

SKRIPSI

FAKTOR – FAKTOR PENGGUNAAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN BAGI ODHA DI RUANG PERAWATAN INTERMEDIET PENYAKIT INFEKSI RSU DR. SOETOMO SURABAYA

DESAIN PENELITIAN DESKRIPTIF

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

WELMIN TUKAYO

NIM : 010330657 B

**PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2005

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 28 Maret 2005

Yang menyatakan,


WELMIN TUKAYO

LEMBAR PERSETUJUAN

SRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Tanggal 28 Maret 2005

Oleh:

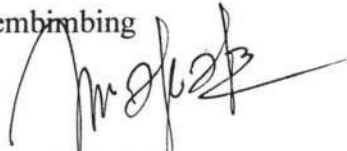
Pembimbing Ketua



Purwaningsih, S.Kp. MARS

NIP : 132.255.157

Pembimbing



Khoridatul Bahiyah, S.Kep. Ns

Mengetahui

A.n. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP: 140 238 226

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan penguji sidang skripsi

Pada program studi S₁ Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pada tanggal 27 September 2005

Mengesahkan

Tim Penguji

Tanda Tangan

Ketua : Syamilatul Khoriroh, S.Kp, M.Kes

Anggota : Purwaningsih, S.Kp, MARS

Anggota : Khoridatul Bahiyah, S.Kep, Ns

()

()

()

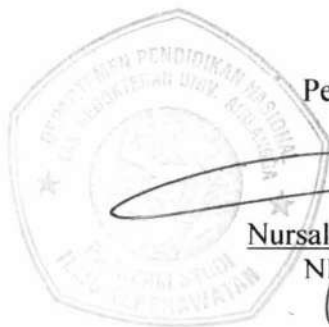
Mengetahui

A.n. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pembantu Ketua I


Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP: 140 238 226



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena rahmat dan karunia-Nya penyusunan skripsi ini terselesaikan dengan judul, FAKTOR-FAKTOR PENGGUNAAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN BAGI ODHA DI RUANG PIPI RSU DR. SOETOMO SURABAYA". Skripsi ini dibuat guna memenuhi salah satu syarat dalam rangka memperoleh gelar sarjana keperawatan, pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan pihak lain, skripsi ini tidak dapat terwujud, oleh sebab itu dengan segala kerendahan hati saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S Wijadi, dr. Sp. THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandoyo, dr; Sp.PD, selaku Ketua Program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa program studi ilmu keperawatan.
3. Dr. H. Slamet Riyadi Yuwono, DTMH, MARS, Pembina Utama Muda, selaku Direktur RSU Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberi kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian.

4. Ibu Purwaningsih, SKp, MARS, Selaku Pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan ketekunan meluangkan waktunya untuk membimbing dan mendorong serta perhatian dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Ibu Khoridatul Bahiyah, SKp, selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian mendukung saya dalam bimbingan dan arahan selama penyusunan skripsi ini.
6. Para Responden yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian
7. Ibundaku Ny. Elisabeth Wablolo dan kakak serta adik-adikku yang telah membantu dalam pemberian bantuan biaya dan bantuan moril dalam penyusunan skripsi ini
8. Suami dan anak tercinta Maksilianus Mena dan Serafine Bona de Rosari Mena yang turut mendukung saya dengan setia dan sabar.
9. Teman-teman dan semua pihak special buat Kak Martin Doo yang telah membantu dengan tulus hati sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

Penulis pun menyadari bahwa karya ini banyak kekurangannya sehingga kritik dan saran yang bersifat membangun guna peningkatan mutu dan pencapaian tujuan penelitian ini sangat diharapkan.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat memberikan suatu wacana dalam pengembangan-pengembangan selanjutnya dan bermanfaat bagi pengembangan Ilmu Pendidikan.

Surabaya, 28 Maret 2005

Penulis

MOTTO

Kesabaran dan kerendahan hati adalah kunci kesuksesan

ABSTRAK**FAKTOR-FAKTOR PENGGUNAAN FASILITAS KESEHATAN BAGI ODHA
DI RUANG PIPI RSU DR. SOETOMO SURABAYA****DESAIN PENELITIAN DESKRIPTIF**

Oleh: Welmin Tukayo

Faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA RSU Dr. Soetomo Surabaya yaitu faktor umur, pendidikan, penghasilan, biaya, sarana, SDM, kegiatan jarak dan alasan pasien. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA berobat di RSU Dr. Soetomo Surabaya dan mengidentifikasi faktor-faktor dominan yang mempengaruhi ODHA berobat di RSU Dr. Soetomo.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Populasi penelitian ini adalah ODHA di Ruang PIPI Dr. Soetomo. Jumlah sampel 39 responden yang diambil dengan *purposive sampling*. Variabel penelitian ini adalah variabel independen, yaitu faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSU Dr. Soetomo. Sampel dalam penelitian ini adalah ODHA yang berobat di RSU Dr. Soetomo. Analisa data yang digunakan adalah analisis deskriptif (rata-rata hitung (\bar{X}), mean, modus).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA berobat di RSU Dr. Soetomo, yaitu faktor sarana yang lengkap dengan prosentase 100%, faktor kegiatan berupa senam dan nutrisi tambahan bagi ODHA dengan prosentase 100%, faktor biaya dengan menggunakan JPS (74,36), faktor SDM jumlah dan kualitas dokter, perawat dan *conselor* cukup (100%) dan faktor alasan ODHA nyaman dan pelayanan berkualitas (76,92).

Dari hasil penelitian di atas disarankan agar kualitas pelayanan kesehatan bagi ODHA harus dipertahankan dan terus ditingkatkan dan disarankan kepada tempat pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta lainnya agar mengikuti cara atau model pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSU Dr. Soetomo Surabaya.

Kata kunci: Orang yang hidup dengan HIV/AIDS, pelayanan kesehatan

ABSTRACT

Using factors facilities for patiens with HIV/AIDS to treatment at Dr. Soetomo Hospital, Surabaya, i.e, age, education, income, cost, facilities, human resurce, activities, and patiens reason. The objectives of this study were to find factors affecting patiens with HIV/AIDS to search for treatment at Dr. Soetomo Hospital, Surabaya, and to identify the predominant factors.

This study used describe case study design. The population of study was people living with HIV/AIDS at Dr. Soetomo Hospital. Total sample was 39 respondent, taken according to *purposive sampling*. Variable of this study is independen variable, were using factors facilities for patiens with HIV/AIDS to treatment at Dr. Soetomo Hospital, Surabaya. Data were then analyzed using descriptive analyses (total average, mean and modus).

Result revealed the using factors facilities for patiens with HIV/AIDS to treatment at Dr. Soetomo Hospital, Surabaya. Those factors are complete facities (100%), activities that presenting as exercise and additional nutrition for the patiens (100%), cost, presnting as the use of social security network (*jaring pengaman sosial, JPS*) (74,36%), human resource, presenting as sufficient number and quality of doctors, nurses, and conselors (100%); comfortable and qualified service (76,92%).

It is suggested that health care service for patiens with HIV/AIDS in Dr. Soetomo Hospital is qualified. This quality should be maintained and become a model for other hospitals, either state-owned or private hospitals.

Keywords: People living with HIV/AIDS, treatment.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar HIV/AIDS.....	4
2.1.1 Definisi AIDS.....	4
2.1.2 Epidemiologi	5
2.1.3 Patofisiologi.....	5
2.1.4 Fase-Fase Infeksi HIV/AIDS	7
2.1.5 Manifestasi Klinis	8
2.1.6 Cara Penularan HIV	9
2.1.7 Therapi Antiretinviral.....	10
2.1.8 Penatalaksanaan dan Pencegahan.....	15
2.2 Proses Mencari Bantuan.....	15
2.2.1 Sistem Rujukan Awam.....	15

2.2.2	Jalan Menuju Profesional Kesehatan	17
2.3	Proses Pelayanan Kesehatan	19
2.3.1	Proses interpersonal.....	19
2.3.2	Pelayanan teknis (Medis)	19
2.3.3	Perawatan komprehensif dan berkesinambungan	19
2.3.4	Komponen perawatan komprehensif berkesinambungan.....	20
2.3.5	Prinsip-prinsip dasar keperawatan komprehensif berkesinambungan.....	22
2.4	Konsep Teori Perilaku Manusia.....	23
2.4.1	Menurut Lawrence Green.....	23
2.4.2	Menurut Gochman (1988).....	24
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	29
BAB 4	METODE PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian.....	31
4.2	Kerangka Kerja.....	32
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling	33
4.3.1	Populasi	33
4.3.2	Sampel	33
4.3.3	Teknik Sampling	35
4.4	Variabel Penelitian	35
4.5	Definisi Operasional.....	36
4.6	Metode Pengumpulan Data	37
4.6.1	Instrumen.....	37
4.6.2	Lokasi dan Waktu penelitian.....	38
4.6.3	Prosedur pengumpulan data	38
4.6.4	Analisa Data	38
4.7	Etika Penelitian.....	38
4.7.1	Lembar persetujuan menjadi responden.....	39

4.7.2 Anonimity (Tanpa Nama)	39
4.6.3 Kerahasiaan (Confidentiality).....	39
4.8 Keterbatasan Penelitian	37
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	41
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	41
5.1.2 Data umum	41
5.2 Pembahasan	46
5.2.1 Faktor usia	46
5.2.2 Faktor pendidikan.....	46
5.2.3 Faktor penghasilan	47
5.2.4 Faktor biaya.....	47
5.2.5 Faktor sarana di RSUD Dr. Soetomo	48
5.2.6 Faktor kegiatan	48
5.2.7 Faktor SDM.....	49
5.2.8 Faktor jarak lokasi	50
5.2.9 Faktor informasi	51
5.2.10 Faktor alasan ODHA	52
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	53
6.2 Saran	54
DAFTAR PUSTAKA.....	56

DAFTAR TABEL

2.1 Fase-fase Infeksi HIV dan AIDS	7
2.2 Stadium HIV/AIDS	8
2.3 Rekomendasi memulai terapi ARV menurut WHO	11
2.4 Obat-obat antiretoviral yang direkomendasi WHO.....	12
2.5 Dosis, cara pemberian dan efek samping.....	12
4.1 Definisi operasional	36
5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur	41
5.2 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan	42
5.3 Karakteristik responden berdasarkan penghasilan per bulan	42
5.4 Karakteristik responden berdasarkan jarak lokasi	42
5.5 Karakteristik responden berdasarkan biaya	43
5.6 Karakteristik responden berdasarkan sarana	43
5.7 Karakteristik responden berdasarkan kegiatan	44
5.8 Karakteristik responden berdasarkan kualitas SDM	44
5.9 Karakteristik responden berdasarkan sumber informasi tentang RSUD Dr. Soetomo	45
5.10 Karakteristik responden berdasarkan alasan ODHA berobat ke RSUD Dr. Soetomo	45

DAFTAR GAMBAR

3.1 Kerangka konseptual	29
4.1 Kerangka kerja	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Informed Consent	57
Lampiran 2 Lembar Quisioner	58
Lampiran 3 Faktor-faktor Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Bagi ODHA di RSUD Dr. Soetomo	61
Lampiran 4 Rekapitulasi hasil pengumpulan data	63

BAB I

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Yayasan Spiritia menunjukkan bahwa kebutuhan untuk orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) adalah pengobatan atau pelayanan kesehatan yang optimal untuk memperpanjang hidupnya. Kenyataannya banyak ODHA yang mencari pertolongan ke dukun atau orang pintar demi tercapainya kesehatan yang optimal atau yang diinginkannya, namun hal tersebut justru memperburuk kondisinya sehingga ada ODHA yang resah dan mencari bantuan pelayanan yang sesuai dengan keinginannya (RSU Dr. Soetomo).

Penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tepat sangat membantu ODHA dalam proses penyembuhan. Salah satu tempat pelayanan kesehatan yang digunakan adalah RSU Dr. Soetomo Surabaya. Pada tahun 2003 jumlah pasien ODHA yang berkunjung atau menggunakan pelayanan kesehatan di Dr. Soetomo berjumlah 9 orang. Jumlah ini kemudian meningkat pada tahun 2004 menjadi 123 orang atau meningkat sebesar 66% (RSU Dr. Soetomo, Februari 2005 dan berdasarkan No. PPRM 070/14/ltb/304/1/2005).

Meningkatnya jumlah pasien ODHA yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di RSU Dr. Soetomo oleh karena beberapa faktor seperti biaya, sarana, SDM, jarak alasan pasien, pendidikan, kegiatan, sumber informasi

dan penghasilan (Green, 1980; Anderson & Newman, 1979; Grochman, 1988; Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan hal tersebut di atas peneliti ingin mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan ODHA menggunakan pelayanan kesehatan di R. PIPI Dr. Soetomo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSU Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari faktor-faktor penggunaan pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSU Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

Mengidentifikasi faktor biaya, sarana, SDM, jarak, alasan pasien, pendidikan, kegiatan, sumber informasi dan penghasilan dalam penggunaan pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSU Dr. Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Yaitu memberikan suatu wacana baru kepada para ilmuan di institusi pendidikan mana pun.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Pasien, yaitu sebagai *input* untuk menambah wawasan bagi pasien ODHA dalam penggunaan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Sutomo Surabaya.
2. Bagi Perawat, yaitu sebagai tambahan pengetahuan dalam dunia pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Sutomo Surabaya.
3. Bagi Rumah Sakit, yaitu sebagai salah satu masukan bagi pihak pengelola RSUD Dr. Sutomo Surabaya untuk meningkatkan fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan bagi ODHA.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka ini dibahas tentang konsep dasar HIV/AIDS, konsep dasar pelayanan kesehatan dan konsep dasar tentang teori perilaku kesehatan.

2.1 Konsep Dasar HIV-AIDS

2.1.1 Definisi AIDS

AIDS (ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME) pertama kali diketahui pada tahun 1981 sebagai penyakit yang berat yang ditandai oleh kerusakan imunitas seluler yang disebabkan oleh retrovirus, yang sebelumnya tidak diketahui, dan dikenal sebagai HIV. Pada tahun 1982 AIDS didefinisikan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sebagai suatu penyakit fatal secara keseluruhan di mana kebanyakan pasien memerlukan perawatan medis dan perawatan yang canggih selama perjalanan penyakit. Acquired berarti didapat, bukan keturunan. Immune terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. Deficiency berarti kekurangan. Syndrome atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekebalan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir (Yayasan Spiritia, 2003:101).

2.1.2 Epidemiologi

Faktor resiko epidemiologi meliputi (Depkes RI, 2001):

1. Perilaku berisiko (sekarang atau di masa lalu)
 - a. Pecandu narkotik suntikan
 - b. Hubungan seksual yang tidak aman dengan kebiasaan-kebiasaan seperti ini, memiliki banyak mitra seksual, mitra seksual yang diketahui sebagai pasien HIV/AIDS, mitra seksual dari daerah dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi dan homoseksual
2. Pekerja pada tempat hiburan seperti: panti pijat, diskotik, karaoke atau tempat prostitusi terselubung
3. Mempunyai riwayat penyakit menular seksual
4. riwayat menerima transfusi darah berulang
5. Bayi-bayi dari ibu yang terinfeksi HIV/AIDS secara in-utero
6. Riwayat perlukaan kulit: tato, tindik atau sirkulasi dengan alat yang tidak steril.

2.1.3 Patofisiologi

Virus HIV adalah retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus. Retrovirus mempunyai kemampuan menggandakan RNA-nya dan DNA penjamu untuk membentuk virus DNA baru dan dikenali selama periode inkubasi yang panjang. Retrovirus ditularkan melalui darah melalui kontak intim (seksual) dan mempunyai afinitas yang kuat terhadap limfosit T. Pada retrovirus, informasi genetik ditransmisikan melalui rantai tunggal RNA. Agar

RNA mereplikasi diri, informasi ini ditransfer ke dalam nukleus sel hospes. Aliran informasi terbalik “retro” dari RNA ke DNA dibuat mungkin oleh enzim pembalik transcriptase yang terdapat dalam partikel retrovirus.

Seperti retrovirus yang lain, HIV menginfeksi tubuh dengan periode inkubasi yang panjang (klinis laten), dan menyebabkan tanda dan gejala AIDS. HIV menyebabkan beberapa kerusakan sistem imune dan menghancurkannya. Hal tersebut terjadi dengan menggunakan DNA dari CD4+ dan limfosit untuk mereplikasi diri. Dalam proses tersebut HIV menghancurkan CD4+ dan limfosit. Limfosit T mempunyai beberapa keistimewaan yang membedakannya sel lain, antara lain marker permukaan seperti CD4+, CD8+ dan CD3+. Sel CD4+ adalah sel yang membantu mengaktifasi sel B, killer sel dan makrofak saat ada antigen target khusus. Sel CD8+ membunuh sel yang terinfeksi oleh virus atau bakteri seperti sel kanker. Limfosit T juga mempunyai kemampuan untuk mensekresi sitokin seperti interferon. Sitokin dapat mengikat sel target dan mengaktifasi proses inflamasi. Limfosit T juga membantu perkembangan sel, mengaktifasi fagositosis, dan menghancurkan sel target. Interleukin adalah sitokin yang bertugas sebagai messenger antar sel darah putih.

Sel penjamu yang terinfeksi oleh HIV memiliki waktu hidup yang sangat pendek; yang berarti HIV secara terus-menerus menggunakan sel penjamu baru untuk mereplikasi diri. Sebanyak 10 milyar virus dihasilkan setiap harinya. Serangan pertama HIV akan tertangkap oleh sel dendrit pada membran mukosa dan kulit pada 24 jam pertama setelah paparan. Sel yang

terinfeksi tersebut akan membuat jalur ke nodus limfa dan kadang-kadang ke pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah paparan, di mana replikasi virus menjadi semakin cepat. Ada dua tipe HIV yang dapat menyebabkan AIDS: HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 bermutasi lebih cepat karena replikasi lebih cepat.

2.1.4 Fase-Fase Infeksi HIV/AIDS

Tabel 2.1: Fase-fase Infeksi HIV dan AIDS (Dikutib dari Hudak & Gallo, 1996)

Fase - Fase	Lamanya	Antibodi yang terinfeksi	Gejala-gejala	Dapat ditularkan
Periode Jendela	4 minggu – 6 bulan setelah terinfeksi	Tidak	Tidak ada	Ya
Infeksi HIV Primer akut	1 – 2 minggu	Kemungkinan	Sakit seperti flu	Ya
Infeksi Asimtomatik	1 – 15 tahun atau lebih	Ya	Tidak ada	Ya
Supresi imun Sistomatik	3 tahun	Ya	Demam, keringat pada malam hari, penurunan BBm diare, neuropathy, keletihan, ruam kulit, limfadenopathy, perlambat kognitif, lesi oral.	Ya
AIDS	Bervariasi: 1 – 5 tahun dari pertama penentuan kondisi AIDS	Ya	Infeksi oportunistik berat dan tumor-tumor pada semua sistem tubuh, manifestasi neurologik.	Ya

2.1.5 Manifestasi klinis

Menurut WHO (2002), manifestasi klinis penderita HIV/AIDS dewasa dibagi menjadi empat stadium, yaitu:

Tabel 2.2 Stadium HIV/AIDS (WHO, 2002)

Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
1. Asimtomatik 2. Limpadenopati Dengan penampilan klinis derajat I : asimtomatik dan aktifitas normal	1 Penurunan berat badan, <10% 2 Manifestasi mukokutaneus minor (dermatitis <i>seborreic</i> , prurigo, infeksi jamur pada kuku, ulserasi pada mulut berulang, <i>ceilitis angularis</i>). 3 <i>Herpes Zoster</i> , dalam 5 tahun terakhir 4 Infeksi saluran nafas atas berulang (misalnya: sinusitis bakterial) Dengan atau penampilan klinis derajat II: Simtomatik, aktifitas normal.	1 Penurunan berat badan, >10% 2 Diare kronnik dengan penyebab yang tidak jelas >1 bulan 3 Demam tanpa penyebab yang jelas(<i>intermittent</i> atau menetap), > 1 bulan 4 Kandidiasis oral 5 Tuberkulosis paru, dalam 1 tahun terakhir 6 Terinfeksi bakteri berat (pneumonia, piomiositis) Dengan atau penampilan klinis derajat II: simtomatik, aktifitas normal	1 HIV <i>wasting syndrome</i> 2 Pneumonia pneukistik karinii 3 Infeksi toksoplasmosis di otak 4 Diare karena <i>cryptosporidiosis</i> , > 1 bulan 5 Mengalami infeksi sitomegalovirus 6 Infeksi herpes simpleksm maupun mukokitaneus, > 1 bulan 7 Infeksi mikosis (<i>histoplasmosis, coccidioidomycosis</i>) 8 Kandidiasis esofagus, trakhea, bronkus maupun paru 9 Infeksi mikobaktereriosis <i>atypical</i> 10 Sepsis 11 Tuberkulosis ekstrapulmoner 12 Limfoma maligna 13 Sarkoma kaposi

			14 Ensefalopati HIV Dengan atau penampilan klinis derajat IV: berada di tempat tidur, <50% setiap hari dalam bulan- bulan terakhir.
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1.6 Cara penularan HIV/AIDS

Cairan tubuh yang dapat mengandung HIV yaitu: air mani, darah, cairan vagina, ASI, air mata, air liur, air seni, air ketuban dan cairan serebrospinal. Akan tetapi yang potensial sebagai media penularan hanya air mani, darah dan cairan vagina. Hingga saat ini cara penularan yang diketahui (Depkes RI, 2001) adalah:

1. Penularan melalui hubungan seksual

Hubungan seksual lewat liang dubur, lewat liang vagina, kontak dengan menggunakan mulut dan ciuman.

2. Penularan melalui darah

Transmisi melalui darah, penularan melalui alat suntik atau alat medis lain yang tidak steril dan pada penyalahgunaan narkotik yang menggunakan jarum suntik yang tidak steril dan bergantian.

3. Penularan melalui cairan tubuh lain

Dapat terjadi karena penerimaan organ, jaringan atau air mani.

