



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN DAN FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PARTISIPASI VCT (*VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING HIV*)
PADA WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN DI RUMAH TAHANAN
NEGARA KLAS IIA PONDOK BAMBU TAHUN 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)

Ayu Indriyani L

NPM: 0806335681

**PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ayu Indriyani L

NPM : 0806335681

Tanda tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

Surat Pernyataan

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Ayu Indriyani Lestari

NPM : 0806335681

Mahasiswa Program : S1 Reguler Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008

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

GAMBARAN DAN FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI VCT (*VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING HIV*) PADA WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN DI RUMAH TAHANAN NEGARA KLAS IIA PONDOK BAMBU TAHUN 2012

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 12 Juli 2012



(Ayu Indriyani L)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Ayu Indriyani L

NPM : 0806335681

Program Studi : S1 Reguler Epidemiologi

Judul Skripsi : Gambaran dan Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi VCT pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Dwi Gayatri M.P.H

(*Dwi Gayatri*)

Penguji dalam : Dr.dr. Toha Muhaimin M.Sc.

(*Toha Muhaimin*)

Penguji luar : Wiwien Noviyanti S.Psi, M.Psi

(*Wiwien Noviyanti*)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kehadirat Allah swt yang telah memberikan nikmat sehat, sehingga dapat menyelesaikan skripsi. Terima kasih untuk segala kemudahan dan pelajaran yang telah kau sisipkan di antara lelah dan kesibukan dalam prosesnya. RencanaMu selalu lebih indah dari yang rencana siapapun. Saya juga berterima kasih kepada:

1. Kanjeng Nabi Muhammad saw, engkaulah pengajar dan teladan umat hingga akhir zaman.
2. Ibu dan Bapak tercinta, Sri Hartini dan Triyono, sungguh, kalian berdua adalah penyemangat di kala motivasi ini luntur. Terima kasih untuk segala pengorbanan yang telah kalian berikan hingga saya bisa menyelesaikan pendidikan hingga jenjang sarjana. Atas doa kalian yang tak pernah putus, atas kasih sayang kalian yang begitu besar. Sampai kapanpun saya tidak akan pernah bisa membalas semua kebaikan yang telah kalian berikan. I love you.
3. Adik-adik tersayang, Siska dan Fina, penghibur di kala stress skripsi.
4. Ibu drg. Dwi Gayatri, MPH. sebagai pembimbing akademis yang telah membimbing hingga proses pengerjaan skripsi ini selesai.
5. Bapak Dr. dr. Toha Muhaimin M.Sc. sebagai dosen penguji skripsi.
6. Ibu Wiwien Noviyanti S.Psi, M.Psi. sebagai penguji skripsi dari Poliklinik Rutan Klas IIA Pondok Bambu.
7. Ibu Herlin Candrawati, Bc.IP, SH, MH, selaku Kepala Rutan Klas IIA Pondok Bambu yang telah mengizinkan penelitian ini dilakukan.
8. Kantor Wilayah Kementrian Hukum dan HAM DKI Jakarta yang telah mengeluarkan izin penelitian.

9. Seluruh pegawai di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu yang telah banyak membantu selama proses pengambilan data berlangsung.
10. Segenap warga binaan pemasyarakatan di rutan Pondok Bambu, terutama yang telah bersedia menjadi responden penelitian.
11. Badan Amal dan Zakat Nasional atas pemberian beasiswa SKSS kepada saya selama 4 tahun ini.
12. CN 2008, yang telah menemani selama 4 tahun kuliah dan berorganisasi di kampus. Terima kasih untuk segala ilmu dan canda yang telah diberikan. Terima kasih super spesial untuk Rizuli Akbar, walaupun terpisah jarak yang jauh tapi gak pernah berhenti ngasih semangat dan bantuan untuk penelitian ini. Terima kasih untuk Dela Aptika yang selalu ngajak kabur di tengah skripsian, Garut dan Sawarna jadi saksi perjalanan galau skripsi kita. Terima kasih juga untuk Septiara, untuk semangat dan cerita-cerita soal konferensinya.
13. Teman-teman C3BKM, terima kasih untuk canda dan tawa yang telah menghibur, walaupun BKM gak lagi eksis, kita harus tetep eksis ya geng :D. Terima kasih Sifa Fauzia, Ratih Fatimah, Dian Nur Wijayanti, Eka Desi, dan lain-lain yang gak bisa disebutkan satu-persatu. Terima kasih untuk semangat-semangatnya
14. Teman-teman Epid 08, untuk Gusni Rahma yang selalu jadi tempat curhat dan kosannya selalu jadi tempat nginep, untuk Nur Cahyaningsih dan Tika Dwi Tama yang sangat sabar ditanya-tanya apapun selama proses pengerjaan skripsi. Untuk Zaki Dinul atas semangatnya, dan Hanitya sebagai temen curhat. Terima kasih sudah mewarnai 3 tahun saya selama di Epid.
15. Sahabat terbaik Kartika Anggun, yang banyak memberi masukan dan perbaikan untuk skripsi ini.
16. Teman-teman Kastrat Agent dan Kastrat Heroes, yang selama 3 tahun telah memberikan saya banyak sekali pelajaran. Salam perjuangan!

17. Teman-teman Angkatan Bangkit, angkatan 2008. Terima kasih untuk segala cerita yang telah mewarnai 4 tahun saya.
18. Kepada sahabat tercinta, yang meskipun jarang bertemu fisik, tapi selalu mendoakan dan menyemangati saya, Anggi Presti Adina dan Intan Maharani.
19. Mas Ridwan Nugroho dan Mas Azzan, dua sepupu yang tidak pernah putus doa dan semangatnya untuk mendorong saya segera menyelesaikan tugas akhir ini. Jarak jauh antara kita gak pernah terasa karena teknologi SMS.
20. Pasangan ganda campuran, Tontowi Ahmad dan Lilyana Natsir, terima kasih untuk penampilan gemilang kalian di semifinal Indonesian Super Series 2012, dan kepada Simon Santoso, tunggal putra yang berhasil mengakhiri krisis gelar Indonesia di turnamen ini. Penampilan kalian yang luar biasa menginspirasi saya bahwa keberhasilan itu harus dimulai dengan disiplin.
21. Kepada sederet artis penghibur yang menemani saya begadang skripsian, Float, Payung Teduh, Efek Rumah Kaca, Mocca, Dialog Dini Hari, Ode Buat Kota, dan lain-lain yang tidak akan cukup waktu saya untuk saya tulis satu-persatu.

Depok, 12 Juli 2012

Ayu Indriyani L

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

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

Nama : Ayu Indriyani L
NPM : 0806335681
Program Studi : Sarjana Reguler
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Gambaran dan Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi VCT (*Voluntary Counseling and Testing* HIV) pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu Tahun 2012”

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 12 Juli 2012

Yang menyatakan



(Ayu Indriyani L)

ABSTRAK

Nama : Ayu Indriyani L
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran dan Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi VCT (*Voluntary Counseling and Testing* HIV) pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

Partisipasi VCT pada WBP penting untuk diketahui agar dapat melakukan pencegahan penularan dan penanggulangan kasus sedini mungkin. Penelitian bertujuan mengetahui faktor yang berhubungan dengan VCT pada WBP di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Tingkat partisipasi VCT pada WBP adalah 28,4%, dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada WBP yaitu jenis tindak pidana (OR=0,085, 95% CI= 0,019-0,387), pengetahuan (OR=2,898, 95% CI = 0,978-8,582), dan dukungan tenaga kesehatan (OR=2,533, 95% CI = 0,997-6,436). Klien VCT yang datang ke klinik VCT rutan sebagian besar atas rujukan dokter. Perlu peningkatan pengetahuan tentang HIV dan VCT untuk meningkatkan partisipasi VCT pada WBP.

Kata kunci: Partisipasi VCT, Warga Binaan Pemasyarakatan, Rumah Tahanan, Faktor yang berpengaruh

ABSTRACT

Name : Ayu Indriyani L

Study Program : Public Health

Title : Factors Related to VCT (Voluntary Counseling and Testing HIV) Among Prisoners at Pondok Bambu Woman Prison Jakarta 2012

VCT participation among prisoner is crucial for prevention and care support treatment of HIV in prison. The purpose of this study was to explore related factors to VCT among prisoner in Pondok Bambu Woman Prison Jakarta 2012. Data were collected from 95 prisoner which chosen by random sample at Pondok Bambu Prison, using self-administered questionnaires. Only 28,4% of respondents had participating in VCT. Related factors which have significant correlation with VCT participation are type of criminal act, knowledge, and medical workers support. Meanwhile, there is no significant correlation between education, job status, STD record, perception of VCT service needs, prison support, friends/family support.

Keyword: VCT participation, prisoner, factors related to VCT

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GRAFIK.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.5.1 Bagi Peneliti.....	9
1.5.2 Bagi Instansi	9
1.5.3 Bagi Peneliti Lain.....	9

1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 HIV dan AIDS	11
2.2 Voluntary Counselling and Testing HIV (VCT)	17
2.3 Kegiatan Pokok Strategi dan Rencana Aksi Nasional untuk Pencegahan HIV di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan	26
2.4 Rumah Tahanan Negara	27
2.5 Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi VCT	28
2.6 Teori Perilaku Kesehatan	33
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	35
3.1 Kerangka Teori	36
3.1.1 Teori <i>Health Belief Model</i>	36
3.1.2 Teori <i>Health Action Model</i>	37
3.2 Kerangka Konsep	38
3.3 Definisi Operasional.....	39
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	43
4.1 Desain Penelitian	43
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	43
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	43
4.3.1 Populasi	43
4.3.2 Sampel	44
4.4 Teknik Pengambilan Sampel	45
4.5 Pengumpulan Data	46
4.6 Pengolahan Data	46
4.7 Analisis Data.....	47

4.7.1 Analisis Univariat	47
4.7.2 Analisis Bivariat.....	47
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	48
5.1 Gambaran Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu	48
5.1.1 Kepegawaian.....	50
5.1.2 Struktur Organisasi.....	53
5.1.3 Sarana Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu	55
5.2 Gambaran Poliklinik Rutan	57
5.2.1 Struktur Organisasi.....	57
5.2.2 Program Pelayanan Kesehatan.....	58
5.2.3 Klinik Pelayanan VCT	59
5.3 Analisis Univariat	60
5.3.1 Partisipasi <i>Voluntary Counselling and Testing</i> HIV (VCT).....	61
5.3.2 Karakteristik Sosiodemografi	61
5.3.3 Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT	64
5.3.4 Pengetahuan.....	65
5.3.5 Persepsi Terhadap Sarana dan Konselor	65
5.3.6 Dukungan Kepada Responden.....	66
5.4 Analisis Bivariat.....	68
5.4.1 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Partisipasi VCT.....	69
5.4.2 Hubungan Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT dengan Partisipasi VCT.....	71
5.4.3 Hubungan antara Pengetahuan dengan Partisipasi VCT	72
5.4.4 Hubungan antara Dukungan Kepada Responden dengan Partisipasi VCT..	72
BAB 6 PEMBAHASAN	75

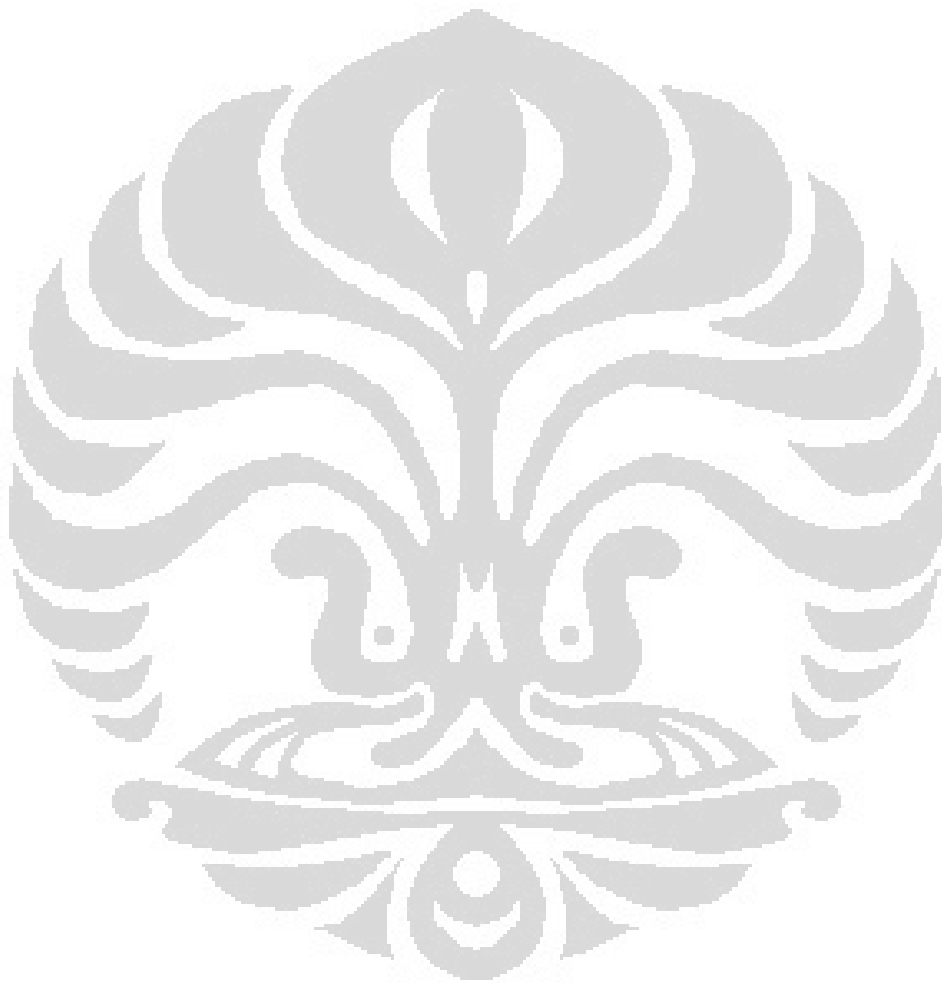
6.1 Keterbatasan Penelitian	75
6.1.1 Desain Penelitian.....	75
6.1.2 Kualitas Data.....	75
6.1.3 Jumlah Sampel	75
6.1.4 Instrumen	76
6.1.5 Pengumpulan Data	76
6.2 Partisipasi VCT.....	77
6.3 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Partisipasi VCT	77
6.4 Hubungan Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT dengan Partisipasi VCT	79
6.5 Hubungan Pengetahuan dengan Partisipasi VCT	80
6.6 Hubungan Dukungan Terhadap VCT Kepada WBP dengan Partisipasi VCT	81
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
7.1 Kesimpulan.....	85
7.2 Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiii

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Berdasarkan Blok Tahanan	45
Tabel 5.1 Distribusi Pegawai Berdasarkan Golongan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012.....	51
Tabel 5.2 Distribusi Pegawai Berdasarkan Pendidikan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012.....	52
Tabel 5.3 Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012.....	52
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Partisipasi <i>Voluntary Counselling and Testing</i> HIV (VCT) di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012.....	61
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012	62
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012	64
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang HIV dan VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012	65
Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Sarana dan Konselor di Klinik VCT Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012	66
Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Kepada Responden di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012	67
Tabel 5.10 Hubungan antara Karakteristik Sosiodemografi dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012 Tahun 2012	69
Tabel 5.11 Hubungan antara Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012 Tahun 2012	71
Tabel 5.12 Hubungan antara Pengetahuan dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012 Tahun 2012	72
Tabel 5.13 Hubungan antara Dukungan Kepada Responden dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012 Tahun 2012	73

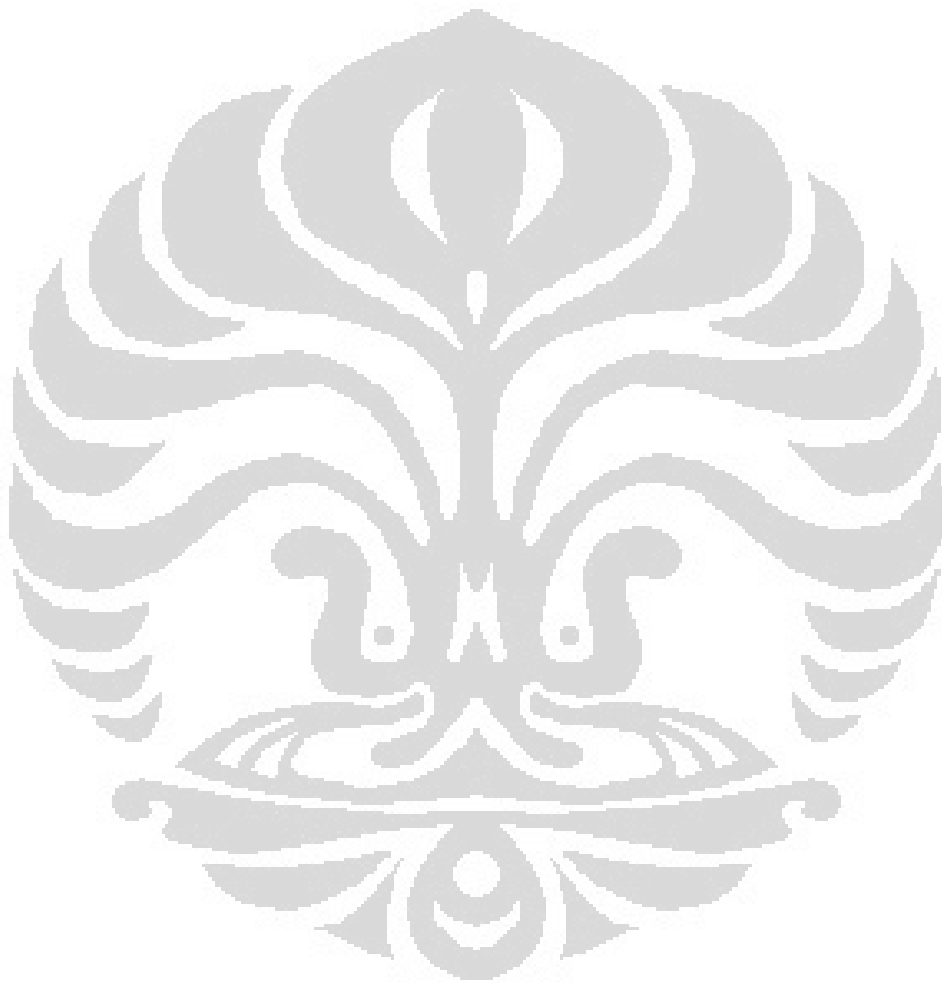
DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1	2
------------------	---



DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	53
Gambar 5.2	57



BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai latar belakang penelitian, rumusan masalah, pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan ruang lingkup penelitian.

1.1 Latar Belakang

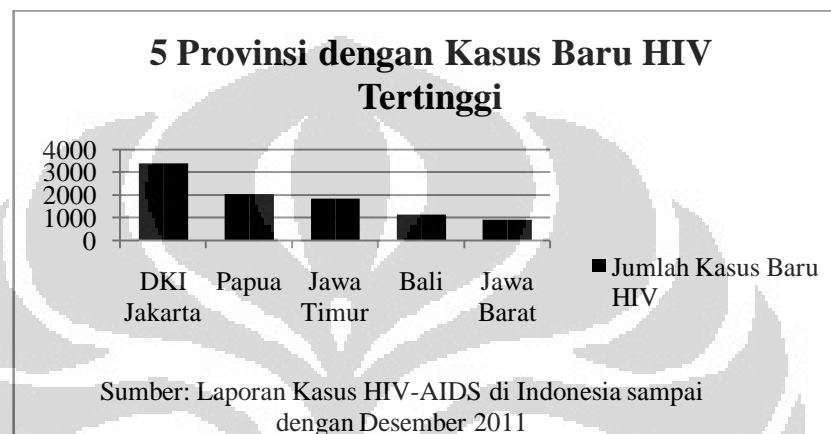
Sejak diidentifikasi pertama kali pada tahun 1981 *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menjadi salah satu agenda penting yang melibatkan berbagai sektor untuk penanggulangannya. Diperkirakan di seluruh dunia sekitar 40 juta orang telah terinfeksi HIV dengan jumlah kematian sekitar 15 juta orang (UNAIDS, 2001). Jumlah ini akan terus bertambah mengingat sangat jarang orang yang telah terinfeksi terungkap statusnya. Pandemi AIDS yang telah menyebar cepat di seluruh dunia tentu membawa dampak pada berbagai aspek kehidupan, baik sosial, maupun ekonomi.

HIV merupakan masalah kesehatan yang berkaitan erat dengan kelompok usia produktif. Di seluruh dunia, infeksi HIV didominasi oleh kelompok usia produktif. Berdasarkan catatan WHO, persentase HIV pada usia 15-49 tahun tertinggi di wilayah Afrika sebesar 4,9%, dengan persentase tertinggi di Swaziland sebesar 26,1%, Botswana 23,9%, Lesotho 23,2% dan Afrika Selatan 18,1% (WHO, 2010).

Awal 1990an, epidemi AIDS mulai menyebar ke Asia dan menyebar dengan cepat. Diperkirakan sekitar 4,79 juta orang telah terinfeksi HIV (UNAIDS, 2011). Dan sekitar 360.000 kasus baru HIV pada 2010 (UNAIDS, 2011). Prevalensi HIV dan AIDS pada penduduk usia 15-49 tahun di wilayah Asia Tenggara adalah 0,3%. Dengan prevalensi tertinggi adalah Thailand 1,4%, Myanmar 0,7%, dan Nepal 0,5%. Di India tercatat sekitar 2,3 juta orang telah terinfeksi (UNAIDS, 2010). Namun epidemi di wilayah Asia ini bisa sangat berbeda-beda jika dibandingkan antar negara. Negara-negara seperti Kamboja, Myanmar dan Thailand mencatat penurunan jumlah kasus baru HIV. Sedangkan di Indonesia, Pakistan, dan Vietnam jumlah penderita HIV

dan AIDS terus meningkat. Bahkan di China tercatat ada 5 provinsi dengan prevalensi HIV hingga 53% (UNAIDS, 2011).

Penyebaran HIV ini juga sudah mulai meluas di Indonesia, jika pada tahun 2004 hanya 16 dari 33 provinsi yang melaporkan kasus HIV, maka pada tahun 2009 seluruh provinsi telah melaporkan ada kasus HIV dan AIDS. Jumlah kasus baru HIV pada 2011 tercatat ada 15.589 kasus, sedangkan kasus baru AIDS mencapai 1.805 kasus (Kemenkes, 2011).



Grafik 1.1 Lima Provinsi dengan Kasus Baru HIV Tertinggi

Dari gambar grafik 1 dapat dilihat kasus baru HIV tahun 2011 tertinggi ditemukan di DKI Jakarta sebanyak 3401 kasus; Papua 2044 kasus; Jawa Timur 1872 kasus; Bali 1141 kasus; dan Jawa Barat 939 kasus (Kemenkes, 2011). Berdasarkan laporan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) tahun 2010, lima provinsi dengan kasus HIV pada pengguna jarum suntik (penasun) tertinggi adalah DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Sumatra Utara, dan Sulawesi Selatan.

Kelompok usia terbanyak ditemukan kasus HIV adalah pada usia produktif. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan tahun 2009, 18.192 dari 19.973 kasus HIV terjadi pada kelompok usia 15 – 49 tahun. Sedangkan pada 2011 Kementerian Kesehatan melaporkan bahwa 11.489 kasus terjadi pada kelompok usia 25 – 49 tahun (sekitar 73,7% dari total kasus baru). Hal ini sangat disayangkan mengingat kelompok usia produktif inilah yang akan menggerakkan roda perekonomian dan pembangunan suatu negara.

Pengguna napza suntik merupakan kelompok risiko tinggi untuk terinfeksi HIV akibat penggunaan jarum suntik bersama. Terdapat 219.000 penasun di

seluruh Indonesia, diperkirakan 43% hingga 56% telah tertular HIV (Kemenkes, 2006). Pada akhir 2011 tercatat 12,7% dari kasus baru HIV ditemukan pada kelompok penasun (Kemenkes, 2011). Sementara 9,4% dari total seluruh kasus baru AIDS hingga September 2011 ditemukan pada kelompok penasun (Kemenkes, 2011).

Kasus tindak pidana terkait napza menunjukkan tren meningkat dari tahun ke tahun, pada tahun 2006 tercatat 17.355 kasus; 2007 ada 22.630 kasus; dan 2008 ada 29.359 kasus di seluruh Indonesia (BNN, 2009). Sampai dengan Oktober 2007, terdapat 25.238 narapidana yang ditahan akibat napza dari total 127.238 narapidana, atau lebih dari seperempatnya adalah akibat tindak pidana napza. Dari total narapidana kasus narkoba ini, 73% adalah pengguna (40% adalah penasun), 25% pengedar, dan 2% adalah produsen (KPAN, 2007).

Semakin meningkatnya kasus tindak pidana napza berimbas pada semakin meningkatnya jumlah warga binaan pemasyarakatan (WBP). Hal ini berpeluang besar untuk ditemukannya kasus HIV di rumah tahanan. Di seluruh dunia angka infeksi HIV di rumah tahanan lebih tinggi jika dibandingkan dengan populasi di luar rumah tahanan (UNAIDS, 2006). Data internasional menunjukkan bahwa prevalensi HIV diantara WBP lebih tinggi 6-50 kali lebih tinggi dibandingkan populasi dewasa di luar penjara (Macher dan Gosby, 2004). Di dalam rumah tahanan, perilaku berisiko utama yang dapat menularkan HIV adalah betukar jarum suntik dan seks yang tidak aman (UNAIDS, 2006).

