responden menjawab biaya yang harus dikeluarkan mahal sedang 1 orang atau 2% lainnya menjawab bahwa biaya yang dikeluarkan wajar saja karena memang kondisi pasien yang parah membutuhkan tindakan dan obat yang berkualitas.

Tabel 5.41 Pendapat Responden Tentang Biaya Perawatan Infeksi Opportunistik

Pendapat Responden Tentang Biaya Perawatan Infeksi Opportunistik	Jumlah	%
Murah	0	0%
Wajar Saja	1	2%
Mahal	43	98%
Total	44	100%

Tes laboratorium berkala merupakan salah satu bagian terpenting dari perawatan kesehatan HIV. Tes laboratorium ini merupakan bagian dari perencanaan pengobatan yang berfungsi untuk memonitor perkembangan HIV dalam tubuh anda, selain juga memberi informasi untuk membantu dalam penentuan jenis rejimen pengobatan - apakah anda sudah layak memulai pengobatan, menghentikan atau mengubah pengobatan. Komitmen anda untuk secara berkala

melakukan monitor hasil laboratorium sangatlah penting untuk dapat memegang kendali terhadap kesehatan anda. Banyak orang merasa perlu untuk mengetahui dan mengerti tentang aspek perawatan kesehatan ini untuk dapat menerima status HIV mereka.

Terdapat beberapa jenis tes laboratorium yang digunakan untuk memonitor HIV. Keempat tes yang paling umum adalah viral load, jumlah CD4, tes darah lengkap dan tes kimia darah. Keempat jenis tes ini adalah tes darah dan merupakan tes paling komprehensif yang ada untuk memonitor kesehatan seseorang dengan HIV. Tergantung dari kesehatan dan apakah anda sedang dalam rejimen pengobatan, kebanyakan dokter akan melakukan tes ini setiap tiga hingga enam bulan. Karena tes-tes ini digunakan untuk memonitor kesehatan anda secara keseluruhan dengan membandingkan dengan hasil-hasil tes yang lalu, sangatlah penting untuk mengetahui kapan anda pertama kali didiagnosa atau kapan anda memulai pengobatan dalam melakukan tes laboratorium sehingga terdapat titik awal untuk perbandingan.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang sendiri belum tersedia layanan untuk tes CD4 dan viral load, sehingga pasien harus memanfaatkan laboratorium swasta atau ke Rumah Sakit Dharmais, untuk peralatan untuk tes CD4 baru tersedia tahun 2012 dan belum bisa beroperasi karena sedang dilakukan pelatihan untuk petugas yang akan mengoperasikan. Dari seluruh responden, sebanyak 30 orang atau 60% secara rutin melakukan pemeriksaan sedang 20 orang atau 40% lainnya tidak secara rutin melakukan tes, dengan alasan bahwa tes dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali sedang biaya yang harus dikeluarkan untuk tes CD4 adalah Rp.127.000,- dan Rp.850.000,- untuk tes viral load, RS Dharmais secara berkala memberikan pemotongan biaya tes tetapi dengan kuota.

abel 5.42 Persentase Responden Yang secara Rutin Melakukan Tes CD4

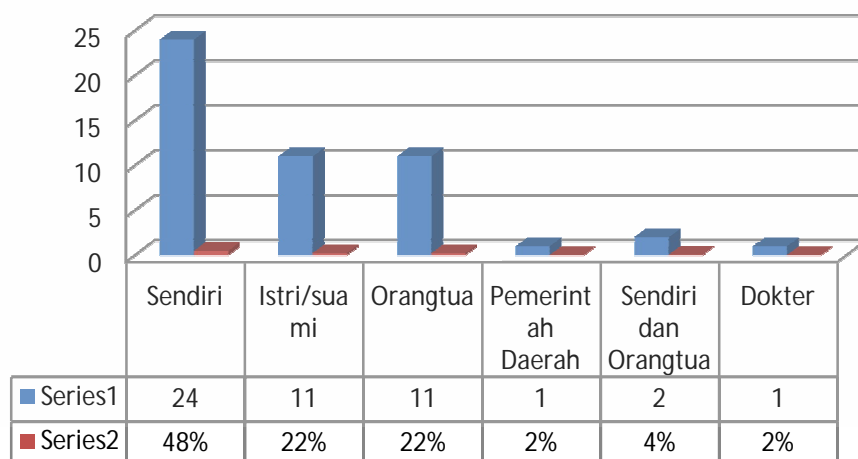
Responden yang secara rutin melakukan tes CD4	Jumlah	%
Iya	30	60%
Tidak	20	40%
Total	50	100

Untuk tes viral load dari seluruh responden, hanya 4 orang atau 8% yang secara rutin melakukan tes dan 46 orang atau 92% tidak melakukan tes karena mahal biaya yang harus dikeluarkan padahal tes ini sangat penting untuk melihat efektifitas kerja obat dalam menekan jumlah virus. Seluruh responden menjawab bahwa biaya tes yang harus secara rutin mereka lakukan tergolong sangat mahal dan berharap bahwa Pemerintah dapat menekan biaya sering mungkin karena dalam setahun harus dilakukan tes sebanyak 4 (empat) kali dengan jenis yang berbeda sehingga bila diakumulasikan biaya yang harus dikeluarkan adalah Rp. 5.000.000,-/tahun dan ini diluar biaya perawatan jika terserang infeksi.

Tabel 5.43 Responden Yang Secara Rutin Melakukan Tes Viral Load

Responden Yang Secara Rutin Melakukan Tes Viral Load	Jumlah	%
Iya	4	8%
Tidak	46	92%
Total	50	100%

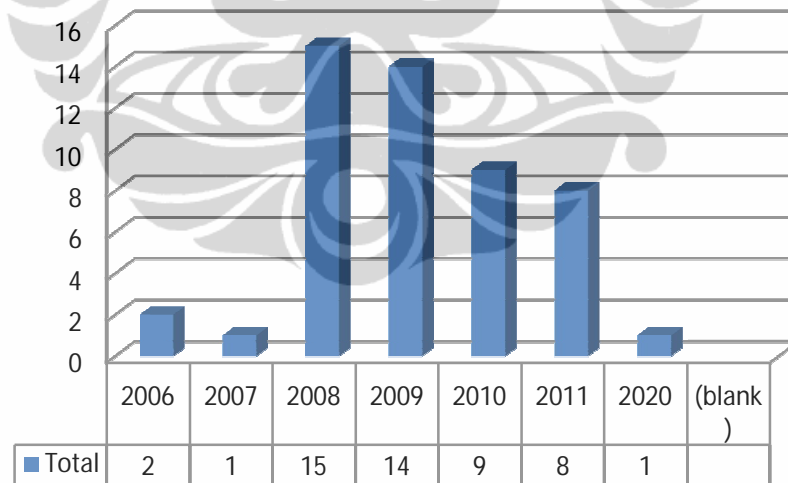
Selama menjalani perawatan, sebanyak 24 orang atau 49% responden menjawab bahwa mereka membiayai pengobatan sendiri pada awalnya tetapi pada akhirnya mereka harus berhutang untuk perawatan selanjutnya, sebanyak 12 orang atau 23% menjawab bahwa perawatan dibiayai oleh pasangan, 11 orang atau 22% dibiayai oleh orangtua, sedang 3 orang lainnya atau 6% dibiayai oleh Pemerintah Daerah melalui asuransi, patungan dengan orangtua dan Dokter.



