

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan ibu hamil merupakan salah satu indikator kesehatan nasional. *Center for Indonesian Medical Students Activities (CIMSA)* menilai bahwa angka kesehatan ibu hamil di Indonesia belum dapat dikategorikan baik. Hal ini ditunjukkan oleh Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yang masih tinggi. Angka kesakitan dan kesehatan ibu yang digambarkan melalui AKI dapat menggambarkan status kesehatan ibu. Indikator tersebut tidak hanya menilai angka kesehatan ibu saja, namun juga mampu menilai pelayanan kesehatan dan angka kesehatan masyarakat.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 yaitu sebesar 305 kasus per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu, Pemerintah Republik Indonesia menargetkan turunnya angka kematian ibu menjadi 70 kasus per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Kematian ibu merupakan hal yang dapat diatasi dengan berbagai upaya untuk mencegah dan menangani komplikasi kelahiran. Akses ibu hamil terhadap pelayanan antenatal dan kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan merupakan faktor yang penting dalam menurunkan angka kematian ibu. Menurut data *United Nations Children's Fund (UNICEF)* pada tahun 2012, sebanyak 72% wanita

hamil di Indonesia melakukan kunjungan pertama kehamilan, tetapi berhenti sebelum memenuhi minimal empat kali kunjungan yang direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan. Sementara itu, kurang lebih sebanyak 16% wanita hamil tidak pernah mendapatkan pelayanan antenatal selama kehamilan terakhir mereka (CIMSA, 2019).

Sebagian besar kasus infeksi HIV pada anak didapatkan melalui penularan dari ibu yang terinfeksi HIV ke anaknya, yang terjadi pada saat kehamilan, melahirkan atau pada saat menyusui (Muktiarti. dkk, 2012). Di seluruh dunia pada tahun 2013 ada 35 juta orang hidup dengan HIV yang meliputi 16 juta perempuan dan 3,2 juta anak berusia < 15 tahun, Jumlah infeksi baru HIV pada tahun 2013 sebesar 2,1 juta yang terdiri dari 1,9 juta dewasa dan 240,000 anak berusia < 15 tahun. Jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 1,5 juta yang terdiri dari 1,3 juta dewasa dan 190,000 anak berusia < 15 tahun (Info Datin, 2014).

Pada tahun 2016, 1 juta orang meninggal akibat terkait HIV secara global, 54% orang dewasa dan 43% anak-anak yang hidup dengan HIV saat ini menerima terapi *antiretroviral* (ARV) seumur hidup. Cakupan ARV global untuk wanita hamil dan menyusui yang hidup dengan HIV tinggi yaitu 76%. Infeksi HIV sering di diagnosis melalui tes diagnostic cepat atau *Rapid Diagnostic Test* (RDTs), yang mendeteksi ada tidaknya anti bodi HIV (WHO, 2016).

Berdasarkan Kebijakan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2003 Tentang Penanggulangan HIV AIDS, dalam pasal 17 disebutkan bahwa semua ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilannya diharuskan

mengikuti pemeriksaan HIV dengan Tes dan Konseling (VCT) sebagai upaya pencegahan ibu ke anak yang dikandungnya (Kementerian Kesehatan, 2013).

Pencegahan penularan HIV dapat dilakukan juga pada saat kehamilan dengan melakukan pemeriksaan HIV dari ibu ke bayi yang dikenal dengan *Prevention of Mother to Child HIV Transmission* (PMTCT) atau Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Pelaksanaan Pemeriksaan HIV pada ibu hamil yang diintegrasikan dengan kegiatan ANC dilaksanakan oleh semua fasilitas kesehatan yang telah memiliki petugas dan sarana disyaratkan (Mulyanti, 2017).

Cakupan ANC di Indonesia secara nasional lebih dari 90% untuk Kunjungan Pertama (K1) yang menunjukkan tingginya akses terhadap pelayanan antenatal, apabila cakupan ANC ini kita bandingkan dengan rendahnya cakupan pelayanan pemeriksaan HIV termasuk pengobatan antiretroviral, tampak adanya *Miss Opportunity* yang artinya ada ibu hamil HIV positif yang tidak mengetahui statusnya, padahal sebenarnya dia sudah datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk ANC (Irianto, 2015)

Layanan Antenatal yang sangat luas di Indonesia dan cakupannya yang tinggi dalam beberapa tahun terakhir merupakan modal dasar utama untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, yang akan menyelamatkan bayi - bayi yang dilahirkan oleh ibu HIV serta mencegah transmisi berikutnya. Untuk perempuan yang teridentifikasi HIV (+) sebelum atau selama hamil, konseling yang berkaitan dengan tes akan membantu mereka membuat keputusan akan perlunya intervensi lanjutan seperti profilaksis Antiretroviral dan pemilihan pemberian makanan

pada bayinya. Pemeriksaan HIV juga membantu ODHA untuk mengambil langkah selanjutnya dalam memelihara kesehatannya, tidak menularkan HIV, berhubungan dengan kelompok dukungan pelayanan dan membuat keputusan akan hubungan seksualnya serta cara membesarkan anak. Jika pemeriksaan HIV tidak ada, maka kebanyakan perempuan tidak mempunyai jalan untuk menolong dirinya sendiri dalam mengetahui statusnya, sampai mereka jatuh dalam kondisi AIDS, atau sampai mereka melahirkan bayi yang terinfeksi HIV/AIDS (Kementerian Kesehatan RI, 2010)

Ketika terjadinya kehamilan, Virus HIV bukan hanya ancaman pada keselamatan jiwa ibu, tetapi juga ancaman bagi bayi yang dikandungnya. Tanpa upaya khusus, Estimasi dan proyeksi ibu hamil positif HIV mengalami peningkatan, dari tahun 2011 sebesar 14.194 menjadi 19.636 di tahun 2016 (Kementerian Kesehatan, 2014). Dan diperoleh Kasus lebih dari 90% Anak dengan HIV yang mendapatkan infeksi dengan cara penularan dari ibunya (Kementerian Kesehatan, 2013).

Selama tahun 2019 dari 5.283.165 ibu hamil yang melakukan pemeriksaan ANC di Indonesia terdapat 3.477.172 ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan HIV dan 1.805.993 ibu hamil yang di periksa HIV. Dari pemeriksaan tersebut di dapatkan 5.074 (0,28%) ibu hamil yang positif HIV (Kemenkes RI, 2019).

Jumlah ibu hamil yang tercatat melakukan pemeriksaan ANC di Provinsi Riau tahun 2019 tercatat 169.187 orang. Dari jumlah tersebut hanya 17.506 ibu

hamil yang melakukan pemeriksaan HIV dan terdapat 61 ibu hamil positif HIV (Kemenkes RI, 2019)

Infeksi HIV dapat terjadi pada ibu hamil. Dari 581 orang terinfeksi HIV pada tahun 2019, ditemukan infeksi HIV pada ibu hamil sebanyak 23 orang (4%). Kabupaten Rokan Hilir merupakan kabupaten/kota terbanyak yang menemukan ibu hamil terinfeksi HIV sebanyak 9 orang (39%). Diikuti Kabupaten Bengkalis sebanyak 5 orang (21,7%) dan Kota Dumai sebanyak 3 orang (13%) (Dinkes Provinsi Riau, 2019)

Berdasarkan Data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2018, diperoleh data jumlah kasus kasus komulatif AIDS positif 5 orang, meninggal dunia 2 orang. Data dari puskesmas Kampar tahun 2018 diperoleh data 3 orang positif HIV, meninggal 1 orang (ibu menyusui).

Pada tahun 2019, dari jumlah 630 orang ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas Kampar dan ditawarkan pemeriksaan HIV, hanya 137 orang ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV. Sehingga dari 80 % target pencapaian pemeriksaan HIV dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, hanya tercapai sebanyak 13,7 % dari jumlah sasaran 1141 orang ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kampar.

Dari data diatas dapat dilihat jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV tidak sebanding dengan jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan ANC. Cakupan ANC di Indonesia secara nasional lebih dari 90% untuk Kunjungan Pertama (K1) yang menunjukkan tingginya akses terhadap pelayanan

antenatal, apabila cakupan ANC ini kita bandingkan dengan rendahnya cakupan pelayanan pemeriksaan HIV, tampak adanya *Miss Opportunity* yang artinya ada ibu hamil HIV positif yang tidak mengetahui statusnya, padahal sebenarnya dia sudah datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk ANC (Irianto, 2015). Sebagian besar ibu hamil sudah mendapatkan informasi bahwa dalam pemeriksaan ANC sudah terintegrasi dengan pemeriksaan HIV, tetapi kebanyakan dari mereka tidak mau melakukan pemeriksaan HIV disebabkan karena masih ada anggapan bahwa HIV-AIDS hanya rentan dialami oleh perempuan Penjaja Seks Komersial (PSK), padahal perempuan yang tidak melakukan perilaku beresiko pun telah banyak terinfeksi HIV dari suami sebagai pasangan tetapnya. Kerentanan perempuan terhadap HIV lebih banyak disebabkan ketimpangan gender yang berakibat pada ketidakmampuan perempuan untuk melakukan pemeriksaan HIV (Kemenkes RI, 2008), dan penyebab lainnya kurangnya pendidikan, pengetahuan, dukungan serta akses untuk mendapatkan informasi dan pelayanan tentang HIV-AIDS (Mulyanti, 2017).

Menurut (Green, LW & Kreuter, M) yang dikutip dari (Glanz, Barbara, & Viswanath, 2008) tentang Pemanfaatan pelayanan fasilitas kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain pengetahuan, sikap, umur, persepsi, pendidikan, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan, stigma dan diskriminasi.

Pengetahuan yang dimiliki ibu hamil terhadap manfaat pemeriksaan HIV akan membentuk sikap dan keyakinan ibu terhadap manfaat tes HIV. Sikap ibu hamil terhadap pemanfaatan tes HIV adalah bagaimana ibu menilai atau berpendapat terhadap manfaat tes HIV. Penilaian tersebut kemudian akan mendorong individu untuk melaksanakan apa yang diketahui, disikapi atau dinilai baik (Arniti, 2014).

