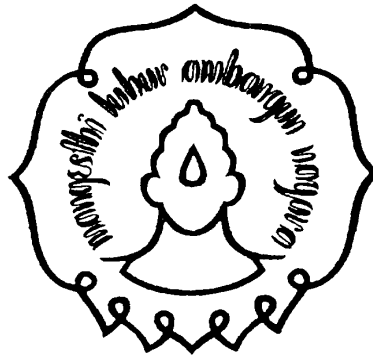


**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL
TERHADAP PENERIMAAN PROGRAM
PROVIDER INITIATED TESTING AND COUNSELING (PITC)
DI SURAKARTA**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



**MAHARANI INDAH DEWANTI
G0006015**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2010

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Surakarta, Februari 2010

Maharani Indah Dewanti
NIM. G0006015

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed consent*

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

Lampiran 3. Hasil Perhitungan Statistik

Lampiran 4. Data Kuesioner dan Identitas Responden

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbedaan antara PITC dan VCT

Tabel 2. Karakteristik Demografi Pasien

Tabel 3. Hasil *Fisher's Exact Test* antara Tingkat Pendidikan Formal dengan Penerimaan Program PITC

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Alhamdulillahirobbil'alamin kehadapan Allah SWT, atas ijin dan ridho-Nya skripsi dengan judul "Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Formal terhadap Penerimaan Program Provider Initiated Testing And Counseling (PITC) Di Surakarta" ini dapat diselesaikan.

Penelitian ini bersifat Observasional Analitik dengan tujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan pengambilan keputusan dalam program PITC yang sekarang ini masih menjadi proyek uji coba di BBKPM Surakarta. Penulis berharap penelitian ini mampu menjadi kajian evaluasi bagi pengembangan program PITC selanjutnya serta kolaborasi program penanggulangan TB dan HIV baik di tingkat institusi maupun di tingkat pengelolaan program secara nasional.

Dalam proses penyelesaian skripsi ini tentunya tak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. dr. A.A. Subijanto, MS., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
2. Sri Wahjono, dr., M.Kes, selaku Ketua Tim Skripsi FK UNS
3. Ari N. Probandari, dr., MPH., selaku Pembimbing I.
4. Eti Poncorini P, dr., MPd., selaku Pembimbing II.
5. Vicky Eko Nurcahyo H, dr., M.Sc, Sp.THT-KL, selaku Ketua Penguji I.
6. Prof. Dr. Bhisma Murti, dr., MPH., M.Sc., PhD, selaku Anggota Penguji II.
7. Seluruh staf Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta yang telah membantu pelaksanaan penelitian.
8. Ayah tercinta, Masyhari Makhasi (Alm) yang senantiasa memberikan inspirasi serta keluarga atas dukungan dan doanya selalu dalam penyusunan skripsi.
9. Teman-teman angkatan 2006 yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi tambahan pengetahuan dan wawasan ilmiah bagi pembaca, rekan mahasiswa dan para peneliti khususnya dalam lingkup profesi kedokteran. Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih banyak kekurangan sehingga kritik dan saran untuk kesempurnaan skripsi ini sangat diharapkan.

Surakarta, Februari 2010

Penulis

ABSTRAK

MAHARANI INDAH DEWANTI, G0006015, 2010, “Hubungan antara Tingkat Pendidikan Formal terhadap Penerimaan Program *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) di Surakarta.”

Tujuan: PITC merupakan pendekatan baru dalam survailans HIV dimana provider memberikan rekomendasi untuk menjalani konseling dan tes HIV. Pengambilan keputusan merupakan masalah yang kompleks dan sangat krusial dalam bidang kesehatan. Pendidikan merupakan salah satu penentu pengambilan keputusan dalam bidang kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui adanya hubungan antara tingkat pendidikan formal terhadap penerimaan program PITC di Surakarta.

Metode: Penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah semua pasien suspek TB dan pasien TB dengan risiko HIV yang memenuhi kriteria inklusi yang datang ke BBKPM Surakarta dari tanggal 1 Mei 2009 sampai dengan 30 November 2009. Teknik sampling yang dipakai adalah total sampling. Data dianalisis dengan menggunakan *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) 16 for Windows dengan uji statistik *Fisher's Exact Test*.

Hasil: Dari total 42 sampel terdiri atas 8 orang pendidikan dasar dan 34 orang dengan pendidikan menengah. Setelah dianalisis didapatkan nilai probabilitas (*sig(2-tailed)*) 1,17 (OR= 1,46;CI=0,03- 21,69).

Simpulan: Ada hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan penerimaan program *Provider Initiated Testing And Counseling* (PITC) di Surakarta namun secara statistik tidak bermakna. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan sampel yang lebih besar agar presisi OR yang dihasilkan lebih baik.

Kata kunci: Tingkat pendidikan formal, PITC

ABSTRACT

MAHARANI INDAH DEWANTI, G0006015, 2010. A Relationship between Education Level and Provider Initiated Testing and Counseling (PITC) Acceptance in Surakarta.

Objective: PITC is a new approach in HIV surveillance with the clinician recommends, offers and performs HIV testing and counseling. Decision making is a crucial element in the field of medicine. Education level is a factor that determine health behavior. The study is aimed to know a relationship between education level and PITC acceptance.

Methods: A cross-sectional study was conducted to all suspect TB and risk for HIV infection. The sampling technique was total sampling from May-November 2009. The relationship between education level and PITC acceptance were analyzed using Statistical Product and Service Solution (SPSS) 16 for Windows and Fisher's Exact was counted.

Results: There was 8 low level educated patients and 34 high educated level patients. There was no significant relationship between education level and PITC acceptance ($p=1.17$). The odds ratio of risk factors for level education (OR=1.46; CI=0.03- 21.69)

Conclusions: The study shows that there is no significant relationship between education level and PITC acceptance. It's necessary to do the study with more sample to get the better OR presition.

Keywords: education level, PITC acceptance.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berbagai literatur telah menyebutkan adanya koinfeksi antara penyakit Tuberkulosis (TB) dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/ *Acquired Immunodeficiency Syndrom* (AIDS). Koinfeksi TB/HIV saat ini menjadi salah satu kendala besar dalam upaya penanggulangan kedua penyakit tersebut. TB merupakan penyebab utama kematian pada orang dengan HIV, dan sebaliknya infeksi HIV menjadi faktor risiko terbesar dalam konversi kasus TB laten menjadi TB aktif. Lebih dari 60% dari orang dengan HIV, menderita TB pada masa hidupnya (Cahn *et al.*, 2003). Dalam laporan Pengendalian Tuberkulosis Global Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2009 disebutkan, satu dari empat kematian pada pasien TB terkait dengan infeksi HIV. Pada tahun 2007 diperkirakan 1,37 juta kasus baru tuberkulosis di antara mereka yang terinfeksi HIV (WHO, 2009).

Permasalahan HIV di Indonesia masih tergolong negara *low epidemic*, namun sekarang ini diindikasikan terjadi peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia. Data nasional memperkirakan prevalensi HIV/AIDS sebesar 7,12 per 100.000 penduduk. Sedangkan untuk jumlah kasus baru HIV, AIDS serta AIDS/*Injecting-Drug Users* (IDU) dari Januari hingga Maret 2009 masing-masing 114 kasus, 854 kasus dan 308 kasus (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2009).