4. Penularan secara perinatal

Ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat menularkan kepada bayi yang dikandungnya terutama terjadi sewaktu proses persalinan. Bayi dapat pula tertular dari ibu sewaktu masih dalam kandungan atau tertular melalui ASI.

2.1.7 Therapi Antiretroviral

Pada beberapa tahun terakhir ini, penatalaksanaan klinis penyakit HIV di negara maju berubah secara drastis dengan tersedianya obat antiretroviral (ARV). Obat ini menghambat replikasi virus HIV dengan menghambat enzim pembalik transkriptase. Terapi antiretroviral dengan mengkonsumsi beberapa obat ARV bertujuan untuk mengurangi *viral load* agar menjadi sangat rendah atau di bawah tingkat yang dapat terdeteksi untuk jangka waktu yang lama.

Rekomendasi Terapi ARV

Pemberian ARV tidak serta merta diberikan begitu saja pada pasien yang dicurigai, tetapi perlu menempuh langkah-langkah yang arif dan bijaksana serta mempertimbangkan berbagai faktor: sanggupkah pasien mengkonsumsi obat dalam waktu yang tidak terbatas, kemampuan membeli obat dalam jangka lama, rasa kurang nyaman selama mengkonsumsi obat, pasien kebanyakan menginginkan penyakitnya tidak diketahui orang lain, potensi resistensi obat, efek samping yang tidak ringan, jangkauan memperoleh obat, serta saat yang tepat untuk memulai terapi.

Tabel 2.3 Rekomendasi memulai terapi ARV menurut WHO (2002)

Bila Pemeriksaan CD4 dapat dilakukan	Bila Pemeriksaan CD4 tidak dapat dilakukan
1. Klinis stadium IV, tanpa memperhitungkan jumlah CD4 2. Klinis stadium I,II, atau III dengan CD4 <1200/mm ³	1. Klinis stadium IV, tanpa memperhitungkan jumlah limfosit total 2. Klinis stadium II atau III dengan limfosit total 1200/mm ³

Infeksi HIV Asimtomatis

Bila individu mengidap HIV tetapi asimtomatis atau stadium I, maka rekomendasi ARV menurut WHO adalah bila hitung CD4 mendekati atau <200sel/ mm³. untuk penderita asimtomatis dengan CD4 >350/ mm³ sebaiknya pemberian ARV ditunda.

Infeksi HIV Simtomatis

Untuk penderita AIDS (stadium III dan IV) WHO menganjurkan segera diberikan ARV dengan mengabaikan jumlah CD4 atau jumlah limfosit total. Rekomendasi terapi juga diberikan untuk penderita stadium II dan III bila jumlah CD4 <200 sel/ mm³. bila pemeriksaan CD4 tidak dapat dilakukan maka pemberian terapi bagi penderita-penderita yang simtomatis (stadium II, III) dengan limfosit total <1200/ mm³.

Tujuan dari terapi ini berdasarkan standar Depkes RI (Depkes RI, 2003):

1. Mengurangi morbiditas dan mortalitas terkait HIV

2. Memperbaiki mutu hidup
3. Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh
4. Menekan replikasi virus semaksimal mungkin dalam waktu yang lama

Terapi sebaiknya diberikan dalam bentuk kombinasi dan dipantau secara ketat untuk mengevaluasi kemajuan terapi, munculnya efek samping serta kemungkinan timbulnya resistensi.

Tabel 2.4 Obat-obat Antiretroviral yang direkomendasikan WHO (2002)

Nucleosida reverse transcriptase inhibitors (NsRTI)	
Abacavir (ABC)	Tablet 300mg, atau sirup 100mg/5ml
Didanosin (ddi)	Tablet 5mg, 100mg, 150mg, 200mg
Lamivudin (3TC)	Tablet 150mg, sirup 50mg/5ml
Stavudin (d4T)	Tablet 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, sirup 5mg/ml
Zidovudin (ZDV atau AZT)	Kapsul 100mg, 250mg, 300mg
Non nukleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI)	
Efavirens (EFV atau EFZ)	Kapsul 50mg, 100mg, 200mg
Nevirapine (NVP)	Tablet 200mg, atau sirup 50mg/5mg
Protease inhibitors	
Indinavir (IDV)	Kapsul 100mg, 200mg, 333mg, 400mg
Ritonavir (RTV, r)	Kapsul 100mg, sirup 400mg/5ml
Lopinavir +ritonavir (LPV/r)	Kapsul 133,3mg + 33mg, sirup 400mg/5ml + 100mg/5ml
Nelfinavir (NFV)	Tablet 50mg, powder 50mg/g
Saquinavir (SQV)	Kapsul 200 mg

Tabel 2.5 Dosis, Cara Pemberian dan Efek Samping

Nucleosida reverse transcriptase inhibitors (NsRTI)		
Nama Generik	Dosis	Efek Samping
Abacavir (ABC)	300mg 3xsehari, atau dalam bentuk kombinasi dengan ZDV dan 3TC 1 tablet, 2xsehari. Di dalam 3TC terkandung 300mg	Reaksi hipersensitifitas (dapat fatal). Demam, rash, kelemahan umum Mual, muntah, nafsu makan menurun, gangguan saluran

	ZDV,m 150mg 3TC, dan 300mg ABC	pernafasan (nyeri tenggorok, batuk. Adosis laktat dengan <i>hepatic steatosis</i>
Didanosin (ddi)	>60 kg: 200mg, 2xsehari atau 400mg 1xsehari <60kg: 125mg 2xsehari atau 250mg 1xsehari	Pankreatitis, neuropati perifer, mual, diare, asidosis laktat dengan <i>hepatic steatosis</i> .
Lamivudin (3TC)	150mg 2xsehari, atau <50kg: 2 mg/kg BB bid	Tokisitas minimal, asidosis laktat dengan <i>hepatic steatosis</i>
Stavudin (d4T)	>60kg: 40mg 2xsehari <60kg: 30mg 2xsehari	Pankreatitis, neuropati perifer, asidosis laktat dengan <i>hepatic steatosis</i> , lipoatrophy.
Zidovudin (ZDV atau AZT)	300mg 2xsehari atau dalam bentuk kombinasi ZDV/3TC 300mg/150mg 2xsehari	Anemia, neutropeni, intoleransi gastrointestinal, sakit kepala, insomnia, miopati, asidosis laktat dengan <i>hepatic steatosis</i> .
Non nukleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI)		
Efavirens (EFV atau EFZ)	600mg 1xsehari, diberikan malam hari	Keluhan mengenai CNS dizziness, somnolen, insomnia, confusion, halusinasi, agitasi. Peningkatan kadar serum transaminase, rash kulit.
Nevirapine (NVP)	200mg 1xsehari untuk 14 hari yang diikuti oleh 200mg 2sehari	Rash kulit, sindroma Stevens-Johnson, peningkatan kadar serum transaminase, hepatitis.
Protease inhibitors		
Nama Generik		Dosis
Nelfinavir (NFV)		1250mg 2xsehari
Indinavir (IDV)		800mg/100mg 2xsehari
Lopinavir +ritonavir (LPV/r)		400mg/100mg 2xsehari (533mg/133mg 2xsehari bila dikombinasikan dengan EFZ atau NVP)
Saquinavir (SQV)		1000/1100mg 2xsehari

Ada beberapa manfaat yang didapat dari memakai *Antiretroviral/ARV*, antara lain:

1) Menghambat perjalanan penyakit HIV

Untuk orang yang belum mempunyai gejala AIDS, *Antiretroviral/ARV* akan mengurangi kemungkinan menjadi sakit. Untuk orang dengan gejala AIDS, memakai *Antiretroviral/ARV* biasanya mengurangi atau menghilangkan gejala tersebut. *Antiretroviral/ARV* juga mengurangi kemungkinan gejala tersebut timbul di masa depan.

2) Meningkatkan jumlah sel CD4

Sel CD4 adalah sel dalam sistem kekebalan tubuh yang melawan infeksi. Pada orang HIV-negatif, jumlah CD4 biasanya antara 600 sampai 1.200. Setelah terinfeksi, jumlah CD4 turun di bawah 200, maka kita lebih mudah terkena infeksi oportunistik, misalnya PCP atau tokso.

Jika memakai *Antiretroviral/ARV* maka diharapkan jumlah sel CD4 akan naik lagi sehingga dapat dipertahankan dalam jumlah yang lebih tinggi.

3) Mengurangi jumlah virus dalam darah

HIV berkembang biak sangat cepat. Oleh karena itu, jumlah virus dalam darah dapat menjadi tinggi. Semakin banyak virus, semakin cepat perjalanan infeksi HIV, sehingga jumlah dalam darah tidak dapat ditemukan. Ini disebut tingkat yang tidak dideteksi.

Setelah pasien memulai *Antiretroviral/ARV*, maka jumlah virus dalam darah akan turun secara drastis. Setelah beberapa bulan diharapkan jumlah virus dalam darah menjadi tidak dapat dideteksi.

4) Merasa lebih baik

Pasien akan merasa jauh lebih sehat secara fisik beberapa minggu setelah ia mulai menjalankan terapi *Antiretroviral/ARV*. Nafsu makan akan meningkat dan berat badan akan mulai naik. Ia merasa lebih enak dan nyaman. Namun, walaupun demikian, ini tidak berarti tidak dapat menularkan ke orang lain. Ia harus tetap memakai kondom waktu berhubungan seks dan menghindari memakai jarum suntik secara bergantian (Spiritia, 2003:8-9).

2.1.8 Penatalaksanaan dan Pencegahan

Sampai saat ini belum ditemukan obat yang mujarab yang dapat menyembuhkan AIDS ataupun vaksin yang efektif untuk mencegah infeksi HIV. Oleh sebab itu, upaya pencegahan non medis (penyuluhan dan konseling) merupakan satu-satunya upaya pencegahan yang efektif. Dalam penyuluhan tersebut penting untuk dijelaskan tentang cara penularan virus dan hal-hal yang tidak menularkan HIV termasuk pentingnya dukungan dari keluarga bila sudah positif terinfeksi.

2.2 Proses Mencari Bantuan

Menurut Smet (1994:235-236) ada faktor-faktor yang menyebabkan seseorang mencari bantuan kesehatan yang disebut sebagai proses mencari bantuan. Proses itu disarikan sebagai berikut.

2.1.1 Sistem rujukan awam/Hierarchy of resort

Geertsen (1988) sebagaimana dikutip Smet (1994:223), Freidson menyatakan bahwa seluruh proses dalam mencari penentuan mencakup perangkat

konsultan profesional, mulai dari batas keluarga yang informal dan dekat melalui orang awam yang lebih terseleksi; lebih jauh dan lebih mempunyai otoritas, sampai pada tingkat profesional. Hal ini disebut dengan 'struktur rujukan awam'. Bersama dengan pengertian budaya, Freidson menyebutnya dengan 'sistem rujukan awam'.

