

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Jumlah kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun di seluruh bagian dunia terus meningkat meskipun berbagai upaya preventif terus dilaksanakan. Tidak ada negara yang tidak terkena dampak penyakit ini. Pada akhir tahun 2006, sebanyak 39,5 juta orang menderita HIV dan 4,3 juta orang merupakan penderita baru pada tahun tersebut. Oleh sebab itu dibutuhkan suatu solusi untuk mengatasi masalah tersebut dan butuh suatu teknologi untuk menekan jumlah orang yang terinfeksi. Khitan pada pria adalah salah satu metode yang potensial untuk menekan angka infeksi (Monitoring AIDS Pandemic, 2004).

Pada tahun 2004, Wilayah Asia Pasifik 60% adalah populasi dunia, 19% pria, wanita dan anak-anak yang hidup dengan HIV. Tingkat infeksi terbilang rendah dibandingkan dengan beberapa benua lain, terutama Afrika. Sebanyak 5,2 juta pria, 2 juta perempuan, dan 168,000 anak-anak hidup dengan HIV. Laporan menurut pemantauan jaringan epidemi AIDS (jaringan internasional epidemiologi dan profesional kesehatan masyarakat yang berkontribusi data dan analisis di kapasitas individu) (Monitoring AIDS Pandemic, 2004).

Di Indonesia, jumlah penderita HIV/AIDS terus meningkat dari tahun ke tahun, tetapi jumlah kasus baru yang terinfeksi HIV/AIDS relatif stabil bahkan cenderung menurun. Menurut Laporan HIV-AIDS Triwulan II Tahun 2012, didapatkan jumlah kasus baru HIV pada triwulan kedua (April-Juni

2012) sebanyak 3.892 kasus dan jumlah kasus kumulatif HIV pada Januari 1987- Juni 2012 sebanyak 86.762 kasus. Sedangkan kasus baru AIDS pada triwulan kedua (April-Juni 2012) sebanyak 1.673 kasus dan jumlah kasus kumulatif AIDS pada Januari 1987- Juni 2012 sebanyak 32.103 kasus. Pada kasus baru HIV, propinsi Jawa Tengah menduduki peringkat ke-7 se-Indonesia dan pada kasus baru AIDS, propinsi Jawa Tengah menduduki peringkat ke-2 se-Indonesia.

Epidemi HIV/AIDS di Indonesia telah bergerak dari suatu tingkat epidemi yang rendah yaitu prevalensi  $< 1\%$  ke arah tingkat epidemi dimana pada kelompok risiko tinggi tertentu telah melebihi angka 5% (Dinkes, 2014).

Faktor resiko yang diperkirakan dapat meningkatkan angka kejadian HIV/AIDS di antaranya, lingkungan sosial, khususnya lingkungan menengah kebawah (kemiskinan), pendidikan, perilaku, sosial, budaya atau suku. Di negara berkembang, seperti di Indonesia, pendapatan seseorang berpengaruh pada konsumsi sehari-hari. (Nurzakiah et.al, 2010). Seorang dengan status HIV/AIDS, sangat sulit untuk mereka mencari pekerjaan, sehingga memungkinkan mengambil tindakan yang salah, seperti menjadi WPS atau gigolo, yang efeknya dapat menularkan kepada yang lain.

Hasil penelitian Stanhope dan Lancaster (2000), mengemukakan bahwa faktor sosial yang berkaitan dengan kurangnya pengetahuan disebabkan oleh kurangnya informasi tentang penyebab terjadinya penularan infeksi HIV/AIDS, hal ini menyebabkan individu salah dalam bersikap dan berperilaku. Faktor sosial juga berkaitan dengan kemampuan masyarakat mendapatkan sumber-sumber informasi baik formal maupun informal. Kurangnya pengetahuan terhadap informasi khususnya masalah

kesehatan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku, sehingga cenderung melakukan tindakan yang berisiko terhadap masalah kesehatan.

Dari segi pendidikan perlu pemahaman khususnya pada perilaku seksual remaja. Kurangnya pemahaman tentang perilaku seksual pada remaja dapat merugikan bagi remaja itu sendiri termasuk keluarganya, sebab masa remaja mengalami perkembangan yang penting yaitu kognitif, emosi, sosial dan seksual (Soetjningsih, 2010). Direktur Eksekutif Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia menyatakan bahwa penularan HIV dan AIDS paling tinggi akibat hubungan seksual dengan lawan jenis (Nasronudin, 2007).

Adapun perilaku seksual pra-nikah pada remaja yang berganti-ganti pasangan dan pengetahuan yang kurang terhadap HIV/AIDS. Tidak sedikit orang melakukan seks tanpa memakai pengaman, yang berakibat resiko tertular penyakit HIV/AIDS makin tinggi. Pasangan seks yang sudah terinfeksi virus HIV/AIDS dapat menularkan virus kepada pasangannya (Petrus, 1997).

Selain perilaku seksual para remaja, faktor pergaulan juga dapat memicu seseorang untuk terkena penyakit HIV/AIDS. Hal ini juga dijelaskan oleh Papalia, Olds dan Feldman (1998), bahwa lingkungan tempat tinggal remaja, sangat berpengaruh pada perkembangan remaja. Seorang yang terkena HIV/AIDS tidak dengan mudah diidentifikasi, sehingga seorang yang sudah terkena virus tidak menyadari bahwa dirinya sudah terinfeksi virus tersebut, dan tanpa sadar dapat menularkan virus tersebut ke orang lain (Waluyo A, 2011).

Dari hasil penelitian dan Beberapa teori diatas, dapat di simpulkan bahwa lingkungan yang buruk cenderung mendorong seseorang untuk berbuat negatif. Pengaruh lingkungan soial sangat berdampak serius terhadap remaja. Siswa atau remaja selalu mengikuti perkembangan gaya hidup yang terus berubah kearah yang lebih bebas dan jauh dari norma-norma dan nilai-nilai agama. Untuk itu diperlukan pengawasan yang lebih baik dari orang tua terhadap anak,dan di sekolah diharapkan memberikan informasi yang berkelanjutan khususnya tentang HIV/AIDS (Waluyo A, 2011).

Seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS sangat mempengaruhi keluarga dan lingkungan, mereka akan merasa terkucilkan atau memisahkan diri dari masyarakat, sehingga mempengaruhi masa depannya.

Dari berbagai sumber, faktor karakteristik berperan untuk terjadinya penyebaran HIV. Oleh karna itu penelitian ini berupaya untuk melihat hubungan karakteristik dan tingakat pengetahuan pada pasien HIV di poliklinik Rumah Sakit Umum Daerah dr. Saiful Anwar malang (RSSA).

## 1.2 Rumusan Masalah

- a. Apakah ada hubungan karakteristik pasien HIV/AIDS dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar malang?
- b. Bagaimanakah tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada pasien HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar malang?
- c. Apakan yang berpengaruh dalam penularan HIV/AIDS pada pasien di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar?

### 1.3 Tujuan

- a. Mengetahui hubungan karakteristik pasien HIV/AIDS dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar malang
- b. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada pasien HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar malang
- c. Untuk mengetahui pengaruh dalam penularan HIV/AIDS pada pasien di poliklinik RSUD Dr. Saiful anwar

### 1.4 Manfaat

Penelitian ini di harapkan akan bermanfaat untuk :

- a. Bagi Masyarakat Umum

Dapat mengetahui hubungan karakteristik pasien HIV/AIDS dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS terhadap kejadian infeksi HIV/AIDS, sehingga dapat bermanfaat sebagai perbaikan kualitas hidup pada masyarakat.

- b. Bagi Peneliti

Memberikan informasi yang lebih dalam tentang infeksi pada HIV/AIDS, dan bermanfaat sebagai salah satu syarat kelulusan untuk mendapat gelar Sarjana.

- c. Bagi Akademik

Memberikan gambaran faktor penyebab HIV/AIDS dan memberikan informasi mengenai hubungan karakteristik pasien HIV/AIDS dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada pasien HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar, sehingga bermanfaat bagi penelitian selanjutnya.

d. Bagi Medis

Menjadikan sarana dalam mencari sebab masalah kesehatan. Dengan demikian akan memudahkan pencarian alternatif pemecahan masalah-masalah tersebut.



## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### 2.1 Definisi HIV/AIDS

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk famili *retroviride*. AIDS tahap akhir dari infeksi HIV (Sudoyo W, 2009).

HIV adalah virus sitopatik diklasifikasi dalam famili *Retroviridae*, subfamili *Lentivirinae*, genus *Lentivirus*, termasuk virus RNA dengan berat molekul 9,7 kb (kilobases) (Nasronudin, 2007).

#### 2.2 Epidemiologi

Penularan HIV/AIDS terjadi akibat melalui cairan tubuh yang mengandung virus HIV yaitu melalui hubungan seksual, baik homoseksual maupun heteroseksual, jarum suntik pada pengguna narkoba, transfusi komponen darah dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayi yang dilahirkannya. Oleh karena itu kelompok resiko tinggi terhadap HIV/AIDS misalnya pengguna narkoba, pekerja seks komersil dan pelanggannya, serta narapidana (Sudoyo W, 2009).

Infeksi HIV/AIDS saat ini telah mengenai semua golongan masyarakat, baik kelompok resiko tinggi maupun masyarakat umum. Jika pada awalnya, sebagian besar ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) berasal dari kelompok homoseksual, maka kini telah terjadi pergeseran dimana

presentase penularan pada heteroseksual dan pengguna narkoba semakin meningkat. Beberapa bayi yang terbukti tertular HIV dari ibunya menunjukkan tahap yang lebih lanjut dibanding tahap penularan pada heteroseksual (Sudoyo W, 2009).

Di seluruh dunia pada tahun 2013 ada 35 juta orang hidup dengan HIV yang terdiri dari 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 (Robbins, 2013).

Di Indonesia, HIV/AIDS pertama kali ditemukan di provinsi Bali pada tahun 1987. Hingga saat ini HIV/AIDS sudah menyebar di 386 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Berbagai upaya penanggulangan sudah dilakukan oleh pemerintah bekerjasama dengan berbagai lembaga di dalam negeri dan luar negeri (Depkes, 2014).



**Gambar 2.1** Jumlah kasus HIV/AIDS tahun 1987 sampai dengan september 2014

**Sumber Gambar: Depkes, 2014**

Gambar 2.1 memperlihatkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus HIV dari tahun ke tahun sejak pertama kali di laporkan (tahun 1987). Sebaliknya jumlah kasus AIDS menunjukkan kecenderungan meningkat secara perlahan bahkan sejak tahun 2012 jumlah kasus AIDS turun. Jumlah kumulatif penderita HIV dari tahun 1987 sampai September 2014 sebanyak 150.296 orang, sedangkan total kumulatif AIDS sebanyak 55.799 orang (Depkes, 2014).

Fakta yang paling mengkhawatirkan adalah bahwa peningkatan infeksi HIV yang semakin nyata pada pengguna narkoba. Padahal sebagian besar ODHA yang merupakan pengguna narkoba adalah remaja dan usia dewasa muda yang merupakan kelompok usia produktif. Anggapan bahwa pengguna narkoba hanya berasal dari keluarga *broken home* dan kaya juga tampaknya semakin luntur. Pengaruh teman sebaya (*peer group*) tampaknya lebih menonjol (Sudoyo W, 2009).

Surveilans pada donor darah dan ibu hamil biasanya digunakan sebagai indikator untuk menggambarkan infeksi HIV/AIDS pada masyarakat umum. Jika pada tahun 1990 belum ditemukan darah donor di Palang Merah Indonesia (PMI) yang tercemar HIV, maka pada periode selanjutnya ditemukan infeksi HIV yang jumlahnya makin lama makin meningkat. Presentase kantung darah yang dinyatakan tercemar HIV adalah 0,002% pada periode 1992/1993, 0,003% pada periode 1994/1995, 0,004% pada periode 1998/1999 dan 0,016% pada tahun 2000 (Sudoyo W, 2009).

### 2.3 Etiologi

AIDS disebabkan oleh HIV, suatu retrovirus pada manusia yang termasuk dalam famili *lentivirus* (termasuk pula virus imuno defisiensi pada

kucing, kera, visna virus pada domba, dan virus anemia infeksiosa pada kuda). Seperti sebagian besar retrovirus, virion HIV-1 berbentuk sferis dan mengandung inti berbentuk kerucut yang padat elektron dan dikelilingi oleh selubung lipid yang berasal dari membran sel pejamu (Robbins, 2013).

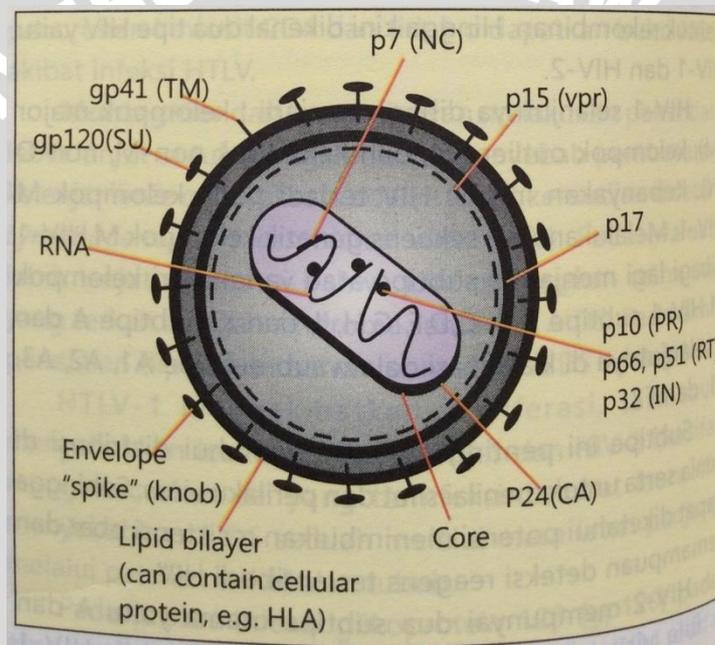
Inti virus tersebut mengandung (1) kapsid utama protein p24;(2) nukleokapsid protein p7/p9;(3) dua salinan RNA genom, dan (4) ketiga enzim virus (*protease, reverse transcriptase*, dan *integrase*). P dua puluh empat adalah anti virus yang paling mudah dideteksi sehingga menjadi sasaran antibodi yang di gunakan untuk mendiagnosis infeksi HIV dalam penapisan darah. Inti virus dikelilingi oleh matriks protein yang disebut matriks p17, yang terletak dibawah selubung virion. Selubung virion itu sendiri tersusun atas dua glikoprotein virus (gp120 dan gp41) yang sangat penting untuk infeksi HIV pada sel (Robbins, 2013).

Analisis molekuler terhadap isolat virus yang berbeda menunjukkan banyaknya keragaman diberbagai bagian genom HIV. Hal ini disebabkan oleh validitas polimerase virus yang relatif rendah. Sebagian besar variasi tersebut mengelompok pada selubung glikoprotein, karna respon imun yang melawan HIV-1 diarahkan pada selubungnya, sehingga struktur antigen yang sangat beragam tersebut menimbulkan suatu hambatan untuk pengembangan vaksin (Robbins, 2013).

Berdasarkan analisis molekuler, HIV-1 dapat dibagi menjadi dua kelompok yang lebih luas, yang disebut, M (*major*), O (*outlier*). Virus kelompok M, bentuk yang lebih umum dijumpai, dibagi lebih lanjut kedalam subtipe (disebut *clades*), yang diberi nama dari A sampai J. *Clades* tersebut berbeda-beda dalam sebaran geografinya, B adalah bentuk umum yang

paling ditemukan di Eropa Barat serta Amerika Serikat dan E paling umum ditemukan di Thailand (Robbins, 2013).

*Clade* E terutama tersebar melalui kontak heteroseksual, kemungkinan karena kemampuan untuk menginfeksi sel dendrit subepitel vagina . sebaliknya *clade* B sulit tumbuh dalam sel dendrit dan mungkin paling baik ditularkan melalui monosit dan limfosit yang terinfeksi (Robbins, 2013).



**Gambar 2.2** Gambar Virus

**Sumber gambar :Levy (2007, dalam Setiati et al. 2014)**

## 2.4 Patogenesis

Limfosit CD4<sup>+</sup> merupakan target utama infeksi HIV karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Limfosit CD4<sup>+</sup> berfungsi mengkoordinasikan sejumlah fungsi imunologis yang penting. Hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respon imun yang progresif (Sudoyo, 2007).

Kejadian infeksi HIV primer dapat dipelajari pada model infeksi akut *Simian Immunodeficiency Virus* (SIV). *Simia Immunodeficiency Virus* dapat menginfeksi limfosit CD4+ dan monosit pada mukosa vagina. Virus dibawa oleh *antigen-presenting cell* ke kelenjar getah bening regional. Pada model ini, virus dideteksi pada kelenjar getah bening dalam 5 hari setelah inokulasi. Sel individual di kelenjar getah bening yang mengekspresikan SIV dapat di deteksi dengan hibridisasi in situ dalam 7 sampai 14 hari setelah inokulasi. Viremia SIV dideteksi 7-21 hari setelah infeksi. Puncak jumlah sel yang mengekspresikan SIV di kelenjar getah bening berhubungan dengan puncak antigenemia p26 SIV. Jumlah sel yang mengekspresikan virus di jaringan limfosit kemudian menurun secara cepat dan dihubungkan sementara dengan pembentukan respon imun spesifik. Koinciden dengan menghilangkannya viremia adalah peningkatan limfosit CD8. Walaupun demikian tidak dapat dikatakan bahwa respon sel limfosit CD8+ menyebabkan kontrol optimal terhadap replikasi HIV. Replikasi HIV berada pada keadaan "steady-state" beberapa bulan setelah infeksi. Kondisi ini bertahan relatif stabil selama beberapa tahun, namun lamanya sangat bervariasi. Faktor yang mempengaruhi tingkat replikasi HIV tersebut, dengan demikian juga perjalanan kekebalan tubuh pejamu, adalah heterogeneitas kapasitas replikatif virus dan heterogeneitas intrinsik pejamu (Sudoyo, 2007).

Pada awal infeksi, HIV tidak segera menyebabkan kematian dari sel yang di infeksiya tetapi terlebih dahulu mengalami replikasi (penggandaan), sehingga ada kesempatan untuk berkembang dalam tubuh penderita tersebut, yang lambat laun akan menghabiskan atau merusak sampai jumlah

tertentu dari sel limfosit T CD4. setelah beberapa bulan sampai beberapa tahun kemudian, barulah pada penderita akan terlihat gejala klinis sebagai dampak dari infeksi HIV tersebut. Masa antara terinfeksi HIV dengan timbulnya gejala-gejala penyakit (masa inkubasi) adalah 6 bulan sampai lebih dari 10 tahun, rata-rata 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa (Sudoyo, 2007).

Penyakit HIV, keadaan dimana immunosupresi berat, yang terutama menyerang imunitas seluler, merupakan penanda AIDS. Hal ini terutama disebabkan oleh infeksi dan hilangnya sel T CD4+ serta gangguan pada fungsi kelangsungan hidup sel T (Sudoyo, 2007).

