

# Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Perempuan Terinfeksi HIV/AIDS

## Health Service Utilization in Women Living with HIV/AIDS

Rialike Burhan

Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu

### Abstrak

Perempuan terinfeksi *human immunodeficiency virus* dan *acquired immune deficiency syndrome* (HIV/AIDS) mempunyai permasalahan yang kompleks sehubungan dengan penyakit dan statusnya, sehingga mereka mempunyai kebutuhan yang khusus. Kebutuhan perawatan, dukungan dan pengobatan tersebut dapat diperoleh dengan mengakses pelayanan kesehatan yang tersedia untuk dapat mengoptimalkan kesehatan mereka sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap, stigma, faktor pemungkin yang meliputi jarak ke pelayanan kesehatan dan faktor penguat berupa dukungan sosial dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada perempuan terinfeksi HIV/AIDS. Rancangan penelitian menggunakan pendekatan potong lintang. Penelitian dilaksanakan di Kelompok Dukungan Sebaya *Female Plus* Kota Bandung pada bulan Juni sampai Juli 2012. Sampel penelitian berjumlah 40 orang perempuan terinfeksi HIV/AIDS. Data di analisis secara univariat, bivariat, dan multivariat. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan secara statistik yaitu usia, pendidikan, status perkawinan, status pekerjaan, faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, stigma), faktor penguat (dukungan sosial), dan faktor pemungkin yaitu jarak ke pelayanan kesehatan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor penentu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan berpeluang 60,1 kali untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

**Kata kunci:** HIV/AIDS, pemanfaatan pelayanan kesehatan, perempuan

### Abstract

Women living with HIV/AIDS have a complex problems who connection with the disease and her status, because they have special needs, for care, support and treatment can be obtained by accessing the health services available to optimize their health so as to improve the quality of life. The purpose of this study was to analyze the correlation between three factors, predisposing factors (knowledge, attitudes, stigma), enabling factors (distance

to health services), and reinforcing factors (social support) with health service utilization. This type of research was analytic with cross-sectional research approach. The research was implemented in Female Plus Peer Support Group Bandung from June until July 2012. The sample in this study were 40 women living with HIV/AIDS. Data analysis using univariate, bivariate, and multivariate. The results obtained that there were significant relationship is age, education, marital status, work, predisposing factors (knowledge, attitude, stigma), reinforcing factor (social support), and enabling factors (distance to health services were not correlated with health service utilization). Knowledge was the determinant factor to health service utilization in 60,1 times the chance to utilize health services.

**Keywords:** HIV/AIDS, health service utilization, women

### Pendahuluan

Penderita *human immunodeficiency virus* (HIV) dan *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) terus bertambah dan menyebar luas di seluruh dunia. Pada tahun 2010, ada sekitar 40,3 juta orang dengan HIV/AIDS (ODHA), sedangkan yang terinfeksi HIV baru, berjumlah 2,7 juta jiwa.<sup>1</sup> Penanggulangan HIV/AIDS tersebut menjadi salah satu target *Millenium Development Goals* (MDGs) keenam yaitu mengendalikan penyebaran HIV/AIDS yang memerlukan perhatian serius dari semua pihak untuk dapat mencapai tujuan dan sasaran yang ditetapkan pada tahun 2015.

Indonesia termasuk negara di Asia yang mengalami epidemi HIV dan AIDS dengan prevalensi yang meningkat tajam, ketika sudah masuk ke epidemi terkonsentrasi

Alamat Korespondensi: Rialike Burhan, Jurusan Kebidanan Poltekkes Kementerian Kesehatan Bengkulu, Jl. Indragiri No. 03 Padang Harapan Bengkulu, Hp. 081317446211, e-mail: rialike.81@gmail.com

dengan lebih dari 5% populasi tertentu di beberapa kota dan wilayah. Bahkan di beberapa kota dan wilayah tertentu, epidemi ini diperkirakan masuk pada populasi umum yang belum menunjukkan penurunan meskipun upaya penanggulangan HIV dan AIDS telah dilaksanakan oleh masyarakat, LSM, dan pemerintah.<sup>2</sup>