Penanggulangan HIV sangat ditekankan pada tantangan untuk menemukan orang-orang yang terinfeksi virus HIV (surveilans) (Nursalam, 2007). Surveilans HIV di antara pasien tuberkulosis diketahui sangat penting karena epidemik HIV telah secara terus menerus mempengaruhi epidemi tuberkulosis global (WHO, 2004). Dengan fakta tersebut, strategi surveilans untuk HIV pun mulai dikembangkan surveilans HIV yang terintegrasi dengan surveilans TB (Bock *et al.*, 2008).

Fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu jalan dimana ODHA memerlukan pelayanan pencegahan, terapi, dan dukungan. Hal tersebutlah yang mendasari terbentuknya *Provider-Initiated Testing and Counselling* (PITC) selain untuk menyempurnakan program lainnya, yaitu *Client-Initiated Counselling and Testing* (CICT) atau yang lebih dikenal sebagai VCT (WHO, 2007b).

Pendidikan merupakan salah satu media untuk menumbuhkan pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pola pikir dan daya nalar dalam menghadapi suatu masalah (Hutasoit, 2006). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 1997). Terdapat korelasi yang positif antara tingkat pendidikan dan status kesehatan (Basov, 2000). Rendahnya tingkat pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi tingkat pengetahuan akan perlindungan masyarakat terhadap diri dan keluarganya, sehingga berdampak pada kurangnya akses pelayanan kesehatan (Maria *et al.*, 2000).

Suatu studi yang dilakukan Perez pada tahun 2006 menyebutkan bahwa tingkat pendidikan dan penerimaan terhadap tes rutin HIV memperlihatkan hasil yang tidak konsisten, tingkat pendidikan yang rendah dapat meningkatkan tingkat penerimaan

terhadap tes, namun terkadang justru menurunkan tingkat penerimaan (Perez *et al.*, 2006).

Peningkatan penerimaan terhadap program PITC inilah yang akan menjadi perhatian dalam penelitian ini. Dalam hal ini akan dilihat kemungkinan adanya peningkatan penerimaan program pada orang yang berpendidikan lebih tinggi. Selanjutnya penulis mencoba meneliti apakah tingkat pendidikan yang tinggi mempunyai hubungan atau keterkaitan dengan peningkatan penerimaan terhadap program PITC.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian: Adakah hubungan antara tingkat pendidikan formal terhadap penerimaan program PITC di Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan formal terhadap penerimaan program PITC di Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis: menjelaskan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penerimaan pasien terhadap PITC.
2. Manfaat praktis: menjadi kajian evaluasi bagi pengembangan program PITC selanjutnya serta kolaborasi program penanggulangan TB dan HIV baik di tingkat institusi maupun di tingkat pengelolaan program secara nasional.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Pendidikan dan Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah suatu cara untuk mengembangkan keterampilan, kebiasaan dan sikap-sikap yang diharapkan dapat membuat seseorang menjadi warga negara yang baik. Tujuannya untuk mengembangkan atau mengubah kognisi, afeksi, dan konasi seseorang (Sukmadinata, 2004). Sedangkan menurut Frederick J. Mc Donald, pendidikan adalah suatu proses atau kegiatan yang diarahkan untuk merubah tabiat (Sunggara, 2009).

Jalur pendidikan terdiri atas: a) Pendidikan informal, adalah kegiatan pendidikan yang dilaksanakan oleh keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri dimana hasil pendidikan informal diakui sama dengan pendidikan formal setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan; b) Pendidikan formal, adalah pendidikan yang berlangsung di sekolah secara teratur, bertingkat, dan mengikuti syarat-syarat tertentu; c) Pendidikan nonformal, adalah pendidikan yang diselenggarakan bagi masyarakat yang memerlukan layanan pendidikan sebagai pengganti, penambah, dan/atau pelengkap pendidikan formal dalam rangka mendukung pendidikan sepanjang hayat.

Tingkat pendidikan adalah suatu proses pendidikan jangka panjang yang menggunakan prosedur sistematis dan terorganisir. Tingkat pendidikan formal dibagi atas: a) Pendidikan dasar meliputi tamat Sekolah Dasar dan Taman Kanak-kanak; b)

Pendidikan menengah meliputi tamat SMP-SMA dan yang sederajat; c) Pendidikan tinggi meliputi tamat Perguruan Tinggi, Akademi, Sekolah Tinggi, Politeknik, dan Institut.

(Depdiknas, 2008).

Pendidikan merupakan kebutuhan yang sangat penting karena berfungsi untuk meningkatkan kualitas manusia. Dengan perbedaan tingkat pendidikan tersebut tentu akan memberikan warna dan corak perilaku yang berbeda dalam menanggapi dan memecahkan setiap permasalahan. Pendidikan akan terkait dengan luas sempitnya wawasan seseorang yang nantinya akan berpengaruh atau mewarnai tingkah laku seseorang. Tingkah laku seseorang sedikit banyak dipengaruhi oleh pendidikan yang diperoleh dari lingkungan hidupnya (Naser, 2009).

2. *Provider Initiated Testing and Counseling (PITC)*

Secara umum, konseling dan tes menjadi strategi utama dalam program pencegahan dan penatalaksanaan kasus HIV. Sampai dengan tahun 2006, kebijakan global yang dilakukan untuk surveilans HIV adalah dengan *Client-Initiated Voluntary Counseling and Testing (VCT)* yang dilakukan di dalam maupun di luar Unit Pelayanan Kesehatan. VCT mempunyai prinsip “3 C” yakni *consent, counseling dan confidentiality* (WHO/UNAIDS, 2004). Namun demikian, ternyata VCT dinilai tidak cukup efektif sehingga muncul inisiatif untuk membuat tes HIV “lebih rutin”. VCT tidak dapat diimplementasikan pada skala besar dalam komunitas dan negara yang memiliki pendapatan rendah. Salah satu alasan bahwa VCT mahal dan sulit diimplementasikan dikarenakan VCT memerlukan infrastruktur substansial, waktu,

dan staf yang terlatih. Alasan lainnya adalah fakta ketika seseorang tidak ingin memeriksakan status HIV-nya (WHO, 2007a).

Untuk itulah, pada sekitar Agustus 2006, WHO bersama dengan UNAIDS membuat suatu pernyataan kebijakan untuk mempromosikan *Provider-Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC) pada fasilitas penyedia layanan kesehatan yang diintegrasikan pada pelayanan tertentu seperti *Antenatal Care* (ANC) dan *tuberkulosis* (WHO/UNAIDS, 2006).

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) mendesak pemerintah lebih menerapkan pola *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) dalam strategi penemuan kasus orang yang terpapar HIV/AIDS di Indonesia. Pola baru tersebut harus diterapkan lantaran tingkat penemuan kasus orang terkena HIV/AIDS di Indonesia masih rendah. Berdasarkan estimasi, terdapat 270 ribu orang terpapar HIV/AIDS di Indonesia. Namun, hanya sekitar 27 ribu atau 10% penderita yang bisa ditemukan. Dari jumlah itu, hanya 13 ribu di antaranya yang mendapat pengobatan (Lempu, 2008).

