



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP  
PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS PADA PEKERJA  
BANGUNAN DI PROYEK *WORLD CLASS UNIVERSITY*  
TAHUN 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana  
Kesehatan Masyarakat

YULI LUTHFIANA

1006822510

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KEBIDANAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK

MEI 2012

Universitas Indonesia

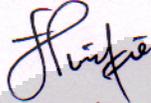
## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yuli Luthfiana

NPM : 1006822510

Tanda Tangan :



Tanggal : 30 Mei 2012



## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yuli Luthfiana

Nomor Pokok Mahasiswa : 1006822510

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2010

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

”Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS pada Pekerja Bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Mei 2012



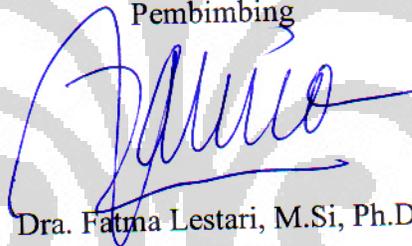
( Yuli Luthfiana )

## LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi berjudul “**Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University Tahun 2012***” telah diperiksa dan disetujui oleh tim penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 30 Mei 2012

Pembimbing



Dra. Fatma Lestari, M.Si, Ph.D

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Yuli Luthfiana

NPM : 1006822510

Program Studi : Sarjana Ekstensi

Judul : Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* 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 : dra. Fatma Lestari, M.Si, Ph.D



(.....)

Penguji : Dr. dr. Zulkifli Djunaidi, M.App.Sc



(.....)

Penguji : Kurniawan, SKM



(.....)

Ditetapkan di : Depok, Jawa Barat

Tanggal : 30 Mei 2012

**PERNYATAAN PERSETUJUAN TUGAS AKHIR UNTUK  
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yuli Luthfiana  
NPM : 1006822510  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia HAK BEBAS ROYALTI NONEKSLUSIF (*NON EKSLUSIVE ROYALTY FREE RIGHT*) atas karya saya yang berjudul :

"Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS pada Pekerja Bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012"

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) dengan hak bebas royalti non eksklusif di Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai hak cipta.

Dibuat di Depok

Mei 2012

Yang menyatakan



( Yuli luthfiana )

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur saya panjatkan ke hadirat Alloh SWT, berkat hidayah dan rahmatNya yang tak terhingga yang telah diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan laporan ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari dalam prosesnya sangat banyak memperoleh bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masalah perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

- 1) Dra. Fatma Lestari, PhD, selaku dosen pembimbing yang dengan sabar telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 2) Ir. Rudianto, Kepala Proyek *World Class University* PT. Waskita Karya di Universitas Indonesia Depok yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
- 3) Kurniawan, SKM, selaku Officer K3LM Proyek *World Class University* PT. Waskita Karya di Universitas Indonesia Depok yang telah banyak membantu penulis dalam pengambilan data dan wawancara dengan pekerja.
- 4) Seluruh keluarga yang telah memberikan pengertian, dukungan dan pengorbanan serta doa tulus yang tak ternilai. Terutama Ayah, Ibu dan Putri Kecilku Jihan nabila.
- 5) Teman-teman peminatan kebidanan komunitas angkatan III yang telah bersama-sama saling bertukar pikiran dan saling mendoakan dalam praktek kesehatan masyarakat.
- 6) Buat kak Tity, yuk Aisyah dan sikecil “Nur” teman senasib seperjuangan terima kasih untuk kebersamaan yang indah.

- 7) Penghuni posko mbak sur, cece, wy, yulan dan susan incung serta teman-teman lainnya yang saling memberikan supportnya. Buat mbak wenny yang walaupun jauh dimata tetapi tetap dekat di hati.
- 8) Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Dalam penulisan laporan ini saya menyadari masih jauh dari kesempurnaan dan masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun dari segi isi materi laporan. Untuk itu saya sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan di masa yang akan datang.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat dan bisa menjadi bekal bagi saya untuk terjun mengabdikan kepada masyarakat.

Depok, Mei 2012

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN TUGAS AKHIR UNTUK  
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yuli Luthfiana

NPM : 1006822510

Program Studi : Kebidanan Komunitas

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia HAK BEBAS ROYALTI NONEKSLUSIF (*NON EKSLUSIVE ROYALTY FREE RIGHT*) atas karya saya yang berjudul :

”Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS pada Pekerja Bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) dengan hak bebas royalti non eksklusif di Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai hak cipta.

Dibuat di Depok

Mei 2012

Yang menyatakan

( Yuli luthfiana )

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### BIODATA

Nama : Yuli Luthfiana

Tempat Tanggal Lahir : Lubuklinggau, 04 Juli 1979

Alamat : Jl. Depati Said Rt.07 No.55  
Lubuklinggau Kota Lubuklinggau.  
Sumatera Selatan.

Asal Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Musi rawas.

### PENDIDIKAN

Tahun 1985 – 1991 SDN N0.15 Lubuklinggau

Tahun 1991 – 1994 SMPN N0.4 Lubuklinggau

Tahun 1994 – 1997 SPK Depkes Lubuklinggau

Tahun 1997 – 1998 Di Program Pendidikan Bidan Depkes  
Lubuklinggau

Tahun 2006 – 2009 Politeknik Kesehatan Bengkulu Prodi Kebidanan  
Progsus Lubuklinggau

Tahun 2010 – Sekarang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas  
Indonesia Peminatan Kebidanan Komunitas

## ABSTRAK

Nama : Yuli Luthfiana  
Program Studi : Sarjana Ekstensi  
Judul : Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012

Skripsi ini membahas tentang perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University*. Salah satu kontributor utama penyebaran global HIV adalah *migrant workers*. Tujuannya untuk mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku berisiko HIV/AIDS. Penelitian ini dilakukan dengan desain *Cross Sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Populasi penelitian adalah seluruh pekerja yang ada berjumlah 316 orang, dan sampel yang diambil berjumlah 100 orang. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Maret-April tahun 2012. Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik individu, pengetahuan dan sikap tidak ada hubungan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS. Pengetahuan dengan  $p=0,865$  yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS.

Kata Kunci :

Pekerja, HIV/AIDS,

## ABSTRACT

Name : Yuli Luthfiana  
Courses : Bachelor Extension  
Title : The relationship of knowledge and attitudes toward risk behaviors of HIV / AIDS on the construction workers at the World Class University Project of 2012

This thesis discusses the risk behaviors of HIV / AIDS on the construction workers at the World Class University Project. One of the main contributors to the global spread of HIV are migrant workers. Aim to find out if there is relationship of knowledge, attitudes and risk behaviors of HIV / AIDS. The research was conducted by Cross Sectional design with quantitative approach. The study population was all workers who have totaled 316 people, and samples taken of 100 people. Retrieval of data held in March-April 2012. Data analysis included univariate and bivariate analysis. These results indicate that individual characteristics, knowledge and attitudes no association with risk behaviors for HIV / AIDS. Knowledge with  $p = 0.865$  showing no significant relationship between knowledge of risk behavior for HIV / AIDS.

Keyword:

Workers, HIV / AIDS, Knowledge, Attitude, Behavior

## DAFTAR ISI

JUDUL	
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN TUGAS AKHIR .....	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	viii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
<b>BAB 1</b>	<b>PENDAHULUAN</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan masalah.....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4. Tujuan Penelitian .....	6
1.5. Manfaat penelitian .....	7
1.6. Ruang lingkup penelitian .....	7
<b>BAB 2</b>	<b>TINJAUAN PUSTAKA</b>
2.1. Pengertian HIV/AIDS .....	8
2.1.1. Epidemilogi HIV/AIDS.....	8
2.1.2. Cara penularan HIV .....	11
2.1.3. Gejala-gejala HIV/AIDS .....	12
2.1.4. Upaya deteksi dini status HIV .....	12
2.1.5. Manfaat konseling dan Tes HIV .....	13
2.1.6. Jenis tes HIV di Indonesia .....	13
2.1.7. HIV/AIDS dan Dunia kerja .....	14
2.2. Pengetahuan	
2.2.1. Tingkat pengetahuan .....	16
2.3. Sikap	

	2.3.1. Pengertian sikap .....	17
	2.3.2. Komponen pokok sikap .....	18
	2.3.3. Tingkatan sikap .....	19
	2.4. Perilaku	
	2.4.1. Pengertian Perilaku .....	20
	2.4.2. Konsep perilaku .....	21
	2.4.3. Bentuk perilaku .....	22
	2.4.4. Determinan Perilaku.....	24
	2.5. Perilaku Seksual berisiko.....	25
	2.6. Faktor- faktor yang berhubungan dengan Perilaku Berisiko terhadap HIV/AIDS	
	2.6.1. Umur .....	26
	2.6.2. Pendidikan .....	27
	2.6.3. Status Pernikahan.....	27
	2.6.4. Narkoba .....	27
	2.7. Pekerja .....	28
	2.8. Kerangka teori .....	28
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL dan HIPOTESIS</b>	
	3.1. Kerangka konsep .....	30
	3.2. Definisi Operasional .....	31
	3.3. Hipotesis .....	23
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
	4.1. Desain penelitian .....	34
	4.2. Tempat dan waktu penelitian .....	34
	4.3. Populasi dan sampel .....	34
	4.3.1. Populasi penelitian .....	34
	4.3.2. Sampel penelitian .....	34
	4.4. Cara pengumpulan data .....	35
	4.5. Pengolahan data .....	35
	4.6. Analisa data .....	36
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
	5.1. Analisis Univariat .....	37
	5.1.1. Umur .....	37
	5.1.2. Pendidikan .....	37
	5.1.3. Status Pernikahan .....	38
	5.1.4. Pengetahuan .....	38
	5.1.5. Sikap .....	39

5.1.6. Perilaku .....	40
5.2. Analisis Bivariat .....	40
5.2.1. Hubungan umur dengan perilaku berisiko .....	40
5.2.2. Hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko .....	41
5.2.3. Hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko .....	42
5.2.4. Hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko .....	43
5.2.5. Hubungan sikap dengan perilaku berisiko .....	44
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN</b>
6.1. Keterbatasan Penelitian .....	46
6.2. Hasil penelitian .....	47
6.2.1. Perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS .....	47
6.2.2. Karakteristik Individu .....	49
6.2.3. Hubungan umur .....	50
6.2.4. Hubungan pendidikan .....	51
6.2.5. Hubungan status pernikahan .....	52
6.3. Hubungan pengetahuan .....	53
6.4. Hubungan sikap .....	54
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN dan SARAN</b>
7.1. Kesimpulan .....	56
7.2. Saran .....	57
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	21
Gambar 3.1 Kerangka konsep .....	22



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional .....	31
Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Umur .....	37
Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Pendidikan .....	37
Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan.....	37
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan.....	38
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Sikap .....	38
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Perilaku Berisiko .....	39
Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut Umur Dan Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS.....	40
Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Pendidikan Dan Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS.....	41
Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan Dan Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS .....	42
Tabel 5.10 Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Dan Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS.....	43
Tabel 5.11 Distribusi Responden Menurut Sikap Dan Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS.....	44

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner penelitian
2. Hasil analisis Univariat
3. Hasil analisis bivariat
4. Surat keterangan penelitian



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV), virus ini yang awalnya menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, menyebabkan penyakit HIV dan menjadi AIDS. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) penyakit berbahaya yang disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui cairan tubuh, terutama karena hubungan seksual dan penggunaan narkoba suntikan (Kelly, 2008). Paparan bahaya biologis dapat disebabkan oleh berbagai cara termasuk konsumsi, inokulasi, gigitan, inhalasi, melalui kontak dengan luka lecet di kulit dan melalui percikan dari darah (Daly & Dickson, 1998).