Suami dan keluarga merupakan unit terkecil dalam tatanan masyarakat sekaligus menjadi bagian yang paling dekat dan berpengaruh terhadap seseorang. Keluarga memberikan dukungan berupa dukungan informasi maupun instrumental yang berpengaruh terhadap keputusan seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dukungan suami atau keluarga dapat berupa dorongan dalam bentuk informasi tentang HIV/AIDS serta pemeriksaan HIV, perhatian, dan pendampingan dari orang tua, suami/istri, anak atau saudara responden selama memanfaatkan pelayanan klinik VCT (Syahrir, Amiruddin, & Wahiduddin, 2013).

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan dengan melakukan wawancara kepada 7 orang ibu hamil, yang saat itu datang untuk melakukan pemeriksaan kehamilan rutin. Dari hasil wawancara tersebut menyebutkan bahwa 5 orang menganggap HIV adalah sebuah penyakit kutukan dari tuhan dan orang yang terkena HIV/AIDS tidak dapat disembuhkan dan mereka tidak ingin untuk memanfaatkan layanan VCT untuk pemeriksaan HIV, 5 responden tersebut tidak mengetahui tentang adanya pemeriksaan HIV pada ibu hamil, tidak mengetahui

manfaat pemeriksaan HIV untuk kelangsungan kehamilannya, tidak mendapatkan dukungan suami untuk melakukan ANC apalagi pemeriksaan HIV, sedangkan 2 orang lainnya mengatakan bahwa HIV/AIDS adalah penyakit berbahaya yang harus dicegah, ingin melakukan pemeriksaan HIV dan sudah pernah mendapatkan penyuluhan dari mahasiswa KKN di daerah tempat tinggalnya.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk meneliti tentang **“Hubungan Pengetahuan Dan Dukungan Suami Dengan Pemeriksaan HIV Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar tahun 2020”**.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah penelitian berdasarkan latar belakang diatas adalah:

1. Apakah ada hubungan pengetahuan dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar tahun 2020 ?.
2. Apakah ada hubungan dukungan suami dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar tahun 2020 ?.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan dukungan suami dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar tahun 2020.



## **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan, dukungan suami dan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kampar tahun 2020
- b. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kampar tahun 2020
- c. Untuk mengetahui hubungan dukungan suami dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kampar tahun 2020

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang hubungan pengetahuan dan dukungan suami dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil dan membuka wawasan pembaca tentang pentingnya pencegahan terjadinya HIV-AIDS untuk mengurangi dampak penularan HIV dari ibu ke janin.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Instusi Pendidikan**

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam pembelajaran, menambah referensi di pustaka dan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang hubungan pengetahuan dan dukungan suami dengan pemeriksaan HIV sehingga dapat

meningkatkan minat ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan HIV guna mencegah dampak penularan HIV dari ibu ke janin.

b. Bagi Tempat Penelitian

Sebagai bahan masukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan dukungan suami/keluarga dengan pemeriksaan HIV dan hasil penelitian dapat digunakan di lingkungan tempat penelitian.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*

##### 1. Pengertian

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah virus yang menyebabkan penyakit AIDS yang termasuk kelompok retrovirus. Seseorang yang terinfeksi HIV, akan mengalami infeksi seumur hidup. Kebanyakan orang dengan HIV-AIDS (ODHA) tetap asimtomatik (tanpa tanda dan gejala dari suatu penyakit) untuk jangka waktu lama. Meski demikian, sebetulnya mereka telah dapat menularkan orang lain (Subuh M. dkk, 2012).

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, “*Acquired*” artinya tidak diturunkan, tetapi didapat; “*Immune*” adalah system daya tangkal atau kekebalan tubuh terhadap penyakit; “*Deficiency*” artinya tidak cukup atau kurang; dan “*Syndrome*” adalah kumpulan tanda dan gejala penyakit. AIDS adalah bentuk lanjut dari infeksi HIV, yang merupakan kumpulan gejala menurunnya system kekebalan tubuh. Infeksi HIV berjalan sangat progresif merusak system kekebalan tubuh, sehingga penderita tidak dapat menahan serangan infeksi jamur, bakteri atau virus. Kebanyakan orang dengan HIV akan meninggal dalam beberapa tahun setelah tanda pertama

AIDS muncul bila tidak ada pelayanan dan terapi yang diberikan (Kemenkes RI, 2012).

HIV adalah sejenis virus yang menyerang atau menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal. Pengidap HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral (ARV)* untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS, sedangkan pengidap AIDS memerlukan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya (Kemenkes RI, 2014).

## 2. Etiologi

Walaupun sudah jelas dikatakan bahwa HIV sebagai penyebab AIDS, tetapi asal-usul virus ini masih belum diketahui secara pasti. Mula-mula dinamakan (LAV) *Lymphadenopathy Associated Virus*. Virus ini ditemukan oleh ilmuan Institute Pasteur Paris, Dr. L. Montagnier pada tahun 1983, dari seorang penderita dengan gejala "*Lymphadenopathy Syndrome*". Pada tahun 1984, Dr. R. Gallo dari National Institute of Health, USA, menemukan virus lain yang disebut (HTLV-III) *Human T Lymphotropic Virus Type III*. Kedua virus ini oleh masing-masing penemunya dianggap sebagai penyebab AIDS, karena dapat diisolasi dari penderita AIDS/ARC di

Amerika, Eropa dan Afrika Tengah. Penyelidikan lebih lanjut akhirnya membuktikan bahwa kedua virus ini sama. WHO kemudian memberi nama *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sesuai dengan pertemuan “International Comrhitte on Taxonomy of Viruses” tahun 1962 (Irianto K, 2015).

HIV mempunyai tendensi spesifik, yaitu menyerang dan merusak sel limfosit T (sel T4 penolong) yang mempunyai peranan penting dalam sistem kekebalan seluler tubuh. HIV dapat pula ditemukan dalam sel monosit , makrofag dan sel glia jaringan otak. Virus ini dapat berkembang di dalam sel limfosit T dan seperti retrovirus yang lain dapat tetap hidup dalam sel yang in aktif. Virus dalam tubuh pengidap HIV selalu dianggap “Infectious” yang dapat aktif kembali dan dapat ditularkan selama hidup pengidap HIV (Irianto K, 2015).

### 3. Perjalanan Infeksi HIV

Sesudah HIV memasuki tubuh seseorang, maka tubuh akan terinfeksi dan virus mulai mereplikasi diri dalam sel orang tersebut (terutama sel limfosit T CD4 dan makrofag). Virus HIV akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menghasilkan antibodi untuk HIV. Masa antara masuknya infeksi dan terbentuknya antibodi yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium adalah selama 2-12 minggu dan disebut masa jendela (*window period*). Selama masa jendela, pasien infeksius, mudah menularkan kepada orang lain, meski hasil pemeriksaan laboratoriumnya

masih negatif. Hampir 30-50% orang mengalami masa infeksi akut pada masa infeksi ini, di mana gejala dan tanda yang biasanya timbul adalah: demam, pembesaran kelenjer getah bening, keringat malam, ruam kulit, sakit kepala dan batuk (Subuh M. dkk, 2012).

Gejala penyakit AIDS merupakan manifestasi rendahnya kadar limfosit T helper, yang secara bertahap dirusak HIV. Segera sesudah terinfeksi HIV, jumlah limfosit T helper akan berkurang dari sekitar  $2000/\text{mm}^3$  menjadi kurang lebih  $1000/\text{mm}^3$  dan kemudian secara bertahap jumlahnya makin berkurang. Limfosit T memegang peranan penting dalam sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga bila jumlah dan fungsinya terganggu menyebabkan seseorang mudah diserang penyakit infeksi dan kanker (Notoatmodjo, 2007).

Orang yang terinfeksi HIV dapat tetap tanpa gejala dan tanda (*asimtomatik*) untuk jangka waktu cukup panjang bahkan sampai 10 tahun atau lebih. Namun orang tersebut dapat menularkan infeksi kepada orang lain. Kita hanya dapat mengetahui bahwa orang tersebut terinfeksi HIV dari pemeriksaan laboratorium antibodi HIV serum. Sesudah jangka waktu tertentu, yang bervariasi dari orang ke orang, virus memperbanyak diri secara cepat dan diikuti dengan perusakan sel limfosit T CD4 dan sel kekebalan lainnya sehingga terjadilah gejala berkurangnya daya tahan tubuh yang progresif. Progresivitas tergantung pada beberapa faktor seperti; usia

kurang dari 5 tahun atau diatas 40 tahun, infeksi lainnya, dan faktor genetik (Subuh M. dkk, 2012).

Infeksi, penyakit, dan keganasan dapat terjadi pada individu yang terinfeksi HIV. Penyakit yang berkaitan dengan menurunnya daya tahan tubuh pada orang yang terinfeksi HIV, misalnya infeksi *Tuberculosis* (TB), *Herpes Zoster* (HSV), *Oral Hairy cell Leukoplakia* (OHL), *Oral Candidiasis* (OC), *Papular Pruritic Eruption* (PPE), *Pneumocystis Carinii Pneumonia* (PCP), *Cryptococcal Meningitis* (CM), *Retinitis Cytomegalovirus* (CMV), dan *Mycobacterium Avium* (MAC).

#### **4. Cara dan Masa Penularan**

HIV dapat masuk ke tubuh melalui tiga cara, yaitu melalui hubungan seksual, penggunaan jarum yang tidak steril atau terkontaminasi HIV, dan penularan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV ke janin dalam kandungannya, yang dikenal sebagai Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) (Subuh M. dkk,2012).

