

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ODHA
UNTUK TIDAK MELAKSANAKAN PROGRAM
CST BERDASARKAN *PLANNED BEHAVIOUR THEORY*
DI POLI VCT RUMKITAL Dr. RAMELAN

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

NURTARINA HERATANTI

NIM : 131211123076

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

LEMBAR PERNYATAAN

Yang Bertanda Tangan dibawah ini :

Nama : Nurtarina Heratanti

NIM : 131211123076

Jurusan : SI Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan atau dipublikasikan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Februari 2014

Yang Menyatakan

Nurtarina Heratanti

(131211123076)

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ODHA
UNTUK TIDAK MELAKSANAKAN PROGRAM CST BERDASARKAN
PLANNED BEHAVIOR THEORY DI POLI VCT RUMKITAL Dr. RAMELAN**

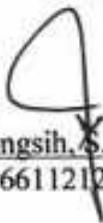
Oleh:

Nurtarina Heratanti
131211123076

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL,

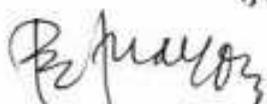
Oleh:

Pembimbing Ketua



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001

Pembimbing



Retnayu Pradanie, S.Kep.Ns., M.Kep
NIK. 139080824

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M. Kep.
NIP. 19790424 200604 2 002

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ODHA
UNTUK TIDAK MELAKSANAKAN PROGRAM CST BERDASARKAN
PLANNED BEHAVIOR THEORY DI POLI VCT RUMKITAL Dr. RAMELAN**

Oleh:
Nurtarina Heratanti
131211123076

Telah Diuji

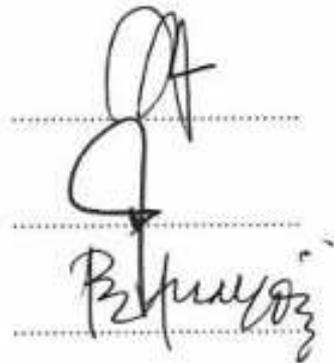
Pada Tanggal, 17 Februari 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ilya Krisnana, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP: 198109282012122002

Anggota : 1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 19661121200003200

2. Retnayu Pradanie, S.Kep.Ns., M.Kep
NIK : 139080824



Handwritten signatures of the examiners, including the Chairman and two members, positioned to the right of their respective names.

Mengetahui,
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

v

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ODHA UNTUK TIDAK MELAKSANAKAN PROGRAM CST BERDASARKAN *PLANNED BEHAVIOR THEORY* DI POLI VCT RUMKITAL Dr. RAMELAN”**. Skripsi ini dikerjakan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Kepada semua responden penelitian yang telah dengan sukarela ikut serta dalam penelitian saya, sehingga penelitian dapat terlaksana dan selesai tepat pada waktunya.
2. Ibu Purwaningsih, S.Kep, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, motivasi dan arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Mira Triharini, S.Kep, M.Kep. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
4. Ibu Retnayu Pradanie, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing II yang penuh dengan kesabaran telah memberikan bimbingan dan saran demi kesempurnaan penelitian ini.

5. Ibu Nuzul Qur'aniati, S.Kep.Ns., M.Ng, bapak Makhfudli, S.Kep.Ns., M. Ked. Trop, dan ibu Ilya Krisnana, S.Kep.Ns., M.Kep sebagai fasilitator seminar proposal dan skripsi saya.
6. Drs. Hendy Mahendra, petugas Ruang Baca Fakultas Keperawatan Unair, yang memfasilitasi saya dan teman-teman B15 dalam mencari literatur serta referensi yang berhubungan dengan penelitian.
7. Ibu Nur Rochmawati, S.Sos dan bapak Fachruddin Kamal yang telah memfasilitasi saya untuk segala urusan surat dan perijinan, mulai dari pengambilan data, penelitian, seminar proposal sampai dengan seminar skripsi.
8. Seluruh staf dosen dan karyawan Program Studi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
9. Kepala Rumkital Dr. Ramelan yang telah memberikan izin kepada peneliti dalam melaksanakan penelitian ini.
10. Para petugas kesehatan di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan yang telah memfasilitasi serta memberikan banyak bantuan dan dukungan sehingga pengumpulan data dalam penelitian ini dapat berjalan dengan lancar (dr. Tirka Nandaka, Sp.KJ, dr. Ediyono, Sp.P, Suster Etik, Suster Yani, bu Ratna, bapak Hamam, bapak Dafit).
11. Senior saya bapak Drs. Adi Priyono, Apt., M.Kes, yang telah memfasilitasi dan memberikan bantuan data dan informasi serta memberikan dukungan dan motivasi terkait penelitian saya.

12. Keluarga tercinta terutama orang tua, suami, dan anak-anak yang telah memberikan kasih sayang, doa, dukungan dan semangat kepada peneliti.
13. Temanku Beny, Israfil yang dengan sabar dan perhatian banyak memberikan pencerahan tentang statistika penelitian.
14. Teman-teman seperjuangan Program B15 yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta dukungan selama proses penelitian ini.

Semoga Allah membalas semua bantuan dan dukungan yang telah di berikan kepada saya dengan barokah-Nya dan skripsi ini bermanfaat.

Surabaya, Februari 2014

Penulis

ABSTRACT

**ANALYSIS FACTORS RELATED TO BEHAVIOR OF
PLWH IN THE CST PROGRAM
BASED ON PLANNED BEHAVIOR THEORY
IN POLY VCT RUMKITAL DR . RAMELAN SURABAYA**

by

Nurtarina Hertanti

HIV-AIDS (*Human Immunodeficiency Virus*) is a virus that attacks the human immune system. HIV-AIDS can be infect anyone regardless of age,gender,race/ethnicity, social status, and occupation including members of the military. CST program (*Care Support and Treatment*) is a program to provide care of PLWHA with support and treatment. Rumkital Dr. Ramelan is one of the participating hospitals run CST program for PLWHA patients.

This study was aimed to analyze factors related to behavior of PLWHA with the CST program based on Theory of Planned Behavior at Poly VCT Rumkital Dr. Ramelan in February 2014 .

Design used in this study was cross-sectional design . The independent variables are attitude, subjective norm , PBC , and intentions . The dependent variable is a behavior of PLWHA in CST program at Rumkital Dr. Ramelan. Total sample was 26 respondents, taken according inclusion criteria by using purposive sampling techniques. Data were then analyzed using Spearman's rho statistical test with level of significance of ≤ 0.01 and ≤ 0.05

Results showed that that attitude ($p=0.000$), subjective norms ($p=0.001$), PBC ($p=0.003$), and intention (0.019) .

It can be concluded that there is a significant relationship between subjective norm, PBC, and intentions with behavior of PLWHA in CST program at Rumkital Dr. Ramelan in February 2014. And the attitude has corelation with the behavior of PLWHA in CST Program. .

For further research is expected to conduct research on other factors related to the behavior of PLWHA patients in the CST program.

Keywords : ODHA, CST Program, Behavior, Rumkital Dr. Ramelan

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Pernyataan	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan	v
Halaman Ucapan Terima Kasih	vi
Halaman Abstrak.....	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftar Lampiran	xi
Daftar Singkatan.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	9
1.3 Rumusan Masalah	9
1.4 Tujuan Penelitian	10
1.4.1 Tujuan Umum	10
1.4.2 Tujuan Khusus.....	10
1.5 Manfaat	11
1.5.1 Manfaat teoritis	11
1.5.2 Manfaat praktis.....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar HIV-AIDS	13
2.1.1 Definisi HIV-AIDS	13
2.1.2 Epidemiologi	13
2.1.3 Patofisiologi	15
2.1.4 Pengukuran Sel CD4+	21
2.1.5 Fase Perkembangan Klinis, Stadium Klinis dan Klasifikasi Immunologi.....	22
2.1.6 Manifestasi Klinis	25
2.1.7 Prinsip Pengobatan.....	27
2.2 Konsep Program CST (<i>Care, Support and Treatment</i>).....	29
2.2.1 Pengertian CST (<i>Care, Support and Treatment</i>)	29
2.2.2 Layanan CST di Rumkital Dr. Ramelan	30
2.2.3 Mekanisme Layanan CST di Rumkital Dr. Ramelan	34
2.3 <i>Theory of Planned Behavior</i>	34
2.4 AIDS Clinical Trial Group (ACTG).....	40

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	41
3.2 Hipotesis Penelitian	43
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	45
4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling	46
4.2.1 Populasi	46
4.2.2 Sampel	46
4.2.3 Sampling	47
4.2.4 Besar sampel	47
4.3 Variabel Penelitian	48
4.3.1 Variabel Bebas (<i>Independent variable</i>)	48
4.3.2 Variabel Terikat (<i>Dependen Variable</i>)	48
4.4 Definisi Operasional	49
4.5 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	51
4.5.1 Instrumen Penelitian	51
4.5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	52
4.5.3 Prosedur Pengumpulan Data	53
4.6 Kerangka Operasional	54
4.7 Analisa Data	56
4.8 Etik Penelitian	65
4.8.1 Menghormati harkat dan martabat manusia (<i>Respect for Human Dignity</i>)	65
4.8.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (<i>respect for privacy and confidentiality</i>)	66
4.8.3 Keadilan dan inklusivitas (<i>respect for justice and inclusiveness</i>)	66
4.8.4 Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (<i>balancing harms and benefits</i>)	67
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	68
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	68
5.1.2 Data Demografi	70
5.1.3 Hasil Pengukuran Variabel Penelitian	72
5.1.4 Hasil Analisis Dengan Menggunakan Uji Spearman's Rank/RHO	77
5.2 Pembahasan	83
5.3 Keterbatasan Penelitian	97
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	99
6.2 Saran	100

DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN.....	104

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Stadium klinis HIV-AIDS berdasarkan gejala yang muncul	23
Tabel 2.2 Stadium klinis HIV-AIDS pada dewasa dan remaja	23
Tabel 2.3 Klasifikasi HIV berdasarkan kondisi Immunologi	25
Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA tidak melaksanakan program CST	49
Tabel 4.2 Tabel nilai-nilai ρ (Rho) kolerasi Spearman Rank	64
Tabel 4.3 Tabel nilai korelasi Spearman Rank	64
Tabel 5.1 Karakteristik responden penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr.Ramelan bulan Februari 2014	70
Tabel 5.2 Distribusi Sikap (<i>attitude toward behaviour</i>) dalam penelitian analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	72
Tabel 5.3 Distribusi Norma subjektif (<i>subjective norm</i>) dalam penelitian analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	72
Tabel 5.4 Persepsi dan kontrol yang dimiliki ODHA (<i>perceived behavior control</i>) dalam penelitian analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	73
Tabel 5.5 Distribusi Niat (<i>intention</i>) yang dimiliki ODHA dalam penelitian analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	74
Tabel 5.6 Perilaku (<i>Behaviour</i>) yang dimiliki ODHA dalam penelitian analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	74
Tabel 5.7 Korelasi Sikap (<i>attitude toward behaviour</i>) terhadap niat responden dalam melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	75
Tabel 5.8 Korelasi norma subjektif (<i>subjectif norm</i>) terhadap niat respondendalam melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	76
Tabel 5.9 Korelasi persepsi dan kontrol yang dimiliki ODHA (<i>perceived behavior control</i>) terhadap niatnya dalam	

	melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	78
Tabel 5.10	Hubungan Niat terhadap perilaku ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr Ramelan bulan Februari 2014	78
Tabel 5.11	Variabel dominan yang mempengaruhi perilaku ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan <i>Planned Behavior</i> di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014	80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Situasi HIV-AIDS di Lingkungan TNI Tahun 2000 - 31 Desember 2012	2
Gambar 1.2 Pasangan Seks 1 tahun terakhir berdasarkan STHP di Lingkungan TNI TA. 2012.....	3
Gambar 1.3 Penggunaan Kondom dalam hubungan seks dengan partner berdasarkan STHP di Lingkungan TNI TA. 2012.....	3
Gambar 1.4 Identifikasi masalah persepsi ODHA tentang perawatan, dukungan, pengobatan terhadap kepatuhan berobat jangka panjang berdasarkan <i>Theory Planned Behavior</i> di Poli CST Rumkital Dr. Ramelan	9
Gambar 2.1 Diagram Teori Planned Behavior	36
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA mengikuti program CST berdasarkan <i>Theory Planned Behavior</i> di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.....	41
Gambar 4.1 Kerangka Kerja analisis faktor yang mempengaruhi ODHA tidak mengikuti program CST di Rumkital Dr. Ramelan berdasarkan teori Planned Behavior	55

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat permohonan bantuan fasilitas data awal.....	97
Lampiran 2 Surat permintaan menjadi responden penelitian.....	98
Lampiran 2 Lembar persetujuan menjadi responden penelitian	99
Lampiran 3 Lembar pengisian data demografi.....	100
Lampiran 4 Kuesioner penelitian	102
Lampiran 5 Lembar konsultasi skripsi	108

DAFTAR SINGKATAN

ACTG	:	AIDS Clinic Trial Group
AIDS	:	Aquired Immune Deficiency Syndrome
ART	:	Anti Retroviral Therapy
ARV	:	Ati Retroviral
CST	:	Care, Support and Treatment
CD4+	:	Cluster Of Differentiation 4+
DNA	:	Deoxyribonucleic Acid
Hus	:	Hubungan Sex
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
Ig (G)	:	Immunoglobulin G
Ig (M)	:	Immunoglobulin M
IL-2	:	Interleukin-2
ODHA	:	Orang Dengan HIV-AIDS
PDP	:	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
PGL	:	Limfadenopati Generalisata Persisten
PUSKES TNI	:	Pusat Kesehatan Tentara Nasional Indonesia
RNA	:	Ribonucleic Acid
Rumkital	:	Rumah Sakit Angkatan Laut
STHP	:	Survei Terpadu HIV-AIDS dan Perilaku
TNI AL	:	Tentara Nasional Indonesia Angkatan Laut
UNAIDS	:	United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	:	World Health Organization
WPS	:	Wanita Pekerja Sex

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

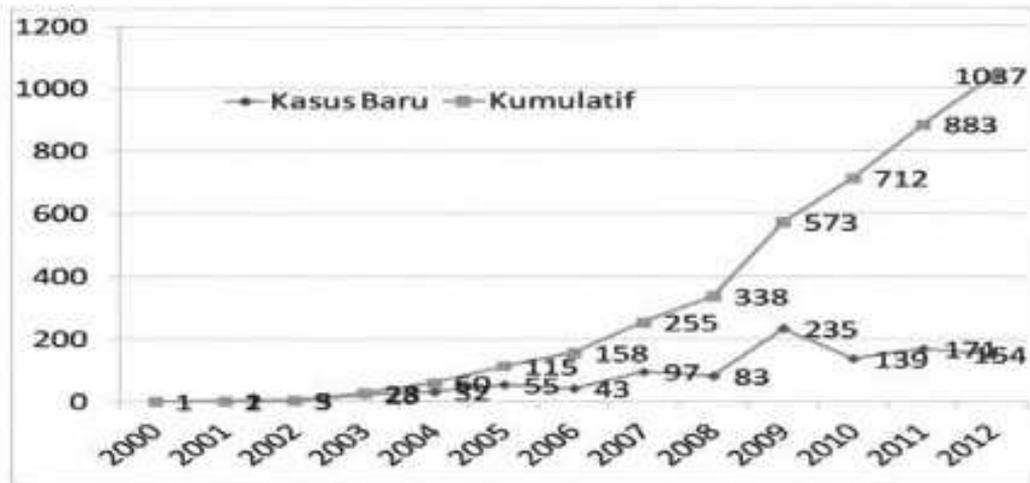
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV-AIDS (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu virus yang dapat menyebabkan penyakit AIDS. Virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh pada manusia, sehingga tubuh menjadi lemah dalam melawan infeksi. Sedangkan AIDS (*Aquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala dan infeksi yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV (Brashers, 2007). HIV-AIDS menjadi masalah global karena sifat penularannya yang sangat cepat, sehingga dalam waktu yang relatif singkat telah menjangkiti hampir seluruh belahan dunia. HIV-AIDS dapat menjadi ancaman bagi suatu bangsa serta mengganggu stabilitas nasional bila tidak dilakukan upaya penganggulangan secara komprehensif. HIV dapat menginfeksi siapa saja tanpa memandang umur, jenis kelamin, ras/suku, status sosial, maupun pekerjaan tak terkecuali anggota TNI. Keberadaan prajurit TNI yang tersebar disetiap Propinsi dalam rangka mengawaki gelar kekuatan pangkalan, memiliki karakteristik tersendiri yaitu mobilitas yang tinggi sehingga masuk pada kategori kelompok yang beresiko tertular virus HIV-AIDS.

Perkembangan kasus HIV-AIDS di lingkungan TNI sendiri dari hari ke hari cenderung terus meningkat dimana pada tahun 2009 terdapat 573 penderita dan pada tahun 2012 menjadi 1037 penderita (Data Puskes TNI). Hal ini dikhawatirkan akan memberikan dampak negatif yang cukup besar pada pelaksanaan tugas pokok TNI

yaitu menegakkan kedaulatan negara, mempertahankan keutuhan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, serta melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia dari ancaman dan gangguan terhadap keutuhan bangsa dan negara.

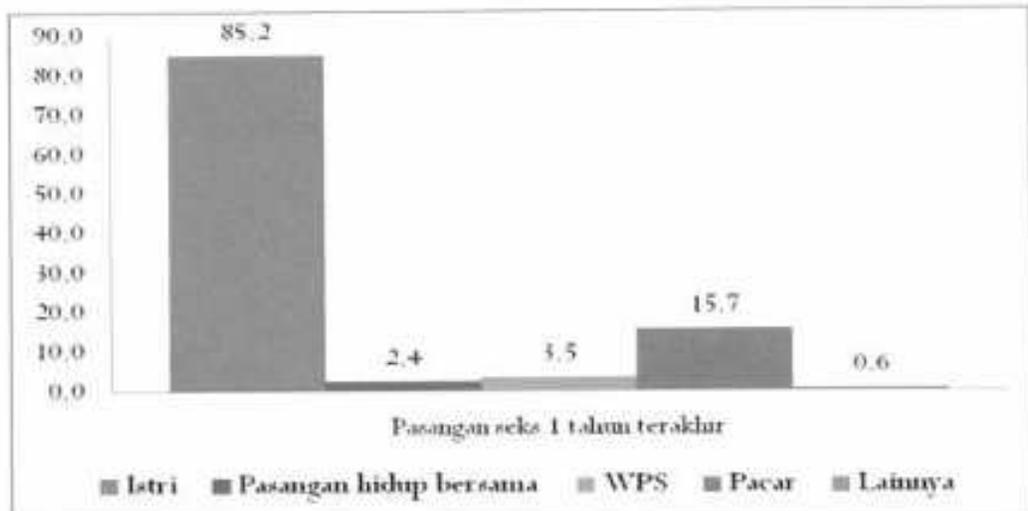


Sumber : Puskes Mabes TNI Tahun 2012

Gambar 1.1 Situasi HIV-AIDS di Lingkungan TNI Tahun 2000 - 31 Desember 2012.

Seperti halnya yang disampaikan oleh Sekjen Komisi Penanggulangan HIV-AIDS Nasional Nafsiah Mboi, anggota TNI termasuk golongan yang beresiko tinggi tertular HIV dan AIDS, dikarenakan dalam melaksanakan tugasnya seringkali harus berpisah dengan keluarga dalam jangka waktu yang lama. Tak jarang mereka melepaskan kebutuhan biologisnya dengan melakukan hubungan beresiko dan hubungan yang dilakukan seringkali tidak menggunakan pengaman seperti kondom, sehingga resiko tertular dan menularkan HIV/AIDS menjadi makin tinggi. Berdasarkan Survei Terpadu HIV-AIDS dan Perilaku (STHP) di Lingkungan TNI TA. 2012 didapatkan data sebagai berikut :

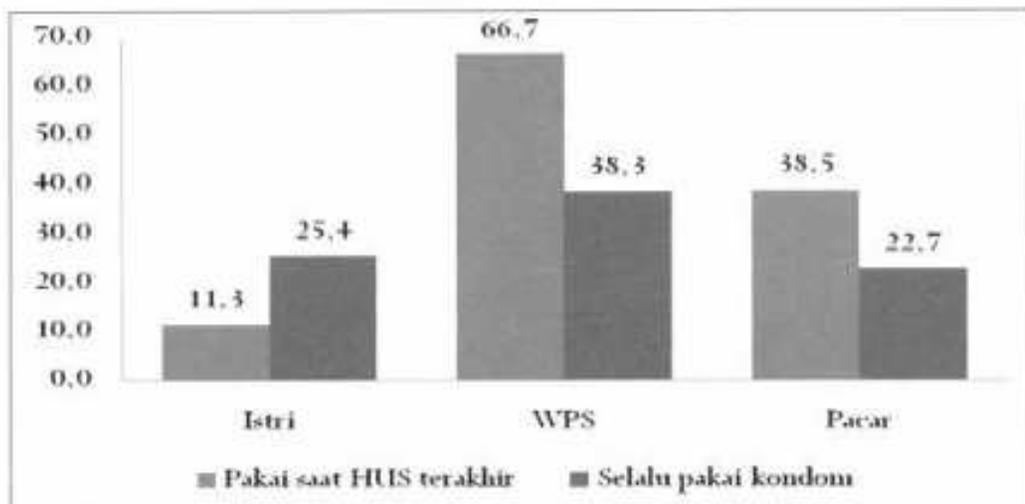
Pasangan Seks 1 tahun terakhir



Sumber : Ditjen Kuathan Kemenhan RI, STHP di Lingkungan TNI TA. 2012

Gambar 1.2 Pasangan Seks 1 tahun terakhir berdasarkan STHP di Lingkungan TNI TA. 2012

Penggunaan Kondom dalam hubungan seks dengan partner



Sumber : Ditjen Kuathan Kemenhan RI, STHP di Lingkungan TNI TA. 2012

Gambar 1.3 Penggunaan Kondom dalam hubungan seks dengan partner berdasarkan STHP di Lingkungan TNI TA. 2012.

Upaya penanggulangan HIV-AIDS di Lingkungan TNI tidak lepas dari upaya secara global yang di canangkan oleh WHO (UNAID 2009). Layanan terkait HIV-

AIDS di lingkungan TNI meliputi upaya pencegahan, penemuan kasus secara dini, perawatan, dukungan dan pengobatan serta menciptakan lingkungan yang kondusif bagi ODHA baik di lingkungan kerja maupun di lingkungan tempat tinggalnya. Dalam menemukan kasus HIV secara dini dilaksanakan dengan melakukan konseling dan test HIV. Konseling dan test HIV dapat dilakukan yaitu, secara sukarela atau *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* di klinik VCT yang ada, secara wajib atau *Mandatory Counseling and Testing (MCT)*, rekomendasi pemeriksaan HIV dari medis atau tenaga kesehatan terlatih atas dasar gejala klinis yang mengarah pada diagnosa HIV-AIDS (*Provider Initiated-Testing and Counseling/PITC*).

Program CST (*Care Support and Treatment*) juga disebut dengan PDP merupakan singkatan dari pelayanan, dukungan dan pengobatan. CST atau PDP adalah suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan, baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi dan menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan. Program CST pada ODHA di Lingkungan TNI telah diatur dalam Peraturan Panglima TNI No : Perpang / 64 / IX / 2010 tanggal 15 September 2010, dan Peraturan Kasal No : Perkasal / 33 / VI/ 2011 tanggal 9 Juni 2011. Penderita yang dinyatakan positif terinfeksi HIV wajib menjalani perawatan, dukungan dan pengobatan di fasilitas kesehatan TNI atau RS daerah yang ditunjuk. Adapun program CST yang dilaksanakan di Rumkital Dr. Ramelan antara lain: penjadwalan kunjungan, memantau kondisi klinis perkembangan penyakitnya, memantau status imunologinya dengan pemeriksaan CD4, tinjauan status kehamilan dan KB pada seluruh ODHA wanita pada tiap kunjungan, tinjauan status TB pada setiap ODHA pada tiap kunjungan,

penilaian persiapan pemberian ART. Hal ini ditujukan untuk memantau progresivitas penyakit dan untuk mengetahui kemajuan pengobatan, kepatuhan dalam melaksanakan pengobatan, dan keadaan mental emosional. Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya atau *Peer Group Support* adalah sebuah kelompok yang anggotanya terdiri dari ODHA atau OHIDHA yang saling memberikan dukungan dengan berbagi pengalaman, kekuatan dan harapan diantara mereka dan bertujuan membantu serta mendukung ODHA yang tergabung dalam kelompok ini yang bersifat moril, emosional dan psikologis dengan harapan agar saling menguatkan serta menjadi wadah berbagi informasi terkait dengan perawatan dan pengobatan. Selain itu disediakan pula layanan bimbingan rohani bagi ODHA.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Dr. Indah Mahdi pada sebuah Rumah Sakit di Jakarta tahun 2009, menunjukkan bahwa sekitar 30% ODHA yang dirawat di rumah sakit tersebut meninggal pada tahun pertama. Di mana kematian terjadi pada umumnya diakibatkan oleh infeksi oportunistik, bahkan tidak sedikit ODHA yang meninggal sebelum mendapatkan terapi ARV. Keterlambatan datang berobat disebabkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pemeriksaan HIV/AIDS masih rendah dan masih banyak pula yang takut untuk menjalani test HIV secara sukarela. Bahkan banyak pula yang setelah mengetahui status HIVnya positif tidak kembali lagi untuk melaksanakan pemantauan keadaan klinis dan pemantauan pemeriksaan laboratorium secara berkala termasuk pemeriksaan jumlah CD4.

