

SKRIPSI

PENGARUH VCT (PRA-*TES*) TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA KLIEN DENGAN RISIKO TINGGI HIV AIDS DI RUANG PIPI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

GALIA WARDHA ALVITA

NIM : 010510933 B

PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

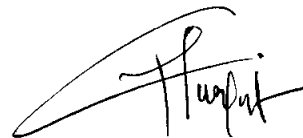
2009

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 14 Agustus 2009

Yang menyatakan



Galia Wardha Alvita

NIM. 010510933 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL: 21 AGUSTUS2009

OLEH :

Pembimbing Ketua



Dr. Nursalam M. Nurs (Hons)

NIP : 140 238 226

Pembimbing II



Misutarno, S.Kep., Ns

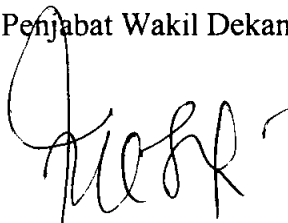
NIP : 140 234 532

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kep, M.Kep

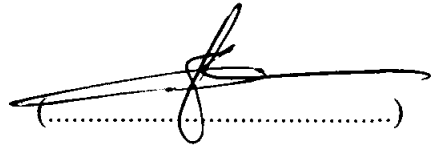
NIP : 132 295 670

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

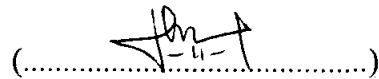
Telah diuji

Pada Tanggal, 21 Agustus 2009

Ketua: Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)


(.....)

Anggota: 1. Ferry Effendy, S.Kep.,Ns


(.....)

2. Misutarno, S.Kep., Ns


(.....)

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kep, M.Kep
NIP : 132 295 670

MOTTO

Kemalangan adalah sebuah perasaan yang membuat kita menjadi memandang hidup ini "Kejam" atau "Tidak adil". Hal ini biasanya disebabkan hidup tidak berjalan sesuai keinginan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas rahmat dan bimbingan-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ **PENGARUH VCT (PRA-TEST) TERHADAP TINGKAT KECEMASAM PADA KLIEN DENGAN RISIKO TINGGI HIV AIDS** “ ini tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S. Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr Nursalam M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya. Serta selaku penguji dan pembimbing kctua yang telah membcrikan bimbingan dan pengarahan dalam menyusun skripsi ini.
2. dr. H. Slamet Riyadi, DTM&H, MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya yang teah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam melaksanakan penelitian.
3. Misutarno S.Kp.,Ns, selaku penguji dan pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ferry Efendi, S.Kep., NS, Selaku Penguji yang telah memberikan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Staf pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

6. Staf tata usaha dan perpustakaan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
7. Kepala Ruang Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi RSUD Dr. Soetomo Surabaya beserta staf yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam melaksanakan penelitian.
8. Kepada orangtua tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil serta do'a restu dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
9. Rekan-rekan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh responden dalam penelitian ini beserta keluarga atas partisipasi dan kerjasamanya selama ini.

Surabaya, Agustus 2009

Penulis

ABSTRACT

THE EFFECT OF VCT (PRA-TEST) ON ANXIETY LEVEL OF THE CLIENT WITH HIGH RISK HIV AIDS

Quasy Experimental Research at RSU Dr Soetomo Surabaya City

By: Galia Wardha Alvita

Diagnoses of HIV AIDS could affect psychologist's health status for people with high risk of HIV AIDS. The purpose of the study was indentified the effect of VCT on anxiety level of the client with high risk HIV AIDS.

This study used two-group pre test-post test design (Quasy experimental). The population that used was high-risk patient of HIV AIDS who visited Intermediate Care Room of Infectious Disease of RS. Soetomo Surabaya. The sample selection used purposive sampling with 30 samples that fulfill inclusion criteria and exclusion of variable that was observed namely anxiety level, anxiety cause factor (knowledge & social response level). Data were collected used questionnaire, in the anxiety level used Self Anxiating Scale (SAS). Data analysis used Wilcoxon Signed Rank Test, mann Whitney U test and Spearmans Rho.

Research result indicated there is not any significant correlation between social response factor and knowledge level with anxiety level, with significance value $P=0,276$, $P=0,591$. While VCT is very influential in the change of anxiety level of high-risk client of HIV AIDS from the high level of anxiety to middle level of anxiety with significance value $P=0,001$.

It can be concluded that VCT (pra-test) was efective to reduced anxiety level for people with high risk of HIV AIDS. From this research's result it was suggest for the client with high risk HIV AIDS that very important to followed VCT and socialized it in society.

Keywords: VCT (pratest), Anxiety levels

DAFTAR ISI

Halaman Judul Dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terimakasih.....	vi
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Bagan.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan & Istilah.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Konseling.....	7
2.1.1 Defisnisi Konseling.....	7
2.1.2 Ciri-ciri dari Konseling.....	9
2.1.3 Tujuan Utama Konseling.....	10
2.2 Konsep Dasar VCT (<i>Voluntary Counseling Testing</i>).....	12

2.2.1 Definisi VCT.....	12
2.2.2 Tujuan VCT.....	12
2.2.3 Konseling HIV AIDS.....	13
2.2.4 Tahap-tahap VCT.....	17
2.3 Konsep HIV AIDS.....	25
2.3.1 Definisi Virus HIV.....	25
2.3.2 Patofisiologi Infeksi HIV.....	27
2.3.3 Klasifikasi Gejala.....	30
2.3.4 Manifestasi Klinis.....	31
2.3.5 Cara Penularan HIV.....	33
2.3.6 Pencegahan.....	35
2.3.7 Perawatan.....	36
2.4 Konsep Dasar Cemas.....	36
2.4.1 Pengertian Kecemasan.....	36
2.4.2 Faktor Penyebab Kecemasan.....	37
2.4.3 Respon Kecemasan.....	43
2.4.4 Tingkat Kecemasan.....	44
2.4.5 Penilaian Tingkat Kecemasan.....	46
2.5 Konsep Adopsi atau Dasar Perilaku (<i>adoption</i>).....	47
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konseptual.....	54
3.2 Hipotesis.....	56
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	57
4.2 Populasi, Sample, dan Sampling.....	58
4.2.1 Populasi.....	58
4.2.2 Sampel.....	59
4.2.3 Sampling.....	60
4.3 Identifikasi Variabel.....	61
4.3.1 Variabel Independen.....	61

4.3.2 Variabel Dependen.....	61
4.3.3 Definisi Operasional.....	62
4.4 Instrumen.....	65
4.5 Lokasi dan Waktu.....	65
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	66
4.7 Kerangka Operasional.....	68
4.8 Cara Analisis Data.....	69
4.9 Etika Penelitian.....	70
4.9.1 <i>Anonimity</i>	70
4.9.2 <i>Confidentiality</i>	70
4.9.3 Lembar Persetujuan (<i>Inform Consent</i>).....	71
4.10 Keterbatasan.....	71
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	72
5.2 Pembahasan.....	84
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	89
6.2 Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	91
Lampiran 1.....	94
Lampiran 2.....	95
Lampiran 3.....	96
Lampiran 4.....	97
Lampiran 5.....	99
Lampiran 6.....	101
Lampiran 7.....	104
Lampiran 8.....	109
Lampiran 9.....	111

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Laboratorium Menurut WHO	30
Tabel 2.2 Klasifikasi Klinis HIV pada Orang Dewasa Menurut WHO	30
Tabel 4.1 Definisi Operasional	62
Tabel 5.1.1 Pengaruh VCT (prates) Terhadap Perubahan Pengetahuan	78
Tabel 5.1.2 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Kecemasan	79
Tabel 5.2 Hubungan Respon Sosial Dengan Tingkat Kecemasan	81
Tabel 5.3 Pengaruh VCT (pratest) terhadap Perubahan Tingkat Kecemasan	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Umur	73
Gambar 5.2	Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	74
Gambar 5.3	Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	74
Gambar 5.4	Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	75
Gambar 5.5	Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan	76
Gambar 5.6	Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Daerah asal	77

DAFTAR BAGAN

- Gambar 3.1 Bagan Kerangka konseptual Pengaruh konseling (VCT) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS 54
- Gambar 4.1 Bagan Desain Penelitian pengaruh VCT pra-tes terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS 57
- Gambar 4.2 Bagan Kerangka operasional penelitian pengaruh VCT pra-tes terhadap tingkat kecemasan pada klien risiko tinggi HIV AIDS 68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Ijin Penelitian	94
Lampiran 2 Surat Keterangan Melakukan Penelitian di RSUD Dr Soetomo	95
Lampiran 3 Format Persetujuan Menjadi Responden	96
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data	97
Lampiran 5 Kuesioner Kecemasan (SAS)	99
Lampiran 6 Kuesioner Pengetahuan dan Respon Sosial	101
Lampiran 7 Satuan Acara Kerja	104
Lampiran 8 Materi Konseling	109
Lampiran 9 Lembar Konseling Prates	111
Lampiran 10 Tabulasi Data Hasil Penelitian	114
Lampiran 11 Hasil Uji Statistik Penelitian	123

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Sindrom</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
Askep	: <i>Asuhan Keperawatan</i>
BDNA	: <i>Branched Chain DNA</i>
CD4	: <i>Cluster of Differentiation 4</i>
CD8	: <i>Cluster of Differentiation 8</i>
CDC	: <i>Center for Disease Control and Prevention</i>
DNA	: <i>Deoxyribo Nucleic Acid</i>
ELISA	: <i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
GABA	: <i>Butyric-Gamma Neuregulator</i>
IIIV	: <i>Humman Immuno Deficiency</i>
NAPZA	: <i>Narkotik, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lain</i>
NASBA	: <i>Nucleic Acid Sequence-Based Amplification</i>
ODHA	: <i>Orang Dengan HIV AIDS</i>
PCR	: <i>Polymerase Chain reaction</i>
PIPI	: <i>Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi</i>
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
SAS	: <i>Self Anxiety Scale</i>
SDF	: <i>Sel Dendritik Folikuler</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>
UGD	: <i>Unit Gawat Darurat</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Joint Program for HIV AIDS</i>
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Test (Tes sukarela HIV)</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1**PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang**

HIV AIDS (*Human Immuno Deficiency Virus* dan *Acquired Immuno Deficiency Sindrom*) merupakan penyakit yang masih meresahkan masyarakat. Diagnosis HIV AIDS merupakan suatu kejadian yang mirip dengan bencana besar, dan sering menciptakan tekanan-tekanan psikologis (Depkes, 2002). Orang yang akan melakukan test memiliki persepsi bahwa mereka sedang terancam baik fisik, mental ataupun sosial. Perasaan terancam tersebut dapat menimbulkan stress psikologis salah satunya kecemasan (Greenberger & Padesky 2004, dikutip Wangmuba, 2008). Kecemasan dan ketakutan dapat mengakibatkan seseorang ragu untuk mengikuti tes HIV, sehingga pencegahan dan pengobatan secara dini akan sulit dilakukan (AusAid, 2000), di samping itu kecemasan bisa berkembang menjadi suatu gangguan psikologis yang lebih parah jika menimbulkan ketakutan yang hebat dan menetap sehingga mempengaruhi sistem imun dan kesehatannya serta timbul keinginan bunuh diri (Lubis, 2009). Salah satu penyebab timbulnya kecemasan pada klien risiko tinggi HIV AIDS adalah kurangnya informasi dan dukungan psikososial. Dari hasil survey lapangan yang dilakukan peneliti kepada klien di R. Perawatan Intermediate Penyakit Infekai (PIPI) RSU Dr. Soetomo pada tanggal 27-29 April 2009, tingkat kecemasan yang dialami klien dikarenakan kekhawatiran tentang status HIVnya, ketakutan akan kematian, dukungan sosial serta stigma dari keluarga dan masyarakat yang

kelak mereka dapatkan jika hasil tes mereka benar-benar positif. Berdasarkan studi pendahuluan yang didapatkan pada tanggal 27 - 29 April 2009 di R. PIPi RSUD Dr Soetomo, dari klien risiko tinggi HIV AIDS yang akan mengikuti tes HIV, 25 % diantaranya mengalami kecemasan sedang dan 75 % lainnya mengalami kecemasan berat. Persiapan klien secara psikologis sebelum didiagnosis HIV merupakan hal yang penting untuk mengatasi gangguan psikologis yaitu perasaan cemas. Salah satu cara melalui pemberian informasi dan dukungan psikologis dan psikososial yaitu konseling (VCT). Namun pengaruh VCT khususnya pra-tes terhadap tingkat kecemasan klien dengan risiko tinggi HIV AIDS belum dapat dijelaskan.

Diperkirakan saat ini terdapat 130.000 orang dengan HIV AIDS (ODHA) diseluruh Indonesia dan estimasi nasional infeksi HIV pada orang dewasa tahun 2006 menonjol pada penggunaan NAPZA suntik dan penularan seksual, namun pada tahun 2008 ini terdapat 22.664 penderita HIV AIDS yang telah terdiagnosis (Depkes RI, 2009). Jumlah ini menyebabkan fenomena HIV AIDS seperti gunung es. Di banyak negara, insiden penyakit ini terus bertambah jika HIV tidak dapat terdeteksi secara dini, pencegahan dan pengobatan akan sulit dilakukan sehingga penularan HIV pun semakin meningkat. Diagnosa HIV AIDS bisa dilakukan dengan cara melakukan tes HIV. Bantuan terhadap persiapan psikologis untuk menurunkan kecemasan dalam melakukan tes HIV sangat dibutuhkan salah satunya melalui konseling (VCT). Jumlah klien risiko tinggi yang mengikuti VCT pra tes di R. PIPi RSUD Dr. Soetomo surabaya bulan Januari sampai September 2005 sebanyak 424 orang dan yang dinyatakan HIV positif sebanyak 69 orang. Jumlah klien yang

mengikuti VCT tersebut terus bertambah dari tahun ke tahun, hasil pencatatan pada bulan Januari sampai Desember 2008 menunjukkan bahwa jumlah klien risiko tinggi yang mengikuti VCT pra tes sebanyak 1452 orang sedangkan yang dinyatakan HIV positif sebanyak 381 orang (R. PIPI RSU Dr. Soetomo, 2008). Sedangkan di R. PIPI Dr Soetomo aspek psikologis khususnya kecemasan Klien risiko tinggi HIV AIDS dalam memeriksakan status HIVnya belum terdata.

Seseorang yang mempunyai risiko tinggi HIV AIDS penting bagi dirinya untuk segera melakukan tes HIV, sehingga bisa lebih menjaga perilaku selanjutnya demi kesehatan dirinya sendiri dan pasangannya. Kurangnya pengetahuan, informasi dan dukungan yang dimiliki klien tentang HIV AIDS serta adanya stigmatisasi menyebabkan timbulnya kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS dalam mengetahui status HIVnya. Pada Penelitian yang dilakukan oleh Seema Sahay (2006) di India menyebutkan bahwa hampir 62 % orang risiko tinggi HIV AIDS mengalami kecemasan sedangkan 47% mengalami depresi pada saat mencoba untuk melakukan tes HIV. Telah dilakukan penelitian tentang guna konseling (VCT) dalam mempengaruhi kondisi psikologis klien dengan HIV AIDS. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratnawati (2006), menunjukkan bahwa terdapat perbedaan respon psikologis pada penderita HIV AIDS yang mendapat VCT dan yang tidak mendapat VCT, penderita yang mendapat VCT memiliki respon psikologis yang lebih baik. Sangiwa (2000) melalui studi deskriptif terhadap peran VCT dalam pencegahan dan perlindungan HIV AIDS di Dar Es Salaam, Tanzania, menyebutkan bahwa VCT memberikan berbagai

manfaat diantaranya; membangun mekanisme koping yang berhubungan dengan kecemasan, memberi dukungan emosional, menyiapkan klien untuk menerima hasil tes, mengidentifikasi pengetahuan klien tentang tes HIV dan memberikan informasi pentingnya tes HIV.

Dengan mencermati adanya keterkaitan antara kondisi psikologis dengan proses diagnostik maka VCT memainkan peran yang sangat penting dari segi psikologis klien HIV AIDS dalam persiapan diagnosis. VCT ini dapat memungkinkan klien dengan risiko tinggi HIV AIDS memahami benar kegunaan tes HIV, meningkatkan persepsi dan pengetahuan pasien tentang HIV dan AIDS serta faktor-faktor risiko terkena infeksi HIV, mengerti persoalan dirinya, kecemasannya menurun, klien dapat mengklarifikasi dan menempatkan masalah yang dihadapinya dan lebih mempersiapkan diri untuk menerima hasil tes (Depkes RI, 2002). Sehingga dengan latar belakang demikian peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh metode VCT khususnya pra-test terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV/AIDS?
2. Bagaimanakah perubahan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan VCT (pra-tes)?
3. Bagaimanakah pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh VCT (pra tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan klien risiko tinggi HIV AIDS sebelum dan sesudah dilakukan VCT (pra-tes).
3. Menganalisis pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pada bidang ilmu keperawatan HIV AIDS tentang perlunya VCT guna persiapan klien dari segi psikologis.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Klien

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi pada Klien dengan risiko tinggi HIV AIDS tentang pentingnya melaksanakan VCT guna memperbaiki respon stress klien salah satunya kecemasan.

2. Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik permasalahan yang sama.

3. Institusi unit perawatan intermediate penyakit infeksi

Sebagai masukan bagi instansi terkait mengenai perlunya terus dilakukan VCT untuk persiapan klien dalam menjalani tes.

4. Profesi keperawatan

Sebagai masukan bagi perawat dalam pengembangan intervensi askep profesional pada penderita HIV AIDS.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Konseling

2.1.1 Definisi konseling

Berbagai perumusan mengenai konseling sebagai berikut (Gunarsa, 2001):

1. Roblis (1942): Sebagai hubungan yang bebas dan berstruktur yang membiarkan klien memperoleh pengertian sendiri yang membimbingnya untuk menentukan langkah positif ke arah orientasi baru.
2. Pepinsky dan Pepinsky (1954): Interaksi yang:
 - a. Terjadi antara 2, yang satu disebut sebagai konselor dan yang lain sebagai klien
 - b. Berlangsung dalam kerangka profesional, dan
 - c. Diarahkan agar memungkinkan terjadinya perubahan perilaku pada klien
3. Smith (1955) : Sebagai proses yang terjadi dalam hubungan pribadi antara seseorang yang mengalami kesulitan dengan seseorang yang terlatih dan pengalamannya mungkin dapat dipergunakan untuk membantu orang lain dalam memecahkan persoalan pribadinya.
4. Blocker (1966): Membantu seseorang agar menyadari reaksi-reaksi pribadi terhadap pengaruh perilaku dari lingkungan dan membantu seseorang membentuk makna dari perilaku konselingnya, konseling juga membantu

klien membentuk dan memperjelas rangkaian dari tujuan dan nilai-nilai untuk perilaku selanjutnya.

5. Lewis (1970): Adalah proses dimana seseorang yang mengalami kesulitan (klien) dibantu untuk merasakan dan selanjutnya bertindak dengan cara yang lebih memuaskan dirinya, melalui interaksi dari seseorang yang tidak terlihat yakni konselor.

Konselor memberikan informasi dan reaksi untuk mendorong klien mengembangkan perilaku untuk berhubungan secara lebih efektif dengan diri sendiri dan lingkungan.

6. Elinsenberg (1983): Menambah kekuatan pada klien untuk menghadapi, mengikuti aktivitas yang mengarah ke kemajuan, dan untuk menentukan suatu keputusan konseling membantu klien agar mampu menguasai masalah yang segera dihadapi dan yang mungkin terjadi pada waktu yang akan datang.

Beberapa faktor penting dalam konseling (Gunarsa, 2001), yaitu:

- a. Bahwa konseling berhubungan dengan tujuan membantu orang lain menentukan pilihan dan tindakannya
- b. Dalam proses konseling terjadi proses belajar
- c. Bahwa terjadi perubahan dan perkembangan kepribadian

2.1.2 Ciri-ciri dari konseling

Menurut Gunarsa (2001), ciri-ciri konseling yaitu:

1. Konseling berkaitan dengan mempengaruhi secara sengaja perubahan perilaku pada sebagian dari kepribadian klien.
2. Tujuan dari konseling adalah: untuk membuat kondisi yang memudahkan terjadinya perubahan yang disengaja pada sebagian dari diri klien.
3. Seperti halnya pada semua hubungan, pada klien harus ada pembatasan.
4. Kondisi yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku diperoleh melalui wawancara.
5. Mendengarkan harus ada pada konseling tetapi tidak semua konseling adalah mendengarkan.
6. Konselor harus memahami kliennya
7. Konseling dilakukan dengan tertutup (*privacy*) dari diskusi bersifat rahasia (*confidential*).

Pattersen (1982) yang dikutip oleh Patola (2005) selanjutnya memperjelas mengenai hal-hal yang bukan konseling dan merupakan perbaikan dari apa yang pernah dikemukakan pada tahun 1967, untuk memperjelas pengertian konseling sebagai berikut:

- a. Konseling bukan pemberian informasi, meskipun informasi bisa diberikan dalam konseling
- b. Konseling bukan pemberian nasihat, sugesti atau rekomendasi
- c. Konseling bukan mempengaruhi sikap, kepercayaan atau perilaku dengan memaksa, mengatur atau menakutkan

- d. Konseling bukan seleksi dari tugas yang harus dilakukan dalam menghadapi macam-macam pekerjaan dan aktivitas
- e. Konseling bukan melakukan wawancara sekalipun wawancara bisa dilibatkan dalam konseling.

2.1.3 Tujuan utama konseling

Menurut Gunarsa (2001), tujuan utama konseling yaitu:

1. Menyediakan fasilitas untuk perubahan perilaku

Tujuan suatu konseling adalah membawa klien agar terjadi perubahan yang memungkinkan klien hidup lebih produktif dan menikmati kepuasan hidup sesuai dengan pembatasan-pembatasan yang ada dalam masyarakat

Tujuan konseling harus jelas, jadi perubahan perilaku yang dikehendaki ialah perubahan dan selanjutnya bagaimana melakukan perubahan tersebut dengan bantuan dari konselor.

2. Meningkatkan keterampilan untuk menghadapi sesuatu

Dalam hal ini konselor akan membantu dan mengajarkan bagaimana seharusnya dan sebaiknya menghadapi masalah dan menyelesaikan. George dan Crishani (1981) yang dikutip oleh Patola (2005) mengatakan: membantu orang belajar untuk menghadapi situasi dan tuntutan baru adalah tujuan penting dari konseling.

