



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV/AIDS  
PADA TNI AU DI BATALYON 467 WING 1 PASKHASAU  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**MAIYUSRITA  
0906618444**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JANUARI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV/AIDS  
PADA TNI AU DI BATAYON 467 WING 1 PASKHASAU  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**MAIYUSRITA  
0906618444**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
KESEHATAN REPRODUKSI  
DEPOK  
JANUARI 2011**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS**

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Maiyusrita

NPM : 0906618444

Tanda tangan : 

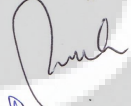
Tanggal : 19 Januari 2012

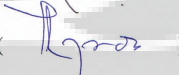
## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Maiyusrita  
NPM : 0906618444  
Program Studi : Sarjana Ekstensi Kesehatan Masyarakat  
Judul Skripsi : Gambaran Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada TNI  
AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Tahun 2011

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Milla Herdayati, SKM, M.Si (  )

Penguji : DR. drs. Tris Eryando, MA (  )

Penguji : Mayor Kes Seno Hadi, SKM (  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 19 Januari 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Maiyusrita

NPM : 0906618444

Mahasiswa Program : S1 Ekstensi Kesehatan Reproduksi

Tahun Akademik : 2009/2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

### GAMBARAN PERILAKU PENCEGAHAN TERHADAP HIV/AIDS PADA TNI AU DI BATALYON 467 WING 1 PASKHASAU TAHUN 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Januari 2011

METERAI  
TEMPEL  
PALEH NEGERI  
20830AAF645289114  
ENAM RIBU RUPIAH  
6000  
DJP  
Maiyusrita

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis hingga akhirnya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Gambaran Perilaku Pencegahan Terhadap HIV/AIDS Pada TNI AU Tahun 2011”.

Pada penyusunan skripsi ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada :

1. Milla Herdayati, SKM, M.Si., selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, dorongan dalam penyusunan skripsi ini.
2. DR. drs. Tris Eryando, MA, selaku dosen penguji di FKM UI
3. Mayor Kes Seno Hadi, SKM, selaku Penguji dari Wing 1 Paskhasau Batalyon 467.
4. Seluruh anggota TNI AU di Wing 1 Paskhasau Batalyon 467.
5. Suami, anak serta keluargaku yang selalu memberikan nasehat, motivasi serta do'a yang tulus untuk penulis selama menyelesaikan skripsi ini
6. Teman-teman mahasiswa peminatan Kesehatan Reproduksi angkatan tahun 2009 yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran sehingga skripsi ini menjadi lebih baik. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Terima kasih.

Depok, Januari 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADENIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maiyusrita  
NPM : 0906618444  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Kesehatan Reproduksi  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalti-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**GAMBARAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV/AIDS PADA TNI AU DI BATALYON 467 WING 1 PASKHASAU TAHUN 2011**

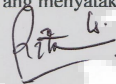
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 19 Januari 2012

Yang menyatakan

(  )

## ABSTRAK

Nama : Maiyusrita  
Program Studi : Sarjana Ekstensi Kesehatan Masyarakat  
Judul : Gambaran Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di  
Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Sejak ditemukannya kasus AIDS pertama kali pada tahun 1987 sampai dengan 30 Juni 2011 jumlah kumulatif pengidap infeksi HIV/AIDS yang dilaporkan mencapai 26.483 kasus. Bahaya Human Immunodeficiency Virus (HIV) atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) ternyata bukan hanya berada di kalangan masyarakat umum, namun telah merambah ke berbagai lingkungan institusi negara. Berdasarkan hasil Praktek Kesehatan Masyarakat (Prakesmas) di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara (RSPAU) dr. Esnawan Antariksa tercatat angka kejadian HIV/AIDS dimana terjadi peningkatan setiap tahunnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011. Penelitian ini menggunakan metode cross sectional dan pemilihan sampel dilakukan dengan cara *Non Probably Sample (Selected Sample)* dalam hal ini cara pengambilan sampelnya disebut sampel berjatah (*Quota Sampling*). Penelitian ini menggunakan data primer melalui kuesioner terstruktur yang dilaksanakan pada bulan Desember 2011 di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau. Gambaran perilaku pencegahan HIV/AIDS yang baik pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 sebesar 46,4%. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, keterpaparan sumber informasi, dan peran teman sejawat mempunyai hubungan yang bermakna terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 dengan OR sebesar 3,130 dan 95% CI 1,431-6,848 untuk pengetahuan, OR sebesar 2,870 dan 95% CI 1,320-6,240 untuk keterpaparan sumber informasi, dan OR sebesar 2,585 dan 95% CI 1,195-5,595 untuk peran teman sejawat. Hasil penelitian tersebut pemberian informasi perlu ditingkatkan di kalangan TNI AU baik dalam bentuk kegiatan rutin ataupun acara tahunan terutama difokuskan pada tanda dan gejala HIV/AIDS serta stigma negatif terhadap penderita HIV/AIDS.

**Kata kunci** : HIV/AIDS, perilaku pencegahan, pengetahuan



## ABSTRACT

Name : Maiyusrita  
StudyProgram : Bachelor of Reproductive Health Extension  
Title : Description of the Behavioral Prevention of HIV / AIDS  
in the Air Force in Battalion 467 Wing 1 Paskhasau in  
2011

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) is a syndrom of symptoms or diseases caused by declining immunity due to infection by the virus HIV (Human Immunodeficiency Virus). From the discovery of the first AIDS cases in 1987 up to June 30, 2011 the cumulative number of people living with HIV / AIDS infections are reported to reach 26 483 cases. Danger of Human Immunodeficiency Virus (HIV) or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) was not only being among the general public, but has penetrated into the various environments of state institutions. Based on the results of the Public Health Practice (Prakesmas) at the Air Force Central Hospital (RSPAU) dr. Esnawan Antariksa recorded the incidence of HIV / AIDS which was increasing every year. This study aims to know the description of the behavior of the prevention of HIV / AIDS in the Air Force in Battalion 467 Wing 1 Paskhasau in 2011. This study uses cross-sectional method and sample selection done by way of non Probably Sample (Selected Sample) in this way of taking the sample is called sample berjatah (Quota Sampling). This study uses primary data through structured questionnaires conducted in December 2011 in a Battalion 467 Wing 1 Paskhasau. Description of the behavior of HIV / AIDS both at the Air Force in Battalion 467 Wing 1 Paskhasau in 2011 at 46.4%. The analysis showed that the variables of knowledge, exposure to sources of information, and the role of peers has a significant relationship to the behavior of HIV / AIDS in the Air Force in 2011 with OR of 3.130 and 95% CI 1.431 to 6.848 for knowledge, OR of 2.870 and 95% CI 1.320 to 6.240 for exposure to sources of information, and OR of 2.585 and 95% CI 1.195 to 5.595 for the role of peers. From the results of these studies need to be improved provision of information among the Air Force in the form of routine or annual event is primarily focused on signs and symptoms of HIV / AIDS and the negative stigma against people living with HIV / AIDS.

**Key words:** HIV / AIDS, prevention behaviors, knowledge

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR ORISINILITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	5
1.6 Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 HIV/AIDS .....	6
2.1.1 Pengertian dan Etiologi HIV/AIDS .....	6
2.1.2 Manifestasi Klinis HIV/AIDS .....	7
2.1.3 Cara Penularan .....	9
2.1.4 Tes HIV .....	10
2.1.5 Penatalaksanaan .....	12
2.1.6 Dampak Psikososial HIV .....	13
2.1.7 Upaya Pencegahan dan Penanggulangan .....	16
2.2 Perilaku .....	18
2.3 Variabel-variabel yang berhubungan dengan perubahan perilaku pencegahan HIV/AIDS .....	22
2.3.1 Umur .....	22
2.3.2 Pendidikan .....	22
2.3.3 Status Perkawinan .....	23
2.3.4 Pengetahuan.....	23
2.3.5 Sikap .....	25
2.3.6 Sumber Informasi .....	26
2.3.7 Peran Lingkungan.....	28
2.4 Wing 1 Paskhasau .....	29
2.4.1 Profil Wing 1 Paskhas .....	29
2.4.2 Tugas Pokok Wing 1 Paskhas .....	30

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>32</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	32
3.2 Definisi Operasional .....	33
3.3 Hipotesis .....	35
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
4.1 Desain Penelitian .....	36
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....	36
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	37
4.4 Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian .....	37
4.5 Pengolahan Data .....	38
4.6 Analisis dan Penyajian Data .....	38
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>40</b>
5.1 Karakteristik Responden .....	40
5.2 Pengetahuan Responden tentang HIV/AIDS .....	41
5.3 Sikap Responden terhadap HIV/AIDS .....	41
5.4 Keterpaparan Responden terhadap HIV/AIDS .....	42
5.5 Peran Teman Sejawat .....	43
5.6 Perilaku Pencegahan terhadap HIV/AIDS .....	44
5.7 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Umur.....	45
5.8 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Pendidikan .....	45
5.9 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Pangkat .....	46
5.10 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Lama Bekerja .....	46
5.11 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Status Perkawinan .....	47
5.12 perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Riwayat Dinas Luar Daerah dalam 3 tahun terakhir .....	47
5.13 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Pengetahuan Responden mengenai HIV/AIDS .....	48
5.14 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Sikap Responden terhadap HIV/AIDS .....	49
5.15 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Keterpaparan Responden terhadap Sumber Informasi .....	49
5.16 Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Peran Teman Sejawat .....	50
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>52</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	52
6.2 Perilaku Pencegahan terhadap HIV/AIDS .....	52
6.3 Pengetahuan Responden terhadap HIV/AIDS .....	53
6.4 Sikap Responden terhadap HIV/AIDS .....	54
6.5 Keterpaparan Responden terhadap HIV/AIDS .....	55
6.6 Peran Teman Sejawat .....	56

<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>57</b>
7.1 Kesimpulan .....	57
7.2 Saran .....	57
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>xv</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Karakteristik Responden di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Tahun 2011.....	40
Tabel 5.2	Pengetahuan Responden di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	41
Tabel 5.3	Sikap Responden di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	42
Tabel 5.4	Keterpaparan Responden terhadap Sumber Informasi di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	43
Tabel 5.5	Peran Teman Sejawat di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	43
Tabel 5.6	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	44
Tabel 5.7	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Umur di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	45
Tabel 5.8	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Pendidikan di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	45
Tabel 5.9	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Pangkat di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	46
Tabel 5.10	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Lama Bekerja di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	46
Tabel 5.11	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Status Perkawinan di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	47
Tabel 5.12	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Riwayat Dinas Luar Daerah dalam 3 tahun terakhir di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011.....	48
Tabel 5.13	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Pengetahuan Responden mengenai HIV/AIDS di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	48

Tabel 5.14	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Sikap Responden terhadap HIV/AIDS di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	49
Tabel 5.15	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Keterpaparan Responden terhadap Sumber Informasi di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 .....	50
Tabel 5.16	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS menurut Peran Teman Sejawat di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011.....	50



## DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1 Kerangka Teori Green (1980)..... 21
- Gambar 2.2 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi..... 25
- Gambar 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Tahun 2011..... 32



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) atau sindrom kegagalan kekebalan tubuh, merupakan kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Djoerban & Djauzi, 2006). Penyakit ini telah menjadi pandemi yang mengkhawatirkan masyarakat dunia, karena disamping belum ditemukan obat dan vaksin untuk pencegahan, penyakit ini juga memiliki “*window periode*” dan fase asimtomatik (tanpa gejala) yang relatif panjang dalam perjalanan penyakitnya. Hal tersebut di atas menyebabkan pola perkembangannya seperti fenomena gunung es (*iceberg phenomena*) (Depkes RI, 2007).

Jumlah kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun terus meningkat meskipun usaha-usaha preventif terus dilaksanakan. Global AIDS Epidemic UNAIDS menyatakan bahwa epidemi AIDS menurun secara perlahan, namun jumlah infeksi baru meningkat di beberapa wilayah dan negara tertentu. UNAIDS memperkirakan 39,5 juta kasus sampai dengan akhir tahun 2006, ini melebihi kasus infeksi baru tahun-tahun sebelumnya. Diperkirakan infeksi baru HIV telah mencapai 4,3 juta kasus dan telah menyebabkan kematian 2,9 juta orang pada tahun 2006 dan lebih dari 20 juta orang sejak kasus AIDS ditemukan tahun 1981 (Depkes RI, 2007).

Menurut WHO/UNAIDS (2006) dalam Depkes (2007), Sub Sahara Afrika masih menjadi wilayah yang paling terkena dampak HIV/AIDS dengan prevalensi infeksi HIV yang tinggi. Afrika Sub Sahara dihuni oleh hanya 10% populasi dunia, tetapi dua per tiga kasus HIV/AIDS terjadi di wilayah ini, yaitu sekitar 24,7 juta (21,8-27,7 juta). Di Asia, persentase HIV tertinggi di Kamboja yaitu 1,6%.

Menurut data baru dalam epidemi AIDS 2009, HIV telah berkurang sebesar 17% selama delapan tahun terakhir. Sejak tahun 2001, ketika komitmen PBB tentang HIV/AIDS ditandatangani, jumlah infeksi baru di Sub-Sahara Afrika adalah sekitar 15% lebih rendah, yaitu sekitar 400.000, infeksi lebih sedikit pada



tahun 2008. Di Asia Timur infeksi baru HIV menurun hampir 25%, di Asia Selatan dan Asia Tenggara sebesar 10% dalam periode waktu yang sama. Namun di beberapa negara ada tanda-tanda bahwa infeksi baru HIV meningkat lagi.

Sejak ditemukannya kasus AIDS pertama di Indonesia dilaporkan di Bali pada bulan April 1987, perkembangan jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Indonesia dari tahun ke tahun secara kumulatif cenderung meningkat. Dari ditemukannya kasus AIDS pertama kali pada tahun 1987 sampai dengan 30 Juni 2011 jumlah kumulatif pengidap infeksi HIV/AIDS yang dilaporkan mencapai 26.483 kasus. Dari jumlah kasus AIDS yang dilaporkan, 19.139 kasus adalah laki-laki, 7.255 kasus perempuan dan 89 kasus tidak diketahui. Kasus AIDS terbanyak dilaporkan dari provinsi DKI Jakarta disusul Papua, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Bali. Namun jumlah kasus AIDS per 100.000 penduduk tertinggi justru dilaporkan provinsi Papua baru disusul Jawa Barat, Bali, DKI Jakarta, dan Kalimantan Barat (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011).

Penularan HIV/AIDS pada kelompok dewasa terutama melalui hubungan heteroseksual antara orang yang terinfeksi dengan orang yang belum terinfeksi. Oleh karena itu program pencegahan HIV difokuskan pada penyampaian 3 pesan utama terkait perilaku untuk memutuskan mata rantai penularan HIV yaitu penggunaan kondom, membatasi pasangan seks, atau setia pada satu pasangan dan menunda keterpaparan terhadap hubungan seks atau berpantang hubungan seks (BPS, 2007).

Menurut hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (2007), bahwa pengetahuan tentang AIDS secara keseluruhan yaitu 61% wanita pernah kawin dan 71% pria kawin mengatakan bahwa mereka pernah mendengar tentang AIDS. Sedangkan pengetahuan tentang cara pencegahan HIV/AIDS antara lain 36% wanita pernah kawin dan 49% pria kawin mengetahui penggunaan kondom sebagai cara mengurangi risiko terkena AIDS. 42% wanita pernah kawin dan 52% pria kawin mengatakan cara pencegahan dengan membatasi hubungan seksual hanya pada satu pasangan. 37% wanita pernah kawin dan 43% pria kawin mengatakan berpantang hubungan seksual dapat mengurangi risiko terkena AIDS.

Bahaya Human Immunodeficiency Virus (HIV) atau Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ternyata bukan hanya berada di kalangan masyarakat umum, namun telah merambah ke berbagai lingkungan institusi negara, sebagaimana dialami beberapa prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI). Dari hasil data tahun 2008 jumlah kasus baru HIV/AIDS institusi TNI terus bertambah 84 kasus. Secara kumulatif kasus HIV/AIDS hingga Desember 2008 sebanyak 339 orang dan meninggal sebanyak 123 orang (Lantamal X Jayapura, 2011). Personil militer merupakan populasi kelompok berisiko terpapar penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV. HIV adalah ancaman bukan hanya untuk personil militer tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat. Program militer HIV yang paling efektif jika ada kerjasama yang erat dengan otoritas kesehatan sipil (UNAIDS, 1998).

Baru-baru ini, studi komparatif perilaku seksual di Perancis, Inggris dan Amerika Serikat menunjukkan bahwa personil militer (baik karir dan personil wajib militer) risiko tinggi terkena HIV dibanding penduduk sipil pada usia yang sama. Angkatan bersenjata di bagian lain dunia mencerminkan fenomena yang sama. Tahun 1995 sebuah estimasi HIV di Zimbabwe, tingkat infeksi untuk angkatan bersenjata 3 sampai 4 kali lebih tinggi dari pada penduduk sipil. Tentara yang bertugas ke suatu tempat memiliki kontak seksual dengan pekerja seks dan penduduk setempat. Sebagai contoh, 45% dari angkatan laut Belanda dan personil marinir penjaga perdamaian yang bertugas di Kamboja memiliki kontak seksual dengan pekerja seks atau penduduk setempat selama bertugas lima bulan. Seringkali kondom tidak digunakan secara konsisten. Studi lain menunjukkan bahwa 10% dari personil angkatan laut AS dan marinir terpapar PMS selama perjalanan ke Selatan Amerika, Afrika Barat dan Mediterania selama 1989-1991 (UNAIDS, 1998).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Menurut penelitian-penelitian terdahulu baik di Indonesia maupun di luar negeri, diketahui personil militer memiliki risiko tinggi terkena HIV. Mengingat dampak HIV terhadap anak dan istri dirasa perlu untuk mengetahui gambaran

perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS, salah satunya difokuskan pada TNI AU.

Berdasarkan data di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara (RSPA) dr. Esnawan Antariksa dari anggota TNI AU yang diduga memiliki risiko terinfeksi HIV dianjurkan untuk tes HIV setiap tahun di Rumah Sakit ini. Hasilnya sebagai berikut, bahwa pada tahun 2008, dari 20 orang yang melakukan tes HIV sebanyak 16 orang dinyatakan positif HIV. Pada tahun 2009, dari 25 orang yang melakukan tes HIV sebanyak 11 orang yang dinyatakan positif HIV. Sedangkan pada tahun 2010, dari 40 orang yang melakukan tes HIV sebanyak 29 orang dinyatakan positif HIV. Namun diantara data tersebut 17 orang mengenai anak dan istri dari anggota militer tersebut.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Bagaimana gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS pada TNI-AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011?

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS pada TNI-AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

- 1) Diketuainya gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS pada TNI-AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011.
- 2) Diketuainya gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS menurut faktor predisposisi (karakteristik responden : umur, pendidikan, pangkat, lama bekerja, status perkawinan, dan pengetahuan responden tentang HIV/AIDS, serta sikap responden terhadap HIV/AIDS) pada TNI-AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011.
- 3) Diketuainya gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS menurut faktor pemungkin (keterpaparan sumber

informasi) pada TNI-AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011.

- 4) Diketuainya gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS menurut faktor penguat (peran teman sejawat) pada TNI-AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011.

## **1.5. Ruang Lingkup**

Penelitian ini dilakukan dengan mengumpulkan data pada anggota TNI-AU berpangkat Perwira, Bintara, Tamtama di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau. Penelitian ini menggunakan metode cross sectional dan dilaksanakan di di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau yang mengikuti penyuluhan terkait HIV/AIDS pada bulan Desember 2011.

## **1.6. Manfaat Penelitian**

### **1.6.1. Manfaat bagi Institusi**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berguna terkait dengan gambaran perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS dirasa perlu sebagai bahan masukan terhadap program di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau

### **1.6.2. Manfaat bagi Keilmuan**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan pustaka/referensi mengenai perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS di kalangan militer.

### **1.6.3. Manfaat bagi Peneliti**

Mendapat pengalaman melakukan penelitian kesehatan masyarakat khususnya bidang kesehatan reproduksi.

