



UNIVERSITAS INDONESIA



**FAKTOR- FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI PADA
PERILAKU IBU HAMIL TRIMESTER 2 DAN 3 DALAM
PEMERIKSAAN HIV DI EMPAT PUSKESMAS
KOTA PONTIANAK TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Sri Mulyanti
NPM. 1006821924**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
KOTA DEPOK
TAHUN 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR- FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI PADA
PERILAKU IBU HAMIL TRIMESTER 2 DAN 3 DALAM
PEMERIKSAAN HIV DI EMPAT PUSKESMAS
KOTA PONTIANAK TAHUN 2012**

SKRIPSI

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

**Sri Mulyanti
NPM. 1006821924**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
KOTA DEPOK
TAHUN 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Sri Mulyanti

NPM : 1006821924

Tanda Tangan : 

Tanggal : 5 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Sri Mulyanti
NPM : 1006821924
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. drg. Ella Nurlela Hadi, M. Kes (.....)
Penguji : dr. Adi Sasongko, MA (.....)
Penguji : Eli Winardi, SKM, MKM (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 5 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, semua karena bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini. Saya ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. DR. drg. Ella Nurlela Hadi, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
2. dr. Adi Sasongko, MA, selaku penguji yang telah menyediakan waktu dalam sidang skripsi ini.
3. Eli Winardi, SKM, MKM, selaku penguji yang telah menyediakan waktu dalam sidang skripsi ini.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak dan seluruh jajarannya yang telah membantu, memberikan dorongan moril kepada saya.
5. Orangtua, suami, anak-anak dan keluarga tercinta, yang telah memberikan bantuan dukungan materi maupun moril, dan
6. Sahabat- sahabatku yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini serta
7. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 5 Juli 2012
Penulis

Sri Mulyanti

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

Sebagai Sivitas Akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Mulyanti
NPM : 1006821924
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

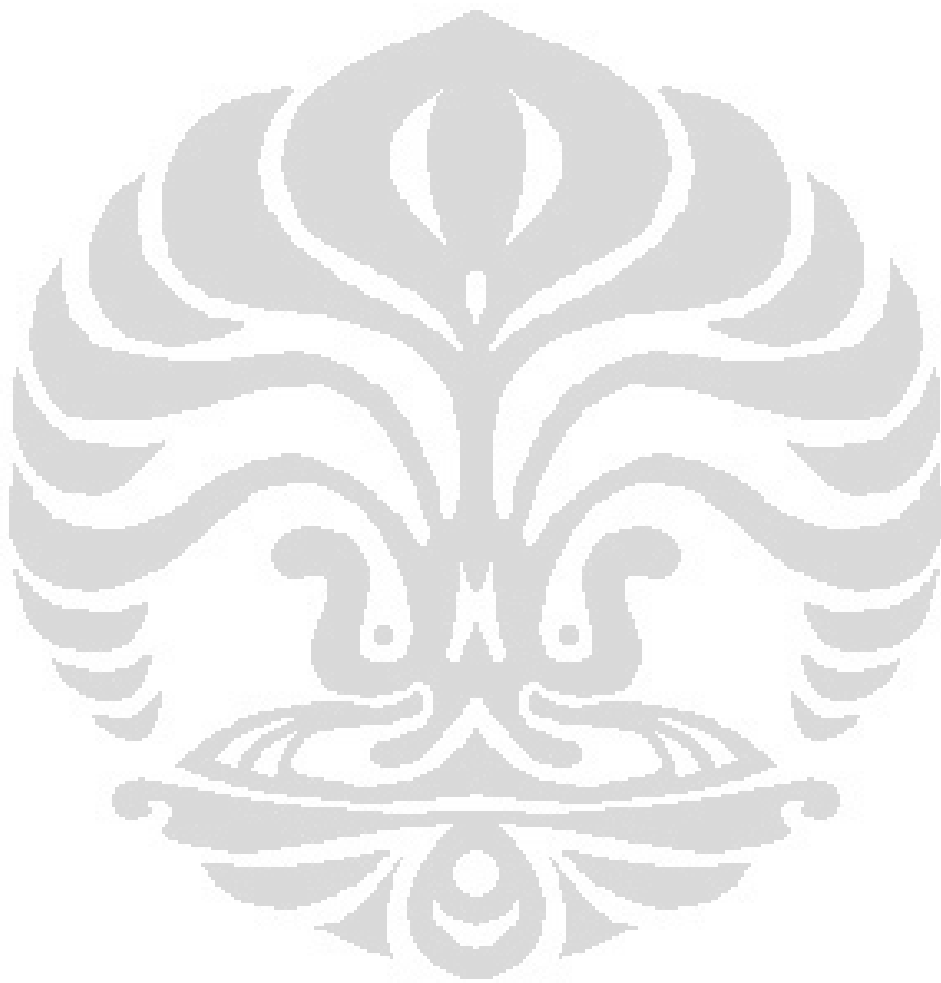
Faktor- Faktor Yang Berkontribusi Pada Perilaku Ibu Hamil Trimester 2 Dan 3 dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan hak Bebas Royalti Noneklusif 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 : 5 Juli 2012
Yang Menyatakan


Sri Mulyanti



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Sri Mulyanti
NPM : 1006821924
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan Plagiat dalam penulisan sripsi saya yang berjudul :

Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012.

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan Plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 5 Juli 2012

Yang Membuat Pertanyaan



Sri Mulyanti

RIWAYAT HIDUP

Nama : Sri Mulyanti
Tempat/ Tanggal Lahir: Pontianak, 21 Maret 1976
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Jln. Pararel Tol 1 No. 18 Tanjung Raya Pontianak
Kalimantan Barat, No. Telp. 081257950363.

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 1998 : SD. N. 32 Pontianak Timur, Kalimantan Barat
2. Tahun 1991 : SMP.N.1 Pontianak, Kalimantan Barat
3. Tahun 1994 : Sekolah Perawat Kesehatan Dep-Kes RI Pontianak
4. Tahun 1995 : Sekolah Program Pendidikan Bidan (PPB) D1
Program Inpres Angk. 2 Rs. Islam Jakarta
5. Tahun 2004 : D3 Kebidanan Dep-Kes RI Pontianak Kal-Bar

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 1995 – 1998, Bidan PTT di Puskesmas Bengkarek Sui.
Ambawang, Kabupaten Pontianak, Kalimantan Barat.
2. Tahun 1998 – 2001, Bidan PTT di Puskesmas Ngabang Kabupaten
Landak Kalimantan Barat.
3. Tahun 2005 – 2006, Bidan PNS di Puskesmas Khatulistiwa Kota
Pontianak, Kalimantan Barat.
4. Tahun 2006-2008, Bidan PNS di Puskesmas Tambelan Sampit Kota
Pontianak Kalimantan Barat
5. Tahun 2008- sekarang, Bidan PNS di Puskesmas PONED Kampung
Dalam, Kota Pontianak Kalimantan Barat.

ABSTRAK

Nama : Sri Mulyanti
Program Studi : 1006821924
Judul : Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam Melakukan Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Kota Pontianak merupakan kasus tertinggi HIV-AIDS pada perempuan di Provinsi Kalimantan Barat, hanya sedikit ibu hamil trimester 2 dan 3 yang melakukan pemeriksaan HIV. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan variabel pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, kerentanan, manfaat, hambatan dan sumber informasi ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012. Data yang dikumpulkan secara *CrossSectional* dilakukan pada 114 sampel ibu hamil trimester 2 dan 3 melalui wawancara langsung berpedoman pada kuesioner. Penelitian menunjukkan 7,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV. Variabel kerentanan dan sumber informasi berhubungan dengan pemeriksaan HIV ($p = 0,05$). Variabel yang paling dominan adalah sumber informasi tentang HIV-AIDS dimana ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki sumber informasi banyak mempunyai peluang 12,03 kali melakukan pemeriksaan HIV.

Kata Kunci : Pemeriksaan HIV, ibu hamil.

ABSTRACT

Nama : Sri Mulyanti
Program Studi : 1006821924
Judul : Factors Contributing to the Behavior of Pregnant Women
Trimester 2 and 3 in Performing HIV Test Four Health Centers
in the City of Pontianak Year 2012.

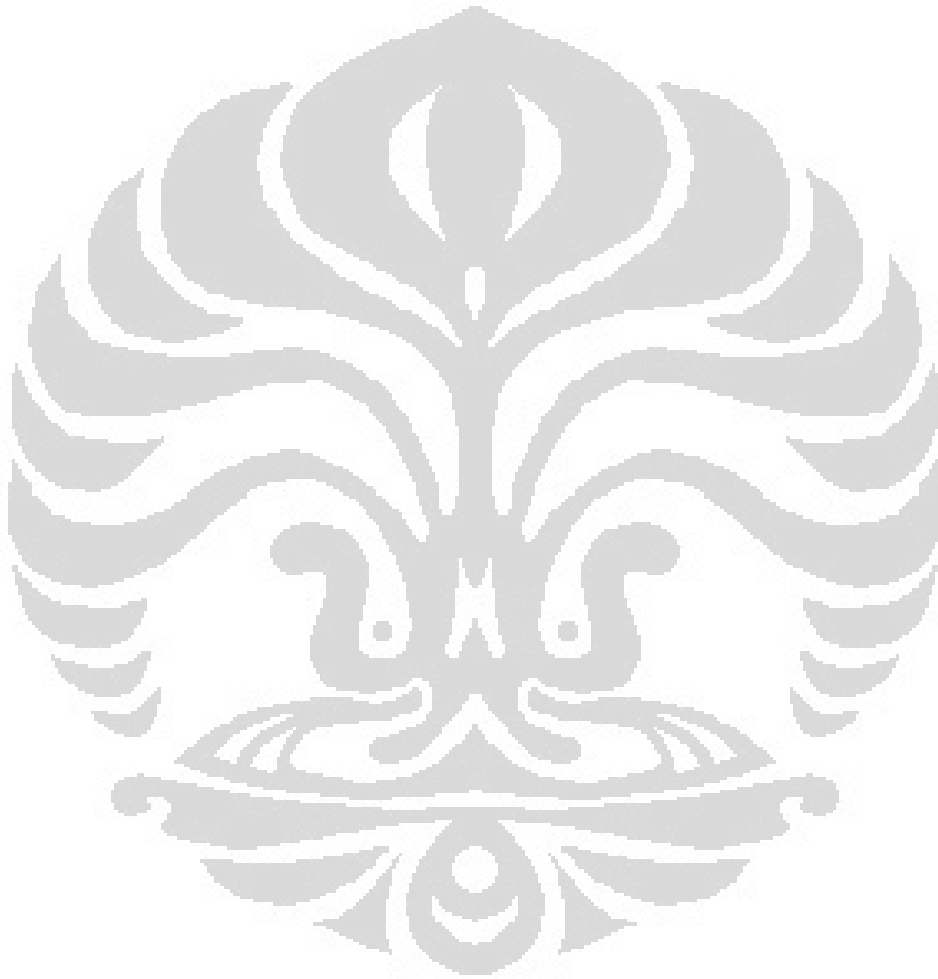
Pontianak city is the highest cases of HIV / AIDS on women in the province of West Kalimantan, few pregnant women trimester 2 and 3 that conduct HIV. This study aims to determine the relationship variables of education, employment, knowledge, susceptibility, benefits, barriers and information sources trimester pregnant women 2 and 3 with the examination of HIV in four health centers in 2012 the city of Pontianak. Data collected CrossSectional performed on 114 samples of pregnant women trimesters 2 and 3 through direct interviews based on questionnaires. The study showed 7.0% of pregnant women trimesters 2 and 3 HIV. Variabel examination of vulnerability and sources of information related to HIV testing ($p < 0.05$). The most dominant variable is the source of information about HIV / AIDS which trimester pregnant women 2 and 3 are thinking about a lot of resources have a chance of 12.03 times conduct HIV.

Keywords: HIV tests, pregnant women.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	vi
RIWAYAT HIDUP.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRAC.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan.....	9
1.5 Manfaat Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 HIV-AIDS.....	11
2.2 Perilaku.....	23
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFENISI OPERASIONAL.....	34
3.1 Kerangka Teori.....	34
3.2 Kerangka Konsep.....	35
3.3 Hipotesis.....	36
3.4 Defenisi Operasional.....	37
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	38
4.1 Desain Penelitian.....	38
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	38
4.3 Populasi dan Sampel.....	38
4.4 Pengumpulan Data.....	39
4.5 Manajemen Data.....	40
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	43

BAB 6 PEMBAHASAN.....	58
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	58
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian.....	58
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
7.1 Kesimpulan.....	71
7.2 Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA.....	71
LAMPIRAN.....	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Total Kasus HIV-AIDS di Kalimantan Barat.....	5
Tabel 5.1	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pesebaran.....	43
Tabel 5.2	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pendidikan.....	43
Tabel 5.3	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pekerjaan.....	44
Tabel 5.4	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Pengetahuan tentang HIV-AIDS.....	45
Tabel 5.5	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pengetahuan....	46
Tabel 5.6	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Kerentanan terhadap Penularan HIV-AIDS.....	47
Tabel 5.7	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Kerentanan.....	48
Tabel 5.8	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Manfaat Jika Melakukan Pemeriksaan HIV.....	48
Tabel 5.9	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Manfaat.....	49
Tabel 5.10	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Hambatan dalam Melakukan Pemeriksaan HIV.....	50
Tabel 5.11	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Hambatan.....	51
Tabel 5.12	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Sumber Informasi Tentang HIV-AIDS.....	51
Tabel 5.13	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Sumber Informasi	
Tabel 5.14	Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Perilaku.....	53
Tabel 5.15	Hubungan Pendidikan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	53
Tabel 5.16	Hubungan Pekerjaan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	54
Tabel 5.17	Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	55
Tabel 5.18	Hubungan Kerentanan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	55
Tabel 5.19	Hubungan Manfaat Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	56
Tabel 5.20	Hubungan Hambatan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	57
Tabel 5.21	Hubungan Sumber Informasi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.....	57

DAFTAR BAGAN

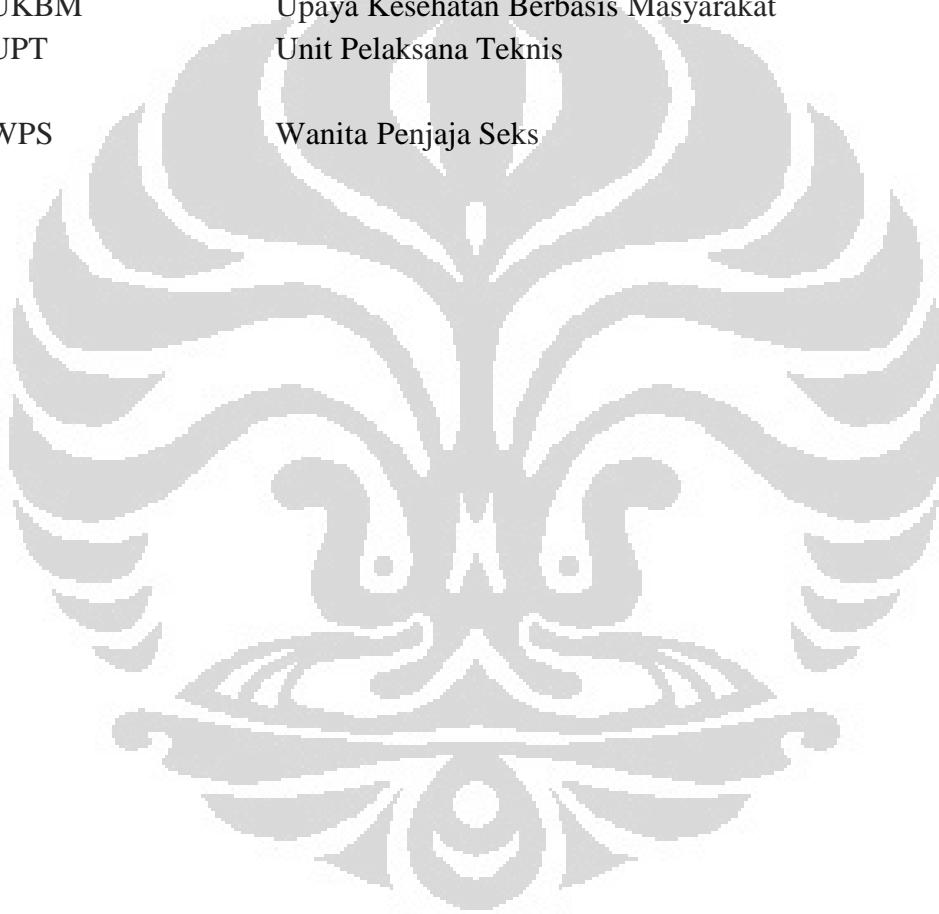
Bagan 2.1	Faktor- Faktor Yang Mempercepat Penyebaran HIV-AIDS.....	16
Bagan 2.2	<i>Health Belief Model</i>	27
Bagan 2.3	Model Kepercayaan Kesehatan.....	29
Bagan 3.1	Kerangka Konsep.....	35



DAFTAR SINGKATAN

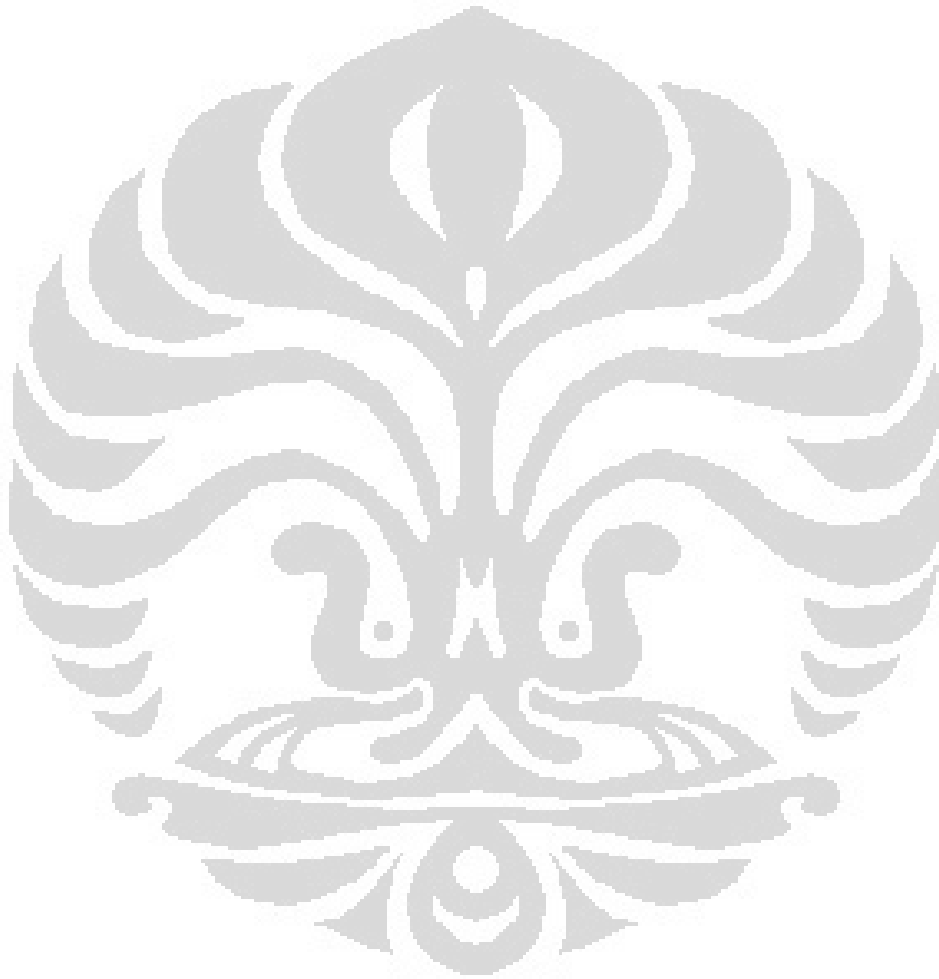
ABCD	<i>Abstinence, Be Faithful, Condom, Drugs.</i>
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndroma</i>
ART	Antiretroviral Therapy = pengobatan dengan ARV
ARV	Antiretroviral. Obat-obatan yang ditujukan pada Virus tertentu termasuk virus HIV.
CD-4	<i>Cluster of Differentiation</i>
DNA	<i>Deoxyribose Nucleic Acid</i>
ELISA	<i>Enzyme- Linked ImmuniSorbent Assay</i> (pemeriksaan HIV)
HBM HIV	<i>Health Belief Model</i> atau Model Kepercayaan Kesehatan <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	<i>Infeksi Menular Seksual</i>
IO	Infeksi Oportunistik (penyerta)
IDU	Injecting Drugs User (Pengguna narkoba suntik)
KTS	Konseling dan Tes HIV Sukarela
KIE	Komunikasi Informasi Eduktif
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KTPK	Konseling dan Tes HIV Petugas Kesehatan
LASS	Layanan Alat Suntik Steril
LSL	Lelaki Seks Lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MTCT	<i>Mother to Child Transmission</i>
MDG's	<i>Millennium Development Goal's</i>
NAPZA	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya
NSPK	Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
PCR	Polymerase Chain Reaction (pemeriksaan HIV)
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PMTCT	<i>Prevention Of Mother To Child HIV Transmission</i>
PPIA	Pencegahan Penularan Dari Ibu Dan Anak
PITC	<i>Provider Initiated Testing and Conceling</i> (Inisiatif petugas)
ODHA	Orang Dengan HIV-AIDS
RNA	<i>Ribonucleid Acid</i>

SRS	Sistim Random Sampling (sistim acak)
TRM	Terapi Rumatan <i>Metadon</i>
TB	Tuberculosis
UNAIDS	United Nations Programme on HIV-AIDS (program HIV-AIDS bersama PBB)
UPK	Unit Pelayanan Kesehatan
UPTD	Unit Pelaksana Teknis Dinas
UNESCO	United Nation Education Scientific and Cultural Organization
UKBM	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
UPT	Unit Pelaksana Teknis
WPS	Wanita Penjaja Seks



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 2 Instrumen Peneltian
- Lampiran 3 Hasil Uji Kuesioner
- Lampiran 4 Hasil Output Analisis Data
- Lampiran 5 SK. Walikota Pontianak pada UPK. Puskesmas Unggulan Program Kesehatan Reproduksi



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jumlah kasus HIV-AIDS dari tahun ke tahun terus meningkat meskipun usaha-usaha pencegahan terus dilaksanakan. *Global AIDS epidemic UNAIDS* tahun 2010 di perkiraan ada 34 juta kasus HIV, dengan infeksi baru HIV telah mencapai 2,7 juta setiap tahunnya. Daerah Sub Sahara Afrika masih menjadi wilayah dengan prevalensi HIV tertinggi yaitu 22,4 juta, selanjutnya diikuti oleh Asia Pasifik yang dilaporkan sebanyak 4,7 juta kasus HIV (UNAIDS, 2010).

Indonesia merupakan salah satu negara di Asia yang pertumbuhan kasus HIV-AIDS nya relatif lebih cepat. Indonesia merupakan daerah epidemi terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*), artinya negara yang mempunyai tingkat prevalensi lebih dari 5% dalam populasi risiko tinggi yaitu dari penaja seks, pengguna Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) suntik, dan hubungan seksual tidak aman (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008). Terbukti bahwa jumlah kasus HIV yang dilaporkan juga meningkat, yaitu dari 9.793 kasus pada tahun 2009 menjadi 21.591 kasus pada tahun 2010 dan 21.031 kasus pada tahun 2011. Jumlah kumulatif kasus HIV sampai dengan tahun 2011 sebanyak 76.879 kasus sedangkan kasus AIDS berjumlah 29.879 kasus (Kemenkes RI, 2011). Perkiraan pada tahun 2014 terjadi peningkatan kasus HIV menjadi 813.720 kasus di Indonesia (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional/ KPAN, 2011). Pola epidemi HIV-AIDS di beberapa Provinsi di Indonesia tidaklah sama, hingga saat ini terdapat 10 Provinsi di Indonesia yang memiliki prevalensi HIV melebihi rata-rata prevalensi nasional sebesar 7,72 per 100.000 penduduk. Urutan 7 terbesar adalah DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Papua, Bali, Jawa Tengah dan Kalimantan Barat (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011). Epidemi HIV di Indonesia tahun 2011, terfokus pada heteroseksual 49,5%, *injecting drug users* (IDU) 15,3%, lelaki seks lelaki (LSL) 4,8%, tranfusi 0,2% dan tidak diketahui 0,2% (Kemenkes RI, 2011).

Perempuan menjadi populasi rawan tertular dan menularkan. Hal ini terbukti bahwa kasus HIV tahun 2011 pada perempuan sebanyak 44,1%, diantaranya ada pada umur reproduktif yaitu 73,7% dan disebabkan karena hubungan seks tidak aman pada heteroseksual 49,5% (Kemenkes RI, 2011). Ibu hamil yang ada di Indonesia sebanyak 4.372.600 ibu hamil, hanya 5.167 (0,1%) ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV, dimana 1.306 ibu hamil (25%) diantaranya positif HIV (KPAN, 2010).

Penularan dan penyebaran HIV-AIDS di Indonesia salah satunya melalui jalur penularan dari ibu hamil HIV positif kepada bayi yang dikandungnya, atau yang populer dalam istilah bahasa Inggris "*Mother To Child Transmission*" (MTCT). Masalah penularan HIV di Indonesia dari ibu ke bayi, dikhawatirkan semakin meningkat, karena pesatnya peningkatan kasus HIV-AIDS pada laki-laki. Hal ini bisa berakibat terjadinya penularan HIV ke pasangan seksualnya yang akhirnya kepada janin yang dikandungnya. Individu pengidap HIV tidak dapat dibedakan karena tidak menunjukkan gejala klinis dan hal ini bisa terjadi selama 5-10 tahun, sampai saat ini HIV-AIDS adalah penyakit infeksi menular seksual yang dapat mengenai semua umur, ras, etnis, profesi, wilayah dan penularannya sepanjang masa. HIV-AIDS masih belum dapat disembuhkan, belum ada vaksinasi serta pengobatannya masih terlalu mahal. Ketidaktahuan adalah merupakan alasan utama mengapa epidemi ini diluar kendali (UNESCO's, 2001).

HIV-AIDS akan berdampak negatif pada bidang ekonomi, sistem perawatan kesehatan, menurunkan umur harapan hidup, menurunkan jumlah anak yang berhasil bertahan hidup serta meningkatkan jumlah anak yatim piatu. Dampak pandemi HIV-AIDS diantaranya adalah menyebabkan sakit dan penderitaan, kehilangan pekerjaan dan penghasilan, kematian anggota keluarga, kemiskinan, keputus-asaan, penghambat perawatan kesehatan karena adanya stigma dan diskriminasi (Kemenkes RI, 2008). Penderita HIV-AIDS sebagian berada pada usia Reproduksi yaitu 15-49 tahun (KPAN, 2010). HIV-AIDS bukan hanya pada mereka yang berisiko tinggi saja, tetapi juga akan berdampak kepada kesehatan ibu dan anak. Dampak infeksi terhadap ibu diantaranya adalah morbiditas dan mortalitas maternal, sedangkan pada anak antara lain gangguan tumbuh kembang. Hal ini dikarenakan kerentanan terhadap penyakit, peningkatan

mortalitas, dan bahkan akan ada anak-anak yang yatim piatu lebih dini akibat orangtuanya meninggal karena AIDS.