PITC tampaknya dapat meningkatkan akses pada pelayanan konseling dan tes HIV di negara-negara dengan epidemi HIV yang sudah meluas. Suatu studi yang dilakukan di Uganda menunjukkan bahwa angka penerimaan pasien yang sangat memuaskan yakni 94 hingga 99% (Wanyenze *et al.*, 2008). Penelitian lain di Kenya juga menunjukkan hasil yang hampir sama, dengan angka penerimaan HIV testing dan konseling sebesar 87% diantara suspek TB yang ditawarkan pada program PITC (Odhiambo *et al.*, 2008). Belum banyak publikasi yang menceritakan tentang angka penerimaan PITC di negara dengan *low epidemic* status untuk masalah HIV seperti Indonesia.

Ada perbedaan antara PITC dan VCT, seperti yang tertera dalam Tabel 1. Perbedaan utama antara keduanya terutama adalah pada fokus kegiatan. PITC dilakukan terutama untuk menemukan dan melakukan penanganan lanjutan pada pasien HIV positif pada pasien TB. Berbeda dengan PITC, VCT memang difokuskan untuk pencegahan penularan HIV. Prinsip 3 C pada hakekatnya tetap ada dikeduanya, hanya pada PITC kegiatan konseling dan testing HIV diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan rutin di fasilitas kesehatan.

Tabel 1. Perbedaan antara PITC dan VCT (Bock *et al.*, 2008)

	VCT	PITC
Klien/Pasien	Datang ke UPK khusus untuk tes HIV, sudah siap untuk tes HIV, biasanya asimtomatik	Datang ke klinik karena TB atau simptom TB . Tidak selalu siap untuk tes HIV
Provider	Biasanya adalah konselor terlatih, tidak harus petugas kesehatan di UPK	Petugas kesehatan yang sudah dilatih tentang PITC
Tujuan utama konseling dan tes HIV	Pencegahan penularan HIV melalui pemeriksaan risiko, pengurangan risiko dan tes	Mendiagnosis HIV untuk manajemen klinis TB dan HIV secara tepat
Pre-tes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konseling yang berpusat pada klien ▪ <i>one on one</i> ▪ sama-sama pentingnya bagi klien untuk mengetahui hasil HIV positif maupun negatif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provider merekomendasikan dan menawarkan tes pada semua pasien TB ▪ Penjelasan singkat tentang pentingnya melakukan tes HIV ▪ Waktu lebih singkat untuk pasien dengan tes HIV negatif ▪ Fokus pada mereka dengan hasil tes HIV positif
<i>Follow-up</i>	HIV positif dirujuk untuk mendapatkan pelayanan medis dan pendukung lainnya. Tidak memandang hasil tesnya, klien dapat dirujuk ke VCT untuk mendapatkan konseling dan dukungan psikologis	Penatalaksanaan klinis antara provider TB dan HIV, dirujuk untuk pelayanan pendukung yang lain.

Prinsip-prinsip dari pelaksanaan pelayanan PITC adalah sebagai berikut:

a. Informasi *pre-test* dan *informed consent*

PITC memberikan sesi pendidikan dan pengkajian risiko dengan fokus konseling pencegahan untuk klien sebelum dan sesudah menerima hasil tes. *Informed consent* seharusnya diberikan secara individual dan pribadi pada klien di pelayanan kesehatan. Informasi minimum yang perlu klien ketahui sebelum *informed consent* adalah: 1) Alasan konseling dan tes HIV disarankan; 2) Keuntungan klinis dan potensial risiko, seperti diskriminasi, penelantaran dan kekerasan; 3) Pelayanan yang tersedia dengan hasil tes negatif atau positif HIV, termasuk ART (Anti Retroviral Terapi); 4) Fakta tentang hasil tes HIV yang tidak akan diberitahukan kepada orang lain; 5) Fakta bahwa pasien berhak menerima atau menolak konseling dan tes HIV; 6) Kesempatan klien untuk bertanya kepada penyelenggara pelayanan.

b. *Post-test* konseling

Post-test konseling adalah bagian integral dari komponen proses tes HIV. Semua individu yang akan melakukan tes HIV harus dikonseling ketika tes diberikan, dengan tanpa melihat hasil tes. Hasil tes seharusnya diberikan kepada klien secara personal oleh pemberi pelayanan. Idealnya, *post-test* konseling seharusnya dilakukan dengan konselor yang sama saat *pre-test* konseling dan tes HIV dilakukan. Hasil seharusnya tidak diberikan dalam kelompok. Meskipun klien dapat menolak untuk menerima hasil dari tes, konselor seharusnya dapat memberikan alasan yang tepat untuk meyakinkan klien dapat menerima dan mengerti hasil tes secara rahasia.

Post-test konseling bertujuan untuk menyiapkan klien untuk dapat menerima hasil, membantu klien memahami dan menyesuaikan diri akan hasil tes, menyediakan informasi lebih lanjut, jika dimungkinkan, kemudian merujuk kepada layanan lainnya ketika diperlukan dan mendiskusikan kepada klien strategi pengurangan penularan HIV.

c. Petunjuk pelayanan HIV yang lain

Hasil tes HIV harus disampaikan dengan penjelasan-penjelasan tentang pencegahan, terapi, pelayanan, dan pelayanan pendukung yang diperlukan oleh klien. Petunjuknya terdiri dari informasi siapa dan kapan yang akan dihubungi, dan bagaimana cara menghubungi.

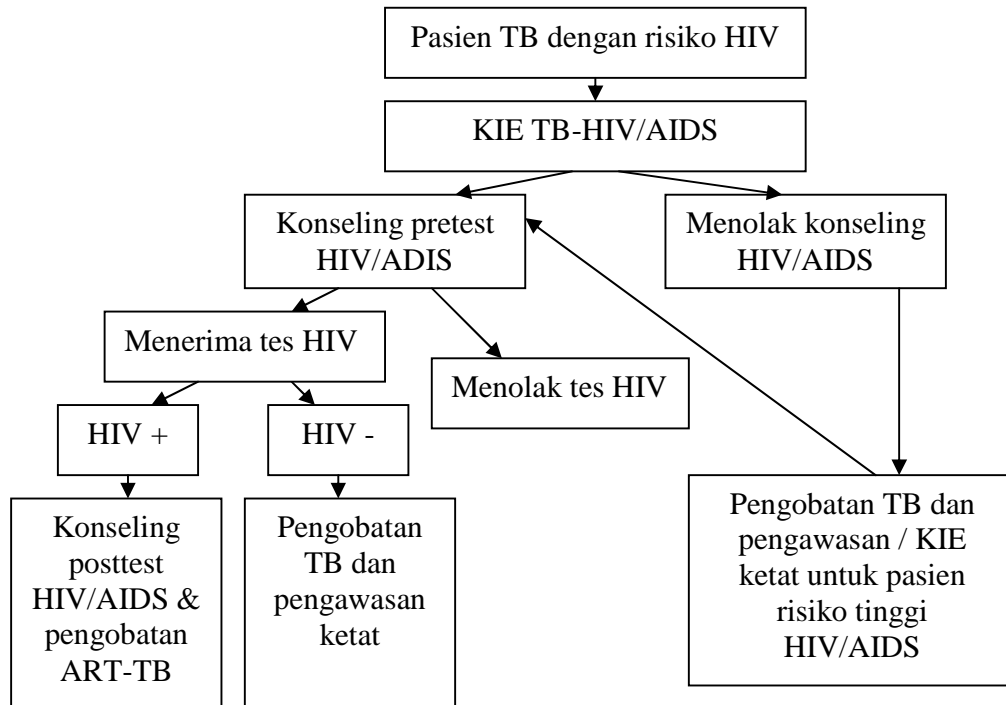
d. Frekwensi tes yang dilakukan

Tes ulang setiap 6-12 bulan lebih diperlukan untuk individu yang terpapar HIV dengan risiko tinggi, seperti individu dengan riwayat STI (*Sexual Transmitted Infection*), PSK dan kliennya, pasangan homoseksual, IDU (*injection drug user*), dan pasangan dengan HIV. Hal yang perlu diingat bahwa tes HIV rutin tidak menjadi substitusi untuk pencegahan perilaku berisiko. Penyelenggara pelayanan kesehatan seharusnya menekankan pada klien untuk tetap mempertahankan perilaku yang aman.