### **1.6.4. Manfaat bagi Program terkait HIV/AIDS**

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi instansi terkait bahwa kelompok ini perlu mendapat perhatian.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 HIV/AIDS

##### 2..1.1 Pengertian dan Etiologi HIV/AIDS

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency 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 (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

AIDS adalah terminologi sindroma penyakit yang pertama kali digunakan oleh para ahli epidemiologi terhadap sekelompok orang dewasa yang kehilangan imunitas seluler tanpa sebab yang jelas pada tahun 1981. Sindroma ini menggambarkan tahap klinis akhir dari infeksi HIV. Beberapa minggu hingga beberapa bulan sesudah terinfeksi, sebagian orang akan mengalami penyakit *self-limited mononucleosis-like* akut yang akan berlangsung selama 1 atau 2 minggu. Orang yang terinfeksi mungkin tidak menunjukkan tanda atau simptom selama beberapa bulan atau tahun sebelum manifestasi klinis lain muncul. Berat ringannya infeksi “opportunistic” atau munculnya kanker setelah terinfeksi HIV, secara umum terkait langsung dengan derajat kerusakan sistem kekebalan yang diakibatkannya (Chin J, 2009).

Seseorang yang terinfeksi virus HIV atau menderita AIDS sering disebut dengan Odha singkatan dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Penderita infeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS ketika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan akibat penurunan daya tahan tubuh yang disebabkan virus HIV atau tes darah menunjukkan jumlah CD4 < 200 mm<sup>3</sup> (Depkes RI, 2007).

Virus HIV merupakan retrovirus yang termasuk golongan virus RNA (virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik). Disebut retrovirus karena memiliki enzim *reverse transcriptase*. Enzim ini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel

limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV. HIV menyerang sistem imun manusia yaitu menyerang limfosit T helper yang memiliki reseptor CD4 di permukaannya. Limfosit T helper antara lain berfungsi menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi sehingga yang terganggu bukan hanya fungsi limfosit T tetapi juga limfosit B, monosit, makrofag dan sebagainya (Depkes RI, 2007).

### 2.1.2 Manifestasi Klinis HIV/AIDS

Perjalanan penyakit infeksi HIV dibagi dalam :

1. Transmisi virus
2. Infeksi HIV primer (sindrom retroviral akut)
3. Serokonversi
4. Infeksi kronik asimtomatik
5. Infeksi kronik simtomatik
6. AIDS (indikator sesuai CDC 1993 atau jumlah  $CD4 < 200/mm^3$ )
7. Infeksi HIV lanjut ditandai dengan jumlah  $CD4 < 50/mm^3$

(Depkes RI, 2007)

Setelah seseorang terinfeksi HIV, 2-6 minggu kemudian (rata-rata 2 minggu) terjadilah sindrom retroviral akut. Lebih dari separuh orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala infeksi primer ini yang dapat berupa gejala umum (demam, nyeri otot, nyeri sendi, rasa lemah), kelainan mukokutan (ruam kulit, ulkus di mulut), pembengkakan kelenjar limfa, gejala neurologi (nyeri kepala, nyeri belakang kepala, fotofobia, depresi), maupun gangguan saluran cerna (anoreksia, mual, diare, jamur di mulut). Gejala ini dapat berlangsung 2-6 minggu dan akan membaik dengan atau tanpa pengobatan. Setelah 2-6 minggu gejala menghilang disertai serokonversi. Selanjutnya merupakan fase asimtomatik, tidak ada gejala, selama rata-rata 8 tahun (5-10 tahun, di negara berkembang lebih cepat). Sebagian besar pengidap HIV saat ini berada pada fase ini. Penderita tampak sehat, dapat melakukan aktivitas normal tetapi dapat menularkan pada orang lain. Setelah masa tanpa gejala, memasuki fase

simtomatik, akan timbul gejala-gejala pendahuluan seperti demam, pembesaran kelenjar limfa, yang kemudian diikuti oleh infeksi oportunistik. Dengan adanya infeksi oportunistik maka perjalanan penyakit telah memasuki stadium AIDS. Fase simtomatik berlangsung rata-rata 1,3 tahun yang berakhir dengan kematian (Depkes RI, 2007).

Setelah terjadi infeksi HIV ada masa dimana pemeriksaan serologis antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif, sementara virus sebenarnya telah ada dalam jumlah banyak. Pada masa ini, yang disebut *window period* (periode jendela), orang yang telah terinfeksi ini sudah dapat menularkan kepada orang lain walaupun pemeriksaan antibodi HIV hasilnya negatif. Periode ini berlangsung selama 3-12 minggu. Sebenarnya telah ada pemeriksaan laboratorium yang dapat mendeteksi, yaitu pemeriksaan kadar antigen p24 yang meningkat bermakna. Tetapi pemeriksaan ini mahal dan masih terbatas yang dapat melaksanakannya. Terdapat beberapa klasifikasi klinis HIV/AIDS antara lain menurut CDC dan WHO. Klasifikasi dari CDC berdasarkan gejala klinis dan jumlah CD4 sebagai berikut :

CD4		Kategori Klinis		
Total	%	A (asimtomatik, infeksi akut)	B (Simtomatik)	C (AIDS)
> 500/ml	> 29	A1	B1	C1
200-499/ml	14-28	A2	B2	C2
< 200/ml	< 14	A3	B3	C3

Kategori klinis A meliputi infeksi HIV tanpa gejala (asimtomatik), *Persistent Generalized Lymphadenopathy*, dan infeksi HIV akut primer dengan penyakit penyerta atau adanya riwayat infeksi HIV akut. Kategori klinis B terdiri atas kondisi dengan gejala (simtomatik) pada remaja atau dewasa yang terinfeksi HIV yang tidak termasuk dalam kategori C dan memenuhi paling sedikit satu dari beberapa kriteria berikut :

- a. Keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan yang diperantarakan sel atau
- b. Kondisi yang dianggap oleh dokter telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV, misalnya Kandidiasis Orofaringeal, Oral Hairy Leukoplaka, Herpes Zoster, dan lain-lain.

Kategori klinis C meliputi gejala yang ditemukan pada pasien AIDS misalnya Sarkoma Kaposi, Pneumonia Pneumocystis Carinii, Kandidiasis Esofagus, dan lain-lain (Depkes RI, 2007).

### **2.1.3 Cara Penularan**

HIV dapat ditularkan dari orang ke orang melalui kontak seksual yang tidak dilindungi (baik homo maupun heteroseksual), penggunaan jarum dan syringes yang terkontaminasi kontak dengan kulit yang lecet dengan sekret atau bahan infeksius, transfusi darah atau komponen-komponennya yang terinfeksi; transplantasi dari organ dan jaringan yang terinfeksi HIV. Sementara virus kadang-kadang ditemukan di air liur, air mata, urin dan sekret bronkial, penularan sesudah kontak dengan sekret ini belum pernah dilaporkan (Chin J, 2009).

Menurut Green C.W (2009), bahwa HIV hidup di semua cairan tubuh tetapi hanya bisa menular melalui cairan tubuh tertentu, yaitu : darah, air mani (cairan, bukan sperma), cairan vagina, dan air susu ibu (ASI).

HIV tidak menular melalui bersentuhan, berciuman, bersalaman, dan berpelukan, peralatan makan dan minum, penggunaan kamar mandi, berenang di kolam renang, gigitan nyamuk, serta tinggal serumah dengan Odha. Beberapa kegiatan yang dapat menularkan HIV adalah :

- Hubungan seks tidak aman/tanpa kondom
- Penggunaan jarum suntik/tindik/tato yang tidak steril secara bergantian
- Tindakan medis yang memakai peralatan yang tidak steril, misalnya peralatan dokter gigi
- Penerimaan transfusi darah yang mengandung HIV
- Ibu HIV-positif pada bayinya, waktu dalam kandungan, ketika melahirkan atau menyusui.

(Green C.W, 2009).



Risiko dari penularan HIV melalui hubungan seks lebih rendah dibandingkan dengan Penyakit Menular Seksual lainnya. Namun adanya penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual terutama penyakit seksual dengan luka seperti *chancroid*, besar kemungkinan dapat menjadi pencetus penularan HIV. Determinan utama dari penularan melalui hubungan seksual adalah pola dan prevalensi dari orang-orang dengan “*sexual risk behavior*” seperti melakukan hubungan seks yang tidak terlindungi dengan banyak pasangan seks. *Carriers* sering tanpa gejala, mereka tidak sadar akan status mereka. Tidak ada bukti epidemiologis atau laboratorium yang menyatakan bahwa gigitan serangga bisa menularkan infeksi HIV, risiko penularan melalui seks oral tidak mudah diteliti, tapi diasumsikan sangat rendah (Chin J, 2009).

#### 2.1.4 Tes HIV

Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui secara pasti apakah seseorang terinfeksi HIV sangatlah penting, karena pada infeksi HIV gejala klinisnya dapat baru terlihat setelah bertahun-tahun lamanya. Terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk memastikan diagnosis infeksi HIV. Secara garis besar dapat dibagi menjadi pemeriksaan serologik untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV dan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan virus HIV. Deteksi adanya virus HIV dalam tubuh dapat dilakukan dengan isolasi dan biakan virus, deteksi antigen, dan deteksi materi genetik dalam darah pasien (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

Pemeriksaan yang lebih mudah dilaksanakan adalah pemeriksaan terhadap antibodi HIV. Sebagai penyaring biasanya digunakan teknik ELISA (*enzym-linked immunosorbent assay*), aglutinasi atau *dot-blot immunobinding assay*. Metode yang biasanya digunakan di Indonesia adalah dengan ELISA. Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan tes terhadap antibodi HIV ini yaitu adanya masa jendela. Masa jendela adalah waktu sejak tubuh terinfeksi HIV sampai mulai timbulnya antibodi yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan. Antibodi mulai terbentuk pada 4-8 minggu setelah infeksi. Jadi jika masa ini hasil tes HIV pada seseorang yang sebenarnya sudah terinfeksi HIV dapat memberikan hasil yang

negatif. Untuk itu jika kecurigaan akan adanya risiko terinfeksi cukup tinggi, perlu dilakukan pemeriksaan ulangan 3 bulan kemudian (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

*World Health Organization* (WHO) dalam Djoerban Z & Djauzi S, (2006) menganjurkan pemakaian salah satu dari 3 strategi pemeriksaan antibodi terhadap HIV, tergantung pada tujuan penyingkapan keadaan populasi dan keadaan pasien.

a. Strategi I

Pada keadaan yang memenuhi strategi I, hanya dilakukan 1 kali pemeriksaan. Bila hasil pemeriksaan reaktif, maka dianggap sebagai kasus terinfeksi HIV dan bila hasil pemeriksaan non-reaktif dianggap tidak terinfeksi HIV. Reagensia yang dipakai untuk pemeriksaan pada strategi ini harus memiliki sensitivitas yang tinggi (> 99%).

b. Strategi II

Strategi II menggunakan 2 kali pemeriksaan jika serum pada pemeriksaan pertama memberikan hasil reaktif, maka dilaporkan hasil tesnya negatif. Pemeriksaan pertama menggunakan reagensia dengan sensitivitas tinggi dan pada pemeriksaan kedua dipakai reagensia yang lebih spesifik serta berbeda jenis antigen atau tekniknya dari yang dipakai pada pemeriksaan pertama. Bila hasil pemeriksaan kedua juga reaktif, maka disimpulkan sebagai terinfeksi HIV. Namun jika hasil pemeriksaan yang kedua adalah non-reaktif. Maka pemeriksaan harus diulang dengan ke-2 metode. Bila hasil tetap tidak sama, maka dilaporkan sebagai *indeterminate*.

c. Strategi III

Strategi III menggunakan 3 kali pemeriksaan. Bila hasil pemeriksaan pertama, kedua, dan ketiga reaktif, maka dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut memang terinfeksi HIV. Bila hasil pemeriksaan tidak sama, misalnya hasil tes pertama reaktif, kedua reaktif, dan ketiga non-reaktif atau pertama reaktif, kedua dan ketiga non-reaktif, maka keadaan ini disebut sebagai *equivocal* atau *indeterminate* bila pasien yang diperiksa memiliki riwayat pemaparan terhadap HIV atau berisiko tinggi tertular HIV. Sedangkan bila hasil seperti yang disebut sebelumnya terjadi pada orang tanpa riwayat pemaparan terhadap HIV atau tidak berisiko tertular HIV, maka hasil pemeriksaan dilaporkan sebagai non-reaktif. Perlu diperhatikan juga bahwa pada pemeriksaan ketiga dipakai

reagensia yang berbeda asal antigen atau tekniknya, serta memiliki spesifisitas yang lebih tinggi.

Djoerban Z & Djauzi S (2006) menyebutkan bahwa, jika pemeriksaan penyaring menyatakan hasil yang reaktif, pemeriksaan dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan konfirmasi untuk memastikan adanya infeksi oleh HIV, yang paling sering dipakai saat ini adalah tehnik *Western Blot* (WB).

Seseorang yang ingin menjalani tes HIV untuk keperluan diagnosis harus mendapatkan konseling pra tes. Hal ini harus dilakukan agar ia mendapat informasi yang jelas mengenai infeksi HIV/AIDS sehingga dapat mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya serta lebih siap menerima apapun hasil tesnya nanti. Untuk keperluan survei tidak diperlukan konselin pra tes karena orang yang dites tidak akan diberitahu hasil tesnya. Untuk memberitahu hasil tes juga diperlukan konseling pasca tes, baik hasil tes positif maupun negatif. Jika hasilnya positif akan diberikan informasi mengenai pengobatan untuk memperpanjang masa tanpa gejala serta cara pencegahan penularan. Jika hasilnya negatif, konseling tetap perlu dilakukan untuk memberikan informasi bagaimana mempertahankan perilaku yang tidak berisiko (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

### **2.1.5 Penatalaksanaan**

HIV/AIDS sampai saat ini memang belum dapat disembuhkan secara total. Namun, data selama 8 tahun terakhir menunjukkan bukti yang amat meyakinkan bahwa pengobatan dengan kombinasi beberapa obat anti HIV (obat anti retroviral, disingkat obat ARV) bermanfaat menurunkan morbiditas dan mortalitas dini akibat infeksi HIV. Orang dengan HIV/AIDS menjadi lebih sehat, dapat bekerja normal dan produktif. Manfaat ARV dicapai melalui pulihnya sistem kekebalan akibat HIV dan pulihnya kerentanan odha terhadap infeksi oportunistik (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

Secara umum, penatalaksanaan odha terdiri atas beberapa jenis, yaitu :

- a. Pengobatan untuk menekan replikasi virus HIV dengan obat antiretroviral (ARV)

- b. Pengobatan untuk mengatasi berbagai penyakit infeksi dan kanker yang menyertai infeksi HIV/AIDS, seperti jamur, tuberkulosis, hepatitis, toksoplasma, sarkoma kaposi, limfoma, kanker serviks
- c. Pengobatan suportif, yaitu makanan yang mempunyai nilai gizi yang lebih baik dan pengobatan pendukung lain seperti dukungan psikososial dan dukungan agama serta juga tidur yang cukup dan perlu menjaga kebersihan (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

Dengan pengobatan yang lengkap tersebut, angka kematian dapat ditekan harapan hidup lebih baik dan kejadian infeksi oportunistik berkurang (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

### **2.1.6 Dampak Psikososial HIV**

#### **a. Pada Odha**

Odha tidak hanya mengalami gejala klinis tetapi juga menghadapi berbagai masalah psikis dan sosial yang terkait dengan HIV/AIDS maupun dengan sikap masyarakat terhadap dirinya (Depkes RI, 1997).

Menurut Depkes RI (1997), karena kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap cara penularan AIDS, dan rasa ketakutan yang berlebihan odha sering mengalami diskriminasi. Beberapa masalah sosial yang sering terjadi antara lain :

- Lingkungan keluarga menjadi takut terkena aib sehingga keadaan odha dirahasiakan, malah kadang-kadang diusir dari rumah. Ada odha yang kehilangan haknya untuk mendapat warisan oleh orang tua setelah mereka mengetahui bahwa ia terinfeksi HIV/AIDS.
- Lingkungan sekolah mendiskriminasi odha dan mengeluarkannya dari sekolah.
- Lingkungan tempat tinggal (tetangga, perangkat RT/RW/kelurahan) mengusir odha dari tempat tinggalnya
- Lingkungan tempat kerja mengeluarkan odha dari tempat kerja. Pertimbangan yang menyangkut biaya pengobatan yang tinggi dan produktivitas yang menurun sering menjadi alasan dari pihak perusahaan. Odha yang mengalami tindak diskriminasi umumnya

tidak melakukan pengaduan secara terbuka karena takut identitasnya diketahui.

- Masyarakat sering lupa bahwa odha mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan warga negara lain, dan dengan alasan 'demi kepentingan masyarakat umum hak odha diabaikan.

Depkes RI (1997) menyebutkan bahwa beberapa masalah psikis odha dibawah ini yang sering terjadi :

- Sejak mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV, pada umumnya odha mengalami syok. Syok kejiwaan yang berat dapat melumpuhkan kekuatan jiwanya dan membuatnya putus asa.
- Odha mengetahui bahwa AIDS adalah penyakit yang mematikan. Kekhawatiran mengenai kematian membebani bathinnya.
- Dengan berkembangnya penyakit-penyakit yang makin lama makin berat, odha makin tersiksa.
- Odha merasa dihukum oleh masyarakat sekitarnya. Karena cara penularan AIDS yang sangat spesifik, masyarakat mencurigai odha dan menganggap mereka sebagai manusia yang menjijikkan, kotor dan berdosa, walaupun tidak mengetahui siapa orangnya dan bagaimana cara penularannya.
- Odha merasa disisihkan oleh masyarakat sekitarnya yang takut ssecara berlebihan bahwa bila bersentuhan ataupun mendekat saja dengan odha akan tertular, padahal kita mengetahui bahwa AIDS tidak menular lewat kontak sosial biasa.

#### **b. Pada Keluarga**

Ketika seorang anggota keluarga terinfeksi HIV, maka akan terjadi kekacauan pada seluruh aspek kehidupan keluarga. Selain informasi bahwa penyakit ini tidak dapat diobati, keluarga tersebut hanya menerima sedikit konseling mengenai kemungkinan-kemungkinan yang dapat timbul akibat infeksi tersebut (Reid E, 1995).

Menurut Reid E (1995), bahwa seks merupakan cara penularan yang paling umum, dan respons spontan yang paling sering terjadi adalah

menyalahkan. Seringkali salah satu atau kedua pasangan saling menyalahkan atas terjadinya infeksi pada anak-anak. Rumah tangga akan diliputi suasana putus asa, ketakutan serta pengucilan. Konflik timbul di antara kedua orang tua, dan anak-anak menyadari adanya ketidakharmonisan diantara kedua orang tuanya bersamaan dengan semakin dekatnya ajal saudara kandung mereka. Ketegangan serta kebingungan mereka semakin meningkat dengan dijatuhkannya tuduhan bahwa perilaku ayahlah yang mengakibatkan timbulnya penyakit fatal pada saudara kandung mereka.

Stigma sosial menyebabkan pasangan tersebut menghindari diskusi dengan orang luar. Mereka akan menghindari pembicaraan satu sama lain; keadaan ini selanjutnya merusak ikatan keluarga pada saat dimana anggota-anggota keluarga justru saling membutuhkan untuk berbagi kepedihan. Dalam situasi tegang dan sunyi ini, anak-anak ini akan takut dan merasa tidak menentu mengenai nasib saudara kandung mereka, hubungan kedua orang tua menjadi retak, serta berakibat krisis bagi anak-anak (Reid E, 1995).

Suami istri harus membicarakan hubungan seksual mereka serta kemungkinan kehamilan di masa mendatang. Walaupun sangat penting, tetapi hal ini jarang sekali dilakukan. Dalam hubungan normal sekalipun, umumnya mereka tidak ingin membicarakan hubungan seksualnya. Beberapa di antaranya, dengan harapan mendapatkan seorang anak laki-laki, memutuskan untuk mendapatkannya, sekalipun anak tersebut akan terinfeksi (Reid E, 1995).

Anggota keluarga dekat lainnya juga mengalami tekanan jiwa. Bila seorang wanita jatuh sakit, maka pada umumnya ibunya pindah ke rumah wanita tersebut untuk merawatnya. Ia akan sedih, dan menyalahkan menantunya atas kematian cucunya dan penyakit yang diderita anaknya. Walaupun keluarga si suami juga merasakan kehilangan dan kepedihan yang sama, tetapi mereka tidak tahu bagaimana harus menghibur mertua si suami, sementara pihak keluarga suami dianggap bertanggung jawab atas terjadinya infeksi ini (Reid E, 1995).