Molekul CD4+ merupakan suatu reseptor untuk HIV yang berafinitas tinggi. Hal yang menjelaskan mengenai tropisme (kecondongan) selektif virus terhadap sel T CD4+ dan kemampuannya menginfeksi sel CD4+ lain, terutama makrofag dan sel dendrit. Namun, dengan berikatan dengan CD4 tidak cukup untuk menimbulkan infeksi, selubung gp120 Hiv juga harus berikatan pada molekul permukaan sel lainnya (koreseptor) untuk memudahkan masuknya sel. Peranan ini di perankan oleh dua molekul reseptor kemokin permukaan sel.

Infeksi HIV ditandai oleh hilangnya sel CD4+ yang terus menerus, dan pada akhirnya terkuras dari darah perifer. Telah diperkirakan bahwa kira-kira ada 100 miliar partikel virus baru yang dihasilkan setiap harinya, dan 1-2 miliar sel T CD4+ yang mati setiap harinya. Akibatnya, dapat diperkirakan bahwa infeksi produktif sel T merupakan mekanisme terjadinya deplesi sel T CD4+ akibat infeksi HIV.

Hilangnya sel CD4+ terjadi, baik akibat meningkatnya perusakan maupun berkurangnya produksi. Hal ini menimbulkan inversi pada rasio CD4-CD8 dalam darah perifer.

Meskipun penurunan sel T CD4+ yang nyata merupakan suatu penanda AIDS dan banyak berperan pada imunodefisiensi pada penyakit lanjutan infeksi HIV, terdapat pula bukti yang kuat untuk kelainan kualitatif dalam fungsi sel T yang dapat di deteksi, bahkan pada individu yang terinfeksi HIV, tetapi asimtomatis. Kelainan tersebut meliputi penurunan proliferasi sel T yang diinduksi oleh antigen, gangguan produksi sitokin TH1 dan pemberian sinyal intra sel yang abnormal.

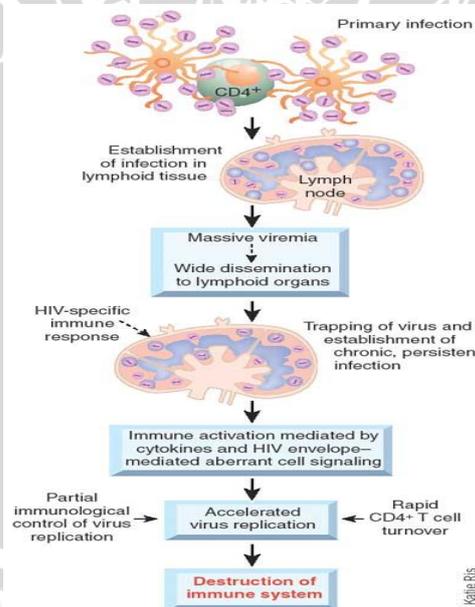
Selain infeksi hilangnya sel T CD4+, infeksi monosit dan makrofag sangat penting. Mirip dengan sel T, sebagian besar makrofag yang terinfeksi HIV ditemukan dalam jaringan dan bukan dalam darah perifer. Dalam jaringan tertentu seperti otak dan paru, dideteksi ada makrofag yang terinfeksi dalam jumlah relatif tinggi (10% - 50%). Oleh sebab itu, dari semua kemungkinan, makrofag adalah “penjaga-gerbang” infeksi HIV. Selain memberi jalan masuk untuk penularan awal, monosit dan makrofag merupakan reservoir dan “pabrik” virus, yang hasil keluarnya tetap sangat terlindungi dari pertahanan pejamu. Makrofag juga menyediakan suatu kendaraan untuk pengangkutan HIV menuju pada berbagai tempat dalam tubuh, khususnya sistem saraf.

Selain makrofag, dua tipe sel dendrit juga merupakan sasaran penting untuk mengawasi dan mempertahankan infeksi HIV. Sel dendrit mukosa, yang disebut pula sel langerhans, menangkap virus dan mengangkutnya menuju kelenjar getah bening regional, tempat sel T CD4+

terinfeksi. Sel dendrit folikular dalam sentrum germinativum kelenjar linfe merupakan resevoir HIV yang penting.

Suatu gambaran penting infeksi HIV adalah adanya infeksi laten atau infeksi kronis derajat rendah pada sel T dan makrofag. Meskipun dalam awal perjalanan infeksi sangat sedikit sel T CD4+ yang mengeluarkan virus yang infeksius, dapat terlihat bahwa, hingga 30% sel T kelenjar getah bening benar-benar mengandung genom HIV.

Meskipun perhatian diberikan pada sel T dan makrofag, pasien AIDS menunjukkan kelainan pada fungsi sel B yang berat. Secara berlawanan pasien ini mengalami hipergamaglobulinemia dan mempunyai kompleks imun dalam sirkulasi yang disebabkan oleh aktivasi sel B poliklonal. Hal ini dapat disebabkan berbagai faktor, termasuk infeksi sitomegalovirus atau EBV, yang kedua merupakan aktivator sel B poliklonal (Sudoyo, 2007).



Gambar 2.3 Patogenesis HIV

Sumber: Fauci, 2003

## 2.5 Penularan

Dari penelitian epidemiologis dan pemeriksaan laboratorium selanjutnya, seharusnya menjadi jelas bahwa penularan HIV terjadi pada kondisi yang memudahkan terjadinya pertukaran darah atau cairan tubuh yang mengandung virus atau sel yang terinfeksi virus. Oleh karena itu, ketiga cara penularan utama adalah kontak seksual, inokulasi parenteral, dan perjalanan virus dari ibu yang terinfeksi terhadap bayi mereka yang baru lahir (Nasronudin, 2007).

Para laki-laki homoseksual atau biseksual masih merupakan kelompok terbesar individu yang terinfeksi (kira-kira 14% juga menyuntikkan obat), mencakup 46% keseluruhan kasus yang dilaporkan dan 56% pria yang terinfeksi. Namun, transmisi AIDS dalam katagori ini terus menurun, yang kurang dari 50% kasus baru disebabkan oleh kontak homoseksual laki-laki (Appleton and Lange, 1994).

Para penyalah guna obat intravena tanpa riwayat homoseksualitas merupakan kelompok terbesar berikutnya, yang mewakili kira-kira 25% dari semua penderita. Mereka mewakili sebagian besar dari keseluruhan kasus diantara heteroseksual (Appleton and Lange, 1994).

Para resipien darah dan komponen darah (tetapi bukan penderita homofilia) yang menerima tranfusi darah lengkap (whole-blood) atau komponen darah (misalnya, trombosit, plasma) mencakup 1% dari penderita (Robbins, 2013).

Para penderita hemofilian, khususnya mereka yang menerima konsentrat faktor VIII atau IX dalam jumlah yang besar sebelum tahun 1985, mencakup kurang dari 1% dari semua kasus.

Kontak heteroseksual pada anggota kelompok beresiko tinggi lainnya (terutama para penyalah guna obat intravena) mencakup kira-kira 11% dari populasi penderita (Robbins, 2013).

Infeksi HIV dan AIDS pada anak-anak (usia kurang lebih 13 tahun) sangat berbeda. Sekitar 1% kasus AIDS terjadi dalam populasi ini, dan sebagian besar (kira-kira 90%) di sebabkan oleh penularan virus dari ibu ke bayi (Robbins, 2013).

#### a. Penularan Seksual

Penularan seksual jelas merupakan cara infeksi yang paling utama di dunia, yang berperan pada lebih dari 75% dari semua kasus penularan HIV/AIDS. Meskipun sebagian besar kasus yang ditularkan secara seksual di Amerika Serikat masih disebabkan oleh kontak laki-laki homoseksual atau biseksual. Semua bentuk penularan seksual di batasi dan permudah oleh adanya penyakit menular seksual lainnya penyerta yang menyebabkan ulserasi genital, termasuk sifilis, sankroid, dan virus herpes simplek. Gonore dan klamidia juga bertindak sebagai kofaktor terhadap penularan HIV/AIDS terutama meningkatkan kandungan sel inflamasi (mungkin membawa HIV) pada cairan seminalis. Penularannya HIV/AIDS juga melalui sel vagina dan sel serviks pada wanita yang terinfeksi dan dapat disebarkan dari perempuan ke laki-laki, meskipun dengan efisiensi kira-kira 8 kali lipat lebih kecil (Robbins, 2013).

#### b. Penularan Parenteral.

Di laporkan terjadi penularan parenteral HIV/AIDS dalam tiga kelompok yang berbeda, yaitu ; penyalah guan obat intarvena (kelompok

terbesar), penderita hemofilia yang menerima konsentrat faktor VIII atau IX, dan resipien acak transfusi darah.

Diantara para penyalah gun obat intravena, penularan terjadi melalui pegguan jarum, alat suntik atau perlengkapan lain secara bersamaan yang tercemar oleh darah yang tercemar HIV/AIDS. Kelompok menduduki tempat tertinggi dalam epidemi HIV/AIDS karean mewakili mata rantai utama dalam penularan HIV/AIDS terhadap populasi dewasa lainmelalui aktivitas heteroseksual (Robbins, 2013).

### c. Penularan Ibu ke Janin

Seperti sebelumnya, penularan vertikal dari ibu ke janin merupakan penyebab utama AIDS pada anak. Ada tiga rute yang terlibat, yaitu; *in utero*, pelalui penyebaran transplasental; intrapartum, selama persalinan; dan melalui ingesti air susu ibu yang tercemar oleh HIV. Dari tiga jalur ini rute transplasental dan intrapartum berperan pada sebagian besar kasus.

Angka penularan di seluruh dunia berkisar dari 25% hingga 35% dengan angka 15% hingga 25% terjadi di Amerika Serikat. Angka infeksi yang lebih tinggi terjadi bersamaan dengan viral load maternal yang tinggi atau adanya akorioamniositis, mungkin karena semakin meningkat akumulasi sel inflamasi plasenta (Robbins, 2013).

## 2.6 Gejala Klinis

Gejala tidak mmenunjukkan gejala, pada waktu itu terjadi replikasi HIV yang tinggi, 10 partikel setiap hari. Replikasi yang cepat ini disertai denagn mutasi HIV dan seleksi, munculnya HIV yang resisten.

Bersamaan dengan replikasi HIV, terjadi kehancuran limfosit CD4 yang tinggi, untungnya tubuh masih bisa mengkompensasi dengan memproduksi limfosit CD4 sekitar 109 sel etiap harinya (Sudoyo, 2007).

Manifestasinya berkisar dari suatu penyakit akut hingga ke penyakit berat. Karena fase akut mempunyai gambaran yang menyolok, hanya manifestasi klinis fase terminal saja yang umumnya disebut sebagai AIDS yang akan di bahas secara ringkas (Sudoyo, 2007).

#### **a. Infeksi oportunistik.**

Memberi andil padakira-kira 80% kematian pada pasien HIV/AIDS. Yang di ambil dari buku ini pnemonia. Pnemonia yang disebabkan oleh jamur oportunistik *Pneumocytis carinii* (menunjukkan reaktivitas infeksi laten sebelumnya) merupakan gambaran yang muncul dibanyak kasus, meskipun insidennya terus menurun karena pemberian regimen profilaksis yang efektif. Resiko untuk mengalami infeksi ini sangat tinggi pada apsien dengan jumlah sel T CD4+ kurang dari 200/ $\mu$ L.

Di antara infeksi yang paling sering terjadi adalah kandidasis mukosa berulang, infeksi sitomegalovirus diseminata, herpes simplek oral, dan perienatal ulseratif yang berat, serta infeksi *M.Tuberculosis* dan mikobakterium atipikal yang meluas.

#### **b. Neoplasma**

Pada pasien AIDS mempunyai insiden yang tinggi untuk tumor tertentu terutama Sarkoma Karposis, limfoma non-Hodgkin, dan kanker serviks pada perempuan. Peningkatan resiko ini di dasari oleh banyak faktor, yaitu; gangguan berat pada imunitas sel T, kekacauan fungsi sel B

dan monosit, dan berbagai macam infeksi oleh virus yang dikenal dan berbagai virus yang tidak dikenal (Sudoyo, 2007).

## 2.7 Diagnosis

Seorang di nyatakan terinfeksi HIV apabila dengan pemeriksaan laboratorium terbukti terinfeksi HIV, baik dengan metode pemeriksaan antibodi atau pemeriksaan untuk mendeteksi adanya virus dalam tubuh (Sudoyo, 2007).

Diagnosis AIDS untuk kepentingan surveiland ditegaskan apabila terdapat infeksi oportunistik (Tabel 2.1)

**Tabel 2.1** Infeksi Oportunistik yang sesuai dengan Kriteria Diagnosis AIDS (1997)

**Sumber Tabel: Sudoyo, 2007**

Infeksi	Frekuensi (%)
<i>Cytomegalovirus</i> (CMV) selain hati, limpa, atau kelenjar getah bening	7
CMV Mata (dengan penurunan fungsi penglihatan)	–
Ensefalopati HIV	–
Herpes Simpleks, ulkus kronik (>1 bulan), bronkitis, pneumonitis atau esofagitis	5
Histoplasmosis, diseminata atau ekstraparu	0,9
Isosporiasis, dengan diare kronik (>1 bulan)	0,1
Kandidiasis bronkus, trakea, atau paru	16
Kandidiasis esofagus	–
Kanker serviks invasif	0,6
Koksidiodomikosis, diseminata atau ekstraparu	0,3
Kriptokokosis, ekstraparu	5
Kriptosporidosis, dengan diare kronik (>1 bulan)	1,3
Leukoensefalopati multifokal progresif	1
Limfoma, Burkitt	0,7
Limfoma, imunoblastik	–
Limfoma, primer pada otak	–
Mikobakterium avium kompleks atau M. Kansasii, diseminata atau ekstraparu	5
Mikobakterium tuberkulosis, paru atau ekstraparu	2

Mikobakterium, spesies lain atau spesies yang tidak dapat diidentifikasi, diseminata atau ekstraparu	–
Pneumonia <i>Pneumocystis carinii</i>	38
Pneumonia rekuren	5
Sarkoma Kaposi	7
Septikemia Salmonella rekuren	0,3
Toksoplasmosis otak	4
<i>Wasting Syndrome</i>	

Kriteria klasifikasi HIV menurut sistem WHO seperti tertera pada

Tabel 2.2

**Tabel 2.2** Klasifikasi Infeksi Oportunistik HIV berdasarkan WHO

**Sumber Tabel: Sudoyo 2007**

STAGE	Gejala Utama
1	Sakit yang tidak khas Limfadenopaty yang asimptomatik (tidak dapat dikategorikan sebagai AIDS)
2	Penurunan Berat Badan < 10% Manifestasi Mukokutaneus Infeksi Saluran Pernafasan Atas (berulang) Penurunan Berat Badan > 10%
3	Diare Kronik tanpa sebab yang jelas > 1 bulan Demam > 1 bulan Kandidiasis Oral TB Paru
4	TB Ekstrapulmonal Toksoplasmosis Ensefalopati Kandidiasis bronkus, trakhea, paru Sarkoma Karposi

### 2.8 Penatalaksanaan

HIV/AIDS sampai saat ini memang belum dapat disembuhkan secara total. Namun, data selama 8 tahun terakhir menunjukkan bukti yang amat menyakinkan bahwa pengobatan dengan kombinasi beberapa obat anti HIV (obat anti retroviral/ARV) bermanfaat menurunkan morbiditas dan mortalitas



dini akibat infeksi HIV. Manfaat ARV dicapai melalui pulihnya sistem kekebalan akibat HIV dan pulihnya kerentanan ODHA terhadap infeksi oportunistik.

Secara umum, penatalaksanaan ODHA terdiri dari atas beberapa jenis, yaitu : a). Pengobatan untuk menekan replikasi virus HIV dengan obat antiretroviral (ARV), b). Obat untuk mengatasi beerbagai penyakit infeksi dan kanker yang menyertai infeksi HIV/AIDS, seperti jamur, tuberkulosis, hepatitis, toksoplasma, sarkoma kaposi, limfoma, kanker serviks, c). Pengobatan suportif, yaitu, makanan bergizi, dan pengobatan pendukung lai seperti dukungan psikososial dan dukungan agama srta tidur yang cukup serta kebersihan (Sudooyo, 2007).

#### a. Terapi Antiretroviral (ARV)

Pemberian ARV telah menyebabkan kondisi odha lebih baik. Infeksi kriptosporidiasis yang sebelumnya sukar diobati, menjadi lebih mudah ditangani dan infeksi lain yang berat dapat disembuhkan.

Pneumonia *Pneumocystis carinii* pada ODHA yang hilang timbul, biasanya mengharuskan odha minum obat infeksi agar tidak kambuh. Namun, sekarang dengan minum obat ARV teratur, banyak odha yang tidak memerlukan minum obat profilaksis terhadap pneumonia (Sudoyo, 2007).

Obat ARV tergolong beberapa jenis, waktu untuk memulai terapi ARV harus dipertimbangkan dengan seksama karena obat ARV diberikan dalam jangka waktu panjang. Obat ARV direkomendasikan pada semua pasien yang telah menunjukkan gejala yang termasuk

dalam kriteria diagnosis AIDS, atau menunjukkan gejala yang sangat berat, tanpa melihat jumlah limfosit CD4+ (Sudoyo, 2007).

Saat ini regimen pengobatan ARV yang di anjurkan WHO adalah kombinasi dari 3 obat ARV. Terdapat beberapa regimen yang dapat digunakan (**Tabel 2.3**).

**Tabel 2.3** Obat ARV yang beredar di Indonesia

*Sumber Tabel: Sudoyo, 2007*

Nama Dagang	Nama Generik	Golongan	Sediaan	Dosis (per hari)	Keterangan
Duviral			Tablet, kandungan: zidovudin 300 mg, lamivudin 150 mg	2 x 1 tablet	
Stavir Zenit	Stavudin (d4T)	NRTI	Kapsul: 15, 20, 30 dan 40 mg	>60 kg: 2x 40 mg < 60 kg: 2 x 30 mg	Resistensi disebabkan oleh mutasi pada RT kodon 75 & 50. Spektrum aktivitas untuk HIV (tipe 1 & 2), terutama pada fase lanjut. ES: neuropati, ruam, perifer, sakit kepala, mual.
Hiviral 3TC	Lamivudin (3TC)	NRTI	Tablet 150 mg Larutan oral 10 mg/ml	2 x 150 mg < 50 kg : 2 mg/kg, 2 x /hari	Resistensi: Disebabkan pada RT kodon 184. Spektrum aktivitas: HIV (tipe1&2) dan HBV. Bioavailabilitas lamivudin per oral cukup baik dan bergantung pada ekskresi ginjal. ES: Sakit kepala dan mual.