- a. Hubungan seksual, penularan melalui hubungan seksual adalah cara yang paling dominan dari semua cara penularan. Penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi selama sanggama laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki. Sanggama berarti kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal, atau oral antara dua individu. Risiko tertinggi adalah penetrasi vaginal atau anal yang tak terlindung dari individu yang terinfeksi HIV. Kontak seksual oral langsung (mulut

ke penis atau mulut ke vagina) termasuk dalam kategori risiko rendah tertular HIV. Tingkatan risiko tergantung pada jumlah virus yang keluar dan masuk ke dalam tubuh seseorang, seperti pada luka sayat atau gores dalam mulut, perdarahan gusi, penyakit gigi mulut atau pada alat genital.

- b. Paparan oleh darah, produk darah, atau organ dan jaringan yang terinfeksi, penularan dari darah dapat terjadi jika darah donor tidak ditapis (uji saring) untuk pemeriksaan HIV, penggunaan ulang jarum dan semprit suntikan, atau penggunaan alat medik lainnya yang dapat menembus kulit. Kejadian di atas dapat terjadi pada semua pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, poliklinik, pengobatan tradisional melalui alat penusuk atau jarum, juga pada pengguna narkoba suntik (penasun). Paparan HIV pada organ dapat juga terjadi pada proses transplantasi jaringan atau organ di fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Penularan dari ibu ke anak, lebih dari 90% anak yang terinfeksi HIV didapat dari ibunya. Virus dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama hamil, saat persalinan dan menyusui. Tanpa pengobatan yang tepat dan dini, setengah dari anak yang terinfeksi tersebut akan meninggal sebelum ulang tahun kedua.

HIV tidak ditularkan melalui bersalaman, berpelukan, bersentuhan atau berciuman; penggunaan toilet umum, kolam renang,



alat makan atau minum secara bersama; ataupun gigitan serangga, seperti nyamuk (Kemenkes RI, 2012).

## **5. Faktor yang berperan dalam penularan HIV dari ibu ke anak**

Ada tiga faktor utama yang berpengaruh pada penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu faktor ibu, bayi atau anak, dan tindakan obstetrik.

### **a. Faktor Ibu**

- 1) Jumlah virus (viral load) Jumlah virus HIV dalam darah ibu saat menjelang atau saat persalinan dan jumlah virus dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya sangat mempengaruhi penularan HIV dari ibu ke anak. Risiko penularan HIV menjadi sangat kecil jika kadar HIV rendah (kurang dari 1.000 kopi/ml) dan sebaliknya jika kadar HIV di atas 100.000 kopi/ml.
- 2) Jumlah sel CD4 Ibu dengan jumlah sel CD4 rendah lebih berisiko menularkan HIV ke bayinya. Semakin rendah jumlah sel CD4 risiko penularan HIV semakin besar.
- 3) Status gizi selama hamil Berat badan rendah serta kekurangan vitamin dan mineral selama hamil meningkatkan risiko ibu untuk menderita penyakit infeksi yang dapat meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.
- 4) Penyakit infeksi selama hamil Penyakit infeksi seperti sifilis, infeksi menular seksual, infeksi saluran reproduksi lainnya, malaria, dan

tuberkulosis, berisiko meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

- 5) Gangguan pada payudara Gangguan pada payudara ibu dan penyakit lain, seperti mastitis, abses, dan luka di puting payudara dapat meningkatkan risiko penularan HIV melalui ASI.

**b. Faktor Bayi**

- 1) Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir Bayi lahir prematur dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan sistem kekebalan tubuhnya belum berkembang dengan baik.
- 2) Periode pemberian ASI Semakin lama ibu menyusui, risiko penularan HIV ke bayi akan semakin besar.
- 3) Adanya luka di mulut bayi Bayi dengan luka di mulutnya lebih berisiko tertular HIV ketika diberikan ASI.

**c. Faktor obstetrik**

Pada saat persalinan, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor obstetrik yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah:

- 1) Jenis persalinan risiko penularan persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan melalui bedah sesar (seksio sesaria).
- 2) Lama persalinan semakin lama proses persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak semakin tinggi, karena

semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu.

- 3) Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam.
- 4) Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forseps meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu atau bayi.

#### **6. Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak**

Pada saat hamil, sirkulasi darah janin dan sirkulasi darah ibu dipisahkan oleh beberapa lapis sel yang terdapat di plasenta. Plasenta melindungi janin dari infeksi HIV Tetapi jika terjadi peradangan, infeksi ataupun kerusakan pada plasenta, maka HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan HIV dari ibu ke anak. Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui. Risiko penularan HIV pada ibu yang tidak mendapatkan penanganan PPIA saat hamil diperkirakan sekitar 15-45%. Risiko penularan 15-30% terjadi pada saat hamil dan bersalin, sedangkan peningkatan risiko transmisi HIV sebesar 10-20% dapat terjadi pada masa nifas dan menyusui (Subuh M. dkk, 2012).

Apabila ibu tidak menyusui bayinya, risiko penularan HIV menjadi 20-30% dan akan berkurang jika ibu mendapatkan pengobatan ARV. Pemberian ARV jangka pendek dan ASI eksklusif memiliki risiko penularan

HIV sebesar 15-25% dan risiko penularan sebesar 5-15% apabila ibu tidak menyusui (PASI). Akan tetapi, dengan terapi *antiretroviral* (ARV) jangka panjang, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat diturunkan lagi hingga 1-5%, dan ibu yang menyusui secara eksklusif memiliki risiko yang sama untuk menularkan HIV ke anaknya dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui (De Cock KM. dkk, 2000).

Dengan pelayanan PPIA yang baik dan pengobatan ARV jangka panjang, teratur dan disiplin, maka tingkat penularan HIV dari ibu ke anak dapat diturunkan menjadi kurang dari 2%.

#### **7. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak**

Menurut Kemenkes RI (2015), pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dilaksanakan melalui kegiatan komprehensif yang meliputi empat pilar (4 prong):

- a. Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi (15-49 tahun).

Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV pada anak adalah dengan mencegah penularan HIV pada perempuan usia reproduksi 15- 49 tahun (pencegahan primer). Pencegahan primer bertujuan mencegah penularan HIV dari ibu ke anak secara dini, yaitu baik sebelum terjadinya perilaku hubungan seksual berisiko atau bila terjadi perilaku seksual berisiko maka penularan masih

bisa dicegah, termasuk mencegah ibu hamil agar tidak tertular oleh pasangannya yang terinfeksi HIV.

Untuk menghindari perilaku seksual yang berisiko upaya mencegah penularan HIV menggunakan strategi “ABCD”, yaitu:

- 1) A (*Abstinence*), artinya Absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi orang yang belum menikah.
- 2) B (*Be Faithful*), artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- 3) C (*Condom*), artinya Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
- 4) D (*Drug No*), artinya Dilarang menggunakan narkoba.

Kegiatan yang dapat dilakukan pada pencegahan primer antara lain:

- 1) Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV-AIDS dan Kesehatan Reproduksi, baik secara individu maupun kelompok, untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang cara menghindari penularan HIV dan IMS, menjelaskan manfaat mengetahui status atau tes HIV sedini mungkin, meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang tatalaksana ODHA perempuan, meningkatkan keterlibatan aktif keluarga dan komunitas untuk meningkatkan pengetahuan komprehensif HIV dan IMS.

2) Mobilisasi masyarakat

Melibatkan petugas lapangan (seperti kader kesehatan, PKK, PLKB, atau posyandu) sebagai pemberi informasi pencegahan HIV dan IMS kepada masyarakat untuk membantu klien mendapatkan akses layanan kesehatan, menjelaskan tentang cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS, termasuk melalui penggunaan kondom dan alat suntik steril, melibatkan komunitas, kelompok dukungan sebaya, tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi.

3) Layanan tes HIV

Konseling dan tes HIV dilakukan melalui pendekatan Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP) dan Konseling dan Tes Sukarela (KTS), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Cara untuk mengetahui status HIV seseorang adalah melalui tes darah. Prosedur pelaksanaan tes darah dilakukan dengan memperhatikan 3 C yaitu counselling, confidentiality, dan informed consent. Jika status HIV ibu sudah diketahui, HIV positif: lakukan intervensi PPIA komprehensif agar ibu tidak menularkan HIV kepada bayi yang dikandungnya, HIV negatif: lakukan konseling tentang cara menjaga agar tetap HIV negatif.

Layanan konseling dan tes HIV diintegrasikan dengan pelayanan KIA sesuai dengan strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan, agar:

- a) Konseling dan tes HIV dapat ditawarkan kepada semua ibu hamil dalam paket pelayanan ANC terpadu, sehingga akan mengurangi stigma terhadap HIV-AIDS.
- b) Layanan konseling dan tes HIV di layanan KIA akan menjangkau banyak ibu hamil, sehingga pencegahan penularan ibu ke anaknya dapat dilakukan lebih awal dan sedini mungkin.
- c) Penyampaian informasi dan tes HIV dapat dilakukan oleh semua petugas di fasilitas pelayanan kesehatan kepada semua ibu hamil dalam paket pelayanan ANC terpadu, sehingga akan mengurangi stigma terhadap HIV-AIDS.
- d) Pelaksanaan konseling dan tes HIV mengikuti Pedoman Konseling dan Tes HIV, petugas wajib menawarkan tes HIV dan melakukan pemeriksaan IMS, termasuk tes sifilis, kepada semua ibu hamil mulai kunjungan antenatal pertama bersama dengan pemeriksaan laboratorium lain untuk ibu hamil (inklusif dalam paket pelayanan ANC terpadu).
- e) Tes HIV ditawarkan juga bagi pasangan laki-laki perempuan dan ibu hamil yang dites (*couple counselling*).