3. Meningkatkan kemampuan dalam menentukan keputusan

Konseling bertujuan membantu klien memperoleh informasi dan kejelasan diluar pengaruh emosi dan ciri kepribadiannya yang bisa mengganggu pengambilan keputusan.

Konseling bertujuan membantu seseorang belajar mengenai keseluruhan dari proses pengambilan keputusan sehingga pada akhirnya ia bisa melakukannya sendiri .

George dan Crisnani (1981) juga mengutip Reaves dan Reaves (1965) yang mengemukakan tujuan utama konseling ialah: merangsang seseorang untuk melakukan penilaian, menentukan penerimaan dan bertindak atas dasar pilihannya.

4. Meningkatkan dalam hubungan antar perorangan

Sebagai makhluk sosial seseorang diharapkan mampu membina hubungan yang harmonis dengan lingkungan sosialnya, mulai dan ketika kecil seseorang disekolah dengan teman sebaya rekan sepekerjaan / seprofesi dalam keluarga kegagalan dalam hubungan antar perorangan adalah kegagalan dalam penyelesaian diri yang antara lain disebabkan oleh kurang tepatnya memandang atau menilai diri sendiri atau kurangnya keterampilan dalam penyesuaian diri agar lebih efektif.

5. Menyediakan fasilitas untuk pengembangan kemampuan klien

Konseling berupaya memaksimalkan kebebasan pribadi sesuai dengan kemampuan dalam batas-batas yang diperoleh dari dirinya sendiri atau lingkungan. Konseling berupaya untuk memaksimalkan efektifitas pribadi dengan mengembangkan penguasaannya terhadap lingkungan dan respon-respon di dalam dirinya.

Dari uraian mengenai tujuan konseling tersebut diatas, jelaskan bahwa tujuan konseling sangat dipengaruhi oleh latar belakang teori dan teknik yang

dipakai oleh konselor, karena itu mungkin ada semacam tujuan utama, tujuan utama anantara dan tujuan segera. Namun ada kesamaan dalam tujuan konseling yakni membantu klien agar (Nursalam, 2007):

- a. Memahami apa yang harus dan akan dilakukan dalam berbagai bidang kehidupan.
- b. Merasa lebih baik, jauh dari ketegangan dan tekanan terus-menerus karena ada persoalan.
- c. Berfungsi maksimal sesuai dengan potensi yang dimiliki.
- d. Mencapai sesuatu yang lebih baik karena bersifat positif dan optimistik.
- e. Bisa hidup lebih efektif sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan menyesuaikan diri sesuai dengan tuntutan lingkungan.

2.2 Konsep dasar VCT (*Voluntary Counseling Testing*)

2.2.1 Definisi VCT

VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan mencegah penularan HIV, maupun memberikan dukungan moral, informasi serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga dan lingkungannya (Nursalam, 2007).

VCT adalah pintu masuk yang vital mencakup keseluruhan untuk pengembangan penciptaan lingkungan dimana pencegahan dukungan sosial dan perawatan dapat berkembang (UNAIDS, 2002).

2.2.2 Tujuan VCT

Menurut Nursalam (2007), tujuan VCT yaitu:

1. Upaya pencegahan HIV AIDS
2. Mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi/pengetahuan mereka tentang faktor-faktor risiko terkena infeksi HIV, mengembangkan perubahan perilaku, secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk akses terapi ARV, serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat.

2.2.3 Konseling HIV AIDS

Konseling HIV AIDS merupakan dialog antara seorang dengan pelayan kesehatan, bersifat rahasia, yang memungkinkan orang tersebut menyesuaikan atau mengadaptasi diri dengan stress dan mampu membuat keputusan bertindak berkaitan dengan HIV AIDS (Nursalam, 2007).

Konseling HIV berbeda dengan konseling yang lain, walaupun keterampilan dasar yang dibutuhkan adalah sama. Konseling HIV menjadi hal yang unik karena (Nursalam, 2007):

1. Membutuhkan pengetahuan yang luas tentang infeksi menular seksual (IMS) dan HIV AIDS.
2. Membutuhkan pembahasan mengenai praktik-praktik seks yang sifatnya pribadi.
3. Membutuhkan pembahasan tentang kematian atau proses kematian.
4. Membutuhkan kepekaan konselor dalam menghadapi perbedaan pendapat dan nilai yang mungkin sangat bertentangan dengan nilai konselor itu sendiri.
5. Membutuhkan keterampilan pada saat memberikan hasil yang positif.

6. Membutuhkan keterampilan dalam menghadapi kebutuhan pasangan maupun anggota keluarga klien.

Pada dasarnya konseling HIV mempunyai 2 tujuan utama (Nursalam, 2007):

1. Untuk mencegah penularan HIV

Untuk mengubah perilaku, ODHA tidak hanya membutuhkan sekedar informasi belaka, tetapi yang jauh lebih penting adalah pemberian dukungan yang dapat menumbuhkan motivasi mereka, misalnya perilaku seks aman, tidak berganti-ganti jarum suntik, dan lain sebagainya.

2. Meningkatkan kualitas hidup ODHA dalam segala aspek baik medik, psikologik, sosial dan ekonomi. Dalam hal ini konseling bertujuan untuk memberikan dukungan kepada ODHA agar mampu hidup secara positif.

Dalam hal ini konselor diharapkan juga membantu dalam hal mengatasi rasa putus asa, rasa duka yang berkelanjutan, kemungkinan stigma, diskriminasi, penyampaian sero status pada pasangan seksual, pemutusan hubungan kerja dan lain sebagainya.

Ciri-ciri konseling HIV (Nursalam, 2007):

1. Konseling sebagai proses membantu klien dalam:
 - a. Memperoleh akses informasi yang benar
 - b. Memahami dirinya lebih baik
 - c. Agar mampu menghadapi masalahnya
 - d. Agar mampu berkomunikasi lebih lancar
 - e. Mengantisipasi harapan-harapan, kerelaan dan mengubah perilakunya
2. Konseling bukan percakapan tanpa tujuan

3. Konseling bukan memberi nasihat atau instruksi pada orang lain untuk melakukan sesuatu kehendak konselor
4. Bersifat sangat pribadi, sehingga membutuhkan pengembangan rasa saling percaya.
5. Bukan suatu hal yang baku, dapat bervariasi tergantung kondisi daerah/wilayah, latar belakang klien, dan jenis layanan medis/sosial yang tersedia.
6. Setiap orang yang diberi pelatihan khusus dapat menjadi seorang konselor.

Konseling HIV dianjurkan untuk keadaan berikut:

1. Orang yang sudah diketahui menderita AIDS atau terinfeksi HIV, dan keluarganya.
2. Mereka yang sedang dites untuk HIV (sebelum dan sesudah testing)
3. Mereka yang mencari pertolongan diakibatkan perilaku risiko yang lalu dan sekarang merencanakan masa depannya
4. Mereka yang tidak mencari pertolongan tetapi yang melakukan perilaku risiko tinggi (Nursalam, 2007).

Prioritas orang yang akan dapat konseling atau sasaran konseling, yaitu:

1. ODHA atau penderita penyakit lain yang berhubungan dengan infeksi HIV
2. Orang yang mempunyai masalah akibat infeksi HIV (pekerjaan, perumahan, keuangan, keluarga dll), sebagai akibat infeksi HIV
3. Orang yang sedang dites untuk HIV
4. Orang yang telah dites untuk HIV (Terinfeksi atau tidak)
5. Keluarga dan teman dari orang yang terinfeksi HIV

6. Orang yang khawatir bahwa mereka terinfeksi HIV
7. Petugas kesehatan dan tenaga ahli lain yang berhubungan teratur dengan orang yang terinfeksi HIV
8. Orang yang memilih untuk tidak dites tetapi perilaku risiko tinggi
9. Orang yang tidak sadar akan risiko infeksi HIV yang terlibat dalam perilaku khusus yang mereka peroleh (Patola, 2005).

Yang menjadi petugas konseling:

Selain dokter, perawat, psikoterapis dan pekerja sosial, orang lain dapat dianjurkan dan dilatih untuk memberikan dukungan konseling. Petugas konseling tidak perlu petugas kesehatan yang ahli. Guru, penyuluh kesehatan, petugas laboratorium, pemuka agama dan masyarakat, kelompok kerja muda, dukun tradisional, dan anggota kelompok dapat menolong anggota tentang konseling pencegahan maupun konseling dukungannya. Pada dasarnya adalah mereka yang masih mempunyai ruang untuk orang lain dalam dirinya (Nursalam, 2007).

Jenis konseling HIV AIDS

1. Konseling prates
2. konseling pasca tes
3. Konseling Adherence ARV
4. Konseling keluarga
5. Konseling berkelanjutan
6. Konseling pada mereka yang menghadapi kematian.

2.2.4 Tahap-tahap VCT

Menurut Nursalam (2007), tahap-tahap VCT yaitu:

1. Sebelum diteksi HIV (prekonseling)

Disebut juga konseling pencegahan AIDS. Dua hal yang penting dalam konseling ini yaitu aplikasi perilaku klien berisiko tinggi dan apakah klien mengetahui AIDS dengan benar.

Apabila perilaku klien tidak berisiko, biasanya setelah mengetahui dengan benar bagaimana cara AIDS: menular, klien akan membatalkan pemeriksaan, konselor harus lebih berhati-hati pada klien dengan perilaku berisiko tinggi karena harus diteruskan dengan rinci akibat yang akan timbul apabila hasil tes sudah keluar.

Hal yang perlu ditanyakan oleh konselor yaitu ada tidaknya sumber dukungan moral dalam hidup klien yang dapat membantu dalam menunggu hasil tes dan dapat menerima hasil diagnosis apapun juga. Masa untuk menunggu hasil tes adalah masa yang paling berat itu apabila tidak ada seorangpun sebagai pendukung moral maka konselor diharapkan dapat bertindak sebagai keluarga.

Tujuan konseling pra tes HIV AIDS adalah:

- a. Klien memahami benar kegunaan tes HIV
- b. Klien dapat menilai risiko dan mengerti persoalan dirinya
- c. Ansietas klien menurun
- d. Klien dapat membuat rencana penyesuaian diri dalam kehidupannya

- e. Klien memilih dan memahami apakah ia akan melakukan tes darah HIV AIDS atau tidak.

Lima prinsip praktis konseling prates HIV

Ada lima prinsip praktis yang biasa dilakukan saat konseling pra-tes HIV.

Lima prinsip praktis tersebut diuraikan secara singkat di bawah ini, (Nursalam, 2007):

a. Motif dari uji HIV AIDS

Klien secara sukarela dan secara paksa mempunyai perasaan yang berbeda dalam menghadapi segala kemungkinan, baik prates atau pasca tes.

b. Interpretasi hasil pemeriksaan

1. Uji saring atau skreening dan tes konfirmasi
2. Asimptomatik atau simptom nyata (*Full blown Syntomp*)
3. Tidak dapat disembuhkan (HIV) akan tetapi dapat diobati (infeksi sekunder)

c. Estimasi hasil

1. Pengkajian risiko bukan hasil yang diharapkan
2. Masa jendela

d. Rencana ketika hasil diperoleh

Apa yang dilakukan ketika mengetahui hasil pemeriksaan positif atau negatif

e. Pembuatan keputusan

Klien dapat memutuskan untuk mau dan tidak mau diambil darahnya guna dites HIV.

Rendahnya permintaan terhadap pelayanan konseling dan test disebabkan karena:

- a. Percaya bahwa tidak ada yang dapat dilakukan untuk orang dengan HIV dan bahwa mengetahui status HIV tidak akan meningkatkan pengobatannya.
- b. Takut dan cemas, jika mereka tahu bahwa mereka memiliki HIV, mereka akan jatuh sakit dan mati lebih cepat akibat ketakutan dan kecemasan.
- c. Prihatin dengan kerahasiaan, atau takut dilihat saat mengunjungi pusat konseling dan testing.
- d. Percaya bahwa tidak ada alasan untuk khawatir, misalnya karena mereka tidak sakit atau baru saja memiliki bayi sehat
- e. Takut dan cemas diberitahu bahwa terinfeksi HIV dan harus menghadapi hal-hal berkaitan dengan infeksi tersebut.
- f. Lebih suka mengatsi gejala-gajala yang berkaitan dengan HIV dengan mempercayai bahwa hal tersebut disebabkan oleh penyakit selain infeksi HIV
- g. Tidak punya uang untuk membayar testing dan konseling, bila pelayanan tersebut dikenakan biaya, terutama remaja yang tidak memiliki uang sendiri.

2. Deteksi HIV (sesuai keinginan klien dan setelah klien memberikan lembar persetujuan)

Tes HIV adalah sebagai tes darah yang digunakan untuk memastikan apakah seseorang sudah positif terinfeksi HIV atau tidak, yaitu dengan cara mendeteksi adanya antibody HIV di dalam sampel darahnya (Nursalam, 2007).

Hal ini perlu dilakukan setidaknya agar seseorang biasa mengetahui secara pasti status kesehatan dirinya, terutama menyangkut risiko dari perilakunya selama ini.

Tes HIV harus bersifat:

1. **Sukarela:** Bahwa seseorang yang akan melakukan tes HIV haruslah berdasarkan atas kesadarannya sendiri, bukan atas paksaan /tekanan orang lain ini juga berarti bahwa dirinya setuju untuk dites setelah mengetahui hal-hal apa saja yang tercakup dalam test itu, apa keuntungan dan kerugian dari testing, serta apa saja yang tercakup dalam test itu, apa keuntungan dan kerugian dari testing, serta apa saja implikasi dari hasil positif ataupun hasil (-).
2. **Rahasia:** Apapun hasil tes ini (baik positif maupun negatif) hasilnya boleh diberitahu langsung kepada orang yang bersangkutan.

Tidak boleh diwakilkan kepada siapapun, baik orang tua/pasangan, atasan atau siapapun.

Adapun komponen deteksi HIV AIDS sebagai berikut (Nursalam, 2007):

a. Diagnostik

1. Mengetahui adanya tes HIV sedini mungkin sangat penting karena pengobatan dan pencegahan penularan secara dini akan memberikan hasil yang paling baik.
2. Serokonversi: istilah ini berhubungan dengan waktu saat tubuh mulai memproduksi antibodi terhadap virus. Umumnya antibodi akan terbentuk dalam 3 samapi 6 bulan setelah infeksi/ waktu anantara masuknya HIV ke dalam tubuh dengan terbentuknya antibodi dalam jumlah yang cukup untuk dideteksi oleh tes HIV atau disebut masa jendela. Hal ini yang menyebabkan mengapa tes yang negatif pada pemeriksaan yang pertama perlu diulang 3 bulan kemudian.
3. Pemeriksaan antibodi terhadap virus untuk mengetahui adanya infeksi dilakukan dengan cara *ELISA* dan *Western Bolt*. Pemeriksaan *Western Bolt* saat ini jarang digunakan karena biayanya yang mahal dan 2 atau 3 kali pemeriksaan *ELISA* ditemukan akurasi yang yang tidak berbeda dengan *Western Bolt*.
4. Pemeriksaan antigen Virus (p24) merupakan pemeriksaan yang lebih spesifik, biasanya dipergunakan untuk tes darah donor dinegara maju. Pemeriksaan ini juga penting untuk : mengetahui infeksi dini HIV, skrinning darah, mendiagnosis infeksi pada bayi baru lahir, dan memonitor pengobatan ARV. Kelemahan utama adalah kurang sensitif untuk tes darah karena jumlag antigen yang

rendah dalam darah dan antigenemia (Antigen yang tinggi) terjadi hanya bersifat sementara pada fase infeksi yang berbeda-beda.

b. Monitoring

1. pemeriksaan monitoring perlu dilakukan untuk mengetahui keadaan penyakit (progresivitas) dan hasil pengobatan
2. *Viral load* adalah istilah yang dipergunakan untuk menunjukkan jumlah virus dalam darah yang diukur melalui pemeriksaan sampel darah.

hasil pemeriksaan merupakan tingkat aktivitas virus. Aktivitas virus yang lebih tinggi akan mengakibatkan *viral load* yang lebih tinggi pula, dan berarti semakin berat kerusakan yang ditimbulkan terhadap sistem imun.

3. Jenis pemeriksaan *viral load* ada tiga jenis yang sekarang umum dipergunakan, yaitu: Q-PCR (*Quantitatif polymerase chain reaction*). bDNA (*Branched chain DNA, atau Quantiplex*) dan NASBA (*Nucleic Acid Sequencing-based amplification*). Q-PCR dikenal dengan amplicor HIV-1 monitor test, dibuat oleh Roche Molecular system. Sedangkan bDNA dibuat oleh Bayer, dan NASBA dibuat oleh Organon Teknika. Q-PCR paling sensitif untuk mendeteksi jumlah virus yang sangat rendah dalam darah, sedangkan pemeriksaan dengan bDNA paling akurat untuk menentukan jumlah Virus yang tinggi. bDNA memerlukan 2 ml

(kira-kira setengah sendok teh), NASB dan Q-PCR masing-masing memerlukan hanya 100 dan 200 µl.

4. Pemeriksaan CD4/sel T4 (T4-cell/CD4 count): sebelum pemeriksaan viral load, biasanya dilakukan pemeriksaan CD4 count untuk menghitung jumlah sel CD4. tes ini masih tetap penting dan dipergunakan bersama-sama dengan pemeriksaan viral load.
5. CD4 Count menggambarkan kesehatan sistem imun pada saat dan seberapa besar kerusakan sistem imun yang telah terjadi. Viral load menggambarkan aktivitas virus saat itu dan kemungkinan kerusakan sistem imun yang akan terjadi.
6. Penggunaan pemeriksaan viral load dan CD4
Pemeriksaan viral load dan CD4, dilakukan bersama-sama, dapat dipergunakan untuk menentukan: kapan pengobatan dimulai, apakah pengobatan yang dilakukan berhasil atau harus diganti dengan obat lain, apakah perlu obat pencegahan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi oportunistik
7. Presentasi CD4 terhadap jumlah limfosit dan rasio CD4/CD8 merupakan indikator yang baik untuk menunjukkan perkembangan penyakit.

3. Pasca Konseling : Konseling Setelah Deteksi HIV

Yaitu konseling yang harus diberikan setelah hasil tes diketahui, baik hasilnya positif maupun negatif, konseling post test sangat penting untuk membantu mereka yang hasilnya HIV (+) agar dapat mengetahui

cara menghindari penularan pada orang lain, serta untuk bisa mengatasinya dan menjalani hidup secara positif. Bagi mereka yang hasilnya HIV negatif, konseling post tes bermanfaat untuk membantu tentang cara-cara mencegah infeksi HIV di masa mendatang

Tujuan konseling pasca tes

Hasil negatif:

- a. Klien memahami periode jendela
- b. Klien membuat keputusan akan tes ulang atau tidak, kapan waktu untuk mengulang.
- c. Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi risiko melalui perilakunya.

Hasil positif:

- a. Klien memahami dan menerima hasil tes secara tepat
- b. Klien dapat menurunkan masalah psikologis dan emosi karena hasil tes
- c. Klien dapat menyesuaikan kondisi dirinya dengan infeksi dan menyusun pemecahan masalah serta dapat menikmati hidup
- d. Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi risiko melalui perilakunya.

Jenis test untuk medeteksi HIV:

Jenis tes yang biasa digunakan untuk mendeteksi seseorang terinfeksi HIV AIDS adalah dengan menggunakan tes *ELISA Latex Agglutination* dan *Western Blot*. Apabila tes *ELISA* atau *Latex Agglutination* menunjukkan

bahwa klien terinfeksi HIV, maka hasilnya perlu dikonfirmasi lagi dengan tes *Western Blot* sebelum klien benar-benar dipastikan positif terinfeksi HIV.

Tes juga dapat dilaksanakan untuk menguji antigen HIV, yaitu tes antigen P24 atau PCR (*Polymerase Chain Reaction*). PCR ini hanya dipakai untuk penelitian pada kasus-kasus yang sulit dideteksi dengan tes antibodi, misalnya untuk tes pada bayi yang lahir dari ibu yang positif terinfeksi HIV dan kasus-kasus yang diperlukan masih berada dalam periode jendela. Periode jendela adalah tenggang waktu antara masuknya HIV ke dalam tubuh seseorang dan munculnya antibodi terhadap HIV, waktunya biasanya antara 1 sampai 6 bulan. Selama periode tersebut seseorang yang sudah terinfeksi HIV masih menunjukkan hasil tes yang negatif.

Yang terpenting adalah bahwa pelayanan VCT harus dilakukan oleh petugas yang sangat terlatih dan berkualitas tinggi dalam melakukan konseling dan deteksi HIV. Hal ini penting mengingat terinfeksi seseorang dengan HIV/AIDS akan berdampak pada kehidupan pada penderitanya dan orang-orang yang berinteraksi dengannya (Nursalam, 2007).

2.3 Konsep HIV/AIDS

2.3.1 Definisi virus HIV

Virus HIV adalah retrovirus yang termasuk golongan virus RNA yaitu virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik.

Sebagai retrovirus, HIV memiliki sifat khas karena memiliki enzim *reverse transkriptase*, yaitu enzim yang memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA kedalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV. HIV dapat ditemukan diisolasi sel limfosit T, limfosit B, sel makrofag (di otak dan paru) dan berbagai cairan tubuh. Akan tetapi sampai saat ini hanya darah dan air mani yang jelas terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang mampu menularkan HIV dari bayi ke ibunya. Sistem imun manusia adalah sangat kompleks dan memiliki kaitan yang rumit antara berbagai jaringan dan sel dalam tubuh. Kerusakan pada salah satu komponen sistem imun akan mempengaruhi sistem imun secara keseluruhan terutama apabila komponen tersebut adalah komponen yang menentukan fungsi-fungsi komponen lainnya.

Pada AIDS komponen yang diserang adalah limfosit T helper yang memiliki reseptor CD4 di permukaannya. Terdapat banyak fungsi penting limfosit T helper antara lain menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi. Oleh karena itu pada pasien AIDS terdapat kelainan pada fungsi limfosit T, limfosit B, monosit, makrofag, dan sebagainya.

2.3.2 Patofisiologi infeksi HIV

Perjalanan infeksi HIV, jumlah limfosit T-CD4, jumlah virus, dan gejala klinis melalui 3 fase (Nasronudin,2007).

