

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, KEYAKINAN DAN
SIKAP TENAGA KESEHATAN TERHADAP SIKAP
UPAYA PENANGGULANGAN HIV-AIDS
DI KABUPATEN BOYOLALI**

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat Magister Kesehatan

Program Studi Kedokteran Keluarga

Minat Utama Pelayanan Profesi Kedokteran



Oleh :

ACHMAD MUZAYIN

S. 521008001

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

community user
2013

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, KEYAKINAN DAN
SIKAP TENAGA KESEHATAN TERHADAP SIKAP
UPAYA PENANGGULANGAN HIV-AIDS
DI KABUPATEN BOYOLALI**

Disusun Oleh :

ACHMAD MUZAYIN

S. 521008001

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing

Pada Tanggal : 14 Januari 2013

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. Bhisma Murti, Dr. MPH, MSc, Ph.D

NIP. 19551021 199412 1 001

dr. Balgis, MSc, CM-FM

NIP. 19640719 199903 2 003

Mengetahui
Ketua Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga

Dr. Hari Wuyoso, dr, Sp.F, MM

NIP. 19621022 199503 1 001

commit to user

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, KEYAKINAN DAN
SIKAP TENAGA KESEHATAN TERHADAP SIKAP
UPAYA PENANGGULANGAN HIV-AIDS
DI KABUPATEN BOYOLALI**

Disusun Oleh :

ACHMAD MUZAYIN

S. 521008001

HALAMAN PENGESAHAN TESIS

Telah Disetujui Dan Diterima Oleh Tim Penguji

Surakarta, 29 Januari 2013

TIM PENGUJI TESIS

Jabatan	Nama	Tanda-Tangan
Ketua	: Dr. Hari Wujoso, dr, SpF, MM NIP : 19621022 195503 1 001	-----
Sekretaris	: Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, MM, MKes, PAK NIP. 19480313 197610 1 001	-----
AnggotaPenguji	: Prof. Bhisma Murti, dr. MPH. MSc, Ph D NIP. 19551021 199412 1 001	-----
	: Balgis. Dr, MSc, MKes NIP. 19640719 199903 2 003	-----

MENGETAHUI

Direktur Program Pascasarjana UNS

Ketua Program Studi MKK

Prof. Dr. Ahmad Yunus. Ir. MS
NIP. 19610717 198601 1 001

Dr. Hari Wujoso, dr, SpF, MM
NIP. 19621022 195503 1 001

commit to user

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Bertanda tangan di bawah ini , saya

N a m a : ACHMAD MUZAYIN

N i m : S. 521008001

Menyatakan dengan sebenarnya, bahwa tugas akhir berjudul ”
HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, KEYAKINAN DAN SIKAP
TENAGA KESEHATAN TERHADAP UPAYA PENANGGULANGAN HIV-
AIDS DI KABUPATEN BOYOLALI “ yang saya buat ini benar-benar hasil
karya tulis saya sendiri dan bukan hasil pengambil alihan tulisan atau pemikiran
orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti bahwa karya tugas akhir ini bukan
merupakan karya sendiri, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan
tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk mendapatkan
perhatian adanya.

Surakarta, 14 Januari 2013

ACHMAD MUZAYIN

commit to user

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	 7
A. Kajian Teori	7
1. Pengetahuan	7
2. Keyakinan	10
3. Sikap	21
4. Sikap Upaya Penanggulangan HIV-AIDS.....	28

commit to user

5. Hubungan pengetahuan, keyakinan, dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	30
B. Penelitian yang Relevan.....	31
1. Indonesia.....	31
2. Nigeria	32
3. Jepang	38
C. Kerangka konsep	39
BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Desain Penelitian	41
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	41
C. Populasi dan Sampel.....	41
D. Kerangka Penelitian.....	44
E. Variabel Penelitian.....	45
F. Definisi Operasional.....	45
G. Sumber Data Penelitian.....	49
H. Alat Ukur Penelitian.....	50
I. Pengumpulan Data.....	51
J. Teknik Analisis Data.....	52
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
A. Hasil penelitian	54
1. Distribusi Demografi Responden	54
2. Distribusi Karakteristik Responden	55

commit to user

3. Analisis Data	58
a. Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	58
b. Korelasi keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	61
c. Korelasi sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	64
B. Pembahasan	67
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	73
A. Kesimpulan	73
B. Implikasi	73
C. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Health belief model (HBM)	17
Gambar 2.2	Kerangka konsep penelitian	39
Gambar 3.1	Kerangka penelitian	44
Gambar 4.1	Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada dokter terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	59
Gambar 4.2	Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada bidan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	59
Gambar 4.3	Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada perawat terhadap sikap upaya penanggula-ngan HIV-AIDS	62
Gambar 4.4	Korelasi keyakinan kausa HIV-AIDS pada dokter terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	62
Gambar 4.5	Korelasi keyakinan kausa HIV-AIDS pada bidan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	62
Gambar 4.6	Korelasi keyakinan kausa HIV-AIDS pada perawat terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	63
Gambar 4.7	Korelasi sikap terhadap ODHA pada dokter terhadap sikap upaya penanggulangan HIV – AIDS	65
Gambar 4.8	Korelasi sikap terhadap ODHA pada bidan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	65
Gambar 4.9	Korelasi sikap terhadap ODHA pada perawat terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	66

commit to user

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Matrik pertanyaan kuisioner pengetahuan tentang HIV-AIDS	45
Tabel 3.2	Matrik pertanyaan kuisioner keyakinan kausa HIV-AIDS	46
Tabel 3.3	Matrik pertanyaan kuisioner sikap terhadap ODHA	46
Tabel 3.4	Matrik pertanyaan kuisioner sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	49
Tabel 4.1	Distribusi responden menurut tempat kerja	55
Tabel 4.2	Karakteristik responden menurut profesi, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja	56
Tabel 4.3	Distribusi Nilai responden pada Pengetahuan terhadap HIV-AIDS, keyakinan kausa HIV-AIDS, dan sikap terhadap ODHA dan sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	57
Tabel 4.4	Koefisien korelasi spearman rho antara pengetahuan tentang HIV-AIDS tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS	60
Tabel 4.5	Koefisien korelasi spearman rho antara keyakinan kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS	63
Tabel 4.6	Koefisien korelasi spearman rho antara sikap terhadap ODHA pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS	66

commit to user

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuisisioner Hubungan pengetahuan, keyakinan, dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS	79
Lampiran 2	Uji reliabilitas instrument penelitian dengan Cronbach Alpha	83
Lampiran 3	Tabulasi data	88
Lampiran 4	Surat rekomendasi pemberian ijin KKN, riset, penelitian dan survey Dari kantor Kesbang Pol	108
Lampiran 5.	Surat keterangan telah melakukan kegiatan penelitian	109

ABSTRAK

Achmad Muzayin, S.521008001: Hubungan Antara Pengetahuan, Keyakinan, Dan Sikap Tenaga Kesehatan Terhadap Upaya Penanggulangan HIV-AIDS Di Kabupaten Boyolali. Pembimbing I Prof. Bhisma Murti, Dr. MPH, MSc, Ph.D. Pembimbing II Balgis, dr., MSc., CM-FM, AIFM. Tesis Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, Minat Utama: Pelayanan Profesi Kesehatan, Progran Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta 2012.

Latar Belakang: Jumlah penderita HIV/ AIDS di Indonesia terus meningkat dan kebanyakan menyerang usia muda yang produktif. Pengetahuan, keyakinan, dan sikap tenaga kesehatan diduga merupakan variabel yang memiliki hubungan dengan sikap upaya penanggulangan HIV - AIDS.

Tujuan : Menganalisis hubungan antara pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS .

Metode: Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi sumber adalah sampling tenaga kesehatan yang terdiri dokter, bidan, dan perawat pada RSUD dan Puskesmas rawat inap di Kabupaten Boyolali. Jumlah sampel 149 orang terdiri dari 24 dokter, 57 bidan, dan 68 perawat. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Teknik analisis data dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rho*.

Hasil: Terdapat hubungan positif yang secara statistik signifikan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS (dokter $r = 0,44$; $p < 0,001$, bidan $r = 0,15$; $p < 0,001$, perawat $r = 0,35$; $p < 0,001$). Terdapat hubungan positif yang secara statistik signifikan antara keyakinan kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV/AIDS . (dokter $r = 0,17$; $p < 0,001$, bidan $r = 0,34$; $p < 0,001$, perawat $r = 0,31$; $p < 0,001$). Terdapat hubungan positif yang secara statistik signifikan antara sikap terhadap ODHA pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS (dokter $r = 0,29$; $p < 0,001$, bidan $r = 0,19$; $p < 0,001$, perawat $r = 0,42$; $p < 0,001$)

Kesimpulan: Terdapat hubungan positif antara pengetahuan, keyakinan, dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV/ AIDS.

Kata Kunci: pengetahuan, keyakinan, sikap, tenaga kesehatan, penanggulangan HIV/AIDS.

ABSTRACT

Achmad Muzayin, S.521008001: The Relationship Between Knowledge, Beliefs, and Attitudes of Health Workers About Attitudes Efforts to Countermeasures HIV - AIDS In Boyolali, the Master Thesis Family Medicine, Main Interests: Ministry of Health Professions, Post Graduate of Sebelas Maret University Surakarta 2012.

Background: The number of people with HIV - AIDS in Indonesia continues to increase and most productive attacking a young age. Knowledge, beliefs, and attitudes of health workers is thought to be a variable that has a relationship with the attitudes efforts to HIV - AIDS.

Purpose : The purpose of this research was to analyze the relationship of knowledge, beliefs, and attitudes of health workers towards attitudes efforts to control HIV - AIDS.

Methods: The research was an observational analytic cross-sectional approach. The source population are the health workers sampling of doctors, midwives, and nurses in the hospitals and community health center in the district of Boyolali. Total sample are 149 people composed of 24 doctors, 57 midwives, and 68 nurses. Technique of data collection using a questionnaire. Techniques of data analysis using Spearman Rho correlation test.

Results: There are a positive relationship which statistically significant between the knowledge about HIV-AIDS with the attitudes efforts countermeasures HIV- AIDS (doctor $r = 0.44$; $p < 0.001$, midwives $r = 0.15$, $p < 0.001$, nurses $r = 0.35$, $p < 0.001$). There are a positive relationship which statistically significant between beliefs HIV-AIDS causa with the attitudes efforts countermeasures HIV -AIDS. (Doctor $r = 0.17$, $p < 0.001$, midwife $r = 0.34$, $p < 0.001$, nurses $r = 0.31$, $p < 0.001$). There are a positive relationship which statistically significant between attitudes at ODHA with the attitudes efforts countermeasures of HIV- AIDS (doctor $r = 0.29$, $p < 0.001$, midwife $r = 0.19$, $p < 0.001$, nurses $r = 0.42$, $p < 0.001$)

Conclusion: There are a positive relationship between knowledge, beliefs, and attitudes of health workers towards the attitudes efforts countermeasures HIV - AIDS.

Keywords: knowledge, beliefs, attitudes, health workers, countermeasures HIV - AIDS.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jumlah penderita HIV-AIDS di Indonesia terus meningkat dan kebanyakan menyerang usia muda yang produktif. Dalam rangka meneruskan pembangunan nasional untuk terciptanya kualitas manusia yang diharapkan, diperlukan upaya penanggulangan HIV-AIDS secara sistematis melalui program yang didasarkan pada kajian ilmiah.

Seluruh dunia pada tahun 2010 sudah lebih dari 30 juta orang telah meninggal karena penyakit terkait AIDS, 2,7 juta orang terinfeksi HIV, dan 1,8 juta pria, wanita dan anak-anak meninggal karena alasan terkait AIDS. Akhir tahun 2010 sebanyak 34 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV (UNAIDS, 2011).

Penderita HIV-AIDS Indonesia yang tercatat, sampai dengan 30 Juni 2011 terdapat 26.483 kasus AIDS dan 66.693 kasus HIV dengan total berjumlah 93.176 kasus atau 50% dari estimasi nasional. Data ini berasal dari 32 provinsi dan 300 kabupaten/kota. Dari risiko penularan, penularan melalui transmisi seksual (heteroseksual dan homoseksual) merupakan kejadian tertinggi, sebanyak 57,7%, disusul pengguna narkoba suntik 36,2%, dari ibu kepada anak 2,8%, dan transfusi darah 0,2% (Aditama, 2011).

Kabupaten Boyolali selama periode tahun 2005–2010 ditemukan kasus HIV-AIDS sebanyak 29 penderita, 14 diantaranya meninggal. Tahun 2011 ditemukan peningkatan signifikan dengan 25 kasus, 5 diantaranya meninggal. Penyebaran

kasus terjadi pada 18 kecamatan, hanya 1 kecamatan yang belum ditemukan penderita, yaitu kecamatan Selo (DKK Boyolali, 2011).

Data penelitian secara cross-sectional (1996 – 1997) dari The HIV Cost and Services Utilizations Study (HCSUS) dengan wawancara terhadap 2.466 orang dewasa penderita HIV di seluruh Negara bagian Amerika Serikat yang telah menerima pelayanan kesehatan dalam waktu berdekatan . Didapatkan hasil penelitian, dinyatakan 21 % dari ODHA mengalami perlakuan diskriminasi dari pemberi pelayanan termasuk 8 % diantaranya mengalami penolakan dari tenaga kesehatan untuk memberi pelayanan ($P < 0,001$), responden ODHA yang positif HIV sejak lebih lama melaporkan perlakuan diskriminasi ini ($P < 0,001$). Responden melaporkan pelaku diskriminasi tersebut antara lain, dilakukan oleh dokter (54%), dokter gigi (32%), perawat dan staf klinis lain (39%), staf Rumah Sakit (32%), para manajer kasus atau karyawan kemasyarakatan (8%) dan orang lain (2%). Secara spesifik bentuk pembeda perlakuan dari penyedia layanan kesehatan berupa was-was berlebihan (20%), perlakuan sebagai inferior (17%), lebih menyukai menghindari mereka (18%), atau menolak layanan (8%) (Schuster et al., 2005).

Jha dan Madison, 2009 melaporkan sebuah studi eksplorasi terhadap pengguna layanan kesehatan terdiri dari 20 peserta penderita HIV positif di Nepal. Studi menggunakan metode teori yang dikandaskan (grounded theory) peserta dilakukan investigasi tentang persepsi dan pengalaman saat mendapatkan pelayanan kesehatan di tempat pengobatan sekitar lembah Kathmandu. Hasil studi didapatkan para profesional kurang pengetahuan dan kepekaan dalam

memberikan pelayanan, seringkali memberikan sikap marginal dan sinis terhadap pengguna narkoba, pekerja seks dan penderita HIV. Ketimpangan dan marginalisasi ini dianggap sebagai upaya menghalangi profesional lain yang secara sukarela memberikan pelayanan terhadap orang beresiko terinfeksi HIV .

Stigmatisasi yang dilakukan profesional tenaga kesehatan masih banyak dilakukan dengan berbagai alasan. Tenaga kesehatan profesional memiliki dasar keilmuan tentang penyebab penyakit HIV-AIDS dan mempunyai peran besar dalam upaya penanggulangan penyebaran penyakit HIV-AIDS masih menunjukkan sikap negatif terhadap orang dengan HIV-AIDS (ODHA) dan kurang membantu dalam upaya pengobatannya.

Penelitian tentang sikap dan keyakinan tenaga kesehatan profesional Singapura dalam menangani HIV-AIDS yang dilakukan pada tahun 2000. Penelitian dilakukan dengan mengirimkan surat survei terhadap dokter, dokter gigi dan secara random pemilihan terhadap 1.500 perawat yang tercatat dalam buku daftar register keperawatan Singapura (the singapore nursing board register). Hasil penelitian menunjukkan responden yakin mengenai penularan HIV melalui hubungan seks dan berbagi jarum injeksi pengguna narkoba dan juga yakin adanya penularan melalui kontak sosial sehari-hari. Responden merasa harus sangat berhati-hati melalui kewaspadaan universal, sebagian besar mengakui hanya sedikit pengetahuan dan pengalaman terkait penyakit HIV-AIDS dan merasa professional keperawatanlah yang paling tidak siap dalam menangani ODHA (Bishop et al., 2000). Hasil penelitian memberikan kesimpulan adanya kesalahpahaman tentang HIV-AIDS oleh para profesional tenaga kesehatan

Singapura serta memunculkan stigma dan takut mengobati ODHA. Penyelesaian ini membutuhkan penanganan melalui pendidikan profesional tentang HIV-AIDS yang lebih baik .

Penelitian tentang pengetahuan, keyakinan dan sikap tentang HIV-AIDS dan sumber pengetahuan kalangan profesional tenaga kesehatan di Nigeria selatan dilakukan tahun 1997 dan dipublikasikan tahun 2008. Sampel terdiri dari 277 (65%) perempuan dan 135 (31,7%) laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan di antara profesional tenaga kesehatan, dengan pengetahuan tertinggi pada dokter dan yang terendah pekerja laboratorium ($P < 0,05$). Ada perbedaan tingkat pengetahuan pada jenis kelamin tetapi data menunjukkan bahwa pengetahuan tidak berbeda pada rumah sakit. Penelitian didapatkan adanya perasaan dan pandangan negatif terhadap perawatan pasien HIV-AIDS diantara para professional. Pandangan terburuk pada Pusat Kesehatan Masyarakat dan terbaik di Rumah Sakit Pemerintah. Sumber informasi terbesar sebagian besar profesional kesehatan adalah seminar, dan responden yang mendapat informasi dari sekolah mempunyai nilai tertinggi untuk pengetahuan umum tentang HIV – AIDS, kejadian, penyebab, transmisi, dan pengobatan klinis (Umeh et al., 2008)

Penelitian secara khusus tentang hubungan pengetahuan, keyakinan dan sikap tentang upaya penanggulangan HIV-AIDS belum banyak, terutama mengambil obyek penelitian tenaga kesehatan dari dokter, bidan dan perawat. beberapa tulisan tersebut dikutip penulis untuk memperkaya wawasan.