Berbagai upaya pencegahan penularan HIV-AIDS telah dilakukan pemerintah, hal ini tercantum dalam MDG's tahun 2015 (*Millenium Development Goals*) bagian ke tujuh yaitu memerangi HIV-AIDS. Upaya ini masih terfokus pada individu berisiko seperti penasun dan penjaja seks komersial seperti program Layanan Alat Suntik Steril (LASS), Terapi Rumatan Metadon (TRM), pada lembaga permasyarakatan, promosi kondom dan pelayanan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada penjaja seks komersial serta perawatan dukungan dan pengobatan (KPAN, 2010). Pencegahan penularan HIV dapat dilakukan juga pada saat kehamilan dengan melakukan pemeriksaan HIV secara dini dan mengikuti program pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi atau yang dikenal dengan *prevention of mother to child HIV transmission* (Kemenkes RI, 2011). Anggapan masyarakat bahwa HIV-AIDS hanya dialami perempuan penjaja seks ternyata tidak benar, karena saat ini perempuan yang tidak melakukan perilaku berisiko pun telah ada yang terinfeksi HIV dari suami sebagai pasangan tetapnya. Kerentanan perempuan terhadap HIV lebih banyak disebabkan ketimpangan gender, yang berakibat ketidakmampuan perempuan untuk melakukan pemeriksaan HIV, (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008), penyebab lain kurangnya pendidikan dan pengetahuan serta akses untuk mendapatkan informasi dan pelayanan tentang HIV-AIDS (Green, 2005),

Upaya pencegahan penularan HIV harus di perluas terutama pada kelompok perempuan yang merupakan kelompok berisiko rendah, karena dengan semakin meningkatnya jumlah penderita HIV-AIDS, dalam hal ini kelompok laki-laki merupakan kelompok persentase tinggi, maka penularan dari kelompok ini ke kelompok berisiko rendah juga akan semakin meningkat. Peningkatan penularan pada perempuan akan berkelanjutan dalam siklus reproduksinya, di mana perempuan akan mengalami masa masa kehamilan, dengan demikian akan ada penularan kepada bayi dalam kandungannya. Hal ini dapat dicegah apabila ibu hamil secara dini terdeteksi, terkendali dengan melakukan pemeriksaan HIV secara teratur dimulai sejak awal kehamilannya.

Sudah banyak penelitian tentang HIV-AIDS yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya, seperti penelitian yang dilakukan oleh B.J Waida *HOSPITAL FOR CHILDREN* di Parel, Mumbai, India (2006), untuk menentukan apakah persalinan vagina bersamaan dengan ART dan menghindari menyusui adalah aman dalam program PMTCT. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 174 bayi yang dilahirkan melalui bedah sesar, dua terinfeksi HIV, sementara 98,9 % tidak terinfeksi. Townsend dan rekan peneliti dari *University College London Institute of Child Health* (2008), menganalisis 5.151 kehamilan di antara ibu yang HIV-positif di Inggris dan Irlandia antara 2000 dan 2006. Hasil penelitian ini menemukan bahwa tingkat *Mother To Child Transmission* (MTCT) menurun menjadi 1,2% dari 20% pada pertengahan 1990-an. Menurut para peneliti, alasan utama pada penurunan tersebut adalah peningkatan tes HIV sebelum kehamilan setelah kebijakan skrining secara rutin diterapkan di negara tersebut. Skrining rutin meningkatkan tingkat diagnosis sebelum kelahiran dari kurang lebih 70% pada tahun 2000 menjadi kurang lebih 95% pada tahun 2005, oleh sebab itu kebijakan skrining rutin diluncurkan di Irlandia pada tahun 1999, antara tahun 2000 dan tahun 2003 di Inggris (Townsend, 2008).

Penelitian HIV-AIDS dan Wanita Tuna Susila (WTS) dilakukan oleh Mardjan (1996), tentang hubungan antara pengetahuan, sikap dengan praktek mencegah penularan HIV-AIDS WTS di lokasi Sebangku dan Stasiun Bengkayang Singkawang Kabupaten Sambas Provinsi Kalimantan Barat, menunjukkan bahwa 66,6% WTS memiliki pengetahuan kurang mengenai cara penularan, penyebab dan pencegahan penyakit AIDS dan 64,8 % memiliki sikap negatif terhadap penggunaan kondom. Penelitian HIV-AIDS dan anak SMU dilakukan oleh Ridwan Ikob tahun 2002 tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan terhadap HIV-AIDS SMU.N. 13 di Palembang tahun 2002. Penelitian Sri Rochayati pada tahun 2006, tentang gambaran pengetahuan dan sikap terhadap infeksi HIV pada ibu hamil yang berkunjung ke klinik PMTCT di Puskesmas Tebet, menunjukkan bahwa 61,7% ibu hamil memiliki pengetahuan baik dan 38,3% berpengetahuan kurang tentang HIV-AIDS. Fauzi Syahril dan Zarfiel Tafal pada tahun 2007 melakukan penelitian karakteristik remaja pengguna narkoba suntik dan perilaku berisiko HIV-AIDS di Kecamatan Ciledug

Kota Tangerang. Penelitian pada waria dan HIV-AIDS dilakukan oleh Faulina Rinny tahun 2009 di Kota Tarakan Provinsi Kalimantan Timur. Peneliti tertarik tentang penelitian HIV pada perempuan khususnya ibu hamil karena secara biologis lebih rentan di banding laki-laki, perempuan dengan fungsinya melahirkan anak, sebagai pendidik dan pengasuh anak yang nantinya akan berkembang menjadi generasi bangsa dan sumber daya manusia pembangunan. Selain itu mengetahui dan melakukan pemeriksaan secara dini pada saat kehamilan sangat bermanfaat untuk ibu dan bayi yang dikandungnya. Ibu hamil yang mengetahui dirinya terinfeksi HIV, maka dia melakukan intervensi untuk mencegah penularan tersebut pada bayinya.

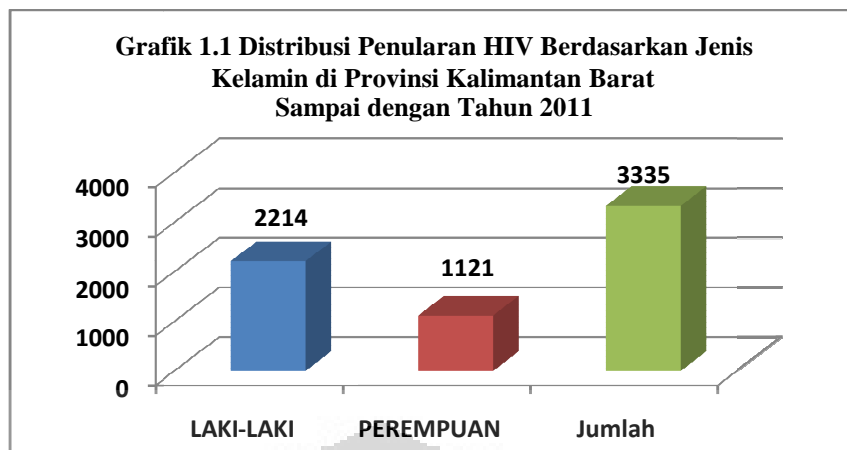
Perempuan dan ibu hamil juga harus mengetahui secara aktif upaya-upaya pencegahan penyebaran bahaya HIV-AIDS bagi dirinya, melakukan pemeriksaan HIV sejak awal kehamilannya. Perempuan harus tahu kondisi kesehatan mereka sehingga mereka dapat membuat keputusan penting untuk kesehatan diri dan bayi mereka, dapat menghindari penyebaran penyakit kepada individu lain, dapat membuat keputusan pada kehamilan berikutnya, dan membuat pengaturan untuk perawatan anak-anak. Hal ini akan memberikan sumbangan yang berarti terhadap upaya penanggulangan HIV-AIDS secara sistemik, harus dilakukan secara terus menerus dan konsisten, sebelum semuanya menjadi lebih buruk, maka perempuan perlu membekali dirinya dengan pengetahuan tentang bahaya dan cara penularan HIV dan AIDS.

Provinsi Kalimantan Barat merupakan Provinsi *concentrated level epidemic* dengan penularan HIV tertinggi ke-7 di Indonesia. Di Provinsi Kalbar dari tahun 1993 sampai tahun 2011 terdapat 3.335 kasus HIV dan 1.610 AIDS.

Tabel 1.1 Total Kasus HIV-AIDS Selama 10 Tahun Terakhir di Provinsi Kalimantan Barat

Tahun	HIV +	AIDS	Meninggal
1993 - 2007	1236	764	233
2008	446	184	47
2009	585	239	46
2010	484	263	21
2011	584	160	58
Total	3.335	1.610	405

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tahun 2011.



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tahun 2011.

Data Tabel 1.1 di atas menunjukkan, ada peningkatan kasus HIV-AIDS di Kalimantan Barat dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2011, dan grafik 1.1 menunjukkan bahwa terdapat 1.121 perempuan di Provinsi Kalimantan Barat yang terinfeksi HIV. Daerah Provinsi Kalimantan Barat, terdiri dari 14 Kota/ Kabupaten dengan urutan 5 terbesar kasus HIV nya yaitu Kota Pontianak (1.665 kasus), Kota Singkawang (956 kasus), Kabupaten Pontianak (226 kasus), Kabupaten Ketapang (135 kasus) dan Kabupaten Sambas (147 kasus). Pontianak merupakan Kota yang terbesar kasus HIV nya di banding Kota/ Kabupaten lainnya, dengan demikian akan terjadi kerawanan terhadap penularan HIV di Kota Pontianak (Dinkes Provinsi Kalbar, 2011).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Oktober 2011 di UPK. Puskesmas Tanjung Hulu Kota Pontianak didapatkan pengetahuan dan persepsi 15 ibu hamil terhadap pemeriksaan HIV pada awal kehamilannya, hanya 6 ibu hamil yang memiliki pengetahuan dan persepsi positif tentang pemeriksaan HIV di awal kehamilannya (40%). Beberapa faktor yang menyebabkan ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan HIV secara dini antara lain kemungkinan kurangnya informasi, kemampuan, dan dukungan dari keluarga serta beberapa perempuan tidak menyadari bahwa pasangan seksualnya berisiko terhadap penularan HIV-AIDS (Naidoo, 2004).

Penelitian dilakukan di Kota Pontianak, di mana kasus HIV nya terbesar dari Kota/Kabupaten lain yang ada di Provinsi Kalimantan Barat, selain itu dari 13.994 ibu hamil hanya 0,1% yang melakukan pemeriksaan HIV di Kota Pontianak. Ada empat Puskesmas yang akan diteliti yaitu UPTD. Puskesmas

Kampung Bangka, UPK. Puskesmas Alianyang, UPK. Puskesmas Kampung Dalam dan UPK. Puskesmas Tambelan Sampit. Empat Puskesmas ini merupakan Puskesmas percontohan dalam program pelayanan Kesehatan Reproduksi dan penelitian ini melibatkan ibu hamil trimester 2 dan 3 karena pada trimester tersebut ibu hamil telah mendapatkan pelayanan lebih dari satu kali (K1) di Puskesmas Kota Pontianak.

1.2 Rumusan masalah

Tingginya kasus HIV pada perempuan di Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat sampai dengan tahun 2011 berjumlah 343 kasus dan prevalensi ibu hamil tahun 2011 di Kota Pontianak berjumlah 13.994 ibu hamil, hanya 0.1% yang melakukan pemeriksaan HIV, sehingga peneliti perlu mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi pada perilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.

1.3 Pertanyaan penelitian

1. Bagaimana pendidikan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?
2. Bagaimana pekerjaan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?
3. Bagaimana pengetahuan ibu hamil trimester 2 dan 3 tentang HIV-AIDS di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?
4. Bagaimana kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?
5. Apakah manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?
6. Apakah hambatan dalam pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?
7. Dari manakah ibu hamil trimester 2 dan 3 memperoleh sumber informasi tentang HIV-AIDS di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012?
8. Apakah ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, kerentanan, manfaat, hambatan dan sumber informasi pada ibu hamil

trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi pada perilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Diperolehnya informasi tentang pendidikan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
2. Diperolehnya informasi tentang pekerjaan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
3. Diperolehnya informasi tentang pengetahuan ibu hamil trimester 2 dan 3 tentang HIV-AIDS di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
4. Diperolehnya informasi tentang kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
5. Diperolehnya informasi tentang manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
6. Diperolehnya informasi tentang hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
7. Diperolehnya sumber informasi tentang HIV-AIDS pada ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
8. Diketuinya apakah ada hubungan antara pendidikan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
9. Diketuinya apakah ada hubungan antara pekerjaan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.

10. Diketuinya apakah ada hubungan antara pengetahuan HIV-AIDS pada ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
11. Diketuinya apakah ada hubungan antara kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
12. Diketuinya apakah ada hubungan antara manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
13. Diketuinya apakah ada hubungan antara hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
14. Diketuinya apakah ada hubungan antara sumber informasi tentang HIV-AIDS pada ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.

1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Pontianak

Penelitian ini dapat memberikan masukan pada program- program kesehatan khususnya dalam upaya pencegahan penularan HIV-AIDS, selain itu dapat dijadikan instrumen untuk melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah dan *Stakeholder* terkait HIV-AIDS di Kota Pontianak.

1.5.2 Bagi Puskesmas

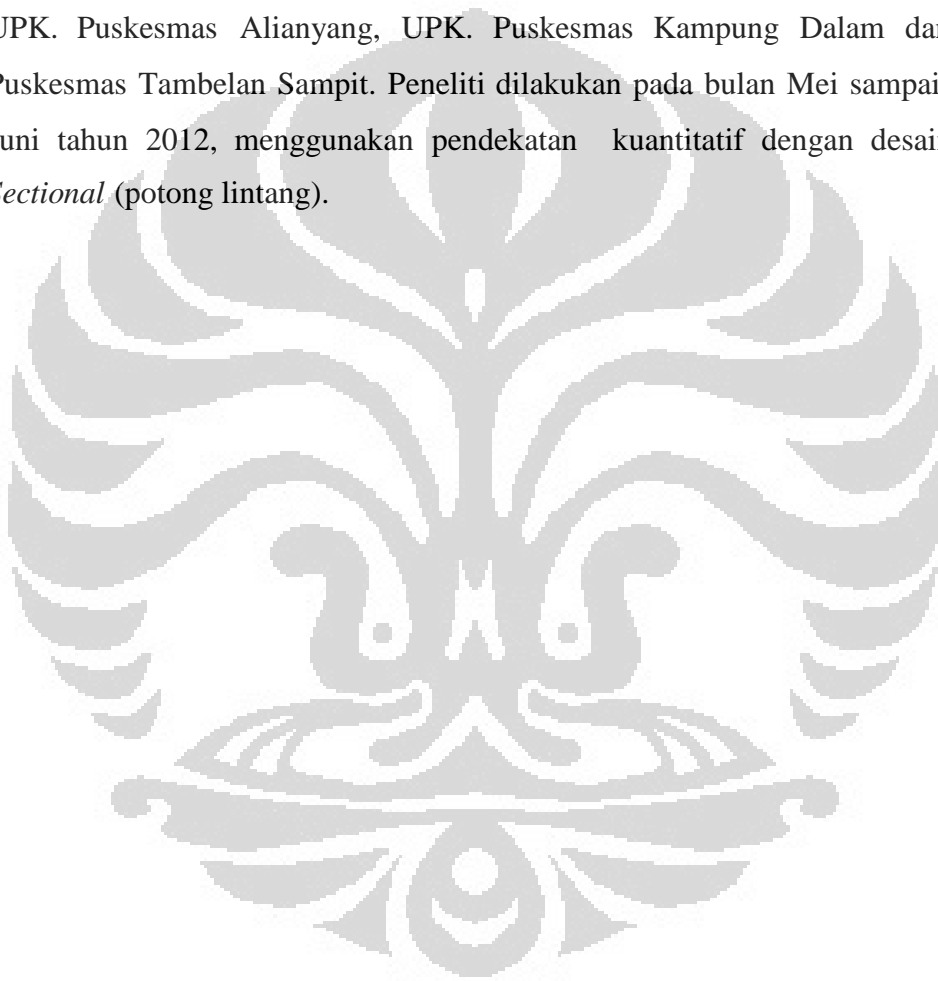
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam program kesehatan reproduksi, baik bersifat fisik, materi maupun sumber daya petugas kesehatan, untuk menentukan rencana tindak lanjut terkait upaya pencegahan penularan HIV-AIDS khususnya pada ibu dan anak di UPTD. Puskesmas Kampung Bangka, UPK. Puskesmas Alianyang, UPK. Puskesmas Kampung Dalam dan UPK. Puskesmas Tambelan Sampit.

1.5.3 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan peneliti dalam bidang kesehatan masyarakat.

1.6 Ruang Lingkup penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi pada perilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak yaitu UPTD. Puskesmas Kampung Bangka, UPK. Puskesmas Alianyang, UPK. Puskesmas Kampung Dalam dan UPK. Puskesmas Tambelan Sampit. Penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai dengan Juni tahun 2012, menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *Cross Sectional* (potong lintang).



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit HIV-AIDS

2.1.1 Pengertian HIV-AIDS

HIV singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan dapat menimbulkan AIDS. HIV hanya menular antar manusia serta menyerang sistem kekebalan tubuh, yaitu sistem yang melindungi tubuh terhadap infeksi. Tahun-tahun pertama setelah terinfeksi tidak ada gejala atau tanda infeksi, kebanyakan individu yang terinfeksi HIV tidak mengetahui bahwa dirinya telah terinfeksi. Individu yang terinfeksi HIV dapat tetap sehat bertahun-tahun tanpa ada tanda fisik atau gejala infeksi. Individu yang terinfeksi virus tersebut tetapi tanpa gejala adalah HIV positif atau memiliki penyakit HIV tanpa gejala, apabila gejala mulai muncul, individu disebut memiliki infeksi HIV bergejala atau penyakit HIV lanjutan. Pada stadium ini individu kemungkinan besar akan mengembangkan infeksi penyerta yang disebut oportunistik (Grapes, 2005).

Acquired Immune Deficiency Syndrome di singkat AIDS adalah suatu kondisi medis berupa kumpulan tanda serta gejala yang diakibatkan oleh menurunnya atau hilangnya kekebalan tubuh karena terinfeksi HIV sering berwujud infeksi yang bersifat ikutan (*oportunistik*) atau IO dan belum ditemukan vaksin/ obat penyembuhannya. AIDS di definisi jika jumlah sel CD-4 di bawah 200 dan terjadinya satu atau lebih infeksi oportunistik tertentu (Grapes, 2005). *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan syndrome akibat defisiensi immunitas selluler tanpa penyebab lain yang di ketahui, di tandai dengan Infeksi *oportunistik* keganasan berakibat fatal. Munculnya *syndrome* ini erat hubungannya dengan berkurangnya zat kekebalan tubuh yang prosesnya tidaklah terjadi seketika melainkan sekitar 5-10 tahun setelah individu terinfeksi HIV (Widoyono, 2005).

Berdasarkan hal tersebut maka penderita AIDS di masyarakat di golongkan kedalam 2 kategori yaitu penderita yang mengidap HIV dan telah menunjukkan gejala klinis (penderita AIDS positif), dan penderita yang mengidap HIV, tetapi belum menunjukkan gejala klinis (penderita AIDS negatif), pada tingkat pandemi HIV tanpa gejala jauh lebih banyak dari pada penderita AIDS itu sendiri, tetapi infeksi HIV itu dapat berkembang lebih lanjut dan menyebabkan kelainan imunologis yang luas dan gejala klinik yang bervariasi.

2.1.2 Etiologi

Virus HIV pertama kali ditemukan oleh Dr. Luc Montagnier dari Institut Pasteur Perancis pada tahun 1983 dengan nama *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV), sedangkan Gallo di Amerika Serikat pada tahun 1984 mengisolasi (HIV) III, kemudian atas kesepakatan internasional pada tahun 1986 nama virus dirubah menjadi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). HIV adalah sejenis *retrovirus* RNA yang mampu membentuk DNA dari RNA. DNA ini bergabung dengan *kromosom* induk (sel *limfosit* T4 dan sel *makrofag*), di dalam sel *lymfosit* T, virus dapat berkembang, dapat tetap hidup lama dalam sel dengan keadaan inaktif (Widoyono, 2005).

HIV secara morfologis terdiri atas 2 bagian besar yaitu bagian inti (*core*) dan bagian selubung (*envelop*). Bagian inti berbentuk silindris tersusun atas dua untaian RNA (*ribonucleic acid*). Enzim *reverse transcriptase* dan beberapa jenis protein, bagian selubung terdiri atas *lipid* dan *glikoprotein* yang berhubungan dengan *reseptor limfosit* (T4), karena bagian luar virus (lemak) tidak tahan panas, bahan kimia, maka HIV termasuk virus sensitif terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan mudah dimatikan dengan berbagai desinfektan seperti *eter*, *aseton*, *alkohol*, *jodium hipoklorit* dan sebagainya, tetapi relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet. Virus HIV hidup dalam darah, saliva, semen, air mata dan mudah mati di luar tubuh. HIV dapat juga ditemukan dalam sel *monosit*, *makrofag* dan sel *glia* jaringan otak (Depkes RI, 1992).

2.1.3 Perjalanan HIV-AIDS

Individu dinyatakan terinfeksi HIV, setelah dilakukan pemeriksaan dan dinyatakan positif terinfeksi, antara 30-70% mereka mengalami gejala seperti demam, sakit tenggorokan, keringat malam, pembengkakan kelenjar getah bening, nyeri otot, ruam merah di seluruh tubuh. Gejala ini berlangsung dua sampai enam minggu dan akan menghilang dengan sendirinya. Perbedaan genetik setiap individu menyebabkan waktu yang berbeda pula individu terinfeksi penyakit lainnya dan menjadi AIDS. Gejala lain yang terjadi pada perempuan terinfeksi HIV adalah mengalami gangguan ginekologi, seperti gangguan menstruasi, *cancer cervik* dan menopause dini (Grapes, 2007).

Menurut Depkes RI (1997) menjelaskan bahwa perjalanan HIV-AIDS dapat di bagi menjadi dalam empat stadium yaitu :

1. Stadium pertama : HIV

Infeksi di mulai dengan masuknya HIV ke dalam tubuh dan diikuti dengan terjadinya perubahan serologik ketika antibodi virus tersebut dari negatif berubah menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes anti-bodi terhadap HIV menjadi positif disebut dengan *window period*. Lama *window period* antara 1 sampai 3 bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung 6 bulan, umumnya pada penyakit penyakit yang disebabkan oleh virus, bila test antibodi menjadi positif berarti dalam tubuh terdapat cukup zat anti yang dapat melawan virus tersebut.

2. Stadium kedua : asimtomatik (tanpa gejala)

Asimtomatik berarti bahwa dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata rata selama 5-10 tahun, namun cairan tubuh individu tersebut dapat menularkan HIV kepada individu lain.

3. Stadium ketiga : Pembesaran kelenjar limfe

Fase ini ditandai dengan pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*persistent generalized lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat dan dapat berlangsung lebih dari 1 bulan.

4. Stadium keempat : AIDS

Keadaan ini disertai dengan adanya bermacam macam gejala seperti demam, panas dingin, keluar keringat waktu malam hari yang berulang- ulang dalam waktu yang lama, penurunan berat badan yang drastis, membengkaknya kelenjar getah bening di ketiak atau pangkal paha, bercak-bercak putih di rongga mulut, batuk kering dan sesak napas, diare berkepanjangan, hilang nafsu makan serta gangguan pada susunan saraf berupa lamban berfikir, pelupa, pemarah, sakit kepala, kejang bahkan libido menurun. Proses selanjutnya akan bermunculan infeksi ikutan, seperti infeksi jamur, infeksi saluran pernafasan (termasuk TBC), infeksi saluran cerna dan lainnya.

2.1.4 Penularan HIV-AIDS

HIV terdapat di darah individu yang terinfeksi (termasuk darah haid), air susu ibu, air mani dan cairan *vagina*. Wibisono (1997) menyebutkan bahwa penularan HIV-AIDS dapat terjadi melalui :

a. Penularan secara seksual

Pada saat berhubungan seks tanpa kondom, HIV dapat menular dari darah, air mani atau cairan *vagina* individu yang terinfeksi HIV. Kemungkinan tertular adalah 0,1- 1% tiap melakukan hubungan seksual (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2008), dan 1 dalam 200 kali hubungan intim, model penularan ini merupakan yang paling sering di dunia (Widoyono, 2005).

b. Pajanan melalui darah dan cairan tubuh

Risiko penularan HIV dapat menular melalui transfusi darah sebesar 90% (Widoyono, 2005). Saat ini darah donor diskriming oleh Palang Merah Indonesia (PMI), sehingga risiko terinfeksi HIV melalui transfusi darah seharusnya rendah, walau tidak nol. HIV dapat menular melalui alat suntik (misalnya yang dipakai secara bergantian oleh pengguna narkoba suntikan), melalui alat tindakan medis, atau oleh jarum tindik yang dipakai untuk tato, bila alat ini mengandung darah dari individu yang terinfeksi HIV.

c. Penularan dari ibu ke anak

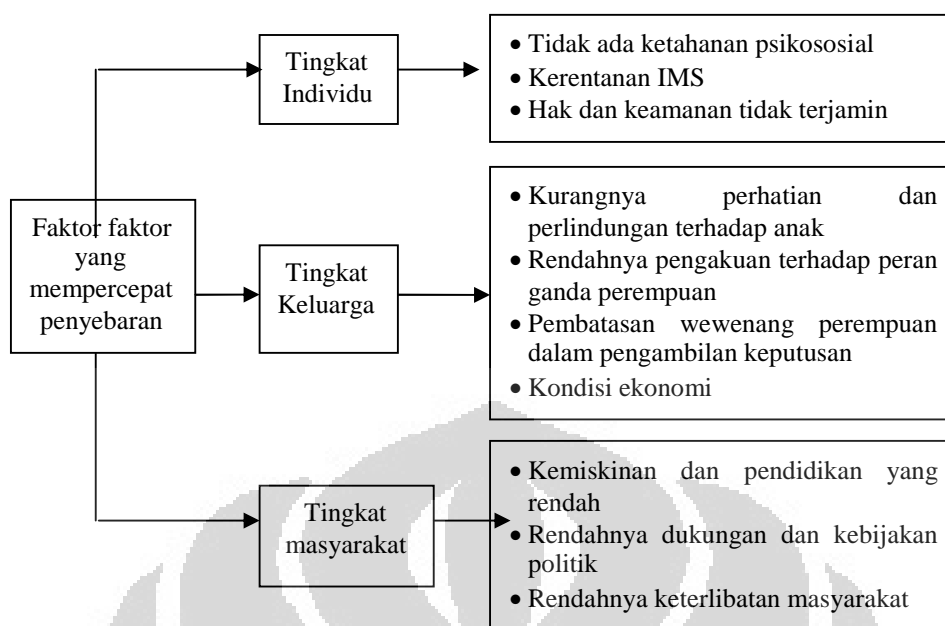
HIV dapat menular pada bayi saat kehamilan, kelahiran, dan menyusui. Bila tidak ada intervensi, kurang lebih sepertiga bayi yang dilahirkan oleh ibu

dengan HIV akan tertular. Ada tiga kemungkinan perjalanan virus HIV-AIDS dari ibu kepada janin, yaitu (Green, 2005) :

- Selama kehamilan, virus masuk melalui aliran darah dari plasenta. Selama proses kehamilan, bayi menerima antibodi dari ibu melalui plasenta, sehingga bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV hampir selalu memiliki antibodi terhadap HIV saat bayi tersebut lahir, dan sekitar 12-13% terinfeksi serta memiliki risiko lebih tinggi jika ibu berada pada stadium lanjut dari infeksi HIV tersebut. Pemeriksaan HIV pada bayi baru lahir dilakukan selama 1 tahun. Sebuah studi 1994 di London menunjukkan bahwa jika ibu yang terinfeksi dengan jumlah CD4 lebih dari 200 mendapat therapy AZT selama kehamilan dan diberi AZT intravena selama persalinan, serta bayi baru lahir tersebut mendapat therapy AZT oral setelah lahir, risiko penularan kepada anak menurun dari 25% menjadi sekitar 8%.
- Ketika persalinan, darah ibu yang tercemar atau cairan ketuban terminum oleh bayi.
- Melalui Air Susu Ibu (ASI) selama masa menyusui

Mengingat pola penularan HIV-AIDS seperti di atas, maka ada individu yang berisiko besar untuk tertular diantaranya adalah individu yang sering berganti pasangan, pengguna jarum suntik yang tidak steril dan bergantian, bayi yang dikandung dari ibu yang hamil positif terinfeksi, serta individu yang memerlukan transfusi darah secara teratur bila donor tidak dilakukan skrining. HIV tidak dapat ditularkan melalui aktifitas kegiatan sehari-hari seperti berpelukan, berjabat tangan, atau bersentuhan.