Surveilans sentinel pada warga binaan pemasyarakatan menunjukkan prevalensi HIV pada tahun 2005 di Jakarta adalah 17,8% (Ditjen P2PL, 2006). Hasil tes VCT (*Voluntary Counseling and Testing HIV*) di lembaga pemasyarakatan narkoba di Jakarta, sebanyak 80% dari total warga binaan pemasyarakatan yang menjalani tes HIV menunjukkan hasil yang positif. Sementara sebanyak 10,3% dari 252 warga binaan pemasyarakatan yang dites HIV di penjara anak dan wanita di Jakarta menunjukkan hasil yang positif. Bahkan 90% kematian di rumah tahanan berstatus sebagai pengguna napza suntik yang kematiannya tidak diketahui apakah akibat dari penggunaan obat atau terkait HIV (Kemenkumham, 2009). Estimasi prevalensi HIV pada WBP

24 kali lebih tinggi dari estimasi prevalensi HIV pada populasi umum dewasa di Indonesia (Kemenkes, 2010)

Karena infeksi HIV diderita seumur hidup, tindakan-tindakan tertentu perlu dilakukan untuk mencegah penyebaran yang cepat dari virus tersebut. Hal yang perlu diingat adalah bahwa tidak semua orang yang telah terinfeksi HIV akan langsung menunjukkan gejala klinis, sehingga transmisi dapat terjadi selama penderita masih dalam periode asimtomatik.

Pencegahan infeksi HIV di lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan masuk dalam area pencegahan dari kerangka program Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV 2010-2014 dari KPAN. Strategi ini memerlukan peran aktif dari multisektor. Pencegahan dan penanggulangan penularan HIV di lingkungan lapas dan rutan akan melibatkan sektor pemerintahan di bidang hukum. Layanan kesehatan yang berperan penting untuk pencegahan adalah VCT. Berdasarkan strategi nasional yang ditetapkan KPAN, untuk mengefektifkan program pencegahan maka perlu mendorong populasi kunci untuk mengakses pelayanan VCT. Target program pencegahan dan penanggulangan penularan di lapas dan rutan adalah 80% warga binaan mengakses layanan pencegahan yang tersedia di lapas (KPAN, 2010).

Voluntary Counselling Test HIV atau yang biasa disebut VCT adalah proses yang dilakukan seseorang melalui konseling yang dapat meyakinkan seseorang untuk melakukan tes HIV. Proses ini sepenuhnya merupakan keputusan seseorang tanpa paksaan sama sekali, dan ia dapat memastikan bahwa proses ini akan dirahasiakan hasilnya dari masyarakat umum (UNAIDS, 2000). Proses ini meliputi konseling *pra testing*, *testing* HIV, dan konseling *post testing* yang bersifat sukarela dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling *pra testing* memberikan pengetahuan tentang HIV & manfaat testing, pengambilan keputusan untuk testing, dan perencanaan atas status HIV yang akan dihadapi. Konseling *post testing* membantu seseorang untuk mengerti & menerima status (HIV+) dan merujuk pada layanan dukungan (KPAD Provinsi Sumatra Utara, 2007).

Melalui deteksi dini HIV, diharapkan seseorang yang telah terinfeksi akan mempunyai harapan hidup yang lebih panjang dan memperoleh prognosis

yang lebih baik (Pollard, 1997). Mengetahui seseorang terinfeksi HIV atau tidak hanya dapat dilakukan melalui tes HIV. Mengingat masa inkubasi penyakit ini sangatlah panjang, sehingga seseorang yang sebenarnya sudah terinfeksi HIV tidak menampilkan gejala sakit sama sekali. Hal ini cukup berbahaya mengingat seseorang dengan HIV positif dapat menjadi sumber penularan jika ia tidak melakukan pencegahan untuk menularkan ke orang lain. Pencegahan dapat dilakukan apabila ia mengetahui status HIV-nya dan mendapatkan edukasi yang baik tentang cara pencegahan penularan HIV. Diharapkan, melalui proses konseling dapat mengarahkan pada perubahan perilaku, dari yang berisiko menjadi tidak berisiko.

Partisipasi VCT yang baik dari kelompok-kelompok berisiko tinggi akan membantu dalam mengungkap status HIV. Sehingga program-program preventif dan kuratif dapat menasar kelompok yang tepat, tujuannya untuk mencegah penyebaran HIV yang semakin meluas dan meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Penghuni rumah tahanan merupakan kelompok dengan prevalensi HIV yang lebih tinggi dibandingkan pada populasi umum. Maka tingkat partisipasi VCT dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT di rumah tahanan menjadi hal yang penting untuk diketahui.

1.2 Rumusan Masalah

VCT merupakan satu-satunya cara untuk mengetahui apakah seseorang tertular HIV ataupun tidak, karena proses ini memerlukan kesadaran diri dari orang dengan risiko tinggi tertular HIV. Partisipasi VCT sangat penting, karena melalui tes inilah dapat menjaring orang dengan risiko tinggi HIV untuk menjalani tes dan mengungkap apakah dirinya terinfeksi HIV atau tidak. Partisipasi VCT yang dilakukan kelompok dengan risiko tinggi HIV di masyarakat umum terhitung masih cukup rendah.

Rumah tahanan, sebagai tempat yang telah terorganisasi dengan baik, yang banyak dihuni orang-orang dengan risiko tinggi terinfeksi HIV, dapat menjadi sasaran yang tepat untuk mengembangkan program untuk meningkatkan partisipasi VCT. Hingga saat ini belum diketahui bagaimana gambaran dan

faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu. Karena itulah peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
2. Bagaimana gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama menghuni rutan, jenis tindak pidana, dan gejala infeksi menular seksual (IMS)) pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
3. Bagaimana gambaran persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
4. Bagaimana gambaran pengetahuan pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
5. Bagaimana gambaran persepsi warga binaan pemasyarakatan yang pernah melakukan VCT terhadap sarana dan terhadap konselor di klinik VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
6. Bagaimana gambaran dukungan rutan terhadap VCT kepada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
7. Bagaimana gambaran dukungan tenaga kesehatan terhadap VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
8. Bagaimana gambaran dukungan teman atau keluarga terhadap VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?

9. Bagaimana hubungan karakteristik sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, jenis tindak pidana, dan gejala IMS) dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
10. Bagaimana hubungan persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
11. Bagaimana hubungan pengetahuan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
12. Bagaimana hubungan dukungan rutan terhadap VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
13. Bagaimana hubungan dukungan tenaga kesehatan terhadap VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?
14. Bagaimana hubungan dukungan teman atau keluarga terhadap VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
2. Mengetahui gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama menghuni rutan, jenis tindak

- pidana, dan gejala IMS) pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
3. Mengetahui gambaran persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 4. Mengetahui gambaran pengetahuan pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 5. Mengetahui gambaran persepsi warga binaan pemasyarakatan yang pernah melakukan VCT terhadap sarana dan terhadap konselor di klinik VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 6. Mengetahui gambaran dukungan rutan terhadap VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 7. Mengetahui gambaran dukungan tenaga kesehatan terhadap VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 8. Mengetahui gambaran dukungan teman atau keluarga terhadap VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 9. Mengetahui hubungan karakteristik sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, tindak pidana, dan gejala IMS) dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 10. Mengetahui hubungan persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
 11. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.

12. Mengetahui hubungan dukungan rutan terhadap VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
13. Mengetahui hubungan dukungan tenaga kesehatan terhadap VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.
14. Mengetahui hubungan dukungan teman atau keluarga terhadap VCT dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi peneliti

Penelitian ini merupakan pengalaman langsung peneliti dalam mengaplikasikan pengetahuan yang selama ini diperoleh di perkuliahan. Melalui penelitian ini juga peneliti menambah wawasan dari berinteraksi langsung dengan responden dan memahami permasalahan yang mereka hadapi terkait dengan topik penelitian ini.

1.5.2 Bagi instansi

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan evaluasi atas program promosi kesehatan yang telah dilakukan oleh pihak rutan. Saran yang diberikan peneliti berdasarkan hasil penelitian juga dapat dijadikan acuan dalam perbaikan program di masa yang akan datang.

1.5.3 Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi peneliti lain yang tertarik untuk meneliti topik yang sama dengan topik penelitian ini. Selain itu penelitian yang berbasis rumah tahanan juga masih sangat jarang dilakukan, dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memicu peneliti lain untuk melakukan penelitian berbasis rumah tahanan, sehingga dapat memberikan masukan untuk perbaikan, khususnya terkait promosi kesehatan, di rumah tahanan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian tentang gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana gambaran partisipasi VCT di pada WBP dan faktor yang berpengaruh. Faktor yang diteliti dan dihubungkan dengan partisipasi VCT adalah karakteristik demografi, yang terdiri dari pendidikan, pekerjaan, jenis tindak pidana, dan gejala IMS, persepsi WBP terhadap kebutuhan layanan VCT, pengetahuan WBP tentang HIV dan VCT, dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan teman atau keluarga terhadap VCT yang diterima WBP. Penelitian ini perlu dilakukan karena belum diketahuinya gambaran partisipasi VCT pada WBP di rutan Pondok Bambu.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan desain studi potong lintang, dimana pengukuran partisipasi VCT dan faktor yang berhubungan dilakukan pada waktu yang bersamaan. Penelitian dilakukan pada WBP di Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu pada bulan Mei 2012.

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data sekunder berupa fasilitas umum rutan, jumlah warga binaan, dan program promosi kesehatan yang terdapat di Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu. Sedangkan pengumpulan data primer meliputi gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu dengan cara melakukan wawancara kuesioner.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tinjauan pustaka yang diperoleh penulis dari literatur yang berhubungan dengan topik penelitian. Diantaranya adalah tentang HIV dan AIDS, VCT (*Voluntary Counseling and Testing HIV*), Kegiatan Pokok, Strategi, dan Rencana Aksi Nasional untuk Pencegahan HIV di Lembaga Masyarakat dan Rumah Tahanan, faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT, dan teori perilaku kesehatan.

2.1 HIV dan AIDS

2.1.1 Definisi HIV dan AIDS

Human immunodeficiency virus (HIV) adalah retrovirus yang menginfeksi sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia. Virus ini berkembang biak melalui materi genetik pada sel-T atau yang biasa dikenal *cluster of differentiation 4* (CD4), sehingga sel-sel CD4 mengalami penurunan jumlah. Penurunan jumlah sel CD4 ini mengakibatkan menurunnya kekebalan tubuh (KPAN, 2011).

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala penyakit yang menyerang tubuh manusia sesudah sistem kekebalannya dirusak oleh virus HIV (KPAN, 2011).

2.1.2 Etiologi

Kejadian awal yang timbul setelah infeksi HIV disebut sindrom retroviral akut (*acute retroviral syndrome*). Sindrom retroviral akut diikuti dengan penurunan CD4 dan peningkatan kadar RNA-HIV dalam plasma (*viral load*). Hitung CD4 secara perlahan akan menurun dalam waktu beberapa tahun dengan laju penurunan CD4 yang lebih cepat pada 1,5 – 2,5 tahun sebelum pasien jatuh dalam keadaan AIDS. *Viral load* akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan kemudian turun sampai suatu titik tertentu. Dengan berlanjutnya infeksi, *viral load* secara perlahan meningkat (P2PL,

2003). Pada fase akhir penyakit akan ditemukan hitung sel CD4 < 350/mm³, diikuti timbulnya infeksi oportunistik, munculnya kanker tertentu, berat badan menurun secara cepat dan munculnya komplikasi neurologis (P2PL, 2007). Syarat untuk seseorang dengan infeksi HIV untuk mendapat terapi *Anti Retroviral* (ARV) apabila CD4 < 350/mm³ (P2PL, 2007). Pada pasien tanpa pengobatan ARV rata-rata kemampuan bertahan setelah CD4 turun <200/mm³ adalah 3,7 tahun (P2PL, 2003).

Periode jendela adalah masa di mana pemeriksaan tes serologis untuk antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif sementara sebenarnya virus sudah ada dalam jumlah banyak pada darah penderita. Panjang periode jendela adalah 0-5 tahun. Periode jendela menjadi hal yang penting untuk diperhatikan karena pada masa itu orang dengan HIV sudah mampu menularkan kepada orang lain misalnya melalui darah yang didonorkannya, bertukar jarum suntik pada pengguna jarum suntik (penasun), atau melalui hubungan seksual yang tidak aman. Sebenarnya pada saat itu, pemeriksaan laboratorium telah mampu mendeteksi adanya infeksi HIV, karena pada periode jendela terdapat peningkatan kadar antigen p24 secara bermakna. Namun pemeriksaan antigen p24 masih mahal, rumit, dan langka (P2PL, 2003).

2.1.3 Penularan

Menurut CDC HIV dapat ditemukan di beberapa jaringan dan cairan tubuh pada seseorang yang telah positif terinfeksi HIV. Hal ini sangat penting untuk dipahami, walaupun virus ini dapat ditemukan di jaringan dan cairan tubuh manapun, namun tidak berarti bahwa penularan dapat berlangsung jika melalui cairan dan jaringan tubuh tersebut. Hanya beberapa jenis cairan tubuh tertentu yang dapat menjadi media penularan HIV, yaitu darah, cairan semen, cairan vagina, dan ASI. Cairan ini harus mengalami kontak secara langsung dengan membran mukosa atau jaringan tubuh yang

terluka, atau secara langsung masuk ke dalam peredaran darah (melalui jarum suntik).

Di Amerika, HIV paling sering menular melalui perilaku seksual berisiko (seks anal atau vaginal) atau pemakaian jarum suntik bersama. Sangat jarang ditemukan penyebab penularan melalui seks oral atau melalui proses melahirkan (dari ibu ke anak). Selain itu penularan juga dapat terjadi karena terpapar darah yang terinfeksi, transfusi, produk darah dan donor organ (CDC, 2012).

2.1.4 Diagnosis klinis dan pemeriksaan laboratorium

Umumnya, ada tiga tipe deteksi HIV, yaitu tes PCR, tes antibodi HIV, dan tes antigen HIV (Admin, 2011). Tes reaksi berantai polimerase (PCR) merupakan teknik deteksi berbasis asam nukleat (DNA dan RNA) yang dapat mendeteksi keberadaan materi genetik HIV di dalam tubuh manusia. Tes ini sering pula dikenal sebagai tes beban virus atau tes amplifikasi asam nukleat (HIV NAAT) (Knipe dan Howley, 2001). PCR DNA biasa merupakan metode kualitatif yang hanya bisa mendeteksi ada atau tidaknya DNA virus. Sedangkan, untuk deteksi RNA virus dapat dilakukan dengan metode *real-time* PCR yang merupakan metode kuantitatif. Deteksi asam nukleat ini dapat mendeteksi keberadaan HIV pada 11-16 hari sejak awal infeksi terjadi (WHO, 2010). Tes ini biasanya digunakan untuk mendeteksi HIV pada bayi yang baru lahir, namun jarang digunakan pada individu dewasa karena biaya tes PCR yang mahal dan tingkat kesulitan mengelola dan menafsirkan hasil tes ini lebih tinggi bila dibandingkan tes lainnya.

Untuk mendeteksi HIV pada orang dewasa, lebih sering digunakan tes antibodi HIV yang murah dan akurat. Seseorang yang terinfeksi HIV akan menghasilkan antibodi untuk melawan infeksi tersebut. Tes antibodi HIV akan mendeteksi antibodi yang terbentuk di darah, saliva (liur), dan urin. Sejak tahun 2002, telah dikembangkan suatu pengujian cepat (*rapid test*) untuk mendeteksi

antibodi HIV dari tetesan darah ataupun sampel liur (saliva) manusia. Sampel dari tubuh pasien tersebut akan dicampur dengan larutan tertentu. Kemudian, kepingan alat uji (*test strip*) dimasukkan dan apabila menunjukkan hasil positif maka akan muncul dua pita berwarna ungu kemerahan. Tingkat akurasi dari alat uji ini mencapai 99.6%, namun semua hasil positif harus dikonfirmasi kembali dengan ELISA (Fan et. al, 2010). Selain ELISA, tes antibodi HIV lain yang dapat digunakan untuk pemeriksaan lanjut adalah *Western blot* (Knipe dan Howley, 2010).

Tes antigen dapat mendeteksi antigen (protein P24) pada HIV yang memicu respon antibodi. Pada tahap awal infeksi HIV, P24 diproduksi dalam jumlah tinggi dan dapat ditemukan dalam serum darah. Tes antibodi dan tes antigen digunakan secara berkesinambungan untuk memberikan hasil deteksi yang lebih akurat dan lebih awal. Tes ini jarang digunakan sendiri karena sensitivitasnya yang rendah dan hanya bisa bekerja sebelum antibodi terhadap HIV terbentuk (Admin, 2011).

2.1.5 Manifestasi klinis

Klasifikasi klinis menurut CDC

CD4		Kategori Klinis		
Total	%	A (asimtomatik, infeksi akut)	B (simtomatik)	C (AIDS)
≥ 500/ml	≥ 29	A1	B1	C1
200 – 499	14 – 28	A2	B2	C2
< 200	< 14	A3	B3	C3

Kategori klinis A meliputi infeksi HIV tanpa gejala, *limfadenopati generalista* yang menetap dan infeksi HIV akut

primer dengan penyakit penyerta atau adanya riwayat infeksi HIV akut.

Kategori klinis B terdiri dari kondisi dengan gejala pada orang yang terinfeksi HIV yang tidak termasuk pada kategori C dan memenuhi paling kurang satu dari beberapa kriteria berikut:

- a) Keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan yang diperantarakan sel, atau
- b) Kondisi yang dianggap oleh dokter telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV.

Kategori C meliputi gejala yang ditemukan pada pasien AIDS, misalnya: kandidiasis bronki, trakea dan paru; kandidiasis esophagus, kanker leher rahim infasif, ensefalopati yang berhubungan dengan HIV, herpes simpleks, sarcoma kaposi, limfoma imunoblastik, tuberculosis, toksoplasmosis otak, *wasting syndrome* dan lain sebagainya (Ditjen P2PL, 2003).

2.1.6 Dampak

2.1.6.1 Dampak psikologis AIDS

Adaptasi psikologis terhadap penyakit yang parah dan mengancam kehidupan seseorang tergantung pada faktor di tiga area utama. Faktor-faktor ini meliputi faktor medis, faktor psikologis, dan faktor sosiokultural. Seringnya komplikasi yang mengenai sistem syaraf pusat menyebabkan pasien mengalami gangguan perilaku.

Beban secara sosiokultural yang diakibatkan oleh diagnosa AIDS dapat berasal dari berbagai sumber. Stigma sosial yang berhubungan dengan aspek penularan dapat menyebabkan gangguan perilaku pada orang lain, termasuk menghindari kontak fisik dan kontak sosial. Diagnosa AIDS mungkin dapat

membuat pasien digolongkan ke dalam golongan kelompok minoritas yang berperilaku buruk seperti homoseks, pemakai obat-obat terlarang, dan pekerja seksual (Bruhn, 1992).

2.1.6.2 Dampak ekonomi AIDS

AIDS telah mengakibatkan berbagai dampak ekonomi di berbagai bidang kehidupan, seperti di bidang perdagangan, sekolah-sekolah, dan bidang pemerintahan. Dampak ekonomi ini dapat berupa biaya langsung, seperti biaya pengobatan untuk pasien, biaya kegiatan pencegahan, maupun biaya untuk penelitian AIDS. Dapat pula berupa biaya tidak langsung, seperti menurunnya pendapatan akibat kehilangan pekerjaan atau akibat kematian prematur serta kejadian cacat.

Hal lain yang diperkirakan juga akan meningkatkan biaya AIDS ini adalah usaha rumah sakit untuk meminimalkan kemungkinan transmisi melalui usaha sterilisasi, penggunaan sarung tangan, jas lab, masker yang sekali pakai; menerapkan prosedur skrining darah untuk donor, dan sebagainya (Sihombing, 1992).

2.1.7 Pencegahan

Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual dapat dilakukan dengan 3 cara yang biasa disingkat ABC (Djoerban, 1999):

- a. *Abstinence*: dengan puasa melakukan hubungan seksual
- b. *Be faithful*: tidak berganti pasangan seksual dan saling setia
- c. *Condom*: melakukan seks aman dengan menggunakan kondom

Pencegahan penularan HIV lewat alat-alat (Djoerban, 1999):

- a. Semua alat yang menembus kulit dan mengenai darah (seperti jarum suntik, jarum tato, atau pisau cukur) harus disterilisasi dengan cara yang benar.
- b. Jangan memakai jarum suntik atau alat yang menembus kulit bergantian dengan orang lain.

Pasien yang menggunakan obat-obatan melalui suntikan perlu mendapat pengetahuan mengenai beberapa tindakan pencegahan. Pusat rehabilitasi obat dapat dimanfaatkan oleh pasien yang termotivasi untuk menghentikan ketergantungan terhadap obat-obatan. Tindakan pencegahan yang perlu dilakukan adalah dengan menganjurkan untuk tidak menggunakan alat suntik secara bergantian, membersihkan alat suntik dengan cairan pembersih, atau mengganti jarum suntik (Lyons dan Valentine, 1992).

2.2 Voluntary Counselling and Testing HIV (VCT)

2.2.1 Definisi VCT

Voluntary Counseling and Testing atau biasa disingkat VCT merupakan kegiatan konseling yang bersifat sukarela dan rahasia, yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium. Tes HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* (surat persetujuan) setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar.

Konseling adalah proses pertolongan di mana seseorang dengan tulus dan tujuan jelas, memberikan waktu, perhatian, dan keahliannya untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan.

VCT penting, karena merupakan jalan masuk ke seluruh layanan HIV dan AIDS; menawarkan keuntungan, baik bagi yang hasil tesnya positif maupun yang hasil tesnya negatif, dengan fokus pada pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman faktual dan terkini tentang HIV dan AIDS; mengurangi stigma negatif masyarakat; merupakan pendekatan menyeluruh, baik kesehatan fisik maupun mental; memudahkan akses ke berbagai

pelayanan yang dibutuhkan klien, baik kesehatan maupun psikososial (Ditjen P2PL, 2003).

2.2.2 Tujuan VCT

Konseling HIV mempunyai tujuan:

1. Menyediakan dukungan psikologis
2. Mencegah penularan HIV
 - menyediakan informasi tentang perilaku berisiko tinggi HIV
 - membantu mengembangkan keahlian pribadi yang diperlukan untuk mendukung perilaku hidup sehat
3. Memastikan pengobatan yang efektif sedini mungkin, termasuk alternatif pemecahan berbagai masalah

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

Tujuan khusus VCT bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA):

1. Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui dirinya terinfeksi HIV

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

2. Mempercepat diagnosis HIV

Sebagian besar ODHA di Indonesia baru mengetahui dirinya terinfeksi setelah mencapai tahap simtomatik dan masuk ke stadium AIDS, bahkan dalam keadaan hampir meninggal. Dengan diagnosis lebih dini, ODHA mendapat kesempatan untuk melindungi diri dan pasangannya, serta melibatkan dirinya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

3. Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya infeksi lain pada ODHA

ODHA yang belum mengetahui dirinya terinfeksi HIV tidak dapat mengambil manfaat profilaksis terhadap infeksi oportunistik, yang sebetulnya sangat murah dan efektif. Selain itu mereka juga tidak dapat memperoleh terapi antiretroviral secara lebih awal, sebelum sistem kekebalan tubuhnya rusak total dan tidak dapat dipulihkan kembali.

4. Meningkatkan kepatuhan pada terapi antiretroviral

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

5. Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang berisiko terhadap penularan HIV dan infeksi menular seksual (IMS)

Jika sebagian besar ODHA tahu status HIV-nya, dan berperilaku hidup sehat agar tidak menulari orang lain, maka rantai epidemik HIV akan terputus (Ditjen P2PL, 2003).

2.2.3 Sasaran VCT

Konseling ditujukan untuk mereka yang sudah terinfeksi HIV dan keluarganya, mereka yang akan dites HIV, mereka yang mencari pertolongan karena merasa telah melakukan tindakan berisiko di masa lalu, dan merencanakan masa depannya, mereka yang tidak mencari pertolongan, tapi berisiko tinggi.