Penyakit HIV dalam waktu lebih kurang 10 tahun akan menjadi AIDS tanpa terapi antiretroviral yang efektif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa, pasien yang awalnya didiagnosis HIV sebanyak 38,3% dalam jangka 1 tahun menjadi AIDS. Lainnya 6,7% 1 sampai 3 tahun setelah diagnosis HIV. Pengujian komprehensif program HIV yang mencakup baik pemeriksaan rutin dari orang yang berusia 13-64 tahun dan pengujian lebih sering untuk orang yang beresiko untuk tes HIV periodik (MMWR, 2009).

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah penyakit yang menghancurkan pada tingkat individu dan nasional. Dalam 20 tahun sejak kasus pertama AIDS yang dilaporkan telah terjadi hampir 22 juta kematian terkait AIDS dan diperkirakan 40 juta orang hidup dengan *human immunodeficiency virus* (HIV) di seluruh dunia. Pertumbuhan ekonomi global dan perdagangan internasional dan perjalanan telah memfasilitasi penyebaran penyakit dengan cepat dan telah memiliki dampak pada bisnis keuangan dan sosial. Peningkatan kematian staf karena AIDS hanyalah satu contoh dari dampak AIDS di dunia kerja. Selain itu, AIDS adalah penyakit yang berkepanjangan, pekerja yang sakit cenderung menjadi kurang produktif dan mengambil lebih banyak waktu untuk libur kerja. Selanjutnya, jika anggota keluarga seorang pekerja jatuh sakit, jam kerja juga bisa hilang untuk memenuhi kebutuhan perawatan (Sayyed, 2008).

Laporan pada tahun 1981 sebuah penyakit baru mematenkan yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Agen penyebabnya adalah *human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 1981 - 2008, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan bahwa, dalam 14 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu 75.457 pada tahun 1992 dan 50.628 pada tahun 1995. Dengan diperkenalkannya terapi antiretroviral yang sangat aktif, diagnosis AIDS dan kematian menurun secara substansial dari 1995 hingga 1998 dan tetap stabil 1999-2008 mencapai rata-rata 38.279 diagnosis AIDS dan 17.489 kematian per tahun. Pada akhir 2008, 1.178.350 orang diperkirakan hidup dengan HIV, dan 236.400 (20,1%) infeksi yang tidak terdiagnosis (MMWR,2011).

Tahun 1995, jumlah kasus infeksi HIV di seluruh dunia mencapai 28 juta dan sekitar 2,4 juta adalah bayi dan anak. Estimasi terkini UNAIDS (2010), jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkisar 31,4 – 35,3 juta orang, prevalensi tertinggi dilaporkan di Benua Afrika bagian selatan (15-28%). (Nasrin & Desy, 2011).

Infeksi HIV menjadi ancaman global serius. Para Organization UNAIDS memperkirakan antara 34,1 dan 47,1 juta, orang saat ini terinfeksi HIV di seluruh dunia, dengan beberapa 4,3 juta infeksi baru setiap tahun. Prediksi untuk masa depan telah sama-sama suram, dengan perkiraan bahwa pada tahun 2020, penyakit ini bisa mengakibatkan kematian lebih dari 125 juta orang. Selatan dan asia tenggara dan sub-Sahara Afrika telah paling tinggi infeksi HIV dan AIDS. Di sub-Sahara Afrika, 25 juta orang diyakini hidup dengan HIV / AIDS (norman,2004; piot et al.,2004; UNAIDS,2006)

Salah satu kontributor utama penyebaran global HIV adalah laki-laki *migrant workers*. Dimana keadaan ekonomi menyebabkan pria muda untuk bekerja jauh dari rumah dan keluarga mereka, di tempat mereka berada ada kemungkinan untuk melakukan hubungan seksual dengan pekerja seks komersial tanpa kondom. Migrasi tenaga kerja di Asia, yang juga melaporkan tingkat pertumbuhan tercepat HIV / AIDS di dunia. USAID telah melakukan langkah-langkah yang diambil untuk mencegah penyebaran epidemi lebih lanjut,

jumlah orang yang hidup dengan HIV / AIDS di Asia Tengah bisa mencapai 1,65 juta (Weine.S, Bahromov.M & Mirzoev.A, 2008).

Pada tahun 1996, Tufts-New England Medical Center (TNEMC), dengan bantuan Kedokteran Rescue Medicine (RM), membentuk tim kesehatan pada pekerja konstruksi klinik di Takoradi, Ghana, adapun hasil yang didapatkan adalah beberapa perilaku berisiko bagi pekerja tersebut antara lain tentang penggunaan alkohol, 44% (14 dari 32) melaporkan bahwa konsumsi alkohol total mereka belum berubah selama mereka tinggal di barat Ghana, sedangkan 34% (11 dari 32) melaporkan peningkatan konsumsi dan 22% (7 dari 32) melaporkan penggunaan alkohol berkurang. Hanya 38% (15 dari 39) menerima pendidikan tentang bagaimana mengurangi risiko HIV. Hampir seperempat (24%, 10 dari 42: sembilan pria dan seorang wanita) dari ekspatriat dilaporkan melakukan hubungan seksual dengan mitra lokal. Setengah (5 dari 10) dari mereka yang berhubungan seks dengan mitra lokal tidak menggunakan kondom (Hamer et al, 2008).

Penelitian di Mesir yang dilakukan Sayyed, 2008 pada pekerja industri dan pekerja datangan didapatkan adanya hubungan yang signifikan terhadap umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, tempat tinggal dengan keluarga, pengetahuan dan sikap yaitu ( $P < 0.001$ ) dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS.

Studi juga dilakukan oleh Fuller, 2008 tentang pengetahuan terhadap faktor risiko HIV pada pekerja di Thailand. Dan didapatkan hasil yang signifikan pada faktor jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan pengetahuan ( $P < 0.001$ ), terhadap faktor risiko HIV pada pekerja di Thailand.

AIDS di Indonesia terus meningkat sejak dilaporkan pertama kali tahun 1987 dan kini mencapai 186 ribu kasus, 26% adalah perempuan. Kasus terbanyak berusia 20-29 tahun (10.471;48,1%) dan 30-39 tahun (30,9%). Kasus AIDS tertinggi dilaporkan di DKI dan kasus AIDS yang bertahan hidup tertinggi di Papua (122,22/100.000 penduduk). Proporsi penderita AIDS di Indonesia tahun 2000 (11,2%) dan pada triwulan III, 2010 (26%) meningkat dengan pesat, (Nasrin & Desy, 2011).

Di Indonesia hingga Maret 2009 tercatat 16.964 penderita AIDS, namun diperkirakan saat ini terdapat 130.000 ODHA (Orang dengan HIV/AIDS). Oleh karena itu masalah HIV/AIDS telah dinyatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat. Tingginya jumlah kasus infeksi HIV khususnya pada kelompok penyalahgunaan narkoba suntik dan wanita pekerja seks memungkinkan terjadinya penyebaran infeksi HIV ke masyarakat umum. Keadaan ini tentunya tidak boleh dibiarkan, mengingat kebanyakan dari mereka yang beresiko tertular HIV tidak tahu akan status HIVnya, apakah sudah terinfeksi atau belum (Depkes RI, 2009).

Data Ditjen PP & PL Kemenkes RI sampai dengan juni 2011 Indonesia jumlah kasus AIDS berjumlah 26.483 jiwa. Di DKI Jakarta tercatat 3997 jiwa orang yang menderita AIDS dan 577 orang yang telah meninggal dunia. Sedangkan prevalensinya adalah 42,69/100.000.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mutia.A (2008) menerangkan bahwa buruh bangunan merupakan salah satu sektor pekerjaan yang rawan terhadap penularan dan penyebaran HIV/AIDS. Hal ini disebabkan karena pada umumnya buruh bangunan berasal dari luar daerah, sering berpindah-pindah tempat, serta jauh dari keluarga atau pasangan yang dapat mendorong mereka untuk melakukan perilaku seksual beresiko. Meskipun pada penelitian ini perilaku seksual berisiko pada buruh bangunan belum banyak terjadi (sekitar 18%), akan tetapi perlu mendapat perhatian yang serius karena dapat menjadi jembatan penyeberangan HIV dari kelompok berisiko tinggi (pekerja seks) ke kelompok yang berisiko rendah (ibu rumah tangga dan anak-anak).

Penelitian yang dilakukan oleh Nova astuti rianawati (2001) pada variabel karakteristik dengan sikap terhadap HIV/AIDS, diperoleh satu uji yang berhubungan secara bermakna yaitu pada variabel jenis kelamin ( $p$ -value = 0,026) dan variabel lama masa kuliah atau sekolah memperlihatkan hubungan yang bermakna ( $p$ -value = 0,036). Analisis bivariat antara pengetahuan, sikap dan perilaku berisiko menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dengan sikap terhadap HIV/AIDS ( $p$ -value = 0,002) dan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS ( $p$ -value = 0,001).

Proyek pembangunan *World Class University* merupakan salah satu proyek yang dimiliki oleh PT. Waskita Karya. Proyek pembangunan ini terletak pada area kampus Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat. Proyek ini mempunyai pekerja bangunan sebanyak lebih kurang 316 orang yang berasal dari berbagai daerah. Para pekerja ini bertempat tinggal di beberapa tempat yang telah disiapkan dari proyek.

Proyek *World Class University* sudah dilaksanakan program pencegahan HIV/AIDS. Sesuai dengan KEPMENAKERTRANS No.68/MEN/IV/2004 agar pengusaha maupun perusahaan wajib melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja dengan menerapkan prosedur Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) khusus untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan perundang-undangan dan standar yang berlaku. Adapun kegiatan yang dilakukan seperti penyuluhan terhadap pekerja setiap hari senin tentang bahaya HIV/AIDS dan cara pencegahannya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Umumnya pekerja bangunan berasal dari luar daerah, sering berpindah-pindah tempat, serta jauh dari keluarga atau pasangan yang dapat mendorong mereka untuk melakukan perilaku seksual beresiko. Sehingga tinggi juga risiko untuk tertular penyakit HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University*.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1 Bagaimana gambaran karakteristik individu berdasarkan Umur pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.2 Bagaimana gambaran karakteristik individu berdasarkan Pendidikan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.3 Bagaimana gambaran karakteristik individu berdasarkan Status Pernikahan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?