Viramur e Neviral	Nevirapi n (NVP)	NNRTI	Tablet 200 mg	1 x 200 mg selama 14 hari, dilanjutkan 2 x 200 mg	Resistensi: Disebabkan oleh oleh mutasi pada RT. Spektrum aktivitas : HIV ( tipe 1 ). ES: ruam, sakit kepala, demam, gangguan saluran cerna, peningkatan transaminase
Retrovir Adovi Avirzid	Zidovudi n (ZDV, AZT)	NRTI	Kapsul 100 mg, tablet 300 mg, sirup 10 mg/ml, suntikan IV 10 mg/ml.	2 x 300 mg, atau 2 x 250 mg (dosis alternatif)	Resistensi disebabkan oleh mutasi pada enzim RT. Spektrum aktivitas: HIV(1&2). ES: mual, muntah, sakit kepala, anemia, neutropeni a, mialgia, miopati, a rtralgia, peningkatan transaminase
Videx	Didanosi n (ddl)	NRTI	Tablet kunyah 100 mg	>60 kg : 2 x 200 mg, atau 1 x 400 mg < 60 kg: 2 x 125 mg, atau 1 x 250 mg	Resistensi disebabkan oleh mutasi pada RT. Spektrum aktivitas : HIV ( 1 & 2 ) terutama infeksi HIV tingkat lanjut. ES: diare, pankreatitis, dan neuropati perifer.
Stocrin Sustiva	Efavirenz (EFV, EFZ)	NNRTI	Kapsul 50, 100, 200 dan 600 mg	1x 600 mg, malam hari	ES: mimpi buruk, susah konsentrasi, pusing, insomnia, ruam. Gejala SSP biasanya akan membaik dalam 7- 14 hari
Nelvex Viracept	Nelfinavir (NFV)	PI	Tablet 250	2 x 1250 mg	ES: diare, mual, muntah. Resistensi disebabkan terutama oleh mutasi, aktivitas : HIV ( 1 & 2 )

Keunggulan dan kerugiannya masing-masing. Kombinasi obat antiretroviral lini pertama yang umumnya digunakan di Indonesia adalah zidovudin (ZDV)/ lamivudin (3TC), dengan nevirapin (NVP).Kendala yang dikhawatirkan adalah biaya untuk membeli obat ARV. Obat ARV dianjurkan untuk PTMCT adalah zidovudin (AZT) atau nevirapin.

## 2.9 Pencegahan dan Penanggulangan

Ada beberapa jenis program yang terbukti sukses diterapkan di beberapa negara, dan amat dianjurkan oleh WHO untuk dilaksanakan secara sekaligus, yaitu :

- a. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja dan dewasa muda.  
Diperlukan strategi penerapan di sekolah, akademi / Universitas dan yang diluar sekolah.
- b. Program penyuluhan sebaya (*peer group education*) untuk berbagai kelompok sasaran.  
LSM berpengalaman dan program magang, akan berguna untuk daerah-daerah yang belum mengerjakan atau ingin memperluas cakupan kelompok sasarannya.
- c. Program kerjasama dengan media cetak dan elektronik.  
Program ini sudah terbina dengan baik, sehingga tinggal melanjutkan agar ada kesinambungan. Setiap momentum yang terkait dengan HIV/AIDS perlu dimanfaatkan untuk mendorong partisipasi media untuk mendukung kegiatan-kegiatan tersebut.
- d. Paket pencegahan komprehensif untuk pengguna narkotika, termasuk program pengadaan jarum suntik steril.
- e. Program pendidikan agama.

Program ini tidak lepas dari pendidikan agama di sekolah dan di rumah.

Namun, beberapa hal mungkin dapat diperbaiki. Di antaranya, strategi belajar-mengajar yang berpijak pada kehidupan sehari-hari, termasuk penggunaan bahasa dan idiom-idiom yang disesuaikan dengan peserta.

Sebagai contoh, istilah khamr / alkohol kurang dikenal dalam bahasa sehari-hari remaja. Demikian pula heroin, kokain, dan LSD tidak begitu dikenal. Mereka lebih mengenal dengan nama putauw, ekstasi, dan cimeng.

f. Program layanan pengobatan infeksi menular seksual (IMS).

g. Program promosi kondom dilokalisasi pelacuran dan panti pijat.

h. Pelatihan keterampilan hidup.

Sangat diperlukan oleh remaja agar mengenal potensi diri, tahu memanfaatkan sistem informasi, mengenal kesempatan dan cara-cara mengembangkan diri. Bila kehidupan ekonomi & pendidikan membaik, niscaya penularan HIV/AIDS dapat ditekan.

i. Program pengadaan tempat-tempat untuk tes HIV dan konseling.

Pengadaan tempat-tempat tes HIV dan konseling yang mudah dicapai dan suasana akrab dengan klien akan membuat orang-orang yang merasa mempunyai risiko tinggi beringan kaki mendatangi tempat-tempat tes dan konseling HIV tersebut. Dengan konseling, diharapkan ODHA menerapkan seks aman dan tidak menularkan HIV ke orang lain.

j. Dukungan untuk anak jalanan dan pengetasan prostitusi anak.

Untuk melaksanakan kegiatan ini diperlukan kepedulian dan partisipasi aktif berbagai lapisan masyarakat seperti LSM, ahli hukum, ahli ilmu

sosial, media massa, kepolisian, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, dan lain-lain.

- k. Integrasi program pencegahan dengan program pengobatan, perawatan, dan dukungan untuk ODHA.

Merupakan syarat mutlak untuk keberhasilan program penganggulangan HIV/AIDS. Bila kita melaksanakan program pencegahan saja, hasilnya tidak akan sebaik bila dilakukan bersama program pengobatan, layanan dan dukungan untuk ODHA. Masyarakat yang mendapat penyuluhan saja, kemudian merasa ia melihat tidak ada yang mau merawat ODHA, atau bila ia mengetahui ada ODHA yang dipecat dari pekerjaannya, dan dikucilkan dari keluarga dan masyarakat.

- l. Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dengan pemberian obat ARV.

Sudah cukup banyak program kegiatan penanggulangan HIV/AIDS yang terbukti efektif dan mampu laksana, sudah diterapkan untuk menekan kecepatan peningkatan prevalensi HIV/AIDS di Indonesia. Namun, perbaikan masih harus dilakukan. Bukan hanya menyangkut kualitas program, namun juga perluasan cakupan penerima program.

Sebagian besar program tersebut sudah dijalankan di Indonesia. Dengan kata lain, kita sebenarnya sudah mampu melakukannya. Hanya program-program tersebut belum dilaksanakan secara berkesambungan dan belum merata di seluruh Indonesia.

Sudah cukup banyak program kegiatan penanggulangan HIV/AIDS yang terbukti efektif dan mampu laksana, yang sudah kita terapkan untuk

menekan kecepatan peningkatan prevalensi HIV/AIDS di Indonesia. Namun demikian perbaikan masih harus dilakukan di sana-sini. Bukan hanya menyangkut kualitas program, namun juga perluasan cakupan penerima program (Sudoyo, 2007).

### 2.10 Faktor Resiko HIV

Faktor risiko menurut Bennet, 2015, faktor risiko penularan HIV adalah sebagai berikut:

1. Hubungan seksual tanpa pelindung, terutama pada anal seks,
2. Sering berganti pasangan seksual,
3. Riwayat terkena Penyakit Menular Seksual,
4. Menggunakan jarum suntik secara bergantian, atau IDU (Injecting Drug Use) merupakan salah satu jenis pengguna narkoba yang lebih spesifik. Komunikasi IDU tersebut hanya menggunakan narkoba yang disuntikkan secara intravena, subkutananeus dan intramuskular.
5. Menerima transfusi darah,
6. Kontak antara mukosa dengan darah atau jarum yang terinfeksi, dan
7. HIV maternal.

### 2.11 Faktor Karakteristik

Demografi adalah ciri khusus yang mempunyai sifat sesuai dengan perwatakan tertentu. Dalam suatu penelitian, demografi merupakan variabel universal, yang amat sering memiliki relevansi pada penelitian kelompok atau populasi, sehingga pemasukan variabel tersebut harus selalu dipertimbangkan. Jenis kelamin, usia, paritas, etnis, agama, status perkawinan, status sosial yang meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kepadatan rumah, tempat tinggal yang meliputi desa-kota dan morbiditas

merupakan variabel-variabel universal yang sering diperhitungkan untuk diikuti sertakan dalam suatu penelitian meskipun tidak secara otomatis digunakan sebagai variabel penelitian (Abramson, 1997).

Menurut Kotler (1996), demografi dari masyarakat yang berpengaruh terhadap perilaku pembelian terdiri dari faktor kultural (kultur, subkultur, kelas sosial), faktor sosial (kelompok referensi, keluarga, aturan dan situasi), faktor pribadi (umur dan tahap pengalaman hidup), pekerjaan, keadaan ekonomi, gaya hidup dan kepribadian, dan faktor psikologi (motivasi, persepsi, pengetahuan, sikap dan keyakinan).

Variabel karakteristik, juga berpengaruh terhadap demografi masyarakat, antara lain; umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup masyarakat. Dengan kata lain karakteristik juga dipengaruhi oleh demografi masyarakat (Chriswardani, 2004).

Hubungan karakteristik yang mempengaruhi antara lain; lingkungan, pendidikan, pekerjaan, status, usia, jenis kelamin, agama, dan khitan, serta hubungan tingkat pengetahuan.

### **2.11.1 Lingkungan**

Lingkungan adalah komponen dalam paradigma yang mempunyai implikasi yang sangat luas bagi kelangsungan hidup manusia, khususnya menyangkut kesehatan seseorang. Lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan internal dan lingkungan eksternal yang berpengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung pada individu, kelompok atau masyarakat seperti lingkungan yang bersifat biologis, psikologis, sosial, cultural, spiritual, iklim, sistem perekonomian, dan lain-lain (Wahid Iqbal Mubarak, 2009).

Hasil dari penelitian GA Hutchinson, EM Jameson tahun 2008 dengan judul *“Prevalence and Risk Factors for HIV Infection in Pregnant Women in North Trinidad”*

- a. Status sosial ekonomi, pendapatan yang kurang. Secara teori sosial ekonomi dinyatakan dapat berpengaruh terhadap kejadian HIV dan AIDS. Namun dalam penelitian lain dengan uji multivariatnya menunjukkan sosial ekonomi tidak berpengaruh terhadap kejadian HIV dan AIDS. Hal ini dimungkinkan untuk beberapa responden dengan tingkat sosial yang tinggi banyak juga yang dinyatakan menderita HIV dan AIDS.
- b. Latar belakang kebudayaan. Terdapatnya beberapa suku asli di Indonesia yang melakukan ritual tertentu sesuai tradisi atau orang tersebut sudah pernah melakukan kebudayaan sesuai daerah setempat yang beresiko terhadap kejadian HIV dan AIDS namun bukan merupakan penduduk asli, karena tinggal sebentar di daerah tersebut. Sebagian besar responden merantau keluar Jawa sebagai pekerja dan dengan beralurnya waktu, pengaruh teman dan lingkungan mereka mengikuti tradisi dan kebudayaan setempat misal saat pesta adat dan lain-lain. Namun dalam penelitian ini latar belakang budaya dinyatakan tidak berpengaruh terhadap kejadian HIV dan AIDS.
- c. Letak demografi atau tempat tinggal, proporsi kejadian HIV dan AIDS pada kelompok kasus dari responden dengan letak demografi atau tempat tinggal. 60,5% pelabuhan atau kota, 39,5% di daerah pengunungan.

### 2.11.2 Pendidikan

Menurut Notoadmojo (1997) pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan tersebut dapat berdiri sendiri. Menurut Wied Hary A. (1996), menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentuka mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi seseorang makin baik pula pengetahuannya, sebaliknya pula, semakin rendah pendidikan semakin rendah pula pengetahuan, khususnya tentang kesehatan.

### 2.11.3 Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan pekerjaan umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan berpengaruh terhadap kehidupan keluarga. Sulitnya untuk mencari pekerjaan, dan gaji yang kecil, mendorong untuk seseorang melakukan hal-hal yang buruk, seperti; pekerja seks komersial yang (PSK) merupakan pilihan untuk mendapatkan uang yang mereka inginkan.

### 2.11.4 Status Perkawinan

Menurut Penelitian, sebagian besar 80% tidak bekerja, dan 58% tidak memiliki pasangan atau tidak hidup dengan seorang pasangan. Lebih dari dua pertiga (69%) dari beberapa perempuan melaporkan hubungan seksual dalam tujuh hari terakhir. Secara keseluruhan, 88% dari seluruh perempuan

mengatakan mereka secara konsisten menggunakan kondom, namun 12% memiliki infeksi menular seksual pada waktu memasuki studi, 32% lagi didiagnosis dengan paling sedikit satu infeksi selama masa tindak lanjut dan 22% menjadi hamil.

Peneliti percaya, lajang atau tidak tinggal bersama dikombinasikan dengan frekuensi tinggi dari tindakan seksual yang memberikan bukti kuat dari perempuan yang memiliki banyak pasangan dan juga mungkin terlibat dalam transaksi seks.

Secara keseluruhan, 82% dari infeksi seharusnya dapat diatasi jika faktor risiko yang dapat dimodifikasi secara efektif dibahas dalam kesehatan masyarakat dan intervensi sosial lainnya.

Lajang dan tidak memiliki pasangan, dan memiliki tiga atau lebih kegiatan seks dalam seminggu, menyumbang 64% dari infeksi HIV baru dan terus meningkat sampai 71%.

#### **2.11.5 Usia**

Delapan puluh delapan persen (88%) dari semua penderita HIV/AIDS yang tercatat oleh CDC berusia antara 20 sampai 49 tahun (Muma dan Richard, 1997).



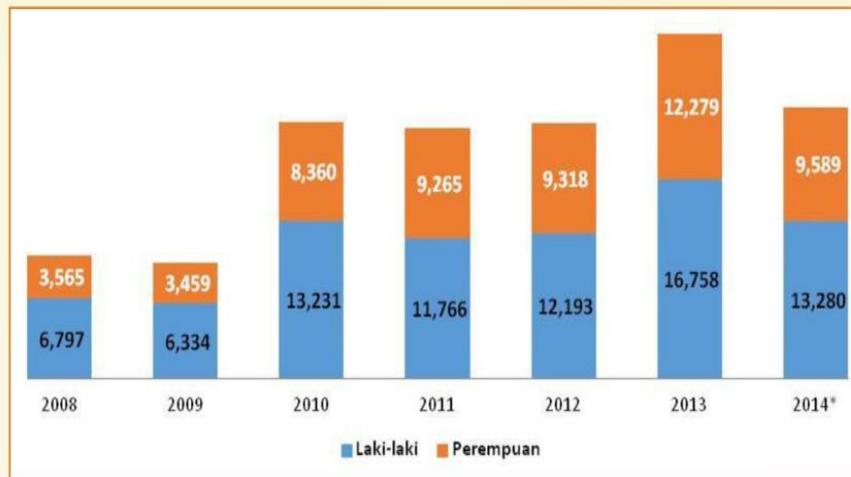
**Gambar 2.4** Jumlah Infeksi HIV menurut Kelompok Umur Tahun 2010 sampai dengan September 2014

**Sumber Gambar: Depkes, 2014**

Gambar 2.4 memperlihatkan pola penularan HIV/AIDS berdasarkan kelompok umur dalam 5 tahun terakhir tidak banyak berubah. Infeksi HIV/AIDS paling banyak terjadi pada kelompok usia produktif 25 sampai 49 tahun, diikuti kelompok usia 20 sampai 24 tahun.

### 2.11.6 Jenis Kelamin

Hampir 90% penderitanya HIV/AIDS pada dewasa dan remaja adalah pria. Dari penderita tersebut, 64% adalah pria homoseksual/biseksual dan belum ditemukan di antara wanita. 20% lainnya adalah pecandu obat dengan menggunakan injeksi yang heteroseksual. Sedangkan sisanya sebanyak 15% terinfeksi dengan cara transmisi yang lain. Separuh dari pecandu obat bius dengan menggunakan injeksi adalah wanita, dan lebih dari 34% mempunyai riwayat pernah melakukan hubungan seksual dengan pria yang mempunyai resiko tinggi menderita HIV/AIDS. hampir 7% penderita HIV/AIDS pada wanita pernah menerima transfusi darah. Sisanya sekitar 9% mendapatkan HIV/AIDS dengan cara yang tidak diketahui (Muma dan Richard, 1997).



**Gambar 2.5** Jumlah Infeksi HIV menurut Jenis Kelamin Tahun 2008 sampai dengan September 2014

**Sumber Gambar: Depkes, 2014**

Gambar 2.5 memperlihatkan pola penularan jenis kelamin memiliki pola yang hampir sama 7 tahun terakhir yaitu lebih banyak terjadi pada kelompok laki-laki dibandingkan kelompok perempuan.

### 2.11.7 Agama

Kehidupan religius atau keagamaan menurut Najati (1985) dapat membantu manusia dalam menurunkan kecemasan, kegelisihan dan ketegangan. Sejalan dengan pendapat diatas, Maududi dan Spink (Wicaksono, 2003) mengatakan bahwa, salah satu peran religiositas adalah menimbulkan ketenangan kalbu, sebab dalam diri setiap individu terdapat instin atau naluri yang disebut sebagai religius insting, yaitu suatu naluri untuk menyakini dan mengadakan penyembahan terhadap suatu kekuatan yang ada di luar diri seorang individu. Naluri ini kemudian mendorong seorang invidu untuk mengadakan kegiatan-kegiatan religius.

Di beberapa negara, khususnya di Afrika, telah diujicoba pelibatan tokoh-tokoh agama dalam peperangan melawan HIV/AIDS. Di Uganda,

ustadz-ustadz diterjunkan langsung untuk memberi penyuluhan yang menggabungkan informasi kesehatan dengan ajaran Islam, seperti ajaran yang melarang perzinahan dan hubungan seksual sebelum menikah.

Pemuka agama Katolik di negara-negara Afrika Selatan, Botswana, Namibia, Lesotho, dan Swaziland. Bergabung bersama pemerintah dan perusahaan farmasi membentuk koalisi yang dinamakan "Menjamin Masa Depan (*Secure the Future*)". Mereka berusaha menemukan jalan keluar yang bisa mendukung krisis HIV/AIDS, yaitu melalui pelatihan medis dan kesehatan masyarakat, akses yang lebih luas kepada obat-obat AIDS yang dapat memperpanjang usia, perbaikan pencegahan AIDS, maupun mendukung para wanita dan anak-anak.

Indonesia memiliki potensi serupa. Pesantren-pesantren tersebar ke daerah-daerah terpencil, begitu pula madrasah maupun sekolah-sekolah agama. Apabila potensi ini dapat diintegrasikan dalam peperangan melawan HIV/AIDS, kita boleh berharap "daya sebar" HIV/AIDS semakin melemah di waktu-waktu yang akan datang (Mulyanah, 2013).

Kepatuhan terhadap nilai-nilai agama para petugas kesehatan dan para pemimpin agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan HIV/AIDS. Kurangnya nilai agama pada diri seseorang dapat menjerumuskan pada hal yang negatif, seperti seks bebas, narkoba, dan sebagainya, dimana sangat mungkin seseorang tersebut terkena virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico tahun 2011, menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep tentang sehat

dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Diaz et al, 2011).

Penelitian lain juga menunjukkan hasil yang sama yang dilakukan oleh Aisha Andrewin tahun 2008, bahwa kepatuhan beragama petugas kesehatan berpengaruh terhadap stigma dan diskriminasi kepada penderita HIV/AIDS (Andrewin et al, 2008).