Gambar 5.6 Yang Membiayai Perawatan Pasien

5.1.2.6 Upaya Berobat Ke Klinik Bougenville

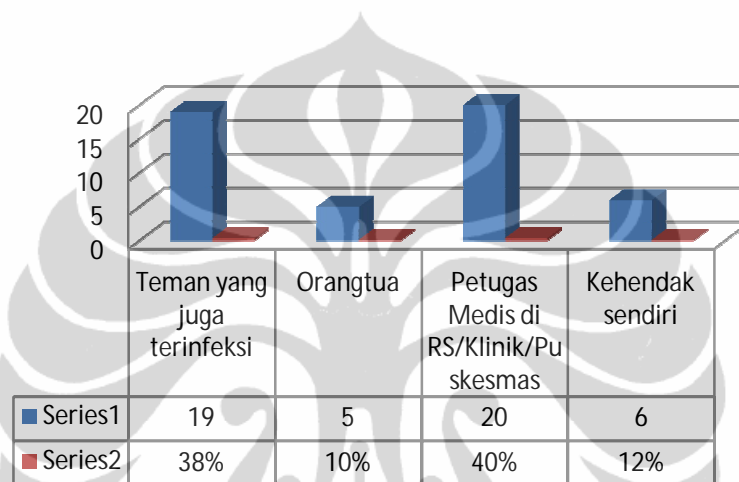
Klinik Bougenville pertama kali memberikan pelayanan kepada pengidap HIV dan AIDS pada tahun 2006. Pada awalnya sebagian besar responden mengakses layanan ke Rumah Sakit di sekitar daerah Jakarta dan kemudian pindah ke RSUD Tangerang dengan alasan jarak tempuh yang lebih dekat dan kecilnya biaya yang harus dikeluarkan untuk transportasi. Dari seluruh responden, sebanyak 2 orang atau 4% mulai mengakses Klinik Bougenville pada tahun 2006, pada tahun 2007 sebanyak 1 orang atau 2% pindah dari Rumah Sakit Tarakan ke RSUD Tangerang, pada tahun 2008 karena semakin banyak informasi dari teman-teman, sebanyak 15 orang atau 30% memutuskan untuk pindah ke RSUD Tangerang, kemudian pada Tahun 2009 sebanyak 14 orang atau 28% mulai memanfaatkan layanan Klinik Bougenville, pada Tahun 2010 sebanyak 9 orang atau 18% mulai mengakses dan sebanyak 8 orang atau 16% memulai untuk berobat pada 2011 dan 1 orang atau 2 % pada Tahun 2012.



Gambar 5.7 Mulai Akses Pengobatan ke Klinik

Dari semua responden menjawab bahwa pengobatan ke klinik Bougenville dilakukan karena saran dari beberapa orang. Sebanyak 21 orang atau 41% mengakses layanan atas saran dari Petugas Medis di Puskesmas/Klinik dan Rumah Sakit untuk melakukan VCT (*Voluntary Concelling Test*) yaitu

pemeriksaan untuk memastikan apakah pasien terinfeksi HIV, pasien akan mendapatkan pelayanan yang komprehensif di RSUD Tangerang, sebanyak 19 orang atau 37% menggunakan layanan atas saran dari teman yang juga terinfeksi, sebanyak 6 orang atau 12% menggunakan layanan Klinik Bougenville atas kehendak sendiri karena sudah memiliki kesadaran atas perilaku beresiko dan ingin segera memeriksakan diri untuk mendapatkan penanganan secara cepat dan tepat sedang sisanya 5 orang atau 10% mendapat saran dari orangtua.



Gambar 5.8 Persentase yang memberikan saran Pengobatan ke RSUD Tangerang

Rata-rata biaya yang dikeluarkan oleh responden setiap bulannya untuk melakukan kontrol di klinik Bougenville sekitar Rp.46.000,-/ orang yang terdiri dari biaya transportasi dan pendaftaran Klinik.

Sebagian besar pasien atau sebanyak 34 orang (68%) menjawab bahwa biaya yang harus dikeluarkan wajar saja, tetapi ada juga pasien yang menganggap bahwa biaya tersebut mahal yaitu sebanyak 13 orang atau 26% karena dalam keluarga responden ada lebih dari 1 (satu) orang yang terinfeksi, sedang sebanyak 3 orang atau 6% menjawab biaya tersebut murah selama tidak ada kenaikan.

Tabel 5.44 Pendapat Responden Tentang Biaya Klinik Bougenville

Biaya Klinik Bougenville	Jumlah	%
Murah	3	6%
Wajar saja	34	68%
Mahal	13	26%
Total	50	100%

5.1.2.7 Saran Kepada Pemerintah Kabupaten Tangerang

Peneliti mengajukan pertanyaan terbuka kepada responden dengan mengisi isian saran responden yang ditujukan khusus kepada Pemerintah kabupaten Tangerang dalam mengupayakan peningkatan kualitas penanggulangan HIV dan AIDS. Pertanyaan yang diajukan kepada responden terdiri dari :

5.1.2.7.1 Saran untuk Biaya Pengobatan

Intensitas perawatan yang harus dilakukan pasien dengan HIV dan AIDS menjadikan sebagian besar dari responden berada dalam kesulitan ekonomi karena kehilangan aset untuk kepentingan membiayai pengobatan. Seluruh responden berharap Pemerintah dapat menyediakan jaminan kesehatan kepada masyarakat golongan tidak mampu dan mempermudah masyarakat dalam prosedur pengurusan jaminan kesehatan masyarakat. Karena jaminan kesehatan hanya dapat digunakan pada ruang kelas III maka responden berharap agar Pemerintah dapat memperhatikan untuk menambah jumlah tempat tidur di ruang kelas III untuk golongan tidak mampu agar pasien dengan HIV dan AIDS dapat langsung mengakses layanan dan tidak ada lagi penolakan karena ruangan penuh.

5.1.2.7.2 Ketersediaan Obat dan sarana Penunjang lainnya

Pengidap HIV dan AIDS membutuhkan perawatan intensif dan dukungan pemeriksaan serta obat-obatan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Pasien harus melakukan pemeriksaan laboratorium secara berkala setiap 3 (tiga) bulan sekali untuk mengontrol perkembangan penyakit. Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang belum memiliki peralatan pemeriksaan CD4 untuk mengetahui daya

tahan tubuh dan Viral Load untuk mengetahui jumlah virus dalam tubuh pasien, sehingga pasien harus memanfaatkan laboratorium swasta atau Rumah Sakit Dharmais. Seluruh responden berharap Pemerintah segera menyediakan peralatan untuk pemeriksaan penunjang tersebut serta menetapkan tarif yang lebih rendah dibanding laboratorium swasta. Pasien HIV dan AIDS anak masih mengkonsumsi antiretroviral yang berfungsi menghambat replikasi virus dalam bentuk bubuk diharapkan dapat segera disediakan dalam bentuk sirup mengingat obat akan dikonsumsi seumur hidup dan memerlukan tingkat kepatuhan yang tinggi. Responden berharap akses jangkauan pelayanan kepada pasien HIV dan AIDS dapat diperluas hingga ke tingkat kecamatan atau Puskesmas.

5.1.2.7.3 Saran kepada Petugas Medis dan Administrasi

Sikap petugas merupakan salah satu dimensi untuk menilai kualitas sebuah penyedia layanan. Pada penyedia layanan kesehatan, sikap petugas yang baik akan memberikan dampak yang baik bagi pemulihan kesehatan pasien. Seluruh responden berharap petugas medis dan administrasi dapat bersikap lebih ramah dan empati serta meningkatkan pengetahuan tentang HIV dan AIDS agar tidak terjadi tindakan diskriminasi kepada pasien. Responden berharap petugas dapat lebih santun dan mampu menjaga kerahasiaan pasien di depan pasien yang lain dengan status yang berbeda.

Responden berharap pihak Rumah Sakit dapat menciptakan sebuah alur pengurusan administrasi yang lebih sederhana terutama administrasi untuk pasien yang menggunakan fasilitas jaminan kesehatan.