Rumkital Dr. Ramelan merupakan rumah sakit rujukan bagi anggota TNI, PNS yang berdinis di Instansi TNI dan keluarganya (suami atau istri beserta 3 orang anak yang terdaftar dalam kartu keluarga yang di keluarkan oleh dinas yang berwenang

dijajaran TNI). Administrasi dan logistik dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan ditanggung oleh negara sesuai aturan yang berlaku. Jadi anggota TNI, PNS dan keluarganya tidak di pungut biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan disini termasuk untuk mendapatkan pelayanan yang terkait dengan layanan HIV-AIDS. Namun masih saja dijumpai ODHA di lingkungan TNI (TNI, PNS yang berdinasi di Instansi TNI dan keluarganya) yang enggan melaksanakan pemantauan kondisi klinis penyakitnya serta pemantauan CD4, bahkan ada yang datang dengan kondisi kekebalan tubuh yang amat rendah disertai munculnya infeksi oportunistik. Hal ini di tunjukkan dari data rekam medik Rumkital Dr. Ramelan tahun 2012, bahwa pada tiap bulan dilaporkan 1-3 orang ODHA yang rawat inap karena infeksi oportunistik yang berat dengan riwayat tidak melaksanakan jadwal kunjungan atau sama sekali tidak pernah melaksanakan kunjungan sejak dinyatakan positif HIV. Kekebalan tubuh yang rendah sangat beresiko terhadap timbulnya infeksi oportunistik yang pada akhirnya akan berujung pada kematian. Data kasus HIV-AIDS di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan sampai dengan tanggal 30 September 2013 yaitu sebanyak 545 kasus ODHA di Lingkungan TNI (Militer dan keluarganya, PNS yang bekerja di instansi TNI dan keluarganya) dimana jumlah yang telah meninggal adalah 153 kasus. Jumlah ODHA yang rutin berobat berjumlah 286 orang (70%), yang telah menjalani ART adalah 135 orang (33%), yang belum menjalani ART adalah 151 orang (37%), yang dirujuk ke RS lain sejumlah 54 orang (13%), dan 67 orang (17%) adalah ODHA yang tidak melanjutkan kontrol untuk melaksanakan pemantauan kondisi klinis, pemantauan status imunologi (melaksanakan pemeriksaan CD4 berkala) sejak dinyatakan positif HIV, serta ODHA yang lolos *follow up* yaitu sudah mendapatkan

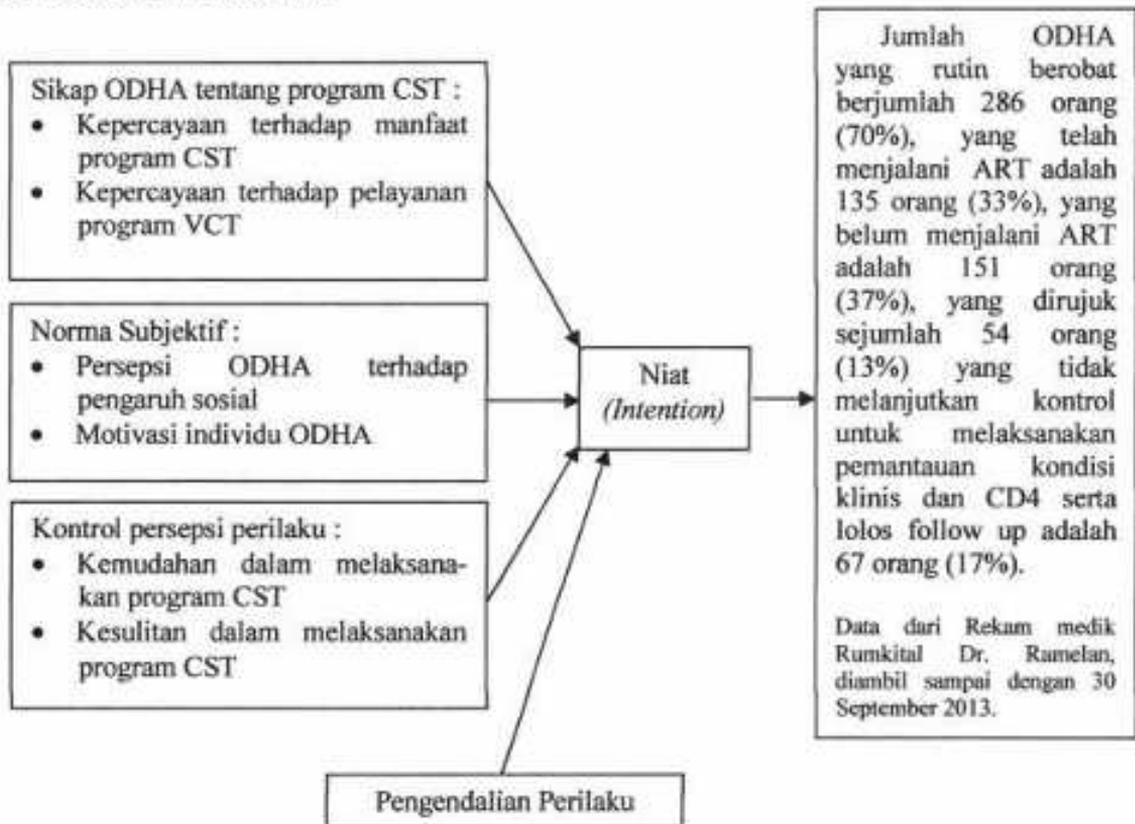
terapi ARV tetapi tidak melaksanakan kontrol selama lebih dari tiga 3 bulan atau dengan kata lain tidak melaksanakan program CST. Dengan demikian masih tinggi angka ketidakpatuhan ODHA di Lingkungan TNI dalam hal ini adalah ODHA anggota militer, PNS dan keluarganya dalam melaksanakan pengobatan, baik dalam melakukan pemantauan kondisi klinis dan status imunitasnya sebelum memenuhi persyaratan ART maupun yang telah melaksanakan ART.

Kepatuhan pasien dalam berobat merupakan faktor utama penentu keberhasilan terapi (Departemen Kesehatan RI, 2006). Ketidakpatuhan merupakan masalah potensial yang dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas serta memperbesar biaya pengobatan. ODHA memerlukan kepatuhan berobat seumur hidupnya dalam pemantauan kondisi klinis penyakitnya, imunitas serta pemenuhan kebutuhan perawatan dan pengobatan. Ketidakpatuhan dalam pengobatan akan menyebabkan munculnya komplikasi penyakit secara medis dan psikologis, menurunkan kualitas hidup penderita, meningkatkan resistensi terhadap obat, menyia-nyiakan sumber pelayanan kesehatan (ICN, 2010). Ketidakpatuhan ODHA dalam melaksanakan pemantauan kondisi klinis serta status imunitasnya menjadikan masalah ini perlu digaris bawahi dan perlu segera ditindak lanjuti oleh para pimpinan. Karena dalam menjalankan tugas pokoknya TNI membutuhkan prajurit yang berkualitas baik jasmani maupun rohani.

Beberapa teori digunakan untuk memprediksi dan memahami penelitian pola perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Dan setiap teori mempunyai kelebihan dan kekurangannya. WHO (2003) menyebutkan ada beberapa teori atau model yang dapat menjelaskan perilaku kepatuhan pasien dalam melaksanakan pengobatan dan

salah satunya adalah *Theory of Planned Behavior*. *Theory of Planned Behavior* disusun oleh seorang sosiolog asal Irlandia yang bernama Icek Ajzen pada tahun 1988. Teori ini mempunyai beberapa keuntungan dibandingkan teori prediksi perilaku kesehatan yang lain. Jumlah variabelnya yang lebih sedikit (sikap, norma subyektif, persepsi kontrol perilaku dan niat) memungkinkan untuk mengukur keseluruhan model teori dalam sampel yang terbatas. Selain itu, cara mengukur setiap variabel dalam TPB telah dikembangkan dan di validasi ulang dalam domain perilaku yang berbeda, serta dalam populasi subjek dengan jumlah yang besar. Dan yang perlu digarisbawahi bahwa dalam TPB faktor lain (misalnya: budaya) tidak mempengaruhi secara langsung terhadap perilaku tetapi berpengaruh melalui variabel yang terdapat dalam TPB. Terbukti *Theory of Planned Behavior* telah banyak digunakan sebagai teori dalam memprediksi tingkah laku diberbagai bidang penelitian tak terkecuali di bidang kesehatan (Kagee, 2008; Boogard et al, 2011). Berdasarkan data-data tersebut diatas maka peneliti tertarik untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi ODHA tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Theory of Planned Behavior* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan. Dengan mengetahui faktor dominan dalam persepsi maka diharapkan perawat dapat berperan aktif terhadap kepatuhan ODHA dalam melaksanakan pemantauan kondisi klinisnya, status imunitasnya serta pengobatan jangka panjang.

1.2 Identifikasi Masalah .



Gambar 1.4 Identifikasi masalah faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ODHA terhadap program CST berdasarkan *Theory Planned Behavior* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada hubungan faktor sikap (*attitude*) ODHA terhadap niat untuk tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan?
2. Apakah ada hubungan faktor norma subjektif (*subjective norm*) ODHA terhadap niat untuk tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan?

3. Apakah ada hubungan faktor kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*) ODHA terhadap niat untuk tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan?
4. Apakah ada hubungan faktor niat (*behavior intention*) ODHA terhadap perilaku ODHA tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan?
5. Faktor apakah yang dominan yang berhubungan dengan perilaku ODHA terhadap program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ODHA terhadap program CST berdasarkan *Theory Planned Behavior* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Menganalisis hubungan faktor sikap (*attitude*) terhadap niat ODHA untuk tidak melaksanakan program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.
2. Menganalisis hubungan faktor norma subjektif (*subjective norm*) terhadap niat ODHA untuk tidak melaksanakan program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.
3. Menganalisis hubungan faktor kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*) terhadap niat ODHA untuk tidak melaksanakan program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.

4. Menganalisis hubungan faktor niat (*behavior intention*) terhadap perilaku ODHA tidak melaksanakan program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.
5. Mengidentifikasi faktor dominan yang berhubungan terhadap perilaku program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan ODHA untuk menjalani program CST, dan dapat digunakan sebagai acuan dalam mengatasi hambatan serta meningkatkan kepatuhan ODHA dalam menjalani program CST. Selain itu juga diharapkan berguna sebagai referensi pengembangan Ilmu Keperawatan khususnya dalam ruang lingkup keperawatan komunitas yang berhubungan dengan manajemen penatalaksanaan pasien dengan positif HIV.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi ODHA

Menumbuhkan niat pada diri ODHA akan kebutuhan hidup sehat sehingga terjadi perubahan perilaku untuk mencapai kehidupan yang berkualitas dan maksimal.

2. Bagi Institusi Kesehatan TNI

Merekomendasikan hasil penelitian sebagai saran dalam pelaksanaan perawatan, dukungan dan pengobatan pada ODHA sehingga dapat dilakukan tindakan untuk menekan angka ketidakpatuhan dalam berobat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan baik bagi tenaga pengajar maupun mahasiswa dan sebagai bahan referensi pada penelitian lain yang sejenis.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar HIV-AIDS

AIDS (Aquired Immune Deficiency Syndrome) sangat menarik perhatian dunia terlebih komunitas kesehatan. Pada tahun 1981 di California terjadi kasus-kasus yang tidak lazim, dimana banyak ditemukan pada kaum muda homoseks menderita *Pneumocystis carinii* dan Sarkoma Kaposi (Gottlieb,1981; Center for Disease Control, 1981). Pada hasil analisa epidemiologik mengisyaratkan bahwa ada keterlibatan agen infeksiosa, sehingga pada tahun 1983 Human Immunodeficiency Virus tipe 1(HIV-1) diidentifikasi sebagai penyebab penyakit (Barre-Sinoussi et al., 1983; Gallo, 1984).

2.1.1 Definisi HIV-AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari famili lentivirus yang dahulu dikenal dengan virus limfotropiksel T manusia tipe III(HTLV-III) atau virus limfadenopati (LAV). Retrovirus akan mengubah asam ribonukleat (RNA)nya menjadi asam deoksiribonukleat (DNA) setelah masuk ke dalam sel pejamu. HIV-1 dan HIV-2 merupakan lentivirus sitopatik, dan HIV-1 merupakan penyebab utama AIDS di dunia.

AIDS (Aquired Immune Deficiency Syndrome) merupakan kumpulan dari kondisi klinis tertentu yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh akibat dari infeksi HIV. AIDS mencerminkan suatu infeksi HIV yang sudah berlangsung cukup lama. Dan saat ini AIDS merupakan pandemi karena di jumpai hampir di semua negara di seluruh dunia.

2.1.2 Epidemiologi

UNAID dan WHO memperkirakan bahwa AIDS telah membunuh lebih

dari 25 Juta jiwa sejak pertama kali di temukan pada tahun 1981. Oleh karena itu AIDS adalah sebagai salah satu epidemik paling menghancurkan dalam sejarah (UNAID, 2006). Belahan dunia yang paling parah terjangkit HIV-AIDS adalah Afrika Sub-Sahara. Di daerah tersebut diperkirakan 25,3 juta orang dewasa dan anak-anak hidup dengan infeksi dan penyakit pada akhir tahun 2000. Daerah lain di dunia yang mengkhawatirkan adalah Asia selatan dan Tenggara dimana pada periode yang sama 5,8 juta orang hidup dengan HIV dan AIDS.

Di Indonesia sendiri sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Juni 2013, HIV-AIDS tersebar di 348 (70%) dari 497 kabupaten/kota di seluruh propinsi di Indonesia. Propinsi pertama kali ditemukan adanya HIV-AIDS adalah Provinsi Bali. Pada tahun 2005 jumlah penduduk terinfeksi HIV di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 859, tahun 2006 (7.195), tahun 2007 (6.048), tahun 2008 (10.362), tahun 2009 (9.793), tahun 2010 (21.591), tahun 2011 (21.031), tahun 2012 (21.511), dan jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan bulan Juni 2013 sebanyak 108.600. Sedangkan jumlah infeksi HIV tertinggi berdasarkan propinsi yaitu DKI Jakarta (24.807) diikuti Jawa Timur (14.285), Papua (11.871), Jawa Barat (8.161), dan Sumatera Utara (7.078). Sedangkan kasus AIDS sampai dengan tahun 2005 dilaporkan sebanyak 4.987, tahun 2006 (3.514), tahun 2007 (4.425), tahun 2008 (4.943), tahun 2009 (5.483), tahun 2010 (6.845), tahun 2011 (7.004), dan tahun 2012 (5.868). jumlah kumulatif AIDS sampai dengan Juni 2013 adalah sebanyak 43.667 orang. Persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (35,0%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (28,2%), 40-49 tahun (10 %), 15-19 tahun (3,2%), dan 50-59 tahun (3,0). Presentase AIDS pada laki-laki sebanyak 55,4% dan

perempuan 28,8%. Jumlah AIDS tertinggi adalah pada wiraswasta yaitu sebanyak 5.131, kemudian ibu rumah tangga (5.006), tenaga non profesional/karyawan (4.521), buruh kasar (1.746), penjaja seks (1.712), petani/peternak/nelayan/ (1.663), dan anak sekolah/mahasiswa (1.089). Jumlah AIDS tertinggi yang dilaporkan tiap propinsi adalah Provinsi Papua (7.795), Jawa Timur (6900), DKI Jakarta (6.299), Sulawesi Selatan (1.547), Banten (916) dan Kepri (859). Angka kematian (CFR) AIDS cenderung menurun dari 3,21% pada tahun 2012, menjadi 0,30% sampai dengan bulan Juni tahun 2013 (Data Ditjen PP dan PL Kemenkes RI).

2.1.3 Patofisiologi

1. Penularan dan Masuknya Virus.

HIV dapat diisolasi dari darah, cairan cerebrospinalis, semen, air mata, sekresi vagina atau serviks, urine, ASI, dan air liur. Penularan yang paling beresiko adalah melalui darah, sekresi vagina, semen dan ASI. Cara penularan yang utama adalah kontak dengan jarum suntik yang tercemar HIV, hubungan seksual yang beresiko, kontak dengan darah yang terinfeksi HIV, ibu hamil yang terinfeksi HIV terhadap janinnya. Setelah virus ditularkan akan terjadi serangkaian proses yang menyebabkan infeksi (Price, 2005).

2. Patogenesis

Virion HIV matang memiliki bentuk hampir bulat, selubung luarnya, atau kapsul viral, terdiri dari lemak lapis ganda yang banyak mengandung tonjolan protein. Duri-duri ini terdiri dari dua glikoprotein yaitu gp120 dan gp41. Gp mengacu pada glikoprotein dan angka mengacu pada massa protein dalam ribuan dalton. Gp120 adalah selubung permukaan eksternal duri, dan gp41 adalah bagian

transmembran. Terdapat protein matriks yang disebut p17 yang mengelilingi segmen bagian dalam membran virus. Sedangkan inti dikelilingi oleh suatu protein kapsid yang disebut p24. Di dalam kapsid, p24 terdapat dua untai rantai RNA identik dan molekul preformed reverse transcriptase, integrase, dan protease yang sudah terbentuk. HIV adalah suatu retrovirus sehingga materi genetik berada dalam bentuk RNA bukan DNA. Reverse transcriptase adalah enzim yang mentranskripsikan RNA virus menjadi DNA setelah virus masuk ke sel sasaran. Enzim-enzim lain yang menyertai RNA adalah integrase dan protease.

HIV menginfeksi sel sasaran dengan mengikat permukaan sel sasaran yang memiliki molekul reseptor membran CD4. Sampai saat ini sasaran yang disukai virus oleh HIV adalah sel limfosit T penolong positif-CD4, atau sel T4 (Limfosit CD4+). Gp 120 HIV berikatan kuat dengan limfosit CD4+ sehingga gp41 dapat menjadi perantara fusi membran virus ke membran sel. Telah ditemukan pula dua koreseptor permukaan sel, CCR5 atau CXCR4 dan diperlukan agar glikoprotein gp120 dan gp41 dapat berikatan dengan reseptor CD4+ (Doms, 1997). Koreseptor ini menyebabkan perubahan-perubahan konformasi sehingga gp41 dapat masuk ke membran sel sasaran. Individu yang mewarisi dua salinan detektif gen reseptor CCR5 (homozigot) resisten terhadap timbulnya AIDS, walaupun berulang kali terpajan HIV (sekitar 1% orang Amerika keturunan Caucasian). Individu yang heterozigot untuk gen detektif ini (18 sampai 20%) tidak terlindung dari AIDS, tetapi awitan penyakit agak melambat. Belum pernah ditemukan homozigot pada populasi Asia atau Afrika, yang mungkin dapat membantu menjelaskan mengapa mereka lebih rentan terhadap infeksi HIV (O'brien, 1997). Sel-sel lain yang mungkin rentan terhadap infeksi HIV mencakup monosit dan

makrofag dimana monosit dan makrofak yang terinfeksi berfungsi sebagai reservoir untuk HIV tetapi tidak dihancurkan oleh virus. HIV bersifat politrofik dan dapat menginfeksi beragam sel pada manusia (Levy 1994), seperti sel natural killer (NK), limfosit B, sel endotel, sel epitel, sel Langerhans, sel dendritik (yang terdapat pada permukaan mukosa tubuh), sel mikroglia, dan berbagai jaringan tubuh. Setelah sel berfusi dengan limfosit CD4+. Maka berlangsunglah serangkaian proses kompleks yang apabila berjalan lancar akan mengakibatkan terbentuknya partikel-partikel virus baru dari sel yang terinfeksi. Limfosit CD4+ yang terinfeksi mungkin tetap laten dalam keadaan provirus atau mungkin mengalami siklus-siklus replikasi sehingga akan menghasilkan banyak virus. Infeksi pada limfosit CD4+ juga dapat menimbulkan sipatogenesis melalui beragam mekanisme termasuk apoptosis (kematian sel terprogram), anergi (pencegahan fusi sel lebih lanjut), atau pembentukan sinsitium (fusi sel).

3. Replikasi Virus

Setelah terjadi fusi sel-virus, RNA virus masuk ke bagian tengah sitoplasma limfosit CD4+. Setelah nukleokapsid di lepas, maka terjadi transkripsi terbalik (reverse trancription) dari satu untai-tunggal RNA menjadi DNA salinan cDNA virus ke dalam inti sel pejamu. Apabila sudah terintegrasi ke kromosom sel pejamu, maka dua untai DNA sekarang menjadi provirus (Greene,1993). Provirus menghasilkan RNA mesenger (mRNA), yang meninggalkan inti sel dan masuk ke dalam sitoplasma. Protein-protein virus dihasilkan dari mRNA yang lengkap dan yang lengkap dan yang telah mengalami splicing penggabungan setelah RNA genom dibebaskan ke dalam sitoplasma. Tahap akhir produksi virus membutuhkan suatu enzim virus yang disebut protease, yang memotong dan

menata protein virus menjadi segmen-segmen virus yang mengelilingi RNA virus, membentuk partikel virus menular yang menonjol dari sel yang terinfeksi. Sewaktu menonjol dari sel pejamu, partikel-partikel virus tersebut akan terbungkus oleh sebagian dari membran sel yang terinfeksi. HIV yang baru terbentuk sekarang dapat menyerang se-sel yang rentan lainnya di seluruh tubuh (Price, 2006)

Proses replikasi HIV terus berlanjut sepanjang periode laten klinis, bahkan saat hanya terjadi aktivasi virus yang minimal di dalam darah Embretson et al., 1993; Pantaleo et al., 1993). HIV ditemukan dalam jumlah besar di dalam limfosit CD4+ dan makrofag di seluruh sistem limfoid pada semua tahap infeksi. Partikel-partikel virus juga telah dihubungkan dengan sel-sel dendritik folikuler, yang memindahkan infeksi sel-sel selama migrasi melalui folikel limfoid. HIV secara terus menerus terakumulasi dan bereplikasi di organ-organ limfoid. Sebagaimana data menunjukkan adanya replikasi dalam jumlah yang sangat besar dan pertukaran sel yang sangat cepat dengan watu paruh virus dan sel penghasil virus di dalam plasma sekitar dua hari (Wei et al 1995; Ho et al 1995). Aktivitas ini menunjukkan bahwa terjadi pertempuran terus-menerus antara virus dan sistem imun pasien.

4. Respon Imun Terhadap Infeksi HIV

Segera setelah terpajan HIV, individu akan melakukan perlawanan imun yang intensif. Sel-sel B akan menghasilkan antibodi yang spesifik terhadap protein virus. Ditemukan pula adanya antibodi netralisasi terhadap regio-regio di gp120 selubung virus dan bagian eksternal gp41. Deteksi antibodi adalah dasar bagi berbagai uji HIV. Di dalam darah dijumpai kelas antibodi imunoglobulin G (IgG)

maupun imunoglobulin M (IgM), tetapi seiring dengan terjadinya penurunan titer IgM, maka titer IgG tetap tinggi sepanjang infeksi. Antibodi IgG adalah antibodi utama yang digunakan dalam uji HIV. Antibodi terhadap HIV dapat muncul dalam satu bulan setelah infeksi awal dan pada sebagian besar orang yang terinfeksi HIV dalam enam bulan setelah pajanan. Tapi antibodi HIVn tidak menetralsir HIV atau menimbulkan perlindungan terhadap infeksi lebih lanjut.

Produksi imunoglobulin diatur oleh limfosit T CD4+. Limfosit T CD4+ diaktifkan oleh sel penyaji antigen untuk menghasilkan berbagai sitokin seperti interleukin-2 (IL-2), dimana membantu merangsang sel B untuk membelah dan berdiferensiasi menjadi sel plasma. Kemudian sel-sel plasma ini akan menghasilkan imunoglobulin yang spesifik untuk antigen yang merangsangnya. Sitokin IL-2 hanyalah salah satu dari banyak sitokin yang mempengaruhi respon imun baik humoral maupun selular dan sangat penting dalam proses aktivitas intra sel. Sebagai contoh, penambahan sitokin IL-12 (faktor stimulasi sel NK) melawan penurunan aktivitas dan fungsi sel NK seperti yang terjadi infeksi HIV. Sel-sel NK adalah sel yang penting karena dalam keadaan normal bertugas mengenali dan menghancurkan sel yang terinfeksi oleh virus dengan mengeluarkan perforin yang serupa dengan yang dihasilkan oleh sel CD8. Peran sitotoksik sel CD8 adalah mengikat mengikat sel yang terinfeksi oleh virus dan mengeluarkan perforin yang menyebabkan kematian sel. Aktivasi sitotoksi sel CD8 sangat hebat pada awal infeksi HIV, dan dapat menekan replikasi HIV di dalam limfosit CD4+. Aktivitas sel CD8 menurun seiring dengan perkembangan penyakit. Semakin berat penyakit, jumlah sel CD4+ juga akan berkurang.