Tingkat religiositas diukur menggunakan 16 pernyataan pada kuesioner beliefs & values yang dibuat oleh King, Speck, dan Thomas (2001). Kuesioner ini menilai tingkat ketaatan beribadah dari tiap individu dan seberapa jauh pengaruh agama pada kehidupannya sehari-hari. Instrumen ini telah dilakukan pilot study pada populasi perawat di Indonesia dan memiliki tingkat konsistensi internal (*Cronbach's alpha*).

#### 2.11.8 Khitan

Menurut sebuah studi dari Uganda yang dilaporkan dalam jurnal akses terbuka mBio edisi 16 April 2013, pembuangan kulup dalam proses khitan mengurangi bakteri anaerob, yang memungkinkan sistem kekebalan untuk mempertahankan patogen menular seksual seperti HIV. Hasil studi ini diterbitkan dalam American Society for Microbiology (ASM).

Setengah dekade lalu studi terkontrol besar mulai menunjukkan bahwa sunat laki-laki dewasa dapat mengurangi risiko penularan HIV hingga setengahnya atau lebih. Berbagai mekanisme pelindung telah diusulkan, termasuk pengurangan jumlah luas permukaan secara keseluruhan yang rentan dan membuat selaput lendir dari penis "lebih kaku" dan kurang permeabel terhadap patogen. Sekarang, Cindy Liu dari Translational Genomics Research Institute dan rekan telah menemukan bahwa prosedur

perubahan “mikrobioma,” atau kumpulan mikroorganisme yang menghuni kepala penis.

Bakteri anaerob yang lebih sedikit menyebabkan kurangnya peradangan, sehingga menyediakan sel kekebalan yang lebih rentan terhadap infeksi HIV.

Khitan secara drastis mengubah mikrobioma penis, perubahan yang dapat menjelaskan mengapa sunat menawarkan perlindungan terhadap HIV dan infeksi virus lainnya.

Dalam sebuah penelitian yang akan diterbitkan pada tanggal 16 April di mBio, jurnal akses terbuka dari *American Society for Microbiology*, para peneliti mempelajari efek khitan laki-laki dewasa pada jenis bakteri yang hidup di bawah kulup sebelum dan setelah khitan. Pada satu tahun pasca-prosedur, total beban bakteri di daerah itu telah turun secara signifikan dan prevalensi bakteri anaerob, yang berkembang di lokasi dengan oksigen yang terbatas, menurun sementara jumlah beberapa bakteri aerobik meningkat sedikit.

Percobaan terkontrol acak menunjukkan bahwa khitan mengurangi risiko infeksi HIV pada pria sebesar 50% -60% dan mengurangi risiko infeksi HPV dan virus herpes simpleks tipe 2, tetapi alasan biologi di balik manfaat ini tidak dipahami dengan baik. Bisa jadi bahwa anatomi penis yang dikhitan membantu mencegah infeksi, atau bisa juga bahwa perubahan dalam perlindungan mikrobioma, atau beberapakombinasi dari keduanya.

Menggunakan sampel usap dari uji coba besar khitan di Uganda, Price dan rekannya di Johns Hopkins dan TGen ingin menentukan apakah khitan secara signifikan mengubah komunitas mikroba di penis.

Menggunakan teknik kuantitatif disebut qPCR bersama dengan pyrosequencing untuk mengidentifikasi anggota masyarakat, para peneliti membandingkan sampel dari pria yang tidak disunat dengan sampel dari laki-laki disunat yang diambil baik sebelum prosedur dan pada satu tahun kemudian.

Namun apa peran mikrobioma pada penis dalam penularan HIV belum diketahui, tetapi penelitian menunjukkan bahwa bakteri dapat mempengaruhi seberapa rentan penis terhadap infeksi virus yang menular secara seksual. Di antara laki-laki yang tidak khitan, beban bakteri yang tinggi dapat mengaktivasi sel di kulup yang disebut sel Langerhans, mencegah mereka dari melakukan peran normal mereka dalam menangkis virus. Sebaliknya, sel-sel Langerhans yang aktif mengkhianati tubuh, mengikat dan mengantar partikel HIV kepada sel T, dimana mereka bisa memulai infeksi. Mengurangi jumlah bakteri di penis dapat mencegah sel Langerhans untuk menjadi 'pengkhianat'.

American Society for Microbiology (2013), Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pria yang dikhitan memiliki tingkat resiko yang lebih rendah untuk terinfeksi HIV dibanding pria yang tidak di sunat. Pada 13 Desember 2006, UNAIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*) mengkonfirmasi sebuah hasil penelitian di Uganda sedikitnya 53% pria yang dikhitan, 51% nya terhindar dari HIV/AIDS. Begitu juga yang terjadi di Afrika Selatan dimana jumlah yang terinfeksi HIV/AIDS menurun 60%. Oleh sebab itu WHO dan UNAIDS melakukan konsultasi internasional untuk membahas dan memberi hasil dari hasil penelitian tersebut. Rencananya akan menjadi referensi untuk mengatasi masalah HIV.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pria yang dikhitan secara umum menurunkan resiko terinfeksi HIV dari hubungan seksual sebesar 60%. Tetapi, pria yang dikhitan tidak menjamin terlindungi secara total dari infeksi HIV. Ini salah satu alasan lebih banyak pria yang mudah terinfeksi HIV/AIDS daripada wanita.

## 2.12 Tingkat Pengetahuan

Pegetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil mengenai objek melalui indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010).

Tingkat pengetahuan adalah pengetahuan seseorang terhadap objek yang mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010).

Notoatmodjo (2003) menyatakan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkat, yaitu; tahu (*know*) sebagai bentuk pengingatan terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya setelah mengamati sesuatu hingga merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah; memahami (*comprehension*) sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar; aplikasi (*application*) sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya; analisis (*analysis*) sebagai suatu kemampuan untuk mengaitkan ide yang satu dengan yang lain dengan cara yang benar serta mampu memisahkan informasi yang penting dari informasi yang tidak penting; sintesis (*synthesis*) sebagai suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada; dan evaluasi

(*evaluation*) sebagai suatu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi berdasarkan kriteria-kriteria yang telah ada.

Menurut Suryoputro, A. et al. (2002), menyebutkan bahwa jenis kelamin, usia, bidang ilmu disekolah, dan jumlah sumber informasi merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS pada remaja.

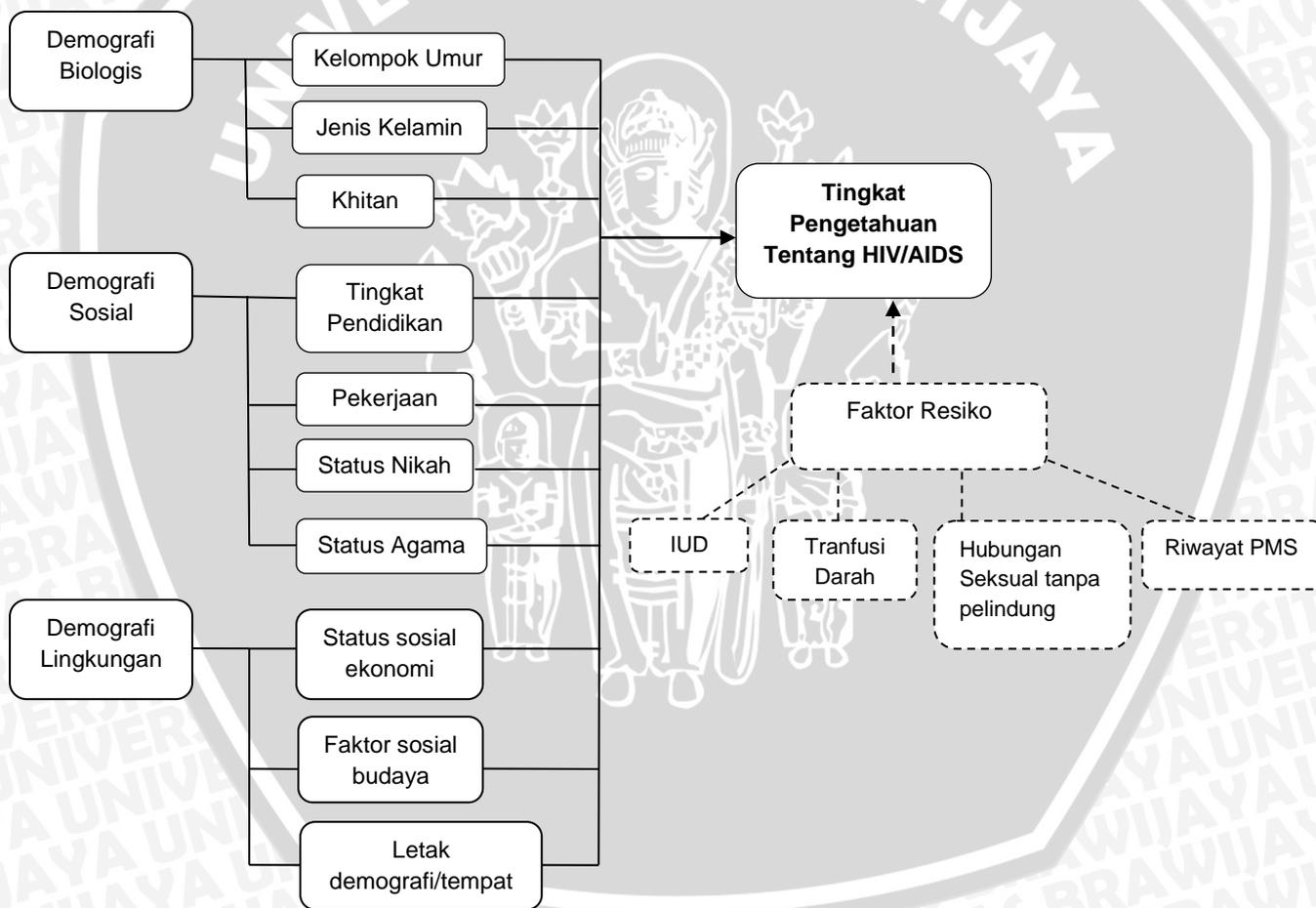
Widiati et al. (2007), menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain pengalaman, tingkat pendidikan, keyakinan, fasilitas, penghasilan dan sosial, semakin banyak pengalaman seseorang yang diperoleh semakin luas pengetahuannya. Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Keyakinan yang diperoleh secara turun-temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu juga dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Semakin banyak fasilitas sebagai sumber informasi, maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapat. Seseorang yang berpenghasilan cukup besar akan mampu menyediakan sumber informasi yang dapat menambah pengetahuannya. Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga juga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Berikut ini akan digambarkan keterkaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati (diukur) pada penelitian ini. Hubungan variabel dalam penelitian ini digambarkan sebagai tanda panah.



Keterangan:

- : Variabel yang diteliti
- - - - - : Variabel perancu (tidak diteliti)



Keterangan dari kerangka konsep tersebut yang menjadi variabel independen dalam penelitian ini yaitu demografi biologis, demografi sosial, dan demografi lingkungan. Sedangkan variabel dependen penelitian ini yaitu tingkat pengetahuan penyakit HIV/AIDS. Karakteristik dan tingkat pengetahuan penyakit HIV/AIDS yang dimiliki responden dapat mempengaruhi penularan penyakit HIV/AIDS. Kemudian akan dilihat apakah karakteristik (demografi biologis, sosial dan lingkungan) dan tingkat pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS memiliki hubungan dengan penularan penyakit HIV/AIDS. Variabel counfounding penelitian ini yaitu IUD (*injecting Drug Use*) atau menggunakan jarum suntik secara bergantian, tranfusi darah, hubungan seksual secara bergantian dan riwayat PMS (penyakit menular seksual).

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka hipotesis alternative ( $H_a$ ) dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Adanya hubungan karakteristik pasien HIV/AIDS dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada pasien HIV/AIDS di poliklinik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar.

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey dengan pendekatan *cross sectional* (Sastroasmoro, 2002). Untuk mengetahui hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS.

#### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

##### 4.2.1 Pemilihan Sampel

Sampel penelitian adalah pasien terinfeksi HIV/AIDS di poliklinik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar dan bersedia mengikuti penelitian ini setelah sebelumnya diberikan *informed consent*. Sampel diambil dengan salah satu teknik *nonprobability sampling*.

Adapun kriteria yang dimaksud untuk penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1) Kriteria inklusi
  - Pasien HIV/AIDS berusia 15-17 tahun (kelompok usia remaja)
    - Dapat membaca dan menulis
    - Kesadaran *compos mentis*
    - Bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan kooperatif
  - Pasien HIV/AIDS berusia 18 tahun atau >18 tahun ( kelompok usia dewasa)
    - Dapat membaca dan menulis, untuk usia >18 ( kelompok usia dewasa madya 41-60 maupun dewasa lanjut >60 )yang memiliki gangguan penglihatan dapat di bantu oleh peneliti

- Kesadaran compos mentis
- Bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan kooperatif

## 2) Kriteria eksklusi

- Responden yang mengalami ketidaknyamanan fisik yang berat seperti nyeri akut atau demam tinggi atau kelemahan ekstrem sehingga tidak memungkinkan responden melanjutkan penelitian.
- Memutuskan untuk tidak melanjutkan pengisian ataupun tidak mengisi secara lengkap kuisioner.

### 4.2.2 Jumlah Sampel

Berdasarkan rancangan penelitian, maka rumus penghitungan sampel menggunakan rumus *Lemeshow*:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 50\% (1-50\%)}{10\%^2} = 96,04 \sim 97$$

$n$  = Besar sampel minimum

$Z_{(1-\alpha/2)}^2$  = Derajat kepercayaan yang diinginkan ( $Z \alpha = 1,96$ ;  $\alpha$  5%)

$P$  = Perkiraan proporsi (50%)

$d$  = Kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir (10%)

Dari rumus yang telah diketahui, didapatkan perhitungan jumlah sampel yaitu sebesar 97 dan dibulatkan menjadi 100.

### 4.3 Variabel Penelitian

#### 4.3.1 Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas. Variabel terikat pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan HIV/AIDS.

#### 4.3.2 Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Umur, jenis kelamin, status nikah, pendidikan, pekerjaan, lingkungan, khitan, agama.

#### 4.3.3 Variabel Perancu (*Counfounding Variabel*)

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah IUD (Injecting Drug Use) atau menggunakan jarum suntik secara bergantian, transfusi darah, hubungan seksual secara bergantian, dan riwayat PMS (penyakit menular seksual).

### 4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di poliklinik rumah sakit umum daerah Dr. Saiful Anwar Malang dalam jangka waktu tiga bulan (1 bulan) yang dimulai dari September 2016.

### 4.5 Instrumen Penelitian

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan berisi pernyataan tentang karakteristik individu dan pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS. Cara pengambilan data dilakukan dengan wawancara terstruktur.

#### 4.5.1 Uji Validitas

Menurut Arikunto (2010:144), validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau keabsahan suatu instrumen. Menurut Sugiyono (2010:348). Valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang hendak diukur. Jadi, validitas ini dilakukan untuk mengetahui item-item yang tersaji dalam kuesioner yang benar-benar mampu mengungkapkan dengan pasti apa yang akan kita teliti. Uji validitas dilakukan dengan rumus korelasi product moment yang dikemukakan oleh Pearson dalam Arikunto (2010:145), yaitu:

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

**Sumber: Arikunto (2010:213)**

#### Keterangan:

- r = koefisien korelasi
- x = skor item
- y = total skor item y
- n = banyaknya populasi/sampel

Valid atau tidaknya validasi suatu item instrumen dapat di ketahui dengan membandingkan indeks korelasi *product moment* dengan level signifikansi sebesar 5%. Apabila probabilitas hasil korelasi lebih besar dari 0,05 (5%), maka instrumen di nyatakan tidak valid. Pengujian validitas instrumen di lakukan dengan menghitung korelasi antar skor jawaban instrumen dengan total skor instrumen, di katakan valid apabila nilai koefisien antar item dengan total item mempunyai taraf signifikan di bawah atau sama dengan 0,05 (5%).

Pengujian validitas dapat dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing faktor atau variabel dengan total faktor atau variabel tersebut dengan menggunakan korelasi ( $r$ ) *product moment*.

Kriteria pengujian untuk menerima atau menolak hipotesis adanya pernyataan yang valid atau tidak dapat dilakukan dengan:

$H_0$  :  $r = 0$ , tidak terdapat data yang valid pada tingkat kepercayaan ( $\alpha$ ) 5%.

$H_1$  :  $r \neq 0$ , terdapat data yang valid pada tingkat kepercayaan ( $\alpha$ ) 5%.

Hipotesa nol ( $H_0$ ) diterima apabila  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel, demikian sebaliknya hipotesa alternatif ( $H_1$ ) diterima apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel.

Pengujian validitas yang dilakukan dengan melalui program SPSS ver. 21.0 dengan menggunakan korelasi product moment menghasilkan nilai masing-masing item pernyataan dengan skor item pertanyaan secara keseluruhan dan untuk lebih jelasnya disajikan dalam tabel sebagai berikut:

**Tabel 4.1**

**Uji Validitas Variabel**

Item	r Hitung	Sig.	r Tabel	Keterangan
X1	0.642	0.001	0.396	Valid
X2	0.790	0.000	0.396	Valid
X3	0.570	0.003	0.396	Valid
X4	0.643	0.001	0.396	Valid
X5	0.492	0.012	0.396	Valid
X6	0.628	0.001	0.396	Valid
X7	0.518	0.008	0.396	Valid

**Sumber: Data Primer Diolah**

Dari Tabel 4.1 di atas dapat dilihat bahwa nilai sig. r indikator pertanyaan lebih kecil dari 0.05 ( $\alpha = 0.05$ ) atau nilai r Hitung lebih besar dari r Tabel yang berarti tiap-tiap indikator variabel adalah valid, sehingga dapat disimpulkan bahwa indikator-indikator tersebut dapat digunakan untuk mengukur variabel penelitian.

#### 4.5.2 Uji Reliabilitas

Menurut Arikunto (2010:221), menyatakan bahwa suatu instrumen cukup dapat di percaya atau di gunakan sebagai alat pengumpulan data karena instrumen tersebut sudah baik. Pengujian reliabilitas di lakukan dengan menguji antara skor antar item untuk mengkaji tingkat reliabilitas, dalam penelitian ini menggunakan metode *alpha cronbach*, dengan rumus sebagai berikut:

$$r = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

**Sumber: Arikunnto (2010:239)**

#### Keterangan:

r : reliabilitas instrumen

k : banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$  : jumlah varians masing-masing indikator

$\sigma_1^2$  : varians total

Menurut Sunyoto (2009:68), suatu instrumen di katakan reliabel sebagai alat pengumpul data apabila memberikan hasil ukuran yang sama terhadap suatu gejala pada waktu yang berlainan, dengan nilai Alpha lebih besar atau sama dengan 0,6 Alpha lebih kecil atau kurang dari 0,6.

Uji reliabilitas menunjukkan tingkat kemantapan, keajegan dan ketepatan suatu alat ukur atau uji yang digunakan untuk mengetahui

sejauh mana pengukuran relatif konsisten apabila dilakukan pengukuran ulang. Uji ini digunakan untuk mengetahui sejauh mana jawaban seseorang konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Arikunto menjelaskan tentang reliabilitas sebagai berikut :

“Reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik “

Teknik pengujian reliabilitas adalah dengan menggunakan nilai koefisien reliabilitas alpha. Kriteria pengambilan keputusannya adalah apabila nilai dari koefisien reliabilitas alpha lebih besar dari 0,6 maka variabel tersebut sudah reliabel (handal).