Pengetahuan tentang HIV-AIDS meningkat, begitu juga akan diikuti perasaan positif dan pandangan terhadap ODHA. Pendapat ini menarik penulis untuk melakukan penelitian.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini, yaitu : “ Adakah hubungan antara pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS ?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan dengan sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS .

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hubungan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
- b. Menganalisis hubungan antara keyakinan kausa HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
- c. Menganalisis hubungan antara sikap terhadap ODHA terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diambil dari hasil penelitian ini adalah :

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti empiris terhadap pendapat bahwa pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan memiliki pengaruh terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.

2. Manfaat Praktis

- a. Memberikan informasi kepada kabupaten Boyolali tentang hal-hal yang dapat mempengaruhi sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
- b. Sebagai bahasan masukan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, keyakinan dan sikap sehingga akan meningkatkan sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
- c. Peneliti mengharapkan dapat memberi masukan bagi pemerintah, dimana hasil penelitian dapat menjadi bahan pertimbangan dalam memutuskan kebijakan peningkatan pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan dalam rangka sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan manusia, atau hasil seseorang jadi mengetahui terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya, mata, hidung, telinga dan sebagainya (Bloom dikutip Notoatmodjo, 2010b).

Penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Dengan demikian pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

Faktor –faktor yang mempengaruhi pengetahuan

- 1) Pendidikan, yaitu suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah. Ini akan mempengaruhi proses belajar sehingga makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah untuk menerima informasi.
- 2) Informasi, yang dapat diperoleh dari pendidikan formal maupun non formal seperti media massa. Ini dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Peran media massa dalam penyampaian informasi yaitu membawa pesan-

pesan berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang sehingga memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap sesuatu hal.

- 3) Sosial budaya dan ekonomi yaitu adanya kebiasaan atau tradisi yang dilakukan tanpa penalaran apakah itu baik atau buruk, sehingga orang akan tambah pengetahuannya walaupun tidak melakukannya. Sedangkan status ekonomi juga akan menentukan tersedianya sarana untuk mendapatkan informasi tersebut.
- 4) Lingkungan, yaitu segala sesuatu di sekitar individu baik fisik, biologi, maupun sosial yang akan mempengaruhi terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu.
- 5) Pengalaman yaitu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.
- 6) Usia, karena usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang didapat semakin membaik. Semakin tua semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya, akan tetapi tidak dapat mengajarkan kepandaian baru pada orang yang sudah

tua karena ada kemunduran baik fisik maupun mental (Suryana. 2009, Erfandi. 2009).

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan secara garis besar dibagi menjadi enam tahap, yaitu:

- 1) Mengetahui, yang diartikan sebagai kemampuan untuk memanggil atau mengingat memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- 2) Memahami, artinya bukan hanya sekedar tahu terhadap obyek tersebut, tidak hanya sekedar dapat menyebutkan tetapi harus dapat menafsirkan secara benar tentang obyek tersebut.
- 3) Aplikasi, artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.
- 4) Analisis, artinya kemampuan seseorang untuk menjabarkan ke dalam komponen-komponen, dalam satu struktur dan masih ada keterkaitan satu sama lain.
- 5) Sintesis, artinya kemampuan untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki di dalam bentuk keseluruhan yang baru.
- 6) Evaluasi, artinya kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek tertentu berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma pada masyarakat (Notoatmodjo. 2010).

c. Domain Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain paling penting dalam terbentuknya tindakan seseorang. Penelitian Roger (1974) dikutip oleh Notoatmodjo (2010) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu:

- 1) Kesadaran yaitu menyadari terlebih dahulu terhadap stimulus.
- 2) Minat diawali dengan mulai tertarik pada stimulus.
- 3) Evaluasi dengan menimbang-nimbang terhadap baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) Mencoba-coba perilakunya yang baru.
- 5) Adopsi dengan cara berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

2. Keyakinan

a. Pengertian

Keyakinan merupakan suatu sikap yang diperlihatkan oleh manusia saat merasa cukup mengetahui dan memberikan kesimpulan bahwa dirinya telah mencapai kebenaran (Vardiansyah, 2008).

Keyakinan merupakan suatu sikap, maka sebuah keyakinan pada seseorang tidak selalu bersifat benar atau, keyakinan semata bukanlah jaminan kebenaran. Contoh: Pada suatu masa, manusia pernah meyakini bahwa bumi merupakan pusat tata surya, belakangan baru diketahui bahwa ternyata keyakinan tersebut keliru.

b. Dimensi Keyakinan Diri

Bandura 1997 dikutip Pajares 2011, mengemukakan bahwa keyakinan diri individu dapat dilihat dari tiga dimensi, yaitu :

1) Tingkat (*level*)

Keyakinan diri individu dalam mengerjakan suatu tugas berbeda dalam tingkat kesulitan tugas. Individu memiliki keyakinan diri yang tinggi pada tugas yang mudah dan sederhana, atau juga pada tugas-tugas yang rumit dan membutuhkan kompetensi yang tinggi. Individu yang memiliki keyakinan diri yang tinggi cenderung memilih tugas yang tingkat kesukarannya sesuai dengan kemampuannya.

2) Keluasan (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan keluasan individu terhadap bidang atau tugas pekerjaan. Individu dapat menyatakan dirinya memiliki keyakinan diri pada aktivitas yang luas, atau terbatas pada fungsi domain tertentu saja. Individu dengan keyakinan diri yang tinggi akan mampu menguasai beberapa bidang sekaligus untuk menyelesaikan suatu tugas. Individu yang memiliki keyakinan diri yang rendah hanya menguasai sedikit bidang yang diperlukan dalam menyelesaikan suatu tugas.

3) Kekuatan (*strength*)

Dimensi yang ketiga ini lebih menekankan pada tingkat kekuatan atau kemantapan individu terhadap keyakinannya. Keyakinan diri menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan individu akan memberikan

commit to user

hasil yang sesuai dengan yang diharapkan individu. Keyakinan diri menjadi dasar dirinya melakukan usaha yang keras, bahkan ketika menemui hambatan sekalipun. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa keyakinan diri mencakup dimensi tingkat (*level*), keluasan (*generality*) dan kekuatan (*strength*).

c. Filosofi, Keyakinan dan Pengetahuan

Filosofi (filsafat) mempelajari masalah-masalah umum dan mendasar, misalnya masalah berkaitan dengan keberadaan (*eksistensi*), pengetahuan, nilai-nilai, alasan, pikiran, dan bahasa (Wikipedia, 2011 dikutip Murti, 2011).

Epistemologi merupakan cabang filosofi yang mempelajari teori, hakikat, lingkup, dan fondasi ilmu pengetahuan. Epistemologi membuat batasan antara keyakinan (*belief*) dan pengetahuan (*Knowledge*). Keyakinan adalah keadaan psikologis di mana seorang individu berpendirian bahwa suatu pernyataan (*proposisi*) atau rujukan pernyataan (*premis*) merupakan kebenaran. Keyakinan adalah penerimaan bahwa suatu pernyataan adalah benar atau bahwa suatu hal ada. Keyakinan merupakan suatu hal yang diterima seorang sebagai benar atau nyata tanpa memerlukan bukti.

Menurut pendapat Plato (424 – 348 SM) dalam dialog Theaetetus mendefinisikan pengetahuan sebagai “keyakinan yang telah dibuktikan benar” (“*justified true belief*”). Hubungan antara keyakinan dan pengetahuan adalah suatu keyakinan dianggap benar jika orang yang meyakiniya memiliki bukti pembenar, yaitu pendapat/ bukti/ pedoman yang beralasan (*reasonable*) dan masuk akal (*plausible*).

Suatu keyakinan sekalipun kuat bukan merupakan pengetahuan, sebagai contoh petir disebabkan oleh amukan para dewa. Pernyataan ini tidak bisa dibuktikan, sehingga hanya bisa dikatakan sebagai suatu keyakinan. Sementara pernyataan petir disebabkan karena adanya tabrakan antara awan yang bermuatan positif dan negative adalah suatu kebenaran, karena dapat dibuktikan. Sehingga pernyataan ini disebut sebagai pengetahuan. Pengetahuan memerlukan pembenaran (*justifikasi*) sedangkan keyakinan atau opini tidak memerlukan pembenaran (Murti, 2011).

d. Pembentukan Keyakinan

Pembentukan keyakinan berdasarkan studi psikologi tentang pembentukan keyakinan yang berkesesuaian dengan relevansi penelitian ini, ada tiga cara sebagai berikut :

- 1) Internalisasi keyakinan dari orang-orang di sekitar kita selama masa kanak-kanak
- 2) Mengadopsi dari pemimpin yang karismatik
- 3) dorongan utama berupa pengulangan citra secara terus menerus .

Internalisasi keyakinan agama terbentuk dari lingkungan orangtua dan lingkungan sekitarnya pada masa anak-anak. Keyakinan politik seseorang paling kuat tergantung pada keyakinan politik yang paling umum di masyarakat sekitar tempat tinggal.

Karisma pemimpin dapat membentuk keyakinan seseorang, kemampuan pemimpin karismatik dalam mencari penyelesaian persoalan, sifat, ketrampilan dan perilaku akan diadopsi oleh pengikutnya. Para pengikut

menginternalisasi sikap, keyakinan sesuai dengan visi sebagai sumber motivasi dari dalam yang kuat.

Dorongan utama dari industri periklanan dengan pengulangan membentuk keyakinan dengan cara menghubungkan konsumen tentang gambaran tentang seks, cinta dan emosi positif yang kuat (Bandura 1997 dikutip Pajares 2011)

e. Model Keyakinan Kesehatan

Model keyakinan kesehatan atau lebih populer sebagai *health belief model* (HBM) adalah model psikologis yang mencoba untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. HBM ini dikembangkan pada tahun 1950 sebagai bagian dari upaya oleh para psikolog sosial di Dinas Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat untuk menjelaskan kurangnya partisipasi publik dalam pemeriksaan kesehatan dan program pencegahan (misalnya, sebuah proyek skrining TBC gratis dan berlokasi). Sejak itu, HBM telah disesuaikan dengan mengeksplorasi berbagai perilaku kesehatan jangka panjang dan jangka pendek, termasuk perilaku seksual berisiko dan penularan HIV - AIDS.

Kebutuhan kesehatan obyektif dan subyektif penting untuk dibedakan. Kebutuhan kesehatan obyektif ialah kebutuhan yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaiannya secara profesional, antara lain adanya gejala yang mengganggu / membahayakan kesehatan individu.

Sebaliknya individu menentukan sendiri apakah dirinya mengandung penyakit berdasarkan perasaan dan penilaiannya sendiri.

Pendapat/ kepercayaan ini dapat sesuai dengan realitas, namun dapat pula berbeda dengan kenyataan yang dilihat oleh orang lain. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstock, pendapat subyektif inilah yang justru merupakan kunci dari dilakukannya atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan. Artinya individu itu baru akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika dia benar-benar merasa terancam oleh penyakit tersebut. Jika tidak, maka dia tidak akan melakukan tindakan apa-apa.

Faktor-faktor yang mempengaruhi HBM (Rosenstock et al., Dikutip oleh Family Health International, 2011)

- 1) Persepsi ancaman, terdiri dari dua bagian, yaitu persepsi kerentanan dan persepsi keparahan keadaan kesehatan. Persepsi kerentanan adalah persepsi subyektif seseorang tentang resiko untuk mengalami suatu penyakit, sedangkan persepsi keparahan merupakan perasaan tentang keseriusan dalam mengalami penyakit atau keadaan yang terjadi apabila tidak diobati, antara lain penilaian tentang akibat medis, klinis dan sosial dari keadaan tersebut
- 2) Persepsi harapan, terdiri dari tiga bagian, yaitu persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan efikasi diri. Persepsi manfaat merupakan keyakinan

tentang efektivitas strategi untuk mengurangi ancaman penyakit. Persepsi hambatan/ biaya merupakan potensi akibat negatif yang dihasilkan dari tindakan kesehatan, meliputi hambatan fisik, psikologis, dan finansial. Sedangkan efikasi diri (*self efficacy*) adalah keyakinan tentang kemampuan untuk mewujudkan hasil yang diinginkan

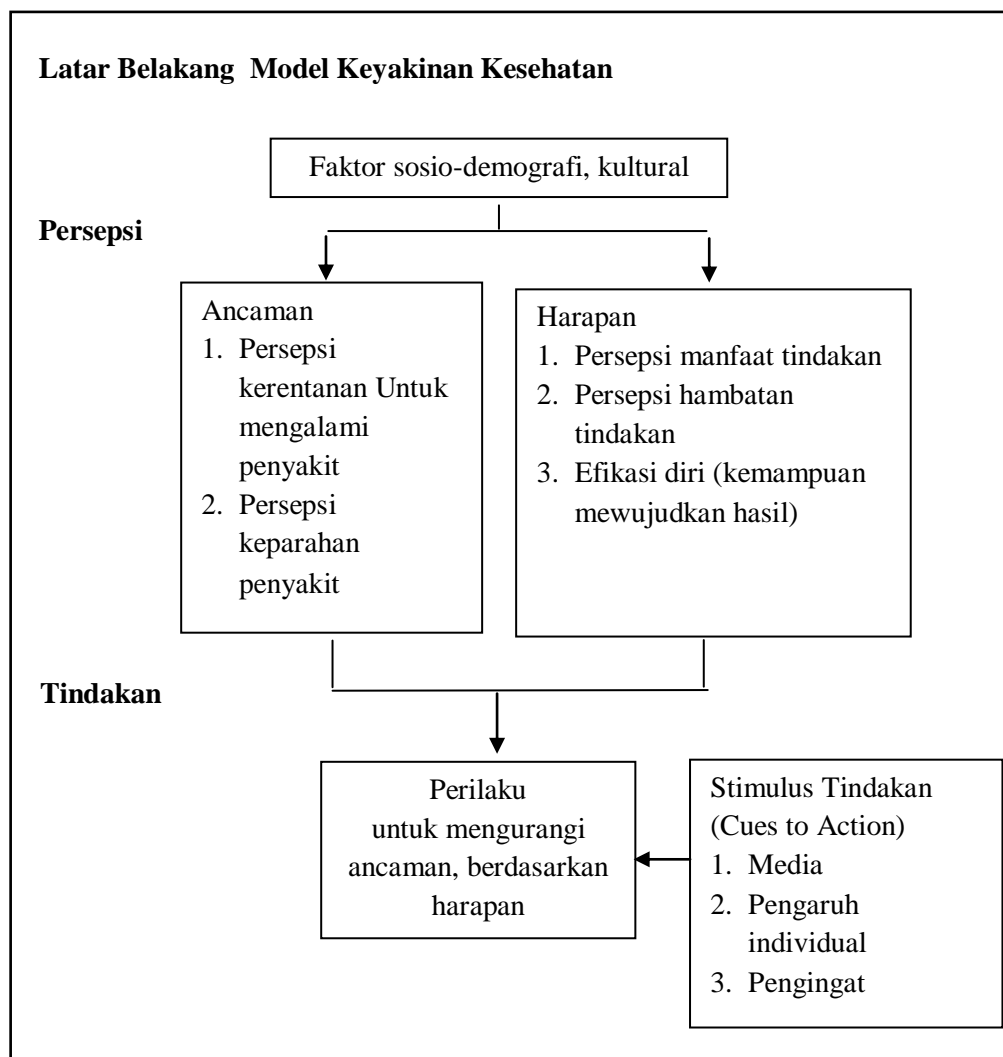
- 3) Stimulus Tindakan (*cues to action*), peristiwa-peristiwa baik berasal dari dalam tubuh (*internal*), misalnya gejala penyakit, ataupun yang berasal dari interaksi personal (*eksternal*), misalnya publikasi media yang mampu memotivasi orang, pesan, hasil konsultasi.
- 4) Variabel lainnya, antara lain aneka variabel demografi, sosiopsikologi, dan struktural yang berpengaruh pada persepsi seseorang sehingga secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan.

Persepsi terhadap kerentanan dan keparahan penyakit, pertimbangan manfaat dan biaya melakukan tindakan kesehatan serta isyarat untuk bertindak dipengaruhi juga oleh variabel demografi.

Variabel demografi yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, latar belakang budaya.

Variabel sosiopsikologis, yaitu kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial.

Variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang suatu masalah.