5.1.2.7.4 Saran untuk kebijakan Pemerintah Daerah

Pemerintah diharapkan dapat membuat kebijakan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang bersifat melindungi, menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang diharapkan dapat menyediakan layanan komprehensif tidak hanya di Rumah Sakit tetapi juga sampai ke tingkat Kecamatan atau Puskesmas. Pemerintah diharapkan melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan bagi pengidap HIV dan AIDS secara berkala.

5.1.3 Responden Petugas

5.1.3.1 Identitas Petugas

Jumlah petugas yang telah mendapat pelatihan dan bertugas untuk menangani pasien dengan HIV dan AIDS di Rumah Sakit Daerah Tangerang adalah 15 orang dan seluruh petugas menjadi responden dalam penelitian ini yang terdiri dari 3 orang Dokter Spesialis terdiri dari dokter penyakit dalam, dokter anak dan dokter kandungan (Ginekolog), 1 orang Psikolog, 1 orang Dokter umum, 4 orang Perawat, 4 orang Petugas farmasi, 1 orang Petugas Laboratorium dan 1 orang petugas administrasi. Dari sebaran jenis Profesi petugas terlihat bahwa semua jenis profesi yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan telah terpenuhi.

Tabel 5.45 Profesi Petugas

Jenis Profesi	Jumlah	Persentase
Dokter Spesialis	3	20%
Dokter	1	7%
Psikolog	1	7%
Perawat	4	27%
Petugas Farmasi	4	27%
Petugas Laboratorium	1	6%
Petugas Administrasi	1	6%
Total	15	100%

Karakteristik usia responden petugas dalam penelitian ini rata-rata adalah 36 tahun dengan rentang usia 21 – 30 tahun sebanyak 3 orang, 31- 40 tahun sebanyak 7 orang dan rentang usia 41- 50 tahun sebanyak 4 orang dan usia diatas 50 tahun sebanyak 1 orang.

Karakteristik jenis kelamin petugas yang menangani pasien dengan HIV dan AIDS di RSUD Tangerang hampir berimbang, sebanyak 9 orang atau 60% petugas adalah perempuan dan 6 orang atau 40% petugas adalah laki-laki. Jenis kelamin tidak memberikan pengaruh yang berarti dalam proses pemberian layanan kesehatan kepada pasien HIV dan AIDS.

Tabel 5.46 Jenis Kelamin Petugas

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	6	40%
Perempuan	9	60%
Total	15	100%

Berdasarkan tingkat pendidikan petugas, sebanyak 3 orang petugas atau 20% berlatar pendidikan Dokter spesialis, sebanyak 2 orang atau 13% berlatar pendidikan S2 yang terdiri dari 1 orang dokter umum dan 1 orang Psikolog, sebanyak 4 orang petugas atau 27% berlatar pendidikan S1 yang terdiri dari 2 orang perawat dan 2 orang Petugas farmasi, sebanyak 3 orang atau 20% petugas berlatar pendidikan Diploma yang terdiri dari 1 orang petugas laboratorium, 1 orang petugas Farmasi dan 1 orang perawat, sedang sebanyak 3 orang atau 20% berlatar pendidikan SLTA masing-masing terdiri dari petugas Farmasi, perawat dan petugas administrasi. Tingkat pendidikan dan jenis pendidikan petugas hanya berhubungan dengan profesionalitas dalam layanan sesuai dengan latar belakang pendidikannya.

Tabel 5.47 Tingkat Pendidikan Petugas

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
Spesialisasi	3	20%
Strata 2	2	13%
Strata 1	4	27%
Diploma	3	20%
SLTA	3	20%
Total	15	100%

5.1.3.2 Pengalaman Petugas

RSUD Tangerang pertama kali memberikan layanan bagi pasien dengan HIV dan AIDS pada tahun 2006. Selama itu telah terjadi pergantian petugas baik di klinik dan ruang perawatan, pengalaman petugas menjadi unsur penting untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien khususnya pasien dengan HIV dan AIDS. Pengalaman disini dinilai dari lama petugas bertugas dan pelatihan yang pernah diterima, semakin berpengalaman seorang petugas maka

akan semakin terampil dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Rata-rata lama bertugas dalam menangani pasien dengan HIV dan AIDS adalah 4,6 tahun dengan rentang lama bertugas adalah sebanyak 1 orang telah bertugas selama 10 tahun dalam menangani pasien HIV dan AIDS, sebelumnya petugas tersebut bertugas di Rumah Sakit lain, sebanyak 1 orang telah bertugas selama 6 tahun, sebanyak 3 orang telah bertugas selama 5 tahun artinya sejak RSUD Tangerang pertama kali membuka akses, sebanyak 4 orang telah bertugas selama 4 tahun, sebanyak 5 orang telah bertugas selama 3 tahun dan 1 orang perawat baru bertugas selama 1 tahun.

Salah satu pertanyaan yang diajukan kepada petugas adalah mengenai rasa nyaman dalam menangani pasien HIV dan AIDS, seluruh petugas merasa nyaman dengan alasan yang berbeda-beda, tetapi rata-rata petugas menjawab merasa terpanggil ingin membantu, selain jawaban mengenai prosedur tindakan yang sama dengan pasien yang lain dan tidak sesulit yang dibayangkan.

Untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien khususnya pasien dengan HIV dan AIDS dibutuhkan pendidikan dan pelatihan khusus. Idealnya seluruh petugas mendapatkan pendidikan dan pelatihan sebelum menjalankan tugas sehingga tidak terjadi kesalahan prosedur. Dari seluruh petugas yang mendapat pertanyaan terkait pendidikan dan pelatihan sebanyak 9 orang atau 60% menjawab bahwa pelatihan yang diselenggarakan sudah cukup baik dan memberikan standar perlindungan kepada petugas tanpa sikap diskriminasi kepada pasien, tapi sebanyak 5 orang atau 33% petugas menjawab bahwa pendidikan dan pelatihan khusus dalam menangani pasien HIV dan AIDS kurang baik dan 1 orang belum mendapatkan pelatihan, kurang baik menurut petugas artinya masih sangat kurang sering diselenggarakan dan hanya beberapa petugas tertentu saja yang mendapat pelatihan, padahal petugas sangat membutuhkan pembaharuan terus menerus menerus dalam menyikapi perkembangan penyakit.

Tabel 5.48 Pendidikan dan Pelatihan Khusus Untuk Petugas

Pelatihan yang dilaksanakan	Jumlah	Persentase
Tidak Ada	1	7%
Kurang Baik	5	33%

Cukup Baik	9	60%
Total	15	100%

5.1.3.3 Kompensasi Resiko Kerja

Tunjangan khusus diberikan kepada petugas adalah untuk memberikan kompensasi atas resiko kerja dan meningkatkan kinerja petugas dalam memberikan pelayanan. Tidak ada ketentuan dari Pemerintah mengenai besar tunjangan resiko khusus bagi pemberi layanan kesehatan, Pemerintah mengeluarkan beberapa ketetapan dalam memberikan tunjangan terhadap resiko kerja seperti bagi PNS di lingkungan BPTN (Badan Pengawas Tenaga Nuklir), BASARNAS dan bahaya radiasi dengan besaran tunjangan antara Rp. 150.000,- - Rp. 1.200.000,- tergantung pada tingkat resiko. Tunjangan yang diterima oleh petugas di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang dalam penanganan pasien dengan HIV dan AIDS masih bersumber dari dana lembaga donor Global Fund dan tidak ada yang bersumber dari Rumah Sakit atau Pemerintah Daerah, besarnya honor yang diterima adalah Rp. 11.200.000,-/ bulan/ 15 orang dan didistribusikan oleh koordinator klinik. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan petugas klinik, bahwa tidak ada ketentuan mengenai tunjangan yang mereka terima setiap bulannya. Rata-rata tunjangan petugas HIV dan AIDS adalah Rp.700.000,- - Rp.1.000.000,- / orang / bulan.