Sasaran konseling dalam VCT adalah:

1. Memberikan kesempatan klien mengenali dan mengekspresikan perasaan mereka
2. Memberi informasi tentang narasumber atau lembaga, baik pemerintah maupun LSM yang dapat membantu kesulitan dalam berbagai aspek

3. Membantu klien menghubungi narasumber atau lembaga yang dimaksud
4. Membantu klien memperoleh dukungan dari jaringan sosial, keluarga, dan teman
5. Membantu klien mengatasi kesedihan dan kehilangan
6. Memberikan advokasi pada klien untuk mencegah penyebaran infeksi
7. Mengingatkan klien atas hak hukumnya
8. Membantu klien memelihara kendali atas hidupnya
9. Membantu klien menemukan arti hidupnya

Berbagai motivasi yang mendorong seseorang mengikuti konseling:

- Ingin tahu status HIV dirinya
- Pernah melakukan hubungan seksual yang berisiko
- Sangat cemas
- Terpajan risiko dan menduga diri terinfeksi dengan atau tanpa gejala sakit
- Pasangan atau anak meninggal dunia
- Berencana menikah atau berencana untuk hamil
- Sedang hamil
- Berganti pasangan
- Dipersyaratkan dari tempat kerja
- Sebagai persyaratan untuk permohonan keimigrasian atau pendidikan

(P2PL, 2003)

2.2.4 Ketersediaan Sarana dan Prasarana

2.2.4.1 Klinik Konseling VCT

Konseling HIV dapat dilakukan di tempat yang menjamin kerahasiaan. Layanan VCT dapat dilakukan di tempat berikut:

1. Pada layanan antenatal: dengan memperhatikan penularan dari ibu ke anak

2. Pada layanan pengguna napza suntik: dengan sasaran pengguna napza suntik
3. Pada layanan reproduksi: bagi remaja dan pasangan usia subur
4. Pada layanan terapi penyakit infeksi
5. Pada layanan transfusi darah, donor jaringan manusia
6. Pada layanan kesehatan kerja dan skrining tenaga kerja
7. Pada layanan laboratorium

Layanan VCT dapat dilakukan oleh pemerintah, LSM, masyarakat, maupun swasta dan merupakan suatu bentuk intervensi kesehatan masyarakat (P2PL, 2003).

Syarat ruang konseling VCT:

1. Nyaman dan aman, karena konseling memerlukan waktu yang lama serta harus menjaga kerahasiaan
2. Ruangan tertutup dan suara tidak dapat didengar dari ruang lain untuk menjaga kerahasiaan
3. Satu alur dengan pintu masuk dan keluar yang berbeda
4. Akses mudah, untuk menuju klinik yang merujuk atau menuju laboratorium pemeriksaan darah
5. Pencahayaan cukup, agar proses konseling dan edukasi yang memerlukan alat peraga dapat dilakukan dengan jelas.

Di dalam ruang konseling terdapat:

1. Tempat duduk yang nyaman bagi klien dan konselor
2. Alat peraga dan alat bantu pendidikan klien untuk menjelaskan cara pemasangan kondom, penggunaan alat pelindung, cara menolong diri pasca pajanan, dan sebagainya
3. Tisu untuk menghapus keringat atau air mata klien
4. Alat pendokumentasian keadaan klien dan proses konselingnya

(Ditjen P2PL, 2003)

2.2.4.2 Konselor untuk VCT

Konseling dilakukan oleh konselor terlatih yang memiliki keterampilan konseling dan pemahaman akan seluk beluk HIV dan AIDS. Konseling dilakukan oleh konselor yang telah dilatih dengan modul VCT. Mereka dapat berprofesi sebagai perawat, dokter, pekerja sosial, psikolog, psikiater, atau profesi lain.

Konselor mempunyai kemampuan berjenjang, mulai dari dasar sampai mahir. Konselor dengan kemampuan dasar dapat dilakukan oleh mereka yang menyediakan ruang dan waktunya bagi ODHA, mempunyai keterampilan konseling, dan mampu membantu ODHA. Sementara yang profesional dilakukan oleh mereka yang secara formal mempunyai pendidikan konseling dan/atau psikoterapi, serta mampu melakukannya seperti psikiater, psikolog klinis, pekerja sosial.

Disamping konselor untuk klien, diperlukan juga konselor untuk konselor. Mereka akan memberikan terapi saat konselor mengalami atau mendekati kejenuhan.

Keterampilan yang diperlukan dalam memberikan konseling adalah:

1. Mendengarkan aktif dan mengamati
2. Mengajukan pertanyaan dan menghayati
3. Merangkum dan menyimpulkan
4. Membangun relasi dalam persetujuan pelayanan
5. Menggali dan memahami masalah, penyebab, dan kebutuhan
6. Mengenal alternatif penyelesaian masalah, memberi pertimbangan
7. Penyelesaian masalah, dapat memberikan jalan keluar dan menguatkan diri
8. Penyelesaian masalah dan konsekuensi logis

(Ditjen P2PL, 2003)

2.2.5 Prinsip pelayanan VCT

1. Sukarela dalam melaksanakan *testing* VCT

Pemeriksaan status HIV hanya dapat dilaksanakan atas persetujuan klien, tanpa paksaan, dan tanpa tekanan. Keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan *testing* ada di tangan klien. *Testing* HIV dalam VCT bersifat sukarela, sehingga tidak ada *testing* wajib untuk pasangan yang akan menikah, pekerja seksual, penasun, rekrutmen tenaga kerja, asuransi kesehatan, dan tahanan.

2. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus terjaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan di luar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh orang yang tidak mempunyai hak untuk mengakses.

3. Mempertahankan relasi hubungan konselor-klien yang efektif

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil *testing* HIV dan mengikuti konseling *pasca-testing*. Dalam konseling *pasca-testing* ini konselor juga membicarakan perasaan klien ketika menerima hasil *testing* dan membantu klien untuk menerima kondisi dirinya apabila hasil tesnya positif.

4. *Testing* merupakan salah satu komponen VCT

WHO dan Kementerian Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan *testing* HIV. Konseling *pasca-testing* dilakukan pada saat yang bersamaan dengan saat penerimaan hasil *testing* dengan didampingi oleh konselor yang disetujui oleh klien.

(Setiawan, 2011)

2.2.6 Tahapan konseling

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

1. Memastikan klien mendapatkan informasi yang sesuai fakta
2. Menyediakan dukungan saat kritis
3. Mendorong perubahan yang dibutuhkan untuk pencegahan atau membatasi penyebaran infeksi
4. Membantu klien memusatkan perhatian dan mengenali kebutuhan jangka pendek serta jangka panjang dirinya sendiri
5. Mengajukan tindakan nyata yang sesuai untuk dapat diadaptasikan klien dalam kondisi yang berubah
6. Membantu klien memahami informasi peraturan perundangan tentang kesehatan dan kesejahteraan
7. Membantu klien untuk menerima informasi yang tepat dan menghargai serta menerima tujuan tes HIV baik secara teknik, sosial, etika, dan implikasi hukum

Selama proses berlangsung konselor bertindak sebagai pantulan cermin bagi pikiran, perasaan, dan perilaku klien, dan konselor memandu klien menemukan jalan keluar yang diyakininya. Konseling berlangsung tidak cukup hanya satu sesi, beberapa kali pertemuan konseling seringkali diperlukan, tergantung dari masalah dan kebutuhan klien.

Konselor yang terlatih dapat menyediakan diri dan waktunya untuk membantu orang lain melalui konseling, dapat berempati dan mendengarkan dengan penuh perhatian, memahami proses infeksi HIV dan infeksi oportunistik, dapat menyimpan rahasia (P2PL, 2003).

2.2.7 Jenis Konseling HIV dalam VCT Menurut Tujuan

Menurut Ditjen P2PL dalam Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan Bagi ODHA, jenis konseling VCT dibagi menjadi 8, yaitu:

1. Konseling untuk pencegahan

Membuat klien memahami perlunya menghindari perilaku berisiko. Pelaksana adalah konselor tingkat dasar. Konseling memberikan pemahaman HIV dan AIDS dan dampak fisik serta psikososial, informasi tentang cara penularan, pencegahan. Pemahaman perilaku hidup sehat, dan mendorong perubahan perilaku ke arah hidup sehat.

2. Konseling pra test

Membuat klien mampu untuk memutuskan apakah dirinya perlu memeriksakan status HIV-nya atau tidak dengan segala konsekuensinya.

3. Konseling pasca test

Membuat klien mampu menerima hasil pemeriksaan status HIV-nya dan menyesuaikan diri dengan konsekuensi dan risikonya, sehingga dapat membuat perubahan perilaku menjadi perilaku sehat.

4. Konseling kepatuhan berobat

Agar klien memahami jenis, cara proses pengobatan, sehingga diharapkan dapat mematuhi pemberian pengobatan. Ini diperlukan mengingat tingginya tingkat resistensi bilamana prosedur pengobatan tidak dipatuhi. Disamping itu untuk mengurangi beban psikologis yang membuat klien merasa sakit/cacat/tidak berdaya/ tidak ada harapan menghadapi kehidupan karena ia harus menggunakan obat dalam jangka waktu panjang.

5. Konseling keluarga

Agar klien dan keluarganya saling mendukung dalam menghadapi keadaan dan kondisi psikologis klien yang terbebani masalah gangguan kesehatan fisik dan jiwanya.

6. **Konseling berkelanjutan**

Agar klien terbantu menghadapi keadaan dan kondisi psikologis yang terbebani masalah gangguan kesehatan fisik dan jiwanya.

7. **Konseling bagi yang menghadapi kematian**

Agar klien tenang menghadapi hari-hari akhirnya.

8. **Konseling untuk masalah psikiatrik**

Agar klien terbantu menghadapi keadaan dan kondisi psikiatrik yang mungkin dicetuskan oleh beban gangguan kesehatannya. Atau memang jarena gangguan psikiatriknya sudah ada sebelum gangguan fisiknya muncul. Atau gangguan psikiatrik dan gangguan fisiknya muncul bersamaan.

2.3 Kegiatan Pokok Strategi dan Rencana Aksi Nasional untuk Pencegahan HIV di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan

Kegiatan pokok untuk pencegahan penularan di lingkungan lapas dan rutan melibatkan tanggung jawab dari Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Kementerian Hukum dan HAM (Kemenkumham), Kepolisian Republik Indonesia (Polri), Kementerian Pendidikan Nasional (Kemendiknas) dan masyarakat sipil. Kegiatan pokok ini menargetkan 100% warga binaan yang terdapat di lapas dan rutan mendapatkan program efektif dan menerapkan program penanggulangan dampak buruk napza dan 80% warga binaan mengakses layanan pencegahan yang disediakan di lapas. Kegiatannya antara lain:

- a. Penguatan kebijakan pengurangan dampak buruk napza di lapas dan rutan.
- b. Penyediaan layanan terapi substitusi.
- c. Pendidikan pencegahan HIV, termasuk penyediaan kondom dan lubrikan.

- d. Rujukan ke layanan kesehatan diagnostik HIV baik melalui program VCT, inisiatif petugas kesehatan, maupun cara lainnya dengan memegang prinsip adanya konseling, adanya *informed consent* dan menjunjung kerahasiaan, rujukan dari layanan kesehatan dasar dan infeksi oportunistik, layanan IMS, hepatitis B, TB, dan AIDS untuk mereka yang memerlukan.
- e. Layanan paska tahanan (konseling, metadon, pengobatan, perawatan, dan dukungan)
- f. Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPAN, sektor kesehatan, sektor hukum dan HAM, kepolisian, pemimpin informal, dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pemulihan, pengembangan jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung, termasuk kesetaraan gender.

2.4 Rumah Tahanan Negara

2.4.1 Definisi Rumah Tahanan Negara

Rumah tahanan negara adalah tempat tersangka atau terdakwa ditahan selama proses penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di sidang pengadilan (PP no 58 tahun 2010).

2.4.2 Syarat Rumah Tahanan Negara

Berdasarkan Keputusan Menteri Kehakiman Republik Indonesia Nomor: M.02-PK.04.10 Tahun 1990 tentang Pola Pembinaan Narapidana atau Tahanan, sarana fisik berupa gedung atau bangunan harus memenuhi persyaratan berikut:

1. Letak di luar atau di pinggir kota tetapi mudah terjangkau dengan sarana transportasi dan telekomunikasi (telepon), fasilitas penerangan (listrik), serta air bersih
2. Luas tanah/lahan klas IA, IIA, IIB masing-masing 60.000, 40.000, dan 30.000 m².

3. Luas gedung atau bangunan klas IA, IIA, IIB masing-masing 19.000, 14.000, dan 7.000 m².

2.4.3 Fasilitas Kesehatan di Rumah Tahanan Negara

Setiap tahanan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Pada setiap rutan disediakan poliklinik beserta fasilitasnya dan ditempatkan sekurang-kurangnya seorang dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Apabila rutan belum memiliki tenaga dokter atau tenaga kesehatan lainnya, maka pelayanan kesehatan dapat meminta bantuan kepada rumah sakit atau Puskesmas terdekat (Pasal 21 PP No. 58 tahun 1999).

Pemeriksaan kesehatan dilakukan paling sedikit 1 kali dalam 1 bulan dan dicatat dalam kartu kesehatan. Apabila tahanan mengalami keluhan kesehatan, maka dokter atau tenaga kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan terhadap tahanan. Jika ditemukan adanya penyakit menular atau yang membahayakan, maka tahanan tersebut wajib dirawat secara khusus (Pasal 23 PP No. 58 tahun 1999). Tahanan yang membutuhkan pelayanan lebih lanjut dapat dirujuk ke rumah sakit di luar rutan dengan biaya yang dibebankan kepada Negara (Pasal 24 PP No. 58 tahun 1999).

2.4.4 Penghuni Rumah Tahanan Negara

Penghuni rumah tahanan Negara adalah tersangka atau terdakwa yang ditahan di rutan selama proses penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di Pengadilan Negeri, Pengadilan Tinggi, dan Mahkamah Agung. Lamanya penahanan adalah selama proses penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di sidang pengadilan (PP No. 58 Tahun 1999).

2.5 Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi VCT

2.5.1 Karakteristik Sosiodemografi

2.5.1.1 Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan formal yang ditempuh seseorang pada dasarnya adalah merupakan suatu proses menuju kematangan intelektual, untuk itu pendidikan tidak dapat terlepas dari proses belajar. Dengan belajar pada hakikatnya merupakan upaya penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan luar dan hidup masyarakat. Pendidikan merupakan upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif (Notoadmodjo, 2003).

Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan pemanfaatan klinik VCT (Setiawan, 2011). Seseorang dengan tingkat pendidikan yang semakin tinggi, maka tingkat pemanfaatan klinik VCT akan semakin baik, begitupun sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, semakin rendah pula tingkat pemanfaatan klinik VCT-nya.

2.5.1.2 Pekerjaan

Bekerja adalah salah satu upaya untuk mendapatkan pemasukan, sehingga dapat memenuhi kebutuhan dan meningkatkan kesejahteraan. Status pekerjaan seseorang secara tidak langsung dapat menggambarkan tingkat pendapatan dan kesejahteraan seseorang. Tingkat kesejahteraan yang baik dapat meningkatkan akses seseorang ke layanan kesehatan untuk menjaga status kesehatannya agar tetap baik. Penelitian di Botswana, menunjukkan bahwa perempuan memiliki kerentanan yang lebih buruk terhadap penularan HIV (Chillisa dan Bennel, 2001).

Faktor sosial dan budaya memperkuat peran laki-laki yang mengakibatkan lemahnya posisi perempuan dalam hubungan

seksual. Hal ini diperburuk karena perempuan tidak dapat memiliki hak untuk memutuskan pilihan terkait hak reproduksinya dan tidak berdaya secara ekonomi (Chillisa dan Bennel, 2001).

2.5.1.3 Jenis Tindak Pidana

Jenis pelanggaran hukum adalah jenis kegiatan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh seseorang di dalam masyarakat yang menggerakkan suatu peraturan hukum tertentu, sehingga ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalamnya lalu diwujudkan (Raharjo, 1982). Perbuatan pidana adalah suatu perbuatan fisik yang termasuk ke dalam perbuatan pidana (Simanjutak, 1994)

Berdasarkan hasil penelitian Direktorat Jendral Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan HAM (2010) disebutkan bahwa dua pertiga tahanan dengan kasus narkoba adalah pengguna. Hal ini berarti meningkatkan peluang untuk menemukan kasus HIV positif pada tahanan.

2.5.1.4 Gejala Infeksi Menular Seksual

Riwayat infeksi menular seksual (IMS) membuat seseorang lebih menyadari pentingnya pencegahan sebelum terinfeksi. Hubungan seksual merupakan salah satu kebutuhan manusia yang perlu dipenuhi, karena itu perlu adanya usaha untuk meminimalkan risiko untuk terinfeksi IMS dan HIV, salah satunya dengan menggunakan kondom lateks (CDC, 2001). Seseorang dengan riwayat IMS dan memiliki risiko untuk terinfeksi HIV sangat perlu untuk mendapatkan konseling mengenai pentingnya pemeriksaan HIV (Borucki, 1997).

Jika seorang perempuan terkena IMS, perempuan tersebut akan lebih tidak menunjukkan gejala jika dibandingkan dengan laki-laki. Diperkirakan sekitar 80-85% perempuan dengan IMS tidak akan menunjukkan gejala apapun. Gejala keputihan yang sering muncul pada perempuan merupakan hal biasa yang juga

dipengaruhi oleh faktor lain (hormon dan lingkungan). Sehingga perempuan cenderung tidak akan mengobati infeksi karena tidak ada gejala. Hal ini disebabkan karena alat reproduksi perempuan yang cukup luas jika dibandingkan dengan laki-laki. Pada pria alat reproduksi bermuara menjadi satu dengan alat berkemih. Sehingga ketika ada keluhan dengan organ seksual otomatis akan menimbulkan keluhan jika berkemih (Admin, 2012).

IMS akan meningkatkan risiko seseorang terkena HIV dari hubungan seksual menjadi 2-10 kali lipatnya. Jika seseorang terkena IMS, maka pada kulit/mukosa permukaan organ reproduksinya akan terdapat infeksi. Dalam bahasa ilmiahnya disebut dengan inflamasi atau proses peradangan. Jika terjadi peradangan maka akan banyak sekali sel darah putih yang berkumpul di permukaan. Sel darah putih sendiri sangat disukai oleh virus HIV. HIV akan segera berlekatan dengan sel-sel darah putih, sehingga proses masuknya virus HIV dalam tubuh manusia dipercepat. Itulah mengapa salah satu cara untuk memutuskan penyebaran HIV adalah dengan memutuskan mata rantai penyebaran IMS (Admin, 2012).

2.5.2 Persepsi terhadap Kebutuhan Layanan VCT

Sebuah survei yang dilakukan di Afrika Selatan menyebutkan bahwa walaupun mayoritas orang sudah mengetahui pentingnya VCT dan mengetahui tempat mendapatkan layanan VCT, tidak serta merta membuat angka pemanfaatan layanan VCT meningkat. Alasan utama mereka tidak memanfaatkan layanan tersebut adalah karena takut mengalami diskriminasi, mereka juga khawatir apabila hasil tesnya positif.

Merasa berisiko terinfeksi HIV merupakan salah satu indikasi bahwa seseorang sadar bahwa perilakunya bisa menyebabkan dirinya terinfeksi HIV. Persepsi tersebut biasanya timbul dari

pengetahuan terkait HIV, cara penularannya, dan cara pencegahannya, kemudian dihubungkan dengan pengalaman perilaku berisiko yang pernah dilakukan (P2PL, 2011).

2.5.3 Pengetahuan tentang HIV dan VCT

Menurut hasil laporan Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku Kemenkes tahun 2011 menunjukkan bahwa 88% narapidana di Indonesia memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV, termasuk mengetahui bahwa cara penularan HIV dapat melalui jarum suntik. Pengetahuan mengenai cara penularan HIV sangat penting diketahui agar setiap individu dapat melakukan pencegahan infeksi HIV dan mengubah perilaku berisiko.

2.5.4 Dukungan Rumah Tahanan Negara

Tahanan sangat bergantung pada otoritas penjara untuk dapat mengakses informasi dan layanan kesehatan untuk pencegahan penularan HIV (UNAIDS, 2006). Karena itulah dukungan rumah tahanan negara untuk memberikan akses informasi dan layanan kesehatan kepada tahanan sangat diperlukan.

Kerangka kerja untuk penanggulangan penularan HIV/AIDS di penjara memiliki 11 prinsip utama sebagai petunjuk untuk mengembangkan sistem, yaitu:

1. Kesehatan penjara adalah cerminan kesehatan masyarakat
2. Melindungi dan meningkatkan kesehatan tahanan tidak hanya berguna untuk kepentingan tahanan saja, tetapi juga meningkatkan kesehatan dan keselamatan di tempat kerja bagi staf penjara.
3. Merupakan pelaksanaan dari HAM
4. Mengikuti standar internasional dan pedoman layanan kesehatan untuk tahanan
5. Tidak membedakan pelayanan kesehatan yang diberikan untuk tahanan

6. Intervensi berbasis data
7. Pendekatan menyeluruh untuk perawatan tahanan dengan HIV/AIDS
8. Melibatkan multi-sektor untuk pelayanan kesehatan HIV/AIDS
9. Mengakomodasi kerentanan penderita HIV terhadap penyakit lain, stigma, dan diskriminasi
10. Pelaksanaan program kesehatan dengan melibatkan sektor lain

2.5.5 Dukungan Tenaga Kesehatan

Kesehatan tahanan berhubungan dengan dukungan petugas penjara, terutama petugas kesehatannya. Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah tahanan memiliki kewajiban melayani kebutuhan kesehatan penghuni rutan dengan melindungi kesehatan fisik dan mental dan memberi pengobatan sesuai yang dibutuhkan (WHO, 2007).

2.5.6 Dukungan Teman Dekat atau Keluarga

Dorongan dari orang lain untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan akan berpengaruh untuk pengambilan keputusan oleh seseorang. Pada penelitian yang dilakukan pada wanita pekerja seksual (WPS) ditemukan bahwa, dorongan dari teman dekat dapat membuat WPS memanfaatkan layanan VCT keliling (Setiawan, 2011). Kontinuitas dorongan dari teman yang terkait (sesama WPS) mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap pemanfaatan klinik VCT.

2.6 Teori Perilaku Kesehatan

2.6.1 Teori *Health Belief Model Components and Linkages*

Menurut Champion and Skinner (Glanz et. al, 2008) teori *Health Belief Model* adalah teori upaya untuk menjelaskan proses pemikiran dibalik perubahan perilaku kesehatan pada individu. Sebagai kerangka kerja panduan untuk intervensi kesehatan.

Health Belief Model menjelaskan bahwa perubahan perilaku individu berdasarkan konstruksi berikut:

1. Persepsi individu terhadap kerentanan suatu penyakit
 2. Persepsi terhadap keparahan yang dirasakan apabila mengalami sakit
 3. Persepsi terhadap manfaat yang dirasakan
 4. Persepsi terhadap hambatan untuk melakukan perubahan perilaku
 5. Alasan untuk bertindak
 6. Persepsi terhadap kemampuan diri melakukan tindakan tersebut
- Semua persepsi tersebut dipengaruhi oleh jenis kelamin, umur, etnis, sosio-ekonomi, kepribadian dan pengetahuan.

2.6.2 Teori *Health Action Model*

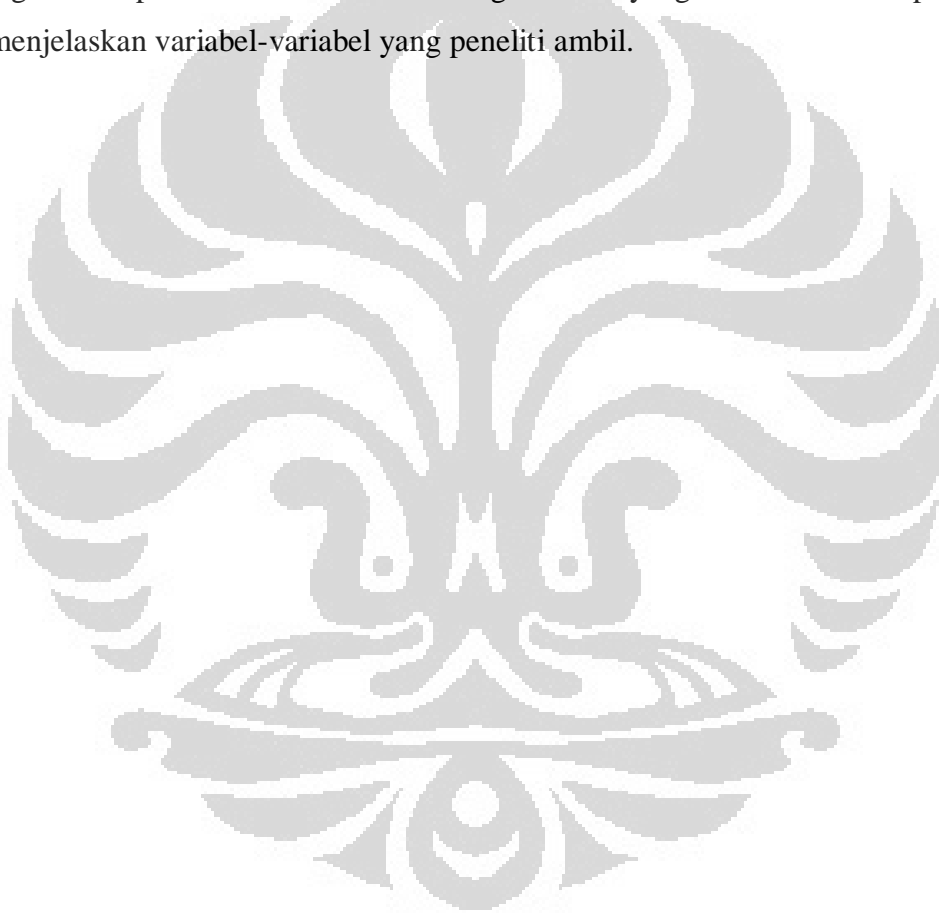
Menurut Tones (2004), Teori *Health Action Model* mengidentifikasi aspek psikologi, sosial, dan lingkungan mempengaruhi proses adopsi dan mempertahankan suatu perilaku kesehatan. Model ini terdiri dari dua bagian, yaitu sistem yang berperan dalam menentukan tujuan perilaku dan faktor yang menghubungkan tujuan perilaku tersebut menjadi suatu tindakan.