Berdasarkan pemberdayaan perempuan, faktor faktor yang mempercepat terjadinya penyebaran pada perempuan dapat ditelusuri melalui jenjang tiga penyebab pada setiap tahap kehidupan seperti pada bagan 2.1.



Bagan 0.1 Faktor yang Mempercepat Penyebaran HIV-AIDS pada Perempuan

Sumber : Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI tahun 2008.

2.1.5 Pemeriksaan HIV

Rumah sakit di Indonesia saat ini telah melakukan pelayanan pemeriksaan HIV berupa konseling dan pemeriksaan laboratorium. Setiap individu yang dilakukan pemeriksaan HIV harus diberikan penyuluhan (konseling) sebelum dan setelah pemeriksaan HIV dan dilakukan berdasarkan persetujuan yang bersangkutan (*informed consent*). Konseling ini akan memberi informasi dasar tentang HIV-AIDS, manfaat dan kerugian kita mengetahui apakah kita terinfeksi, dan bagaimana kita akan bereaksi jika nanti hasilnya positif.

Proses konseling dan pemeriksaan HIV dilakukan melalui dua cara pendekatan yaitu pendekatan atas inisiatif dari klien yang di sebut konseling dan tes/ pemeriksaan HIV sukarela (KTS) atau VCT (*Voluntary Counselling and Testing*). Pendekatan lain yaitu PITC (*Provider Initiated testing and Counseling*) yaitu merupakan pendekatan pemeriksaan HIV dan konseling atas inisiatif dari petugas kesehatan. Prinsip yang digunakan dalam PITC yaitu 3C- 2R antara lain persetujuan setelah mendapatkan informasi (*informed consent*), konseling (*counseling*), kerahasiaan (*confidentiality*), pelaporan (*report*) dan *referral*

atau rujukan. Prinsip dalam pemeriksaan HIV adalah sukarela dalam melaksanakan pemeriksaan HIV, menjaga kepercayaan, pelayanan dilakukan secara profesional dengan menjaga kerahasiaan, mempertahankan hubungan relasi dan komunikasi yang efektif, dan konseling setelah pemeriksaan HIV (Kemenkes RI, 2011). Hasil pemeriksaan hanya boleh diberikan kepada yang bersangkutan, dan tidak boleh diberikan pada individu lain tanpa persetujuan. Tempat melaksanakan tes bertanggung jawab untuk menjamin kerahasiaan identitas dan hasilnya, namun jika yang bersangkutan di bawah umur maka orangtua atau walinya boleh mewakili (Yayasan Spritia, 2010).

Metode yang umum untuk menegakkan diagnosis HIV meliputi ELISA (*Enzyme- Linked ImmuniSorbent Assay*) di mana sensitivitasnya tinggi yaitu sebesar 98 – 100%, biasanya pemeriksaan memberikan hasil positif dua sampai tiga bulan setelah infeksi. Pemeriksaan lainnya yaitu dengan *western blot*, sensitifitasnya tinggi yaitu 99-100% namun pemeriksaan ini cukup sulit, mahal dan membutuhkan waktu selama 24 jam. Pemeriksaan PCR (*Polymerase Chain Reaction*) digunakan pada bayi karena zat anti maternal masih ada pada bayi yang dapat menghambat pemeriksaan secara *serologis*. Ibu hamil yang menderita HIV akan membentuk zat kekebalan untuk melawan penyakit tersebut dan zat kekebalan itulah yang diturunkan kepada bayi melalui plasenta yang akan mengaburkan hasil pemeriksaan. PCR juga digunakan pada kelompok berisiko tinggi sebelum terjadi serokonversi. Pemeriksaan HIV yang sering dipakai sekarang disebut tes cepat (*rapid test*) yang mampu menyediakan hasil dalam 20-30 menit setelah contoh darah diambil.

Hasil pemeriksaan dapat negatif (atau disebut '*non-reaktif*') apabila individu baru saja terinfeksi, karena setelah terinfeksi pembentukan antibodi makan waktu sampai tiga bulan. Masa antara infeksi dan terbentuknya cukup banyak antibodi untuk menunjukkan hasil pemeriksaan positif disebut '*window's periode*'. Hasil pemeriksaan HIV adalah negatif, tetapi yang bersangkutan sudah berperilaku berisiko terinfeksi HIV dalam tiga bulan sebelum dites, dia mungkin masih dalam masa jendela, dan hasil pemeriksaan mungkin tidak benar, oleh karena itu, dalam keadaan ini, individu tersebut harus dilakukan pemeriksaan ulang, paling cepat tiga bulan setelah peristiwa berisiko terakhir (Daili, 2001).

2.1.6 Upaya Pengendalian dan penanggulangan HIV-AIDS

Pengendalian HIV-AIDS di dasari oleh peran pemerintah melalui pengembangan dan penguatan kegiatan pokok, peran *civil society organization* melalui pengembangan dan penguatan jejaring kerja, dan peran masyarakat melalui pengembangan dan penguatan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko HIV-AIDS berbasis masyarakat. Upaya pengendalian dan penanggulangan HIV-AIDS ini terdiri dari :

2.1.6.1 Aspek Legal

Melaksanakan dan memperkuat aspek legal di Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten dan Puskesmas melalui kegiatan ketersediaan dan distribusi norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) dalam pengendalian HIV-AIDS. Kegiatan lain yaitu dengan adanya kebijakan daerah baik berupa surat edaran/ instruksi/ surat keputusan/ peraturan Bupati/ Walikota/ Gubernur.

2.1.6.2 Advokasi, Sosialisasi dan KIE

Program ini untuk meningkatkan dukungan pemerintah daerah, pemangku kepentingan dan mitra terkait dalam pengendalian HIV-AIDS. Tujuan lain yaitu meningkatkan pengetahuan dan perilaku masyarakat tentang HIV-AIDS terutama pengetahuan komperhensif pada penduduk usia 15-24 tahun serta meningkatkan kemitraan dan komitmen pimpinan atau pengambil keputusan, dukungan politik dan pembiayaan dalam pengendalian HIV-AIDS. Kegiatan sosialisasi yang dilakukan adalah tersedia dan terdistribusinya serta pengembangan media KIE, antara lain bekerjasama dengan Dinas Pendidikan dan organisasi setempat, melakukan kegiatan penyuluhan dan konseling pada individu, kelompok melalui media elektronik dan media cetak. Selain itu melakukan pemberdayaan masyarakat guna menumbuhkan potensi masyarakat secara optimal dalam pengendalian HIV-AIDS serta promosi kondom yang bertujuan untuk meningkatkan upaya pencegahan HIV-AIDS. Upaya lain yaitu dengan jejaring kerja di mana pengendalian HIV-AIDS diarahkan untuk melibatkan berbagai sector, kelompok masyarakat, nasional, regional dan internasional.

2.1.6.3 Logistik

Manajemen logistik merupakan suatu siklus dari serangkaian kegiatan utama baik dari seleksi, pengadaan, distribusi serta penggunaan yang di dukung oleh organisasi, pembiayaan, sistem informasi serta sumber daya manusia dan evaluasi serta jaminan mutu.

2.1.6.4 Konseling dan Tes HIV

Konseling terdiri dari Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) atau VCT serta konseling dan tes yang di prakarsai oleh petugas kesehatan (KTPK). KTS merupakan layanan yang di butuhkan oleh klien secara aktif dan individual, sedangkan KTPK adalah layanan yang di prakarsai oleh petugas kesehatan sebagai penawaran secara rutin untuk tes dan konseling yang artinya menawarkan tes kepada semua klien dewasa yang berobat ke sarana kesehatan tanpa memandang alasan medisnya.

2.1.6.5 Perawatan, Dukungan dan Pengobatan

Layanan yang diberikan adalah perawatan berkesinambungan dan pengobatan ARV bagi individu yang terinfeksi serta adanya dukungan dengan stigma dan diskriminasi yang minimal bagi mereka yang terdampak HIV-AIDS.

2.1.6.6 Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Pencegahan Penularan dari Ibu dan Anak (PPIA) atau di kenal dengan "*Prevention of Mother to Child HIV Transmission*". PPIA adalah berbagai upaya untuk mencegah infeksi pada perempuan, serta mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Pencegahan penularan dari ibu ke bayi diperlukan terutama di beberapa daerah yang epideminya sudah cukup tinggi dan meluas ke masyarakat. Program utama yang diperlukan adalah memaksimalkan kesempatan pemeriksaan HIV bagi ibu hamil dan pasangannya dan memperkuat jejaring rujukan untuk PMTCT melalui pengintegrasian ke pelayanan kesehatan ibu dan anak yang sudah ada. Empat konsep dasar dalam PPIA yaitu mengurangi jumlah ibu hamil dengan HIV positif, menurunkan *viral load* serendah-rendahnya, meminimalkan paparan bayi terhadap darah dan cairan tubuh ibu HIV positif serta mengoptimalkan kesehatan dari ibu HIV positif.

Strategi pencegahan penularan HIV dari ibu dan bayi meliputi kegiatan empat prong yaitu prong satu adalah mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan umur reproduksi dengan tidak melakukan hubungan seksual yang tidak aman (*abstinence*), bersikap saling setia kepada pasangan seksualnya (*be-faithful*), penggunaan kondom dan tidak menggunakan NAPZA terutama NAPZA suntik yang tidak steril. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah menyebarluaskan informasi tentang HIV-AIDS di masyarakat melalui penyuluhan, kegiatan berbasis kesehatan masyarakat seperti posyandu. Prong dua yaitu mencegah kehamilan tidak direncanakan pada ibu HIV positif melalui program keluarga berencana dengan menggunakan alat kontrasepsi mantap dan penggunaan kondom. Prong tiga mencegah terjadinya penularan saat kehamilan dan prong empat memberi dukungan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya. Bentuk intervensi berupa pelayanan kesehatan ibu dan anak yang komprehensif, pelayanan konseling dan tes HIV secara sukarela, pemberian obat Antiretrovirus (ARV), penatalaksanaan Obstetri bagi ibu hamil dengan HIV positif atau ibu berisiko namun status HIV belum di ketahui serta pemberian makanan pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif atau ibu berisiko namun HIV belum di ketahui (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI (2008), Pemberdayaan menjelaskan bahwa sasaran dalam upaya penanggulangan dan pencegahan HIV-AIDS terdiri dari kelompok sasaran langsung terdiri dari 7 kelompok umur dalam siklus kehidupan antara lain remaja , pasangan umur subur, perempuan hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, balita dan anak umur sekolah. Kelompok sasaran tidak langsung seperti organisasi, tokoh masyarakat, pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Institusi keagamaan dan media masa.

Ibu hamil diharapkan dapat melakukan pemeriksaan untuk mengurangi kematian dan menjaga serta meningkatkan kualitas ibu hamil dan janin yang dikandungnya (Motsoaledi, 2010) yaitu ;

1. Melakukan pemeriksaan HIV sejak dinyatakan dirinya hamil
2. Menerima suplementasi *mikronutrien* yang diberikan

3. Mendapatkan informasi tentang pemeriksaan HIV baik pada dirinya dan pasangannya.
4. Melibatkan mitra pasangan seksualnya dalam merawat kehamilannya.
5. Bagi ibu hamil yang HIV positif maka diharapkan akan mengikuti program PMTCT sampai proses kelahiran dan menyusui bayinya, melakukan pemeriksaan CD-4, dilakukan *screening* TB serta mendapatkan profilaksis TB, mendapatkan pengobatan ART jika $CD-4 < 350 \text{ sel/mm}^3$ serta mendapatkan konseling tentang seks yang aman, kontrasepsi yang aman pasca persalinan dan pemeriksaan HIV pada pasangannya.

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu cara untuk merubah perilaku berisiko individu terhadap penularan HIV-AIDS. Komponen yang dilakukan dalam pendidikan kesehatan adalah dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan tentang penularan HIV-AIDS, aktivitas seksual yang aman, pemahaman bahwa tidak semua penyakit menular dapat disembuhkan salah satunya adalah HIV-AIDS. Selain itu perlu disampaikan tentang pemeriksaan secara dini pada pasangan, pendidikan tentang bahaya penggunaan narkoba jarum suntik yang tidak steril.

2.1.6.7 Infeksi Menular Seksual (IMS)

Di Indonesia strategi pengendalian IMS mengacu pada 4 pilar utama (Kemenkes RI, 2011). Antara lain mobilisasi komunitas dan penguatan pemangku untuk kepentingan lingkungan yang kondusif, perubahan perilaku berisiko menjadi tidak berisiko, pemasaran social dan promosi penggunaan kondom serta layanan IMS yang memadai pada setiap unit pelayanan kesehatan.

2.1.6.8 Pengurangan Dampak Buruk Napza

Istilah lain yaitu *harm reduction*, yaitu mengurangi dampak buruk atau konsekuensi negative kesehatan yang berkaitan dengan perilaku penasun. Prinsip dalam *harm reduction* antara lain penasun dianjurkan untuk berhenti memakai napza, kemudian jika bersikeras maka didorong untuk berhenti dengan cara suntik bahkan dipastikan menggunakan alat suntik steril dan tidak menggunakan jarum secara bersamaan. Kegiatan *harm reduction* antara lain penjangkauan dan pendampingan, KIE, penilaian pengurangan risiko, konseling dan tes HIV,

Layanan Alat Suntik Steril (LASS), layanan terapi ketergantungan napza atau Terapi Rumatan Metadon (TRM), perawatan , dukungan serta pengobatan.

2.1.6.9 Kewaspadaan Standar

Seperangkat prosedur dan pedoman yang dirancang untuk mencegah terjadinya infeksi pada tenaga kesehatan dan juga memutuskan mata rantai penularan ke pasien merupakan bagian dari pengendalian infeksi di sarana pelayanan kesehatan. Kegiatan kewaspadaan standar antara lain penggunaan alat pelindung, pengolahan alat kesehatan, benda tajam, kecelakaan kerja, kewaspadaan khusus dan kewaspadaan melalui peralatan.

2.1.6.10 Kolaborasi TB-HIV

Tuberculosis (TB) merupakan IO yang paling sering yaitu sekitar 50% (Kemenkes RI, 2011). Yang di jumpai pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) dibandingkan *oportunistik* lainnya, karena itu program kolaborasi ini sangat penting.

2.1.6.11 Monitoring dan Evaluasi

Monitoning merupakan kegiatan pengawasan secara rutin dan berkesinambungan dalam menilai pencapaian program sedangkan evaluasi merupakan proses membuat penilaian secara sistematis mengenai suatu kebijakan, program, proyek, atau kegiatan berdasarkan informasi dan hasil analisis dibandingkan relevansi, keefektifan biaya dan keberhasilannya untuk keperluan pemangku kepentingan.

2.1.6.12 Surveilens Epidemiologi

Kegiatan yang terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebaluasan informasi ke penyelenggara program dan instansi terkait secara sistematis dan terus menerus tentang situasi HIV-AIDS serta kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan agar dapat dilakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien.

2.2 Perilaku

2.2.1 Defenisi Perilaku

Perilaku kesehatan dalam arti luas mengacu pada tindakan-tindakan individu, kelompok, dan organisasi, serta faktor yang menentukan mereka untuk melakukan suatu ketrampilan dalam meningkatkan kualitas hidup mereka (Glanz, et al ,2008). Perubahan perilaku dipengaruhi oleh kurangnya informasi, ketrampilan, sumber daya, fasilitas, dan dukungan keluarga (Naidoo, 2004).

Menurut Gochman (1982) dalam Glanz, et al, (2008), perilaku kesehatan adalah atribut-atribut pribadi seperti kepercayaan, harapan, motif, nilai-nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, emosional, dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan. Perilaku adalah reaksi karena adanya naluri yang merangsang dan akan diterima oleh otak, artinya individu akan berperilaku melalui proses dan pengalaman berfikir atau belajar menurut Bandura, 1995. Adapun aspek-aspek perilaku terdiri dari pengamatan yang artinya individu mengenal sesuatu (objek) melalui panca indera, perhatian, tanggapan fantasi atau daya hayal serta ingatan atau memori, berfikir, adanya motif yang akan membuat individu untuk melakukan perubahan perilaku (Pieter, 2010).

Kasl dan Cobb (1966) dalam Browning. C (2005) mendefinisikan tiga kategori perilaku kesehatan yaitu

1. Perilaku pencegahan (*well behavior*), yaitu di mana individu akan percaya bahwa tindakan yang dilakukannya merupakan pemeliharaan kesehatannya atau untuk menghindarinya dari sakit, misalnya dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur bagi ibu hamil untuk memperoleh keadaan yang sehat bagi bayi yang dikandungnya. Tahapan dalam melakukan perilaku pencegahan antara lain :
 - a. *Primary prevention*, merupakan suatu upaya untuk menghindari penyakit atau kecelakaan yang belum terjadi.
 - b. *Secondary prevention*, upaya untuk melakukan deteksi dini yaitu dengan *Screening*, misalnya melakukan pemeriksaan HIV.

- c. *Tertiary prevention*, upaya ini dilakukan untuk menghindari terjadinya kecacatan agar tidak menjadi parah, misalnya dengan melakukan pengobatan ARV pada mereka yang terinfeksi HIV-AIDS.
2. Perilaku sakit (*Symptom based/ illness behavior*), yaitu segala tindakan dan upaya yang dilakukan oleh individu yang merasakan bahwa dirinya sakit serta dia akan mencari pertolongan pengobatan untuk kesembuhan dirinya.
3. Peran perilaku sakit (*sick role behavior*), yaitu aktivitas apapun yang dilakukan oleh individu agar dirinya sembuh setelah dia mengetahui dan dinyatakan sakit.

Teori Skinner (1938) dalam Walgito (2010), menyatakan bahwa sebuah perilaku dapat diikuti dengan rangsangan atau stimulus untuk peningkatan perilaku, ia menegaskan bahwa perilaku itu merupakan respon atau reaksi individu terhadap rangsangan atau stimulus dari luar. Teorinya yang di kenal sebagai teori S-O-R atau Stimulus-Organisme-Respon. Skinner menyimpulkan dari beberapa penelitiannya bahwa perilaku terdiri dari aspek-aspek utama yaitu yang membuat manusia untuk berperilaku adalah proses belajar dari lingkungannya baik melalui pembelajaran yang dikondisikan (*classical conditioning*), kondisi operan (*operant conditioning*) dan sosial (*sosial learning*).

2.2.2 Tahap Tahap dalam Perubahan Perilaku

Perilaku dapat dibentuk melalui beberapa cara sesuai dengan yang diharapkan (Walgito, 2010) antara lain dengan *condicioning* atau kebiasaan, yaitu dengan cara membiasakan diri berperilaku sesuai dengan yang diharapkan. Cara lain adalah dengan pengertian (*insight*), yaitu dengan melihat beberapa pertimbangan atau norma yang berlaku. Pembentukan dan perubahan perilaku juga dapat dilakukan dengan cara menggunakan model, misalnya melakukan pemeriksaan HIV karena termotivasi oleh individu, cara ini didasarkan pada teori belajar sosial (*sosial learning theory*).

Merubah perilaku individu bukanlah suatu hal yang mudah, sangat memerlukan upaya seperti pendidikan kesehatan, mengemukakan beberapa tahap yaitu :

a. Tahap *Sensitisasi*

Tahap ini digunakan untuk memberikan informasi dan kesadaran kepada masyarakat, misalnya tentang pengetahuan melalui media masa seperti poster, selebaran, dan lainnya.

b. Tahap *Publisitas*

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap sensitisasi, bentuk kegiatannya adalah memperjelas lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Tahap *Edukasi*

Tujuan dalam tahap ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan , mengubah sikap serta mengarahkan perilaku sesuai yang diinginkan, dengan metoda belajar mengajar.

d. Tahap *Motivasi*

Pada tahap ini kelanjutan dari tahap edukasi di mana individu melakukan tindakan ataupun perilaku kesehatan yang diinginkan, misalnya ibu hamil mau memeriksakan dirinya terkait dengan HIV-AIDS.

Motivasi dan persepsi tidak dapat dipisahkan karena dalam suatu motivasi yang membuat individu berperilaku tertentu, individu akan mempersepsikan hal-hal yang berhubungan adanya perubahan perilaku tersebut. Persepsi diartikan merupakan suatu proses yang di dahului oleh proses penginderaan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera atau yang disebut proses sensorik (Walgito, 2010), misalnya jika individu mempersepsikan bahwa dirinya memiliki risiko untuk tertular suatu penyakit maka dia akan termotivasi untuk melakukan perubahan perilaku seperti *screening*.

Motivasi merupakan salah satu penyebab perubahan perilaku pada individu, misalnya bagaimana persepsi individu terhadap ancaman penyakit, jika persepsi yang dirasakan merupakan risiko yang membahayakan, tentu individu akan melakukan upaya-upaya atau perubahan perilaku yang mengarah kepada kesehatannya (Jarvis, 2010). Definisi motivasi itu sendiri adalah proses gerakan,

dorongan yang timbul dan perilaku yang ditimbulkan oleh situasi tersebut (Sarwono, 2009). Motivasi tidak hanya merangsang suatu perilaku saja, tetapi merangsang berbagai perilaku lain yang terdiri dari tanggapan yang berbeda-beda, dan motivasi ini mengarahkan perilaku pada tujuan tertentu.

2.2.3 Teori – Teori Perubahan Perilaku

Walgito (2010) menyatakan ada beberapa teori yang menyebabkan perubahan perilaku pada individu antara lain :

1. Teori *Insting*

Dikemukakan oleh Mc. Dougall sebagai pelopor psikologi sosial. Insting merupakan perilaku bawaan yang dapat mengalami perubahan karena suatu pengalaman.

2. Teori Dorongan (*Drive Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa individu memiliki tujuan atau kebutuhan sehingga menyebabkan individu berperilaku.

3. Teori Insentif (*Incentive Theory*)

Perubahan perilaku didasarkan karena adanya insentif (*reinforcement*), insentif ini dapat bersifat negatif yaitu berupa hukuman dan positif berupa hadiah. *Reinforcement* yang positif akan mendorong perubahan perilaku individu.

4. Teori Atribusi

Teori ini dikemukakan oleh Fritz Heider dalam Walgito (2010), teori ini menyatakan bahwa perubahan perilaku individu karena adanya sebab akibat.

5. Teori Kognitif

Pembentukan dan perubahan perilaku merupakan proses belajar yang akan membuat individu memiliki pengetahuan dan pengalaman untuk memilih perilaku yang akan dilakukannya dan yang bersangkutan akan memilih beberapa alternatif yang akan membawa manfaat baginya, hal inilah yang disebut dengan model *subjective expected utility (SEU)*. Kemampuan berfikir memiliki peran yang sangat berarti terhadap perubahan perilaku tersebut.

Glanz, et al, (2008) menjelaskan bahwa ada beberapa teori perubahan perilaku sehat yaitu teori model kepercayaan kesehatan atau dikenal dengan *Theory Health Belief Model (HBM)* adalah teori yang sering digunakan dalam perubahan perilaku kesehatan. Teori tindakan beralasan atau *Theory of Reasoned Action (TRA)*, teori perilaku terencana atau *The Theory of Planned Behavior (TPB)* dan teori model perilaku terintegrasi atau *Theory The Stages of Change Models (IBM)*. Teori tindakan beralasan (*TRA*) dan teori perilaku terencana (*TPB*) menjelaskan bahwa faktor motivasi individu sebagai penentu kemungkinan melakukan perilaku tertentu. Teori mengasumsikan bahwa alat prediksi perilaku terbaik adalah dengan adanya niat perilaku (*behavioral intention*) yang pada akhirnya akan membentuk sikap (*attitude*) ke arah persepsi normatif perilaku dan sosial yang berkaitan dengannya. *TPB* menambahkan kontrol yang dirasakan (*perceived control*) terhadap perilaku, mempertimbangkan situasi di mana individu mungkin tidak memiliki kontrol yang lengkap terhadap suatu perilaku.

Teori model perilaku terintegrasi atau *Theory The Stages of Change Models (IBM)* mencakup teori-teori dari *TRA* dan *TPB*. Perilaku tertentu akan terjadi jika pertama, individu memiliki niat kuat untuk menjalankannya, serta pengetahuan dan skill untuk melakukannya, faktor kedua adalah tidak adanya batasan lingkungan serius yang mencegah pelaksanaan perilaku tersebut, selain itu perilaku tersebut merupakan perilaku penting (*salient*) dan yang terakhir adalah individu tersebut pernah menjalankan perilaku itu sebelumnya (Browning, 2005).