1. Fase infeksi akut

Setelah HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus-virus baru (Virion) jumlahnya berjuta-juta virion. Viremia dari begitu banyak Virion tersebut memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala yang mirip sindrom semacam flu yang juga mirip dengan infeksi mononukleosa. Diperkirakan bahwa sekitar 50 % sampai 70 % orang yang terinfeksi HIV mengalami sindrom infeksi akut selama 3- 6 minggu setelah terinfeksi virus dengan gejala umum yaitu demam, faringitis, limfadenopati, aralgia, mialgia, letargi malaise, nyeri kepala, mual, muntah, anoreksia, penurunan berat badan. HIV juga sering menimbulkan kelainanan pada sistem syaraf meskipun paparan HIV terjadi pada stadium infeksi masih awal, misalnya penyebab meningitis, ensefalitis, neuropati perifer, dan mielopati. Gejala pada dermatologi yaitu ruam makropopuler, eritematosa, dan ulkus mukokutan. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T dramatis dan kemudian terjadi kenaikan limfosit T karena mulai terjadi respon imun. Jumlah limfosit T pada fase ini masih diatas 500 sel/mm³ dan kemudian mengalami penurunan setelah 6 minggu terinfeksi HIV.

2. Fase infeksi laten

Pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam sel dendritik folikuler (SDF) di pusat germinativum kelenjar limfe menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang, dan mulai memasuki fase laten. Pada fase ini jarang ditemukan virion di plasma sehingga jumlah virion di plasma menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe sehingga penurunan limfosit terus terjadi walaupun virion di plasma jumlahnya sedikit. Pada fase ini jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga sekitar 500 sampai 200 sel/mm³, meskipun terjadi setelah serokonversi positif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (asintomatis). Beberapa pasien terdapat sarkoma kaposi's, herpes simpleks, sinusitis bakterial, herpes Zoster, dan Pnemonia yang biasanya berlangsung tidak terlalu lama. Fase ini berlangsung rerata sekitar 8-10 tahun (dapat 3-13 tahun) setelah terinfeksi HIV. Pada tahun kedelapan setelah terinfeksi HIV akan muncul gejala klinis yaitu demam, banyak berkeringat pada malam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10 %, diare, lesi pada mukosa dan kulit berulang, penyakit infeksi kulit berulang, gejala ini merupakan tanda awal munculnya infeksi oportunistik.

3. Fase infeksi kronis

Selama berlangsungnya fase ini, di dalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus, fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun atau bahkan hilang dan virus dicurahkan ke dalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan di dalam sirkulasi sistemik.

Respon imun tidak mampu merendam jumlah virion yang berlebihan tersebut. Limfosit semakin tertekan karena intervensi HIV yang semakin banyak. Terjadi penurunan jumlah limfosit T-CD4 hingga di bawah 200 sel/mm³. Penurunan limfosit T ini mengakibatkan sistem imun menurun dan pasien semakin rentan terhadap berbagai macam penyakit infeksi sekunder. Perjalanan penyakit semakin progresif yang mendorong ke arah AIDS. Infeksi sekunder yang sering menyertai adalah pnemonia yang disebabkan pnemocyitis carinii, tuberculosis, sepsis, toksoplasmosis ensefalitis, diare akibat kriptosporidiasis, infeksi virus sitomegalivirus, infeksi virus herpes, kandidiasis esofagus, kandidiasis trakhea, kandidiasis bronkhus, atau paru serta infeksi jamur jenis lainnya misalnya histoplasmosis, koksidiomokosis. Kadang-kadang juga ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker getah bening dan kanker sarkoma kaposi's.

Selain 3 fase tersebut ada periode fase jendela yaitu periode dimana pemeriksaan tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif walaupun virus sudah ada dalam darah pasien dengan jumlah yang banyak. Antibodi yang terbentuk belum cukup terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium kadarnya belum memadai. Antibodi terhadap HIV biasanya muncul dalam 3-6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Periode jendela sangat penting diperhatikan karena pada periode jendela ini pasien sudah mampu dan potensial menularkan HIV kepada orang lain.

2.3.3 Klasifikasi gejala

Klasifikasi menurut CDC

CDC mengklasifikasikan HIV AIDS pada remaja (> 13 tahun dan dewasa) berdasarkan dua sistem, yaitu dengan melihat jumlah supresi kekebalan tubuh yang dialami pasien serta stadium klinis. Jumlah supresi kekebalan tubuh ditunjukkan oleh limfosit CD4. Sistem ini didasarkan pada tiga kisaran CD4 dan tiga kategori klinis, yaitu:

- a. Kategori 1 : ≥ 500 sel/ μ l
- b. Kategori 2 : 200-499 sel/ μ l
- c. Kategori 3 : < 200 sel/ μ l

Klasifikasi menurut WHO

WHO mengklasifikasikan HIV AIDS menjadi klasifikasi laboratorium dan klinis

- a. Klasifikasi laboratorium

Tabel 2.1 Klasifikasi Laboratorium menurut WHO

Limfosit	CD4/mm ³	Stadium klinis 1: Asimtomatik	Stadium klinis 2 : awal	Stadium klinis 3 : Intermediate	Stadium klinis 4: Lanjut
>2000	> 500	1A	2A	3A	4A
1000-2000	200-500	1B	2B	3B	4B
<1000	<200	1C	2C	3C	4C

Sumber: Depkes RI, 2003 dikutip Nursalam, 2007

- b. Klasifikasi klinis

Tabel 2.2 Klasifikasi Klinis HIV pada Orang Dewasa Menurut WHO

Stadium	Skala aktivitas Gambaran Klinis
I	Asimptomatik, aktivitas normal a. Asimptomatik

	b. Limfadenopati generalisata
II	Simptomatik, aktivitas normal a. Berat badan menurun < 10 % b. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, dan khelitis angularis c. <i>Herpes Zoster</i> dalam lima tahun terakhir d. Infeksi saluran nafas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis
III	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari 50 % a. Berat badan menurun > 10% b. Diare ksonis yang berlangsung lebih dari 1 bulan c. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan d. Kandidiasis orofaringeal e. <i>Oral hairy</i> leukoplakia f. TB paru dalam tahun terakhir g. Infeksi bakterial yang berat seperti pnemonia dan piomiositosis
IV	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50 % a. HIV wasting syndrome seperti yang didefinisikan oleh CDC b. Pnemonia <i>pneumocytis carinii</i> c. Toksoplasmosis otak d. Diare kriptosporidiasis lebih dari 1 bulan e. Kriptokokosis ekstrapulmonal f. Retinitis virus sitomegalo g. <i>Herpes simpleks</i> mukokutan > 1 bulan h. Leukoensefalopati multifokal progresif i. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis j. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus, dan paru k. Mikrobakteriosis atipikal diseminata l. Septisemia salmonellosis nontifoid m. Tuberkulosis di luar paru n. Limfoma o. Sarkoma kaposi p. Ensefalopati HIV

Sumber: Depkes RI, 2003 dikutip Nursalam, 2007

2.3.4 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh host akibat intervensi HIV (Nasronudin, 2007). Manifestasi gejala dan tanda dapat dibagi menjadi 4 tahap (Nasronudin, 2007):

1. Tahap infeksi akut

Sebanyak 30-60% penderita mengalami gejala tidak khas (mirip dengan influenza, timbul dalam 6 minggu pertama, berupa demam, rasa letih, sakit pada otot dan sendi, sakit menelan, dan pembesaran kelenjar getah bening. Ada juga yang disertai gejala radang selaput otak (meningitis spesifik) berupa demam, sakit kepala, kejang-kejang dan kelumpuhan syaraf otak. Gejala infeksi akut HIV biasanya sembuh sendiri.

2. Tahap Asimtomatik (tanpa gejala)

Pada tahap ini gejala dan keluhan hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada saat ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler. Pada tahap ini aktivitas penderita masih normal.

3. Tahap simtomatik

Pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan gradasi sedang sampai berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10 %. Pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada sluran nafas bagian atas maupun penderita dapat melakukan aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak di tempat tidur meskipun kurang 12 jam sehari selama sebulan terakhir.

4. Tahap lanjut AIDS

Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih 10 %, diare yang lebih dari satu bulan , panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari

satu bulan, kandidiasis oral, oral hairy leukoplakia, tuberkulosis paru dan pneumonia bakteri. Penderita berbaring di tempat tidur lebih dari 12 jam sehari selama sebulan terakhir. Penderita diserbu berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplasmosis otak, diare, akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esophagus, trakca, bronkus atau paru serta infeksi jamur yang lain misalnya histoplasmosis, koksidiomikosis. Dapat juga ditemukan beberapa jenis malignansi, termasuk keganasan kelemjar getah bening dan sarkoma kaposi.

2.3.5 Cara Penularan HIV

Cairan tubuh yang dapat mengandung HIV yakni : air mani, darah, cairan vagina, air susu ibu, 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 ialah melalui hubungan seksual, darah dan secara perinatal, yakni dari ibu dan bayi yang dikandungnya. Tidak ada bukti bahwa HIV AIDS ditularkan melalui kontak sosial. AIDS tidak ditularkan melalui hidup serumah dengan penderita, berjabat tangan, berpelukan, penderita AIDS bersin atau batuk didekat kita, berciuman pipi, melalui alat makan atau minum, gigitan nyamuk atau serangga lain, berenang bersama di kolam renang menggunakan WC bersama. Juga tidak ditularkan melalui menonton bioskop, memakai telepon umum, tempat kerja dan sekolah. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang merawat orang dengan HIV AIDS tidak termasuk dalam kelompok

risiko tinggi untuk tertular HIV, khususnya bila mereka menerapkan prosedur baku kewaspadaan universal ini harus diterapkan secara umum, yang berarti bahwa, semua darah atau cairan tubuh setiap penderita harus dianggap dapat menularkan HIV (atau kuman-kuman penyakit yang terdapat dalam darah) (Depkes RI, 2002).

1. Penularan melalui hubungan seksual

Beberapa aktivitas seksual memberikan risiko penularan HIV yang berbeda-beda, berdasarkan urutan atau grade kemungkinan risiko penularan HIV dari yang tertinggi sampai yang terendah pada berbagai aktivitas seksual adalah sebagai berikut:

- a. Hubungan seksual lewat dubur
- b. Hubungan seksual lewat liang vagina
- c. Kontak dengan menggunakan mulut
- d. Ciuman mulut dengan mulut
- e. Hubungan seksual tanpa menggunakan kondom

2. Penularan melalui darah dan cairan tubuh lainnya.

- a. transmisi melalui transfuse darah atau produk darah dan organ jaringan tubuh
- b. Penularan melalui alat suntik atau alat medis lain yang tidak steril, pada kelompok pengguna narkotika, psikotropika dan zat adiktif dan yang menggunakan alat suntik bergantian atau bersama / tidak steril.
- c. Penularan secara perinatal

d. Ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat menularkan kepada bayi yang dikandungnya. Penularan dari ibu ke bayi terutama terjadi sewaktu proses persalinan. Pada proses persalinan terjadi kontak antara ibu dan bayi sehingga virus HIV dapat masuk ke tubuh bayi. Bayi juga dapat tertular dari ibu sewaktu masih dalam kandungan, atau tertular melalui ASI, walaupun kedua cara penularan yang terakhir kecil kemungkinannya. Atas dasar penularan melalui ASI tersebut maka dianjurkan agar ibu dengan infeksi HIV tidak menyusui bayinya, dan diganti dengan susu pengganti ASI. Frekuensi penularan dari ibu ke janin/bayi diperkirakan 20-40% (Depkes RI, 2002).

2.3.6 Pencegahan HIV AIDS

1. Hindari hubungan seks dengan berganti-ganti pasangan
2. Bila anda berhubungan seks dengan seseorang yang anda tidak tahu pasti status kesehatannya, gunakanlah kondom, juga bila anda menggunakan hubungan seks oral
3. Tidak ada salahnya untuk menolak berhubungan seks dengan seseorang bila anda tahu dia telah terinfeksi HIV
4. Memilih kondom dengan kualitas yang baik
5. Ingatlah selalu untuk tidak memakai jarum suntik/alat tusuk lainnya bersamaan dari orang lain tanpa sterilisasi
6. Bila berhubungan dengan petugas kesehatan (dokter, perawat, bidan) harus menggunakan alat suntik yang sekali pakai.

7. Bila menjalani transfusi, pastikanlah bahwa darah tersebut telah lolos test HIV dari laboratorium (Patola, 2005).

2.3.7 Perawatan HIV AIDS

Perawatan komprehensif melibatkan suatu jejaring kerja diantara semua sumber daya yang ada dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan holistic, komprehensif dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya. Perawatan komprehensif tersebut meliputi pula perawatan dirumah sakit dan perawatan dirumah selama perjalanan penyakit. Sebelum diputuskan untuk memberikan perawatan komprehensif perlu dipertimbangkan beberapa hal antara lain sumber daya yang memadai yaitu dukungan dana, bahan dan alat, sumber daya manusia, baik dari pihak pemerintah maupun masyarakat serta jalinan kerja sama yang baik diantara mereka. Perawatan tersebut meliputi tatalaksana klinis, perawatan pasien sevara langsung, pendidikan, pencegahan, konseling, perawatan paliatif dan dukungan social (Patola, 2005).

2.4 Konsep dasar cemas

2.4.1 Pengertian kecemasan

Kecemasan merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Realitas testing ability* atau RTA, masih baik) kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian atau *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu

tetapi masih dalam batas normal (Hawari D, 2005). Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan, dan perasaan terisolasi (Hudak & Gallo, 1997).

Kecemasan tidak terikat pada suatu benda / keadaan akan tetapi mengambang bebas. Bila kecemasan hebat sekali mungkin terjadi gangguan psikologis yang lebih parah yaitu panik. Orang itu menjadi berbahaya dengan sikap yang agresif dan mengancam (Maramis, 2004)

Kecemasan adalah respon psikologik terhadap stres yang mengandung komponen psikologik dan fisiologik. Perasaan takut atau tidak tenang yang sumbernya tidak dikenali (Barbara C Long, 1996).

Sedangkan menurut Carpenito (2000), kecemasan timbul pada saat individu atau kelompok mengalami perasaan sulit atau ketakutan dan adanya aktivitas sistem syaraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan serta ancaman yang spesifik.

Kecemasan dapat menimbulkan adanya perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya sering mengaktifkan syaraf otonom dimana detak jantung menjadi bertambah dan secara umum mengurangi tingkat energi pada klien, sehingga dapat merugikan individu itu sendiri (Rothrock, 1999).

2.4.2 Faktor Penyebab Kecemasan

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan, antara lain teori psikodinamika, teori interpersonal, teori perilaku, teori kognitif, teori humanistik serta teori biologis

1. Teori Psikodinamika

Konflik tak sadar yang terjadi akibat keinginan dan hasrat yang ditekan dapat menimbulkan rasa bersalah dan malu sehingga menyebabkan kecemasan. Kecemasan mengancam ego, dan mekanisme *defensif protetik* digunakan untuk berespon terhadap ancaman ini (Issac A, 2005)

2. Teori Interspersonal

Menurut pandangan interpersonal, hubungan interpersonal ini secara langsung mempengaruhi perkembangan konsep diri dan harga diri. Individu dengan konsep diri yang buruk dan harga diri rendah lebih rentan terhadap kecemasan dan gangguan yang berhubungan dengan kecemasan (Stuart & Sndeen, 2007)

3. Teori Perilaku

Menurut pandangan perilaku kecemasan merupakan produk frustrasi, yaitu sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dengan kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. (Stuart & Sndeen, 2007).

Menurut Davinson (2004) yang dikutip oleh Ardhiana p. (2007), kecemasan diperoleh dari modeling dimana seseorang mengobservasi orang lain yang bereaksi penuh ketakutan terhadap suatu stimulus dan mendengar atau membaca bahwa suatu stimulus tersebut menakutkan.

bukan melalui pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap obyek atau situasi yang ditakuti. Hal ini disebut *vicourus learning* dan *vicourus verbal*. Kecemasan diperoleh dari proses belajar, terutama melalui conditioning dan belajar observasional.

4. Teori Kognitif

Perasaan subyektif terhadap kecemasan secara langsung berkaitan dengan pikiran individu tersebut tentang dirinya sendiri, masa depannya, dan dunia. Kognitif yang salah dapat menyebabkan kesalahan persepsi tentang makna berbagai hal yang terjadi (Issac A, 2005).

5. Teori Humanistik

Kecemasan berkaitan dengan hilangnya arti dalam kehidupan seseorang (Issac A, 2005)

6. Teori Biologis

Kajian biologis menunjukkan otak mengandung reseptor khusus untuk Benzodiazepin. Respon ini memungkinkan membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam amino *butyric-gamma neuoregulator* (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai faktor predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor. (Stuart & sundeen, 2007).

Sumber kecemasan yang bersifat internal berasal dari dalam diri individu, tidak memiliki keyakinan akan kemampuan diri dapat menimbulkan kecemasan. Sedangkan sumber kecemasan yang bersifat eksternal berasal dari lingkungan. Perubahan yang terjadi pada lingkungan terjadi secara cepat dapat menimbulkan rasa ketidaknyamanan dalam diri individu, hal inilah yang dapat memicu timbulnya kecemasan.

Faktor penyebab timbulnya kecemasan menurut Collins dalam Susabda (1983) yang dikutip oleh Sangiwa (2005) bahwa kecemasan timbul karena adanya:

1. *Threat* (Ancaman) baik ancaman terhadap tubuh, jiwa atau psikisnya (seperti kehilangan kemerdekaan, kehilangan arti kehidupan) maupun ancaman terhadap eksistensinya (seperti kehilangan hak).
2. *Conflik* (Pertentangan) yaitu karena adanya dua keinginan yang keadaannya bertolak belakang, hampir setiap dua konflik, dua alternatif atau lebih yang masing-masing yang mempunyai ifat approach dan avoidance.
3. *Fear* (Ketakutan) kecemasan sering timbul karena ketakutan akan sesuatu, ketakutan akan kegagalan menimbulkan kecemasan, misalnya ketakutan akan kegagalan dalam menghadapi ujian atau ketakutan akan penolakan menimbulkan kecemasan setiap kali harus berhadapan dengan orang baru.

4. *Unfulled Need* (Kebutuhan yang tidak terpenuhi) kebutuhan manusia begitu kompleks dan bila ia gagal untuk memenuhinya maka timbullah kecemasan.

Faktor-faktor penyebab kecemasan dapat digolongkan menjadi:

1. Faktor Kognitif. McMahan (1986) menyatakan bahwa kecemasan dapat timbul sebagai akibat dari antisipasi harapan akan situasi yang menakutkan dan pernah menimbulkan situasi yang menimbulkan rasa sakit, maka apabila ia dihadapkan pada peristiwa yang sama ia akan merasakan kecemasan sebagai reaksi atas adanya bahaya.
2. Faktor Lingkungan. Menurut Slavson (1987), salah satu penyebab munculnya kecemasan adalah dari hubungan-hubungan dan ditentukan langsung oleh kondisi-kondisi, adat-istiadat, dan nilai-nilai dalam masyarakat. Kecemasan dalam kadar terberat dirasakan sebagai akibat dari perubahan sosial yang amat cepat, dimana tanpa persiapan yang cukup, seseorang tiba-tiba saja sudah dilanda perubahan dan terbenam dalam situasi-situasi baru yang terus menerus berubah. Dimana perubahan ini merupakan peristiwa yang mengenai seluruh lingkungan kehidupan, maka seseorang akan sulit membebaskan dirinya dari pengalaman yang mencemaskan ini.
3. Faktor Proses Belajar. Menurut Mowrer (Goldstein & Krasner, 1988) kecemasan timbul sebagai akibat dari proses belajar. Manusia

mempelajari respon terhadap stimulus yang memperingatkan adanya peristiwa berbahaya dan menyakitkan yang akan segera terjadi.

Greenberger & Padesky (2004) menyatakan bahwa kecemasan berasal dari dua aspek, yakni aspek kognitif dan aspek kepanikan yang terjadi pada seseorang. diantaranya adalah :

1. Aspek kognitif, yang meliputi :

Kecemasan disertai dengan persepsi bahwa seseorang sedang berada dalam bahaya atau terancam atau rentan dalam hal tertentu, sehingga gejala fisik kecemasan membuat seseorang siap merespon bahaya atau ancaman yang menurutnya akan terjadi.

Ancaman tersebut bersifat fisik, mental atau sosial, diantaranya adalah:

- a. Ancaman fisik terjadi ketika seseorang percaya bahwa ia akan terluka secara fisik.
- b. Ancaman mental terjadi ketika sesuatu membuat khawatir bahwa dia akan menjadi gila atau hilang ingatan.
- c. Ancaman sosial terjadi ketika seseorang percaya bahwa ia akan ditolak, dipermalukan, merasa malu atau dikecewakan.

Persepsi ancaman berbeda-beda untuk setiap orang. Sebagian orang, karena pengalaman mereka bisa terancam dengan begitu mudahnya dan akan lebih sering cemas. Orang lain mungkin akan memiliki rasa aman dan keselamatan yang lebih besar. Tumbuh dilingkungan yang kacau dan tidak stabil bisa membuat seseorang menyimpulkan bahwa

dunia dan orang lain selalu berbahaya. Pemikiran tentang kecemasan berorientasi pada masa depan dan sering kali memprediksi malapetaka. Pemikiran tentang kecemasan sering dimulai dengan “Bagaimana kalau...” dan berakhir dengan hal yang kacau. Pemikiran tentang kecemasan juga sering meliputi citra tentang bahaya. Pemikiran-pemikiran ini semua adalah masa depan dan semuanya memprediksi hasil yang buruk.

2. Aspek kepanikan

Panik merupakan perasaan cemas atau takut yang ekstrem. Rasa panik terdiri atas kombinasi emosi dan gejala fisik yang berbeda. Seringkali rasa panik ditandai dengan adanya perubahan sensasi fisik atau mental, dalam diri seseorang yang menderita gangguan panik, terjadi lingkaran setan saat gejala-gejala fisik, emosi, dan pemikiran saling berinteraksi dan meningkat dengan cepat. Pemikiran ini menimbulkan ketakutan dan kecemasan serta merangsang keluarnya adrenalin. Pemikiran yang katastrofik dan reaksi fisik serta emosional yang lebih intens yang terjadi bisa menimbulkan dihindarinya aktivitas atau situasi saat kepanikan telah terjadi sebelumnya.