Tekanan ini kadang-kadang memaksa istri yang sekarat untuk kembali ke keluarganya untuk mendapatkan perawatan, tetapi saudara-saudaranya pun merasakan beban karena harus memberikan bantuan mendadak maupun bantuan di masa mendatang bagi anak-anak yang akan ditinggal orang tuanya ini (Reid E, 1995).

Setelah menyaksikan kematian orang tua dan mungkin saudara, perasaan dan ketakutan mereka sering tidak terekspresikan dan terungkapkan (Reid E, 1995).

### **2.1.7 Upaya Pencegahan dan Penanggulangan**

Depkes RI (1997) menyebutkan, bahwa terdapat beberapa jenis program yang terbukti sukses diterapkan di beberapa negara dan sangat dianjurkan oleh Badan Kesehatan Dunia, WHO, untuk dilaksanakan secara sekaligus, yaitu :

- a. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja dan dewasa muda
- b. Program penyuluhan sebaya (*peer group education*) untuk berbagai kelompok sasaran
- c. Program kerja sama dengan media massa dan elektronik
- d. Paket pencegahan komprehensif untuk pengguna narkotika, termasuk program pengadaan jarum suntik steril
- e. Program pendidikan agama
- f. Program layanan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS)
- g. Program promosi kondom di lokalisasi pelacuran dan panti pijat
- h. Pelatihan ketrampilan hidup
- i. Program pengadaan tempat-tempat untuk tes HIV dan konseling
- j. Dukungan untuk anak jalanan dan pengentasan prostitusi anak
- k. Integrasi program pencegahan dengan program pengobatan, perawatan dan dukungan untuk odha
- l. Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dengan pemberian obat ARV

Program pencegahan HIV/AIDS hanya dapat efektif bila dilakukan dengan komitmen masyarakat dan komitmen politik yang tinggi untuk mencegah dan atau

mengurangi perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV. Upaya pencegahan meliputi :

- 1) Satu-satunya jalan agar tidak terinfeksi adalah dengan tidak melakukan hubungan seks atau hanya berhubungan seks dengan satu orang yang diketahui tidak mengidap infeksi. Pada situasi lain, kondom lateks harus digunakan dengan benar setiap kali seseorang melakukan hubungan seks secara vaginal, anal atau oral. Kondom lateks dengan pelumas berbahan dasar air dapat menurunkan risiko penularan melalui hubungan seks.
- 2) Berbagai peraturan dan kebijakan telah dibuat oleh USFDA, untuk mencegah kontaminasi HIV pada plasma dan darah. Semua darah donor harus diuji antibodi HIV-nya. Hanya darah dengan hasil tes negatif yang digunakan. Orang yang mempunyai kebiasaan risiko tinggi terkena HIV sebaiknya tidak mendonorkan plasma, darah, organ-organ untuk transplantasi, sel atau jaringan (termasuk cairan semen untuk inseminasi buatan). Institusi (termasuk bank sperma, bank susu atau bank tulang) yang mengumpulkan plasma, darah atau organ harus menginformasikan tentang peraturan dan kebijakan ini kepada donor potensial dan tes HIV harus dilakukan terhadap semua donor.
- 3) Jika hendak melakukan transfusi, dokter harus melihat kondisi pasien dengan teliti apakah ada indikasi medis untuk transfusi. Transfusi otologus sangat dianjurkan.
- 4) Hanya produk faktor pembekuan darah yang sudah diseleksi dan yang telah dilaporkan.

Keluarga dekat bertanggung jawab atas keluarga dan anak-anak yang lemah. Nenek dan saudara kandung biasanya memelihara anak-anak yang telah yatim piatu. Tetapi, penting untuk disadari bahwa kewajiban ini mungkin terlalu memberatkan bagi perorangan. Sebagai contoh, dalam sebuah wawancara seorang nenek di Uganda berusia enam puluh delapan tahun mengatakan, “Saya sudah lemah, dan kami miskin.” HIV merenggut tiga dari empat anaknya, meninggalkan dia dengan seorang putra dan dua puluh delapan cucu (Reid E, 1995).

Umumnya keluarga-keluarga ini perlu bantuan sehubungan dengan penderitaan akibat HIV. Di distrik Kagera, Tanzania, masyarakat memprakarsai dan membentuk kelompok-kelompok mandiri untuk membantu anak yatim piatu.



Penduduk di daerah perkotaan Zimbabwe membentuk perkumpulan penguburan dimana anggotanya memberikan sumbangan untuk penguburan. Perkumpulan-perkumpulan sukarela ini dapat dijadikan contoh pengumpulan dana bagi perawatan anak-anak dan para kakek-nenek (Reid E, 1995).

## 2.2 Perilaku

Secara biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam Notoatmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Menurut Notoatmodjo (2007), bahwa perilaku dapat dibedakan menjadi dua, dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, yakni :

### 1) Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

### 2) Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yakni :

### 1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

- 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*)  
Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
- 3) Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

(Notoatmodjo, 2007)

Menurut Kasl dan Cobb (1966) dalam Niven (2000), perilaku kesehatan adalah suatu aktivitas dilakukan oleh individu yang meyakini dirinya sehat untuk tujuan mencegah penyakit atau mendeteksinya dalam tahap asimtomatik.

Dalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni :

- a. Faktor intern meliputi : pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.
- b. Faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya.

(Notoatmodjo, 1997)

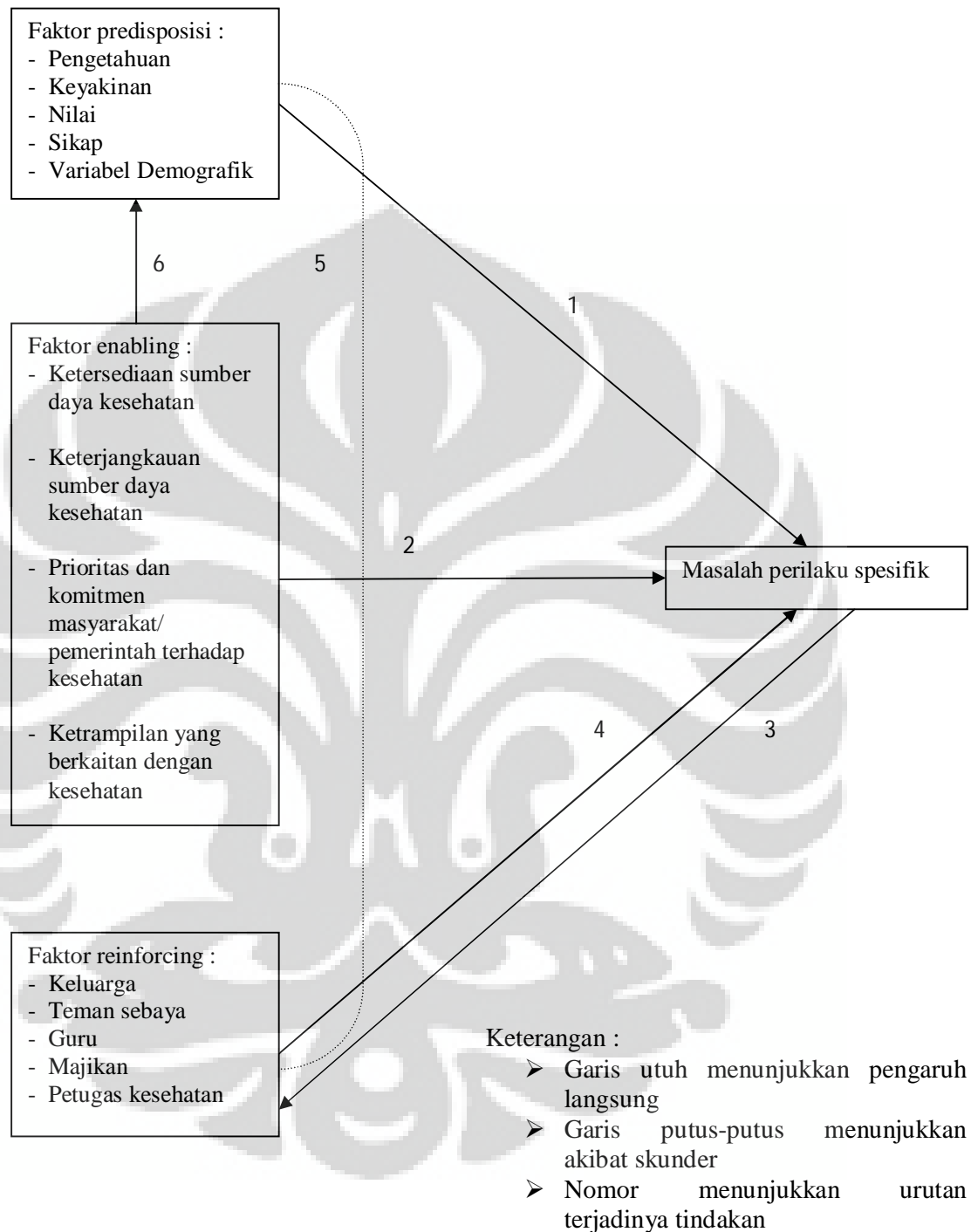
Menurut Green L (1980) masalah kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (non-behaviour causes). Perilaku seseorang terhadap suatu objek ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor utama yaitu :

- a. Faktor yang memudahkan (*predisposing factor*) yang mengawali atau mendasari atau motivasi bagi perubahan perilaku terwujud dalam pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, keyakinan, dan demografi. Dalam arti umum kita dapat mengatakan bahwa faktor predisposisi sebagai preferensi “pribadi” yang

dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat dalam setiap kasus.

- b. Faktor pemungkin (*enabling factor*) adalah faktor pada perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia.
- c. Faktor penguat (*reinforcing factor*) merupakan faktor penyerta perilaku yang memberikan ganjaran, insentif atau hukuman atas perilaku yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas terkait, akibat perilaku tersebut adalah tindakan yang ditiru untuk berperilaku seperti : tokoh agama, tokoh masyarakat, keluarga dan lainnya. Faktor penguat positif dan negatif bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan. Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat bergantung pada tujuan dan jenis program. Di dalam program pendidikan kesehatan kerja, misalnya, penguat mungkin diberikan oleh teman sejawat, pemimpin, dan keluarga.

Gambar 2.1 kerangka teori Green (1980)



## **2.3 Variabel-variabel yang Berhubungan dengan Perubahan Perilaku Pencegahan HIV/AIDS**

### **2.3.1 Umur**

Menurut kamus bahasa Indonesia menyebutkan bahwa, umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Umur merupakan salah satu variabel yang penting dalam pengukuran aktifitas seksual seseorang. Semakin bertambah umur maka akan semakin matang dalam melakukan aktifitas seseorang dalam berperilaku termasuk perilaku seksual. Menurut Azwar (1988) dalam Fifi Nur Afifah (2011) umur termasuk variabel yang penting dalam mempelajari masalah kesehatan karena ada kaitannya dengan kebiasaan hidup, misalnya kebiasaan hidup orang dewasa yang berbeda dengan kebiasaan hidup remaja. Menurut Simon (2007) dalam Fifi Nur Afifah (2011) umur sangat mempengaruhi dalam melakukan aktifitas seksual dan aktifitas perilaku berisiko dalam upaya pencegahan HIV/AIDS.

Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010 dikatakan bahwa distribusi umur penderita AIDS pada tahun 2006 memperlihatkan tingginya persentase jumlah usia muda dan jumlah usia anak. Tingginya proporsi kelompok umur yang lebih muda terkena penyakit yang membahayakan ini, dapat diperkirakan nantinya akan menurunkan angka harapan hidup. Karena semakin banyak orang yang diperkirakan hidup dalam jangka waktu yang lebih pendek, kontribusi yang diharapkan dari mereka pada ekonomi nasional dan perkembangan sosial menjadi semakin kecil dan kurang dapat diandalkan.

### **2.3.2 Pendidikan**

Menurut kamus bahasa Indonesia disebutkan bahwa pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan; proses, cara perbuatan mendidik. Dalam Wikipedia disebutkan bahwa bagi sebagian orang, pengalaman kehidupan sehari-hari lebih berarti dari pada pendidikan formal.

Menurut Notoatmodjo (2007), upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan,

memberikan informasi memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan. Dapat disimpulkan bahwa pendidikan atau promosi kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan.

### 2.3.3 Status Perkawinan

Menurut Lembaga Demografi FEUI (2007), sesuai dengan kategori yang diberikan oleh PBB, hampir disetiap negara di dunia ini diketahui ada 4 jenis status perkawinan yang erat hubungannya dengan tingkah laku manusia dalam hukum, agama, dan kebudayaan, yaitu belum kawin, kawin, janda, dan cerai.

### 2.3.4 Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan

#### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

#### 2) Memahami (*komprehensif*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

### 3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam suatu komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

### 5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan, dapat menanggapi, dapat menafsirkan, dan sebagainya.

(Notoatmodjo, 2007)

### 2.3.5 Sikap

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut :

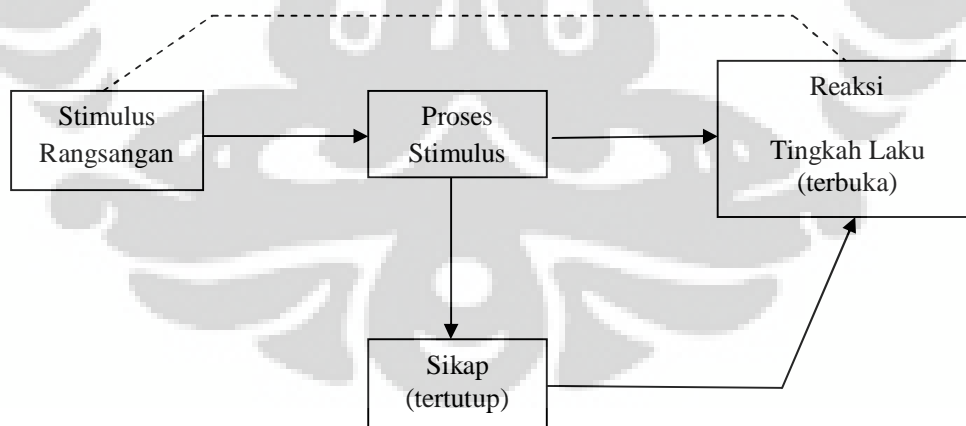
*“An individual’s social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object” (Campbell,1950).*

*“A mental and neural state of rediness, organized through expertence, exerting a directive or dynamic influence up on the individual’s response to all objects and situation with which it is related” (Allport, 1954).*

*“Attitude entails an existing predisposition to response to social objects which in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behaviour of the individual” (Cardno, 1955).*

Berdasarkan batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi





### 2.3.6 Sumber Informasi

Menurut Siregar (1982) dalam Eni Wiyanti (2001) informasi merupakan keterangan yang secara potensial dapat menambah pengetahuan atau yang mempunyai kemampuan untuk memberi pengetahuan suatu hal. Sedangkan menurut Gordon B. Davis (1990) dalam Eni Wiyanti (2001) informasi adalah data yang diolah menjadi suatu bentuk yang penting bagi si penerima dan mempunyai nilai yang nyata atau yang dapat dirasakan dalam keputusan yang sekarang atau keputusan yang akan datang.

Seseorang memperoleh informasi berdasarkan komunikasi yang dikembangkan oleh orang tersebut, seperti definisi komunikasi yang dikembangkan oleh Roger (1981) yang dikutip oleh Cangara (1998) dalam Eni Wiyanti (2001) bahwa komunikasi adalah suatu proses dimana dua orang atau lebih membentuk atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian yang mendalam.

Menurut Notoatmodjo (2007) bentuk komunikasi ada 4 yaitu :

1. Komunikasi intrapersonal (*Interpersonal Communication*) yaitu komunikasi di dalam diri sendiri, terjadi apabila seseorang memikirkan masalah yang dihadapi.
2. *Interpersonal Communication* (face to face communication) yaitu salah satu bentuk komunikasi yang paling efektif, karena antara komunikan dan komunikator dapat langsung tatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikan, langsung dapat direspons atau ditanggapi pada saat itu juga.
3. *Mass Communication* (*communication through the mass media*). komunikasi ini menggunakan saluran (media) massa, atau berkomunikasi melalui media massa. Komunikasi ini kurang efektif dilihat apabila dilihat dari kendala utamanya yakni tingkat pendidikan dan kecerdasan yang masih rendah.
4. Komunikasi organisasi, adalah komunikasi yang terjadi di antara organisasi, institusi atau lembaga, misalnya antar bagian, antar departemen, dan sebagainya.

Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa media massa digunakan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya umum tanpa membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yakni :

a. Media Cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain :

- 1) *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, maupun kombinasi.
- 3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti *leaflet*, tetapi tidak berlipat.
- 4) *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana dalam tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel ditembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

b. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya, antara lain :

1) Televisi

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar

masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV *spot*, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya.

2) Radio

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, *radio spot*, dan sebagainya.

3) Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

4) *Slide*

*Slide* juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.

5) *Film Strip*

Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

c. Media Papan (*Billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus/taksi).

### 2.3.7 Peran Lingkungan

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu, dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Saparinah Sadli (1982) dalam Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa setiap individu sejak lahir berada dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku individu tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan.

Menurut teori WHO dalam Notoatmodjo (2007), perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh.

## **2.4 Wing 1 Paskhasau**

### **2.4.1 Profil Wing 1 Paskhas**

Sejalan dengan penyempurnaan organisasi di jajaran Pasukan TNI AU sejak lahirnya Pasukan Khas TNI AU sampai sekarang, maka organisasi Wing I Paskhaspun mengalami berbagai perombakan. Perubahan ini mengikuti dinamika yang terjadi pada tubuh organisasi Korpaskhas secara keseluruhan.

Perkembangan jaman dan situasi makro dari waktu ke waktu, memang menuntut adanya reorganisasi yang disesuaikan dengan situasi, kondisi dan tuntutan tugas yang harus diemban oleh TNI, khususnya TNI AU serta Paskhas. Perubahan tersebut juga seiring dengan perubahan-perubahan sebutan nama Satuan mulai dari nama PPP, PGT, KOPPAU, Kopasgat, Puspaskhasau sampai dengan sebutan yang dikenal dengan nama Korpaskhas.

Korps Pasukan Khas TNI Angkatan Udara atau Korpaskhasau merupakan pasukan (khusus) yang dimiliki TNI-AU. Paskhas merupakan satuan tempur darat berkemampuan tiga matra: laut, darat, udara. Dalam operasinya, tugas dan tanggungjawab Paskhas lebih ditujukan untuk merebut dan mempertahankan pangkalan udara dari serangan musuh, untuk selanjutnya menyiapkan bagi pendaratan pesawat kawan. Kemampuan ini disebut dengan Operasi Pembentukan dan Pengoperasian Pangkalan Udara Depan (OP3UD).

Korps Paskhas adalah kotama (komando utama) pembinaan TNI AU yang langsung berada di bawah Kasau yang bertugas membina kekuatan dan kemampuan Paskhas dalam pertahanan pangkalan, alat utama sistem senjata, instalasi Angkatan Udara, Pengendalian Pangkalan Udara Depan, Pengendalian Tempur, SAR Tempur serta operasi lain sesuai kebijakan Panglima TNI.

Berdasarkan turunya Keputusan Kasau Nomor : Kep/22/III/1985 tanggal 11 Maret 1985, nama Kopasgat berubah menjadi Pusat Pasukan Khas TNI AU (Puspaskhasau). Selanjutnya, berdasarkan keputusan Pangab Nomor :

Skep/9/VII/1997 tanggal 7 Juli 1997, nama Puspaskhasau berubah menjadi Korpaskhas. Perubahan dari istilah “Pusat” menjadi “Korps” berarti juga perubahan dari tingkat Badan Pelaksana Pusat (Balakpus) menjadi Komando Utama Pembinaan (Kotamabin) TNI AU. Hal ini menunjukkan adanya perubahan organisasi sesuai dengan perubahan istilah dan status yang diembannya. Istilah Komandan Puspaskhasau (Danpuspaskhasau) otomatis juga berubah menjadi Komandan Korpaskhas (Dankorpaskhas). Perubahan organisasi secara langsung juga terjadi di jajaran bawahnya yang ditandai dengan munculnya nama “Wing”. Dengan demikian lahirlah Wing I Paskhas, termasuk Wing I Paskhas “Hardha Marutha”.