Gambar 2.1, *Health Belief Model* (HBM)

Sumber : Rosenstock et al., dikutip oleh Family Health International, 2011

f. Lokasi Kendali

Konsep tentang lokasi kendali atau *locus of control* pertama kali dikemukakan oleh Rotter (1966), seorang ahli teori pembelajaran sosial. *Locus of control* merupakan salah satu variabel kepribadian (*personality*), yang didefinisikan sebagai keyakinan individu terhadap mampu tidaknya mengontrol nasib sendiri. *commit to user*

Menurut Robbins 1998 yang dikutip oleh Ginintasari 2009, dikatakan Locus of control mengandung arti seberapa jauh individu yakin bahwa mereka menguasai nasib mereka sendiri. Sedangkan Rotter 1996 yang dikutip oleh Ginintasari 2009, menyatakan bahwa locus of control sebagai tindakan dimana individu menghubungkan peristiwa-peristiwa dalam kehidupannya dengan tindakan atau kekuatan di luar kendalinya.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Individu yang memiliki keyakinan bahwa nasib atau peristiwa dalam kehidupannya berada dibawah kontrol dirinya, dikatakan individu tersebut memiliki *internal locus of control*. Sementara individu yang memiliki keyakinan bahwa lingkunganlah yang mempunyai kontrol terhadap nasib atau peristiwa yang terjadi dalam kehidupannya dikatakan individu tersebut memiliki *external locus of control*.

Perbedaan dari kedua jenis locus of control, pada individu dengan locus of control internal cenderung menganggap bahwa keterampilan (*skill*), kemampuan (*ability*), dan usaha (*effort*) lebih menentukan apa yang mereka peroleh dalam hidup mereka. Mereka yang merasa bertanggungjawab atas kejadian-kejadian tertentu. Sedangkan individu dengan locus of control eksternal cenderung menganggap bahwa hidup mereka terutama ditentukan oleh kekuatan dari luar diri mereka, seperti nasib, takdir, keberuntungan, dan orang lain yang berkuasa, mereka sering menyalahkan (atau bersyukur) atas

keberuntungan, petaka, nasib, keadaan dirinya, atau kekuatan-kekuatan lain diluar kekuasaannya (Neill, 2006)

Menurut konsep *locus of control*, seseorang dengan *internal locus of control* yang tinggi mempunyai control yang lebih baik terhadap perilaku mereka, cenderung untuk memeragakan perilaku politisnya, dan lebih cenderung untuk mempengaruhi orang lain, dibandingkan individu dengan *external locus of control* yang tinggi. Pribadi *internal locus of control* cenderung yakin bahwa upaya mereka pasti berhasil. Mereka lebih aktif dalam mencari informasi, pengetahuan dan situasi, misalnya kondisi terkait dengan HIV_AIDS, mereka percaya bahwa peristiwa merupakan hasil dari perilaku dan tindakan sendiri. Sedangkan *external locus of control* meyakini bahwa kekuatan luar, takdir, nasib, ataupun kondisi kebetulan ikut menentukan terjadinya peristiwa (Rotter, 2006)

g. Keyakinan tentang kausa HIV-AIDS

Manusia memiliki perbedaan cara menghadapi sakit atau menjaga kondisi kesehatan. Hal ini sejalan dengan Model Keyakinan Kesehatan/*Health Belief Models* (HBM), di mana keyakinan dan sikap orang merupakan penentu penting dari apa yang mereka sebut kemudahan dan tindakan kesehatan yang mereka ambil untuk memerangi penyakit .

Kemampuan orang untuk memanfaatkan upaya kesehatan didasarkan pada empat variable (Rosenstock, 1974). Antara lain :

- 1) pandangan seseorang terhadap kerentanan sendiri pada penyakit
- 2) keyakinan tentang keparahan penyakit
- 3) Persepsi terhadap manfaat terkait dengan tindakan untuk mengurangi tingkat keparahan
- 4) evaluasi hambatan potensial yang terkait dengan rencana tindakan.

Penentu persepsi seseorang tentang kondisi kesehatannya dan tindakan yang diambil untuk tidak menjadi sakit menyebabkan perubahan perilaku dalam proses pengambilan keputusan. Individu untuk terus tetap sehat ia harus mengambil keputusan positif dan patuh terhadap upaya kesehatan (Rosenstock, 1974).

Rosenstock (1974), lebih lanjut mencatat bahwa tindakan yang diambil ketika dihadapkan dengan masalah kesehatan tergantung pada efek yang dirasakan dan konsekuensi dari penyakit tersebut. Kemampuan individu untuk mengambil tindakan menangkal penyakit selanjutnya tergantung pada faktor-faktor lain seperti seperti usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, tempat tinggal dan bahkan skema asuransi.

Model keyakinan kesehatan dapat menjadi acuan bagi petugas kesehatan dalam memandang keberadaan penyakit HIV-AIDS di masyarakat. Keyakinan bahwa causa penyebab HIV-AIDS mampu diupayakan penanggulangannya dengan cara pendekatan yang bersifat komprehensif.

3. Sikap

a. Pengertian

Sikap didefinisikan sebagai evaluasi positif atau negatif dari orang, objek, peristiwa, kegiatan, ide, atau apa saja di lingkungan Anda . Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isu (Azwar, 2000)

Klasifikasi sikap menurut kalangan para ahli psikologi sosial dewasa ini terdapat dua pendekatan, yaitu :

- 1) Memandang sikap sebagai kombinasi reaksi antara afektif, perilaku, dan kognitif terhadap suatu objek.

Pendekatan pertama ini sama dengan pendekatan skema triadik, kemudian disebut juga dengan pendekatan *tricomponent*.

- 2) Meragukan adanya konsistensi antara ketiga komponen sikap di dalam membentuk sikap. Oleh karena itu pendekatan ini hanya memandang perlu membatasi konsep dengan komponen afektif saja (Azwar, 1995), Komponen kognitif berisikan persepsi, kepercayaan, dan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu. Seringkali komponen ini dapat disamakan dengan pandangan (opini), terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.

Komponen afektif merupakan perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Aspek emosional inilah yang biasanya

berakar paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang.

Komponen perilaku berisi kecenderungan untuk bertindak atau untuk bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu (Mann, 1969 dikutip oleh Azwar, 2000).

b. Tingkat sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, maka berdasarkan intensitasnya terdiri dari :

- 1) Menerima yang artinya bahwa seseorang atau subyek mau menerima obyek (stimulus) yang diberikan;
- 2) Menanggapi yang artinya memberi jawaban atau tanggapan terhadap suatu pertanyaan atau obyek yang dihadapi;
- 3) Menghargai artinya suatu subyek atau seseorang menyatakan setuju terhadap obyek atau stimulus dalam arti membahasnya dengan orang lain atau bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain untuk merespon;
- 4) Bertanggung jawab artinya seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencela atau ada resiko lain terhadap apa yang telah diyakininya (Notoatmodjo, 2010a).

c. Komponen sikap

Struktur sikap terdiri dari komponen yang saling menunjang, yaitu:

- 1) Komponen konatif yaitu kecenderungan individu untuk bertindak laku tertentu terhadap obyek sikap;
- 2) Komponen kognitif yaitu aspek intelektual yang berhubungan dengan keyakinan, ide atau konsep terhadap obyek sikap;
- 3) Komponen afektif yaitu perasaan yang menyangkut aspek emosional dari individu. Perasaan tertentu (positif atau negatif) yang mempengaruhi penerimaan atau penolakan terhadap obyek sikap sehingga timbul rasa senang atau tidak senang, takut atau tidak takut dan sebagainya. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin mengubah sikap seseorang, komponen afektif disamakan dengan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu (Rahayuningsih, 2008).

d. Sifat sikap

Sikap dapat bersifat positif tetapi dapat pula bersifat negatif. Sikap positif mempunyai kecenderungan tindakan untuk menyenangkan, mendekati, atau mengharapkan obyek tertentu. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, tidak menyukai atau membenci suatu obyek tertentu (Purwanto, 1998, dikutip oleh Azwar, 2000).

e. Karakteristik sikap

Sikap memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Sikap tidak dibawa sejak lahir, artinya manusia dilahirkan tidak membawa sikap tertentu pada suatu obyek. Oleh karena itu sikap terbentuk selama perkembangan individu yang bersangkutan, namun kecenderungannya sikap bersifat tetap.
- 2) Sikap selalu berhubungan dengan obyek artinya sikap terbentuk karena hubungan dengan obyek-obyek tertentu melalui persepsi terhadap obyek tersebut;
- 3) Sikap dapat tertuju pada satu atau sekumpulan obyek, artinya bila seseorang memiliki sikap negatif pada satu orang maka dia akan menunjukkan sikap negatif pada kelompok orang tersebut.
- 4) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar, artinya jika sikap sudah menjadi nilai dalam kehidupan seseorang maka akan bertahan lama, tetapi jika sikap belum mendalam dalam diri seseorang maka sikap relatif bisa berubah.
- 5) Sikap mengandung perasaan atau motivasi, artinya sikap terhadap sesuatu akan diikuti oleh perasaan tertentu baik positif maupun negatif. Sikap juga mengandung motivasi atau dorongan untuk berperilaku (Ginintasari, 2009).

f. Pembentukan sikap

Sikap sosial seseorang terbentuk dengan adanya interaksi sosial. Interaksi sosial dapat saling mempengaruhi antar individu yang terjadi secara timbal balik, sehingga akan dapat mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu (Azwar, 2000)

Dalam berinteraksi sosial, reaksi individu membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, Kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi/lembaga, serta faktor emosional dalam diri individu (Azwar, 2000).

1) Pengalaman Pribadi.

Pengalaman yang lalu atau baru saja kita alami memiliki pengaruh pada penghayatan kita terhadap suatu obyek psikologis tertentu . Tidak adanya pengalaman sama sekali terhadap suatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap obyek tersebut. Selanjutnya pembentukan kesan atau tanggapan terhadap obyek merupakan proses yang kompleks dalam diri individu yang melibatkan individu yang bersangkutan, situasi di mana tanggapan tersebut terbentuk, dan ciri-ciri obyektif yang dimiliki oleh stimulus.

Pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan kuat sebagai dasar pembentukan sikap. Karena itu sikap lebih mudah terbentuk apabila

pengalaman pribadi terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional, sehingga penghayatan pengalaman akan mendalam dan lama membekas.

2) Kebudayaan.

Kebudayaan yang berkembang dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Seseorang tinggal dalam lingkungan yang mengutamakan kehidupan berkelompok, maka sangat memungkinkan bila ia memiliki sikap negatif terhadap kehidupan yang individualistis. Kebudayaan ternyata telah menanamkan pengaruh yang kuat terhadap sikap terhadap berbagai macam hal. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan tersebut yang berperan di dalam memberi corak pengalaman-pengalaman individu yang menjadi anggotanya.

3) Orang lain yang dianggap penting (*significant others*)

Seseorang yang dianggap penting adalah orang yang diharapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah laku dan opini kita, dan orang yang berarti khusus (*significant others*). misalnya orangtua, suami/ istri, teman dekat, guru, pemimpin.

Individu cenderung memiliki sikap yang searah (*konformis*) disebabkan adanya motivasi untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik terhadap orang yang dianggapnya penting tersebut.

4) Media Massa.

Media massa merupakan salah satu bentuk media komunikasi dengan beragam bentuk seperti media cetak (surat kabar, majalah) dan media elektronik (radio, televisi, internet). Media massa memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi, media massa membawa pula pesan-pesan sugestif yang dapat mempengaruhi opini penerima.

Informasi baru mengenai sesuatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap informasi tersebut. Pesan-pesan sugestif yang disampaikan cukup kuat, akan memberi dasar afektif menilai sesuatu hal sehingga terbentuk sikap tertentu.

5) Institusi/ Lembaga Pendidikan dan Agama.

Lembaga pendidikan maupun agama sebagai suatu sistem meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Konsep moral dan ajaran agama, menentukan sistem kepercayaan sehingga akhirnya konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap seseorang terhadap suatu hal.

6) Faktor emosional.

Pandangan faktor emosional sebagai pembentuk sikap sangat dipengaruhi oleh teori Freud. Suatu sikap tertentu kadang merupakan suatu pernyataan yang dilandasi oleh emosi fungsinya sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap yang dipengaruhi emosi dapat bersifat sementara ataupun menetap (persisten/

tahan lama), misalnya prasangka. Prasangka ini merupakan bentuk sikap negatif yang didasari oleh kelainan kepribadian pada orang yang sangat frustrasi.

4. Sikap upaya Penanggulangan HIV-AIDS

Upaya penanggulangan HIV-AIDS adalah langkah usaha untuk menanggulangi penyebaran penyakit HIV-AIDS di masyarakat agar tidak menyebar luas dan mengalami peningkatan kuantitas dengan tetap mengacu pada prinsip-prinsip hak asasi manusia untuk menciptakan upaya penanggulangan yang inklusif, etis dan manusiawi, yaitu: menghilangkan stigma, diskriminasi dan hambatan-hambatan yang disebabkan oleh ketimpangan dan ketidaksetaraan gender pengembangan lingkungan, sistem dan kegiatan yang kondusif / mendukung orang-orang maupun upaya penanggulangan secara hakiki (KPAN, 2011).

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara umum bertujuan memutus mata rantai penularan serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi dari penyakit HIV-AIDS sehingga tidak menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat (Nasronudin et al., 2007). sedangkan secara khusus bertujuan untuk memberikan pelayanan dan perawatan yang holistic, komprehensif dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya, disamping untuk memudahkan pasien ODHA dan keluarganya untuk memperoleh pelayanan dan perawatan serta mengurangi/

menyingkirkan stigma terhadap ODHA dan keluarganya (Nasronudin, Maramis M.M, 2007).

Efektivitas upaya penanggulangan HIV-AIDS terletak pada kemampuan mengendalikan penularan penyakit tersebut kepada pasangan penderita. Stall 2006, mengatakan tentang keefektifan mekanisme penanggulangan HIV_AIDS secara komprehensif dengan intervensi perilaku kognitif dan meningkatkan akses ke perawatan medis. Sehingga dengan menggabungkan antara konseling HIV dengan pengujian adalah strategi utama untuk mencegah penyaluran infeksi HIV, karena memungkinkan individu untuk menerima perawatan psikologis, perawatan medis, dan pelatihan dalam praktek pencegahan. Banyak orang yang terinfeksi HIV terbukti akan mengurangi perilaku berisiko tinggi setelah mereka diberitahu tentang status HIV mereka. Sehingga keberhasilan upaya penanggulangan HIV-AIDS lebih mengena dengan upaya tindakan komprehensif pada orang berisiko tinggi yang disertai pengujian medis dibandingkan upaya pencegahan diberikan kepada semua orang secara umum.

Sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS adalah perilaku individu dalam menerima dan melakukan sesuai kapasitas dalam sistem kesehatan penanggulangan penyakit HIV-AIDS secara komprehensif, termasuk pengobatan ARV dan penyakit-penyakit penyertanya. Disamping itu, upaya promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi terkait penggunaan narkoba dan

commit to user

infeksi HIV dilaksanakan secara komprehensif dalam suatu sistem kesehatan yang bebas stigma dan diskriminasi, profesional dan bersahabat terhadap populasi kunci yang terdampak.

5. Hubungan pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

Perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, bentuk sikap, dan bentuk tindakan nyata atau perbuatan. Ketiga bentuk perilaku tersebut berkembang sesuai tahapan tertentu yang dimulai dari pembentukan pengetahuan (ranah kognitif), sikap (ranah afektif), dan ketrampilan (ranah psikomotor), yang dikatakan dalam proses pendidikan kesehatan sebagai pola perilaku baru (Notoatmojo, 2010)

Seorang tenaga kesehatan mempunyai andil peranan besar dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS. Kemampuan dan kapasitas dalam berperan dipengaruhi juga tingkat pengetahuan tentang HIV-AIDS. Mereka yang menyelesaikan pendidikan sebelum masa berkembangnya penyakit HIV-AIDS, akan memperoleh pencerahan keilmuan melalui berbagai pertemuan pendidikan berkelanjutan, seperti symposium, seminar ataupun workshop. Berbeda dengan tenaga kesehatan yang menyelesaikan pendidikan kesehatan sesudahnya, di mana pembahasan penyakit HIV-AIDS dikupas melalui kurikulum pendidikan secara sistematis, dengan jam pertemuan yang cukup memadai. Perbedaan cara

memperoleh keilmuan menyebabkan kapasitas pengetahuan yang berbeda pula (umeh et all., 208)

B. Penelitian Yang Relevan

1. Indonesia

Sebuah penelitian kuantitatif dengan rancangan crosssectional terhadap 185 petugas kesehatan di 6 fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Bengkalis Propinsi Riau pada tahun 2008. Variable bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan petugas kesehatan tentang HIV-AIDS dan persepsi petugas kesehatan terhadap ODHA, variable terikat adalah stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA serta variable terkendali adalah jenis tenaga kesehatan. Analisis data menggunakan uji regresi linier, independent t test dan regresi linier ganda.

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisisioner dan dilaksanakan pada bulan februari 2008. Hasil analisis data bivariat menunjukkan bahwa : (1) terdapat hubungan yang signifikan antara variable pengetahuan petugas kesehatan tentang HIV-AIDS dengan stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA (nilai $p = 0,000$, $R^2 = 0,028$). (2) terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi petugas kesehatan terhadap ODHA dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA (nilai $p = 0,000$, $R^2 = 0,369$). (3) terdapat hubungan

yang signifikan antara jenis tenaga kesehatan dengan stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA (nilai $p = 0,002$, 95%, CI = 1,23 – 5,55).