- f) Di setiap jenjang layanan kesehatan yang memberikan layanan PPIA dalam paket pelayanan KIA, harus ada petugas yang mampu melakukan konseling dan tes HIV.
- g) Di layanan KIA, konseling pasca tes bagi perempuan HIV negatif, difokuskan pada informasi dan bimbingan agar klien tetap HIV negatif selama kehamilan, menyusui dan seterusnya.
- h) Konseling penyampaian hasil tes bagi perempuan atau ibu hamil yang HIV positif juga memberikan kesempatan untuk dilakukan konseling berpasangan dan penawaran tes HIV bagi pasangan laki-laki.
- i) Pada setiap jenjang pelayanan kesehatan, aspek kerahasiaan ibu hamil ketika mengikuti proses konseling sebelum dan sesudah tes HIV harus terjamin.
- j) Menjalankan konseling dan tes HIV di klinik KIA berarti mengintegrasikan juga program HIV-AIDS dengan layanan lainnya, seperti pemeriksaan rutin untuk IMS, pengobatan IMS, layanan kesehatan reproduksi, pemberian gizi tambahan, dan keluarga berencana.
- k) Upaya pengobatan IMS menjadi satu paket dengan pemberian kondom sebagai bagian dari upaya pencegahan.



4) Dukungan untuk perempuan yang HIV negatif

Ibu hamil yang hasil tesnya HIV negatif perlu didukung agar status dirinya tetap HIV negatif dengan menganjurkan agar pasangannya menjalani tes HIV dengan membuat pelayanan KIA yang bersahabat untuk pria, sehingga mudah dan dapat diakses oleh suami atau pasangan ibu hamil; mengadakan kegiatan konseling berpasangan pada saat kunjungan ke layanan KIA; peningkatan pemahaman tentang dampak HIV pada ibu hamil, dan mendorong dialog yang lebih terbuka antara suami dan istri atau pasangannya tentang perilaku seksual yang aman; memberikan informasi kepada pasangan laki-laki atau suami bahwa dengan melakukan hubungan seksual yang tidak aman, dapat berakibat pada kematian calon bayi, istri dan dirinya sendiri; menyampaikan informasi kepada pasangan laki-laki atau suami tentang pentingnya memakai kondom untuk mencegah penularan HIV (Kemenkes RI, 2015).

b. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan HIV positif.

Perempuan dengan HIV berpotensi menularkan virus kepada bayi yang dikandungnya jika hamil. Karena itu, ODHA perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah

kehamilan yang tidak direncanakan. Konseling yang berkualitas, penggunaan alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta penggunaan kondom secara konsisten akan membantu perempuan dengan HIV agar melakukan hubungan seksual yang aman, serta menghindari terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan. Perlu diingat bahwa infeksi HIV bukan merupakan indikasi aborsi. Perempuan dengan HIV yang tidak ingin hamil dapat menggunakan kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya dan disertai penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV dan IMS.

Perempuan dengan HIV yang memutuskan untuk tidak mempunyai anak lagi disarankan untuk menggunakan kontrasepsi mantap dan tetap menggunakan kondom. Sejalan dengan kemajuan pengobatan HIV dan intervensi PPIA, ibu dengan HIV dapat merencanakan kehamilannya dan diupayakan agar bayinya tidak terinfeksi HIV. Petugas kesehatan harus memberikan informasi yang lengkap tentang berbagai kemungkinan yang dapat terjadi, terkait kemungkinan terjadinya penularan, peluang anak untuk tidak terinfeksi HIV.

Dalam konseling perlu juga disampaikan bahwa perempuan dengan HIV yang belum terindikasi untuk terapi ARV bila memutuskan untuk hamil akan menerima ARV seumur hidupnya. Jika ibu sudah mendapatkan terapi ARV, jumlah virus HIV di tubuhnya menjadi sangat

rendah (tidak terdeteksi), sehingga risiko penularan HIV dari ibu ke anak menjadi kecil, artinya ia mempunyai peluang besar untuk memiliki anak HIV negatif. Ibu dengan HIV berhak menentukan keputusannya sendiri atau setelah berdiskusi dengan pasangan, suami atau keluarganya. Perlu selalu diingatkan walau ibu atau pasangannya sudah mendapatkan ARV demikian penggunaan kondom harus tetap dilakukan setiap hubungan seksual untuk pencegahan penularan HIV pada pasangannya.

Beberapa kegiatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV antara lain, mengadakan KIE tentang HIV-AIDS dan perilaku seks aman, menjalankan konseling dan tes HIV untuk pasangan, melakukan upaya pencegahan dan pengobatan IMS, melakukan promosi penggunaan kondom, memberikan konseling pada perempuan dengan HIV untuk ikut KB dengan menggunakan metode kontrasepsi dan cara yang tepat, memberikan konseling dan memfasilitasi perempuan dengan HIV yang ingin merencanakan kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

c. Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke bayi yang dikandungnya.

Strategi pencegahan penularan HIV pada ibu hamil yang telah terinfeksi HIV merupakan inti dari kegiatan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif mencakup kegiatan layanan ANC terpadu termasuk

penawaran dan tes HIV, diagnosis HIV, pemberian terapi antiretroviral, persalinan yang aman, patalaksana pemberian makanan bagi bayi dan anak, menunda dan mengatur kehamilan, pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak, pemeriksaan diagnostik HIV pada anak.

Semua jenis kegiatan di atas akan mencapai hasil yang efektif jika dijalankan secara berkesinambungan. Kombinasi kegiatan tersebut merupakan strategi yang paling efektif untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV serta mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan pasca kelahiran.

Pelayanan KIA yang komprehensif meliputi pelayanan pra-persalinan dan pascapersalinan, serta layanan kesehatan anak. Pelayanan KIA bisa menjadi pintu masuk upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak bagi seorang ibu hamil. Pemberian informasi pada ibu hamil dan suaminya ketika datang ke klinik KIA akan meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan mereka tentang kemungkinan adanya risiko penularan HIV di antara mereka, termasuk risiko lanjutan berupa penularan HIV dari ibu ke anak. Tes HIV atas inisiatif petugas serta skrining IMS harus ditawarkan kepada semua ibu hamil sesuai kebijakan program. Harapannya, dengan kesadaran sendiri ibu ingin dites dengan sukarela.

Konseling dan tes HIV dalam PPIA komprehensif dilakukan melalui pendekatan Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Tujuan utama kegiatan ini adalah untuk membuat keputusan klinis dan atau menentukan pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang, seperti pada saat pemberian ARV. Apabila seseorang yang datang ke layanan kesehatan dan menunjukkan adanya gejala yang mengarah ke HIV, tanggung jawab dasar dari petugas kesehatan adalah menawarkan tes dan konseling HIV kepada pasien tersebut sebagai bagian dari tatalaksana klinis.

Berbagai bentuk layanan di klinik KIA, seperti imunisasi untuk ibu, pemeriksaan IMS terutama sifilis, pemberian suplemen zat besi dapat meningkatkan status kesehatan semua ibu hamil, termasuk ibu hamil dengan HIV. Hendaknya klinik KIA juga menjangkau dan melayani suami atau pasangannya, sehingga timbul keterlibatan aktif para suami atau pasangannya dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Upaya pencegahan IMS, termasuk penggunaan kondom, merupakan bagian pelayanan IMS dan HIV serta diintegrasikan dalam pelayanan KIA.

Cara paling efektif untuk menekan replikasi HIV adalah dengan memulai pengobatan dengan kombinasi ARV yang efektif. Semua obat

yang dipakai harus dimulai pada saat yang bersamaan pada pasien baru. Terapi kombinasi ARV harus menggunakan dosis dan jadwal yang tepat. Obat ARV harus diminum terus menerus secara teratur untuk menghindari timbulnya resistensi. Diperlukan peran serta aktif pasien dan pendamping atau keluarga dalam terapi ARV. Di samping ARV, timbulnya infeksi oportunistik harus mendapat perhatian dan tatalaksana yang sesuai.

Pemberian terapi *antiretroviral* (ARV) untuk ibu hamil dengan HIV mengikuti Pedoman Tatalaksana Klinis dan Terapi ARV pada orang dewasa, Kemenkes (2011). Penentuan saat yang tepat untuk memulai terapi obat antiretroviral (ARV) pada ODHA dewasa didasarkan pada kondisi klinis pasien (stadium klinis WHO) atau hasil pemeriksaan CD4. Namun pada ibu hamil, pasien TB dan penderita Hepatitis B kronik aktif yang terinfeksi HIV, pengobatan ARV dapat dimulai pada stadium klinis apapun atau tanpa menunggu hasil pemeriksaan CD4. Pemeriksaan CD4 tetap diperlukan untuk pemantauan pengobatan.

Pemberian ARV pada ibu hamil dengan HIV selain dapat mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, adalah untuk mengoptimalkan kondisi kesehatan ibu dengan cara menurunkan kadar HIV serendah mungkin. Pilihan terapi yang direkomendasikan untuk ibu hamil dengan HIV adalah terapi menggunakan kombinasi tiga obat

(2 NRTI + 1 NNRTI). Semaksimal mungkin hindari triple nuke (3 NRTI). Regimen yang direkomendasikan dapat dilihat pada Tabel dibawah ini.

Data yang tersedia menunjukkan bahwa pemberian ARV kepada ibu selama hamil dan dilanjutkan selama menyusui adalah intervensi PPIA yang paling efektif untuk kesehatan ibu dan juga mampu mengurangi risiko penularan HIV dan kematian bayi.

Pemerintah menyediakan ARV untuk ibu hamil sebagai upaya untuk mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, termasuk untuk tujuan pengobatan jangka panjang (Kemenkes RI, 2015).

- d. Dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kesehatan selanjutnya kepada ibu yang terinfeksi HIV dan bayi serta keluarganya.

Upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak tidak berhenti setelah ibu melahirkan. Ibu akan hidup dengan HIV di tubuhnya. Ia membutuhkan dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu. Hal ini terutama karena si ibu akan menghadapi masalah stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA. Faktor kerahasiaan status HIV ibu sangat penting dijaga. Dukungan juga harus diberikan kepada anak dan keluarganya.

Beberapa hal yang mungkin dibutuhkan oleh ibu dengan HIV antara lain, pengobatan ARV jangka panjang, pengobatan gejala penyakitnya, pemeriksaan kondisi kesehatan dan pemantauan terapi ARV (termasuk CD4 dan viral load), konseling dan dukungan

kontrasepsi dan pengaturan kehamilan, informasi dan edukasi pemberian makanan bayi, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik untuk diri sendiri dan bayinya, penyuluhan kepada anggota keluarga tentang cara penularan HIV dan pencegahannya, layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat, kunjungan ke rumah (home visit), dukungan teman-teman sesama HIV positif, terlebih sesama ibu dengan HIV, adanya pendamping saat sedang dirawat, dukungan dari pasangan, dukungan kegiatan peningkatan ekonomi keluarga, dukungan perawatan dan pendidikan bagi anak.