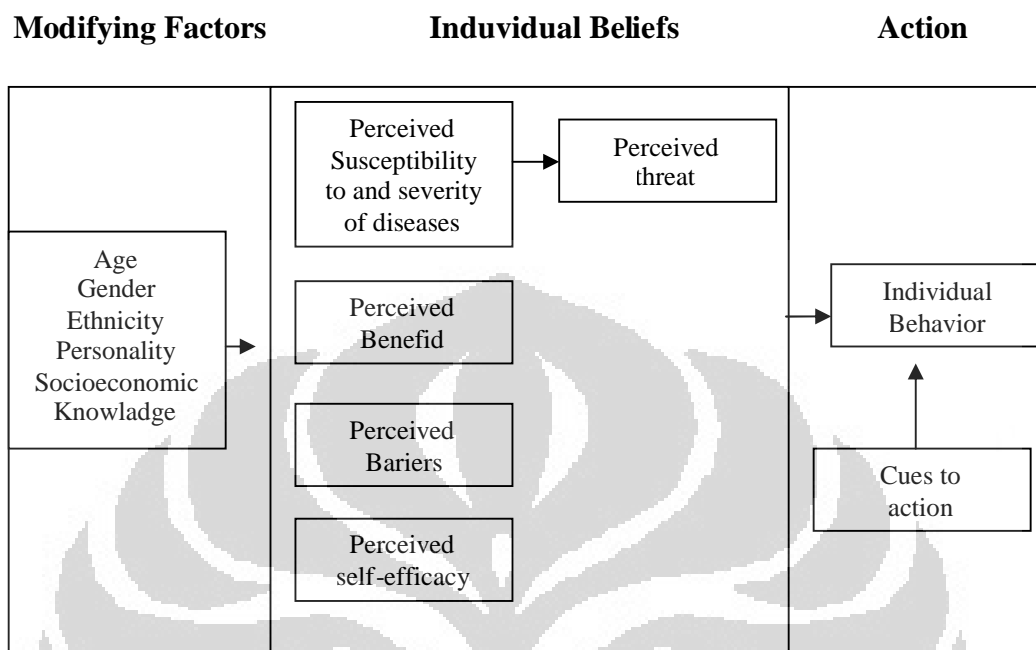
Teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa individu akan melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh 3 faktor antara lain faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu yang menjadi pencetus utama seperti pengetahuan, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Faktor lain adalah yang mendorong adanya suatu sebab seperti lingkungan dan fasilitas (*enabling factors*), serta faktor pendorong sebagai penguat melakukan perilaku tertentu (*reinforcing factors*). Teori Snehandu B. Kars (dalam Notoatmodjo, 2007) menyatakan bahwa individu berperilaku karena adanya niat, dukungan sosial, sumber informasi dan pelayanan kesehatan.

2.2.4 *Health Belife Models (HBM)*

Model perilaku ini dikembangkan pada tahun 50-an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini Tuberculosis (TB). HBM di perbaharui oleh empat ahli psikologis yaitu Hocbaum, Kogelas, Leven that, dan Rosenstock tahun 1974, kemudian di modifikasi oleh Bandura tahun 1974. Analisis terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku. HBM didasarkan atas tiga faktor esensial yaitu kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan, adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku serta perilaku itu sendiri (Glanz et al, 2008). Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti yang dirasakan individu tentang kerentanan dan risiko terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil risiko terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan manfaat. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan, interaksi dengan petugas kesehatan dan pengalaman mencoba merubah perilaku.

Manusia pada umumnya cenderung membangun kepercayaan untuk memenuhi kebutuhan mereka, namun mereka tidak leluasa meyakini segala sesuatu yang mereka inginkan, karena mereka membutuhkan informasi, yang membenarkan kepercayaannya tersebut. Individu bertindak atau berperilaku yang secara rasional berdasarkan pemikiran dan kesimpulan yang logis dan realistik, hal tersebut di dasari bahwa ide berperilaku sehat tidak dikendalikan oleh motivasi tidak sadar . Apabila individu yakin bahwa suatu tindakan tertentu akan membawa dirinya lebih dekat pada hal yang menurut dirinya bernilai, maka individu tersebut akan membuat keputusan yang rasional dan untuk melakukannya. Individu berfikir tentang risiko yang bisa terjadi dalam hidupnya, khususnya masalah kesehatan, menilai kerentanan dirinya dan keseriusan masalah

kesehatannya untuk menentukan apakah dia akan mengambil langkah untuk berperilaku sehat atau tidak.



Bagan 0.2 Health Belief Model Components and Linkages

Sumber : The Health Belief Model And Personal Health Behavior, Glanz, et al, 2008.

Konsep utama dalam HBM Rosenstock, 1974 dalam Glanz, et al (2008) antara lain yaitu :

1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Penilaian pertama adalah kerentanan atau ancaman yang dirasakan terhadap risiko yang akan muncul. Kerentanan yang diyakini oleh individu dan dia percaya bahwa dirinya termasuk individu berisiko terhadap suatu penyakit serta kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit, misalnya ibu hamil yang merasa rentan akan dirinya untuk tertular penyakit HIV karena dia tahu kerentanan yang diperolehnya dari pasangannya sebagai pengguna narkoba jarum suntik. Dia percaya kalau dirinya rentan dan dapat tertular oleh penyakit tersebut karena itu dia melakukan pemeriksaan HIV agar dia memastikan dirinya terinfeksi atau tidak. Asumsi lain dari kerentanan ini bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut cukup tinggi maka perilaku pencegahan juga akan meningkat.

Menurut HBM, penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan ketidak-kebalan yang dirasakan dan merupakan kemungkinan bahwa individu dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka dan keseriusan yang dirasakan yaitu penilaian yang kedua yang dibuat adalah perbandingan antara manfaat dengan kerugian dari perilaku untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak.

2. Kepelikan yang dirasakan (*perceived severity*)

Adanya perasaan individu tentang keseriusan untuk tertular suatu penyakit, tentang pengobatannya, dampak kelanjutan dari penyakit tersebut sampai pada dampak sosial yang dirasakan baik terhadap keluarga, teman dan masyarakat setempat, hal ini merupakan ancaman bagi individu sehingga dia merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan atau upaya kesehatan lainnya.

3. Manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*)

Individu akan merasakan apakah tindakan atau perilaku yang dia lakukan dirasakan manfaat baginya, dengan kata lain individu akan mempertimbangkan segala hal yang berkaitan dengan segala perilaku yang dilakukannya, misalnya ibu hamil menimbang berbagai manfaat yang diperolehnya jika ia melakukan pemeriksaan HIV baik dilihat dari segi ekonomis, waktu dan hubungan dengan suami ataupun keluarganya.

4. Hambatan yang dirasakan (*perceived barrier*)

Segala sesuatu yang memperlambat individu dalam perubahan perilaku tertentu. Hal ini dapat dilihat dari segi biaya yang mahal, manfaat, pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan dan tidak menyenangkan, serta dukungan dari keluarga dan lainnya.

5. Isyarat pada tindakan (*cues to action*)

cues to action adalah isyarat atau petunjuk yang diperlukan untuk berperilaku dalam tindakan pencegahan penyakit seperti pendidikan kesehatan yang diperoleh, pengalaman tentang penyakit tertentu yang terjadi pada individu yang berada di lingkungan sekitarnya, komunikasi serta media informasi. Definisi komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan dari individu kepada individu lain untuk memberikan suatu perubahan baik itu sikap, pendapat atau perilaku yang disampaikan secara langsung

atau tidak langsung (Effendy, 2003). Komunikasi terdiri dari komunikasi intra personal, kelompok maupun massa (Rakhmat, 2005).

Isyarat lain dalam teori HBM adalah sumber informasi dari media massa, antara lain media cetak seperti buku, majalah, koran dan media elektronik seperti TV, radio, internet. Media ini dapat dijadikan sumber informasi untuk terjadinya suatu perubahan perilaku (Rakhmat, 2005).

6. Kemandirian diri (*self-efficacy*)

Menurut Bandura (1997) dalam Glanz, et al, (2008), bahwa individu mempunyai pendirian bahwa dia akan berhasil melakukan perilaku tertentu untuk mendapatkan hasil tertentu pula atau dengan kata lain bahwa individu berperilaku pasti akan mengakibatkan hasil tertentu pula.

Beberapa dugaan dalam HBM bahwa keputusan perilaku terhadap pencegahan HIV-AIDS merupakan gabungan dari beberapa hal yang dirasakan yaitu kerentanan tertular, keseriusan penyakit, dan persepsi manfaat serta hambatan. Individu yang tidak percaya bahwa mereka berada pada risiko tersebut, maka manfaat atau hambatan tidak akan relevan, untuk mensukseskan perubahan perilaku, individu harus merasa terancam oleh pola perilaku mereka saat ini (kerentanan dan kepelikan yang dirasakan) dan percaya bahwa perubahan perilaku tertentu akan memberikan hasil berharga sesuai dengan biaya yang dikeluarkan (manfaat yang dirasakan).

Ada beberapa variabel lain dalam HBM yang mempengaruhi perilaku individu, diantaranya variabel umur, jenis kelamin, latar belakang etnis, variabel pengetahuan dan sosiodemografi yang dapat mempengaruhi persepsi dan dengan demikian secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan tertentu. HBM didasarkan kepada pemahaman individu yang percaya memelihara kesehatannya dihubungkan dengan aktifitasnya, misalnya jika individu tersebut menghindari perasaan memiliki kesehatan yang lemah (pada pasien-pasien HIV), memiliki harapan positif dengan kesehatannya, jika melaksanakan apa yang di rekomendasikan petugas kesehatan.

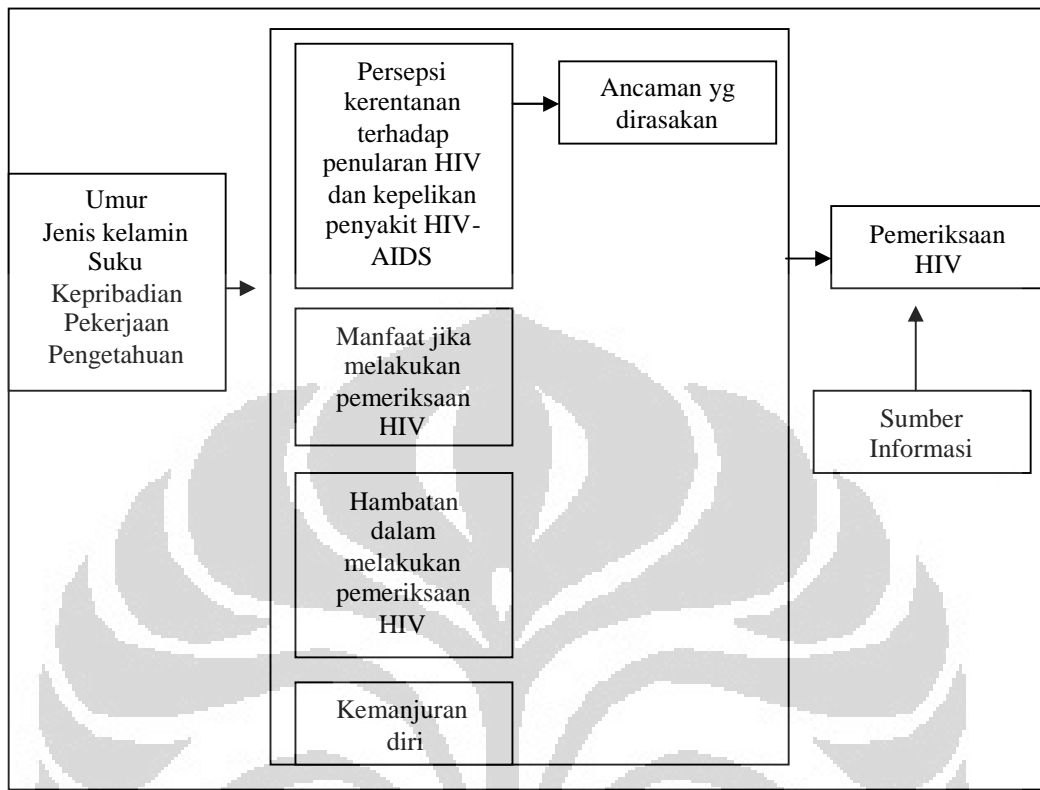
Beberapa penelitian tentang HBM yang dilakukan oleh Hochbaum (1958) yang mempelajari persepsi apakah individu percaya bahwa dirinya rentan terserang penyakit *Tuberculosis* dan manfaatnya melakukan pendeteksian secara

dini (*screening*), dan hasilnya bahwa 82% individu yang melakukan *screening* dengan sengaja, dengan kata lain bahwa jika individu memiliki persepsi bahwa dirinya rentan terhadap suatu penyakit, dan dia percaya bahwa penyakit tersebut berdampak buruk baginya serta mempertimbangkan berbagai manfaat untuk melakukan tindakan tersebut melebihi dari keparahannya, maka dia akan melakukan upaya yang dipercaya dapat mengurangi risiko penyakit tersebut.

Studi yang dilakukan di Amerika Serikat dengan teori HBM pada perilaku seksual berisiko yang terfokus pada remaja dan dewasa muda, menghasilkan hubungan yang signifikan antara penggunaan kondom dan kerentanan yang dirasakan (Basen-Engquist, 1992; Houton carabin, dan Handerson, 2005; Mahoney, Thombs, dan Ford, 1995; Steers dan lain-lain, 1996) dalam Glanz, et al (2008).

Beberapa dugaan dalam teori HBM di atas bahwa keputusan perilaku terhadap pemeriksaan HIV dipengaruhi oleh faktor antara lain kerentanan penularan HIV-AIDS, keparahan penyakit HIV-AIDS, manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV, hambatan yang dirasakan, dan kemanjuran diri serta petunjuk yang diperoleh tentang HIV-AIDS. faktor modifikasi lain terdiri dari umur, jenis kelamin, ras/suku, kepribadian, pekerjaan dan pengetahuan. Ibu hamil Trimester 2 dan 3 yang tidak percaya bahwa dia berisiko/ rentan akan penularan HIV-AIDS dan menganggap HIV-AIDS ini adalah penyakit biasa (kepelikan/keparahan), maka ibu tidak akan merasa bahwa dirinya akan terancam, yang pada akhirnya tidak ada perubahan perilaku untuk melakukan pemeriksaan HIV, untuk mensukseskan perubahan perilaku (pemeriksaan HIV), ibu hamil Trimester 2 dan 3 harus merasa terancam oleh pola perilakunya saat ini (kerentanan dan kepelikan yang dirasakan) dan percaya bahwa pemeriksaan HIV akan memberikan hasil berharga sesuai dengan biaya yang dikeluarkan (manfaat yang dirasakan).

Faktor Modifikasi **Yang dirasakan ibu** **Perilaku**
Hamil trimester 2 dan 3



Bagan 0.3 Model Kepercayaan Kesehatan

Sumber : The Health Belief Model And Personal Health Behavior, Glanz, et al, 2008

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

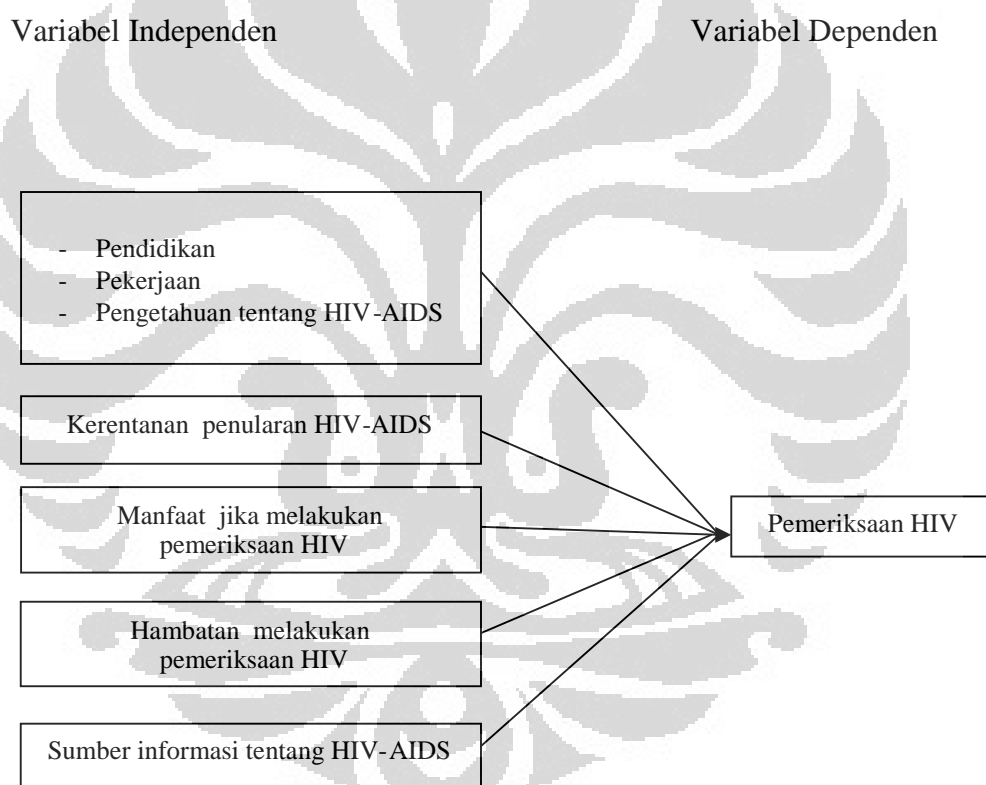
3.1 Kerangka Teori

Berdasarkan teori yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka penelitian ini mengadopsi konsep model perilaku menurut HBM, dimana perilaku pemeriksaan HIV pada ibu hamil di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS, manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV, hambatan yang dirasakan untuk melakukan pemeriksaan HIV, dan kemanjuran diri serta sumber informasi yang tentang HIV-AIDS. Faktor modifikasi yang mempengaruhi adalah umur, jenis kelamin, ras/ suku, kepribadian, pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan.

Ada beberapa variabel yang tidak digunakan dalam penelitian ini, diantaranya yaitu variabel umur karena 88,0% pada perempuan umur reproduktif yaitu 19 sampai 49 tahun (KPAN, 2010), pada umur tersebut merupakan umur kemungkinan perempuan akan hamil, jadi jelas sasaran peneliti di sini adalah ibu yang hamil yang berumur 19-49 tahun. Variabel lain yang tidak digunakan adalah jenis kelamin karena semua ibu hamil berjenis kelamin perempuan. Di Pontianak Provinsi Kalimantan Barat mayoritas penduduknya adalah suku melayu, selain itu berdasarkan WHO bahwa ras tidak mempengaruhi individu dalam penyebaran dan penularan HIV./AIDS. Status perkawinan tidak diperlukan sebagai variabel karena sangat jelas bahwa ibu hamil berstatus sudah menikah. Variabel kepribadian dan kemanjuran diri tidaklah menjadi variabel dalam penelitian ini karena perlu penelitian khusus yang berkaitan dengan keilmuan psikologis. Variabel yang diteliti meliputi faktor pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, kerentanan, manfaat dan hambatan yang dirasakan pada ibu hamil serta sumber informasi tentang HIV-AIDS.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah kombinasi dari variabel-variabel perilaku dari teori HBM, untuk variabel independennya adalah faktor modifikasi (pendidikan, pekerjaan, pengetahuan tentang HIV-AIDS), faktor kerentanan, manfaat, hambatan dalam pemeriksaan HIV dan sumber informasi tentang HIV-AIDS. Variabel dependennya adalah perilaku dalam pemeriksaan HIV. Berdasarkan hal tersebut, maka disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Bagan 3.1 Kerangka Konsep

3.3 Hipotesis

- 1) Ada hubungan antara pendidikan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 2) Ada hubungan antara pekerjaan ibu hamil trimester 2 dan 3 trimester 2 dan 3 dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 3) Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV-AIDS ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 4) Ada hubungan antara kerentanan penularan terhadap HIV-AIDS yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 5) Ada hubungan antara manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 6) Ada hubungan antara hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 7) Ada hubungan antara sumber informasi tentang HIV-AIDS pada ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.

3.4 Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pemeriksaan HIV	Tindakan untuk melakukan deteksi dini penyakit HIV-AIDS	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. 53	1= Ya 0= Tidak	Nominal
2.	Pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir yang berhasil diselesaikan oleh ibu hamil.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No.1	1= Tinggi, jika tamat SMA keatas 0= Rendah, jika tamat SMP kebawah	Ordinal
3.	Pekerjaan	Pencaharian, yang dijadikan pokok penghidupan, atau sesuatu yg dilakukan untuk mendapat nafkah.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. 2	1=Bekerja (PNS, TNI/POLRI, Wiraswasta, swasta, buruh, sopir). 0= Tidak bekerja	Ordinal
4.	Pengetahuan tentang HIV- AIDS	Pemahaman ibu hamil tentang HIV/ AIDS terdiri dari: Pengertian, penyebab, gejala, cara penularan dan pencegahan HIV-AIDS.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan pengetahuan No. 1,2,3a-3e, 4a-4e, 5,6a-6d, 7, 8.	1 = Tinggi, jika total skor > median 9,00 0 = Rendah, jika total skor ≤ median 9,00	Ordinal
5.	Kerentanan terhadap penularan HIV/ AIDS	Pernyataan ibu hamil terhadap tingkat risiko dan dampak penyakit HIV-AIDS terhadap dirinya.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. 10-25	1=Ya, jika total skor > mean 33,40 0=Tidak, jika total skor ≤ mean 33,40	Ordinal
7.	Manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV	Pernyataan ibu hamil terhadap dampak positif yang diperoleh dari pemeriksaan HIV yang mencakup tahu akan terinfeksi, aman, tenang dan sehat menjalankan kehamilan, untuk pengobatan lanjut.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. 27-29	1 = Besar, jika total skor > mean 1,79 0= Kecil, jika total skor ≤ mean 1,79	Ordinal
8.	Hambatan dalam pemeriksaan HIV	Pernyataan ibu hamil akan halangan untuk melakukan pemeriksaan HIV yang mencakup ketidaktahuan informasi, tempat dan cara, persetujuan suami, kecemasan hasil, keamanan kerahasiaan, dan dicurigai.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. 30,31,33,34,35,37, 38,39.	1= Kecil, jika total skor < mean 3,88 0= Besar, jika total skor ≥ mean 3,88	Ordinal
9.	Sumber informasi tentang HIV-AIDS	Pernyataan reponden terhadap pesan yang diperoleh melalui penyuluhan kesehatan, gejala dan penyakit di sekitar individu yang ada dilingkungannya, dan media masa	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. 40,44,46.	1 = Banyak, jika total skor > median 1,00 0 = Sedikit, jika total skor ≤ median 1,00	Ordinal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi pada perilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional* (potong lintang), karena variabel independen dan dependen diukur pada saat bersamaan .

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di empat Puskesmas yang ada di Kota Pontianak yaitu UPD. Puskesmas Kampung Bangka, UPK. Puskesmas Alianyang, UPK. Puskesmas Kampung Dalam dan UPK. Puskesmas Tambelan Sampit pada bulan Mei sampai dengan Juni 2012.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu hamil trimester 2 dan 3 yang berkunjung ke UPTD. Puskesmas Kampung Bangka, UPK. Puskesmas Alianyang, UPK. Puskesmas Kampung Dalam dan UPK. Puskesmas Tambelan Sampit pada bulan Mei sampai dengan Juni 2012 berjumlah 292 ibu hamil.

4.3.2 Sampel

Pada penelitian ini jumlah besar sampel di hitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis dua proporsi (Lemeshow, 1997).

$$n = \frac{[z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- n = Besar sampel
 $Z_{\alpha/2}$ = Standar deviasi pada kepercayaan 95% atau $\alpha = 5\% = 1,96$
 $2\bar{p}$ = $p_1 + p_2 / 2$
 $1-\beta$ = Kekuatan uji 95%
 p_1 = proporsi ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV dengan tingkat pengetahuan tinggi = 32,4% = 0,324 (Rochyati, 2006)
 p_2 = proporsi ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV dengan tingkat pengetahuan rendah = 56,5% = 0,565 (Rochyati, 2006)

Berdasarkan perhitungan sampel di atas, maka di dapat besarnya sampel minimal adalah 52 sampel/ kelompok. Jumlah sampel minimal dikalikan 2 menjadi 104, untuk menghindari kemungkinan sampel yang terpilih tidak ada maka 104 di tambah 10% menjadi 114 sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Pemilihan sampel dilakukan secara *probabilitas* yaitu dengan *Simple Random Sampling* (SRS) sehingga tiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk menjadi sampel dalam penelitian (Lemeshow, 1997). Cara pengambilan sampel dari masing-masing Puskesmas yaitu dengan membuat daftar jumlah dan nomor urut ibu hamil trimester 2 dan 3 yang ada di UPTD. Puskesmas Kampung Bangka (79 ibu hamil trimester 2 dan 3), UPK. Puskesmas Alianyang (67 ibu hamil trimester 2 dan 3), Upk. Puskesmas Kampung Dalam (138 ibu hamil trimester 2 dan 3), dan UPK Puskesmas Tambelan Sampit (8 ibu hamil trimester 2 dan 3). Selanjutnya dilakukan sistem acak dengan menggunakan komputer sehingga diperoleh hasil ibu hamil trimester 2 dan 3 yang akan diteliti yaitu UPTD. Puskesmas Kampung Bangka (31 ibu hamil trimester 2 dan 3) dan UPK. Puskesmas Alianyang (22 ibu hamil trimester 2 dan 3), Upk. Puskesmas Kampung Dalam (57 ibu hamil trimester 2 dan 3) dan UPK Puskesmas Tambelan Sampit (4 ibu hamil trimester 2 dan 3).

4.4 Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini adalah menggunakan data primer yang diperoleh dari hasil wawancara secara terpimpin (*structured interview*) dengan seluruh ibu hamil trimester 2 dan 3. Pengumpulan data ini dilakukan oleh peneliti dan di

bantu oleh 1 bidan yang telah dilatih dalam melakukan wawancara. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner yang dibacakan langsung oleh peneliti kepada ibu hamil trimester 2 dan 3. Pengumpulan data dilakukan, setelah peneliti menjelaskan secara singkat tentang maksud dan tujuan wawancara, dan meminta persetujuan (*informed consent*) pada ibu hamil trimester 2 dan 3 untuk terlibat didalam wawancara, selanjutnya dilakukan wawancara sesuai dengan kuesioner yang ada.

Pengumpulan data dilakukan setelah uji coba kuesioner untuk uji *validitas* dan *reliabilitas*. Uji kuesioner dilakukan kepada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki karakteristik sama dengan ibu hamil trimester 2 dan 3 yang akan diteliti. Uji coba dilakukan kepada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang ada di UPK. Puskesmas Tanjung Hulu sebanyak 26 orang. Hasil uji dinyatakan valid bila r hasil lebih besar dari r tabel yaitu 0.258 dilanjutkan melihat reliabilitas dengan nilai *Cronbach's alpha* adalah 0.602 lebih besar dari r tabel (terlampir). Berdasarkan uji kuesioner tersebut ada 46 pertanyaan yang valid dari 55 pertanyaan penelitian.

4.5 Manajemen Data

4.5.1 Editing

Penyuntingan data dilakukan untuk menghindari kesalahan atau kemungkinan adanya kuesioner yang belum diisi.

4.5.2 Coding

Mengubah data yang berbentuk huruf menjadi angka/ bilangan yang bertujuan untuk memudahkan saat analisis dan mempercepat proses entry data. Pengkodean dilakukan terhadap beberapa variabel yang ada dalam penelitian ini.