Berdasarkan Peraturan Kepala Staf TNI Angkatan Udara Nomor Perkasau/53/VIII/2008 tanggal 13 Agustus 2008 tentang penyempurnaan Pokok-Pokok Organisasi Korpaskhas TNI AU dan Peraturan Komandan Korpaskhas Nomor Perdankorpaskhas/56/IX/2009 tanggal 7 September 2009 tentang Prosedur dan Mekanisme Kerja Korps Pasukan Khas TNI Angkatan Udara, dalam rangka pembenahan dan peningkatan satuan Paskhas, maka dibentuklah satu Batalyon baru yakni Batalyon 467 Paskhas yang berkedudukan di Jakarta, sehingga Wing I Paskhas membawahi Batalyon 461 Paskhas di Jakarta, Batalyon 462 Paskhas di Pekanbaru, Batalyon 465 Paskhas di Pontianak, Batalyon 467 Paskhas di Jakarta, Kompi A BS Paskhas di Medan, Kompi B BS Paskhas di Subang, Kompi G BS Paskhas di Lhokseumawe dan Kompi G BS Paskhas di Banda Aceh.

#### **2.4.2 Tugas Pokok Wing 1 Paskhas**

Tugas pokok yang diemban Wing I Paskhas juga disesuaikan dengan status Paskhas sebagai Kotamabin TNI AU. Sejalan dengan tugas pokok tersebut, Wing I Paskhas juga berkewajiban untuk menyelenggarakan fungsi sebagai satuan pelaksana Korpaskhas yang berkedudukan di Jakarta untuk mendukung tugas-tugas Korpaskhas, TNI AU dan TNI.

Berdasarkan Peraturan Kepala Staf TNI Angkatan Udara Nomor Perkasau/53/VIII/2008 tanggal 13 Agustus 2008 tentang penyempurnaan Pokok-Pokok Organisasi Korpaskhas TNI AU dan Peraturan Komandan Korpaskhas Nomor Perdankorpaskhas/56/IX/2009 tanggal 7 September 2009 tentang Prosedur

dan Mekanisme Kerja Korps Pasukan Khas TNI Angkatan Udara, dari peraturan tersebut bahwa : “Wing I Paskhas bertugas membina kesiapan dan melaksanakan tugas operasi beserta jajarannya dalam pertahanan pangkalan/alutsista/instalasi TNI Angkatan Udara, pengendalian pangkalan udara depan, pengendalian tempur dan SAR tempur serta operasi lain sesuai kebijakan Panglima TNI”.

Sesuai dengan tugas pokok tersebut, maka Wing I Paskhas juga harus melaksanakan fungsi-fungsinya. Berdasarkan Peraturan Kepala Staf TNI Angkatan Udara Nomor Perkasau/53/VIII/2008 tanggal 13 Agustus 2008 tentang penyempurnaan Pokok-Pokok Organisasi Korpaskhas TNI AU dan Peraturan Komandan Korpaskhas Nomor Perdankorpaskhas/56/IX/2009 tanggal 7 September 2009 tentang Prosedur dan Mekanisme Kerja Korps Pasukan Khas TNI Angkatan Udara, disebutkan bahwa Wing I Paskhas mempunyai fungsi utama sebagai berikut:

1. Melaksanakan pembinaan satuan-satuan di bawahnya untuk siap dioperasikan oleh penyelenggara operasi militer TNI.
2. Melaksanakan penyelidikan, pengamanan dan penggalangan secara terbatas dalam rangka menyiapkan bahan intelijen bagi kepentingan perencanaan dan pengambilan keputusan untuk pelaksanaan tugas.
3. Melaksanakan perencanaan penggunaan taktik teknik dan prosedur (membuat rencana pelibatan) serta meningkatkan dan memelihara kualitas tempur perorangan/satuan.
4. Memelihara moral, disiplin dan hukum satuan-satuannya.
5. Melaksanakan pemeliharaan, pembekalan dan perawatan alat-peralatan, perlengkapan perorangan dan satuan.
6. Mengalokasikan dukungan anggaran bagi satuan-satuannya sesuai dengan program kerja Korpaskhas.
7. Melaksanakan pembinaan potensi sumber daya manusia dan kekuatan wilayah tertentu secara terbatas untuk mendukung pelaksanaan tugas.
8. Mengadakan koordinasi dengan instansi-instansi terkait di dalam dan di luar Wing I Paskhas

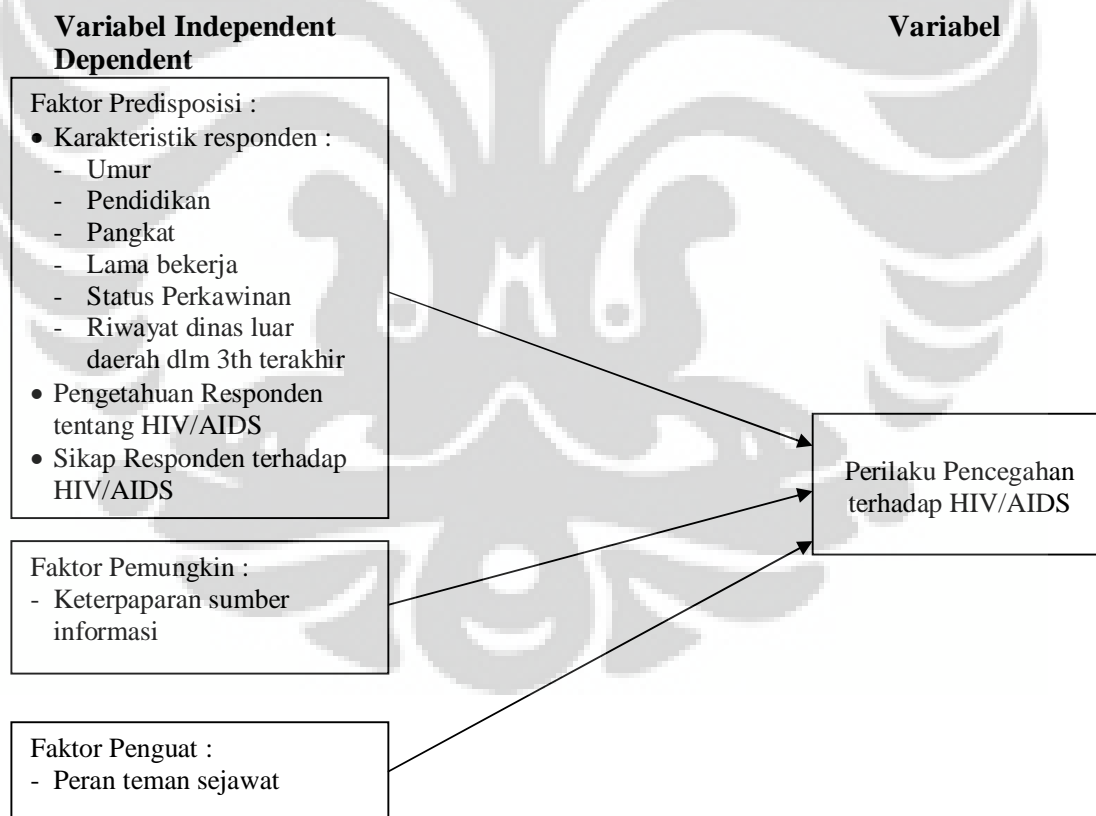
## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka maka variabel yang diteliti meliputi variabel independent dan dependent. Variabel independent terdiri dari : faktor predisposisi (karakteristik responden : umur, pendidikan, pangkat, lama bekerja, status perkawinan, dan pengetahuan responden tentang HIV/AIDS, serta sikap responden terhadap HIV/AIDS), faktor pemungkin (keterpaparan sumber informasi), dan faktor penguat (peran teman sejawat). Sedangkan variabel dependen yaitu perilaku pencegahan HIV/AIDS.

**Gambar 3.1**  
**Kerangka konsep gambaran perilaku pencegahan HIV/AIDS**  
**pada TNI AU di Batalyon 467 Wing1 Paskhasau tahun 2011**



### 3.2 Definisi Operasional

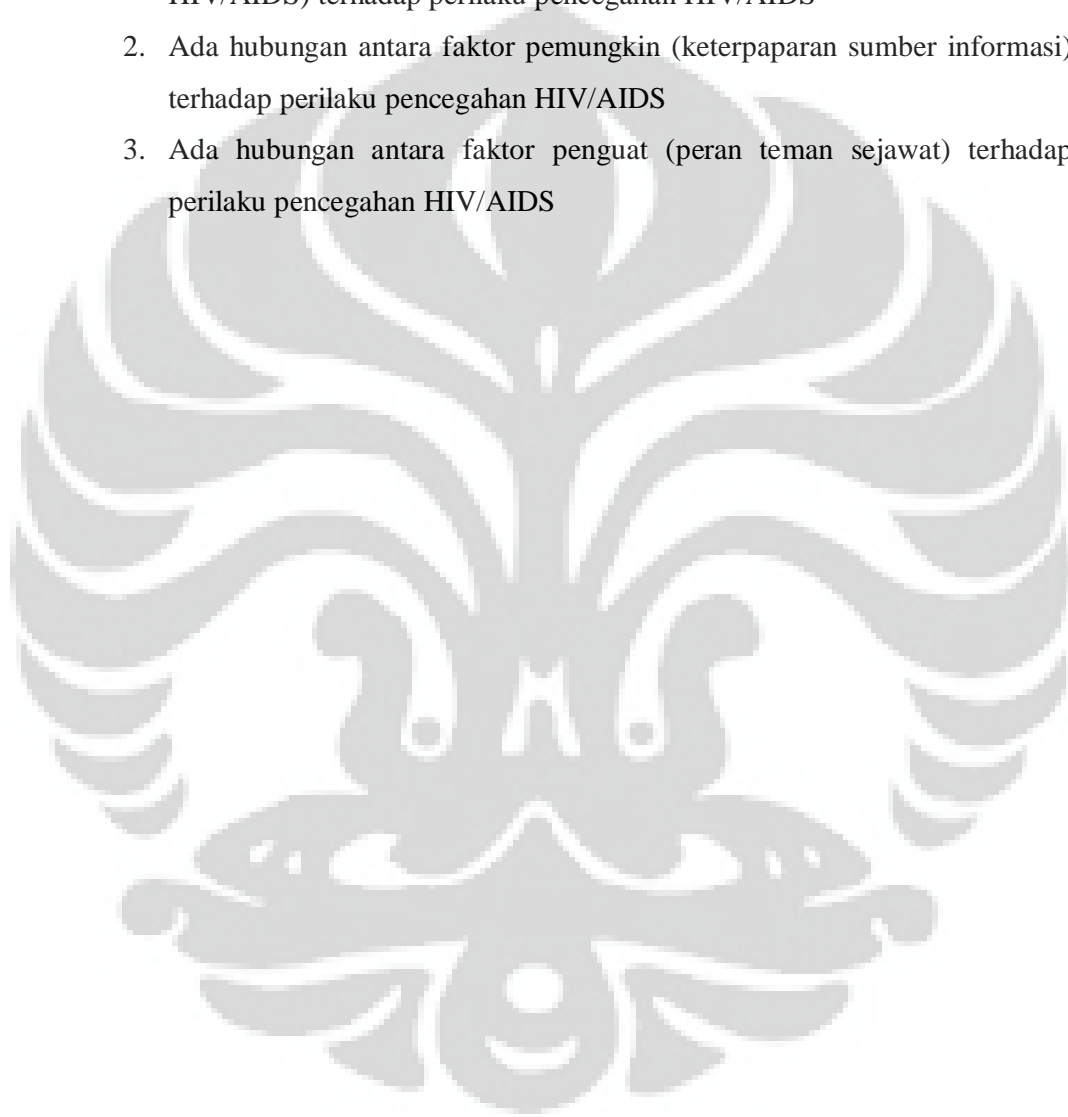
Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Dependent :</b> Perilaku pencegahan, terhadap HIV/AIDS	Tindakan yang dilakukan oleh responden untuk melakukan upaya pencegahan terhadap HIV/AIDS	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian VI no. 25-26	0 = buruk jika jawaban di bawah median 1 = baik jika jawaban di atas atau sama dengan median	Ordinal
<b>Independent :</b> Umur	Lama waktu hidup responden berdasar ulang tahun terakhir	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian I no. 1	Umur dalam tahun	Numerik
Pendidikan	Tingkat pendidikan tertinggi yang telah dicapai oleh responden	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian I no. 2	0 =SMU/SMK/Sederajat 1 = Perguruan Tinggi	Ordinal
Pangkat	Tingkatan jabatan responden di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian I no. 3	0 = Perwira 1 = Bintara 2 = Tamtama	Ordinal
Lama Bekerja	Rentang waktu responden pertama kali mulai bekerja sebagai anggota TNI AU	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian I no.4	Lama bekerja dalam tahun	Numerik
Status Perkawinan	Status perkawinan responden pada saat wawancara dilakukan	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian I no. 5	1. Kawin 2. Tidak Kawin/belum menikah 3. Bercerai/berpisah	Nominal



Riwayat dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir	Pernah tidaknya responden melakukan perjalanan dinas ke luar daerah dalam kurun waktu 3 tahun terakhir	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian I no. 6	1. Ya 2. Tidak	Nominal
Pengetahuan responden terhadap HIV/AIDS	Pemahaman responden tentang HIV/AIDS meliputi : tanda dan gejala, penularan serta pencegahan HIV/AIDS. Dihitung dari 31 pertanyaan. Jika responden dapat menjawab dengan benar diberi nilai 1, jika salah/ tidak tahu diberi nilai 0. Total skor nilai <b>31</b>	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian II no. 7-12	0 = buruk jika jawaban di bawah median 1 = baik jika jawaban di atas atau sama dengan media	Ordinal
Sikap siswa terhadap HIV/AIDS	Tanggapan responden dalam bentuk pernyataan setuju atau tidak setuju terhadap HIV/AIDS terhadap pertanyaan yang diberikan. Dengan pilihan jawaban : SS, S, KS, TS Pertanyaan no. 13 & 17 dengan pilihan jawaban TS/KS, dan pertanyaan no. 14 sampai dengan no. 16 dengan pilihan jawaban SS/S, diberi skor 1, tetapi jika jawaban sebaliknya diberi skor 0	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian III no. 13-17	0 = buruk jika jawaban di bawah median 1 = baik jika jawaban di atas atau sama dengan media	Ordinal
Keterpaparan sumber Informasi	Sumber informasi untuk mendapatkan serta memperoleh penjelasan mengenai HIV/AIDS melalui media elektronik maupun media cetak.	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian IV no. 18	0 = sedikit jika jawaban di bawah median 1 = banyak jika jawaban di atas atau sama dengan median	Ordinal
Peran teman sejawat	Keterlibatan/keikutsertaan rekan sekerja dalam upaya pencegahan HIV/AIDS	Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan	Kuesioner bagian V no. 19-24	0 = buruk, jika jawaban di bawah median 1 = baik, jika jawaban di atas atau = median	Ordinal

### 3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor predisposisi (karakteristik responden : umur, pendidikan, pangkat, lama bekerja, status perkawinan, riwayat dinas luar daerah, dan pengetahuan mengenai HIV/AIDS, serta sikap terhadap HIV/AIDS) terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS
2. Ada hubungan antara faktor pemungkin (keterpaparan sumber informasi) terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS
3. Ada hubungan antara faktor penguat (peran teman sejawat) terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS



## BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dimana menggambarkan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU Tahun 2011. Desain penelitian menggunakan pendekatan studi kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*), yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*).

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah anggota TNI AU (Perwira, Bintara, Tamtama) di Wing 1 Paskhasau yang berjumlah 1.900 orang. Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow dkk, 1997) :

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

Keterangan : n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = Tingkat kepercayaan 95% sehingga nilainya adalah 1,960

P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, ditetapkan 50% (0,50)

d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan 10% (0,10)

Dari rumus tersebut, maka didapat jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{1,960^2 \times 0,25}{0,10^2}$$

$$n = \frac{0,9604}{0,01}$$

$$n = 96,04 = 97$$

Dengan menambahkan jumlah sampel sebanyak 10% sebagai sampel cadangan maka total sampel yang didapat adalah  $97+10 = 107$  sampel.

Pemilihan sampel dilakukan dengan cara *Non Probably Sample (Selected Sample)* dalam hal ini cara pengambilan sampelnya disebut sampel berjatah (*Quota Sampling*). *Quota sampling* adalah pengambilan sampel hanya berdasarkan pertimbangan peneliti saja, hanya disini besar dan kriteria sampel telah ditentukan lebih dahulu, dimana pemilihan sampel ini tidak menghiraukan prinsip-prinsip probability. Pemilihan sampel tidak secara random. Hasil yang diharapkan hanya merupakan gambaran kasar tentang suatu keadaan. Cara ini dipergunakan : bila biaya sangat sedikit, hasilnya diminta segera, tidak memerlukan ketepatan yang tinggi, karena hanya sekedar gambaran umum saja (Nasution R, 2003).

#### **4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wing 1 Paskhasau Batalyon 467, dan dilaksanakan pada bulan Desember 2011.

#### **4.4 Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian**

Data dikumpulkan melalui angket dengan bantuan kuesioner. Kuesioner ini merupakan hasil modifikasi dari kuesioner yang pernah dilakukan oleh Survei Demografi Kesehatan Indonesia (2007), Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (2007), Utomo B, dkk (1998), Adamchak S, dkk (2000), Fifi Nur Afifah (2011), Ginto Saputra (2008).

Instrumen penelitian meliputi pengetahuan (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, penularan serta pencegahan HIV/AIDS), sikap (Tanggapan responden dalam bentuk pernyataan sangat setuju, setuju, kurang setuju dan tidak setuju terhadap HIV/AIDS dengan pertanyaan yang diberikan), perilaku (Tindakan yang dilakukan oleh responden untuk melakukan upaya pencegahan terhadap HIV/AIDS). Uji coba instrumen dilakukan untuk mendapat masukan terhadap instrumen. Instrumen terlampir.

## 4.5 Pengolahan Data

### 1) Editing

Kegiatan penyuntingan data yang telah terkumpul dengan memeriksa kelengkapan isinya, apabila ada jawaban-jawaban yang belum lengkap atau kesalahan dalam pengisian data maka kuesioner dikembalikan kepada responden untuk dilengkapi.

### 2) Coding

Setelah semua data di edit atau disunting, langkah selanjutnya adalah memberi kode (*coding*) pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

### 3) Entry Data

Memasukkan data dari kuesioner yang telah diberi kode ke dalam komputer dengan menggunakan program SPSS for window versi 11.5

### 4) Cleaning Data

Proses pembersihan data untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, kemudian dilakukan pembetulan, sehingga tidak mengganggu proses analisis.

## 4.6 Analisis dan Penyajian Data

Dalam penelitian ini analisis yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat dimaksudkan untuk memudahkan interpretasi dan menguji hipotesis. Analisis univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari variabel independent dan variabel dependent, sehingga dapat diketahui variasi dari masing-masing variabel. Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independent dan variabel dependent. Untuk membuktikannya peneliti menggunakan uji *Chi-Square* atau khi kuadrat ( $X^2$ ) pada *confidence Interval* 95% dengan  $\alpha = 0,05$ , jika *p-value* kecil dari  $\alpha$  ( $p \leq 0,05$ ), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel yang diteliti dan

jika *p-value* besar dari  $\alpha$  ( $p > 0,05$ ) berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel yang diteliti.

Rumus *Chi-Square* sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Dimana,  $X^2$  = Nilai *Chi-Square*

$\sum$  = Penjumlahan

O = Nilai observasi

E = Nilai yang diharapkan

Besarnya derajat kebebasan (*degree of freedom*) yang dinyatakan dalam :

$$df = (b-1)(k-1)$$

Keterangan : b = Jumlah baris

k = Jumlah kolom

Kemudian dilakukan perhitungan odds rasio (OR), nilai OR merupakan nilai estimasi risiko untuk terjadinya out come sebagai pengaruh adanya variabel independen. Perubahan satu unit independen akan menyebabkan perubahan OR pada variabel dependen, estimasi *confidence interval* atau CI, OR ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95%. Interpretasi odds rasio :

OR = 1 menunjukkan tidak ada hubungan bermakna

OR < 1 menunjukkan ada efek proteksi/ perlindungan

OR  $\geq$  1 artinya sebagai faktor risiko.