Hasil analisis multivariat penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan petugas kesehatan tentang HIV-AIDS dan persepsi petugas kesehatan terhadap ODHA berhubungan secara signifikan dengan stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA (Pratikno, 2008)

2. Nigeria

a. **Penelitian tentang pengetahuan, keyakinan dan sikap tentang HIV-AIDS terkait, dan sumber pengetahuan kalangan profesional pelayanan kesehatan di Nigeria selatan.**

Petugas kesehatan dari dua negara bagian di selatan Nigeria diberikan kuesioner yang dirancang untuk menilai pengetahuan, sikap dan praktek tentang HIV / AIDS . Sampel terdiri dari 426 peserta. Dari jumlah ini, 277 (65%) adalah perempuan dan 135 (31,7%) laki-laki. Ada 307 (72,1%) perawat, 53 (12,4%) pekerja laboratorium dan 35 (8,2%) dokter.

Tujuh item tentang pengetahuan umum untuk tenaga kesehatan profesional berkaitan masalah HIV-AIDS. Ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara dokter dan perawat, antara dokter dan pekerja laboratorium, dan juga antara perawat dan petugas laboratorium, semua pada $p < 0,05$. Nilai ini menunjukkan skor pengetahuan rata-rata dari kelompok pekerjaan yang berbeda.

Analisis terhadap sampel dari 426 tenaga kesehatan profesional berusia 19 - 60 tahun untuk memastikan tingkat pengetahuan, keyakinan dan sikap, dan

sumber informasi tentang HIV-AIDS di dua Negara bagian Nigeria. Sebanyak 46 % peserta penelitian mendapat skor pengetahuan total 50% dari pertanyaan terkait tentang HIV / AIDS. Hal ini menunjukkan tingkat pengetahuan mereka cukup. Peningkatan pengetahuan dan puncak berada pada umur kelompok 30 – 39 tahun, kemudian menurun pada kelompok 40 – 49 tahun dan lebih menurun lagi dalam kelompok 50 – 60 tahun, menunjukkan bahwa pekerja yang lebih tua, semakin sedikit pengetahuan mereka tentang HIV.

Fakta pada saat kelompok umur paling tua mengenyam pendidikan sekolah, penyakit HIV-AIDS belum ada dan orang-orang belum cukup terdidik dalam masalah berkaitan penyakit tersebut, sedangkan pada kelompok responden usia 30 - 39 tahun menerima informasi dari kurikulum sekolah mereka, karena mereka berada di sekolah pada saat penyakit muncul.

Gambaran tentang perasaan dan pandangan responden terhadap perawatan pasien AIDS, dilakukan analisis faktor-faktor yang terkait dengan skor total pengetahuan. Korelasi Pearson untuk kedua faktor 1 dan 2 untuk total populasi studi secara statistik signifikan pada tingkat signifikansi 0,01.

Hasil menunjukkan total skor pada perasaan dan pandangan dari tenaga kesehatan profesional berbeda terhadap perawatan HIV / AIDS. Skor lebih besar atau sama dengan 33 menunjukkan perasaan yang lebih positif terhadap perawatan pasien AIDS. Ketika 2 faktor yang digabungkan, distribusi nilai pada perasaan dan pandangan responden pada perawatan pasien AIDS, mean adalah 26.36 (SD = 5,5), median 27 dan modus 27 dengan kisaran 41 (1 - 42). Rumah

sakit pendidikan dan Rumah sakit pemerintah menunjukkan nilai perasaan dan pandangan negatif terhadap perawatan pasien AIDS 83% dan 85,1% masing-masing sedangkan pusat kesehatan masyarakat memiliki perasaan dan pandangan secara substansial lebih negatif (100%).

Bidang pekerjaan ditemukan lebih banyak perawat mempunyai nilai kurang dari 31 dibandingkan dengan dokter dan petugas laboratorium, dan lebih banyak dokter mempunyai nilai 33 dan lebih baik jika dibandingkan dengan perawat dan petugas laboratorium. Para dokter memiliki skor pengetahuan tertinggi, diikuti oleh perawat, sedangkan pekerja laboratorium memiliki skor terendah. Dari ketiga kelompok pekerjaan yang berbeda nilai secara konsisten sesuai kondisi cara dan waktu mendapatkan informasi dari sekolah. Hal ini juga menunjukkan bahwa dari semua sumber informasi, sekolah adalah sumber yang paling signifikan, menghasilkan nilai pengetahuan tertinggi. Dikarenakan durasi, struktur dan isi informasi yang diterima di sekolah lebih baik dibandingkan dengan sumber informasi lain.

Berdasarkan tingkat hubungan antara pengetahuan HIV-AIDS dan perasaan serta pandangan terhadap pasien AIDS, Pearson korelasi menunjukkan hubungan linear yang lemah positif antara perasaan dan pandangan dari para peserta terhadap orang dengan AIDS dan total skor pengetahuan ($p < 0,01$, 2-tailed, $r^2 \times 100 = 5,0\%$). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan tentang HIV-AIDS meningkat, akan meningkatkan pula perasaan dan pandangan yang positif terhadap pasien dengan AIDS.

Korelasi positif yang lemah pengetahuan dengan perasaan dan pandangan mengenai perawatan pasien AIDS yang ditemukan mungkin menunjukkan bahwa pemberdayaan tenaga kesehatan profesional dengan pengetahuan yang lebih baik akan memperbaiki sikap mereka terhadap perawatan pasien seperti yang telah ditemukan oleh beberapa penelitian (Umeh et.al., 2008)

b. Survei pengetahuan, sikap dan peserta latih praktek operasi di Nigeria untuk orang terinfeksi HIV dan pasien AIDS.

Insiden infeksi HIV dan AIDS meningkat di Nigeria. Ahli bedah beresiko terkena infeksi diperoleh sebagai hasil dari kontak langsung dengan darah dan cairan tubuh pasien. Penelitian ini dipergunakan untuk menentukan persepsi pengetahuan, sikap dan resiko pembedahan warga Nigeria terhadap infeksi HIV dan AIDS

Sejumlah 300 warga pada pelatihan terakreditasi (baik oleh *the National Postgraduate Medical College of Nigeria* ataupun *the West African College of Surgeons*), program pelatihan bedah di Nigeria pada saat penelitian, dari mereka hanya 112 menanggapi survei atau tingkat tanggapan survei 37,3%.

Kuesioner menanyakan tentang informasi demografis, prevalensi infeksi HIV di daerah responden melakukan praktek, prevalensi di kalangan pasien bedah dan kemungkinan responden menjadi terinfeksi setelah cedera perkutan tunggal dengan jarum. Responden ditanya tentang frekuensi paparan perkutan terhadap darah pasien bahwa mereka telah pada tahun sebelumnya penelitian. Mereka selanjutnya diminta untuk memperkirakan risiko seumur hidup kerja mereka tertular infeksi HIV, apakah mereka pernah terkena cairan darah atau tubuh

seorang pasien HIV yang terinfeksi, dan seberapa sering mereka tidak sengaja dioperasikan pada pasien dengan HIV atau AIDS.

Studi KAP (*the knowledge, attitude, and practices*) peserta pelatihan bedah Nigeria pada tahun 1997, mayoritas responden menunjukkan kurangnya kesadaran tentang prevalensi HIV di daerah mereka praktek dan persepsi yang buruk dari risiko yang ditimbulkan oleh paparan pasien dengan HIV. Kurangnya kesadaran telah dilaporkan pada tahap awal epidemi HIV di banyak negara lain dan studi sebelumnya dari petugas kesehatan Nigeria diasumsikan bahwa ada hubungan positif antara persepsi risiko dan pemanfaatan kewaspadaan universal .

Sebanyak 68,5% responden menganggap pelatihan untuk mereka sebagai persiapan untuk pengelolaan pasien dengan HIV tidak memadai dan 95,5% percaya mereka membutuhkan program pendidikan khusus. 58,0% dan 78,2% tidak akan melakukan operasi elektif pada pasien HIV positif dan AIDS, sedangkan 14,4% dan 31,7% menyangkal operasi dapat menyelamatkan hidup pasien dengan HIV dan AIDS, masing-masing 43,0% tidak akan melakukan operasi pada pasien HIV-positif dengan keganasan sementara 55,0% tidak akan melakukannya pada semua kasus AIDS. Sebaliknya responden yang lebih sedikit, 5,5% dan 26,9% menilai bahwa operasi pada pasien HIV positif atau AIDS terlalu berbahaya, sementara 66,4% (HIV positif) dan 59,3% (AIDS) menilai bahwa ahli bedah harus peduli tentang hal ini karena mempunyai risiko itu tinggi. Sebagian besar (91,1%) dari responden *commit to user* tidak berpendapat bahwa seorang ahli bedah

dengan HIV positif harus dilarang praktek, dan 53,2% berpendapat bahwa ia harus dilarang melakukan prosedur invasif.

Banyak responden dalam penelitian ini tidak akan melakukan operasi pada pasien HIV positif. Keengganan ini mungkin terkait dengan persepsi risiko infeksi, ketidaktersediaan peralatan untuk mematuhi kewaspadaan universal (*universal precaution*), pelatihan yang tidak memadai, prevalensi HIV yang tinggi, dan tingkat kesadaran yang rendah. Sikap petugas kesehatan kepada pasien dengan HIV telah terbukti mengubah dengan intervensi yang meningkatkan keterampilan dan kepercayaan diri responden dalam menangani pasien HIV-positif. Intervensi tersebut mungkin antara lain membekali petugas kesehatan dengan keterampilan untuk nasihat dan penggunaan tes sesuai kebutuhan.

Responden sebanyak 72,5% tidak mau membuka praktek bedah di daerah prevalensi tinggi infeksi HIV, dan 71,4% responden memberikan saran daerah risiko infeksi HIV akan diberikan kepada dokter yang sedang mempertimbangkan karir di operasi. Sebagian besar (75,9%) berpendapat bahwa dokter yang menolak melakukan operasi pada pasien HIV-positif sebaiknya tidak diberi sanksi. Hanya sedikit (12,5%) secara pribadi telah menolak untuk mengoperasi pasien dengan HIV atau AIDS, sementara rumah sakit mereka / unit bedah menolak 26,8% dari kasus untuk melakukan operasi pada pasien dengan HIV atau AIDS.

Penelitian ini menunjukkan kesimpulan banyak responden tidak akan melakukan operasi pada pasien HIV positif. Keengganan ini mungkin terkait dengan persepsi risiko infeksi, ketidak tersediaan peralatan untuk kewaspadaan universal, pelatihan tidak memadai, prevalensi HIV yang tinggi, dan tingkat kesadaran responden. Sikap petugas kesehatan kepada pasien HIV telah terbukti mengubah intervensi dalam keterampilan dan kepercayaan diri menangani pasien HIV-positif (Adebamowo, 2002)

3. Jepang

Penelitian ini dilakukan untuk mendata tingkat pengetahuan tentang AIDS dan infeksi HIV pada pekerja perawatan kesehatan gigi di Jepang, sumber pengetahuan dan sikap terhadap pasien yang terinfeksi.

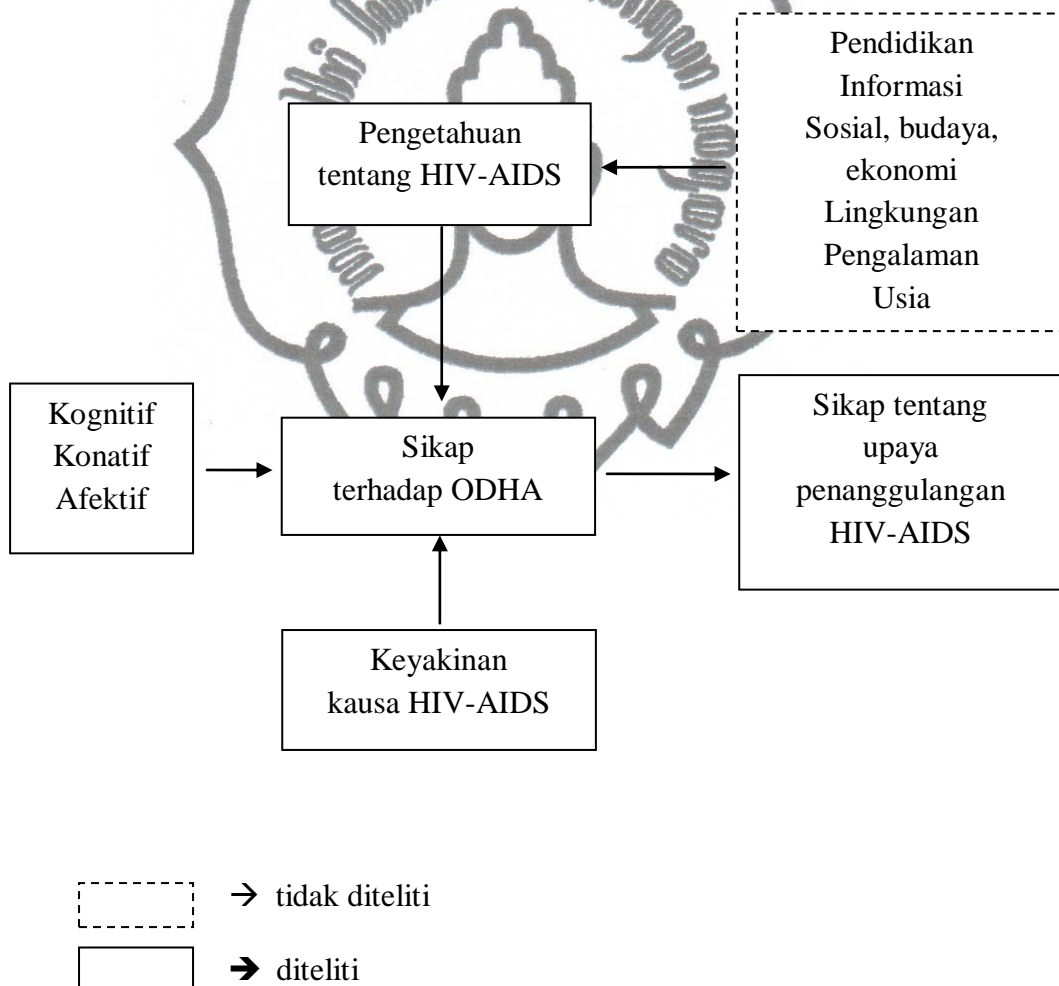
Sebanyak 174 petugas kesehatan gigi di Rumah Sakit Gigi Nagasaki University, mahasiswa dan peserta pelatihan Hiegenis sebagai populasi penelitian untuk dilakukan survei melalui suatu kuesioner.

Pengetahuan dan sikap Jepang pekerja perawatan kesehatan gigi terhadap penyakit terkait HIV, Sebagian besar responden (100% respon) menyatakan sumber utama pengetahuan mereka AIDS akan berasal dari media. Hampir semua merasa pengetahuan mereka tentang HIV-AIDS menjadi lebih dari baik tetapi masih tidak memadai. Mayoritas responden ragu-ragu melakukan perawatan gigi pada pasien HIV-positif. Hanya 22,4% responden memiliki sikap yang sama dalam merawat pasien HIV-positif dan HIV-negatif. Lebih dari 90,0% responden

mengharapkan pendidikan tambahan tentang HIV, khususnya informasi tentang pencegahan dan penyebaran persyaratan virus dan infeksi silang (Kitaura, 1997)

C. Kerangka Konsep

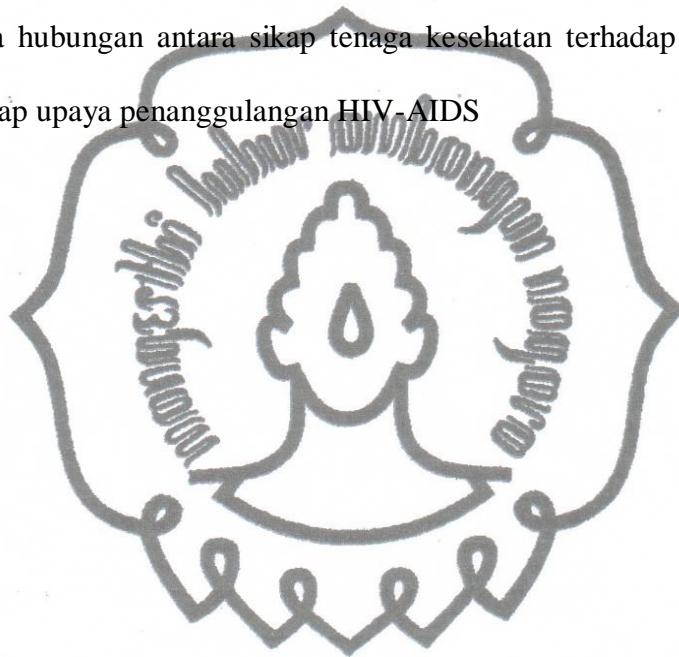
Kerangka konsep sebagai gambaran antara konsep-konsep spesifik yang berbeda-beda akan diteliti dan bersumber pada konsep teoritis yang telah dijabarkan.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian
commit to user

D. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara pengetahuan HIV-AIDS tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
2. Ada hubungan antara keyakinan kausa HIV-AIDS tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
3. Ada hubungan antara sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah analitik observasional, dengan menggunakan pendekatan *cross-sectional* (potong-lintang) di mana semua variable yang diteliti, baik variable independen maupun dependen diukur pada saat yang sama.