Bagian pertama terdiri dari pendidikan kesehatan, sedangkan bagian kedua menerangkan pentingnya promosi kesehatan. Pada bagian bagian bawah, 4 sistem yang berinteraksi, yaitu sistem kepercayaan, motivasi, norma, dan persepsi diri, merupakan suatu sistem yang berpengaruh pada individu yang mempengaruhi tujuan dari suatu perilaku kesehatan. Ada atau tidaknya perilaku tersebut tergantung pada faktor pemungkin yang, termasuk pengetahuan dan keterampilan untuk mengadopsi perilaku tersebut. Selain itu lingkungan yang mendukung juga mempermudah proses adopsi perilaku yang awalnya sulit untuk dilakukan menjadi lebih mudah, misalnya perubahan perilaku mencuci tangan pada anak akan lebih mudah jika didukung oleh orang-orang dewasa disekitarnya.

Bab 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

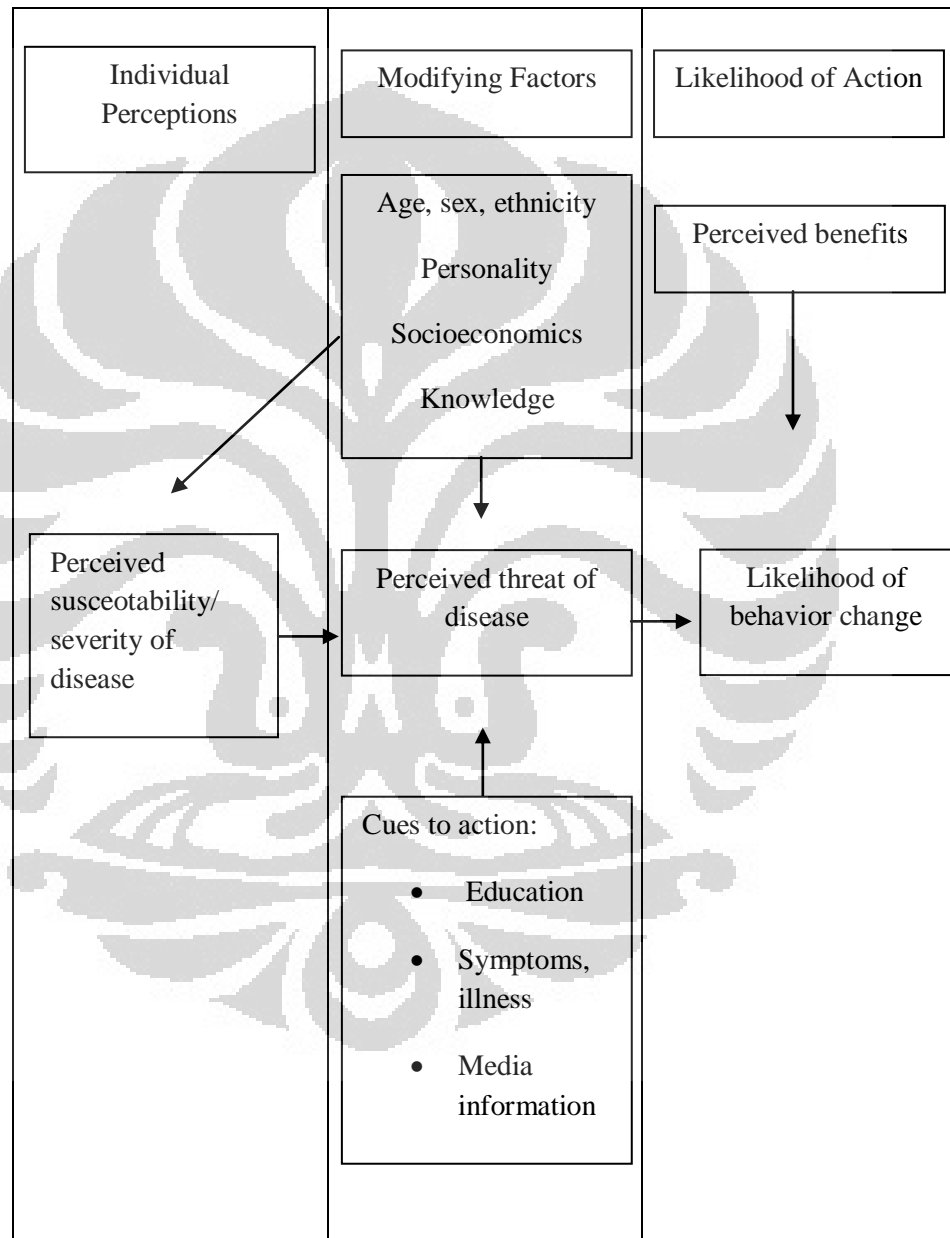
Dalam bab 3 ini akan dibahas kerangka teori, kerangka konsep, dan definisi operasional yang peneliti gunakan dalam penelitian ini. Adapun kerangka teori yang ada dibuat berdasarkan teori yang sudah dituliskan dalam bab 2 tinjauan pustaka. Sedangkan kerangka konsep adalah kerangka konsep penelitian yang digunakan peneliti berdasarkan kerangka teori yang ada. Definisi operasional menjelaskan variabel-variabel yang peneliti ambil.



3.1 Kerangka Teori

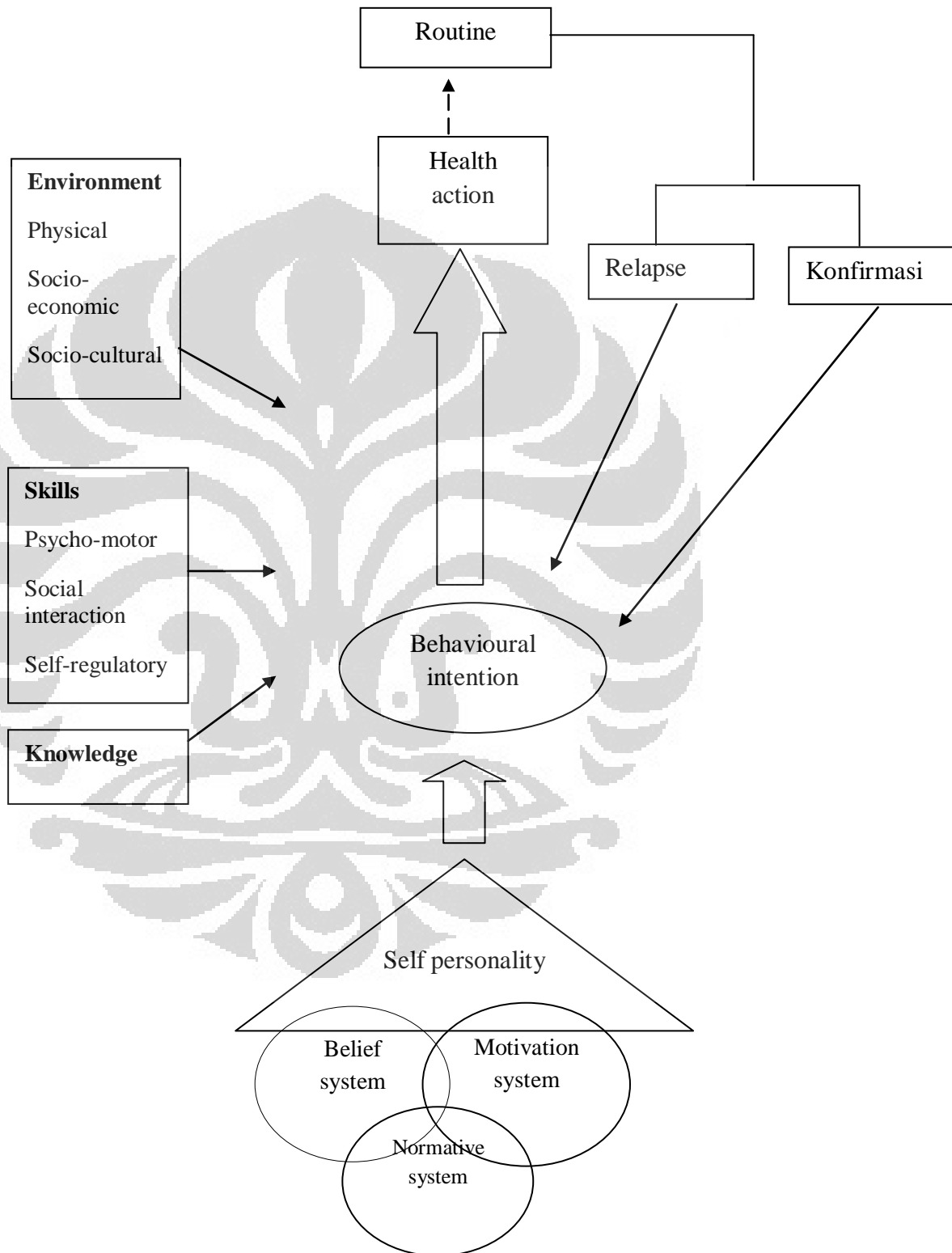
3.1.1. Teori *Health Belief Model*

(Glanz et. al, 1996)



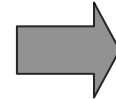
3.1.2. Teori *Health Action Model*

Tones (Tones and Green, 2004)

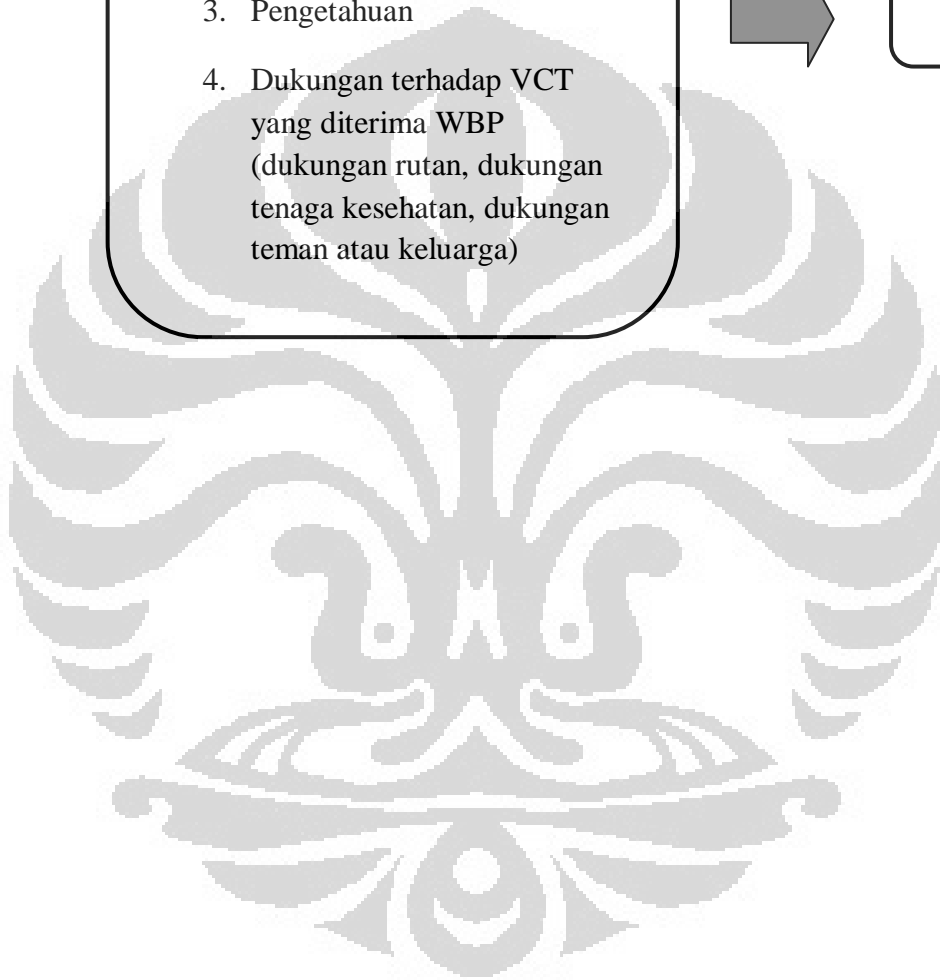


3.2 Kerangka Konsep

1. Karakteristik sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, tindak pidana, gejala IMS)
2. Persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT
3. Pengetahuan
4. Dukungan terhadap VCT yang diterima WBP (dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dukungan teman atau keluarga)



Partisipasi VCT



3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel dependen						
1	Partisipasi VCT	Keikutsertaan klien dalam program pelayanan VCT di klinik VCT rutin hingga tahap tes darah untuk mengetahui status HIVnya	Wawancara	Kuesioner	1 = Ya 2 = Tidak	Nominal
Variabel independen						
a. Karakteristik sosiodemografi						
2	Umur	Umur responden dihitung sejak tahun kelahirannya	Wawancara	Kuesioner	1 = \leq 30 tahun 2 = $>$ 30 tahun	Ordinal
3	Pendidikan terakhir	Jenjang pendidikan formal hingga tamat yang dijalani oleh responden	Wawancara	Kuesioner	1 = Tinggi (\geq lulus SMA) 2 = Rendah ($<$ lulus SMA)	Ordinal
4	Pekerjaan	Status pekerjaan responden sebelum berstatus sebagai tahanan	Wawancara	Kuesioner	1=Bekerja 2=Tidak bekerja	Nominal

5	Status perkawinan	Status perkawinan responden	Wawancara	Kuesioner	1=Menikah 2=Tidak menikah	Nominal
6	Lama menghunirutan	Masa hukuman yang sedang dijalani responden	Wawancara	Kuesioner	1= ≤ 1 tahun 2= > 1 tahun	Ordinal
7	Jenis tindak pidana	Tindak pidana yang dilakukan yang menyebabkan responden harus mempertanggungjawabkan perbuatannya di rutan	Wawancara	Kuesioner	1 = tindak pidana narkoba 2 = tindak pidana kriminal	Nominal
8	Gejala IMS	Riwayat kesehatan responden pernah mengalami gejala infeksi menular seksual	Wawancara	Kuesioner	1 = Ya 2 = Tidak	Nominal
b. Persepsi terhadap kebutuhan pelayanan VCT						
9	Persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT	Persepsi diri terhadap kebutuhan untuk akses ke layanan VCT	Wawancara	Kuesioner	1=Tinggi 2=Rendah	Ordinal
c. Pengetahuan						
10	Pengetahu	Pengetahuan	Wawancara	Kuesioner	1 = Baik	Ordinal

	an	responden tentang HIV dan VCT			2 = Buruk	
Faktor pemungkin						
a. Ketersediaan sarana						
11	Persepsi terhadap sarana	Penilaian responden yang sudah pernah melakukan VCT di klinik rutan terhadap sarana yang tersedia	Wawancara	Kuesioner	1. Baik 2. Buruk	Ordinal
b. Ketersediaan prasarana						
12	Persepsi terhadap konselor	Penilaian responden yang pernah melakukan VCT di klinik rutan terhadap kinerja konselor	Wawancara	Kuesioner	1. Baik 2. Buruk	Ordinal
Faktor Pendukung						
a. Dukungan rutan						
13	Dukungan rutan terhadap VCT	Penilaian responden terhadap dukungan rutan dalam penginformasian untuk mendorong partisipasi VCT pada	Wawancara	Kuesioner	1. Tinggi 2. Rendah	Ordinal

		tahanan				
b. Dukungan tenaga kesehatan						
14	Dukungan tenaga kesehatan terhadap VCT	Penilaian responden terhadap dukungan tenaga kesehatan dalam untuk mendorong partisipasi VCT pada tahanan	Wawancara	Kuesioner	1. Tinggi 2. Rendah	Ordinal
c. Dukungan teman dekat/keluarga						
15	Dukungan teman atau keluarga terhadap VCT	Penilaian responden terhadap dukungan teman atau keluarga dalam untuk mendorong partisipasi VCT pada tahanan	Wawancara	Kuesioner	1. Tinggi 2. Rendah	Ordinal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini penulis akan menjelaskan metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian tentang gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT (*Voluntary Counseling and Testing* HIV) pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012. Penulis akan menjelaskan tentang desain penelitian, lokasi dan waktu penelitian, populasi dan sampel, teknik pengambilan sampel, pengumpulan data, pengolahan data, dan analisis data penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah studi potong lintang. Data diambil dengan melakukan wawancara melalui kuesioner terstruktur untuk melihat gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan (WBP) di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.

Wawancara dilakukan dengan pengisian kuesioner mandiri oleh responden. Data tentang partisipasi VCT pada tahanan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu dan faktor yang berhubungan seperti karakteristik sosiodemografi, persepsi terhadap kebutuhan akan pelayanan VCT, pengetahuan, dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan keluarga atau teman diambil pada saat yang bersamaan.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian tentang gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT ini dilakukan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei tahun 2012.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi target dari penelitian ini adalah seluruh warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012. Populasi studi dari penelitian ini adalah seluruh warga binaan pemasyarakatan yang menghuni Blok D dan Blok E di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012. Penghuni di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu dipisahkan berdasarkan jenis kasus tindak pidana tahanan. Berikut ini adalah gambaran blok penghuni di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu:

1. Blok Anggrek: terdiri atas 18 kamar yang diperuntukkan bagi tahanan dengan kasus kriminal. Jumlah penghuninya 176 orang.
2. Blok Cempaka: terdiri atas 13 kamar yang diperuntukkan atas tahanan dengan kasus napza. Jumlah penghuninya 225 orang.
3. Blok Dahlia: terdiri atas 15 kamar yang diperuntukkan bagi tahanan kasus kriminal. Jumlah penghuninya 179 orang.
4. Blok Edelweiss: terdiri atas 27 kamar yang diperuntukkan bagi tahanan kasus napza. Jumlah penghuninya 344 orang.

Perbedaan penghuni di blok Dahlia dan blok Edelweiss adalah karena perbedaan kasus, karena itulah peneliti mengambil sampel di kedua blok tersebut.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah 100 warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu yang terpilih secara acak. Perhitungan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus estimasi proporsi:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 p (1-p)}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \times 0,36 \times 0,64}{(0,1)^2} = 88,5 \approx 89$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang dibutuhkan

Z = nilai derajat kepercayaan ($\alpha = 95\%$, $Z_{1-\alpha}^2 = 1,96$)

d = presisi (0,1)

p = proporsi (dari penelitian sebelumnya) $\rightarrow 0,36$ (KPAIDS, 2007)
(Lemeshow et. al, 1997)

Untuk menghindari adanya *drop out* maka sampel yang diambil ditambah 10%nya menjadi 100 sampel.

Kriteria inklusi dari sampel adalah warga binaan pemasyarakatan yang menjalani masa binaan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu yang bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi sampel adalah mereka yang masuk ke dalam kriteria inklusi, namun tidak bersedia menjadi responden.

4.4 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel dipilih dengan teknik *probability proportional to size* (PPS), teknik ini digunakan karena jumlah warga binaan pemasyarakatan dari setiap blok berbeda. Berikut ini adalah penghitungan jumlah sampel dari masing-masing blok.

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Berdasarkan Blok Tahanan

Blok	Jumlah penghuni	Jumlah sampel yang diambil
Blok D	179	34
Blok E	344	66
Total	523	100

Teknik pengambilan sampel secara PPS adalah metode mengambil sampel yang disesuaikan dengan jumlah individu pada suatu wilayah. Setelah penghitungan didapatkan bahwa jumlah sampel dari blok D adalah 34 orang dan jumlah sampel dari blok E adalah 66 orang.

Pada saat pengambilan data, peneliti tidak dapat bertemu langsung dengan responden dikarenakan alasan keamanan. Peneliti meminta bantuan dari kader kesehatan dari rutan untuk membantu menyebarkan kuesioner di blok Dahlia dan Edelweiss. Dari masing-masing kamar di blok Dahlia dan Edelweiss diambil 2 hingga 3 orang warga binaan pemasyarakatan untuk mengisi kuesioner hingga mencukupi jumlah sampel yang dibutuhkan.

4.5 Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan dengan melakukan pengisian kuesioner mandiri oleh responden. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dengan pertanyaan terstruktur yang telah diuji validitas sebelumnya. Sedangkan data sekunder adalah data tentang gambaran umum Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu, dan fasilitas kesehatan yang menunjang data-data penelitian ini.

4.6 Pengolahan Data

Setelah proses pengumpulan data selesai, maka tahapan selanjutnya adalah dilakukan pengolahan data dengan beberapa tahapan, antara lain:

1. *Coding*, dilakukan dengan memberikan kode terhadap jawaban yang ada pada kuesioner yang bertujuan untuk mempermudah dalam analisis data dan mempercepat proses entry data.
2. *Editing*, yaitu pemeriksaan kelengkapan isi kuesioner atau dengan kata lain memastikan semua pertanyaan telah dijawab oleh responden. *Editing* dilakukan di lapangan sebelum proses pemasukan data agar data yang salah atau meragukan masih dapat ditelusuri kepada responden/informan yang bersangkutan.
3. *Entry*. Setelah data dilakukan *editing* maka selanjutnya data tersebut dimasukkan ke dalam program yang digunakan untuk mengolah data menggunakan computer dan perangkat lunak yang sesuai.
4. *Cleaning*. Data yang sudah dimasukkan oleh peneliti dicek kebenarannya. *Cleaning* data dilakukan agar tidak terjadi kesalahan dalam meng-*entry* yang dapat mengakibatkan data tersebut menjadi ganda/duplikasi dan salah dalam interpretasinya.

4.7 Analisis Data

4.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk melihat pola distribusi frekuensi dari variabel independen dan variabel dependen. Hasil analisis univariat berupa jumlah dan persentase.

4.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen dan dependen dalam penelitian ini berupa data kategorik.

Uji Kai Kuadrat (*Chi Square*) digunakan untuk menilai beda proporsi hubungan dari setiap variabel dengan signifikan hubungan pada derajat penolakan $\alpha = 5\%$ dengan asumsi sebagai berikut:

- a. Jika nilai $p \leq 0,05$, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara variabel dependen dengan variabel independen.
- b. Jika nilai $p > 0,05$, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel dependen dengan variabel independen.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai gambaran Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu dan hasil analisis penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT (*Voluntary Counseling and Testing HIV*) pada warga binaan pemasyarakatan (WBP) di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012.

5.1 Gambaran Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu merupakan unit pelaksana teknis (UPT) dibawah Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM Republik Indonesia. Rumah tahanan negara adalah tempat tersangka atau terdakwa ditahan selama proses penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di sidang pengadilan. Idealnya, warga binaan pemasyarakatan (WBP) yang sudah diputus sidang pengadilan akan dipindahkan ke lembaga pemasyarakatan, namun di rutan Pondok Bambu, WBP dengan yang sudah diputus sidang pengadilan masih tetap dibina di rutan ini.

Visi Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu adalah memulihkan kesatuan hubungan hidup, kehidupan, dan penghidupan warga binaan pemasyarakatan sevgagai individu, anggota masyarakat dan makhluk Tuhan Yang Maha Esa (membangun manusia mandiri), sedangkan misinya adalah melaksanakan perawatan tahanan, pembinaan, dan pembimbingan warga binaan pemasyarakatan serta pengelolaan benda sitaan negara dalam rangka penegakan hukum, pencegahan dan penanggulangan kejahatan, serta pemajuan dan perlindungan hak azasi manusia.

Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu terletak di Jalan Pahlawan Revolusi, Kelurahan Pondok Bambu, Kecamatan Duren Sawit, Jakarta Timur 13430. Rutan Pondok Bambu berdiri di atas tanah seluas 14.586 m².

Rutan ini dibangun pada tahun 1974, awalnya diperuntukkan bagi para pelanggar Peraturan Daerah. Status bangunan dan tanah saat ini masih dimiliki oleh Pemda DKI, dan berstatus hak pinjam pakai. Berdasarkan

Keputusan Menteri Kehakiman RI Nomor: M.04.PR.07.03 Tahun 1985 bangunan tersebut kemudian dialihfungsikan sebagai Rumah Tahanan Negara Klas IIA Jakarta Timur.

Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu ini memiliki 4 blok untuk WBP dengan kapasitas 619 orang. Namun seperti kebanyakan rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan lain di Indonesia, jumlah WBP yang ditampung di rutan saat ini melebihi kapasitasnya, total penghuni di Rumah Tahanan Negara Pondok Bambu per Mei 2012 adalah 924 orang. Rasio penghuni di rutan adalah 1:1,5. Berikut ini rincian jumlah WBP berdasarkan blok hunian, yaitu:

1. Blok Anggrek: terdiri atas 18 kamar yang diperuntukkan bagi WBP dengan kasus kriminal. Jumlah penghuninya 176 orang.
2. Blok Cempaka: terdiri atas 13 kamar yang diperuntukkan atas WBP dengan kasus napza. Jumlah penghuninya 225 orang.
3. Blok Dahlia: terdiri atas 15 kamar yang diperuntukkan bagi WBP kasus kriminal. Jumlah penghuninya 179 orang.
4. Blok Edelweiss: terdiri atas 27 kamar yang diperuntukkan bagi WBP kasus napza. Jumlah penghuninya 344 orang.