- 1.3.4** Bagaimana hubungan karakteristik individu dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.5** Bagaimana hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.6** Bagaimana hubungan sikap dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

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

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

##### **1.4.2 Tujuan khusus**

- 1.4.2.1 Diketuainya gambaran karakteristik individu berdasarkan Umur pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.2 Diketuainya gambaran karakteristik individu berdasarkan Pendidikan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.3 Diketuainya gambaran karakteristik individu berdasarkan Status Pernikahan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.4 Diketuainya hubungan karakteristik individu dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.5 Diketuainya hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.6 Diketuainya hubungan sikap dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

- 1.5.1 Bagi peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang di dapat selama di perkuliahan dan melihat kenyataan langsung di lapangan.
- 1.5.2 Bagi PT.Waskita Karya khususnya di Proyek World Class University dapat memberikan gambaran tentang perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada buruh bangunan di wilayah kerjanya.
- 1.5.3 Bagi peneliti lain agar dapat dimanfaatkan sebagai bahan masukan untuk penyusunan penelitian selanjutnya mengenai perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja bangunan.

## **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini membahas tentang hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012. Penelitian ini dilakukan pada bulan maret 2012 dengan melakukan pengisian lembar kuisisioner kepada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian HIV/AIDS**

*Human immunodeficiency virus* (HIV) Virus ini yang awalnya menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, menyebabkan penyakit HIV dan akhirnya AIDS. *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) penyakit berbahaya yang disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui cairan tubuh, terutama karena hubungan seksual dan penggunaan narkoba suntikan (Kelly, 2008).

Sistem kekebalan tubuh melindungi tubuh terhadap penyakit. Kalau sistem kekebalan tubuh dirusak virus AIDS, maka serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun akan menyebabkan sakit dan meninggal. Penderita AIDS yang meninggal bukan semata-mata disebabkan oleh virus, tetapi oleh penyakit lain yang sebenarnya bisa ditolak, seandainya daya tahan tubuh tidak dirusak oleh HIV (Depkes RI, 1993).

##### **2.1.1 Epidemiologi HIV/AIDS**

Kasus AIDS pertama kali dilaporkan pada tahun 1981 di Los Angeles, Amerika Serikat. Sejak saat itu kasus HIV/AIDS mulai banyak dilaporkan diberbagai belahan duniadan menjadi permasalahan kesehatan global, karena hampir semua negara memiliki laporan mengenai kasus HIV/AIDS. Selain karena angka penularannya yang cepat, sampai saat ini obat untuk menyembuhkan penderita HIV/AIDS belum ditemukan. Diseluruh dunia, AIDS kini telah menjadi pembunuh ke-4 setelah infeksi saluran pernafasan, gangguan pencernaan dan TBC (dalam Rianawati, NA, 2001).

Laporan pada tahun 1981 sebuah penyakit baru mematikan yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Agen penyebabnya adalah

*human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 1981 - 2008, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan bahwa, dalam 14 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu 75.457 pada tahun 1992 dan 50.628 pada tahun 1995. Dengan diperkenalkannya terapi antiretroviral yang sangat aktif, diagnosis AIDS dan kematian menurun secara substansial dari 1995 hingga 1998 dan tetap stabil 1999-2008 mencapai rata-rata 38.279 diagnosis AIDS dan 17.489 kematian per tahun. Pada akhir 2008, 1.178.350 orang diperkirakan hidup dengan HIV, dan 236.400 (20,1%) infeksi yang tidak terdiagnosis (MMWR,2011).

Tahun 1995, jumlah kasus infeksi HIV di seluruh dunia mencapai 28 juta dan sekitar 2,4 juta adalah bayi dan anak. Estimasi terkini UNAIDS (2010), jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkisar 31,4 – 35,3 juta orang, prevalensi tertinggi dilaporkan di Benua Afrika bagian selatan (15-28%). (Nasrin & Desy, 2011).

Secara epidemiologis, masalah HIV/AIDS sebenarnya di Indonesia sudah cukup gawat karena Indonesia cukup rentan terhadap epidemi HIV/AIDS, dimana penyebaran kasus ini berlangsung dengan kecepatan yang cukup tinggi. Penyebaran yang cukup tinggi tersebut disebabkan oleh faktor risiko yang mendorong terjadinya epidemi saat ini di Indonesia, antara lain (Abednego, 1993 dan Berita AIDS Indonesia: Media Komunikasi & Informasi, 1994, dalam Rianawati, NA, 2001) :

1. Adanya kelompok dengan perilaku risiko tinggi yang terkait dengan prostitusi, seperti : WTS, PTS, waria, homoseks dan lain-lain.
2. Adanya penduduk berperilaku risiko tinggi yang tidak terkait dengan prostitusi, seperti : hubungan seks ekstra marital, kumpul kebo, mitra seks ganda, tukar pasangan, remaja, narapidana, supir truk dan bus antar kota/provinsi.
3. Kualitas pelayanan kesehatan yang belum memadai seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik yang belum melaksanakan kewaspadaan secara umum yang cukup handal untuk mencegah penularan HIV

antara lain dengan tidak dipatuhinya prosedur pemberian suntikan secara steril.

4. Kualitas dan jangkauan pemeriksaan donor darah yang belum memadai.
5. Kualitas dan kuantitas penyuluhan kesehatan yang belum menyeluruh.
6. Promosi kondom yang masih kontroversial.
7. Prevalensi dan insidens PMS yang cukup tinggi.
8. Sikap tidak peduli dan sanggahan berdasar argumentasi yang tidak logis terhadap kemungkinan timbulnya epidemi AIDS besar dan luas di Indonesia.
9. Transfusi darah dan skrining darah masih rawan, sebab belum menyeluruh sama pengertian dan mutunya diantara pihak yang terkait yaitu PUTD PMI, Rumah Sakit, petugas kesehatan, pedonor dan keluarga pasien sehingga terdapat kemungkinan terjadi transfusi darah yang tidak steril.
10. Pelabuhan laut yang disinggahi warga asing, para pelaut maupun nelayan asing yang tergolong mempunyai risiko tinggi untuk terinfeksi HIV.
11. Tenaga kerja asing yang makin banyak bekerja di Indonesia, dimana mereka cenderung memiliki perilaku yang meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS.
12. Tingginya prevalensi hepatitis B, yang jalur penularannya sama dengan HIV.
13. Pecandu obat bius yang jika tidak segera diatasi dengan serius dapat menimbulkan wabah AIDS dikalangan para pecandu obat narkotika suntikan dan selanjutnya dapat menjalar ke masyarakat umum.
14. Keberadaan bandara internasional yang merupakan pintu gerbang masuknya orang asing dan orang Indonesia yang sudah bermukim di negara-negara dengan prevalensi HIV tinggi.
15. Perbatasan geografis langsung dengan negara-negara tetangga seperti Thailand, Singapura, dan Malaysia yang ternyata telah memiliki prevalensi HIV lebih tinggi dibanding prevalensi HIV di Indonesia.

16. Meningkatnya insidens dan prevalensi penyakit kelamin di Indonesia tidak saja di kota-kota besar tapi juga merambah ke desa-desa.
17. Semakin berkembangnya praktek seks bebas terutama dikalangan remaja.
18. Pemakaian kondom pada kelompok risiko tinggi terhadap HIV/AIDS seperti WTS, orang yang berganti pasangan, dan sebagainya di masyarakat yang relatif rendah.

Secara epidemik terdapat 3 pola penyebaran HIV/AIDS di dunia. Pola pertama didapatkan pada sebagian besar kelompok homoseks, biseks, dan pecandu obat bius yang ditemukan di Amerika Utara, Eropa Barat, Australia, New Zealand, dan sebagian besar Amerika Selatan. Pola kedua didapatkan di Afrika Tengah, Afrika Selatan, Afrika Timur, serta beberapa daerah di Karibia yang penderitanya sebagian besar adalah heteroseks. Sedangkan pola ketiga ditemukan di Eropa Timur, di daerah Mediteranean selatan, dan Asia Pasifik, HIV tampaknya baru masuk sekitar tahun 1980, karena itu jumlah kasus AIDS masih relatif sedikit (Tjokronegoro dkk, 1992. Dalam Rianawati, NA, 2001).

### **2.1.2 Cara penularan HIV**

HIV dapat ditularkan melalui :

- a. Ditularkan melalui penggunaan bersama jarum suntik untuk menyuntikkan obat-obat IV (kelly,2008).
- b. Ditularkan selama hubungan seks per anal, hubungan seksual, dan kemungkinan hubungan seks peroral dengan seseorang yang terjangkit AIDS atau pembawa virus AIDS (kelly,2008).
- c. Transfusi darah yang mengandung HIV (Depkes, 1993).
- d. Pemindahan virus dari ibu hamil yang mengidap HIV kepada janin yang dikandungnya (Depkes, 1993).

Menurut Depkes, 2009 AIDS tidak ditularkan karena :

- a. Hidup serumah dengan penderita AIDS (asal tidak mengadakan hubungan seks).
- b. Bersenggolan dengan penderita.
- c. Bersentuhan dengan pakaian dan barang bekas penderita.

- d. Berjabat tangan.
- e. Penderita AIDS bersin atau batuk di dekat kita.
- f. Berciuman.
- g. Makan dan minum bersama dari satu piring atau gelas.
- h. Gigitan nyamuk dan serangga lain.
- i. Sama-sama berenang di kolam renang.

### 2.1.3 Gejala – gejala HIV/AIDS

Adapun gejala HIV/AIDS menurut Kelly, 2008 :

- a. Gejala-gejala dini seperti influenza (pembengkakan kelenjar limfa, berkeringat waktu malam hari, diare) dengan infeksi pernafasan dan pencernaan berulang.
- b. Kambuhan infeksi jamur.
- c. Perkembangan limfoma non-Hodgkins
- d. Perkembangan lesi kulit keuguan (sarkoma Kaposi)
- e. Kambuhan infeksi menjadi lebih sering
- f. Mudah lupa, kerusakan bicara, tremor, seizure

Menurut Depkas, 1993 gejala pasien HIV :

- a. Lelah dan lesu
- b. Berat badan menurun tajam
- c. Mencret dan kurang nafsu makan
- d. Bercak-bercak putih di lidah dan didalam mulut
- e. Kanker kulit
- f. Radang paru-paru

### 2.1.4 Upaya deteksi dini status HIV

#### 1. **Konseling.**

Konseling HIV merupakan suatu dialog antara konselor dan klien untuk meningkatkan kemampuan klien dalam memahami HIV/AIDS serta risiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan dan keluarga serta orang disekitarnya.

Kegiatan konseling menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, pencegahan penularan HIV, perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV (Antiretroviral) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Depkes RI, (2009).

## 2. Tes HIV Sukarela.

Tes HIV merupakan tes terhadap antibodi yang terbuka akibat masuknya HIV ke dalam tubuh atau tes antigen yang mendeteksi adanya virus itu sendiri. Dengan kata lain, tes HIV adalah tes darah untuk memastikan seseorang terinfeksi HIV atau tidak (Depkes RI, (2009).