Jumlah kumulatif kasus HIV tahun 1987 – 2011 adalah 76.879 kasus dan jumlah kasus AIDS adalah 29.879 kasus. Jumlah kasus HIV tertinggi dilaporkan di DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, dan Sumatera Utara, dengan proporsi kasus pada laki-laki sekitar 70,8% dan perempuan sekitar 28,2%. Jawa Barat merupakan propinsi dengan jumlah ODHA terbanyak keempat di Indonesia. Pada tahun 2009, jumlah ODHA mencapai 3.233 orang dan meninggal 588 orang (18,19%). Di tahun 2010, jumlah ODHA mencapai 3.710 dan sampai dengan September 2011 terdapat 6.297 kasus. Peningkatan ini disebabkan oleh tingginya penggunaan narkoba suntik. Dari 3.710 kasus, 2.695 kasus (72,6%) diantaranya merupakan akibat dari penggunaan jarum suntik bersama. Pada tahun 1991 – 2011, Kota Bandung mempunyai estimasi ODHA sejumlah 3.871 orang. Hingga saat ini kasus yang telah ditemukan sebanyak 2.656 kasus, dengan 1.265 kasus HIV dan 1.391 kasus AIDS.<sup>3</sup> Bersamaan dengan berjalannya waktu dan interaksi sosial di dalam masyarakat, HIV/AIDS semakin banyak ditemukan di masyarakat umum terutama pada ibu rumah tangga dan bayi. Kenaikan kasus HIV pada ibu rumah tangga di Indonesia, dari tahun 2006 sebesar 628 kasus, pada tahun 2010, meningkat menjadi 2.045 kasus. Di Kota Bandung, tercatat 265 kasus pada ibu rumah tangga saat ini. Kasus pada perempuan seks komersil sebanyak 122 kasus dan 88 kasus pada anak-anak.<sup>2</sup>

Kegiatan perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP) bagi ODHA dapat diperoleh di rumah sakit, puskesmas dan tempat yang telah ditunjuk oleh pemerintah. Kota Bandung mempunyai 17 fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan tes HIV, 8 fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan PDP dan 5 satelit aktif.<sup>3</sup> Pelaksanaan PDP dapat dengan mudah diakses apabila telah melalui *Voluntary counselling test* (VCT), karena VCT merupakan pintu masuk yang penting untuk pencegahan sekaligus jembatan untuk mengakses layanan manajemen kasus bagi ODHA dengan tujuan agar tidak menularkan kepada orang lain dan untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya.<sup>4</sup> Sejak tahun 1993, pemerintah menyediakan klinik VCT tetapi pemanfaatannya masih sangat rendah. Akhir Desember 2006, hanya 8.197 kasus atau sekitar 4% dari perkiraan 193.030 ODHA yang memanfaatkan klinik VCT.<sup>5</sup> Sampai dengan Juni 2011, pemanfaatan untuk obat anti retro viral (ARV) hanya 55,7% dari 55.516 yang seharusnya menggunakan ARV.<sup>3</sup>

Pemanfaatan pelayanan pada penderita HIV/AIDS merupakan salah satu bentuk perilaku mencari pelayanan kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang kurang tersebut kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi faktor predisposisi yang dapat terwujud dalam pengetahuan, sikap, stigma, kepercayaan, nilai; faktor pemungkin yang terwujud dalam ketersediaan sarana, prasarana, aksesibilitas dan kemudahan pencapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak, biaya, ketersediaan sarana transportasi, dan keberadaan peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut; serta faktor penguat seperti sikap dan perilaku keluarga, petugas kesehatan, tokoh masyarakat.<sup>6</sup> Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor predisposisi faktor pemungkin, faktor penguat yang berhubungan dan faktor yang menjadi penentu pemanfaatan pelayanan kesehatan pada perempuan terinfeksi HIV/ AIDS.