(WHO, 2007a).

Berikut adalah alur pelayanan PITC di BBKPM Surakarta

Alur pelayanan PITC BBKPM Surakarta



3. Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Penerimaan Program PITC

Pendidikan merupakan salah satu media untuk menumbuhkan pengetahuan (Hutasoit, 2006). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Salah satunya adalah perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 1997). Menurut Basov dan Suren pada tahun 2000, terdapat korelasi yang positif antara tingkat pendidikan dan status kesehatan. Rendahnya tingkat pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi tingkat pengetahuan akan perlindungan masyarakat terhadap diri dan keluarganya, sehingga berdampak pada kurangnya akses pelayanan kesehatan (Maria *et al.*, 2000).

Pengambilan keputusan didefinisikan sebagai pemilihan diantara berbagai alternatif yang menyangkut pembuatan pilihan (*choice making*). Secara umum,

pengambilan keputusan terkait dengan perilaku seseorang dalam menanggapi setiap informasi yang diterimanya. Keputusan merupakan hasil dari suatu proses pemikiran yang ditentukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor untuk dilaksanakan atau direalisasikan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pengambilan keputusan adalah: a) Faktor Budaya: kebangsaan, agama, ras, karier, pendidikan, dan tempat tinggal; b) Faktor Sosial: keluarga, status sosial; c) Faktor Pribadi: pekerjaan atau karier, gaya hidup, kepribadian serta konsep hidup; d) Faktor Psikologis: motivasi, persepsi, keyakinan, dan pendirian.

(Hutasoit, 2006).

Dalam suatu studi yang fokus pada program "*Think HIV*" di Massachusetts, Amerika Serikat, disebutkan bahwa jenis kelamin perempuan, ras kulit putih, umur yang tua, dan tingkat pendidikan yang tinggi merupakan golongan yang sering menunjukkan penolakan terhadap tes rutin HIV. 70% responden yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi menolak tes HIV dengan alasan merasa tidak mempunyai risiko (Liddicoat *et al.*, 2006). Penelitian lain di Tanzania menyebutkan bahwa tingginya tingkat pendidikan dan lamanya waktu konseling merupakan prediktor penolakan terhadap tes pada ibu hamil. Wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih selektif dan kritis dalam menentukan jenis pengobatan, serta merasa tidak memiliki risiko sehingga akan menolak tes (Westheimer *et al.*, 2004).

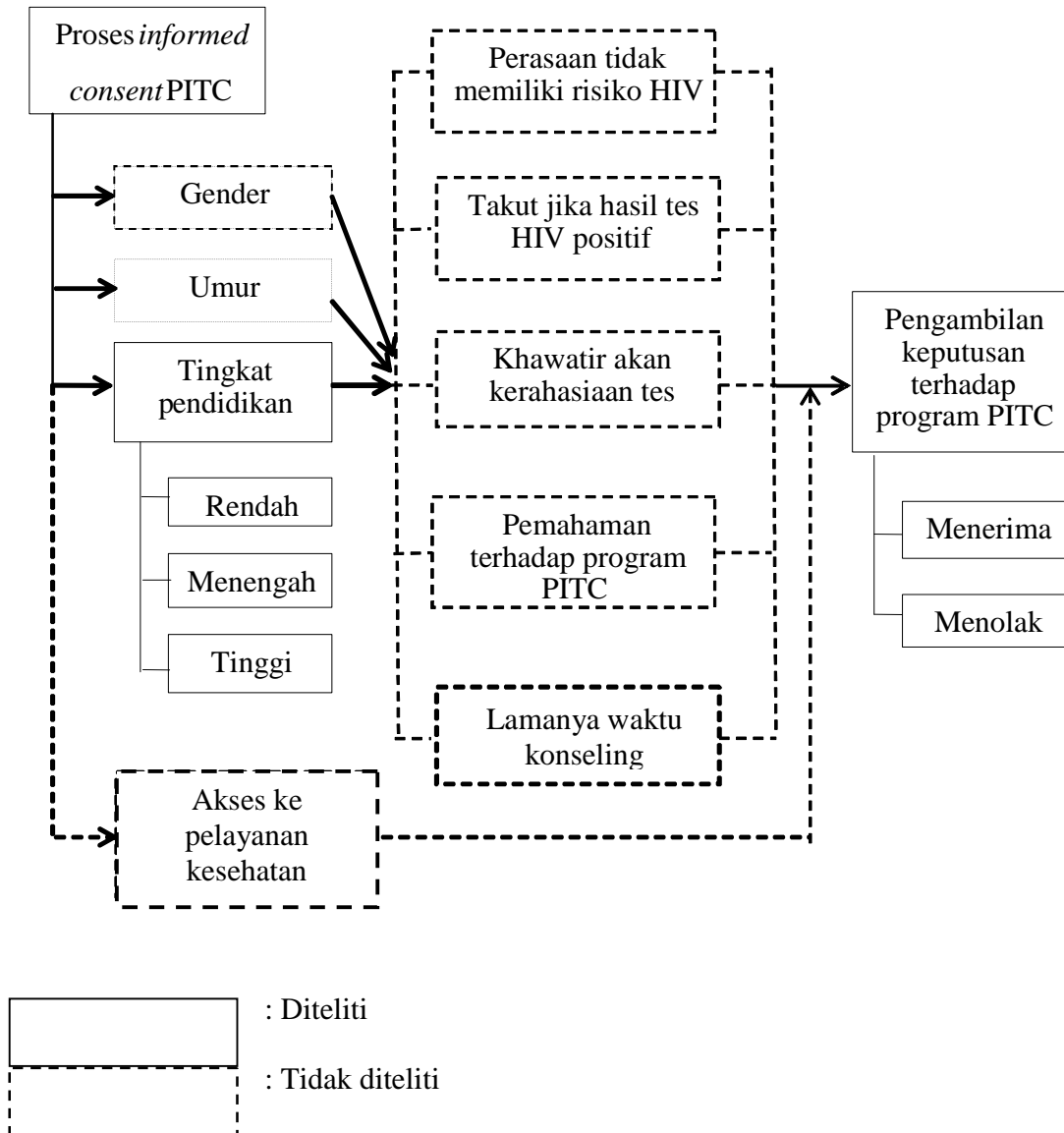
Berbeda dengan penelitian di Zimbabwe yang menyebutkan bahwa wanita dengan pendidikan yang rendah lebih banyak menolak tes rutin HIV yang ditawarkan pada Antenatal Care (ANC). Wanita dengan pendidikan rendah mengalami kesulitan dalam memahami pentingnya kesehatan ibu dan anak, juga karena kurangnya tingkat

pengetahuan akan promosi kesehatan akibat keterbatasan akses ke pelayanan kesehatan (Perez *et al.*, 2006).