### 2.1.5 Manfaat konseling dan Tes HIV Sukarela

Manfaat Konseling dan Tes HIV Sukarela menurut Depkes RI (2009) terdapat 8 manfaat, yaitu :

1. Menerima keadaan terinfeksi HIV dan penyelesaiannya.
2. Perencanaan dan promosi perubahan perilaku.
3. Pelayanan pencegahan infeksi HIV dari ibu ke bayi.
4. Memfasilitasi akses pelayanan sosial.
5. Memfasilitasi akses pelayanan medis (infeksi oportunistik, IMS, ARV & TB)
6. Memfasilitasi kegiatan sebaya dan dukungan.
7. Normalisasi HIV/AIDS dan mengurangi stigma.
8. Perencanaan dan perawatan untuk masa depan.

### 2.1.6 Jenis Tes HIV di Indonesia

Menurut Depkes RI (2009) ada 2 jenis tes HIV, yaitu :

1. Tes ELISA (*Enzym – Linked Immune Sorbent Assay*) merupakan tes klasik dengan reagen ELISA yaitu natibodi terhadap HIV.
2. Tes Serologis/Cepat. Tes untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Tes ini ekonomis dan cepat, karena hasilnya kurang dari 2 jam. Oleh karena itu tes ini lebih banyak digunakan di laboratorium.

### **2.1.7 HIV/AIDS dan Dunia Kerja**

Ada 10 prinsip HIV/AIDS dan Dunia Kerja (ILO, 2001) :

#### **2.1.7.1 Pengakuan HIV/AIDS sebagai persoalan dunia kerja :**

HIV/AIDS adalah persoalan dunia kerja dan mesti diperlakukan sebagaimana penyakit serius lainnya yang muncul di dunia kerja.

#### **2.1.7.2 Non-diskriminasi :**

Tidak dibolehkan adanya tindak diskriminasi terhadap buruh/pekerja berdasarkan status HIV/AIDS atau dianggap sebagai orang terinfeksi HIV. Diskriminasi dan stigmatisasi justru menghalangi upaya promosi pencegahan HIV/AIDS.

#### **2.1.7.3 Kesetaraan Jender :**

Dimensi jender dalam penanggulangan HIV/AIDS perlu di garis bawahi. Perempuan dibanding laki-laki cenderung mudah terinfeksi dan terpengaruh wabah HIV/AIDS. Karenanya, kesetaraan jender dan pemberdayaan perempuan amat penting bagi keberhasilan pencegahan penyebaran infeksi serta memudahkan perempuan mengatasi HIV/AIDS.

#### **2.1.7.4 Kesehatan Lingkungan :**

Demi kepentingan semua pihak, lingkungan kerja yang sehat dan aman perlu terus di jaga semaksimal mungkin sesuai Konvensi ILO No. 155 Tahun 1988 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

#### **2.1.7.5 Dialog Sosial :**

Kerjasama dan kepercayaan di antara pengusaha, buruh/pekerja serta pemerintah, termasuk keterlibatan aktif para buruh/pekerja yang terkena atau terpengaruh HIV/AIDS, menentukan keberhasilan pelaksanaan kebijakan dan program HIV/AIDS.

#### **2.1.7.6 Larangan Skrining dalam Proses Rekrutmen dan Kerja :**

Skrining HIV/AIDS tidak boleh dijadikan persyaratan dalam lamaran kerja atau dikenakan terhadap seseorang yang sudah berstatus sebagai buruh/pekerja.

#### **2.1.7.7 Kerahasiaan :**

Menanyakan informasi pribadi yang berkaitan dengan HIV/AIDS pada pelamar kerja atau buruh/pekerja adalah tindakan yang tidak bisa dibenarkan. Akses terhadap data pribadi terkait dengan status HIV seorang pekerja harus mematuhi prinsip kerahasiaan sesuai kaidah ILO tahun 1977 tentang Perlindungan data Pribadi Pekerja.

#### 2.1.7.8 Kelanjutan Status Hubungan Kerja :

Infeksi HIV tidak boleh dijadikan alasan pemutusan hubungan kerja. Seperti layaknya kondisi penyakit lain, infeksi HIV tidak harus membuat seseorang kehilangan hak bekerja sepanjang orang tersebut masih layak bekerja dan dapat dibenarkan secara medis.

#### 2.1.7.9 Pencegahan :

Infeksi HIV dapat dicegah. Upaya pencegahan dapat dilakukan sejumlah strategi yang disesuaikan dengan sasaran nasional dan mempertimbangkan kepekaan budaya. Langkah pencegahan juga dapat dilakukan melalui kampanye perubahan tingkah laku, pengetahuan, pengobatan serta menciptakan lingkungan yang bersih dari sikap dan tindak diskriminasi.

#### 2.1.7.10

#### Kepedulian dan Dukungan :

Solidaritas, kepedulian dan dukungan haruslah menjadi pedoman dalam menanggapi persoalan HIV/AIDS di dunia kerja. Semua pekerja, termasuk yang terkena HIV, berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang terjangkau, jaminan asuransi, perlindungan sosial dan berbagai paket asuransi kesehatan lainnya.

## 2.2 PENGETAHUAN

Menurut Notoadmodjo (2005) Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

### 2.2.1 Tingkat Pengetahuan

Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan (Notoadmodjo, 2005), yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Misalnya : tahu bahwa tomat banyak mengandung vitamin C, jamban adalah tempat membuang air besar, penyakit demam berdarah ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

Misalnya, orang yang memahami cara pemberantasan penyakit demam berdarah, bukan hanya sekedar menyebutkan 3M (mengubur, menutup dan menguras), tetapi harus dapat menjelaskan mengapa harus menutup, menguras dan sebagainya tempat-tempat penampungan air tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

Misalnya, seseorang yang telah faham tentang proses pencernaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan ditempat ia bekerja atau dimana saja. Orang yang telah faham metodologi penelitian, ia akan mudah membuat proposal penelitian dimana saja, dan seterusnya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan,

mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

Misalnya, dapat membedakan antara nyamuk *Aedes Aegypti* dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram (*flow chart*) siklus hidup cacing kremi, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

Misalnya, dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar, dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

Misalnya seorang ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita malnutrisi atau tidak, seseorang dapat menilai manfaat ikut keluarga berencana, dan sebagainya.

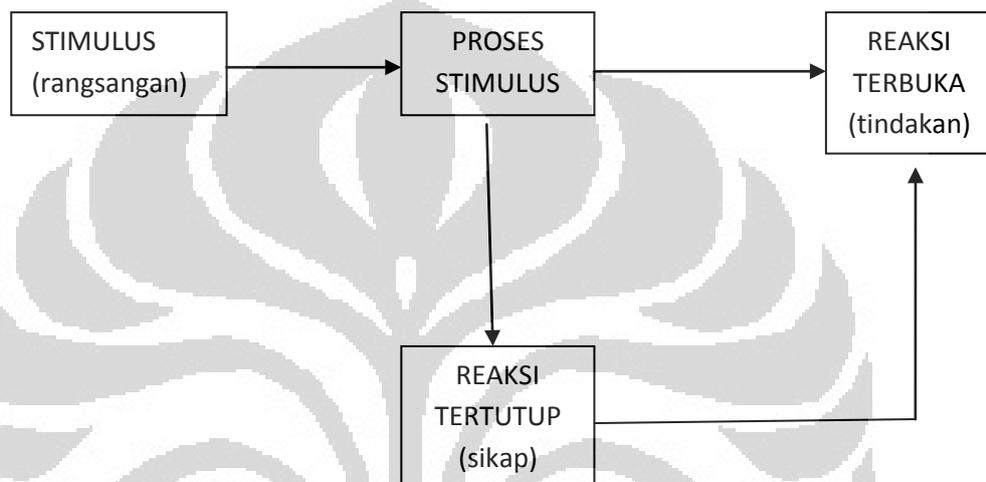
## 2.3 SIKAP (*Attitude*)

### 2.3.1 Pengertian sikap

Menurut Notoadmodjo (2005) Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Cambell (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni “ *An individual's attitude is syndrome of response consistency with regard to object.*” Jadi jelas, disini dikatakan bahwa sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam

merespons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan, bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.



**Gambar 2.1 hubungan, sikap dan tindakan**

Menurut Robert Kwick (1974) dalam Notoadmodjo (1993) menyatakan bahwa sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

### 2.3.2 Komponen pokok sikap

Dalam Notoadmodjo (2005) menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek. Artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap

objek. Sikap orang terhadap penyakit kusta misalnya, berarti bagaimana pendapat atau keyakinan orang tersebut terhadap penyakit HIV/AIDS.

- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Seperti contoh butir a tersebut, berarti bagaimana orang menilai terhadap penyakit HIV/AIDS, apakah penyakit yang biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tent to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah anjang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan). Misalnya tentang contoh sikap terhadap penyakit HIV/AIDS diatas, adalah apa yang dilakukan seseorang bila ia menderita penyakit HIV/AIDS.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Contoh : seorang ibu mendengar (tahu) penyakit demam berdarah (penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha agar keluarganya, terutama anaknya tidak kena penyakit demam berdarah. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat (kecenderungan bertindak) untuk melakukan 3M agar anaknya tidak terserang demam berdarah. Ibu ini mempunyai sikap tertentu (berniat melakukan 3M) terhadap objek tertentu yakni penyakit demam berdarah.

### 2.3.3 Tingkatan Sikap

Menurut Notoadmodjo (2005), sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebgai berikut:

- a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap seseorang terhadap periksa hamil (*ante natal care*) dapat diketahui atau diukur dari

kehadiran si ibu untuk mendengarkan penyuluhan tentang *ante natal care* di lingkungannya.

b. Menganggapi (*responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan terhadap objek yang dihadapi. Misalnya, seorang ibu yang mengikuti penyuluhan *ante natal care* tersebut ditanya atau diminta menanggapi oleh penyuluh, kemudian ia menjawab atau menanggapi.

c. Menghargai (*valuting*)

Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons. Contoh butir a diatas, ibu itu mendiskusikan *ante natal care* dengan suaminya, atau bahkan mengajak tetangganya untuk mendengarkan penyuluhan *ante natal care*.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain. Contoh tersebut diatas, ibu yang sudah mau mengikuti penyuluhan *ante natal care*, ia harus berani untuk mengorbankan waktunya, atau mungkin kehilangan penghasilannya, atau diomeli oleh mertuanya karena meninggalkan rumah dan sebagainya.

## 2.4 PERILAKU

### 2.4.1 Pengertian perilaku

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Sering tidak disadari bahwa

interaksi tersebut amat kompleks sehingga kadang-kadang kita tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu (Wawan & Dewi, 2010).

#### 2.4.2 Konsep Perilaku

Menurut Wawan dan Dewi (2010) perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah suatu kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor tersebut dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*learning process*).