## Metode

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian potong lintang, dengan sampel perempuan terinfeksi HIV/AIDS di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) *Female Plus* Kota Bandung sebanyak 40 orang. Pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling* melalui undian, dengan kriteria inklusi yaitu ODHA perempuan berumur  $\geq 18$  tahun, pernah memanfaatkan layanan kesehatan di Kota Bandung dalam satu tahun terakhir, mengerti bahasa Indonesia, sedangkan kriteria eksklusi yaitu subjek penelitian dalam keadaan berat dan secara fisik tidak mampu mengisi kuesioner. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner yang di modifikasi dari *perceived social support questionnaire*.<sup>7,8</sup> Analisis data menggunakan uji kai kuadrat dan regresi logistik ganda.

## Hasil

Distribusi statistik dari berbagai variabel yang diukur dalam penelitian ini dibuat ke dalam dua kategori, yaitu rendah jika nilai skor kurang dari sama dengan median dan tinggi jika nilai skor lebih dari median untuk digunakan pada analisis variabel penelitian selanjutnya (Tabel 1).

Perempuan terinfeksi HIV/AIDS yang tinggi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan berumur  $> 35$  tahun

Tabel 1. Deskripsi Statistik Variabel Penelitian

Variabel	Ukuran Statistik			
	Mean	SD	Median	Rentang
Skor pemanfaatan pelayanan kesehatan	25,3	4,7	24	15–36
Skor pengetahuan	13,9	1,0	14	11–15
Skor sikap	31,8	3,6	32	26–39
Skor dukungan sosial	14,4	4,7	14	3–22

Tabel 2. Karakteristik Subjek dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

		Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan				
Karakteristik	Kategori	Rendah		Tinggi		Nilai p
		n	%	n	%	
Usia	21–35 tahun	19	70,4	8	29,6	0,001
	> 35 tahun	2	15,4	11	84,6	
Pendidikan	Dasar	10	71,4	4	28,6	0,013
	Menengah	6	30,0	14	70,0	
	Tinggi	5	83,3	1	16,7	
Status perkawinan	Menikah	10	43,5	13	56,5	0,004
	Janda/tidak menikah	14	82,4	3	17,6	
Status pekerjaan	Tidak bekerja	17	70,8	7	29,2	0,004
	Bekerja	4	25,0	12	75,0	

Tabel 3. Faktor Predisposisi, Pemungkin, dan Penguat dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

		Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan				
Variabel	Kategori	Rendah		Tinggi		Nilai p
		n	%	n	%	
Predisposisi						
Pengetahuan	Rendah	17	73,9	6	26,1	0,002
	Tinggi	4	23,5	13	76,5	
Sikap	Negatif	14	73,7	5	26,3	0,011
	Positif	7	33,3	14	66,7	
Stigma	Tidak ada stigma	20	64,5	11	35,5	0,005
	Ada stigma	1	11,1	8	88,9	
Pemungkin						
Jarak pelayanan	Dekat	5	38,5	8	61,5	0,217
	Jauh	16	59,3	11	40,7	
Penguat						
Dukungan Sosial	Tidak mendukung	18	69,2	8	30,8	0,004
	Mendukung	3	21,4	11	78,6	

(84,6%), berpendidikan menengah (70%), berstatus menikah (56,5%), dan bekerja (75%). Usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan status pekerjaan berhubungan bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, hasil ini dibuktikan dengan nilai  $p < 0,05$  (Tabel 2).

Perempuan terinfeksi HIV/AIDS dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tinggi mempunyai pengetahuan yang tinggi (76,5%) dan mempunyai sikap positif (66,7%). Sekitar 88,9% ditemukan masih ada stigma di pelayanan kesehatan tetapi memanfaatkan pelayanan kesehatan, yang mendapat dukungan sosial, memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi daripada yang tidak mendapat dukungan. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, stigma, dan dukungan sosial dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (nilai  $p < 0,05$ ). Kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tinggi bagi yang rumahnya dekat ke pelayanan kesehatan, tetapi tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara jarak rumah ke pelayanan kesehatan de-

ngan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Tabel 3).

Pengetahuan menjadi variabel penentu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan pada perempuan dengan HIV/AIDS. Uji dengan logistik ganda, akurasi model 80%. Nilai  $p$  untuk variabel lainnya adalah umur ( $p = 0,337$ ), pendidikan ( $p = 0,370$ ), pekerjaan ( $p = 0,146$ ), dan stigma ( $p = 0,866$ ) (Tabel 4).