Fungsi regulator esensial limfosit CD4+ dalam imunitas selular sangatlah penting. Limfosit CD4+ mengeluarkan berbagai sitokin yang akan memperlancar proses seperti produksi imunoglobulin dan pengaktifan sel T tambahan dan makrofag.

Dua sitokin spesifik yang dihasilkan oleh limfosit CD4+ - IL-2 dan interferon gama berperan penting dalam imunitas selular. Pada kondisi normal, limfosit CD4+ mengeluarkan interferon gama yang menarik makrofag dan mengintensifkan reaksi imun terhadap antigen. Akan tetapi bila limfosit CD4+ tidak berfungsi dengan benar maka produksi interferon gama akan menurun. IL-2 penting untuk memfasilitasi tidak saja produksi sel plasma tetapi juga pertumbuhan aktivitas antivirus sel CD8 dan replikasi diri populasi limfosit CD4+.

Apoptosis adalah salah satu dari beberapa teori yang diajukan untuk menjelaskan berkurangnya secara mencolok limfosit CD4+ dalam darah sepanjang perjalanan penyakit. Banyak limfosit CD4+ yang kemudian mati saat dirangsang oleh suatu bahan pengaktif atau oleh gangguan pada sinyal pengaktif (Gougeon, 1993). Limfosit CD4+ juga mungkin tidak mampu membelah diri sehingga timbul fenomena yang disebut anergi. Teori lain menyatakan adanya peran pembentukan sinitium. Pada pembentukan sinitium, limfosit CD4+ yang tidak terinfeksi berfusi dengan sel-sel yang terinfeksi sehingga mengeliminasi banyak sel yang tidak terinfeksi. Menurunnya jumlah limfosit CD4+ mungkin disebabkan oleh terbentuknya virus-virus baru melalui pembentukan tunas dan menyebabkan rupturnya membran limfosit CD4+ yang secara efektif mematikan sel tersebut. Apapun teori yang menjelaskan berkurangnya limfosit CD4+, gambaran utama pada infeksi HIV adalah tetap deplesi sel-sel tersebut. Deplesi

sel-sel limfosit CD4+ tersebut bervariasi diantara para pengidap infeksi HIV. Faktor yang mempengaruhi variasi ini adalah fungsi sistem imun pejamu, misalnya : penyakit kongenital metabolik, defisiensi gizi, patogen lainnya (Schattner,1994).

2.1.4 Pengukuran Sel CD4+

Pada sistem imun yang normal, jumlah limfosit CD4+ berkisar antara 600 sampai dengan 1200/ μ l atau mm^3 darah. Karena hitung limfosit CD4+ sangat bervariasi, bahkan pada orang yang sama, maka perlu segera dilakukan pemeriksaan setelah terpajan HIV untuk menentukan jumlah basal sel. Setelah infeksi virus primer, hitung limfosit CD4+ akan mengalami penurunan dibawah normal. Jumlah sel kemudian meningkat tetapi sampai kadar yang sedikit dibawah normal. Seiring perjalanan waktu, terjadi penurunan secara perlahan hitung limfosit CD4+ yang berkorelasi dengan perjalan klinis penyakit. Faktor eksternal seperti : merokok, stress, obat, dan alkohol dapat mempengaruhi fungsi hormon dan imun seseorang dan dapat berlaku sebagai variabel pengganggu (Price,2006).

Pada tahun 1993 CDC menentukan definisi kasus AIDS dengan indikator AIDS adalah mereka yang memiliki hitung limfosit CD4+ kurang dari 200/ μ l baik simptomatik maupun asimptomatik. Pasien dengan CD4+ kurang dari 200/ μ l mengalami imunosupresi yang berat dan beresiko tinggi terjangkit keganasan dan infeksi oportunistik. Tubuh sudah tidak berdaya lagi terhadap mikroorganisme yang menginvasi tubuh seperti bakteri, jamur, parasit, virus, protozoa.

2.1.5 Fase Perkembangan Klinis, Klasifikasi Stadium Klinis Dan Klasifikasi Immunologi.

AIDS adalah stadium akhir dalam suatu perjalanan infeksi HIV. Perjalanan penyakit dimulai sejak saat pasien tertular dan terinfeksi. Tidak semua orang yang terpajan akan terinfeksi (misalnya, homozigot dengan gen CCR5 mutan).

1. Fase Perkembangan klinis.

a. Windows Periode (Masa Jendela)

Pada fase ini, setelah infeksi awal HIV pasien mungkin tetap seronegatif sampai beberapa bulan akan tetapi tetap dapat menularkan virus ke orang lain. Manifestasi klinis pada orang yang terinfeksi dapat timbul dini, 1 sampai 4 minggu setelah pajajan.

b. Infeksi Akut

Pada fase ini terjadi tahap serokonversi dari status antibodi negatif menjadi positif. Sebagian orang yang terinfeksi HIV mengalami sakit mirip seperti penyakit virus atau mirip mononukleosis infeksiosa yang berlangsung beberapa hari. Muncul gejala seperti malaise, demam, diare, limfadenopati, dan ruam makulopapular. Namun beberapa orang mengalami gejala yang lebih akut seperti meningitis dan pneumonitis. Pada periode ini terdeteksi HIV dengan kadar tinggi di darah perifer (Levy, 1994). Kadar limfosit CD4+ turun dan kemudian kembali ke kadar sedikit dibawah kadar normal.

c. Fase Asimtomatik

Dalam beberapa minggu setelah fase infeksi akut, pasien akan masuk ke fase asimtomatik. Pada awalnya kadar limfosit CD4+ akan kembali mendekati normal, namun akan menurun secara bertahap seiring dengan berjalannya waktu dan

perkembangan penyakitnya. Selama fase ini, baik virus maupun antibodi virus dapat ditemukan dalam darah, dan replikasi virus berlangsung di jaringan limfoid.

d. Fase Simtomatik

Dari perjalanan penyakit hitung sel CD4+ pasien biasanya telah turun dibawah 300/ μ l dan dijumpai gejala-gejala yang menunjukkan imunosupresi dan gejala ini berlanjut sampai pasien memperlihatkan penyakit-penyakit terkait AIDS.

e. Fase AIDS

Pada tahun 2010 WHO telah menetapkan hitung limfosit CD4+ yang kurang dari 350/ μ l sebagai kriteria tunggal diagnosis AIDS apapun kategori klinisnya asimtomatik atau simtomatik. Apabila ada salah satu dari penyakit indikator AIDS sesuai definisi dari CDC maka menunjukkan kasus AIDS yang harus dilaporkan.

2. Stadium Klinis berdasarkan gejala yang muncul

Tabel 2.1 Stadium klinis HIV berdasarkan Gejala yang muncul.

No	HIV- Associated Symptoms	WHO Clinical Stage
1	Asymptomatic	1
2	Mild symptoms	2
3	Advanced symptoms	3
4	Severe symptoms	4

Sumber : WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adult and children, 2007

3. Stadium Klinis HIV-AIDS pada dewasa dan remaja

Tabel 2.2 Stadium Klinis HIV-AIDS pada dewasa dan remaja.

Stadium	Gambaran Klinis
I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asimptomatis. 2. Limfadenopati generalisata persisten.
II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun < 10% tanpa di ketahui penyebabnya. 2. Infeksi saluran nafas bagian atas seperti, sinusitis, tonsillitis, otitis media, pharyngitis. 3. Herpes zoster. 4. Angular cheilitis. 5. Sariawan yang sering kambuh.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Papular pruritus eruptions. 7. Dermatitis seboroik. 8. Jamur kuku.
III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun < 10% tanpa di ketahui penyebabnya. 2. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan. 3. Demam (diatas 37.6 °C) yang berkepanjangan lebih dari 1 bulan. 4. Kandidiasis orofaringeal. 5. Oral hairy leukoplakia. 6. TB Paru dalam tahun terakhir. 7. Infeksi bacterial yang berat (seperti pneumonia, empyema, pyomyositis, meningitis, infeksi tulang atau sendi). 8. Akut nekrotik ulkus stomatitis, ginggivitis atau periodontitis. 9. Anemia yang tidak diketahui penyebabnya (< 8g/dl), neutropaenia (<50 x 10⁹ per ltr) atau trombositopenia kronis (<50 x 10⁹ per ltr).
IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wasting syndrome. 2. Pneumonia Pneumocystis Carinii 3. Infeksi herpes simplek kronis (orolabial, genital, atau anorectal) lebih dari 1 bulan. 4. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus, dan paru. 5. TB diluar paru. 6. Sarkoma kaposi. 7. Infeksi cytomegalovirus. 8. Taxoplasmosis otak. 9. Ensefalopati HIV. 10. Diare kriptosporidiosis lebih dari 1 bulan 11. Kriptokokosis ekstrapulmonal 12. Herpes simpleks mukokutan > 1bulan 13. Leukoensefalopati multifokal progresif 14. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis 15. Mikobakteriosis atipika diseminata 16. Septisemia salmonelosis nontifoid 17. Tuberkulosis di luar paru 18. Limfoma (serebral atau B-sel non hodgkin)

Sumber : WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adult and children, 2007

4. Klasifikasi HIV berdasarkan kondisi imunologi

Tabel 2.3 Klasifikasi HIV berdasarkan kondisi imunologi

HIV-associated immunodeficiency	Age-related CD4 values			
	<11 months (%CD4+)	12-35 months (%CD4+)	36-59 months (%CD4+)	>5 years (absolute number per mm ³ or %CD4+)
None or not significant	>35	>30	>25	> 500
Mild	30-35	26-30	20-25	350-499
Advanced	25-29	20-24	15-19	200-349
Severe	<25	<20	<15	<200 or <15%

Sumber : WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adult and children, 2007

2.1.6 Manifestasi Klinis

AIDS mempunyai beragam manifestasi klinis dalam bentuk keganasan dan infeksi oportunistik yang khas.

1. Keganasan

Sarkoma Kaposi (SK) adalah jenis keganasan yang banyak di jumpai pada kaum homoseksual atau biseks yang terinfeksi HIV, tetapi jarang pada orang dewasa lainnya dan sangat jarang terjadi pada anak. Sarkoma Kaposi adalah merupakan manifestasi proliferasi berlebihan sel-sel gelondong yang diperkirakan berasal dari sistem vaskular dan memiliki kesamaan gambaran dengan sel endotel dan sel otot polos. Umumnya timbul secara multisentrik berupa nodus-nodus asimtomatik yaitu suatu angiosarkoma. Penelitian membuktikan bahwa sarkoma kaposi disebabkan oleh suatu mikroorganisme menular seksual, virus herpes manusia tipe 8 (HHV8) atau virus herpes terkait sarkoma kaposi dan bukan HIV. HHV8 menyebabkan orang yang terinfeksi rentan terhadap Sarkoma Kaposi serupa dengan virus papiloma manusia yang mempermudah timbulnya kanker

serviks pada orang yang terinfeksi. Lesi berupa bercak-bercak merah keunguan di kulit. Selain di kulit juga dapat ditemukan di saluran cerna, kelenjar getah bening, dan paru. Sarkoma kaposi dapat menyebabkan kerusakan struktural dan fungsional, misalnya limfedema dan malabsorpsi.

Limfoma maligna adalah tumor sel B dengan stadium patologik yang tinggi, termasuk *noncleaved lymphoma* dan limfoma Burkitt atau limfoma mirip Burkitt. Gejala yang muncul adalah berupa demam, penurunan berat badan dan berkeringat malam yang mungkin disebabkan oleh keganasan. Pasien yang mengidap *limfadenopati generalisata persisten* (PGL) sangat beresiko mengalami limfoma maligna. Gejala dan tanda awal limfoma sistem saraf pusat (SSP) primer adalah nyeri kepala, berkurangnya ingatan jangka pendek, kelumpuhan saraf kranialis, hemiparesis, dan perubahan kepribadian. Gangguan tersebut terjadi tergantung dari letak tumor, edema dan penyakit penyerta. Adanya lesi desak ruang harus dibedakan dengan lesi lain seperti toksoplasmosis.

Kanker servik invasif adalah suatu keganasan ginekologik yang berkaitan dengan penyakit HIV kronik yang dimasukkan ke dalam definisi kasus sejak tahun 1993. Displasia serviks mengenai 40% perempuan yang terinfeksi HIV. Displasia serviks disebabkan oleh virus papiloma manusia yang berhubungan dengan timbulnya kanker invasif di kemudian hari. Oleh karena itu pada perempuan yang terinfeksi HIV harus dilakukan hapusan papanicolaou tiap 6 bulan untuk mendeteksi kanker serviks pada stadium dini. Pada perempuan dengan AIDS kanker serviks akan menjadi sangat agresif.

Keganasan-keganasan lain yang pernah dilaporkan terjadi pada pasien yang terinfeksi HIV adalah multipel mieloma, leukemia limfositik akut sel β , limfoma

limfoblastik T, penyakit Hodgkin, karsinoma rectum, karsinoma sel skuamosa di lidah, karsinoma adenoskuamosa paru, adenokarsinoma kolon dan pankreas, dan kanker testis.

2. Infeksi

AIDS akan menyebabkan kerusakan progresif pada fungsi imun, namun kematian yang terjadi utamanya adalah disebabkan oleh infeksi oportunistik yang timbul karena gagalnya kerja dari sistem imun melawan penyakit. Akibatnya pasien dengan AIDS akan rentan terhadap berbagai macam infeksi jamur, bakteri, protozoa, virus. Infeksi-infeksi tersebut bersifat menetap, parah, sering kambuh dan biasanya mengidap lebih dari satu infeksi pada satu waktu.

Pneumonia *Pneumocystis Carinii* (PPC) adalah infeksi serius yang paling sering dialami pasien dengan AIDS. Gejalanya adalah demam, batuk kering non produktif, lemah, sesak nafas,

Infeksi lain yang sering terjadi pada pasien HIV-AIDS adalah kandidiasis orofaring, kandidiasis vulvovagina, herpes zooster, TB Paru, meningitis, diare.

2.1.7 Prinsip Pengobatan

Terapi pada pasien HIV biasa disebut terapi antiretroviral (ART) berarti mengobati infeksi HIV dengan beberapa obat. Karena HIV adalah retrovirus, maka obat tersebut biasa disebut obat antiretroviral (ARV). ARV tidak membunuh virus HIV, tetapi ART dapat melambatkan laju pertumbuhan virus. Dengan pertumbuhan virus yang dilambatkan, maka begitu juga proses HIV menuju stadium AIDS juga diharapkan akan lebih lama.

Untuk memulai terapi ARV diperlukan pemeriksaan jumlah CD4+ dan diagnosis stadium klinis infeksi HIV pada pasien tersebut. Hal tersebut untuk menentukan apakah sudah memenuhi syarat terapi ARV atau belum.

1. Rekomendasi memulai terapi ARV

Sesuai Pedoman Nasional Pengobatan Antiretroviral (ART) Kemenkes tahun 2011 bahwa :

a. Tidak tersedia pemeriksaan CD4+

- 1) Dalam hal tidak tersedia pemeriksaan CD4+, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.

b. Tersedia pemeriksaan CD4+

- 1) Mulainya terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4+ < 350 sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya.
- 2) Terapi ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil, dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4+.

2. Panduan ARV Lini Pertama yang Dianjurkan

Pemerintah menetapkan panduan yang digunakan dalam pengobatan ARV yang terdiri dari 5 aspek yaitu : efektivitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan, harga obat.

Prinsip dalam pemberian ARV adalah :

- a. Paduan obat ARV harus menggunakan 3 jenis obat yang terserap dan berada dalam dosis terapeutik. Prinsip tersebut untuk menjamin efektivitas penggunaan obat.
- b. Membantu pasien agar patuh minum obat antara lain dengan mendekatkan akses pelayanan ARV .

c. Menjaga kesinambungan ketersediaan obat ARV dengan menerapkan manajemen logistik yang baik.

2.2 Konsep Program CST (*Care, Support and Treatment*)

2.2.1 Pengertian CST (*Care, Support and Treatment*)

CST (*Care Support and Treatment*) juga biasa disebut dengan PDP merupakan singkatan dari pelayanan, dukungan dan pengobatan. CST atau PDP adalah suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan, baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan.

Masalah yang sering muncul pada ODHA adalah masalah medis, psikologis, sosial dan ekonomi. Masalah medis yang dihadapi ODHA dapat berupa infeksi oportunistik, gejala simtomatik yang berhubungan dengan AIDS, ko-infeksi, sindrom pemulihan kekebalan tubuh serta efek samping dan interaksi obat ARV. Sedangkan masalah psikologis yang mungkin timbul yang berkaitan dengan infeksi HIV/AIDS adalah depresi, ansietas, gangguan kognitif serta gangguan kepribadian sampai psikosis. Masalah sosial yang dapat timbul pada HIV/AIDS adalah diskriminasi, pengucilan/stigmatisasi baik di lingkungan kerja maupun di lingkungan rumah, terhambatnya karier, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosioekonomi tersebut sering kali tidak saja dihadapi oleh ODHA namun juga oleh keluarga dan kerabat dekatnya.

2.2.2 Layanan CST di Rumkital Dr. Ramelan

Program CST (*Care, Support, and Treatment*) yang dilaksanakan di Rumkital Dr. Ramelan mengacu pada Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 27 Juni 2007 tentang Penetapan Rumah sakit Rujukan bagi ODHA dan Standar Pelayanan Rumah Sakit Rujukan ODHA dan Satelitnya (Perpang TNI, 2010).

Rumkital Dr. Ramelan merupakan layanan Strata III dimana sebagai pusat rujukan Rumah Sakit TNI tingkat IV, III dan II di wilayah timur. Sesuai dengan standar layanan kesehatan Strata III Kemenkes, maka Rumkital Dr. Ramelan berupaya untuk melaksanakan program CST yang komprehensif dan berkesinambungan. Program CST yang dilakukan di Rumkital Dr. Ramelan meliputi:

1. Perawatan (*Care*),

Perawatan yang dilaksanakan di Rumkital Dr. Ramelan meliputi : penjadwalan kunjungan, memantau kondisi klinis perkembangan penyakitnya, memantau status imunologinya dengan pemeriksaan CD4, tinjauan status kehamilan dan KB pada seluruh ODHA wanita pada tiap kunjungan, tinjauan status TB pada setiap ODHA pada tiap kunjungan, penilaian persiapan pemberian ART.

2. Dukungan (*Support*)

Memberikan dukungan psikososial, spiritual dan pengetahuan seperti memberikan konseling dan edukasi baik secara perorangan, pasangan maupun kelompok. Rumkital Dr. Ramelan juga berupaya menjembatani para ODHA yang ingin bersosialisasi terhadap sesama ODHA dengan membentuk *peer support*

group atau biasa disebut kelompok dukungan sebaya (KDS). *Peer Support Group* adalah sebuah kelompok yang anggotanya terdiri dari ODHA atau OHIDHA yang saling memberikan dukungan dengan berbagi pengalaman, kekuatan dan harapan diantara mereka. Kelompok ini dibutuhkan bagi ODHA guna menjadi ruang berbagi terkait dengan persoalan yang mereka hadapi. Banyak manfaat yang bisa didapatkan ODHA dari mengikuti *peer support group* ini, yaitu : mengurangi isolasi, meningkatkan dukungan sosial, mengurangi stigma, berbagi pengalaman, membantu ODHA untuk melihat bahwa hidup dengan HIV bukan akhir dari segalanya, mengurangi ketergantungan pada petugas kesehatan, meningkatkan kualitas hidup bagi Pasien HIV. Meskipun pasien belajar banyak dari petugas kesehatan, namun ada beberapa pengalaman yang lebih baik dipelajari dari orang yang mengalami permasalahan dan hambatan yang sama. *Peer support group* ini mengadakan pertemuan tiap 3 bulan.

3. Pengobatan (Treatment)

Layanan pengobatan yang di laksanakan di Rumkital Dr. Ramelan meliputi : penatalaksanaan HIV dengan infeksi oportunistik berat bahkan infeksi oportunistik yang lebih dari satu, pemberian propilaksis bila diperlukan, terapi ARV, memberikan layanan klinis dan manajemen problem kronis.

Adapun sarana dan prasarana yang dimiliki Rumkital Dr. Ramelan dalam memberikan pelayanan HIV-AIDS adalah :

1. Ketenagaan

- a. Memiliki Tim Pokja HIV-AIDS yang melibatkan tenaga dan bagian yang terkait dan dipimpin oleh seorang ketua.

- b. Tenaga klinis yang ahli di bidang tatalaksana HIV-AIDS dan tatalaksana kasus yang kompleks, serta layanan dan dukungan spesialistik yang telah memiliki sertifikat untuk CST (dasar dan lanjutan).
- c. Konselor untuk VCT (lay counselor, professional counselor, senior counselor).
- d. Pekerja sosial, manajer kasus.
- e. Memiliki teknisi laboratorium yang terlatih termasuk untuk tes CD4, pemeriksaan kimia darah yang canggih, serta tenaga ahli laboratorium untuk diagnosis penyakit IO.
- f. Tenaga farmasi yang ahli dalam manajemen dan tatakelola logistik obat IO dan ARV.
- g. Tenaga khusus untuk pencatatan dan pelaporan yang sudah terlatih dalam bidang pemantauan dampak ART (ART monitoring).

2. Layanan yang lengkap

- a. Tatalaksana klinis dan medis HIV dengan diagnosis infeksi oportunistik tahap lanjut yang kompleks.
- b. Diagnosis dan tatalaksanaan efek samping obat yang berat baik IO maupun ARV.
- c. Penilaian atau pemeriksaan kemungkinan adanya kegagalan terapi atau resisten terhadap terapi ARV dan pemberian terapi ARV dengan paduan ARV lini – 2.
- d. Dukungan kepatuhan berobat.
- e. Rujukan balik ke rumah sakit atau saranan layanan di bawahnya untuk tindak lanjut perawatan kronis HIV.

- f. Bimbingan teknis atau klinis kepada tim PDP di layanan strata II atau di bawahnya.

3. Obat, sarana dan sumber daya lain

- a. Sarana laboratorium canggih seperti:
 - 1) pemeriksaan CD4 dan bila mungkin pemeriksaan viral load (di tingkat nasional).
 - 2) pemeriksaan serologi: HBV, HCV, sifilis.
 - 3) kimia darah: tes fungsi hati, tes fungsi ginjal dan tes metabolik lain.
 - 4) pemeriksaan mikrobiologi dasar dan biakan
- b. Obat Arv lini-1 : zidovudin (AZT), lamivudin (3TC), nevirapin (NVP), stavudin (d4T) dan efavirenz (EFV) atau kombinasinya.
- c. Obat ARV lini-2: tenofovir (TDF), didanosin (ddI), lopinavir yang diperkuat oleh ritonavir (LPV/r) dan atau lainnya.
- d. Obat-obat untuk terapi infeksi oportunistik yang rumit atau pada penyakit tahap lanjut seperti misalnya (infeksi MAC, virus sitomegali, dll)
- e. Formulir rujukan untuk menjaga kesinambungan perawatan kronik HIV.
- f. Untuk rumah sakit rujukan nasional, perlu melengkapi diri dengan:
 - 1) Pemeriksaan histologi.
 - 2) Laboratorium mikrobiologi yang lebih canggih (tes resistensi untuk mikobakteri lain selain TB).
 - 3) CT scan.
 - 4) Endoskopi, bronkoskopi

2.2.3 Mekanisme Layanan CST di Rumkital Dr. Ramelan.

Orang yang telah mengetahui dirinya tertular HIV atau sudah menderita infeksi oportunistik tidak boleh dibiarkan terlantar tidak mendapatkan perawatan. Di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan, sejak pasien dinyatakan positif mengidap HIV (ODHA), maka dianjurkan untuk mengikuti program perawatan, dukungan dan pengobatan untuk HIV, dan dimulai sejak pasien setuju untuk mengikuti program tersebut.