**Tabel 4.2**

**Uji Reliabilitas Variabel**

No.	Variabel	Koefisien Reliabilitas	Keterangan
1	X	0,707	Reliabel

**Sumber: Data primer diolah**

Dari Tabel 4.2 diketahui bahwa nilai dari alpha cronbach untuk semua variabel lebih besar dari 0,6. Dari ketentuan yang telah disebutkan sebelumnya maka semua variabel yang digunakan untuk penelitian reliabel.

#### 4.6 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Usia	Lamanya hidup dalam tahun dilihat dari tanggal	Observasi	Form VCT dan register monitoring	0. Remaja (12-24 tahun) 1. Dewasa	Nominal

		kelahiran sampai dengan ulang tahun terakhir responden		HIV/AIDS	(>24 tahun) (WHO)	
2	Jenis kelamin	Pembagian manusia menurut anatomi dan fisiologi laki-laki atau perempuan	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Laki-laki 1. Perempuan (buku monitoring HIV/AIDS)	Nominal
3	Pekerjaan	Pekerjaan atau profesi tetap responden untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Bekerja 1. Tidak bekerja (buku monitoring HIV/AIDS)	Ordinal
4	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti/ditamatkan/di capai oleh responden	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Rendah (tidak tamat-tamat SMP) 1. Menengah (SMA) 2. Perguruan Tinggi	Ordinal
5	Status Perkawinan	Status responden dalam pernikahan sesuai dengan hukum agama dan hukum negara	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Belum menikah 1. Menikah 2. Cerai (form VCT HIV/AIDS)	Nominal
6	Lingkungan	lingkungan adalah segala sesuatu yang	Observasi	Form VCT dan register	0. Pedesaan 1. Kota	

		ada di sekitar manusia yang memengaruhi perkembangan kehidupan manusia		monitoring HIV/AIDS	(form VCT HIV/AIDS)
7	Khitan ♂	Khitan merupakan sebuah proses memotong sebagian kulit penutup depan dari organ intim pria	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Rendah (tidak khitan) 1. khitan
8	Agama	Pedoman bagi seluruh umat manusia	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Buruk 1. Baik (form VCT HIV/AIDS)
9	Tingkat Pengetahuan	pengetahuan seseorang terhadap objek yang mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda	Observasi	Form VCT dan register monitoring HIV/AIDS	0. Buruk 1. Baik (form VCT HIV/AIDS)

#### 4.7 Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan adalah data primer yang meliputi : umur, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, agama, khitan, dan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS. Pengambilan data dilakukan di Poliklinik Rumah Sakit Umum Dr. Syaiful Anwar. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara langsung pada responden. Pewawancara membacakan pertanyaan penelitian dan dijawab oleh responden.

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakuakn melalui beberapa tahap, yaitu:

- a. Setelah mendapatkan ijin dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya sebagai rekomendasi ijin penelitian, langkah selanjutnya adalah mengajukan ijin penelitian ke RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
- b. Peneliti mendatangi responden penelitian yang memenuhi kriteria penelitian, meminta persetujuan orang tua (untuk kelompok usia 15-17 tahun), menjelaskan tujuan penelitian, selanjutnya memberikan penjelasan penelitian yang akan dilakukan dan melakukan atau mengisi *inform consent* bagi responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian.
- c. Sebelum melakukan penelitian, responden diberikan penjelasan cara pengisian kuisisioner dan diminta mengisi semua pertanyaan dalam kuisisioner.
- d. Peneliti mendampingi responden dalam menjawab pertanyaan yang diajukan.
- e. Peneliti mengumpulkan pertanyaan yang telah diisi responden dan memeriksa kembali.
- f. Setelah penelitian telah selesai, dilakukan pemberian bingkisan pada responden.
- g. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

#### 4.8 Pengolahan Data dan Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan uji *Chi Square* untuk mengetahui hubungan karakteristik pasien HIV/AIDS dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS.

Berdasarkan data yang terkumpul, maka dilakukan analisi terhadap hasil pengisian kuesioner. Agar analisis menghasilkan hasil yang benar, maka dilakukan 5 tahapan pengelolaan data sebagai berikut :

- a. *Editing*; setelah kuisisioner terkumpul, maka dipilihlah antara kuisisioner yang drop out atau tidak. Kuisisioner yang drop out adalah kuisisioner yang tidak lengkap, tidak jelas, jawaban yang diberikan tidak relevan, dan tidak konsisten.
- b. *Coding*; untuk mempermudah memasukkan data pada saat dilakukan perhitungan, maka dilakukan coding yaitu dengan mengganti data mentah (yang ada dalam kuisisioner) yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data seperti komputer.
- c. *Processing*; data yang sudah melewati pengkodean kemudian diproses agar data dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuisisioner ke paket program komputer.
- d. *Entry*; data yang diperoleh melalui tiga tahap sebelumnya kemudian dimasukkan ke dalam master tabel atau database komputer dengan software statistik.
- e. *Cleaning*; melakukan pengecekan kembali bahwa seluruh data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah, data memiliki kesalahan atau tidak, yaitu dengan mendeteksi data yang missing, mengetahui variasi data, dan mendeteksi adanya data yang tidak konsisten dengan menghubungkan dua variabel.

#### 4.9 Jadwal Kegiatan

Dilaksanakan pada bulan September 2016.

## BAB V

## HASIL PENELITIAN

## 5.1 Sajian Data

## 5.2 Analisis Univariate

## 5.2.1 Statistik Deskriptif Untuk Tingkat Usia Responden

**Tabel 5.1**  
**Umur Responden**

Usia	Frekuensi	Persentase
Remaja	16	16.00
Dewasa	84	84.00
Total	100	100

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki Usia Remaja sebanyak 16 responden (16%), yang Usia Dewasa sebanyak 84 responden (84%).

## 5.2.2 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Jenis Kelamin

**Tabel 5.2**  
**Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Perempuan	37	37.00
Laki-laki	61	61.00
Transgender	2	2.00
Total	100	100

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki Jenis Kelamin perempuan sebanyak 37 responden (37%), yang memiliki jenis kelamin laki – laki sebanyak 61 responden (61%), dan yang memiliki jenis kelamin Transgender sebanyak 2 responden (2%).

### 5.2.3 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Status Pernikahan

**Tabel 5.3**  
**Status Pernikahan**

Status	Frekuensi	Persentase
Menikah	52	52.00
Belum Menikah	30	30.00
Janda	15	15.00
Duda	3	3.00
Total	100	100

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki status belum menikah sebanyak 30 responden (30%), yang memiliki status Duda sebanyak 3 responden atau 3%, yang memiliki status Janda sebanyak 15 responden (15%), dan yang memiliki status Menikah sebanyak 52 responden (52%),

### 5.2.4 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Pekerjaan

**Tabel 5.4**  
**Pekerjaan**

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
Bekerja	83	83.00
Tidak Bekerja	17	17.00
Total	100	100

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang bekerja sebanyak 83 responden (83%), dan yang tidak bekerja sebanyak 17 responden (17%).

### 5.2.5 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Pendidikan

**Tabel 5.5**  
**Pendidikan**

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
Rendah	37	37.00
Menengah	44	44.00
Tinggi	19	19.00
Total	100	100

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 37 responden (37%), yang memiliki pendidikan menengah sebanyak 44 responden atau 44%, yang memiliki pendidikan Tinggi sebanyak 19 responden (19%).

### 5.2.6 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Lingkungan

**Tabel 5.6**  
**Lingkungan**

Lingkungan	Frekuensi	Persentase
Pedesaan	54	54.00
Perkotaan	46	46.00
Total	100	100

**Sumber : penelitian lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki lingkungan pedesaan sebanyak 54 responden (54%), dan yang memiliki lingkungan perkotaan sebanyak 46 responden atau 46%

### 5.2.7 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Khitan

**Tabel 5.7**  
**Status khitan**

Khitan	Frekuensi	Persentase
Tidak Khitan	38	38.00
Khitan	62	62.00

Total	100	100
-------	-----	-----

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang tidak khitan sebanyak 38 responden (38%), yang khitan sebanyak 62 responden (62%).

### 5.2.8 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Agama

**Tabel 5.8**

#### Agama

Agama	Frekuensi	Persentase
Buruk	17	17.00
Baik	83	83.00
Total	100	100

**Sumber : Penelitian Lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki pengetahuan Agama buruk sebanyak 17 responden (17%), dan yang memiliki pengetahuan Agama Baik sebanyak 83 responden (83%).

### 5.2.9 Statistik Deskriptif Untuk Variabel Pengetahuan HIV

**Tabel 5.9**

#### Status Pengetahuan

Pengetahuan HIV	Frekuensi	Persentase
Buruk	49	49.00
Baik	51	51.00
Total	100	100

**Sumber : penelitian lapangan (angket) 2016**

Berdasarkan tabel diatas data tersebut dapat dinyatakan bahwa yang memiliki pengetahuan HIV buruk sebanyak 49 responden (49%), dan yang memiliki pengetahuan HIV Baik sebanyak 51 responden (51%).

### 5.3 Analisis Bivariate

#### 5.3.1 Hubungan Antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.10

**Tabel 5.10**  
**Tabulasi silang antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Usia	Pengetahuan HIV		Total	
	Buruk	Baik		
Remaja	f	6	10	16
	%	6	10	16
Dewasa	f	43	41	84
	%	43	41	84
Total	f	49	51	100
	%	49	51	100

$p = 0,315$

Pada Tabel 5.10 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 4 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan Buruk dengan Usia Remaja sebanyak 6 orang atau 6%, dan dengan Usia Dewasa sebanyak 43 orang atau 43%. Kelompok Tingkat Pengetahuan Baik dengan Usia Remaja sebanyak 10 orang atau 10%, dan yang Usia Dewasa sebanyak 41 orang atau 41%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel

5.10 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,315, karena nilai  $p = 0,315 > 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Usia memberikan faktor yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

### 5.3.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.11

**Tabel 5.11**

**Tabulasi silang antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Jenis Kelamin		Pengetahuan HIV		Total
		Buruk	Baik	
Perempuan	f	23	14	37
	%	23	14	37
Laki-laki	f	25	36	61
	%	25	36	61
Transgender	f	1	1	2
	%	1	1	2
Total	f	49	51	100
	%	49	51	100
		p = 0,127		

Pada Tabel 5.11 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 6 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan HIV Buruk dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 23 orang atau 23%, dengan jenis kelamin laki – laki sebanyak 25 orang atau 25%, dan dengan jenis kelamin transgender sebanyak 1 orang atau 1%. Kelompok Tingkat Pengetahuan HIV Baik dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 14

orang atau 14%, dengan jenis kelamin laki – laki sebanyak 36 orang atau 36%, dan dengan jenis kelamin transgender sebanyak 1 orang atau 1%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.11 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,127, karena nilai  $p = 0,127 > 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Jenis Kelamin mampu memberikan faktor yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

### 5.3.3 Hubungan Antara Status Perkawinan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Status Perkawinan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.12

**Tabel 5.12**

**Tabulasi silang antara Status Perkawinan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Status	Pengetahuan HIV		Total	
	Buruk	Baik		
Menikah	F	31	21	52
	%	31.00	21.00	52.00
Belum Menikah	F	10	20	30
	%	10.00	20.00	30.00
Janda	F	8	7	15
	%	8.00	7.00	15.00
Duda	F	0	3	3
	%	0.00	3.00	3.00
Total	F	49	51	100
	%	49.00	51.00	100

$$p = 0,040$$

Pada Tabel 5.12 di atas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 8 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan HIV Buruk dengan Status menikah sebanyak 31 orang atau 31%, dengan status belum menikah sebanyak 10 orang atau 10%, dengan status janda sebanyak 8 orang atau 8%, dan dengan status Duda sebanyak 0 orang atau 0%. Tingkat Pengetahuan HIV Buruk dengan Status menikah sebanyak 21 orang atau 21%, dengan status belum menikah sebanyak 20 orang atau 20%, dengan status janda sebanyak 7 orang atau 7%, dan dengan status Duda sebanyak 3 orang atau 3%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Status pernikahan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.12 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,040, karena nilai  $p = 0,040 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Status pernikahan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Status pernikahan mampu memberikan faktor yang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

#### **5.3.4 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.13

Tabel 5.13

## Tabulasi silang antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Pekerjaan		Pengetahuan HIV		Total
		Buruk	Baik	
Bekerja	f	39	44	83
	%	39	44	83
Tidak Bekerja	f	10	7	17
	%	10	7	17
Total	f	49	51	100
	%	49	51	100

$p = 0,374$

Pada Tabel 5.13 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 4 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan Buruk dengan pasien yang bekerja sebanyak 39 orang atau 39%, dan dengan pasien yang tidak bekerja sebanyak 10 orang atau 10%. Kelompok Tingkat Pengetahuan Baik dengan pasien yang bekerja sebanyak 44 orang atau 44%, dan yang tidak bekerja sebanyak 7 orang atau 7%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.13 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,374, karena nilai  $p = 0,374 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Pekerjaan memberikan faktor yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

### 5.3.5 Hubungan Antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.14

**Tabel 5.14**

**Tabulasi silang antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Pendidikan	Pengetahuan HIV		Total	
	Buruk	Baik		
Rendah	f	26	11	37
	%	26	11	37
Menengah	f	18	26	44
	%	18	26	44
Tinggi	f	5	14	19
	%	5	14	19
Total	f	49	51	100
	%	49	51	100

p = 0,003

Pada Tabel 5.14 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 4 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan Buruk dengan Pendidikan Rendah sebanyak 26 orang atau 26%, dengan Pendidikan Menengah sebanyak 18 orang atau 18%, dan dengan Pendidikan Tinggi sebanyak 5 orang atau 5%. Kelompok Tingkat Pengetahuan Baik dengan Pendidikan Rendah sebanyak 11 orang atau 11%, dengan Pendidikan Menengah sebanyak 26 orang atau 26%, dan dengan Pendidikan Tinggi sebanyak 14 orang atau 14%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.14

didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,003, karena nilai  $p = 0,003 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Pendidikan memberikan faktor yang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

### 5.3.6 Hubungan Antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.15

**Tabel 5.15**

**Tabulasi silang antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Lingkungan		Pengetahuan HIV		Total
		Buruk	Baik	
Pedesaan	f	29	25	54
	%	29	25	54
Perkotaan	f	20	26	46
	%	20	26	46
Total	f	49	51	100
	%	49	51	100

$p = 0,308$

Pada Tabel 5.15 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 4 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan Buruk dengan Lingkungan Pedesaan sebanyak 29 orang atau 29%, dan dengan Lingkungan perkotaan sebanyak 20 orang atau 20%.Kelompok Tingkat Pengetahuan Baik dengan Lingkungan Pedesaan sebanyak 25 orang atau 25%, dan yang Lingkungan Perkotaan sebanyak 26 orang atau 26%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan

menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.15 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,308, karena nilai  $p = 0,308 > 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Lingkungan memberikan faktor yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

### 5.3.7 Hubungan Antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.16

**Tabel 5.16**

**Tabulasi silang antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Khitan	Pengetahuan HIV		Total	
	Buruk	Baik		
Tidak Khitan	f	25	13	38
	%	25	13	38
Khitan	f	24	38	62
	%	24	38	62
Total	f	49	51	100
	%	49	51	100

$p = 0,009$

Pada Tabel 5.16 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 4 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan Buruk dengan Tidak Khitan sebanyak 25 orang atau 25%, dan dengan Khitan sebanyak 24 orang atau 24%. Kelompok Tingkat Pengetahuan Baik dengan Tidak khitan sebanyak 13 orang atau 13%, dan yang Khitan sebanyak 38 orang atau 38%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.16 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,009, karena nilai  $p = 0,009 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Khitan memberikan faktor yang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

### 5.3.8 Hubungan Antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Bentuk tabulasi silang yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih rinci antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV dapat dilihat pada Tabel 5.17

**Tabel 5.17**

**Tabulasi silang antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

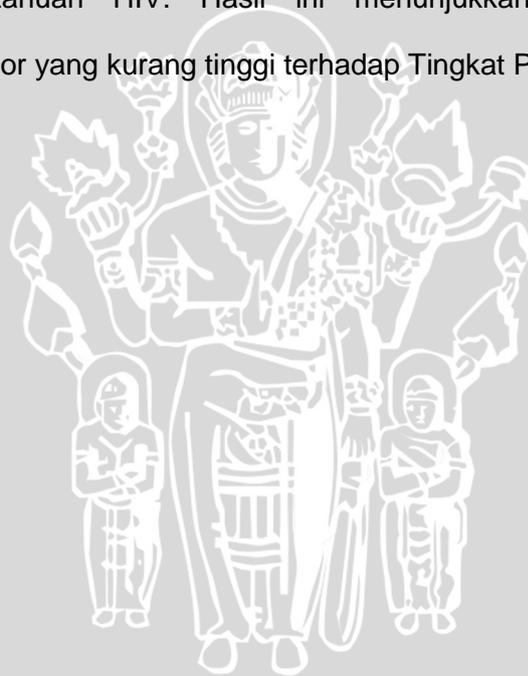
Agama	Pengetahuan HIV		Total
	Buruk	Baik	
Buruk	F	5	12
	%	5	12
Baik	F	44	39
	%	44	39
Total	F	49	51
	%	49	51

$p = 0,076$

Pada Tabel 5.17 diatas terlihat bahwa dari 100 orang terbagi menjadi 4 golongan, untuk kelompok Tingkat Pengetahuan HIV Buruk dengan Agama Buruk sebanyak 5 orang atau 5%, dan dengan Agama Baik sebanyak 44 orang atau 44%. Kelompok Tingkat Pengetahuan HIV Baik

dengan Agama Buruk sebanyak 12 orang atau 12%, dan yang Agama Baik sebanyak 39 orang atau 39%.

Berdasarkan hasil deskripsi tersebut dapat diketahui keterkaitan atau asosiasi antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV dengan menggunakan uji Chi Square. Berdasarkan pada hasil Tabel 5.17 didapatkan bahwa hasil Chi Square dengan p value sebesar 0,076, karena nilai  $p = 0,076 > 5\%$  ( $\alpha = 5\%$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Agama memberikan faktor yang kurang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.



## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Analisis Univariate

##### 6.1.1 Karakteristik Usia Responden

Penelitian sebelumnya, menyatakan bahwa delapan puluh delapan persen (88%) dari semua penderita HIV/AIDS yang tercatat oleh CDC berusia antara 20 sampai 49 tahun (Muma dan Richard,1997). Sedangkan di Indonesia, Infeksi HIV/AIDS paling banyak terjadi pada kelompok usia produktif 25 sampai 49 tahun, diikuti kelompok usia 20 sampai 24 tahun (Depkes, 2014).

Pada penelitian ini didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dan sejalan dengan penelitian tersebut. Pada penelitian ini didapatkan 84 responden usia dewasa (84%) dan 16 responden berusia remaja (16%).