Penyajian data dalam bentuk tulisan, tabel, dan grafik.

**BAB 5**  
**HASIL PENELITIAN**

**5.1 Karakteristik Responden**

Dari hasil pengisian kuesioner didapatkan karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan, kepangkatan, lama bekerja, status perkawinan, dan riwayat dinas luar daerah, dengan gambaran distribusi sebagai berikut :

**Tabel 5.1**  
**Karakteristik Responden**  
**Di Wing 1 Paskhasu Batalyon 467 Jakarta Tahun 2011**

No	Karakteristik	Jumlah	(%)
1	Umur (dalam tahun) :		
	21-25	37	33,6
	26-30	29	26,4
	31-35	18	16,4
	36-40	12	10,9
	41-45	11	10,0
2	46-52	3	2,7
	Pendidikan :		
3	SMU/SMK Sederajat	108	98,2
	Perguruan Tinggi	2	1,8
4	Kepangkatan :		
	Perwira	3	2,7
	Bintara	36	32,7
	Tamtama	71	64,5
5	Lama Bekerja :		
	1- 5	42	38,2
	6-10	26	23,6
	11-15	20	18,2
	16-20	14	12,7
	21-25	5	4,5
6	26-30	3	2,7
	Status perkawinan :		
7	Kawin	64	58,2
	Tidak kawin/belum kawin	46	41,8
8	Riwayat dinas luar daerah 3 tahun terakhir :		
	0 bulan	58	52,7
	1-12bulan	50	45,5
	>12 bulan	2	1,8
	<b>N</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata umur responden adalah 30 tahun dengan umur paling tua 52 tahun dan umur termuda 21 tahun. Adapun standar deviasi 7,22. Pendidikan responden sebagian besar SMU/SMK/Sederajat yaitu 98%. Responden sebagian besar berpangkat Tamtama yaitu 64%. Rata-rata responden telah bekerja selama 9,31 tahun dengan bekerja paling lama 30 tahun dan paling singkat 1 tahun. Adapun standar deviasi 6,85. Status perkawinan responden sebagian besar kawin yaitu 58%. 52% dari responden tidak pernah dinas di luar daerah dalam 3 tahun terakhir, rata-rata riwayat dinas di luar daerah adalah 4,6 bulan dengan riwayat dinas luar paling lama adalah 18 bulan.

### 5.2. Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS

Penilaian tentang pengetahuan responden tentang tanda dan gejala, penularan serta pencegahan HIV/AIDS dengan 31 pertanyaan dan dikategori kedalam 2 (dua) kelompok yakni baik dan kurang. Pengelompokan pengetahuan berdasarkan nilai median dari jawaban responden.

**Tabel 5.2**  
**Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS**  
**Di Wing 1 Paskhasau Batalyon 467 Jakarta tahun 2011**

No	Pengetahuan	Jumlah	(%)
1	Baik	57	51,8
2	Kurang	53	48,2
	<b>n</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa proporsi pengetahuan baik dan kurang sama besar. Jika dilihat menurut jenis pertanyaan, sebagian besar responden (87,3%) tidak mengetahui bahwa orang yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan gejala, dan 62,7% responden salah dalam memberikan jawaban gejala AIDS. Pengetahuan responden secara detail dapat dilihat pada lampiran 2

### 5.3. Sikap responden terhadap HIV/AIDS

Penilaian tentang sikap atau tanggapan responden mengenai sikap responden terhadap HIV/AIDS yang terdiri dari 5 pertanyaan dengan kategori



jawaban sangat setuju, setuju, kurang setuju, dan tidak setuju. Dari pernyataan jawaban sangat setuju dan setuju dikategorikan menjadi setuju dan pernyataan jawaban kurang setuju dan tidak setuju dikategorikan menjadi tidak setuju. Dari hasil gabungan pernyataan jawaban tersebut didapat hasil jawaban dan analisa menjadi dua kategori yaitu sikap responden terhadap HIV/AIDS menjadi setuju dan tidak setuju.

**Tabel 5.3**  
**Sikap responden terhadap HIV/AIDS**  
**Di Wing 1 Paskhasau Batalyon 467 Jakarta tahun 2011**

No	Sikap	Jumlah	(%)
1	Baik	90	81,8
2	Kurang	20	18,2
	<b>n</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 110 responden, sebagian responden mempunyai sikap yang kurang terhadap HIV/AIDS yaitu 18% sedangkan sisanya 82% mempunyai sikap baik terhadap HIV/AIDS. Jika di lihat dari jenis pertanyaan, sebagian besar responden mempunyai sikap masih kurang terhadap HIV AIDS bahwa responden tidak setuju (26%) dan kurang setuju (24%) untuk membeli sayuran segar dari petani atau penjual yang terinfeksi HIV/AIDS. Sikap responden secara detail dapat dilihat pada lampiran 3.

#### **5.4. Keterpaparan responden terhadap sumber informasi**

Pertanyaan mengenai keterpaparan sumber informasi tentang HIV/AIDS yang didapat oleh responden berasal dari beberapa sumber yaitu radio,televisi, internet, surat kabar/majalah, selebaran/poster, buku, leaflet (lembar lipat), billboard/papan iklan, petugas kesehatan, perkumpulan keagamaan, guru/pembina, pertemuan masyarakat, teman/keluarga, LSM, tempat kerja, dan lainnya. Kemudian dari data tersebut dikelompokkan untuk mengetahui banyak (lebih dari atau sama dengan nilai median) dan kurang keterpaparan sumber

informasi (kurang dari nilai median) oleh responden. Dari hasil uji analisis tersebut didapatkan hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.4**  
**Keterpaparan responden terhadap sumber informasi**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

No.	Keterpaparan sumber informasi	Jumlah	(%)
1	Banyak	56	50,9
2	Kurang	54	49,1
	<b>n</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa 51% responden sudah banyak terpapar atau sudah mendapatkan paparan informasi dari banyak media dan sisanya 49% kurang terpapar sumber informasi terkait HIV/AIDS. Responden paling banyak terpapar sumber informasi dari tempat kerja (90,0%). Keterpaparan responden sumber informasi secara detail dapat dilihat pada lampiran 4.

#### 5.5. Peran teman sejawat

Penilaian tentang peran teman sejawat terhadap diri responden terkait HIV/AIDS dengan 6 pertanyaan dan dikategori kedalam 2 (dua) kelompok yakni baik dan buruk. Pengelompokan pengetahuan berdasarkan nilai median dari jawaban responden.

**Tabel 5.5**  
**Peran teman sejawat**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

No	Peran teman sejawat	Jumlah	(%)
1	Berperan	60	54,5
2	Kurang berperan	50	45,5
	<b>n</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa 54% teman sejawat berperan negatif terhadap diri responden terkait HIV/AIDS sedangkan 45% sisanya, teman sejawat kurang berperan terhadap diri responden terkait HIV/AIDS. Jika dilihat dari jenis pertanyaan pertanyaan sebagian responden memiliki teman sejawat yang pernah mengajak/mempengaruhi untuk merokok (50%), memiliki teman sejawat yang pernah mengajak/mempengaruhi untuk minum minuman beralkohol (40%), dan memiliki teman sejawat yang tidak pernah berdiskusi masalah HIV/AIDS (38,2%) Peran teman sejawat responden secara detail dapat dilihat pada lampiran 5.

### 5.6. Perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS

Penilaian tentang perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS dengan 16 pertanyaan dan dikategori kedalam 2 (dua) kelompok yakni baik dan kurang. Pengelompokan perilaku berdasarkan nilai median dari jawaban responden.

**Tabel 5.6**  
**Perilaku pencegahan responden terhadap HIV/AIDS**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

No	Perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS	Jumlah	(%)
1	Baik	51	46,4
2	Kurang	59	53,6
	<b>n</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 110 responden terdapat 46% responden yang perilaku pencegahan HIV/AIDS nya baik sedangkan sisanya 54% perilaku pencegahan HIV/AIDS nya masih kurang. Jika dilihat dari jenis pertanyaan, sebagian besar responden pernah menggunakan jarum suntik bersama atau digunakan lagi (16%), memiliki rekan yang pernah tidak menggunakan kondom (53%), dan memiliki rekan yang pernah tidak menggunakan kondom dengan PSK (49%). Perilaku pencegahan responden terhadap HIV/AIDS secara detail dapat dilihat pada lampiran 6.

### 5.7. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut umur

Untuk keperluan analisis bivariat maka umur dikategorikan menjadi 2 kategori menurut nilai median yaitu  $< 28$  tahun dan  $\geq 28$  tahun, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.7**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut umur**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Umur	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
$< 28$ tahun	31	59,6	21	40,4	1,582 0,742-3,370	0,234
$\geq 28$ tahun	28	48,3	30	51,7		

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang berumur kurang dari 28 tahun dibandingkan yang berumur lebih dari atau sama dengan 28 tahun. Namun perbedaan proporsi tersebut secara statistik tidak signifikan.

### 5.8. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pendidikan

Pada hasil analisis bivariat ini, pendidikan responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu SMU/SMK Sederajat dan perguruan tinggi. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pendidikan dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.8**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pendidikan**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Pendidikan	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
SMU/SMK Sederajat	57	52,8	51	47,2	-	0,498
Perguruan Tinggi	2	100	0	0		

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang berpendidikan perguruan tinggi dibandingkan yang berpendidikan SMU/SMK sederajat.

### 5.9. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pangkat

Hasil analisis bivariat ini, pangkat responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu perwira/bintara, dan tamtama. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pangkat dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.9**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pangkat**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Pangkat	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Perwira/Bintara	20	51,3	19	48,7	0,864 0,395-1,889	0,714
Tamtama	39	54,9	32	45,1		

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang berpangkat tamtama dibandingkan yang berpangkat perwira/bintara. Namun perbedaan proporsi tersebut secara statistik tidak signifikan.

### 5.10 Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut lama bekerja

Untuk keperluan analisis bivariat maka umur dikategorikan menjadi 2 kategori berdasarkan nilai median yaitu  $< 7$  tahun dan  $\geq 7$  tahun, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.10**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut lama bekerja**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Lama Bekerja	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
$< 7$ tahun	30	57,7	22	42,3	1,364 0,642-2,897	0,419
$\geq 7$ tahun	29	50,0	29	50,0		

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang bekerja selama kurang dari 7 tahun dibandingkan yang bekerja selama lebih dari atau sama dengan 7 tahun. Namun perbedaan proporsi tersebut secara statistik tidak signifikan.

### 5.11 Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut status perkawinan

Pada hasil analisis bivariat ini, status perkawinan responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu kawin dan tidak kawin/belum menikah. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut status perkawin dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.11**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut status perkawinan**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Satus Perkawinan	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Kawin	30	46,9	34	53,1	0,517 0,238-1,122	0,093
Tidak Kawin/Belum Menikah	29	63,0	17	37,0		

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang tidak kawin/belum menikah dibandingkan yang kawin. Namun perbedaan proporsi tersebut secara statistik tidak signifikan.

### 5.12. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut riwayat dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir

Pada hasil analisis bivariat ini, riwayat dinas luar responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu ya dan tidak. Ya jika responden pernah luar daerah yaitu selama 1-12 bulan dan lebih dari 12 bulan dalam 3 tahun terakhir, sedangkan tidak jika responden tidak pernah dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut riwayat dinas luar daerah dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.12**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut riwayat dinas luar daerah**  
**dalam 3 tahun terakhir**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Riwayat Dinas Luar Daerah dalam 3 tahun terakhir	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Tidak	31	53,4	27	46,6	0,984	0,967
Ya	28	53,8	24	46,2	0,465-2,085	

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang pernah dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir dibandingkan yang tidak pernah dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir. Namun perbedaan proporsi tersebut secara statistik tidak signifikan.

### 5.13. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pengetahuan responden mengenai HIV/AIDS

Pada hasil analisis bivariat ini, pengetahuan mengenai HIV/AIDS responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu kurang dan baik. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pengetahuan mengenai HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.13**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut pengetahuan mengenai HIV/AIDS**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Pengetahuan mengenai HIV/AIDS	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Kurang	36	67,9	17	32,1	3,130	0,004
Baik	23	40,4	34	59,6	1,431-6,848	

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang pengetahuannya kurang dibandingkan yang pengetahuannya baik. Perbedaan proporsi tersebut secara statistik signifikan. Responden yang berpengetahuan kurang memiliki

resiko 3,1 kali untuk berperilaku pencegahan HIV/AIDS kurang dibanding pengetahuan baik.

#### 5.14. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut sikap responden terhadap HIV/AIDS

Pada hasil analisis bivariat ini, sikap terhadap HIV/AIDS responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu kurang dan baik. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut sikap terhadap HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.14**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut sikap terhadap HIV/AIDS**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Sikap terhadap HIV/AIDS	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Kurang	11	55,0	9	45,0	1,069	0,892
Baik	48	53,3	42	46,7	0,404-2,831	

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada sikap terhadap HIV/AIDS yang kurang dibandingkan pada sikap terhadap HIV/AIDS baik. Namun perbedaan proporsi tersebut secara statistik tidak signifikan.

#### 5.15. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut keterpaparan responden terhadap sumber informasi

Pada hasil analisis bivariat ini, keterpaparan sumber informasi responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu kurang terpapar dan banyak terpapar. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut keterpaparan sumber informasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :



**Tabel 5.15**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut keterpaparan sumber informasi**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Keterpaparan Sumber Informasi	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Kurang Terpapar	36	66,7	18	33,3	2,870	0,007
Banyak Terpapar	23	41,1	33	58,9	1,320-6,240	

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada mereka yang kurang terpapar sumber informasi dibandingkan yang banyak terpapar sumber informasi. Perbedaan proporsi tersebut secara statistik signifikan. Responden yang kurang terpapar memiliki resiko 2, 9 kali untuk berperilaku pencegahan HIV/AIDS kurang dibanding responden yang banyak terpapar sumber informasi.

#### **5.16. Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut peran teman sejawat**

Pada hasil analisis bivariat ini, teman sejawat responden digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu berperan dan tidak berperan. Peran diukur dari peran negatif terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS. Persentase perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut peran teman sejawat dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.16**  
**Perilaku pencegahan HIV/AIDS menurut peran teman sejawat**  
**Di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau Jakarta tahun 2011**

Peran Teman Sejawat	Perilaku Pencegahan HIV/AIDS				OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Baik			
	N	%	N	%		
Berperan	46	76,7	14	23,3	0,107	0,0001
Tidak Berperan	13	26,0	37	74,0	0,045-0,255	

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa proporsi perilaku pencegahan HIV/AIDS yang kurang ternyata lebih banyak pada teman sejawat yang berperan secara negatif dibandingkan teman sejawat yang tidak berperan secara negatif. Perbedaan proporsi tersebut secara statistik signifikan. Responden yang teman sejawatnya berperan secara negatif memiliki efek protektif 0,1 kali lebih besar untuk

berperilaku pencegahan HIV/AIDS kurang dibanding responden yang teman sejawatnya tidak berperan secara negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan Penelitian**

1. Metode pengambilan sampel tidak dilakukan dengan metode *Simple Random Sampling* (SRS), tetapi menggunakan metode non SRS yaitu *Quota Sampling*. Hal ini dikarenakan peneliti tidak memiliki kerangka sampel (*sampling frame*), sehingga generalisasi perilaku pencegahan HIV/AIDS di kalangan TNI AU masih terbatas. Peneliti melakukan penelitian pada event penyuluhan terkait HIV/AIDS, hal ini membuat populasi tidak terwakili dimana antara perwira, bintara dan tamtama tidak seimbang.
2. Pengambilan sampel sifatnya angket, responden mengisi sendiri tanpa melakukan wawancara dan peneliti tidak dapat melakukan probing untuk menilai kebenaran dan kualitas data.

#### **6.2. Perilaku Pencegahan Terhadap HIV/AIDS**

Proporsi perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS seimbang antara perilaku yang baik dan perilaku yang masih kurang. Kebanyakan responden pernah menggunakan jarum suntik bersama atau jarum suntik yang digunakan lagi. Selain itu responden memiliki rekan yang pernah tidak menggunakan kondom dengan PSK.

Hasil ini tidak berbeda dengan penelitian yang dilakukan Nishiyama (2008) pada wajib militer di Provinsi Nakhon Phanom, Thailand, menyebutkan bahwa proporsi penggunaan kondom ketika melakukan hubungan seksual dengan PSK sebesar 50%, sedangkan dengan isteri atau pacar cukup rendah yaitu sebesar 7,59%.

Proporsi perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS tidak berbeda dengan karakteristik responden, dimana menurut umur baik pada responden yang muda atau yang tua memiliki perilaku yang sama terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Menurut pendidikan, responden mempunyai perilaku yang sama terhadap pencegahan HIV/AIDS. Pada status perkawinan baik kawin maupun tidak kawin/belum menikah, responden memiliki perilaku yang sama terhadap pencegahan HIV/AIDS. Begitu juga dengan pangkat baik di tingkat perwira/bintara dan tamtama juga mempunyai perilaku yang sama terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Pada lama bekerja, responden memiliki perilaku yang sama terhadap pencegahan HIV/AIDS. Sedangkan berdasarkan riwayat dinas luar daerah sebagian besar pernah bertugas dalam 3 tahun terakhir dan memiliki perilaku yang sama pula terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Dari hasil ini, tampaknya perilaku pencegahan HIV/AIDS proporsinyatidak berbeda berdasarkan karakteristik yang telah disebutkan. Ini berarti, intervensi pencegahan HIV/AIDS untuk kalangan TNI AU sebaiknya diberikan kepada semua tanpa membedakan umur, pendidikan, pangkat, lama bekerja, status perkawinan, dan riwayat dinas luar daerah dalam 3 tahun terkhir, tanpa ada stegmentasi intervensi.

### **6.3 Pengetahuan Responden mengenai HIV/AIDS**

Pengetahuan mengenai HIV/AIDS pada kelompok ini dinilai dari beberapa aspek yang mencakup aspek tanda dan gejala, penularan serta pencegahan HIV/AIDS. Sebagian besar pengetahuan responden mengenai HIV/AIDS masih kurang yaitu sebesar 48,2%. Tampaknya pengetahuan masih kurang terutama berkaitan dengan aspek tanda dan gejala HIV/AIDS. Responden tidak mengetahui bahwa orang yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan tanda atau simpton selama beberapa bulan atau tahun sebelum manifestasi klinis lain muncul (Chin J, 2009). Penderita infeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS ketika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan akibat penurunan daya tahan tubuh yang disebabkan virus HIV atau tes darah menunjukkan jumlah CD4 < 200 mm<sup>3</sup> (Depkes RI, 2007). Menurut Depkes (2007), gejala infeksi primer orang yang terinfeksi HIV dapat berupa gejala umum (demam, nyeri otot, nyeri sendi, rasa lemah), kelainan mukokutan (ruam kulit, ulkus di mulut), pembengkakan kelenjar

limfa, gejala neurologi (nyeri kepala, nyeri belakang kepala, fotofobia, depresi), maupun gangguan saluran cerna (anoreksia, mual, diare, jamur di mulut).

Dampak rendahnya pengetahuan ini cukup besar terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS, apabila pengetahuan responden kurang mengenai HIV/AIDS maka responden cenderung berperilaku seksual yang berisiko, misalnya tidak menggunakan kondom.

Pada penelitian ini, peneliti mengukur pengetahuan dari beberapa aspek yang mencakup tanda dan gejala, penularan serta pencegahan HIV/AIDS. Hal ini dimaksudkan agar peneliti dapat mengetahui aspek-aspek dari pengetahuan responden yang perlu ditingkatkan.

Berdasarkan uji statistik, bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU.

Dari penelitian Essien, dkk (2010) pada 2 batalyon anggota militer di Nigeria Tenggara menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku seksual yang berisiko di antara anggota militer perempuan.

Hal ini menunjukkan perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan pada kelompok ini terutama pada aspek tanda dan gejala HIV/AIDS. Pemberian pengetahuan ini bisa diberikan saat acara khusus atau kegiatan rutin di TNI AU.

#### **6.4 Sikap Responden terhadap HIV/AIDS**

Sikap diukur dari 5 pertanyaan mencakup sikap responden terhadap odha yang berasal dari keluarga responden dan sikap responden terhadap odha yang berasal dari selain keluarga (orang lain). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir sepertiga responden mempunyai sikap yang masih kurang terutama terkait stigma terhadap odha.