B. Lokasi dan waktu penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Kabupaten Boyolali, antara lain pada Rumah Sakit Pandanaran, Rumah Sakit Banyudono, Rumah Sakit Simo dan 14 Puskesmas rawat inap.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian yang dipergunakan selama 6 bulan, dimulai pada bulan April sampai dengan September 2012.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi sumber adalah tenaga kesehatan yang bekerja pada Rumah Sakit Pandanaran yang terdiri dari dokter umum 8 orang, perawat 166 orang, dan bidan 12 orang. Rumah Sakit Banyudono mempunyai dokter umum 6 orang,

perawat 61 orang, sedangkan bidan sebanyak 13 orang. Rumah Sakit Simo mempunyai dokter umum 6 orang, perawat 42 orang, dan bidan sejumlah 14 orang. Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali mempunyai 29 buah Puskesmas. 15 Puskesmas rawat jalan dan 14 Puskesmas rawat inap. Responden yang dipergunakan adalah dari Puskesmas rawat inap karena lebih lama waktu pelayanan dan mempunyai ketenagaan lebih komplit. Puskesmas rawat inap pada Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali mempunyai tenaga kesehatan terdiri dari dokter umum 15 orang, bidan 127 orang (tersebar di semua kelurahan wilayah kerja Puskesmas) dan perawat 95 orang. Pemilihan tempat tersebut karena alasan keragaman lokasi pelayanan, karakter dan latar belakang pendidikan profesi tenaga kesehatan. Apabila pengetahuan, keyakinan dan sikap mampu melatar belakangi upaya penanggulangan HIV-AIDS, maka sampel ini dapat menggambarkan kondisi populasi sasaran penelitian.

2. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel tenaga kesehatan dalam penelitian ini dipilih secara *purposive sampling*

3. Sampel

Responden tenaga kesehatan yang diambil apabila dibandingkan dengan kondisi sumber daya tenaga kesehatan secara keseluruhan setempat, maka didapatkan prosentase Rumah Sakit Pandanaran dokter umum 3 orang

(50%), bidan 5 orang (42%) dan perawat 9 orang (55,4%) . Rumah Sakit Banyudono dari dokter umum 3 orang (50%), bidan 5 orang (38,5%) dan perawat 9 orang (14,8%). Rumah Sakit Simo dari dokter umum 3 orang (50%), bidan 5 orang (38,5%) dan perawat 9 orang (21,4%).

Responden pada puskesmas rawat inap, terdiri dari dokter umum 15 orang (100%), bidan 42 orang (33,1%) dan perawat 41 orang (43,2%).

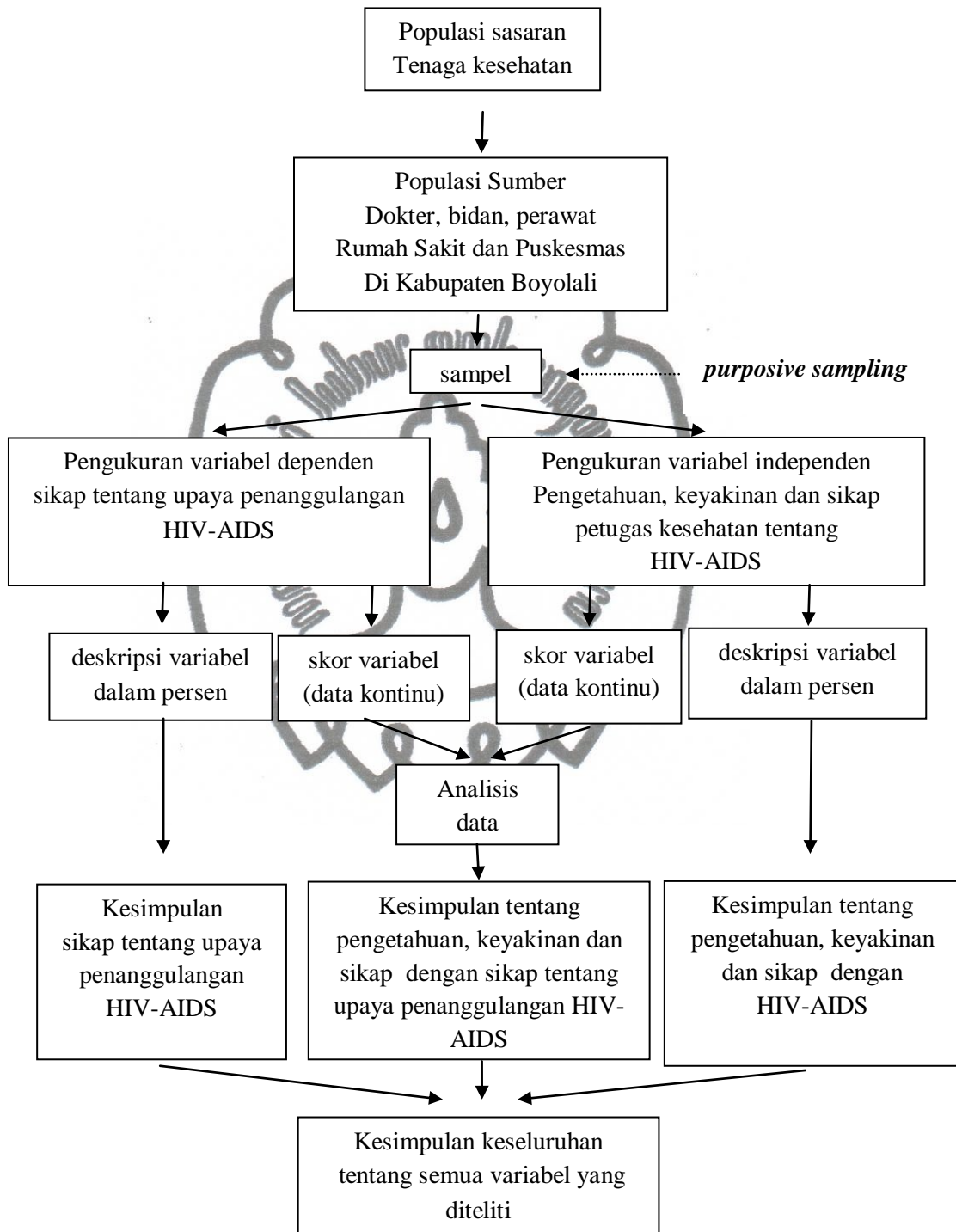
Responden diperkirakan menurut desain analisis data yang akan dilakukan, yaitu *analisis bivariante*. Analisis data ini melibatkan 3 variabel independen, yaitu pengetahuan petugas tentang HIV-AIDS, keyakinan kausa HIV-AIDS, dan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA. Sedangkan variabel dependen yaitu sikap petugas kesehatan terhadap upaya penanggulangan HIV-AIDS

a. Kriteria Inklusi

- Petugas kesehatan
- Bekerja sebagai tenaga fungsional
- Bekerja pada rumah sakit negeri atau puskesmas rawat inap
- bersedia berpartisipasi dalam penelitian

b. Kriteria Eksklusi

- Menjadi koordinator kelompok kerja fungsional, misalnya : kepala bangsal, koordinator bidan.

D. Kerangka Penelitian

Gambar 3.1 Kerangka penelitian

commit to user

E. Variabel Penelitian

Variabel penelitian terdiri atas :

1. Variabel bebas
 - a. Pengetahuan tentang HIV-AIDS
 - b. Keyakinan kausa HIV-AIDS
 - c. Sikap terhadap ODHA

2. Variabel terikat

Sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

F. Definisi Operasional

1. Pengetahuan Tentang HIV-AIDS

Definisi : Pengetahuan dan wawasan tenaga kesehatan tentang penyakit HIV-AIDS, terdiri dari 5 dimensi yaitu keandalan, ketanggapan, keyakinan, empati dan berwujud.

Alat ukur : Kuesioner

Skala pengukuran: Kontinu

Tabel 3.1. Matrik pertanyaan kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS

No	D o m a i n	No. Item		Total Item
		Favorabel	Unfavorabel	
1.	Kesadaran	2	1, 4	3
2.	Minat	6	7	2
3.	Evaluasi	9	8	2
4.	Mencoba		3	1
5.	Adopsi	5	10	2
	<i>Subtotal</i>			<i>10</i>

commit to user

2. Keyakinan tentang kausa HIV-AIDS

Definisi : keyakinan seseorang tentang kausa HIV-AIDS, sejauh mana kondisi terkena penyakit HIV-AIDS yang terjadi pada manusia adalah ditentukan kuasa Tuhan, atau sejauh mana manusia mempunyai kemampuan untuk mengubah peristiwa tersebut.

Alat ukur : kuisioner

Skala pengukuran : kontinu

Tabel 3.2. Matrik pertanyaan kuesioner keyakinan kausa HIV-AIDS

No	D o m a i n	No. Item		Total Item
		Favorabel	Unfavorabel	
1.	eksternal	6,8,10	2,4	5
2.	internal		1,3,5,7,9	5
	<i>subtotal</i>			<i>10</i>

3. Sikap terhadap ODHA

Definisi : sikap terhadap ODHA adalah kondisi keinginan dan kecenderungan tenaga kesehatan dalam hubungan kontak terapis terhadap orang dengan HIV-AIDS (ODHA)

Alat ukur : Kuesioner

Skala pengukuran : Kontinu

Tabel 3.3. Matrik pertanyaan sikap terhadap ODHA

No	D o m a i n	No. Item		Total Item
		Favorabel	Unfavorabel	
1.	kognitif	2	1,3,4	4
2.	konaktif	6,10	5,9	4
3.	afektif		7,8	2
	<i>subtotal</i>		<i>commit to user</i>	<i>10</i>

4. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/ atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Undang Undang Kesehatan, 2009)

Tenaga kesehatan yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah dokter umum, bidan dan perawat. Alasan penggunaan responden pada ketiga profesi tersebut adalah keterlibatan langsung yang bersangkutan berhubungan dengan ODHA sebagai upaya penanggulangan HIV-AIDS.

5. Dokter umum adalah dokter yang di dalam praktek menampung semua masalah yang dimiliki pasien tanpa memandang jenis kelamin, status sosial, jenis penyakit, golongan usia ataupun sistem organ (Anonim, 2011a)

Pada penelitian ini kriteria dokter umum yang dipakai adalah tenaga kesehatan yang langsung berhubungan melayani diagnostik dan terapis terhadap pasien, baik promotif, preventif maupun kuratif serta ditambah persyaratan lain yang tercantum dalam kriteria inklusi.

6. Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan (Kepmenkes RI, 2007)

Kriteria bidan dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan profesi yang langsung berhubungan melayani kebidanan terhadap pasien , baik promotif, preventif maupun kuratif serta ditambah persyaratan lain yang tercantum dalam kriteria inklusi

7. Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan (Undang Undang Kesehatan, 1992 dikutip wachid A, 2011).

Perawat dalam penelitian ini mempunyai kriteria sebagai tenaga kesehatan profesional yang langsung berhubungan melayani perawatan pasien , baik promotif, preventif maupun kuratif serta ditambah persyaratan lain yang tercantum dalam kriteria inklusi.

8. Sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

Definisi : Sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS adalah kondisi cara memperlakukan orang dengan HIV-AIDS untuk mencegah penularan, upaya menjalani pengobatan, peran tenaga kesehatan dalam mendukung penyembuhan ODHA dan mencegah penularannya, pandangan tentang dampak ekonomi dan social dari epidemi HIV-AIDS, dan pandangan tentang pemberian prioritas alokasi anggaran untuk pelayanan kesehatan ODHA.

Alat ukur : Kuesioner

Skala pengukuran : Kontinu

Tabel 3.4. Matrik pernyataan sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

No	D o m a i n	No. Item		Total Item
		Favorabel	Unfavorabel	
1.	Peran pemerintah	9	4	2
2.	Pengisolasian		6	1
3.	Peran masyarakat	5,8		2
4.	Peran keluarga	7,10		2
5.	Dampak sosial ekonomi		2,3	2
6.	Sikap terhadap HAM		1	1
	<i>Subtotal</i>			<i>10</i>

G. Sumber Data Penelitian

Ada dua jenis sumber data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder.

1. Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden dengan menggunakan alat ukur pada masing-masing variabel. Data primer pada penelitian ini meliputi pengetahuan, keyakinan, sikap terhadap ODHA dan sikap terhadap upaya penanggulangan HIV-AIDS.
2. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dengan cara mengkaji dokumen-dokumen yang sudah ada. Data sekunder diperlukan untuk melengkapi data primer, yang berupa gambaran umum daerah atau lokasi penelitian yang diperoleh dari data yang sudah tersedia di Kabupaten Boyolali.

H. Alat Ukur Penelitian

Variabel independen yang berupa pengetahuan, keyakinan, dan sikap diukur dengan kuesioner. Kuisisioner terdiri dari 40 item pernyataan, yaitu 10 pernyataan tentang pengetahuan, 10 tentang keyakinan dan 20 tentang sikap. Pernyataan yang diberikan bersifat *favorable* (bersifat positif) maupun bersifat *unfavorable* (bersifat negatif).

Kuesioner sebagai alat penelitian sebelum dipergunakan akan diuji coba pada subyek penelitian untuk mengetahui validitas dan reliabilitas. Uji tersebut dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali.

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang akan diukur. Berarti validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan suatu instrumen. Semakin tinggi nilai validitas maka semakin bisa diandalkan instrumen yang digunakan dalam suatu penelitian. Dalam uji validitas, analisis setiap butir pertanyaan dilakukan dengan cara menghitung korelasi antara skor butir instrumen terhadap total skor pertanyaan/pernyataan.

Uji realibilitas adalah indeks yang menggunakan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Dengan kata lain reliabilitas menunjukkan konsistensi suatu alat pengukur di dalam mengukur gejala yang sama. Instrumen yang reliabel mengandung arti bahwa instrumen tersebut cukup baik sehingga bisa dipercaya untuk mengungkap data. Uji reliabilitas dalam penelitian ini dengan *internal consistency* yaitu melakukan uji coba instrumen

satu kali saja kemudian hasil yang diperoleh dianalisis dengan teknik tertentu.

Untuk menguji reliabilitas ini dengan teknik *Alpha (α) Cronbach*.

Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan *range* yang sama, maka ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

1. Nilai alpha Cronbach 0,00 s.d. 0,20, berarti kurang reliabel
2. Nilai alpha Cronbach 0,21 s.d. 0,40, berarti agak reliabel
3. Nilai alpha Cronbach 0,42 s.d. 0,60, berarti cukup reliabel
4. Nilai alpha Cronbach 0,61 s.d. 0,80, berarti reliabel
5. Nilai alpha Cronbach 0,81 s.d. 1,00, berarti sangat reliabel

Alat ukur menunjukkan konsistensi internal, jika memiliki *Alpha (α) Cronbach* $\geq 0,60$. Makin tinggi *Alpha (α) Cronbach*, makin baik (konsisten) alat ukur. Tetapi ada beberapa kategori di mana *Alpha (α) Cronbach* bernilai tinggi tetapi tidak menunjukkan alat ukur yang baik. Hal ini disebabkan nilai *Alpha (α) Cronbach* tergantung dari besar korelasi antar item dan jumlah item dalam alat ukur. Jika jumlah item pertanyaan alat ukur banyak, maka *Alpha (α) Cronbach* akan meningkat, meskipun tidak berarti alat ukur tersebut baik.

I. Pengumpulan Data

Pengumpulan data variabel pengetahuan, keyakinan dan sikap dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada responden yaitu tenaga kesehatan Rumah Sakit dan Puskesmas rawat inap.

J. Teknik Analisis Data

Pengolahan dan analisis data yang diperoleh dari hasil penelitian ini dikerjakan dengan proses :

1. Editing, yaitu kegiatan yang bertujuan untuk memeriksa kembali jawaban dari responden, yang dilakukan pada tempat survey karena bila ada kekurangan dapat segera dilengkapi. Langkah ini dilakukan untuk mengecek kelengkapan data.
2. Coding, yaitu setiap alternatif jawaban diberikan kode yang ditulis dalam lembar kode untuk mempermudah dalam proses pengolahan data.
3. Skoring, yaitu kegiatan untuk memberikan skor atau nilai sesuai dengan skor yang telah ditentukan di kuesioner. Total skor didapatkan dari hasil penjumlahan skor masing-masing pertanyaan.
4. Entry data, yaitu memasukkan data yang sudah diperoleh ke dalam program komputer.
5. Tabulating, merupakan kegiatan yang dilakukan dengan membuat tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang pada masing-masing variabel penelitian.

Dari hasil penelitian data yang sudah selesai dikumpulkan, diolah kemudian dilakukan analisis data sebagai berikut: Jawaban setuju, ragu-ragu, atau tidak setuju, untuk masing-masing pernyataan tentang variable yang diteliti akan menghasilkan data kategorikal (*categorical data*) yang akan dideskripsikan dalam persen.

Pada pernyataan pengetahuan pada *favorable*, maka jawaban “benar” diberi nilai 1 dan jawaban “salah” diberi nilai 0. Sedangkan *unfavorable* diberi nilai sebaliknya.

Adapun untuk pernyataan tentang keyakinan dan sikap, pada *favorable*, maka jawaban setuju, ragu-ragu, dan tidak setuju dari masing-masing pernyataan diberi skor masing-masing 3, 2 dan 1, sedangkan untuk unfavorable diberi nilai sebaliknya. Skor nilai kemudian dijumlahkan akan menghasilkan data kontinu (*continous data*).