Dengan dukungan psikososial yang baik, ibu dengan HIV akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapkan ia akan bertindak bijak dan positif untuk senantiasa menjaga kesehatan diri dan anaknya, serta berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain.

Informasi tentang adanya layanan dukungan psikososial untuk ODHA ini perlu diketahui oleh masyarakat luas, termasuk para perempuan usia reproduktif. Diharapkan informasi ini bisa meningkatkan minat mereka yang merasa berisiko tertular HIV untuk mengikuti konseling dan tes HIV agar mengetahui status HIV mereka (Kemenkes RI, 2015).



## **B. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan HIV**

Menurut Notoatmodjo (2010), yang mengutip pendapat Green, kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Faktor perilaku ditentukan oleh 3 faktor yaitu :

### **1. Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*)**

Menurut Notoatmodjo (2005), faktor predisposisi adalah faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku atau tindakan pada diri seseorang atau masyarakat. Faktor ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda faktor ini terdiri dari :

#### **a. Pendidikan**

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara (mangatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui melalui proses pembelajaran. Kelemahan dari pendekatan pendidikan kesehatan saat ini adalah hasilnya lama, karena perubahan perilaku melalui proses pembelajaran pada umumnya memerlukan waktu yang sama (Notoadmodjo, 2010).

Kualitas pendidikan berbanding lurus dengan pencegahan penyakit. Proses pendidikan memang harus disertai dengan pendidikan kesehatan. Seperti misalnya usaha kesehatan sekolah (UKS) di Indonesia. Dalam masa sulit seperti krisis ekonomi saat ini, kualitas makanan dapat menurun, padahal orang bisa hidup sehat dalam keadaan sederhana, dengan sedikit pendidikan kesehatan orang mampu membedakan makanan yang sehat dan tidak sehat. Dengan demikian dapat dimengerti bahwa tanpa pendidikan, kesejahteraan mudah sekali terganggu, sehingga kesehatan akan terganggu pula (Soemirat, 2009).

Orang dengan pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah, karena akan lebih mampu dan mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan penelitian Titik (2011) bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan ibu hamil tentang HIV/AIDS dan VCT dengan sikap terhadap konseling dan tes HIV/AIDS secara sukarela di Puskesmas Karangdoro Semarang hal tersebut disebabkan karena ibu hamil memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang cukup dan memiliki sikap positif sehingga mempengaruhi ibu hamil dalam melakukan tes HIV/AIDS.

b. Pekerjaan

Menurut Sastrohadiwiryono (2003), pekerjaan adalah sekumpulan atau sekelompok tugas dan tanggung jawab yang akan, sedang, dan telah dikerjakan oleh tenaga kerja dalam kurun waktu tertentu. Istilah pekerjaan sangat erat hubungannya dengan tugas atau kewajiban, tanggung jawab, dan pertanggungjawaban.

1) Tugas atau kewajiban

Tugas atau kewajiban merupakan suatu bagian integral atau suatu elemen dari suatu pekerjaan.

2) Tanggung jawab

Tanggung jawab adalah kewajiban tenaga kerja untuk melakukan pekerjaan dengan sebaik-baiknya sesuai dengan kemampuan, keterampilan, dan keahliannya.

3) Pertanggung jawaban atau tanggung gugat

Pertanggung jawaban atau tanggung gugat merupakan pelaporan hasil akhir terhadap tanggung jawab yang diberikan kepadanya, baik secara tertulis maupun lisan kepada atasan yang telah memberikan atau mendelegasikan wewenang atau tanggung jawab sebelumnya.

Berdasarkan penelitian Moges dan Ambarbir (2011) menegaskan bahwa status pekerjaan wanita itu ditemukan menjadi faktor penting dalam penerimaan tes HIV. Ibu yang bekerja di

sektor swasta ataupun pemerintah 4 kali lebih mungkin untuk menerima tes HIV dibandingkan dengan ibu rumah tangga. Hal ini disebabkan karena ibu yang bekerja lebih banyak terpapar informasi tentang VCT di tempat kerja mereka sementara ibu rumah tangga sebagian besar waktu mereka di rumah.

c. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh manusia melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

- 1) Tahu (*Know*), tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

- 2) Memahami (*Comprehension*), memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, dan menyebutkan.
- 3) Aplikasi (*Application*), aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- 4) Analisis (*Analysis*), analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.
- 5) Sintesis (*Synthesis*), sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan,

dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

- 6) Evaluasi (*Evaluation*), evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Notoatmodjo mengatakan bahwa pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi. Penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Paoli, dkk (2004) yang mengatakan bahwa penerimaan ibu hamil terhadap tes HIV tidak hanya berhubungan dengan pendidikan, namun berhubungan dengan persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi halangan, petunjuk berperilaku dan keterlibatan suami.

d. Kepercayaan

Kepercayaan adalah proses pengenalan konstitutif, yang mendasari proses penyusunan dan pemeliharaan suatu kerangka acuan arti dan makna seseorang pribadi yang timbul dari rasa kasih sayang dan komitmen pada pusat-pusat nilai lebih tinggi yang memiliki daya untuk mempersatukan segala pengalaman dunia dengan demikian memberi arti pada seluruh hubungan, konteks, pola-pola kehidupan sehari-hari, serta pada pengalaman akan masa lampau dan mendatang. Masyarakat mulai

menghubungi sarana kesehatan sesuai dengan pengalaman atau informasi yang diperoleh dari orang lain tentang tersedianya jenis-jenis pelayanan kesehatan. Pilihan terhadap sarana pelayanan kesehatan tersebut dengan sendirinya didasari atas kepercayaan atau keyakinan akan kemajuan sarana tersebut (Notoatmodjo, 2003).

## 2. Faktor pendukung (*Enabling Factor*)

Meliputi lingkungan fisik (tersedia atau tidak tersedianya fasilitas), untuk menunjang seseorang bertindak atau berperilaku.

Menurut Notoatmodjo (2007), faktor pendukung mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk berperilaku.

Syafrudin (2009) mengemukakan hambatan paling besar dirasakan dalam rangka pencapaian tujuan untuk mewujudkan hidup sehat bagi masyarakat adalah faktor pendukung yang terdiri dari :

### a. Ketersediaan Sarana Pelayanan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat terdiri dari rumah sakit, puskesmas, pustu, poliklinik, posyandu, polindes, praktek dokter atau bidan swasta, dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung.

Syarifudin (2009), meskipun kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan, namun praktek (*practice*)

tentang kesehatan atau perilaku hidup sehat masih rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh organisasi kesehatan sedunia WHO, terutama di negara-negara berkembang ternyata faktor pendukung atau sarana dan prasarana tidak mendukung untuk masyarakat berperilaku hidup sehat.

b. Jarak ke Sarana Pelayanan Kesehatan

Jarak adalah seberapa jauh lintasan yang di tempuh responden menuju tempat pelayanan kesehatan yang meliputi rumah sakit, puskesmas, posyandu, dan lainnya. Notoatmodjo (2003), seseorang yang tidak mau melakukan pemeriksaan HIV di tempat pelayanan kesehatan dapat disebabkan karena orang tersebut tidak tau atau belum tau manfaat pemeriksaan HIV bagi dirinya, tetapi barang kali juga karena rumahnya terlalu jauh dengan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penelitian Purwaningsih (2010) menyatakan bahwa hubungan antara hambatan dan perilaku pemanfaatan VCT di Puskesmas Dupak dan penelitian Mulyanti (2017) menyatakan tempat pemeriksaan jauh dan biaya pemeriksaan mahal, kurangnya informasi tentang pemeriksaan HIV oleh petugas kesehatan pada waktu pemeriksaan kehamilan merupakan faktor penghambat bagi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan HIV.



### 3. Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*)

Meliputi dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Notoatmodjo (2005), faktor pendorong adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku tetapi tidak melakukannya, hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor :

#### a. Dukungan Petugas Kesehatan

Menurut Sarafino (2006), dukungan petugas kesehatan merupakan dukungan sosial dalam bentuk dukungan informatif, di mana perasaan subjek bahwa lingkungan (petugas kesehatan) memberikan keterangan yang cukup jelas mengenai hal-hal yang tidak diketahui (pemeriksaan HIV).

Santrock (2005) mengemukakan bahwa dukungan sosial merupakan informasi dan umpan balik (feedback) dari orang lain bahwa individu itu dicintai, diperhatikan, dihargai dalam hubungan komunikasi yang hebat.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (2005), tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Dari uraian di atas, disimpulkan bahwa dukungan petugas kesehatan adalah dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam melakukan upaya kesehatan (pemeriksaan HIV) baik itu berupa penyuluhan, saran, dan tindakan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada ibu.

b. Dukungan Suami

Dukungan suami adalah sikap, tindakan, dan penerimaan suami terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Maryani,2014).

1) Jenis-jenis dukungan keluarga

Menurut Friedman (2010), terdapat empat jenis dukungan keluarga yaitu:

a) Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

b) Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

c) Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.

d) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi.

2) Tipe-tipe keluarga

Menurut Gusti (2013), secara tradisional tipe keluarga dapat dibedakan menjadi tujuh, yaitu :

a) Keluarga Inti (*Nuclear family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b) Keluarga Besar (*Extended family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu, dll).

c) Keluarga Bentukan Kembali (*Dyadic family*)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d) Orang Tua Tunggal (*Single parent family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

e) *The Single adult living alone*

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

f) *The unmarried teenage mother*

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.

g) Keluarga Usila (*Niddle age / Aging couple*)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau keduanya bekerja atau tinggal dirumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

### C. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Sri Mulyanti Tahun 2012 yang berjudul “ Faktor-faktor yang berkontribusi pada prilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV di 4 puskesmas kota Pontianak” penelitian ini

bertujuan mengetahui hubungan variable pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, kerentanan, manfaat, hambatan dan sumber informasi ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di 4 Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012.