Pendapat petugas mengenai tunjangan khusus yang diterima untuk menangani pasien HIV dan AIDS adalah sebanyak 10 orang atau 67% menjawab bahwa tunjangan yang mereka terima kurang karena tidak sesuai dengan resiko pekerjaan yang harus dihadapi dan tidak sesuai dengan Upah Minimum Regional, sebanyak 4 orang atau 27% menjawab tidak mendapatkan tunjangan dalam menangani pasien HIV dan AIDS, hanya 1 orang atau 6% yang menjawab bahwa tunjangan cukup memadai walaupun kecil. Menurut seluruh responden kecilnya tunjangan yang mereka terima mungkin karena tunjangan bersumber dari donor dan tidak ada yang bersumber dari Rumah Sakit atau Pemerintah Daerah.

Tabel 5.49 Tunjangan Khusus Untuk Petugas

Tunjangan yang diterima	Jumlah	Persentase
Tidak ada	4	27%

Kurang	10	67%
Memadai	1	6%
Total	15	100%

5.1.3.4 Ketersediaan Obat-obatan untuk Pasien HIV dan AIDS

Tidak hanya untuk pasien dengan HIV dan AIDS, tetapi seluruh masyarakat yang mengakses layanan Rumah Sakit berhak untuk mendapatkan fasilitas dan obat-obatan yang tersedia secara lengkap. Pertanyaan yang diajukan kepada petugas tentang kelengkapan obat-obatan yang diberikan kepada pasien sesuai resep adalah untuk menilai manajemen Rumah Sakit dalam mengelola obat-obatan untuk pasien. Seluruh responden menjawab bahwa obat yang diresepkan kepada pasien selalu tersedia dengan lengkap.

Sumber pendanaan pengadaan obat-obatan bagi pasien HIV dan AIDS adalah APBN.

Proses pengusulan pengadaan obat-obatan bagi pasien dengan HIV dan AIDS dilakukan setiap awal bulan oleh instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang. Formulir pengusulan disampaikan kepada Kementerian Kesehatan kemudian obat akan diterima oleh pihak RSUD Tangerang 1-2 minggu setelah diusulkan. Berdasarkan wawancara dengan petugas Farmasi RSUD Tangerang dan hasil kuesioner, seluruh responden mengatakan bahwa dalam proses distribusi obat-obatan ini kadang-kadang terjadi keterlambatan padahal semua prosedur pengusulan telah terpenuhi, hal ini mengakibatkan pasien mendapatkan hanya setengah dari jumlah obat yang harus dikonsumsi dan akan dilengkapi setelah obat didistribusikan dari Pusat, demikian pula dengan jenis obat yang diusulkan, responden mengatakan bahwa obat yang diterima tidak pernah lengkap sesuai yang diusulkan sehingga kebutuhan terhadap obat-obatan untuk kondisi penyakit tertentu tidak dapat terpenuhi, keadaan ini akan memberikan dampak yang tidak baik kepada pasien dan berpotensi memperburuk kondisi pasien. Keterlambatan dan pengiriman obat yang tidak lengkap oleh Pihak Kementerian karena akan mempersulit petugas dalam pelaporan dan pasien yang harus kembali lagi untuk pengambilan obat. Kurangnya koordinasi oleh pihak Pusat serta lemahnya

monitoring dan evaluasi dalam pengadaan obat-obatan bisa merupakan penyebab terjadinya keterlambatan dan kurangnya ketersediaan obat yang dibutuhkan.

5.1.3.5 Perlindungan Terhadap Resiko Kerja

Sesuai dengan Pedoman Bersama ILO/WHO bahwa petugas kesehatan berhak atas perlindungan terhadap pajanan HIV dan AIDS. UNAIDS, ILO dan WHO memutuskan untuk bekerjasama dalam memberikan dukungan kepada institusi layanan kesehatan dalam membangun kapasitas mereka untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman, sehat dan layak bagi para pekerja. Ini adalah cara paling efektif untuk mengurangi risiko transmisi HIV dan penyakit lain yang menular lewat darah ke pekerja dan juga untuk meningkatkan kualitas layanan kepada pasien. Tempat kerja harus menetapkan sebuah manajemen risiko untuk melindungi pekerjanya, proses keseluruhan dari manajemen risiko mencakup langkah langkah identifikasi potensi bahaya, penilaian risiko dan pengendalian risiko.

Dari Pertanyaan yang diajukan kepada petugas, sebanyak 14 orang atau 93% menjawab bahwa Rumah Sakit memiliki Manajemen Resiko yang cukup baik dan melaksanakan seluruh proses, sedang 1 orang atau 7% lainnya menjawab bahwa manajemen risiko yang dijalankan Rumah Sakit kurang sering disosialisasikan kepada petugas.

Tabel 5.50 Pelaksanaan Manajemen Resiko

Pelaksanaan Manajemen Resiko	Jumlah	Persentase
Tidak ada	0	0%
Kurang baik	1	7%
Cukup	14	93%
Total	15	100%

Kewajiban yang harus dilakukan oleh pihak Rumah Sakit adalah melaksanakan pelatihan manajemen risiko kepada seluruh pekerja kesehatan untuk meminimalisir terjadinya penularan penyakit tertentu. Pertanyaan mengenai pelatihan manajemen risiko diajukan kepada petugas untuk menilai keseriusan Rumah sakit dalam melindungi pekerjanya. Dari seluruh responden, sebanyak 10

orang atau 67% menjawab bahwa pelatihan yang dilaksanakan sudah cukup baik dan dapat diserap untuk diaplikasikan ketika memberikan pelayanan serta dirasa cukup memberikan perlindungan. Sebanyak 4 orang atau 27% menjawab bahwa pelatihan kurang sering dilaksanakan dan diperbaharui sedang perjalanan perkembangan penyakit sangat dinamis, sedang 1 orang atau 6% menjawab belum pernah mendapatkan pelatihan.

Tabel 5.51 Pelatihan Manajemen Resiko Kepada Petugas

Pelatihan Manajemen Resiko Kepada Petugas	Jumlah	Persentase
Tidak Ada	1	6%
Kurang Baik	4	27%
Cukup	10	67%
Total	15	100%

Sesuai dengan pedoman bersama ILO/WHO tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV dan AIDS bahwa pekerja kesehatan harus mendapatkan perlindungan dari terjadinya pajanan yang menyebabkan penularan penyakit menular khususnya HIV dan AIDS. Perlindungan yang diberikan kepada petugas seperti penyediaan alat perlindungan diri dan tindakan segera jika terjadi kontak darah dengan pasien serta prosedur pelayanan kepada pasien. Pertanyaan yang diajukan kepada petugas tentang pelaksanaan perlindungan melalui manajemen resiko adalah sebagai penilaian terhadap kualitas perlindungan Rumah Sakit terhadap tenaga kerja. Sebanyak 13 orang atau 87% menjawab perlindungan yang diberikan kepada petugas sudah cukup baik dan 2 orang atau 13% petugas menjawab perlindungan yang diberikan sudah sangat baik.

Tabel 5.52 Pelaksanaan Perlindungan Kepada Petugas

Pelaksanaan Perlindungan Kepada Petugas	Jumlah	Persentase
Kurang	0	0%
Cukup Baik	2	13%
Sangat Baik	13	87%
Total	15	100%

Seorang petugas yang harus berhadapan dengan pasien dengan penyakit menular menghadapi resiko penularan sangat besar, pemeriksaan kesehatan secara berkala dilakukan untuk dapat memantau kondisi kesehatan petugas dan menemukan sedini mungkin penyakit yang didapat akibat kemungkinan terpapar dengan cairan maupun media penularan lainnya. Pertanyaan tentang pemeriksaan secara berkala diajukan sebagai salah satu penilaian bagi kualitas perlindungan terhadap petugas. Tinggi rendahnya kualitas perlindungan akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Sebanyak 13 orang petugas menjawab bahwa pemeriksaan kesehatan secara berkala kepada petugas jarang dilakukan, sedang sebanyak 1 orang mengatakan tidak pernah melakukan kesehatan secara berkala, hanya 1 orang petugas yang menjawab selalu melakukan pemeriksaan kesehatan, itupun atas inisiatif sendiri bukan karena prosedur Rumah Sakit.