Karakteristik sampel data dideskripsikan dengan n, mean, SD, minimum dan maksimum. Karakteristik sampel data pengetahuan dideskripsikan dengan n dan persen. hubungan antara pengetahuan, keyakinan dan sikap dianalisis dengan model regresi linier, yaitu :

$$Y = a + bx$$

Y = sikap tentang upaya penanggulangan HIV-AIDS

x = Pengetahuan tentang HIV-AIDS

$$Y = a + bx$$

Y = sikap tentang upaya penanggulangan HIV-AIDS

x = keyakinan kausa HIV-AIDS

$$Y = a + bx$$

Y = sikap tentang upaya penanggulangan HIV-AIDS

x = sikap terhadap ODHA

Kekuatan hubungan ditunjukkan oleh koefisien regresi b, dan hasil uji reliabilitas ditunjukkan oleh nilai p.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Distribusi Demografi Responden

Subyek tenaga kesehatan pada penelitian ini adalah rumah sakit dan puskesmas rawat inap kabupaten Boyolali memiliki komposisi tenaga kesehatan yang sesuai dengan model daftar susunan pegawai puskesmas dan rumah sakit perkotaan pada keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomer 81/ menkes/ SK/ I/ 2004 (Depkes, 2004). Namun dalam pengambilan sampel terdapat beberapa hal yang mempengaruhi distribusi, antara lain pada setiap puskesmas rawat inap yang berjumlah 14 masing-masing terdapat seorang dokter umum kecuali satu puskesmas, yang harus diambil sampel masing masing 1 orang dokter. Sedangkan tenaga bidan pada setiap puskesmas keberadaannya sesuai dengan jumlah desa pada wilayah kerja sehingga jumlah mereka sesuai banyak desa. Jenis kelamin tenaga bidan yang kesemuanya perempuan juga mempengaruhi komposisi ini.

Sampel tenaga kesehatan terpilih adalah mereka yang betul-betul bertugas dalam profesi dan bukan sebagai tenaga kesehatan struktural sedangkan tenaga medis terpilih adalah dokter umum dan bukan dokter spesialis. Hal ini dimaksudkan agar peranan dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS tidak hanya sekedar memberikan paket obat kepada penderita, tetapi mempunyai tugas yang

commit to user

lebih luas, yaitu mengenal kondisi keluarga penderita, memotivasi, pengawasan minum obat dan pendekatan lain selaku dokter keluarga.

Tabel 4.1. Distribusi Responden Menurut Tempat Kerja

Profesi	Tempat Kerja	Jumlah tenaga	Jumlah sampel	Jumlah Total Sampel	Persen tase
Dokter	RS Pandanaran	8	3	24	16
	RS Banyudono	6	3		
	RS Simo	6	3		
	Puskesmas Rawat Inap	15	15		
Bidan	RS Pandanaran	12	6	57	38
	RS Banyudono	13	5		
	RS Simo	13	5		
	Puskesmas Rawat Inap	130	41		
Perawat	RS Pandanaran	146	8	69	46
	RS Banyudono	61	8		
	RS Simo	42	8		
	Puskesmas Rawat Inap	95	44		
Total		547	150	150	100

2. Distribusi Karakteristik Responden

Distribusi responden tenaga kesehatan berasal dari dokter umum, bidan dan perawat . responden banyak berjenis kelamin perempuan karena profesi bidan dilakukan oleh perempuan. Tenaga kesehatan yang menjadi responden kebanyakan berada pada usia masa awal dewasa (*early adulthood*) dan masa pertengahan dewasa (*middle adulthood*) dimana secara psikologis merupakan masa pembentukan kemandirian pribadi dan ekonomi, perkembangan karir serta

commit to user

masa untuk memperluas keterlibatan dan tanggung jawab pribadi dan sosial, dewasa (John Santrock, dikutip psikologizone, 2009). sedangkan masa kerja responden lebih banyak yang bekerja lebih dari 5 tahun.

Tabel 4.2. Karakteristik responden menurut profesi, jenis kelamin, umur, pendidikan dan masa kerja

Responden	Jumlah	Persentase
Jenis Profesi		
Dokter	24	16,11
Bidan	57	38,28
Perawat	68	45,63
Jenis Kelamin		
Laki-laki	37	24,83
Perempuan	112	75,17
U m u r		
18 – 25 tahun	10	6,71
26 – 35 tahun	70	46,99
36 – 45 tahun	53	35,57
46 – 55 tahun	15	10,07
> 55 tahun	1	0,66
Pendidikan		
Diploma satu tahun	7	4,70
Diploma tiga tahun	116	77,86
Sarjana	25	16,77
Pasca Sarjana	1	0,67
Masa Kerja		
< 5 tahun	24	16,11
5 – 10 tahun	47	31,54
11 – 15 tahun	42	28,19
>15 tahun	36	24,16

Tabel 4.6. menunjukkan tingkat nilai pengetahuan terendah dimiliki oleh bidan, nilai keyakinan terendah terdapat pada perawat sedangkan sikap terhadap ODHA nilai terendah dipunyai oleh dokter. Sikap terhadap upaya penanggulangan HIV-AIDS, nilai tertinggi dimiliki oleh dokter sedangkan nilai terendah pada bidan.

Tabel 4.3 Distribusi nilai responden pada pengetahuan tentang HIV-AIDS, keyakinan kausa HIV-AIDS, sikap terhadap ODHA, dan sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

Pengetahuan, keyakinan dan Sikap	Nilai Tertinggi	Nilai Terendah
Pengetahuan Tentang HIV-AIDS		
Dokter	10	5
Bidan	10	3
Perawat	10	5
Keyakinan Kausa HIV-AIDS		
Dokter	30	22
Bidan	30	19
Perawat	30	14
Sikap Terhadap ODHA		
Dokter	26	16
Bidan	27	19
Perawat	26	18
Sikap Terhadap Upaya Penanggulangan HIV-AIDS (KONTROL)		
Dokter	28	22
Bidan	26	13
Perawat	26	17

3. Analisis data

a. Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

Hubungan pengetahuan dokter, bidan dan perawat tentang HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS terlihat dari gambar diagram scatter yang ditunjukkan pada gambar di bawah ini.

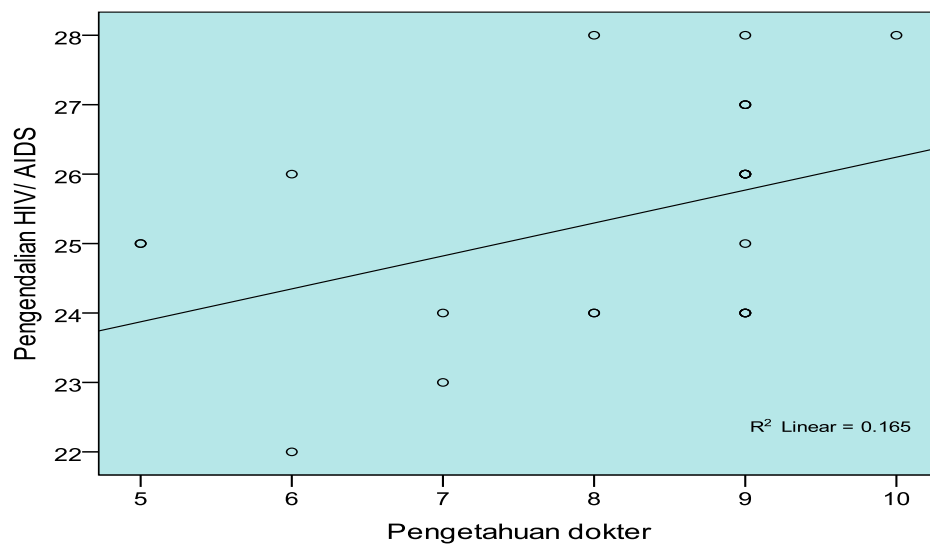
Gambar 4.1 dan 4.3, memperlihatkan diagram scatter plot menyebar dengan terlihat hubungan samar-samar. Hal ini menunjukkan adanya korelasi antara lemah sampai sedang, hubungan antara “pengetahuan dokter dan perawat tentang HIV-AIDS” terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS.

Gambar 4.2, Diagram scatter plot terlihat mengumpul di suatu area, memperlihatkan adanya korelasi rendah antara “pengetahuan bidan tentang HIV-AIDS” terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS .

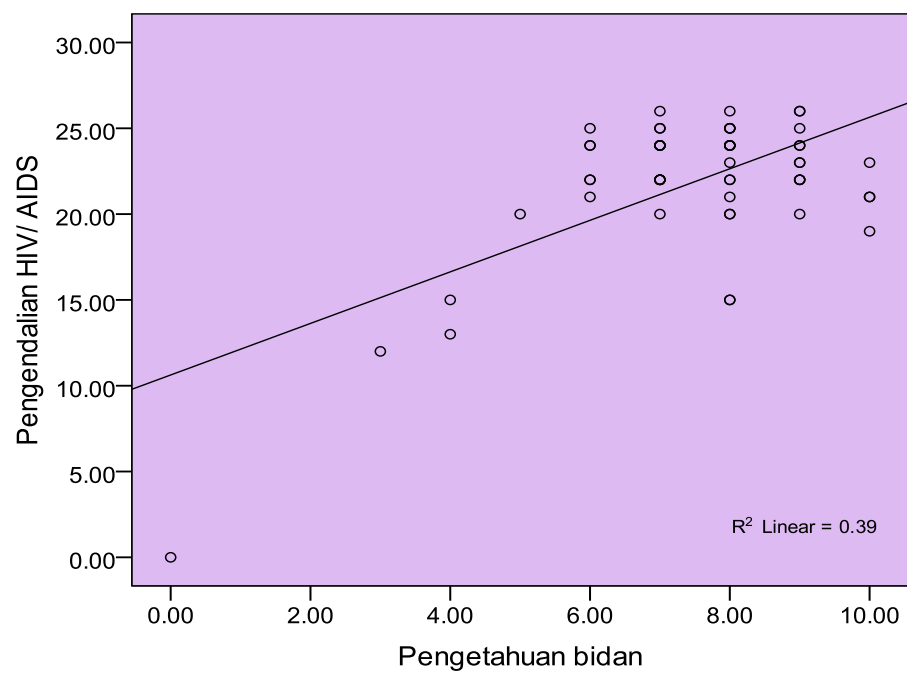
Gambaran diagram Scatter plot di atas ditunjukkan pula dengan nilai Koefisien Korelasi Spearman Rho dari masing-masing profesi, sebagaimana terlihat pada Tabel 4.4.

Koefisien korelasi masing-masing diagram scatter plot mempunyai nilai $r > 0$. Hal ini menunjukkan adanya hubungan positif yang ditandai bentuk gambar grafik garis lurus meningkat dari kiri kekanan.

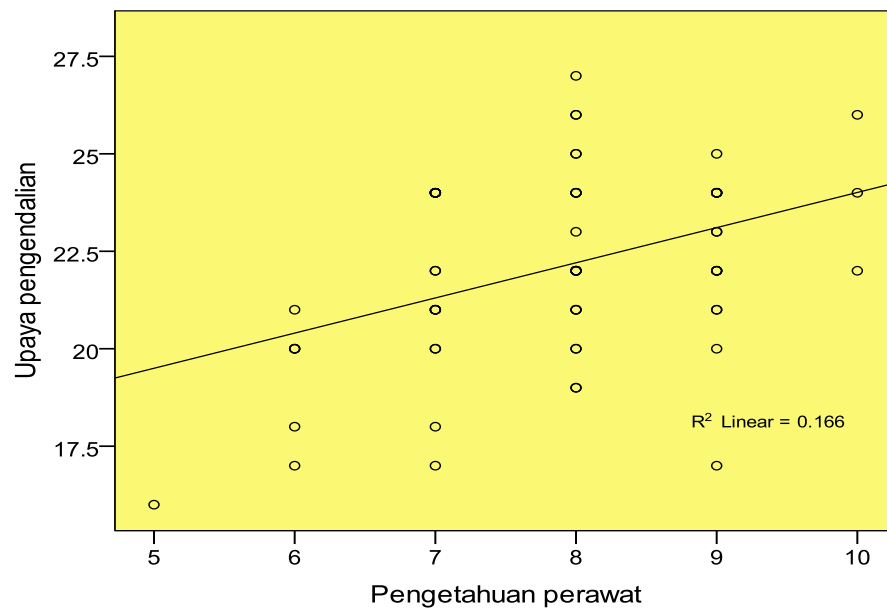
Gambar 4.1. Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada dokter terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS



Gambar 4.2, Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada bidan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Gambar 4.3, Korelasi pengetahuan tentang HIV-AIDS pada perawat terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Tabel 4.4 Koefisien Korelasi Spearman Rho antara pengetahuan, tenaga kesehatan tentang HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

Variabel Independen	Variabel Dependen	Koefisien Korelasi Spearman Rho	p
Pengetahuan dokter	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,44	< 0,001
Pengetahuan bidan	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,15	< 0,001
Pengetahuan perawat	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,35	< 0,001

b. Korelasi keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

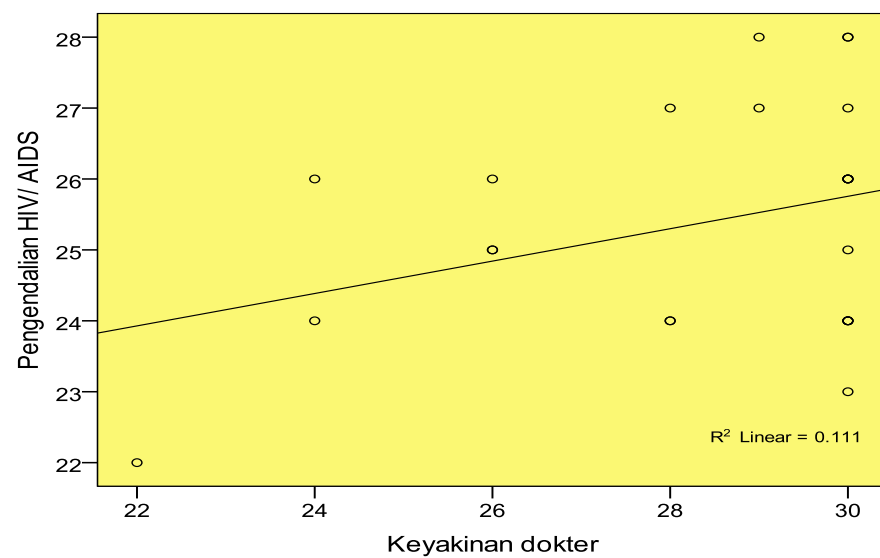
Hubungan keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada dokter, bidan dan perawat terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS dapat dilihat dari gambar diagram scatter yang ditunjukkan di bawah ini.

Gambar 4.4, memperlihatkan diagram scatter dengan plot menyebar yang menunjukkan adanya hubungan rendah antara “keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada dokter” dengan sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

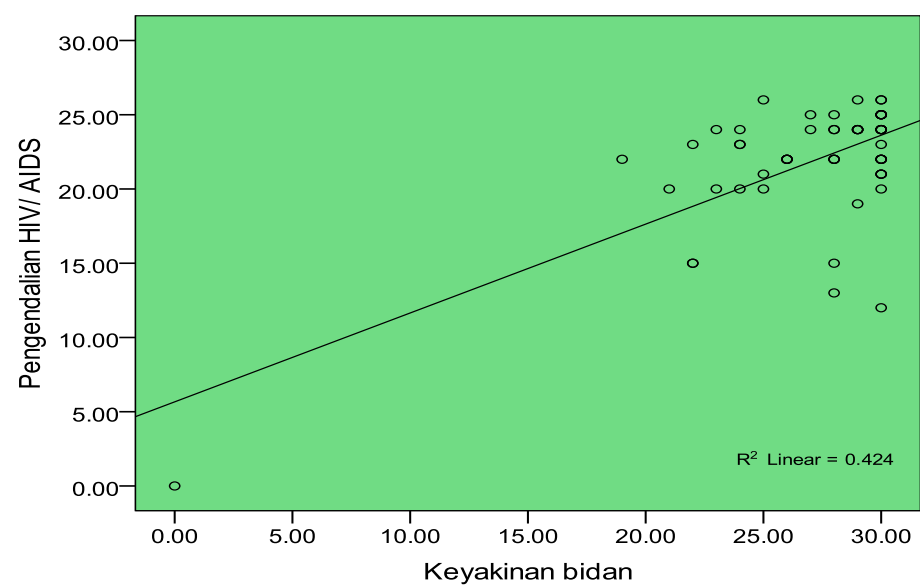
Gambar 4.5 dan 4.6, Diagram scatter plot terlihat mengumpul di suatu area dengan nilai koefisien korelasi Spearman Rho (Tabel 4.5) mempunyai nilai sedang dari hubungan antara “keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada bidan dan perawat” terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS .

Diagram Scatter ketiga gambar di atas, memperlihatkan koefisien korelasi dengan nilai $r > 0$. menunjukkan adanya hubungan linear positif dengan bentuk grafik garis lurus meningkat dari kiri kekanan, yang berarti bahwa semakin tinggi keyakinan akan semakin baik pula sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.