Alur pasien setelah menyatakan setuju untuk mengikuti program perawatan adalah sebagai berikut :

1. Triase
2. Edukasi dan dukungan
3. Penilaian
4. Tinjauan status kehamilan dan KB pada seluruh ODHA wanita pada tiap kunjungan.
5. Tinjauan status TB pada semua pasien ODHA pada tiap kunjungan
6. Menyediakan layanan klinis
7. Memberikan profilaksis jika diperlukan
8. Terapi ARV
9. Manajemen problem kronis
10. Penjadwalan kunjungan
11. Pencegahan bagi ODHA

2.3 Theory of Planned Behavior

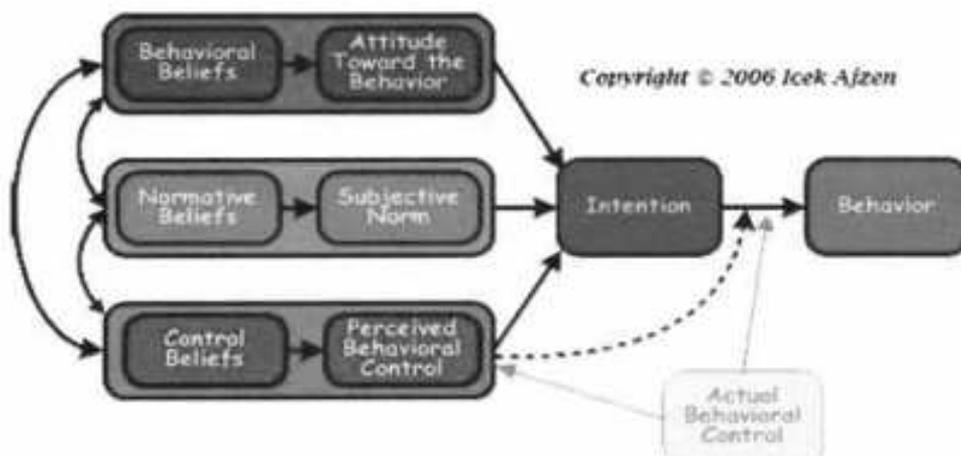
Teori Planned Behavior adalah pengembangan dari Teori Reasoned Action

(TRA), dimana pada teori tersebut memiliki keterbatasan model sebelumnya dalam menjelaskan perilaku pada individu yang memiliki kontrol kemauan yang kurang bagus (Ajzen, 1991). Teori ini menyediakan suatu kerangka untuk mempelajari sikap terhadap perilaku. Berdasarkan teori Planned Behavior, perilaku manusia ditentukan oleh tiga hal, yaitu kepercayaan tentang kecenderungan hasil pencapaian perilaku dan evaluasi terhadap hasil pencapaian tersebut (*behavioral belief*), kepercayaan tentang harapan normatif terhadap orang lain dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*kepercayaan normatif*), dan kepercayaan tentang adanya faktor yang bisa mendorong atau menghambat pelaksanaan perilaku serta kekuatan faktor yang dirasakan tersebut (*kepercayaan terhadap kontrol*). Dalam kumpulan perspektif tersebut, kepercayaan perilaku menghasilkan sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*) yang disukai atau tidak disukai. Kepercayaan normatif menimbulkan pengaruh sosial yang dirasakan atau norma subjektif (*subjective norm*); dan kepercayaan terhadap kontrol meningkatkan kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*). *Perceived belief control* (PBC) ditentukan oleh dua faktor yaitu *control beliefs* (*kepercayaan mengenai kemampuan dalam mengendalikan*) dan *perceived power* (*persepsi mengenai kekuasaan yang dimiliki untuk melakukan suatu perilaku*). PBC mengindikasikan bahwa motivasi seseorang dipengaruhi oleh bagaimana ia mempersepsi tingkat kesulitan atau kemudahan untuk menampilkan suatu perilaku tertentu. Jika seseorang memiliki *control beliefs* yang kuat mengenai faktor-faktor yang ada yang akan memfasilitasi suatu perilaku, maka seseorang tersebut memiliki persepsi yang tinggi untuk mampu mengendalikan suatu perilaku. Sebaliknya, seseorang tersebut akan memiliki persepsi yang

rendah dalam mengendalikan suatu perilaku jika ia memiliki *control beliefs* yang kuat mengenai faktor-faktor yang menghambat perilaku. Persepsi ini dapat mencerminkan pengalaman masa lalu, antisipasi terhadap situasi yang akan datang, dan sikap terhadap norma-norma yang berpengaruh di sekitar individu.

Theory of Planned Behavior didasarkan pada asumsi bahwa manusia adalah makhluk yang rasional dan menggunakan informasi-informasi yang mungkin baginya, secara sistematis. Orang memikirkan implikasi dari tindakan mereka sebelum mereka memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku-perilaku tertentu.

TPB dimulai dengan melihat *intention* berperilaku sebagai anteseden terdekat dari suatu perilaku. Dipercaya bahwa semakin kuat *intention* seseorang untuk menampilkan suatu perilaku tertentu, diharapkan semakin berhasil ia melakukannya. Intensi adalah suatu fungsi dari *beliefs* dan atau informasi yang penting mengenai kecenderungan bahwa menampilkan suatu perilaku tertentu akan mengarahkan pada suatu hasil yang spesifik. *Intention* bisa berubah karena waktu. Semakin lama jarak antara *intention* dan perilaku, semakin besar kecenderungan terjadinya perubahan *intention* (Ajzen, 1991).



Sumber : Theory of Planned Behavior, Icek Ajzen 2006.

Gambar 2.1 Diagram Teori Planned Behavior

Secara ringkas, definisi variabel-variabel dalam teori Planned Behavior, antara lain :

1. Kepercayaan perilaku dan sikap terhadap perilaku
 - a. Kepercayaan perilaku (*behavior belief*) adalah kepercayaan seseorang tentang konsekuensi dari suatu perilaku tertentu. Berdasarkan kemungkinan yang subjektif, perilaku tersebut akan menghasilkan suatu hasil pencapaian tertentu (*outcome*).
 - b. Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*) adalah derajat penilaian positif atau negatif individu terhadap suatu perilaku. *Attitude toward the behavior* ditentukan oleh kombinasi antara *belief* individu mengenai konsekuensi positif dan atau negatif dari melakukan suatu perilaku (*behavioral beliefs*) dengan nilai subjektif individu terhadap setiap konsekuensi berperilaku tersebut (*outcome evaluation*). Secara umum, semakin individu memiliki penilaian bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi positif maka individu akan cenderung bersikap *favorable* terhadap perilaku tersebut; sebaliknya, semakin individu memiliki penilaian bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi negatif maka individu akan cenderung bersikap *unfavorable* terhadap perilaku tersebut (Ajzen, 2005).
2. Kepercayaan normatif dan norma subjektif
 - a. Kepercayaan normatif (*normatif belief*) adalah persepsi individu tentang suatu perilaku tertentu, yang di pengaruhi oleh penilaian orang lain yang penting dalam hidupnya (misalnya : orang tua, pasangan, rekan sejawat, teman, guru).

b. Norma subjektif (*subjective norm*) adalah persepsi individu terhadap pengaruh normatif sosial atau kepercayaan lain yang sesuai yang mempengaruhi keputusan apakah seharusnya melakukan perilaku tersebut atau tidak.

3. Kepercayaan terhadap kontrol dan kontrol perilaku (*perceived behavior control*) adalah persepsi individu mengenai kemudahan atau kesulitan untuk melakukan suatu perilaku. *Perceived behavioral control* ditentukan oleh kombinasi antara *belief* individu mengenai faktor pendukung dan atau penghambat untuk melakukan suatu perilaku (*control beliefs*), dengan kekuatan perasaan individu akan setiap faktor pendukung ataupun penghambat tersebut (*perceived power control*). Secara umum, semakin individu merasakan banyak faktor pendukung dan sedikit faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka individu akan cenderung mempersepsikan diri mudah untuk melakukan perilaku tersebut; sebaliknya, semakin sedikit individu merasakan sedikit faktor pendukung dan banyak faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka individu akan cenderung mempersepsikan diri sulit untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 2006).

4. Intention perilaku dan perilaku

a. Intention perilaku adalah representasi kognitif dan konatif dari kesiapan individu untuk menampilkan suatu perilaku. Intensi merupakan penentu dan disposisi dari perilaku, hingga individu memiliki kesempatan dan waktu yang tepat untuk menampilkan perilaku tersebut secara nyata (Ajzen 2002). Jika individu memiliki intensi untuk melakukan suatu perilaku maka individu cenderung akan melakukan perilaku tersebut; sebaliknya,

jika individu tidak memiliki intensi untuk melakukan suatu perilaku maka individu cenderung tidak akan melakukan perilaku tersebut (Ajzen; dikutip dalam Yuliana, 2004). Namun intensi individu untuk melakukan suatu perilaku memiliki keterbatasan waktu dalam perwujudannya ke arah perilaku nyata, maka dalam melakukan pengukuran intensi untuk melakukan suatu perilaku perlu untuk diperhatikan empat elemen utama dari intensi, yaitu target dari perilaku yang dituju (*target*), tindakan (*action*), situasi saat perilaku ditampilkan (*contex*), dan waktu saat perilaku ditampilkan (*time*) (Fishbein & Ajzen; dikutip dalam Yuliana, 2004).

- b. Perilaku (*behavior*) merupakan respon individu yang dapat diamati dalam situasi tertentu dengan melihat target yang diberikan. Ajzen (2001) mengatakan bahwa perilaku merupakan fungsi dari kecocokan intention dan persepsi terhadap kontrol perilaku dalam kontrol perilaku yang dirasakan yang diharapkan dapat meningkatkan intention terhadap perilaku, diman intention yang disukai akan menyebabkan dilaksanakannya perilaku hanya ketika kontrol perilaku yang dirasakan kuat.

Teori Planned Behavior merupakan model psiko-sosial-kognisi yang telah berhasil digunakan dalam memprediksi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan dalam rentang yang luas dan memiliki beberapa manfaat dibandingkan dengan teori dan model prediksi perilaku kesehatan lainnya (Chilsolm et al, 2007).

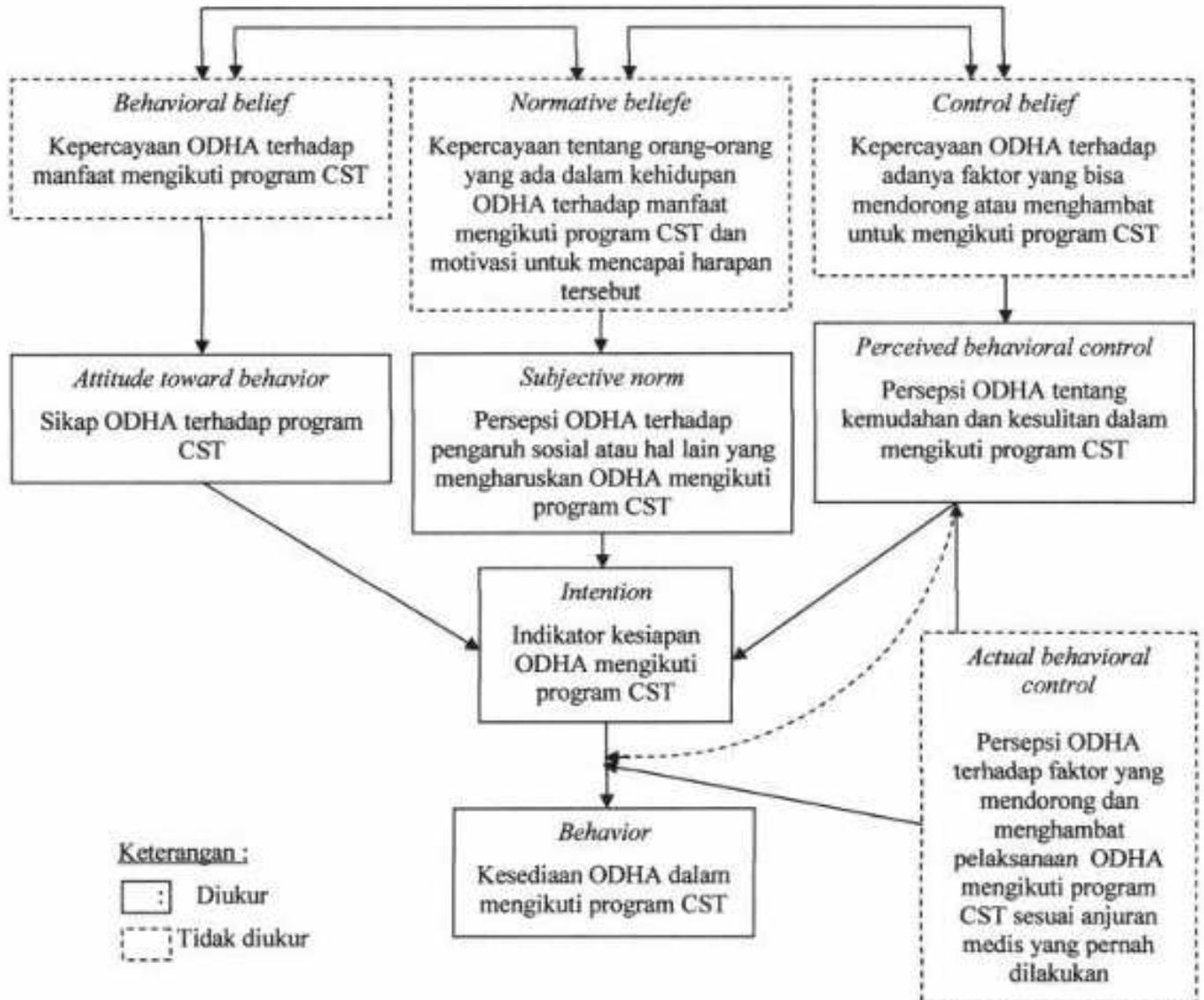
Meskipun Teori Planned Behavior menyediakan kerangka konsep yang dapat menjelaskan hubungan antara perilaku dan kepercayaan, sikap serta intention,

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ODHA terhadap program CST berdasarkan *Theory Planned Behavior* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan

Penjelasan Kerangka Konseptual

Berdasarkan teori Planned Behavior yang dikembangkan oleh Icek Ajzen (1988), perilaku manusia ditentukan oleh tiga hal, yaitu : kepercayaan tentang kecenderungan hasil pencapaian perilaku dan evaluasi terhadap pencapaian tersebut (*behavioral belief*), kepercayaan tentang harapan normatif dari orang-orang yang ada dalam kehidupannya dan motivasi untuk mencapai harapan tersebut (*normative belief*), serta kepercayaan yang dirasakan tentang adanya faktor yang bisa mendorong atau menghambat melaksanakan perilaku serta kekuatan dari faktor tersebut (*control belief*). Kepercayaan atau keyakinan perilaku menghasilkan sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*) yang disukai atau tidak disukai, kepercayaan normatif membentuk pengaruh sosial yang dirasakan atau norma subyektif (*subjective norm*) ; dan kepercayaan terhadap kontrol meningkatkan kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*). Kombinasi antara sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan mempengaruhi *intention* perilaku. Seperti aturan pada umumnya, semakin disukai sikap dan norma subjektif, semakin besar kontrol yang dirasakan, semakin kuat seharusnya *intention* seseorang untuk melakukan perilaku tersebut.

Sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) merupakan evaluasi kognitif terhadap konsekuensi (positif dan negatif) dalam melakukan perilaku yang dimaksud, dalam penelitian ini adalah kepatuhan melakukan pemantauan kondisi klinis penyakitnya serta status imunologinya.

Norma subjektif (*subjective norm*) yang didefinisikan oleh teori *Planned Behavior* adalah persepsi pasien terhadap tekanan atau dukungan dari orang-orang yang berarti

dalam hidupnya untuk melakukan perilaku yang dimaksud, misalnya : keluarga, pasangan, teman, tenaga kesehatan. Dalam hal ini perilaku yang dimaksud adalah untuk melaksanakan program CST pada ODHA.

Pada variabel kepercayaan terhadap kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*), yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana kepercayaan atau keyakinan ODHA terhadap adanya faktor yang mendorong atau menghambat ODHA dalam mengikuti program CST, termasuk seberapa besar ODHA merasa dapat mengontrol perilaku yang dimaksud tersebut.

Berdasarkan intention perilaku (*behavioral intention*) yang didefinisikan dalam teori *Planned Behavior*, dalam penelitian ini, faktor penentu ODHA dalam melaksanakan program CST sesuai anjuran medis selanjutnya adalah intention (kecenderungan, niat, maksud) untuk melakukannya atau tidak. Dengan kata lain, intention adalah indikasi kesiapan ODHA untuk melaksanakan program CST.

Semua elemen tersebut akan mempengaruhi pembentukan perilaku seseorang, dimana dalam penelitian ini adalah kesediaan untuk melaksanakan program CST.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada hubungan faktor sikap (*attitude toward behavior*) terhadap niat ODHA untuk tidak mengikuti program CST.

H2 : Ada hubungan faktor norma subjektif (*subjective norm*) terhadap niat ODHA untuk tidak mengikuti program CST.

H3 : Ada hubungan faktor kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*) terhadap niat ODHA untuk tidak mengikuti program CST.

H4 : Ada hubungan faktor niat (*behavioral intention*) terhadap perilaku ODHA untuk tidak melaksanakan program CST.

H5 : Ada faktor dominan yang mempengaruhi perilaku ODHA untuk tidak melaksanakan program CST.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu cara dalam melakukan penelitian, metode yang dipilih berhubungan erat dengan prosedur, alat serta desain penelitian yang akan digunakan (Notoatmojo, 2003). Dalam bab ini akan diuraikan tentang: 1) Desain Penelitian, 2) Populasi, sample besar sampel dan teknik pengambilan sampel, 3) Identifikasi variabel dan definisi operasional, 4) Instrumen penelitian, 5) Lokasi dan waktu penelitian, 6) Prosedur pengumpulan data, 7) Kerangka kerja, 8) Analisa data, 9) Etika Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian menyatakan struktur masalah penelitian maupun rencana penelitian yang akan dipakai untuk memperoleh bukti empiris mengenai hubungan-hubungan dalam masalah. Pada penelitian ini menggunakan desain Deskriptif Analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan diukur satu kali dalam satu waktu dan tidak di *follow up*. Kemudian peneliti menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA tidak mengikuti program VCT berdasarkan *Theory of Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan.

4.2 Populasi, Sampel, Sampling

4.2.1 Populasi

1. Populasi Target : ODHA TNI atau keluarganya sampai dengan bulan Januari 2014 yang mendapatkan rujukan ke Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan tetapi tidak melaksanakan yang berjumlah 67 orang.
2. Populasi Terjangkau : ODHA TNI-AL atau keluarganya sampai dengan bulan Januari 2014 yang mendapatkan rujukan ke Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan tetapi tidak melaksanakan, dan berdinis di Kotama/ Satker di wilayah Surabaya dan jajarannya yang berjumlah 40 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Dinamakan penelitian sampel apabila kita bermaksud untuk menggeneralisasikan hasil penelitian sampel. Yang dimaksud menggeneralisasikan adalah mengangkat kesimpulan penelitian sebagai suatu usaha yang berlaku bagi populasi (Arikunto, 2006).

Kriteria sampel dalam penelitian ini dapat dibedakan menjadi 2 bagian, yaitu

1. Kriteria Inklusi.

Kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.

Pada penelitian ini kriteria inklusi yang diambil adalah :

- a. Anggota TNI AL.
- b. Berumur 20 – 60 tahun.
- c. HIV (+) dengan Stadium I – III.
- d. Tidak melaksanakan sama sekali kontrol/kunjungan ke Poli VCT

- e. Melaksanakan kunjungan tidak rutin sesuai jadwal petugas kesehatan.
- f. Lolos follow up dari program terapi ARV.
- g. Bersedia menjadi responden.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi yaitu menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. HIV (+) Stadium IV/ stadium AIDS/dengan penurunan kesadaran.
- b. HIV (+) dengan infeksi oportunistik yang berat.
- c. Tidak bersedia menjadi responden.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Sedangkan tehnik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel. Agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 1995). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan *purposive sampling*, yaitu penentuan sampel sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang di kenal sebelumnya.

4.2.4 Besar Sampel

Dari populasi target yang berjumlah 40 orang, diseleksi kembali berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dan penentuan dengan *purposive sampling* sehingga didapatkan jumlah sampel sebanyak 26 orang.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai nilai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2001).

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen disebut juga variabel bebas yaitu merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen atau variabel terikat (Sugiyono, 2001). Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini adalah berbagai faktor yang mempengaruhi ODHA tidak melaksanakan program CST meliputi:

1. Sikap (*attitude toward behaviour*) terhadap program CST.
2. Norma subjektif (*subjective norm*) yang dirasakan terhadap program CST.
3. Persepsi dan kontrol yang dimiliki ODHA (*perceived behavior control*) untuk mengikuti program CST.
4. Niat (*intention*) ODHA dalam mengikuti Program CST.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel tergantung yaitu merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku ODHA tidak melaksanakan program CST.

4.4 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA tidak melaksanakan program CST

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<p>Independen</p> <p>X1: Faktor sikap (<i>attitude toward behaviour</i>) terhadap program CST.</p>	<p>Respon ODHA dalam menempatkan/ menentukan perilakunya terhadap program CST yang bisa bersifat positif atau negatif.</p>	<p>Penilaian sikap ODHA dalam menentukan perilakunya terhadap program CST yang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian positif terhadap program CST 2. Penilaian negatif terhadap program CST 	<p>Kuesioner (<i>ACTG</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No 1,2, 3,4,5,6, 7,8,9. 2. No 10,11, 12. 	Ordinal	<p>Pertanyaan terdiri dari 12 item. Dengan jawaban :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No 1-8 menggunakan skala Linkert 1-3, 2. No 9-12 menggunakan skala Linkert 1-5. <p>Dengan kriteria sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 12-<24 = buruk 2. 24-<36 = cukup 3. 36-<48 = baik 4. 48-60 = sangat baik.
<p>X2 Faktor norma subjektif (<i>subjective norm</i>) yang dirasakan terhadap program CST.</p>	<p>Persepsi ODHA tentang tekanan atau dukungan dari orang-orang yang penting dalam hidupnya (keluarga, pasangan, rekan, tenaga kesehatan) terhadap program CST.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keyakinan apakah orang-orang yang penting dalam hidupnya (keluarga, pasangan, rekan, tenaga kesehatan) menyetujui, mendukung atau tidak terhadap program CST 2. Motivasi untuk melaksanakan program CST dengan 	<p>Kuesioner (<i>ACTG</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No 13,14. 2. No 15,16, 17. 	Ordinal	<p>Pertanyaan terdiri dari 5 item. Dengan jawaban :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No 13, menggunakan skala Linkert 1-4, 2. No 14 menggunakan skala Linkert 1-3. 3. No 15-17 menggunakan skala Linkert 1-5. <p>Dengan kriteria sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5-<10 = buruk 2. 10-<15 = cukup 3. 15-<20 = baik

		cara mendapatkan persetujuan atau dukungan dari orang-orang yang penting dalam hidupnya (keluarga, pasangan, rekan, tenaga kesehatan)			4. 20-25 = sangat baik.
X3 Persepsi dan kontrol yang dimiliki ODHA (<i>perceived behavior control</i>) untuk mengikuti program CST.	Kekuatan yang dirasakan oleh ODHA bahwa mereka dapat mengontrol kondisi/situasi yang mendorong/menghambat keinginan untuk mengikuti program CST.	Keyakinan ODHA bahwa dia memiliki kekuatan kontrol untuk melaksanakan program CST	Kuesioner (ACTG) No 18, 19.	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 2 item. Dengan jawaban : 1. No 18 menggunakan skala Linkert 1-5, 2. No 19 menggunakan skala Linkert 1-4. Dengan kriteria sebagai berikut : 1. 2-<4 = sedikit 2. 4-<6 = cukup 3. 8-<10 = banyak
X4 Niat (<i>intention</i>) terhadap Program CST.	Kecenderungan ODHA untuk memilih melakukan atau tidak melakukan program CST.	Keyakinan atau kepercayaan ODHA bahwa mereka memiliki kontrol terhadap kondisi/situasi yang mendorong/menghambat keinginan untuk mengikuti program CST	Kuesioner (ACTG) No. 20,21	Ordinal	Pertanyaan terdiri dari 2 item. Dengan jawaban : No 20-21 menggunakan skala Linkert 1-5 Dengan kriteria sebagai berikut : 1. 2-<4 = rendah 2. 4-<6 = cukup 3. 6-<8 = tinggi 4. 8-10 = sangat tinggi

Dependen : Y1 Perilaku ODHA tidak melaksanakan program CST	Tindakan ODHA tidak memeriksakan diri sesuai dengan anjuran petugas kesehatan	Jumlah kunjungan ODHA	Buku kunjungan ODHA di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan	Nominal	Nilai skor untuk kunjungan : 1. Tidak pernah datang kunjungan = 1 2. Datang bila ada keluhan = 2 3. Sesuai anjuran petugas kesehatan = 3 Dengan kriteria sebagai berikut : 1. 1 = buruk 2. 2 = cukup 3. 3 = baik
--	---	-----------------------	--	---------	---

4.5 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.5.1 Instrumen Penelitian

Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti menggunakan instrumen berupa lembar kuesioner pada penderita HIV yang diadaptasi dari *ACTG (AIDS Clinical Trial Group) Questionnaire* dan tersedia di www.ghdonline.org/upload/ACTG_Questionnaire.pdf (terakhir di akses 12 Desember 2013). Kuisisioner disesuaikan dengan faktor-faktor yang akan di analisa dari kuisisioner yang asli.