Dengan demikian orang mengikuti *hierarchy of resot*. Kleinman menggambarkan tiga sektor yang saling melengkapi perawatan kesehatan (Helman, 1990 dalam Smet 1994:223), yaitu:

1. Sektor awam atau sektor populer adalah domain masyarakat yang tidak profesional. Pada sektor inilah pertama kali dikenali dan ditentukan. Hal ini melibatkan keluarga, teman, dan tetangga. Perangkat informal ini mungkin bisa membantu menafsirkan sebuah gejala, memberi nasehat mengenai bagaimana mencari bantuan medis, menyarankan cara penyembuhan atau memberi saran untuk berkonsultasi dengan orang lain (Geertsen, 1988; Sarafino, 1990; dikutip Smet, 1994: 224) sebagai faktor ekstrinsik.
2. Sektor tradisional menempati posisi tengah antara sektor awam dan sektor profesional. Sektor tradisional ini terdiri dari orang-orang yang mempunyai spesialisasi di bidang penyembuhan, baik suci maupun sekuler, atau campuran dari keduanya. Di Indonesia 'dukun' masuk dalam kelompok ini. Sektor tradisional walaupun bisa dikatakan sangat luas, sering tidak diizinkan atau tidak diukur. Di berbagai masyarakat – juga di Barat – sektor ini mewakili komponen pelayanan yang lebih luas daripada biomedisin profesional (Chrisman & Kleinman, 1983 dalam Smet, 1994:225).

3. Sektor para profesional kesehatan, terdiri dari organisasi-organisasi profesi di bidang penyembuhan resmi dan ada sanksinya seperti dokter, perawat, bidan dan psikolog.

Hubungan antara tiga-tiganya tingkat sumber bantuan ini sangat kompleks. Jenis bantuan yang diperlukan oleh seseorang sangat tergantung pada adanya pelayanan kesehatan, faktor finansial, keyakinan, parahnya gejala dirasakannya dan sebagainya. Dengan kata lain orang sangatlah pragmatis.

2.1.2 Jalan menuju profesional kesehatan

Dengan menggunakan model Foster & Anderson, Salan (1988) yang dikutip Smet (1994:227) menyebut lima tahap di dalam proses menuju pemanfaatan pelayanan medis. Kelima tahap ini merupakan bagian dari persepsi dan kognisi dari seseorang dalam proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, yakni:

- a. Keputusan bahwa ada sesuatu yang tidak beres,
- b. Keputusan bahwa seorang sakit dan membutuhkan perawatan profesional,
- c. Keputusan untuk mencari perawatan medis profesional,
- d. Keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada dokter dan menerima serta mengikuti pengobatan yang ditetapkan,
- e. Keputusan untuk mengakhiri peranan pasien.

Dan semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan mengambil keputusan (Huclok, 1997).

Model ini semata-mata menekankan aspek proses pengambilan keputusan. Perlu dicatat adanya beberapa kelemahan. Salan telah menyebutkan overlap di antara tahap-tahapnya.

Zola memberikan jawaban yang lebih jelas mengenai pertanyaan didasarkan atas pertimbangan apa orang memutuskan untuk pergi ke dokter. Dia menemukan faktor non-fisiologis, yang mempengaruhi 'jalan ke dokter' seperti adanya perawatan medis, apakah pasien bisa membayarnya, kegagalan, atau kesuksesan perawatan dalam sektor populer atau rakyat, bagaimana si pasien dan orang-orang lain di sekitarnya merasakan masalah tersebut.. Ia juga mengidentifikasi adanya lima pemicu non-fisiologis dalam memutuskan untuk mencari bantuan medis (Helman, 1990; Sarafino, 1990; dalam Smet, 1994:228):

- (1) tingkat kekhawatiran seseorang terhadap gejala,
- (2) hakekat dan kualitas gejala, 'setting' kriteri waktu eksternal,
- (3) krisis interpersonal,
- (4) sanksi sosial dan
- (5) gangguan yang dirasakan dalam fungsi kerja atau fisik.

Zola menggambarkan bahwa keputusan untuk pergi ke dokter mungkin berhubungan dengan faktor sosiokultural, seperti misalnya definisi kesehatan yang lebih luas daripada seberapa parah kesakitan yang dideritanya itu.

Dukungan sosial telah diteliti pada banyak penelitian kaitannya dengan perilaku kesehatan misalnya rehabilitasi, perilaku-perilaku preventif dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan mencari bantuan, perilaku kesehatan di

tempat kerja dan lain-lainnya. Dalam konteks ini dukungan sosial telah bertalian banyak dengan konsep-konsep lainnya misalnya jaringan sosial, sistem rujukan awam, sistem dukungan informal (Smeet B, 1994)

2.3 Proses Pelayanan Kesehatan (Anderson & Newman, 1979)

Proses pelayanan kesehatan terbagi menjadi dua komponen utama, pelayanan teknis (Medis) dan manajemen interpersonal antara praktisioner dan klien.

2.3.1 Proses interpersonal

Wahana yang diperlukan untuk aplikasi dari pelayanan teknis, menjadi bagian yang diharapkan untuk menghargai perasaan individu. Kenyamanan pelayanan juga relevan untuk penilaian terhadap mutu, yang menjadi pilihan pelayanan itu sendiri atau sekitar penyelenggaraannya.

2.3.2 Pelayanan teknis (Medis)

Merupakan aplikasi ilmiah dan teknologi medis dengan sosial psikologi antara klien dan praktisioner. Yang pertama disebut sebagai ilmu kedokteran (*the science of medicine*) dan yang kedua adalah seninya (*the art*).

2.3.3 Perawatan yang komprehensif dan berkesinambungan

Perawatan komprehensif melibatkan suatu kerja di antara semua sumber daya yang ada dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan yang holistik, komprehensif dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya. Perawatan komprehensif tersebut meliputi pula perawatan di rumah sakit dan perawatan di rumah selama perjalanan penyakit. Sebelum diputuskan untuk memberikan

perawatan yang komprehensif perlu dipertimbangkan beberapa hal antara lain sumber daya yang memadai yaitu dukungan masyarakat serta jalinan kerja sama yang baik di antara mereka. Perawatan tersebut meliputi tatalaksana klinis, perawatan pasien secara langsung, pendidikan, pencegahan, konseling, perawatan paliatif dan dukungan sosial.

2.3.4 Komponen perawatan komprehensif berkesinambungan

Konsep mata rantai perawatan komprehensif yang berkelanjutan dibangun atas dasar pelayanan perawatan HIV/AIDS dalam kerja sama Tim dan harus meliputi beberapa komponen sebagai berikut:

1. Konseling dan tes HIV sukarela (*Voluntary counseling and testing/VCT*) adalah titik awal pelayanan dan perawatan yang berkelanjutan dan merupakan tempat bagi mereka datang untuk bertanya, belajar dan menerima status seseorang dengan privasi yang terjaga, yang mampu menjangkau dan menerapkan perawatan dan upaya pencegahan yang efektif.
2. Tatalaksana klinik kasus infeksi sintomatik dengan diagnosis dini yang memadai, pengobatan yang rasional, pemulangan yang terencana dan kemampuan untuk melakukan rujukan ke penyelenggara pelayanan kesehatan yang lain.
3. Asuhan keperawatan yang mampu memberikan kenyamanan pasien dan higienis, mampu mengendalikan infeksi dengan baik, memberikan perawatan paliatif dan menangani kasus terminal, melatih dan mendidik keluarga tentang

perawatan di rumah dan pencegahan penularan serta melakukan promosi pemakaian kondom.

4. Promosi gizi yang baik, dukungan psikologis dan emosional, spiritual dan konseling.
5. Membentuk kelompok dukungan masyarakat untuk memberikan dukungan emosional kepada ODHA dan para pendampingnya. Dalam kelompok ini dapat dijajagi kesempatan untuk meningkatkan dan menciptakan sumber pendapatan.
6. Mengurangi dan menyingkirkan stigma, membangun sikap positif dari masyarakat terhadap ODHA dan keluarganya, termasuk para petugas kesehatan baik di jajaran pemerintah maupun swasta di tempat bekerja.
7. Dukungan sosial dan rujukan kepada pelayanan sosial untuk mengatasi permasalahan tempat tinggal, pekerjaan, bantuan hukum serta memantau dan mencegah terjadinya diskriminasi.
8. Membangun kerja sama antar penyelenggara layanan (klinik, sosial, kelompok, dukungan) agar layanan terjangkau melalui sistim rujukan yang saling mendukung.

Pelayanan kesehatan lanjutan bagi para ODHA tersedia di rumah sakit kabupaten di mana tersedia tenaga dokter, perawat, konselor, pekerja sosial dan sarana pendidikan dan pelatihan. Bantuan hukum juga dapat diberikan rumah sakit rujukan di provinsi atau nasional juga menyediakan layanan untuk rujukan. Pelayanan di tingkat rujukan tersebut berupa pelayanan medis, spesialisik sebagai tambahan yang berada di tingkat kabupaten atau kota.

2.3.5 Prinsip dasar keperawatan komprehensif berkesinambungan

1. Perawatan dan pencegahan yang terpadu yang memberikan pelayanan perawatan secara lengkap dan menyeluruh
2. Perawatan dan pencegahan yang tidak diskriminatif dan menghakimi
3. Menjaga kerahasiaan dan hak azasi
4. Asuhan keperawatan dan medis untuk meringankan gejala penyakit terkait HIV serta pencegahan terjadi infeksi oportunistik
5. Konseling dan dukungan psikososial. Aktif mendengarkan keluhan ODHA dan keluarganya serta memberdayakan mereka agar mampu membuat rencana ke depan.
6. Menyediakan dukungan perawatan di rumah
7. Mobilisasi sumber daya di masyarakat untuk perawatan lengkap dan menyeluruh yang efisien
8. Dukungan berupa pendidikan kesehatan dan pelatihan serta supervisi bagi layanan serta staf.

Pelayanan kesehatan yang ditujukan bagi ODHA meliputi beberapa hal:

a. Ruang perawatan

Secara umum ODHA yang dirawat di rumah sakit tidak perlu diisolasi.

ODHA dirawat di kamar dengan tata ruang seperti penyakit infeksi lainnya dan kelas disesuaikan dengan kemampuan pasien

b. Peralatan

Linen, alat makan, alat medis dipersiapkan seperti pasien infeksi lainnya.

c. Tenaga

Tenaga keperawatan untuk merawat ODHA tidak dipersiapkan atau dipilih secara khusus namun perlu mendapat pelatihan.

d. Pembersihan

Melakukan tindakan *universal precaution*.

e. Makanan

Makanan untuk ODHA tidak ada yang khusus tetapi harus disesuaikan dengan kondisinya.

f. Pemulangan

Bila kondisi ODHA membaik setelah dirawat, maka keluarga harus siap menerimanya dan merawatnya di rumah, untuk itu keluarga harus dipersiapkan sebelumnya.

Hal-hal yang perlu dipahami oleh keluarga ODHA sebagai berikut:

- 1) Cara membantu ODHA dalam keadaan darurat
- 2) Makanan atau diet yang sesuai
- 3) Waktu untuk pemeriksaan selanjutnya atau kontrol ke dokter
- 4) Rekreasi untuk mengurangi stress dan kejenuhan

2.4 Konsep Teori Perilaku Manusia

2.4.1 Menurut Lawrence Green

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*Bahavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*non-*

behavior causes). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor:

- a. Faktor-faktor Predisposisi, merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku (Herawani, et all, 2001), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dsb (Azwar, 2003). Menurut Wilman, (Wilman, 1988) seseorang yang berpengetahuan baik cenderung mempunyai persepsi yang baik pula. Pelaksanaan pengambilan keputusan yang baik akan terwujud karena adanya stimulus internal yang adekuat, stimulus tersebut adalah pengetahuan dan tanggapan responden berhubungan dengan masalah yang dihadapi (Depkes RI, 1991).
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya RS, puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dsb (Herawani, et all; 2001).
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*), merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoadmodjo, 2003:165).