Penelitian lain menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan dan penerimaan terhadap tes HIV memperlihatkan hasil yang tidak konsisten. Tingkat pendidikan yang rendah dapat meningkatkan penerimaan terhadap tes, namun terkadang justru menurunkan tingkat penerimaan (Bakari *et al.*, 2000; Barragan *et al.*, 2005; Perez *et al.*, 2006).

B. Kerangka pemikiran

Dari hasil tinjauan pustaka yang ada, dapat disimpulkan kerangka penelitian sebagai berikut:



C. Hipotesis

Berdasarkan latar belakang dan landasan teori tersebut di atas, dapat dirumuskan:
Semakin tinggi tingkat pendidikan formal pasien, maka akan semakin tinggi tingkat penerimaan terhadap program PITC.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross-sectional*).

B. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta.

C. Subyek Penelitian

Populasi penelitian adalah semua pasien suspek TB dan pasien TB dengan risiko HIV yang datang ke BBKPM Surakarta. Adapun kriteria inklusi subyek penelitian adalah:

1. Pasien baru suspek TB dengan risiko HIV
2. Pasien baru dengan diagnosis TB dengan risiko HIV

Pasien suspek TB adalah pasien yang memenuhi kriteria gejala TB namun belum dibuktikan dengan pemeriksaan bakteriologik. Yang memenuhi kriteria gejala TB antara lain :

- a. Gejala respiratorik : batuk \geq 3 minggu, batuk darah, sesak nafas, dan nyeri dada
- b. Gejala sistemik : malaise, nafsu makan turun, demam, keringat malam hari, dan berat badan turun

(Alsagaff dkk., 2004).

Pasien dengan diagnosis TB adalah pasien suspek TB yang telah dipastikan secara bakteriologik, atau telah didiagnosis oleh seorang dokter (WHO, 2004). Diagnosis TB ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisik, ditemukannya basil tahan asam dalam pemeriksaan dahak mikroskopis – sewaktu, pagi, sewaktu (SPS), dan foto thorak (pemeriksaan radiologis) (Alsagaff dkk., 2004).

Pasien dengan risiko HIV adalah pasien atau pasangan yang memiliki faktor risiko HIV, antara lain: 1) Pengguna narkoba jarum suntik; 2) Pekerja seks (wanita, pria termasuk waria, dan lelaki suka lelaki); 3) Berganti-ganti pasangan; 4) Riwayat Infeksi Menular Seksual (IMS); 5) Jenis pekerjaan yang berisiko tinggi, misalnya orang yang karena pekerjaannya berpindah-pindah tempat (supir, pelaut), migran, tuna wisma, dan pekerja bar atau salon; 6) Riwayat transfusi darah dan produk darah.

(Depkes RI, 2007).

Kriteria inklusi tersebut mengikuti pedoman prosedur PITC yang dikembangkan di dalam proyek uji coba serta dari pedoman internasional (Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006).

Subyek akan dieksklusi dari penelitian jika mengalami hambatan untuk berkomunikasi secara verbal serta menolak berpartisipasi dalam penelitian.

D. Teknik Sampling

Sampel penelitian adalah semua pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi yang datang ke BBKPM Surakarta dari tanggal 1 Mei

2009 sampai dengan 30 November 2009. Teknik sampling yang dipakai adalah *total sampling*.

E. Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : Tingkat pendidikan
2. Variabel terikat : Penerimaan pasien terhadap program PITC
3. Variabel luar : Umur dan Jenis Kelamin

F. Definisi Operasional Variabel

1. Variabel bebas : Tingkat pendidikan
Definisi : Jenjang pendidikan terakhir yang dicapai pasien
Alat ukur : Kuesioner
Cara ukur : Wawancara
Skala : Ordinal
Hasil : Dikategorikan dasar (tidak sekolah/ lulus SD), menengah (lulus SMP/SMA), dan tinggi (lulus akademi/perguruan tinggi)
2. Variabel terikat : Penerimaan pasien terhadap program PITC
Definisi : Proporsi pasien TB yang menyatakan kesediaan mengikuti program PITC dari seluruh kohort pasien TB yang didiagnosis selama 1 Mei – 30 November 2009
Alat ukur : Kuesioner
Cara ukur : Wawancara
Skala : Nominal

Hasil : Jawaban tidak atau menerima tes HIV pada saat layanan PITC pertama yang ditawarkan (mendapatkan *informed consent* dari petugas kesehatan).

G. Alat dan Bahan Penelitian

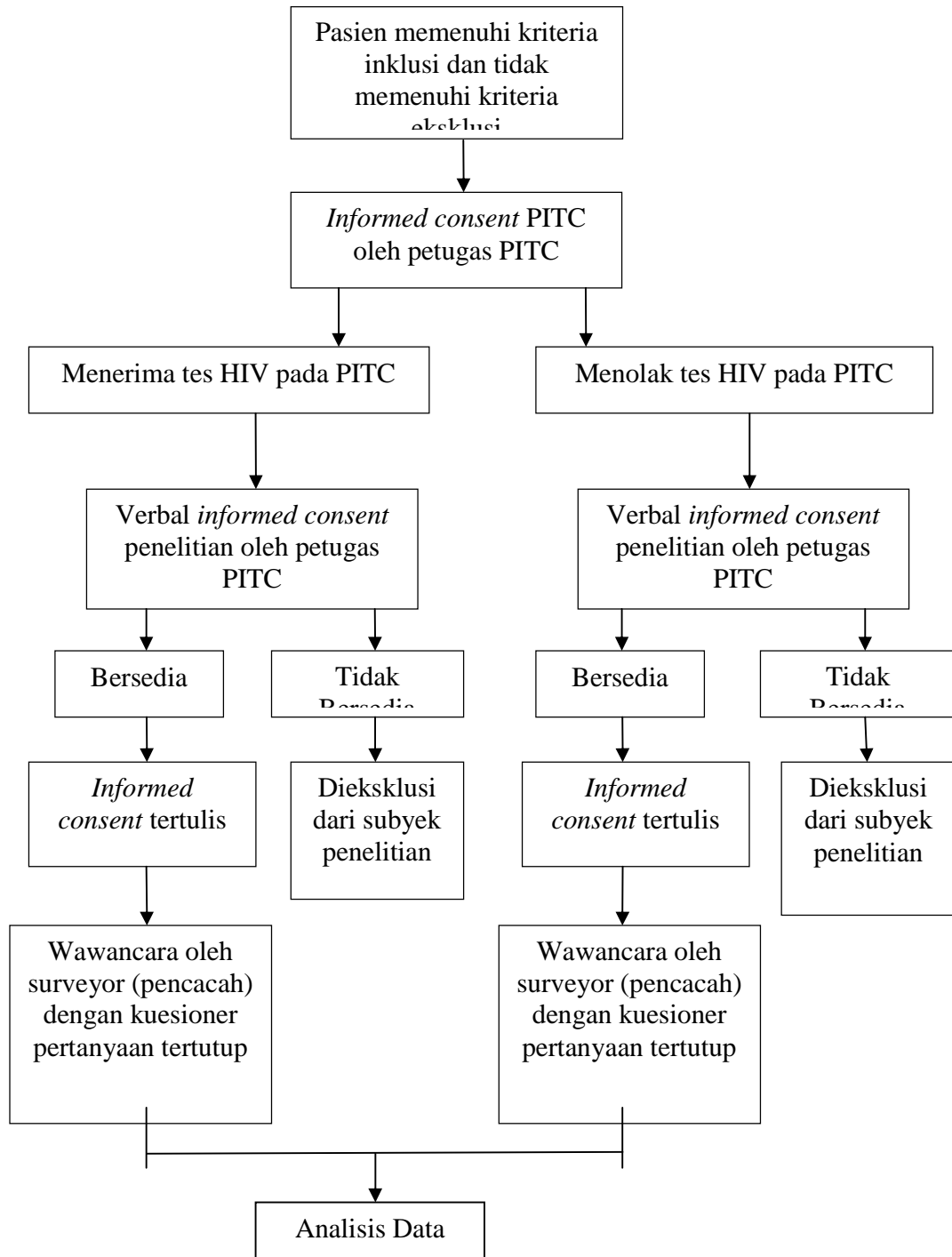
Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian yang lebih besar yang berjudul: Faktor Penentu Penerimaan Pasien Tuberkulosis (TB) terhadap tes HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada program *Provider Initiated Testing and Counseling (PITC)* di Surakarta.