Kuisisioner ini terdiri dari 21 pertanyaan yang meliputi :

1. Pertanyaan tentang data demografi yang terdiri dari 6 butir pertanyaan jenis *close ended question: multiple choice*. Keenam pertanyaan tersebut berada dalam sesi I. Pertanyaan nomer 1 tentang usia berdasarkan klasifikasi usia menurut Havigurst tentang teori tugas perkembangan manusia dan disesuaikan dengan masa dinas dalam TNI. Pertanyaan nomer 2 tentang jenis kelamin. Pertanyaan nomer 3 tentang jenjang pendidikan terakhir dan nomer 4 tentang status pernikahan

berdasarkan data demografi Badan Pusat Statistik Indonesia. Pertanyaan nomer 5 tentang jenis pekerjaan. Pertanyaan nomer 6 tentang sejak kapan dinyatakan positif mengidap HIV berdasarkan *AIDS Clinical Trial Group Questionnaire*.

2. Pertanyaan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ODHA terhadap program CST berdasarkan *Theory of Planned Behavior* terdiri dari 23 pertanyaan jenis *close ended questions* diadaptasi dari kuisisioner yang terdapat dalam *AIDS Clinical Trial Group Questionnaire*. Pertanyaan nomer 1-12 dalam sesi II tentang faktor sikap ODHA terhadap program CST (*attitude toward behaviour*) terdiri dari 12 pertanyaan jenis *close ended questions: multiple choice* dan *rating question*. Pertanyaan nomer 13-17 dalam sesi II tentang faktor norma subjektif yang dirasakan oleh ODHA terhadap program CST (*subjective norm*) terdiri dari 5 pertanyaan jenis *close ended questions: multiple choice*. Pertanyaan nomer 18-19 dalam sesi II tentang faktor kontrol perilaku yang dirasakan ODHA terhadap program CST (*perceived behaviour control*) terdiri dari 2 pertanyaan jenis *close ended questions: multiple choice*. Pertanyaan nomer 20-21 dalam sesi II tentang faktor niat ODHA terhadap program CST (*behaviour intention*) terdiri dari 2 pertanyaan jenis *close ended questions: multiple choice*.

4.5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di beberapa lokasi yaitu, di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan dan di lokasi lain yang disetujui oleh responden dengan tujuan untuk memberikan kenyamanan, *privacy* serta prinsip kerahasiaan yang berhubungan dengan ODHA dan dilaksanakan pada tanggal 14 Februari 2014 setelah mendapatkan ijin dari pihak terkait.

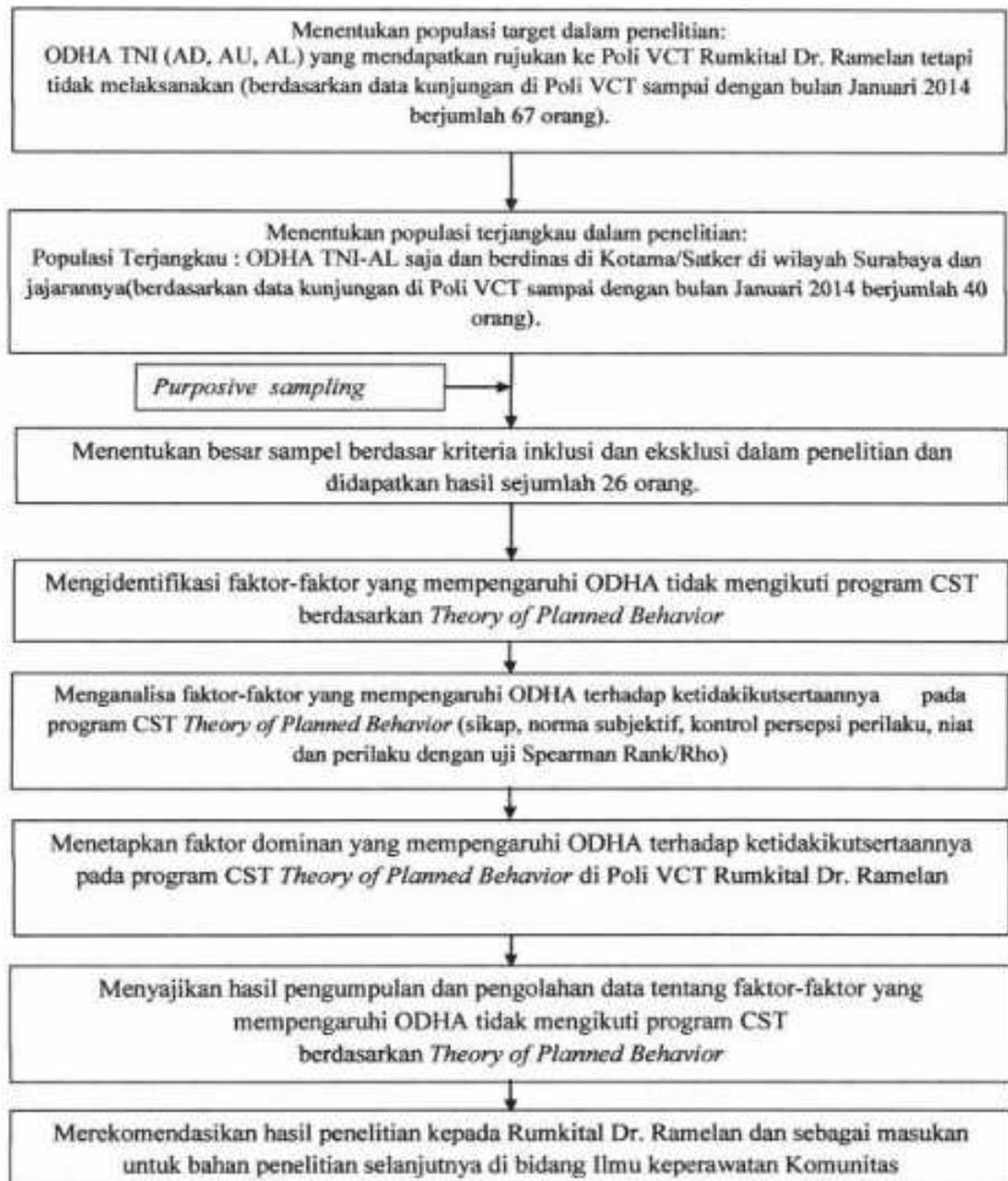
4.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengambilan dan pengumpulan data dilakukan diawali dengan mengurus izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan penelitian, kemudian mengajukan permohonan kepada pihak Rumkital Dr. Ramelan untuk mengadakan penelitian yang akan dilaksanakan di Poli VCT. Setelah mendapatkan izin dengan melalui uji etik yang dilaksanakan di Departemen Bangdiklat Rumkital Dr. Ramelan. Kemudian peneliti menuju ke poli VCT untuk menyeleksi populasi berdasarkan data dari kunjungan ODHA yang ada di poli VCT Rumkital Dr. Ramelan sampai dengan bulan Januari 2014. Dari observasi data kunjungan tersebut di peroleh populasi target ODHA TNI dan keluarganya berjumlah 67 orang, kemudian dilakukan seleksi kembali, dengan memilih yang dapat dijangkau oleh peneliti yaitu, ODHA TNI AL saja dan yang berdinasi di Satker/Kotama yang ada di wilayah Surabaya yang di ketahui berjumlah 40 orang, selanjutnya diseleksi kembali berdasarkan kriteria inklusi yaitu : ODHA anggota TNI AL, berumur 20 – 60 tahun, HIV (+) dengan Stadium I – III, tidak melaksanakan sama sekali kontrol/kunjungan ke Poli VCT, atau melaksanakan kunjungan tetapi tidak rutin sesuai jadwal petugas kesehatan, atau lolos follow up dari program terapi ARV, bersedia menjadi responden. Untuk kriteria eksklusi yaitu: ODHA dengan HIV (+) Stadium IV/ stadium AIDS/dengan penurunan kesadaran, HIV (+) dengan infeksi oportunistik yang berat, tidak bersedia menjadi responden. Setelah itu di seleksi lagi dan ditentukan dengan *purposive sampling* sehingga didapatkan jumlah sampel sebanyak 26 orang. Langkah selanjutnya peneliti dengan dibantu oleh perawat yang bertugas di poli VCT menghubungi sampel yang telah ditentukan untuk dapat hadir di poli

VCT Rumkital Dr. Ramelan atau di lokasi lain yang disetujui oleh responden. Kemudian peneliti dibantu oleh perawat petugas Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan menuju lokasi penelitian untuk menemui responden pada tanggal 14 sampai dengan 16 Februari 2014, memperkenalkan diri dan selanjutnya menjelaskan maksud, tujuan diadakan pertemuan tersebut. Langkah selanjutnya peneliti dibantu oleh perawat petugas Poli VCT untuk menjelaskan tentang *informed consent*, kemudian memberikan lembar *informed consent* kepada responden untuk diisi, selanjutnya membagikan dan menjelaskan tentang tata cara pengisian lembar kuisioner. Setelah responden mengerti apa yang dijelaskan oleh peneliti dilanjutkan pengisian lembar kuisioner oleh responden. Setelah lembar kuisioner selesai diisi oleh responden kemudian di kumpulkan untuk selanjutnya dilakukan analisis yaitu dengan dilakukan penilaian score dan pemberian kode dan kemudian dilakukan uji dengan *Spearman Rank* untuk faktor sikap, norma subjektif, persepsi kontrol perilaku, niat dan perilaku ODHA tidak melaksanakan program CST.

4.6 Kerangka Operasional

Kerangka operasional merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian.



Gambar 4.1 Kerangka Kerja analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak mengikuti program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Rumkital Dr. Ramelan

4.7 Analisis Data

Proses pengolahan data yang dilaksanakan pada penelitian ini adalah mengecek kelengkapan identitas responden pada kuesioner yang telah dikumpulkan. Langkah selanjutnya mengecek kelengkapan data dan isi instrumen yang telah dikumpulkan kemudian memberikan kode terhadap semua item pertanyaan yang tidak diberi skor, yaitu pada item :

a. Lembar pengisian data demografi

- 1) Usia anda :

20-30 tahun	: diberi kode 1
31-40 tahun	: diberi kode 2
41-50 tahun	: diberi kode 3
51-60 tahun	: diberi kode 4
- 2) Jenis kelamin :

Laki-laki	: diberi kode 1
Perempuan	: diberi kode 2
- 3) Pendidikan terakhir anda :

SMP	: diberi kode 1
SMA	: diberi kode 2
D III/D IV (termasuk AAL)	: diberi kode 3
SARJANA	: diberi kode 4
- 4) Status pernikahan anda :

Belum menikah	: diberi kode 1
Sudah menikah	: diberi kode 2
Cerai hidup	: diberi kode 3
Cerai mati	: diberi kode 4
- 5) Tugas pekerjaan anda :

Bertugas di komando tempur	: diberi kode 1
Bertugas di Kapal Perang RI	: diberi kode 2
Bertugas di Satuan Intelejen	: diberi kode 3
Bertugas di Staf	: diberi kode 4
Denma (Dalam Pengobatan)	: diberi kode 5
- 6) Sejak kapan dinyatakan HIV positif :

0 - <1 tahun yang lalu	: diberi kode 1
1 - <2 tahun yang lalu	: diberi kode 2
2 - <3 tahun yang lalu	: diberi kode 3
3 - <4 tahun yang lalu	: diberi kode 4
≥ 4 tahun yang lalu	: diberi kode 5

- b. Membuat rekapitulasi data terhadap butir-butir pertanyaan yang hanya di beri kode dan selanjutnya membuat distribusi frekuensi dalam bentuk prosentase.
- c. Jawaban pada lembar kuesioner analisis faktor yang mempengaruhi ODHA tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Theory of Planned Behavior* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan direkapitulasi, kemudian dianalisis dan data disajikan melalui tabel distribusi frekuensi dengan langkah-langkah sebagai berikut :

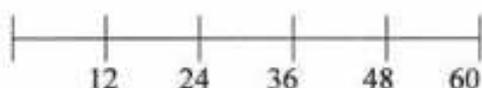
1) Faktor sikap (*attitude toward behaviour*)

Untuk mengukur sikap pada ODHA terhadap program CST *attitude toward behaviour* terdiri dari 12 pertanyaan jenis *close ended questions: multiple choice* dan setiap jawaban diberi skor :

Pertanyaan nomer 1:	Buruk	: diberi skor 1
	Baik	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 2 :	Bahaya	: diberi skor 1
	Bagus untuk saya	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 3 :	Mencemaskan	: diberi skor 1
	Menentramkan	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 4 :	Tidak menyenangkan	: diberi skor 1
	Menyenangkan	: diberi skor 2

	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 5:	Tidak memuaskan	: diberi skor 1
	Memuaskan	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 6:	Negatif	: diberi skor 1
	Positif	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 7:	Seperti hukuman	: diberi skor 1
	Menguntungkan	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 8:	Sesuatu yang bodoh	: diberi skor 1
	Sesuatu yang bijaksana	: diberi skor 2
	Tidak dua-duanya	: diberi skor 3
Pertanyaan nomer 9:	Sangat tidak setuju	: diberi skor 1
	Tidak setuju	: diberi skor 2
	Ragu-ragu	: diberi skor 3
	Setuju	: diberi skor 4
	Sangat setuju	: diberi skor 5
Pertanyaan nomer 10-12:	Sangat tidak setuju	: diberi skor 5
	Tidak setuju	: diberi skor 4
	Ragu-ragu	: diberi skor 3
	Setuju	: diberi skor 2
	Sangat setuju	: diberi skor 1

Selanjutnya seluruh skor untuk pertanyaan nomer 1-12 dijumlahkan. Secara kontinum kriteria total skor terhadap faktor ini digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

- 12-<24: sikap pasien terhadap program CST buruk
 24-<36: sikap pasien terhadap program CST cukup
 36-<48: sikap pasien terhadap program CST baik
 48-60 : sikap pasien terhadap program CST sangat baik

2) Faktor norma subjektif (*subjektif norm*)

Untuk mengukur norma subjektif yang dirasakan ODHA terhadap program CST (*subjektif norm*) terdiri dari 5 pertanyaan dengan jenis pertanyaan *close ended questions: multiple choice* dan setiap jawaban diberikan skor :

Pertanyaan nomer 13:

- Pasti menasehati saya supaya patuh melakukan pemantauan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan : diberi skor 1
- Pasti menasehati saya supaya tidak patuh melakukan pemantauan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan : diberi skor 2,33
- Menasehati saya untuk melakukan pemantauan CD4 dengan cara saya yang saya rasa adalah yang terbaik sesuai anjuran petugas kesehatan : diberi skor 3,67
- Tidak menasehati saya bagaimanapun juga : diberi skor 5

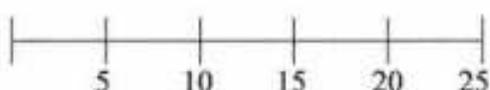
Pertanyaan nomer 14:

- Pasti melakukan pemantauan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan : diberi skor 1
- Pasti tidak melakukan pemantauan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan : diberi skor 3
- Melakukan pemantauan CD4 sesuai dengan cara yang mereka rasa adalah yang terbaik : diberi skor 5

Pertanyaan nomer 15 – 17 :

- Pasti tidak setuju : diberi skor 1
- Agak tidak setuju : diberi skor 2
- Saya tidak tahu bagaimana perasaan mereka tentang hal tersebut : diberi skor 3
- Agak setuju : diberi skor 4
- Sangat setuju : diberi skor 5

Selanjutnya seluruh skor untuk pertanyaan nomer 13-17 dijumlahkan. Secara kontinum kriteria total skor terhadap faktor ini digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

- 5-<10: norma subjektif yang dirasakan pasien adalah kurang
- 10-<15: norma subjektif yang dirasakan pasien adalah cukup
- 15-<20: norma subjektif yang dirasakan pasien adalah baik
- 20-25 : norma subjektif yang dirasakan pasien adalah sangat baik

3) Faktor kontrol terhadap perilaku yang dirasakan (*perceived behaviour control*)

Untuk mengukur kontrol perilaku yang dirasakan ODHA terhadap program CST (*perceived behaviour control*) terdiri dari 2 pertanyaan dengan jenis pertanyaan *close ended questions: multiple choice* dan setiap jawaban diberikan skor :

- Pertanyaan nomer 18:
- Sangat sulit : diberi skor 1
 - Agak sulit : diberi skor 2
 - Tidak mudah juga tidak sulit : diberi skor 3
 - Agak mudah : diberi skor 4
 - Sangat mudah : diberi skor 5

Pertanyaan nomer 19:	Tidak punya kontrol/kendali	: diberi skor 1
	Punya sangat sedikit kontrol/kendali	: diberi skor 2,33
	Punya beberapa kontrol/kendali	: diberi skor 3,67
	Punya kontrol/kendali	: diberi skor 5

Selanjutnya seluruh skor untuk pertanyaan nomer 18-19 dijumlahkan. Secara kontinum kriteria total skor terhadap faktor ini digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

2-< 4: kendali yang dimiliki sangat sedikit

4-< 6: kendali yang dimiliki sedikit

6-< 8: kendali yang dimiliki cukup

8- 10: kendali yang dimiliki banyak

4) Faktor niat (*behaviour intention*)

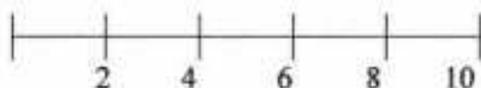
Untuk mengukur niat pada ODHA terhadap program CST *behaviour intention* terdiri dari 2 pertanyaan jenis *close ended questions: multiple choice* dan setiap jawaban diberi skor :

Pertanyaan nomer 20:	Sangat tidak setuju	: diberi skor 1
	Agak tidak setuju	: diberi skor 2
	Netral	: diberi skor 3
	Agak setuju	: diberi skor 4
	Sangat setuju	: diberi skor 5

Pertanyaan nomer 21:	Sangat tidak memungkinkan	: diberi skor 1
	Sedikit tidak memungkinkan	: diberi skor 2

Saya tidak yakin	: diberi skor 3
Sedikit memungkinkan	: diberi skor 4
Sangat memungkinkan	: diberi skor 5

Selanjutnya seluruh skor untuk pertanyaan nomer 20-21 dijumlahkan. Secara kontinum kriteria total skor terhadap faktor ini digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

2-< 4: niat yang dimiliki sangat sedikit

4-< 6: niat yang dimiliki sedikit

6-< 8: niat yang dimiliki cukup

8- 10: niat yang dimiliki banyak

5) Faktor perilaku (*behaviour*)

Untuk mengukur kontrol pada perilaku ODHA terhadap program CST yaitu dengan melakukan observasi pada buku kunjungan ODHA di poli VCT Rumkital Dr. Ramelan. Dilakukan penghitungan kunjungan sejak awal dinyatakan positif HIV sampai dengan 1 tahun terakhir (sampai dengan bulan Januari 2014) kemudian diberi skor :

Tidak pernah datang kunjungan	: diberi skor 1
Bila ada keluhan	: diberi skor 2
Sesuai anjuran petugas kesehatan	: diberi skor 3

Selanjutnya secara kontinum total skor tersebut diberikan kriteria sebagai berikut:

Keterangan:

- 1 : kontrol pada perilaku ODHA terhadap program kurang
- 2 : kontrol pada perilaku ODHA terhadap program cukup
- 3 : kontrol pada perilaku ODHA terhadap program baik

Langkah selanjutnya menerapkan data sesuai dengan pendekatan penelitian menggunakan uji statistik korelasi menggunakan uji statistik korelasi *Spearman Rank*. Korelasi *Spearman Rank* merupakan alat uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis asosiatif dua variabel bila datanya berskala ordinal/ranking (Sugiyono, 2010). Nilai korelasi ini disimbolkan dengan ρ (dibaca: RHO). Karena digunakan pada data berskala ordinal, untuk itu sebelum dilakukan pengolahan data, data kuantitatif yang akan dianalisis perlu disusun dalam bentuk ranking

Nilai korelasi *Spearman Rank* berada diantara $-1 \leq \rho \leq 1$. Bila nilai $\rho = 0$, berarti tidak ada korelasi atau tidak ada hubungannya antara variabel independen dan dependen. Nilai $\rho = +1$ berarti terdapat hubungan yang positif antara variabel independen dan dependen. Nilai $\rho = -1$ berarti terdapat hubungan yang negatif antara variabel independen dan dependen. Dengan kata lain, tanda “+” dan “-” menunjukkan arah hubungan di antara variabel yang sedang dioperasikan.

Cara menghitung korelasi *Spearman Rank* menggunakan rumus:

$$\rho = 1 - \frac{6\sum b^2}{n(n^2 - 1)}$$

ρ : Nilai korelasi rank spearman

b : Jumlah kuadrat selisih ranking variabel x dan y

n : Jumlah sampel

Tabel 4.2 Tabel Nilai-nilai ρ (RHO) Korelasi *Spearman Rank*

N	Derajat signifikansi		N	Derajat signifikansi	
	5%	1%		5%	1%
5	1,000		16	0,506	0,665
6	0,886	1,000	18	0,475	0,625
7	0,786	0,929	20	0,450	0,591
8	0,738	0,881	22	0,428	0,562
9	0,683	0,833	24	0,409	0,537
10	0,648	0,794	26	0,392	0,515
12	0,591	0,777	28	0,377	0,496
14	0,544	0,715	30	0,364	0,478

Sumber : Stastitika untuk penelitian (Sugiyono 2010).

Mengambil kesimpulan :

1. Bila ρ (RHO) hitung $>$ ρ (RHO) tabel, maka hubungan x dan y adalah **signifikan**.
2. Bila ρ (RHO) hitung $<$ ρ (RHO) tabel, maka hubungan x dan y adalah **tidak signifikan**.

Kekuatan hubungan antara variabel ditunjukkan melalui nilai korelasi. Berikut adalah tabel nilai korelasi makna nilai tersebut :

Tabel 4.3 Nilai Korelasi Spearman Rank

NILAI	MAKNA
0,00 – 0,19	Sangat rendah/sangat lemah
0,20 – 0,39	Rendah/lemah
0,40 – 0,59	Sedang
0,60 – 0,79	Tinggi/kuat
0,80 – 1,00	Sangat tinggi/sangat kuat

Sumber : Stastitika untuk penelitian (Sugiyono 2010).

Langkah terakhir adalah menguji hipotesis dan membuat pembahasan serta kesimpulan berdasarkan hasil data analisis tersebut.

4.8 Etik Penelitian

Peneliti dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian harus memegang teguh sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta menggunakan prinsip-prinsip etika penelitian. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Meskipun intervensi yang dilakukan dalam penelitian tidak memiliki resiko yang dapat merugikan atau membahayakan subyek peneliti perlu mempertimbangkan aspek sosioetika dan menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan (Jacob, 2004).

Secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan empat bagian (Milton 1999), yaitu ;

4.8.1 Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for Human Dignity*).

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia, adalah: peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari:

1. Penjelasan manfaat penelitian
2. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan

3. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan
4. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian
5. Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja
6. Jaminan tanpa nama (*anonymity*) dan kerahasiaan (*confidentiality*).

4.8.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan, tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (*initial* atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden (Milton 1999).

4.8.3 Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keadilan mempu nyai konotasi keadilan dan keterbukaan, oleh sebab itu penelitian harus dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu dengan kejelasan prosedur penelitian. Keadilan memiliki bermacam-macam teori, namun yang terpenting adalah

bagaimanakah keuntungan dan beban harus didistribusikan di antara subyek penelitian. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas subyek penelitian (Milton 1999).

4.8.4 Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*non maleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian (Milton, 1999).