4.5.3 Entry

Setelah semua isian lembaran kuesioner sudah terisi penuh dan benar serta melewati pengkodean, maka langkah berikutnya adalah memasukkan data dari kuesioner ke program komputer untuk di analisis.

4.5.4 Cleaning

Melakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah sudah benar atau tidak. Pengecekan ini berguna untuk mengetahui adanya data yang tidak konsisten, variasi dan *missing* data.

4.5.5 Scoring

Pemberian skor atau penetapan nilai dilakukan setelah pemasukan data. *scoring* dilakukan pada variabel pengetahuan tentang HIV-AIDS, kerentanan terhadap penularan HIV, manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV, hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV dan sumber informasi tentang HIV-AIDS.

1. Variabel pengetahuan tentang HIV-AIDS

Variabel pengetahuan terdapat 19 pertanyaan, dimana setiap item jawaban yang benar di beri nilai = 1 dan salah nilai = 0, sehingga nilai variabel pengetahuan adalah 0-19.

2. Variabel kerentanan terhadap penularan HIV

Variabel kerentanan terdapat 16 pertanyaan, dimana terdapat 4 item pernyataan, setiap item jawaban sangat tidak yakin diberi nilai = 1, tidak yakin skor nilai = 2, sangat yakin nilai =3 dan yakin nilai = 4, sehingga nilai variabel kerentanan adalah 4 - 64.

3. Variabel manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV

Variabel manfaat terdapat 3 pertanyaan, dimana setiap item jawaban ya diberi nilai =1 dan tidak nilai =0, sehingga nilai variabel manfaat adalah 0-3.

4. Variabel hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV

Variabel hambatan terdapat 8 pertanyaan, dimana setiap item jawaban ya diberi nilai = 1 dan tidak nilai = 0, sehingga nilai variabel hambatan adalah 0-8.

5. Variabel sumber informasi tentang HIV-AIDS

Variabel pertanyaan sumber informasi terdapat 3 pertanyaan, di mana setiap item jawaban ya diberi nilai = 1 dan tidak nilai = 0, sehingga nilai variabel sumber informasi adalah 0-3.

4.6 Analisis Data

Pengelolaan dan analisis data untuk variabel-variabel pada kuesioner dilakukan dengan menggunakan *software* pengolahan data. Data yang sudah di *entry* ke komputer akan dianalisis secara statistik di komputer. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis Univariat dan Bivariat.

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis data ini untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel (variabel independent dan dependen).

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, kerentanan, manfaat, hambatan dan sumber informasi) dengan dependen (perilaku pemeriksaan HIV) menggunakan perhitungan statistik uji *chi-square*. Kemungkinan dapat digunakan dengan batas 0,05 atau 5%. Hasil uji statistik dikatakan bermakna, bila nilai p lebih kecil dari α ($p < 0,005$) dan sebaliknya dikatakan tidak bermakna apabila nilai p lebih besar dari α ($p > 0,005$).

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Karakteristik Ibu hamil trimester 2 dan 3

Tabel 5.1 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Persebaran di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

UPK. Puskesmas	Frekuensi	%
Kampung Bangka	31	27,2
Alianyang	22	19,3
Kampung Dalam	57	50,0
Tambelan Sampit	4	3,5
Total	114	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, terlihat bahwa sebagian (50%) ibu hamil trimester 2 dan 3 pada penelitian ini berasal dari UPK. Puskesmas Kp. Dalam, dan hanya 3,5% dari UPK. Puskesmas Tambelan Sampit.

5.2 Pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pendidikan di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pendidikan	Frekuensi	%
Tinggi	63	55,3
Rendah	51	44,7
Total	114	100,0

Berdasarkan tabel 5.2 terlihat bahwa ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki pendidikan tinggi sebanyak 55,3% diantaranya tamat SMA 43,9%, tamat

perguruan tinggi 11,4% dan ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pendidikan rendah sebanyak 44,7% terdiri dari 1,8% tidak tamat SD, 20,2% tamat SD dan 22,8% tamat SMP.

5.3 Pekerjaan

Tabel 5.3 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pekerjaan di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pekerjaan	Frekuensi	%
Tidak Bekerja	86	75,4
Bekerja	28	24,6
Total	114	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, terlihat bahwa sebagian besar (75,4%) ibu hamil trimester 2 dan 3 pada penelitian ini tidak bekerja sedangkan ibu hamil trimester 2 dan 3 bekerja sebanyak 24,6%, di mana sebanyak 19,3% sebagai wiraswasta dan 5,3% pegawai negeri sipil.

5.4 Pengetahuan

Pertanyaan pengetahuan berdasarkan tabel 5.4 di bawah ini, terlihat bahwa hampir seluruh (97,4%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan HIV-AIDS adalah penyakit menular dan sebagian besar (75,4%) ibu hamil trimester 2 dan 3 mengetahui penyebab HIV-AIDS adalah virus. Cara penularan paling banyak di ketahui ibu hamil trimester 2 dan 3 adalah berganti-ganti pasangan seksual sebanyak 93,0% dan menggunakan jarum suntik bersama sebanyak 71,1%. Pertanyaan pencegahan HIV-AIDS, sebagian besar (91,2%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan setia pada pasangan seksual dan tidak menggunakan jarum suntik bersama sebanyak 64%.

Ibu hamil trimester 2 dan 3 mengetahui tempat pemeriksaan HIV-AIDS sebanyak 37,7% dan 35,1% menyatakan tempat pemeriksaan dilakukan di rumah sakit pemerintah. Lebih dari separuh (57,0%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan bahwa pemeriksaan darah adalah cara untuk mengetahui individu

mengidap HIV-AIDS dan sebagian besar (79,2%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan bahwa HIV-AIDS tidak dapat disembuhkan.

Tabel 5.4 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Pengetahuan tentang HIV-AIDS di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

No	Pertanyaan	Ya (n = 114)	
		Frekuensi	%
1	HIV-AIDS adalah penyakit menular	111	97,4
2	Penyebab HIV adalah Virus	86	75,4
3	Cara penularan HIV-AIDS		
	- Berganti-ganti pasangan seksual	106	93,0
	- Melakukan hubungan seksual dengan penderita HIV-AIDS tanpa kondom	22	19,3
	- Menggunakan narkoba jarum suntik bersama sama	81	71,1
	- Melalui tranfusi darah	25	21,9
	- Pada saat kehamilan dari ibu penderita HIV-AIDS kepada bayinya	9	7,9
4	Pencegahan HIV-AIDS		
	- Setia terhadap pasangan seksual	104	91,2
	- Menggunakan kondom jika berhubungan seksual dengan penderita HIV-AIDS	30	26,3
	- Melakukan pemeriksaan / tes HIV jika berisiko tertular	13	11,4
	- Tidak menggunakan narkoba jarum suntik bersama sama	73	64,0
	- Tranfusi darah yang aman	18	15,8
5	Mengetahui tempat pemeriksaan HIV-AIDS	43	37,7
6	Tempat pemeriksaan HIV-AIDS		
	- Puskesmas	9	7,9
	- Klinik swasta	1	0,9
	- Rumah sakit pemerintah	40	35,1
	- Rumah sakit swasta	20	17,5
7	Cara mengetahui individu yang mengidap HIV		
	- Pemeriksaan fisik	36	31,6
	- Foto rontgen	0	0
	- Pemeriksaan darah	65	57,0
	- Pemeriksaan Urine	12	10,5
	- Pemeriksaan tinja	0	0
	- Lain-lain	1	0,9
8	Penderita HIV-AIDS tidak bisa disembuhkan	88	79,2

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, untuk kepentingan analisis selanjutnya maka pengetahuan dikategorikan menjadi 2 dengan *cut off point* nilai median (9,0) karena data terdistribusi tidak normal.

Pengetahuan dikategorikan tinggi jika $>$ median, sedangkan pengetahuan rendah \leq median. Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan pengetahuan tinggi sebanyak 48,2% seperti pada tabel 5.5 di bawah ini.

Tabel 5.5 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pengetahuan tentang HIV-AIDS di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pengetahuan	Frekuensi	%
Tinggi	55	48,2
Rendah	59	51,8
Total	114	100,0

5.5 Kerentanan terhadap Penularan HIV-AIDS

Pertanyaan kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS dapat dilihat pada tabel 5.6 di bawah ini, bahwa sebagian besar (80,7%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan sangat tidak yakin memiliki pengalaman lalu dalam hal hubungan seksual yang tidak aman, tidak menggunakan jarum suntik narkoba (85,1%) dan tidak pernah mendapatkan tranfusi darah selama 6 bulan terakhir (84,2%).

Sebagian besar (75,4%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan sangat yakin bahwa dirinya adalah isteri pertama dan suaminya adalah suami pertama (79,8%). Ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan sangat yakin suaminya tidak pernah berpergian jauh sebanyak 31,6%. Ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan tidak yakin jika suaminya memiliki pengalaman seksual yang tidak aman sebanyak 47,4%, adapun ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan sangat tidak yakin bahwa suaminya memiliki pasangan seksual lain sebanyak 44,7%.

Tabel 5.6 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Kerentanan terhadap Penularan HIV-AIDS di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

No	Pertanyaan	Jawaban (n = 114)			
		Sangat tidak yakin	Tidak yakin	Sangat yakin	Yakin
1.	Ibu pernah Memiliki pengalaman masa lalu, melakukan hubungan seksual yang tidak aman selain dengan pasangan seksual/ suami ibu saat ini. (tidak menggunakan kondom)	92 80,7%	11 9,6%	6 5,3%	5 4,4%
2.	Ibu pernah Memiliki pengalaman masa lalu menggunakan narkoba jarum suntik.	97 85,1%	14 12,3%	1 0,9%	2 1,8%
3.	Ibu pernah mendapatkan tranfusi darah selama 6 bulan terakhir	96 84,2%	17 14,9%	1 0,9%	0
4.	Ibu adalah isteri pertama dari suami ibu	9 7,9%	11 9,6%	86 75,4%	8 7,0%
5.	Suami ibu adalah suami pertama dari ibu	4 3,5%	8 7,0%	91 79,8%	11 9,6%
6.	Suami ibu pernah berpergian jauh keluar Kota lebih dari 3 hari.	36 31,6%	21 18,4%	36 31,6%	21 18,4%
7.	Suami ibu pernah Memiliki pengalaman masa lalu dalam hubungan seksual yang tidak aman selain dengan ibu saat ini. (tidak menggunakan kondom)	43 37,7%	54 47,4%	5 4,4%	12 10,5%
8.	Suami ibu sampai saat ini Memiliki pasangan seksual lain selain dengan ibu (WIL)	51 44,7%	35 30,7%	4 3,5%	24 21,1%
9.	suami ibu pernah Memiliki pengalaman masa lalu dalam menggunakan narkoba jarum suntik	58 50,9%	54 47,4%	1 0,9%	1 0,9%
10.	Suami ibu pernah mendapat tranfusi darah selama 6 bulan terakhir.	3 2,6%	4 3,5%	83 72,8%	24 21,1%
11.	Dalam 6 bulan terakhir selama melakukan hubungan seksual tidak pernah menggunakan kondom.	56 49,1%	53 46,5%	2 1,8%	3 2,6%
12.	Suami ibu pernah mengeluh nyeri pada waktu buang air kecil	58 50,9%	56 49,1%	0 0	0 0
13.	Suami ibu pernah mengeluarkan cairan dari alat kelaminnya	42 36,8%	22 19,3%	21 18,4%	29 25,4%
14.	Ibu pernah mengalami keputihan yang berlebihan	51 44,7%	55 48,2%	3 2,6%	5 4,4%
15.	Ibu pernah mengalami nyeri selama melakukan hubungan seksual dengan suami ibu	3 2,6%	19 16,7%	66 57,9%	26 22,8%
16.	Ibu berisiko tertular HIV-AIDS jika berhubungan seksual dengan individu yang terinfeksi.	3 2,6%	21 18,4%	66 57,9%	24 21,1%

Pertanyaan kerentanan tersebut untuk kepentingan analisis selanjutnya maka kerentanan dikategorikan menjadi 2 dengan nilai *Cut Off Point* mean (33,4) karena data terdistribusi normal. Kerentanan dikategorikan ya jika $>$ mean, sedangkan tidak \leq mean. Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 rentan terhadap penularan HIV-AIDS sebanyak 46,5% seperti pada tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.7 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Kerentanan terhadap Penularan HIV-AIDS di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Kerentanan	Frekuensi	%
Ya	53	46,5
Tidak	61	53,5
Total	114	100,0

5.6 Manfaat jika Melakukan Pemeriksaan HIV

Tabel 5.8 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Pertanyaan Manfaat Jika Melakukan Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

No	Pertanyaan	Ya	
		Frekuensi	%
1.	Pemeriksaan HIV, dapat membantu ibu untuk mengetahui apakah ibu terinfeksi HIV-AIDS	104	91,2
2.	Pemeriksaan HIV membuat ibu merasa aman dan tenang menjalankan kehamilan.	78	68,4
3.	Jika ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV dapat menentukan pengobatan dan pencegahan pada bayi yang ibu lahirkan.	22	19,3

Berdasarkan tabel 5.8, diperoleh bahwa sebagian besar (91,2%) ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan pemeriksaan HIV dapat membantu ibu untuk mengetahui infeksi HIV-AIDS dan pemeriksaan HIV membuat rasa aman atau tenang menjalankan kehamilan (68,4%) serta hanya 19,3% ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan bahwa melakukan pemeriksaan HIV saat kehamilan dapat menentukan pengobatan dan pencegahan pada bayi yang dilahirkan.

Tabel 5.9 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Manfaat jika Melakukan Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Manfaat	Frekuensi	%
Besar	78	68,4
Kecil	36	31,6
Total	114	100,0

Berdasarkan tabel 5.8 di atas, untuk kepentingan analisis selanjutnya maka variabel manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV dikategorikan menjadi 2 dengan *Cut Off Point* nilai mean (1,8) karena data terdistribusi normal. Manfaat dikategorikan Besar jika $>$ mean, sedangkan kecil \leq mean. Lebih dari separuh ibu hamil trimester 2 dan 3 (68,4%) menyatakan bahwa besar manfaatnya jika melakukan pemeriksaan HIV pada saat kehamilan.

5.7 Hambatan dalam Melakukan Pemeriksaan HIV

Berdasarkan tabel pertanyaan hambatan di bawah ini, hanya 36,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan pernah mendapat informasi tentang pemeriksaan HIV. Ibu hamil trimester 2 dan 3 mengetahui tempat pemeriksaan HIV sebanyak 35,1% dan hanya 16,7% menyatakan jarak ke tempat pemeriksaan HIV sedang (5-10 km) antara tempat tinggalnya dan tempat pemeriksaan .

Sebanyak 45,6% ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan mengetahui cara pemeriksaan HIV dan 56,1% ibu yang mendapatkan izin jika melakukan pemeriksaan HIV. Sebagian besar (77,2%) ibu hamil trimester 2 dan 3 mengetahui biaya pemeriksaan HIV dan 45,6% ibu hamil menyatakan biaya tersebut mahal. Ibu hamil trimester 2 dan 3 yang menyatakan rasa takut jika melihat pemeriksaan HIV sebanyak 25,4% dan sebagian besar ibu hamil trimester 2 dan 3 (85,1%) menyatakan bahwa hasil pemeriksaan terjamin kerahasiaannya, serta hanya 25,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 yang merasa khawatir dicurigai jika melakukan pemeriksaan HIV.

Tabel 5.10 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 Dan 3 Menurut Pertanyaan Hambatan dalam Melakukan Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

No.	Pertanyaan	Ya (n = 114)	
		Frekuensi	%
1.	Ibu pernah memperoleh informasi tentang pemeriksaan HIV.	41	36,0
2.	Ibu mengetahui tempat pemeriksaan HIV.	40	35,1
3.	Ibu mengetahui cara pemeriksaan HIV.	52	45,6
4.	Ibu mendapatkan izin dari suami jika melakukan pemeriksaan HIV	64	56,1
5.	Ibu tahu biaya pemeriksaan HIV	88	77,2
6.	Ibu merasa takut jika melihat pemeriksaan HIV	29	25,4
7.	Ibu merasa hasil pemeriksaan HIV terjamin kerahasiaannya	97	85,1
8..	Ibu merasa khawatir jika melakukan pemeriksaan HIV, individu di sekitar ibu akan mencurigai ibu terinfeksi HIV	29	25,4

Berdasarkan tabel pertanyaan hambatan jika melakukan pemeriksaan HIV di atas, untuk kepentingan analisis selanjutnya maka variabel hambatan di kategorikan menjadi 2 dengan *cut off point* nilai mean (4,0) karena data

terdistribusi normal. Hambatan dikategorikan kecil jika $<$ mean, sedangkan hambatan besar \geq mean.

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki hambatan kecil untuk melakukan pemeriksaan HIV sebanyak 73,7% seperti pada tabel 5.11 di atas.

Tabel 5.11 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Hambatan dalam Melakukan Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Hambatan	Frekuensi	%
Kecil	84	73,7
Besar	30	26,3
Total	114	100,0

5.8 Sumber Informasi Tentang HIV-AIDS

Tabel 5.12 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 menurut Pertanyaan Sumber Informasi tentang HIV-AIDS di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

No.	Pertanyaan	Ya	
		Frekuensi	%
1.	Selama kehamilan ini, ibu pernah mendapatkan penyuluhan tentang HIV-AIDS	31	27,2
2.	Apakah anda pernah melihat penderita HIV-AIDS yang sedang sakit.	40	35,1
3.	Mendapat informasi dari Media	114	100%

Berdasarkan tabel 5.12 didapatkan informasi bahwa hanya 27,2% ibu hamil trimester 2 dan 3 yang selama kehamilannya pernah mendapatkan penyuluhan mengenai HIV-AIDS, 17,5% diantaranya menyatakan bahwa

informasi tersebut didapatkan >3 bulan yang lalu. dan pada saat pemeriksaan kehamilan (13,2%), kegiatan kemasyarakatan (6,1%), di tempat ibu hamil trimester 2 dan 3 bekerja (3,5%), serta di acara pengajian (2,6%). Materi penyuluhan diperoleh oleh 22,8% ibu hamil trimester 2 dan 3 antara lain tentang cara penularan dan pencegahan. Sebanyak 35,1% ibu hamil trimester 2 dan 3 pernah melihat penderita HIV-AIDS di antaranya adalah pada tetangga (20,2%), keluarga (7,9%) , teman kerja (5,3%) , lainnya (1,7%).

Seluruh ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan pernah mendapat informasi tentang HIV-AIDS, di antaranya 53,5% ibu hamil trimester 2 dan 3 dari media cetak seperti koran atau majalah. Media TV (92,1%), radio (5,3%) dan Internet (18,4%). Ibu hamil trimester 2 dan 3 mendapatkan sumber informasi dari komunikasi langsung dengan individu sekitarnya sebanyak 78,1% antara lain teman (45,6%), petugas kesehatan (16,7%) dan keluarga (15,8%).

Tabel 5.13 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Sumber Informasi tentang HIV-AIDS di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Sumber Informasi	Frekuensi	%
Banyak	46	40,4
Sedikit	68	59,6
Total	114	100,0

Berdasarkan tabel pertanyaan sumber informasi di atas, untuk kepentingan analisis selanjutnya maka sumber informasi dikategorikan menjadi 2 dengan *cut off point* nilai median (1,0) karena data terdistribusi tidak normal. Sumber informasi dikategorikan banyak jika $>$ median, sedangkan sumber informasi sedikit \leq median. Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki sumber informasi tinggi tentang HIV-AIDS sebanyak 40,4% seperti pada tabel 5.13 di atas.

5.9 Perilaku Pemeriksaan HIV

Tabel 5.14 Distribusi Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 Menurut Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pemeriksaan HIV	Frekuensi	%
Ya	8	7,0
Tidak	106	93,0
Total	114	100,0

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan informasi bahwa selama kehamilan ini, hanya 7,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV, di antaranya dilakukan di rumah sakit (3,5%) dan waktu lebih dari 3 bulan yang lalu (3,5%). Sebenarnya 14% ibu hamil trimester 2 dan 3 telah mendapat konseling tentang HIV-AIDS bahkan 22,8% ibu hamil trimester 2 dan 3 pernah melakukan pertemuan sebelum konseling terkait HIV-AIDS.

5.10 Hubungan Variabel Independent dengan Perilaku Pemeriksaan HIV.

5.10.1 Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Pemeriksaan HIV-AIDS

Tabel 5.15 Hubungan Pendidikan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pendidikan	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P <i>value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	N	%	n	%	n	%		
Tinggi	6	9,5	57	90,5	63	100,0	0,426	2,58 (0,50 -13,36)
Rendah	2	3,9	49	96,1	51	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100,0		

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV dan berpendidikan tinggi sebanyak 9,5% lebih besar dari yang berpendidikan rendah yaitu 3,9%. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna dengan $p= 0,426$ atau pendidikan tidak berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV.

5.10.2 Hubungan Pekerjaan dengan Perilaku Pemeriksaan HIV

Tabel 5.16 Hubungan Pekerjaan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pekerjaan	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P <i>value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	N	%	n	%	n	%		
Tidak bekerja	4	4,7	82	95,3	86	100,0	0,191	0,293 (0,58-1,26)
Bekerja	4	14,3	24	85,7	28	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100,0		

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV yang tidak bekerja sebanyak 4,7% lebih kecil dari yang bekerja yaitu 14,3%. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna dengan $p= 0,191$, atau pekerjaan tidak berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV.

5.10.3 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pemeriksaan HIV

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 7,3% hampir sama dari ibu hamil trimester 2 dan 3 yang pengetahuannya rendah yaitu 6,8%. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna dengan $p= 1,000$ atau pengetahuan tidak berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV, seperti pada tabel 5.17.

Tabel 5.17 Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pengetahuan	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P <i>value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	4	7,3	51	92,7	55	100,0	1,000	1,08 (0,26-4,54)
Rendah	4	6,8	55	93,2	59	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100,0		

5.10.4 Hubungan Kerentanan dengan Perilaku Pemeriksaan HIV

Tabel 5.18 Hubungan Kerentanan Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Kerentanan	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P <i>value</i>	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	7	13,2	46	86,8	53	100,0	0,041	9,13 (1,08-76,85)
Tidak	1	1,6	60	98,4	61	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100		

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV memiliki kerentanan sebanyak 13,2% lebih besar dari ibu hamil trimester 2 dan 3 yang tidak memiliki kerentanan yaitu 1,6%. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut bermakna dengan $p = 0,041$ atau kerentanan berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV, dengan OR = 9,13 (95% CI = 1,08-76,85), artinya ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki kerentanan berpeluang melakukan pemeriksaan HIV sebanyak 9,13 kali di banding ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak memiliki kerentanan.

5.10.5 Hubungan Manfaat dengan Perilaku Pemeriksaan HIV

Tabel 5.19 Hubungan Manfaat Pada Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Manfaat	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P value	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Besar	7	9,0	71	91,0	78	100,0	0,418	3,45 (0,40-29,15)
Kecil	1	2,8	35	97,2	36	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100,0		

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV yang menilai pemeriksaan HIV besar manfaatnya sebanyak 9,0% lebih besar dari ibu hamil trimester 2 dan 3 yang menilai pemeriksaan HIV manfaat kecil yaitu 2,8%. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna dengan $p= 0,418$ atau manfaat tidak berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV.

5.10.6 Hubungan Hambatan dengan Perilaku Pemeriksaan HIV

Tabel 5.20 Hubungan Hambatan pada Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Hambatan	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P value	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Kecil	3	3,6	81	96,4	84	100,0	0,046	0,19 (0,04-0,83)
Besar	5	16,7	25	83,3	30	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100,0		

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV memiliki hambatan kecil (3,6%) kurang dari yang memiliki hambatan besar (16,7%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut bermakna dengan $p= 0,046$ atau hambatan berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV, dengan $OR = 0,185$ (95% $CI = 0,04-0,83$), artinya ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki hambatan kecil berpeluang melakukan pemeriksaan HIV sebanyak 0,19 kali di banding ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan hambatan besar, seperti pada tabel 5.20.

5.10.7 Hubungan Sumber Informasi dengan Perilaku Pemeriksaan HIV

Tabel 5.21 Hubungan Sumber Informasi pada Ibu hamil trimester 2 dan 3 dengan Perilaku Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Sumber Informasi	Perilaku Pemeriksaan HIV				Total		P value	OR (95% CI)
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Banyak	7	15,2	39	84,8	46	100,0	0,014	12,03 (1,43-101,41)
Sedikit	1	1,5	67	98,5	68	100,0		
Jumlah	8	7,0	106	93,0	114	100,0		

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV memiliki sumber informasi banyak (15,2%) lebih besar dari ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki sumber informasi sedikit (1,5%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut bermakna dengan $p= 0,014$ atau sumber informasi berhubungan dengan perilaku pemeriksaan HIV, dengan $OR = 12,03$ (95% $CI = 1,43-101,41$), artinya ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki sumber informasi berpeluang melakukan pemeriksaan HIV sebanyak 12 kali di banding ibu hamil trimester 2 dan 3 yang tidak memiliki sumber informasi.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Desain penelitian ini adalah *non eksperimental* di mana pengumpulan data dilakukan secara *cross sectional* yaitu pengukuran variabelnya dilakukan satu kali sekaligus pada waktu bersamaan. Keterbatasan penelitian ini tidak dapat menentukan hubungan sebab akibat dan hanya menggambarkan suatu hubungan antara variabel independen (pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, kerentanan, manfaat, hambatan dan sumber informasi) dengan variabel dependen yaitu perilaku pemeriksaan HIV.

Interviewer bias atau yang di kenal dengan bias pewawancara juga dapat terjadi karena adanya subjektifitas atau sugesti pewawancara dalam proses pengumpulan data, oleh karena itu sebelum pengumpulan data dilakukan pelatihan pewawancara dengan tujuan untuk menyamakan persepsi pewawancara sehingga subyektifitas dapat diminimalkan. Upaya lain dilakukan dengan cara non- partisipasi dalam wawancara di Puskesmas yang pernah menjadi tempat tugas peneliti, dengan melibatkan bidan lain tanpa menunjukkan identitas baik dengan perkenalan ataupun dengan atribut (seragam) kedinasan.

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1 Perilaku Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV diawali dengan pertemuan antara petugas kesehatan, dan konseling (Kemenkes RI, 2008). Berdasarkan hasil penelitian ini, ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pertemuan dan konseling serta pemeriksaan HIV tidak seimbang, hanya 7,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV dari 14,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 di konseling bahkan 22,8% pernah melakukan pertemuan dengan petugas kesehatan terkait HIV-AIDS.

Teori HBM menyatakan bahwa perilaku pemeriksaan HIV dilakukan apabila ibu hamil mengalami kerentanan terhadap penularan HIV, merasakan manfaat pemeriksaan sangat besar bagi dirinya, kemudian tidak ada hambatan besar dalam melakukan pemeriksaan HIV tersebut, serta adanya informasi yang

tepat. Faktor penyebab mengapa ibu hamil banyak tidak melakukan pemeriksaan HIV, kemungkinan ibu hamil masih menilai dan menganalisis hasil konseling yang disampaikan oleh petugas pelayanan kesehatan, hal ini sesuai dengan pernyataan Demartoto (2007) tentang teori Mechanic (1962) bahwa individu untuk berperilaku akan melalui tahap pengenalan, penilaian, menimbang dan menganalisa. Suchman (1967) dalam Muzaham (1995) memperjelas bahwa setelah menganalisa sesuatu baru individu akan memutuskan untuk menghentikan, membatalkan suatu perilaku .