Penelitian ini akan menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan tertutup. Kuesioner akan diujicobakan pada 15 orang pasien yang tidak termasuk dalam sampel penelitian untuk dinilai validitas dan reliabilitasnya, untuk selanjutnya diadakan revisi kuesioner bila perlu.

H. Cara Kerja

Kuesioner akan diwawancarakan oleh peneliti dan asisten penelitian yang telah dilatih sebelumnya. Sebelum wawancara akan dilakukan *informed consent* oleh petugas yang menawarkan PITC secara verbal dan kemudian dilanjutkan secara tertulis. Pasien mempunyai hak untuk menolak maupun berhenti berpartisipasi dalam penelitian.

Berikut ini skema cara kerja:



I. Teknik analisis data

Hubungan antara tingkat pendidikan dengan penerimaan program PITC ditunjukkan oleh Odds Ratio (OR) dan CI 95%. Kemaknaan statistik OR tersebut diuji dengan menggunakan uji statistik *Fisher's Exact Test*. Data akan dibuat dalam bentuk tabel kontingensi 2 x 2 seperti berikut :

		Pendidikan	
		Menengah&Tinggi	Dasar
Penerimaan PITC	Ya	a	b
	Tidak	c	d

Data yang diperoleh dianalisis dengan program *Statistical Product and Service Solution (SPSS) 16 for Window*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Data

Penelitian mengenai hubungan antara tingkat pendidikan formal terhadap penerimaan program *Provider-Initiated Testing and Counselling* (PITC) di Surakarta dilaksanakan selama periode 1 Mei sampai 30 November 2009 di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta. Dari 44 sampel yang diperoleh, 2 sampel dieksklusi karena mengalami hambatan komunikasi secara verbal dan tidak memenuhi kelengkapan data dalam kuesioner.

Tabel 2. Karakteristik Demografi Pasien

No.	Karakteristik Data	Jumlah Total (%)	Menerima (%)	Menolak (%)
1.	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	32(76,19%)	29(90,62%)	3(9,38%)
	Perempuan	10(23,81%)	9 (90,00%)	1(10,00%)
2.	Umur			
	18-30 tahun	20(47,62%)	19(95,00%)	1 (5,00%)
	31-40 tahun	12(28,57%)	12(100%)	0 (0,00%)
	>40 tahun	10(23,81%)	7 (70,00%)	3(30,00%)
3.	Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan			
	< 5 km	4 (9,52%)	4 (100%)	0(0,00%)
	5-10km	13(30,95%)	11(84,61%)	2(15,38%)
	>10 km	25(59,52%)	23(92,00%)	2(8,00%)
4.	Tingkat Pendidikan			
	Dasar (TK, SD)	8 (19,05%)	7(87,50%)	1(37,50%)
	Menengah (SMP-SMA)	34(80,95%)	31(91,18%)	3(8,82%)
	Tinggi (PT,Akademi,Institut, Politeknik)	0 (0,00%)	0(0,00%)	0 (0,00%)

Tabel 2 menunjukkan karakteristik demografi yang tercantum dalam kuesioner antara lain jenis kelamin, umur, jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan, dan

tingkat pendidikan. Dari tabel tersebut dapat dilihat persentase penerimaan program PITC berdasar karakteristik demografi.

B. Analisis Data

Hubungan antara tingkat pendidikan dengan penerimaan program PITC ditunjukkan oleh Odds Ratio (OR) dan CI 95%. Karena terdapat lebih dari dua sel yang nilai ekspektasinya < 5 , sehingga kemaknaan statistik OR tersebut dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Fisher's Exact Test*. Data diolah dengan program *Statistical Product and Service Solution (SPSS) 16.00 for windows*.

Tabel 3. Hasil *Fisher's Exact Test* antara Tingkat Pendidikan Formal dengan Penerimaan Program PITC

No.	Tingkat Pendidikan	Penerimaan		Total	p	OR	CI
		Menerima	Menolak				
1.	Dasar	7	1	8	1,17	1,46	0,03 – 21,69
2.	Menengah-Tinggi	31	3	34			

Setelah dianalisis dengan *Fisher's Exact Test*, didapatkan nilai OR=1,46 dan nilai probabilitas 1,17. Karena nilai $p > 0,05$, maka disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan penerimaan program PITC di BBKPM Surakarta namun secara statistik tidak bermakna.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dibahas dalam Bab IV, didapatkan hasil bahwa adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan formal dengan penerimaan program PITC di BBKPM Surakarta namun secara statistik tidak bermakna ($p > 0,05$). Hal ini tidak sesuai dengan hipotesis sebelumnya yang menyebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan formal pasien, maka akan semakin tinggi tingkat penerimaan terhadap program PITC.

Dalam penelitian Westheimer *et al.*, pada tahun 2004 disebutkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi berhubungan dengan penurunan tingkat penerimaan tes HIV (OR 0,79; 95%CI (0,64-0,96); $P=0,02$). Wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih selektif dan kritis dalam menentukan jenis pengobatan, serta merasa tidak memiliki risiko sehingga akan menolak tes. Hasil ini didukung oleh penelitian Liddicoat *et al.*, yang menyebutkan bahwa pasien dengan pendidikan yang tinggi lebih sering menolak tes (OR 1,34; 95% CI: 1,19-1,50). Berbeda dengan penelitian di Zimbabwe yang menyebutkan bahwa wanita dengan pendidikan yang rendah lebih banyak menolak tes rutin HIV yang ditawarkan pada *Antenatal Care* (ANC) (Perez *et al.*, 2006).