Tabel 5.53 Pemeriksaan Kesehatan Berkala Kepada Petugas

Pemeriksaan Kesehatan Berkala Kepada Petugas	Jumlah	Persentase
Tidak Ada	1	6.5%
Jarang	13	87%
Selalu	1	6.5%
Total	15	100%

Menurut pedoman bersama ILO/WHO, bahwa seorang petugas berhak mendapatkan vaksin hepatitis B untuk mencegah penularan akibat terpajan pasien dengan HIV dan AIDS. Dari seluruh petugas sebanyak 13 orang atau 80% menjawab tidak pernah mendapat vaksin Hepatitis B untuk mencegah penularan akibat terpapar pasien HIV dan AIDS sedang 2 orang atau 20% petugas menjawab pernah mendapat vaksin Hepatitis B atas inisiatif sendiri. Petugas berharap bahwa Rumah Sakit dapat menjalankan prosedur perlindungan sesuai pedoman bersama ILO/WHO, tidak terlaksananya hal ini disebabkan karena petugas sendiri cenderung tidak mengetahui perlindungan yang harus diperolehnya sedang Rumah Sakit kurang memberikan sosialisasi kepada petugas.

Tabel 5.54 Pemberian Vaksin Hepatitis B Kepada Petugas

Pemberian Vaksin Hepatitis B Kepada Petugas	Jumlah	Persentase
Pernah	2	20%
Tidak Pernah	13	80%
Total	15	100%

Penggunaan Alat perlindungan diri adalah upaya pengendalian yang menempatkan rintangan dan saringan antara pekerja dan potensi bahaya. Pengusaha/Rumah Sakit harus memiliki kebijakan penggunaan APD dan menyediakan peralatan secara gratis untuk melindungi pekerja dari pajanan terhadap darah atau cairan tubuh seperti : sarung tangan, masker, celemek plastik, berbagai perban untuk melindungi luka.

Dari pertanyaan yang diajukan tentang ketersediaan alat pelindung diri, sebanyak 11 orang atau 73% menjawab alat perlindungan diri cukup tersedia, 1 orang atau 7% menjawab sangat tersedia, sedang sebanyak 3 orang atau 30% menjawab kurang. Perbedaan jawaban tentang alat perlindungan diri terjadi dimana petugas dengan jawaban lengkap adalah petugas yang berada di ruang perawatan sedang petugas yang menjawab kurang adalah petugas klinik Bougenville yang memang secara sarana juga terlihat kurang dibanding ruang perawatan. Petugas klinik berharap Rumah sakit dapat memberikan perhatian untuk meningkatkan perlindungan ke petugas dan kualitas layanan.

Tabel 5.55 Ketersediaan Alat Perlindungan Diri

Ketersediaan Alat Perlindungan Diri	Jumlah	Persentase
Kurang tersedia	11	73%
Cukup tersedia	3	30%
Sangat tersedia	1	7%
Total	15	100%

Hal lain yang harus diperhatikan untuk memberikan perlindungan kepada pekerja dari penularan penyakit adalah tersedianya sarana untuk mengurangi resiko terpajan darah dan cairan seperti penerangan ruangan yang cukup, tata letak ruangan yang tidak terlalu sempit, sarana cuci tangan dan sterilisator.

Dari seluruh petugas, sebanyak 14 orang atau 93% petugas menjawab bahwa sarana cukup memadai sedang 1 orang atau 7% menjawab sangat memadai.

Tabel 5.56 Sarana dan Prasarana Perlindungan Kepada Petugas

Sarana dan Prasarana Perlindungan Kepada Petugas	Jumlah	Persentase
Kurang	0	0
Cukup	14	93%
Sangat	1	7%
Total	15	100%

5.1.3.6 Saran Kepada Pemerintah Kabupaten Tangerang

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan terkait dengan kualitas sumber daya dan sarana prasarana yang disediakan Pemerintah. Salah satu upaya yang harus diupayakan Pemerintah adalah dengan memperbaiki dan menambah pengetahuan serta ketrampilan petugas, hal lain yang harus menjadi perhatian adalah perlindungan pekerja dan kompensasi terhadap resiko kerja.

Melalui kuesioner yang diajukan peneliti, petugas memberikan beberapa saran kepada Pemerintah Daerah dan Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas petugas dan pelayanan kesehatan.

5.1.3.6.1 Saran untuk ketersediaan sarana perlindungan diri dari resiko kerja

Sesuai dengan Surat Keputusan Menakertrans dan pedoman bersama ILO/WHO, bahwa Pengusaha/Rumah Sakit wajib memberikan perlindungan kepada tenaga kerja. Petugas berharap bahwa Pemerintah dan Rumah Sakit dapat menjalankan pedoman tersebut dengan memiliki perhatian yang sama kepada seluruh ruangan petugas dengan menyediakan, menambah, memperbaiki sarana yang dapat

melindungi pekerja dari terpapar darah dan cairan yang berpotensi penularan penyakit.

5.1.3.6.2 Saran untuk Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Pelatihan Petugas dalam Menghadapi Perkembangan Penyakit dan Resikonya

Seiring dengan perkembangan dunia kedokteran dan perkembangan penyakit yang sangat cepat dan dinamis, petugas memerlukan pembaharuan ilmu untuk dapat menjalankan teori-teori baru dalam memberikan pelayanan dan pengobatan yang optimal kepada pengidap HIV dan AIDS. Pembaharuan ilmu dapat melalui pendidikan dan pelatihan yang secara berkala dan terus menerus dilakukan. Petugas berharap bahwa Pemerintah dapat terus meningkatkan kualitas pengetahuan, ketrampilan petugas dengan membuka akses seluas mungkin dan memberi kesempatan untuk menambah ilmu baik melalui pendidikan formal maupun informal seperti workshop, pendidikan dan pelatihan serta berbagai seminar baik di dalam maupun di luar negeri.

5.1.3.6.3 Kebijakan Pemerintah untuk Memberikan Perlindungan kepada Tenaga Kesehatan terhadap Resiko Pekerjaan

Petugas berharap Pemerintah dapat membuat sebuah kebijakan yang memberikan perlindungan kepada semua tenaga kesehatan terhadap resiko pekerjaan. Pemerintah dapat menyusun sebuah kebijakan lanjutan di daerah dari surat Keputusan atau Pedoman yang telah ditetapkan untuk dijalankan oleh Rumah Sakit, kemudian Pemerintah dapat melakukan proses monitoring dan evaluasi terhadap kebijakan yang telah dibuat.