Koresponden yang terdapat di RSSA dominan terkena HIV/AIDS dikarenakan penularan melalui jarum suntik saat mengkonsumsi narkotika. Sedangkan mereka yang tertular melalui hubungan seksual, lebih sedikit daripada yang menggunakan jarum suntik.

Maka dari itu, pada usia dewasa mencapai nilai yang tinggi karena penggunaan jarum suntik maupun narkotika yang dipergunakan, sedangkan pada remaja lebih dominan pada hubungan seksual dan tidak banyak yang menggunakan jarum suntik.

### 6.1.2 Karakteristik Jenis Kelamin

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa hampir 90% penderita HIV/AIDS pada dewasa dan remaja adalah pria. Dari penderita tersebut, 64% adalah pria homoseksual / biseksual dan belum ditemukan di antara wanita. 20% lainnya adalah pecandu obat dengan menggunakan injeksi yang hetroseksual. Sedangkan sisanya sebanyak 15% terinfeksi dengan cara transmisi yang lain. Separuh dari pecandu obat bius dengan menggunakan injeksi adalah wanita, dan lebih dari 34% mempunyai riwayat pernah melakukan hubungan seksual dengan pria yang mempunyai resiko tinggi menderita HIV/AIDS. hampir 7% penderita HIV/ AIDS pada wanita pernah menerima transfusi darah. Sisanya sekitar 9% mendapatkan HIV/AIDS dengan cara yang tidak diketahui (Muma,RichardD, 1997). Sedangkan di Indonesia terdapat 13.280 penyandang HIV pria dan 9.589 penyandang HIV wanita (Depkes, 2014).

Pada penelitian ini menunjukkan hasil yang hampir sama dengan penelitian sebelumnya. Pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV sebanyak 61 responden laki-laki (61%) dan 37 perempuan (37%).

Hampir 90% penderita HIV/AIDS pada pria, karena ditemukan pada pria lebih banyak yang menggunakan jarum suntik maupun narkotika, sedangkan pada wanita sedikit yang menggunakan narkotika.

### 6.1.3 Karakteristik Status

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa berdasarkan analisis, resiko penularan HIV akan meningkat pada orang yang sedang menikah atau telah bercerai dibandingkan dengan orang yang belum pernah menikah (Santelli et al, 2014)

Sejalan dengan penelitian sebelumnya, pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang berstatus menikah sebanyak 52 responden (52%), belum menikah sebanyak 30 responden (30%), janda 15 responden (15%), dan duda 3 responden (3%).

Tingginya penderita HIV/AIDS yang berstatus menikah dikarenakan oleh penularan secara seksual. Orang yang sudah menikah, yang memiliki pasangan sering berganti-ganti pasangan dan melakukan aktivitas seksual yang sering lebih rentan tertular oleh virus HIV/AIDS. Sedangkan janda dan duda memiliki angka prosentase lebih kecil dikarenakan mereka memiliki aktivitas seksual lebih sedikit atau jarang.

#### **6.1.4 Karakteristik Pekerjaan**

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan pekerjaan umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan berpengaruh terhadap kehidupan keluarga. Sulitnya untuk mencari pekerjaan, dan gaji yang kecil, mendorong untuk seseorang melakukan hal-hal yang buruk, seperti; pekerja seks komersial yang (PSK) merupakan pilihan untuk mendapatkan uang yang mereka inginkan.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa resiko HIV meningkat pada masyarakat yang tidak bekerja (Sergio et al, 2011). Berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang bekerja sebanyak 83 responden (83%) dan tidak

bekerja sebanyak 17 responden (17%). Hal ini bisa disebabkan bahwa kestabilan pekerjaan tidak selalu berakibat pada penularan HIV, dan juga kekayaan dan kemiskinan yang sering dihubungkan dengan resiko dan efek protektif dari penularan HIV, tergantung dari konteksnya (Parkhurst, 2010).

Responden yang menyandang HIV/AIDS paling tinggi adalah kelompok orang yang memiliki pekerjaan. Dalam penelitian kali ini, hal ini dapat terjadi dikarenakan mereka yang bekerja lebih mampu untuk mengkonsumsi narkotika jenis suntik. Sedangkan responden yang tidak bekerja, tidak mampu untuk membeli narkotika dan penularan HIV/AIDS-nya adalah melalui hubungan seksual.

#### **6.1.5 Karakteristik Pendidikan**

Menurut Notoadmojo (1997), pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan tersebut dapat berdiri sendiri. Menurut Wied Hary A. (1996), menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentuka mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi seseorang makin baik pula pengetahuannya, sebaliknya pula, semakin rendah pendidikan semakin rendah pula pengetahuan, khususnya tentang kesehatan.

Pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 37 responden (37%), yang memiliki pendidikan menengah sebanyak 44 responden atau (44%), yang memiliki pendidikan Tinggi sebanyak 19 responden (19%).

Penyandang HIV/AIDS tertinggi diderita oleh mereka yang memiliki pendidikan rendah, hal ini disebabkan karena umumnya mereka kurang mengetahui Faktor Resiko Penularan HIV/AIDS. Sedangkan mereka yang berpendidikan menengah dan tinggi memiliki angka penderita yang lebih kecil dikarenakan mereka lebih mengetahui dan memahami faktor-faktor resiko apasaja yang dapat menularkan virus HIV/AIDS.

#### 6.1.6 Karakteristik Lingkungan

Hasil dari penelitian GA Hutchinson, EM Jameson tahun 2008 dengan judul "*Prevalence and Risk Factors for HIV Infection in Pregnant Women in North Trinidad*" menyatakan proporsi kejadian HIV dan AIDS pada kelompok kasus dari responden dengan letak demografi atau tempat tinggal. 60,5% pelabuhan atau kota, 39,5% di daerah pengunungan.

Berbeda dengan penelitian sebelumnya, Pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang memiliki lingkungan pedesaan sebanyak 54 responden (54%), dan yang memiliki lingkungan perkotaan sebanyak 46 responden atau 46%. Hal ini bisa disebabkan karena tingginya faktor urbanisasi di Indonesia. Selain itu penularan HIV dipengaruhi banyak faktor sehingga sulit bila hanya menilai dari faktor lingkungan saja.

Pada penelitian kali ini, penyandang HIV/AIDS yang berada di lingkungan pedesaan memiliki angka tertinggi dikarenakan mereka dominan kurang memiliki pengetahuan mengenai penularan HIV/AIDS dan pengaruh buruk eksternal yang menyebabkan mereka terinfeksi virus

HIV/AIDS. Namun, lain halnya pada responden yang berada di lingkungan perkotaan, angka penderitanya lebih kecil dikarenakan mereka lebih memiliki pengetahuan mengenai penularan HIV/AIDS dan mereka lebih sedikit yang menerima pengaruh buruk eksternal yang menyebabkan mereka terinfeksi virus HIV/AIDS.

#### 6.1.7 Karakteristik Khitan

Menurut sebuah studi dari Uganda yang dilaporkan dalam jurnal akses terbuka mBio edisi 16 April 2013, pembuangan kulup dalam proses khitan mengurangi bakteri anaerob, yang memungkinkan sistem kekebalan untuk mempertahankan patogen menular seksual seperti HIV.

Selain itu, sebuah percobaan terkontrol acak menunjukkan bahwa khitan mengurangi risiko infeksi HIV pada pria sebesar 50% -60% dan mengurangi risiko infeksi HPV dan virus herpes simpleks tipe 2, tetapi alasan biologi di balik manfaat ini tidak dipahami dengan baik. Bisa jadi bahwa anatomi penis yang dikhitan membantu mencegah infeksi, atau bisa juga bahwa perubahan dalam perlindungan mikrobioma, atau beberapakombinasi dari keduanya.

Menggunakan sampel usap dari uji coba besar khitan di Uganda, Price dan rekannya di Johns Hopkins dan TGen ingin menentukan apakah khitan secara signifikan mengubah komunitas mikroba di penis.

Menggunakan teknik kuantitatif disebut qPCR bersama dengan *pyrosequencing* untuk mengidentifikasi anggota masyarakat, para peneliti membandingkan sampel dari pria yang tidak disunat dengan sampel dari laki-laki disunat yang diambil baik sebelum prosedur dan pada satu tahun kemudian.

Namun apa peran mikrobioma pada penis dalam penularan HIV belum diketahui, tetapi penelitian menunjukkan bahwa bakteri dapat mempengaruhi seberapa rentan penis terhadap infeksi virus yang menular secara seksual. Di antara laki-laki yang tidak khitan, beban bakteri yang tinggi dapat mengaktifkan sel di kulup yang disebut sel Langerhans, mencegah mereka dari melakukan peran normal mereka dalam menangkis virus. Sebaliknya, sel-sel Langerhans yang aktif mengkhianati tubuh, mengikat dan mengantar partikel HIV kepada sel T, dimana mereka bisa memulai infeksi. Mengurangi jumlah bakteri di penis dapat mencegah sel Langerhans untuk menjadi 'pengkhianat'.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pria yang dikhitan secara umum menurunkan resiko terinfeksi HIV dari hubungan seksual sebesar 60%. Tetapi, pria yang dikhitan tidak menjamin terlindungi secara total dari infeksi HIV. Ini salah satu alasan lebih banyak pria yang mudah terinfeksi HIV/AIDS daripada wanita.

Sedikit berbeda dengan penelitian sebelumnya, pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang tidak khitan sebanyak 38 responden (38%), yang khitan sebanyak 62 responden (62%), hal ini dapat disebabkan responden pada penelitian ini tidak dipilah menurut jalur penularan HIV. Karena bisa saja sebagian responden yang dikhitan tertular HIV bukan melalui hubungan sex bisa melalui jarum suntik, transfusi atau yang lainnya.

#### **6.1.8 Karakteristik Tingkat Pengetahuan Agama**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico tahun 2011, menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep

tentang sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Diaz et al, 2011). Penelitian lain juga menunjukkan hasil yang sama yang dilakukan oleh Aisha Andrewin tahun 2008, bahwa kepatuhan beragama petugas kesehatan berpengaruh terhadap stigma dan diskriminasi kepada penderita HIV/AIDS (Andrewin et al, 2008).

Pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang memiliki Agama buruk sebanyak 17 responden (17%), dan yang memiliki Agama Baik sebanyak 83 responden (83%).

Tingginya penyandang HIV/AIDS oleh mereka yang pemahaman agamanya buruk dikarenakan Naluri dalam rangka mendorong mereka untuk mengadakan kegiatan-kegiatan religius sangat kurang dan sehingga mereka kurang patuh terhadap aturan-aturan yang ada di agamanya. Namun berbeda pada responden yang memiliki pemahaman agama yang baik, angka penderitanya lebih sedikit.

#### **6.1.9 Karakteristik Pengetahuan HIV**

Tingkat pengetahuan adalah pengetahuan seseorang terhadap objek yang mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo,2010). Menurut et al. (2002) menyebutkan bahwa jenis kelamin, usia, bidang ilmu disekolah, dan jumlah sumber informasi merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS pada remaja.

Pada penelitian ini didapatkan penyandang HIV yang memiliki pengetahuan HIV buruk sebanyak 49 responden (49%), dan yang memiliki pengetahuan HIV Baik sebanyak 51 responden (51%).

Pada penelitian kali ini, penyandang HIV/AIDS yang memiliki tingkat pengetahuan rendah, memiliki angka tertinggi dikarenakan mereka kurang memiliki pengetahuan mengenai penularan HIV/AIDS sehingga mereka dapat dengan mudah tertular oleh virus HIV. Hubungan seksual tanpa alat kontrasepsi dan menggunakan jarum suntik narkotika yang tidak higienis pun dilakukan. Namun, lain halnya pada responden yang memiliki tingkat pengetahuan mengenai HIV/AIDS lebih tinggi, angka penderitanya lebih kecil.

## **6.2 Analisis Bivariate**

### **6.2.1 Hubungan Antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Pada penelitian ini disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Usia memberikan dampak yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Hal ini disebabkan karena kemajuan penyebaran informasi, maka pengetahuan tentang HIV yang semula dianggap tabu, kini sudah tidak lagi. Para remaja pun sudah dapat mengakses pengetahuan tentang HIV dari berbagai sumber.

### **6.2.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Hasil analisa statistik pada penelitian sebelumnya di dapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan mengenai penyakit AIDS (Oktarina dkk, 2009). Namun, pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Jenis Kelamin mampu memberikan dampak yang

masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Hal ini bisa dikarenakan karena informasi semakin mudah di akses. Sehingga dapat diakses oleh siapapun tanpa melihat jenis kelamin.

### **6.2.3 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Pada penelitian ini menyimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Status pernikahan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Status pernikahan mampu memberikan dampak yang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Dengan kata lain penyandang HIV yang telah menikah lebih memahami tentang penyakitnya dibandingkan dengan yang belum menikah.

### **6.2.4 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Penelitian sebelumnya yang dilakukan Oktarina dkk (2009), menyatakan bahwa Masyarakat yang bekerja cenderung pengetahuan HIV/AIDS nya tidak berbeda dengan masyarakat yang tidak bekerja (Oktarina dkk, 2009). Sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya, penelitian ini juga menyimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Pekerjaan memberikan dampak yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV.

Hal ini menunjukkan bahwa informasi yang diperoleh tidak bergantung pada lokasi atau tempat bekerja. Sehingga informasi dapat diperoleh dari media cetak, media elektronik dan lain-lain (Oktarina dkk, 2009).

### 6.2.5 Hubungan Antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Penelitian sebelumnya menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan mengenai penyakit HIV/AIDS. Hasil ini menggambarkan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV (Oktarina dkk, 2009).

Pada penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Pendidikan memberikan dampak yang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menggambarkan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Responden yang mempunyai tingkat pendidikan cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih baik, demikian juga sebaliknya. Keadaan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Shinta, dkk (2005) yang mendapatkan pendidikan masyarakat yang rendah berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang rendah pula. Sebaliknya pada penelitian oleh Situmorang A (1995) yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan yang didapat (Oktarina dkk, 2009).

### 6.2.6 Hubungan Antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara keadaan wilayah dan tingkat pengetahuan tentang penyakit AIDS. Masyarakat di wilayah perkotaan cenderung berpengetahuan tentang

HIV/AIDS lebih baik dibandingkan wilayah desa (Oktarina dkk, 2009). Namun, pada penelitian ini disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Lingkungan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Lingkungan memberikan dampak yang masih rendah terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor-faktor seperti tingginya urbanisasi, keterbukaan era informasi, kemajuan teknologi dan lain-lain. Sehingga kini masyarakat di wilayah desa juga memiliki kesempatan yang sama dalam mengakses informasi.

#### **6.2.7 Hubungan Antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara Khitan dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Khitan memberikan dampak yang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Dengan kata lain, penyandang HIV yang sudah dikhitan lebih memahami tentang AIDS daripada yang tidak dikhitan.

#### **6.2.8 Hubungan Antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV**

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau keterkaitan yang tidak signifikan antara Agama dengan Tingkat Pengetahuan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa Agama memberikan dampak yang kurang tinggi terhadap Tingkat Pengetahuan HIV. Hal ini mencerminkan bahwa semakin religius seseorang, belum tentu orang tersebut memahami tentang HIV, dan tetap beresiko.

### 6.2.9 Kelemahan Penelitian

Penelitian ini masih jauh dari sempurna. Masih terdapat beberapa kelemahan yang harapannya dapat diperbaiki pada penelitian selanjutnya. Pada penelitian ini peneliti kesulitan mencari sumber referensi keterkaitan antara karakteristik pasien dan tingkat pengetahuan tentang penyakit HIV.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

- 1) Ada Hubungan yang signifikan antara status pernikahan, pendidikan, dan Khitan dengan tingkat pengetahuan, dan tidak ada hubungan yang signifikan anantara umur, jenis kelamin, pekerjaan, wilayah, dan agama dengan tingkat pengetahuan HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
- 2) Sebanyak 49 (49%) orang Pasien HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar Malang memilik tingkat pengetahuan tentang HIV yang buruk dan sejumlah 51 (51%) orang memiliki tingkat pengetahuan yang baik.
- 3) Adanya pengaruh status pernikahan, pendidikan, dan khitan dengan tingkat pengetahuan mengenai penyakit HIV/AIDS dalam penularan penyakit HIV/AIDS di poliklinik RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

#### 7.2 Saran

- 1) Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang hubungan tingkat pengetahuan dan penularan HIV/AIDS.
- 2) Untuk penelitian selanjutnya, perlu dilakukan pengamatan hubungan tingkat pengetahuan dan sikap penyandang HIV/AIDS.
- 3) Perlu dilakukan studi pada masyarakat tentang pengaruh karakteristik dengan tingkat pengetahuan mengenai penyakit HIV.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Society for Microbiology. 2013. [Online]. Tersedia: [www.spiritis.or.id/pdf/newspdf.php?nwno=3298](http://www.spiritis.or.id/pdf/newspdf.php?nwno=3298), diakses 21 Desember 2015.
- Amin, Zulfikri, dkk. 2013. *Profile of TB-HIV and TB-HIV Patients in RSCM*. Vol.41,No.4,2013:195-199.
- CDC. 2015. *HIV/AIDS Basic About HIV*. [Online]. Tersedia: <http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>, diakses 30 Desember 2015.
- Koalak dan Jennifer P. 2012. *Professional Guide to Pathophysiology*. Jakarta: Buku Kedokteran.
- Monitoring the AIDS Pandemic. 2004. *AIDS in Asia: Face the Facts*. [Online]. Tersedia: [un.org.np/node/10255](http://un.org.np/node/10255), diakses 30 Desember 2015.
- Mulyanah, 2013. *Agama dan Pencegahan HIV/AIDS*. [Online]. Tersedia: [www.wawasanews.com/2013/12/agama-dan-pencegahan-hiv-aids.html](http://www.wawasanews.com/2013/12/agama-dan-pencegahan-hiv-aids.html), diakses 9 Januari 2016.
- Nasronudin. 2007. *HIV & AIDS*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nyoman K, 2006. *Situasi perilaku beresiko dan prevalensi HIV ditanah papua, dan DepKes RI, 2007*
- Oktarina dkk., 2009. Hubungan Antara Karakteristik Responden, Keadaan Wilayah Dengan Pengetahuan, Sikap Terhadap Hiv/Aids Pada Masyarakat Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 12 No. 4 Oktober 2009: 362–369
- Parkhurst J. Understanding the Correlations Between Wealth, Poverty And HIV In African Countries. *Bull World Health Organ*. 2010;88:519–26.
- Pusat Data dan Informasi kementerian Kesehatan. 2014. [Online]. Tersedia: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id), diakses 30 Desember 2015.
- Reuwpassa, O.K. 2012. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Keadaan Status Gizi Pasien HIV/AIDS berdasarkan Indeks Masa Tubuh di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangkusumo*. FKUI Jakarta: tidak diterbitkan.

Robbins, Stanley L. 2013. *Robbins Basic Pathology*. Jakarta: Buku Kedokteran

Rueda Sergio, Raboud Janet, Mustard Cameron, Bayoumi Ahmed, Lavis John N, Rourke Sean B. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care*. 2011;23(4):435–443. doi: 10.1080/09540121.2010.507952.

Santelli, John. 2014. Behavioral, Biological, and Demographic Risk and Protective Factors for New HIV Infections among Youth, Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 Jul 1; 63(3): 393–400.