2.4.2 Menurut Grochman

Grochman (1988) seperti dikutip Smet (1994:9) mendefinisikan 'perilaku kesehatan' sebagai:

“Those attributes such as, beliefs, expectations, motives, values, perceptions, and other cognitive elements, personality characteristics, including affective and emotional states and traits; and overt behavioral patterns, actions and habits that relate to health maintenance, to health restoration and to health improvement”

(Suatu kelengkapan seperti kepercayaan, pengharapan, motif, nilai, persepsi dan elemen-element kognitif lainnya, karakteristik personal (seseorang), termasuk afektif dan status serta sifat emosional; dan pola-pola perilaku yang jelas, aksi dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihari kesehatan yang berkesinambungan dan peningkatan kesehatan).

Definsi ‘perilaku kesehatan’ ini menurut Smet (1994:9-10) tidak hanya meliputi tindakan yang dapat secara langsung diamati dan jelas tetapi juga kejadian mental dan keadaan perasaan yang diteliti dan diukur secara tidak langsung.

Menurut Notoatmodjo (2003:195) salah satu perilaku kesehatan masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan di mana respons seseorang apabila sakit adalah tidak bertindak. Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes dan sebagainya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA menggunakan pelayanan kesehatan:

1. Faktor usia; semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan mengambil keputusan (Huclok, 1997)
2. Faktor pendidikan; seseorang yang berpengetahuan baik cenderung mempunyai persepsi yang baik pula (Wilmar, 1988) dan pelaksanaan pengambilan keputusan yang baik akan terwujud karena adanya stimulasi internal yang adekuat, stimulus tersebut adalah pengetahuan dan tanggapan responden terhadap masalah yang dihadapi (Depkes RI, 1991)
3. Faktor penghadiran; menurut Zola dalam teori proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, ada faktor non fisiologis yang mempengaruhi “jalan ke dokter” seperti adanya perawatan medis, Apakah pasien bisa membayar? (Smet, 1994)
4. Faktor biaya; menurut Zola dalam teori proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, ada faktor non fisiologis yang mempengaruhi “jalan ke dokter” seperti adanya perawatan medis, Apakah pasien bisa membayar? (Smet, 1994) sehingga teori tersebut mendukung hasil penelitian.
5. Faktor sarana; pelayanan yang berkualitas mempunyai sarana dan prasarana lengkap seperti konseling tes HIV, tatalaksana klinis kasus infeksi, asuhan keperawatan yang mampu memberi kenyamanan, promosi gizi yang baik, pelayanan medis, spesialis, ruang perawatan, peralatan, tenaga dan makanan (Anderson & Newman, 1979).
6. Faktor kegiatan; dalam teori pelayanan kesehatan (Anderson dan Newman, 1979) dikatakan bahwa dalam pelayanan kesehatan ada dua hal yang perlu

diperhatikan, yaitu pertama adalah proses interpersonal yang diperlukan untuk aplikasi dari pelayanan teknis, menjadi bagian yang diharapkan untuk menghargai perasaan individu. Kenyamanan pelayanan juga relevan untuk penilaian terhadap mutu, yang menjadi pilihan pelayanan itu sendiri atau sekitar penyelenggaraannya. Kedua adalah pelayanan teknis (Medis) merupakan aplikasi ilmiah dan teknologi medis dengan sosial psikologi antara klien dan praktisioner. Yang pertama disebut sebagai ilmu kedokteran (*the science of medicine*) dan yang kedua adalah seninya (*the art*).

7. Faktor SDM; dalam teori pelayanan kesehatan (Anderson & Newman, 1979) disebutkan pelayanan yang berkualitas mempunyai sarana dan prasarana lengkap seperti *Conseling Tes HIV*, tatalaksana klinis kasus infeksi, asuhan keperawatan yang mampu memberi kenyamanan, promosi gizi yang baik, pelayanan medis, spesialis, ruang perawatan, peralatan, tenaga dan makanan.
8. Faktor lokasi; menurut Notoatmodjo (2003:195) bahwa salah satu perilaku kesehatan masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan di mana respons seseorang apabila sakit adalah tidak bertindak. Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes dan sebagainya.
9. Faktor informasi; Sektor awam atau sektor populer adalah domain masyarakat yang tidak profesional. Pada sektor inilah pertama kali dikenali dan ditentukan.

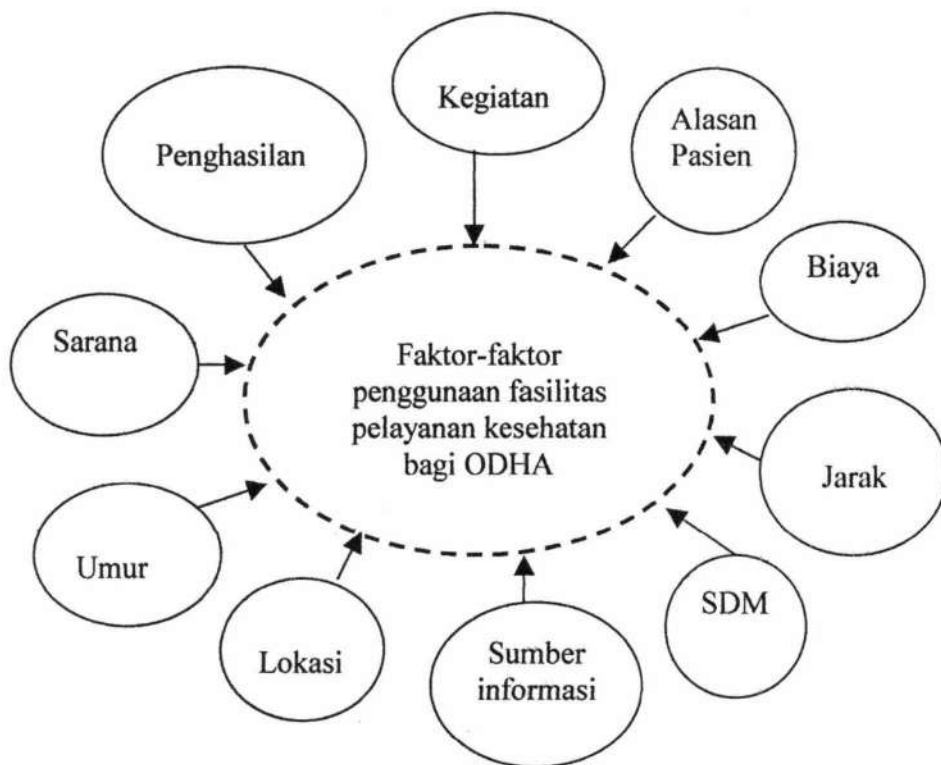
Hal ini melibatkan keluarga, teman, dan tetangga. Perangkat informal ini mungkin bisa membantu menafsirkan sebuah gejala, memberi nasehat mengenai bagaimana mencari bantuan medis, menyarankan cara penyembuhan atau memberi saran untuk berkonsultasi dengan orang lain (Geertsen, 1988; Sarafino, 1990; dikutip Smet, 1994: 224) sebagai faktor ekstrinsik.

10. Faktor alasan ODHA; Foster & Anderson, Salan (1988) yang dikutip Smet (1994:227) menyebut lima tahap di dalam proses menuju pemanfaatan pelayanan medis. Kelima tahap ini merupakan bagian dari persepsi dan kognisi dari seseorang dalam proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, yakni:
- a. Keputusan bahwa ada sesuatu yang tidak beres,
 - b. Keputusan bahwa seorang sakit dan membutuhkan perawatan profesional,
 - c. Keputusan untuk mencari perawatan medis profesional,
 - d. Keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada dokter dan menerima serta mengikuti pengobatan yang ditetapkan,
 - e. Keputusan untuk mengakhiri peranan pasien.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1 Kerangka konseptual faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA berdasarkan konsep teori perilaku manusia menurut Green (1980), Anderson & Newman (1979), Grochman, (1988) dan Notoatmodjo (2003).

Keterangan:

1. ○ Diteliti
2. ○ Tidak diteliti

Keterangan kerangka konseptual

Dari gambar 3.1 di atas terdapat faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA yang meliputi faktor umur, pendidikan, biaya dan sarana di rumah sakit, kegiatan, penghasilan, tenaga profesional, SDM, alasan pasien, lokasi rumah sakit dengan rumah pasien. Dari faktor-faktor di atas akan menimbulkan niat untuk mencari tempat pelayanan kesehatan atau sumber pelayanan kesehatan untuk memperoleh informasi lebih lengkap dengan mencari informasi melalui rumah sakit, LSM, teman dan keluarga, tenaga kesehatan dan media masa atau elektronik. Dengan memperoleh informasi yang lebih adekuat tentang tempat pelayanan kesehatan yang mempunyai fasilitas yang memadai maka ODHA lebih memilih menggunakan pelayanan kesehatan di tempat tersebut.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

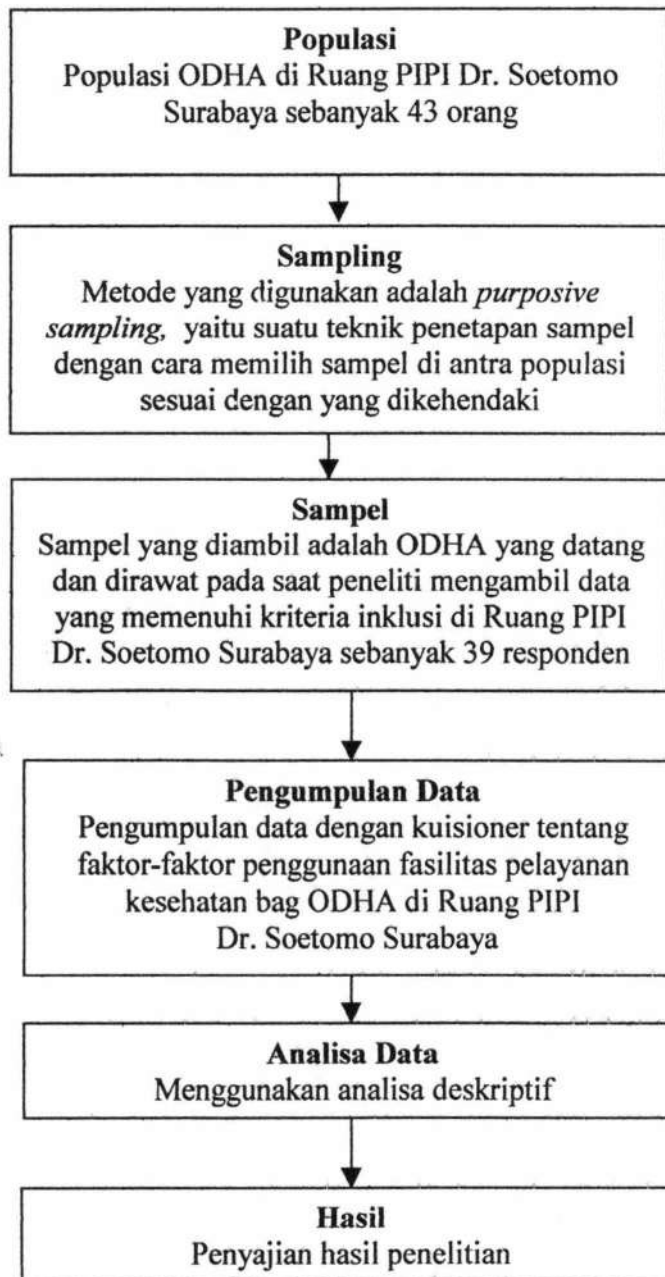
Metode penelitian adalah suatu metode pemilihan dan perumusan masalah serta hipotesa untuk memberikan gambaran mengenai metode dan teknik yang hendak dilaksanakan dalam suatu penelitian (Tjokronegoro, 1999).