Penelitian lain menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan dan penerimaan terhadap tes HIV memperlihatkan hasil yang tidak konsisten dimana tingkat pendidikan yang rendah dapat meningkatkan penerimaan terhadap tes, namun terkadang justru menurunkan tingkat penerimaan (Bakari *et al.*, 2000; Barragan *et al.*, 2005; Perez *et al.*, 2006).

Pengambilan keputusan merupakan masalah yang kompleks dan sangat krusial dalam bidang kesehatan (Sonnenberg, 2003). Penelitian menunjukkan bahwa pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan tidak cukup dari proses pertukaran informasi sebagai acuan keputusan pasien (Kusnadi dkk, 2009). Secara umum, pengambilan keputusan terkait dengan perilaku seseorang dalam menanggapi setiap informasi yang diterimanya. Keputusan merupakan hasil dari suatu proses pemikiran yang ditentukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor untuk dilaksanakan atau direalisasikan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pengambilan keputusan adalah: a) Faktor Budaya: kebangsaan, agama, ras, karier, pendidikan, dan tempat tinggal; b) Faktor Sosial: keluarga, status sosial; c) Faktor Pribadi: pekerjaan atau karier, gaya hidup, kepribadian serta konsep hidup; d) Faktor Psikologis: motivasi, persepsi, keyakinan, dan pendirian (Hutasoit, 2006).

Pengambilan keputusan terkait dengan konseling dan tes HIV/AIDS bukanlah perkara yang mudah karena banyaknya pertimbangan dari pasien. Hambatan penerimaan antara lain sebagai berikut: ketakutan terhadap tes HIV, ketakutan terhadap konsekuensi jika hasil tes positif, ketidaktahuan tentang obat antiretroviral, dan harus memperoleh izin dulu dengan pasangannya sebelum tes (Gruskin *et al.*, 2008; Bock *et al.*, 2008). Namun demikian tidak tertutup kemungkinan adanya faktor-faktor lain yang mungkin menjadi faktor yang menentukan penerimaan pasien TB terhadap konseling dan tes HIV terutama pada PITC dari sisi penyedia layanan (*provider*), misalnya aspek kerahasiaan, stigmatisasi petugas kesehatan terhadap pasien HIV dan kualitas pemberian informasi dalam *informed consent* yang mengakibatkan pasien merasa tidak akan mendapat manfaat dari program

PITC (Paxton *et al.*, 2005). Oleh karena itu, dalam tes dan konseling HIV/AIDS, penyedia layanan (*provider*) mempunyai peran yang penting.

Mula-mula, surveilans HIV dilakukan dengan prinsip *voluntary* dengan inisiatif dari klien, atau yang disebut dengan *client initiated Voluntary Counseling and Testing* (VCT) (Salari&Azizi, 2009). Untuk memenuhi kebutuhan mempercepat dan meningkatkan surveilans HIV maka muncullah inisiatif baru yang disebut dengan *Provider Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC). Salah satu bentuk PITC adalah PITC yang dilakukan pada fasilitas kesehatan yang menangani penyakit TB (WHO, 2008). Poin penting yang membedakan PITC dan VCT adalah rekomendasi untuk menjalani konseling dan tes HIV yang ditawarkan oleh penyedia layanan (*provider*) kepada pasien yang berobat dengan tanda dan gejala HIV. Namun demikian, ada prinsip yang sama antara PITC dan VCT yaitu keikutsertaan pasien tetap bersifat sukarela sehingga pasien berhak untuk menolak (Bock *et al.*, 2008).

Dalam proses penegakan prinsip kerahasiaan dan menjaga hak pasien maka dibutuhkan suatu *informed consent*. Pelayanan medis modern memberikan kesempatan melalui *informed consent* sebagai prinsip-prinsip dasar yang benar kepada pasien untuk menerima atau menolak bermacam tindakan maupun program kesehatan tertentu. Dengan sederhana, *informed consent* diartikan sebagai aturan pelaksanaan pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk memberikan kesempatan peran aktif pasien dalam pengambilan keputusan medis. Namun, secara empiris dalam penelitian menghasilkan simpulan dari berbagai kasus, pasien cenderung merasa harus melakukan apa saja yang disampaikan dokter/tenaga medis dan menjadi kurang agresif untuk mencari alternatif (Kusnadi dkk, 2009).

Dalam hubungan dokter dan pasien, hal penting yang perlu mendapat perhatian yaitu bagaimana dokter menempatkan otonomi pasien sebagai individu, khususnya dalam pengambilan keputusan medis. Konsekuensinya adalah bagaimana dokter membangun keharmonisan hubungan tersebut melalui komunikasi. Namun yang sering terjadi adalah ketidakseimbangan dalam komunikasi. Ketidakseimbangan ini menyangkut pada hubungan dokter dan pasien yang bersifat paternalistik asimetris.

Paternalistik berarti otonomi pasien berada di bawah bayang-bayang dokter, dimana dokter bebas menentukan tindakan terhadap pasien. Hal ini akan memberi lebih banyak peluang bagi dokter untuk melakukan kesalahan medis. Karena pasien tidak bersikap kritis dan tidak menuntut lebih banyak, lebih bersikap menerima, maka dokter cenderung memberikan pelayanan “apa adanya”. Asimetris berarti tidak seimbang, ada kesenjangan pengetahuan dan keterampilan, serta adanya perbedaan sudut pandang antara dokter dan pasien (Cahyono, 2008).

Selain dari sudut pandang medis, aspek budaya juga merupakan hal yang dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan. Inilah yang disebut dalam budaya Jawa sebagai “nerimo”. Koentjaraningrat (2004) mendefinisikan *nerimo* sebagai sikap menerima nasib yang sabar sebagai bentuk kemauan dan kemampuan melepaskan diri dari dunia materi. *Nerimo* tidak berarti tunduk begitu saja dan pasrah pada nasib. Meskipun demikian, kadang *nerimo* disalahartikan sebagai legitimasi untuk menerima hal atau nasib buruk yang terjadi. Akibatnya, seseorang menjadi cenderung stagnan (Firmansyah, 2009). Jika konsep budaya *nerimo* tersebut diaplikasikan dalam pelayanan kesehatan, pasien menjadi cenderung mengabaikan proses terapi dan menerima apa saja yang disarankan dokter maupun tenaga medis.

Beberapa hal yang telah disebutkan di atas diduga menjadikan penerimaan program PITC pada pasien TB tidak berhubungan dengan pendidikan formal. Namun demikian, juga terdapat keterbatasan-keterbatasan dalam penelitian sehingga adanya hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan penerimaan program PITC, tidak dapat menunjukkan hubungan yang bermakna antara dua variabel tersebut.

Keterbatasan-keterbatasan dalam penelitian:

1. Tidak dikendalikannya variabel luar (*confounding factor*), antara lain umur, jenis kelamin, jarak tempat tinggal ke pelayanan kesehatan, dan juga faktor-faktor lain yang mempengaruhi penerimaan program PITC.
2. Keterbatasan waktu penelitian
Penelitian dilaksanakan dalam periode 6 bulan (Mei-November 2009). Perpanjangan waktu diharapkan bisa mendapatkan jumlah sampel yang lebih banyak.
3. Peneliti tidak melihat proses konseling secara langsung sehingga tidak bisa menentukan apakah konseling tersebut tetap memegang prinsip sukarela dan otonomi.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) selama periode Mei-November 2009 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan penerimaan program *Provider Initiated Testing And Counseling* (PITC) di Surakarta tetapi secara statistik tidak bermakna ($p = 1,17$; $OR=1,46$; $CI=0,03-21,69$).