Shinta, Sukowati S, Sapardiyah S, 2005. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat terhadap Malaria di Daerah Non Endemis di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah, *Jurnal Ekologi Kesehatan IV* (2).

Situasi Perkembangan Epidemi HIV/AIDS Provinsi Sulawesi Selatan. 2014. [Online]. Tersedia: <http://dinkes.sulselprov.go.id/berita-situasi-perkembangan-epidemi-hiv--aids-prov-sulawesi-selatan--2014.html#ixzz49dQgbgqh>, diakses 3 Januari 2016.

Situmorang A, dkk., 1995. *Pengetahuan dan Sikap Para Pekerja Salon Kecantikan tentang AIDS*. Jaringan Epidemiologi Nasional & The Ford Foundation.

Sudoyo, Aru M. et.al. 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Ponegoro: Ilmu Penyakit Dalam.

Suryoputro, A. et al. (2002). Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja: implikasi terhadap kebijakan dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi. *Jurnal Makara Kesehatan*, 10 (1), 29-40.

Tuti Susilowati. Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian HIV dan AIDS di Semarang dan Sekitarnya. *Akbid Porworejo*, Volume 12, No.1. [Online]. Tersedia: <http://e-journal.akbid-purworejo.ac.id/index.php/jkk2/article/view/45/43>, diakses 3 Januari 2016.

Wawasan News. 2013. *Agama dan Pencegahan HIV/AIDS*. [Online]. Tersedia: [www.wawasannews.com/2013/12/agama-dan-pencegahan-hiv-aids.html](http://www.wawasannews.com/2013/12/agama-dan-pencegahan-hiv-aids.html), diakses 9 Januari 2016.

WHO. 2014. *10 Facts on HIV/AIDS*, [Online]. Tersedia: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/an/>, diakses 8 Januari 2017.

Widiati. 2007. *Sikap Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Lampiran 1

Analisis Statistik

Frequency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja	16	16.0	16.0	16.0
	Dewasa	84	84.0	84.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	37	37.0	37.0	37.0
	Laki-laki	61	61.0	61.0	98.0
	Transgender	2	2.0	2.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	52	52.0	52.0	52.0
	Belum Menikah	30	30.0	30.0	82.0
	Janda	15	15.0	15.0	97.0
	Duda	3	3.0	3.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	83	83.0	83.0	83.0
	Tidak Bekerja	17	17.0	17.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	37	37.0	37.0	37.0
	Menengah	44	44.0	44.0	81.0
	Tinggi	19	19.0	19.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	



**Lingkungan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pedesaan	54	54.0	54.0	54.0
	Perkotaan	46	46.0	46.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Khitan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Khitan	38	38.0	38.0	38.0
	Khitan	62	62.0	62.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Pengetahuan HIV**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	49	49.0	49.0	49.0
	Baik	51	51.0	51.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Agama**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	17	17.0	17.0	17.0
	Baik	83	83.0	83.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Lampiran 2

Uji Chi Square

Usia \*Pengetahuan HIV

Crosstab

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Usia	Remaja	Count	6	10	16
		% of Total	6.0%	10.0%	16.0%
	Dewasa	Count	43	41	84
		% of Total	43.0%	41.0%	84.0%
Total		Count	49	51	100
		% of Total	49.0%	51.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.008 <sup>b</sup>	1	.315		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.535	1	.465		
Likelihood Ratio	1.018	1	.313		
Fisher's Exact Test				.416	.233
Linear-by-Linear Association	.998	1	.318		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.84.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	-.100	.098	-.999	.320 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.100	.098	-.999	.320 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

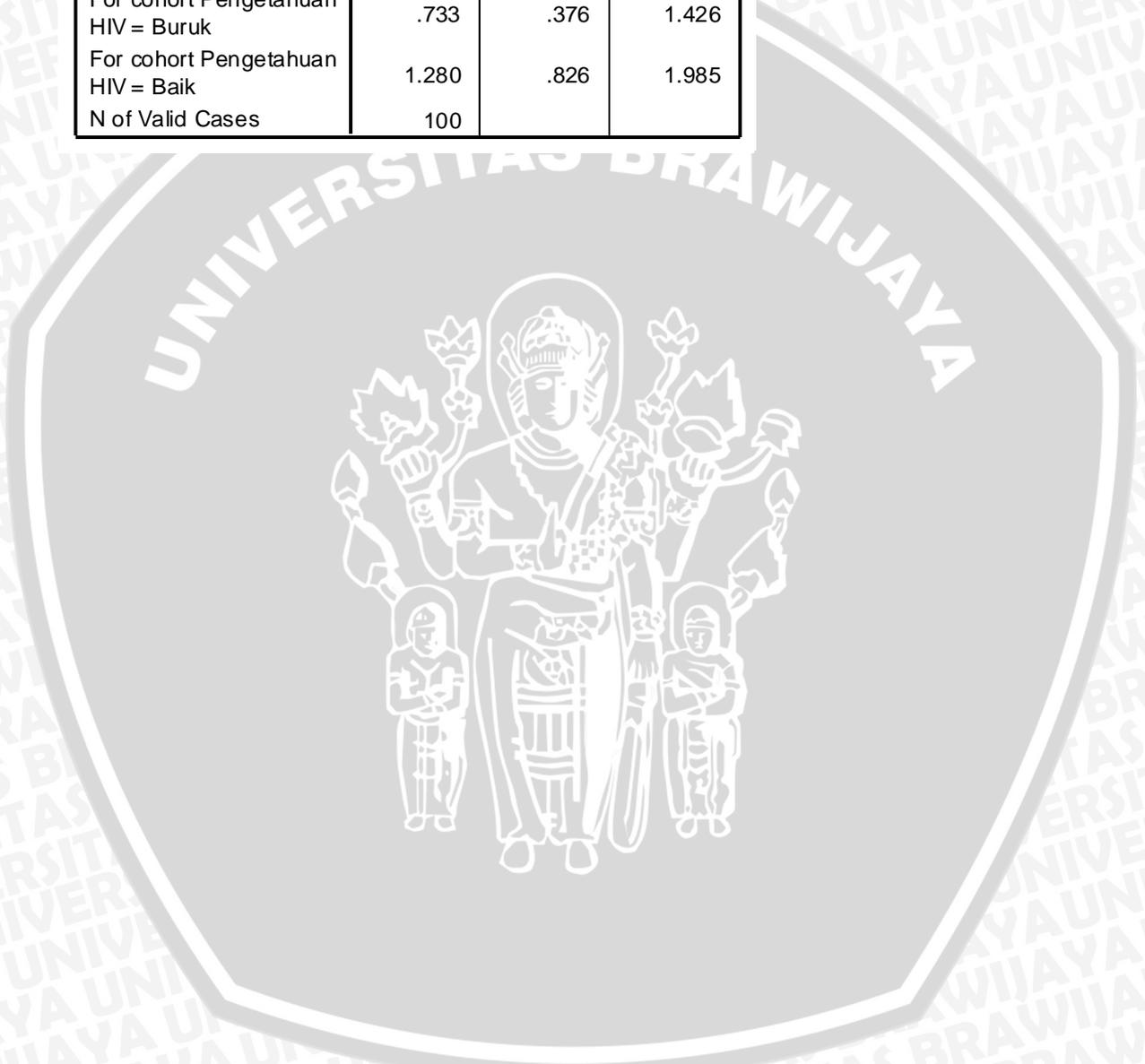
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (Remaja / Dewasa)	.572	.191	1.717
For cohort Pengetahuan HIV = Buruk	.733	.376	1.426
For cohort Pengetahuan HIV = Baik	1.280	.826	1.985
N of Valid Cases	100		



**Jenis Kelamin \*Pengetahuan HIV**

**Crosstab**

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Jenis Kelamin	Perempuan	Count	23	14	37
		% of Total	23.0%	14.0%	37.0%
	Laki-laki	Count	25	36	61
		% of Total	25.0%	36.0%	61.0%
	Transgender	Count	1	1	2
		% of Total	1.0%	1.0%	2.0%
Total	Count	49	51	100	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.134 <sup>a</sup>	2	.127
Likelihood Ratio	4.166	2	.125
Linear-by-Linear Association	3.484	1	.062
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .98.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	.188	.099	1.891	.062 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.194	.098	1.958	.053 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Perempuan / Laki-laki)	<sup>a</sup>

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.



Status \*Pengetahuan HIV

Crosstab

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Status	Menikah	Count	31	21	52
		% of Total	31.0%	21.0%	52.0%
	Belum Menikah	Count	10	20	30
		% of Total	10.0%	20.0%	30.0%
	Janda	Count	8	7	15
		% of Total	8.0%	7.0%	15.0%
	Duda	Count	0	3	3
		% of Total	.0%	3.0%	3.0%
Total		Count	49	51	100
		% of Total	49.0%	51.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.286 <sup>a</sup>	3	.040
Likelihood Ratio	9.519	3	.023
Linear-by-Linear Association	3.482	1	.062
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.188	.094	1.890	.062 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.196	.098	1.982	.050 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Status (Menikah / Belum Menikah)	<sup>a</sup>

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.



**Pekerjaan \*Pengetahuan HIV**

**Crosstab**

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Pekerjaan	Bekerja	Count	39	44	83
		% of Total	39.0%	44.0%	83.0%
	Tidak Bekerja	Count	10	7	17
		% of Total	10.0%	7.0%	17.0%
Total		Count	49	51	100
		% of Total	49.0%	51.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.791 <sup>b</sup>	1	.374		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.388	1	.533		
Likelihood Ratio	.794	1	.373		
Fisher's Exact Test				.432	.267
Linear-by-Linear Association	.783	1	.376		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	-.089	.099	-.884	.379 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.089	.099	-.884	.379 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

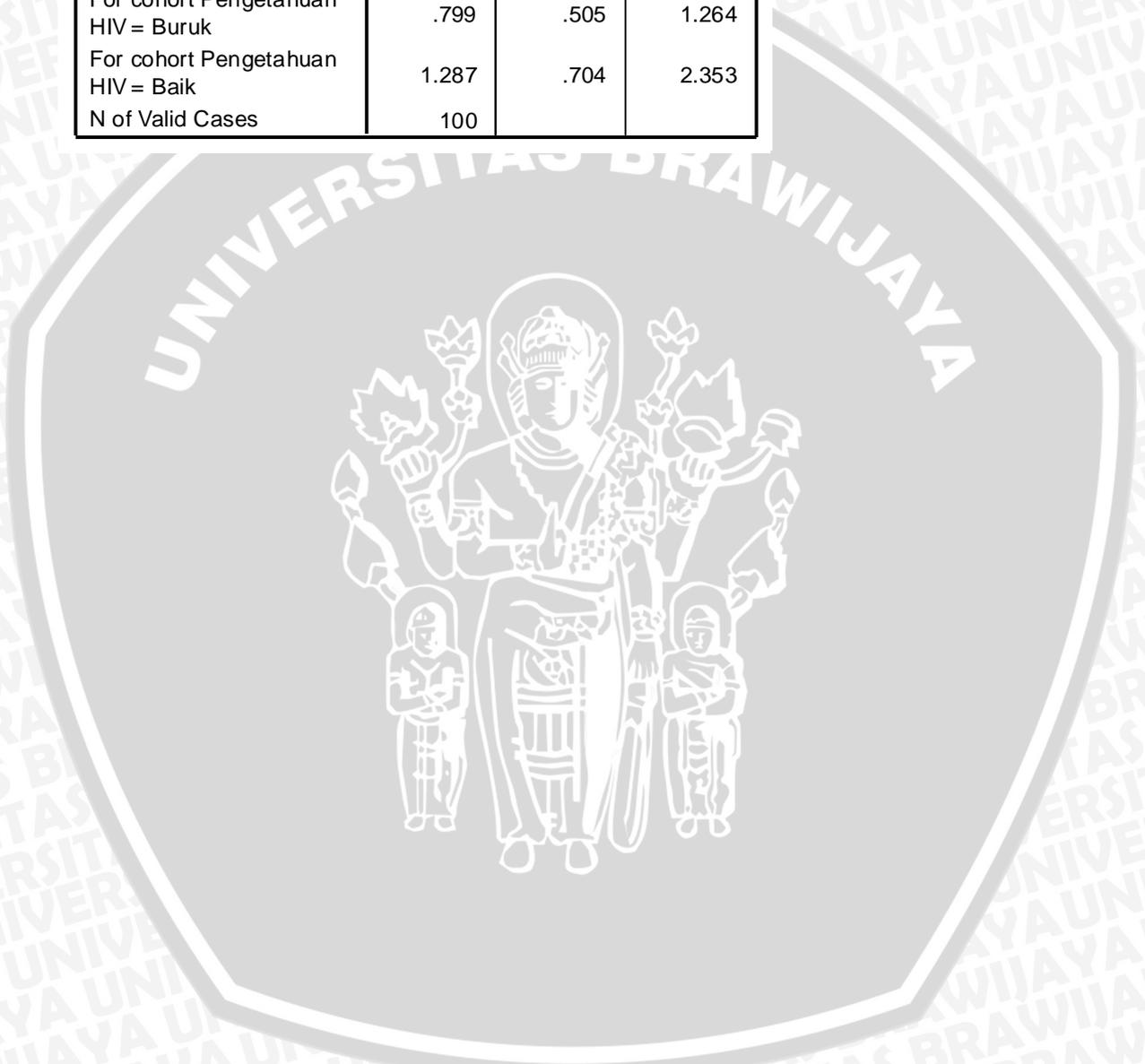
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak Bekerja)	.620	.215	1.787
For cohort Pengetahuan HIV = Buruk	.799	.505	1.264
For cohort Pengetahuan HIV = Baik	1.287	.704	2.353
N of Valid Cases	100		



**Pendidikan \*Pengetahuan HIV**

**Crosstab**

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Pendidikan Rendah	Count	26	11	37	
	% of Total	26.0%	11.0%	37.0%	
Menengah	Count	18	26	44	
	% of Total	18.0%	26.0%	44.0%	
Tinggi	Count	5	14	19	
	% of Total	5.0%	14.0%	19.0%	
Total	Count	49	51	100	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.763 <sup>a</sup>	2	.003
Likelihood Ratio	12.121	2	.002
Linear-by-Linear Association	11.139	1	.001
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.31.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	.335	.091	3.525	.001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.340	.091	3.581	.001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for Pendidikan (Rendah / Menengah)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.



**Lingkungan \*Pengetahuan HIV**

**Crosstab**

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Lingkungan	Pedesaan	Count	29	25	54
		% of Total	29.0%	25.0%	54.0%
	Perkotaan	Count	20	26	46
		% of Total	20.0%	26.0%	46.0%
Total		Count	49	51	100
		% of Total	49.0%	51.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.039 <sup>b</sup>	1	.308		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.670	1	.413		
Likelihood Ratio	1.041	1	.307		
Fisher's Exact Test				.324	.207
Linear-by-Linear Association	1.029	1	.310		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.54.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	.102	.099	1.015	.313 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.102	.099	1.015	.313 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

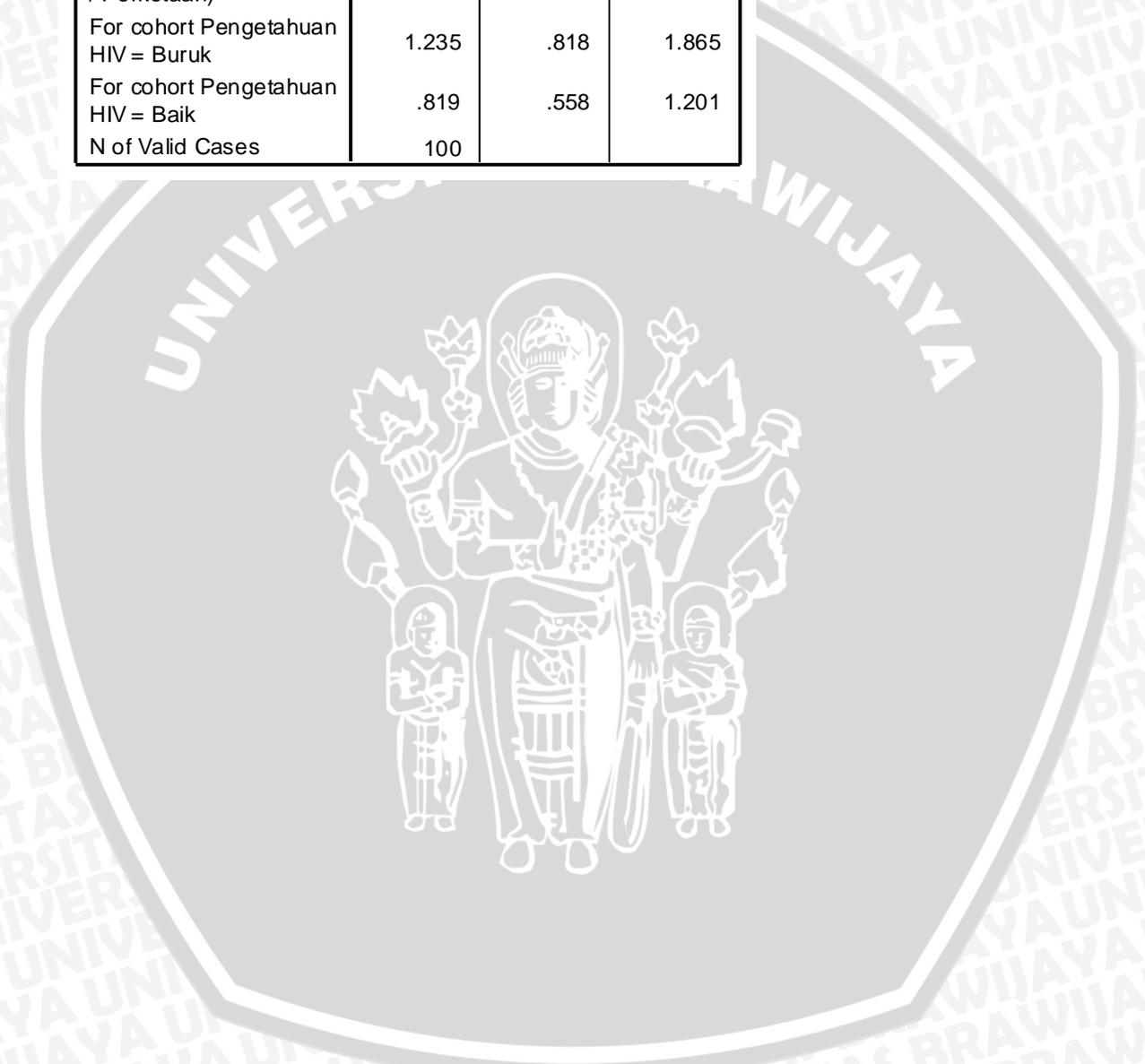
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lingkungan (Pedesaan / Perkotaan)	1.508	.684	3.327
For cohort Pengetahuan HIV = Buruk	1.235	.818	1.865
For cohort Pengetahuan HIV = Baik	.819	.558	1.201
N of Valid Cases	100		