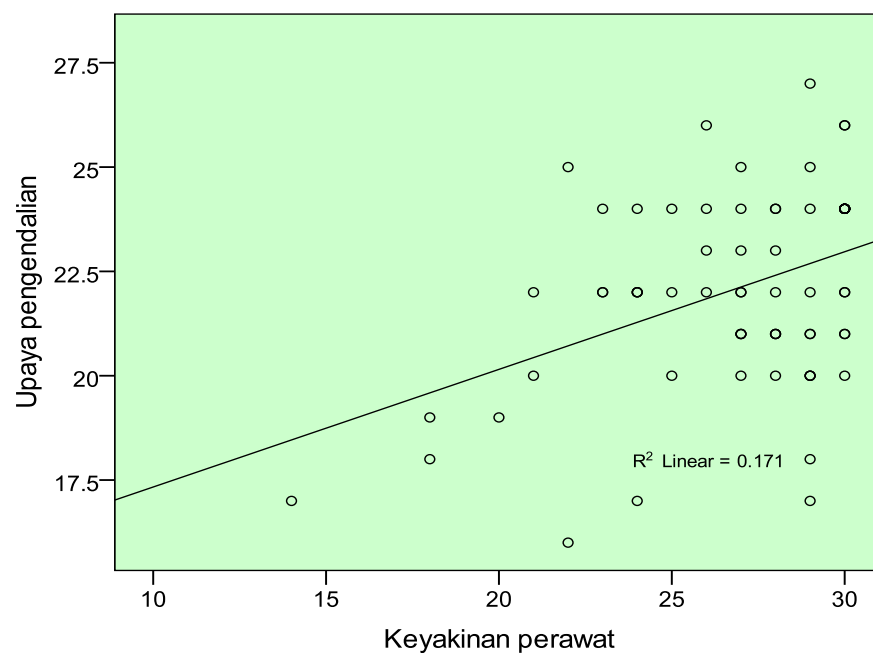
Gambar 4.4. Korelasi keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada dokter terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Gambar 4.5. Korelasi keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada bidan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Gambar 4.6. Korelasi keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada perawat terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Tabel 4.5 Koefisien korelasi spearman Rho antara keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

Variabel Independen	Variabel Dependen	Koefisien Korelasi Spearman Rho	p
Keyakinan dokter	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,17	< 0,001
Keyakinan bidan	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,34	< 0,001
Keyakinan perawat	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,31	< 0,001

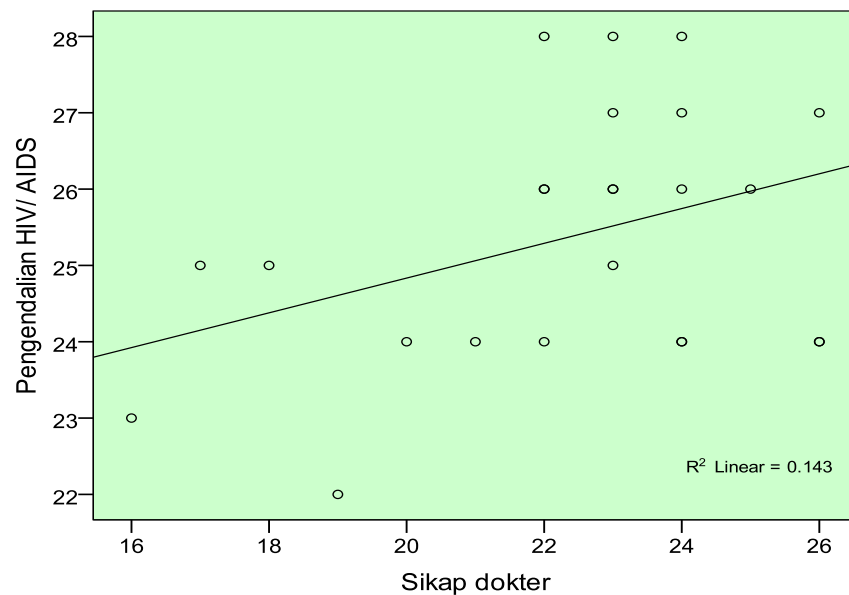
c. Korelasi sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

Hubungan sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS pada dokter, bidan dan perawat dengan sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS dapat dilihat dari gambar diagram scatter yang ditunjukkan di bawah ini.

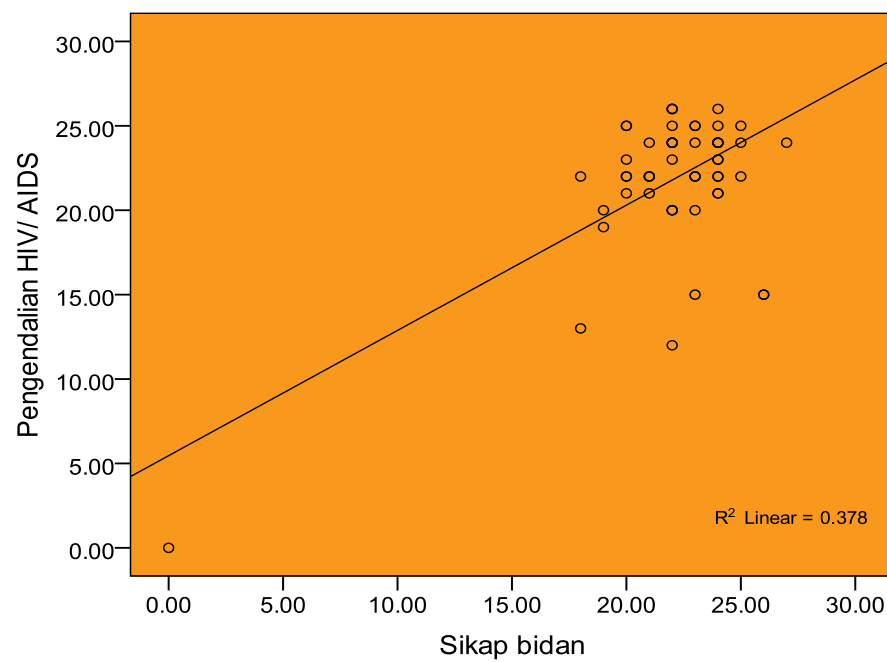
Gambar 4.7 dan 4.8, memperlihatkan diagram scatter dengan plot menyebar dan mengumpul sebagian, yang menunjukkan adanya hubungan rendah antara “sikap dokter dan bidan” terhadap orang dengan HIV-AIDS dengan sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

Gambar 4.9 Diagram scatter plot terlihat gambaran menyebar searah garis linear. Apabila dihubungkan dengan nilai koefisien korelasi Spearman Rho (Tabel 4.9), mempunyai nilai sedang dari hubungan antara “sikap perawat” terhadap orang dengan HIV-AIDS dengan sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS. Diagram Scatter ketiga gambar di atas, memperlihatkan koefisien korelasi dengan nilai $r > 0$. menunjukkan adanya hubungan linear positif dengan bentuk grafik garis lurus meningkat dari kiri kekanan.

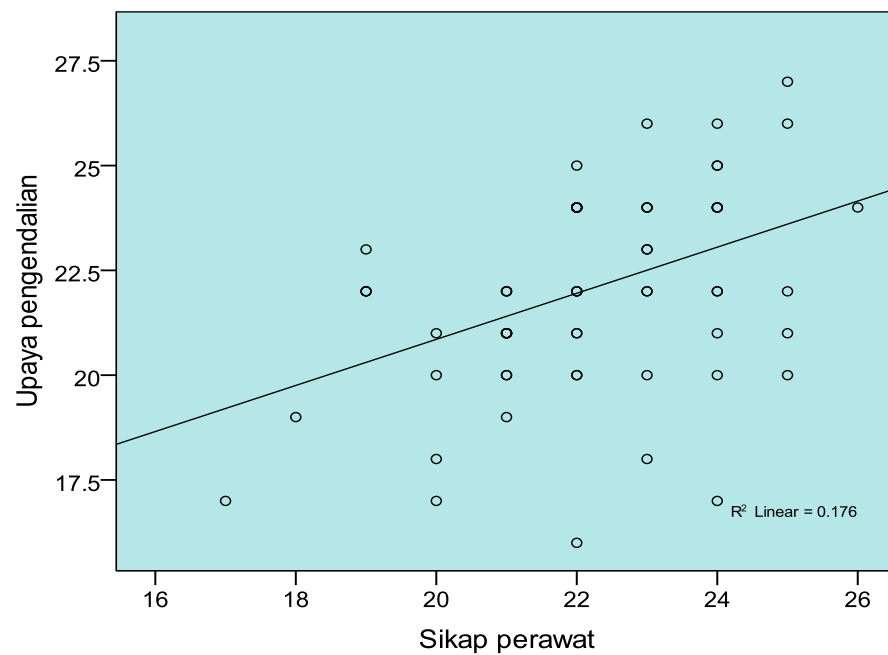
Gambar 4.7 Korelasi sikap dokter terhadap ODHA terhadap sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS



Gambar 4.8 Korelasi sikap bidan terhadap ODHA terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Gambar 4.9. Korelasi sikap perawat terhadap ODHA terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS



Tabel 4.6 Koefisien korelasi Spearman Rho antara sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA dengan sikap upaya penanggulangan HIV- AIDS

Variabel Independen	Variabel Dependen	Koefisien Korelasi Spearman Rho	p
Sikap dokter	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,29	< 0,001
Sikap bidan	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,19	< 0,001
Sikap perawat	Sikap Upaya Penanggulangan HIV - AIDS	0,47	< 0,001

B. Pembahasan

1. Kondisi penelitian dan subjek penelitian.

Penelitian hubungan antara pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS, berbeda dengan peneliti lain, misalnya Pratikno, 2008, yang menghubungkan obyek dengan stigma terhadap ODHA. Sedangkan penelitian ini menghubungkan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS, keyakinan tentang kausa HIV-AIDS, sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.

Subjek penelitian adalah tenaga kesehatan fungsional dan bukan tenaga kesehatan struktural atau dokter spesialis. Tenaga kesehatan tersebut terdiri dari dokter umum, bidan dan perawat. Dimaksudkan agar responden adalah tenaga kesehatan yang terlibat langsung upaya penanggulangan HIV-AIDS dengan pelayanan kesehatan secara langsung dan bersifat komprehensif.

Tingkat jenjang pendidikan profesi tambahan tidak diperhitungkan, mengingat jumlah tenaga kesehatan dengan kondisi jenjang pendidikan lebih tinggi jumlahnya hanya sedikit dan biasanya tambahan jenjang pendidikan akan membawa konsekuensi menjadi tenaga struktural dan bukan fungsional.

Boyolali yang mempunyai karakteristik komposisi tenaga kesehatan yang sesuai dengan pedoman penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan di tingkat kabupaten pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

nomor : 81/ MENKES/ SK/ I/ 2004, tentang Model Susunan Petugas Puskesmas Dan Rumah Sakit Perkotaan.

Boyolali belum banyak melakukan pelatihan tentang HIV-AIDS kepada tenaga kesehatan. Hal ini diketahui dari terbatasnya tempat pelayanan VCT (Voluntary Consultant Test) dan CST (Care Support Therapy) hanya berada di Rumah Sakit Pandanaran. Sehingga praktis pengetahuan tentang HIV-AIDS pada tenaga kesehatan masih standar perolehan dari tempat pendidikan yang mereka .

2. Alat penelitian dan uji validitas reliabilitas.

Pertanyaan yang disampaikan kepada responden adalah sebagai pencerminan kapasitas tingkat pengetahuan tentang HIV-AIDS, keyakinan tentang kausa HIV-AIDS, sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS. Untuk lebih meyakinkan kondisi wawasan responden, maka dibuat pertanyaan bersifat *favorable* (bersifat positif) ataupun *unfavorable* (bersifat negatif)

Kuisisioner diambil dari berbagai sumber kemudian dilakukan modifikasi penyesuaian. Sebelum dipergunakan, kuisisioner diujicoba untuk mengetahui validitas dan reliabilitas. Ujicoba tersebut dilakukan pada 15 orang tenaga kesehatan, terdiri dari dokter umum, bidan dan perawat di Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali.

Data hasil uji coba dilakukan analisis pada alat ukur alpha (α) Cronbach dari unsur “pengetahuan tentang HIV-AIDS”, “keyakinan tentang kausa HIV-AIDS”, “sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS” terhadap “sikap upaya penanggulangan

HIV-AIDS”. Dari penilaian tersebut didapatkan nilai lebih dari 0,61, yang berarti kuisioner tersebut reliable untuk dipergunakan sebagai alat ukur penelitian.

3. Hubungan pengetahuan tentang HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengetahuan pada tenaga kesehatan tentang HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS. Di mana pada tingkat hubungan ini bernilai lemah sampai dengan sedang. Nilai hubungan yang rendah ini dimungkinkan adanya keterbatasan jumlah responden dan tingkat pengetahuan setara pada tenaga kesehatan yaitu pendidikan HIV-AIDS melalui kurikulum formal saat menempuh jenjang pendidikan. Dan pada kapasitas selanjutnya tidak banyak peningkatan keilmuan penyakit HIV-AIDS pada tenaga kesehatan tersebut.

Penelitian Umeh et al. (2008), menyatakan bahwa pada kelompok umur tua yang mengenyam pendidikan sekolah saat penyakit HIV-AIDS belum ada dan orang-orang belum cukup terdidik dalam masalah berkaitan penyakit tersebut, akan berbeda tingkat kapasitas pengetahuan mereka dengan kelompok yang mendapat pembelajaran melalui kurikulum secara sistematis di jenjang pendidikan mereka.

Penjelasan lain dari penelitian Umeh et al. (2008) di Nigeria selatan, Pratikno (2008) di Kabupaten Bengkalis Propinsi Riau. Penelitian keduanya dilakukan pada kalangan tenaga kesehatan professional. Hasil penelitian didapatkan bahwa peningkatan pengetahuan HIV-AIDS, maka secara signifikan akan meningkat pula perasaan dan pandangan yang positif terhadap pasien dengan AIDS.

Penelitian Kitaura (1977) di Jepang, didapatkan sebagian besar pekerja perawatan kesehatan gigi ragu untuk melakukan perawatan gigi pada pasien HIV positif disebabkan mereka merasa bahwa pengetahuan tentang penyakit HIV-AIDS yang mereka miliki tidak cukup memadai.

4. Hubungan keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS

Hasil penelitian menunjukkan, adanya hubungan keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS. Di mana tingkat hubungan ini bernilai lemah sampai dengan sedang. Kurangnya keyakinan pada responden dapat disebabkan oleh pengetahuan yang kurang memadai.

Vardiansyah (2008) mengatakan, bahwa keyakinan merupakan sikap yang diperlihatkan manusia setelah merasa cukup mengetahui dan menyimpulkan bahwa dirinya telah mencapai kebenaran.

Bishop et al., 2000, melakukan penelitian tentang sikap dan keyakinan tenaga kesehatan profesional Singapura terhadap HIV-AIDS, menunjukkan bahwa responden yakin bahwa penularan HIV-AIDS melalui hubungan seks, berbagi jarum injeksi pada pengguna narkoba dan penularan tidak melalui kontak sosial sehari-hari. Tenaga profesi perawatan mengakui bahwa sedikitnya pengetahuan dan pengalaman menyebabkan mereka paling tidak siap dalam menangani ODHA. Sehingga pentingnya memupuk keyakinan berperan dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS dapat ditumbuhkan melalui peningkatan pengetahuan yang lebih baik.

5. Hubungan sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan positif lemah sampai sedang antara sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS. Sikap kurang baik dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS, dimungkinkan berhubungan dengan pengetahuan dan keyakinan yang kurang.

Menurut Azwar (2000), sikap merupakan kombinasi reaksi antara afektif, perilaku dan kognitif terhadap suatu obyek. Sikap merupakan suatu kelanjutan dari pengetahuan yang disertai kesediaan dan kecenderungan bertindak sesuai dengan pengetahuan itu. Dengan demikian sikap positif tenaga kesehatan terhadap ODHA akan mendorong mereka bertindak atau berperilaku peran yang baik dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS.

Hal ini sesuai dengan penelitian Adebamowo (2002) di Nigeria, dimana membekali petugas kesehatan dengan pengetahuan menimbulkan sikap yang terbukti mengubah intervensi dalam ketrampilan dan kepercayaan diri menangani pasien HIV positif.

6. Keterbatasan penelitian

Ada beberapa kelemahan dalam penelitian ini, diantaranya adalah :

- a. Keterbatasan dalam jumlah responden

Responden dalam penelitian ini berjumlah 149 responden, Responden dari profesi dokter berjumlah paling sedikit, yaitu 24. (16,11 % dari jumlah total

responden). Jumlah responden yang sedikit akan memberikan nilai bias korelasi lebih besar.

b. Heterogenitas responden

Penelitian mengambil subjek penelitian tenaga kesehatan. Di mana responden yang dipergunakan terdiri dari tenaga profesi dokter umum, bidan, dan perawat. Ketiga profesi tersebut mempunyai karakteristik yang berbeda, antara lain bidang keilmuan, jenjang pendidikan, system pendidikan dan sebagainya.

c. Lokasi subjek penelitian berbeda

Pengambilan responden dari rumah sakit dan puskesmas rawat inap mempunyai perbedaan dalam kapasitas pelayanan. Rumah sakit mempunyai kapasitas sebagai pelayanan kuratif sedangkan puskesmas rawat inap lebih berperan sebagai pelayanan promotif dan preventif.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Terdapat hubungan positif lemah sampai sedang antara pengetahuan tentang HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.
(dokter $r = 0,44$; $p < 0,001$, bidan $r = 0,15$; $p < 0,001$, perawat $r = 0,35$; $p < 0,001$)
2. Terdapat hubungan positif lemah sampai sedang antara keyakinan tentang kausa HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.
(dokter $r = 0,17$; $p < 0,001$, bidan $r = 0,34$; $p < 0,001$, perawat $r = 0,31$; $p < 0,001$)
3. Terdapat hubungan positif lemah sampai sedang antara sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS pada tenaga kesehatan terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.
(dokter $r = 0,29$; $p < 0,001$, bidan $r = 0,19$; $p < 0,001$, perawat $r = 0,42$; $p < 0,001$)

B. Implikasi

Penelitian ini membuktikan adanya hubungan antara pengetahuan, keyakinan, dan sikap tenaga kesehatan dengan sikap upaya penanggulangan HIV - AIDS.