### Pembahasan

Keterbatasan penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang dengan jumlah sampel yang kecil dan hanya di lakukan di KDS *Female Plus* sehingga hasil penelitian tidak dapat menggambarkan seluruh populasi perempuan terinfeksi HIV/AIDS yang ada di Kota Bandung. Ada hubungan bermakna antara usia dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Perempuan terinfeksi HIV/AIDS dengan umur  $\geq 35$  tahun (84,6%) lebih tinggi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dibandingkan yang berusia 21 – 35 tahun (70,4%). Penelitian sebelumnya, usia memengaruhi pemanfaatan pelayanan

Tabel 4. Analisis Multivariat Model Akhir Status Perkawinan, Pengetahuan, Sikap, Jarak dan Dukungan Sosial dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Variabel	Koefisien	B	Nilai p	OR	95% CI
Status Perkawinan	-4,273	1,842	0,020	0,014	0,000–0,516
Pengetahuan	4,096	1,737	0,018	60,092	1,996–1809,435
Sikap	3,275	1,522	0,035	26,454	1,264–553,621
Jarak	-2,569	1,421	0,071	0,077	0,005–1,240
Dukungan Sosial	2,986	1,374	0,030	19,806	1,340–292,672

kesehatan dan merupakan determinan dari peningkatan kejadian penyakit dan perubahan pola morbiditas dan menjadi penentu terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan.<sup>9,10</sup> Ada hubungan yang signifikan dengan kunjungan ke klinik perawatan pada perempuan dengan HIV/AIDS usia <40 tahun karena banyaknya permasalahan ginekologi yang dialami.<sup>11</sup> Pada penelitian lain, usia tidak berhubungan bermakna dengan pemanfaatan VCT di Kota Medan.<sup>12</sup> Usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan merupakan faktor sosiodemografi yang selalu ditemukan dan berpengaruh dalam mencari pelayanan kesehatan.<sup>10,13</sup> Usia merupakan variabel penting karena secara fisiologis kebutuhan orang yang berusia tua terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi dari orang yang berusia muda.

Penelitian menemukan mereka yang memanfaatkan pelayanan kesehatan rata-rata berpendidikan menengah (SMU/ sederajat). ODHA yang mempunyai tingkat pendidikan menengah ke atas sampai perguruan tinggi lebih sering mengunjungi fasilitas kesehatan daripada yang berpendidikan rendah.<sup>7</sup> Di Nigeria, pendidikan tinggi akan meningkatkan akses terapi ARV.<sup>14</sup> Tingkat pendidikan merupakan faktor utama dalam meningkatkan efisiensi dalam permintaan pelayanan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mungkin seseorang mengenali lebih dini gejala suatu penyakit dan meningkatkan keinginan untuk mencari pengobatan. Tingkat pendidikan sesuai dengan pengetahuan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya.<sup>13</sup> Penelitian lain menemukan pendidikan tidak berhubungan signifikan dengan akses ke pelayanan kesehatan, yang berhubungan adalah tempat tinggal dan janji temu dengan tenaga kesehatan.<sup>15</sup>

Perempuan terinfeksi HIV/AIDS yang berpendidikan tinggi ternyata rendah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pemanfaatan yang rendah ini kemungkinan disebabkan oleh faktor lain seperti rasa malu, ketidakbukaan terhadap status penyakit, sikap terhadap penyakit dan pelayanan kesehatan, dan kurang mendapat dukungan sosial. Perilaku pencarian pengobatan harus didukung oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendukung. Pendidikan hanya merupakan satu mata rantai yang dapat memengaruhi persepsi seseorang

dan mendukung perilaku pencarian pengobatan.<sup>6</sup>

Ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan akses terapi ARV di pelayanan kesehatan. Penderita HIV yang menikah cenderung mempunyai sikap yang positif sehingga akses dan kepatuhan pada terapi ARV meningkat.<sup>14</sup> Status perkawinan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi individu dalam pencarian pengobatan. Orang yang belum menikah atau diceraikan lebih banyak mencari pengobatan daripada yang berstatus menikah.<sup>16</sup> Pemanfaatan yang rendah pada ibu yang berstatus janda atau belum menikah mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti ketidakbukaan terhadap status penyakit, faktor ekonomi karena tidak ada penghasilan sejak ditinggal pasangan, dan tidak bekerja. Walaupun obat ARV saat ini disediakan gratis oleh pemerintah, tetapi untuk mengakses pelayanan perawatan lain tetap memerlukan biaya.