5.1.1 Program Pembinaan

Program pembinaan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu ini dibagi menjadi 4 kegiatan, yaitu:

a. Kemasyarakatan

Kegiatan ini terdiri dari 2 jenis pembinaan, yaitu pembinaan intelektual dan wawasan kebangsaan dan pembinaan sosial. Pembinaan intelektual dan wawasan kebangsaan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran berbangsa dan bernegara serta melatih kedisiplinan melalui penyuluhan hukum dan mengadakan upacara hari nasional. Selanjutnya pembinaan sosial adalah upaya untuk mempersiapkan WBP agar dapat bergabung lagi dengan masyarakat dengan memberikan hak

cuti menjelang bebas, cuti bersyarat, asimilasi, dan pelepasan bersyarat.

b. Kemandirian

Kegiatan ini merupakan sarana pelatihan bagi WBP untuk menambah ketrampilan. Tujuannya selain untuk mengisi kegiatan WBP, juga sebagai pembekalan agar WBP dapat hidup mandiri dengan memanfaatkan ilmu yang sudah didapatkan dari kegiatan ini. Keegiatannya berupa pelatihan menjahit, pembuatan kerajinan dengan mute, salon, dan membatik.

c. Kerohanian

Kegiatan ini berisi kegiatan untuk pembinaan mental kerohanian kepada WBP dengan bekerja sama dengan organisasi-organisasi keagamaan.

d. Olah raga

Kegiatan ini dilakukan dengan tujuan menjaga kesehatan dan kebugaran WBP juga sebagai sarana untuk bersosialisasi antar WBP, dengan melakukan senam pagi bersama dan kegiatan olahraga berkelompok seperti volley, badminton, tenis meja, dan lain-lain.

5.1.2 Kepegawaian

Jumlah pegawai di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu per tanggal 1 Mei 2012 adalah 235 orang (termasuk pegawai magang 8 orang). Jumlah tersebut termasuk jumlah petugas pengamanan yang berjumlah 115 orang. Berikut ini adalah distribusi responden berdasarkan golongan kepegawaian, pendidikan, dan jenis kelamin.

Tabel 5.1
Distribusi Pegawai Berdasarkan Golongan di Rumah Tahanan
Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

No	Golongan	Jumlah	Persentase
1	IVa	2	0,9
2	IIIId	10	4,4
3	IIIc	10	4,4
4	IIIb	80	35,2
5	IIIa	29	12,8
6	IIId	13	5,7
7	IIc	19	8,4
8	IIf	5	2,2
9	IIf	59	26
Jumlah		227	100

Sumber: <http://www.rutanpondokbambu.com/search/label/SDM>

Tabel 5.1 adalah gambaran jumlah dan persentase pegawai di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu berdasarkan golongan kepegawaian. Pegawai paling banyak adalah pegawai golongan IIIB dengan jumlah 80 orang (35,2%), sedangkan pegawai paling sedikit ada di golongan IVA sebanyak 2 orang (0,9%).

Tabel 5.2

Distribusi Pegawai Berdasarkan Pendidikan di Rumah Tahanan
Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	SMP	2	1
2	SMA	159	70
3	D3	7	3
4	S1	51	22,5
5	S2	8	3,5
Jumlah		227	100

Tabel 5.2 adalah gambaran jumlah dan persentase pegawai di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu berdasarkan pendidikan. Dari 227 pegawai, sebanyak 159 orang pegawai (70%) menempuh pendidikan hingga SMA, sedangkan tingkat pendidikan paling tinggi, yaitu SMP sebanyak 2 orang (1%).

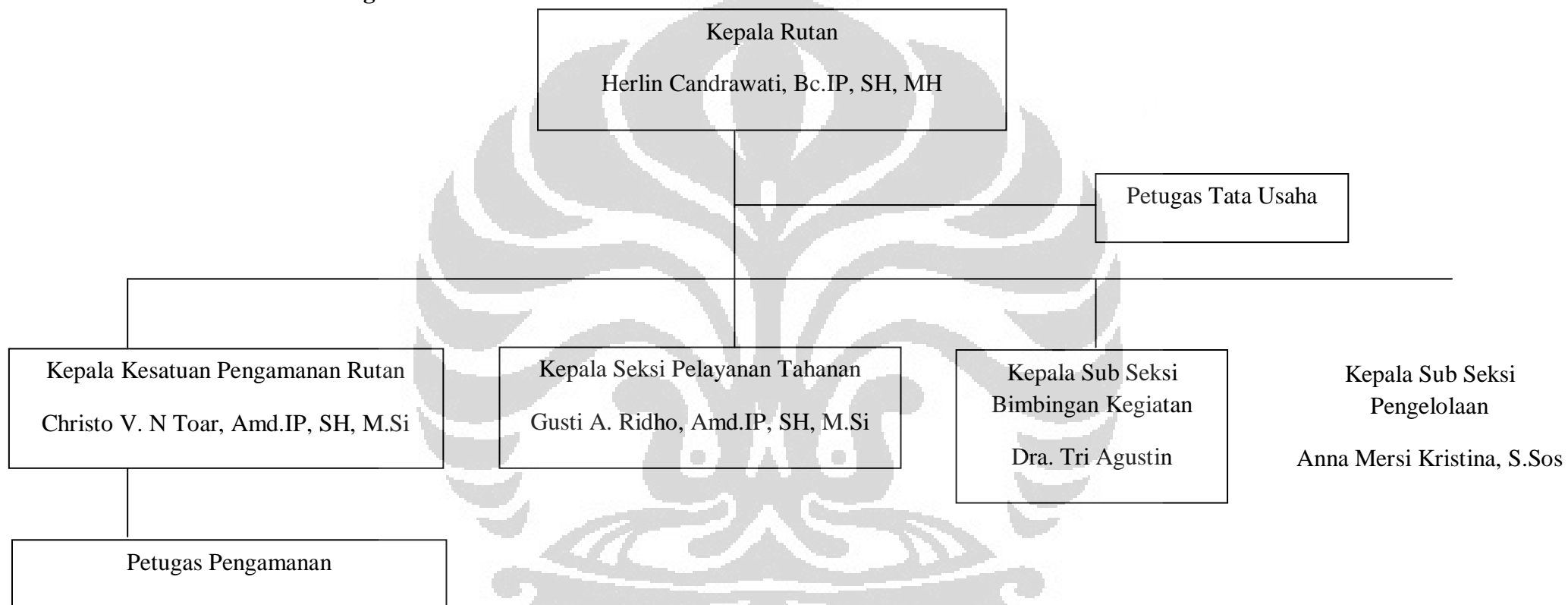
Tabel 5.3

Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Tahanan
Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	Perempuan	98	43,2
2	Laki-laki	129	56,8
Jumlah		227	100

Tabel 5.3 adalah gambaran jumlah dan persentase pegawai di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu berdasarkan jenis kelamin. Pegawai paling banyak adalah pegawai dengan jenis kelamin laki-laki berjumlah 129 orang (56,8%), sedangkan pegawai perempuan sebanyak 98 orang (45,2%).

5.1.3 Struktur Organisasi



Gambar 5.1 Struktur Organisasi Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

Sumber: Laporan Tahunan Kepegawaian Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu Tahun 2011

Untuk menjalankan fungsinya, Rumah Tahanan Negara Kelas IIA memiliki struktur organisasi yang terdiri dari Kepala Rutan, Petugas Tata Usaha, Kepala Kesatuan Pengamanan Rutan, Kepala Seksi Pelayanan Tahanan, Kepala Sub Seksi Bimbingan Kegiatan, Kepala Sub Seksi Pengelolaan, dan Petugas Pengamanan. Adapun tugas pokok dan fungsi dari masing-masing jabatan berdasarkan Keputusan Menteri Kehakiman Republik Indonesia No: M.04-PR.07.03 Tahun 1985 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Tahanan Negara dan Rumah Penyimpanan Benda Sitaan Negara, yaitu:

1. Kepala Rutan

Kepala rutan menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi baik dalam lingkungan masing-masing maupun antar satuan organisasi dalam lingkungan rutan serta dengan instansi lain di luar rutan sesuai dengan tugas pokok masing-masing, mengawasi bawahannya masing-masing dan bila terjadi penyimpangan agar mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, mengikuti dan mematuhi petunjuk-petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat waktu, menyampaikan laporan kepada Dirjen Pemasyarakatan melalui Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM.

2. Petugas Tata Usaha

Petugas tata usaha mempunyai tugas melakukan urusan surat-menyurat dan kearsipan.

3. Kepala Kesatuan Pengamanan Rutan

Kesatuan pengamanan rutan mempunyai tugas memelihara keamanan dan ketertiban rutan.

4. Kepala Sub Seksi Pelayanan Tahanan

Sub seksie pelayanan tahanan mempunyai tugas melakukan pengadministrasian dan perawatan, mempersiapkan pemberian bantuan hukum dan penyuluhan bagi WBP.

5. Kepala Sub Seksie Bimbingan Kegiatan

Sub seksie bimbingan kegiatan mempunyai tugas memberikan bimbingan kegiatan dan mempersiapkan bahan bacaan bagi WBP.

6. Kepala Sub Seksie Pengelolaan

Sub seksie pengelolaan rutan mempunyai tugas melakukan pengurusan keuangan, perlengkapan, rumah tangga, dan kepegawaian di lingkungan rutan.

5.1.4 Sarana Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

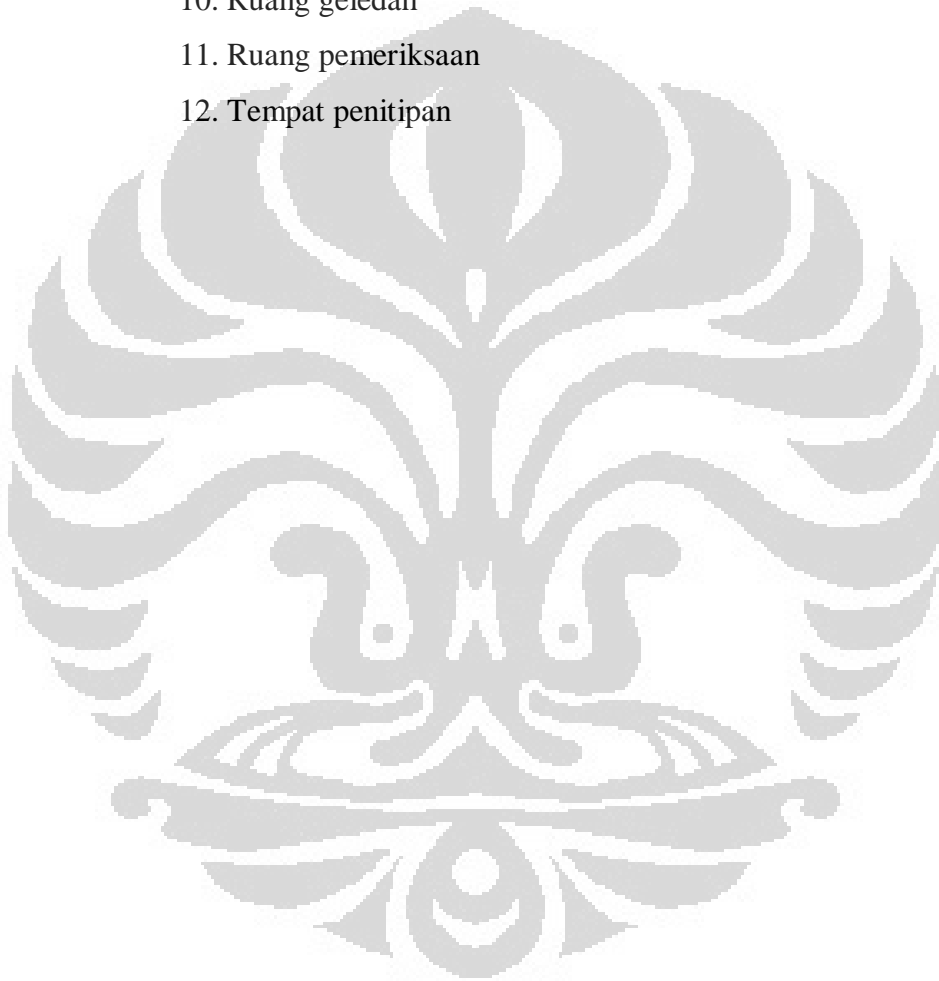
Berikut ini merupakan beberapa sarana yang tersedia di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu yang menunjang kegiatan pembinaan dan perawatan bagi WBP, yaitu:

1. Aula
2. Ruang kunjungan
3. Ruang bantuan hukum
4. Dapur
5. Wartel
6. Koperasi pegawai
7. Perpustakaan
8. Ruang pendidikan
9. Bengkel kerja
10. Ruang olahraga dan kesenian
11. Masjid Al-Ikhlas
12. Gereja
13. Poliklinik

Sedangkan berikut ini adalah ruang administrasi perkantoran yang menunjang kegiatan administrasi bagi pegawai:

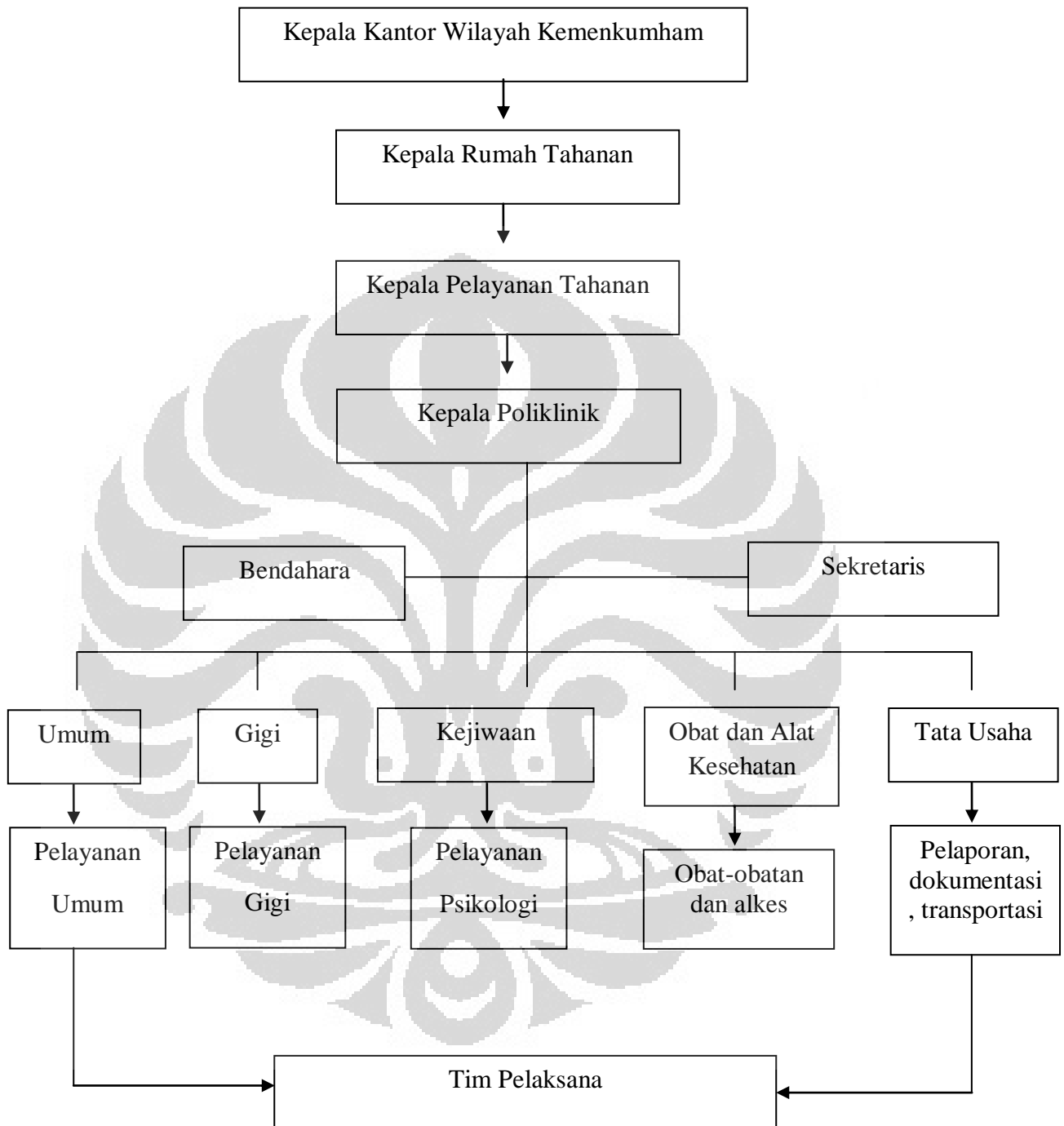
1. Ruang Kepala Rutan
2. Ruang staf keamanan

3. Ruang seksi pelayanan tahanan
4. Ruang kepala sub seksie
5. Ruang kepegawaian
6. Ruang keuangan
7. Ruang perlengkapan
8. Ruang komandan posko
9. Portir
10. Ruang geledah
11. Ruang pemeriksaan
12. Tempat penitipan



5.2 Gambaran Poliklinik Rutan

5.2.1 Struktur Organisasi



Gambar 5.2 Struktur Organisasi Poliklinik Rumah Tahanan Negara Kelas IIA

Pondok Bambu Tahun 2012

Sumber: Laporan Tahunan Poliklinik Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu Tahun 2011

5.2.2 Program Pelayanan Kesehatan

1. Program HIV dan AIDS

Melayani edukasi, VCT, CST (*Care and Support Treatment*), Terapi ARV, Rehabilitasi. Bekerja sama dengan Partisan Club, RS Dharmais Jakarta, PPTI Jakarta dan Yayasan Pelita Ilmu.

Salah satu bentuk pelayanan edukasi dari program ini adalah penyuluhan kepada WBP tentang HIV dan AIDS yang disampaikan oleh petugas kesehatan dari kader kesehatan yang sudah mendapat pelatihan sebelumnya.

2. Program Ibu Hamil dan Peningkatan Gizi

Melayani pemeriksaan ibu hamil, imunisasi balita, dan pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dan yang berstatus malnutrisi. Selama ini poliklinik rutan belum pernah menangani secara langsung ibu hamil yang akan melahirkan. Ibu yang akan melahirkan biasanya dirujuk ke rumah sakit. Program ini bekerja sama dengan RS Dr. Cipto Mangunkusumo, RS Harum, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, dan donator.

3. Program Infeksi Menular Seksual

Program ini melayani edukasi dan pemeriksaan laboratorium. Bekerja sama dengan kelompok kerja lapas dan Klinik Remaja Yayasan Pelita Ilmu.

4. Program TB

Program TB melayani edukasi, pemeriksaan penunjang (dahak, X-ray, dan darah). Bekerja sama dengan PPTI. Program TB saat ini juga melaksanakan program pelayanan untuk TB-HIV, karena penanganan kasus untuk TB-HIV berbeda dengan TB-non HIV.

5. Program hygiene dan sanitasi

Program ini melayani edukasi, pemeriksaan, lokalisasi blok hunian, pemberantasan vector dan pembasmian tikus. Program ini bekerja sama dengan PT. Unilever dan donatur.

5.2.3 Klinik Pelayanan VCT

Klinik pelayanan VCT berdiri sejak tahun 2005. Pelayanan VCT buka setiap hari Senin-Jumat pukul 8.00 – 16.00. Pelayanan ini berada di bawah pengelolaan program HIV dan AIDS. Jumlah konselor yang melayani VCT ada 3 orang yang berasal dari tenaga kesehatan poliklinik rutan yang sudah mendapatkan pelatihan konselor. Latar belakang pendidikan dari konselor beragam, yaitu dokter gigi, psikolog, dan perawat.

Sarana di klinik VCT rutan masih minim karena keterbatasan jumlah ruangan yang ada di gedung Poliklinik Rutan. Ruangan konseling VCT biasanya dilakukan di ruangan kepala poliklinik. Pada saat sedang ada klien yang konseling konselor akan memberitahukan kepada petugas yang biasanya bekerja di ruangan tersebut untuk tidak masuk dan mengganggu proses konseling. Fasilitas di ruangan konseling ada pendingin ruangan, air minum, dan tissue, sehingga dapat membuat klien nyaman saat sesi konseling berlangsung. Namun, berdasarkan wawancara dengan salah satu konselor di klinik VCT, media yang dimiliki klinik VCT masih kurang. Klinik hanya memiliki media informasi yang diberikan oleh Dinas Kesehatan setempat. Klinik VCT masih sulit untuk mengakses media promosi kesehatan untuk menunjang pelayanan, terkadang konselor harus mencari melalui internet media informasi yang dapat memudahkan konselor dalam menyampaikan informasi tentang HIV dan AIDS.

Klinik pelayanan VCT ini sudah ditunjang dengan fasilitas laboratorium, sehingga pemeriksaan sample darah klien dapat segera dilakukan dan diketahui hasilnya. Pengambilan darah untuk pemeriksaan dilakukan di ruangan laboratorium rutan. Klien akan dirujuk ke laboratorium rutan untuk pengambilan darahnya. Namun pemeriksaan di laboratorium rutan masih terbatas pada *rapid test* HIV. Sedangkan untuk pemeriksaan ELISA, *viral load*, atau CD4⁺ biasanya sampel klien akan dirujuk ke laboratorium rumah sakit. Pemeriksaan lanjutan ini biasanya jarang dilakukan oleh klien karena biaya pemeriksaan ini harus ditanggung oleh klien.

Klien yang melakukan VCT di klinik ini biasanya berasal dari WBP yang baru masuk, pasien poli umum yang menunjukkan gejala klinis, dan dibawa oleh kader kesehatan. Klinik VCT ini tidak hanya melakukan konseling dan tes yang bertujuan untuk mengetahui status HIV klien, tetapi juga melakukan konseling pendampingan untuk klien yang sedang menjalani terapi ARV, klien HIV⁺ yang sedang hamil, klien dengan infeksi oportunistik, dan klien dengan kasus TB.

Evaluasi kegiatan pelayanan VCT dilakukan setiap setahun dua kali oleh Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM. Sedangkan evaluasi kinerja konselor dilakukan satu kali setahun oleh konselor nasional. Pelatihan untuk konselor tidak hanya terbatas pelatihan untuk konseling VCT saja, tapi juga untuk menambah kemampuan konselor dalam melakukan pendampingan bagi klien yang sudah HIV⁺ yang memiliki masalah kesehatan tertentu, seperti hamil dan infeksi oportunistik.

Laporan yang dihasilkan dari klinik ini dibuat per bulan, meliputi target jumlah kunjungan VCT yang dicapai, jumlah klien yang positif HIV, jumlah klien yang dirujuk, jumlah klien yang terapi ARV, dan jumlah klien yang mengikuti program PMTCT (*Prevention Mother To Child Transmitted*).

5.3 Analisis Univariat

Berikut ini adalah hasil analisis univariat yang menggambarkan distribusi responden berdasarkan partisipasi VCT, karakteristik sosiodemografi (umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama menghuni, jenis tindak pidana, dan gejala IMS), persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT, pengetahuan, persepsi WBP yang pernah melakukan VCT terhadap sarana di klinik VCT, persepsi WBP yang pernah melakukan VCT terhadap konselor di klinik VCT, dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan teman atau keluarga.

5.3.1 Partisipasi *Voluntary Counselling and Testing* HIV (VCT)

Tabel 5.4

Distribusi Responden Berdasarkan Partisipasi *Voluntary Counselling and Testing* HIV (VCT) di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

Partisipasi VCT	Jumlah	Persentase
Ya	27	28,4
Tidak	68	71,6
Jumlah	95	100

Dari hasil analisis pada tabel 5.4 didapatkan responden yang pernah melakukan VCT adalah 27 orang (28,4%), sedangkan yang tidak melakukan VCT adalah 68 orang (71,6%).

5.3.2 Karakteristik Sosiodemografi

Berikut ini adalah distribusi responden berdasarkan karakteristik sosiodemografi, diantaranya umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama menghuni, tindak pidana, dan gejala infeksi menular seksual.

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di Rumah
Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

Karakteristik demografi		Jumlah	Persentase
Umur	≤ 30 tahun	50	52,6
	> 30 tahun	45	47,4
Jumlah		95	100
Pendidikan	Tinggi	75	78,9
	Rendah	20	21,1
Jumlah		95	100
Pekerjaan	Bekerja	76	80,0
	Tidak bekerja	19	20,0
Jumlah		95	100
Status perkawinan	Belum menikah	28	29,5
	Menikah	67	70,5
Jumlah		95	100
Lama menghuni	< 1 tahun	47	49,5
	≥ 1 tahun	48	50,5
Jumlah		95	100
Tindak pidana	Napza	60	63,2
	Kriminal	35	36,8
Jumlah		95	100
Gejala IMS	Ada	53	55,8
	Tidak ada	42	44,2
Jumlah		95	100

Umur responden dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan nilai *cut off point median* dari umur seluruh responden. Dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden berusia kurang dari atau sama dengan 30 tahun, yaitu berjumlah 50 orang (52,6%), sedangkan sisanya berjumlah 45 orang (47,4%) berusia lebih dari 30 tahun.