Data yang dikumpulkan secara Cross Sectional pada 114 sampel ibu hamil trimester 2 dan 3 melalui wawancara langsung berpedoman pada kuesioner. Penelitian menunjukkan 7,0 % ibu hamil trimester 2 dan 3 melalui pemeriksaan HIV. Variabel kerentanan dan sumber informasi berhubungan dengan pemeriksaan HIV ( $P = < 0,05$ ). Variabel yang paling dominan adalah sumber informasi tentang HIV-AIDS dimana ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki sumber informasi banyak mempunyai peluang 12,03 kali melakukan pemeriksaan HIV.

2. Penelitian yang dilakukan oleh I Gusti Ayu Ary Anggarini Tahun 2014 yang berjudul “Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan VCT pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas II Malaya Kabupaten Jembrana Provinsi Bali Tahun 2014” penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional* dimana variable independennya adalah usia, pendidikan dan pekerjaan. Sedangkan variable dependennya adalah perilaku pemeriksaan VCT pada ibu hamil. Sampel yang digunakan adalah total sampling sebanyak 98 ibu hamil. Data dikumpulkan dari registrasi ANC, Kohort ibu dan Registrasi VCT. Hasil penelitian bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dan perilaku pemeriksaan VCT pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Melaya II Kabupaten Jembrana Provinsi Bali ( $P \text{ value} = 1,000$ ). Namun ada

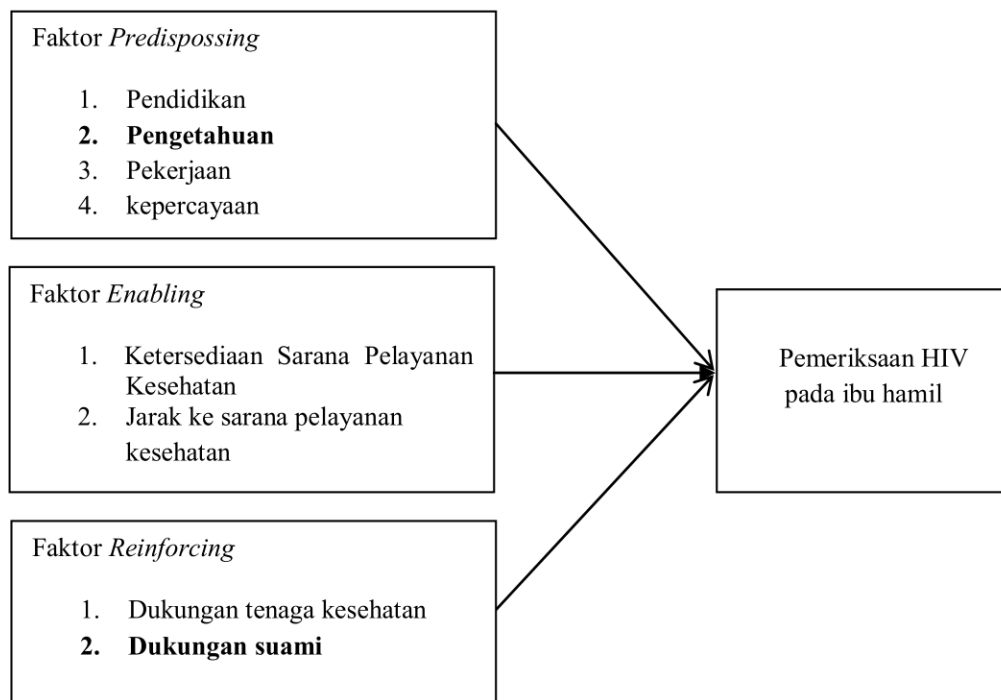
hubungan antara pendidikan dan pekerjaan dengan perilaku pemeriksaan VCT pada ibu hamil ( $P \text{ value} = 0,0001$ )

3. Penelitian oleh Ni Ketut Arniti Tahun 2014 yang berjudul “Faktor-taktor yang berhubungan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil di Puskesmas Kota Denpasar. Penelitian ini menggunakan metode Kuantitatif dengan rancangan penelitian Cros Sectional dan besar sampel sebanyak 120 ibu hamil. Data dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis data dilakukan secara Univariat, Bivariat dengan uji *Chi square* dan analisis multivariate dengan *regresi logistik*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (67,5%) menerima tes HIV. Faktor yang berhubungan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil adalah faktor dukungan suami atau keluarga ( $OR = 8,711; \%$ ), Faktor persepsi keparahan penyakit HIV-AIDS ( $OR = 3,392; 95\%$ ) serta faktor pekerja ( $OR = 2,816; 95\%$ )

#### **D. Kerangka Teori**

Kerangka teoritis adalah suatu model yang menerapkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu. Arti teori adalah sebuah kumpulan proposisi umum yang saling berkaitan dan digunakan untuk menjelaskan hubungan yang timbul antara beberapa variabel yang diobservasi (Suyanto, 2010). Kerangka teori dari penelitian ini dapat dilihat pada bagan 2.3 berikut ini:

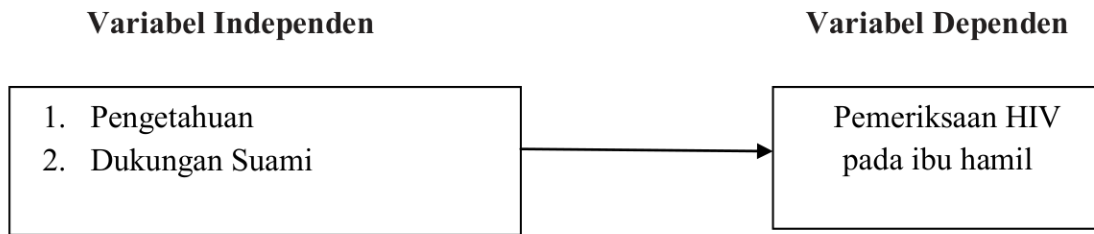


**Bagan 2.1**  
**Kerangka Teori**

*Sumber: Teori Model Pracede, Lawrence Green (1980) dalam Notoadmodjo (2010)*

### **E. Kerangka Konsep**

Terdapat berbagai faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu hamil dalam pemeriksaan HIV diantaranya pengetahuan dan dukungan suami yang dirasakan ibu hamil yang disebut sebagai variabel independen dan pemeriksaan HIV disebut variabel dependen. Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut ini.



**Gambar 2.2**  
**Kerangka Konsep**

#### **F. Hipotesis**

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian (Notoadmojo, 2010). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- Ha : 1. Ada hubungan pengetahuan dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Tahun 2020
2. Ada hubungan dukungan suami dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di Wilayah kerja Puskesmas Kampar Tahun 2020



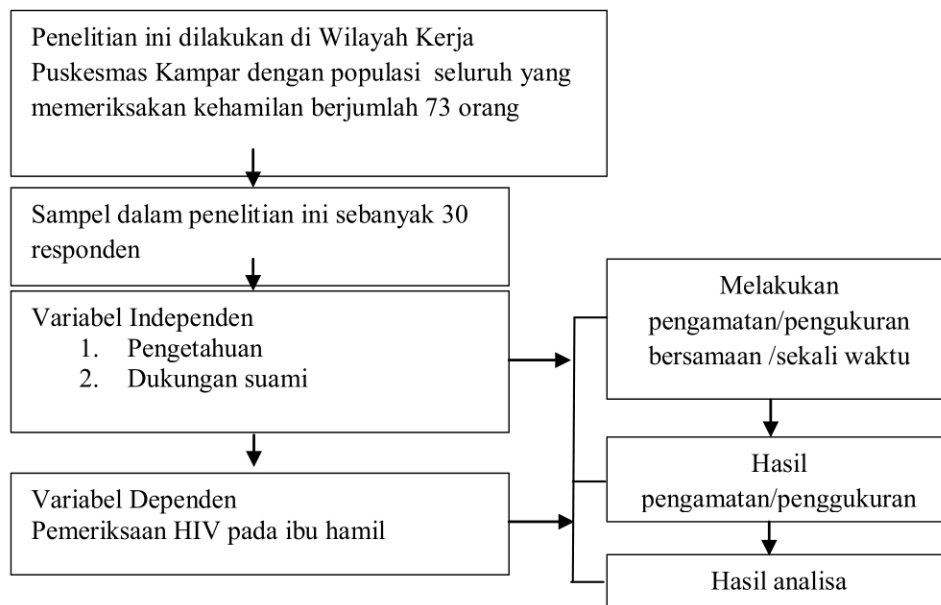
## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

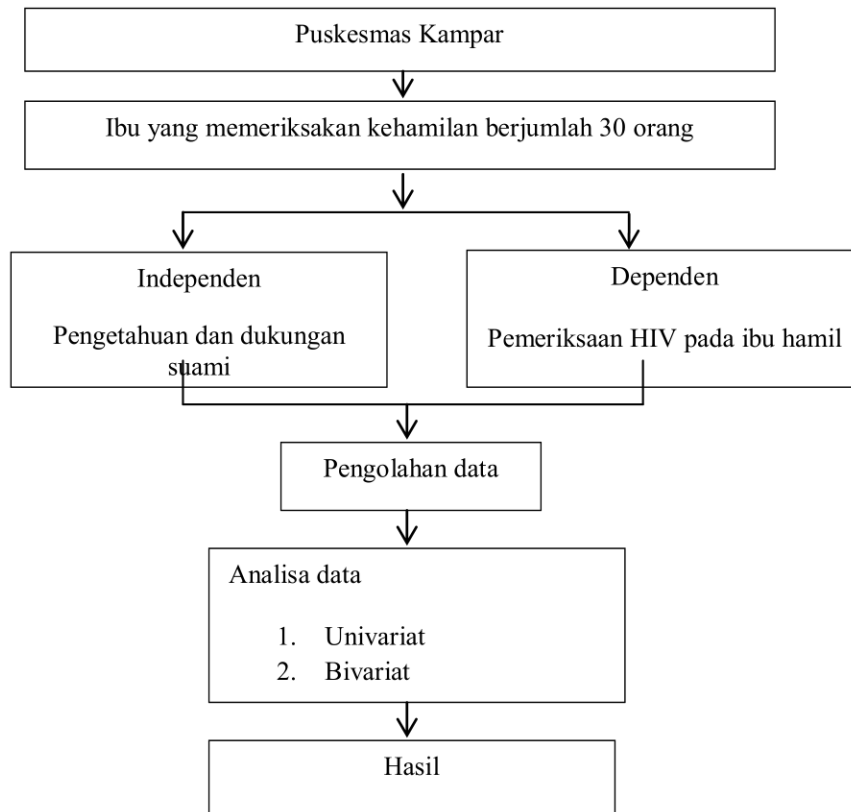
##### 1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif, *kuantitatif* adalah survey atau penelitian yang mencoba dan menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Variabel-variabel yang akan diteliti tersebut berupa pengetahuan dan dukungan suami (*Variabel Independen*) dengan pemeriksaan HIV pada ibu hamil (*Variabel Dependent*) dilakukan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).