ODHA yang tidak mempunyai pekerjaan karena diberhentikan/mengundurkan diri dengan terpaksa mencapai 45%.<sup>17</sup> Studi lain mengemukakan bahwa banyak yang menutup statusnya karena tidak ingin kehilangan pekerjaan sehingga tetap dapat memenuhi kebutuhan finansial dan perawatan ke fasilitas kesehatan.<sup>18</sup> Pada penelitian ini, perempuan terinfeksi HIV/AIDS yang bekerja, umumnya menutupi status penyakit dan sebagian yang mendapatkan bantuan dana untuk modal usaha dari KPA Kota Bandung mengemukakan bahwa bantuan yang diberikan, membuat mereka berwirausaha, terlebih bagi yang berstatus janda dan menjadi tulang punggung keluarga. Mereka harus memenuhi kebutuhan hidup dan keluarga serta kebutuhan perawatan kesehatan mereka.

Mereka yang mempunyai pengetahuan tinggi berpeluang 60,1 kali lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS mengubah perilaku dan dapat mengendalikan kondisi penyakit sehingga dapat hidup lebih lama serta cenderung patuh minum obat ARV.<sup>7,19</sup> Pengetahuan tentang ketersediaan pelayanan di fasilitas kesehatan mendorong lebih baik memanfaatkannya.<sup>20</sup> Pemberian pengetahuan tentang HIV diperlukan untuk mencegah infeksi baru dengan mengajarkan cara mencegah penularan virus kepada orang lain. Selain itu, memungkinkan dan memberdayakan penderita HIV/AIDS untuk me-

meningkatkan mutu hidup, serta kebutuhan dasar tentang informasi dasar HIV dan pengobatan, supaya orang dengan HIV dapat mengakses layanan medis dan pengobatan HIV.<sup>20</sup>

Pengetahuan yang tinggi, biasanya berhubungan dengan tingkat pendidikan yang tinggi. Pengetahuan juga dibutuhkan untuk mendapatkan dukungan emosional dan dukungan praktis. Pengetahuan yang perlu diketahui oleh penderita HIV/AIDS adalah tindakan praktis, cara mendapatkan dan menggunakan kondom, cara menyamakan dan mempraktikkan seks aman, mencegah infeksi dalam lingkungan medis/ ketika menggunakan narkoba suntik.<sup>14,20</sup>

Sikap yang positif meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan 26,45 kali lebih besar. Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, sekitar 77% penderita HIV di Nigeria mempunyai sikap yang positif dengan kepatuhan terapi ARV.<sup>14</sup> Di Namibia, sikap yang positif akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>21</sup> Sikap berpengaruh langsung terhadap perilaku, lebih berupa predisposisi perilaku yang hanya akan direalisasikan apabila kondisi dan situasi memungkinkan. Sikap akan berubah dengan akses terhadap informasi melalui persuasif/tekanan dari kelompok sosial, seseorang sering bertindak bertentangan dengan sikap.<sup>22</sup>

Pengambilan keputusan untuk mencari pengobatan dipengaruhi pula oleh faktor pendorong, yang dapat terjadi secara sendiri/bersama, tergantung dari nilai, kepercayaan, dan sikap berupa tingkat keparahan penyakit, interaksi sosial, keadaan seseorang yang merasa gejala penyakit mengganggu aktivitas sosial, dukungan sosial/orang lain yang menganjurkan mencari pengobatan, persepsi bahwa gejala tersebut memengaruhi aktivitas fisik, dan memutuskan mencari pengobatan, apabila gejala tidak berkurang dalam waktu tertentu.<sup>23</sup>