Pendidikan responden dibagi menjadi 2 kategori, yaitu tinggi dan rendah. Kategori ini berdasarkan *cut off point* median dari seluruh tingkat pendidikan yang dicapai responden. Dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa mayoritas responden, sudah mencapai tingkat pendidikan tinggi yaitu berjumlah 75 orang (78,9%). Tingkat pendidikan tinggi adalah tingkat pendidikan hingga lulus SMA yang pernah dicapai responden. Berikutnya responden dengan tingkat pendidikan rendah berjumlah 20 orang (21,1%), dengan rincian tidak tamat SD berjumlah 1 orang (1,1%), tamat SD berjumlah 6 orang (6,3%), dan tamat SMP berjumlah 13 orang (13,7%) (lihat lampiran tabel pelengkap nomor 1).

Untuk variabel pekerjaan, dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa mayoritas responden sebelum menjalani masa hukuman di rutan pernah bekerja yaitu berjumlah 76 orang (80%), berikutnya responden yang tidak bekerja berjumlah 19 orang (20%). Pekerjaan responden yang sebelumnya pernah bekerja sebelum menjalani masa hukuman, yaitu berstatus pelajar/mahasiswa berjumlah 5 orang (5,3%), bekerja sebagai pegawai negeri sipil berjumlah 2 orang (2,1%), dan bekerja sebagai wiraswasta berjumlah 29 orang (30,5%) (lihat tabel pada lampiran).

Menurut status perkawinan, dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa responden berstatus menikah, yaitu berjumlah 67 orang (70,5%). Sedangkan belum menikah sebanyak 28 orang (29,5%).

Menurut lama masa hukuman yang sudah dijalani responden di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu dibagi menjadi 2 kategori, yaitu < 1 tahun dan ≥ 1 tahun. Pembagian kategori ini berdasarkan *cut off point median*. Dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa mayoritas responden sudah menghuni rutan kurang dari 1 tahun, yaitu berjumlah 47 orang (49,5%), sedangkan sisanya berjumlah 48 orang (50,5%) telah menghuni rutan selama lebih dari 1 tahun.

Di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahanan dibagi menjadi 2 berdasarkan jenis tindak pidana yang dilakukan, yaitu karena kasus napza dan kasus kriminal. Dari 95 orang yang diteliti

didapatkan hasil bahwa mayoritas responden terlibat kasus napza, yaitu berjumlah 60 orang (63,2%), sedangkan sisanya berjumlah 35 orang (36,8%) terlibat kasus kriminal.

Menurut riwayat pernah mengalami gejala infeksi menular seksual, dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden pernah memiliki gejala infeksi menular seksual, yaitu berjumlah 53 orang (55,8%), sedangkan sisanya berjumlah 42 orang (44,2%) tidak memiliki riwayat infeksi menular seksual. Gejala infeksi menular seksual yang umum dialami oleh responden adalah keputihan.

5.3.3 Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT

Tabel 5.6 menggambarkan hasil distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT. Responden melakukan penilaian terhadap dirinya terhadap kebutuhannya pada akses ke layanan VCT.

Tabel 5.6

Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

Kebutuhan Responden Terhadap Layanan VCT	Jumlah	Persentase
Tinggi	59	62,1
Rendah	36	37,9
Jumlah	95	100

Dari hasil analisis pada tabel 5.6, dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil bahwa mayoritas responden mempunyai persepsi bahwa kebutuhan dirinya untuk akses ke pelayanan VCT tinggi, yaitu berjumlah 59 orang (62,1%), sedangkan sisanya berjumlah 36 orang (37,9%) mempunyai persepsi bahwa kebutuhan dirinya untuk akses ke pelayanan VCT rendah.

5.3.4 Pengetahuan

Berikut ini adalah hasil distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuannya tentang HIV & AIDS dan VCT. Pengkategorian didasarkan pada nilai *cut off point median* dari total nilai skor yang didapatkan seluruh responden. Dengan ketentuan dianggap baik jika total skor ≥ 22 , dan dianggap buruk jika < 22 .

Tabel 5.7

Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Baik	63	66,3
Buruk	32	33,7
Jumlah	95	100

Dari hasil analisis pada tabel 5.7, dari 95 orang yang diteliti didapatkan hasil responden memiliki pengetahuan tentang HIV dan VCT yang baik, yaitu berjumlah 63 orang (66,3%), sedangkan sisanya sebanyak 32 orang (33,7%) memiliki pengetahuan yang buruk tentang HIV dan VCT.

5.3.5 Persepsi Terhadap Sarana dan Konselor

Pada tabel 5.8 menggambarkan hasil distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap sarana dan konselor yang ada di klinik VCT. Penilaian ini hanya diberikan pada responden yang pernah melakukan VCT di klinik rutan saja.

Aspek penilaian terhadap sarana antara lain kelengkapan alat peraga, persepsi terhadap kenyamanan ruang konseling, dan kondisi ruang konseling dalam menjaga privasi. Sedangkan aspek penilaian kinerja konselor antara lain terkait kemampuan konselor untuk membuat klien terbuka dan jujur, saran yang diberikan konselor, dan waktu tunggu untuk konseling.

Tabel 5.8

Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Sarana dan Konselor di Klinik VCT Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

Persepsi Responden		Jumlah	Persentase
Terhadap Sarana	Baik	23	85,2
	Buruk	4	14,8
Jumlah		27	100
Terhadap Konselor	Baik	17	63
	Buruk	10	37
Jumlah		27	100

Menurut persepsi responden terhadap sarana di klinik VCT, dari 27 orang yang pernah melakukan VCT di poliklinik rutan, sebanyak 23 orang (85,2%) menilai bahwa sarana yang ada di klinik VCT sudah baik, sedangkan sisanya sebanyak 4 orang (14,8%) menilai bahwa sarana yang ada di klinik VCT rutan masih buruk. Menurut persepsi responden terhadap konselor di klinik VCT, dari 27 orang yang pernah melakukan VCT di poliklinik rutan, sebanyak 17 orang (63%) menilai bahwa kinerja konselor di klinik VCT sudah baik, sedangkan sisanya sebanyak 10 orang (37%) menilai bahwa kinerja konselor di klinik VCT rutan masih buruk.

5.3.6 Dukungan Kepada Responden

Dukungan yang diterima responden untuk mendorong agar mau melakukan VCT dinilai dari 3 aspek, yaitu dukungan dari rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan teman atau keluarga.

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Kepada Responden di Rumah
Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu

Dukungan Kepada Responden		Jumlah	Persentase
Dukungan Rutan	Tinggi	57	60
	Rendah	38	40
Jumlah		95	100
Dukungan Tenaga Kesehatan	Tinggi	48	50,5
	Rendah	47	49,5
Jumlah		95	100
Dukungan Teman atau Keluarga	Tinggi	37	38,9
	Rendah	58	61,1
Jumlah		95	100

Dukungan rutan adalah upaya pihak rutan baik berupa kebijakan maupun kegiatan rutin untuk WBP yang dapat mendorong peningkatan partisipasi WBP untuk melakukan VCT. Dukungan rutan dapat berupa kegiatan penyuluhan kesehatan, pemeriksaan awal bagi tahanan baru, dan penyebaran media informasi kesehatan. Dari hasil analisis didapatkan dari 95 orang responden, sebanyak 57 orang responden (60%) menilai bahwa dukungan rutan dalam penginformasian tentang HIV & AIDS dan layanan VCT adalah tinggi, sedangkan sebanyak 38 orang (40%) menilai bahwa dukungan rutan masih rendah.

Dukungan tenaga kesehatan merupakan upaya dukungan dari tenaga kesehatan di poliklinik rutan yang dapat mendorong WBP untuk melakukan VCT. Dukungan petugas dapat berupa pemberian informasi tentang HIV dan VCT, pemeriksaan rutin terhadap infeksi menular seksual, hingga rujukan untuk VCT. Menurut dukungan tenaga kesehatan, dari 95 orang responden, sebanyak 48 orang responden (50,5%) menilai bahwa dukungan petugas kesehatan untuk mendorong partisipasi WBP untuk melakukan VCT sudah tinggi, sedangkan sebanyak 47 orang (49,5%) menilai bahwa dukungan petugas kesehatan masih rendah.

Dukungan teman atau keluarga merupakan upaya yang dapat mendorong WBP untuk melakukan VCT. Dukungan tersebut dapat berupa penyampaian informasi dari teman atau keluarga tentang layanan VCT atau ajakan untuk melakukan VCT. Menurut dukungan teman atau keluarga, dari 95 orang responden, sebanyak 37 orang responden (38,9%) menilai bahwa dukungan teman atau keluarga dalam upaya mendorong responden untuk melakukan VCT sudah tinggi, sedangkan sebanyak 58 orang (61,1%) menilai bahwa dukungan teman atau keluarga dekat masih rendah.

5.4 Analisis Bivariat

Pada bagian ini akan dijelaskan hasil analisis tabulasi silang yang menggambarkan hubungan antara faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada tahanan di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu. Faktor independennya antara lain faktor sosiodemografi (pendidikan, pekerjaan, tindak pidana, dan gejala IMS), persepsi diri terhadap kebutuhan layanan VCT, pengetahuan, dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan teman atau keluarga dekat.

5.4.1 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Partisipasi VCT

Berikut ini adalah hasil analisis hubungan antara faktor sosiodemografi dengan partisipasi VCT pada tahanan.

Tabel 5.10

Hubungan antara Pendidikan dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan
Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

Karakteristik Sosiodemografi		Partisipasi VCT				Total		OR (CI 95%)	P value
		Ya		Tidak		n	%		
		n	%	n	%				
Pendidikan	Tinggi	4	14,8	16	23,5	20	21,1	0,565	0,347
	Rendah	23	85,2	52	76,5	75	78,9	(0,170-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	0,1878)	
Pekerjaan	Bekerja	23	85,2	53	77,9	76	80,0	1,627	0,426
	Tidak bekerja	4	14,8	15	22,1	19	20,0	(0,487-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	5,439)	
Tindak Pidana	Napza	25	92,6	35	51,5	60	63,2	0,085	<0,001*
	Kriminal	2	7,4	33	94,3	35	36,8	(0,019-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	0,387)	
Gejala IMS	Ya	13	48,1	40	58,8	53	55,8	0,650	0,345
	Tidak	14	51,9	28	41,2	42	44,2	(0,265-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	1,593)	

*secara statistik signifikan

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden dengan tingkat pendidikan tinggi adalah 14,8% (4 dari 27 orang), proporsi ini lebih rendah daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (23,5%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,347$ (OR = 0,565, 95% CI = 0,170-0,1878), artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang berpendidikan tinggi tidak berbeda bermakna.

Hasil analisis hubungan antara status pekerjaan pada responden sebelum menjalani masa tahanan dengan partisipasi VCT. Pengkategorian pekerjaan pada

analisis ini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu pernah bekerja dan tidak bekerja. Berdasarkan hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden yang pernah bekerja sebelum menjalani masa hukuman di rutan adalah 85,2% (23 dari 27 orang), proporsi ini lebih tinggi daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (77,9%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,426$ (OR = 1,627, 95% CI = 0,487-5,439), artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang pernah bekerja sebelum menjalani masa hukuman di rutan tidak berbeda bermakna.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara tindak pidana dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden dengan kasus napza adalah 92,6% (25 dari 27 orang), proporsi ini lebih tinggi daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (51,5%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p < 0,001$, artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden dengan kasus napza berbeda bermakna. Nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 0,085 (95% CI = 0,019-0,387). Hal ini berarti bahwa responden yang terlibat tindak pidana napza mempunyai peluang 0,085 kali untuk melakukan VCT dibandingkan dengan responden yang terlibat kasus tindak pidana kriminal.

Hasil analisis hubungan antara gejala IMS dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden yang pernah mengalami gejala infeksi menular seksual adalah 48,1% (13 dari 27 orang), proporsi ini lebih rendah daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (58,8%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,650$ (OR = 0,650, 95% CI = 0,265 – 1,593), artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang pernah mengalami gejala infeksi menular seksual tidak berbeda bermakna.

5.4.2 Hubungan Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT dengan Partisipasi VCT

Tabel 5.11

Hubungan antara Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT	Partisipasi VCT				Total		OR (CI 95%)	P value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%			n	%
Tinggi	15	55,6	44	64,7	59	62,1	0,682	0,407
Rendah	12	44,4	24	35,3	36	37,9	(0,275-	
Jumlah	27	100	68	100	95	100	1,690)	

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa kebutuhan dirinya terhadap layanan VCT tinggi adalah 55,6% (15 dari 27 orang), proporsi ini lebih rendah daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (64,7%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,407$ (OR = 0,682, 95% CI = 0,275 – 1,690), artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang memiliki persepsi tinggi terhadap kebutuhan layanan VCT tidak berbeda bermakna.

5.4.3 Hubungan Pengetahuan dengan Partisipasi VCT

Tabel 5.12

Hubungan antara Pengetahuan dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Negara
Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

Pengetahuan	Partisipasi VCT				Total		OR (CI 95%)	P value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Baik	22	81,5	41	60,3	63	66,3	2,898	0,049*
Buruk	5	18,5	27	39,7	32	33,7	(0,978-	
Jumlah	27	100	68	100	95	100	8,582)	

*secara statistik signifikan

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden dengan tingkat pengetahuan yang baik adalah 81,5% (23 dari 27 orang), proporsi ini lebih rendah daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (60,3%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,049$, artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang memiliki pengetahuan yang baik berbeda bermakna. Nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 2,898 (95% CI = 0,978-8,582). Hal ini berarti bahwa responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV dan VCT mempunyai peluang 2,898 kali untuk melakukan VCT dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan yang buruk tentang HIV dan VCT.

5.4.4 Hubungan Dukungan Kepada Responden dengan Partisipasi VCT

Berikut ini adalah hasil analisis hubungan antara dukungan yang diterima responden dengan partisipasi VCT. Dukungan kepada responden terdiri dari 3 aspek, yaitu dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan teman atau keluarga.

Tabel 5.13

Hubungan antara Dukungan Terhadap VCT Kepada Responden dengan Partisipasi VCT di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu Tahun 2012

Dukungan		Partisipasi VCT				Total		OR (CI 95%)	P value
		Ya		Tidak		n	%		
		n	%	n	%			n	%
Dukungan Rutan	Tinggi	16	59,3	41	60,3	57	60	0,958	0,926
	Rendah	11	40,7	27	39,7	38	40	(0,386-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	2,376)	
Dukungan Tenaga Kesehatan	Tinggi	18	66,7	30	44,1	48	50,5	2,533	0,047*
	Rendah	9	33,3	38	55,9	47	49,5	(0,997-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	6,436)	
Dukungan Teman atau Keluarga	Tinggi	12	44,4	25	36,8	37	38,9	1,376	0,489
	Rendah	15	55,6	43	63,2	58	61,1	(0,557-	
	Jumlah	27	100	68	100	95	100	3,402)	

*secara statistik signifikan

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara dukungan rutan dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa dukungan rutan sudah tinggi adalah 59,3% (16 dari 27 orang), proporsi ini lebih rendah daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (60,3%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,926$ ($OR = 0,958$, $95\% CI = 0,386-2,376$), artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa dukungan rutan tinggi tidak berbeda bermakna.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara dukungan tenaga kesehatan terhadap VCT dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa dukungan tenaga kesehatan sudah tinggi adalah 66,7% (18 dari 27 orang), proporsi ini lebih tinggi daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (44,1%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,047$, artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa dukungan tenaga kesehatan tinggi berbeda bermakna. Nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 2,533 ($95\% CI = 0,997-6,436$). Hal ini berarti bahwa responden yang

menilai bahwa dukungan tenaga kesehatan sudah tinggi mempunyai peluang 2,533 kali untuk melakukan VCT dibandingkan dengan responden yang menilai bahwa dukungan tenaga kesehatan masih rendah.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara dukungan teman atau keluarga terhadap VCT dengan partisipasi VCT, didapatkan hasil bahwa proporsi yang sudah melakukan VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa dukungan dari teman atau keluarga tinggi adalah 44,4% (12 dari 27 orang), proporsi ini lebih tinggi daripada responden pada kelompok yang sama namun tidak melakukan VCT (36,8%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,489$ ($OR = 1,376$, $95\% CI = 0,557-3,402$), artinya perbedaan proporsi partisipasi VCT pada kelompok responden yang menilai bahwa dukungan teman atau keluarga dekat sudah tinggi tidak berbeda bermakna.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas hasil penelitian yang dikaitkan dengan teori dan tinjauan pustaka yang ada, selain itu juga akan dibahas keterbatasan penelitian ini.

6.1 Keterbatasan Penelitian

Berikut ini akan dijelaskan keterbatasan dari penelitian. Keterbatasan tersebut akan dijelaskan dari desain penelitian, kualitas data, jumlah sampel, instrument penelitian, dan pengumpulan data.

6.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi potong lintang, dimana variabel dependen dan independen diukur dalam waktu bersamaan. Dalam studi ini tidak dapat diketahui apakah variabel independen ada sebelum atau sesudah variabel dependen ada. Studi ini hanya mampu melihat ada atau tidak hubungan antara variabel dependen dan variabel independen, bukan melihat hubungan sebab-akibat (Murti, 2011).

6.1.2 Kualitas Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan pengisian kuesioner mandiri oleh responden yang terpilih. Kualitas data sangat tergantung dengan kemampuan responden dalam memahami pertanyaan-pertanyaan yang ada di kuesioner. Pengisian kuesioner secara mandiri memiliki peluang terjadi perbedaan persepsi peneliti dengan persepsi yang ditangkap responden. Namun, untuk meminimalisasi gap antara persepsi peneliti dan responden dilakukanlah uji kuesioner pada warga binaan pemasyarakatan (WBP) di Blok Anggrek dan Blok Cempaka, yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan populasi studi.

6.1.3 Jumlah Sampel

Penelitian ini menggunakan penghitungan sampel berdasarkan estimasi partisipasi VCT, tanpa mempertimbangkan perhitungan uji hipotesis. Hal ini mungkin membuat ketidakcukupan sampel untuk membuktikan beberapa variabel faktor tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan partisipasi VCT. Pada perhitungan sampel, peneliti membutuhkan 100 orang responden untuk diikuti dalam penelitian, namun karena pada saat kuesioner sudah selesai diperiksa, hanya 95 kuesioner yang layak untuk dianalisis lebih lanjut. Walaupun jumlah sampel berkurang dari perhitungan awal, hal ini tidak menjadi masalah karena masih memenuhi jumlah sampel minimal.

6.1.4 Instrumen

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan tertutup untuk mengetahui variabel independen dan variabel dependen. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk menguji apakah pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner sudah mampu mengukur variabel-variabel yang dibutuhkan peneliti. Uji validitas instrumen dengan menggunakan korelasi Pearson dan uji reliabilitas dengan menggunakan Alpha Cronbach's (Sanusi, 2010)

6.1.5 Pengumpulan Data

Pada saat proses pengumpulan data peneliti tidak dapat bertemu langsung dengan responden karena alasan prosedur keamanan. Sehingga peneliti tidak mengetahui bagaimana kondisi saat pengisian kuesioner berlangsung.

6.1.6 Bias

Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner yang diisi sendiri oleh responden. Ada beberapa pertanyaan yang menggali memori responden, seperti gejala IMS yang pernah dialami responden, ada kemungkinan bias informasi karena harus mengingat kembali kejadian yang telah lampau (Murti, 2011).

6.2 Partisipasi VCT

Partisipasi VCT pada WBP di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012 adalah 28,4%. Penanggulangan HIV saat ini masih terkonsentrasi pada populasi kunci, populasi kunci salah satunya adalah pengguna napza jarum suntik (penasun), termasuk yang ada di rutan atau lapas (KPAN, 2010). Target KPAN berdasarkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional tahun 2010 – 2014, yaitu program dapat menjangkau 80% penghuni rutan. Jika dibandingkan dengan hasil yang diperoleh pada penelitian ini, maka angka partisipasi VCT di rutan Pondok Bambu masih sangat jauh dari target.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pelaksana program HIV di poliklinik rutan, selama ini WBP yang melakukan VCT mayoritas adalah WBP yang direkomendasikan oleh dokter saat berobat ke poliklinik rutan atau karena WBP tersebut sudah menunjukkan gejala klinis infeksi oportunistik. Sedangkan partisipan VCT yang mendatangi klinik VCT secara mandiri karena sadar bahwa dirinya berisiko tinggi masih sangat terbatas.

6.3 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Partisipasi VCT

Faktor sosiodemografi yang dianalisis hubungan dengan partisipasi VCT adalah tingkat pendidikan, pekerjaan, tindak pidana, dan riwayat infeksi menular seksual. Dari lima faktor tersebut yang memiliki hubungan signifikan dengan partisipasi VCT hanya jenis tindak pidana yang dilakukan.

Jenis tindak pidana dikategorikan menjadi 2, yaitu tindak pidana kriminal dan tindak pidana napza. Hasil analisis hubungan jenis tindak pidana dengan partisipasi VCT menunjukkan hubungan yang signifikan, dengan nilai $p < 0,001$ (OR = 0,085, 95% CI = 0,019-0,387).

Sejalan dengan hasil Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis di Lapas/Rutan Indonesia yang dilakukan oleh Kemenkumham (2010), tingkat partisipasi tes HIV pada WBP dengan kasus napza lebih tinggi dibanding pada WBP dengan kasus pidana umum. Peneliti menilai bahwa

WBP dengan tindak pidana narkoba lebih berisiko untuk terpapar HIV. Bagi pengguna narkoba suntik, risiko yang timbul berasal dari kontak dengan darah karena penggunaan jarum suntik secara bersamaan atau penggunaan jarum suntik secara berulang (Lyons dan Valentine, 1992). Petugas kesehatan dapat melakukan penilaian awal dari jenis tindak pidana yang dilakukan WBP untuk menilai perilaku berisiko terpapar HIV.

Sedangkan pada pekerjaan, tidak ditemukan hubungan yang signifikan dengan partisipasi VCT (nilai $p = 0,426$, $OR = 1,627$, $95\% CI = 0,487-5,439$). Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Khairrurahmi (2009), yang menyebutkan bahwa status pekerjaan memiliki hubungan dengan pemanfaatan klinik VCT. Begitupun pada penelitian yang dilakukan Su-Rin Shin et al. (2005), mayoritas pengunjung klinik VCT berstatus sebagai pekerja, dan sangat sedikit sekali yang berstatus sebagai pengangguran.

Tidak ditemukannya hubungan antara pekerjaan dengan partisipasi VCT karena baik pada kelompok yang bekerja, maupun yang tidak bekerja sebelum menjalani masa WBP di rutan sama-sama rendah tingkat partisipasi VCT-nya. Hal ini mungkin karena WBP di rutan masih jarang sekali yang terpapar informasi tentang HIV dan VCT, baik yang pernah bekerja maupun yang tidak pernah bekerja sebelumnya.

Tingkat pendidikan juga tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan partisipasi VCT (nilai $p = 0,347$, $OR = 0,565$, $95\% CI = 0,170 - 1,1878$). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Budi Setiawan (2011) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan layanan VCT. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Jiang Du dkk (2011) yang menemukan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan keinginan untuk melakukan VCT.

Menurut peneliti, hal ini mungkin saja karena tingkat pendidikan pada WBP tidak berpengaruh dengan pengetahuan tentang HIV dan VCT. Kurikulum sekolah di Indonesia belum memfasilitasi pengetahuan tentang

kesehatan reproduksi, sehingga pengetahuan tentang HIV dan VCT tidak serta merta didapatkan di sekolah.

Hubungan gejala infeksi menular seksual dengan partisipasi VCT tidak signifikan (nilai $p = 0,345$, $OR = 0,650$, $95\% CI = 0,265 - 1,593$). Hal ini sejalan dengan penelitian pada pekerja seks di China yang menunjukkan bahwa pekerja seks yang memiliki riwayat infeksi menular seksual lebih sedikit menunjukkan keinginan untuk melakukan tes HIV (Ying Wang, 2010).

Gejala infeksi menular seksual yang umum dialami oleh WBP adalah keputihan. Gejala keputihan merupakan kejadian umum yang dialami oleh wanita, tidak selalu terkait dengan penyakit. Gejala infeksi menular seksual pada wanita lebih sulit untuk dideteksi, karena wanita tidak akan mengalami sakit, sehingga jarang yang akan memeriksakan keadaannya. Menurut peneliti, riwayat gejala infeksi menular seksual tidak memiliki hubungan dengan partisipasi VCT karena WBP yang mengalami gejala IMS tidak selalu memeriksakan ke dokter, sehingga tidak mendapat rujukan untuk melakukan VCT.

Gejala infeksi menular seksual jarang diperiksakan ke dokter, maka perlu ditanyakan pada saat pemeriksaan awal kesehatan, karena gejala atau riwayat infeksi menular seksual dapat menjadi indikator penilaian terkait perilaku berisiko yang pernah dilakukan oleh WBP, yaitu hubungan seksual yang tidak aman. Seperti yang dinyatakan Borucki (1997), seseorang dengan riwayat infeksi menular seksual dan memiliki risiko untuk terinfeksi HIV sangat perlu untuk mendapatkan konseling mengenai pentingnya pemeriksaan HIV. Sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan pendekatan untuk memotivasi WBP dengan riwayat infeksi menular seksual untuk mau melakukan VCT.