**Khitan \*Pengetahuan HIV**

**Crosstab**

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Khitan	Tidak Khitan	Count	25	13	38
		% of Total	25.0%	13.0%	38.0%
Khitan	Khitan	Count	24	38	62
		% of Total	24.0%	38.0%	62.0%
Total		Count	49	51	100
		% of Total	49.0%	51.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.914 <sup>b</sup>	1	.009		
Continuity Correction <sup>a</sup>	5.872	1	.015		
Likelihood Ratio	7.004	1	.008		
Fisher's Exact Test				.013	.007
Linear-by-Linear Association	6.844	1	.009		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.62.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	.263	.096	2.698	.008 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.263	.096	2.698	.008 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

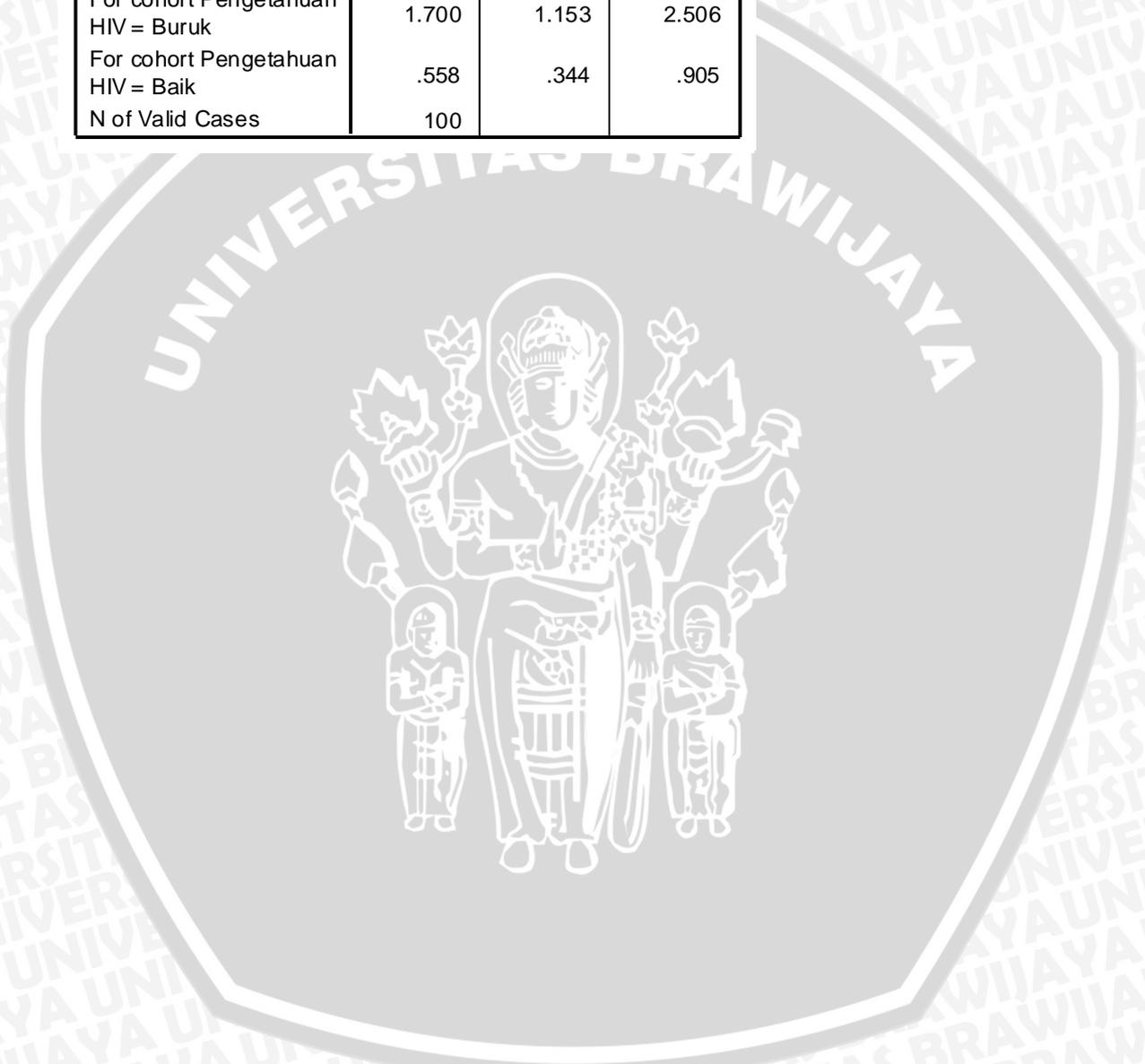
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Khitan (Tidak Khitan / Khitan)	3.045	1.311	7.073
For cohort Pengetahuan HIV = Buruk	1.700	1.153	2.506
For cohort Pengetahuan HIV = Baik	.558	.344	.905
N of Valid Cases	100		



**Agama \*Pengetahuan HIV**

**Crosstab**

			Pengetahuan HIV		Total
			Buruk	Baik	
Agama	Buruk	Count	5	12	17
		% of Total	5.0%	12.0%	17.0%
	Baik	Count	44	39	83
		% of Total	44.0%	39.0%	83.0%
Total	Count	49	51	100	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.145 <sup>b</sup>	1	.076		
Continuity Correction <sup>a</sup>	2.271	1	.132		
Likelihood Ratio	3.231	1	.072		
Fisher's Exact Test				.110	.065
Linear-by-Linear Association	3.113	1	.078		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	-.177	.094	-1.784	.078 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.177	.094	-1.784	.078 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		100			

a. Not assuming the null hypothesis.

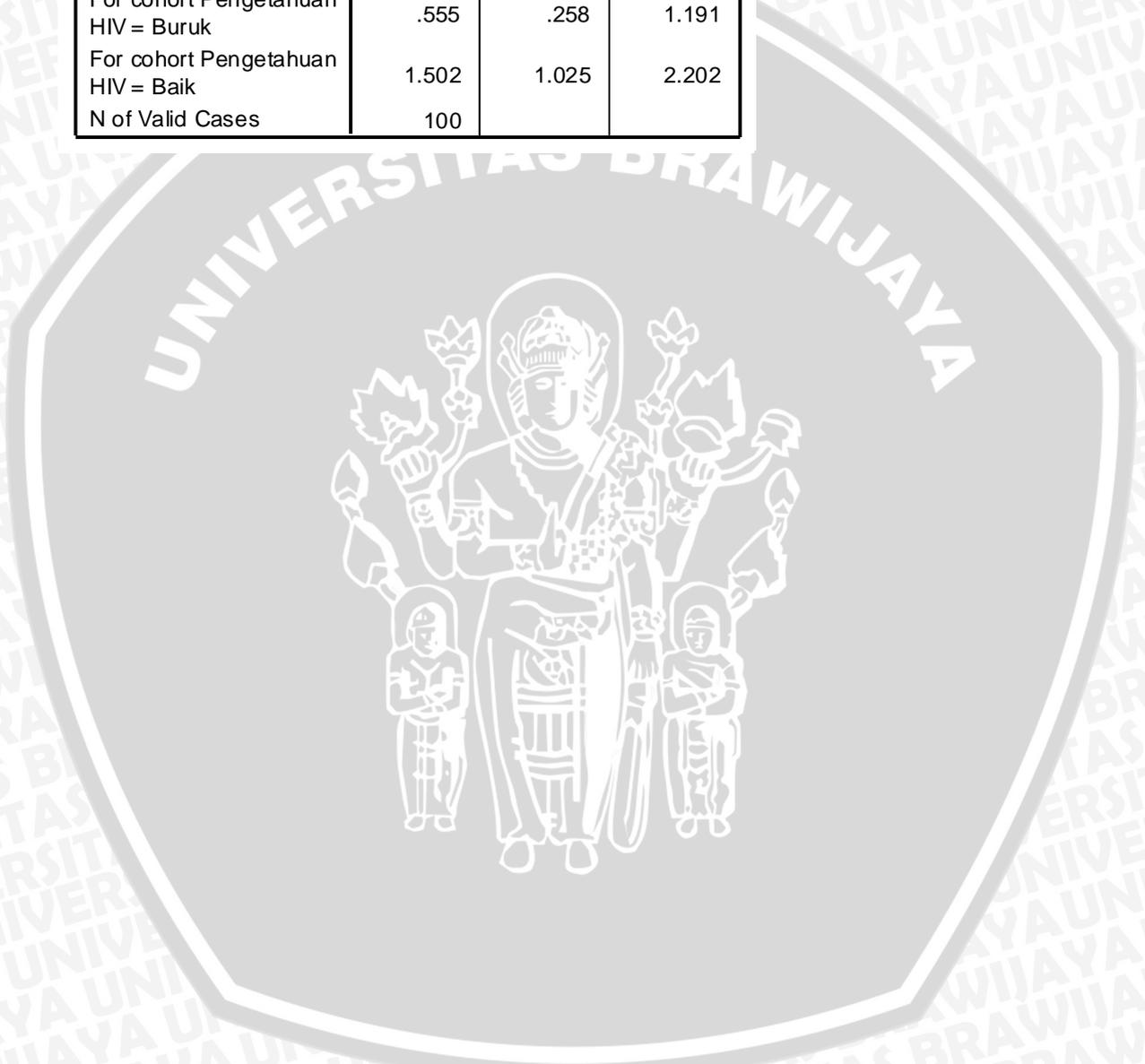
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Agama (Buruk / Baik)	.369	.119	1.142
For cohort Pengetahuan HIV = Buruk	.555	.258	1.191
For cohort Pengetahuan HIV = Baik	1.502	1.025	2.202
N of Valid Cases	100		



Lampiran 3

Uji Validitas dan Reliabilitas

**Correlations**

		X
X1	Pearson Correlation	.642**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	25
X2	Pearson Correlation	.790**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
X3	Pearson Correlation	.570**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	25
X4	Pearson Correlation	.643**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	25
X5	Pearson Correlation	.492*
	Sig. (2-tailed)	.012
	N	25
X6	Pearson Correlation	.628**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	25
X7	Pearson Correlation	.518**
	Sig. (2-tailed)	.008
	N	25

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Reliability**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	25	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	25	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.707	7



Lampiran 4 Kuesioner

## KUISIONER PENELITIAN

### PASIEN HIV AIDS (ODHA) DI RS SAIFUL ANWAR MALANG

Waktu Wawancara : Hari : ..... Tanggal : ...../...../..... Jam : .....

Pewawancara :

#### Identitas Responden

Nama :

Nomor Responden : (diisi oleh peneliti)

Umur :

Jenis kelamin :

Status pernikahan :

Tanda tangan :

Dalam rangka tugas akhir kelulusan (skripsi) kami, sebagai mahasiswa akan mengadakan penelitian kepada pasien HIV/AIDS (ODHA) di RSU Saiful Anwar Malang.

Sehubungan dengan itu, saya mohon kesedian ibu/Bapak untuk membantu menjawab pertanyaan yang peneliti sampaikan dengan sejujur-jujurnya agar bisa memperoleh data-data yang valid.

Saya menjamin kerahasiaan data yang ibu/Bapak berikan, sebelumnya saya ucapkan terimakasih atas kerjasamanya.

Petunjuk pengisian :

1. Kuesioner di Bacakan oleh Peneliti/ Enumerator sesuai dengan petunjuk dan pertanyaan.
2. Kuesioner diisi oleh peneliti/ Enumerator sesuai dengan jawaban responden.

3. Berikan tanda ( ✓ ) pada SATU jawaban yang PALING BENAR menurut anda.
4. Sebelum mengakhiri wawancara, pastikan semua pertanyaan telah di jawab oleh responden.

**DATA KEPENDUDUKAN**

1. Pekerjaan :

- Tidak bekerja
- PNS
- TNI/POLRI
- Tenaga Kesehatan
- Wiraswasta/ swasta
- Buruh
- Lain-lain : \_\_\_\_\_

2. Status ekonomi :

- Menengah ke Atas ( > 6.000.000)
- Menengah ( 2.600.000-6.000.000)
- Menengah Bawah ( < 2.600.000)

3. Tingkat Pendidikan :

- Tamat SD
- Tamat SMP
- Tamat SMA/SMK
- Perguruan Tinggi

4. Status :

- Belum Menikah
- Menikah
- Janda/Duda

5. Lingkungan :

- Pedesaan
- Perkotaan

6. Khitan :

- Sudah
- Belum

7. Agama :

Kegiatan Beribadah

<input type="checkbox"/> Islam	Per Hari _____ kali
	Per Minggu _____ kali
<input type="checkbox"/> Kristen	Per Hari _____ kali

	Per Minggu _____kali
<input type="checkbox"/> Hindu	Per Hari _____kali
	Per Minggu _____kali
<input type="checkbox"/> Budha	Per Hari _____kali
	Per Minggu _____kali
<input type="checkbox"/> Katolik	Per Hari _____kali
	Per Minggu _____kali

8. Suku Budaya:

Suku Asli(isi) : \_\_\_\_\_

9. Adakah adat/tradisi yang beresiko terhadap HIV?

Ya

Tidak

10. Jika Iya (isi) : \_\_\_\_\_

**PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS**

1. Apakah anda mengetahui tentang Infeksi Menular Seksual?

Ya

Tidak

2. Jika YA, penyakit Infeksi Menular Seksual adalah: (jawaban boleh lebih dari 1)

Herpes

Gonoroe

Sifilis

HIV/AIDS

Tidak tahu

3. Apakah anda mengetahui cara penularan Infeksi Menular Seksual?

Ya

Tidak

4. Jika YA, bagaimana cara penularan infeksi menular seksual? (jawaban boleh lebih dari 1)

- Berciuman
- Hubungan seksual
- Jarum Suntik
- Jalan lahir
- Tidak tahu

5. Apakah anda setuju penularan infeksi menular seksual melalui hubungan seksual bergantiganti pasangan?

- Setuju
- Tidak Setuju

6. Apakah anda setuju kondom dapat mencegah penularan infeksi menular seksual?

- Setuju
- Tidak Setuju

7. Apakah anda setuju penularan Infeksi Menular Seksual dapat melalui berciuman?

- Setuju
- Tidak Setuju

#### **SUMBER INFORMASI TENTANG HIV/AIDS**

1. Dari sumber manakah anda mengetahui informasi mengenai hubungan seksual? (Jawaban boleh lebih dari 1)

- Teman
- Pasangan
- Lingkungan
- Media (VCD/DVD/TV/Majalah/Majalah Dewasa)
- Lain-lain(Isi) : \_\_\_\_\_

2. Makna kehilangan keperawanan sebelum menikah menurut anda?

- Tidak berpengaruh, hanya simbol saja
- Hidup enggan mati tak mau
- Kehilangan masa depan
- Mengikuti tren

- Tidak tahu

3. Arti tidak perawan menurut anda?

- Sudah melakukan hubungan intim
- Sudah menikah
- Tidak berdarah saat malam pertama
- Tidak tahu
- Lain-lain(Isi) : \_\_\_\_\_

4. Makna hubungan seksual menurut anda?

- Berpegangan tangan
- Melakukan hubungan intim
- Berpelukan
- Berciuman
- Tidak tahu

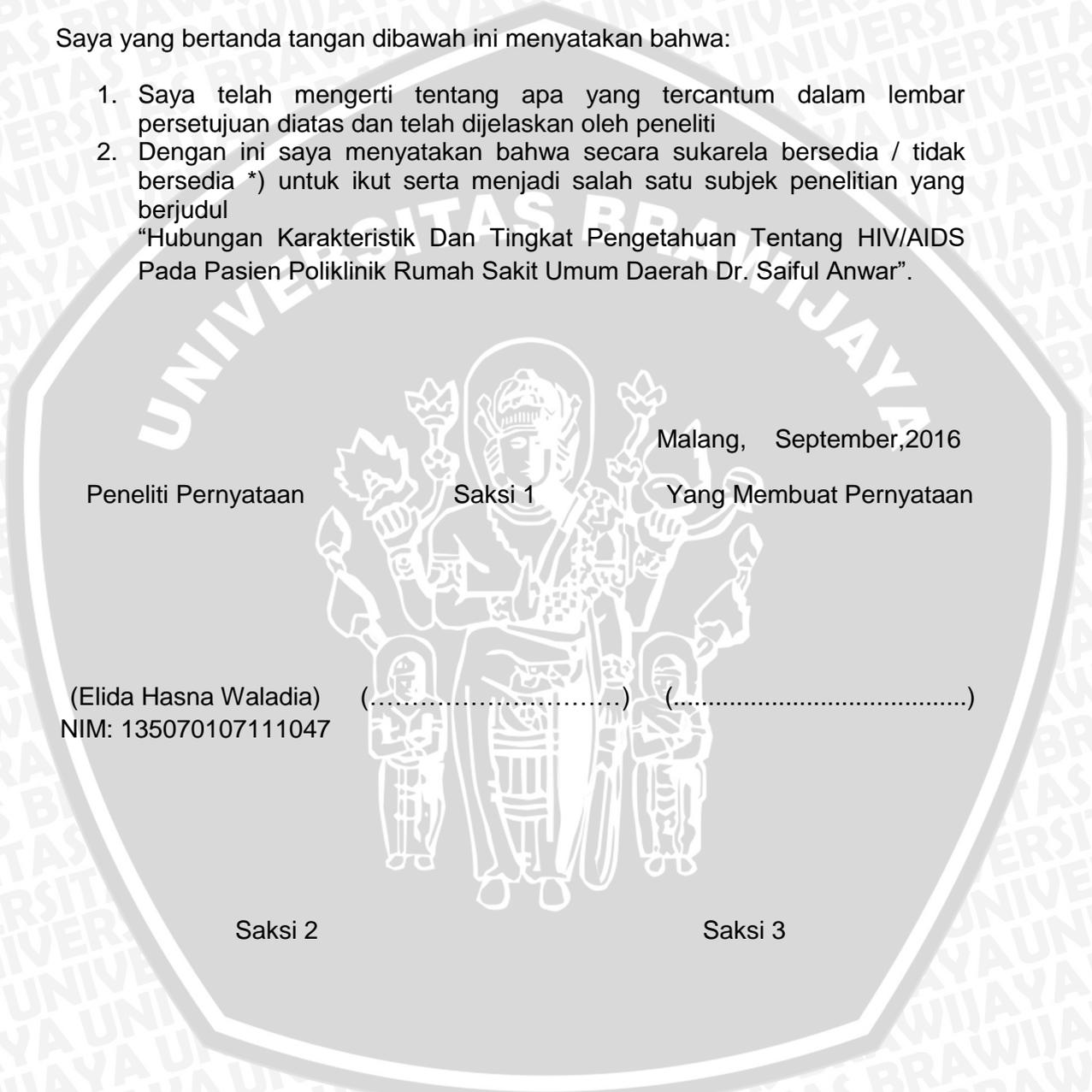


Lampiran 5 Informed Consent

**PERNYATAAN PERSETUJUANUNTUK  
BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia / tidak bersedia \*) untuk ikut serta menjadi salah satu subjek penelitian yang berjudul  
"Hubungan Karakteristik Dan Tingkat Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Pada Pasien Poliklinik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar".



Malang, September,2016

Peneliti Pernyataan

Saksi 1

Yang Membuat Pernyataan

(Elida Hasna Waladia)  
NIM: 135070107111047

(.....)

(.....)

Saksi 2

Saksi 3

(.....)

(.....)

\*) Coret salah satu