Sekitar 88,9% perempuan terinfeksi HIV/AIDS masih merasakan stigma di pelayanan kesehatan, tetapi tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sekitar 64,5% perempuan mengemukakan tidak ada stigma tetapi rendah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Analisis multivariat menemukan hubungan antara stigma dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Stigma tidak menghalangi penderita HIV/AIDS di Namibia untuk tetap menggunakan pelayanan kesehatan berbasis rumah yang didasari oleh pengetahuan yang tinggi mengenai penyakit HIV dan sikap yang positif terhadap tempat pelayanan.<sup>21</sup> Di Vietnam, stigma personal memengaruhi frekuensi kunjungan penderita HIV/AIDS ke pelayanan kesehatan setiap bulan.<sup>7</sup> Stigma di pelayanan kesehatan dapat menghambat pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta berpengaruh pada kepercayaan, pengetahuan tentang HIV/AIDS dan menurunkan rasa percaya diri.<sup>10,23</sup>

Pelayanan kesehatan di KDS *Female Plus* yang tetap dimanfaatkan, kemungkinan dipengaruhi oleh penge-

tahan yang tinggi tentang penyakit HIV/AIDS, sikap yang positif dan dukungan keluarga dan teman-teman di KDS membuat kesadaran tentang pentingnya mengakses pelayanan kesehatan dan mengabaikan stigma yang mereka rasakan di pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh sebagian besar perempuan terinfeksi HIV/AIDS dengan jarak rumah yang dekat dengan tempat pelayanan kesehatan tampak tinggi, tetapi tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara jarak dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, (nilai  $p > 0,05$ ). Jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, semakin jauh tempat tinggal dari tempat pelayanan kesehatan akan semakin mahal. Jarak tidak membatasi kemampuan dan kemauan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena Kota Bandung mempunyai sarana transportasi yang lancar. Walaupun jarak jauh, harus mengeluarkan biaya ekstra, dan menempuh perjalanan yang lama, mereka tetap datang minimal satu bulan sekali untuk mengambil obat ARV. Di Afrika Selatan, ODHA di Kwazulu Natal rumah yang berjarak 1 – 20 km dari fasilitas pelayanan kesehatan, pemanfaatan meningkat sekitar 2%, sedangkan untuk yang berjarak 50 km yang mengakses hanya sekitar 50%.<sup>24</sup> Jarak biasanya juga berkaitan dengan akses pelayanan yang diinginkan, status sosial ekonomi, penyakit infeksi yang diderita selain HIV dan usia.<sup>25</sup>

Sekitar 78,6% perempuan terinfeksi HIV/AIDS yang mendapatkan dukungan dari orang-orang disekitarnya memanfaatkan pelayanan kesehatan. Mereka yang mendapat dukungan sosial berpeluang 19,8 kali lebih tinggi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dukungan sosial membuat penderita HIV/AIDS merasa tidak sendiri dan masih disayangi, mempunyai pengetahuan yang tinggi dengan saling berbagi informasi terkait HIV/AIDS, meningkatkan kepatuhan terapi ARV. Pada akhirnya, memberdayakan diri sendiri dan meningkatkan mutu hidup.<sup>12,20,21</sup> Di Nigeria, penderita HIV/AIDS yang mendapat dukungan dan tergabung di dalam kelompok dukungan cenderung mempunyai sikap yang positif dan teratur mengakses pelayanan kesehatan.<sup>14</sup> Dukungan sebaya meningkatkan pengetahuan HIV/AIDS para anggota karena dukungan sebaya memungkinkan terjadi komunikasi dengan ketersediaan tempat belajar dan informasi HIV/AIDS terkini melalui diskusi dengan tenaga kesehatan dan seminar. Keterbukaan dan rasa nyaman membuat mereka lebih mudah menerima informasi.<sup>22</sup>

Sepanjang hidup perempuan terinfeksi HIV/AIDS harus bersama dengan penyakit yang diderita, perempuan yang mengikuti terapi ARV menjalaninya seumur hidup. Tidak terbayang rasa jenuh yang mungkin timbul dan efek samping obat yang diminum. Mereka memerlukan dukungan sosial dan perawatan dari orang untuk selalu mengingatkan meminum obat, mencegah kega-



galan terapi, infeksi oportunistik serta rutin melakukan pemeriksaan kesehatan.