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik demografi responden, yaitu usia, jenis kelamin dan pendidikan, 3) data khusus mengenai variabel yang di ukur yaitu tentang faktor sikap, faktor norma subjektif, faktor kontrol perilaku yang dirasakan, faktor niat dan faktor kontrol perilaku aktual. Selanjutnya dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Untuk mengetahui tingkat signifikansi dan menganalisis hubungan yang lebih bermakna di gunakan uji statistik Spearman Rank/Rho.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumkital Dr. Ramelan yang berada di jalan Gadung nomer 1 Surabaya ini berdiri pada tanggal 7 Agustus 1950, berdasarkan surat keputusan Kasal nomor: Skep/5401.2/II/1974 tanggal 20 Februari 1974 berganti menjadi Rumkital Dr. Ramelan. Rumkital Dr. Ramelan adalah rumah sakit tipe "A" atau rumah sakit tingkat I TNI yang status kepemilikannya adalah dibawah naungan Kementrian Pertahanan Republik Indonesia. Rumah sakit ini memiliki Visi: sebagai Rumah Sakit Pilihan Utama Bagi TNI dan Masyarakat, serta Misi: 1) Terselenggaranya dukungan dan pelayanan kesehatan yang profesional dan prima bagi TNI dan masyarakat, 2) Terwujudnya pusat-pusat unggulan pelayanan kesehatan yang handal, 3) Menjadi

rumah sakit pendidikan yang berkualitas, 4) Terselenggaranya penelitian bidang kesehatan yang berorientasi pada kesehatan matra laut, 5) Terpenuhiya sumber daya manusia yang sesuai kompetensi bidang usahanya, 6) Terselenggaranya manajemen rumah sakit yang bertanggungjawab.

Penelitian ini dilaksanakan di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan dan beberapa lokasi yang telah di tentukan dan disetujui oleh responden. Responden adalah ODHA yang mendapatkan rujukan untuk melaksanakan program CST dengan secara teratur memeriksakan diri sesuai jadwal kunjungan yang ditentukan oleh petugas VCT Rumkital Dr. Ramelan sehingga secara struktur ada dibawah tanggung jawab petugas poli VCT Rumkital Dr. Ramelan. Dalam melaksanakan penelitian dan pengambilan data peneliti dibantu oleh perawat petugas Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan. Pada tanggal 14 sampai dengan 16 Februari 2014, peneliti dibantu petugas VCT menemui responden untuk mulai melaksanakan pengambilan data yang diawali dengan menjelaskan maksud, tujuan diadakan pertemuan tersebut dan selanjutnya melaksanakan langkah-langkah penelitian seperti yang telah peneliti sampaikan pada Bab 4.

Poli VCT sendiri mempunyai 2 ruangan yaitu sebagai tempat konseling VCT dan CST, memiliki 1 orang dokter sebagai konselor, 4 orang dokter spesialis sebagai konsultan spesialistik, 2 orang perawat CST, dan 2 orang sebagai penanggung jawab administrasi dan pelaporan. Program CST yang dijalankan di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan adalah : 1) Perawatan (*Care*), meliputi : penjadwalan kunjungan, memantau kondisi klinis perkembangan penyakitnya, memantau status imunologinya dengan

pemeriksaan CD4, tinjauan status kehamilan dan KB pada seluruh ODHA wanita pada tiap kunjungan, tinjauan status TB pada setiap ODHA pada tiap kunjungan, penilaian persiapan pemberian ART, 2) Dukungan (*Support*), meliputi: memberikan dukungan psikososial, spiritual dan pengetahuan seperti memberikan konseling dan edukasi baik secara perorangan, pasangan maupun kelompok, menjembatani para ODHA yang ingin bersosialisasi terhadap sesama ODHA dengan membentuk *peer support group* atau biasa disebut kelompok dukungan sebaya (KDS). *Peer support group* ini mengadakan pertemuan tiap 3 bulan, memfasilitasi rujukan dini ke layanan klinik yang komprehensif dan layanan berbasis masyarakat, layanan perawatan dan dukungan, termasuk akses terapi antiretroviral, 3) Pengobatan (*Treatment*), meliputi: penatalaksanaan HIV dengan infeksi oportunistik berat bahkan infeksi oportunistik yang lebih dari satu, pemberian profilaksis bila diperlukan, terapi ARV, memberikan layanan klinis dan manajemen problem kronis.

5.1.2 Data Demografi

Data demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi: 1) Umur, 2) Jenis kelamin, 3) Pendidikan, 4) Status pernikahan, 5) Jenis Pekerjaan, 6) Sejak kapan dinyatakan positif HIV ?

Tabel 5.1 Karakteristik responden penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr.Ramelan bulan Februari 2014.

No	Karakteristik	Parameter	Σ	%
1	Umur	20 - 30 Tahun	2	8
		31 - 40 Tahun	10	38
		41 - 50 Tahun	14	54
		50 - 60 Tahun	0	0
		Total	26	100
2	Jenis Kelamin	Laki - Laki	26	100
		Perempuan	0	0
		Total	26	100
3	Pendidikan	SMP	0	0
		SMA	25	96
		DIII/DIV (termasuk AAL)	1	4
		Sarjana	0	0
		Total	26	100
4	Status Pernikahan	Belum menikah	7	27
		Menikah	18	69
		Cerai hidup	0	0
		Cerai mati	1	4
		Total	26	100
5	Jenis Pekerjaan	Tugas di komando tempur	8	31
		Tugas di kapal perang	8	31
		Tugas di intelijen	1	4
		Tugas di staf	9	34
		Total	26	100
6	Kapan dinyatakan positif HIV	0<1 tahun yang lalu		
		1<2 tahun yang lalu		
		2<3 tahun yang lalu	5	19
		3<4 tahun yang lalu	10	39
		≥ 4 tahun yang lalu	11	42
		Total	26	100

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden adalah tergolong pada usia produktif yaitu 31-40 tahun 10 orang (38%) dan 41-50 tahun sebanyak 14 orang (54%). Anggota di jenis kelamin keseluruhan adalah laki-laki,

dengan latar belakang pendidikan sebagian besar adalah SMA yaitu 25 orang (96 %), sebagian besar dari responden berstatus menikah sebanyak 18 orang (69%). Responden penelitian ini bertugas di staf dan selebihnya rata-rata bertugas di tempat yang bersifat operasional di lapangan yaitu di komando tempur sebanyak 31% dan di kapal perang sebanyak 31%, dan sebagian besar dari responden dinyatakan positif HIV sejak 3-<4 tahun yang lalu yaitu 42%.

5.1.3 Hasil Pengukuran Variabel Penelitian

1. Sikap (*attitude toward behaviour*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.2 Sikap (*attitude toward behaviour*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

.No	Variabel	Kategori				Total	%
		Sangat baik	Baik	Cukup	Buruk		
		Σ				Σ	
1	Sikap penilaian ODHA untuk melaksanakan program CST	0	0	24 (92,3%)	2 (7,7%)	26	100

Sumber: Data Primer 2014 (diolah).

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 24 orang (92,3%) memiliki sikap yang cukup. Dari 12 komponen soal yang menilai tentang sikap, pada soal nomer 6 seluruh responden menjawab sama yaitu menilai

bahwa melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah kegiatan yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya responden mengetahui manfaat dari melaksanakan program CST dan mempunyai sikap yang positif terhadap program CST. Namun bila dilihat dari jawaban komponen soal nomer 8 yang keseluruhan responden menjawab tidak duaduanya, ini menunjukkan bahwa masih ada sikap ragu-ragu untuk melaksanakan program CST. Menurut Ajzen (1998), sikap merupakan evaluasi personal individu terhadap perilaku tertentu baik positif maupun negatif.

2. Norma subjektif (*subjective norm*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.3. Distribusi Norma subjektif (*subjective norm*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

No	Variabel	Kategori				Total	%
		Sangat baik	Baik	Cukup	Kurang		
		Σ				Σ	
1	Keyakinan dan motivasi dari orang yang dianggap penting dalam hidup yang mendukung program CST	0	0	23 (88,5%)	3 (11,5%)	26	100

Sumber: Data Primer 2014 (diolah).

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden yaitu 23 orang (88,5%) memiliki norma subyektif yang cukup. Menurut Ajzen (1998), norma subjektif merupakan persepsi individu terhadap norma sosial atau kepercayaan lain yang sesuai untuk mempengaruhi keputusan apakah individu tersebut seharusnya melakukan perilaku yang dimaksud atau tidak. Dari 5 soal yang menilai tentang norma subjektif, pada komponen soal nomer 13 sebagian besar responden menjawab bahwa orang-orang yang dianggap penting oleh responden akan menasehati untuk melaksanakan program CST sesuai dengan cara yang dianggap responden terbaik sesuai anjuran petugas kesehatan. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai keyakinan bahwa orang yang ada di sekitarnya mendukungnya untuk melaksanakan program CST. Besarnya norma subjektif yang dirasakan oleh individu akan mempengaruhi keputusannya untuk berperilaku yang dimaksud atau tidak, yang selanjutnya ikut berpengaruh terhadap keputusan untuk melaksanakan program CST.

3. Persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.4 Distribusi persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

No	Variabel	Kategori				Total	%
		Banyak	Cukup	Sedikit	Sangat sedikit		
		Σ				Σ	
1	PBC (<i>perceived behavior control</i>)	0	0	25 (96,2 %)	1 (3,8%)	26	100

Sumber: Data Primer 2014 (diolah).

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 25 orang (96,2%) memiliki persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*) yang sedikit dalam melaksanakan program CST di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014. Dari 2 soal yang menilai tentang persepsi kontrol perilaku menunjukkan bahwa jawaban yang terbanyak dari responden adalah responden merasa agak sulit dalam melakukan program CST, serta responden hanya memiliki sangat sedikit kontrol atau kendali untuk memutuskan suatu perilaku melaksanakan program CST. Ajzen (1989) menyatakan bahwa kontrol perilaku yang dirasakan merupakan persepsi individu terhadap suatu perilaku apakah mudah atau sulit untuk dilakukan. Seberapa besar kontrol yang dalam melakukan suatu perilaku yang dirasakan atau dimiliki individu akan mempengaruhi keputusannya dalam melakukan program CST sesuai anjuran medis.

4. Niat (*intention*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.5 Distribusi Niat (*intention*) responden responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

No	Variabel	Kategori				Total	%
		Sangat tinggi	Tinggi	Cukup	Rendah		
		Σ				Σ	
1	Niat (<i>intention</i>)	0	0	23 (88,5%)	3 (11,5%)	26	100

Sumber: Data Primer 2014 (diolah).

Tabel 5.5 diatas menginformasikan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini yaitu 23 orang (88,5%) memiliki niat (*intention*) yang cukup untuk melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr.Ramelan. Ini ditunjukkan dari 2 komponen soal yang di berikan kepada responden, jumlah skor yang dimiliki oleh masing-masing responden paling banyak memiliki skor antara 6-<8. Ajzen (2008) menyatakan bahwa niat merupakan indikasi kesiapan individu untuk melakukan perilaku tertentu. Seberapa besar niat yang dimiliki individu menunjukkan kecenderungannya untuk melakukan perilaku tertentu, sehingga akan mempengaruhi keputusan untuk melaksanakan program CST sesuai anjuran petugas kesehatan.

5. Perilaku (*behaviour*) responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.6 Disitribusi Perilaku (*Behaviour*) responden responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Variabel	Kategori			Total	%
	Baik	Cukup	Buruk		
	Σ			Σ	
Perilaku	0	16 (61,5%)	10 (38,5%)	26	100

Sumber: Data Primer 2014 (diolah).

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan hasil observasi terhadap kunjungan ODHA di Poli VCT Rumkital dr Ramelan pada bulan Februari 2014 dan didapatkan hasil responden yaitu 16 orang memiliki perilaku yang cukup (61,5%) dan 10 orang memiliki perilaku yang buruk dalam melaksanakan program CST di Rumkital Dr. Ramelan bulan.

5.1.4 Hasil Analisis dengan menggunakan Uji *Spearman's Rank/Rho*

1. Korelasi Sikap (*attitude toward behaviour*) responden terhadap niat pada penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital dr. Ramelan bulan Februari 2014.

CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital dr. Ramelan

Tabel 5.7. Korelasi Sikap (*attitude toward behaviour*) responden terhadap niatnya dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Sikap	Niat				Σ	%
	Sangat tinggi	Tinggi	Cukup	Rendah		
Sangat baik	0	0	0	0	0	0
Baik	0	0	0	0	0	0
Cukup	0	0	23	0	23	88,5
Buruk	0	0	1	2	3	11,5
Total					26	100
Spearman's Rho					p = 0,000	r = 0,799

Sumber : Data Primer (diolah)

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah responden memiliki faktor sikap yang cukup dan memiliki niat yang cukup pula. Hal ini menunjukkan bahwa sikap sangat berpengaruh terhadap niat responden untuk melaksanakan program VCT. Pengaruh sikap (*attitude*) terhadap niat dapat diketahui berdasarkan uji statistik *spearman's rho* dalam hal ini peneliti menggunakan *software* SPSS 18 dengan tingkat signifikansi $\alpha=0,01$ diperoleh $p=0,000$. Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dan niat pasien ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014. Koefisien korelasi sikap terhadap niat yaitu $r=0,799$. Hasil ini menunjukkan bahwa korelasi sikap terhadap niat pasien ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014 memiliki kekuatan yang tinggi atau kuat.

2. Korelasi Norma Subyektif responden terhadap niat dalam pada penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.8. Korelasi norma subyektif (*subjective norm*) responden terhadap niatnya dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Norma Subyektif	Niat				Σ	%
	Sangat tinggi	Tinggi	Cukup	Rendah		
Sangat baik	0	0	0	0	0	0
Baik	0	0	0	0	0	0
Cukup	0	0	22	1	23	88,5
Kurang	0	0	1	2	3	11,5
Total					26	100
Spearman's Rho					p = 0,001	r = 0,623

Sumber : Data Primer (diolah)

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa responden yang memiliki faktor norma subyektif dengan kategori cukup memiliki niat yang cukup pula, dan responden yang memiliki norma subyektif yang kurang juga memiliki niat yang kurang. Dari tabel tersebut menunjukkan bahwa norma subyektif sangat berpengaruh terhadap niat responden untuk melaksanakan program VCT. Pengaruh faktor norma subyektif terhadap niat dapat diketahui dari uji statistik. Dalam hal ini peneliti menggunakan *software* SPSS 18, dengan uji statistik *spearman's rho* dengan tingkat signifikansi $\alpha=0,01$ diperoleh $p=0,001$. Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara norma subyektif terhadap niat pasien ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital

Dr. Ramelan. Koefisien korelasi norma subyektif terhadap niat yaitu $r=0,623$. Hasil ini menunjukkan bahwa korelasi antara norma subyektif terhadap niat pasien ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan memiliki kekuatan korelasi yang tinggi atau kuat.

3. Korelasi Persepsi dan kontrol yang dimiliki ODHA (*perceived behavior control*) terhadap niatnya dalam pada penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.9. Korelasi Persepsi dan kontrol yang dimiliki ODHA (*perceived behavior control*) terhadap niatnya responden dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

PBC	Niat				Σ	%
	Sangat tinggi	Tinggi	Cukup	Rendah		
Banyak	0	0	0	0	0	0
Cukup	0	0	0	0	0	0
Sedikit	0	0	23	2	25	96,2
Sangat sedikit	0	0	0	1	1	3,8
Total					26	100
Spearman's Rho					p = 0,003	r = 0,554

Sumber : Data Primer (diolah)

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki faktor kontrol perilaku yang dirasakan dalam kategori sedikit, memiliki niat yang cukup untuk melaksanakan program CST. Disisi lain responden yang memiliki kontrol perilaku yang dirasakan dalam kategori sedikit, memiliki niat yang rendah untuk melaksanakan program CST. Hal ini menunjukkan bahwa kontrol perilaku yang dirasakan memiliki pengaruh terhadap niat responden untuk melaksanakan

program CST. Pengaruh faktor kontrol perilaku yang dirasakan terhadap niat dapat diketahui dari uji statistik. Dalam hal ini peneliti menggunakan *software* SPSS 18, dengan uji statistik *spearman's rho* dengan tingkat signifikansi $\alpha=0,01$ diperoleh $p=0,003$. Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi kontrol yang dimiliki ODHA (*perceived behavior control*) terhadap niatnya dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan. Koefisien korelasi PBC terhadap niat yaitu $r=0,554$. Hasil ini menunjukkan bahwa korelasi persepsi dan kontrol atau PBC terhadap niat pasien ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Dr. Rumkital memiliki kekuatan korelasi yang sedang.

4. Korelasi niat terhadap perilaku ODHA dalam pada penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.10 Korelasi niat terhadap perilaku ODHA dalam penelitian Analisis faktor yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior Theory* di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Niat	Perilaku			Σ	%
	Baik	Cukup	Buruk		
Sangat tinggi	0	0	0	0	0
Tinggi	0	0	0	0	0
Cukup	0	16	7	23	88,5
Rendah	0	0	3	3	11,5
Total				26	100
Spearman's Rho				p = 0,019	r = 0,457

Sumber : Data Primer (diolah)

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki faktor niat dengan kategori cukup, memiliki perilaku yang cukup pula. Namun disisi lain didapatkan responden yang memiliki faktor niat yang cukup memiliki perilaku dengan kategori kurang. Dan didapatkan pula responden yang memiliki faktor niat dengan kategori kurang memiliki perilaku yang kurang pula. Hal ini menunjukkan bahwa niat memiliki pengaruh terhadap perilaku responden untuk melaksanakan program CST, namun bervariasi dipengaruhi oleh adanya faktor-faktor lain yang melatarbelakangi faktor niat. Pengaruh faktor niat terhadap perilaku dapat diketahui dari uji statistik. Dalam hal ini peneliti menggunakan *software* SPSS 18, dengan uji statistik *spearman's rho* dengan tingkat signifikansi $\alpha=0,05$ diperoleh $p=0,019$. Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara niat ODHA (*perceived behavior control*) terhadap perilaku ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan. Koefisien korelasi niat terhadap perilaku yaitu $r=0,457$. Hasil ini menunjukkan bahwa korelasi niat yang dimiliki responden terhadap perilaku yang dimunculkan dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan memiliki kekuatan korelasi yang sedang.

5. Variabel dominan yang mempengaruhi perilaku ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Tabel 5.11. Variabel dominan yang mempengaruhi perilaku ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014.

Variabel	Uji Statistik Spearman's Rho	Variabel			
		Sikap	Norma	PBC	Niat
Niat ODHA dalam melaksanakan program CST	$\alpha=0,01$	0,799	0,623	0,554	-
Perilaku ODHA dalam melaksanakan program CST	$\alpha=0,05$	-	-	-	0,457

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dengan menggunakan uji spearman's rho dengan tingkat signifikan $\alpha = 0,01$ ditemukan beberapa nilai koefisien korelasi antara variabel sikap terhadap niat ($r=0,799$), norma subyektif terhadap niat ($r=0,623$), dan *perceived behavior control* terhadap niat ($r=0,544$). Dan uji Spearman's Rho dengan tingkat signifikan $\alpha = 0,05$ dihasilkan niat terhadap perilaku ($r=0,457$). Hasil ini menunjukkan bahwa variabel yang paling dominan yang mempengaruhi niat ODHA dalam memunculkan perilaku untuk melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014 adalah variabel sikap..

5.2 Pembahasan

Berdasarkan tabel 5.10 dapat diketahui bahwa sebagian besar ODHA yang tidak melaksanakan program CST yang menjadi responden memiliki perilaku yang cukup.

Angka perilaku yang cukup ditunjukkan dengan prosentase 61,5% (16 responden) dan yang termasuk dalam kategori perilaku buruk adalah 38,5% (10 responden). Dalam teori *planned behavior* (Ajzen 1975), menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh niat, sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan serta beberapa faktor lain yang melatarbelakanginya seperti : usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan status pernikahan.

Dari Tabel 5.1 pada saat ini responden sebagian besar ada pada usia 31-40 tahun dan usia 41-50 usia yaitu sebanyak 10 orang (38%) dan 14 orang (54%). Rentang usia ini merupakan masa dewasa, mulai dewasa dini dan dewasa madya dimana seorang individu sudah memiliki tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang sempurna. Dapat dikatakan bahwa usia dewasa adalah usia matang seorang individu dalam rentang masa kehidupan. Kematangan (*maturity of personality*) ditentukan oleh umur (*cronology age*) sehingga semakin bertambah umur seseorang maka akan semakin tumbuh berkembang dan matang. Kematangan kepribadian memungkinkan responden untuk merespon kejadian-kejadian yang terjadi pada dirinya baik berupa sikap maupun tindakan (perilaku) dengan lebih baik termasuk terhadap masalah kesehatan. Selain kepribadian yang semakin matang dalam masa dewasa, pada masa ini terdapat banyak perubahan yang terjadi dalam kehidupan seseorang seperti pekerjaan, perkawinan, keluarga dan sosial. Semua perubahan membutuhkan penyesuaian diri yang baik agar tercipta keseimbangan kehidupan yang diharapkan oleh individu tersebut. Individu yang tidak memiliki coping yang baik terhadap perubahan-perubahan tersebut dapat menjadikan perubahan tersebut sebagai sumber

stressor tersendiri di dalam kehidupannya. Dan pada akhirnya akan mempengaruhi pembentukan sikap dan tindakannya terhadap kejadian yang baru dialaminya, termasuk tuntutan pada perilaku terhadap suatu program pelayanan kesehatan.

Jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku. Dari tabel 5.1 dapat diketahui bahwa keseluruhan responden yang merupakan ODHA yang tidak melaksanakan program CST adalah berjenis kelamin laki-laki. Robbin (2001) menyebutkan bahwa laki-laki lebih agresif lebih sulit untuk bersedia mematuhi aturan yang ada dari pada perempuan. Perbedaan kepribadian antara laki-laki dan perempuan mempengaruhi pembentukan respon terhadap anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Dari tabel 5.1 tingkat pendidikan yang dimiliki oleh sebagian besar responden adalah setingkat SMA. Sesuai standar pendidikan yang diterapkan oleh pemerintah adalah program pendidikan wajib 9 tahun atau setara SMP. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang dimiliki oleh sebagian besar responden yang rata-rata adalah lulusan SMA memiliki kategori cukup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku seseorang akan gaya hidup terutama dalam memotivasi untuk berperan serta dalam pembangunan kesehatan (Notoatmojo, 2002). Tingkat pendidikan erat hubungannya dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang karena pengetahuan bisa diperoleh melalui proses pendidikan disamping pengalaman. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, akan memiliki wawasan yang lebih luas dan memiliki sikap keterbukaan yang lebih baik terhadap suatu pengetahuan dan pengalaman yang baru. Pengetahuan merupakan faktor yang penting untuk terbentuknya perilaku seseorang, ini dibuktikan bahwa suatu perilaku

akan lebih langgeng apabila didasari oleh pengetahuan dan pengalaman dibandingkan yang tidak didasari oleh pengetahuan dan pengalaman (Notoatmojo, 2003). Data yang terdapat pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar ODHA yang tidak melaksanakan program CST dalam penelitian ini berstatus sudah menikah sebanyak 69 % (18 responden). Ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah memiliki pasangan hidup tempat berbagi suka dan duka serta saling mendukung satu sama lain. Hal ini seharusnya dapat menjadi suatu bentuk dukungan sosial yang kuat dalam menghadapi kejadian-kejadian dalam kehidupan, termasuk dalam hal kesehatan. Bila salah satu pasangan mengalami masalah kesehatan, pasangannya dapat mengingatkan dan menasehatinya untuk berperilaku dan melakukan seperti anjuran petugas kesehatan agar kondisi kesehatannya membaik atau stabil. Dukungan yang diperoleh dalam menghadapi masalah kesehatan oleh orang-orang yang terdekat dalam kehidupan responden akan mempengaruhi perilakunya dalam melakukan apa yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan.

Dari tabel 5.1 juga dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yaitu 62% (16 responden) berdinis pada satuan tugas operasi yaitu komando tempur dan kapal perang dimana mereka sering ditugaskan ke luar daerah, luar pulau bahkan keluar negeri dalam rangka melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagai penegak kedaulatan dan penjaga keamanan NKRI. Situasi dan kondisi daerah penugasan yang tak jarang berada di daerah yang tidak dapat dijangkau oleh media informasi tentunya juga mempengaruhi akses untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan. Akses informasi juga mempunyai peran yang tidak kalah penting untuk meningkatkan

pengetahuan seseorang (Situmorang, 1995). Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa sebagian ODHA yang menjadi responden dalam penelitian ini rata-rata dinyatakan positif HIV ≥ 4 tahun. Menurut WHO (2003), salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan terhadap pengobatan adalah karakteristik penyakit. Salah satu karakteristik penyakit yang dimaksud adalah lamanya penyakit (durasi) yang diderita oleh pasien. Durasi menderita penyakit kronik memiliki hubungan negatif terhadap perilaku yang berhubungan dengan kepatuhan untuk melaksanakan suatu program layanan kesehatan, semakin lama seorang menderita penyakit, semakin kurang kecenderungan untuk patuh terhadap suatu pengobatan.

Terdapat lima faktor (variabel) yang terdapat dalam teori *Planned Behavior* yang digunakan di dalam penelitian ini untuk menjelaskan dan menganalisis faktor yang paling dominan yang mempengaruhi ODHA untuk tidak melaksanakan program CST. Kelima faktor tersebut antara lain faktor sikap, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, niat serta perilaku.