**Gambar 3.1 Rancangan Penelitian**

## 2. Alur Penelitian



**Gambar 3.2 Alur Penelitian, Notoatmodjo 2010**

## 3. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian yang akan penulis lakukan meliputi:

- a. Mengajukan surat izin pengambilan data ke bagian prodi D-IV Kebidanan Universitas Pahlawan untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Kampar

- b. Setelah mendapatkan surat izin pengambilan data dari bagian prodi D-IV Kebidanan, surat tersebut diberikan pada bagian tata usaha Puskesmas Kampar
  - c. Tembusan disampaikan pada Kepala Puskesmas Kampar untuk mengambil data
  - d. Setelah mendapat izin penulis mengambil data untuk membuat proposal dan ujian seminar proposal penelitian
  - e. Mengajukan permohonan surat izin ke bagian prodi D-IV Kebidanan Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di Puskesmas Kampar
  - f. Melakukan penelitian
  - g. Mengolah data hasil penelitian
  - h. Seminar hasil penelitian
4. Variabel Penelitian
- a. Variabel Bebas (*Independent*)  
Dalam penelitian ini, variabel *Independent* adalah pengetahuan dan dukungan suami
  - b. Variabel terikat (*Dependent*)  
Variabel dependen yang digunakan adalah pemeriksaan HIV pada ibu hamil

## **B. Rencana Lokasi dan Waktu Penelitian**

### **1. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Kampar yang berada di Jl. Pekanbaru-Bangkinang Kelurahan Air Tiris

## **2. Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan bulan Agustus 2020.

## **C. Populasi dan Sampel**

### **1. Populasi**

Populasi merupakan seluruh objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan ANC di Puskesmas Kampar pada April-Juni 2020 yang berjumlah 73 orang.

### **2. Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil melalui cara-cara tertentu yang juga karakteristik tertentu, jelas, dan lengkap yang dianggap bisa mewakili populasi (Hasan, 2013). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 30 responden. Menurut (Hendriyadi, 2016) Secara umum, untuk penelitian korelasional jumlah sampel minimal untuk memperoleh hasil yang baik adalah 30, sedangkan dalam penelitian eksperimen jumlah sampel minimum 15 dari masing-masing kelompok dan untuk penelitian survey jumlah sampel minimum adalah 100.

Roscoe (1975) yang dikutip Hendriyadi (2016) memberikan acuan umum untuk menentukan ukuran sampel :

- a. Ukuran sampel lebih dari 30 dan kurang dari 500 adalah tepat untuk kebanyakan penelitian
- b. Jika sampel dipecah ke dalam subsampel (pria/wanita, junior/senior, dan sebagainya), ukuran sampel minimum 30 untuk tiap kategori adalah tepat
- c. Dalam penelitian multivariate (termasuk analisis regresi berganda), ukuran sampel sebaiknya 10x lebih besar dari jumlah variabel dalam penelitian
- d. Untuk penelitian eksperimental sederhana dengan kontrol eksperimen yang ketat, penelitian yang sukses adalah mungkin dengan ukuran sampel kecil antara 10 sampai dengan 20.

### **3. Teknik pengambilan sampel**

Pengambilan sampel penelitian dilakukan menggunakan *Purposive Sampling*. Hal ini dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu. Dalam buku metode penelitian oleh (Sugiyono, 2012) menjelaskan bahwa purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu. Dalam hal ini peneliti menetapkan kriteria sebagai berikut:

- a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2009). Adapun yang menjadi kriteria inklusi dalam sampel penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas Kampar
2. Ibu yang bersedia menjadi responden
3. Ibu yang bisa baca tulis
4. Ibu yang berada di berdomisili di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar

b) Kriteria Eksklusi

1. Ibu hamil dengan komplikasi kehamilan
2. Ibu yang tidak memiliki pasangan

#### **D. Etika Penelitian**

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia maka etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan orang lain:

a. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden tujuannya subjek mengetahui maksud dari pengolahan data, jika subjek bersedia diteliti maka harus menanda tangani lembar persetujuan. Jika subjek menolak diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

b. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden penelitian tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberikan inisial atau kode tertentu.

c. *Confidentiality* (Kepercayaan)

Kerahasiaan dan informasi yang diberikan oleh responden akan dijamin peneliti.

**E. Alat Pengumpulan Data**

Data dikumpulkan dari hasil pengumpulan data primer, yakni terhadap responden melalui pengisian kuesioner langsung dengan menggunakan kuesioner penelitian yang sudah disiapkan untuk mengetahui pengetahuan dan dukungan suami (variabel independen) dan pemeriksaan HIV pada ibu hamil (variabel dependen)

1. Variabel Independen

a) Pengetahuan

Pengetahuan terdiri 15 dari pilihan ganda, jika responden menjawab benar maka diberi nilai 1 yang akan digolongkan kriteria baik. Sedangkan responden yang menjawab tidak baik maka akan diberi nilai 0 dan digolongkan kriteria kurang.

b) Dukungan Suami

Terdapat 17 pernyataan (8 pernyataan positif dan 9 pernyataan negatif) untuk pernyataan positif diberi nilai (sangat setuju nilai 4, setuju nilai 3, tidak setuju nilai 2, sangat tidak setuju dengan nilai 1). Sedangkan pernyataan negatif (sangat setuju nilai 1, setuju nilai 2, tidak setuju nilai 3, sangat tidak setuju dengan nilai 4). Hasil yang dapat diperoleh dari nilai mean/median melalui hasil yang diperoleh setelah penelitian. Jika hasil negatif (-) < mean/median dan positif (+)  $\geq$  nilai mean/median.

## 2. Variabel dependen

Dalam hal ini responden yang melakukan pemeriksaan ANC bila responden menjawab “tidak” untuk pertanyaan maka dimasukkan kategori “tidak melakukan pemeriksaan HIV” dengan *coding* = 0. Bila responden menjawab “ya” untuk pertanyaan pada kuesioner maka dimasukkan kategori “melakukan pemeriksaan HIV” dengan *coding* = 1.

## F. Prosedur Pengumpulan Data

### a. Tahapan penelitian

Tahap ini dimulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap akhir penelitian. Adapun kegiatan pada setiap tahap adalah sebagai berikut:

### b. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan dilakukan studi pendahuluan untuk mengumpulkan data ibu melakukan pemeriksaan ANC di wilayah kerja Puskesmas Kampar, studi literatur mengenai pengetahuan, dan



dukungan suami pada Ibu serta membuat proposal dan melakukan konsultasi.

c. Tahap Pelaksanaan

Penelitian direncanakan dilakukan Pukesmas Kampar dengan jumlah sampel 30 orang responden. Setelah data primer terkumpul, dilakukan *editing* data, pengkodean data, entri data, *cleaning*, *analysis* data dalam program, Kemudian disusun laporan hasil penelitian dan dibahas sesuai dengan acuan referensi sebelumnya. Konsultasi tentang hasil pembuatan laporan penelitian dan menyajikan hasil laporan penelitian dalam seminar hasil.

d. Tahap Akhir

Pada tahap akhir penelitian peneliti melakukan penyusunan laporan penelitian setelah dianalisis dan interpretasi data, kemudian melakukan pembahasan hasil penelitian dan menarik kesimpulan berdasarkan hasil temuan pada saat penelitian.

## **G. Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian**

### 1. Validitas

Validitas adalah suatu ketepatan atau kesesuaian ukuran yang menunjukkan tingkat kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen dikatakan valid apabila dapat mengukur dengan tepat variabel yang diteliti. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana

data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran yang sebenarnya tentang variabel yang dimaksud (Mitra, 2015)

Pengujian validitas dilakukan melalui uji statistik dengan menggunakan uji *Korelasi Person Product Moment*. Pertanyaan dinyatakan valid jika diperoleh nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dengan tingkat signifikansi 0,05. Hasil Uji validitas kuesioner diperoleh dari 20 pertanyaan variabel pengetahuan yang dilakukan uji validitas terdapat 15 pernyataan yang valid dan 5 pertanyaan yang tidak valid sehingga dikeluarkan saat penyebaran kuesioner. Sedangkan dari 20 pertanyaan variabel dukungan suami yang dilakukan uji validitas terdapat 17 pertanyaan yang valid dan 3 pertanyaan yang tidak valid dan dikeluarkan saat penyebaran kuesioner.

## 2. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan keakuratan dan ketepatan dari suatu alat ukur untuk melihat sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap kondisi yang sama dengan alat ukur yang sama.

Untuk mengetahui reliabilitas dilakukan uji *Cronbach's Alpha*. Hasil reliabilitas pada instrumen variabel pengetahuan adalah reliabel karena nilai *Cronbach's* = 0,933 lebih besar dari nilai *Alpha* yaitu 0,6 (Mitra, 2015). Sedangkan hasil uji reliabilitas pada instrumen variabel

dukungan suami adalah reliabel karena nilai *Cronbach's* = 0.924 lebih besar dari nilai *Alpha* yaitu 0,6.