### Kesimpulan

Pengetahuan yang baik tentang penyakit HIV/AIDS dan sikap yang positif terhadap pelayanan kesehatan berhubungan positif dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, walaupun masih terdapat stigma di pelayanan kesehatan. Semakin tinggi dukungan sosial yang diterima akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada perempuan terinfeksi HIV/AIDS.

### Saran

Pengetahuan para perempuan terinfeksi HIV/AIDS yang berkenaan dengan informasi terbaru tentang penyakit HIV/AIDS dan pelayanan kesehatan reproduksi perlu ditingkatkan. Program untuk menghapus stigma dan diskriminasi pada ODHA, terutama di kalangan tenaga kesehatan dan masyarakat umum perlu dilanjutkan.

### Daftar Pustaka

1. United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic. WHO Library Cataloguing; 2010.
2. Komisi Penanggulangan AIDS. Laporan KPA nasional tahun 2010. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS; 2011.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan September 2011. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2012.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA: buku pedoman untuk petugas kesehatan dan petugas lainnya. Jakarta: Departemen Kesehatan R. I Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2006.
5. South East Asia Region Organization. HIV/AIDS in the South-East Asia Region 2007 [diakses tanggal 17 Maret 2012]. Diunduh dalam: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications\\_HIV\\_AIDS\\_Reports\\_2007.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_HIV_AIDS_Reports_2007.pdf)
6. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
7. Sarason I, Levine H, Basham R, Sarason B. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983; 44: 127-39.
8. Yadav S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*. 2010; 19(2): 157-66.
9. Yagyu F. Factor affecting utilization of facilities caring for HIV/AIDS in Ho Chi Minh City, Vietnam [diakses tanggal 12 Februari 2012]. Diunduh dalam: <http://www.hsph.harvard.edu/research/takemi/files/RP259.pdf>
10. Mbonu NC, Bart VDB, Nanne KDV. The experiences and complexities of care-seeking behavior of people living with HIV/AIDS: a qualitative study in Nigeria. Maastricht University The Netherlands; 2010.
11. Tello MA, Chieh YH, Keller JM, Beach MC, Anderson JR, Moore RD. HIV Women's Health: A Study of gynecological healthcare service utilization in a US Urban Clinic Population. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008; 17(10): 1609-14.
12. Khairurrahmi. Pengaruh faktor predisposisi, dukungan keluarga dan level penyakit orang dengan HIV/AIDS terhadap pemanfaatan VCT di kota Medan [tesis]. Medan: USU Repository Universitas Sumatera Utara; 2009.
13. Folland S, Goodman AC, Stanom. The economics of health and health care. 2nd edition. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
14. Afolabi MO, Ijadunola KT, Fatusi AO, Olosode O. Knowledge of and attitude towards antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9(3): 201-8.
15. Kipgen J, Yesudian CAK, Marrone G, Lundborg CS. Health service utilization among widows living with HIV/AIDS: an interview survey in Manipur India. *Asia Europe Journal*. 2011; 8: 485-97.
16. Smet B. Psikologi kesehatan. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia; 1994.
17. American Psychological Association. HIV/AIDS and sosio economic status. [cited 2012 Jan 20]. Available from: <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-hiv-aids.aspx>.
18. FACT. HIV and AIDS education [cited 2012 Jan 10]. Available from: <http://www.factlv.org/education.htm>
19. Mahardining AB. Hubungan antara pengetahuan, motivasi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA (bimbingan LSM Graha Mitra Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2010; 5(2).
20. Komisi Penanggulangan AIDS. ODHA dan akses pelayanan kesehatan dasar, penelitian partisipatif. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS; 2006.
21. Oguntibeju OO, Ndalumbo KT, Nthabu MM. People living with HIV/AIDS and the utilisation of home based care services. *African Journals of Microbiology Research*. 2011; 5(20): 2438-46.
22. Spiritia. Peran dukungan sebaya terhadap peningkatan mutu hidup ODHA di Indonesia tahun 2011. Jakarta: Spiritia; 2011.
23. Li L, Sung-Jae L, Panithee T, Chuleepom J, Mary JRB. Stigma, social support and depression among people living with HIV in Thailand. NIH Public Access; 2010.