Berdasarkan hasil uji statistik, bahwa tidak terdapat hubungan antara sikap terhadap HIV/AIDS dengan perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS. Hal ini kemungkinan karena sikap seseorang tidak dibawa sejak lahir melainkan dari pembelajaran sehari-hari. Sikap muncul dan diawali dari pengalaman yang didapatkan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2007), sikap merupakan determinan

dari perilaku namun sikap juga dipengaruhi oleh faktor eksternal yang mendukung perilaku tersebut.

Dari hasil analisis bivariat ternyata dari 110 responden, sebagian responden mempunyai sikap yang kurang terhadap odha yang berasal dari keluarga yaitu sebesar 41% dan sisanya sebesar 59% responden mempunyai sikap baik terhadap odha yang berasal dari keluarga, sedangkan responden yang mempunyai sikap kurang terhadap odha yang berasal dari selain keluarga (orang lain) yaitu sebesar 45,5% dan sisanya sebesar 54,5% responden mempunyai sikap baik terhadap odha yang berasal dari bukan keluarga (orang lain). Walaupun sikap tidak signifikan, namun jika dilihat dari item pertanyaan ternyata sebagian besar stigma dilakukan pada odha yang berasal dari selain keluarga (orang lain). Ini menunjukkan masih perlu adanya pemberian informasi bukan hanya pada pengetahuan tetapi juga pada perubahan sikap terhadap stigma itu.

#### **6.5 Keterpaparan Responden terhadap Sumber Informasi**

Perilaku pencegahan HIV/AIDS sangat tergantung dengan keterpaparan responden terhadap sumber informasi. Responden yang banyak terpapar sumber informasi 50% diantaranya terpapar sebanyak lebih dari 11 media. Ternyata dari yang terpapar sumber informasi kebanyakan dari tempat kerja.

Pada hasil uji statistik, menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara keterpaparan sumber informasi dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS. Ini menunjukkan bahwa responden yang banyak terpapar sumber informasi cenderung memiliki perilaku pencegahan HIV/AIDS baik. Hal ini membuktikan bahwa keterpaparan sumber informasi sangat berperan dalam perubahan perilaku pencegahan HIV/AIDS. Seperti yang dinyatakan Notoatmodjo (2007) bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu, dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya.

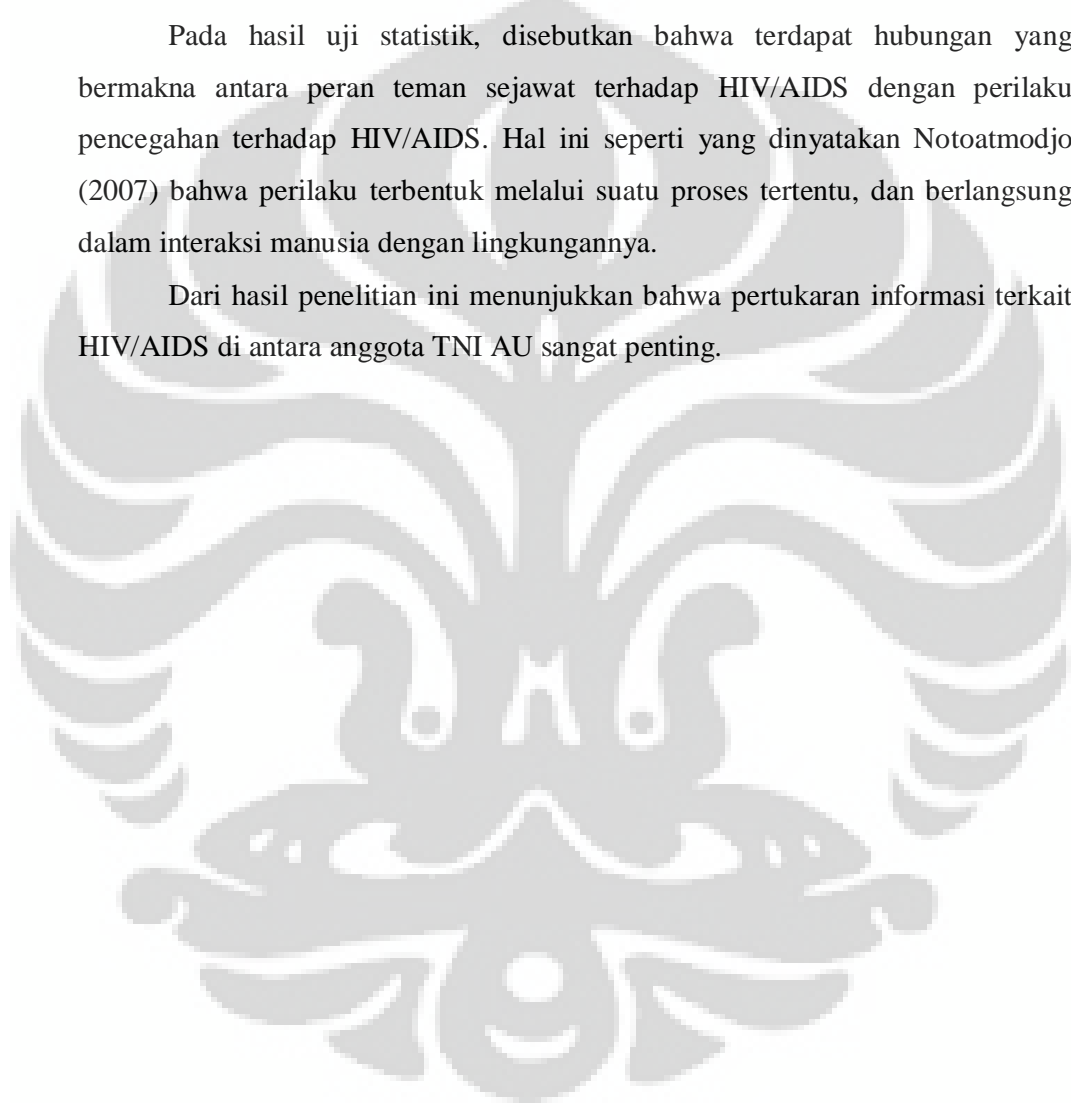
Dari hasil penelitian ini, upaya pemberian informasi perlu ditingkatkan bukan hanya pengadaan tes HIV dalam 2 kali setahun melainkan dalam upaya peningkatan pengetahuan responden mengenai HIV/AIDS sehingga responden dapat lebih mengantisipasi dirinya terhadap perilaku berisiko.

## 6.6 Peran Teman Sejawat

Teman sejawat mempunyai peran penting dalam perilaku pencegahan HIV/AIDS. Sebagian besar teman sejawat pada kelompok ini berperan negatif terhadap diri responden, teman sejawat pernah mengajak responden merokok dan mengkonsumsi alkohol, selain itu teman sejawat tidak pernah mendiskusikan hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS dengan responden.

Pada hasil uji statistik, disebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara peran teman sejawat terhadap HIV/AIDS dengan perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS. Hal ini seperti yang dinyatakan Notoatmodjo (2007) bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu, dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pertukaran informasi terkait HIV/AIDS di antara anggota TNI AU sangat penting.



## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat kesimpulan sebagai berikut :

1. Perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 belum baik.
2. Perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 menurut faktor predisposisi, hanya variabel pengetahuan mengenai HIV/AIDS yang mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS, sedangkan karakteristik responden (umur, pendidikan, pangkat, lama bekerja, status perkawinan, dan riwayat dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir) dan sikap terhadap HIV/AIDS tidak mempunyai hubungan yang bermakna.
3. Perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 tidak mempunyai hubungan yang bermakna menurut faktor pemungkin (keterpaparan sumber informasi).
4. Perilaku pencegahan HIV/AIDS pada TNI AU di Batalyon 467 Wing 1 Paskhasau tahun 2011 tidak mempunyai hubungan yang bermakna menurut faktor penguat (peran teman sejawat)

#### **7.2 Saran**

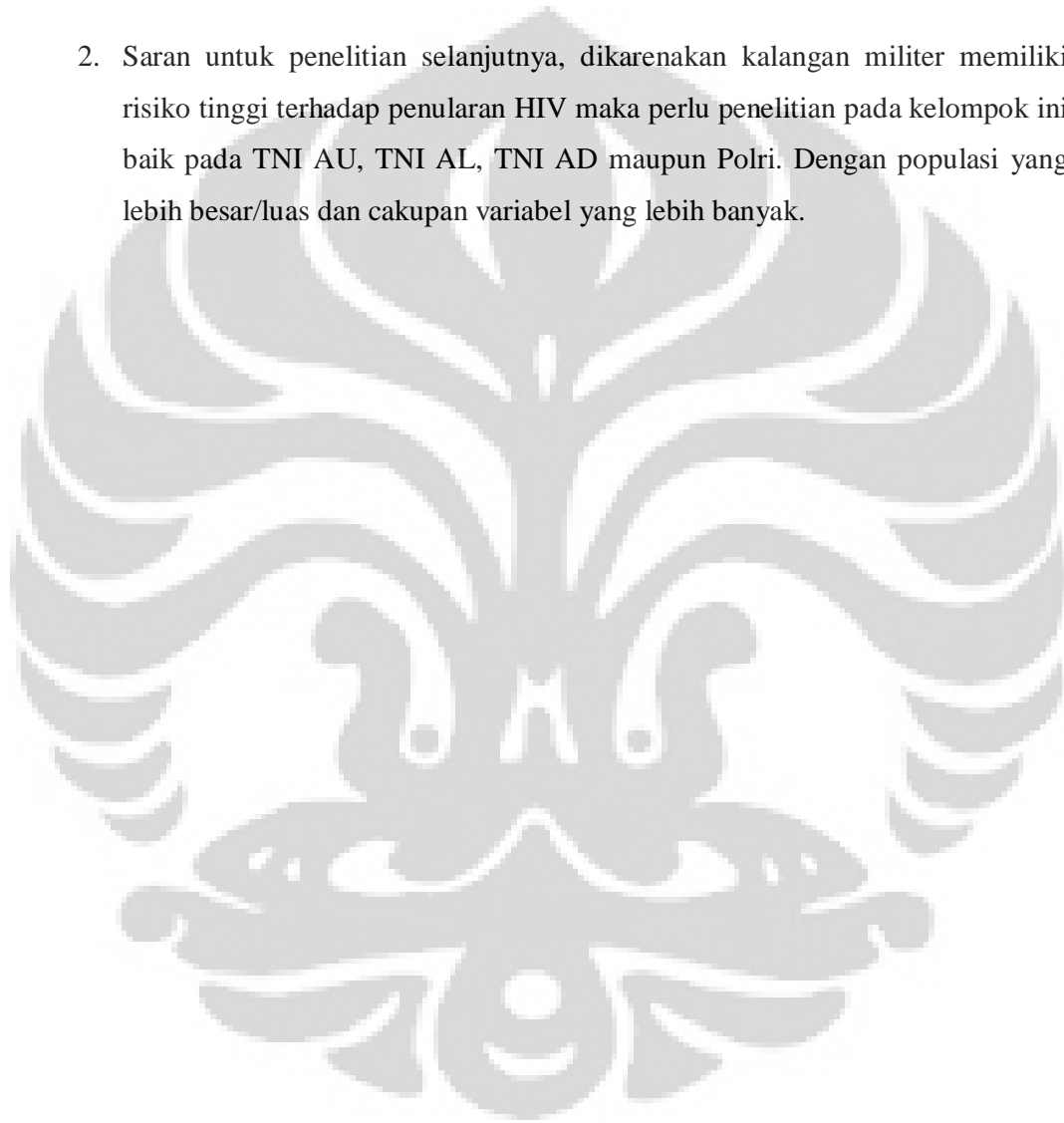
Berdasarkan hasil yang diperoleh, maka penulis ingin memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Mengingat pengetahuan, keterpaparan sumber informasi, dan peran teman sejawat menjadi faktor penting pada pencegahan HIV/AIDS maka pemberian informasi perlu ditingkatkan tanpa memandang umur, pendidikan, pangkat, lama bekerja, status perkawinan, dan riwayat dinas luar daerah dalam 3 tahun terakhir di kalangan TNI AU khususnya di batalyon 467 Wing 1 Paskhasau baik dalam bentuk kegiatan rutin ataupun acara tahunan misalnya pada perayaan HUT TNI AU. Pemberian informasi yang perlu ditingkatkan



difokuskan pada pengetahuan terutama pada aspek tanda dan gejala HIV/AIDS serta perubahan sikap pada penderita HIV/AIDS terutama odha selain keluarga (orang lain). Untuk mengetahui keefektifan perubahan perilaku di kalangan TNI AU khususnya di batalyon 467 Wing 1 Paskhasau maka perlu adanya evaluasi pelatihan untuk perbaikan pelatihan mendatang.

2. Saran untuk penelitian selanjutnya, dikarenakan kalangan militer memiliki risiko tinggi terhadap penularan HIV maka perlu penelitian pada kelompok ini baik pada TNI AU, TNI AL, TNI AD maupun Polri. Dengan populasi yang lebih besar/luas dan cakupan variabel yang lebih banyak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adamchak, S., & Bond, K., et al. (2000). *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington, DC : Focus on Young Adults.
- Afifah, N. F. (2011). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS di kalangan remaja SMA dan sederajat di kota cilacap tahun 2011*. Tesis Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International. 2007. *Survei demografi kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA : BPS dan Macro International.
- Chin, J. (2009). *Manual pemberantasan penyakit menular (I Nyoman Kandun)* (Ed. 17). Jakarta : Infomedika.
- Depkes RI. (1997). *AIDS dan penanggulangannya*. (Ed. 3). Jakarta :PUSDIKNAKES & The Ford Foundation.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1897-2006*. Jakarta : Pusat Data & Informasi Depkes RI.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI (2011). *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia*. 30 November 2011. [www.spiritia.or.id](http://www.spiritia.or.id)
- Djoerban, Z., & Djauzi, S. (2006). Buku ajar ilmu penyakit dalam. Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., dkk. *HIV/AIDS di Indonesia* (h1m. 825-1830) (Ed. 4, jilid 3). Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Essien, E., & Mgbere, O., et al. (2010). *Correlates of hiv knowledge and sexual risk behaviors among female military personnel*. 6 Januari 2012. <http://www.biomedcentral.com>
- Green C.W. (2009). *HIV & TB*. Jakarta : Yayasan Spiritia
- Green, L.W., & Krekreuter, N,W., et al. (1980). *Perencanaan pendidikan kesehatan. Sebuah pendekatan diagnostik* (Zulazmi Mamdi, Zarfiel Tafal, & Sudarti Kresno). Jakarta : Proyek Pengembangan FKM Depdikbud RI.
- Komisi Penanggulangan AIDS. *Strategi nasional penanggulangan hiv dan aids 2007-2010*. 16 Januari 2012. <http://www.undp.or.id>
- Lantamal X Jayapura. (2011). *Sosialisasi penyebaran hasil survey terpadu HIV/AIDS) dan perilaku*. 20 desember 2011. [www.lantamalx.mil.id](http://www.lantamalx.mil.id)
- Lembaga Demografi FEUI. (2007). *Dasar-dasar demografi*. Jakarta : Lembaga Demografi FEUI

- Lemeshow, Stanley, dkk. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan* (Diby Pranomo). Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Nasution, R. (2003). *Tehnik sampling*. 16 Januari 2012. FKM Universitas Sumatera Utara. <http://library.usu.ac.id>
- Nishiyama, M. (2008). *Sexual risk behavior on hiv infection among military conscripts, nakhon panom province, thailand*. 6 Januari 2012. <http://www.li.mahidol.ac.th>
- Notoatmodjo, S. (1997). *Ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat Prinsip-prinsip dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pusat Bahasa Depdiknas RI (2008). *Kamus besar bahasa indonesia*. 16 Januari 2012. <http://bahasa.kemdiknas.go.id>
- Reid, E. (1995). *HIV & AIDS Interkoneksi global* (Elly Wiriawan). Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.
- Saputra, G. (2008). *Gambaran pengetahuan sikap dan perilaku berisiko HIV/AIDS pada siswa kelas 3 SMA PGRI 1 kota Bogor pada tahun 2008*. Skripsi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- TNI AU. (2010). *Wing 1 paskhas para komando*. 16 Januari 2012. <http://tni-au.mil.id>
- UNAIDS. (Mei, 1998). *AIDS and the military*. 26 Oktober 2011. <http://www.data.unaids.org>
- \_\_\_\_\_. (2009). *AIDS epidemic update 2009*. 9 November 2011. <http://www.unaids.org>
- Utomo, B., & Dharmaputra, N.G., et al. (1998). *Baseline STD/HIV risk behavioral surveillance survey 1996 : results from the cities of north jakarta, surabaya, and manado*. Jakarta : Funded by USAID.
- Wikipedia. *Tanda kepangkatan tentara nasional indonesia*. 16 Januari 2012. <http://id.wikipedia.org>
- Wiyanti, E. (2001). *Pengetahuan dan sikap terhadap HIV/AIDS pada remaja di silang monas jakarta tahun 2001*. Skripsi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.



**LEMBAR KUESIONER PENELITIAN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS**  
**INDONESIA(FKM UI)**

---

Assalamualaikum, Wr. Wb/Salam Sejahtera.

Kami dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), pada kesempatan ini sedang melakukan penelitian mengenai “Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pencegahan terhadap HIV/AIDS pada TNI-AU tahun 2011”. Untuk itu kami mohon partisipasi anda untuk dapat mengisi kuesioner ini. Mohon untuk menjawab dengan lengkap dan jujur. Identitas anda tidak akan kami catat dan jawaban anda **TERJAMIN KERAHASIAANNYA**. Kelengkapan dan kejujuran sangat bermanfaat untuk masukan Program Bidang HIV/AIDS. Atas kerjasama dan partisipasinya kami ucapkan terima kasih.

**ISILAH JAWABAN ANDA PADA LEMBARAN YANG TELAH TERSEDIA**

**I. IDENTITAS RESPONDEN**

- No. Responden : .....(diisi oleh peneliti)
1. Umur : .....tahun
2. Pendidikan : 1. SMU/SMK/Sederajat 2. Perguruan tinggi
3. Pangkat : 1. Perwira 2. Bintara 3. Tamtama
4. Lama Bekerja : .....tahun
5. Status Perkawinan : 1. Kawin 2. Tidak Kawin/belum menikah  
3. Bercerai/berpisah
6. Apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas di luar daerah?  
Ya   
Tidak   
Jika ya, berapa lama? .....tahun

**II. PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS**

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda silang (√) pada kotak yang telah tersedia sesuai dengan jawaban anda.

7. Apakah pernah mendengar suatu penyakit yang disebut AIDS?

1. Ya	
2. Tidak	

8. Sebutkan semua cara yang anda percaya seseorang bisa tertular HIV/AIDS

	1. Ya	2. Tidak
a. Senggama/ hubungan seksual		
b. Berbagi jarum suntik/peralatan medis yang tidak steril		
c. Transfusi darah		
d. Ibu dan anak ketika hamil		
e. Ibu ke anak saat melahirkan		
f. Gigitan nyamuk atau serangga lainnya		
g. Melalui ASI		
h. Kontak dengan orang yang terinfeksi (misalnya berbagi makanan, alat cukur, cangkir atau gelas, jabat tangan, batuk atau bersin)		
i. Lain-lain (sebutkan).....		
j. Tidak tahu		

9. Menurut anda bahwa seseorang yang terinfeksi virus HIV selalu menunjukkan gejala atau bisa seperti seseorang yang terlihat sangat sehat?