Menurut Skinner (1938) dalam Wawan dan Dewi (2010) seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons. Ia membedakan adanya 2 respons, yakni :

##### 2.4.2.1 *Respondent Respons* atau *Reflexive Respons*

Adalah respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan-perangsangan semacam ini disebut eliciting stimuli karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap, misalnya makanan lezat menimbulkan air liur, cahaya yang kuat menyebabkan mata tertutup dan sebagainya.

Respondent respons (*respondent behaviour*) ini mencakup juga emosi atau *emotional behaviour*. *Emotional behaviour respons* ini timbul karena hal yang kurang menyenangkan organisme yang bersangkutan, misalnya menangis karena sedih atau sakit, muka merah (tekanan darah meningkat karena marah). Sebaliknya hal-hal yang menyenangkan pun dapat menimbulkan perilaku emosional misalnya tertawa, berjingkat-jingkat karena senang dan sebagainya.

##### 2.4.2.2 *Operant respons* atau *Instrumental respons*

Adalah respons yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang semacam ini disebut *reinforcing stimuli* atau reinforcer karena perangsangan-perangsangan tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme.

Oleh sebab itu, perangsang yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku yang telah dilakukan. Apabila seorang anak belajar atau telah melakukan suatu perbuatan kemudian memperoleh hadiah maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut.

### 2.4.3 Bentuk Perilaku

Notoadmodjo (1993) dalam Rianawati (2001) mengatakan bahwa perilaku dapat diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Respon tersebut berupa respon internal/pasif/covert behavior dan bentuk aktif/overt behavior dimana perilaku tersebut dengan jelas dapat diobservasi secara langsung. Bentuk operasional dari perilaku itu sendiri dikelompokkan menjadi 3 jenis (Staf Jurusan PKIP FKM UI, 1984 dalam Rianawati 2001) yaitu :

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan (knowledge) atau persepsi, yaitu dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar. Misalnya, berusaha untuk mencari informasi mengenai HIV/AIDS lebih banyak.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap yaitu tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar seseorang, sehingga akan terbentuk perilaku sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit, yang berupaya perbuatan (action) terhadap situasi atau rangsangan dari luar. Misalnya setelah mempunyai informasi mengenai HIV/AIDS, sikap para supir truk terhadap HIV/AIDS menjadi positif pula. Pada akhirnya mereka akan melakukan perilaku pencegahan yaitu hanya melakukan hubungan seks dengan pasangan tetapnya.

Menurut Skinner dalam Wawan dan Dewi (2010) untuk membentuk jenis respons atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*, prosedurnya sebagai berikut:

- 2.4.3.1 Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforcer berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang dibentuk
- 2.4.3.2 Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- 2.4.3.3 Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi reinforcer atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
- 2.4.3.4 Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah disusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka hadiahnya diberikan. Hal ini mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua, diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai perilaku yang diharapkan terbentuk.

Menurut Wawan dan Dewi (2010) secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respons ini berbentuk 2 macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respons internal yaitu yang terjadi didalam diri manusia dan secara tidak langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi. Perilaku ini masih terselubung (*covert behaviour*).

2. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya si ibu sudah membawa anaknya kepuskesmas atau fasilitas kesehatan lain untuk imunisasi, perilaku ini sudah tampak dan nyata maka disebut *overt behaviour*.

#### 2.4.4 Determinan Perilaku

Perilaku merupakan rekasi yang bersifat sangat kompleks. Dimana semakin kompleks suatu perilaku maka akan semakin banyak faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam bertindak laku. Dengan demikian menurut Azwar (1998) dalam Rianawati (2001) perilaku itu akan sulit diprediksikan dan ditafsirkan sebagai indikator sikap seseorang.

Faktor yang menentukan terbentuknya perilaku itu sendiri sulit untuk dibatasi disebabkan perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor. Hal-hal yang menentukan perilaku seseorang tersebut sebagian terletak dalam diri orang itu sendiri (intern) dan yang diluar diri seseorang (ekstern).

Menurut L. Green (1980) perilaku ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Yang termasuk dalam faktor ini antar lain pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, locus of control, kepercayaan, nilai-nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan atau penghasilan.

- b. Faktor pemungkin (*Enabling Factor*)

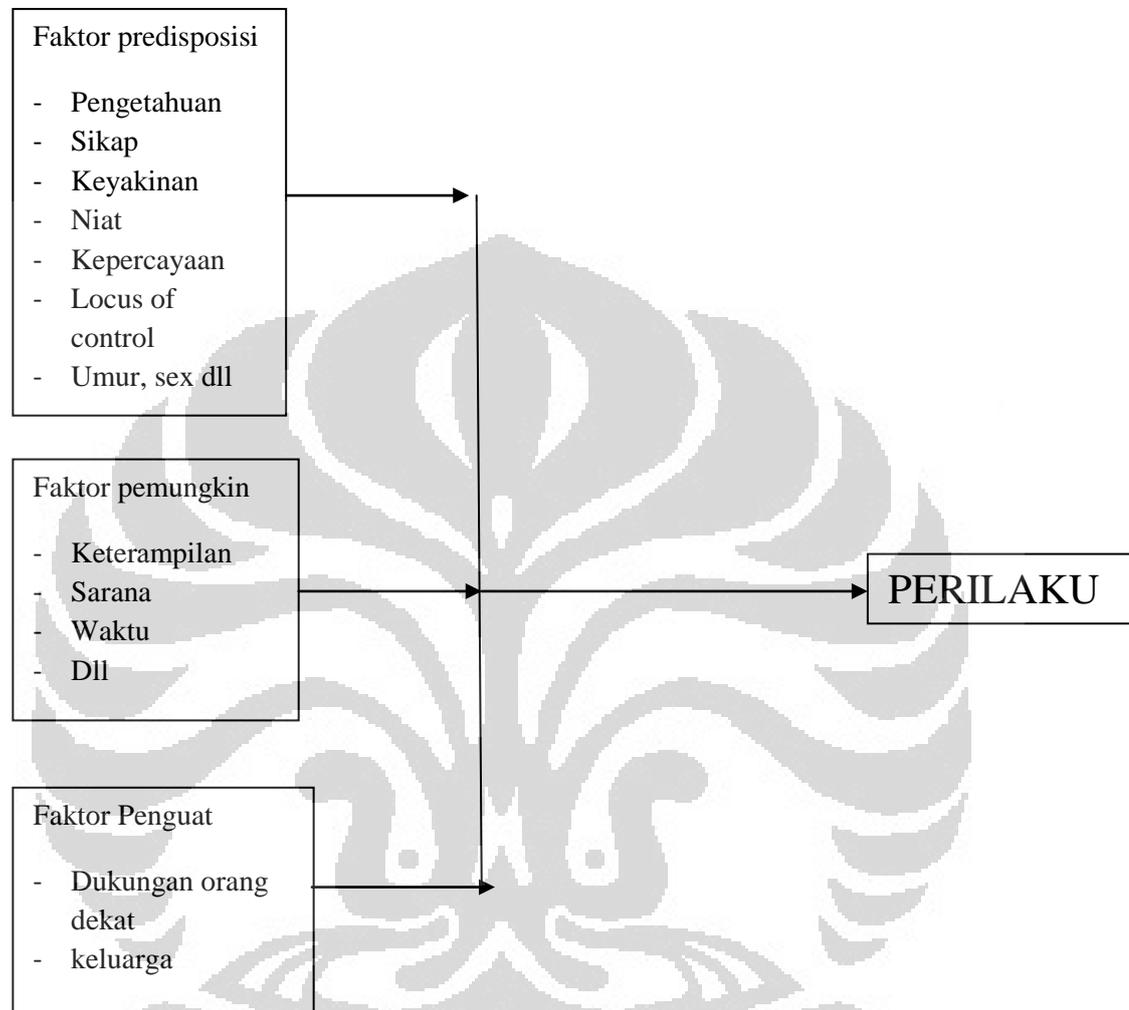
Faktor pemungkin yaitu faktor yang mendukung/memngkinkan perilaku muncul jika subyek sudah bersedia menjalankan perilaku itu. Wujud dari faktor pemungkin ini misalnya keterampilan, fasilitas dan sarana kesehatan, waktu dan sebagainya.

- c. Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

Faktor penguat merupakan faktor yang mendorong/menghalangi seseorang untuk berperilaku. Contoh, keluarga, petugas kesehatan, dan orang terdekat.

Pengaruh ketiga faktor tersebut terhadap pembentukan perilaku digambarkan sebagai berikut :

**Gambar 2.2 Akar-Akar Perilaku**



Sumber : L.W Green dalam Zulasmu Mamdy dalam Rianawati (2001), Komunikasi Untuk Pembelajaran Perseorangan dan Konseling Penyakit Asma, 1999.

## 2.5 Perilaku seksual berisiko

Perilaku seksual berisiko akan meningkatkan kemungkinan seseorang terinfeksi HIV/AIDS. Faktor yang menentukan seseorang berperilaku seksual berisiko antara lain adalah jumlah pasangan seksual, praktek seksual tertentu, pemilihan seseorang sebagai pasangan seksual dan

penggunaan kondom. Variabel-variabel demografik merupakan faktor yang telah lama dihubungkan dengan penularan HIV/AIDS. Variabel demografik tersebut antara lain umur, jenis kelamin, status perkawinan, etnis, migrasi, sosial ekonomi dan pendidikan. Supir dan kernet truk jarak jauh yang dapat dikategorikan sebagai pekerja migran ternyata memiliki perilaku seksual berisiko terhadap penularan HIV/AIDS (Hoek, 1999) dalam Angreani, S (2005).

Perilaku seksual berisiko dikelompokkan menjadi tiga bagian (Sonenstein et al, 1997) dalam Angreani, S (2005), yakni :

- a. Kelompok tidak berisiko.  
Kelompok tidak berisiko apabila tidak pernah berhubungan seksual.
- b. Kelompok berisiko rendah.  
Apabila pernah berhubungan seksual dengan satu pasangan saja, atau berhubungan seksual dengan banyak pasangan namun selalu menggunakan kondom dengan baik dan benar.
- c. Kelompok berisiko tinggi  
Apabila berhubungan seksual dengan lebih dari satu pasangan tidak tetap atau komersil dan tidak menggunakan kondom secara rutin.

## **2.6 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Berisiko terhadap HIV/AIDS**

### **2.6.1 Umur**

Menurut Green (1990) dalam Angreani, S (2005) merupakan salah satu variabel demografik yang menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan umur juga merupakan variabel penting dalam penelitian sosial kesehatan.