Faktor lain yaitu adanya pembatasan wewenang perempuan dalam pengambilan keputusan (Kementrian Pemberdayaan Perempuan RI, 2008), artinya perempuan dalam mengambil keputusan harus melibatkan keluarga. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sarwono (2009) tentang teori pengambilan keputusan (*decision theoretic*) oleh Fabrega (1973 bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh faktor keluarga dan lingkungannya. Ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan juga dapat disebabkan oleh kurangnya niat serta dukungan dan informasi dari lingkungannya, hal ini sesuai dengan Notoatmodjo (2010) di mana Snehandu B. Kars menyatakan bahwa individu berperilaku karena adanya niat, dukungan sosial, sumber informasi dan pelayanan kesehatan. Penyebab lainnya kemungkinan kurangnya *reward* bagi petugas pelayanan yang melakukan pemeriksaan HIV pada ibu hamil, hal ini sesuai dengan Walgito (2005) tentang *teori incentive* dan *teori atribusi* yang menyatakan bahwa individu berperilaku karena adanya sebab akibat dan sesuai dengan Rakhmat (2005) tentang teori pertukaran sosial (*social exchange theory*) jika perilaku tersebut memberikan manfaat besar maka perilaku tersebut akan dilakukan.

Ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV sejak dini dan dinyatakan positif, akan mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara komprehensif, melalui program *Prevention of Mother to Child transmission (PMTCT)*. Intervensi akan diberikan mulai dari pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan masa menyusui (Kemenkes RI, 2008). Intervensi lain dengan mendapatkan pengobatan AntiRetroviral Therapy (ART). Berdasarkan informasi PMTCT Provinsi Kalimantan Barat, selama ini ibu hamil yang positif terinfeksi HIV kemungkinan besar akan menjalani proses kelahirannya secara operasi

(*sectio caesaria*). Hal ini kemungkinan juga menjadi salah satu faktor penyebab ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak melakukan pemeriksaan HIV. Anggapan yang menyatakan bahwa ibu hamil yang positif terinfeksi HIV harus melakukan persalinan dengan operasi (*sectio caesaria*) tidak selalu benar. Berdasarkan penelitian I Shah (2006) dari Mumbai India menyatakan bahwa operasi tidak lebih baik dibandingkan dengan persalinan pervaginam artinya persalinan pervaginam sama efektifnya untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi asal kan ibu tersebut selama kehamilan mendapatkan terapi ART.

6.2.2 Pendidikan

Proporsi ibu hamil trimester 2 dan 3 berpendidikan tinggi melakukan pemeriksaan HIV lebih besar dari berpendidikan rendah, tetapi pendidikan bukan merupakan faktor yang mampu mempengaruhi ibu hamil trimester 2 dan 3 untuk melakukan pemeriksaan HIV. Ini terbukti dari hasil uji analisis diperoleh nilai $p=0,426$. Teori HBM menyatakan bahwa pendidikan adalah faktor modifikasi bagi individu untuk berperilaku, artinya faktor pendidikan merupakan salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dalam teori HBM (kerentanan, manfaat, hambatan).

Penyebab ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan karena ibu hamil tidak merasakan kerentanan terhadap penularan HIV dan kemungkinan memiliki hambatan besar untuk melakukan pemeriksaan tersebut. Faktor lain karena pendidikan diperoleh oleh individu secara formal, kemungkinan HIV-AIDS belum menjadi kurikulum dalam pendidikan formal tersebut.

Hal ini sesuai dengan penelitian Yusnita (2003) tentang prediksi perilaku penggunaan kondom dengan menggunakan HBM pada PSK wanita di Jakarta Barat tahun 2003 yang menyatakan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dan perilaku penggunaan kondom dengan $p=0,126$.

6.2.3 Pekerjaan

Hasil penelitian, di ketahui bahwa perilaku pemeriksaan pada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang tidak bekerja lebih kecil dari yang bekerja. Hasil uji analisis diperoleh nilai $p=0,191$. artinya tidak ada hubungan antara pekerjaan

dengan perilaku pemeriksaan HIV. Teori HBM menyatakan pekerjaan sama fungsinya dengan pendidikan yaitu sebagai faktor penguat dari faktor utama yang telah dijelaskan sebelumnya.

Ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak bekerja dan tidak melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan tidak merasakan kerentanan terhadap penularan HIV atau tidak merasakan manfaatnya jika melakukan pemeriksaan HIV sehingga tidak perlu perlu melakukan pemeriksaan HIV. Faktor lain kemungkinan ibu hamil masih mempunyai hambatan untuk melakukan pemeriksaan HIV, misalnya jarak yang jauh dari tempat tinggal ibu ke petugas kesehatan, atau masih ada suami yang tidak memberikan izin kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan HIV, bahkan hambatan lain kemungkinan ibu hamil tidak memiliki biaya untuk melakukan pemeriksaan HIV, karena masih ada 45,6% ibu hamil mengatakan bahwa biaya pemeriksaan HIV mahal. Kemungkinan penyebab lain adalah ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak mempunyai waktu dan kesempatan melakukan pemeriksaan HIV di karenakan kesibukan lain misalnya mengurus anak-anak dan keluarganya.

Ibu hamil trimester 2 dan 3 yang bekerja dan melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan merasakan kerentanan bahwa dirinya dapat terinfeksi HIV yang berasal dari dirinya atau dari suaminya karena masih ada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang mengatakan sangat yakin suaminya memiliki pasangan idaman lain (WIL). Secara logika ibu hamil trimester 2 dan 3 yang bekerja mempunyai kesibukan dalam pekerjaannya, namun dalam penelitian ini ibu hamil trimester 2 dan 3 yang bekerja banyak sebagai wiraswasta, artinya tidak ada keterikatan waktu dan kapan pun bisa melakukan pemeriksaan HIV. Saat ini, keberadaan mobile VCT di Kota Pontianak kemungkinan cukup aktif, artinya kapanpun dan dimanapun ibu hamil trimester 2 dan 3 yang membutuhkan layanan pemeriksaan HIV dapat dilaksanakan walaupun tidak di Puskesmas atau di luar jam kerja.

Penelitian ini sesuai dengan Rochyati (2006) yang menyatakan bahwa pekerjaan tidak ada hubungannya dengan ibu hamil yang berkunjung ke klinik PMTCT di Puskesmas Kecamatan Tebet tahun 2006, dengan $p=0,066$.

6.2.4 Pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki pengetahuan tinggi hampir sama dengan yang memiliki pendidikan rendah, tetapi pengetahuan bukan merupakan faktor yang mampu mempengaruhi ibu hamil trimester 2 dan 3 untuk melakukan pemeriksaan HIV. Ini terbukti dari hasil uji analisis diperoleh nilai $p=1,000$.

Teori HBM menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor modifikasi yang mendukung perilaku individu dalam mencegah penyakit yang dirasakannya, walaupun individu tersebut memiliki pengetahuan tinggi namun dia tidak merasakan kerentanan untuk tertular HIV, tentu tidak akan melakukan pemeriksaan HIV. Beberapa dugaan dalam HBM bahwa keputusan perilaku terhadap pencegahan penularan HIV-AIDS merupakan gabungan dari beberapa hal yang dirasakan yaitu kerentanan tertular, persepsi manfaat serta hambatan.

Berdasarkan teori David Hume tahun 1748 dalam (Keraf & Khael Dum, 2001) bahwa pengetahuan yang benar akan melalui pengalaman dan panca indera artinya walaupun individu memiliki pengetahuan yang tinggi dari pengindraannya belum tentu dia memiliki pengalaman yang tinggi pula tentang hal yang sama, misalnya ibu hamil trimester 2 dan 3 banyak memiliki pengetahuan tinggi, namun ada pula ibu hamil yang tidak mempunyai pengalaman langsung tentang HIV-AIDS, begitu pula sebaliknya, ibu hamil yang pengetahuannya rendah tapi mempunyai pengalaman yang tinggi tentang HIV-AIDS maka ibu hamil tersebut akan melakukan pemeriksaan HIV. Penyebab lain ibu hamil trimester 2 dan 3 yang berpengetahuan tinggi dan rendah hampir sama tidak melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan karena adanya persepsi yang sama tentang kerentanan terhadap penularan HIV. Ibu hamil yang berpengetahuan tinggi memiliki persepsi bahwa dirinya rentan terhadap penularan HIV sehingga perlu melakukan pemeriksaan HIV, demikian juga dengan ibu hamil yang pengetahuannya rendah dan memiliki persepsi kerentanan terhadap penularan HIV maka perlu melakukan pemeriksaan HIV. Artinya pengetahuan bukanlah faktor utama untuk ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan, ada faktor pengalaman yang membuat ibu melakukan pemeriksaan HIV.

Ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak melakukan pemeriksaan HIV baik yang berpengetahuan tinggi ataupun rendah kemungkinan disebabkan mereka masih dalam proses untuk berperilaku. Hal ini sesuai dengan Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2005) menyatakan bahwa pengetahuan akan diperoleh dari proses pengideraan, mengaplikasikan (*application*) memahami (*analysis*), merangkum (*synthesis*) serta mengevaluasi (*evaluation*) yang pada akhirnya akan menimbulkan perilaku tertentu. Faktor penyebab lain kemungkinan karena belum ada faktor penguat (*reinforcing factors*) yang mempengaruhi ibu hamil untuk berperilaku, misalnya belum adanya peraturan yang menyatakan bahwa ibu hamil trimester 2 dan 3 harus melakukan pemeriksaan HIV. Teori belajar sosial dari N.E Miller dan J. Dollard dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa untuk berperilaku individu memerlukan proses belajar dan ganjaran atau reward merupakan salah satu cara untuk merangsang individu berperilaku.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari Ikob (2002) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan bagi siswa SMUN 13 di Palembang tahun 2008 dengan $p = 0,779$. Yusnita (2002) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungannya antara pengetahuan dengan perilaku penggunaan kondom pada PSK Waria di Jakarta Barat tahun 2002 dengan $p = 0,461$. Penelitian Rochyati (2006) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan pada ibu hamil yang berkunjung ke klinik PMTCT di Puskesmas Kecamatan Tebet dengan $p = 0,116$.

6.2.5 Kerentanan Terhadap Penularan HIV

Hasil penelitian, di ketahui bahwa ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS dan melakukan pemeriksaan HIV lebih tinggi dari yang tidak memiliki kerentanan, artinya ada hubungan yang bermakna antara kerentanan dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.

Teori HBM menyatakan kemungkinan individu akan melakukan suatu tindakan pencegahan tergantung dari keyakinannya akan kerentanan yang dimilikinya (*perceived susceptibility*) terhadap penyakit tertentu. Perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil kerentanan kesehatan tersebut, karena adanya dorongan dalam lingkungan individu, membuatnya

merubah perilaku serta perilaku itu sendiri. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti yang dirasakan individu tentang kerentanan terhadap penyakit. Individu berfikir tentang kerentanan yang bisa terjadi dalam hidupnya, khususnya masalah kesehatan, menilai kerentanan dirinya dan keseriusan masalah kesehatannya untuk menentukan apakah dia akan mengambil langkah untuk berperilaku sehat atau tidak. Ibu hamil trimester 2 dan 3 yang yakin bahwa dirinya rentan tertular HIV akan mencari tindakan pemeriksaan HIV untuk mengetahui secara dini apakah tertular atau tidak. HBM juga menyatakan penilaian terhadap ancaman tertular HIV yang dirasakan ini berdasarkan juga dari ketidak-kebalan yang dirasakannya.

Teori yang mendukung bahwa kerentanan membuat individu berperilaku adalah Kasl and Cobb (1966) dalam Browning, C (2005) bahwa individu akan percaya bahwa tindakan yang dilakukannya merupakan pemeliharaan kesehatannya (*well behavior*). Segala perilaku individu dilakukan karena dia merasakan dirinya sakit dan akan mencari pertolongan serta kesembuhan untuk dirinya (*symptom based/ illness behavior*). Kerentanan yang dirasakan ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam melakukan pemeriksaan HIV merupakan upaya agar dirinya sembuh (*sick role behavior*). Teori Skinner (1983) dalam Notoatmodjo (2005) menyatakan rangsangan atau stimulus akan membuat individu untuk berperilaku, dan individu akan bertindak untuk melakukan pencegahan serta pengobatan terhadap gejala atau penyakit yang dirasakannya, untuk melakukan tindakan individu harus merasakan rentan terhadap penyakit tersebut. Teori *help see-king* dalam Muzaham (1995) yang menyatakan bahwa individu yang mengalami gejala atau sesuatu yang dirasakannya dan rentan terhadap suatu penyakit maka dia akan mencari pertolongan ke medis baik berupa tindakan pemeriksaan maupun pengobatan.

Ada bermacam macam Kerentanan terhadap penularan HIV antara lain ibu hamil trimester 2 dan 3 atau pasangannya yang melakukan perjalanan dan berpergian jauh lebih dari 1-3 hari kemungkinan akan menjadi ancaman melakukan hubungan seksual selain dengan pasangannya sangatlah besar, apalagi tidak dengan penggunaan kondom, tentukan akan meningkatkan kerentanan untuk tertular HIV. Kerentanan penularan HIV-AIDS dapat pula terjadi melalui kontak

darah yaitu dengan penggunaan jarum suntik narkoba tidak steril dan secara bersama-sama atau pernah mendapatkan tranfusi tidak aman, artinya yang tidak jelas proses penjangingannya terhadap HIV. Pengalaman Elizabeth Glaser tahun 1981 yang terinfeksi HIV melalui tranfusi darah saat melahirkan putrinya yang bernama Ariel (UNAIDS, 2005). Ibu hamil adalah makhluk sosial yang mempunyai lingkungan dan individu di sekitarnya, salah satu kerentanan terjadi apabila ibu hamil atau pasangannya, teman dan tetangga ada yang terinfeksi HIV. Pengalaman ibu hamil merupakan variabel struktural, salah satu diantaranya adalah teman kerja dapat mempengaruhi persepsi ibu hamil terhadap kesehatannya.

Faktor penyebab ibu hamil trimester 2 dan 3 yang merasakan kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS tetapi tidak melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan dapat disebabkan karena persepsi kerentanan pada setiap ibu hamil trimester 2 dan 3 berbeda-beda, karena setiap ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki pandangan subjektif terhadap kerentanan penularan HIV-AIDS. Ibu hamil yang menilai dirinya memiliki kerentanan cenderung akan melakukan pemeriksaan untuk mengetahui kemungkinan terinfeksi. Upaya yang perlu dilakukan untuk menyamakan persepsi pada ibu hamil trimester 2 dan 3 tentang kerentanan terhadap penularan HIV-AIDS antara lain dengan pengembangan media informasi oleh dinas kesehatan Kota Pontianak dan unit pelaksanaannya yaitu Puskesmas berupa media cetak (billboard) atau selebaran terkait tentang kerentanan dan HIV-AIDS. Media ini dapat disebarluaskan tidak hanya di lingkungan Puskesmas, namun perlu juga di sarana Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) seperti posyandu dan kegiatan keorganisasian perempuan yang ada di masyarakat.

Faktor lain kemungkinan karena adanya ketimpangan gender atau kurangnya pemberdayaan terhadap perempuan, yang berakibat ketidakmampuan perempuan untuk mengambil keputusan melakukan pemeriksaan HIV, kemungkinan juga adanya perasaan malu atau tidak percaya diri untuk mengungkapkan kerentanan yang di milikinya, serta ibu hamil tidak terbuka menceritakan kerentanan tersebut kepada petugas kesehatan pada waktu pemeriksaan kehamilan dilakukan, karena itu perlu dilakukan kegiatan- kegiatan yang dapat meningkatkan pemberdayaan perempuan, melibatkan dan

mengikutsertakan secara aktif perempuan atau ibu hamil dalam kegiatan upaya pencegahan penularan HIV-AIDS tersebut, sehingga mampu mengambil keputusan untuk melakukan pemeriksaan HIV tanpa ketergantungan kepada suami dan keluarganya (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008).

Pemeriksaan HIV secara dini pada saat kehamilan sangat memberikan manfaat untuk ibu hamil trimester 2 dan 3 dan bayinya, misalnya bagi ibu hamil yang terinfeksi HIV akan mendapatkan pengobatan ART secara berkala untuk meminimalkan penularan pada bayinya, karena itu sebaiknya pemeriksaan HIV di tawarkan kepada ibu hamil trimester 2 dan 3 jika pernah berperilaku berisiko. Pemeriksaan HIV harus dilakukan secara sukarela, tanpa paksaan dan dilengkapi dengan konseling serta meminta persetujuan secara lengkap (Green, 2005). Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta di lapangan yakni pemeriksaan HIV salah satunya dapat dipengaruhi oleh kerentanan.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Bock (2008) menyatakan adanya hubungan antara kerentanan dengan perilaku pemanfaatan VCT di Amsterdam, dan penelitian Faulina (2009) menyatakan adanya hubungan antara kerentanan dan perilaku pencegahan penularan HIV dengan p value = 0,036. Penelitian lain menyatakan adanya hubungan antara kerentanan dengan pencegahan IMS dan HIV-AIDS di Klaten dengan p value 0,001 oleh Budiman, dkk (2008).

6.2.6 Manfaat jika Melakukan Pemeriksaan HIV

Hasil penelitian ini menunjukkan ibu hamil trimester 2 dan 3 merasakan manfaat besar jika melakukan pemeriksaan HIV lebih tinggi daripada yang manfaatnya kecil, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara manfaat dengan perilaku pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak.

Teori HBM menyatakan bahwa individu yang percaya bahwa perilaku tersebut bermanfaat bagi dirinya dan lingkungannya maka dia akan melakukan perilaku tersebut, namun jika manfaat tidak relevan dengan faktor lain seperti kerentanan dan hambatan maka tidak akan terjadi perilaku tersebut. Persepsi ibu hamil trimester 2 dan 3 tentang manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV agar ibu hamil trimester 2 dan 3 dapat mengetahui dirinya terinfeksi atau tidak, merasa

aman setelah melakukan pemeriksaan dan dapat menentukan tindakan lebih lanjut untuk kesehatan diri dan bayinya.

Faktor penyebab mengapa ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki manfaat besar tidak melakukan pemeriksaan HIV, karena kemungkinan ibu hamil trimester 2 dan 3 masih mempertimbangkan berbagai manfaat yang diperolehnya, baik dilihat dari segi ekonomis maupun waktu serta hubungan dengan suami dan keluarganya. Ibu hamil merasakan manfaat tersebut dan akan melakukan pemeriksaan HIV jika ibu hamil juga merasakan dirinya rentan untuk tertular HIV, tidak memiliki hambatan seperti jarak, biaya dan persetujuan dari suami, dengan kata lain antara manfaat yang dirasakan seimbang dengan kerentanan serta hambatan yang ada sesuai dengan teori HBM di atas. Teori perimbangan (*equilibrium theory*) yang dikemukakan oleh Parson dalam Jarvis (2010) menyatakan bahwa sesuatu mungkin bermanfaat bagi individu namun tidak begitu penting bagi yang lainnya. Sebaliknya, ibu hamil trimester 2 dan 3 yang merasakan manfaat kecil tidak melakukan pemeriksaan HIV juga memiliki berbagai pertimbangan seperti ibu hamil yang memiliki manfaat besar jika melakukan pemeriksaan HIV.

Penelitian ini tidak sesuai dengan Faulina (2009) dan Bock (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara manfaat dengan perilaku pencegahan HIV-AIDS dengan $p=0,004$.

6.2.7 Hambatan dalam Melakukan Pemeriksaan HIV

Hasil penelitian menunjukkan ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki hambatan kecil melakukan pemeriksaan HIV hampir sama dengan ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki hambatan besar, artinya ada hubungan yang bermakna antara hambatan dengan perilaku pemeriksaan HIV.

HBM menyatakan bahwa segala sesuatu yang menghambat akan memperlambat individu dalam perubahan perilaku tertentu, baik dari segi jarak, biaya, atau hambatan lain yang diperoleh dari suami dan lingkungannya. Hambatan ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam melakukan pemeriksaan HIV dapat berupa hambatan dari segi jarak antara tempat tinggal dan layanan kesehatan, biaya pemeriksaan, ataupun kurangnya informasi terkait pemeriksaan HIV serta tidak diizinkan oleh suaminya.

Faktor penyebab ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak melakukan pemeriksaan karena kemungkinan jarak dan biaya merupakan faktor penghambat bagi ibu hamil trimester 2 dan 3 untuk melakukan pemeriksaan HIV. Hal ini karena masih ada ibu hamil trimester 2 dan 3 menyatakan tempat pemeriksaan jauh dan biaya pemeriksaan mahal. Kemungkinan penyebab lain karena masih ada ibu hamil trimester 2 dan 3 kurang mendapatkan informasi tentang pemeriksaan HIV oleh petugas kesehatan pada waktu pemeriksaan kehamilan. Faktor lain mungkin disebabkan karena kurangnya kemampuan petugas kesehatan dalam melakukan komunikasi efektif dan penyuluhan serta konseling terkait HIV-AIDS dengan ibu hamil pada saat pelayanan dan pemeriksaan kehamilan. Hal ini sesuai dengan Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss (1974) dalam Rakhmat (2005) menyatakan bahwa komunikasi efektif dapat menimbulkan individu menjadi mengerti, senang, mempengaruhi, adanya hubungan yang baik dan tindakan. Kemungkinan lain masih ada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang merasakan tidak privasi dalam berkomunikasi di tempat pelayanan di mana pelayanan kehamilan, keluarga berencana dan lainnya masih dalam satu ruangan sehingga membuat ibu hamil tidak nyaman. Kurangnya kesempatan dan waktu luang juga memungkinkan menjadi penyebab ibu hamil trimester 2 dan 3 untuk melakukan pemeriksaan HIV, di mana ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak melakukan pemeriksaan HIV karena terburu-buru karena di tunggu oleh suami/ keluarganya di luar ruangan pemeriksaan.

Penelitian Purwaningsih (2010) menyatakan bahwa hubungan antara hambatan dan perilaku pemanfaatan VCT di Puskesmas Dupak dan Budiman (2008) menyatakan bahwa ada hubungan antara hambatan dan perilaku pencegahan IMS dan HIV pada WPS di Kabupaten Klaten. Penelitian Faulina (2009) ada hubungan antara perilaku seks waria dengan penularan HIV-AIDS di Kota Tarakan Provinsi Kalimantan Timur dengan p value = 0,037.

6.2.8 Sumber Informasi

Hasil penelitian, di ketahui bahwa ibu hamil trimester 2 dan 3 memiliki sumber informasi banyak dan melakukan pemeriksaan HIV lebih banyak daripada sedikit memiliki sumber informasi, artinya ada hubungan antara sumber informasi dengan perilaku pemeriksaan HIV. Ibu hamil trimester 2 dan 3 mendapatkan

sumber informasi di empat Kota Pontianak sebanyak 40,4%, namun hanya 12,3% menyatakan bahwa penyuluhan ini diperoleh di saat pemeriksaan kehamilan, ada petugas kesehatan yang belum memberikan informasi tersebut pada saat ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan kehamilannya.

Teori HBM menyatakan perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan, di karena kan adanya petunjuk atau isyarat tertentu berupa sumber informasi, pengalaman tertentu tentang penyakit tersebut baik pengalaman yang di peroleh dari keluarga, teman maupun lingkungan. Petunjuk atau isyarat lainnya adalah melalui komunikasi dengan individu sekitarny sehingga individu merubah perilaku tersebut. Teori Skinner (1938) dalam Walgito (2005) yang di kenal dengan teori S-O-R atau Stimulus-Organisme_Respons menyatakan bahwa sebuah perilaku diikuti dengan rangsangan atau stimulus dari luar. Ada beberapa teori menyebabkan individu berperilaku antara lain teori Insting dikemukakan oleh Mc. Dougall bahwa perilaku terjadi karena mengalami perubahan dari suatu pengalaman (Walgito, 2005). Selain itu Naidoo (2004) menyatakan bahwa perubahan perilaku terjadi karena adanya sumber informasi. Teori Snehhandu B. Kars dalam Notoatmodjo (2007) juga menyatakan bahwa individu berperilaku karena adanya sumber informasi.

Sumber informasi yang diperoleh ibu hamil trimester 2 dan 3 adalah melalui penyuluhan. Pemberdayaan masyarakat (ibu hamil) dalam bidang kesehatan di empat Puskesmas Kota Pontianak sudah baik terbukti walaupun kurangnya penyuluhan tentang HIV-AIDS dari petugas kesehatan, masih ada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang mendapat penyuluhan melalui kegiatan-kegiatan masyarakat, artinya perilaku kesehatan ibu hamil tidak terlepas dari dukungan suami, keluarga dan masyarakat dalam kesehatan (Muzaham, 1995). Sumber informasi lain yang diperoleh oleh ibu hamil trimester 2 dan 3 adalah melihat tetangga yang terinfeksi HIV kemungkinan karena sakit dan meninggal dunia. Hal ini merupakan rangsangan/ stimulus bagi ibu hamil trimester 2 dan 3 di empat Puskesmas Kota Pontianak untuk melakukan pemeriksaan HIV. Tidak ada ibu hamil trimester 2 dan 3 yang tidak mendapatkan informasi tentang HIV-AIDS dari

sumber media, baik melalui media media elektronik (TV, radio dan internet) maupun media cetak (koran dan majalah)

Ibu hamil trimester 2 dan 3 tidak melakukan pemeriksaan HIV kemungkinan disebabkan oleh kurangnya tenaga kesehatan dan banyaknya program ganda yang menjadi tanggung jawab petugas kesehatan, sebagai contoh bidan di Puskesmas hanya berjumlah 4 orang, namun banyak kegiatan yang dilakukan misalnya pemeriksaan kehamilan, keluarga berencana, imunisasi, pencatatan dan sebagainya di satu waktu dengan jumlah pasien yang tidak sedikit. Banyaknya kegiatan ini mungkin membuat bidan tidak sempat melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling terutama tentang HIV-AIDS, seharusnya bidan mampu memberikan konseling kepada ibu hamil tentang HIV-AIDS (Permenkes 363 tahun 2009).

Penelitian ini sesuai dengan Afifah (2011) menyatakan bahwa ada hubungannya antara sumber informasi dengan perilaku pencegahan HIV-AIDS pada remaja SMA dan sederajat di Kota Cilacap tahun 2011 dengan $p= 0,00$. Indraswati Ratih (2009) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara sumber informasi dengan pemeriksaan HIV.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang disampaikan pada bab sebelumnya, maka peneliti dapat menarik kesimpulan antara lain :

- 7.1.1 Baru 7,0% ibu hamil trimester 2 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012.
- 7.1.2 Kerentanan terhadap penularan HIV, hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV dan sumber informasi tentang HIV-AIDS berhubungan dengan perilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 pemeriksaan HIV.
- 7.1.3 Pendidikan, pekerjaan, pengetahuan tentang HIV-AIDS dan manfaat jika melakukan pemeriksaan HIV tidak berhubungan dengan perilaku ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV.