1. Ya	
2. Tidak	
3. Tidak tahu	

10. Seseorang dapat melindungi dirinya sendiri dari HIV/AIDS dengan :

	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak Tahu
a. Menghindari bersentuhan dengan orang dengan AIDS			
b. Menghindari berbagi makanan dengan orang dengan AIDS			
c. Menghindari gigitan nyamuk atau serangga lainnya			
d. Menghindari toilet umum			
e. Tidak melakukan hubungan seks/pantang			
f. Setia pada pasangan			
g. Mendorong pasangan untuk tetap setia			
h. Menghindari terkontaminasi darah			
i. Penggunaan kondom setiap melakukan hubungan seksual			
j. Menghindari penggunaan jarum suntik bergantian			
k. Menghindari berhubungan dengan Pekerja Seks Komersil (PSK)			
l. Menghindari sunat di tempat-tempat yang tidak sah			

11. Berapa lama biasanya seseorang untuk sakit AIDS setelah terinfeksi HIV (virus yang menyebabkan AIDS)

a. Beberapa minggu	
b. Beberapa bulan	
c. 1 atau 2 tahun	
d. Beberapa tahun	
e. Lain-lain (sebutkan).....	

f. Tidak tahu/tidak ingat	
---------------------------	--

12. Menurut anda apakah hal di bawah ini termasuk gejala orang yang menderita AIDS?

	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak Tahu
a. Sariawan yang lain dari biasanya (berjamur)			
b. Kurus/berat badan turun drastis tanpa sebab yang jelas			
c. Diare terus menerus			
d. Batuk berkepanjangan			
e. Pembengkakan pada kelenjar getah bening seluruh badan			
f. Perut membesar			

### III. SIKAP TERHADAP HIV/AIDS

Petunjuk pengisian :

Pilihlah jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan diri anda, dengan cara memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia

SS = Sangat Setuju      S = Setuju      KS = Kurang Setuju      TS = Tidak Setuju

No.	Pernyataan Sikap	SS	S	KS	TS
13.	Menurut anda jika salah satu anggota keluarga tertular virus HIV/ AIDS anda akan merahasiakannya				
14.	Menurut anda jika salah satu anggota keluarga menderita HIV/AIDS anda bersedia merawatnya di rumah				
15.	Menurut anda, anda akan membeli sayuran segar dari petani atau penjual yang diketahui terinfeksi HIV/AIDS				



16.	Menurut anda jika seorang teman diketahui tertular virus HIV/AIDS tapi tidak terlihat sakit, sebaiknya diperbolehkan tetap bekerja di sekitar lingkungan anda				
17.	Apakah anda tidak akan berteman dengan penderita HIV/AIDS walaupun itu teman dekat				

#### IV. KETERPAPARAN SUMBER INFORMASI

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda silang (√) pada kotak yang telah tersedia sesuai dengan jawaban anda.

18. Apakah anda pernah mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS, dalam tiga bulan terakhir melalui :

	1. Ya	2. Tidak
a. Radio		
b. Televisi		
c. Internet		
d. Surat Kabar/Majalah		
e. Selebaran/Poster		
f. Buku		
g. Leaflet (lembar lipat)		
h. Billboard/papan iklan		
i. Petugas Kesehatan		
j. Perkumpulan Keagamaan		
k. Guru/pembina		
l. Pertemuan Masyarakat		
m. Teman/Keluarga		
n. LSM		
o. Tempat Kerja		
p. Lainnya, sebutkan .....		

## V. PERAN TEMAN SEJAWAT

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda silang (√) pada kotak yang telah tersedia sesuai dengan jawaban anda.

	Ya	Tidak
19. Apakah rekan anda pernah mengajak/mempengaruhi anda untuk merokok?		
20. Apakah rekan anda pernah mengajak/mempengaruhi anda untuk minum minuman beralkohol?		
21. Apakah rekan anda pernah mengajak/mempengaruhi anda untuk menggunakan obat-obatan terlarang?		
22. Apakah rekan anda pernah mengajak/mempengaruhi anda untuk melakukan hubungan seksual sebelum menikah atau di luar pernikahan?		
23. Apakah rekan anda pernah mengajak/mempengaruhi anda untuk melakukan hubungan seksual dengan Pekerja Seks Komersil (PSK)?		
24. Apakah rekan anda pernah berdiskusi masalah HIV/AIDS?		

## VI. PERILAKU PENCEGAHAN TERHADAP HIV/AIDS

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda silang (√) pada kotak yang telah tersedia sesuai dengan jawaban anda.

25. Selama bertugas, apakah **Anda** memiliki perilaku sebagai berikut :

	1. Ya	2. Tidak
a. Tidak berhubungan seks dengan lebih dari 1 pasangan		
b. Tidak berhubungan seks dengan Pekerja Seks Komersil (PSK)		
c. Mengurangi kontak seksual dengan PSK		
d. Tidak menggunakan jarum suntik bersama atau digunakan lagi		
e. Memastikan bahwa jarum diganti atau disterilkan sebelum		

digunakan		
f. Memastikan bahwa petugas kesehatan termasuk dokter gigi mensterilkan peralatan mereka		
g. Tidak mengkonsumsi alkohol		

26. Selama bertugas, apakah anda memiliki **Teman Sejawat** yang memiliki perilaku sebagai berikut :

	1. Ya	2. Tidak	3. Tidak tahu
a. Tidak berhubungan seks dengan lebih dari 1 pasangan			
b. Tidak berhubungan seks dengan Pekerja Seks Komersil (PSK)			
c. Mengurangi kontak seksual dengan PSK			
d. Selalu menggunakan kondom setiap kali melakukan hubungan seksual			
e. Selalu menggunakan kondom setiap kali melakukan hubungan seksual dengan PSK			
f. Tidak menggunakan jarum suntik bersama atau digunakan lagi			
g. Memastikan bahwa jarum diganti atau disterilkan sebelum digunakan			
h. Memastikan bahwa petugas kesehatan termasuk dokter gigi mensterilkan peralatan mereka			
i. Tidak mengkonsumsi alkohol			

27. Selama menjadi anggota TNI AU, apakah Anda pernah mendapat informasi terkait dengan HIV/AIDS? (lingkari jawaban)

1. Ya

2. Tidak

Jika ya, dimana? .....

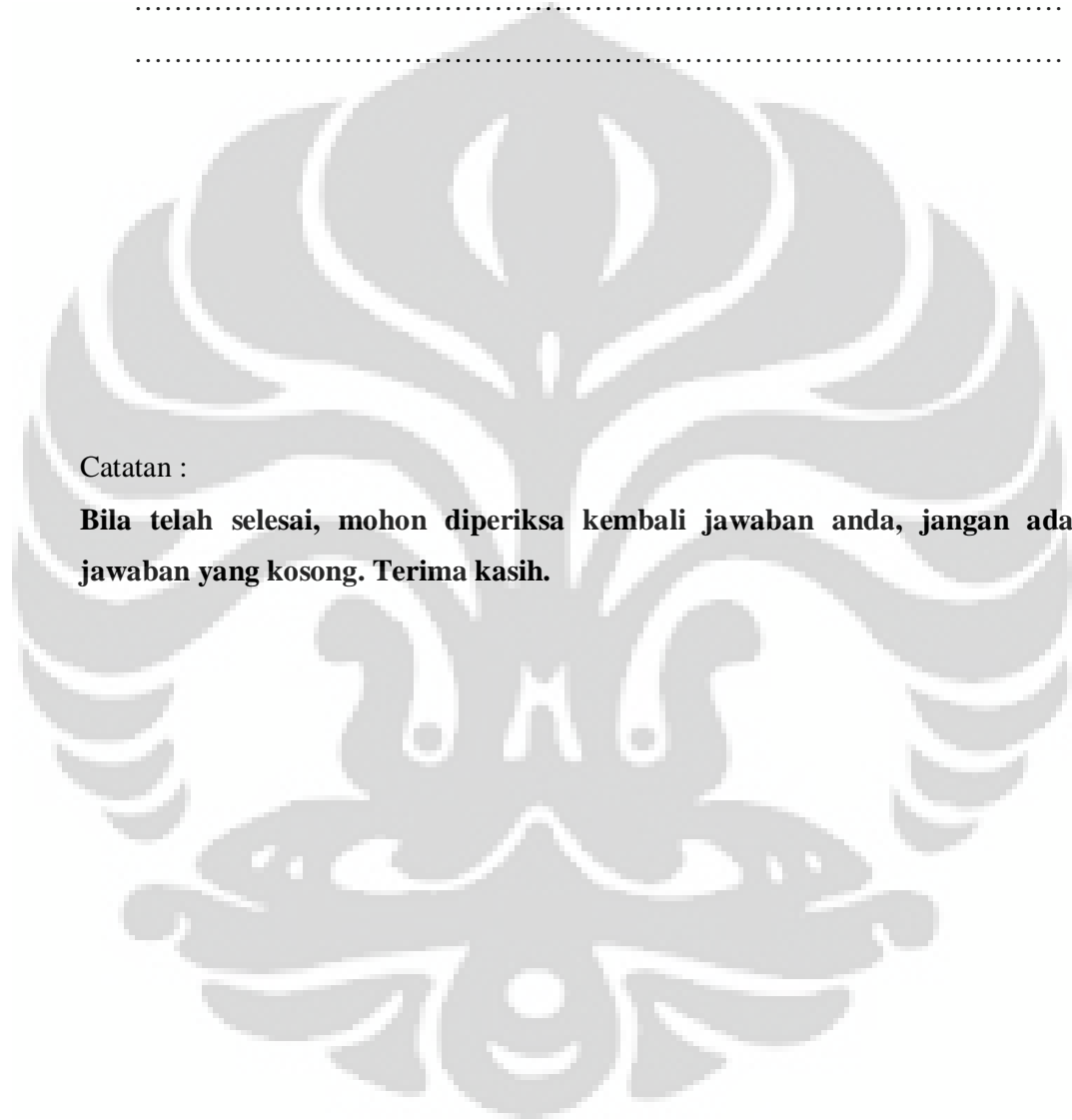
28. Menurut anda, apakah sebagai anggota TNI/AU apakah perlu mendapat informasi terkait HIV/AIDS? .....

Mengapa? .....

.....  
.....  
.....

Catatan :

**Bila telah selesai, mohon diperiksa kembali jawaban anda, jangan ada jawaban yang kosong. Terima kasih.**



KORPS PASUKAN KHAS TNI ANGKATAN UDARA  
WING I

Jakarta, 23 Desember 2011

Nomor : B/ ~~17~~ /XII/2011  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Pemberitahuan

Kepada

Yth. Dekan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

di

Jakarta

1. Dasar.
  - a. Program Kerja Mawing I Paskhas bidang kesehatan Tahun Anggaran 2011.
  - b. Surat Dekan FKM UI Nomor 9818/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal 06 Desember 2011 tentang Ijin penelitian dan menggunakan data.
2. Sesuai dasar tersebut di atas, dengan hormat kami laporkan bahwa kegiatan tersebut telah di laksanakan pada tanggal 12 Desember 2011 pukul 07.30 s/d 11.00 WIB di Wing I Paskhas.
3. Demikian mohon di maklumi dan proses selanjutnya.

Air Komandan Wing I Paskhas  
Komandan Satuan Kesehatan  
  
Seno Hadi, SKM.  
Mayor Kes NRP 522777

Tembusan:

1. Pembina Skripsi
2. Arsip

## Frequency Table

### apakah pernah mendengar penyakit yang disebut AIDS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	110	100.0	100.0	100.0

### cara tertular HIV-AIDS : Senggama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	110	100.0	100.0	100.0

### cara tertular HIV-AIDS : Berbagi jarum suntik/peralatan medis yang tidak steril

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	110	100.0	100.0	100.0

### cara tertular HIV-AIDS : Transfusi darah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	1	.9	.9	.9
Ya	109	99.1	99.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### cara tertular HIV-AIDS : Ibu dan Anak ketika hamil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	12	10.9	10.9	10.9
ya	98	89.1	89.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**cara tertular HIV-AIDS : Ibu ke anak saat melahirkan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	23	20.9	20.9	20.9
ya	87	79.1	79.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**cara tertular HIV-AIDS : Gigitan nyamuk atau serangga lainnya**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	50	45.5	45.5	45.5
tidak	60	54.5	54.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**cara tertular HIV-AIDS : Melalui ASI**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	19	17.3	17.3	17.3
ya	91	82.7	82.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**cara tertular HIV-AIDS : kontak dengan orang yang terinfeksi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	63	57.3	57.3	57.3
Tidak	47	42.7	42.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**orang yang terinfeksi selalu menunjukkan gejala**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	96	87.3	87.3	87.3
Tidak	14	12.7	12.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Menghindari bersentuhan dengan orang AIDS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	47	42.7	42.7	42.7
tidak	63	57.3	57.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**menghindari berbagi makanan dengan orang AIDS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	50	45.5	45.5	45.5
tidak	60	54.5	54.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**menghindari gigitan nyamuk/serangga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	47	42.7	42.7	42.7
tidak	63	57.3	57.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	



**menghindari toilet umum**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	20	18.2	18.2	18.2
tidak	90	81.8	81.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Tidak melakukan hubungan seks/pantang**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	67	60.9	60.9	60.9
tidak	43	39.1	39.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Setia pada pasangan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	6	5.5	5.5	5.5
ya	104	94.5	94.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Mendorong pasangan untuk tetap setia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	5	4.5	4.5	4.5
ya	105	95.5	95.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Menghindari terkontaminasi darah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	12	10.9	10.9	10.9
ya	98	89.1	89.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Penggunaan kondom setiap melakukan hubungan seks**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	20	18.2	18.2	18.2
ya	90	81.8	81.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**menghindari jarum suntik bergantian**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	6	5.5	5.5	5.5
ya	104	94.5	94.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**menghindari berhubungan dengan PSK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	4	3.6	3.6	3.6
ya	106	96.4	96.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**menghindari sunat di tempat yang tidak sah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	28	25.5	25.5	25.5
ya	82	74.5	74.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**berapa lama jadi AIDS setelah terinfeksi HIV**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid minggu/bulan/tidak tahu	59	53.6	53.6	53.6
beberapa tahun	51	46.4	46.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Gejala AIDS: Sariawan yang lan dan biasanya berjamur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	45	40.9	40.9	40.9
ya	65	59.1	59.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Gejala AIDS: Kurus/berat badan turun drastis**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	14	12.7	12.7	12.7
ya	96	87.3	87.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Gejala AIDS: Diare terus menerus**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	36	32.7	32.7	32.7
ya	74	67.3	67.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Gejala AIDS: Batuk berkepanjangan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	35.5	35.5	35.5
ya	71	64.5	64.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Gejala AIDS: Pembengkakan kelenjar getah bening**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	43	39.1	39.1	39.1
ya	67	60.9	60.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Gejala AIDS: Perut membesar**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	69	62.7	62.7	62.7
tidak	41	37.3	37.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

## Frequency Table

### merahasiakan keluarga tertular HIV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sangat setuju	6	5.5	5.5	5.5
setuju	16	14.5	14.5	20.0
kurang setuju	29	26.4	26.4	46.4
tidak setuju	59	53.6	53.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### merawat pasien HIV di rumah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak setuju	25	22.7	22.7	22.7
kurang setuju	19	17.3	17.3	40.0
setuju	44	40.0	40.0	80.0
sangat setuju	22	20.0	20.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### membeli sayuran pada petani yang terinfeksi HIV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak setuju	29	26.4	26.4	26.4
kurang setuju	27	24.5	24.5	50.9
setuju	45	40.9	40.9	91.8
sangat setuju	9	8.2	8.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**HIV tetap boleh bekerja**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak setuju	22	20.0	20.0	20.0
	kurang setuju	19	17.3	17.3	37.3
	setuju	53	48.2	48.2	85.5
	sangat setuju	16	14.5	14.5	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

**tidak berteman dengan penderita HIV**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat setuju	1	.9	.9	.9
	setuju	5	4.5	4.5	5.5
	kurang setuju	30	27.3	27.3	32.7
	tidak setuju	74	67.3	67.3	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

**Frequency Table****Radio**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	53	48.2	48.2	48.2
ya	57	51.8	51.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Televisi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	13	11.8	11.8	11.8
ya	97	88.2	88.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Internet**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	25	22.7	22.7	22.7
ya	85	77.3	77.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**surat kabar/majalah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	19	17.3	17.3	17.3
ya	91	82.7	82.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**selebaran/poster**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	34	30.9	30.9	30.9
ya	76	69.1	69.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Buku**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	34.5	34.5	34.5
ya	72	65.5	65.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Leaflet**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	58	52.7	52.7	52.7
ya	52	47.3	47.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Billboard**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	25	22.7	22.7	22.7
ya	85	77.3	77.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	



**Petugas kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	17	15.5	15.5	15.5
ya	93	84.5	84.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Perkumpulan keagamaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	54	49.1	49.1	49.1
ya	56	50.9	50.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Guru/pembina**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	46	41.8	41.8	41.8
ya	64	58.2	58.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Pertemuan masyarakat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	52	47.3	47.3	47.3
ya	58	52.7	52.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Teman/keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	35	31.8	31.8	31.8
ya	75	68.2	68.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**LSM**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	60	54.5	54.5	54.5
ya	50	45.5	45.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**Tempat kerja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	11	10.0	10.0	10.0
ya	99	90.0	90.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

## Frequency Table

### rekan mempengaruhi merokok

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	55	50.0	50.0	50.0
ya	55	50.0	50.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### rekan mempengaruhi alkohol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	66	60.0	60.0	60.0
ya	44	40.0	40.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### rekan mempengaruhi obat terlarang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	99	90.0	90.0	90.0
ya	11	10.0	10.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### rekan mempengaruhi hub. seks di luar nikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	86	78.2	78.2	78.2
ya	24	21.8	21.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan mempengaruhi hub seks dengan PSK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	92	83.6	83.6	83.6
ya	18	16.4	16.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan pernah diskusi masalah HIV/aids**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	68	61.8	61.8	61.8
tidak	42	38.2	38.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

## Frequency Table

### tidak dengan PSK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	14	12.7	12.7	12.7
ya	96	87.3	87.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### 1 pasangan saja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	13	11.8	11.8	11.8
ya	97	88.2	88.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### kurangi kontak seksual dengan PSK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	9	8.2	8.2	8.2
ya	101	91.8	91.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

### tidak menggunakan jarum suntik bersama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	18	16.4	16.4	16.4
ya	92	83.6	83.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**memastikan membawa jarum steril**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	9	8.2	8.2	8.2
ya	101	91.8	91.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**memastikan petugas kesehatan mensterilkan alat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	8	7.3	7.3	7.3
ya	102	92.7	92.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**tidak mengonsumsi alkohol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	95	86.4	86.4	86.4
tidak	15	13.6	13.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: 1 pasangan saja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	79	71.8	71.8	71.8
tidak	31	28.2	28.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: menggunakan kondom**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	52	47.3	47.3	47.3
tidak	58	52.7	52.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: tidak dengan PSK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	80	72.7	72.7	72.7
tidak	30	27.3	27.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: kurangi kontak seksual dengan PSK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	80	72.7	72.7	72.7
tidak	30	27.3	27.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: menggunakan kondom dengan PSK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	56	50.9	50.9	50.9
tidak	54	49.1	49.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: tidak menggunakan jarum suntik bersama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	76	69.1	69.1	69.1
tidak	34	30.9	30.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: memastikan membawa jarum steril**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	74	67.3	67.3	67.3
tidak	36	32.7	32.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: memastikan petugas kesehatan mensterilkan alat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	80	72.7	72.7	72.7
tidak	30	27.3	27.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**rekan: tidak mengonsumsi alkohol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	76	69.1	69.1	69.1
tidak	34	30.9	30.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	



## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur	110	100.0%	0	.0%	110	100.0%

## Descriptives

		Statistic	Std. Error
Umur	Mean	30.1273	.68817
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	28.7633	
	Upper Bound	31.4912	
	5% Trimmed Mean	29.6919	
	Median	28.0000	
	Variance	52.094	
	Std. Deviation	7.21760	
	Minimum	21.00	
	Maximum	52.00	
	Range	31.00	
	Interquartile Range	11.00	
	Skewness	.853	.230
	Kurtosis	.110	.457

## Frequency Table

responden\_umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 28	52	47.3	47.3	47.3
	>=28	58	52.7	52.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
responden_umur * PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS	110	100.0%	0	.0%	110	100.0%

responden\_umur \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS		
			kurang	baik	Total
responden_umur	< 28	Count	31	21	52
		% within responden_umur	59.6%	40.4%	100.0%
	>=28	Count	28	30	58
		% within responden_umur	48.3%	51.7%	100.0%
	Total	Count	59	51	110
		% within responden_umur	53.6%	46.4%	100.0%