Seiring dengan perkembangan HIV/AIDS, kelompok tertentu ditemukan lebih rentan memiliki perilaku seksual berisiko terhadap HIV/AIDS. Hal ini salah satunya berhubungan dengan variasi perilaku berisiko berdasarkan umur. Kelompok umur remaja dikatakan merupakan masa kritis dimana pemahaman terhadap perilaku kesehatan masih belum cukup matang. Walaupun kelompok remaja memiliki kemampuan kognitif

untuk menentukan perilaku yang sehat, pada prakteknya remaja sering terdorong oleh kekuatan lain yang membuat mereka tidak berperilaku secara sehat. Hal ini termasuk perilaku mencoba atau memulai hubungan seksual. Berbeda dengan remaja, kelompok umur dewasa kurang memiliki perilaku berisiko. Kelompok umur dewasa mulai mempraktekkan perilaku yang sehat (Sarafino, 1994) dalam Angreani, S (2005).

### **2.6.2 Pendidikan**

Pendidikan berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan merepon terhadap berbagai informasi. Dimana tingkat pendidikan yang setingkat SMA atau lebih mempunyai kemampuan menyerap informasi yang bersifat mendidik yang diberikan. Hal ini berarti dengan semakin tingginya tingkat pendidikan kemampuan menyerap pesan kesehatan akan lebih baik. Responden dengan pendidikan yang lebih baik akan lebih baik pengetahuan dan tingkat kepeduliannya terhadap HIV/AIDS (Utomo et al, 1998 dalam Angreani, S 2005).

### **2.6.3 Status Pernikahan**

Menurut Utomo et al (1998) dalam Angreani, S (2005) status perkawinan menunjukkan apakah seseorang telah menikah atau belum menikah. Pernikahan pada prinsip dasarnya adalah meningkatkan hubungan seseorang untuk lebih terikat. Keterikatan tersebut salah satunya dalam hubungan seksual yang berhubungan dengan fungsi reproduksi yaitu menghasilkan keturunan. Namun status perkawinan telah menikah terkadang malah meningkatkan seseorang untuk berperilaku seksual dengan banyak pasangan.

### **2.6.4 Narkoba**

Narkoba adalah akronim dari narkotika, psikotropika dan bahan adiktif lainnya. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa,

mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Sesuai dengan Undang-undang no.35 tahun 2009 dalam BNN 2011.

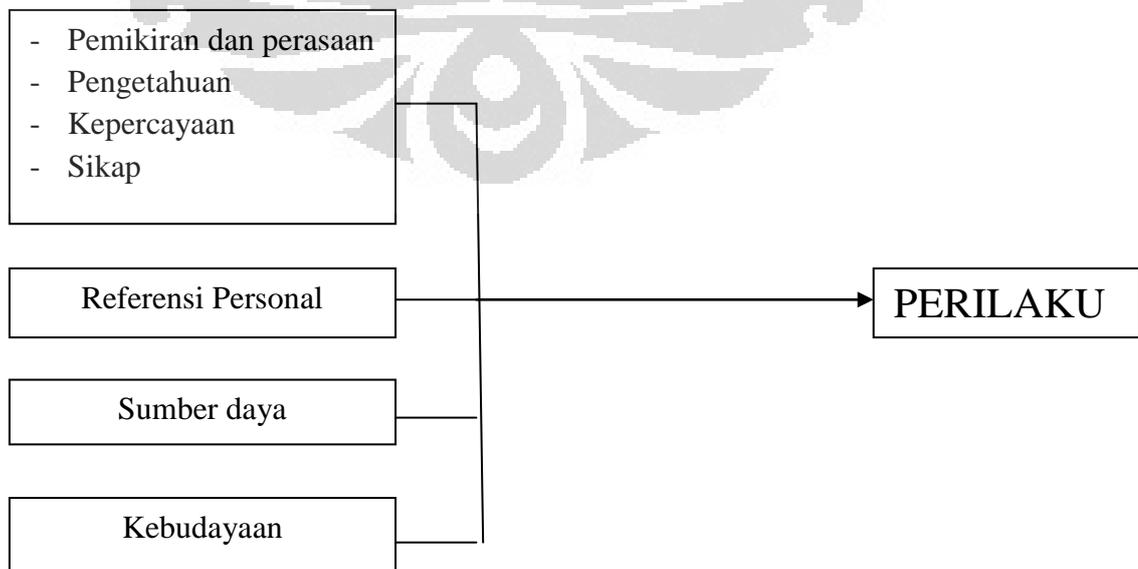
Adapun contoh dari narkoba seperti ganja, shabu, opium, morfin, heroin, ekstasi dan lain-lain. dan efek dari masing-masing dari narkoba inipun bervariasi. Jenis narkoba yang berbahaya terhadap risiko terhadap HIV/AIDS secara langsung yaitu jenis narkoba yang menggunakan jarum suntik, dimana pengguna biasanya menggunakan satu jarum suntik yang dipakai bersamaan untuk beberapa orang sehingga dapat menyebabkan penularan penyakit HIV/AIDS.

## 2.7 Pekerja

Pekerja adalah setiap orang bekerja dengan menerima upah atau imbalan dalam bentuk lain (Kepmenakertrans RI/68/MEN/IV/2004).

## 2.8 KERANGKA TEORI

Berdasarkan teori mengenai perilaku, maka kerangka teori yang menjadi landasan pada penelitian ini menggunakan teori WHO dalam Notoadmodjo (2003) yang menyatakan bahwa perilaku ditentukan oleh empat hal, yakni pemikiran perasaan, karakteristik perorangan, sumber daya dan budaya yang digambarkan skematis sebagai berikut :



### Gambar 2.3 Skeme Perilaku menurut WHO

Sedangkan Green (1990) mengemukakan hal yang hampir sama. Menurut Green kesehatan seseorang dipengaruhi oleh aspek perilaku dan non perilaku. Dimana faktor perilaku dapat dibagi menjadi 3 faktor yakni :

a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Yang termasuk dalam faktor ini antar lain pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, locus of control, kepercayaan, nilai-nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan atau penghasilan.

b. Faktor pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor pemungkin yaitu faktor yang mendukung/memngkinkan perilaku muncul jika subyek sudah bersedia menjalankan perilaku itu. Wujud dari faktor pemungkin ini misalnya keterampilan, fasilitas dan sarana kesehatan, waktu dan sebagainya.

c. Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

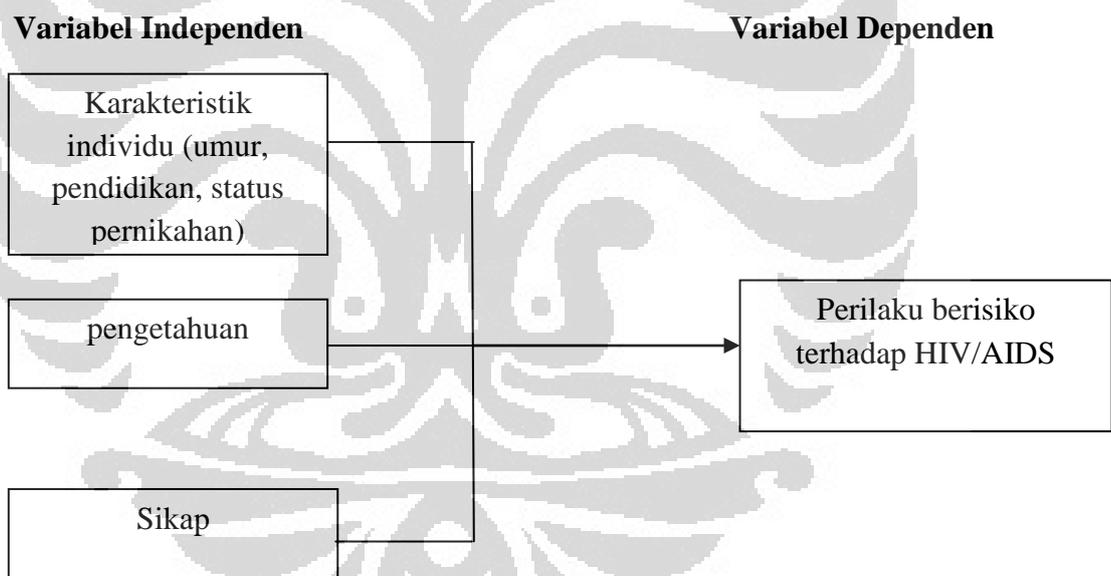
Faktor penguat merupakan faktor yang mendorong/menghalangi seseorang untuk berperilaku. Contoh, keluarga, petugas kesehatan, dan orang terdekat.

## BAB III

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL dan HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada, serta berdasarkan tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini, dan karena keterbatasan waktu, tenaga dan biaya maka kerangka konsep untuk penelitian ini :



### 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	skala
1.	Karakteristik individu 1.Umur	Lama masa hidup responden terhitung dari waktu kelahirannya sampai saat berlangsungnya kegiatan penelitian, dalam hitungan tahun (Mutia,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. < 29 tahun 1. $\geq$ 29 tahun (nilai cut of point umur didapatkan dari nilai mean karena data umur berdistribusi normal)	Nominal
	2.Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang diselesaikan responden (Mutia,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. > SMP 1. $\leq$ SMP	Ordinal
	3.Status pernikahan	Status pernikahan responden saat dilakukan penelitian (Mutia,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Belum menikah 1. Menikah	Nominal
2	Pengetahuan	Pemahaman tentang HIV/AIDS yang meliputi pengertian, etiologi, cara penularan, gejala dan cara pencegahan (Saputra,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Rendah : < median 1. Tinggi : $\geq$ median	Ordinal

					nilai median didapat dari skor jawaban benar (25) dibagi dua	
3	Sikap	Tanggapan responden terhadap perilaku berisiko tertular HIV/AIDS dalam bentuk persetujuan, setuju atau tidak setuju (Saputra).	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Setuju : $\leq$ median 1. Tidak setuju : $>$ median nilai median didapat dari skor jawaban tidak setuju (8) dibagi dua	Nominal
4.	Perilaku	Perilaku seksual responden yang berisiko ataupun tidak terhadap penularan HIV/AIDS	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Berisiko : $\leq$ median 1. Tidak Berisiko : $>$ median	Ordinal

### 3.3. Hipotesis

- 3.3.1. Gambaran karakteristik individu berdasarkan Umur pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.2. Gambaran karakteristik individu berdasarkan Pendidikan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.3. Gambaran karakteristik individu berdasarkan Status Pernikahan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.4. Adanya hubungan karakteristik individu dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.5. Adanya hubungan pengetahuan buruh dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.6. Adanya hubungan sikap dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Dalam penelitian cross-sectional peneliti melakukan pengukuran variabel pada satu saat tertentu pada setiap subyek yang hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sostroasmoro & Ismael, 2011)

#### 4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Proyek *World Class University* bulan maret-april tahun 2012.

#### 4.3 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh pekerja bangunan berjumlah 316 orang di Proyek *World Class University* tahun 2012.