7.2 Saran

7.2.1 Dinas Kesehatan Kota Pontianak

1. Meningkatkan mutu, jangkauan pelayanan dan pengembangan layanan VCT pada setiap Puskesmas.
2. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia tenaga kesehatan dan *personal skill* melalui kegiatan pelatihan konseling HIV-AIDS serta komunikasi efektif.
3. Memberikan *reward* atau penghargaan kepada Puskesmas dan VCT terbaik yang melakukan upaya pencegahan penularan HIV-AIDS dari ibu ke anak dan melakukan pemeriksaan HIV.
4. Melakukan dan meningkatkan advokasi tentang pemberdayaan perempuan terkait HIV-AIDS kepada pemerintah daerah dan *stakeholder* yang terkait seperti dinas pendidikan, dinas pemberdayaan perempuan, dan organisasi perempuan yang ada di Kota Pontianak.
5. Pengembangan media promosi kesehatan melalui media cetak, dan elektronik serta media papan (billboard) tentang pencegahan penularan HIV-AIDS pada ibu hamil.

7.2.2 Puskesmas

1. Pengorganisasian dan pembentukan kelompok peduli pencegahan penularan HIV-AIDS pada perempuan dan ibu hamil.
2. Meningkatkan pemanfaatan kegiatan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) sebagai media penyebaran informasi tentang pentingnya pemeriksaan HIV bagi ibu hamil dan masyarakat dengan melibatkan lintas sektoral yang ada.
3. Meningkatkan kemampuan petugas pelayanan kesehatan dalam melakukan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) serta konseling tentang HIV-AIDS baik melalui pelatihan- pelatihan maupun sosialisasi internal di Puskesmas.
4. Mengupayakan sarana ruangan pelayanan yang privasi dan nyaman.
5. Melibatkan suami dan keluarga dalam kegiatan pelayanan pemeriksaan kehamilan atau konseling tentang HIV-AIDS.
6. Mendorong ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan HIV selama masa kehamilan.

7.2.3 Peneliti Lain

1. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan secara spesifik tentang personal skill petugas kesehatan dalam upaya pencegahan penularan HIV-AIDS pada ibu hamil
2. Penelitian lebih lanjut tentang peran suami dan keluarga dalam upaya pencegahan penularan HIV-AIDS di lingkungannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, F. N. (2011). *Faktor Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan HIV-AIDS Di Kalangan Remaja SMA dan Sederajat di Kota Cilacap Tahun 2011*. Jakarta: Thesis, Universitas Indonesia.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Beck, E. J., Mays, N., Whiteside, A. W., & Jose, Z. M. (2006). *The HIV Global Implications and Local And G*. Oxford University Press.
- Bock. (2008). *Factors Influencing The Uptake Of Voluntary Counseling And Testing In Namibia*. Netherlands: University Amsterdam.
- Browning, C. J., & Thomas, S. A. (2005). *Behavioral Change An Evidence-Based Handbook For Social And Public Health*. Sidney.
- Budiman, N. A., Istiarti, T., & Hadi, S. (2008). Faktor Yang Berhubungan dengan Praktek Wps Jalanan dalam Upaya Pencegahan Ims dan HIV-AIDS di Sekitar Alun-Alun dan Candi Prambanan Kabupaten Klaten. *Promkes Indonesia Vol 3*, 108.
- Daili, S. F. (2001). *Penyakit Menular Seksual*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Demartoto, A. (2007). *Sosiologi Kesehatan*. Fisip Uns.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). *Modul Pelatihan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007). *Situasi HIV-AIDS di Indonesia*. Jakarta.
- Dirjen P3L Departemen Kesehatan RI. 2008. *Informasi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Jakarta.
- Dirjen P3L Kemenkes RI. 2011. *Modul Pelatihan Konseling Lanjutan bagi Konselor HIV Terlatih di Sarana Kesehatan*. Jakarta.
- Pusat Data dan Informasi Dep-Kes RI. 2007. *Situasi HIV-AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*. Jakarta.
- Effendy, O. (2003). *Ilmu Teori Dan Filsafat Komunikasi*. Bandung: Pt. Citra Aditya Bakti.
- Evans, D. (2009). *No Transmition And Few Birth Defect In Babies Born To Affrican Mother On Hiv Treatmen*. Entebbe Uganda: Uganda Research Unit On Aids.

- Faulina, R. (2009). *Perilaku Seks Waria Kaitannya Dengan Penularan HIV-AIDS Di Kota Tarakan Provinsi Kalimantan Timur*. Semarang: Thesis, Universitas Diponegoro.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior And Health Education Theory, Research And Practise*. Jossey Bass.
- Green, & Kauter. (2005). *Health Program Planing An Educational And Ecologi Approach*. New York: The Mc Graw-Hill Companies.
- Green, C. W. (2005). *HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan*. Jakarta: Yayasan Spiritia.
- Grapes, B. J. (2007). *Sexually Transmitted Diseases*. San Diego: Greenhaves Press.
- Hastono, S. P., & Sabri, L. (2010). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Hidayat. (2011). *Menyusun Skripsi dan Tesis*. Bandung: Informatika Bandung.
- Ikob, R. (2002). *Faktor- Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Terhadap HIV-AIDS Siswa Smu Negeri 13 Palembang Tahun 2002*. Palembang: Thesis, Universitas Indonesia.
- Indraswari, Ratih (2009). *Pengembangan Media Film dan Poster sebagai Upaya untuk Menyadarkan Ibu Hamil Mengenai Pentingnya Tes HIV*. Thesis Universitas Diponegoro.
- Jarvis, M. (2010). *Teori- Teori Psikologi, Pendekatan Modern Untuk Memahami Perilaku, Perasaan & Pikiran Manusia*. Bandung: Nusa Medika.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., & Janella, K. (1997). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Jogyakarta: Ugm Press.
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI (2008). *Pemberdayaan Perempuan dalam Pencegahan penyebaran HIV-AIDS*. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2010). *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014*. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2011). *Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006 - 2011*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jendral PP & PL. 2011. *Rencana Aksi Kegiatan Pengendalian HIV-AIDS dan IMS Tahun 2010- 2014*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jendral PP & PL. 2011. *Modul Pelatihan Konseling Lanjutan Bagi Konselor HIV Terlatih di Sarana Kesehatan*. Jakarta

- Keraf & Khael Dum. 2001. *Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis*. Jakarta: Kanisius.
- Muzaham, F. (1995). *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Motsoaledi. 2010. *Clinical Guidelines PMTCT (Prevention of Mother to Child Transmission)*. South Africa. Department Health Republic Of South Africa.
- Najmah. (2011). *Managemen & Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta: Mutia Medika.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- National Departement of Health (2010). *Clinical Guidelines : PMTCT*. African
- Naidoo, J., & Wills, J. (2004). *Health Promotion*. New York: Bailliere Tindal Royal College of Nursing.
- Pieter, H. Z., & Lubis, N. L. (2010). *Pengantar Psikologi Umtuk Kebidanan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Purwaningsih, Misutarno, & Nuimamah, S. (2011). Faktor Pemanfaatan VCT Pada Orang Risiko Tinggi HIV-AIDS di Dupak Tahun 2010. *Jurnal Ners*, 9.
- Rakhmat, J. (2005). *Komunikasi Kesehatan*. Bandung: Pt Remaja Rosdakarya Offset.
- Rochyati, S. (2006). *Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Infeksi HIV pada Ibu Hamil yang Berkunjung ke Klinik Pmtct di Puskesmas Kecamatan Tebet Kotamadya Jakarta Selatan* . Jakarta Selatan: Skripsi, Universitas Indonesia.
- Sarwono, S. W. (2009). *Pengantar Psikologi Umum*. Jakarta: Pt Rajagarfindo Persada.
- Shah, I. (2006). Is Elective Caesarian Section Really Essencial For Pmtc Of Hiv In Era Of Art And Abstinence Of Breasfeeding. *Journal Of Tropical Pediatric* , 1.
- Suryoputro, A., Ford, N. J., & Shaluhiyah, Z. (2006). Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi. *Makara Kesehatan* , 1-12.
- Towsend, C. (2008). *HIV Research*. London: The Kaiser Daily HIV-AIDS

- Tjokronegoro, Djoerban, & Matondang. 1992. *Seluk Beluk AIDS yang Perlu Anda Ketahui*. FK. UI. Jakarta.
- Tsague, L. *et al* (2010). Comparing Two Service Delivery Models for the PMTCT of HIV During Transmission From Single Dose Nevirapine. *BMC Public Health* .
- Unesco's. (2001, April). *Strategy for HIV-AIDS Preventing Education*. Dipetik April 2001, dari <http://www.unesco.org/iiep>.
- UNAIDS. (2010). *How to Get to Zero : Faster, Smarter, Better*. World AIDS Day Report, .
- Walgito, B. (2010). *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Ani Offsetd.
- Wibisono, B. (1997). *Epidemiologi Aids*. Jakarta: Dep- Kes Ri Dirjen P2m & Plp.
- Widoyono. (2005). *Penyakit Tropis*. Semarang: Erlangga.
- Yusnita, E. (2002). *Prediksi Perilaku Penggunaan Kondom Dengan Menggunakan Health Belief Model Pada Psk Waria Di Jakarta Barat Tahun 2002*. Jakarta: Thesis, Universitas Indonesia.



PEMERINTAH KOTA PONTIANAK
DINAS KESEHATAN

JALAN JEND. AHMAD YANI TELP. (0561) 760528 FAX. 732602

PONTIANAK 78121

Pontianak, 22 Maret 2012

Kepada.

Nomor : 800/1593/D-Kes/U-Kp
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Yth : Kepala UPK Puskesmas
Alianyang
di-

PONTIANAK

Menindaklanjuti Surat Dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta nomor: 2723/H2.F10/PPM.00.00/2012 Tanggal 09 Maret 2012, Perihal izin Penelitian dan pengambilan data, kepada mahasiswa :

Nama : Sri Mulyanti
N I M : 1006821924
Judul : Hubungan antara komponen Health Belief model (HBM) PADA Ibu Hamil Trimester I8 dengan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2012.

Berkenaan dengan hal tersebut, dimohon bantuan dan partisipasi saudara untuk memberikan data yang terkait penelitian, setelah selesai penelitian dimintakan kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaporkan hasil penelitiannya ke UPK Puskesmas Alianyang dan Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

Demikian, atas bantuannya diucapkan terima kasih.

Ani Kepala Dinas Kesehatan
Kota Pontianak
Sekretaris



Dra. Yekti Sukmawati, MSi
Pembina TK. I
NIP.19650604 199202 2012

Tembusan, Kepada yth :

1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta
2. Kepala UPTD Puskesmas Kecamatan Pontianak Kota DI - PONTIANAK

KUESIONER PENELITIAN

Dalam rangka tugas akhir kelulusan (skripsi) saya, **Sri Mulyanti** sebagai mahasiswa FKM UI akan mengadakan penelitian tentang Faktor- Faktor Yang Berkontribusi Pada Perilaku Ibu Hamil Dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012.

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

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

Nama Pe wawancara :
 Nomor Responden :(diisi oleh peneliti)
 No. HP :
 Tanggal diisi :
 Tanda tangan :

Petunjuk pengisian :

1. Kuesioner di Bacakan oleh Peneliti/ Enumerator sesuai dengan petunjuk dan pertanyaan.
2. Kuesioner diisi oleh peneliti/ Enumerator sesuai dengan jawaban responden.
3. Sebelum mengakhiri wawancara, pastikan semua pertanyaan telah di jawab oleh responden.

DAFTAR PERTANYAAN :

1. Apa pendidikan terakhir ibu ?
 1. Tidak sekolah / Tidak Tamat SD
 2. Tamat SD
 3. Tamat SMP
 4. Tamat SMA
 5. Tamat Perguruan Tinggi
2. Apa pekerjaan ibu saat ini ?
 1. Tidak bekerja
 2. PNS
 3. TNI/POLRI
 4. Wiraswasta/ swasta
 5. Buruh
 6. Lain-lain.....
3. Apa pekerjaan suami ibu saat ini ?
 1. Tidak bekerja
 2. PNS
 3. TNI/POLRI
 4. Wiraswasta/ swasta
 5. Buruh
 6. Sopir
 7. Lain-lain.....

PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS											
1. Menurut ibu, apakah HIV/AIDS termasuk penyakit menular ? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>										
2. Menurut ibu, apakah penyebab HIV/AIDS ? 1. Kuman 2. Bakteri 3. Virus 4. Jamur 5. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>										
3. Menurut ibu, bagaimanakah cara penularan HIV/AIDS ? <i>(Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui)</i> 1. Berganti-ganti pasangan seksual 2. Melakukan hubungan seksual dengan penderita HIV/AIDS tanpa kondom 3. Menggunakan narkoba jarum suntik bersama sama 4. Melalui tranfusi darah 5. Pada saat kehamilan dari ibu penderita HIV/AIDS kepada bayinya 6. Lain-lain, sebutkan.....	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ya</td> <td style="width: 50%;">Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ya	Tdk										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4. Bagaimana cara pencegahan penularan HIV/AIDS ? <i>(Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui)</i> 1. Setia terhadap pasangan seksual 2. Menggunakan kondom jika berhubungan seksual dengan penderita HIV/AIDS 3. Melakukan pemeriksaan / tes HIV jika beresiko tertular 4. Tidak menggunakan narkoba jarum suntik bersama sama 5. Tranfusi darah yang aman (yakin, bhw pendonor bebas HIV) 6. Lain-lain, sebutkan.....	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ya</td> <td style="width: 50%;">Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ya	Tdk										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5. Apakah ibu mengetahui dimana tempat pemeriksaan HIV ? 1. Tahu 2. Tidak tahu → Lanjut pertanyaan no. 7	<input type="checkbox"/>										
6. Jika "Tahu" dimana tempatnya ? <i>(Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui)</i> 1. Puskesmas 2. Klinik swasta 3. Rumah sakit pemerintah 4. Rumah sakit swasta 5. Lain-lain, sebutkan.....	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ya</td> <td style="width: 50%;">Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ya	Tdk										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
7. Bagaimana cara mengetahui seseorang yang mengidap HIV ? 1. Pemeriksaan fisik 2. Foto rontgen 3. Pemeriksaan darah 4. Pemeriksaan Urine 5. Pemeriksaan tinja 6. Lain-lain, sebutkan.....	<input type="checkbox"/>										

8. Menurut ibu, apakah seseorang menderita HIV/AIDS bisa disembuhkan ? 1. Tidak bisa → <i>Lanjut Ke pertanyaan No. 10</i> 2. Bisa	<input type="checkbox"/>
9. Jika “Bisa”, bagaimana cara penyembuhannya ? 1. Minum obat dari dokter 2. Minum jamu tradisional 3. Lain-lain.....	<input type="checkbox"/>

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Sgat Tidak yakin	Tidak yakin	Sgat Yakin	Yakin
KERENTANAN TERHADAP PENULARAN HIV					
10	Ibu pernah mempunyai pengalaman masalah, melakukan hubungan seksual yang tidak aman selain dengan pasangan seksual/ suami ibu saat ini. (tidak menggunakan kondom)				
11	Ibu pernah mempunyai pengalaman masa lalu menggunakan narkoba jarum suntik.				
12	Ibu pernah mendapatkan tranfusi darah selama 6 bulan terakhir				
13	Ibu adalah isteri pertama dari suami ibu				
14	Suami ibu adalah suami pertama dari ibu				
15	Suami ibu pernah berpergian jauh keluar kota lebih dari 3 hari.				
16	Suami ibu pernah mempunyai pengalaman masa lalu dalam hubungan seksual yang tidak aman selain dengan ibu saat ini. (tidak menggunakan kondom)				
17	Suami ibu sampai saat ini mempunyai pasangan seksual lain selain dengan ibu (WIL)				
18	suami ibu pernah mempunyai pengalaman masa lalu dalam menggunakan narkoba jarum suntik				
19	Suami ibu pernah mendapat tranfusi darah selama 6 bulan terakhir.				
20	Dalam 6 bulan terakhir selama melakukan hubungan seksual tidak pernah menggunakan kondom.				
21	Suami ibu pernah mengeluh nyeri pada waktu buang air kecil				
22	Suami ibu pernah mengeluarkan cairan dari alat kelaminnya				
23	Ibu pernah mengalami keputihan yang berlebihan				
24	Ibu pernah mengalami nyeri selama melakukan hubungan seksual dengan suami ibu				

25	Ibu beresiko tertular HIV/AIDS jika berhubungan seksual dengan orang yang terinfeksi.				
26	Jika ibu beresiko, ibu bisa terkena HIV/AIDS di kemudian hari.				

MANFAAT JIKA MELAKUKAN PEMERIKSAAN HIV		
27	Pemeriksaan HIV, dapat membantu ibu untuk mengetahui apakah ibu terinfeksi HIV/AIDS 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
28	Pemeriksaan HIV membuat ibu merasa aman dan tenang menjalankan kehamilan. 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
29	Jika ibu hamil melakukan pemeriksaan HIV dapat menentukan pengobatan dan pencegahan pada bayi yang ibu lahirkan. 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
HAMBATAN MELAKUKAN PEMERIKSAAN HIV		
30	Apakah ibu pernah memperoleh informasi tentang pemeriksaan HIV ? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
31	Apakah ibu mengetahui tempat pemeriksaan HIV ? 1. Ya 2. Tidak → <i>Lanjut ke pertanyaan no.</i>	<input type="checkbox"/>
32	Bagaimana jarak tempat pemeriksaan HIV jauh dari tempat tinggal ibu ? 1. Jauh (>10 km) 2. Dekat (5-10 km)	<input type="checkbox"/>
33	Apakah ibu mengetahui cara pemeriksaan HIV. 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
34	Apakah ibu mendapatkan izin dari suami untuk melakukan pemeriksaan HIV ? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
35	Apakah ibu tahu biaya pemeriksaan HIV ? 1. Ya 2. Tidak → <i>Lanjut ke pertanyaan no. 37</i>	<input type="checkbox"/>
36	Bagaimana menurut ibu, tentang biaya pemeriksaan HIV ? 1. Mahal (> Rp. 50.000) 2. Murah (< Rp. 50.000) 3. Gratis	<input type="checkbox"/>
37	Apakah ibu merasa takut melihat pemeriksaan HIV ? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
38	Apakah ibu merasa hasil pemeriksaan HIV terjamin kerahasiaannya ? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
39	Apakah ibu merasa khawatir jika melakukan pemeriksaan HIV, orang disekitar ibu akan mencurigai ibu terinfeksi HIV ? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

SUMBER INFORMASI TENTANG HIV/AIDS																		
40	Selama kehamilan ini, apakah ibu pernah mendapatkan penyuluhan tentang HIV/AIDS ? 1. Tidak pernah → Lanjut Ke pertanyaan No.44 2. Pernah	<input type="checkbox"/>																
41	Jika "Pernah" kapan penyuluhan tersebut ibu dapatkan ? 1. < 1 bulan yang lalu 2. 2-3 bulan yang lalu 3. >3 bulan yang lalu (Tanyakan pada usia kehamilan berapa minggu ?)	<input type="checkbox"/>																
42	Jika "Pernah", dimanakah ibu mendapatkan penyuluhan tentang HIV/AIDS ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Tempat instansi anda bekerja (jika ibu bekerja) 2. Saat pemeriksaan kehamilan (Jika ibu menjawab ini, tanyakan dimana)..... 3. Acara pengajian 4. Kegiatan organisasi kemasyarakatan 5. Lain-lain.....	<table border="1"> <tr> <td>Ya</td> <td>Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ya	Tdk																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
43	Apa saja yang disampaikan didalam penyuluhan tentang HIV/AIDS tersebut ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Penyebab HIV 2. Cara penularan 3. Tanda dan gejala HIV 4. Pencegahan HIV 5. Lain-lain.....	<table border="1"> <tr> <td>Ya</td> <td>Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ya	Tdk																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
44	Apakah anda pernah melihat penderita HIV/AIDS yang sedang sakit ? 1. Pernah 2. Tidak Pernah → Lanjut ke pertanyaan No. 46	<input type="checkbox"/>																
45	Jika "Pernah", siapakah penderita tersebut ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Saudara 2. Keluarga 3. Teman kerja 4. Tetangga 5. Lain-lain, sebutkan.....	<table border="1"> <tr> <td>Ya</td> <td>Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ya	Tdk																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
46	Apakah ibu, pernah memperoleh infomasi melalui media ?	<table border="1"> <tr> <td>Ya</td> <td>Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Ya	Tdk																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
46 a	Dari mana saja ibu pernah mendengar tentang HIV/AIDS ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Majalah dan koran 2. TV 3. Radio 4. Internet 5. Teman-teman 6. Keluarga 7. Petugas kesehatan 8. Lain-lain, sebutkan.....	<table border="1"> <tr> <td>Ya</td> <td>Tdk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya	Tdk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ya	Tdk																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

PERILAKU PEMERIKSAAN HIV			
47	Selama kehamilan ini, apakah ibu pernah melakukan pertemuan dengan petugas layanan yang berkaitan dengan HIV/AIDS ? 1. Pernah 2. Tidak pernah → <i>Lanjut ke pertanyaan No. 50</i>	<input type="checkbox"/>	
48	Jika "Pernah", kapan pertemuan itu di lakukan ? 1. 1 bulan yang lalu 2. 2-3 bulan yang lalu 3. > 3 bulan yang lalu	<input type="checkbox"/>	
49	Dimanakah ibu melakukan pertemuan tersebut ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Puskesmas 2. Klinik Swasta 3. Rumah Sakit 4. Mobile VCT 5. Lain-lain.....	Ya	Tdk
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Selama kehamilan ini, apakah ibu pernah mendapat konseling tentang pemeriksaan HIV ? 1. Pernah 2. Tidak pernah → <i>Lanjut ke pertanyaan no. 53</i>	<input type="checkbox"/>	
51	Jika "Pernah", kapan pertemuan itu di lakukan ? 1. 1 bulan yang lalu 2. 2-3 bulan yang lalu 3. > 3 bulan yang lalu	<input type="checkbox"/>	
52	Dimanakah ibu melakukan pertemuan tersebut ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Puskesmas 2. Klinik Swasta 3. Rumah Sakit 4. Mobile VCT 5. Lain-lain.....	Ya	Tdk
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Selama kehamilan ini, apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan HIV ? 1. Pernah 2. Tidak Pernah → SELESAI WAWANCARA	<input type="checkbox"/>	
54	Jika "Pernah", kapan pemeriksaan itu di lakukan ? 1. 1 bulan yang lalu 2. 2-3 bulan yang lalu 3. > 3 bulan yang lalu	<input type="checkbox"/>	
55	Jika "Pernah", dimanakah ibu melakukan pemeriksaan HIV ? (Jawaban bisa lebih dari satu, jawaban jangan di bacakan dan tanyakan apa lagi yang ibu ketahui) 1. Puskesmas 2. Klinik Swasta 3. Rumah Sakit 4. Mobile VCT 5. Lain-lain.....	Ya	Tdk
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selesai.

Saya mengucapkan terimakasih atas partisipasi dan kerjasama yang ibu berikan semoga Tuhan yang maha Esa senantiasa memberikan kesehatan dan kemudahan dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas.Amin.

Uji Validitas dan Reliabilitas

Variabel Pengetahuan

Pertanyaan yang masuk dalam analisis ada 6 pertanyaan yaitu, sebab, tular, cegah, tempat, dimana, sembuh. Sedangkan 3 pertanyaan lainnya tidak dimasukkan dalam analisis karena semua jawabannya homogen.

Tabel 1.1 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Pengetahuan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
Sebab	0.250	0.258	Tidak valid	0.602	Reliabel
Tular	0.464		Valid		
Cegah	0.316		Valid		
Tempat	0.680		Valid		
Dimana	0.547		Valid		
Sembuh	-0.122		Tidak valid		

Setelah dilakukan analisis, hanya ada 2 pertanyaan tentang pengetahuan yang tidak memenuhi syarat validitas sehingga dilakukan pemilahan pertanyaan dari kuesioner. Pertanyaan yang harus dikeluarkan terlebih dahulu adalah pertanyaan yang nilai r hasilnya paling rendah, yaitu cara1 (-0.122).

Tabel 1.2 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Pengetahuan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
Sebab	0.308	0.258	Valid	0.695	Reliabel
Tular	0.471				
Cegah	0.322				
Tempat	0.702				
Dimana	0.583				

Setelah pertanyaan-pertanyaan yang nilai r hasilnya kurang dari nilai r tabel dikeluarkan dari kuesioner, terdapat 5 pertanyaan yang memenuhi syarat validitas. Nilai cronbach's alpha menghasilkan 0.695, itu artinya pertanyaan yang tersisa memenuhi syarat reliabilitas.

Variabel Kerentanan

Tabel 1.5 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Kerentanan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
R1	0.023	0.258	Tidak valid	0.844	Reliabel
R2	0.156		Tidak valid		
R3	0.360		Valid		
R4	0.295		Valid		
R5	0.274		Valid		
R6	0.342		Valid		
R7	0.567		Valid		
R8	0.691		Valid		
R9	0.587		Valid		
R10	0.602		Valid		
R11	0.495		Valid		
R12	0.683		Valid		
R13	0.829		Valid		
R14	0.588		Valid		
R15	0.589		Valid		
R16	0.520		Valid		
R17	0.378		Valid		

Setelah dilakukan analisis, hanya ada 2 pertanyaan tentang kerentana yang tidak memenuhi syarat validitas sehingga dilakukan pemilahan pertanyaan dari kuesioner. Pertanyaan yang harus dikeluarkan terlebih dahulu adalah pertanyaan yang nilai r hasilnya paling rendah, yaitu cara1 (0.023).

Tabel 1.6 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Kerentanan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
R3	0.320	0.258	Valid	0.858	Reliabel
R4	0.287		Valid		
R5	0.278		Valid		
R6	0.343		Valid		
R7	0.564		Valid		
R8	0.715		Valid		
R9	0.548		Valid		
R10	0.605		Valid		
R11	0.525		Valid		
R12	0.691		Valid		
R13	0.830		Valid		
R14	0.572		Valid		
R15	0.608		Valid		
R16	0.527		Valid		
R17	0.388		Valid		

Setelah pertanyaan-pertanyaan yang nilai r hasilnya kurang dari nilai r tabel dikeluarkan dari kuesioner, terdapat 15 pertanyaan yang memenuhi syarat validitas. Nilai cronbach's alpha menghasilkan 0.858, itu artinya pertanyaan yang tersisa memenuhi syarat reliabilitas.