Dari tabel 5.2 menunjukkan bahwa terdapat 24 orang (92,3%) bersikap cukup dan 2 orang (7,7%) bersikap buruk. Peneliti berpendapat bahwa 24 responden yang mempunyai sikap cukup, rata-rata berada pada rentang usia 31-50 tahun dan memiliki tingkat pendidikan yang cukup yaitu setingkat SMA. Rentang usia ini merupakan masa dewasa, dimana responden sudah memiliki tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang sempurna dan matang dalam rentang masa kehidupan. Kematangan kepribadian memungkinkan ODHA untuk merespon kejadian-kejadian serta pengalaman yang terjadi pada dirinya yang dalam penelitian ini respon yang

muncul adalah berupa sikap dengan kategori cukup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku seseorang akan gaya hidup terutama dalam memotivasi untuk berperan serta dalam pembangunan kesehatan (Notoatmojo, 2002). Tingkat pendidikan responden yang sebagian besar adalah setingkat SMA erat hubungannya dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki ODHA karena pengetahuan bisa diperoleh melalui proses pendidikan disamping pengalaman. Dengan harapan semakin tinggi tingkat pendidikan ODHA, akan memiliki wawasan yang lebih luas dan memiliki sikap keterbukaan yang lebih baik terhadap suatu pengetahuan dan pengalaman yang baru. Pada rentang usia tersebut tentunya responden pernah memiliki pengalaman sakit dan bagaimana cara mendapatkan kesembuhan/pengobatan. Pengalaman pribadi terhadap suatu pelayanan kesehatan serta bukti kesembuhan yang di dapatkan akan mempengaruhi keyakinannya untuk bersikap positif atau negatif. Akses informasi juga mempunyai peran yang tidak kalah penting untuk meningkatkan pengetahuan seseorang (Situmorang, 1995). Responden yang sebagian besar berdinis pada satuan tugas operasi yaitu komando tempur dan kapal perang, sering ditugaskan ke luar daerah, luar pulau bahkan keluar negeri dalam jangka waktu yang lama untuk melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagai penegak kedaulatan dan penjaga keamanan NKRI sering. Situasi dan kondisi daerah penugasan yang tak jarang berada di daerah yang tidak dapat dijangkau oleh media informasi tentunya juga mempengaruhi akses untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan. Peneliti berpendapat bahwa usia, tingkat pendidikan, jenis kelamin dan jenis pekerjaan mempengaruhi responden dalam mengambil sikap terhadap program CST. Dilihat

dari rata-rata rentang usia responden harusnya responden lebih terbuka dalam menerima pengetahuan yang baru namun karena memiliki pengalaman yang kurang menyenangkan, serta jenis pekerjaan yang mengharuskan responden berada dilokasi yang jauh dari jangkauan informasi kesehatan, maka responden belum memiliki sikap yang baik terhadap program CST, disamping itu responden yang rata-rata berjenis kelamin laki-laki juga cenderung lebih agresif dan tidak patuh pada anjuran petugas kesehatan.

Fishbein dan Ajzen (1975) mendefinisikan norma subyektif sebagai "*The person's perception that most people who are important to him think he should or should not perform the behavior in question*". Seorang individu akan berniat menampilkan suatu perilaku tertentu jika jika ia mempersepsikan bahwa orang lain yang penting bagi dirinya akan berfikir bahwa dia seharusnya melakukan itu. Orang lain yang dianggap penting adalah orang tua, pasangan hidupnya, sahabat, dokter, perawat atau rekan kerjanya. Dari tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden sejumlah 23 orang (88,5%) memiliki norma subjektif yang cukup. Crowley (2005) menyatakan norma subjektif ditentukan oleh kepercayaan individu tentang pendapat orang-orang yang penting bagi hidupnya terhadap perilaku dimaksud apakah mereka setuju atau tidak ditentukan oleh motivasi untuk berperilaku dengan cara yang disetujui oleh mereka (orang-orang yang dianggap penting bagi hidupnya. Dari tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah menikah atau mempunyai pasangan yaitu 18 orang (69%). Hal ini dapat menjadi suatu bentuk dukungan sosial yang kuat dalam menghadapi kejadian-kejadian dalam

kehidupan, termasuk dalam hal kesehatan. Bila salah satu pasangan mengalami masalah kesehatan, pasangannya dapat mengingatkan dan menasehatinya untuk berperilaku dan melakukan seperti anjuran petugas kesehatan agar kondisi kesehatannya membaik atau stabil. Dukungan yang diperoleh dalam menghadapi masalah kesehatan oleh orang-orang yang terdekat dalam kehidupan responden tidak hanya dari pasangan hidupnya, namun juga bisa didapatkan dari sahabat, rekan kerja, konselor atau petugas kesehatan yang kemudian akan mempengaruhi perilakunya dalam melakukan apa yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Berdasarkan teori dan fakta yang muncul pada penelitian ini peneliti berpendapat bahwa sebagian besar orang-orang yang penting dalam kehidupan responden memberikan pendapat yang cukup dan persetujuan yang cukup untuk melaksanakan program CST. Responden cukup diharapkan atau disetujui oleh orang-orang yang dianggap penting dalam hidupnya untuk melaksanakan program CST sesuai anjuran petugas kesehatan.

Kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*) adalah sejauh mana seseorang percaya tentang kemudahan atau kesulitannya yang dirasakan dalam melakukan suatu perilaku tertentu (Ajzen, 2006). Menurut Feldman (1995) Kontrol perilaku yang dirasakan adalah persepsi tentang kesulitan atau kemudahan dalam melaksanakan tingkah laku berdasarkan pada pengalaman sebelumnya dan hambatan yang diantisipasi dalam melaksanakan perilaku tertentu. Pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki kontrol perilaku yang dirasakannya dengan kategori sedikit yaitu sejumlah 25 orang (96,2%) dan yang memiliki kontrol perilaku yang dirasakannya sangat sedikit adalah 1 orang (3,8%). Dalam penelitian ini

terdapat faktor yang dapat mempengaruhi kontrol perilaku yang dirasakan pada sebagian besar responden. Faktor tersebut adalah jenis pekerjaan. Faktor tersebut dapat bersifat mendukung atau menghambat. Jenis pekerjaan tertentu ikut menentukan seberapa besar kontrol perilaku yang dirasakan karena berhubungan dengan waktu serta ketersediaan informasi serta layanan kesehatan yang ada di lokasi kerja. Mayoritas layanan CST ada di poli VCT dimana hanya klinik atau rumah sakit tertentu yang ditunjuk. Sebagian besar tempat-tempat layanan tersebut berada di kota-kota besar. Peneliti berpendapat bahwa mayoritas responden memiliki sikap terhadap pelaksanaan program CST yang cukup, tetapi persepsi bahwa orang lain untuk mendukung tidakannya dalam melaksanakan program CST adalah kurang, maka ini akan mempengaruhi kontrol perilaku yang dirasakannya dengan kata lain kendali perilaku yang di miliki oleh responden sedikit dan sedikit sekali, sehingga responden memilih untuk tidak melaksanakan program CST.

Niat adalah suatu kecenderungan seseorang untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan suatu perilaku. Keakuratan niat dalam memprediksi perilaku tidaklah selalu benar, dibuktikan dalam beberapa penelitian bahwa niat tidak selalu membuktikan perilaku yang dimaksud. Niat individu untuk melakukan suatu perilaku memiliki keterbatasan waktu dalam perwujudannya ke arah perilaku nyata, dalam melakukan pengukuran intensi untuk melakukan suatu perilaku perlu untuk diperhatikan empat elemen utama dari intensi, yaitu target dari perilaku yang dituju (*target*), tindakan (*action*), situasi saat perilaku ditampilkan (*contex*), dan waktu saat perilaku ditampilkan (*time*) (Fishbein & Ajzen; dikutip dalam Yuliana, 2004). Niat

dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu : faktor sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan. Berdasarkan penelitian ini, faktor sikap sebagian besar responden adalah cukup, faktor norma subjektif sebagian besar responden adalah cukup, sedangkan kontrol perilaku yang dirasakan sebagian besar responden adalah sedikit. Peneliti berpendapat bahwa mayoritas responden yang memiliki niat cukup ini di pengaruhi oleh sikap yang cukup, serta mendapatkan dukungan yang cukup pada norma subjektifnya, namun kontrol perilaku yang dimiliki hanya sedikit sehingga nantinya akan menampakkan perilaku yang cukup dan kurang bukan perilaku yang baik.

Pada tabel 5.7 tentang uji hipotesis hubungan antara sikap terhadap niat pada penelitian ini menunjukkan bahwa, antara sikap (*attitude*) terhadap niat ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014 ada hubungan yang signifikan dan kekuatan hubungannya kuat. Hasil penelitian ini menemukan bahwa rata rata responden memiliki sikap yang cukup terhadap niat tetapi rata masih memiliki perilaku yang buruk yaitu tidak melaksanakan program CST sesuai petugas kesehatan. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori *Planned Behaviour*, dimana Fishbein dan Ajzen (1975) menyatakan bahwa niat melakukan atau tidak melakukan perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yang salah satunya adalah faktor sikap. Teori ini juga sejalan dengan penelitian Lee (2009) yang menyatakan bahwa sikap berpengaruh terhadap niat individu untuk melakukan *trading secara on line* di Taiwan. Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Taylor dan Todd (1995) yang menyatakan bahwa sikap tidak berpengaruh terhadap niat pada dua grup pengguna teknologi sistem informasi, baik

grup yang berpengalaman maupun grup yang tidak berpengalaman sebagai pengguna sistem informasi. Sikap menurut Ajzen (2005), adalah penilaian positif atau negatif yang mempengaruhi niat untuk menampilkan suatu perilaku tertentu. Sikap dianggap sebagai anteseden pertama dari niat. Sikap memiliki tiga komponen yaitu : kognitif, afektif dan konatif. Komponen kognitif berhubungan dengan pikiran dan rasio individu yang dihubungkan dengan konsekuensi yang dihasilkan perilaku tertentu. Hal ini berhubungan dengan kepercayaan ODHA mengenai negatif dan positifnya program CST. ODHA menganggap bahwa untuk melaksanakan kunjungan ke Poli VCT sesuai anjuran petugas kesehatan adalah suatu yang tidak menyenangkan atau seperti hukuman akan mengarahkan ODHA tersebut untuk bersikap yang negatif terhadap program CST dan pada akhirnya tidak melaksanakan program CST. Komponen afektif menjelaskan evaluasi dan perasaan seseorang terhadap obyek sikap. ODHA yang merasa tidak nyaman pada saat pertama kali melakukan kunjungan ke Poli VCT seperti merasakan ketakutan penyakitnya akan diketahui oleh orang lain, maka yang bersangkutan akan merasa enggan untuk melaksanakan program CST. Sedangkan komponen konatif menjelaskan tentang kecenderungan tingkah laku, niat komitmen dan tindakan yang berkaitan dengan obyek sikap. ODHA yang memiliki sikap yang baik terhadap program CST tentunya akan bersedia mengunjungi Poli VCT secara rutin sesuai anjuran petugas kesehatan.

Pada tabel 5.8 tentang uji hipotesis hubungan antara norma subjektif (*subjective norm*) terhadap niat ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014 adalah ada hubungan yang

signifikan dan kekuatan hubungannya kuat. Hasil penelitian ini menemukan bahwa rata-rata responden memiliki norma subjektif yang cukup terhadap niat yang cukup. Hogg dan Vaugan (2005) berpandangan bahwa norma subjektif adalah hasil dari persepsi individu tentang beliefs yang dimiliki orang lain. Menurut Baron dan Bryne (2002), norma subjektif adalah persepsi individu tentang apakah orang lain akan mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut. Norma subjektif juga diartikan sebagai persepsi tentang tekanan sosial dalam melaksanakan perilaku tertentu (Feldman, 1995). Norma subjektif ditentukan oleh kepercayaan individu tentang pendapat orang-orang yang penting bagi hidupnya terhadap perilaku yang dimaksud apakah mereka setuju atau tidak serta ditentukan oleh motivasi untuk berperilaku dengan cara yang disetujui oleh mereka (orang-orang yang penting bagi hidupnya) (Crowly, 2005). Peneliti berpendapat bahwa ODHA yang percaya bahwa orang-orang yang dianggap penting atau berpengaruh terhadapnya akan mendukung ODHA untuk mengikuti program CST, sebagian besar orang-orang yang dianggap penting dalam kehidupan responden memberikan dukungan dan persetujuan yang cukup untuk mengikuti program CST. ODHA cukup diharapkan serta disetujui oleh orang-orang yang dianggap penting dalam kehidupannya untuk mengikuti program CST.

Pada tabel 5.9 tentang uji hipotesis hubungan antara kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*) terhadap niat ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014 mempunyai hubungan yang signifikan dan kekuatan hubungannya sedang. Hasil penelitian ini menemukan bahwa mayoritas responden memiliki kontrol

perilaku yang sedikit terhadap niat yang cukup. Kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*) adalah persepsi tentang kesulitan atau kemudahan dalam melaksanakan suatu perilaku berdasarkan pada pengalaman sebelumnya dan hambatan dalam melaksanakan perilaku tertentu (Feldman,1995). Kontrol perilaku yang dirasakan adalah faktor yang sangat berperan dalam memprediksi perilaku yang tidak berada dibawah kontrol penuh individu tersebut. Peneliti berpendapat bahwa ODHA bisa saja memiliki sikap yang positif dan persepsi bahwa orang lain akan sangat mendukung tindakannya terhadap program CST, bahkan ODHA tersebut sudah berkeinginan untuk mengikuti Program CST, namun mungkin saja tidak dapat melakukannya karena terhambat oleh faktor seperti perasaan takut dan tidak mampu untuk melakukannya. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun ODHA memiliki sikap, dan norma subjektif yang mendukungnya untuk mengikuti program CST, namun eksekusi perilaku itu sendiri masih bergantung pada faktor kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*) yang dimiliki ODHA. Dalam penelitian ini terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kontrol perilaku yang dirasakan oleh sebagian besar responden. Faktor-faktor tersebut antara lain : tingkat pendidikan, status pernikahan, jenis pekerjaan/penugasan dan lamanya menyandang status sebagai ODHA. Faktor-faktor tersebut dapat bersifat mendukung maupun menghambat terbentuknya perilaku pada suatu tindakan.

Pada tabel 5.9 tentang uji hipotesis hubungan antara niat (*behavior intention*) terhadap perilaku (*behaviour*) ODHA dalam melaksanakan program CST berdasarkan *Planned Behavior* di Rumkital Dr. Ramelan bulan Februari 2014

mempunyai hubungan yang signifikan dan kekuatan hubungannya sedang. Hasil penelitian ini menemukan bahwa mayoritas responden memiliki niat yang cukup terhadap perilaku, namun mayoritas dari perilaku responden adalah cukup.

Niat merupakan motivasi individu yang secara sadar merencanakan usaha-usaha untuk melakukan suatu perilaku (Francis et al, 2002). Menurut Ajzen (2002) niat (*intention*) merupakan indikasi kesiapan individu untuk melakukan suatu perilaku tertentu. Niat diasumsikan sebagai kelanjutan dari perilaku sebelumnya (*antecedent behavior*). Niat dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan perilaku kontrol yang dirasakan. Berdasarkan teori dan hasil penelitian ini, faktor sikap, faktor norma subjektif, dan faktor kontrol perilaku yang dirasakan yang dimiliki oleh sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah dalam kategori cukup. Menurut TPB Ajzen (2006) hasil yang baik (positif) dari ketiga faktor tersebut mempengaruhi ke arah positif pembentukan niat responden, yang hasilnya adalah sebagian besar responden memiliki niat yang sangat tinggi. Pada uji hipotesis penelitian ini didapatkan bahwa sikap terhadap niat mempunyai nilai yang cukup, norma subyektif terhadap niat memiliki mempunyai nilai yang kurang dan kontrol perilaku yang dirasakan terhadap niat mempunyai nilai yang sedikit. Sehingga peneliti berpendapat bahwa rensponden yang diteliti memiliki sikap yang cukup bila dihubungkan dengan perilaku, namun niat yang cukup tersebut belum menghasilkan perilaku yang cukup pula karena faktor pendukung dari niat yang mempunyai nilai cukup, sedikit dan kurang.

5.3 Keterbatasan Penelitian

1. Masih terbatasnya referensi dan penelitian sebelumnya mengenai variabel dalam *Theory Planned Of Behaviour* yang dihubungkan dengan minat perawat klinik dalam melakukan penelitian. Sehingga tinjauan pustaka dan pembahasan tentang penelitian ini kurang dapat berkembang.
2. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama peneliti dalam melakukan penelitian, sehingga kemampuan, pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan penelitian sangat terbatas.
3. Data yang digunakan hanya kuesioner saja, responden mengisi kuesioner secara langsung, dan jawaban lebih banyak dipengaruhi oleh pendapat pribadi yang bersifat subyektif, tidak menutup kemungkinan bahwa responden tidak mengisi kuesioner dengan jujur.
4. Pada saat peneliti membagikan kuisisioner ada beberapa responden merasa keberatan dan takut apabila informasi yang disampaikan akan dipublikasikan tanpa menjaga kerahasiaan dari responden.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian diatas dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. ODHA TNI AL yang tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan memiliki faktor sikap (*attitude*) yang cukup terhadap program CST dan ada hubungan antara faktor sikap (*attitude*) dengan niat ODHA terhadap program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.
2. ODHA TNI AL yang tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan memiliki faktor norma subjektif (*subjective norm*) yang cukup terhadap program CST dan ada hubungan antara faktor norma subjektif (*subjective norm*) dengan niat ODHA terhadap program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.
3. ODHA TNI AL yang tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan merasakan kontrol perilaku (*perceived behavior control*) yang sedikit terhadap program CST dan ada hubungan antara faktor kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*) dengan niat ODHA terhadap program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.
4. ODHA TNI AL yang tidak mengikuti program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan memiliki faktor niat (*behavior intention*) yang cukup terhadap program CST dan ada hubungan antar faktor niat (*behavior intention*) dengan perilaku ODHA terhadap program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.

5. Faktor yang paling dominan diantara faktor-faktor yang berhubungan terhadap perilaku program CST di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan adalah faktor kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavior control*).

6.2 Saran

1. Terbatasnya jumlah petugas kesehatan yang ada di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan merupakan salah satu kendala untuk dapat memberikan penjelasan yang komprehensif tentang tujuan dan manfaat program CST serta resiko yang timbul bila tidak pernah melakukan monitor terhadap kondisi klinis HIV nya dan kondisi imunologinya. Untuk itu perlu diusulkan dan koordinasi secara hirarkie, berjenjang dan berkelanjutan kepada masing-masing Kotama dimana ODHA berdinan agar Pokja Penanggulangan HIV-AIDS di tiap Kotama tersebut ikut aktif dalam melaksanakan upaya promotif, monitoring serta evaluasi terhadap ODHA yang ada dibawah tanggungjawabnya.
2. Penelitian diharapkan dapat dikembangkan lagi dengan meneliti faktor-faktor lain yang melatar belakangi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku ODHA untuk tidak mengikuti program CST selain faktor sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan yang telah diteliti, sehingga dapat menggali faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan untuk mengikuti program CST.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, Icek & Fishbein, 1975. *Belief, Attitude, Intention, and behaviour: An Introduction to Theory and Research*. Adison-Weasley, Massachusetts
- Ajzen, Icek & Driver B.L, 1991. *Prediction of leisure Participation from Behavioral, Normatif and Control Belief : an Application of Theory of Planned Behavior*. Leisure Sciences, volume 13, pp. 185-204.
- Ajzen, Icek, 2002, *Contracting of TPB Questionnaire: Conceptual and methodological Conciderations*. http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb_measurement.pdf. Tanggal 28 November 2013.
- Ajzen, Icek & Fishbein, M, 2005, *Theory-based Behavior Change Interventions: Comments on Hobbits and Sutton*, *Journal of Health Psychology*, Vol 10, No. 1, 27-31.
- Ajzen, Icek, 2006, *Contracting of TPB Questionnaire: Conceptual and methodological Conciderations*. Revisi
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Asdi Mahasatya.
- Barre-Sinoussi Fet et al: *Isolation of a T-lymphocyte retrovirus from a patient at risk for aquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*, *Science* 220:868-871, 1983.
- Centers for Disease Control and Prevention: *1993 Revised classfication system for HIV infection and expanded survellance case definition for acquired immunodeficiency syndrome*, *MMWR* 41 (RR-17): 1-9, 1993.
- Centers for Disease Control and Prevention: *HIV incidence among young men who have sex with men-seven U.S. cities, 1994-2000*, *MMWR* 50(21): 440-454, 2001c.
- Chilsolm, Marie A., et al, 2007. *Predicting Adherence to Immunosuppresant Therapy: A Prospective Analysis of the Theory of Planned Behaviour*. *Journal of Nephrol Dial Transpant* 22, hal: 2339-2348.
- Depkes RI., Dirjen PPPL, 2007. *Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan dan Pengobatan HIV & AIDS*. Jakarta
- Doms RW, Peiper SC: *Unwelcome guests with master keys: how HIV uses chemokine receptors for celluler entry*, *Virology* 235: 179,1997

- Efendi, F & Makhfudli, 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Embretson J et al: *Massive covert infections of helper T Lymphocytes and Macrophages by HIV during the incubation period of AIDS*, Nature 362: 359-362,1993
- Francis, J.J., Eccles, M.P, Johnston, M., Anne, W. 2004. *Constructing Questionnaires based on the TPB : A Manual for health service Researchers*, Center of Health Service Research University of Newcastle. Newcastle.
- Gougeon M, Montagnier L: *Apoptosis in AIDS*, Science 260: 1269-1270,1993
- Jacob, T. 2004. "Etika Penelitian Ilmiah". *Warta Penelitian*, Universitas Gajah Mada (Edisi Khusus)
- Kemendes RI. 2011. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Tatalaksana HIV-AIDS*. Jakarta
- Kemendes RI. 2011. *Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak*. Jakarta
- Kemendes RI.2005. Keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1307/Mendes/SK/X/2005. *Tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV-AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing)*. Jakarta.
- Levy J: *HIV and the pathogenesis of AIDS*, Washington DC, 1994, ASM Press.
- Markas Besar TNI. 2010. *Peraturan Panglima TNI No Perpang/64/IX/2010 tanggal 15 September 2010 : Buku Petunjuk Pelaksanaan Penanggulangan HIV-AIDS di Lingkungan TNI* . Jakarta
- Markas Besar TNI-AL. 2011. *Peraturan Kepala Staf Angkatan Laut No Perkasal/33/VI/2011 : Petunjuk Pelaksanaan penanggulangan HIV-AIDS di Lingkungan TNI-AL*. Jakarta.
- Milton, C.L, 1999. *Ethical Issues From Nursing Theoretical Perspectives*. *Nursing Sciences Quarterly*, 12 (1) : 20-25.
- O'Brien SJ, Dean M: *In Search of AIDS resistance genes*, Scientific Am 277: 46,1997.
- Price, Sylvia A. dan Lorraine M. Wilson, 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta; EGC, hal: 224-245.

- Robbins. 2006. Perilaku organisasi. Edisi ke 10. Jakarta : PT Indeks.
- Santoso, Slamet. 2010. Teori-teori Psikologi Sosial. Bandung : PT Refika Aditama.
- Schattner E, Laurence J: *HIV-induced T-lymphocyte depletion*, Clin Lab Med 14:221-238, 1994.
- Siswanto., et. Al. 2013. Metodologi Penelitian: Kesehatan dan Kedokteran. Yogyakarta : Bursa Ilmu.
- Situmorang A., 1995. Pengetahuan dan Sikap Para Pekerja Salon Kecantikan Tentang AIDS, jaringan Epidemiologi Nasional dan the Ford Fondation.
- Sugiyono, 2010. Statistika dan Penelitian. Bandung: Alfabeta.
- UNAIDS., WHO. 2009. *Disability and HIV Policy Brief*
- Wei X et al: *Viral dynamics in human immunodeficiency virus type 1 infection*, nature 373: 117-122,1995
- WHO. 2007. HIV-AIDS Programme: *WHO Case Definitions of HIV for Surveillance Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adult and Children*. Departement of HIV-AIDS. Genewa, Switzerland
- WHO. 2002. *Towards a Common Language for Functioning, Disability, and Health*. Genewa, Switzerland
- <http://www.ghdonline.org/ACTG_Adherence_Baseline_Questionnaire.pdf (terakhir diakses: 12 May 2011) .

LAMPIRAN

LEMBAR PENGISIAN DATA DEMOGRAFI
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ODHA UNTUK TIDAK MENGIKUTI
PROGRAM CST BERDASARKAN *PLANNED BEHAVIOR THEORY* DENGAN
MENGUNAKAN KUISIONER DARI *AIDS CLINIC TRIAL GROUP*

No Responden :
Tanggal pengisian :
Nama Inisial :
Alamat :

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah dengan teliti semua pertanyaan dibawah ini.
2. Mohon kesediaan anda untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia.
3. Berilah tanda centang (\checkmark) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat anda dan keadaan anda yang sebenarnya.
4. Anda hanya diperbolehkan memberikan satu jawaban pada setiap pertanyaan.