##### 4.3.2 Sampel penelitian

Penelitian ini menggunakan rumus besaran sampel minimal berdasarkan

$$n = \frac{\left( z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

#### Keterangan

- n = besar sampel
- $z_{1-a/2}$  = nilai z pada derajat kepercayaan 1-a atau batas kemaknaan a.
- z = 1,96 untuk derajat kepercayaan 95%
- $z_{1-b}$  = nilai z pada kekuatan uji (power) 1-b
- z = 0,84 untuk kekuatan uji 80%
- $P_1$  = estimasi proporsi pada pekerja yang berisiko terhadap HIV/AIDS

$P_2$  = estimasi proporsi pada pekerja yang tidak berisiko terhadap HIV/AIDS

$$P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2)$$

Dari data perhitungan diatas, diperoleh jumlah sampel minimal yang harus dipenuhi adalah sebanyak 98 sampel.

#### 4.4 Cara pengumpulan Data.

Pengumpulan data ini menggunakan primer dengan metode pengisian kuesioner oleh pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

#### 4.5 Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan diolah dan dianalisis dengan bantuan komputer. Menurut Notoadmodjo (2010) langkah-langkah pengolahan data dengan komputer melalui tahap-tahap sebagai berikut :

a. Editing.

Hasil wawancara atau pengamatan dilapangan dilakukan penyuntingan (editing) terlebih dahulu. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut. Apabila ada jawaban-jawaban yang belum lengkap, kalau memungkinkan perlu dilakukan pengambilan data ulang untuk melengkapi jawaban-jawaban tersebut.

b. Coding.

Pengkodean atau coding yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

c. Processing.

Data dalam bentuk kode diproses dengan dimasukkan ke dalam software komputer.

d. Cleaning (pembersihan data). Semua data dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

#### 4.6 Analisa data.

Analisis data melalui prosedur bertahap antara lain :

a. Analisis Univariate (analisis deskriptif).

Untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase tiap variabel.

a. Analisis Bivariate.

Analisis bivariat adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen dan dependen. Maka uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi square*. Keputusan yang diambil dari hasil uji *Chi Square* adalah :

- Bila p value  $< 0,05$ ,  $H_0$  ditolak, berarti data sampel mendukung adanya hubungan yang bermakna (signifikan).
- Bila p value  $> 0,05$  ,  $H_0$  gagal ditolak, berarti data sampel tidak mendukung adanya hubungan yang bermakna (tidak signifikan).

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Analisis Univariat

##### 5.1.1 Umur

Hasil penelitian memaparkan tentang karakteristik individu (responden) berdasarkan umur, pendidikan dan status pernikahan dengan hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Responden Menurut Umur**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Umur	Jumlah	Persentase
< 29 tahun	53	53 %
≥ 29 tahun	47	47 %
Jumlah	100	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa kategori umur yang terbanyak yaitu < 29 tahun berjumlah 53 %, sedangkan yang berusia ≥ 29 tahun berjumlah 47 %.

##### 5.1.2 Pendidikan

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tinggi > SMP	40	40 %
Rendah ≤ SMP	60	60 %
Jumlah	100	100%

Pada tabel 5.2 dapat dilihat untuk tingkat pendidikan rendah  $\leq$  SMP cukup banyak yaitu 60% dan tingkat pendidikan yang tinggi  $>$  SMP berjumlah 40 %.

### 5.1.3 Status Pernikahan

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Status pernikahan	Jumlah	Persentase
Belum menikah	49	49 %
Menikah	51	51 %
Jumlah	100	100%

Pada tabel 5.3 dapat dilihat status pernikahan rata-rata pekerja sudah menikah berjumlah 51 % dan yang belum menikah berjumlah 49 %.

### 5.1.4 Pengetahuan

Pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS, cara pencegahan dan penularannya pada kalangan pekerja juga sangat penting untuk diketahui. Adapun hasil pengetahuan responden terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Pekerja tentang penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Rendah	7	7 %
Tinggi	93	93 %
Jumlah	100	100 %

Pada tabel 5.4 dapat dilihat bahwa pekerja yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 93 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 7 %.

### 5.1.5 Sikap

Menurut Notoadmodjo (2005) Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Dan hasil sikap pekerja terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Frekuensi Sikap Pekerja tentang penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Sikap	Jumlah	Persentase
Setuju	76	76 %
Tidak Setuju	24	24 %
Jumlah	100	100 %

Dari tabel 5.5 tersebut dapat dilihat bahwa pekerja yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 24 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigma penderita HIV/AIDS berjumlah 76 %.

### 5.1.6 Perilaku

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Frekuensi Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

<b>Perilaku</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Tidak berisiko	89	89 %
Berisiko	11	11 %
Jumlah	100	100%

Dari tabel 5.6 dapat dilihat bahwa perilaku yang tidak berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS cukup besar yaitu 89 % dan perilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS walaupun tidak begitu besar tetapi masih ada yaitu berjumlah 11 %.

## 5.2 Analisis Bivariat.

### 5.2.1 Hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS

Proporsi analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori umur yang terbanyak yaitu < 29 tahun berjumlah 55 %, sedangkan yang berusia  $\geq 29$  tahun berjumlah 45 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Responden Menurut Umur Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Umur	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	N	%	N	%				
< 29 tahun	9	17 %	44	83 %	53	100 %	1,321 0,486- 3,596	0,771
≥ 29 tahun	10	21.3%	37	78.7%	47	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (17%) yang berusia < 29 tahun yang berperilaku berisiko. Sedangkan yang berusia ≥ 29 tahun ada 10 (21,3%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,771$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi umur < 29 tahun dan ≥ 29 tahun dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,321$ , artinya umur ≥ 29 tahun mempunyai peluang 1,3 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

### **5.2.2 Hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.**

Proporsi analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori tingkat pendidikan rendah cukup banyak yaitu 60% dan tingkat pendidikan yang tinggi berjumlah 40 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Pendidikan	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko					
	N	%	N	%	n	%		
Tinggi	9	22,5%	31	77,5%	40	100 %	0,689 0,252-1,884	0,640
Rendah	10	16,7%	50	83,3%	60	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (22,5%) yang mempunyai pendidikan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pendidikan rendah 10 (16,7%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,640$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pendidikan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,689$ , artinya pendidikan rendah mempunyai peluang 0,69 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

### **5.2.3 Hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori status pernikahan rata-rata pekerja sudah menikah berjumlah 51 % dan yang belum menikah berjumlah 49 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan Dan Perilaku**  
**Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Status pernikahan	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	N	%	N	%				
Belum menikah	8	16,3%	41	83,7%	49	100 %	1,409 0,514- 3,868	0,680
Menikah	11	21,6%	40	78,4%	51	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 8 (16,3%) yang belum menikah berperilaku berisiko. Sedangkan yang menikah 11 (21,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,680$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi belum menikah dan menikah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,409$ , artinya responden yang menikah mempunyai peluang 1,4 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

#### **5.2.4 Hubungan Pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 93 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 7 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.10**  
**Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Pengetahuan	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	n	%	N	%				
Tinggi	17	18,3%	76	81,7%	93	100 %	1,788 0,320- 10,007	0,615
Rendah	2	28,6%	5	71,4%	7	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 17 (18,3%) yang pengetahuan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pengetahuan rendah 2 (28,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,615$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,788$ , artinya responden yang pengetahuan rendah mempunyai peluang 1,78 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

### 5.2.5 Hubungan Sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS

Proporsi analisis hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 24 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigma penderita HIV/AIDS berjumlah 76 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.11**  
**Distribusi Responden Menurut Sikap Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Sikap	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	n	%	n	%				
Setuju	14	18,4%	62	81,6%	76	100 %	1,165 0,372-3,656	1,000
Tidak setuju	5	20,8%	19	79,2%	24	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 14 (18,%) yang setuju. Sedangkan yang tidak setuju 5 (20,8%) terhadap perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi sikap setuju dan tidak setuju dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,16$ , artinya responden yang mempunyai sikap tidak setuju mempunyai peluang 1,16 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan membahas tentang hasil penelitian pada bab 5. Kemudian akan dibandingkan hasil penelitian dengan kerangka konsep dan hipotesis yang telah disusun serta perbandingan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu. Dimana hasil penelitian ini telah dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi square*.

Data-data yang dikumpulkan meliputi dari karakteristik responden (umur, pendidikan dan status pernikahan), pengetahuan, sikap dan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS pada pekerja bangunan.

#### **6.1 Keterbatasan penelitian**

Penulis menyadari bahwa penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, adapun keterbatasan penelitian tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Mengingat banyaknya jumlah pekerja yang ada di Proyek *World Class University*, maka penyebaran kuesioner dilakukan mulai tanggal 27 maret-07 april 2012. Dan dilakukan hanya pada saat jam istirahat pekerja, agar tidak mengganggu pada saat mereka bekerja.
2. Kemungkinan ketidaksempurnaan dalam pengisian kuesioner juga bisa terjadi karena alokasi waktu yang terbatas dari pihak mandor proyek.

#### **6.2 Hasil penelitian**

##### **6.2.1 Perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS**

Perilaku merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, respon ini bisa bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) juga dapat bersifat aktif yaitu tindakan nyata. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit (Notoadmodjo, 1993), misalnya tidak memakai narkoba, tato dan tidak berganti-ganti pasangan seksual agar tidak terkena penyakit HIV/AIDS

Pada penelitian ini didapatkan perilaku pekerja yang tidak berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS cukup besar yaitu 89 % dan perilaku pekerja yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS walaupun tidak begitu besar tetapi masih ada yaitu berjumlah 19 %.

Sedangkan pengetahuan yang baik berjumlah 93% sedangkan perilaku yang baik/tidak berisiko berjumlah 89%, pernyataan ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku (Green et al).

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap, yakni melalui proses perubahan ; pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktek (*practice*) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (K-A-P), bahkan dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoadmodjo, 2003).

Perilaku seksual berisiko pada kelompok *mobile migrant populations* ini, khususnya pekerja bangunan perlu mendapat perhatian yang serius dari berbagai kalangan. Karena perilaku seksual berisiko yang mereka lakukan dapat menjadi jembatan penyeberangan HIV dari kelompok yang berisiko tinggi (pekerja seks) ke kelompok yang berisiko rendah (ibu rumah tangga dan anak-anak). Seorang pekerja yang memiliki perilaku seksual berisiko bukan hanya akan menyebabkan dirinya terinfeksi HIV, melainkan juga dapat menyebarkan virus tersebut kepada istri dan anak-anaknya kelak (Mutia, 2008).