Variabel Hambatan

Tabel 1.7 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Hambatan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
H1	-0.114	0.258	Tidak valid	0.139	Tidak reliabel
H2	0.034		Tidak valid		
H3	0.199		Tidak valid		
H4	-0.147		Tidak valid		
H5	0.304		Valid		
H6	-0.009		Tidak valid		
H7	-0.067		Tidak valid		
H8	0.157		Tidak valid		
H9	0.163		Tidak valid		
H10	0.087		Tidak valid		

Setelah dilakukan analisis, ternyata terdapat 9 pertanyaan yang tidak memenuhi syarat validitas sehingga pertanyaan tersebut harus dikeluarkan dari kuesioner. Pertanyaan yang harus dikeluarkan terlebih dahulu adalah pertanyaan yang nilai r hasilnya paling rendah, yaitu cara1 (-0.114).

Tabel 1.8 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Hambatan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
H4	0.178	0.258	Tidak valid	0.602	Reliabel
H5	0.549		Valid		
H6	0.548		Valid		
H7	0.134		Tidak valid		
H8	0.205		Tidak valid		
H9	0.445		Valid		

Setelah pertanyaan-pertanyaan yang nilai r hasilnya kurang dari nilai r tabel dikeluarkan dari kuesioner, terdapat 3 pertanyaan memenuhi syarat validitas. Nilai cronbach's alpha menghasilkan 0.602, itu artinya pertanyaan yang tersisa memenuhi syarat reliabilitas.

Tabel 1.8 Distribusi Nilai Validitas dan Reliabilitas Pertanyaan Hambatan tentang Faktor- Faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2012

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Nilai r Tabel	Validitas	Nilai Cronbach's Alpha	Reliabilitas ($\alpha \geq 0.6$)
H5	0.705	0.258	Valid	0.624	Reliabel
H6	0.705		Valid		
H8	0.230		Valid		
H9	0.432		valid		

Setelah pertanyaan-pertanyaan yang nilai r hasilnya kurang dari nilai r tabel dikeluarkan dari kuesioner, terdapat 4 pertanyaan memenuhi syarat validitas. Nilai cronbach's alpha menghasilkan 0.624, itu artinya pertanyaan yang tersisa memenuhi syarat reliabilitas.

VARIABEL PENDIDIKAN

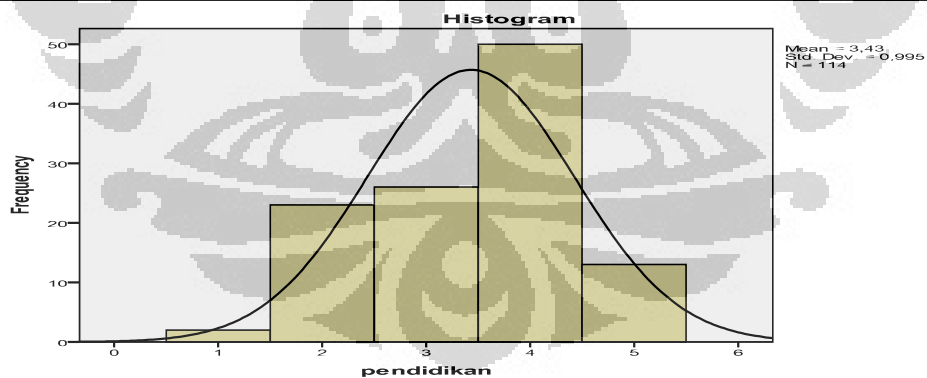
Statistics

Total Pendidikan Distribusi Normal (Mean)

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		3,43
Median		4,00
Std. Deviation		,995
Skewness		-,351
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		1
Maximum		5

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	2	1,8	1,8	1,8
	tamat SD	23	20,2	20,2	21,9
	tamat SMP	26	22,8	22,8	44,7
	tamat SMA	50	43,9	43,9	88,6
	tamat PT	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	



variabel_pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	63	55,3	55,3	55,3
	rendah	51	44,7	44,7	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

HUBUNGAN PENDIDIKAN DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

variabel_pendidikan * pp53 Crosstabulation

			pp53		Total
			Ya	tidak	
variabel_pendidikan	tinggi	Count	6	57	63
		% within variabel_pendidikan	9,5%	90,5%	100,0%
	rendah	Count	2	49	51
% within variabel_pendidikan			3,9%	96,1%	100,0%
Total		Count	8	106	114
	% within variabel_pendidikan		7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,356 ^a	1	,244		
Continuity Correction ^b	,633	1	,426		
Likelihood Ratio	1,432	1	,231		
Fisher's Exact Test				,294	,216
Linear-by-Linear Association	1,344	1	,246		
N of Valid Cases	114				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for variabel pendidikan (tinggi / rendah)	2,579	,498	13,365
For cohort pp53 = Ya	2,429	,512	11,524
For cohort pp53 = tidak	,942	,854	1,038

VARIABEL PEKERJAAN

Statistics

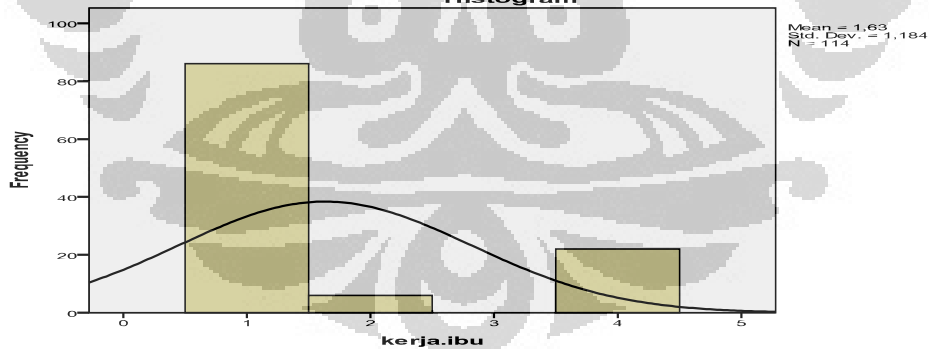
kerja.ibu

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		1,63
Median		1,00
Std. Deviation		1,184
Skewness		1,469
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		1
Maximum		4

kerja.ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	86	75,4	75,4	75,4
	PNS	6	5,3	5,3	80,7
	wiraswasta	22	19,3	19,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Histogram



Variabel kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	86	75,4	75,4	75,4
	Bekerja	28	24,6	24,6	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

HUBUNGAN PEKERJAAN DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

Variabel_kerja * Perilakuuuuuu Crosstabulation

		Perilakuuuuuu		Total	
		Ya	tidak		
Variabel_kerja	tidak bekerja	Count	4	82	86
		% within Variabel kerja	4,7%	95,3%	100,0%
	Bekerja	Count	4	24	28
		% within Variabel kerja	14,3%	85,7%	100,0%
Total		Count	8	106	114
		% within Variabel kerja	7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,005 ^a	1	,083		
Continuity Correction ^b	1,710	1	,191		
Likelihood Ratio	2,611	1	,106		
Fisher's Exact Test				,100	,100
Linear-by-Linear Association	2,979	1	,084		
N of Valid Cases	114				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Variabel kerja (tidak bekerja / Bekerja)	,293	,068	1,259
For cohort Perilakuuuuuu = Ya	,326	,087	1,217
For cohort Perilakuuuuuu = tidak	1,112	,950	1,303
N of Valid Cases	114		

VARIBEL PENGETAHUAN

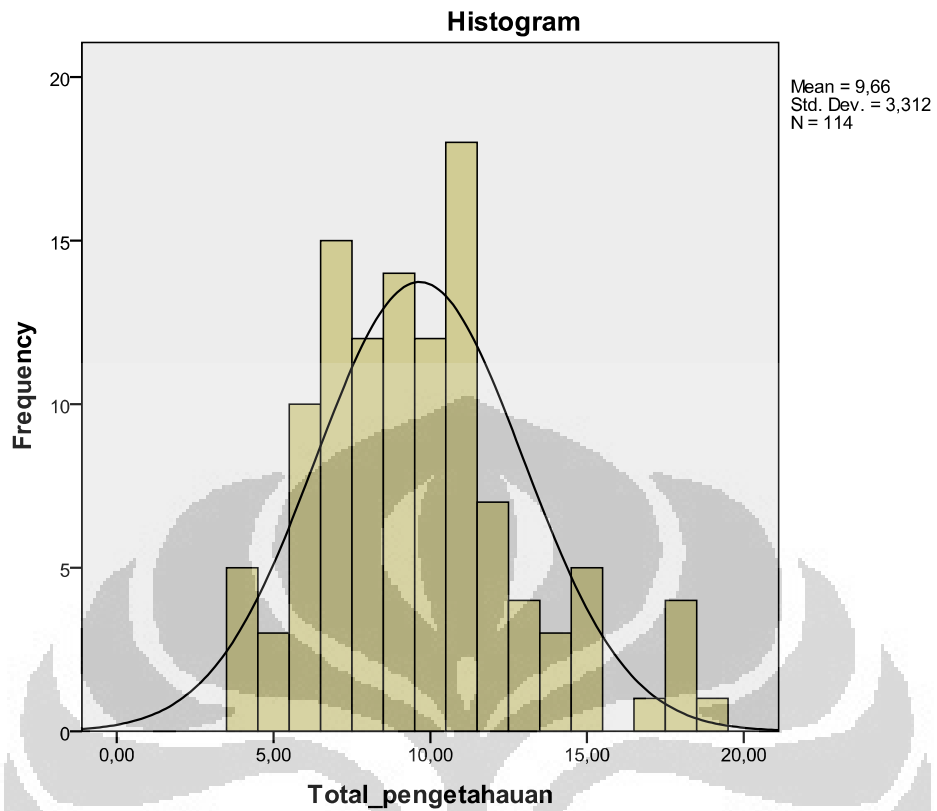
Statistics

Total_pengetahuan (Distribusi Tidak normal = 3,05)

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		9,6579
Median		9,0000
Std. Deviation		3,31216
Skewness		,691
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		4,00
Maximum		19,00

Total_pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	5	4,4	4,4	4,4
	5,00	3	2,6	2,6	7,0
	6,00	10	8,8	8,8	15,8
	7,00	15	13,2	13,2	28,9
	8,00	12	10,5	10,5	39,5
	9,00	14	12,3	12,3	51,8
	10,00	12	10,5	10,5	62,3
	11,00	18	15,8	15,8	78,1
	12,00	7	6,1	6,1	84,2
	13,00	4	3,5	3,5	87,7
	14,00	3	2,6	2,6	90,4
	15,00	5	4,4	4,4	94,7
	17,00	1	,9	,9	95,6
	18,00	4	3,5	3,5	99,1
	19,00	1	,9	,9	100,0
Total		114	100,0	100,0	



variabel pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	55	48,2	48,2	48,2
	Rendah	59	51,8	51,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

variabel_pengetahuan * Perilakuuuuuu Crosstabulation

		Perilakuuuuuu		Total
		Ya	tidak	
variabel_pengetahuan Tinggi	Count	4	51	55
	% within variabel_pengetahuan	7,3%	92,7%	100,0%
Rendah	Count	4	55	59
	% within variabel_pengetahuan	6,8%	93,2%	100,0%
Total	Count	8	106	114
	% within variabel_pengetahuan	7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,011 ^a	1	,918		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,011	1	,918		
Fisher's Exact Test				1,000	,602
Linear-by-Linear Association	,011	1	,918		
N of Valid Cases	114				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for variabel_pengetahuan (Tinggi / Rendah)	1,078	,256	4,540
For cohort Perilakuuuuuu = Ya	1,073	,282	4,082
For cohort Perilakuuuuuu = tidak	,995	,899	1,100
N of Valid Cases	114		

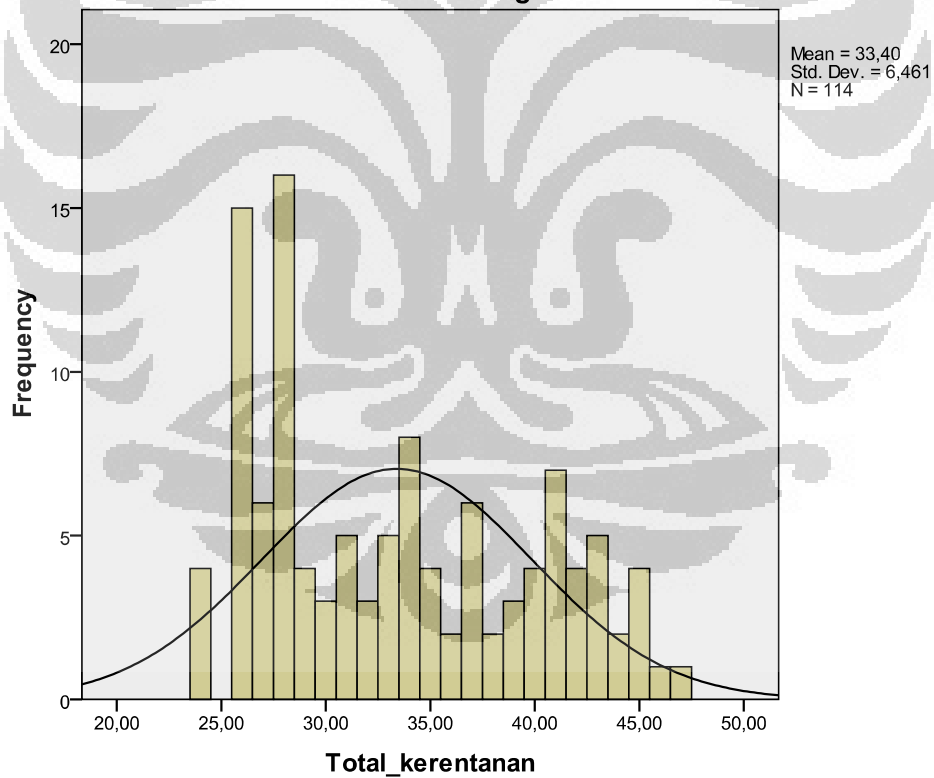
VARIABEL KERENTANAN

Statistics

Total kerentanan (distribusi normal = 1,67)

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		33,4035
Median		33,0000
Std. Deviation		6,46121
Skewness		,378
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		24,00
Maximum		47,00

Histogram



Total kerentanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24,00	4	3,5	3,5	3,5
	26,00	15	13,2	13,2	16,7
	27,00	6	5,3	5,3	21,9
	28,00	16	14,0	14,0	36,0
	29,00	4	3,5	3,5	39,5
	30,00	3	2,6	2,6	42,1
	31,00	5	4,4	4,4	46,5
	32,00	3	2,6	2,6	49,1
	33,00	5	4,4	4,4	53,5
	34,00	8	7,0	7,0	60,5
	35,00	4	3,5	3,5	64,0
	36,00	2	1,8	1,8	65,8
	37,00	6	5,3	5,3	71,1
	38,00	2	1,8	1,8	72,8
	39,00	3	2,6	2,6	75,4
	40,00	4	3,5	3,5	78,9
	41,00	7	6,1	6,1	85,1
	42,00	4	3,5	3,5	88,6
	43,00	5	4,4	4,4	93,0
	44,00	2	1,8	1,8	94,7
	45,00	4	3,5	3,5	98,2
	46,00	1	,9	,9	99,1
	47,00	1	,9	,9	100,0
Total		114	100,0	100,0	

Variabel kerentanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	beresiko	53	46,5	46,5	46,5
	Tidak Beresiko	61	53,5	53,5	100,0
Total		114	100,0	100,0	

HUBUNGAN KERENTANAN DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

Variabel_kerentanan * Perilakuuuuuu Crosstabulation

			Perilakuuuuuu		Total
			Ya	tidak	
Variabel_kerentana n	beresiko	Count	7	46	53
		% within Variabel_kerentanan	13,2%	86,8%	100,0%
	Tidak Beresiko	Count	1	60	61
% within Variabel_kerentanan			1,6%	98,4%	100,0%
Total		Count	8	106	114
	% within Variabel_kerentanan		7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,816 ^a	1	,016	,024	,019
Continuity Correction ^b	4,179	1	,041		
Likelihood Ratio	6,355	1	,012		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,765	1	,016		
N of Valid Cases	114				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,72.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Variabel_kerentanan (beresiko / Tidak Beresiko)	9,130	1,085	76,847
For cohort Perilakuuuuuu = Ya	8,057	1,024	63,384
For cohort Perilakuuuuuu = tidak	,882	,791	,985
N of Valid Cases	114		

VARIABEL MANFAAT

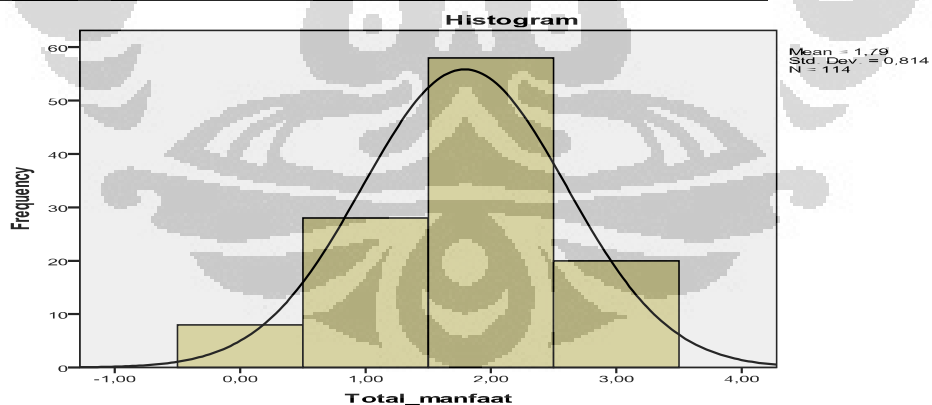
Statistics

Total manfaat (distribusi normal= 1,8)

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		1,7895
Median		2,0000
Std. Deviation		,81440
Skewness		-,394
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		,00
Maximum		3,00

Total manfaat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	8	7,0	7,0	7,0
1,00	28	24,6	24,6	31,6
2,00	58	50,9	50,9	82,5
3,00	20	17,5	17,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	



variabel manfaat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Besar	78	68,4	68,4	68,4
Kecil	36	31,6	31,6	100,0
Total	114	100,0	100,0	

HUBUNGAN MANFAAT DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

variabel_manfaat * Perilakuuuuuu Crosstabulation

		Perilakuuuuuu		Total	
		Ya	tidak		
variabel_manfaat	Besar	Count	7	71	78
		% within variabel manfaat	9,0%	91,0%	100,0%
	Kecil	Count	1	35	36
		% within variabel manfaat	2,8%	97,2%	100,0%
Total		Count	8	106	114
		% within variabel manfaat	7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,449 ^a	1	,229		
Continuity Correction ^b	,655	1	,418		
Likelihood Ratio	1,691	1	,193		
Fisher's Exact Test				,432	,215
Linear-by-Linear Association	1,437	1	,231		
N of Valid Cases	114				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for variabel_manfaat (Besar / Kecil)	3,451	,408	29,155
For cohort Perilakuuuuuu = Ya	3,231	,413	25,291
For cohort Perilakuuuuuu = tidak	,936	,857	1,023
N of Valid Cases	114		

VARIABEL HAMBATAN

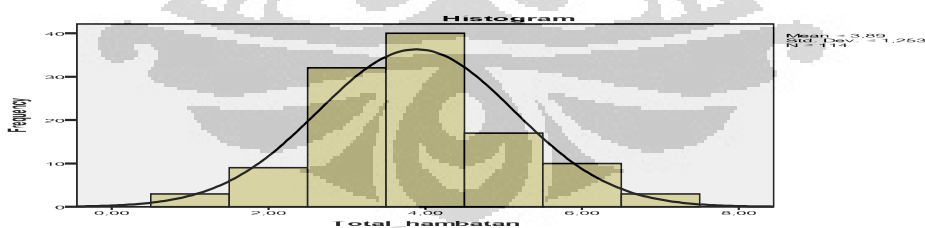
Statistics

Total hambatan (data terdistribusi normal)

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		3,8860
Median		4,0000
Std. Deviation		1,25338
Skewness		,247
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		1,00
Maximum		7,00

Total_hambatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	3	2,6	2,6	2,6
2,00	9	7,9	7,9	10,5
3,00	32	28,1	28,1	38,6
4,00	40	35,1	35,1	73,7
5,00	17	14,9	14,9	88,6
6,00	10	8,8	8,8	97,4
7,00	3	2,6	2,6	100,0
Total	114	100,0	100,0	



Variabel ham2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kecil	84	73,7	73,7	73,7
besar	30	26,3	26,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

HUBUNGAN HAMBATAN DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

Variabel_ham2 * Perilakuuuuuuu Crosstabulation

		Perilakuuuuuuu		Total	
		Ya	tidak		
Variabel_ham2	kecil	Count	3	81	84
		% within Variabel_ham2	3,6%	96,4%	100,0%
	besar	Count	5	25	30
		% within Variabel_ham2	16,7%	83,3%	100,0%
Total		Count	8	106	114
		% within Variabel_ham2	7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,809 ^a	1	,016		
Continuity Correction ^b	3,976	1	,046		
Likelihood Ratio	5,015	1	,025		
Fisher's Exact Test				,029	,029
Linear-by-Linear Association	5,759	1	,016		
N of Valid Cases	114				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Variabel ham2 (kecil / besar)	,185	,041	,830
For cohort Perilakuuuuuuu = Ya	,214	,054	,843
For cohort Perilakuuuuuuu = tidak	1,157	,981	1,365
N of Valid Cases	114		

VARIABEL INFORMASI

Statistics

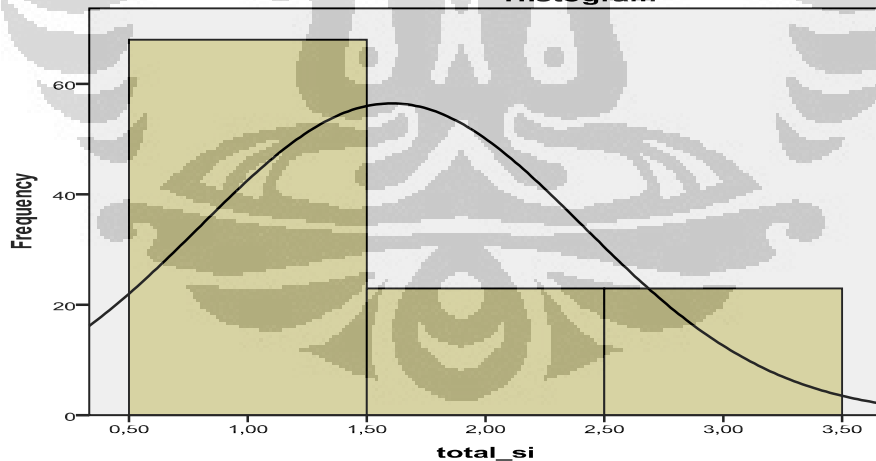
total_si

N	Valid	114
	Missing	0
Mean		1,6053
Median		1,0000
Std. Deviation		,80506
Skewness		,841
Std. Error of Skewness		,226
Minimum		1,00
Maximum		3,00

total_si

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	68	59,6	59,6	59,6
	2,00	23	20,2	20,2	79,8
	3,00	23	20,2	20,2	100,0
Total		114	100,0	100,0	

Histogram



Variabel Informasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	46	40,4	40,4	40,4
	rendah	68	59,6	59,6	100,0
Total		114	100,0	100,0	

SUMBER INFORMASI DARI PENYULUHAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	30	26,3	26,3	26,3
tidak	84	73,7	73,7	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Waktu penyuluhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tahu	84	73,7	73,7	73,7
2-3 bulan	11	9,6	9,6	83,3
>3 bulan	19	16,7	16,7	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Tempat : instansi kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	4	3,5	3,5	3,5
tidak	110	96,5	96,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Tempat : saat anc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	14	12,3	12,3	12,3
tidak	100	87,7	87,7	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Tempat : acara pengajian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	3	2,6	2,6	2,6
tidak	111	97,4	97,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Tempat : kegiatan masyarakat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	6	5,3	5,3	5,3
tidak	108	94,7	94,7	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Materi : penyebab

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	19	16,7	16,7	16,7
	tidak	95	83,3	83,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Materi : cara penularan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	26	22,8	22,8	22,8
	tidak	88	77,2	77,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Materi : tanda dan gejala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	18	15,8	15,8	15,8
	tidak	96	84,2	84,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Materi : pencegahan HIV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	25	21,9	21,9	21,9
	tidak	89	78,1	78,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

SUMBER INFORMASI : MELIHAT ORANG SAKIT

Melihat orang sakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	39	34,2	34,2	34,2
	tidak	75	65,8	65,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Melihat orang sakit : keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	9	7,9	7,9	7,9
	tidak	105	92,1	92,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Melihat orang sakit : teman kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	6	5,3	5,3	5,3
	tidak	108	94,7	94,7	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Melihat orang sakit : tetangga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	22	19,3	19,3	19,3
	tidak	92	80,7	80,7	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

SUMBER INFORMASI DARI MEDIA**Media cetak**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	61	53,5	53,5	100,0
	tidak	53	46,5	46,5	46,5
	Total	114	100,0	100,0	

media_elektronik2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	91	79,8	79,8	100,0
	tidak	23	20,2	20,2	20,2
	Total	114	100,0	100,0	

TV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	105	92,1	92,1	92,1
	tidak	9	7,9	7,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Radio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	6	5,3	5,3	100,0
	tidak	108	94,7	94,7	94,7
	Total	114	100,0	100,0	

Internet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	21	18,4	18,4	100,0
	tidak	93	81,6	81,6	81,6
	Total	114	100,0	100,0	

SUMBER INFORMASI DARI KOMUNIKASI LANGSUNG

Teman -teman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	52	45,6	45,6	45,6
tidak	62	54,4	54,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	18	15,8	15,8	15,8
tidak	96	84,2	84,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Petugas kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	19	16,7	16,7	16,7
tidak	95	83,3	83,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

HUBUNGAN SUMBER INFORMASI DENGAN PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

var_si * Perilakuuuuuu Crosstabulation

		Perilakuuuuuu		Total
		Ya	tidak	
var_si tinggi	Count	7	39	46
	% within var si	15,2%	84,8%	100,0%
rendah	Count	1	67	68
	% within var si	1,5%	98,5%	100,0%
Total	Count	8	106	114
	% within var si	7,0%	93,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,947 ^a	1	,005		
Continuity Correction ^b	5,979	1	,014		
Likelihood Ratio	8,274	1	,004		
Fisher's Exact Test				,007	,007
Linear-by-Linear Association	7,877	1	,005		
N of Valid Cases	114				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,23.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for var_si (tinggi / rendah)	12,026	1,426	101,412
For cohort Perilakuuuuuu = Ya	10,348	1,317	81,320
For cohort Perilakuuuuuu = tidak	,860	,759	,976
N of Valid Cases	114		

PERILAKU PEMERIKSAAN HIV

variabel_perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	8	7,0	7,0	7,0
	tidak	106	93,0	93,0	100,0
Total		114	100,0	100,0	

Waktu pemeriksaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	106	93,0	93,0	93,0
	2-3 bulan	4	3,5	3,5	96,5
	>3 bulan	4	3,5	3,5	100,0
Total		114	100,0	100,0	

Tempat pemeriksaan : Di Rumah sakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	4	3,5	3,5	3,5
	tidak	110	96,5	96,5	100,0
Total		114	100,0	100,0	

Tempat pemeriksaan : Mobile/VCT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	4	3,5	3,5	3,5
	tidak	110	96,5	96,5	100,0
Total		114	100,0	100,0	