Chi-Square Tests

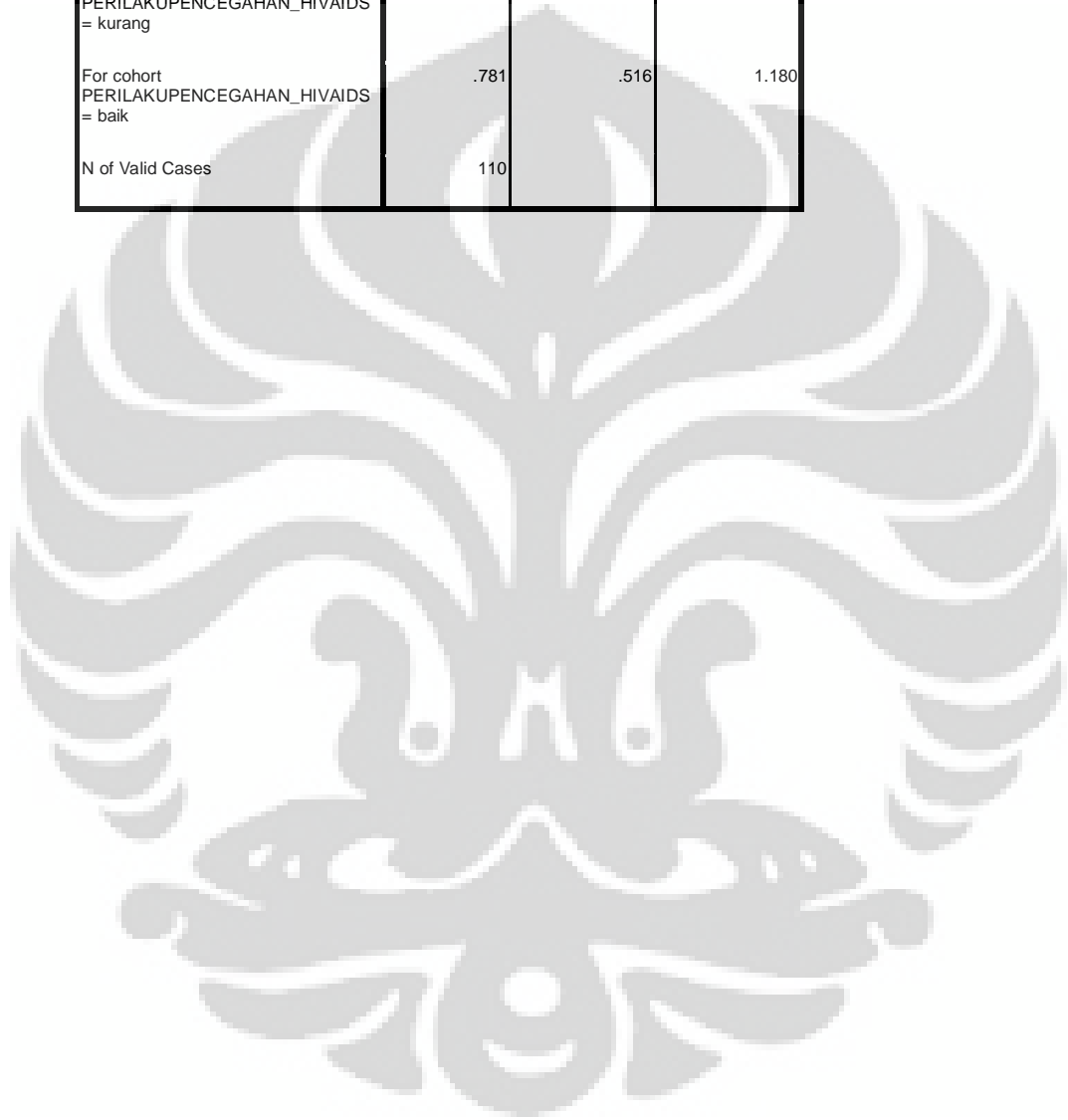
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.418 <sup>a</sup>	1	.234		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.998	1	.318		
Likelihood Ratio	1.422	1	.233		
Fisher's Exact Test				.256	.159
Linear-by-Linear Association	1.405	1	.236		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,11.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for responden_umur (< 28 / >=28)	1.582	.742	3.370
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	1.235	.872	1.749
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	.781	.516	1.180
N of Valid Cases	110		



Pendidikan \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

		PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS		Total	
		kurang	baik		
Pendidikan	SMU/SMK sederajat	Count	57	51	108
		% within Pendidikan	52.8%	47.2%	100.0%
	Perguruan tinggi	Count	2	0	2
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	59	51	110
		% within Pendidikan	53.6%	46.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.761 <sup>a</sup>	1	.185		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.374	1	.541		
Likelihood Ratio	2.524	1	.112		
Fisher's Exact Test				.498	.285
Linear-by-Linear Association	1.745	1	.187		
N of Valid Cases	110				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	.528	.442	.631
N of Valid Cases	110		

pangkat\_resp \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS		
			kurang	baik	Total
pangkat_resp	perwira/bintara	Count	20	19	39
		% within pangkat_resp	51.3%	48.7%	100.0%
	tamtama	Count	39	32	71
		% within pangkat_resp	54.9%	45.1%	100.0%
Total		Count	59	51	110
		% within pangkat_resp	53.6%	46.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.135 <sup>a</sup>	1	.714		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.028	1	.867		
Likelihood Ratio	.135	1	.714		
Fisher's Exact Test				.842	.433
Linear-by-Linear Association	.133	1	.715		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pangkat_resp (perwira/bintara / tamtama)	.864	.395	1.889
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	.934	.644	1.354
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	1.081	.716	1.632
N of Valid Cases	110		

Status\_Kawin \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS	
			kurang	baik
Status_Kawin	kawin	Count	30	34
		% within Status_Kawin	46.9%	53.1%
	tidak kawin/belum menikah	Count	29	17
		% within Status_Kawin	63.0%	37.0%
Total		Count	59	51
		% within Status_Kawin	53.6%	46.4%

Status\_Kawin \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			Total
Status_Kawin	kawin	Count	64
		% within Status_Kawin	100.0%
	tidak kawin/belum menikah	Count	46
		% within Status_Kawin	100.0%
Total		Count	110
		% within Status_Kawin	100.0%

Chi-Square Tests

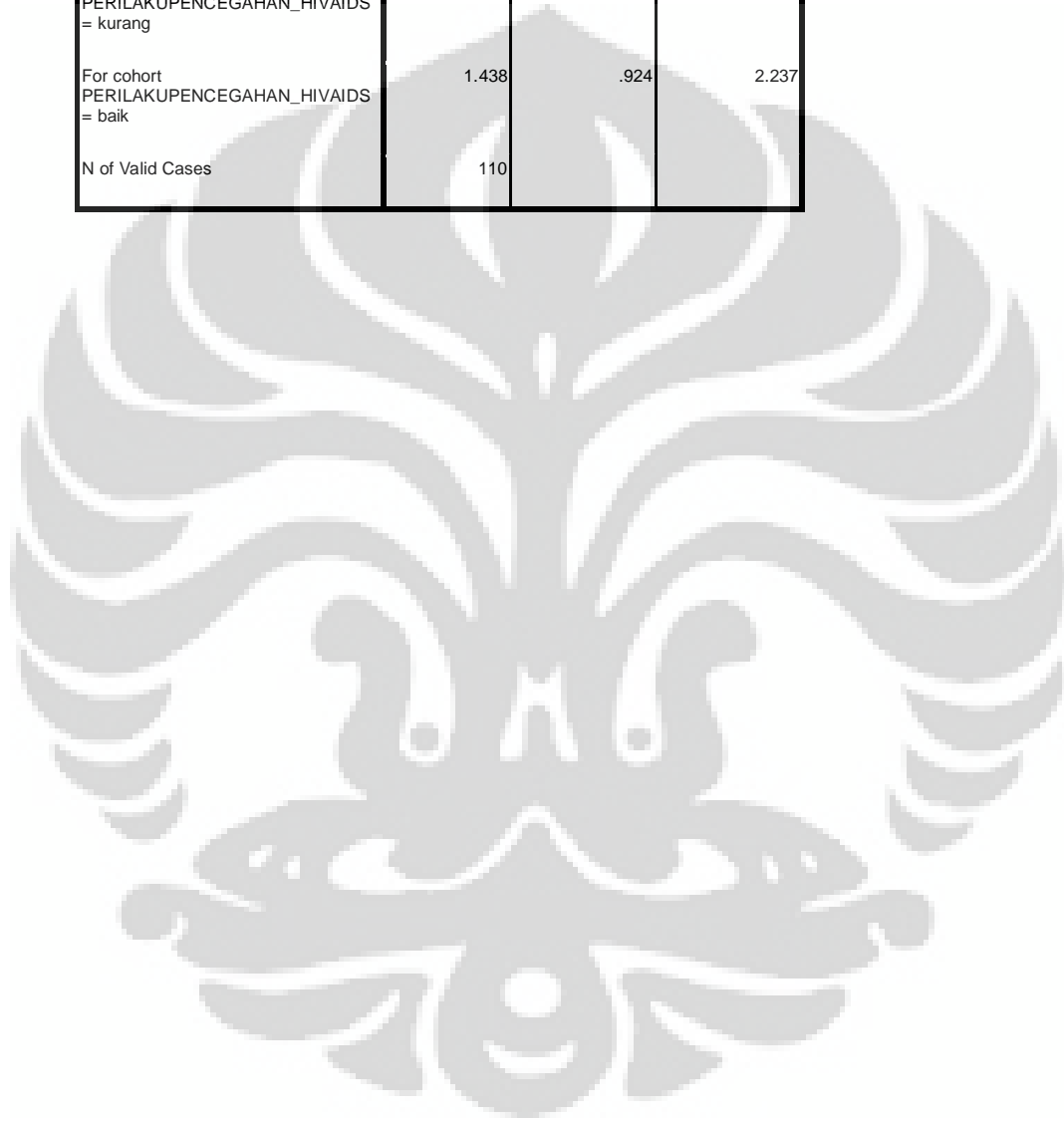
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.813 <sup>a</sup>	1	.093		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.201	1	.138		
Likelihood Ratio	2.835	1	.092		
Fisher's Exact Test				.121	.069
Linear-by-Linear Association	2.788	1	.095		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,33.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	95% Confidence Interval		
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for Status_Kawin (kawin / tidak kawin/belum menikah)	.517	.238	1.122
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	.744	.528	1.047
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	1.438	.924	2.237
N of Valid Cases	110		



Descriptives

		Statistic	Std. Error
Lama_Bekerja	Mean	9.3136	.65356
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.0183	
	Upper Bound	10.6090	
	5% Trimmed Mean	8.8081	
	Median	7.0000	
	Variance	46.986	
	Std. Deviation	6.85460	
	Minimum	1.00	
	Maximum	30.00	
	Range	29.00	
	Interquartile Range	10.00	
	Skewness	1.011	.230
	Kurtosis	.371	.457

responden\_lamabekerja \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS	
			kurang	baik
responden_lamabekerja	< 7 tahun	Count	30	22
		% within responden_lamabekerja	57.7%	42.3%
	>= 7 tahun	Count	29	29
		% within responden_lamabekerja	50.0%	50.0%
Total		Count	59	51
		% within responden_lamabekerja	53.6%	46.4%



responden\_lamabekerja \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			Total
responden_lamabekerja	< 7 tahun	Count	52
		% within responden_lamabekerja	100.0%
	>= 7 tahun	Count	58
		% within responden_lamabekerja	100.0%
Total		Count	110
		% within responden_lamabekerja	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.652 <sup>a</sup>	1	.419		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.380	1	.538		
Likelihood Ratio	.653	1	.419		
Fisher's Exact Test				.449	.269
Linear-by-Linear Association	.646	1	.421		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for responden_lamabekerja (< 7 tahun / >= 7 tahun)	1.364	.642	2.897
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	1.154	.816	1.632
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	.846	.562	1.273
N of Valid Cases	110		

**lama\_dinas\_bulan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 bulan	58	52.7	52.7	52.7
1-12 bulan	50	45.5	45.5	98.2
> 12 bulan	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak	58	52.7	52.7	52.7
ya	52	47.3	47.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

**apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ? \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation**

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS		
			kurang	baik	Total
apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ?	tidak	Count	31	27	58
		% within apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ?	53.4%	46.6%	100.0%
	ya	Count	28	24	52
		% within apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ?	53.8%	46.2%	100.0%
Total		Count	59	51	110
		% within apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ?	53.6%	46.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.002 <sup>a</sup>	1	.967		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.002	1	.967		
Fisher's Exact Test				1.000	.560
Linear-by-Linear Association	.002	1	.967		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for apakah dalam 3 tahun terakhir, pernah bertugas/dinas diluar daerah ? (tidak / ya)	.984	.465	2.085
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	.993	.701	1.406
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	1.009	.674	1.509
N of Valid Cases	110		

pengetahuan\_resp \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS		Total
			kurang	baik	
pengetahuan_resp	kurang	Count	36	17	53
		% within pengetahuan_resp	67.9%	32.1%	100.0%
	baik	Count	23	34	57
		% within pengetahuan_resp	40.4%	59.6%	100.0%
Total		Count	59	51	110
		% within pengetahuan_resp	53.6%	46.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.397 <sup>a</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.325	1	.007		
Likelihood Ratio	8.519	1	.004		
Fisher's Exact Test				.004	.003
Linear-by-Linear Association	8.320	1	.004		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan_resp (kurang / baik)	3.130	1.431	6.848
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	1.683	1.168	2.427
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	.538	.344	.840
N of Valid Cases	110		

Descriptives

		Statistic	Std. Error
SIKAPRESPONDEN	Mean	2.1727	.08553
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	2.0032	
	Upper Bound	2.3423	
	5% Trimmed Mean	2.1162	
	Median	2.0000	
	Variance	.805	
	Std. Deviation	.89708	
	Minimum	1.00	
	Maximum	5.00	
	Range	4.00	
	Interquartile Range	.00	
	Skewness	1.048	.230
	Kurtosis	1.155	.457

SIKAPRESPONDEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	20	18.2	18.2	18.2
baik	90	81.8	81.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SIKAPRESPONDEN \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS		
			kurang	baik	Total
SIKAPRESPONDEN	kurang	Count	11	9	20
		% within SIKAPRESPONDEN	55.0%	45.0%	100.0%
	baik	Count	48	42	90
		% within SIKAPRESPONDEN	53.3%	46.7%	100.0%
Total	Count		59	51	110
		% within SIKAPRESPONDEN	53.6%	46.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.018 <sup>a</sup>	1	.892		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.018	1	.892		
Fisher's Exact Test				1.000	.546
Linear-by-Linear Association	.018	1	.893		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAPRESPONDEN (buruk / baik)	1.069	.404	2.831
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	1.031	.663	1.603
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	.964	.566	1.642
N of Valid Cases	110		

keterpaparan\_informasi \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS	
			kurang	baik
keterpaparan_informasi	kurang terpapar	Count	36	18
		% within keterpaparan_informasi	66.7%	33.3%
	banyak terpapar	Count	23	33
		% within keterpaparan_informasi	41.1%	58.9%
Total		Count	59	51
		% within keterpaparan_informasi	53.6%	46.4%

keterpaparan\_informasi \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			Total
keterpaparan_informasi	kurang terpapar	Count	54
		% within keterpaparan_informasi	100.0%
	banyak terpapar	Count	56
		% within keterpaparan_informasi	100.0%
Total		Count	110
		% within keterpaparan_informasi	100.0%

Chi-Square Tests

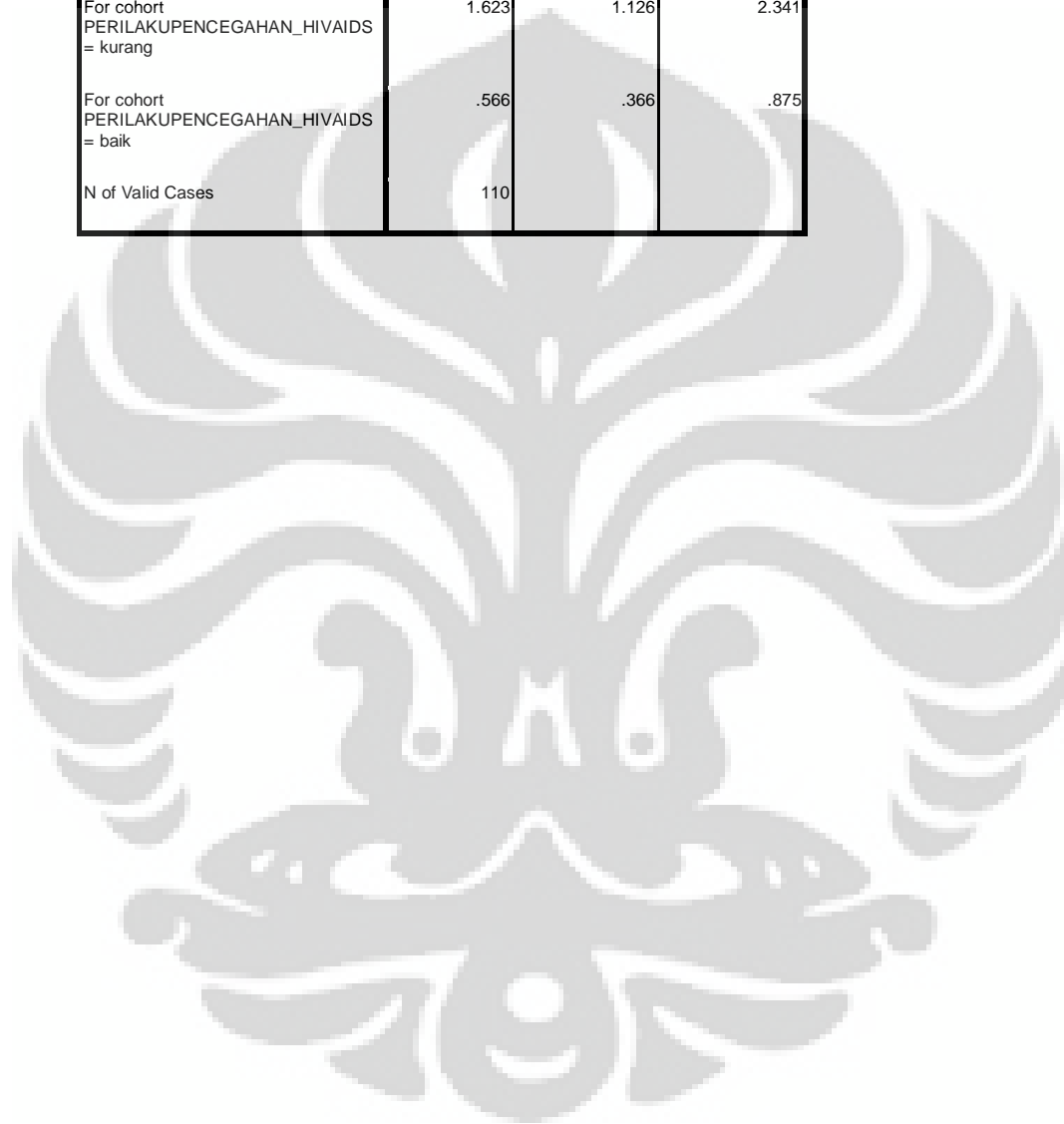
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.242 <sup>a</sup>	1	.007		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6.250	1	.012		
Likelihood Ratio	7.329	1	.007		
Fisher's Exact Test				.008	.006
Linear-by-Linear Association	7.176	1	.007		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,04.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	95% Confidence Interval		
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for keterpaparan_informasi (kurang terpapar / banyak terpapar)	2.870	1.320	6.240
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	1.623	1.126	2.341
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	.566	.366	.875
N of Valid Cases	110		





temansejawatperan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak berperan	50	45.5	45.5	45.5
berperan	60	54.5	54.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

temansejawatperan \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS	
			kurang	baik
temansejawatperan	tidak berperan	Count	13	37
		% within temansejawatperan	26.0%	74.0%
	berperan	Count	46	14
		% within temansejawatperan	76.7%	23.3%
Total		Count	59	51
		% within temansejawatperan	53.6%	46.4%

temansejawatperan \* PERILAKUPENCEGAHAN\_HIVAIDS Crosstabulation

			Total
temansejawatperan	tidak berperan	Count	50
		% within temansejawatperan	100.0%
	berperan	Count	60
		% within temansejawatperan	100.0%
Total		Count	110
		% within temansejawatperan	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.154 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	26.153	1	.000		
Likelihood Ratio	29.412	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	27.898	1	.000		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,18.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for temansejawatperan (tidak berperan / berperan)	.107	.045	.255
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = kurang	.339	.208	.552
For cohort PERILAKUPENCEGAHAN_HIVAIDS = baik	3.171	1.948	5.162
N of Valid Cases	110		