5.1.3.6.4 Kebijakan Pemerintah Daerah untuk kemudahan proses pengadaan obat-obatan.

Ketersediaan terhadap jenis obat-obatan yang lengkap dan jumlah yang memenuhi kebutuhan pasien wajib diupayakan oleh penyedia layanan kesehatan. Rumah sakit memiliki manajemen pengadaan obat-obatan yang telah diatur distribusinya oleh Pemerintah. Alur pengadaan obat yang sederhana akan mempermudah proses distribusi obat-obatan hingga sampai ke tangan pengguna. Petugas

berharap bahwa pihak Pemerintah menciptakan alur yang dapat mengurangi terjadinya hambatan dan meningkatkan kualitas koordinasi pengadaan obat-obatan sehingga tidak lagi terjadi keterlambatan pengiriman obat atau penggunaan obat kadaluarsa.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan gambaran situasi, analisis data dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan mengenai kualitas pelayanan bagi pengidap HIV dan AIDS di Rumah sakit Umum Daerah Tangerang sebagai berikut :

1. Dari 23 (dua puluh tiga) pertanyaan kuesioner yang diberikan kepada responden tentang persepsi kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan sesuai dengan Pedoman Perawatan, Dukungan dan Pengobatan, sebanyak 17 pertanyaan responden mengatakan cukup puas dengan persentase diatas 50%, sedang sebanyak 6 pertanyaan yang diajukan dijawab dengan persepsi tidak puas diatas 50%.
2. Responden merasa sangat keberatan dengan mahalnya pembiayaan yang harus ditanggung untuk mengakses layanan berupa pemeriksaan berkala yang harus dilakukan karena sebagian besar tidak bekerja dan tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan
3. Keterlambatan distribusi obat untuk pasien dan jenis obat yang tidak pernah lengkap sesuai dengan usulan RSUD Tangerang adalah masalah yang selalu ditemui petugas.
4. Petugas menilai bahwa kompensasi yang diterima tidak sesuai dengan resiko pekerjaan hal ini kemungkinan disebabkan karena pembiayaan masih bersumber donor, demikian pula dengan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk memantau kesehatan petugas sangat jarang dilakukan. Belum ada ketetapan Pemerintah yang mengatur tentang tunjangan bagi resiko kesehatan bagi pekerja di lingkungan Rumah Sakit khususnya yang menangani penyakit menular berbahaya.
5. Petugas juga menilai bahwa peningkatan kualitas melalui pendidikan dan pelatihan untuk menyikapi perkembangan penyakit masih belum optimal pelaksanaannya.

6. Dari sisi pasien, bahwa rata-rata responden maupun pengidap HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang berada pada usia produktif, dimana vonis penyakit dan dampak penyakit terhadap kondisi pasien mempengaruhi akses terhadap pekerjaan. Bahwa terjadi perubahan yang sangat besar pada akses terhadap pekerjaan dimana setelah sakit sebanyak 70% pasien menganggur.
7. Penularan HIV dan AIDS di Kabupaten Tangerang sebanyak 72% terjadi melalui penggunaan jarum suntik hal ini disebabkan oleh adanya pintu masuk peredaran Narkotika melalui Bandara Internasional Soekarno Hatta dan lokasi Tangerang yang merupakan Kota penyangga Ibukota Jakarta, sehingga segala bentuk informasi, budaya termasuk peredaran NAPZA sangat mudah diserap. Menurut responden dan informasi yang diperoleh dari pengguna NAPZA di wilayah Kabupaten Tangerang bahwa segala bentuk NAPZA sangat mudah didapat terutama dari Jakarta.
8. Rendahnya kualitas maupun intensitas penyebaran informasi terkait HIV dan AIDS menjadi penyebab rendahnya kesadaran masyarakat terhadap berbahayanya penyakit ini.
9. Di Kabupaten Tangerang telah tersedia Rumah Sakit rujukan bagi pengidap HIV dan AIDS, tetapi sebagian besar responden kurang mengetahui pelayanan yang dapat diakses.

6.2 Saran

1. Pemerintah melalui RSUD Tangerang melaksanakan pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan untuk memperbaiki dan menambah pengetahuan serta ketrampilan petugas dalam menghadapi perkembangan penyakit yang cepat dan dinamis. Membuka akses seluas mungkin dan memberi kesempatan untuk menambah ilmu baik melalui pendidikan formal maupun informal seperti workshop, pendidikan dan pelatihan serta berbagai seminar baik di dalam maupun di luar negeri.
2. Memberikan perlindungan kepada pekerja dan kompensasi terhadap resiko kerja khususnya petugas di bidang kesehatan melalui sebuah Peraturan Daerah.

3. Pemerintah daerah melalui RSUD Tangerang memiliki Komite perlindungan tenaga kerja untuk melaksanakan Surat Keputusan Menakertrans dan pedoman bersama ILO/WHO dan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kebijakan yang dibuat.
4. Ketersediaan terhadap jenis obat-obatan yang lengkap dan jumlah yang memenuhi kebutuhan pasien wajib diupayakan oleh penyedia layanan kesehatan. Rumah sakit memiliki manajemen pengadaan obat-obatan yang telah diatur distribusinya oleh Pemerintah. Alur pengadaan obat yang sederhana akan mempermudah proses distribusi obat-obatan hingga sampai ke tangan pengguna.
5. Pemerintah menciptakan alur yang dapat mengurangi terjadinya hambatan dan meningkatkan kualitas koordinasi pengadaan obat-obatan sehingga tidak lagi terjadi keterlambatan pengiriman obat atau penggunaan obat kadaluarsa.
6. Pemerintah menyediakan jaminan kesehatan kepada masyarakat golongan tidak mampu dan mempermudah masyarakat dalam prosedur pengurusan jaminan kesehatan masyarakat.
7. Pemerintah dapat memperhatikan untuk menambah jumlah tempat tidur di ruang kelas III untuk golongan tidak mampu agar pasien dengan HIV dan AIDS dapat langsung mengakses layanan dan tidak ada lagi penolakan karena ruangan penuh.
8. Pemerintah segera menyediakan peralatan untuk pemeriksaan penunjang serta menetapkan tarif yang lebih rendah dibanding laboratorium swasta.
9. Pasien HIV dan AIDS anak masih mengkonsumsi antiretroviral yang berfungsi menghambat replikasi virus dalam bentuk bubuk diharapkan dapat segera disediakan dalam bentuk sirup mengingat obat akan dikonsumsi seumur hidup dan memerlukan tingkat kepatuhan yang tinggi. Responden berharap akses jangkauan pelayanan kepada pasien HIV dan AIDS dapat diperluas hingga ke tingkat kecamatan atau Puskesmas.
10. Rumah Sakit menciptakan sebuah alur pengurusan administrasi yang lebih sederhana terutama administrasi untuk pasien dengan fasilitas jaminan kesehatan.

11. Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang menyediakan layanan komprehensif tidak hanya di Rumah Sakit tetapi juga sampai ke tingkat Kecamatan atau Puskesmas. Pemerintah diharapkan melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan bagi pengidap HIV dan AIDS secara berkala.



DAFTAR PUSTAKA

Ammas Alie, Laksono Trisnantoro, Hanevi Djasri, **Working Paper Series No. 15 April 2006 First Draft** , Evaluasi Peran Pemerintah Daerah Dalam Perijinan Sektor Kesehatan di Provinsi Kalimantan Timur

Departemen kesehatan RI, Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2007, Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan dan pengobatan HIV dan AIDS

Departemen kesehatan RI, Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2008, Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV dan AIDS Secara sukarela (**voluntary counselling and testing**)

Departemen Kesehatan RI, 2009, Sistem Kesehatan Nasional

Departemen Kesehatan RI, 2009, Rencana Pembangunan jangka panjang Bidang Kesehatan 2005-2025

Direktorat Pengawasan Tenaga Kerja, Dirjen Pengawasan Ketenagakerjaan, Depnakertrans RI, September, 2005

Instruksi Presiden RI Nomor 3 tahun 2010 Program Pembangunan yang Berkeadilan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/sk/XI/2007 Tentang Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS

Keputusan menteri Tenaga Kerja nomor 68 tahun 2004 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di tempat kerja.

Kewaspadaan Universal, Departemen Kesehatan RI Tahun 2003

Kovner, A.R., 1995. *Health Care Delivery In the United States*. Springer Publishing Company, New York

Peraturan Daerah Provinsi Banten Nomor 6 tahun 2010 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

Peraturan Pemerintah (PP) No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU)

Robbins, Stephen P. Perilaku Organisasi Buku 1, Jakarta: Salemba Empat, 2007, hal. 174-185.

Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009





PROGRAM STUDI MAGISTER PERENCANAAN
KEBIJAKAN PUBLIK – FEUI

**Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pengidap HIV dan
AIDS Pada RSUD Tangerang**

KUESIONER UNTUK PASIEN PENGIDAP HIV DAN AIDS

Pemberitahuan:

Bahwa kuasioner ini disampaikan dalam rangka memperoleh informasi tentang Efektivitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pengidap HIV pada Klinik Bougencille Kabupaten Tangerang untuk tujuan penyelesaian studi tingkat sarjana 2 (S2) di Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (MPKP-FEUI). Informasi yang diperoleh nantinya sama sekali tidak akan disebarluaskan kepada publik. Oleh karena itu, diharap bapak/ibu bersedia mengisi kuesioner ini apa adanya

No: (diisi oleh pencacah)

I. IDENTITAS PASIEN

1. Umur :Tahun
2. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
3. Tempat tinggal :km dari klinik
4. Pendidikan terakhir yang ditamatkan: SD/SLTP/SLTA/Diploma/S 1/S 2/S 3
5. Pekerjaan

Pekerjaan	Sebelum Sakit*)		Setelah Sakit*)	
Pegawai Negeri				
Pegawai Perusahaan Swasta				
Buruh				
Wiraswata (sebut bidang usahanya:.....)				
TNI/POLRI				
Menganggur				
Sekolah				
Lainnya: sebutkan.....				

*) isi dengan member tanda (X)

II. RIWAYAT RESPONDEN

1. Kapan mengetahui bahwa diri saudara terkena HIV :

2. Sebab apa saudara terkena HIY?

- Transfusi darah :
- Hubungan seks tidak aman dengan pasangan :
- Hubungan seks tidak aman dengan pasangan (selain suami) :
- Menggunakan narkoba suntik bergantian :
- Melalui orang tua :
- Lainnya: sebutkan:..... :

**Jawaban bisa lebih dari satu*

3. Di kota mana anda melakukan perilaku berisiko terhadap penularan penyakit HIV tersebut?

- Tangerang :
- Jakarta :
- Banten :
- Bekasi :
- Lainnya: sebutkan:..... :

**Jawaban bisa lebih dari satu*

4. Apakah anda sudah menikah ?

Ya/tidak

5. Apakah setelah terinfeksi, anda memiliki anak?

6. Apakah anak anda terinfeksi HIV?

7. Berapa jumlah anak anda yang terinfeksi?

8. Melalui jalan apa anak anda tertular?

- Melalui jalan ibu ke anak
- Terpajan darah dan cairan orangtua dari luka
- Transfusi darah

9. Apakah anak anda sudah mendapatkan layanan pengobatan ?

- Jika tidak, mengapa ?

III. PENGETAHUAN TERHADAP BAHAYA HIV

1. Sebelum terkena HIV, apakah saudara sudah mendengar akan bahaya HIV?

➤ Jika sudah mengetahui, dari mana informasi itu diperoleh?:

TV	*)
Koran/majalah/media cetak lainnya	
Sosialisasi pemerintah di lingkungan tempat tinggal (RT/RW/Kelurahan/Kabupaten/Kota)	
Sosialisasi di sekolah	
Orang tua	
Cerita teman	
Lainnya, sebutkan:	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

2. Jika sudah mengetahui, bagaimana sikap saudara?

	*)
Hati-hati dalam bergaul	
Hati-hati dalam bercinta dengan lawan jenis	
Merasa risau ketika berobat ke RS/tempat berobat lainnya	
Berusaha menghindar dari mengkonsumsi NARKOBA	
Tidak peduli atau menganggap ringan peringatan tersebut	
Lainnya, sebutkan:	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

IV. PENGETAHUAN TERHADAP AKSES PELAYANAN

1. Apakah ketika awal mengetahui terkena HIV saudara langsung berobat?

➤ Jika ya, dimana?.....;

➤ Jika tidak, mengapa?.....

2. Apakah anda mengetahui RS Rujukan bagi pasien HIV-AIDS di Kabupaten Tangerang

➤ Jika Ya, sebutkan.....

3. Apakah anda mengetahi tentang pelayanan yang dapat diakses di RS Rujukan pasien HIV-AIDS

➤ Jika Ya, Sebutkan.....

V. PEMBIAYAAN PENGOBATAN

1. Apakah anda pernah mengalami infeksi oportunistik (penyerta HIV) sehingga harus dirawat?

2. Berapa sering anda menjalani perawatan untuk infeksi oportunistik

Jarang/Cukup sering/sangat sering

3. Berapa biaya yang harus anda keluarkan untuk menjalani perawatan?

Rp.....

4. Apakah anda melakukan pemeriksaan penunjang (CD4, Fungsi hati, Viral Load) untuk mengetahui perkembangan penyakit secara berkala?

➤ Jika tidak, mengapa.....

Ya/Tidak

5. Berapa biaya yang anda keluarkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang?

Rp.....

6. Siapa yang membiayai pengobatan saudara?

Sendiri	*)
Istri/Suami	
Orang tua	
Teman baik	
Kantor/perusahaan tempat bekerja	
RT/RW/Kelurahan	
Pemerintah Daerah Kabupaten Tangerang	
Lainnya, sebutkan:	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

VI. UPAYA BEROBAT KE KLINIK BOUGENVILLE

7. Sejak kapan saudara berobat ke Klinik Bougenville?:

Bulan....., tahun.....

8. Berapa kali dalam sebulan saudara datang ke klinik Bougenville untuk berobat?

.....X

9. Atas saran siapa saudara berobat ke klinik Bougenville?

Teman yang juga terkena HIV	*)
Orang tua	
Petugas medis di suatu RS/Klinik/Puskesmas	
Kantor/perusahaan tempat bekerja	
Petugas kesehatan Pemerintah Daerah	
Tak ada yang menyarankan, kehendak sendiri	
Lainnya, sebutkan:	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

10. Ongkos/Biaya Apa saja yang mesti dipikul untuk berobat ke Klinik Bougenville?

Ongkos/Biaya	Rp
Transportasi (pulang-pergi)	Rp (pulang-pergi)
Parkir kendaraan dan BBM	Rp..... (setiap kali berobat)
Pendaftaran di Klinik	Rp
Pelayanan Medis dan obat	Rp..... (setiap kali berobat)
Membeli jajanan atau makan	Rp..... (setiap kali berobat)
Lainnya, sebutkan:	Rp.....

11. Siapa yang membiayai pengobatan sakit saudara?

Sendiri	*)
Istri/Suami	
Orang tua	
Teman baik	
Kantor/perusahaan tempay bekerja	
RT/RW/Kelurahan	
Pemerintah Daerah Kabupaten tangerang	
Lainnya, sebutkan:	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

VII. PENILAIAN SAUDARA TERHADAP KLINIK DAN PELAYANAN YANG DIBERIKAN OLEH KLINIK BOUGENVILLE RSUD TANGERANG (Rawat Jalan dan Inap)

1. Lokasi klinik	Tidak strategis/Cukup/Sangat strategis
2. Ongkos berobat di klinik Bougenville :	Murah/wajar saja /Mahal
3. Waktu tunggu?	Tidak lama/ Cukup lama/ Lama sekali
4. Ruang Tunggu?	Kurang nyaman/Cukup nyaman/Tidak nyaman
5. Ketersediaan obat (ARV dan obat lainnya)	Tidak tersedia/Kurang/Cukup tersedia
6. Kesesuaian obat yang diberikan?	Tidak sesuai/sesuai/tidak tahu
7. Ketersediaan Pemeriksaan penunjang (CD4 dan Viral load)	Tidak tersedia/Kurang/Cukup tersedia