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan bagian penting dalam penelitian. Karena itu, desain penelitian memungkinkan peneliti dalam memaksimalkan suatu kontrol atas beberapa faktor yang mempengaruhi keaslian suatu hasil. Desain penelitian sebagai petunjuk bagi peneliti dalam merencanakan dan melaksanakan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan (Nursalam, 2004).

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode deskriptif dengan rancangan *case study* yaitu studi kasus untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA menggunakan pelayanan kesehatan.

4.2. Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka kerja

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan dan rawat Inap HIV/AIDS di Ruang PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tiga bulan terakhir yaitu bulan Desember 2004 - Februari 2005 sejumlah 43 orang.

4.3.2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah ODHA yang menggunakan pelayanan kesehatan di Ruang PIPI Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus menurut Notoatmodjo:

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

Keterangan: n = Besar sampel

N = Besar populasi

d = Tingkat kepercayaan (p) = 0,05

Di Ruang PIPI Dr. Soetomo Surabaya populasi ODHA 43 orang maka jumlah minimal sampel yang diambil dari 43 orang dapat dihitung dengan rumus:

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

$$n = \frac{43}{1 + 43 (0,05)^2}$$

$$\begin{aligned}
 &= \frac{43}{1 + 43 (0,0025)} \\
 &= \frac{43}{1 + 0,108} \\
 &= \frac{43}{1,108} \\
 &= 38,808 \\
 n &= 39
 \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel adalah 39 ODHA di Ruang PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya baik rawat jalan maupun rawat Inap.

Untuk mengurangi bias, hasil penelitian dapat ditentukan dengan kriteria sampel inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2002). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dan suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini, yaitu:

1. ODHA
2. Usia lebih dari 21 tahun (Usia dewasa, WHO)
3. Pasien yang bersedia untuk diteliti

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang tidak layak untuk diteliti. Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah ODHA yang tidak bersedia untuk diteliti.

4.3.3. Teknik sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling dan menggunakan ODHA sebagai responden.

4.4 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini variabel independennya adalah faktor umur, pendidikan, penghasilan, biaya, jarak lokasi, SDM, sarana, penghasilan, alasan pasien, sumber informasi dan kegiatan.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian.

Adapun definisi operasional dapat dilihat pada tabel kolom di bawah ini :

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel:Faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	1. Faktor Usia	Merupakan lama waktu hidup dilahirkan	a. < 20 tahun b. 21-30 tahun c. 31-40 tahun d. > 40 tahun	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
	2. Faktor pendidikan	Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.	a. Tdk sekolah b. SD c. SMA d. D3/PT	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
	3. Faktor penghasilan	Penghasilan merupakan manifestasi dari usaha seseorang.	a.< 500 ribu b.500 ribu-1 juta c. 1juta-1,5 juta d.> 1,5 juta	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
	4. Faktor biaya rumah sakit	Merupakan uang yang dikeluarkan untuk mengadakan sesuatu (ongkos, belanja).	a.Terjangkau b. JPS c. Askes	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
	5. Faktor sarana	Merupakan segala sesuatu yang dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan.	a.Sarana lengkap (Laboratorium, VCT, Rawat Inap dan Rawat Jalan) b.Transportasi antar jemput	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)

6	Faktor kegiatan	Merupakan aktivitas, usaha, pekerjaan.	a.Senam b.Nutrisi tambahan c.Rekreasi	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
7	Faktor SDM	Merupakan suatu skill atau kemampuan yang dimiliki seseorang yang dimanifestasikan dalam tindakan dan tingkah laku.	a.Dokter mampu b.Perawat & Con-selector selalu siap & mampu atasi masalah.	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
8	Faktor jarak lokasi	Menunjukkan jarak antara tempat pelayanan kesehatan dengan rumah pasien	a.Jauh b.Dekat c.Sangat jauh.	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
9	Faktor sumber informasi	Merupakan berita yang disampaikan oleh pihak lain tentang pelayanan kesehatan.	a.LSM b.Media masa c.Keluarga d.Tenaga kesehatan	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)
10	Faktor alasan pasien	Merupakan sesuatu yang mendasar/dasar bukti/keterangan yang dipakai untuk menguatkan pendapat, yang menjadi pendorong untuk berbuat suatu tindakan.	a.Nyaman, pelayanan berkualitas b.Yakin terhadap pelayanan c.Lain-lain	Kuisisioner	Ordinal	Presentasi (%)

4.6 Metode Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen

Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti membuat instrumen sebagai pedoman pengumpulan data berupa pertanyaan kuisisioner untuk mengidentifikasi faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian adalah ruang PIPI RSUD Dr. Sutomo Surabaya yang dilaksanakan dalam waktu 1 hari, pada tanggal 19 Maret 2005.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Sebelum kuisisioner disebarakan kepada responden, peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian untuk memperoleh persetujuan menjadi responden. Dijelaskan juga beberapa pertanyaan yang mungkin menimbulkan perbedaan makna dari interpretasinya. Kemudian responden menjawab kuisisioner.

4.6.4 Analisa data

Setelah data kuisisioner terkumpul, diperiksa kembali kelengkapan isi, kemudian dilakukan tabulasi berdasarkan sub variabel yang diteliti. Selanjutnya dilakukan analisa deskriptif untuk mengetahui atau faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA di Ruang PIPI Dr. Soetomo Surabaya.

4.7 Etika Penelitian

Persetujuan dan kerahasiaan responden adalah hal utama yang perlu diperhatikan. Oleh karena itu, peneliti sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu mengajukan *ethical clearance* kepada pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penelitian, agar tidak terjadi pelanggaran terhadap hak otonomi manusia yang menjadi subyek peneliti.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan ijin terlebih dahulu kepada pihak rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya. Setelah mendapatkan persetujuan dari semua pihak kemudian peneliti memulai penelitian dengan menekankan prinsip-prinsip etika.

4.7.1. Lembar persetujuan menjadi responden

Sebelum lembar persetujuan diberikan kepada subyek penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Selain itu, responden juga harus diberi penjelasan bahwa responden bebas dari eksploitasi dan informasi yang didapatkan tidak digunakan untuk hal-hal yang merugikan responden dalam bentuk apapun. Hak-hak selama dalam penelitian, hak untuk menolak menjadi responden dalam penelitian, kewajiban apabila bersedia menjadi responden dan kerahasiaan identitas responden yang menjadi subyek peneliti. Jika responden menyetujui maka responden diminta untuk menanda-tangani surat persetujuan.

4.7.2. Anonimity (Tanpa nama)

Kerahasiaan responden harus terjaga dengan tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data dan pada lembar kuisioner cukup diberikan kode-kode tertentu sebagai identifikasi subyek.

4.7.3. Kerahasiaan (Confidentiality)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden akan terjamin. Jaminan ini terjadi karena dalam penelitian, peneliti hanya menggunakan kelompok data sesuai dengan kebutuhan dalam penelitian.

4.8 Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menyadari masih banyak keterbatasan yang menyebabkan validitas atau keabsahan dari penelitian, di mana penelitian ini kurang representatif untuk dijadikan bahan rujukan seperti besar sampel. Selain itu juga alat ukur yang digunakan (kuisisioner) belum diuji oleh peneliti sehingga hasil yang diperoleh masih jauh dari sempurna. Waktu dalam pengumpulan data pun sangat terbatas. Keterbatasan dari peneliti yaitu kurangnya pengalaman dalam melaksanakan sebuah penelitian sehingga hasil penelitian ini kurang sempurna.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

5.1 Hasil

Penelitian dilakukan terhadap pasien ODHA yang berobat di Ruang Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (R.PIPI) Dr. Soetomo Surabaya pada bulan April 2005 dengan menggunakan *purposive sampling*.

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Ruang Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (R.PIPI) Dr. Soetomo Surabaya terdiri dari Sarana Rawat Jalan dan Rawat Inap, mempunyai VCT 6 orang, perawat 8 orang, dokter spesialis, Case Manager 2 orang, dilengkapi dengan fasilitas lain seperti laboratorium.

5.1.2 Data umum

Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan umur (Data RSUD Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Umur (Th)	Jumlah responden	Prosentase
1) < 20	1	2,56%
2) 21-30	9	23,08%
3) 31-40	23	58,97%
4) > 40	6	15,39%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas umur responden adalah umur 31-40 tahun (58,97%).

Tabel 5.2 Karakteristik reponden berdasarkan pendidikan (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Pendidikan	Jumlah responden	Prosentase
1) Tidak Sekolah	0	0%
2) SD	4	10,26%
3) SMP	4	10,26%
4) SMA	30	76,92%
5) PT	1	2,56%
Total	39	100%

Dari tabel di atas mayoritas pendidikan responden adalah SMA (79,92%).

Tabel 5.3 Karakteristik reponden berdasarkan penghasilan per bulan (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Penghasilan per bulan (Rp)	Jumlah responden	Prosentase
1) < 500 Ribu	20	51,28%
2) 500.000 - 1 juta	15	38,46%
3) 1 juta – 1,5 juta	2	5,13%
4) > 1,5 juta	2	5,13%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas mayoritas penghasilan responden adalah kurang dari 500.000 rupiah (51,28%).

Tabel 5.4 Karakteristik reponden berdasarkan Jarak lokasi pasien dengan rumah sakit (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Jarak lokasi	Jumlah responden	Prosentase
1) Dekat dengan rumah	3	7,69
2) Jauh dari rumah	22	56,41%

3) Sangat jauh dari rumah	14	35,89%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas responden rumahnya jauh dari lokasi rumah sakit dengan jumlah 22 responden (56,41%).

Tabel 5.5 Karakteristik reponden berdasarkan biaya rumah sakit (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Biaya rumah sakit	Jumlah responden	Prosentase
1) Biaya terjangkau	10	25,64%
2) Menggunakan JPS	29	74,36%
3) Menggunakan Askes	0	0%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas 29 responden menggunakan biaya JPS dengan (74,36%).