2.4.3 Respon kecemasan

Menurut Hawari D (2005), keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain:

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut pikiran sendiri, mudah tersinggung
- 2) Merasa tegang, tidak senang, gelisah, mudah terkejut

- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang
- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- 6) Keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, sesak nafas gangguan pencernaan, gangguan perkemihan dan sakit kepala.

2.4.4 Tingkat kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2007), kecemasan dibagi dalam empat tingkatan yaitu:

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Mampu menghadapi situasi yang bermasalah, dapat mengintegrasikan pengalaman masa lalu, saat ini dan yang akan datang. Perasaan relatif aman dan nyaman. Tanda-tanda vital normal, ketegangan otot minimal, pupil normal. Pada tingkat ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2. Kecemasan sedang

Pada kecemasan sedang persepsi sempit dan terfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah, kesulitan dalam berkonsentrasi, membutuhkan usaha yang lebih dalam belajar. Pandangan pengalaman saat ini berkaitan dengan masa lalu atau mungkin mengabaikan kejadian dalam situasi tertentu, kesulitan

dalam beradaptasi dan menganalisis TTV normal atau sedikit meningkat tremor

3. Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi orang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terkini dan spesifik serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Hampir tidak mengerti situasi yang dihadapi saat ini (Issac A, 2005). Tanda-tanda fisiologis TTV meningkat, ingin kencing, nafsu makan turun, pupil dilatasi, otot-otot tegang, pandangan menurun, serta sensasi nyeri meningkat.

4. Panik

Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan ketakutan dan tremor. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang pemikiran yang irasional seseorang mungkin menjadi pucat tekanan darah menurun, hipotensi koordinasi otot-otot lemah nyeri sensasi pendengaran minimal tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan dan berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang berlebihan bahkan kematian.

2.4.5 Penilaian tingkat kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang, apakah ringan, sedang atau berat terdapat beberapa alat ukur atau instrumen yang digunakan, salah satunya yaitu *Self- Rating Anxiety Scale* (William W.K.Zung, 1992) yang terdiri dari 20 item yang menunjukkan gejala dari keccemasan. Adapun hal-hal yang dinilai dalam alat ukur SAS ini adalah sebagai berikut :

1. Merasa lebih gelisah dan cemas daripada biasanya
2. Merasa takut tanpa alasan yang jelas
3. Merasa jengkel dan panik
4. Merasa putus asa dan hancur
5. Merasa semua tidak baik-baik saja dan ada hal buruk yang akan terjadi
6. Tangan dan kaki gemetaran
7. Merasa terganggu oleh sakit kepala, sakit leher dan punggung
8. Badan terasa lemah dan mudah lelah
9. Tidak merasa tenang dan tidak dapat duduk dengan tenang
10. Jantung berdegup kencang
11. Terganggu oleh rasa pusing
12. Terasa mau pingsan
13. Tidak dapat benapas dengan bebas dan lega
14. Merasa jari- jari tangan dan kaki mati dan rasa kesemutan
15. Merasa Terganggu oleh sakit perut atau masalah pencernaan

16. Sering buang air kecil
17. Tangan berkeringat dingin
18. Wajah terasa panas dan berkeringat
19. Tidak dapat tidur dengan nyenyak
20. Sering mimipi buruk

Penilaian tingkatan kecemasan:

1. 0 : Tidak ada cemas
2. 4-20 : Kecemasan ringan
3. 21-40 : Kecemasan sedang
4. 41-60 : Kecemasan berat
5. 61-80 : Kecemasan berat sekali atau panik

2.5 Konsep Dasar Perubahan dan perilaku

Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap (Notoatmodjo, 2007):

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Overt Behavior*).

a. Proses Adopsi perilaku

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoadmodjo (2007) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)

2. Tertarik (*Interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus

3. Evaluasi (*Evaluation*)

Menimbang- nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4. Mencoba (*Trial*)

Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.

5. Menerima (*Adaption*)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2007).

b. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling reudah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinsikan, menyatakan, dan sebagainya

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan bergizi.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk mengggunkan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai

aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Sintetis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau, menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintetis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap

Merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

Komponen-komponen sikap:

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok:

a. Kepercayaan (*keyakinan*), ide, dan konsep terhadap suatu objek

- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak

Berbagai tingkatan sikap:

- a. Menerima (*Receiving*)
- b. Merespon (*Responding*)
- c. Menghargai (*Valuing*)
- d. Bertanggung jawab (*Practice*)

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*).

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Praktik mempunyai beberapa tingkatan:

a. Persepsi (*Perseption*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama

b. Respon Terpimpin (*Guided Respon*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

c. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat dua.

d. *Adopsion (Adoption)*

Adopsion adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, beberapa hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2007).

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2007).

Perilaku

Perilaku menurut Skinner (1938) yang dikutip Notoatmodjo (2007) adalah hasil hubungan antara rangsangan atau stimulus dan tanggapan (*respons*). Ada dua jenis respon, yaitu *respondent respon* dan *operant respon*. *Respondent Respons* atau *responden respon* adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu. Perangsangan itu disebut juga *eliciting stimuli* menimbulkan respon yang bersifat **relatif tetap**.

Operant respon merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia, serta kemungkinannya untuk dimodifikasi sangat besar dan tak terbatas. Dengan dapat diartikan bahwa perilaku adalah respon seseorang terhadap rangsangan dari luar subyek dan memiliki dua macam bentuk respon, yakni bentuk pasif (respons internal) dan bentuk aktif (respons eksternal)

Perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, sikap dan bentuk tindakan nyata atau perbuatan. Ketiga bentuk perilaku itu dikembangkan berdasarkan tahapan tertentu yang dimulai dari pembentukan pengetahuan (ranah kognitif), yang dalam proses pendidikan kesehatan menjadi pola perilaku baru.

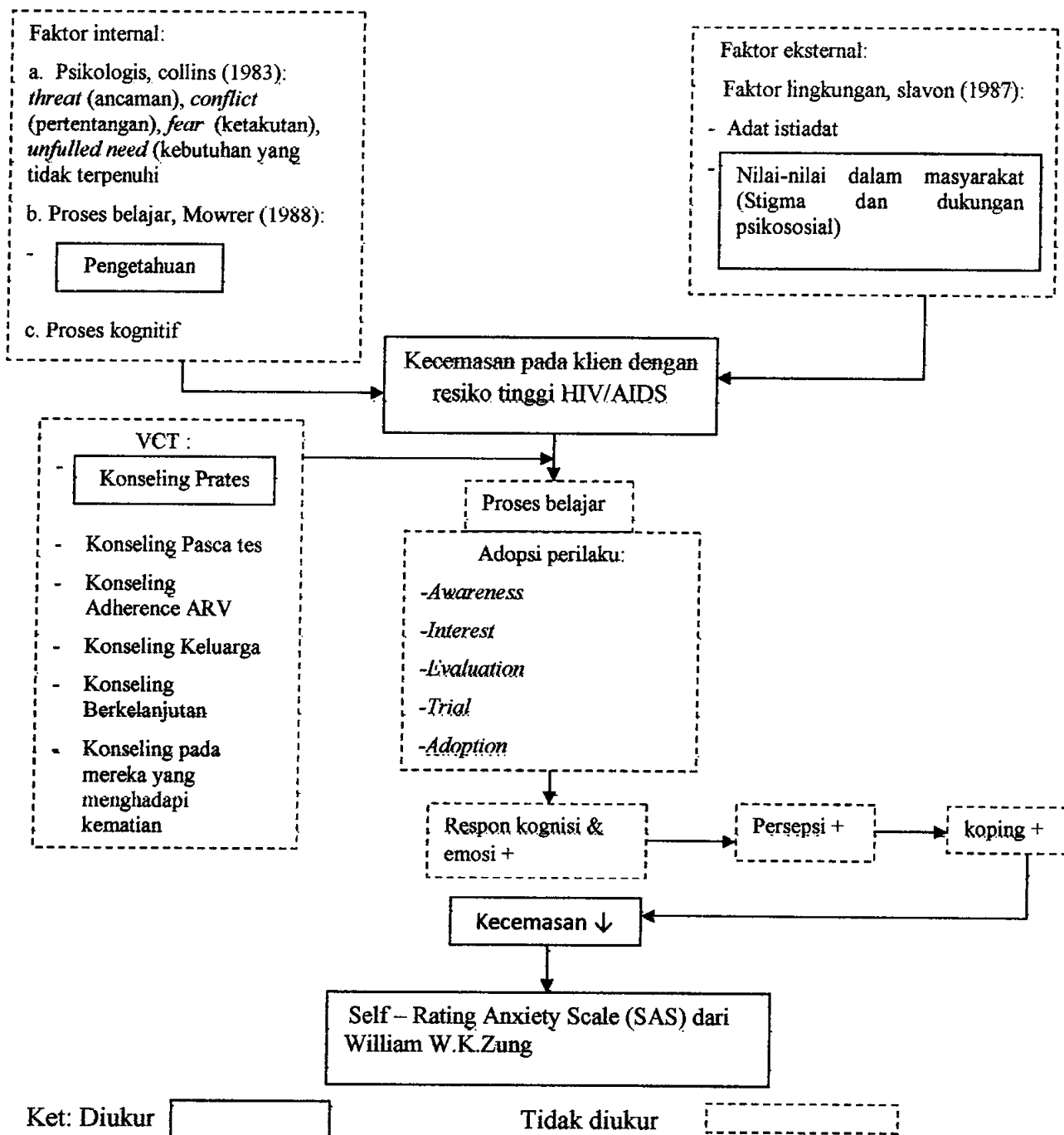
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh konseling (VCT) terhadap penurunan kecemasan pada klien dengan resiko tinggi HIV/AIDS.

Dari gambar 3.1. Dapat dijelaskan mekanisme pengaruh VCT khususnya pra-tes terhadap penurunan tingkat kecemasan. Pada klien Risiko tinggi HIV AIDS sebelum dilakukan tes HIV akan mengalami stres sehingga timbul kecemasan. Timbulnya kecemasan tersebut diakibatkan oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi; 1. Proses belajar (Mowrer, 1988) berupa pengetahuan terutama melalui *conditioning* dan belajar observasional (Puspitacandri, 2007), 2. Psikologis (Collins, 1983), Berupa: *Threat* (Ancaman) terhadap tubuh, jiwa atau psikisnya, *Conflik* (Pertentangan) yaitu karena adanya dua keinginan yang keadaannya bertolak belakang, *Fear* (Ketakutan) akan hasil yang membawanya dalam kondisi yang bahaya, *Unfulled Need* (Kebutuhan yang tidak terpenuhi), 3. Faktor kognitif. Sedangkan faktor eksternal, meliputi; psikososial (Slavon, 1987) yaitu adanya stigma dari masyarakat, adat-istiadat dan nilai-nilai dari masyarakat. Dengan konseling melalui proses belajar terjadi adopsi perilaku yang melewati lima tahap berdasarkan teori Roger (1974) yaitu *Awerness, interest, evaluation, trial dan adoption*, sehingga diharapkan klien dengan risiko tinggi HIV AIDS akan mempunyai respon kognisi dan emosi yang positif serta terjadi perubahan persepsi dari persepsi negatif menjadi positif. Dengan persepsi yang positif tersebut maka klien memiliki coping yang positif pula dan akhirnya tingkat kecemasannya dapat menurun. Kriteria penurunan tingkat kecemasan menggunakan *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) dari William W.K Zung (1992).

3.2 Hipotesis

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah ada pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Model penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan disajikan desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, besar sampel, teknik pengambilan sampel, variabel dan definisi operasional, instrumen penelitian, tempat dan waktu penelitian, prosedur pengambilan data serta analisisnya.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2008). Penelitian yang akan dilaksanakan merupakan action research tipe *Quasy eksperimental* dimana dalam rancangan ini, kelompok eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diawali dengan pre-tes, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali atau post-tes (Nursalam, 2008). Rancangan berusaha mencari pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS di R. PIPi Dr Soetomo.

	Pre-tes	VCT	post-tes
Kelompok perlakuan	OA1	X	OA2
Kelompok kontrol	OB1	-	OB2

Gambar 4.1 Desain Penelitian Pengaruh VCT (pra-tes) Terhadap Tingkat Kecemasan pada Klien dengan Risiko Tinggi HIV AIDS.

Keterangan :

- OA1 : Pre-tes tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan
- OB1 : Pre-tes tingkat kecemasan pada kelompok kontrol
- X : Intervensi VCT pada kelompok perlakuan
- : Tanpa VCT pada kelompok kontrol
- OA2 : Post-tes (observasi perubahan tingkat kecemasan kelompok perlakuan)
- OB2 : Post-tes (observasi perubahan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol)

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2006).

Populasi pada penelitian ini adalah klien resiko tinggi HIV AIDS. Jumlah populasinya ± 20 orang dari rata-rata tiap bulan klien resiko tinggi HIV AIDS yang berkunjung di R.PIPI RSU Dr Soetomo Surabaya selama setahun.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel : (1) Representatif, yaitu sampel yang dapat mewakili populasi yang ada. (2) sampel harus cukup banyak; sampel dalam penelitian ini yaitu Klien risiko tinggi HIV AIDS yang mengalami kecemasan.

Dalam pemilihan sampel, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum sbjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini adalah:
 - a. Klien dengan risiko tinggi HIV AIDS yang mengalami kecemasan berdasarkan *Self-Rating Anxiety Scale (SAS)*.
 - b. Dapat berkomunikasi dengan baik dan tidak mengalami penurunan kesadaran.
 - c. Usia klien antara 21-60 tahun
 - d. Tingkat pendidikan minimal SMP
 - e. Bersedia menjadi responden
2. Kriteria eksklusi
 - a. Pernah mengikuti konseling HIV sebelumnya

Besar sampel

Dalam penelitian ini besar sampel yang akan peneliti gunakan mengacu pada rumus:

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

Dimana:

n = jumlah sampel

N= jumlah populasi

d= Tingkat kesalahan yang dipilih (0,05)

Dengan pertimbangan jumlah klien risiko tinggi HIV AIDS yang berkunjung di R. PIPI Dr Soetomo Surabaya dalam kurun waktu 1 tahun rata-rata tiap bulan berjumlah 20 orang.

N= 20

$$n = \frac{20}{1 + 20 (0.05)^2} = 19$$

Dari perumusan besar sampel diatas, jumlah responden yang ada di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit infeksi RSU Dr Soetomo Surabaya yang sesuai dengan kriteria inklusi ± 19 orang maka jumlah sampel yang digunakan untuk kelompok perlakuan sebanyak 19 orang. Sedangkan kelompok kontrol diperoleh di UGD RSU Dr Soetomo Surabaya dengan jumlah yang sama dengan kelompok perlakuan yaitu 19 orang.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk mewakili populasi (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008) atau pengambilan sampling dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel yang lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2008). Variabel independent dalam penelitian ini adalah VCT (pra-tes) dan faktor-faktor penyebab kecemasan (tingkat pengetahuan & respon sosial).

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.

4.3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang didapat dan diukur (Nursalam, 2008).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi operasional	parameter	Alat ukur	Skala	skor
Variabel Independent: VCT pra tes (<i>Voluntary counseling and test</i>)	Teknik konseling yang bertujuan untuk membantu klien agar mampu mengambil keputusan untuk melakukan tes HIV secara sukarela tanpa kecemasan melalui pemberian informasi yang tidak memihak dan memberi dukungan emosi.	Dilakukan oleh konselor terlatih dalam: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjalin hubungan baik 2. Menilai risiko penularan HIV AIDS 3. Memberi informasi umum tentang HIV AIDS dan guna tes HIV 4. Memberi informasi umum tentang pengobatan yang tersedia 5. Memberi informasi tentang masa jendela 6. Memberi informasi tentang penurunan risiko penularan HIV 7. Memberitahu pasangan seandainya hasil tes (+) 8. Mengatur strategi dalam menghadapi tes HIV 			

<p>Tingkat pengetahuan</p>	<p>Hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Patola, 2005).</p>	<p>9. Membantu klien dalam membangun mekanisme koping Lamanya VCT (pra-tes) 30-60 menit, dilakukan sekali pada saat klien akan memeriksakan status HIVnya</p> <p>Klien memahami dan mampu mengemukakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi HIV/AIDS yang diberikan (Definisi, penyebab, cara penularan, dan pencegahannya), kuesioner no. 1, 2, 3, 4, 5, 2. Makna tes HIV kuesioner no. 6 	<p>Kuesioner berbentuk <i>dichotomy Question</i></p>	<p>Ordinal</p>	<p>Pertanyaan positif: ya = 1, tidak = 0 Pertanyaan negatif: ya = 0, tidak = 1 Klasifikasinya: 76-100 % = Baik 56-75 % = Cukup 40-55 % = Kurang < 40 % = Rendah</p>
<p>Respon sosial</p>	<p>Merupakan perubahan daya rasa yang bersifat spesifik dari seorang individu yang muncul karena adanya faktor-faktor sosial atau karena pengalaman pribadi yang bersifat sangat individual (Scholl, 2002).</p>	<p>Aspek interaksi sosial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interaksi keluarga - Interaksi teman dekat dan tetangga 	<p>Kuesioner berbentuk <i>dichotomy Question</i></p>	<p>Ordinal</p>	<p>Pernyataan positif no: 2 Pernyataan negatif no: 1,3,4,5,1; dengan ketentuan Pernyataan positif: ya = 1, tidak = 0 Pernyataan negatif: ya = 0, tidak = 1 Klasifikasinya: 76-100 % = Baik 56-75 % = Cukup</p>

<p>Variabel Dependen : tingkat kecemasan</p>	<p>Tingkat kekhawatiran atau kegelisahan pada sesuatu yang abstrak</p>	<p>Penilaian kecemasan dengan instrumen <i>Self-Rating Anxiety Scale (SAS)</i> yang terdiri dari 20 item pernyataan yang menggambarkan karakteristik gejala kecemasan: Gelisah(1), takut (2), panik (3), putus asa (4), khawatir pada hal yang buruk (5), gemetar (6), sakit kepala ,leher dan punggung (7), badan lemah (8), tidak tenang (9), jantung berdetak kencang (10), pusing (11), terasa mau pingsan (12), sulit untuk benapas dengan lega (13), kesemutan pada ektrimitas (14), gangguan pencernaan (15), sering buang air kecil (16), badan berkeringat dingin (17), wajah memerah (18) tidur tidak nyenyak (19) dan mimpi buruk (20).</p>	<p>Koesioner SAS 20 berbentuk <i>multiple choice</i> dengan rincian: 1. Jarang terjadi 2. Kadang kala terjadi 3. Sering terjadi selama ini 4. Sering terjadi atau selalu terjadi</p>	<p>Ordinal</p>	<p>40-55 % = Kurang < 40 % = Rendah Pernyataan positif no: 5, 9, 13, 17, 19. Pernyataan negatif no: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 5 Dengan ketentuan Pernyataan positif: 1= 1, 2=2, 3 = 3, 4=4 Pernyataan negatif: 1= 4, 2=3, 3=2, 4=1 0 : tidak ada cemas 1-20 : kecemasan ringan 21-40 : Kecemasan sedang 41-60: Kecemasan berat 61-80: Kecemasan berat sekali atau panik</p>
--	--	--	--	----------------	--

4.4 Instrumen

Sebagai instrumen untuk pengambilan dan pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner kecemasan dari *Self-Rating Anxiety Scale* (William W.K.Zung, 1992), terdapat 20 pernyataan berbentuk *multiple choice*, yang terdiri dari 15 pernyataan negatif yaitu nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20 dan 5 pernyataan positif yaitu nomor 5, 9, 13, 17, 19. Dengan penentuan pernyataan positif 1=1, 2=2, 3=3, 4=4; sedangkan untuk pernyataan negatif 1=4, 2=3, 3=2, 4=1.

Untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan terdapat 6 pertanyaan berbentuk *dichotomy question* dengan pilihan ya atau tidak, dan untuk mengevaluasi respon sosial terdapat 5 pernyataan juga berbentuk *dichotomy question* dengan pilihan ya atau tidak, yang terdiri dari 4 pernyataan negatif yaitu nomor 1, 3, 4, 5 dan 1 pernyataan positif yaitu nomor 2, dengan penentuan pernyataan positif ya=1, tidak=0; sedangkan untuk pernyataan negatif ya=0, tidak=1. Sistem penilaian akhir untuk tingkat pengetahuan dan respon sosial yaitu dengan cara menjumlahkan seluruh item pernyataan kemudian dikalikan dengan skor tertingginya, dan diklasifikasikan dalam 76-100 % = Baik, 56-75 % = Cukup, 40-55 % = Kurang, < 40 % = rendah.

4.5 Lokasi dan Waktu

Pengumpulan data dilakukan di Ruang PIP1 dan UGD RSUD Soetomo Surabaya. Waktu pelaksanaan dan pengumpulan data dimulai pada bulan Juni-Juli 2009.

4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini proses pengambilan dan pengumpulan data diperoleh setelah sebelumnya mendapatkan izin dari pihak RSUD Dr. Soetomo Surabaya untuk mengadakan penelitian. Sebagai langkah awal penelitian, peneliti akan menyeleksi responden dengan berpedoman pada kriteria inklusi (*purposive sampling*) yang sudah ditentukan dan jumlah responden sesuai dengan jumlah sampel menggunakan rumus. Setelah mendapatkan responden yang dikehendaki maka langkah selanjutnya adalah meminta persetujuan dari responden penelitian dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*) namun terlebih dahulu peneliti menjelaskan maksud dan tujuan peneliti .

Pada proses pengambilan data dilakukan dalam dua tahap yaitu pre-tes dan post-tes, dengan menggunakan dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Untuk menentukan responden pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelumnya dilakukan pemilihan dengan menyamakan (*matching*) pengetahuan tentang tujuan tes HIV dan apakah mereka merasa sebagai risiko tinggi HIV AIDS dengan wawancara. Untuk mengukur tingkat kecemasan pre-tes dan post-tes pada kedua kelompok dengan menggunakan kuesioner dari *Self-Rating Anxiety Scale* (*William W.K.Zung, 1992*).