6.4 Hubungan Persepsi Terhadap Kebutuhan Layanan VCT dengan Partisipasi VCT

Tidak ada hubungan signifikan antara kebutuhan terhadap pelayanan VCT dengan partisipasi VCT pada WBP (nilai $p = 0,407$, $OR =$

0,682, 95% CI = 0,275 – 1,690). Keyakinan mengenai kebutuhan terhadap layanan kesehatan terdiri atas persepsi seseorang terhadap status kesehatannya dan respon seseorang apabila menderita penyakit (Andersen, 1995). Dalam penelitian ini, faktor kebutuhan WBP terhadap pelayanan VCT sangat penting diteliti dalam mengetahui determinan terhadap partisipasi VCT. Klinik layanan VCT yang bersifat sukarela atas keinginan klien akan sangat berkaitan dengan faktor kebutuhan klien untuk memanfaatkan layanan klinik layanan VCT.

Kebutuhan terhadap pelayanan VCT pada WBP cukup tinggi, yakni 62,1% WBP menilai bahwa dirinya membutuhkan layanan VCT, namun partisipasi VCT-nya masih rendah. Hal ini terjadi mungkin karena ada WBP yang membutuhkan VCT namun tidak mengetahui harus melakukan prosedur apa untuk mengetahui status HIV-nya. Mengingat mayoritas kunjungan ke klinik VCT berasal dari rekomendasi dokter, sehingga jika ada WBP yang sebetulnya membutuhkan VCT, namun tidak pernah berkunjung ke klinik rutan, ia tidak memiliki kesempatan untuk diinformasikan tentang layanan VCT.

6.5 Hubungan Pengetahuan dengan Partisipasi VCT

Ditemukan hasil yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang HIV dan VCT dengan partisipasi VCT pada WBP (nilai $p = 0,049$, OR = 2,898, 95% CI = 0,978-8,582). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ying Wang dkk (2010) yang menyebutkan bahwa pengetahuan tentang VCT yang baik dapat mempengaruhi keinginan seseorang untuk mengunjungi klinik VCT. Namun tidak sejalan dengan penelitian Budi Setiawan yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang klinik VCT dengan pemanfaatan klinik VCT.

Sejalan dengan Ying Wang dkk (2010), peneliti menilai bahwa semakin baik pengetahuan tentang HIV dan VCT akan semakin memungkinkan seseorang untuk menilai perilakunya, apakah perilakunya berisiko untuk terinfeksi HIV atau tidak. Kemampuan menilai risiko terinfeksi ini akan mendorong keinginan seseorang untuk mengetahui

status HIV-nya, sehingga orang tersebut akan memanfaatkan layanan VCT untuk konseling dan tes HIV.

Hal ini sesuai dengan teori *Health Action Model* (Tones, 2004) yang menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi tujuan dari suatu perilaku kesehatan yang dilakukan seseorang. Pengetahuan tentang HIV, cara penularan, dan cara pencegahan yang baik akan membuat WBP dapat menilai perilaku berisiko yang pernah dilakukan, sehingga WBP akan sadar apakah merasa berisiko terinfeksi HIV. Merasa berisiko terinfeksi HIV merupakan salah satu indikasi bahwa seseorang sadar bahwa perilakunya bisa menyebabkan dirinya terinfeksi HIV (Ditjen P2PL, 2010). Sehingga semakin baik pengetahuan seseorang tentang HIV akan mempengaruhi keputusan seseorang untuk melakukan VCT.

Faktor pengetahuan yang berhubungan signifikan ini dapat menjelaskan kenapa faktor seperti pendidikan, pekerjaan, gejala IMS, dan persepsi terhadap kebutuhan layanan VCT tidak memiliki hubungan signifikan dengan partisipasi VCT. Hal ini dikarenakan partisipasi VCT lebih banyak dipengaruhi oleh pengetahuan seseorang tentang HIV dan VCT.

6.6 Hubungan Dukungan Terhadap VCT Kepada WBP dengan Partisipasi VCT

Variabel dukungan yang diterima WBP terdiri atas tiga jenis, yaitu dukungan rutan, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan teman atau keluarga. Dukungan rutan adalah upaya dukungan yang diterima WBP yang dapat mendorong untuk melakukan VCT, dukungan yang dimaksud adalah dukungan berupa penyebaran media informasi tentang HIV, kegiatan penyuluhan tentang HIV, dan kebijakan rutan terkait VCT. Dukungan tenaga kesehatan merupakan upaya yang dilakukan tenaga kesehatan untuk meningkatkan partisipasi VCT pada WBP, dukungan tersebut berupa pemeriksaan rutin untuk WBP, pemberian informasi tentang HIV dan VCT saat kunjungan ke klinik rutan, dan rekomendasi untuk melakukan VCT. Dukungan teman atau keluarga adalah upaya yang

diterima WBP dari teman atau keluarga yang dapat mempengaruhi WBP untuk melakukan VCT, dukungan teman atau keluarga yaitu berupa membagi pengalaman dan informasi tentang VCT dan rekomendasi untuk melakukan VCT.

Dari ketiga variabel terkait dukungan, hanya dukungan tenaga kesehatan saja yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan (nilai $p = 0,047$, $OR = 2,533$, $95\% CI = 0,997-6,436$). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Budi Setiawan (2011), dorongan dari petugas kesehatan yang muncul secara terus-menerus akan memberi pengaruh yang besar terhadap pemanfaatan klinik VCT.

Meski seseorang memiliki pengetahuan tentang perilaku sehat, belum tentu ia akan mempraktikkan perilaku tersebut (Notoadmodjo, 2007), karena itulah diperlukan adanya dorongan dari luar individu tersebut untuk mempraktikkan perilaku sehat sesuai yang diketahui dan diyakininya. Peran tenaga kesehatan di Poliklinik Rutan untuk mendorong partisipasi VCT pada WBP masih menjadi faktor dorongan utama yang mempengaruhi partisipasi VCT. Klien yang datang untuk VCT mayoritas masih berasal dari rujukan dokter dari poli umum apabila ditemukan WBP dengan infeksi oportunistik dan WBP dengan perilaku bersiko terinfeksi, misalnya WBP dengan riwayat penasun.

Menurut peneliti untuk meningkatkan partisipasi VCT pada WBP, terutama WBP dengan risiko tinggi terpapar HIV adalah dengan meningkatkan pengetahuan dan memberdayakan orang-orang yang berada di sekitarnya untuk dapat memberikan dukungan untuk melakukan VCT. WBP adalah orang dengan hak-hak individu yang dibatasi interaksinya dengan dunia luar dan keluarga. Interaksi terbanyak adalah dengan teman sesama WBP, maka diperlukan peningkatan keterampilan WBP yang menjadi kader kesehatan untuk dapat melakukan penilaian terhadap WBP lain dengan riwayat risiko tinggi terinfeksi HIV dan dapat memotivasi untuk melakukan VCT.

Dari hasil analisis hubungan antara dukungan teman atau keluarga dengan partisipasi VCT menunjukkan hasil yang tidak signifikan (nilai $p =$

0,489, OR = 1,376, 95% CI = 0,557-3,402). Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian di Uganda yang menyebutkan bahwa diskusi tentang HIV bersama teman atau kerabat dapat memberikan dorongan untuk mengakses layanan VCT (Mugish et al., 2010). Begitu pula dengan studi di Tanzania menemukan bahwa rekomendasi teman atau kerabat berhubungan dengan partisipasi VCT (Maman et al., 2001).

Hasil penelitian yang berbeda dengan penelitian sebelumnya mungkin karena selama ini dukungan tinggi kepada klien VCT lebih banyak didapat dari tenaga kesehatan (50,5%) dibanding dukungan dari teman atau keluarga (38,9%). Perlunya dukungan dari teman untuk mendorong partisipasi VCT sangat penting. Menurut peneliti, saran dari teman atau keluarga yang juga pernah mempunyai pengalaman VCT akan mendorong seseorang untuk memanfaatkan pelayanan VCT. Seperti hasil penelitian diantara wanita pekerja seks di China yang menunjukkan bahwa hubungan interpersonal dapat mempengaruhi keinginan untuk mengunjungi klinik VCT (Ying Wang dkk, 2010).

Saat ini di rutan sudah dibentuk kader kesehatan yang sudah dilatih untuk melakukan promosi kesehatan kepada sesama WBP. Kader kesehatan sudah dibekali pengetahuan tentang HIV dan VCT, yang diharapkan dapat membantu tenaga kesehatan dalam penyampaian informasi tentang HIV dan VCT.

Hubungan antara dukungan rutan dan partisipasi VCT tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan (nilai $p = 0,926$, OR = 0,958, 95% CI = 0,386-2,376). Hasil ini mungkin karena ketidakcukupan jumlah sampel untuk membuktikan adanya hubungan antara dukungan rutan dengan partisipasi VCT.

Prosedur untuk kebijakan tes HIV merupakan salah satu bentuk dukungan rutan yang masih jarang dilakukan oleh lembaga pemasyarakatan maupun rutan, terutama di negara berkembang (UNAIDS, 2010). VCT yang dilakukan di klinik VCT rutan bukanlah VCT yang dilakukan atas paksaan karena kewajiban dari peraturan rutan. Salah satu bentuk dukungan rutan yang sudah dilakukan untuk mendorong partisipasi

VCT adalah melakukan kegiatan penyuluhan tentang HIV dan VCT pada seluruh WBP. Tidak adanya hubungan antara dukungan rutan dengan partisipasi VCT karena mayoritas klien VCT yang datang karena ada dukungan dari tenaga kesehatan.

Prinsip VCT adalah kerelaan klien untuk melakukan VCT adalah hal yang masih dijunjung tinggi dalam pembuatan kebijakan terkait VCT di rutan. Pertimbangan etis untuk melakukan VCT secara paksa (*mandatory VCT*) masih menjadi perdebatan. Petunjuk CDC untuk tes HIV di layanan kesehatan menetapkan bahwa tujuan konseling adalah untuk tujuan agar konseling menjadi jalan untuk memotivasi, bukan memaksa untuk melakukan tes HIV.

Menurut peneliti, dukungan yang dapat diberikan rutan untuk mendorong partisipasi antara lain menyebarkan informasi tentang HIV dan VCT. Dukungan rutan berperan besar untuk perawatan dan pengobatan WBP yang sudah positif HIV. Program kerja sama antara poliklinik rutan dengan beberapa rumah sakit terfokus pada penanganan klien dengan HIV, yaitu program rujukan melahirkan untuk ibu dengan HIV positif, layanan ARV, dan terapi metadon untuk mencegah penggunaan jarum suntik pada WBP dengan riwayat penasun.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan hasil penelitian dan memberikan saran berdasarkan temuan yang peneliti dapatkan. Saran yang penulis berikan adalah masukan bagi rumah tahanan untuk perbaikan program dan masukan bagi peneliti lain yang tertarik dengan topik penelitian yang sama untuk perbaikan penelitian.

7.1 Kesimpulan

1. Partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan (WBP) di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu tahun 2012 adalah 28,4%.
2. Karakteristik sosiodemografi di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 52,6%, tingkat pendidikan WBP hingga tingkat pendidikan tinggi (minimal lulus SMA) sebanyak 78,9%, pernah bekerja sebelum menghuni rutan sebanyak 80%, status perkawinan WBP sudah menikah atau pernah menikah sebanyak 70,5%, sudah menghuni rutan lebih dari satu tahun sebanyak 50,5%, kasus tindak pidana WBP paling banyak adalah kasus napza dibandingkan kasus kriminal sebanyak 63,2%, WBP pernah mengalami gejala infeksi menular seksual sebanyak 55,8%.
3. WBP yang memiliki persepsi bahwa dirinya membutuhkan layanan VCT sebanyak 62,1%.
4. WBP yang memiliki tingkat pengetahuan terkait HIV dan VCT dalam kategori baik sebanyak 66,3%.
5. Sebanyak 85,2% WBP yang sudah pernah melakukan VCT memiliki persepsi yang baik terhadap sarana di klinik VCT, sementara 63% WBP menilai kinerja konselor di klinik VCT rutan sudah baik.
6. Sebanyak 60% WBP menerima dukungan yang tinggi dari rutan untuk mendorong partisipasi VCT.
7. Sebanyak 50,5% WBP menerima dukungan yang tinggi dari tenaga kesehatan untuk mendorong partisipasi VCT.

8. Sebanyak 61,1% WBP menerima dukungan yang rendah dari teman atau keluarga untuk mendorong partisipasi VCT.
9. Faktor sosiodemografi yang memiliki hubungan dengan partisipasi VCT pada WBP adalah jenis tindak pidana. Sedangkan faktor lain seperti pendidikan, pekerjaan, dan gejala IMS tidak berhubungan.
10. Tingginya persepsi WBP terkait kebutuhan dirinya terhadap layanan VCT tidak berhubungan dengan partisipasi VCT.
11. Pengetahuan yang baik tentang HIV dan VCT berhubungan dengan partisipasi VCT. Pengetahuan tentang HIV dan VCT dapat memotivasi WBP untuk melakukan VCT.
12. Dukungan rutan tidak memiliki hubungan dengan partisipasi VCT pada WBP.
13. Dukungan tenaga kesehatan berhubungan dengan partisipasi VCT pada WBP.
14. Dukungan teman atau keluarga yang diterima WBP tidak berhubungan dengan partisipasi VCT pada WBP.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk institusi rumah tahanan

1. Jenis tindak pidana berhubungan dengan partisipasi VCT, maka WBP dengan kasus napza dijadikan target utama program promosi kesehatan untuk VCT. Untuk WBP kasus napza yang baru pertama kali masuk, perlu diselidiki riwayat pemakaian napza suntik. WBP dengan riwayat sebagai penasun dapat direkomendasikan untuk melakukan VCT.
2. Dukungan tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh untuk mendorong partisipasi VCT pada WBP, pada saat WBP pertama kali masuk perlu dilakukan penilaian terkait riwayat faktor perilaku berisiko terinfeksi HIV, sehingga konselor dapat melakukan pendekatan untuk mendorong WBP tersebut untuk mau melakukan VCT.

3. Gejala infeksi menular seksual perlu ditanyakan kepada WBP yang baru masuk, sehingga dapat dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Gejala infeksi menular seksual dapat dijadikan indikator penilaian untuk menilai perilaku berisiko terinfeksi HIV, yaitu hubungan seksual yang tidak aman. Sehingga petugas kesehatan dapat melakukan pendekatan untuk memotivasi agar WBP tersebut mau melakukan VCT. Menjaring kasus gejala IMS pada WBP dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan rutin setiap 1 bulan sekali.
4. Untuk meningkatkan pengetahuan WBP perlu dilakukan pemberdayaan kader kesehatan yang tidak hanya sebatas untuk penyampaian informasi tentang HIV dan VCT. Kader kesehatan diberi pelatihan untuk dapat menilai teman sesama WBP yang memiliki riwayat perilaku berisiko tinggi. Sehingga kader dapat memberikan saran kepada WBP dengan risiko tinggi tersebut untuk melakukan VCT atau merujuk kepada konselor VCT untuk melakukan pendekatan kepada WBP tersebut.
5. Dukungan dari teman atau keluarga terkait penyampaian informasi tentang HIV dan VCT masih terbatas diterima oleh WBP, keluarga atau teman yang datang berkunjung dapat dijadikan sasaran untuk promosi kesehatan. Cara paling mudah untuk penyampaian informasi adalah dengan memberikan media promosi kesehatan berupa brosur atau leaflet yang berisikan informasi tentang HIV dan VCT.

7.2.2 Untuk peneliti lain

1. Beberapa variabel tidak dapat membuktikan adanya hubungan dengan partisipasi VCT pada WBP karena keterbatasan jumlah sampel. Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan perhitungan sampel uji hipotesis per variabel.

2. Untuk penelitian selanjutnya perlu meneliti hubungan umur dan status perkawinan dengan partisipasi VCT.
3. Untuk penelitian selanjutnya perlu menanyakan riwayat perilaku berisiko dan hubungannya dengan partisipasi VCT. Untuk menanyakan perilaku berisiko terinfeksi HIV apa saja yang pernah dilakukan, tidak membatasi dalam waktu setahun terakhir.
4. Dalam penelitian ini variabel dukungan teman atau keluarga tidak dibedakan, sebaiknya untuk penelitian selanjutnya variabel dukungan teman dan dukungan keluarga dijadikan dua variabel yang berbeda.

Daftar Pustaka

- Andersen, Ronal M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. *Journal of Health and Social Behavioral*, Vol. 36, Maret, 1-10.
- Badan Narkotika Nasional. (2009). *Data Kasus Narkoba di Indonesia Tahun 1997-2008: 11 Tahun Terakhir*.
- Bruhn, John G., (1992). Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS. *HIV Manual untuk Tenaga Kesehatan*. (275 – 286). Jakarta: EGC
- Chillisa, B. & Bennel, P. (2001). *The impact of HIV/ AIDS on the University of Botswana: Developing a comprehensive strategic response*. Faculty of Education: University of Botswana.
- Daftar Jumlah Pegawai Rutan Klas IIA Jakarta Timur Berdasarkan Golongan Pendidikan dan Agama*. (n.d.). May 20, 2012.
rutanpondokbambu.com/search/label/SDM
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Terapi Antiretroviral*. (n.d.). July 6, 2012.
spiritia.or.id/Dok/pedomanart2.pdf
- Direktorat Jendral Pemasarakatan. (2010). *Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis serta Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV Pada Narapidana di Lapas/Rutan di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Hukum dan HAM
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011). *Survei Terpadu Biologis dan Perilaku*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2003). *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta: Kemenkes RI
- Djoerban, Zubiri. (1999). *Membedik AIDS: Ikhtiar Memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta: Galang Press Yogyakarta.

- Glanz, Karen., Frances Markus, & Barbara K. Rimer. (1996). *Health Behavior and Health Education Theory Research and Practice* (2nd ed.). San Fransisco: Jossey-Bass.
- HIV and AIDS in Asia*. (n.d.). February 6, 2012. <http://www.avert.org/prisons-hiv-aids.htm>
- HIV Testing: The Different Types of HIV Test*. (n.d.). June 18, 2012. <http://www.avert.org/testing.htm>
- How is HIV Passed From One Person to Another?*. (n.d.) July 4, 2012. <http://www.cdc.gov/hiv/resources/qa/transmission.htm>.
- Hung Fan., Ross F. Conner, & Luis P. Villarreal. (2010). AIDS: Science and Society. *Jones & Bartlett Publishers*,150-151.
- International Labour Organization (ILO). (2001). *Code of practice on HIV/AIDS and the world of work*. Geneva: International Labour Office.
- Jiang Du, dkk. *A mixed methods approach to identifying factors related to voluntary HIV testing among injection drug users in Shanghai, China*. China
- Kartu Laporan Pencegahan HIV pada Remaja Putri dan Perempuan Muda*. (n.d.). February 28, 2012. http://www.unfpa.org/hiv/docs/report-cards/indonesia_indonesian.pdf
- Kementerian Kehakiman Republik Indonesia. (1985). *Keputusan Menteri Kehakiman Republik Indonesia No: M.04-PR.07.03 Tahun 1985 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Tahanan Negara dan Rumah Penyimpanan Benda Sitaan Negara*. Kementerian Kehakiman Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan. (2011). *Laporan Kasus HIV-AIDS di Indonesia sampai dengan Desember 2011*.
- Khairrurahmi. (2009). *Pengaruh Faktor Predisposisi, Dukungan Keluarga Dan Level Penyakit Orang Dengan HIV/AIDS Terhadap Pemanfaatan VCT Di Kota Medan*. (Tesis). June 16, 2012. Universitas Sumatera Utara. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/6744>
- Knipe, David Mahan & Peter M. Howley. (2001). *Fields Virology*. Lippincott William & Wilkins, Vol. 1, 596-598.

- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (Oktober 2011). Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No. 75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006 – 2011*.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (n.d.). *Info HIV & AIDS*. February 3, 2012. <http://www.aidsindonesia.or.id/dasar-hiv-aids>
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (n.d.). *Info HIV & AIDS*. June 18, 2012. <http://www.aidsindonesia.or.id/dasar-hiv-aids>
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (n.d.). *Penularan*. June 18, 2012) <http://www.aidsindonesia.or.id/dasar-hiv-aids/penularan>
- KPAIDS Provinsi Sumatra Utara. (n.d.). *Voluntary Counselling Test*. February 2, 2012. <http://kpa-provsu.org/vct.php>
- KPAN. (2010). *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014*.
- Lemeshow, S & David W.H.Jr. (1997). Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (terjemahan). Yogyakarta: Gadjahmada University Press
- Lutu, Jeane, & Erwin Silman. (1992). Diagnostik Laboratorium Infeksi HIV dan AIDS. *Seluk Beluk AIDS yang perlu Anda Ketahui*. (36-41). Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Lyons, Barbara Ann, & Peggy Valentine. (1992). Pencegahan. *HIV: Manual untuk Tenaga Kesehatan*. (255 - 270). Jakarta: EGC
- Macher & Goosby A. (2004). *The Incarcerated: A Report from the 12th World AIDS Conference*.
- Mugish, Emmanuel, dkk. (2010). Factors Influencing Utilization of Voluntary Counseling and Testing Service in Kasenyi Fishing Community in Uganda. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care, Vol. 21, 6, 503-511*.
- Muma, Richard D. (1997). Epidemiologi. *HIV Manual untuk Tenaga Kesehatan* (Shinta Prawitasari, Penerjemah.). Jakarta: EGC

- Murti, Bisma. (2011). *Desain Studi. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS). Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.*
- National AIDS Commission Republic of Indonesia. (n.d.). *Republic of Indonesia: Country Report on the Follow up to the Declaration of Commitment On HIV/AIDS (UNGASS) Period 2008 – 2009.*
- Notoadmodjo. (2007). *Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jakarta: PT Rineka Cipta
- Obermeyer, Carla Makhlouf, & Michelle Osborn. (2007, October). The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *American Journal of Public Health*, Vol 97, No. 10.
- Safriady, Boy. (2003). *Perilaku Risiko Sangat Tinggi Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus pada Narapidana Pria di Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Cipinang Tahun 2002* (Tesis). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Sanusi, Sri Rahayu. (2010). *Beberapa Uji Validitas dan Reliabilitas pada Instrumen Penelitian*
- Setiawan, Budi. (2011). *Determinan Pemanfaatan Pelayanan Klinik Voluntary Counselling and Testing (VCT) Keliling Bagi Wanita Pekerja Seks (WPS) di Kabupaten Pelalawan-Propinsi Riau Tahun 2011* (Tesis). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Sihombing, Gottlieb. (1992). *Aspek Psiko-Sosial AIDS. Seluk Beluk AIDS yang Perlu Anda Ketahui.* (n.d.). Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Stubblefield E, Wohl D. (2000). *Prisons and Jails Worldwide: Update from the 13th International Conference on AIDS*
- Su-Rin Shin, Hee Sun Kang, & Linda Moneyham. (September/October 2007). Characteristics of Individuals Seeking Voluntary Counseling and Testing for HIV Infection in South Korea. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, Vol. 18, 5, 27-33.
- Tirta, Kukuh. (n.d.). *Pengertian Tindak Pidana.* April 20, 2012. <http://hukum.kompasiana.com/2011/10/18/pengertian-tindak-pidana/>

- Tones, Keith, & Jackie Green. (2004). *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: Sage Publication
- UNAIDS World AIDS Day Report 2011. (n.d.).
- UNAIDS. (2006). *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*. New York
- UNAIDS. (2000). *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*. Geneva: Technical Update
- UNAIDS. (n.d.). *HIV and Prisons in sub-Saharan Africa: Opportunities for Action*.
- VCT (Voluntary Counseling and Testing). (n.d.). June 16, 2012.
http://rsbhayangkarasby.com/index.php?option=com_content&view=article&id=71:konseling-dan-test-sukarela&catid=34:info
- WHO. *Early Detection of HIV Infection in Infants and Children*. (n.d.). June 18, 2012.
www.who.int/hiv/paediatric/EarlydiagnostictestingforHIVVer_Final_May07.pdf
- WHO. (n.d.). *WHO Statistics 2010*.
- WHO. (2007). *Health in prisons: A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*.
- Ying Wang, dkk. *Reported Willingness and Associated Factors Related to Utilization of Voluntary Counseling and Testing Services by Female Sex Workers in Shandong Province, China*.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1

Tabel Pelengkap

1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tidak tamat SD	1	1,1
Tamat SD	6	6,3
Tamat SMP	13	13,7
Tamat SMA	60	63,2
Tamat PT	15	15,8
Jumlah	95	100

2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Tidak bekerja	19	20
Pelajar/mahasiswa	5	5,3
PNS	2	2,1
Karyawan swasta	40	42,1
Wiraswasta	29	30,5
Jumlah	95	100

3. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Status Perkawinan	Jumlah	Persentase
Belum menikah	28	29,5
Menikah	45	47,4
Pernah menikah	22	23,2
Jumlah	95	100