B. Saran

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan sampel yang lebih besar agar presisi OR yang dihasilkan lebih baik.
2. Perlunya dikaji proses pelayanan konseling pra tes HIV yang diberikan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alsagaff H., Wibisono M.J., Winariani (eds). 2004. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru 2004*. Surabaya: Gramik FK UNAIR, pp: 17-18.
- Bakari J., McKeena S., Myrick A., *et al.* 2000. Rapid voluntary testing and counseling for HIV: acceptability and feasibility in Zambian antenatal care clinics. *Ann NY Acad Sci.* 918:64-76.
- Barragán M., Hicks G., Mark V., *et al.* 2004. Low health literacy is associated with HIV test acceptance. *J Gen Intern Med.* 20:422-425.
- Basov S. 2002. *Heterogenous Human Capital: Life Cycle Investment in Health and Education*. [http://dtl.unimelb.edu.au/view/action/singleViewer.\(15](http://dtl.unimelb.edu.au/view/action/singleViewer.(15) September 2009).
- Bock N.N., Nadol P., Rogers M., *et al.* 2008. Provider initiated HIV testing and counseling in TB clinical settings; tools for program implementation. *Int J Tuberc Lung Dis.* 12 (3): S 69-S72.
- Cahn P., Perez H., Ben G., *et al.* 2003. Tuberculosis and HIV: a partnership against the most vulnerable. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*; 2:106-123.
- Cahyono S. 2008. Komunikasi: Fondasi Hubungan Dokter dan Pasien. *Ethical Digest* No 56 Thn VI. pp: 68-70.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Kebijakan Nasional Kolaborasi TB-HIV di Indonesia. Edisi pertama. p: 19.
- Departemen Pendidikan Nasional Republik Indonesia. 2008. *Sistem Pendidikan Indonesia*. <http://www.depdiknas.go.id/>. (14 September 2009).
- Ditjen PPM&PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf>. (15 Agustus 2009).

- Firmansyah M, 2009. Katalisator Pembangunan itu Bernama “*Nerimo*”. Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada. Essay yang dilombakan pada Annual Essay 2009 Sub-Direktorat PPKB Kemahasiswaan UGM.
- Gruskin S., Ahmed S., Ferguson L. 2008 Provider initiated HIV testing and counseling in health facilities – what does this mean for the health and human rights of pregnant women? *Developing World Bioethics*. 8(1):1471-8731
- Ivers L.C., Freedberg K.A., Mukherjee J.S. 2007. Provider-initiated HIV testing in rural Haiti: low rate of missed opportunities for diagnosis of HIV in primary care clinic. *BioMed Central*. 4: 28.
- Hutasoit E.S.P. 2006. *Hubungan antara Tingkat Pendidikan Formal dengan Keputusan Mengakhiri Kehamilan pada Kehamilan yang Tidak Diinginkan Setelah Mendapat Konseling*. FK UNS/RS Dr. Moewardi. Sp.OG Thesis.
- Kusnadi, Darjanti L.R., Yulianto M., dkk. 2009. *Informed Consent: Pelaksanaan Share Decision-Making Dalam Pelayanan Kesehatan*. Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
- Lempu. 2008. *Cegah HIV dengan Strategi Baru*. <http://lempu.co.cc/index.php/Berita-Kesehatan/Cegah-HIV-dengan-Strategi-Baru.html>. (9 Agustus 2009).
- Liddicoat R.V., Losina E., Kang M., *et al.* 2006. Refusing HIV testing in an urgent care setting: results from the “Think HIV” program. *Mary Ann Liebert*. 20: 84-92.
- Maria D., Yuristianti G. 2000. *Jayawijaya Women And Their Children’s Health Project AusAID – World Vision – Departemen Kesehatan RI*. <http://www.papuaweb.org/dlib/lap/watch/2000-sihombong.pdf> (15 September 2009).
- Naser U. 2009. *Hubungan Antara Latar Belakang Pendidikan Formal Dengan Kesadaran Hukum Pemuda Di Desa Brenggolo Kecamatan Jatiroto Kabupaten Wonogiri Tahun 2009*. <http://ujangnaser.wordpress.com/2009/06/10/proposal-penelitian/>. (14 September 2009).

Notoatmodjo S.1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Edisi 1. Jakarta: Rhineka Cipta, p: 127.

Nursalam. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. www.ners.unair.ac.id/materikuliaah/pdf. (9 Agustus 2009).

Odhiambo J., Kizito W., Njoroge A., *et al.* 2008. Provider-initiated HIV testing and counselling for TB patients and suspects in Nairobi, Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis.* 12 (3): S63-S68.

Paxton S., Gonzales G., Uppakaew K., *et al.* 2005. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care.* 17 (4): 413-424.

Perez F., Zvandaziva C., Engelsmann B., *et al.* 2006. Acceptability of routine HIV testing (“opt-out”) in antenatal service in two rural districts of Zimbabwe. *JAIDS.* 41:514-20.

Salari P., Azizi M. 2009. The necessity of HIV testing in Iranian pregnant women and its ethical considerations. *J Med Ethics Hist Med.* 2:1.

Sonnenberg F.A. 2003. *Decision Making in Health Care : Theory, Psychology, and Applications*. www.cambridge university press.com (04 Desember 2009)

Sukmadinata N.S. 2004. *Landasan Psikologi Proses Pendidikan*. Cet ke-2. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset, pp: 3-7.

Sunggara I. 2009. *Definisi Pendidikan*. www.scribd.com/definisipendidikan. (14 September 2009).

Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. 2006. *International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance.

Wanyenze R.K., Nawavvu C., Namale A.S., *et al.* 2008. Acceptability of routine HIV counseling and testing and HIV seroprevalence in Ugandan hospitals. *Bulletin of the World Health Organization.* 86 (4):241-320.

Westheimer E.F., Urassa W., Msamanga G., *et al.* 2004. Acceptance of HIV testing among pregnant women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *JAIDS*. 37: 1197-205.

WHO. 2004. Pedoman surveilans HIV di antara pasien tuberkulosis. Edisi kedua. www.spiritia.or.id/cst/dok/tbhivwho2.pdf. (9 September 2009).

_____. 2007a. Guidance On Provider-Initiated HIV Testing and Counseling In Health Facilities. <http://aidsina.org/modules.php?name=BookCatalog&op=showbook&bid=40>. (9 Agustus 2009).

_____. 2007b. Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services Into Reproductive Health Setting. <http://www.who.int/entity/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>. (15 Agustus 2009).

_____. 2008. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. www.who.int/hiv/pub/towards_universal_access_report_2008.pdf (9 September 2009).

_____. 2009. Priority Interventions, HIV/AIDS Prevention, Treatment, and Care In Health Sector. http://www.who.int/entity/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf (15 Agustus 2009).

World Health Organization (WHO)/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2004. Policy Statement on HIV Testing. Geneva: WHO/UNAIDS. http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf (9 September 2009).

_____. 2006. WHO and UNAIDS secretariat statement on HIV testing and counseling. http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf (9 September 2009).