## H. Definisi Operasional

**Tabel 3.1**  
**Defenisi Operasional**

<b>Variabel Dependen</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Alat ukur</b>	<b>Skala</b>	<b>Hasil ukur</b>
Pemeriksaan HIV pada ibu hamil	Status Keikutsertaan ibu hamil dalam pemeriksaan HIV	Kuesioner	Nominal	0: Tidak, jika ibu tidak melakukan pemeriksaan HIV 1: Ya, jika ibu melakukan pemeriksaan HIV
<b>Variabel Independen</b>				
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh ibu tentang HIV dan pemeriksaan HIV dalam kehamilan	Kuesioner	Ordinal	0: kurang jika memperoleh nilai <50% (menjawab benar < 8 pertanyaan) 1: baik jika memperoleh nilai ≥ 50% (menjawab benar ≥ 8)

Dukungan suami	Tindakan pendampingan dan dukungan oleh suami untuk melakukan pemeriksaan HIV	Kuesioner	Ordinal	pertanyaan) (Riyanto, 2013) 0: tidak mendukung jika < nilai median (<30) 1: mendukung jika $\geq$ median ( $\geq 30$ ) (Hidayat, 2016)
----------------	---	-----------	---------	--

## I. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah sesuai dengan pengolahan masing-masing. Untuk pengetahuan pengolahan data dilakukan secara manual dengan rumus yang telah ditentukan.

Teknik pengolahan data merupakan proses yang sangat penting dalam penelitian. Oleh karena itu harus dilakukan dengan baik dan benar. Menurut Budiarto (2002), kegiatan dalam pengolahan data antara lain :

### 1. Pengolahan Data (*Editing*)

Setelah semua kuesioner diisi kemudian diperiksa untuk mengurangi kesalahan.

### 2. Pengkodean (*Coding*)

Memberikan kode pada setiap informasi yang telah terkumpul untuk setiap pertanyaan dalam kuesioner guna pengolahan data.

### 3. Memasukkan Data (*Entry*)

Setelah semua kuesioner diisi dengan benar maka data kemudian dimasukkan kedalam master tabel.

### 4. Membersihkan (*Cleaning*)

Merupakan pengecekan kembali data yang terkumpul.

## J. Analisa Data

Analisa data dilakukan untuk memudahkan interpretasi untuk menguji hipotesis penelitian, melalui:

### 1) Analisa *Univariat*.

Analisis *univariat* digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat (Sumantri, 2011).

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Presentase

F : Frekuensi tiap kategori

n : Jumlah sampel

### 2) Analisa *Bivariat*

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan dan berkorelasi. Analisis ini digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variabel bebas dan variabel terikat melalui uji statistik *Chi-Square* atau *Fisher Exact* pada penelitian ini menggunakan *Chi-Square* karena pada hasil penelitian ini menggunakan

metode non parametrik yang digunakan untuk menguji 2 proporsi dengan tabel 2x2 (Sumantri, 2011).

Analisis dilakukan untuk mengetahui antara Variabel Independen (pengetahuan dan dukungan suami) dan Variabel Dependent (pemeriksaan HIV pada ibu hamil). Analisis statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*.

Syarat-syarat uji *Chi-Square*.

- 1) Tidak ada sel dengan *expected frequency* < 1.
- 2) Banyak sel dengan *expected frequency* < 5 tidak lebih dari 20% dari banyak sel seluruhnya.

Bila syarat *Chi-Square* tidak terpenuhi baris/kolom sel di gabungkan, jika tetap tidak memenuhi syarat gunakan uji lainnya yaitu *Fisher Exact*.

Hasil analisa yang dinyatakan ada hubungan secara bermakna dengan cara membandingkan nilai *P value* dengan nilai *alpha* ( $\alpha = 0,05$ ). Analisa menggunakan sistem komputerisasi, dengan kriteria :

- a. Jika nilai *P Value* < 0,05 maka keputusan  $H_0$  ditolak maka terdapat hubungan bermakna antara variable independen dan dependen.
- b. Jika nilai *P Value*  $\geq 0,05$  maka keputusan  $H_0$  gagal ditolak artinya maka tidak ada hubungan bermakna antara variabel independen dan dependen.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggarini, I Gusti Ayu Ary. (2014). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pemeriksaan VCT Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas II Melaya Kabupaten Jimbaran Provinsi Bali*. Jurnal. Bali: Universitas STIKES Ngudi Waluyo Ungaran. Diakses tanggal 15 April 2020
- Arniti. Ni Ketut. (2014). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil di Puskesmas Kota Denpasar* volume 2 no 1 halaman 63-69 Jurnal Public Health and Preventive Medicine (PHPMA)
- CIMSA. (2019). *Pernyataan kebijakan Maternal Health*. Jakarta. Universitas Indonesia
- Cock, K. M., & Weiss, H. A. (2000). The global epidemiology of HIV/AIDS. *Tropical Medicine & International Health*, 5(7), A3-A9
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2013). *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia* Jakarta: Kemenkes RI
- Dinkes Kampar. (2018). *Rekapan penyakit terbanyak Kampar*. Bangkinang : Dinkes Kabupaten Kampar
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik Edisi 5*. Jakarta. EGC
- Green, Iw & Kreuter, M. (N.D.). (1980). *Health Promotion Planning : An Educational And Ecological Approach (4th ed)*. Myfield Publishing Company. Mountain View-Toronto- London
- Gusti ADV, Salvari. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta. TIM
- Hasan, Ali. (2013). *Marketing dan Kasus-Kasus Pilihan*. Yogyakarta. Center for Academic Publising Servive
- Hendriyadi & Suryani. (2016). *Metode Riset Kuantitatif*. Jakarta : Kencana

Irianto, Koes. (2015). *Kesehatan Reproduksi ( Reproductive Health )Teori & Praktikum* (1ST ED.). Bandung: Alfabeta.

Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Pelayanan Konseling Dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela ( Voluntary Counselling And Testing )*. Jakarta. Departemen Kesehatan RI

------. (2012). *Buku Pedoman Penghapusan Stigma dan Diskriminasi bagi Pengelola Program, Petugas Layanan Kesehatan dan Kader*. Jakarta. Departemen Kesehatan RI

------. (2014). *Info Datin Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI*. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

------. (2015). *Estimasi Dan Proyeksi HIV / AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*. [http://Siha.depkes.go.id/portal/file\\_upload/Estimasi-dan\\_proyeksi\\_HIV\\_AIDS\\_di\\_Indonesia.pdf](http://Siha.depkes.go.id/portal/file_upload/Estimasi-dan_proyeksi_HIV_AIDS_di_Indonesia.pdf). diakses tanggal 28 Juni 2020

------. (2017). *Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS & PMS di Indonesia Januari - Maret 2017*. <http://www.aids.indonesia.or.id>. Diakses tanggal 12 Juni 2020

Moges, Z. dan Ambarbir, A. (2011). *Factors Associated with Readiness to VCT Service Utilization among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Northwestern Ethiopia : A Health Belief model Approac*, (*Ethiopian Jurnal Of Health Scinences*, 21 (Suppl 1), pp.107-15) Available from : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3275874&tool=pmcenc> pada tanggal 17 Januari 2020

Mulyanti dkk. (2017). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Voluntary Counselling and Testing (VCT) Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar Kota Tasikmalaya*.

Mulyanti, Sri. (2012). *Faktor-faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dalam Pemeriksaan HIV di 4 Puskesmas Kota Pontianak*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Kebidanan Komunitas Universitas Indonesia. Jakarta



- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Prilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Prilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Titik. Nuraeni. (2013). *Hubungan pengetahuan ibu hamil tentang hiv/aids dan vct dengan sikap terhadap konseling dan tes hiv/aids secara sukarela di puskesmas karangdoro semarang*. Jurnal Kebidanan ilmu keperawatan dan kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang Volume 2 no 1
- Paoli, Manongi R, Klepp, K.I. (2004). *Factors Influencing Acceptability of Voluntary Counselling and Testing Among Pregnant Woment in Northern Tanzania AIDS Care, Volume 16 nomor 4*
- Purwaningsih P. (2011). *Analisis faktor pemanfaatan VCT pada orang resiko tinggi HIV*. Jurnal Ners Universitas Airlangga
- Santrock JW. (2005). *Psikologi Pendidikan Edisi Kedua*. Jakarta: Kencana Prenada Media
- Sarafino, E. . & S. (2014). *Health Psychology Biopsychological Interaction* (8th ed.). Newyork: Wiley.
- Sastrohadiwiryo, siswanto.(2003). *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia, edisi. 2*, Jakarta, PT. Bumi Aksara
- Siregar Sofyan. (2011). *Metode Penelitian Kuantitaif*. Jakarta. Kencana

- Soemirat. (2009). *Kesehatan Lingkungan, Cetakan ke delapan*. Yogyakarta. Gadjah Mada Press
- Son. (2016). *Unit Pencegahan Anak Minim, Angka Pengidap HIV-AIDS anak di Riau meningkat (Online)*. Dari <https://riauterkini.com> diakses 08 januari 2020
- Subuh M, dkk. (2012). *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)*. Jakarta
- Suyanto, Ph.D. (2010). *Model Pembinaan Pendidikan Karakter Di Lingkungan Sekolah*. Jakarta : Dirjen Dikdasmen Direktorat Pendidikan Dasar Dan Menengah
- Syafuddin. (2009). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam Kebidanan*. Jakarta. Trans info media
- Syahrir, W., & Amiruddin, R. (2013). *faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Klinik Voluntary Counseling And Testing ( VCT ) di Puskesmas Kota Makassar*. Tesis Pasca Sarjana. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin.Makasar
- WHO. (2016). *Summery Global HIV Epidemic 2005. Interm WHO Clinical Stagin of HIV-AIDS Case Defenitions for Surveilance*. Switzerland