Lampiran 2

Hasil Analisis Data

VCT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	27	28.4	28.4	28.4
tidak	68	71.6	71.6	100.0
Total	95	100.0	100.0	

umur_responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ≤ 30	50	52.6	52.6	52.6
> 30	45	47.4	47.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

pendidikan resp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tamat SD	1	1.1	1.1	1.1
tamat SD	6	6.3	6.3	7.4
tamat SMP	13	13.7	13.7	21.1
tamat SMA	60	63.2	63.2	84.2
tamat PT	15	15.8	15.8	100.0
Total	95	100.0	100.0	

pekerjaan resp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak kerja	19	20.0	20.0	20.0
pelajar/mahasiswa	5	5.3	5.3	25.3
PNS	2	2.1	2.1	27.4
karyawan swasta	40	42.1	42.1	69.5
wiraswasta	29	30.5	30.5	100.0
Total	95	100.0	100.0	

menikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid belum menikah	28	29.5	29.5	29.5
menikah	45	47.4	47.4	76.8
pernah menikah	22	23.2	23.2	100.0
Total	95	100.0	100.0	

kasus resp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kriminal	35	36.8	36.8	36.8
narkoba	60	63.2	63.2	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Statistics

lama menghuni rutan

N	Valid	95
	Missing	0
Mean		12.94
Median		12.00
Mode		8

lama2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	47	49.5	49.5	49.5
2.00	48	50.5	50.5	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Statistics

skor total pengetahuan

N	Valid	95
	Missing	0
Mean		22.26
Median		22.00
Mode		22

skor pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	32	33.7	33.7	33.7
	Tinggi	63	66.3	66.3	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Statistics

kebutuhan responden

N	Valid	95
	Missing	0
Mean		12.35
Median		13.00
Mode		14

kebutuhan responden thd VCT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	59	62.1	62.1	62.1
	rendah	36	37.9	37.9	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

pernah mengalami IMS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	53	55.8	55.8	55.8
	tidak	42	44.2	44.2	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

skor sarana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	23	85.2	85.2	85.2
	Buruk	4	14.8	14.8	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

skor_konselor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	17	63.0	63.0	63.0
	Buruk	10	37.0	37.0	100.0
Total		27	100.0	100.0	

pend_resp * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
pend_resp	1.00	Count	4	16	20
		% within pend_resp	20.0%	80.0%	100.0%
		% within VCT	14.8%	23.5%	21.1%
		% of Total	4.2%	16.8%	21.1%
	2.00	Count	23	52	75
		% within pend_resp	30.7%	69.3%	100.0%
		% within VCT	85.2%	76.5%	78.9%
		% of Total	24.2%	54.7%	78.9%
Total		Count	27	68	95
		% within pend_resp	28.4%	71.6%	100.0%
		% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.883 ^a	1	.347	.415	.259
Continuity Correction ^b	.437	1	.509		
Likelihood Ratio	.931	1	.335		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.874	1	.350		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.68.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for pend_resp (1.00 / 2.00)	.565	.170	1.878
For cohort VCT = ya	.652	.255	1.670
For cohort VCT = tidak	1.154	.884	1.505
N of Valid Cases	95		

pekerjaan_resp * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
pekerjaan_resp	bekerja	Count	23	53	76
		% within pekerjaan_resp	30.3%	69.7%	100.0%
		% within VCT	85.2%	77.9%	80.0%
		% of Total	24.2%	55.8%	80.0%
	tidak bekerja	Count	4	15	19
		% within pekerjaan_resp	21.1%	78.9%	100.0%
		% within VCT	14.8%	22.1%	20.0%
		% of Total	4.2%	15.8%	20.0%
Total		Count	27	68	95
		% within pekerjaan_resp	28.4%	71.6%	100.0%
		% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.634 ^a	1	.426		
Continuity Correction ^b	.262	1	.609		
Likelihood Ratio	.664	1	.415		
Fisher's Exact Test				.573	.312
Linear-by-Linear Association	.627	1	.428		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for pekerjaan_resp (bekerja / tidak bekerja)	1.627	.487	5.439
For cohort VCT = ya	1.438	.564	3.662
For cohort VCT = tidak	.883	.671	1.163
N of Valid Cases	95		

kasus resp * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
kasus resp	kriminal	Count	2	33	35
		% within kasus resp	5.7%	94.3%	100.0%
		% within VCT	7.4%	48.5%	36.8%
		% of Total	2.1%	34.7%	36.8%
	narkoba	Count	25	35	60
		% within kasus resp	41.7%	58.3%	100.0%
		% within VCT	92.6%	51.5%	63.2%
		% of Total	26.3%	36.8%	63.2%
Total		Count	27	68	95
		% within kasus resp	28.4%	71.6%	100.0%
		% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.045 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.333	1	.000		
Likelihood Ratio	16.573	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	13.897	1	.000		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.95.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for kasus resp (kriminal / narkoba)	.085	.019	.387
For cohort VCT = ya	.137	.035	.544
For cohort VCT = tidak	1.616	1.286	2.032
N of Valid Cases	95		

perilaku berisiko * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
perilaku berisiko	risiko tinggi	Count	0	1	1
		% within perilaku berisiko	.0%	100.0%	100.0%
		% within VCT	.0%	1.5%	1.1%
		% of Total	.0%	1.1%	1.1%
	risiko rendah	Count	27	67	94
		% within perilaku berisiko	28.7%	71.3%	100.0%
		% within VCT	100.0%	98.5%	98.9%
		% of Total	28.4%	70.5%	98.9%
Total		Count	27	68	95
		% within perilaku berisiko	28.4%	71.6%	100.0%
		% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.401 ^a	1	.526		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.673	1	.412		
Fisher's Exact Test				1.000	.716
Linear-by-Linear Association	.397	1	.529		
N of Valid Cases	95				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .28.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort VCT = tidak	1.403	1.234	1.595
N of Valid Cases	95		

pernah mengalami IMS * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
pernah mengalami IMS	ya	Count	13	40	53
		% within pernah mengalami IMS	24.5%	75.5%	100.0%
		% within VCT	48.1%	58.8%	55.8%
		% of Total	13.7%	42.1%	55.8%
pernah mengalami IMS	tidak	Count	14	28	42
		% within pernah mengalami IMS	33.3%	66.7%	100.0%
		% within VCT	51.9%	41.2%	44.2%
		% of Total	14.7%	29.5%	44.2%
Total		Count	27	68	95
		% within pernah mengalami IMS	28.4%	71.6%	100.0%
		% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.893 ^a	1	.345		
Continuity Correction ^b	.513	1	.474		
Likelihood Ratio	.889	1	.346		
Fisher's Exact Test				.369	.237
Linear-by-Linear Association	.884	1	.347		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.94.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.893 ^a	1	.345		
Continuity Correction ^b	.513	1	.474		
Likelihood Ratio	.889	1	.346		
Fisher's Exact Test				.369	.237
Linear-by-Linear Association	.884	1	.347		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.94.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pernah mengalami IMS (ya / tidak)	.650	.265	1.593
For cohort VCT = ya	.736	.389	1.392
For cohort VCT = tidak	1.132	.870	1.473
N of Valid Cases	95		

kebutuhan responden thd VCT * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
kebutuhan responden thd VCT	tinggi	Count	15	44	59
		% within kebutuhan responden thd VCT	25.4%	74.6%	100.0%
		% within VCT	55.6%	64.7%	62.1%
		% of Total	15.8%	46.3%	62.1%
	rendah	Count	12	24	36
		% within kebutuhan responden thd VCT	33.3%	66.7%	100.0%
		% within VCT	44.4%	35.3%	37.9%
		% of Total	12.6%	25.3%	37.9%
Total		Count	27	68	95

% within kebutuhan responden thd VCT	28.4%	71.6%	100.0%
% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.688 ^a	1	.407		
Continuity Correction ^b	.354	1	.552		
Likelihood Ratio	.680	1	.410		
Fisher's Exact Test				.484	.274
Linear-by-Linear Association	.680	1	.409		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.23.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kebutuhan responden thd VCT (tinggi / rendah)	.682	.275	1.690
For cohort VCT = ya	.763	.404	1.441
For cohort VCT = tidak	1.119	.850	1.473
N of Valid Cases	95		

skor_pengetahuan * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
skor_pengetahuan	tinggi	Count	22	41	63
		% within skor_pengetahuan	34.9%	65.1%	100.0%
		% within VCT	81.5%	60.3%	66.3%
		% of Total	23.2%	43.2%	66.3%
	rendah	Count	5	27	32

	% within skor_pengetahuan	15.6%	84.4%	100.0%
	% within VCT	18.5%	39.7%	33.7%
	% of Total	5.3%	28.4%	33.7%
Total	Count	27	68	95
	% within skor_pengetahuan	28.4%	71.6%	100.0%
	% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.884 ^a	1	.049		
Continuity Correction ^b	2.993	1	.084		
Likelihood Ratio	4.155	1	.042		
Fisher's Exact Test				.057	.039
Linear-by-Linear Association	3.843	1	.050		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.09.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for skor_pengetahuan (tinggi / rendah)	2.898	.978	8.582
For cohort VCT = ya	2.235	.934	5.350
For cohort VCT = tidak	.771	.610	.975
N of Valid Cases	95		

dukungan rutan * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
dukungan rutan tinggi	Count	16	41	57	
	% within dukungan rutan	28.1%	71.9%	100.0%	

	% within VCT	59.3%	60.3%	60.0%
	% of Total	16.8%	43.2%	60.0%
rendah	Count	11	27	38
	% within dukungan rutan	28.9%	71.1%	100.0%
	% within VCT	40.7%	39.7%	40.0%
	% of Total	11.6%	28.4%	40.0%
Total	Count	27	68	95
	% within dukungan rutan	28.4%	71.6%	100.0%
	% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.009 ^a	1	.926	1.000	.553
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.009	1	.926		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.009	1	.926		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan rutan (tinggi / rendah)	.958	.386	2.376
For cohort VCT = ya	.970	.507	1.855
For cohort VCT = tidak	1.012	.781	1.313
N of Valid Cases	95		

dukungan petugas * VCT Crosstabulation

	VCT	Total
--	-----	-------

			ya	tidak	
dukungan petugas	Tinggi	Count	18	30	48
		% within dukungan petugas	37.5%	62.5%	100.0%
		% within VCT	66.7%	44.1%	50.5%
		% of Total	18.9%	31.6%	50.5%
	Rendah	Count	9	38	47
		% within dukungan petugas	19.1%	80.9%	100.0%
		% within VCT	33.3%	55.9%	49.5%
		% of Total	9.5%	40.0%	49.5%
Total	Count	27	68	95	
	% within dukungan petugas	28.4%	71.6%	100.0%	
	% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	28.4%	71.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.931 ^a	1	.047		
Continuity Correction ^b	3.081	1	.079		
Likelihood Ratio	3.991	1	.046		
Fisher's Exact Test				.068	.039
Linear-by-Linear Association	3.890	1	.049		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.36.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan petugas (Tinggi / Rendah)	2.533	.997	6.436
For cohort VCT = ya	1.958	.981	3.911
For cohort VCT = tidak	.773	.596	1.002
N of Valid Cases	95		

dukungan teman * VCT Crosstabulation

			VCT		Total
			ya	tidak	
dukungan teman	Tinggi	Count	12	25	37
		% within dukungan teman	32.4%	67.6%	100.0%
		% within VCT	44.4%	36.8%	38.9%
		% of Total	12.6%	26.3%	38.9%
	Rendah	Count	15	43	58
		% within dukungan teman	25.9%	74.1%	100.0%
		% within VCT	55.6%	63.2%	61.1%
		% of Total	15.8%	45.3%	61.1%
Total		Count	27	68	95
		% within dukungan teman	28.4%	71.6%	100.0%
		% within VCT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	28.4%	71.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.479 ^a	1	.489		
Continuity Correction ^b	.211	1	.646		
Likelihood Ratio	.475	1	.491		
Fisher's Exact Test				.495	.321
Linear-by-Linear Association	.474	1	.491		
N of Valid Cases	95				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.52.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan teman (Tinggi / Rendah)	1.376	.557	3.402
For cohort VCT = ya	1.254	.663	2.372
For cohort VCT = tidak	.911	.696	1.194

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan teman (Tinggi / Rendah)	1.376	.557	3.402
For cohort VCT = ya	1.254	.663	2.372
For cohort VCT = tidak	.911	.696	1.194
N of Valid Cases	95		

Lampiran 3

Kuesioner

Pernyataan Persetujuan

Selamat pagi/siang/sore

Saya Ayu Indriyani, mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang sedang mengerjakan tugas akhir penelitian tentang partisipasi VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) atau yang biasa disebut tes HIV di Rumah Tahanan Negara Klas IIA Pondok Bambu, Jakarta Timur. Penelitian ini merupakan syarat untuk menyelesaikan tugas akhir di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Untuk keperluan tersebut saya meminta kesedian Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon agar responden bersedia mengisi kuesioner dengan jujur sesuai dengan kondisi responden tanpa melebihkan atau mengurangi informasi. Jika bersedia harap menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan.

Partisipasi Anda dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga bebas mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Penelitian ini akan merahasiakan identitas responden.

Terima kasih.

Jakarta, Mei 2012

Peneliti

Responden

(Ayu Indriyani)

()

1.	Nama:	
2.	Tanggal lahir	tanggal: bulan: tahun:
3.	Pendidikan terakhir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SMP 4. Tamat SMA 5. Tamat perguruan tinggi
4.	Status pekerjaan sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak bekerja 2. Pelajar/mahasiswa 3. Pegawai Negeri Sipil (PNS) 4. Karyawan swasta 5. Wiraswasta
5.	Status perkawinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak/belum menikah 2. Menikah, tinggal bersama 3. Menikah, tidak tinggal bersama 4. Cerai hidup 5. Cerai mati
6.	Sudah berapa lama Anda tinggal di rutan Pondok Bambu?	_____ bulan
7.	Di blok mana Anda tinggal?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blok D 2. Blok E
Petunjuk pengisian nomor 8 – 11: Lingkari salah satu jawaban		
8.	Apakah Anda pernah melakukan tes VCT (tes darah untuk HIV)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak
9.	Kapan terakhir Anda melakukan VCT?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 bulan yang lalu 2. 4 – 6 bulan yang lalu 3. 7 – 12 bulan yang lalu 4. > 1 tahun yang lalu
10.	Dimana Anda terakhir melakukan tes VCT?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poliklinik rutan 2. Puskesmas → lanjut ke pertanyaan nomor 17 3. Lainnya, sebutkan _____ → lanjut ke pertanyaan nomor 17
11.	Jika pernah, alasan apa yang mendorong Anda untuk mau melakukan VCT di poliklinik rutan?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran diri sendiri 2. Rujukan dokter 3. Ajakan teman 4. Dorongan keluarga
Nomor 12 – 16 hanya diisi untuk yang pernah menjalani VCT di poliklinik rutan		
12.	Prosedur saat melakukan VCT di poliklinik Rutan:	
13.	1. Konselor VCT melakukan konseling sebelum darah Anda diambil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak
14.	2. Sebelum darah diambil, Anda diminta untuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak

	membaca dan menandatangani form persetujuan melakukan VCT	
15	3. Konselor VCT melakukan konseling setelah hasil tes darah Anda keluar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak
16	4. Pelaksanaan VCT dilakukan di ruang tertutup dan hanya ada konselor dan Anda (klien).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak
Petunjuk pengisian nomor 17 – 26 : Lingkari satu saja jawaban yang menurut Anda benar		
17	Apa yang Anda ketahui tentang HIV?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bakteri 2. Virus 3. Kuman 4. Dapat dicegah dengan imunisasi 5. Tidak dapat menular
18	Apa yang Anda ketahui tentang AIDS?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disebabkan oleh bakteri 2. Dapat dicegah dengan imunisasi 3. Sekumpulan gejala penyakit 4. Dapat disembuhkan 5. Penyakit tidak menular
19	Dimanakah virus HIV hidup?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Darah 2. Permukaan kulit 3. Air mata 4. Paru-paru 5. Alat kelamin
20	HIV dapat menular melalui?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan seksual tidak aman, bertukar alat makan dengan penderita 2. Hubungan seksual tidak aman, pemakaian jarum suntik yang tidak steril, dari ibu ke janinnya 3. Hubungan seksual tidak aman, bersentuhan kulit dengan penderita 4. Hubungan seksual tidak aman, melalui gigitan serangga 5. Hubungan seksual tidak aman, memakai pakaian penderita
21	Pencegahan penularan HIV dapat dilakukan dengan cara?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan alat kelamin setelah berhubungan seks 2. Menggunakan kondom 3. Minum antibiotik 4. Minum pil KB 5. Mencuci jarum suntik dengan air

22	Perilaku yang berisiko untuk menularkan HIV adalah?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan jarum suntik bergantian 2. Melakukan hubungan seks dengan menggunakan kondom 3. Hidup bersama dengan penderita HIV 4. Meminjam barang dari penderita HIV 5. Makan bersama penderita HIV
23	Salah satu strategi pencegahan penularan HIV adalah?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci jarum suntik dengan air 2. Minum antibiotik 3. Tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian 4. Mencegah gigitan serangga 5. Mencuci alat kelamin setelah berhubungan seksual
24	Pernyataan yang benar tentang HIV adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak dapat menular 2. Dapat menular melalui gigitan nyamuk 3. Tidak dapat disembuhkan 4. Merupakan penyakit kutukan 5. Menular melalui sentuhan kulit
25	Berikut ini yang dapat menularkan HIV adalah?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminjam pakaian dari penderita HIV 2. Minum dari gelas yang sama 3. Menggunakan tattoo dengan jarum bekas 4. Menggunakan jarum suntik steril 5. Berhubungan seks dengan menggunakan kondom
26	Pernyataan berikut yang salah adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu dapat menularkan HIV ke anaknya melalui ASI 2. Dapat menular melalui penggunaan jarum tattoo tidak steril 3. Dapat menular melalui ciuman 4. Menular melalui transfusi darah penderita 5. Dapat menular melalui hubungan seksual tidak aman
Petunjuk pengisian nomor 27 – 31: Lingkari satu saja jawaban yang menurut Anda benar		
27	Apa yg Anda ketahui tentang Klinik VCT?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat konsultasi masalah penyakit keputihan 2. Tempat untuk pelayanan KB 3. Tempat konseling dan tes HIV

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Klinik konsultasi kesehatan 5. Klinik untuk pelayanan kesehatan ibu
28	Pelayanan klinik VCT adalah untuk penyakit?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputihan 2. Gonorhea 3. HIV & AIDS 4. TB 5. Herpes
29	Apa yang Anda ketahui tentang layanan VCT?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan secara sukarela oleh klien 2. Diwajibkan untuk tahanan dengan hanya melakukan tes darah saja 3. Tes darah untuk HIV 4. Wajib dilakukan oleh setiap orang dewasa 5. Tes darah untuk HIV, dengan konseling sebelum dan sesudah tes darah
30	Pernyataan berikut ini yang benar tentang VCT adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan dengan rujukan dokter 2. Dilakukan atas dasar kesadaran diri dari klien 3. Wajib dilakukan untuk syarat sebelum menikah 4. Wajib dilakukan untuk syarat melamar pekerjaan 5. Tidak wajib dilakukan oleh siapapun
31	Konseling VCT dilakukan saat?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah hasil tes dibuka oleh klien 2. Dilakukan satu kali sebelum pengambilan darah 3. Sebelum dan setelah tes darah 4. Setelah klien merasa sakit 5. Sesuai keinginan klien
32	Lingkari pernyataan yang benar tentang VCT dibawah ini (boleh lebih dari 1 jawaban):	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum pengambilan darah klien harus menandatangani formulir persetujuan 2. Klien tidak dapat menolak untuk tidak melakukan tes darah 3. Konseling sebelum dan sesudah tes darah wajib dilakukan 4. Konseling dilakukan hanya satu kali saja 5. Wajib dilakukan sebelum menikah 6. Harus melakukan tes ulang setiap 3 bulan apabila hasilnya negative (reaktif) 7. Konseling dilakukan hanya berdua saja dengan konselor 	

	8. Untuk diagnosa penyakit syphilis 9. Wajib dilakukan untuk melamar pekerjaan 10. Tes darah jauh lebih penting untuk dilakukan daripada konseling 11. Membuka hasil tes harus dengan persetujuan klien 12. Konselor dapat membuka hasil tes tanpa persetujuan klien 13. Saat konseling dapat didampingi oleh teman	
Petunjuk pengisian nomor 33 – 40 : Lingkari satu saja jawaban yang sesuai dengan pendapat Anda		
33	Saya merasa perlu menambah pengetahuan tentang HIV dan AIDS	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
34	Saya merasa perlu mengetahui status HIV saya dengan mendatangi klinik VCT	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
35	Saya merasa butuh untuk melakukan konseling tentang HIV DAN AIDS	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
36	Saya menilai bahwa selama ini perilaku saya jauh dari perilaku yang berisiko untuk tertular HIV	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
37	Saya butuh mengetahui status HIV saya agar jika ternyata saya tertular HIV saya dapat langsung diobati	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
38	Sangat penting bagi saya untuk mengetahui status HIV saya	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
39	Saya merasa belum perlu untuk memeriksakan status HIV saya	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
40	Saya menilai bahwa selama ini perilaku saya jauh dari perilaku yang berisiko untuk tertular HIV	1. Sangat setuju 2. Setuju 3. Tidak setuju 4. Sangat tidak setuju
Petunjuk pengisian nomor 41 – 44 : 1. Jika Anda tidak/belum pernah menjalani VCT di poliklinik rutan Anda tidak perlu mengisi bagian ini 2. Lingkari satu saja jawaban yang sesuai dengan pengalaman Anda		

41	Menurut Anda, bagaimana alat peraga dapat membantu Anda untuk memahami maksud konselor saat konseling berlangsung?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak membantu 2. Tidak membantu 3. Membantu 4. Sangat membantu
42	Menurut Anda, bagaimana kenyamanan ruang konseling VCT dalam membuat Anda betah untuk bercerita kepada konselor?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak nyaman 2. Tidak nyaman 3. Nyaman 4. Sangat nyaman
43	Menurut Anda, bagaimana kondisi ruang konseling VCT dalam menjaga privasi Anda ketika melakukan konseling?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak menjaga 2. Tidak menjaga 3. Menjaga 4. Sangat menjaga
44	Menurut Anda, bagaimana suasana ruang konseling VCT di poliklinik rutan?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak nyaman 2. Tidak nyaman 3. Nyaman 4. Sangat nyaman
<p>Petunjuk pengisian nomor 45 – 48:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika Anda tidak/belum pernah menjalani VCT di poliklinik rutan Anda tidak perlu mengisi bagian ini 2. Lingkari satu saja jawaban yang sesuai dengan pengalaman Anda 		
45	Menurut Anda, bagaimana kemampuan konselor untuk membuat Anda terbuka dan jujur untuk bercerita tentang masalah Anda?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak baik 2. Tidak baik 3. Baik 4. Sangat baik
46	Menurut Anda, bagaimana dampak respon konselor saat konseling berlangsung terhadap kenyamanan Anda?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat tidak membuat saya nyaman 2. Tidak membuat saya nyaman 3. Membuat saya nyaman 4. Membuat Anda sangat nyaman
47	Menurut Anda, bagaimana saran yang diberikan konselor untuk Anda?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat sulit dipahami 2. Sulit dipahami 3. Mudah dipahami 4. Sangat mudah dipahami
48	Menurut Anda, bagaimana lamanya waktu tunggu untuk konseling VCT?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat lama 2. Lama 3. Cepat 4. Sangat cepat
<p>Petunjuk pengisian nomor 49 – 61: Lingkari satu saja jawaban yang menurut Anda benar</p>		
49	Apakah Anda pernah mengikuti penyuluhan tentang HIV dan AIDS di rutan?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak
50	Apakah Anda pernah menerima lembaran yang berisi informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak

	tentang HIV dan AIDS di rutan?	
51	Apakah Anda pernah membaca poster yang berisikan informasi tentang HIV dan AIDS	1. Ya 2. Tidak
52	Apakah ada pemeriksaan kesehatan awal saat masuk ke rutan?	1. Ya 2. Tidak
53	Adakah program terapi berhenti dari ketergantungan narkoba dari rutan?	1. Ya 2. Tidak
54	Apakah pihak rutan mewajibkan Anda untuk menjalani VCT?	1. Ya 2. Tidak
55	Apakah petugas kesehatan/kader pernah menjelaskan pentingnya VCT kepada Anda?	1. Ya 2. Tidak
56	Apakah ada pemeriksaan rutin untuk penyakit menular seksual dari petugas kesehatan (dokter, perawat)?	1. Ya 2. Tidak
57	Adakah pemberian informasi tentang VCT pada saat berobat ke poliklinik?	1. Ya 2. Tidak
58	Apakah dokter/perawat di poliklinik pernah menyarankan Anda untuk menjalani VCT?	1. Ya 2. Tidak
59	Adakah teman dekat/keluarga yang pernah menjalani VCT?	1. Ya 2. Tidak
60	Apakah teman/keluarga Anda pernah memberikan informasi tentang VCT?	1. Ya 2. Tidak
61	Apakah teman/keluarga Anda pernah menyarankan Anda untuk menjalani VCT?	1. Ya 2. Tidak

Selesai.

Terima kasih atas partisipasi Anda dalam pengisian kuesioner ini.