Pertanyaan :

1. Usia anda :
 - () 20-30 tahun
 - () 31-40 tahun
 - () 41-50 tahun
 - () 51-60 tahun
2. Jenis kelamin :
 - () laki-laki
 - () perempuan

3. Pendidikan terakhir anda :
- SMP
 - SMA
 - D III/D IV (termasuk AAL)
 - SARJANA
4. Status pernikahan anda :
- Belum menikah
 - Sudah menikah
 - Cerai hidup
 - Cerai mati
5. Tugas pekerjaan anda :
- Bertugas di komando tempur
 - Bertugas di Kapal Perang RI
 - Bertugas di Satuan Intelejen
 - Bertugas di Staf
 - DPB Denma
6. Sejak kapan dinyatakan HIV positif :
- 0 - <1 tahun yang lalu
 - 1 - <2 tahun yang lalu
 - 2 - <3 tahun yang lalu
 - 3 - <4 tahun yang lalu
 - ≥ 4 tahun yang lalu, sebutkan :.....

LEMBAR PENGISIAN DATA
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ODHA UNTUK TIDAK MENGIKUTI
PROGRAM CST BERDASARKAN *PLANNED BEHAVIOR THEORY*
DENGAN MENGGUNAKAN KUISIONER DARI *AIDS CLINIC TRIAL*
GROUP

No Responden :
 Tanggal pengisian :
 Nama Inisial :
 Alamat :

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah dengan teliti semua pertanyaan dibawah ini.
2. Bila ada pertanyaan atau pilihan jawaban yang kurang jelas atau tidak dimengerti, anda bisa menanyakan kepada petugas.
3. Anda hanya diperbolehkan memberikan satu jawaban pada setiap pertanyaan.

A. SIKAP

Berilah tanda centang (\checkmark) pada jawaban no 1-8 yang paling sesuai yang menggambarkan perasaan anda sebenarnya.

Pertanyaan :

1. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :
 - () Buruk
 - () Baik
 - () Tidak dua-duanya

2. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :

- Bahaya
 - Bagus untuk saya
 - Tidak dua-duanya
3. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :
- Mencemaskan
 - Menentramkan
 - Tidak dua-duanya
4. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :
- Tidak menyenangkan
 - Menyenangkan
 - Tidak dua-duanya
5. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :
- Tidak memuaskan
 - Memuaskan
 - Tidak dua-duanya
6. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :
- Negatif
 - Positif
 - Tidak dua-duanya

7. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :

- Seperti hukuman
- Menguntungkan
- Tidak dua-duanya

8. Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan adalah :

- Sesuatu yang bodoh
- Sesuatu yang bijaksana
- Tidak dua-duanya

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda centang (\checkmark) pada jawaban no 9-12 yang paling sesuai yang menggambarkan perasaan anda sebenarnya.

No	Pertanyaan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat setuju
9	Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 akan membuat saya waspada terhadap komplikasi infeksi oportunistik karena bisa dideteksi lebih awal.					
10	Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 membuat hidup saya kurang menyenangkan					
11	Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 membuat hidup saya sulit					
12	Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 membuat hidup saya rumit					

B. NORMA SUBYEKTIF

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda centang (\checkmark) pada jawaban no 13-21 yang paling sesuai yang menggambarkan perasaan anda sebenarnya.

13. Orang-orang yang penting bagi saya akan :

- () Pasti menasehati saya supaya patuh melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan.
- () Pasti menasehati saya supaya tidak patuh melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan.
- () Menasehati saya untuk melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 dengan cara saya yang saya rasa adalah yang terbaik sesuai anjuran petugas kesehatan.
- () Tidak menasehati saya bagaimanapun juga.

14. Jika orang-orang penting bagi saya dalam posisi saya, mereka akan

- () Pasti melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan
- () Pasti tidak melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD 4sesuai anjuran petugas kesehatan
- () Melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai dengan cara yang mereka rasa adalah yang terbaik.

15. Suami/istri saya atau orang yang penting dalam kehidupan saya berpikir bahwa saya seharusnya melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan

- () Pasti tidak setuju
- () Agak tidak setuju
- () Saya tidak tahu bagaimana perasaan mereka tentang hal tersebut

- Agak setuju
- Sangat setuju

16. Teman dan keluarga saya berpikir bahwa saya seharusnya melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan

- Pasti tidak setuju
- Agak tidak setuju
- Saya tidak tahu bagaimana perasaan mereka tentang hal tersebut
- Agak setuju
- Sangat setuju

17. Petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada saya akan setuju jika saya melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjurannya

- Pasti tidak setuju
- Agak tidak setuju
- Saya tidak tahu bagaimana perasaan mereka tentang hal tersebut
- Agak setuju
- Sangat setuju

C. KONTROL TERHADAP PERILAKU YANG DIRASAKAN

18. Seberapa mudah bagi anda untuk melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan ?

- Sangat sulit
- Agak sulit
- Tidak mudah juga tidak sulit
- Agak mudah
- Sangat mudah

19. Seberapa banyak kontrol/kendali yang anda miliki untuk melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan

- Tidak punya kontrol/kendali
- Punya sangat sedikit kontrol/kendali
- Punya beberapa kontrol/kendali
- Punya kontrol/kendali

D. NIAT

20. Saya selalu punya niat untuk melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan

- Sangat tidak setuju
- Agak tidak setuju
- Netral
- Agak setuju
- Sangat setuju

21. Bagaimana kemungkinan anda untuk melakukan pemantauan kondisi klinis dan CD4 sesuai anjuran petugas kesehatan ?

- Sangat tidak memungkinkan
- Sedikit tidak memungkinkan
- Saya tidak yakin
- Sedikit memungkinkan
- Sangat memungkinkan

Terima Kasih Atas Kesediaan dan Partisipasi Anda

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian Tugas Akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Surabaya, maka saya:

Nama : Nurtarina Heratanti

NIM : 131211123076

Akan melakukan penelitian dengan judul **“Analisis Faktor yang Mempengaruhi ODHA Untuk Tidak Melaksanakan Program CST di Rumkital Dr. Ramelan ”**. Untuk keperluan di atas, saya mohon kesediaannya untuk mengisi lembar kuesioner yang telah saya persiapkan sesuai dengan kondisi anda yang sebenarnya dan saya akan menjamin kerahasiaan pendapat yang telah anda berikan. Informasi yang anda berikan hanya akan dipergunakan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk hal yang lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon agar anda menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Partisipasi anda mengisi formulir ini sangat saya hargai dan atas perhatian serta kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Surabaya, Januari 2013

Nurtarina Heratanti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Setelah mendapatkan persetujuan yang cukup tentang tujuan penelitian ini, saya bertandatangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul **“Analisis Faktor yang Mempengaruhi ODHA Untuk Tidak Melaksanakan Program CST di Rumkital Dr. Ramelan ”**. Yang dilakukan saudara Nurtarina Heratanti dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan akademik pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,.....

Responden

**HASIL TABULASI
DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**

No Responden	No Soal					
	1	2	3	4	5	6
1	2	1	2	1	2	3
2	2	1	3	2	2	3
3	3	1	2	2	2	5
4	3	1	2	2	2	3
5	3	1	2	2	2	3
6	3	1	2	2	2	5
7	2	1	2	1	2	3
8	2	1	2	2	2	4
9	2	1	2	2	4	4
10	3	1	2	4	4	5
11	3	1	2	2	4	4
12	3	1	2	2	4	4
13	3	1	2	2	3	5
14	3	1	2	2	4	5
15	3	1	2	2	4	5
16	3	1	2	2	4	5
17	2	1	2	2	4	5
18	2	1	2	1	4	5
19	3	1	2	2	1	5
20	2	1	2	2	1	4
21	3	1	2	1	1	4
22	1	1	2	1	1	4
23	2	1	2	2	1	4
24	2	1	2	1	1	4
25	1	1	2	1	1	4
26	3	1	2	2	1	5

Keterangan :

- | | | |
|----------------|-------------|-----------------|
| 1. Usia anda : | 20-30 tahun | : diberi kode 1 |
| | 31-40 tahun | : diberi kode 2 |
| | 41-50 tahun | : diberi kode 3 |
| | 51-60 tahun | : diberi kode 4 |

2. Jenis kelamin :
- | | |
|-----------|-----------------|
| Laki-laki | : diberi kode 1 |
| Perempuan | : diberi kode 2 |
3. Pendidikan terakhir anda :
- | | |
|---------------------------|-----------------|
| SMP | : diberi kode 1 |
| SMA | : diberi kode 2 |
| D III/D IV (termasuk AAL) | : diberi kode 3 |
| SARJANA | : diberi kode 4 |
4. Status pernikahan anda :
- | | |
|---------------|-----------------|
| Belum menikah | : diberi kode 1 |
| Sudah menikah | : diberi kode 2 |
| Cerai hidup | : diberi kode 3 |
| Cerai mati | : diberi kode 4 |
5. Tugas pekerjaan anda :
- | | |
|------------------------------|-----------------|
| Bertugas di komando tempur | : diberi kode 1 |
| Bertugas di Kapal Perang RI | : diberi kode 2 |
| Bertugas di Satuan Intelejen | : diberi kode 3 |
| Bertugas di Staf | : diberi kode 4 |
| Denma (Dalam Pengobatan) | : diberi kode 5 |
6. Sejak kapan dinyatakan HIV positif :
- | | |
|------------------------|-----------------|
| 0 - <1 tahun yang lalu | : diberi kode 1 |
| 1 - <2 tahun yang lalu | : diberi kode 2 |
| 2 - <3 tahun yang lalu | : diberi kode 3 |
| 3 - <4 tahun yang lalu | : diberi kode 4 |
| >4 tahun yang lalu | : diberi kode 5 |

**RAW DATA JAWABAN KUISIONER RESPONDEN
FAKTOR SIKAP**

NO RESPONDEN	SIKAP												TOTAL SKOR	KODE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	1	2	1	1	1	2	1	3	4	2	2	3	23	1
2	1	2	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	27	2
3	2	2	1	1	3	2	1	3	3	2	2	3	25	2
4	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	31	2
5	2	2	1	1	3	2	3	3	3	3	2	3	28	2
6	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	31	2
7	3	3	1	3	1	2	3	3	3	3	2	3	30	2
8	2	2	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	29	2
9	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	32	2
10	3	3	1	1	3	2	3	3	3	3	2	2	29	2
11	2	2	1	1	3	2	3	3	4	3	2	3	29	2
12	2	2	1	1	3	2	1	3	3	3	3	2	26	2
13	2	2	1	1	3	2	3	3	2	2	3	2	26	2
14	2	2	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	29	2
15	2	2	1	1	3	2	3	3	4	3	2	2	28	2
16	1	2	1	1	3	2	1	3	2	2	2	2	22	1
17	2	2	1	1	3	2	3	3	3	3	3	2	28	2
18	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	33	2
19	2	2	1	1	3	2	3	3	3	3	3	2	28	2
20	2	2	1	1	3	2	3	3	4	3	3	2	29	2
21	2	2	1	1	3	2	1	3	3	2	3	2	25	2
22	3	2	1	1	3	2	3	3	3	2	2	2	27	2
23	2	2	1	1	3	2	3	3	3	2	2	2	26	2
24	3	2	1	1	3	2	3	3	3	2	2	2	27	2
25	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	2	31	2
26	2	2	1	1	3	2	3	3	3	2	2	2	26	2

**RAW DATA JAWABAN KUISIONER RESPONDEN
FAKTOR NORMA SUBJEKTIF**

NO RESPONDEN	NORMA SUBJEKTIF					TOTAL SKOR	KODE
	13	14	15	16	17		
1	3,67	2	1	2	1	9,67	1
2	3,67	3	3	2	3	14,67	2
3	3,67	4	2	3	2	14,67	2
4	3,67	3	2	3	3	14,67	2
5	3,67	3	3	2	2	13,67	2
6	3,67	3	2	3	3	14,67	2
7	3,67	3	2	3	2	13,67	2
8	3,67	3	3	3	2	14,67	2
9	3,67	2	3	3	3	14,67	2
10	3,67	2	2	3	2	12,67	2
11	3,67	2	3	3	3	14,67	2
12	3,67	4	2	2	3	14,67	2
13	3,67	3	2	3	3	14,67	2
14	3,67	3	2	3	3	14,67	2
15	3,67	3	3	3	2	14,67	2
16	2	2	2	2	1	9	1
17	3,67	3	3	2	3	14,67	2
18	3,67	3	3	3	2	14,67	2
19	2,33	4	2	3	3	14,33	2
20	2,33	3	2	3	4	14,33	2
21	3,67	2	1	2	1	9,67	1
22	3,67	4	2	3	2	14,67	2
23	2,33	2	2	3	4	13,33	2
24	3,67	3	3	2	3	14,67	2
25	3,67	3	2	3	3	14,67	2
26	3,67	3	2	3	3	14,67	2

**RAW DATA JAWABAN KUISIONER RESPONDEN
FAKTOR KONTROL PERILAKU YANG DIRASAKAN**

NO RESPONDEN	KONTROL PERILAKU YANG DIRASAKAN		TOTAL NILAI	SKOR
	18	19		
1	1	2,33	3,33	1
2	2	2,33	4,33	2
3	2	2,33	4,33	2
4	1	3,67	4,67	2
5	2	3	5	2
6	2	3,67	5,67	2
7	3	2	5	2
8	4	1	5	2
9	3	2	5	2
10	4	1	5	2
11	2	3,67	5,67	2
12	3	2	5	2
13	4	1	5	2
14	2	3,67	5,67	2
15	2	3,67	5,67	2
16	2	3	5	2
17	4	1	5	2
18	4	1	5	2
19	4	1	5	2
20	2	3,67	5,67	2
21	3	2	5	2
22	2	3	5	2
23	4	1	5	2
24	3	2	5	2
25	4	1	5	2
26	3	2	5	2

**RAW DATA JAWABAN KUISIONER RESPONDEN
FAKTOR NIAT**

NO RESPONDEN	NIAT		TOTAL SKOR	KODE
	20	21		
1	1	2	3	1
2	2	2	4	2
3	2	3	5	2
4	2	3	5	2
5	1	2	3	1
6	1	4	5	2
7	2	3	5	2
8	1	4	5	2
9	1	4	5	2
10	1	4	5	2
11	2	3	5	2
12	2	3	5	2
13	2	2	4	2
14	2	2	4	2
15	2	3	5	2
16	1	2	3	1
17	3	2	5	2
18	3	2	5	2
19	2	2	4	2
20	3	2	5	2
21	3	2	5	2
22	2	3	5	2
23	3	2	5	2
24	2	2	4	2
25	2	2	4	2
26	3	2	5	2

**RAW DATA JAWABAN KUISIONER RESPONDEN
FAKTOR PERILAKU**

NO RESPONDEN	PERILAKU	
	Observasi	Kode
1	1	1
2	2	2
3	2	2
4	2	2
5	1	1
6	2	2
7	2	2
8	2	2
9	2	2
10	2	2
11	2	2
12	2	2
13	1	1
14	2	2
15	2	2
16	1	1
17	1	1
18	2	2
19	1	1
20	1	1
21	2	2
22	1	1
23	1	1
24	2	2
25	1	1
26	2	2

TABULASI DATA JAWABAN KUISIONER RESPONDEN

No Resp	Sikap		Norma Subjektif		Kontrol Perilaku Yang Dirasakan		Niat		Perilaku	
	Σ	Kode	Σ	Kode	Σ	Kode	Σ	Kode	Σ	Kode
1	23	1	9,67	1	3,33	1	3	1	1	1
2	27	2	14,67	2	4,33	2	4	2	2	2
3	25	2	14,67	2	4,33	2	5	2	2	2
4	31	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2
5	28	2	13,67	2	5	2	3	1	2	2
6	31	2	14,67	2	5,67	2	5	2	2	2
7	30	2	13,67	2	5	2	5	2	2	2
8	29	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2
9	32	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2
10	29	2	12,67	2	5	2	5	2	2	2
11	29	2	14,67	2	5,67	2	5	2	2	2
12	26	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2
13	26	2	14,67	2	5	2	4	2	2	2
14	29	2	14,67	2	5,67	2	4	2	2	2
15	28	2	14,67	2	5,67	2	5	2	2	2
16	22	1	9	1	5	2	3	1	2	2
17	28	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2
18	33	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2
19	28	2	14,33	2	5	2	4	2	2	2
20	29	2	14,33	2	5,67	2	5	2	2	2
21	25	2	9,67	1	5	2	5	2	2	2
22	27	2	14,67	2	5	2	5	2	1	1

23	26	2	13,33	2	5	2	5	2	2	2
24	27	2	14,67	2	5	2	4	2	2	2
25	31	2	14,67	2	5	2	4	2	2	2
26	26	2	14,67	2	5	2	5	2	2	2

Keterangan :

Faktor Sikap

Total Nilai

12-<24	: Buruk	: 1
24-<36	: Cukup	: 2
36-<48	: Baik	: 3
48-60	: Sangat Baik	: 4

Faktor Norma Subjektif

Total Nilai

5-<10	: Kurang	: 1
10-<15	: Cukup	: 2
15-<20	: Baik	: 3
20-25	: Sangat Baik	: 4

Faktor Kontrol Perilaku Yang Dirasakan

Total Nilai

2-<4	: Sangat Sedikit	: 1
4-<6	: Sedikit	: 2
6-<8	: Cukup	: 3
8-10	: Banyak	: 4

Faktor Niat

Total Nilai

2-<4	: Sangat Sedikit	: 1
4-<6	: Sedikit	: 2
6-<8	: Cukup	: 3
8-10	: Banyak	: 4

Faktor Perilaku

Total Nilai

Tidak pernah datang kunjungan	: Buruk	: 1
Bila ada keluhan	: Cukup	: 2
Sesuai anjuran petugas kesehatan	: Baik	: 3

DISTRIBUSI FREKUENSI DATA UMUM (DEMOGRAFI)**USIA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 30 tahun	2	7.7	7.7	7.7
	31 - 40 tahun	10	38.5	38.5	46.2
	41 - 50	14	53.8	53.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	26	100.0	100.0	100.0

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	0	0	0	0
	SMA	25	96.2	96.2	96.2
	DIII/DIV	1	3.8	3.8	100.0
	Sarjana	0	0	0	0
	Total	26	100.0	100.0	

STATUS PERNIKAHAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum menikah	7	26.9	26.9	26.9
Menikah	18	69.2	69.2	96.2
Cerai hidup	0	0	0	0
Cerai mati	1	3.8	3.8	100.0
Total	26	100.0	100.0	

JENIS PEKERJAAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tugas di Komando Tempur	8	30.8	30.8	30.8
Tugas di Kapal Perang	8	30.8	30.8	61.5
Tugas di Intelijen	1	3.8	3.8	65.4
Tugas di Staff	9	34.6	34.6	100.0
Total	26	100.0	100.0	

KAPAN DINYATAKAN POSITIF HIV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-<1 tahun yang lalu	0	0	0	0
1-<2 tahun yang lalu	0	0	0	0
2-<3 tahun yang lalu	5	19.2	19.2	19.2
3-<4 tahun yang lalu	10	38.5	38.5	61.5
>4 tahun yang lalu	11	42.3	42.3	100.0
Total	26	100.0	100.0	

DISTRIBUSI FREKUENSI DATA KHUSUS**KATEGORI SIKAP**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	2	7.7	7.7	7.7
Cukup	24	92.3	92.3	100.0
Baik	0	0	0	100.0
Sangat Baik	0	0	0	100.0
Total	26	100.0	100.0	

KATEGORI NORMA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	3	11.5	11.5	11.5
Cukup	23	88.5	88.5	100.0
Baik	0	0	0	100.0
Sangat baik	0	0	0	100.0
Total	26	100.0	100.0	

KATEGORI KONTROL YANG DIRASAKAN (PBC)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat sedikit	1	3.8	3.8	3.8
Sedikit	25	96.2	96.2	100.0
Cukup	0	0	0	100.0
Banyak	0	0	0	100.0
Total	26	100.0	100.0	

KATEGORI NIAT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	3	11.5	11.5	11.5
Cukup	23	88.5	88.5	100.0
Tinggi	0	0	0	100.0
Sangat tinggi	0	0	0	100.0
Total	26	100.0	100.0	

KATEGORI PERILAKU

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	10	38.5	38.5	38.5
Cukup	16	61.5	61.5	100.0
Baik	0	0	0	100.0
Total	26	100.0	100.0	

UJI STATISTIK SPEARMAN'S RHO

CROSS TABULATION
SIKAP TERHADAP NIAT

Count		Niat		Total
		Rendah	Cukup	
Sikap	Buruk	2	0	2
	Cukup	1	23	24
Total		3	23	26

CROSS TABULATION
NORMA TERHADAP NIAT

Count		Niat		Total
		Rendah	Cukup	
Norma	Kurang	2	1	3
	Cukup	1	22	23
Total		3	23	26

**CROSS TABULATION
KONTROL PERILAKU YANG DIRASAKAN TERHADAP NIAT**

Count		Niat		Total
		Rendah	Cukup	
PBC	Sangat sedikit	1	0	1
	Sedikit	2	23	25
Total		3	23	26

**CROSS TABULATION
NIAT TERHADAP PERILAKU**

Count		Perilaku		Total
		Buruk	Cukup	
Niat	Rendah	3	0	3
	Cukup	7	16	23
Total		10	16	26

UJI STATISTIK SPEARMAN'S RHO

CORRELATIONS
SIKAP, NORMA SUBJEKTIF,
KONTROL PERILAKU YANG DIRASAKAN, NIAT

			Sikap	Norma Subjektif	PBC	Niat
Spearman's rho	Sikap	Correlation Coefficient	1.000	.799**	.693**	.799**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
		N	26	26	26	26
Norma Subjektif	Norma Subjektif	Correlation Coefficient	.799**	1.000	.554**	.623**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.003	.001
		N	26	26	26	26
PBC	PBC	Correlation Coefficient	.693**	.554**	1.000	.554**
		Sig. (2-tailed)	.000	.003	.	.003
		N	26	26	26	26
Niat	Niat	Correlation Coefficient	.799**	.623**	.554**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.003	.
		N	26	26	26	26

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

UJI STATISTIK SPEARMAN'S RHO

CORRELATIONS
PERILAKU, NIAT

		Niat	Perilaku
Spearman's rho	Niat	1.000	.457*
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.019
	N	26	26
Perilaku	Correlation Coefficient	.457*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.019	.
	N	26	26

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : 4851 /UN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : -
Perihal : Permohonan bantuan fasilitas
untuk pengambilan data

24 Oktober 2013

Yth. Kepala Rumkital Dr. Ramelan
Jl. Gadung
Surabaya

Sehubungan dengan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami, guna memperoleh informasi sebagai data awal penyusunan proposal penelitian.

Adapun mahasiswa kami tersebut :

Nama : Nurtarina Heratanti
N I M : 131211123076
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Sosial Dan Keluarga Terhadap Ibu Rumah Tangga Yang Terinfeksi HIV Aids
Pembimbing : 1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
2. Retnayu Pradanie, S.Kep., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,



Mira Tuhanni, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Tembusan
Kepala Departemen Penyakit Dalam
Rumkital Dr. Ramelan
Surabaya



IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax: (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 10 Februari 2014

Nomor : 269 /UN3.1.12/PPd/2014
Lampiran : 1 berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

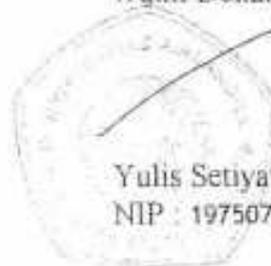
Kepada Yth.
Kepala Rumkital Dr. Ramelan

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Nurtarina Heratanti
NIM : 131211123076
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi ODHA untuk Tidak Melaksanakan program CST Berdasarkan Planned Behaviour di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Pih. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III



Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns., M.Ng
NIP : 197507092005012001 *YSD*

Tembusan:

1. Kadep Bangdiklat
2. Kadep Kitlam



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")

No. 7 /EC/KERS/2014

Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, telah mempelajari secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian berjudul :

Analisis Faktor Yang Mempengaruhi ODHA Untuk Tidak Melaksanakan Program CST Berdasarkan Planned Behavior Theory di Poli VCT Rumkital Dr. Ramelan.

Peneliti Utama :

Nurtarina Heratanti, Amd. Kep. (Mhs. Keperawatan UNAIR)

Unit/ Lembaga/Tempat Penelitian :

Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 27 Februari 2014

Ketua,

dr. I Ketut Tirka Nandaka, Sp KJ

Catatan : Peneliti Tidak Diperkenankan Mempublikasi Hasil Penelitian Tanpa Persetujuan Rumkital Dr. Ramelan Surabaya