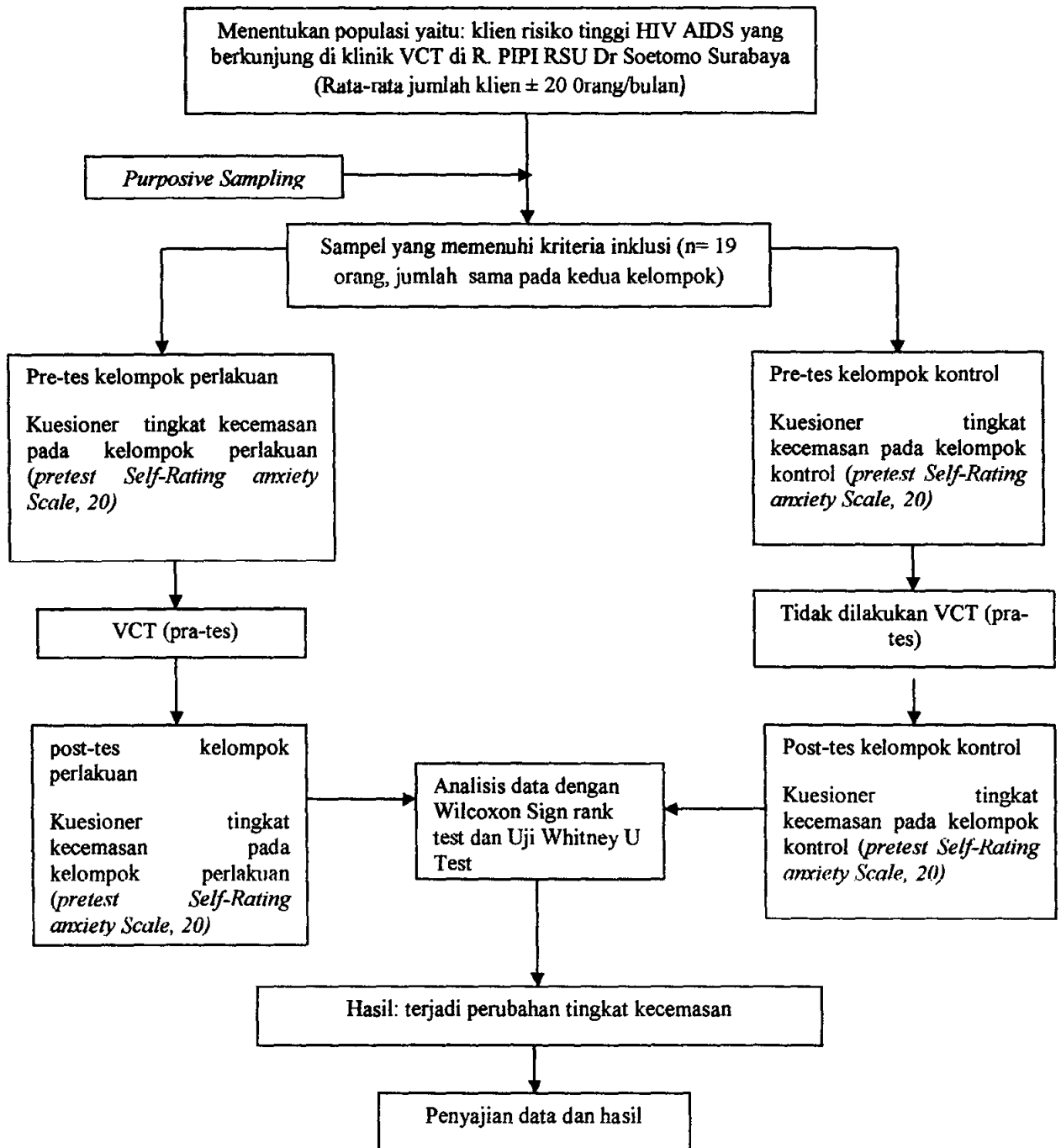
Untuk kelompok perlakuan peneliti mengambil sampel di R. PIP1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan jumlah sampel sesuai rumus yaitu 19 responden. Pre-tes kuesioner tingkat kecemasan dan kuesioner faktor-

faktor penyebab kecemasan (Tingkat pengetahuan dan respon sosial) diberikan sebelum klien diberikan intervensi, dilanjutkan dengan memberikan intervensi berupa VCT (pra-tes). VCT (pra-tes) diberikan sekali pada saat klien berkunjung di R. PIPI RSUD Dr. Soetomo, lamanya VCT (pra-tes) berkisar antara 30-60 menit (Modul pelatihan Konseling, 2006). Pemberi VCT (pra-tes) adalah konselor terlatih di R. PIPI RSUD Dr. Soetomo. Setelah dilakukan intervensi tersebut responden pada kelompok perlakuan diobservasi kembali tingkat kecemasannya menggunakan kuesioner.

Untuk kelompok kontrol peneliti mengambil sampel dengan risiko tinggi HIV AIDS yang memeriksakan status HIVnya di UGD RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dengan jumlah sampel sama dengan jumlah sampel pada kelompok perlakuan yaitu 19 responden. Pada pra-tes kuesioner kecemasan dan faktor-faktor penyebab kecemasan (tingkat pengetahuan dan respon sosial) diberikan sebelum klien diambil darahnya untuk pemeriksaan HIV AIDS dengan tanpa pemberian intervensi VCT (pra-tes). Pada post-test kuesioner diberikan pada saat pengambilan hasil test (pemastian diagnosis) di R. PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Setelah kedua kelompok dilakukan post-tes, kemudian antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dibandingkan tingkat kecemasannya.

4.7 Kerangka operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh VCT Terhadap Tingkat Kecemasan pada Klien Dengan Risiko Tinggi HIV AIDS

4.8 Cara Analisis data

Analisis data merupakan suatu proses analisis yang dilakukan secara sistematis.

1. Persiapan

Dilakukan perapihan data untuk mengadakan pengolahan lebih lanjut, kegiatan yang dilakukan pada tahap ini:

- a. Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan ataupun kekurangan data dari responden.
- b. Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpulan data
- c. Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidakpastian isian.

2. Tabulasi data

Kegiatan yang dilakukan dalam langkah tabulasi data yaitu:

- a. Memberikan skor pada item-item yang perlu diskor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional
- b. Selanjutnya data tersebut diolah dan diuji dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (dengan menggunakan piranti lunak komputer yaitu program SPSS) dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$, penggunaan uji statistik tersebut dipilih untuk mengetahui adanya pengaruh variabel independen dan variabel dependen, dan *Mann Whitney U Test* untuk menganalisis perbedaan Variabel dependen pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol serta

menggunakan uji *spearman's Rho* untuk mengetahui hubungan faktor penyebab kecemasan. skala data yang digunakan adalah ordinal dan sampel yang digunakan bebas.

4.9 Etika Penelitian

Apabila manusia dijadikan sebagai subjek suatu penelitian, hak sebagai manusia harus dilindungi (Nursalam, 2008). Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan ijin yang disertai proposal penelitian. Setelah mendapat persetujuan, kuesioner dibagikan kepada subjek penelitian dengan menekankan masalah etik sebagai berikut:

4.9.1 *Anonymity*

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden atau subjek penelitian tidak harus dicantumkan. Peneliti akan memberikan kode-kode pada tiap lembar jawaban yang telah diisi oleh responden.

4.9.2 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selaku subjek penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.9.3 Lembar Persetujuan (*Inform Consent*)

Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan.

4.10 Keterbatasan

Keterbatasan yang dialami peneliti dalam melaksanakan penelitian ini antara lain :

1. Sampel yang dipergunakan sebagai subjek peneliti terbatas hanya klien dengan resiko tinggi HIV AIDS yang berkunjung di klinik VCT Ruang PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya. Sehingga kurang *representative* untuk digeneralisasikan.
2. Batasan waktu yang singkat maka jumlah responden dalam penelitian ini tidak sesuai dengan jumlah sampel yang ditentukan.
3. Kemampuan penulis yang masih kurang dalam penelitian karena kurangnya pengalaman dalam penelitian.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang meliputi gambaran secara umum lokasi penelitian, gambaran umum responden (jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan). Data khusus berkaitan dengan perubahan tingkat kecemasan klien dengan risiko tinggi HIV AIDS serta faktor-faktor timbulnya kecemasan meliputi aspek pengetahuan dan respon sosial. Data-data tersebut diperoleh dengan menyebarkan kuesioner pada responden yang berjumlah 30 orang.

Dalam bab ini akan dibahas pula tentang pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS. Analisis data menggunakan perhitungan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test*, *Spearman's rho* dengan bantuan komputerisasi. Dari hasil uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

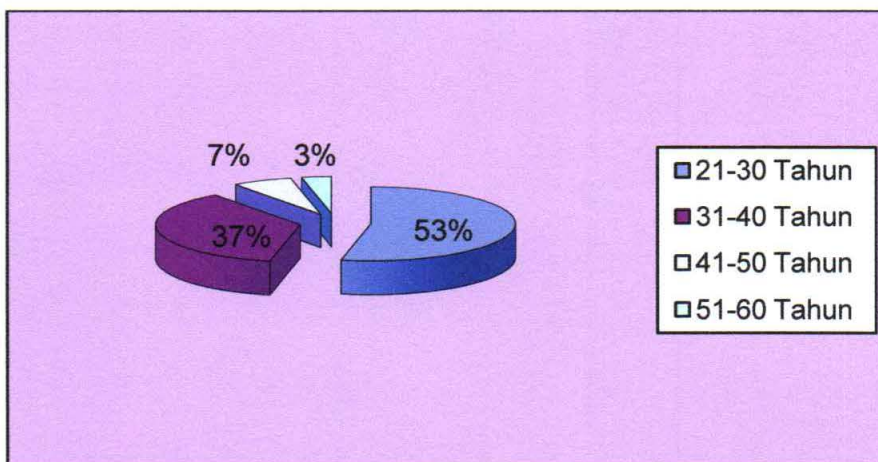
Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang terdiri dari unit rawat inap dengan kapasitas 12 tempat tidur, 1 ruang laboratorium dan 3 ruang untuk rawat jalan

(konseling dan kontrol). VCT (Konseling Test Sukarela) dilaksanakan setiap hari Senin sampai Jumat. Pasien rawat inap dan rawat jalan sampai tanggal 21 Juli 2009 berjumlah 16 dan 59 orang. Jumlah tempat tidur : 12 (BOR: 133 %), dan jumlah tenaga perawat yang bekerja 11 orang. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 29 Juni - 21 Juli 2009 dengan jumlah keseluruhan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi berjumlah 30 orang.

5.1.2 Data Umum

Data Umum menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi 1) Umur, 2) Jenis Kelamin, 3) Pendidikan, 4) Pekerjaan, 5) Status perkawinan.

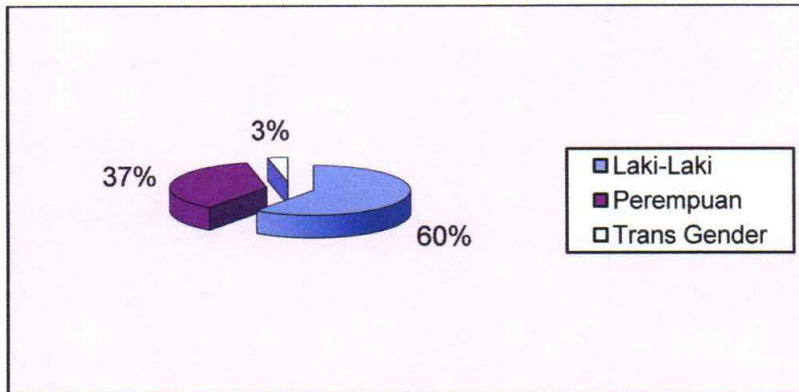
1) Distribusi Responden Berdasarkan Umur



Gbr. 5.1 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo Tanggal 21 Juni- 29 Juli 2009

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi reponden berdasarkan kelompok umur menunjukkan sebagian besar responden berusia 21-30 tahun yaitu sebesar 53 %, berusia 31-40 tahun sebanyak 37 %, berusia 41-50 sebanyak 7 %, dan berusia 51-60 tahun sebanyak 3 %.

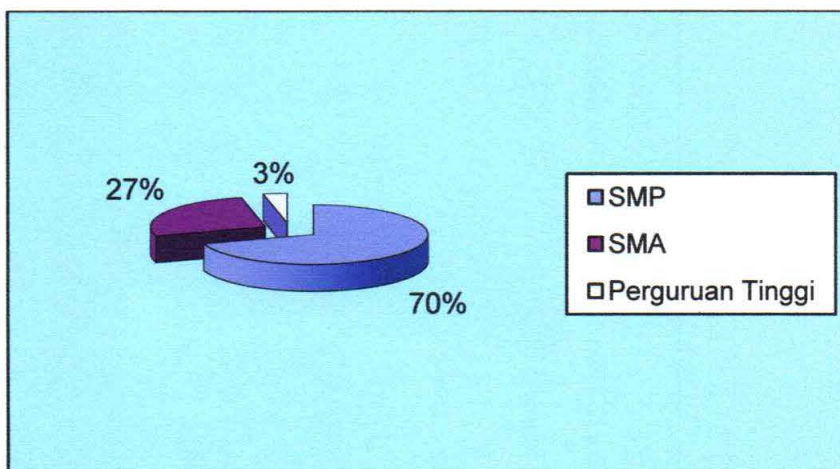
2) Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gbr. 5.2: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Perawatan intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

Dari diagram pie di atas dapat dilihat bahwa Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki 60 %, perempuan 37 % dan transgender 3 %.

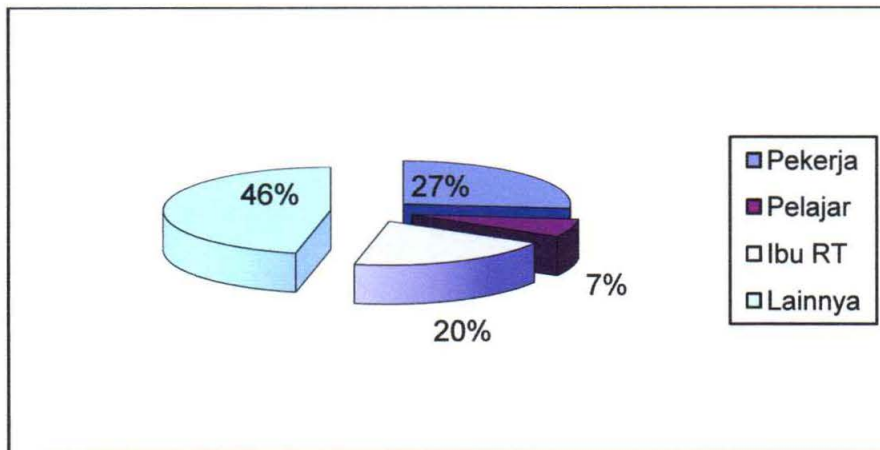
3) Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan



Gbr 5.3: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan menunjukkan sebagian besar responden lulusan SMP sebanyak 70 %, Perguruan tinggi 3 %, dan SMU 27 %.

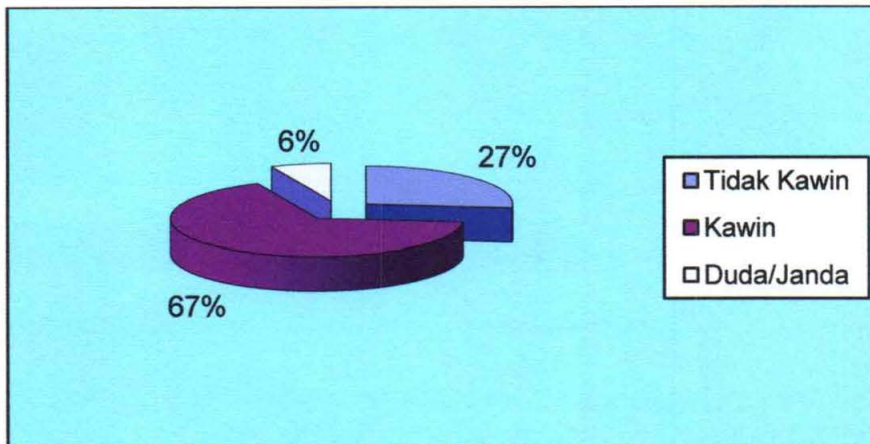
4) Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gbr 5.3: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

Dari diagram pie di atas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan 46 % bekerja sebagai wiraswasata (lainnya), 27 % sebagai pekerja swasta, 20 % sebagai ibu rumah tangga dan 7 % sebagai pelajar.

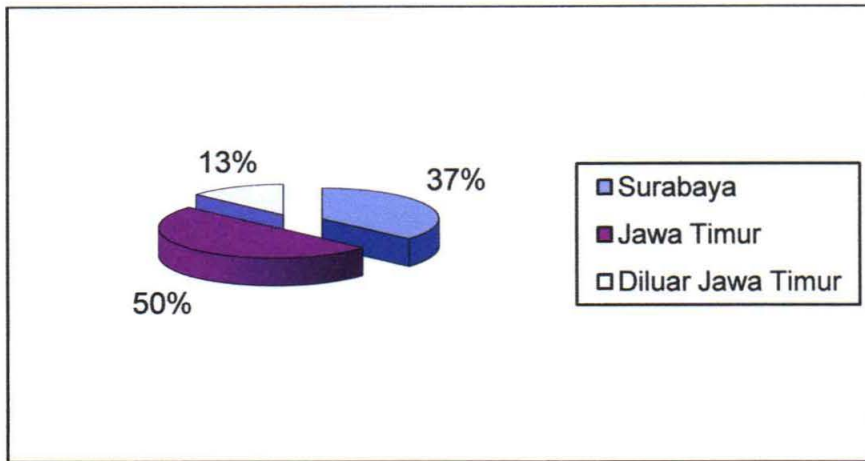
5) Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan



Gbr 5.3: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan status perkawinan menunjukkan sebagian responden sudah menikah yaitu berjumlah 67 %, tidak menikah 27 % yang sudah menjadi duda/janda sebanyak 6 %.

6) Distribusi responden berdasarkan daerah asal



Gbr 5.3: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan daerah asal di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan Daerah asal menunjukkan sebagian responden berasal diluar kota surabaya tetapi masih dalam wilayah jawa timur yaitu berjumlah 50 %, dalam kota Suabaya berjumlah 37 %, sedangkan yang berasal dari luar Jawa Timur berjumlah 13 % .

5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini diuraikan data-data tentang : 1) Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya kecemasan yaitu tingkat pengetahuan dan respon sosial, 2) Tingkat kecemasan yang dilakukan oleh kedua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, melalui pengisian kuesioner pada pre dan post penelitian.

1. Faktor- Faktor Timbulnya Kecemasan

a. Pengetahuan

Pada bagian ini disajikan data tentang pengetahuan pasien pada dua kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Dan dari hasil kuesioner diperoleh hasil sbb:

Tabel 5.1.1 Tabel Pengaruh VCT (prates) terhadap perubahan pengetahuan di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

NO	Hasil Uji Wilcoxon Signed Rank Test				Hasil uji Mann Whitney U Test	
	Tanpa VCT		VCT		Tanpa VCT	VCT
	Pengetahuan		Pengetahuan		Pengetahuan	Pengetahuan
	Pre	post	Pre	post	post	post
1	63	68	84	89	68	89
2	52	63	84	89	63	89
3	58	68	63	89	68	89
4	42	58	63	95	58	95
5	52	52	68	89	52	89
6	47	52	58	95	52	95
7	47	47	58	84	47	84
8	58	63	74	95	63	95
9	68	74	31	84	74	84
10	68	74	89	100	74	100
11	58	63	68	89	63	89
12	58	58	68	58	58	58
13	52	63	68	84	63	84
14	74	74	42	89	74	89
15	58	58	58	58	58	58
	X: 57 SD: 8,75	X: 62,33 SD: 8,36	X: 65,07 SD: 15,25	X: 85,8 SD: 12,17	Signifikasi: (p)= 0,000	
	Signifikasi (p)=0,157		Signifikasi (p)= 0.003			

Tabel 5.1.2 Tabel Hubungan Tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21Juli 2009.

No	Uji spearman's Rho			
	Kecemasan pre kelompok Kontrol	prePengetahuan kelompok kontrol	kecemasan pre kelompok perlakuan	prePengetahuan kelompok perlakuan
1	39	52	41	84
2	36	52	40	84
3	38	58	44	63
4	54	42	40	63
5	52	52	50	68
6	44	47	54	58
7	57	47	43	58
8	52	58	42	74
9	38	68	49	31
10	47	68	23	89
11	42	58	52	68
12	40	58	43	68
13	36	52	20	68
14	33	74	39	42
15	36	58	34	58
	X=42,93	X=57	X= 40,93	X=65.07
	SD= 7,65	SD= 8,75	SD=6,72	SD=15,25
	signifikasi (p)= 0.04		Signifikasi (p)= 0,591	

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan timbulnya kecemasan ditunjukkan dengan memperhatikan uji statistik Spearmans rho dengan nilai signifikasi ($p=0,04$), namun pada kelompok perlakuan tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap timbulnya kecemasan hal ini dapat terlihat dengan uji statistik Spearmans rho dengan nilai signifikasi ($p=0,591$). Namun disisi lain VCT dapat meningkatkan pengetahuan klien, pada kelompok perlakuan, terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan

pasien dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,003$), dan dapat dilihat adanya peningkatan rata-rata dari 65 sampai 85,8 yaitu dari pengetahuan cukup berada dalam tingkat pengetahuan yang baik. Sedangkan Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan VCT menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan pasien dengan memperhatikan hasil uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,157$), walaupun dapat dilihat adanya peningkatan hasil atau nilai rata-rata dari 57 menjadi 62 tetapi masih dalam tingkat pengetahuan yang cukup.

Pada tabel di atas juga menunjukkan bahwa kelompok perlakuan dengan metode VCT lebih efektif dibandingkan kelompok kontrol tanpa metode VCT terhadap perubahan pengetahuan dengan memperhatikan uji statistik *Mann Whitney U test* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p= 0,00$).

b. Respons sosial

Pada bagian ini disajikan data tentang respons sosial yang didapatkan pasien pada dua kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 5.2 Tabel Hubungan Respons sosial dengan tingkat kecemasan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21Juli 2009.