Tabel 5.6 Karakteristik reponden berdasarkan Sarana (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Sarana rumah sakit	Jumlah responden	Prosentase
1) Sarana lengkap (Mempunyai VCT, Laboratorium, sarana rawat INAP dan Jalan yang memadai)	39	100%
2) Mempunyai transportasi (bus) antar jemput	0	0%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas 39 responden setuju dengan sarana lengkap (100%).

Tabel 5.7 Karakteristik reponden berdasarkan kegiatan (Data RSUD Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Kegiatan bagi ODHA	Jumlah responden	Prosentase
1) Ada nutrisi tambahan	20	51,28%
2) Ada kegiatan senam	19	48,71%
3) Ada ekstra rekreasi	0	0%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas 20 responden setuju adanya nutrisi tambahan (51,28%).

Tabel 5.8 Karakteristik reponden berdasarkan kualitas SDM tenaga kesehatan (Data RSUD Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

SDM	Jumlah responden	Prosentase
1) Dokter mampu menangani masalah Anda?	20	51,28%
2) Perawat dan Conselor selalu siap saat Anda butuhkan dan mampu mengatasi masalah Anda?	19	48,71%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas 20 responden mengatakan dokter mampu menangani masalah yang diajukan (51,28%).

Tabel 5.9 Karakteristik reponden berdasarkan Sumber informasi tentang rumah sakit (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Sumber informasi tentang rumah sakit	Jumlah responden	Prosentase
1) Dari tenaga kesehatan	2	5,13%
2) Dari keluarga	0	0%
3) Dari LSM	35	89,74%
4) Dari Media Masa	2	5,13%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas 35 responden memperoleh informasi tentang pelayanan kesehatan RSU Dr. Soetomo dari LSM (89,74%).

Tabel 5.10 Karakteristik reponden berdasarkan alasan ODHA (Data RSU Dr. Soetomo, 06-07/April/2005).

Alasan ODHA	Jumlah responden	Prosentase
1) Nyaman, pelayanan berkualitas	30	76,92%
2) Yakin terhadap pelayanan tersebut	4	10,26%
3) Ingin mendapat pelayanan yang bagus	4	10,26%
4) Lain-lain	1	2,56%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas 30 responden beralasan nyaman dan pelayanan yang berkualitas (76,92%).

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan pengumpulan data dan melihat hasil yang telah diperoleh, ada faktor-faktor penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yaitu:

5.2.1 Faktor usia

Hasil penelitian ditemukan bahwa mayoritas usia 31-40 tahun (58,97%) (Tabel 5.1). Dalam teori dijelaskan semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan mengambil keputusan (Huclok, 1997) sehingga teori tersebut sesuai dengan hasil penelitian.

Semakin tinggi usia seseorang mekanisme kupingnya semakin baik untuk mengambil suatu keputusan untuk memilih tempat pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dilihat dari kenyataan yang ada usia mayoritas ODHA adalah 31-40 tahun sehingga mereka sudah matang dalam pengambilan keputusan untuk memilih RSUD Dr. Soetomo sebagai tempat pelayanan kesehatan.

5.2.2 Faktor pendidikan

Hasil penelitian ditemukan mayoritas tingkat pendidikan responden adalah SMA sebanyak 30 responden (76,92%) (Tabel 5.2).

Dalam teori dijelaskan bahwa seseorang yang berpengetahuan baik cenderung mempunyai persepsi yang baik pula (Wilmar, 1988) dan pelaksanaan pengambilan keputusan yang baik akan terwujud karena adanya stimulasi internal yang adekuat, stimulus tersebut adalah pengetahuan dan

tanggapan responden terhadap masalah yang dihadapi (Depkes RI, 1991) sehingga teori tersebut mendukung hasil penelitian.

Pendidikan yang baik akan mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan. ODHA yang menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Soetomo mayoritas adalah SMA. Faktor pengetahuan yang baik dengan dukungan pendidikan yang memadai inilah yang mempengaruhi ODHA dalam pengambilan keputusan dalam memilih RSUD Dr. Soetomo sebagai tempat pelayanan kesehatannya.

5.2.3 Faktor penghasilan

Hasil penelitian ditemukan bahwa mayoritas responden berpenghasilan rendah yaitu Rp. < 500.000 per bulan (51,28%)

Menurut Zola dalam teori proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, ada faktor non fisiologis yang mempengaruhi “jalan ke dokter” seperti adanya perawatan medis, Apakah pasien bisa membayar? (Smet, 1994) sehingga teori tersebut mendukung hasil penelitian.

Pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSUD Dr. Soetomo turut memperhatikan faktor kemampuan pasien dalam pelayanan medis sehingga ODHA yang kurang mampu dari segi keuangan pun mendapatkan kesempatan untuk menggunakan tempat pelayanan tersebut.

5.2.4 Faktor biaya rumah sakit

Mayoritas responden menggunakan JPS (74,36%) dalam pembiayaan. Menurut Zola dalam teori proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, ada faktor non fisiologis yang mempengaruhi “jalan ke dokter” seperti adanya

perawatan medis, Apakah pasien bisa membayar? (Smet, 1994) sehingga teori tersebut mendukung hasil penelitian.

RSU Dr. Soetomo Surabaya adalah rumah sakit pemerintah yang memberi pelayanan bagi ODHA sehingga ODHA memilih menggunakan pelayanan kesehatan di sana dan juga di rumah sakit ini ada pelayanan bagi pengguna Jaring Pengaman Sosial (JPS).

5.2.5 Faktor sarana di rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya

Hasil penelitian ditemukan bahwa 100% responden mengakui tersedianya sarana yang dibutuhkan ODHA dan sarana-sarana itu berkualitas.

Teori yang mendukung penelitian ini yaitu teori pelayanan kesehatan (Anderson & Newman, 1979), di mana pelayanan yang berkualitas mempunyai sarana dan prasarana lengkap seperti konseling tes HIV, tatalaksana klinis kasus infeksi, asuhan keperawatan yang mampu memberi kenyamanan, promosi gizi yang baik, pelayanan medis, spesialis, ruang perawatan, peralatan, tenaga dan makanan sehingga dilihat dari teori yang ada sangat mendukung adanya hasil penelitian.

RSU Dr. Soetomo Surabaya merupakan salah satu tempat pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan bagi ODHA sehingga ODHA hanya terpusat pada tempat pelayanan kesehatan tersebut.

5.2.6 Faktor kegiatan

Hasil penelitian ditemukan bahwa adanya nutrisi tambahan dan senam (100%). Hal ini merupakan suatu sarana dan prasarana yang membantu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Teori yang mendukung teori pelayanan kesehatan (Anderson dan Newman, 1979). Di dalam pelayanan kesehatan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yaitu pertama adalah proses interpersonal yang diperlukan untuk aplikasi dari pelayanan teknis, menjadi bagian yang diharapkan untuk menghargai perasaan individu. Kenyamanan pelayanan juga relevan untuk penilaian terhadap mutu, yang menjadi pilihan pelayanan itu sendiri atau sekitar penyelenggaraannya. Kedua adalah pelayanan teknis (Medis) merupakan aplikasi ilmiah dan teknologi medis dengan sosial psikologi antara klien dan praktisioner. Yang pertama disebut sebagai ilmu kedokteran (*the science of medicine*) dan yang kedua adalah seninya (*the art*).

Adanya kegiatan nutrisi tambahan yang dilaksanakan dua kali seminggu dan kegiatan senam bagi ODHA sekali seminggu di RSUD Dr. Soetomo sangat memberi manfaat dalam upaya memperpanjang umur ODHA sehingga ODHA termotivasi untuk menggunakan tempat pelayanan tersebut.

5.2.7 Faktor SDM

Hasil penelitian ditemukan bahwa 39 responden (100%) menyatakan jumlah dan kualitas dokter, perawat dan *conselor* cukup.

Teori yang mendukung penelitian ini yaitu teori pelayanan kesehatan (Anderson & Newman, 1979). Di mana pelayanan yang berkualitas mempunyai sarana dan prasarana lengkap seperti *Conseling Tes HIV*, tatalaksana klinis kasus infeksi, asuhan keperawatan yang mampu memberi kenyamanan, promosi gizi yang baik, pelayanan medis, spesialis, ruang

perawatan, peralatan, tenaga dan makanan. Sehingga dilihat dari teori yang ada sangat mendukung adanya hasil penelitian.

SDM yang tersedia di RSUD Dr. Soetomo seperti dokter spesialis, perawat profesional, konselor yang mampu memberi pelayanan kesehatan yang baik bagi ODHA di mana saat ODHA membutuhkan pelayanan selalu dilayani dengan baik dan penuh perhatian. Hal ini sangat dibutuhkan oleh ODHA dan merupakan salah satu pemberi motivasi bagi ODHA dalam memilih pelayanan kesehatan di Dr. Soetomo.

5.2.8 Faktor lokasi

Hasil penelitian ditemukan bahwa jarak yang jauh dengan rumah (56,41%) dengan jumlah responden 22 orang dari 39 responden.

Teori faktor jarak lokasi berdasarkan Notoatmodjo (2003:195) bahwa salah satu perilaku kesehatan masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan di mana respons seseorang apabila sakit adalah tidak bertindak. Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes dan sebagainya. Sehingga teori ini tidak sesuai dengan hasil penelitian.

Jarak merupakan ukuran panjang (meter/km) yang ditempuh oleh ODHA untuk datang ke tempat pelayanan kesehatan. Di mana jarak RSUD Dr. Soetomo dengan rumah/tempat tinggal ODHA tidak menjadi hambatan atau

kendala sebab RSUD Dr. Soetomo merupakan satu-satunya tempat pelayanan kesehatan bagi ODHA.

5.2.9 Faktor sumber informasi

Hasil penelitian ditemukan bahwa sumber informasi dari tenaga kesehatan, LSM (89,74%) dengan jumlah responden 35 orang.

Teori yang mendukung penelitian ini adalah teori proses mencari bantuan kesehatan oleh Geertsen dan Sarafino. Sektor awam atau sektor populer adalah domain masyarakat yang tidak profesional. Pada sektor inilah pertama kali dikenali dan ditentukan. Hal ini melibatkan keluarga, teman, dan tetangga. Perangkat informal ini mungkin bisa membantu menafsirkan sebuah gejala, memberi nasehat mengenai bagaimana mencari bantuan medis, menyarankan cara penyembuhan atau memberi saran untuk berkonsultasi dengan orang lain (Geertsen, 1988; Sarafino, 1990; dikutip Smet, 1994: 224) sebagai faktor ekstrinsik. Sehingga dilihat dari teori yang ada sangat mendukung adanya hasil penelitian.

Bagi orang yang berperilaku buruk seperti suka melakukan sex bebas, mengganti-ganti pasangan dan lain-lain yang berisiko tinggi terkena HIV/AIDS sangat membutuhkan adanya informasi tentang kondisi kesehatannya. Dan pemberian informasi yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo melalui *Case Manager* (LSM) yang terlibat langsung di tempat-tempat lokalisasi dan keluarga yang didatangi tentang HIV/AIDS sangat membantu dan tepat sasaran.

5.2.10 Faktor alasan ODHA

Hasil penelitian ditemukan alasan ODHA menggunakan pelayanan kesehatan adalah nyaman dan pelayanan berkualitas (76,92%) dengan jumlah responden 30 dari 39 responden.