Sehingga untuk meningkatkan sikap upaya penanggulangan HIV -AIDS dibutuhkan peningkatan pengetahuan tentang HIV-AIDS, keyakinan tentang kausa HIV-AIDS dan sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS dari tenaga kesehatan.

C. Saran

1. Bagi institusi rumah sakit dan puskesmas
Agar memberikan kesempatan peningkatan kualitas keilmuan bagi sumber daya kesehatan bidang penyakit HIV-AIDS, sehingga mampu mengangkat kapasitas mereka dalam sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.
2. Bagi tenaga kesehatan
Agar memanfaatkan berbagai sarana media untuk meningkatkan kapasitas keilmuan, sehingga mampu meningkatkan daya ungkit dalam sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS
3. Bagi pengambil kebijakan
Agar memberikan kebijakan penganggaran bagi peningkatan kualitas sumber daya kesehatan bertujuan meningkatkan kualitas pengetahuan tentang HIV-AIDS, keyakinan tentang kausa HIV-AIDS dan sikap terhadap orang dengan HIV-AIDS dari tenaga kesehatan yang akan berdampak terhadap sikap upaya penanggulangan HIV-AIDS.
4. Bagi penelitian mendatang
Penelitian mendatang disarankan supaya menggunakan responden lebih homogen. Jumlah responden lebih besar dan memperhitungkan karakter tempat kerja responden. Sehingga kekurangan yang terdapat pada penelitian ini dapat lebih disempurnakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adebamowo CA, Emma R Ezeome ER, Ajuwon JA, Ogundiran TO. 2002. *Survey of the knowledge, attitude and practice of Nigerian surgery trainees to HIV-infected persons and AIDS patients*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/2/7>. Diunduh 27 April 2012.
- Aditama TY. 2011. *Laporan kasus HIV-AIDS di Indonesia sampai dengan September 2011*. <http://www.aidsindonesia.or.id/download/LT3Kemkes2011.pdf>. Diunduh 29 Januari 2012.
- Anonim, 2009. *Fase fase Perkembangan Manusia*, <http://www.psiologizone.com/fase-fase-perkembangan-manusia/06511465>, Diunduh 27 April 2012.
- Anonim, 2011. *Dasar-dasar kedokteran keluarga*, [http://usupress.usu.ac.id/files/Dasar-dasar % 20 Kedokteran % 20 Keluarga normal bab%201.pdf](http://usupress.usu.ac.id/files/Dasar-dasar%20Kedokteran%20Keluarga%20normal%20bab%201.pdf). Diunduh 27 April 2012.
- Anonim.2011. *Teori locus of control. Teori-online*. <http://teorionline.wordpress.com/2011/06/28/teori-locus-of-control/>. Diunduh 14 maret 2012
- Azwar S. 2000. *Sikap manusia teori dan pengukurannya*. Jakarta. Pustaka Pelajar Offset.
- Bishop GD, Oh HML, Swee HY. 1997. *Attitudes and Beliefs of Singapore Health Care Professionals Concerning HIV/AIDS*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11063203>. Diunduh 27 April 2012
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali 2011, *laporan kasus HIV-AIDS tahun 2005 - 2011 kabupaten Boyolali*. Bidang P3-PL.
- Erfandi. 2009. *Pengetahuan dan faktor yang mempengaruhi*. [http://forbetterhealth.wordpress.com/2009/04/19/pengetahuan – dan – faktor – faktor-yang-mempengaruhi](http://forbetterhealth.wordpress.com/2009/04/19/pengetahuan-dan-faktor-faktor-yang-mempengaruhi). Diunduh tanggal 8 Maret 2012.
- Family Health Internasional. 2003. *Attitudes and beliefs towards people living with HIV-AIDS*.[http://www2.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres / bcr4ththeo.html](http://www2.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4ththeo.html). Diunduh tanggal 8 Maret 2012.

- _____.2011. *Behavior change – A summary of four major theories this*. [http:// ww2. fhi. org/ en/ aids/ aidschap/ aidspubs/ behres/ bcr4ththeo.html](http://ww2.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4ththeo.html). Diunduh tanggal 8 Maret 2012.
- Ginintasari R. 2009. *Sikap*. [http:// file.upi.edu/ direktori/ FIP/ JUR-PSIKOLOGI](http://file.upi.edu/direktori/FIP/JUR-PSIKOLOGI). Diunduh tanggal 7 Februari 2012
- Henry J. Kaiser Family Foundation. 2011. *The Global HIV/ AIDS Epidemic*. <http://www.kff.org/hivaids/upload/3030-16.pdf>. Diunduh 27 April 2012
- Jha CK, Madison J.2009. *Disparity in healthcare: HIV, stigma, and marginalization in Nepal*. BioMed Central. [http:// www. ncbi.nlm.nih. gov/pmc/ articles/ PMC2741460](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741460). Diunduh tanggal 7 Februari 2012.
- Kitaura H, Adachi N, Kobayashi K, Yamada T. 1997, *Knowledge and attitudes of Japanese dental health care workers towards HIV-related disease*. [http:// www. sciencedirect. com/ science/ article/ pii/ S0300571296000309](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571296000309). Diunduh 27 April 2012
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2011. *Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006 – 2011 : Rangkuman Eksekutif*. [http:// www. aidsindonesia. or.id/ elibrary/ index. php?p =show_detail &id](http://www.aidsindonesia.or.id/elibrary/index.php?p=show_detail&id). Diunduh 11 maret 2012
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2004, *Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 81/ MENKES/ SK/ I/ 2004*. [http :// dinkes- sulsel. go.id/ new/ images/ pdf/ Peraturan/ kmk%20 pedoman% 20penyusunan% 20perencanaan% 20sdm% 20kesehatan% 2081- 2004.pdf](http://dinkes-sulsel.go.id/new/images/pdf/Peraturan/kmk%20pedoman%20penyusunan%20perencanaan%20sdm%20kesehatan%2081-2004.pdf). Diunduh 27 April 2012
- Menteri Kesehatan RI. 2007. *Standar profesi bidan, keputusan menteri kesehatan RI No: 369/ menkes/ SKIII /2007*. [http:// www. hukor. depkes. go.id/ up_prod_ kepmenkes / KMK% 20 No.% 20369% 20ttg% 20Standar % 20Profesi% 20Bidan. pdf](http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_kepmenkes/KMK%20No.%20369%20ttg%20Standar%20Profesi%20Bidan.pdf). Diunduh 27 April 2012
- Murti B.1997. *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta; Gadjah Mada University Press.
- _____. 2010. *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan, Edisi-2*. Yogyakarta; Gajah Mada university Press.

- _____. 2011. *Filosofi dan Metode ilmiah. Matrikulasi Program Studi Doktorat Kedokteran – FK UNS*. <http://fk.uns.ac.id/index.php/download/file/56>. Diunduh tanggal 23 Maret 2012.
- Nasronudin, Maramis M.M, 2007, *Konseling, dukungan, perawatan, dan pengobatan ODHA*, edisi pertama, Surabaya, airlangga university press
- Neill J. 2006, *What is Locus of Control?* [http://wilderdom.com/psychology/loc/Locus Of Control WhatIs. Html](http://wilderdom.com/psychology/loc/Locus%20Of%20Control%20WhatIs.html). Diunduh 27 April 2012.
- Notoatmojo. 2010a. *Kesehatan masyarakat, ilmu dan seni..* Jakarta.Rineka Cipta.
- _____. 2010b. *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Pajares F. 2002. *Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy*. <http://www.des.emory.edu/mfp/eff.html>. Diunduh 27 April 2012
- Pratikno H, Emilia O. 2008. *Stigma dan diskriminasi oleh tenaga kesehatan terhadap ODHA (orang dengan HIV-AIDS) di Kabupaten Bengkalis Propinsi Riau*. Electronic theses and dissertations. Gajah Mada University. [http:// etd. ugm. ac.id/ index.php buku_id=37974](http://etd.ugm.ac.id/index.php/buku_id=37974) . Diunduh tanggal 23 Maret 2012.
- Rahayuningsih. 2008. *Sikap*. [http:// nurulq.staff. gunadarma.ac.id/ downloads/ files/9095/ bab1-sikap-pdf](http://nurulq.staff.gunadarma.ac.id/downloads/files/9095/bab1-sikap-pdf). Diunduh tanggal 23 Maret 2012.
- Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland SS, Mafeni JO, Anyamele C, Lacopino V. 2005. *Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria*. [http: // www. ncbi. nlm.nih. gov/ pubmed/ 16022564](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16022564). Diunduh tanggal 8 Maret 2012.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. 1988. *Social learning theory and the health belief model*. [http:// deepblue. lib.umich. edu/ bitstream/ 2027.42/ 67783/ 2/ 10.1177_109019818801500203.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177_109019818801500203.pdf). Diunduh 8 maret 2012.
- Rotter J, 2006. *Locus Of Control*. [http://www. inlightimes. com/ archives/ 2006/ 12/ locus-control. htm](http://www.inlighttimes.com/archives/2006/12/locus-control.htm). Diunduh 27 April 2012
- Schuster MA, Collins R,Cunningham WE., Morton SC, Zierler S, Wong M, Tu W. Kanouse DE. *Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care*. BioMed Central. [http:// www.ncbi. nlm.nih.gov/ pmc/ articles/ PMC1490199](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490199). Diunduh tanggal 7 Februari 2012.

- Suryana. 2009. *Definisi Pengetahuan Serta faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan*. <http://duniabaca.com/definisi-pengetahuan-serta-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-pengetahuan>. Diunduh tanggal 12 Januari 2012.
- Umeh CN, Essien EJ, Ezedinachi EN, Ross MW. 2008 . *Knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS related issues, and the sources of knowledge among health care professionals in Southern Nigeria*. BioMed Central. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562902>. Diunduh tanggal 8 Maret 2012.
- UNAIDS. 2011. *Global summary of the AIDS epidemic 2010*. http://www.who.int/hiv/data/2011_epi_core_en.png. Diunduh 2 Mei 2012
- Vardiansyah D. 2008. *Filsafat Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*. Jakarta. Indeks.
- Wachid A. 2011. *pengertian perawat dan keperawatan*, <http://perawattegal.wordpress.com/2009/08/29/konsep-dasar-keperawatan-perkembangan-konsep-dan-tren-keperawatan/>. Diunduh 27 April 2012.

KUISIONER

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, KEYAKINAN DAN SIKAP TENAGA KESEHATAN TERHADAP UPAYA PENANGGULANGAN HIV- AIDS

Mohon kuisisioner ini dijawab sesuai dengan pendapat, keyakinan saudara. Jawaban yang diberikan sangat bermanfaat untuk mengetahui tingkat pengetahuan, keyakinan dan sikap tenaga kesehatan terhadap upaya penanggulangan HIV-AIDS.

Atas bantuannya diucapkan terima kasih !

Data Responden (LINGKARI JAWABAN SAUDARA)

- Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- Usia : 1. < 18 th 4. 36 – 45 th
2. 18 – 25 th 5. 46 – 55 th
3. 26 – 35 th 6. > 55 th
- Profesi : 1. Dokter 3. Perawat
2. Bidan
- Lama kerja profesi : 1. < 5 tahun 3. 11 – 15 tahun
2. 5 – 10 tahun 4. > 15 tahun
- Pendidikan Terakhir :

.....
Berilah jawaban menurut saudara yang dianggap benar, dengan cara membubuhkan tanda silang (X) pada kolom jawaban yang tersedia dari masing-masing pertanyaan !

A. PENGETAHUAN TENTANG HIV-AIDS			
No	Pernyataan	Betul	Salah
1.	Seseorang sudah dapat diketahui terinfeksi HIV hanya dengan cara melihatnya saja		

2.	Penderita HIV yang mempunyai bayi, ASI sebaiknya tetap diberikan kepada anaknya sampai cukup bulan		
3.	Seseorang tenaga kesehatan dapat tertular HIV akibat bersentuhan kulit saat memeriksa penderita		
4.	Penderita HIV tahap <i>window periode</i> tidak berbahaya untuk penularan, karena belum muncul gejala		
5.	Seseorang menderita diare kronis dan demam berkepanjangan lebih dari satu bulan, bisa dicurigai menderita HIV		
6.	Transmisi HIV dari ibu ke anak dapat terjadi melalui rahim (<i>in-utero</i>) selama masa <i>perinatal</i> , yaitu minggu-minggu terakhir kehamilan dan saat persalinan		
7.	obat antiretrovirus, bedah caesar, dan pemberian makanan formula mengurangi peluang penularan HIV dari ibu ke anak		
8.	Obat Antiretroviral (ARV) bila diminum teratur dapat menyembuhkan penderita HIV		
9.	Pada stadium awal infeksi HIV (jumlah CD4 >300 sel per μ L), TBC muncul sebagai penyakit paru-paru. Pada stadium lanjut infeksi HIV, ia sering muncul sebagai penyakit sistemik yang menyerang bagian tubuh lainnya (tuberkulosis ekstrapulmoner)		
10.	Orang yang terkena virus HIV akan menjadi rentan terhadap <i>infeksi oportunistik</i> ataupun mudah terkena tumor		

B. KEYAKINAN TENTANG KAUSA HIV-AIDS

No	Pernyataan	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju
1.	Orang dengan HIV-AIDS merupakan akibat hukuman Tuhan			
2.	HIV-AIDS hanya ditularkan melalui seks dan narkoba			
3.	Orang yang taat dengan ajaran agama tidak bisa terkena HIV-AIDS			
4.	HIV-AIDS hanya ditularkan melalui hubungan seks yang abnormal, yaitu <i>homoseksual</i>			

5.	Penyakit HIV-AIDS merupakan takdir, karena itu manusia tidak bisa mencegah terjadinya penyakit HIV-AIDS			
6.	HIV-AIDS dapat menjangkiti seseorang yang bermoral baik			
7.	Seorang ibu yang taat beragama tidak mungkin terkena HIV-AIDS			
8.	Faktor moral dan berada di perantauan menjadi faktor resiko mudah terkena penyakit HIV-AIDS			
9.	Kita tidak bisa mencegah terkena HIV-AIDS, karena memang kutukan Tuhan akibat perbuatan anggota keluarga kita			
10.	Kita harus mencegah terjadinya penyebaran penyakit HIV-AIDS pada masyarakat			

C. SIKAP TERHADAP ORANG DENGAN HIV-AIDS

No	Pernyataan	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju
1.	Sebaiknya kita menjauhkan diri dari ODHA			
2.	Selayaknya kita memperlakukan ODHA sama seperti orang lain			
3.	Kita pantas memberikan rasa kasihan pada ODHA			
4.	Perhatian khusus sudah seharusnya kita berikan pada ODHA			
5.	Pemerintah tidak perlu membiayai pengobatan ODHA karena mahal dan berjangka panjang			
6.	ODHA layak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama seperti orang sakit yang lain.			
7.	ODHA perlu diisolir dari rumah agar tidak menularkan pada anggota keluarga			
8.	ODHA sebaiknya tidak boleh mempunyai anak/keturunan			
9.	ODHA sebaiknya dirawat pada bangsal khusus			
10.	Merawat infeksi ODHA sebaiknya dengan memakai alat pelindung diri			

D. SIKAP TENTANG UPAYA PENANGGULANGAN HIV-AIDS				
No	Pernyataan	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju
1.	Pekerja seks komersial harus dilakukan tes HIV, tanpa perlu meminta persetujuan dari yang bersangkutan			
2.	Penyakit HIV-AIDS tidak akan berdampak ekonomi dan sosial pada negara			
3.	Warga perlu mengetahui identitas jelas penderita HIV-AIDS untuk kepedulian dan menghindari penularan			
4.	Penyakit HIV-AIDS hanyalah masalah keluarga dari penderita dan bukan persoalan kita bersama			
5.	Pemerintah sebaiknya memberikan prioritas pembiayaan kesehatan untuk penderita HIV-AIDS			
6.	Orang dengan HIV-AIDS perlu dikarantina agar tidak menyebarkan penyakit pada anggota masyarakat lain			
7.	Seandainya media massa, sekolah dan orangtua memberi penerangan tentang HIV-AIDS, maka niscaya penyakit AIDS akan berkurang			
8.	Hukuman sosial atau stigma oleh masyarakat mengubah suatu sakit kronis yang dapat dikendalikan, menjadi "hukuman mati" dan menjadikan meluasnya penyebaran HIV.			
9.	Penanggulangan HIV-AIDS dilakukan dengan promosi kesehatan pada institusi, tempat perbelanjaan dan tempat umum lainnya			
10.	Apabila ada salah satu anggota keluarga yang terkena HIV-AIDS, disarankan terus mengikuti pengobatan dan bimbingan psikologis			