No	Uji spearman's Rho			
	kecemasan pre kelompok kontrol	respons sosial kelompok kontrol	kecemasan pre kelompok perlakuan	respons sosial kelompok perlakuan
1	39	80	41	100
2	36	80	40	80
3	38	60	44	80
4	54	60	40	60
5	52	80	50	60
6	44	60	54	80
7	57	60	43	40
8	52	20	42	80
9	38	60	49	80
10	47	60	23	60
11	42	60	52	20
12	40	60	43	20
13	36	80	20	100
14	33	60	39	80
15	36	60	34	80
	X= 42,93	X=62,67	X=40,93	X=68,00
	SD=7,65	SD=14,86	SD= 6,72	SD=24,84
	signifikasi (p)= 0,221		Signifikasi (p)= 0,776	

Tabel di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor respons sosial dengan munculnya tingkat kecemasan pada kedua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, dengan memperhatikan uji

statistik Spearmans Rho yang menunjukkan nilai signifikasi (p)= 0,221 pada kelompok kontrol dan nilai signifikasi (p)= 0,776 pada kelompok perlakuan.

2. Tingkat kecemasan

Pada bagian ini disajikan data tentang tingkat kecemasan klien pada dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Dari hasil kuesioner diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.3 Tabel Pengaruh VCT (pra-test) terhadap perubahan tingkat kecemasan di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Soetomo tanggal 29 Juni-21 Juli 2009.

NO	Hasil Uji Wilcoxon Signed Rank Test				Hasil uji Mann Whitney U Test	
	Tanpa VCT		VCT		Tanpa VCT	VCT
	Kecemasan		Kecemasan		Kecemasan	Kecemasan
	Pre	post	pre	post	post	Post
1	39	39	41	20	39	20
2	36	41	40	18	41	18
3	38	36	44	24	36	24
4	54	43	40	19	43	19
5	52	56	50	19	56	19
6	44	28	54	29	28	29
7	57	51	43	21	51	21
8	52	52	42	24	52	24
9	38	39	49	32	39	32
10	47	49	23	10	49	10
11	42	42	52	47	42	47
12	40	44	43	28	44	28
13	36	32	20	10	32	10
14	33	29	39	27	29	27
15	36	45	34	12	45	12
	X: 42,93 SD: 7,65	X: 41,73 SD:8,28	X: 40,93 SD:6,72	X: 22,67 SD: 4,25	Signifikasi: (p)= 0,000	
	Signifikasi (p)-0,317		Signifikasi (p)-0,001			

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan dengan VCT, terdapat hubungan yang signifikan terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,001$), dan dapat dilihat adanya penurunan rata-rata tingkat kecemasan dari 40,93 menjadi 22,67. Nilai rata-rata pada kelompok perlakuan sebelum diberikan VCT (pra-test) adalah ($X= 40,93$) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam tingkat kecemasan yang berat sesuai kriteria yang sudah ditentukan oleh peneliti yaitu rentang nilai 41-60. Nilai rata-rata dari tingkat kecemasan menunjukkan penurunan setelah diberikan VCT (pra-test) dengan nilai $X = 22,67$ dan sebagian besar berada dalam tingkat kecemasan sedang sesuai kriteria yang sudah ditentukan yaitu dengan rentang nilai 21-40.

Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan VCT menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien dengan memperhatikan hasil uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,317$), walaupun dapat dilihat adanya penurunan nilai rata-rata dari 42,93 menjadi 41,73. Nilai rata-rata pada pre-tes kelompok kontrol yang tidak diberikan VCT adalah ($X = 42,93$) menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam tingkat kecemasan berat sesuai kriteria yang sudah ditentukan oleh peneliti yaitu dengan rentang nilai 41-60. Nilai rata-rata dari tingkat kecemasan pada post test menunjukkan perubahan dengan nilai $X = 62$ tetapi masih dalam tingkat kecemasan berat.

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa kelompok perlakuan dengan metode VCT lebih efektif dibandingkan kelompok kontrol tanpa metode VCT

terhadap perubahan tingkat kecemasan dengan memperhatikan uji statistik *Mann Whitney U test* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,00$).

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis data dan uji hasil penelitian baik secara kuantitatif (Dengan menggunakan uji statistik Wilcoxon Sign Rank Test, Mann Whitney U Test, dan Spearmans Rho) diperoleh hasil yang cukup bervariasi yang memerlukan beberapa pembahasan, yaitu: 1) Hubungan antara faktor respon sosial dan faktor tingkat pengetahuan dengan timbulnya kecemasan, 2) Pengaruh VCT (pra-test) terhadap perubahan tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.

5.2.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Timbulnya Kecemasan pada Klien Dengan Risiko Tinggi HIV AIDS

Dari tabel 5.1.2 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan timbulnya kecemasan ditunjukkan dengan memperhatikan uji statistik Spearmans rho dengan nilai signifikansi ($p=0,04$), namun pada kelompok perlakuan tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap timbulnya kecemasan hal ini dapat terlihat dengan uji statistik Spearmans rho dengan nilai signifikansi ($p=0,591$). Namun disisi lain VCT dapat meningkatkan pengetahuan klien. Dari tabel 5.1.1 Pada kelompok perlakuan, terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan pasien dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,003$), dan dapat dilihat adanya peningkatan rata-rata dari 65 sampai 85,8 yaitu dari pengetahuan cukup berada dalam tingkat

pengetahuan yang baik. Sedangkan Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan VCT menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan pasien dengan memperhatikan hasil uji statistik *wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ($p=0,157$), walaupun dapat dilihat adanya peningkatan hasil atau nilai rata-rata dari 57 menjadi 62 tetapi masih dalam tingkat pengetahuan yang cukup.

Berdasarkan teori bahwa kecemasan dapat timbul dari vicourus learning dan vicourus verbal yang diperoleh dari proses belajar terutama melalui conditioning dan belajar observasional dimana seseorang tersebut mempersepsikan pengetahuannya (Davinson 2004, dikutip Ardhiana P, 2005). Perasaan subyektif terhadap kecemasan secara langsung berkaitan dengan pikiran individu tersebut tentang dirinya sendiri, masa depannya, dan dunia. Pengetahuan yang salah dapat menyebabkan kesalahan persepsi tentang makna berbagai hal yang terjadi (Issac A, 2005).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pada kelompok kontrol terdapat hubungan yang signifikan antara faktor tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan sedangkan pada kelompok perlakuan tidak ada hubungannya hal ini disebabkan karena pada kelompok kontrol memiliki pengetahuan yang cukup namun tidak mampu untuk mengaplikasikan ke diri mereka sehingga pada saat gejala muncul baru timbul rasa cemas, sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar mengerti tentang penyakit HIV AIDS, mereka belajar dari pengalaman orang lain yang menyakitkan dan dipersepsikan ke dalam dirinya sehingga terkadang pengetahuan yang tinggi malah menimbulkan kecemasan yang besar pula. Dengan VCT terjadi peningkatan pengetahuan menjadi lebih

baik dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan VCT (pra-test), hal ini disebabkan karena melalui VCT (pra-test) pasien diberikan kesempatan untuk memahami tentang HIV AIDS bukan hanya sekedar diberikan informasi, sehingga pasien dapat mengklarifikasi persepsi dan menempatkan masalah yang dihadapinya. Dari data demografi sebagian besar klien berada dalam tingkat pendidikan SMP sehingga pengetahuan yang mereka miliki cukup baik.

Dari tabel 5.2 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor respon sosial dengan munculnya tingkat kecemasan pada kedua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, dengan memperhatikan uji statistik *Spearman's Rho* yang menunjukkan nilai signifikasi $(p)= 0,221$ pada kelompok kontrol dan nilai signifikasi $(p)= 0,776$ pada kelompok perlakuan.

Berdasarkan teori bahwa kontribusi faktor sosial terhadap kecemasan adalah interaksi individu dengan orang lain, seperti keluarga, teman, dan orang lain yang terlibat dalam kehidupan individu. Orang-orang tersebut bisa memberikan kontribusi terhadap munculnya kecemasan individu melalui berbagai cara, dan (kadar) pengaruh mereka akan berubah seiring dengan berkembangnya individu tersebut dalam kehidupannya (Laksmi, 2008 dikutip dari Daccy & Fiorc, 2000).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa klien dengan risiko tinggi HIV AIDS yang mengalami kecemasan tidak dipengaruhi oleh faktor respons sosial. Rasa cemas yang timbul akibat merasa dan mengetahui ada bahaya yang mengancam dirinya yaitu ketakutan terinfeksi penyakit HIV AIDS. Mereka juga sebagian besar memiliki interaksi yang baik dari keluarga maupun teman, mereka

telah didampingi oleh pihak keluarga dan teman pada saat melaksanakan tes HIV. Sebagian besar klien melalui data demografi berstatus menikah sehingga mereka telah memiliki dukungan dari pasangannya, namun kecemasan yang dialami klien lebih tinggi dibandingkan dengan klien yang tidak menikah hal ini disebabkan rasa bersalah yang besar terhadap pasangannya.

5.2.2 Pengaruh VCT (pra-test) terhadap tingkat kecemasan

Dari tabel 5.3 menunjukkan adanya pengaruh yang kuat dari metode VCT (pra-test) terhadap perubahan tingkat kecemasan yang ditunjukkan oleh hasil statistik dengan nilai signifikansi ($p=0,001$). Dalam tabel tersebut juga dapat diketahui bahwa rata-rata tingkat kecemasan klien sebelum diberikan intervensi sebagian besar berada dalam kategori kecemasan berat, dan menurun menjadi sedang setelah diberikan VCT (pra-test). Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan VCT tidak ada pengaruh yang kuat terhadap perubahan tingkat kecemasan dengan memperhatikan hasil uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikan ($p=0,317$), terdapat penurunan tingkat kecemasan tetapi masih dalam tingkat kecemasan berat. Pada hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* menunjukkan bahwa adanya perbedaan pada kedua kelompok dalam perubahan tingkat kecemasan dengan nilai signifikan ($p=0,00$).

Berdasarkan teori (Depkes RI, 2002), VCT sangat penting sebab infeksi HIV merupakan infeksi yang diderita seumur hidup, diagnosis HIV dapat menimbulkan tekanan psikologis dan kecemasan psikologis yang hebat yang dapat memperlambat perubahan konstruktif atau memperburuk penyakit, terutama sebab epidemi HIV telah menimbulkan ketakutan, salah pengertian dan diskriminasi. Konseling dapat meningkatkan kualitas kehidupan seseorang

sehingga pandangan dan penilaian terhadap diri sendiri bisa lebih obyektif serta meningkatkan keterampilan untuk menyesuaikan diri (Gunarsa, 2001). Klien dengan risiko tinggi HIV AIDS yang diberikan VCT akan memahami benar kegunaan test HIV, meningkatkan persepsi atau pengetahuan pasien tentang faktor-faktor risiko terkena infeksi HIV sehingga pasien dapat mengerti risiko dan mengerti persoalan dirinya, anxietas klien menurun dan dapat membuat rencana penyesuaian diri dalam kehidupannya sehingga pasien dapat memilih dan memahami apakah akan melakukan test atau tidak (Depkes RI, 2002).

Dari hasil penelitian khususnya pada data demografi daerah asal dan umur sangat mempengaruhi timbulnya kecemasan. Sebagian besar klien memiliki tingkat kecemasan yang berat diakibatkan sebagian besar dari mereka berada di luar kota Surabaya karena adat istiadat dan stigma yang masih kental, disamping itu dengan umur yang masih relatif muda mereka memiliki emosi yang labil. Pada penelitian ini didapatkan bahwa setelah klien diberikan VCT terjadi penurunan tingkat kecemasan dari kecemasan berat menjadi kecemasan sedang dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan VCT (pra-test), hal ini disebabkan karena melalui VCT (pra-test) pasien diberikan kesempatan secara luas dengan prinsip kerahasiaan dan pendekatan untuk mengutarakan masalah yang sedang dihadapinya dan persepsinya tentang ketakutan penyakit HIV AIDS sehingga pasien mampu menyesuaikan diri dengan masalahnya dan lebih memiliki keterampilan coping yang lebih baik.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan risiko tinggi HIV AIDS.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 29 Juni-21 Juli 2009 di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Simpulan

1. Faktor-faktor pengetahuan dan respon sosial tidak mempengaruhi timbulnya kecemasan.
2. Sebelum dilakukan VCT Klien berada pada tingkat kecemasan berat sedangkan setelah dilakukan VCT klien berada pada tingkat kecemasan sedang.
3. VCT (pra test) efektif menurunkan tingkat kecemasan pada klien risiko tinggi HIV AIDS.

6.2 Saran

1. Untuk Klien

Perlu untuk memberikan informasi kepada sebagian masyarakat yang berisiko tinggi HIV AIDS untuk mengikuti VCT.

2. Untuk Petugas konseling atau perawat

Sering mengikuti seminar VCT agar mutu dan kualitas VCT dapat lebih ditingkatkan guna memberikan persiapan dari segi psikologis.

3. Institusi

Diharapkan dapat lebih banyak merekrut konselor baru yang lebih berkompeten.

4. Peneliti Lain

Mengadakan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan peningkatan kualitas dan pengembangan metode VCT. Khususnya pada seberapa besar pengaruh kualitas konselor terhadap keberhasilan program VCT.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham & Shanley (1997). *Psikologi Sosial untuk Perawat (Social Psychology for Nurses)*. Jakarta: EGC. Hal : 142-151
- Adler, M.W (1996). *Petunjuk Penting AIDS*. Jakarta: EGC. Hal : 73-79
- Alwisol (2004). *Psikologi Kepribadian Edisi Revisi*. Malang: UMM Press. Hal 171-173
- Arikunto, Suharsimi (2007). *Prosedur Penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal: 105
- Atkinson, RL (2003). *Pengantar Psikologi*. Jakarta : Airlangga. Hal 212-215 dan 248-253
- AusAID, (2002). *Buku pegangan Konselor HIV/AIDS*. Denpasar : Yayasan Kerti Praja. Hal : 12-15
- Baihaqi, S dkk (2005). *Psikiatri Konsep Dasar & Gangguan-Gangguan*. Bandung: Refika Aditama. Hal 63-67
- Barbara C. Long (1996). *Perawatan Medikal Bedah (suatu pendekatan proses keperawatan)*. Bandung : Yayasan padjajaran. Hal: 87
- Bimo W, (2003). *Psikologi Sosial*. Yogyakarta : Penerbit Andi. Hal : 70-75
- Carpnito, L.J (2000). *Diagnosa Keperawatan aplikasi Pada Praktik Klinis edisi 6*. Jakarta: EGC. Hal : 132
- Corcoran K; Fisher J, (1992). *Measures For Clinical Practice*. London: The Free Press. Hal 300-301
- Depkes RI (2003). *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Perawatan bagi ODHA*. Jakarta : Bhakti Husada. Hal: 17-19
- Depkes RI, (2008). *Modul pelatihan Konseling dan Test Sukarela HIV (Voluntary Counsling and Testing = VCT)*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Hal: 5-7
- Folaranmi, (2005). *Promoting Uptake of HIV Voluntary Counseling & testing among Nigerian Undergruates*. www// http.chronline.org. Tanggal 22 April 2009. Jam 14.00
- Gunarsa, D (2001). *Konseling & Psikoterapi*. Jakarta : PT BPK Gunung Mulia. Hal 18-27
- Gunarsa, D (1999). *Psikologi Keperawatan*. Jakarta : PT BPK Gunung Mulia. Hal 27-28

- Harrudin, (2007). *Studi Pelaksanaan HIV Voluntary Counseling & Testing (VCT) di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta*. Working Paper series No.3 Januari 2007. Tidak dipublikasikan
- Hawari, Dadang (2005). *Manajemen stress, cemas & depresi*. Jakarta: FKUI. Hal: 23
- Hudak, Gallo (1997). *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik edisi 6*. Jakarta : EGC. Hal : 10-12
- Issac, A (2005). *Keperawatan Kesehatan Jiwa & psikiatrik Edisi 3*. Jakarta: FK UI. Hal 25-27
- Kaplan, H.I dkk (1998). *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*. Jakarta: Widya Medika. Hal 144-151
- Keliat , B.A (1999). *Penatalaksanaan stress*. Jakarta: EGC. Hal 23-25
- Laksmi (2008). *Pengaruh Not Nada Lagu Terhadap Perubahan Tingkat Kecemasan*. Program sarjana universitas Airlangga Surabaya (Skripsi). Tidak dipublikasikan
- Lubis, (2009). *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta Kencana Media Group. Hal: 45-46
- Ludi, P (2008). *Peran Perawat dalam menanggulangi masalah psikososial penderita HIV/AIDS*. www.aids-ina.org. Tanggal 27 April 2009. Jam 14.00 WIB
- Maramis,W (2004). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University press. Hal 89
- McGhie, A (1996). *Penerapan Psikologi dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Andi. Hal: 70-75
- Muma, R.D. dkk (1994). *HIV Manual Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC. Hal 29-37
- Notoatmodjo, S (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya. Hal : 133-145
- Nursalam, (2007). *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta : Salemba Madika. Hal 56-80
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hal : 78-101
- Patola, ML (2005). *Efektivitas metode VCT (Voluntery Counseling and Testing) Terhadap perubahan perilaku klien dengan Resiko Tinggi HIV/AIDS untuk Melakukan Tes HIV*. Program sarjana universitas Airlangga Surabaya (Skripsi). Tidak dipublikasikan. Hal 6-25

- Pujiastuti (1991). *AIDS, Pengobatan & Pencegahan*. Surabaya: Tim Medik AIDS RSUD dr Soetomo/ FKUI. Hal 106-111
- Puspitacandri, A (2007). *Penggunaan Sesentisasi Sistematis untuk Meningkatkan Kemampuan Menghadapi Obyek Kecemasan pada penderita Gangguan kecemasan Menyeluruh*. Program Profesi Magister Psikologi Universitas airlangga surabaya (Desertasi). Tidak Dipublikasiakn. Hal 13-14
- Ratnawati M, (2006). *Perbedaan Respon Psikologis Pada Penderita HIV/AIDS yang mendapatkan VCT dan Tidak Mendapatkan VCT*. Program Sarjana Universitas Airlangga Surabaya (Skripsi). Tidak Dipublikasikan
- Roth, TW, dkk (2005). *Current Theories of panic Falsifiable*. Journal : Psychological. Vol.131, no. 2. Hal 171-192
- Rothrock, J.C (2000). *Perencanaan ASKEP per operatif*. Jakarta: EGC
- Sahara, (2009). *Anxiety Disorder*. [www// http. Alternativetraumatrapy.blogspot.com](http://www.alternativetraumatrapy.blogspot.com). Tanggal 23 April 2009. Jam : 14.00 WIB
- Sahay, seema; phadke, Mrudula; Brahme, Radhika, dkk (2006). *Correlates of anxiety and depression among HIV test-seekers at a Voluntary Counseling and Testing facility*. India Journal: Quality of life Research. Hal 41-52
- Sangiwa. G, dkk (2000). *Client's Perspective of The Role of Voluntary Counseling and Testing in HIV/AIDS Prevention and Care in Dar Es salaam*. Tanzania: The Voluntary Counseling and Testing Efficacy Study. Journal: AIDS and Behavior. Vol.4, no.1. Hal 35-48
- Stuart, G.W (2007). *Buku Saku keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC. Hal 145-147
- Sundaru, S (2005). *Kecemasan (anxiety) Gambar Kesehatan Mental dalam Kehidupan*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal 50-53
- Theo, Smart (2009). *Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV & TB*. [www//http.Spiritia.or.id](http://www.spiritia.or.id). Tanggal 23 April 2009. Jam 16.00 WIB
- Tomb, DA (2004). *Buku Saku Psikiatri*. Jakarta: EGC. Hal 96-103
- Wangmuba (2008). *Artikel Psikologi (Faktor Kecemasan)*. [www// http. Wangmuba.com](http://www.wangmuba.com). Tanggal 22 April 2009. Jam : 17.00 WIB

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 3 Juni 2009

Nomor : 1477 /H3.1.12/ PPd/2009
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FKp Unair

Kepada Yth.
 Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 di –
 Surabaya

Dengan hormat,

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 mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Galia Wardha Alvita
 NIM : 010510933B
 Judul Penelitian : Pengaruh VCT (Pra-Tes) terhadap Tingkat Kecemasan
 pada Klien dengan Risiko Tinggi HIV AIDS
 Tempat : Ruang PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
 NIP. 140238226

Tembusan:

1. Kepala Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya (Pratest)...

Galia Wardha Alvita

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO
"INSTALASI RAWAT INAP MEDIK"
JL.MAYJEN.PROF.DR.MOESTOPO 6-8 TELP.5501133,5501125
S U R A B A Y A

NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang Litbang
D a r i : Kepala Instalasi Rawat Inap Medik
Nomor : 235 /301.2.13/VI/2009
Tanggal : 23 Juni 2009
Lampiran : 2 (dua) lembar
Sifat : Segera
Perihal : Permohonan ijin penelitian A.n. **Galia Wardha Alvita**

Menindaklanjuti surat Kepala Bidang Litbang nomor. 070/386/
Litb/301.4.2/VI/2009 tanggal 18 Juni 2009 perihal pada pokok surat, dengan ini
diberitahukan bahwa kami tidak berkeberatan memberikan ijin kepada:

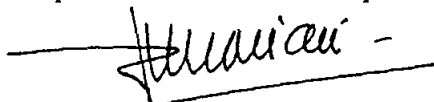
Galia Wardha Alvita
NIM. 010510933 - B

untuk melaksanakan penelitian di Wilayah IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo
(Ruang PIPI) dengan judul :

**" Pengaruh VCT (Pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan
risiko tinggi HIV AIDS di Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi
RSUD Dr. Soetomo Surabaya "**

Atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Kepala Instalasi Rawat Inap Medik,




dr. Winariani K. Sp.P(K), MARS

Pembina Tk. I

NIP. 19540713 198303 2 002

Tembusan Yth :

- 
1. Kepala Unit Ruang PIPI
 2. Yang bersangkutan
 3. Arsip

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. KARANGMENJANGAN NO.12 TLP.5501072 - 5501164 FAX. 5501164
SURABAYA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/550/301.4.2/Litb/ VIII /2009

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Budi Santoso,dr,SpOG(K)

NIP : 19630217 198911 1 001

Jabatan : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Galia Wardha Alvita

NIM/NIRM : 010510933 B

Telah menyelesaikan penelitian di Irna Medik RSUD Dr. Soetomo dengan judul:

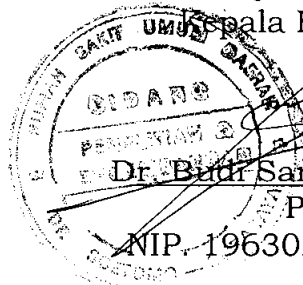
“ Pengaruh VCT (Pra-tes) Terhadap Tingkat kecemasan Pada klien Dengan Risiko Tinggi HIV AIDS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya “

Mulai tanggal : 29 Juni s/d 21 Juli 2009

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya .

Surabaya, 07 Agustus 2009

Kepala Bidang Litbang



Dr. Budi Santoso,dr,SpOG (K)

Pembina

NIP. 19630217 198911 1 001

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Galia Wardha A. Mahasiswa Program S1 Ilmu keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, dengan judul “ Pengaruh VCT Pra-tes terhadap tingkat Kecemasan pada klien Dengan Risiko Tinggi HIV AIDS di R.PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya”.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif bagi saya dan keluarga saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Surabaya,2009

Responden,

(.....)

FORMAT PENGUMPULAN DATA**Pengaruh VCT (pra-tes) terhadap tingkat kecemasan pada klien dengan resiko tinggi HIV AIDS di R. PIPI RSU Dr Soetomo Surabaya**

No. Responden :

Tgl Pengisian :

Petunjuk :

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda sangat penting dalam penelitian ini.
3. Saudara dipersilakan memilih salah satu jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda (\checkmark) pada kotak jawaban yang tersedia.
4. Dalam penilaian ini tidak ada benar atau salah.
5. Usahakan agar tidak ada satu jawaban yang terlewatkan.
6. Anda sepenuhnya bebas menentukan pilihan.
7. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali.

A. DATA DEMOGRAFI

1. Jenis Kelamin

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Laki-laki |
| <input type="checkbox"/> | Perempuan |
| <input type="checkbox"/> | Trans gender |

2. Umur

- 21-30 tahun
- 31-40 tahun
- 41-50 tahun
- 51-60 tahun

3. Pendidikan terakhir

- SMP
- SMA
- Perguruan Tinggi

4. Daerah asal

- Surabaya
- Luar surabaya masih dalam satu karesidenan, sebutkan:
- Luar surabaya diluar karesidenan masih seprovinsi
- Di luar provinsi jawa timur, sebutkan:
- Di luar jawa, sebutkan:
- Lain-lain

5. Status perkawinan

- Tidak kawin
- Kawin
- Duda / janda

6. Pekerjaan

- Sopir:.....
- Sekolah/pelajar/mahasiswa

- Buruh
- pelaut
- Wartawan
- Petugas kesehatan
- ABRI
- Ibu rumah tangga
- Pekerja seks
- Lainnya

Kuesioner Tingkat Kecemasan Self- Rating Anxiety SCALE (SAS)

Jawablah dengan memberi tanda (√) pada kotak yang tersedia

Masing- masing angka bermakna sebagai berikut:

1 = Jarang terjadi

2 = Kadang kala Terjadi

3 = Sering terjadi selama ini

4 = Sangat sering atau selalu terjadi

No	Pernyataan	Jarang terjadi 1	Kadang terjadi 2	Sering terjadi 3	Selalu terjadi 4
1	Saya merasa lebih gelisah dan cemas daripada biasanya				
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3	Saya mudah merasa jengkel dan panik				
4	Saya merasa putus asa dan hancur				
5	Saya merasa semua baik-baik saja dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi				
6	Tangan dan kaki saya gemetaran				
7	Saya merasa terganggu oleh sakit kepala, sakit leher, dan punggung				
8	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah				
9	Saya merasa tenang dan dapat duduk dengan nyaman				

10	Saya merasakan jantung saya berdegup kencang				
11	Saya terganggu oleh rasa pusing				
12	Saya merasa mau pingsan				
13	Saya bisa bernapas dengan bebas dan lega				
14	Saya merasa jari-jari tangan dan kaki saya mati rasa dan kesemutan				
15	Saya merasa terganggu oleh sakit perut atau masalah pencernaan				
16	Saya sering buang air kecil				
17	Tangan saya biasanya kering dan hangat				
18	Wajah saya terasa panas dan memerah				
19	Saya mudah tertidur dan bisa tidur dengan nyenyak				
20	Saya mendapatkan mimpi buruk.				

Penilaian Faktor-Faktor Penyebab Kecemasan pada Klien dengan Resiko

Tinggi HIV AIDS

Jawablah dengan memberi tanda (\checkmark) pada kotak yang tersedia, jawaban anda boleh lebih dari satu.

A. Tingkat Pengetahuan

1. Mana dari pernyataan berikut ini adalah benar

- Waktu sejak terinfeksi HIV sampai timbul gejala-gejala AIDS rata-rata 5-10 tahun
- Penyebab AIDS adalah Human Immunodeficiency Virus
- Kita mudah menilai penampilan orang yang terinfeksi HIV

2. Tanda-tanda mayor orang yang terinfeksi HIV adalah

- Berat badan turun 10 kg
- Flu tidak sembuh 1 bulan
- Diare kronis satu minggu

3. HIV AIDS dapat ditularkan melalui

- Hubungan seksual
- Ciuman pipi
- Jarum suntik
- Bergantian alat makan, bukan bersuapan

4. Perilaku seksual pada orang dengan risiko tinggi HIV yang dianjurkan

adalah

- Abstinence: tidak senggama
- Tidak berhubungan dengan orang asing

Condom

5. Cara mencegah penularan kepada orang lain adalah dengan menerapkan kewaspadaan umum (universal precaution), meliputi:

Menggunakan alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, scot

Mensterilkan alat perawatan sehabis dipakai dengan larutan disinfektan
Cukup dengan mencuci tangan tanpa menggunakan sapu tangan

6. Kita dapat mengetahui seseorang terinfeksi HIV melalui

Pemeriksaan darah

Penampilan yang sakit berat

Infeksi oportunistik

B. Respon Sosial.

Jawablah dengan memberi tanda (√) pada kotak yang tersedia

No.	Pertanyaan Yang Berkaitan Dengan Respon Sosial (Emosional)	Ya	Tidak	Kode
1.	Saya tidak pernah mengatakan jika saya sakit karena keluarga saya selalu menyalahkan saya jika saya sakit.			
2.	Keluarga dan tetangga memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan.			
3.	Tidak ada seorangpun yang memberikan saran / nasehat supaya saya memerikasakan status HIV saya.			
4.	Keluarga dan tetangga memaklumi bahwa sakit HIV AIDS adalah musibah			
5.	Saya dianggap sebagai beban keluarga atau orang-orang yang dekat dengan saya.			-

SATUAN ACARAVCT (VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING)**PRE- TESTING**

- Topik** : Tes HIV Sukarela
- Sub Topik** : Tes HIV dalam upaya deteksi dini dan pencegahan HIV/AIDS
- Sasaran** : Klien dengan Resiko tinggi HIV/AIDS
- Tempat** : Ruang Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (PIPI) RSUD Dr.
Soetomo Surabaya
- Waktu** : 1x 60 menit
-
-

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Pada akhir proses konseling klien dapat memutuskan mengikuti tes atau tidak dan dapat menurunkan kecemasannya

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan konseling klien dapat:

1. Memahami secara benar kegunaan tes HIV/AIDS
2. Klien dapat mengerti resiko dan mengerti persoalan dirinya
3. Ansietas klien menurun
4. Klien dapat membuat rencana penyesuaian diri dalam kehidupannya
5. Klien memahami dan memilih apakah ia akan mengikuti tes darah atau tidak

III. SASARAN

Klien dengan resiko tinggi HIV AIDS yang datang untuk melakukan tes HIV di ruang PIPI RSUD Dr. Soetomo

IV. MATERI

1. HIV AIDS
2. Tes HIV
3. Pencegahan
4. Resiko penularan

V. MEDIA

Leaflet HIV/AIDS

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur
 - a. Klien hadir di tempat konseling
 - b. Konseling dilakukan di ruang PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya
 - c. Pengorganisasian penyelenggaraan VCT dilakukan sebelumnya
2. Evaluasi proses
 - a. Klien antusias terhadap materi konseling
 - b. Klien tidak meninggalkan tempat konseling
 - c. Klien dapat terbuka apa yang menjadi masalah klien
3. Evaluasi hasil
 - a. Klien memahami dan dapat memutuskan untuk mengikuti tes atau tidak
 - b. Ansietas klien menurun

VII. KEGIATAN KONSELING

Waktu : 1x 60 menit

1. Menjalinkan hubungan baik dengan klien
2. Mengeksplorasi perasaan klien & kondisi psikologis
3. Menilai resiko penularan HIV
 - a. Menggali alasan mengapa klien ingin mengikuti tes
 - b. Menggali informasi yang berkaitan dengan perilaku berisiko HIV, misalnya perilaku seksual (Berganti-ganti pasangan, hubungan genitoanal, genitovaginal tanpa kondom), jarum suntik, transfusi darah, terpapar tato/tindik, akupunktur.
 - c. Mengulas Riwayat kesehatan Klien minimal 5 bulan terakhir
4. Memberi informasi umum tentang HIV
 - a. Kerja HIV terhadap sistem kekebalan tubuh
 - b. Cara transmisi HIV/ Penularan HIV
 - c. Pengertian tes HIV
 - d. Makna hasil tes
 - e. Ketepatan tes
 - f. Proses pelaksanaan tes
 - g. Jaminan Anonimitas dan kerahasiaan
5. Memberi informasi tentang pengobatan yang tersedia
6. Memberi informasi tentang masa jendela

Tekankan kemungkinan kapan klien terpapar HIV, dan kapan tes HIV sebaiknya dilakukan lagi.

7. Memberi informasi tentang penurunan risiko penularan HIV
 - a. Dalam masa menunggu hasil tes.
 - b. Menggali kemampuan klien menghadapi situasi menekan pada masa lalu
 - c. Menginformasikan jaringan dukungan psikososial yang tersedia
 - d. Menginformasikan jaringan rujukan pelayanan yang tersedia
8. Menghimbau klien untuk konseling ulang
 - a. Menganjurkan klien untuk kembali mengambil hasil lab
 - b. Menjelaskan alasan-alasan mengapa klien harus kembali untuk hasil tesnya (misalnya untuk mendapatkan informasi pengobatan dan perawatan bila hasilnya positif, untuk merasa lega bila tidak terinfeksi, untuk memperoleh informasi penting berkaitan dengan perilaku risiko tertular pada masa lampau, sekarang ataupun masa depan).

VIII. DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI (2008). *Pedoman Pelayanan Konseling Dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik

Nursalam, (2007). *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta : Salemba Madika

MATERI KONSELING

HIV /AIDS

A. PENGERTIAN HIV/AIDS

H = Human

I = Immuno

V= virus

A= Acquired

I= Immune

D= Deficiency

S= Sindrom

AIDS merupakan penyakit dimana virus (HIV) masuk tubuh untuk menyerang sistem kekebalan atau pertahanan (immun) badan. Orang yang terinfeksi menjadi mudah terserang penyakit infeksi serius lainnya.

B. 4 PRINSIP PENULARAN HIV

1. Pintu keluar : Virus keluar dari tubuh orang yang terkena infeksi (rumah lama).
2. Hidup : Virus perlu tetap hidup untuk dapat mencari rumah baru
3. Pintu masuk : Virus hidup akan masuk rumah baru (orang lain) melalui aliran darah.
4. Cukup : Untuk menginfeksi rumah baru, diperlukan jumlah virus dalam kuantitas yang cukup

C. BAGAIMANA HIV DAPAT DITULARKAN

1. Melalui hubungan seksual :
 - a. Senggama pada penis dan vagina tanpa perlindungan

- b. Seks oral
- c. Seks anal tanpa perlindungan

2. Bergantian jarum suntik
3. Dari ibu kepada janin selama masa kehamilan dan selama masa menyusui ASI
4. Melalui pemindahan darah misalnya transfusi darah dari darah terinfeksi HIV

D. PERILAKU SEKSUAL DAN HUBUNGANNYA DENGAN RISIKO TINGGI HIV

Perilaku seksual:

1. Sama sekali tidak melakukan senggama: Abstinence
2. Fantasi, berpelukan
3. Hubungan seksual non penetratif: masturbasi, mengelus-elus alat vital
4. Hubungan seksual pervagina dengan tetap menggunakan kondom
5. Cunnilingus (oral genital perempuan)
6. Fellatio tanpa ejakulasi dalam mulut
7. Fellatio dengan ejakulasi dalam mulut
8. Senggama anal dengan menggunakan kondom pada penis
9. Hubungan seksual pervaginam tanpa kondom
10. Setiap kontak dengan darah dan produk darah
11. Senggama anal tanpa kondom pada penis

E. HIV TIDAK DAPAT DITULARKAN MELALUI

1. Ciuman pipi
2. Pelukan

3. Bergantian alat makan
4. Bersalaman
5. Batuk/bersin
6. WC duduk
7. Kolam renang umum
8. Nyamuk
9. Bergantian handuk dan pakaian
10. Mandi bersama-sama

F. TES HIV

Virus Hiv masuk dalam tubuh manusia akan membuat tubuh melawan, karena tubuh tahu ia bukan benda yang harus ada di dalam tubuh. Sistem perlawanan atau immunitas berkembang membangun antibodi. Antibodi akan mencoba melindungi tubuh dari serangan HIV dengan cara membunuhnya. Kadar antibodi dalam darah inilah yang diuji dengan pemeriksaan darah untuk HIV.

Kira-kira 12 minggu sesudah virus memasuki tubuh, berkembanglah antibodi. Karena itu bila seseorang baru saja terinfeksi dan sistem kekebalan tubuh belum berkembang, maka uji darah HIV menunjukkan hasil negatif. Masa dari masuknya Virus sampai munculnya antibodi, disebut masa jendela (Window periode). Masa jendela disebutkan 12 minggu.

G. MASA JENDELA

Bila seseorang melaksanakan tes darah HIV hari ini, maka tidak dapat dipastikan status HIVnya sebelum 12 minggu kebelakang. Anti-HIV dalam darah hanya akan muncul setelah antibodi terbentuk.

H. BUTIR TAMBAHAN UNTUK DIPAHAMI KLIEN

Orang yang terinfeksi adalah orang yang badannya telah dimasuki virus HIV, meski tanpa gejala.

Orang yang terinfeksi HIV akan terinfeksi selama hidupnya

Orang yang mempunyai anti HIV alam tubuhnya dapat tidak menunjukkan gejala sakit infeksi apapun. Orang dengan HIV positif tidak akan terlihat dari luar. Orang yang terinfeksi HIV masih dapat bekerja dan menghidupi diri.

I. KAPAN HIV MENJADI AIDS

Orang yang terinfeksi HIV dapat sehat sepanjang hidupnya bila ia tetap makan dan minum, berolah raga dan tidur secara seimbang. Gaya hidup sehat akan tetap melindungi kebugaran orang dengan HIV dan ia akan tetap produktif dalam berkarya. Bila telah ada tanda-tanda penyakit infeksi dan tidak kunjung sembuh atau berulang artinya daya tahan tubuh menjadi buruk, sistem kekebalan tubuh defisit, berkembanglah AIDS.

FORMULIR VII

FORM VCT PRA TESTING HIV

Nomer Rekam Medis Klien □□ - □□ - □□

KODE KLIEN : _____	TANGGAL : __/__/__
TANGGAL TES KLIEN : __/__/__	TEMPAT TES : _____

a) Jenis klien <input type="checkbox"/> 1 = laki-laki, 2 = perempuan,	b) Status hubungan <input type="checkbox"/> 1 = tidak pernah kawin, 2 = kawin, 3 = cerai/pisah, 4 = janda,	c) Jumlah anak <input type="checkbox"/> 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4, 5 = 5, 6 = 6, 7 = > 4, 8 = 0
d) Umur klien <input type="checkbox"/> 1 = <15, 2 = 15 -24, 3 = 25-34, 4 = 35 – 44, 5 = > 45 d)	e) Pendidikan <input type="checkbox"/> 1 = tidak ada , 2 = SD, 3 = SLTP/ sederajat, 4 = SLTA/ sederajat 5 = Akademi/PT	f) Pekerjaan sekarang <input type="checkbox"/> 0 = tak bekerja 1 = bekerja , 2 = pelajar/mahasiswa, 3 = petani 4 = profesional , 5 = polisi/ABRI/Satpam , 6 = pekerja tambang, 7 = transportasi, 8 = lain-lain (sebutkan)

2. Penilaian risiko individu

Klien punya pasangan tetap <input type="checkbox"/> 1 = ya, 2 = tidak Jika Ya, isi kolom b)	Status pasangan tetap <input type="checkbox"/> 1 = HIV (+) 2 = HIV (-) 3 = tidak diketahui	Tanggal Tes Terakhir <input type="checkbox"/> __/__/__
---	--	--

Tulislah kode dan tanggal potensi pajanan yang paling akhir

Pajanan 1 = Ya, 2 = Tidak	Tanggal paling berisiko	Masa Jendela (Window Periode) 1 = Ya, 2 = Tidak
Pajanan okupasional <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Tato, goresan <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Produk darah <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Hubungan seks vaginal <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Oral seks <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Anal seks <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Riwayat kekerasan seksual <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>
Bergantian peralatan suntik <input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>

Klien membutuhkan tes ulang HIV karena masa jendela : YA / TIDAK (harap dilingkari) jika Ya, tanggal tes ulang ___/___/___/	
Klien berisiko dengan orang HIV positif yang dikenal <input type="checkbox"/>	
Klien hamil <input type="checkbox"/>	Jika YA, masa kehamilan : Trimester 1/2/3
Klien menggunakan KB secara teratur <input type="checkbox"/>	
Klien mempunyai riwayat infeksi menular seksual <input type="checkbox"/>	Diperlukan rujukan untuk pengobatan <input type="checkbox"/> (1 = Ya, 2 = Tidak)
Klien melaporkan gejala TB <input type="checkbox"/>	
3. Penilaian pribadi atas strategi penyesuaian diri (beri kode 1 = ya, 2 = tidak)	
Klien sangat terindikasi bunuh diri jika hasil tes HIV (+)	<input type="checkbox"/>
Klien mempunyai riwayat melukai diri atau usaha bunuh diri	<input type="checkbox"/>
Klien sangat terindikasi mencederai orang lain jika hasil tes HIV (+)	<input type="checkbox"/>
Klien mempunyai potensi risiko melakukan kekerasan jika hasilnya diberitahu kepada pasangan	<input type="checkbox"/>
Klien mempunyai dukungan personal yang cukup	<input type="checkbox"/>

Catatan penilaian penyesuaian individu :

Intervensi konselor dalam kunjungan kini (Berilah tanda dalam kotak yang tersedia)

- Kerahasiaan dan pribadi yang saudara tawarkan pada klien
- Informasi dasar tentang HIV dan penularannya
- Informasi dasar potensi keuntungan dan kesulitan tes (hukum dsb)
- Penilaian risiko personal
- Eksplorasi dan pemecahan problem hambatan pengurangan risiko
- Penggunaan kondom, termasuk demonstrasi penggunaan kondom
- Kesiapan klien mempelajari status HIV
- Eksplorasi akan apa yang dilakukan klien ketika hasil tes HIV (+), dan penyesuaian diri yang dimungkinkan ketika hasil tes HIV (+). Termasuk didalamnya penilaian kemungkinan bunuh diri
- Pemikiran klien akan perencanaan reproduksi dan keluarga berencana
- Eksplorasi kemungkinan dukungan keluarga dan kawan-kawan
- Isu penting yang dibutuhkan klien lainnya
- Informasi dasar tentang tes dan prosedur pemeriksaan sampai didapat hasil
- Informed consent untuk melakukan tes HIV

Catatan lainnya

Hasil Pemeriksaan (beri tanda)

antibody HIV negatif

antibody HIV positif

indeterminate

Nama konselor

Tanda tangan konselor

Tanggal

**Tabulasi Nilai Hasil Penelitian
Di RSUD Dr Soetomo Surabaya**

No	Jenis kelamin	umur	Pendidikan	Daerah Asal	status	Pekerjaan	Keterangan
1	1	1	1	1	2	3	Jenis Kelamin: 1. Laki-laki
2	1	1	1	1	2	1	
3	1	1	2	1	2	10	
4	2	2	1	2	2	8	2. Perempuan
5	2	1	1	3	2	8	3. Trans Gender
6	2	3	1	2	2	10	Umur 1. 21-30 tahun
7	1	2	1	2	2	1	2. 31-40 tahun
8	2	2	2	2	2	8	3. 41-50 tahun
9	1	2	1	2	3	1	4. 51-60 tahun
10	1	1	1	2	2	10	Pendidikan
11	1	4	1	1	1	10	1. SMP
12	1	1	1	1	2	10	2. SMA
13	1	2	1	1	2	10	3. Perguruan tinggi
14	2	2	1	1	2	3	Daerah
15	2	2	1	2	2	10	1. Surabaya
16	1	1	2	4	1	2	2. luar surabaya satu kerisidenan
17	1	1	1	1	2	10	
18	2	2	2	5	2	8	3. Luar surabaya diluar kerisidenan
19	1	2	1	3	2	3	
20	2	1	1	1	3	2	4. Luar provinsi JATIM
21	2	2	2	3	2	8	5. Luar Jawa
22	1	1	1	1	1	1	6. Lain-lain
23	2	1	3	2	1	10	Status
24	1	3	1	2	2	10	1. tidak kawin
25	1	2	1	2	1	10	2 Kawin
26	2	1	1	3	2	8	3. Duda/janda
27	3	1	2	4	1	9	Pekerjaan
28	1	1	2	4	1	10	1. sopir
29	1	1	1	1	2	3	2. Sekolah/mahasiswa
30	1	1	2	3	1	10	3. Buruh
							4. Pelaut
							5. Wartawan
							6. Petugas Kesehatan
							7. ABRI
							8. Ibu R'I
							9. Pekerja Seks
							10. Lainnya

**Tabel Klasifikasi Perubahan Tingkat Pengetahuan di Ruang Intermediate
Penyakit Infeksi RSUD Dr Soetomo Surabaya
Tanggal 29 Juni-21 Juli 2009**