Lampiran 1 Kuesioner Pasien

- | | |
|--|--|
| 8. Ketersediaan ruangan untuk rawat inap bagi pasien HIV-AIDS | Kurang/Cukup/Lebih dari Cukup |
| 9. Ketersediaan peralatan medis yang lengkap | Kurang/Cukup/Sangat lengkap |
| 10. Ketersediaan Jumlah Petugas Medis yang memberikan pelayanan | Kurang/Cukup/banyak |
| 11. Pelayanan yang dibutuhkan ODHA (VCT, CST, Terapi ARV,PMTCT, Terapi IO) | Kurang/cukup/Lengkap |
| 12. Kemudahan prosedural administrasi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. | Tidak Mudah/cukup Mudah/sangat Mudah |
| 13. Ketepatan dan transparansi perhitungan administrasi pengobatan | Tidak Tepat /cukup /sangat Tepat |
| 14. Penjelasan penggunaan obat (ARV dan obat lainnya) secara benar kepada pasien | Tidak Jelas /cukup /sangat Jelas |
| 15. Keamanan obat yang diberikan kepada pasien (obat kadaluarsa) | Tidak Aman /kurang aman /cukup Aman |
| 16. Kemampuan petugas dalam memberikan informasi kepada pasien terkait infeksi oportunistik yang dialami pasien. | Kurang /Cukup Baik /Baik sekali |
| 17. Sikap para petugas | Tidak Ramah /Cukup Ramah /Ramah Sekali |
| 18. Kemudahan menemui tenaga medis. | Tidak Mudah /Cukup Mudah /MudahSekali |
| 19. Ketrampilan dan juga kecekatan dari tenaga medis disaat memberikan pelayanan kesehatan | Kurang /Cukup Baik /Baik Sekali |
| 20. Tindakan diskriminasi oleh petugas saat memberikan pelayanan. | Tidak ada /Kadang-kadang /Sering |
| 21. Pemberian keringanan biaya pengobatan terhadap pasien yang memang membutuhkan bantuan | Tidak Pernah /Kadang-Kadang /Sering |

22. Apakah dengan berobat ke klinik Bougenville ini saudara merasa ada perbaikan dalam kesehatan saudara:

VIII. SARAN SAUDARA KEPADA PEMERINTAH KABUPATEN TANGERANG

1. Saran untuk Biaya pengobatan:

.....

2. Saran untuk Ketersediaan Obat dan Sarana Penunjang Pengobatan Lainnya

.....

3. Saran untuk petugas medis (dokter, perawat, dsb)

.....

4. Saran untuk petugas administrasi:

.....

5. Kebijakan Pemerintah Daerah untuk meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Pengidap HIV-AIDS

a.....

b.....

c.....



PROGRAM STUDI MAGISTER PERENCANAAN
KEBIJAKAN PUBLIK – FEUI

**Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pengidap HIV dan
AIDS Pada RSUD Tangerang**

**KUESIONER UNTUK PETUGAS YANG MENANGANI PASIEN DENGAN KASUS
HIV dan AIDS**

Pemberitahuan:

Bahwa kuasioner ini disampaikan dalam rangka memperoleh informasi tentang Efektivitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pengidap HIV pada Klinik Bougencille Kabupaten Tangerang untuk tujuan penyelesaian studi tingkat sarjana 2 (S2) di Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (MPKP-FEUI). Informasi yang diperoleh nantinya sama sekali tidak akan disebarluaskan kepada publik Oleh karena itu, diharap bapak/ibu bersedia mengisi kuesioner ini apa adanya

No: (diisi oleh pencacah)

I. IDENTITAS PETUGAS

1. Umur :Tahun
2. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
3. Pendidikan terakhir : SLTA/Diploma/S1/S2/Spesialis
4. Jabatan saat ini :

Jabatan	*)
Dokter spesialis	
Dokter Umum	
Psikolog	
Perawat	
Petugas farmasi	
Petugas laboratorium	
Lainnya, sebutkan.....	

*) isi dengan member tanda (X)

II. PENGALAMAN PETUGAS

1. Berapa lama Saudara bertugas menangani pasien dengan status HIV-AIDS di RSUD Tangerang?Tahun

2. Apakah anda merasa nyaman dalam menangani pasien dengan kasus HIV-AIDS
 ➤ Jika Iya, mengapa.....
 ➤ Jika tidak, mengapa.....

3. Pendidikan dan pelatihan khusus untuk menangani pasien dengan kasus HIV-AIDS? Tidak ada/ kurang baik/cukup baik

III. KOMPENSASI RESIKO KERJA

4. Tunjangan khusus (resiko kerja) dalam penanganan kasus HIV-AIDS? Tidak ada/Kurang/Cukup memadai

5. Tunjangan khusus yang diterima sebagai petugas Kecil/Cukup/Besr

6. Pendapat anda tentang tunjangan khusus (resiko kerja) yang anda terima
 Jika kecil, mengapa menurut anda kecil.....

 Jika cukup, mengapa menurut anda cukup.....

 Jika Besar, mengapa menurut anda besar.....

IV. KETERSEDIAAN OBAT-OBATAN UNTUK PASIEN HIV-AIDS

7. Sumber Pendanaan untuk pengadaan obat-obatan :

	*)
Pemerintah Kabupaten/Kota	
Pemerintah Propinsi	
Pemerintah Pusat	
Donor	
Lainnya, sebutkan.....	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

8. Pihak yang menerima usulan dan distribusi obat-obatan

	*)
Pemerintah Daerah	
Pemerintah Propinsi	
Pemerintah Pusat	
Donor	
Lainnya, sebutkan.....	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

9. Alur Proses pengadaan obat-obatan

Tidak sulit/ Kurang sulit/cukup sulit

10. Proses pengusulan obat-obatan

	*)
Awal Bulan	
Pertengahan bulan	
Akhir bulan	
Lainnya, sebutkan.....	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

11. Obat diterima setelah diusulkan

Seminggu setelah diusulkan	
Dua Minggu setelah diusulkan	
Satu Bulan setelah diusulkan	
Lainnya, sebutkan.....	

*) Beri tanda silang (X) untuk jawaban; dan jawaban bisa lebih dari satu

12. Keterlambatan pengiriman obat-obatan

Tidak Pernah/Kadang-kadang/Selalu

13. Kelengkapan obat-obatan yang diterima sesuai dengan yang diusulkan

Tidak lengkap/ Kurang lengkap/Lengkap

V. PERLINDUNGAN TERHADAP RESIKO KERJA

- 14. Rumah sakit memiliki manajemen resiko penanganan HIV-AIDS (sesuai Pedoman Depnakertrans) Tidak ada/ kurang baik/cukup baik

- 15. Pelatihan mengenai Manajemen Resiko kepada petugas Tidak ada/ kurang baik/cukup baik

- 16. Pelaksanaan perlindungan terhadap petugas kesehatan melalui manajemen resiko? Kurang baik/ cukup baik/ sangat baik

- 17. Pemeriksaan secara berkala dalam menghadapi resiko tertular Tidak ada/ Jarang / Selalu

- 18. Sesuai dengan Pedoman Bersama ILO/WHO, apakah anda mendapat vaksin Hepatitis B untuk mencegah penularan akibat terpajan pasien dengan kasus HIV-AIDS? Ya/tidak

- 19. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Kurang / cukup/ sangat memadai

- 20. Sarana yang tersedia untuk melindungi petugas dari resiko terpajan darah dan cairan pasien HIV-AIDS
Misalnya : penerangan yang cukup, tata letak di ruang perawatan. Kurang / cukup/ sangat memadai

VI. SARAN SAUDARA KEPADA PEMERINTAH KABUPATEN TANGERANG:

- 1. Saran untuk Ketersediaan sarana Perlindungan diri dari resiko kerja :
.....

- 2. Saran untuk peningkatan kualitas Pendidikan dan pelatihan kepada petugas dalam menghadapi perkembangan penyakit dan resikonya
.....

- 3. Kebijakan Pemerintah daerah untuk memberikan perlindungan kepada Tenaga Kesehatan terhadap resiko pekerjaan
.....

- 4. Kebijakan Pemerintah Daerah untuk kemudahan dalam proses pengadaan obat-obatan
.....