Teori yang mendukung penelitian ini adalah proses mencari bantuan kesehatan dalam hal jalan menuju profesional kesehatan. Dengan menggunakan model Foster & Anderson, Salan (1988) yang dikutip Smet (1994:227) menyebut lima tahap di dalam proses menuju pemanfaatan pelayanan medis. Kelima tahap ini merupakan bagian dari persepsi dan kognisi dari seseorang dalam proses mencari bantuan pelayanan kesehatan, yakni:

- a. Keputusan bahwa ada sesuatu yang tidak beres,
- b. Keputusan bahwa seorang sakit dan membutuhkan perawatan profesional,
- c. Keputusan untuk mencari perawatan medis profesional,
- d. Keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada dokter dan menerima serta mengikuti pengobatan yang ditetapkan,
- e. Keputusan untuk mengakhiri peranan pasien.

Sehingga teori ini mendukung adanya penelitian.

RSU Dr. Soetomo Surabaya selain merupakan satu-satunya tempat yang memberikan pelayanan kesehatan bagi ODHA, rumah sakit ini juga berkualitas dari segi SDM para petugasnya dan juga memiliki fasilitas yang memadai bagi ODHA.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian. Kesimpulan memuat isi hasil penelitian dan saran berkaitan dengan masukan bagi pihak-pihak yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat dirumuskan sebagai berikut.

1. Faktor-faktor penggunaan pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSUD Dr. Soetomo, yaitu seluruh ODHA (100%) menyatakan sarana lengkap, adanya kegiatan berupa senam dan nutrisi tambahan dan SDM dokter dan perawat serta conselor cukup.
2. Sebagian besar ODHA (89,74% menyatakan sumber informasi tentang rumah sakit diperoleh dari LSM, ODHA menggunakan pelayanan kesehatan karena merasa nyaman, pelayanan kesehatan yang berkualitas dan pendidikan ODHA sebagian besar adalah SMA.
3. ODHA (76,92%) menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya karena tempat pelayanannya yang nyaman dan berkualitas.

6.2 Saran

1. Kualitas pelayanan kesehatan bagi ODHA di RSUD Dr. Soetomo harus dipertahankan dan terus ditingkatkan sehingga ODHA semakin termotivasi untuk menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Soetomo.
2. RSUD Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit dengan kualitas baik sehingga layak untuk menjadi contoh atau model bagi rumah sakit pemerintah maupun swasta lainnya dalam memberikan pelayanan pada ODHA.
3. Peneliti menyadari masih banyak keterbatasan yang menyebabkan validitas dari penelitian sehingga kurang representatif untuk dijadikan bahan rujukan seperti besar sampel juga alat ukur yang digunakan (Kuisisioner) belum diuji sehingga penelitian selanjutnya sangat diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Achmad, H & Narbuko, Cholid. (2001). *Metodologi Penelitian*. Jakarta.
- Anonim. (1981). *Metodologi Penelitian Buku 1B*. Depdikbud Dirjen Pendidikan Tinggi, Jakarta
- Arikunto, Suharsini. (1993). *Prosedur Penelitian Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta Jakarta
- AW, Mastur. (1986). *Metodologi Penelitian*, UNS Surakarta
- B.W, Tucman. (1972). *Conducting Educational Research*. New York
- Furrow, Barry R, et. Al. (1987). *Health Law, Cases, Materials and Problems*. Wst Publishing Co, St. Paul, Minn.
- Green, Chris W. (2003). *Pengobatan Untuk AIDS Ingin Mulai?*. Yogyakarta.
- Hadi, Sutrisno. (1984). *Metologi Research I*. UGM Yogyakarta
- Hayes, R. Evelyn & Kee, Joyce L, (1994). *Farmakologi Pendekatan Proses Keperawatan*, EGC Jakarta.
- Lumenta, Benyamin (1989). *Pelayanan Medis: Citra, Konflik dan Harapan*. Kanisius Yogyakarta.
- M, Zainuddin. (1999). *Metodologi Penelitian*. Airlangga University Press. Surabaya.
- Nursalam. (2004). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Medika*. Salemba, Jakarta
- Nursalam & Siti Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. CV. Sagung Seto. Jakarta.
- Price, Sylvia A. & Wilson, Lorraine M. (1995). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. EGC Jakarta.
- Sarafino, E.P. (1990). *Help Psycology: Biopsycosocial interactions*. New York. John Wiley and Sonts.
- Smet, Bart. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Grasindo Jakarta.

Soekidjo, Notoadmodjo. (1993). *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta.

Sofyan, Ismail & S, Sastroasmoro. (1995). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Bina Rupa Aksara. Jakarta.

Sugiyono. (1999). *Statistik Untuk Penelitian*. CV. Alfabeta. Bandung.

Surachmad, Winarno. (1982). *Pengantar Penelitian Ilmiah*. Tarsito Bandung

Spiritia, Yayasan. (2003). *Lembaran Informasi tentang HIV/AIDS untuk Orang Yang Hidup Dengan HIV/AIDS (Odha)*. Jakarta.

<http://www.aidsinfo.Org>. November 2002

<http://www.aidsinfo.Org>. Juni 2003

<http://www.aidsinfo.Org>. Juli 2003

<http://www.aidsinfo.Org>. Agustus 2003

LAMPIRAN

Lampiran 1

INFORMED CONSENT**FAKTOR-FAKTOR PENGGUNAAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
BAGI ODHA DI RUANG PERAWATAN INTERMEDIET PENYAKIT INFEKSI
RSU DR. SOETOMO SURABAYA**

Oleh
WELMIN TUKAYO

Saya adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Faktor-Faktor Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Bagi ODHA Di Ruang Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Saya mengharapkan partisipasi Bapak/I dan saudara/I untuk memberikan tanggapan/jawaban atas pertanyaan yang diajukan dalam kuisioner (terlampir). Tanggapan/jawaban yang diberikan bersifat bebas dan tanpa paksaan. Saya akan menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Saudara.

Jika Bapa/I dan Saudara/I bersedia menjadi peserta penelitian, silakan menanda-tangani kolom di bawah ini dan mengisi kuisioner yang tersedia.

Tandatangan :

Tanggal :

No. Responden :

Lampiran 2

LEMBAR KUISIONER

Petunjuk :

1. Anonimity (Tanpa Nama) Gunakan simbol atau huruf awal, nama lengkap/jelas.
2. Keluhan atau kendala yang dihadapi boleh ditulis jelas.Anda.
3. Umur, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dsb boleh ditulis

Berilah Tanda Silang (X) sesuai dengan jawaban Anda.

A.Data Pasien

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin : a. Lk b. Pr
4. No. Responden :

B. Data Demografi di Keluarga Pasien

1. Umur
 - a. < 20 tahun
 - b. 21-30 tahun
 - c. 31-40 tahun
 - d. > 40 tahun
2. Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan

3. Pendidikan terakhir

- a. Tidak sekolah
- b. SD
- c. SMP
- d. SMA
- e. D3/PT

4. Pekerjaan

- a. Tidak bekerja
- b. Pelajar/Mahasiswa
- c. Swasta
- d. PNS

5. Agama

- a. Islam
- b. Katolik
- c. Kristen
- d. Hindu
- e. Budha

6. Penghasilan per bulan

- a. Rp < 500.000;
- b. Rp 500.000 – 1.000.000;
- c. Rp 1.000.000; - .500.000;
- d. > Rp 1.500.000;

Lampiran 3

C. Faktor-faktor yang menyebabkan ODHA menggunakan pelayanan kesehatan di
RSU Dr. Sutomo Surabaya.

1. Faktor Jarak

- 1) Dekat dengan rumah
- 2) Jauh dari rumah
- 3) Sangat jauh dari rumah

2. Faktor biaya Rumah sakit

- 1) Biaya terjangkau
- 2) Menggunakan JPS
- 3) Menggunakan Askes

3. Faktor Sarana

- 1) Sarana lengkap (mempunyai VCT, laboratorium, sarana rawat INAP dan Jalan yang memadai.
- 2) Mempunyai transportasi (bus) antar jemput

4. Faktor kegiatan

- 1) Ada nutrisi tambahan
- 2) Ada kegiatan senam
- 3) Ada ekstra rekreasi

5. Kualitas SDM tenaga kesehatan

- 1) Dokter mampu menangani masalah Anda
- 2) Perawat dan Conselor selalu siap saat Anda butuhkan dan mampu mengatasi masalah Anda.

6. Sumber informasi tentang Rumah sakit

- 1) Dari tenaga kesehatan
- 2) Dari keluarga
- 3) Dari LSM
- 4) Dari media masa

7. Alasan ODHA menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Soetomo

- 1) Nyaman, pelayanan berkualitas
- 2) Yakin terhadap pelayanan tersebut
- 3) Ingin mendapat pelayanan yang bagus
- 4) Lain-lain.

Lampiran 4

Rekapitulasi Hasil Pengumpulan Data

No	Kode	Σ Responden	Skor	Kriteria	Keterangan
1.	3	23	58,97%	Cukup	Kurang mempengaruhi ODHA berobat
2.	4	20	76,92%	Kurang	Dapat mempengaruhi ODHA berobat
3.	1	20	51,28%	Kurang	Tidak mempengaruhi ODHA berobat
4.	2	22	56,41%	Cukup	Apabila jaraknya jauh
5.	2	29	74,36%	Cukup	Kurang mempengaruhi ODHA berobat
6.	1	39	100%	Baik	Dapat mempengaruhi ODHA berobat
7.	1	39	100%	Baik	Sda
8.	1	39	100%	Baik	Sda
9.	3	35	89,74%	Baik	Sda
10.	1	30	76,92%	Baik	Sda

Keterangan :

1. Umur/th

- * <20 : 1
- * 21-30 : 2
- * 31-40 : 3
- * >40 : 4

2. Pendidikan

- * Tidak sekolah : 1
- * SD : 2
- * SMP : 3
- * SMA : 4
- * D3/PT : 5

3. Penghasilan Rp/Bln

- * <500 ribu : 1
- * 1 jt -1,5 jt : 2
- * >1,5 jt : 3

4. Lokasi

- * Dekat dengan rumah : 1
- * Jauh dari : 2
- * Sangat jauh : 3

5. Biaya

- * Terjangkau : 1
- * Menggunakan JPS : 2
- * Menggunakan Askes : 3

6. Sarana

- * Sarana lengkap : 1
- * Punya transportasi antar-jemput : 2

7. Kegiatan

- * Ada nutrisi tambahan : 1
- * Ada kegiatan ekstra Rekreasi bagi ODHA : 2

8. SDM

- * Σ & kualitas dokter, perawat dan Conselor cukup : 1
- * Tenaga conseling Kurang profesional : 2
- * Tenaga spesialis Tidak tersedia : 3

9. Sumber informasi

- * Tahu sendiri : 1
- * Dari keluarga, media masa : 2
- * Dari Tenaga kesehatan, LSM : 3
- * Tidak tahu : 4

10. Alasan pasien

- * Nyaman, pelayanan berkualitas : 1
- * Kurang nyaman dan kurang berkualitas : 2
- * Tidak nyaman : 3
- * Lain-lain : 4