No	Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol				Tingkat Pengetahuan Kelompok perlakuan			
	prc	Klasifikasi	Post	Klasifikasi	prc	Klasifikasi	Post	Klasifikasi
1	52	Cukup	68	Cukup	84	Baik	89	Baik
2	52	Cukup	63	Cukup	84	Baik	89	Baik
3	58	Cukup	68	Cukup	63	Cukup	89	Baik
4	42	Kurang	58	Cukup	63	Cukup	95	Baik
5	52	Cukup	52	Cukup	68	Cukup	89	Baik
6	47	Kurang	52	Cukup	58	Cukup	95	Baik
7	47	Kurang	47	Kurang	58	Cukup	84	Baik
8	58	Cukup	63	Cukup	74	Cukup	95	Baik
9	68	Cukup	74	Cukup	31	Rendah	84	Baik
10	68	Cukup	74	Cukup	89	Baik	100	Baik
11	58	Cukup	63	Cukup	68	Cukup	89	Baik
12	58	Cukup	58	Cukup	68	Cukup	58	Cukup
13	52	Cukup	63	Cukup	68	Cukup	84	Baik
14	74	Cukup	74	Cukup	42	Kurang	89	Baik
15	58	Cukup	58	Cukup	58	Cukup	58	Cukup
	Baik: 0 resp:0% Cukup: 12 resp: 80% Rendah: 0 resp: 0% Kurang:3resp: 20%		Baik: 0 resp:0% Cukup: 14 resp: 93% Rendah: 0 resp: 0% Kurang: 1 resp: 7%		Baik:3 resp: 20% Cukup: 10 resp:67% Rendah: 1 resp: 7% Kurang: 1 resp : 7%		Baik: 13 resp: 87% Cukup: 2 resp: 13% Rendah: 0 resp: 0% Kurang: 0 resp:0%	

**Tabel Klasifikasi Perubahan Tingkat Kecemasan Di Ruang Perawatan
Intermediate Penyakit Infeksi RSUD Dr Soetomo
Tanggal 29 Juni - 21 Juli 2019**

No	Tingkat Kecemasan kelompok kontrol				Tingkat kecemasan kelompok perlakuan			
	Pre	Klasifikasi	post	Klasifikasi	Pre	Klasifikasi	post	Klasifikasi
1	39	Sedang	39	Sedang	41	Berat	20	Ringan
2	36	Sedang	41	Berat	40	Sedang	18	Ringan
3	38	Sedang	36	Sedang	44	Berat	24	Sedang
4	54	Berat	43	Berat	40	Sedang	19	Ringan
5	52	Berat	56	Berat	50	Berat	19	Ringan
6	44	Berat	28	Sedang	54	Berat	29	Sedang
7	57	Berat	51	Berat	43	Berat	21	Ringan
8	52	Berat	52	Berat	42	Berat	24	Sedang
9	38	Sedang	39	Sedang	49	Berat	32	Sedang
10	47	Berat	49	Berat	23	Sedang	10	Ringan
11	42	Berat	42	Berat	52	Berat	47	Berat
12	40	Sedang	44	Berat	43	Berat	28	Sedang
13	36	Sedang	32	Sedang	20	Sedang	10	Ringan
14	33	Sedang	29	Sedang	39	Sedang	27	Sedang
15	36	Sedang	45	Berat	34	Sedang	12	Ringan
	Berat : 7 resp : 47%		Berat: 9 resp : 60%		Berat: 9 resp: 60%		Berat: 1 Resp : 0,06%	
	Sedang : 8 resp : 5 %		Sedang 6 resp: 40%		Sedang: 6 resp: 40%		Sedang:6 Resp: 40%	
	Ringan: 0 resp: 0%		Ringan: 0 resp: 0%		Ringan: 0 resp: 0%		Ringan: 8 resp: 54,4%	

**Tabel Klasifikasi Respon Sosial Di Ruang Perawatan Intermediate
Penyakit Infeksi RSUD Dr Soetomo Surabaya
Tanggal 29 Juni-21Juli 2009**

No	Respon sosial kelompok Kontrol		Respon sosial kelompok Perlakuan	
	Nilai	Klasifikasi	Nilai	Klasifikasi
1	80	Baik	100	Baik
2	80	Baik	80	Baik
3	60	Cukup	80	Baik
4	60	Cukup	60	Cukup
5	80	Baik	60	Cukup
6	60	Cukup	80	Baik
7	60	Cukup	40	Kurang
8	20	Rendah	80	Baik
9	60	Cukup	80	Baik
10	60	Cukup	60	Cukup
11	60	Cukup	20	Rendah
12	60	Cukup	20	Rendah
13	80	Baik	100	Baik
14	60	Cukup	80	Baik
15	60	Cukup	80	Baik
	Baik: 4 Resp: 27% Cukup: 10 Resp: 67% Rendah: 1 Resp: 7% Kurang: 0 resp: 0%		Baik: 9 Resp: 60% Cukup: 3 Resp: 20% Rendah: 2 Resp: 13% Kurang : 1 Resp: 7%	

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
TABULASI NILAI TINGKAT KECEMASAN PASIEN RISIKO TINGGI HIV AIDS PADA KELOMPOK KONTROL
DI RSUD Dr SOETOMO SURABAYA

pre Kelompok kontrol

No soal / No responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah
1	2	2	2	2	1	2	4	3	3	4	0	2	1	0	2	2	3	1	3	0	39
2	4	3	4	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	36
3	4	4	4	2	2	1	1	2	3	4	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	38
4	4	2	2	2	2	1	4	4	4	4	4	4	3	1	4	1	2	0	4	2	54
5	3	3	3	2	1	4	2	4	2	2	2	2	4	1	1	3	2	3	4	4	52
6	4	4	3	3	3	1	1	2	2	4	2	2	1	1	3	1	2	0	4	1	44
7	4	4	4	2	4	4	2	3	3	4	4	0	3	0	4	4	4	0	2	2	57
8	4	4	4	4	1	3	2	4	3	3	2	3	3	0	0	3	2	1	4	2	52
9	4	4	2	2	1	1	2	1	4	2	1	0	0	0	3	3	3	0	4	1	38
10	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	2	0	2	0	2	2	1	1	1	1	47
11	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	0	0	2	0	2	2	2	0	3	3	42
12	4	3	3	3	4	1	0	3	1	3	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	40
13	2	2	2	3	2	1	4	2	3	2	2	1	2	1	2	0	0	0	3	2	36
14	2	2	1	2	2	3	0	2	1	3	0	0	1	2	2	0	3	2	3	2	33
15	2	2	3	2	2	0	2	2	3	2	2	0	2	3	3	0	2	0	2	2	36

post Kelompok Kontrol

No soal / No responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah
1	3	2	1	1	3	1	4	4	3	3	1	2	1	0	1	2	2	0	3	2	39
2	3	3	4	4	3	2	2	2	2	2	2	0	1	0	2	2	3	0	3	1	41
3	4	4	3	3	2	0	2	3	3	2	0	0	1	0	2	1	1	0	2	3	36
4	4	3	1	1	3	0	3	4	2	3	1	0	3	0	4	2	3	1	3	2	43
5	3	4	3	3	4	3	3	4	3	1	2	0	2	1	3	4	2	3	4	4	56
6	2	2	2	2	2	0	1	1	2	2	1	0	1	0	3	1	2	0	2	2	28
7	4	3	4	3	3	4	0	2	3	2	3	0	2	0	4	4	4	0	3	3	51

8	4	4	4	2	3	2	1	1	3	4	3	1	3	2	2	4	2	1	4	2	52
9	3	3	3	3	2	0	3	3	3	3	0	0	0	0	3	3	2	0	3	2	39
10	4	4	4	4	2	3	0	4	3	4	3	0	1	0	3	3	2	0	3	2	49
11	3	3	3	2	3	1	1	3	2	2	0	0	2	0	4	4	3	0	4	2	42
12	4	4	4	4	3	0	0	3	4	3	2	0	1	0	3	3	2	0	3	1	44
13	2	2	2	2	3	0	3	2	3	2	0	0	1	0	4	3	0	0	2	1	32
14	1	1	1	1	2	3	3	4	1	2	0	0	1	0	2	0	2	0	3	2	29
15	3	3	3	3	4	1	2	2	3	3	3	0	4	0	3	0	3	1	3	1	45

**TABULASI NILAI TINGKAT KECEMASAN PASIEN RISIKO TINGGI HIV AIDS PADA KELOMPOK PERLAKUAN
DI RSUD Dr SOETOMO SURABAYA**

Pre kelompok perlakuan

No soal / No responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah
16	3	3	1	1	1	4	2	3	3	2	1	1	3	1	1	1	4	1	4	1	41
17	2	2	2	3	3	1	2	2	4	1	1	1	1	2	1	3	3	1	2	3	40
18	3	3	2	2	3	2	1	2	3	2	2	1	3	2	2	1	4	1	3	2	44
19	4	3	3	0	1	3	4	4	3	0	1	1	1	0	2	2	3	0	2	3	40
20	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	0	2	3	50
21	4	4	2	4	3	1	4	4	4	3	1	1	2	2	3	1	4	1	4	2	54
22	4	4	4	2	4	1	4	4	1	2	2	1	1	2	2	2	1	0	1	1	43
23	4	4	3	2	2	0	2	2	2	4	2	1	1	0	2	2	3	0	3	3	42
24	4	4	4	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	4	3	2	4	4	49
25	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
26	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	0	4	1	1	3	1	1	1	4	1	52
27	1	1	4	2	3	1	2	4	3	2	2	1	3	1	1	4	3	1	2	2	43
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
29	3	2	3	2	1	0	3	3	3	2	2	0	2	0	0	0	3	2	3	2	36
30	3	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	4	2	34

Post kelompok perlakuan

No soal / No responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah
16	2	1	1	0	1	0	1	3	4	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	20
17	1	1	1	1	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	2	2	18
18	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	24
19	2	2	1	0	1	1	2	1	1	1	0	0	1	0	2	0	1	0	2	1	19
20	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	19
21	2	2	2	2	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	29
22	2	2	1	0	1	0	1	2	2	1	2	0	1	1	2	2	1	0	1	1	23
23	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	0	2	1	20
24	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1	32
25	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	10
26	3	4	4	3	4	1	1	4	3	4	4	3	1	1	1	1	3	0	1	1	47
27	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	28
28	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	10
29	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	0	1	0	1	1	1	2	2	1	27
30	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	12

**TABULASI NILAI TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN RISIKO
TINGGI HIV AIDS DI RSUD Dr SOETOMO SURABAYA**

No soal / No responde	pre tes Kelompok kontrol							pos tes Kelompok kontrol						
	1	2	3	4	5	6	jml nilai	1	2	3	4	5	6	jml nilai
1	2	1	4	1	3	1	12	2	2	4	1	2	2	13
2	1	1	4	3	0	1	10	1	2	4	3	1	1	12
3	1	1	4	3	1	1	11	2	1	4	3	1	2	13
4	0	2	3	2	0	1	8	1	2	3	2	2	1	11
5	1	1	4	1	2	1	10	1	1	4	1	2	1	10
6	1	1	4	2	0	1	9	1	1	4	2	1	1	10
7	0	2	4	2	0	1	9	0	2	4	2	0	1	9
8	0	2	4	2	2	1	11	1	2	4	2	2	1	12
9	1	2	4	2	3	1	13	1	2	4	2	3	2	14
10	2	3	4	3	0	1	13	2	3	4	3	1	1	14
11	0	2	4	2	2	1	11	1	2	4	2	2	1	12
12	0	2	4	2	2	1	11	0	2	4	2	2	1	11
13	0	2	4	2	1	1	10	1	2	4	2	2	1	12
14	2	2	4	2	2	2	14	2	2	4	2	2	2	14
15	2	1	4	2	1	1	11	2	1	4	2	1	1	11

No soal / No responde	pre tes Kelompok perlakuan							post tes Kelompok perlakuan						
	1	2	3	4	5	6	jml nilai	1	2	3	4	5	6	jml nilai
1	3	1	4	2	3	3	16	3	2	4	3	3	2	17
2	2	2	4	3	3	2	16	3	2	4	3	3	2	17
3	1	3	4	2	1	1	12	3	3	4	2	2	3	17
4	1	1	4	3	1	2	12	3	3	4	3	2	3	18
5	2	3	2	3	2	1	13	2	3	4	3	3	2	17
6	2	1	4	1	0	3	11	3	3	4	3	3	2	18
7	2	2	4	1	1	1	11	3	3	4	2	2	2	16
8	3	1	4	3	1	2	14	3	2	4	3	3	3	18
9	2	0	1	1	1	1	6	3	2	4	2	3	2	16
10	3	3	4	3	1	3	17	3	3	4	3	3	3	19
11	1	1	4	3	3	1	13	3	2	4	3	2	3	17
12	3	2	4	1	1	2	13	3	3	4	2	1	2	15
13	3	1	4	2	1	2	13	3	2	4	3	2	2	16
14	0	2	4	0	1	1	8	3	3	4	2	2	3	17
15	3	3	4	1	2	2	15	3	3	4	2	1	2	15

**TABULASI DATA NILAI TINGKAT RESPON SOSIAL PASIEN RISIKO HIV
AIDS DI RSUD Dr SOETOMO SURABAYA**

No soal / No responden	Kelompok kontrol						Kelompok perlakuan					
	1	2	3	4	5	jml	1	2	3	4	5	jml
1	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	0	1	4	1	1	1	0	1	4
3	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	1	4
4	1	1	0	0	1	3	0	1	1	0	1	3
5	0	1	1	1	1	4	0	1	1	0	1	3
6	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	4
7	1	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1	2
8	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	4
9	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	1	4
10	0	1	1	0	1	3	1	1	0	0	1	3
11	1	1	0	0	1	3	0	0	1	0	0	1
12	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	1	1
13	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5
14	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	1	4
15	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	1	4

Frequencies

Statistics

		Jenis Kelamin Responden	Umur Responden	Pendidikan responden	Daerah Asal Responden	Status Responden	Pekerjaan Responden
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0
Std. Deviation		.57	.77	.55	.68	.55	1.28
Sum		43	48	40	53	54	86

Frequency Table

Jenis Kelamin Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	18	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	11	36.7	36.7	96.7
	Trans Gender	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Umur Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21-30 tahun	16	53.3	53.3	53.3
31-40 tahun	11	36.7	36.7	90.0
41-50 tahun	2	6.7	6.7	96.7
51-60 tahun	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	21	70.0	70.0	70.0
SMA	8	26.7	26.7	96.7
Perguruan Tinggi	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Daerah Asal Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Surabaya	11	36.7	36.7	36.7
Jawa Timur	15	50.0	50.0	86.7
Diluar Jawa Timur	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Status Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Kawin	8	26.7	26.7	26.7
Kawin	20	66.7	66.7	93.3
Duda/janda	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pekerja	8	26.7	26.7	26.7
Pelajar	2	6.7	6.7	33.3
Ibu Rumah Tangga	6	20.0	20.0	53.3
Lainnya	14	46.7	46.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

NPar Tests

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum
Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	15	42	74	855
Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	15	47	74	935
Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	15	31	89	976
Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	15	58	100	1287
Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	15	33	57	644
Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	15	28	56	626
Respon sosial kelompok Kontrol	15	20	80	940
Respon sosial kelompok Perlakuan	15	20	100	1020
Valid N (listwise)	15			

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation
Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	57.00	8.75
Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	62.33	8.36
Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	65.07	15.25
Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	85.80	12.17
Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	42.93	7.65
Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	41.73	8.28
Respon sosial kelompok Kontrol	62.67	14.86
Respon sosial kelompok Perlakuan	68.00	24.84
Valid N (listwise)		

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol - Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^b	1.50	3.00
	Ties	13 ^c		
	Total	15		
Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan - Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^e	5.50	55.00
	Ties	5 ^f		
	Total	15		
Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol - Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	Negative Ranks	1 ^g	2.50	2.50
	Positive Ranks	3 ^h	2.50	7.50
	Ties	11 ⁱ		
	Total	15		
Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan - Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan	Negative Ranks	13 ^j	7.00	91.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	2 ^l		
	Total	15		

- a. Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol < Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol
- b. Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol > Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol
- c. Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol = Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol
- d. Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan < Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan
- e. Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan > Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan
- f. Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan = Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan
- g. Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol < Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol
- h. Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol > Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol
- i. Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol = Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol
- j. Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan < Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan
- k. Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan > Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan
- l. Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan = Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan

Test Statistics^c

	Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol - Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	Post Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan - Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol - Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	Post Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan - Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan
Z	-1.414 ^a	-2.972 ^a	-1.000 ^a	-3.358 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157	.003	.317	.001

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests**Mann-Whitney Test**

Ranks

	Kelompok Kontrol	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Pengetahuan	Kontrol	15	8.93	134.00
Setelah Kontrol dan	Perlakuan	15	22.07	331.00
Perlakuan	Total	30		
Tingkat Kecemasan	Kontrol	15	21.10	316.50
Setelah Kontrol dan	Perlakuan	15	9.90	148.50
Perlakuan	Total	30		

Test Statistics^b

	Tingkat Pengetahuan Setelah Kontrol dan Perlakuan	Tingkat Kecemasan Setelah Kontrol dan Perlakuan
Mann-Whitney U	14.000	28.500
Wilcoxon W	134.000	148.500
Z	-4.663	-3.712
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Nonparametric Correlations

Correlations

IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

			Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan	Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	Respon sosial kelompok Kontrol	Respon sosial kelompok Perlakuan
Spearman's rho	Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	Correlation Coefficient	1.000	.218	-.535*	.111	-.336	-.528*
		Sig. (2-tailed)	.	.435	.040	.693	.221	.043
		N	15	15	15	15	15	15
	Pre Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan	Correlation Coefficient	.218	1.000	-.068	-.151	-.190	-.215
		Sig. (2-tailed)	.435	.	.310	.591	.498	.441
		N	15	15	15	15	15	15
	Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol	Correlation Coefficient	-.535*	-.068	1.000	.069	.209	.264
	Sig. (2-tailed)	.040	.810	.	.806	.454	.343	
	N	15	15	15	15	15	15	
Pre Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan	Correlation Coefficient	.111	-.151	.069	1.000	.412	-.080	
	Sig. (2-tailed)	.693	.591	.306	.	.127	.776	
	N	15	15	15	15	15	15	
Respon sosial kelompok Kontrol	Correlation Coefficient	-.336	-.190	.209	.412	1.000	.125	
	Sig. (2-tailed)	.221	.498	.454	.127	.	.657	
	N	15	15	15	15	15	15	
Respon sosial kelompok Perlakuan	Correlation Coefficient	-.528*	-.215	.264	-.080	.125	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.043	.441	.343	.776	.657	.	
	N	15	15	15	15	15	15	

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

HIV saya?

Status HIV hanya dapat diketahui melalui

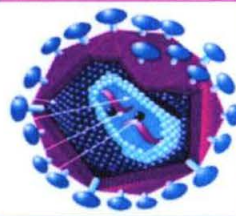
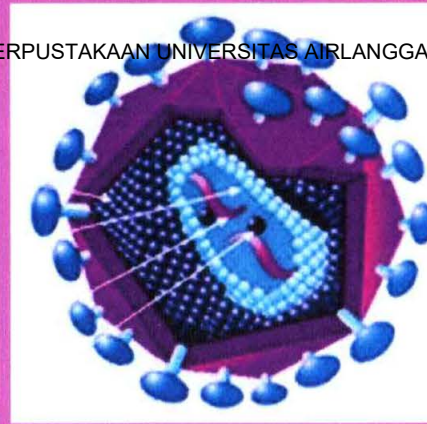
Konseling dan Testing HIV Sukarela

- ⇒ Testing HIV merupakan pengambilan darah dan pemeriksaan laboratorium disertai konseling pre dan paca testing HIV
- ⇒ Konseling & testing HIV sukarela dilakukan dengan prinsip tanpa paksaan, rahasia, tidak membedakan serta terjamin kualitasnya.
- ⇒ Manfaat konseling dan testing HIV:
 - Mendapat informasi, pelayanan dan perawatan sesuai kebutuhan masing-masing
 - Mendapat dukungan

Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tidak ada bedanya dengan kita. Mereka juga mempunyai hak, keuntungan dan kesempatan yang sama dengan orang yang menderita penyakit serius lainnya

SKRIPSI

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Beberapa contoh Cara mencegah Penularan HIV

- A :** Anda tidak melakukan seks
- B :** Bersikap saling setia dengan pasangan
- C :** Cegah dengan menggunakan kondom
- (-)** : Jangan memakai narkoba suntik

Pengaruh VCT (Pratest)...

HIV AIDS



PROGRAM STUDI S1 ILMU
KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2009

Galia Wardha Alvita

HIV

Virus (melemahkan sistem kekebalan tubuh)

Acquired
Immune
Deficiency
Syndrom



AIDS

Kumpulan berbagai gejala akibat penurunan sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV

Tertular HIV



0



2 minggu-6 bulan
(3 bulan pada 95%)

HIV positif



3-10 tahun



AIDS



1-2 tahun

Masa antara masuknya HIV ke dalam tubuh manusia sampai terbentuknya antibody terhadap HIV atau disebut juga HIV positif

Sudah bisa menularkan HIV ke orang lain

Tanpa Gejala tampak sehat

Dapat beraktivitas biasa

Timbul gejala oportunistik: Infeksi yang tidak berbahaya pada orang dengan system kekebalan tubuh normal tapi dapat berakibat fatal pada orang dengan system kekebalan tubuh lemah akibat diserang HIV

Siapa yang bisa tertular HIV?

- ⇒ Siapapun bisa tertular HIV, jika perilakunya berisiko
- ⇒ Penampilan luar tidak menjamin bebas HIV
- ⇒ Orang dengan HIV positif sering terlihat sehat dan merasa sehat
- ⇒ Jika belum melakukan tes HIV, orang dengan HIV positif tidak tahu bahwa dirinya sudah tertular HIV dan dapat menularkan HIV kepada orang lain
- ⇒ Tes HIV adalah satu-satunya cara untuk mendapatkan kepastian tertular HIV atau tidak

HIV menular melalui:



⇒ Hubungan seks berganti-ganti pasangan



⇒ Dari ibu ke bayi melalui proses: Hamil, melahirkan, menyusui



⇒ Menggunakan jarum suntik:
• Secara bergantian
• Bekas pakai dan tidak steril

Pengaruh VCT (Pratest)...

HIV tidak menular melalui:



⇒ Gigitan nyamuk atau serangga lain

- ⇒ Bersalaman, pelukan ataupun ciuman
- ⇒ Berenang bersama
- ⇒ Terpapar batuk atau bersin
- ⇒ Memakai toilet bersama
- ⇒ Berbagi makanan atau menggunakan alat makan bersama

Galia Wardha Alvita