Indonesia cukup rentan terhadap epidemi HIV/AIDS, dimana penyebaran kasus ini berlangsung dengan kecepatan yang cukup tinggi. Penyebaran yang cukup tinggi tersebut disebabkan oleh faktor risiko yang mendorong terjadinya epidemi saat ini di Indonesia, antara lain (Abednego, 1993 dan Berita AIDS Indonesia: Media Komunikasi & Informasi, 1994, dalam Rianawati, NA, 2001) :

19. Adanya kelompok dengan perilaku risiko tinggi yang terkait dengan prostitusi, seperti : WTS, PTS, waria, homoseks dan lain-lain.
20. Adanya penduduk berperilaku risiko tinggi yang tidak terkait dengan prostitusi, seperti : hubungan seks ekstra marital, kumpul kebo, mitra seks ganda, tukar pasangan, remaja, narapidana, supir truk dan bus antar kota/provinsi.
21. Kualitas pelayanan kesehatan yang belum memadai seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik yang belum melaksanakan kewaspadaan secara umum yang cukup handal untuk mencegah penularan HIV antara lain dengan tidak dipatuhinya prosedur pemberian suntikan secara steril.
22. Kualitas dan jangkauan pemeriksaan donor darah yang belum memadai.
23. Kualitas dan kuantitas penyuluhan kesehatan yang belum menyeluruh.
24. Promosi kondom yang masih kontroversial.
25. Prevalensi dan insidens PMS yang cukup tinggi.
26. Sikap tidak peduli dan sanggahan berdasar argumentasi yang tidak logis terhadap kemungkinan timbulnya epidemi AIDS besar dan luas di Indonesia.
27. Transfusi darah dan skrining darah masih rawan, sebab belum menyeluruh sama pengertian dan mutunya diantara pihak yang terkait yaitu PUTD PMI, Rumah Sakit, petugas kesehatan, pedonor dan keluarga pasien sehingga terdapat kemungkinan terjadi transfusi darah yang tidak steril.
28. Pelabuhan laut yang disinggahi warga asing, para pelaut maupun nelayan asing yang tergolong mempunyai risiko tinggi untuk terinfeksi HIV.
29. Tenaga kerja asing yang makin banyak bekerja di Indonesia, dimana mereka cenderung memiliki perilaku yang meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS.
30. Tingginya prevalensi hepatitis B, yang jalur penularannya sama dengan HIV.

31. Pecandu obat bius yang jika tidak segera diatasi dengan serius dapat menimbulkan wabah AIDS dikalangan para pecandu obat narkotika suntikan dan selanjutnya dapat menjalar ke masyarakat umum.
32. Keberadaan bandara internasional yang merupakan pintu gerbang masuknya orang asing dan orang Indonesia yang sudah bermukim di negara-negara dengan prevalensi HIV tinggi.
33. Perbatasan geografis langsung dengan negara-negara tetangga seperti Thailand, Singapura, dan Malaysia yang ternyata telah memiliki prevalensi HIV lebih tinggi dibanding prevalensi HIV di Indonesia.
34. Meningkatnya insidens dan prevalensi penyakit kelamin di Indonesia tidak saja di kota-kota besar tapi juga merambah ke desa-desa.
35. Semakin berkembangnya praktek seks bebas terutama dikalangan remaja.
36. Pemakaian kondom pada kelompok risiko tinggi terhadap HIV/AIDS seperti WTS, orang yang berganti pasangan, dan sebagainya di masyarakat yang relatif rendah.

Di PT. Waskita Karya Proyek *World Class University* sudah dilaksanakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja. Sesuai dengan SK Menakertrans Nomor : KEP.68/Men/IV/2004 yang mewajibkan setiap perusahaan untuk melaksanakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja.

## **6.2.2 Karakteristik Individu**

### **6.2.2.1 Hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori umur yang terbanyak yaitu < 29 tahun berjumlah 53 %, sedangkan yang berusia  $\geq$  29 tahun berjumlah 47%. Hasil analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (17%) yang berusia < 29 tahun yang berperilaku berisiko. Sedangkan yang berusia  $\geq$  29 tahun ada

10 (21,3) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,771$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi umur  $< 29$  tahun dan  $\geq 29$  tahun dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Hal ini sesuai dengan penelitian Angreani (2005) yang dilakukan di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Penelitian Rianawati (2001) yang dilakukan di Sleman Yogyakarta juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Seiring dengan perkembangan HIV/AIDS, kelompok tertentu ditemukan lebih rentan memiliki perilaku seksual berisiko terhadap HIV/AIDS. Hal ini salah satunya berhubungan dengan variasi perilaku berisiko berdasarkan umur. Kelompok umur remaja dikatakan merupakan masa kritis dimana pemahaman terhadap perilaku kesehatan masih belum cukup matang. Walaupun kelompok remaja memiliki kemampuan kognitif untuk menentukan perilaku yang sehat, pada prakteknya remaja sering terdorong oleh kekuatan lain yang membuat mereka tidak berperilaku secara sehat. Hal ini termasuk perilaku mencoba atau memulai hubungan seksual. Berbeda dengan remaja, kelompok umur dewasa kurang memiliki perilaku berisiko. Kelompok umur dewasa mulai mempraktekkan perilaku yang sehat (Sarafino, 1994) dalam Angreani, S (2005).

### 6.2.2.2 Hubungan Pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Pendidikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku (Green et al).

Didalam pendidikan terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau , masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial didalam kehidupannya untuk mecapai nilai-nilai hidup di dalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang lebih pandai, lebih dewasa, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya (Notoadmodjo, 1993).

Proporsi analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori tingkat pendidikan rendah cukup banyak yaitu 60% dan tingkat pendidikan yang tinggi berjumlah 40 %. Hasil analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (22,5%) yang mempunyai pendidikan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pendidikan rendah 10 (16,7%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,640$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pendidikan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Hal ini sejalan dengan penelitian Mutia (2008) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Pendidikan berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan merepon terhadap berbagai informasi. Dimana tingkat pendidikan yang setingkat SMA atau lebih mempunyai kemampuan menyerap informasi yang bersifat mendidik yang diberikan. Hal ini berarti

dengan semakin tingginya tingkat pendidikan kemampuan menyerap pesan kesehatan akan lebih baik. Responden dengan pendidikan yang lebih baik akan lebih baik pengetahuan dan tingkat kepeduliannya terhadap HIV/AIDS (Utomo et al, 1998 dalam Angreani, S 2005).

### **6.2.2.3 Hubungan Status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Status pernikahan menunjukkan apakah seseorang telah menikah atau belum menikah. Pernikahan pada prinsipnya adalah meningkatkan hubungan seseorang untuk terikat salah satunya dalam melakukan hubungan seksual yang berhubungan dengan fungsi reproduksi yaitu menghasilkan keturunan. Namun status pernikahan telah menikah terkadang malah meningkatkan seseorang untuk berperilaku seksual dengan banyak pasangan (Utomo et al, 1998 dalam Angreani, 2005).

Proporsi analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori status pernikahan rata-rata pekerja sudah menikah berjumlah 51.0 % dan yang belum menikah berjumlah 49%. Hasil analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 8 (16,3%) yang belum menikah berperilaku berisiko. Sedangkan yang menikah 11 (21,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,680$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi belum menikah dan menikah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Penelitian ini sesuai dengan Angreani (2005) yang melakukan penelitian di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Juga penelitian Mutia (2008) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

### **6.2.3 Hubungan Pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS**

Seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya (Notoadmodjo, 2003).

Proporsi analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 93 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 7 %. Hasil analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 17 (18,3%) yang pengetahuan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pengetahuan rendah 2 (28,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,615$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Green bahwa pengetahuan merupakan faktor penting namun tidak memadai dalam perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku.

Menurut Bloom, 1908 dalam Notoatmodjo, 2008 (dalam Mutia, 2008) pengetahuan itu mempunyai enam tingkatan. Responden yang memiliki informasi cukup tetapi perilakunya justru berisiko kemungkinan di keretakan tingkat pengetahuan yang dimilikinya baru mencapai tahap tahu (know) yang merupakan tingkat pengetahuan paling rendah sehingga

belum mampu mendorong responden untuk tidak melakukan perilaku berisiko HIV/AIDS.

Hal ini sesuai dengan penelitian Angreani (2005) yang dilakukan di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

#### 6.2.4 Hubungan Sikap dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS

Sikap dapat berubah-ubah sesuai dengan keadaan lingkungan di sekitar individu yang bersangkutan pada saat-saat dan tempat yang berbeda. Sikap dinyatakan dalam tiga domain ABC, yaitu *affect*, *behaviour* dan *cognition*. *Affect* adalah perasaan yang timbul (senang, tidak senang), *behaviour* adalah perilaku yang mengikuti perasaan itu (mendekat, menghindar) dan *cognition* adalah penilaian terhadap objek sikap (bagus, tidak bagus) (Sarwono, 1997).

Seperti contoh orang yang mengerti tentang risiko penyakit HIV/AIDS (*cognition*) maka dia akan merasa takut terkena penyakit tersebut (*affect*) dan akan bersikap untuk menghindarinya (*behaviour*).

Menurut Kirscht dalam Green. L menyebutkan bahwa sikap menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif sehingga sikap selalu dapat di ukur dalam bentuk baik dan buruk atau positif dan negatif.

Proporsi analisis hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 24 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigma penderita HIV/AIDS berjumlah 76 %.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi sikap setuju dan tidak setuju dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Hubungan antara perilaku dengan sikap tidak sepenuhnya di mengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak (Green) tetapi pada penelitian ini tidak di temukan adanya hubungan antara sikap dengan perilaku tersebut.

Pada penelitian ini yang dimaksud dengan sikap tidak setuju merupakan sikap pekerja yang tidak setuju adalah yang mendiskriminasi orang dengan HIV/AIDS. Menurut (ILO, 2001) tidal dibolehkan adanya tindak diskriminasi terhadap pekerja berdasarkan status HIV/AIDS atau dianggap sebagai orang terinfeksi HIV. Diskriminasi dan stigmatisasi justru menghalangi upaya promosi pencegahan HIV/AIDS.

Penelitian Mutia (2008) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan tentang hubungan perilaku dan sikap terhadap perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja di Proyek *World Class University* tahun 2012, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil penelitian tentang karakteristik responden menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan umur, pendidikan dan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja. Dimana rata-rata umur produktif yaitu < 29 tahun, pendidikan < SMP 60% dan menikah 51%. Dimana keadaan ini umumnya mempengaruhi perilaku seseorang, seperti Pendidikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku (Green et al).
2. Pada analisis hubungan pengetahuan dengan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja didapatkan hasil  $p=0,615$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS). Proporsi pengetahuan yang baik yaitu 93%. Dimana pada Proyek *World Class University* selalu dilakukan penyuluhan tentang HIV/AIDS secara berkala setiap dua minggu dan pemasangan poster-poster serta pembagian leaflet tentang perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.
3. Hasil analisis hubungan sikap dengan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi sikap setuju dan tidak setuju dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada

hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

4. Hasil analisis tentang perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS perilaku yang tidak berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS cukup besar yaitu 89 % dan perilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS walaupun tidak begitu besar tetapi masih ada yaitu berjumlah 19 %. Walaupun perilaku berisiko hanya 19%, hal ini dapat juga mempengaruhi pekerja yang lain untuk berperilaku berisiko. Oleh karena itu untukantisipasi keadaan tersebut di Proyek *World Class University* selalu mengadakan kegiatan rutin untuk mengisi waktu istirahat/libur dengan mengadakan pengajian setiap Kamis malam dan pemutaran film setiap Sabtu malam, dengan harapan agar pekerja mengurangi/menghindari mencari hiburan diluar yang dapat berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

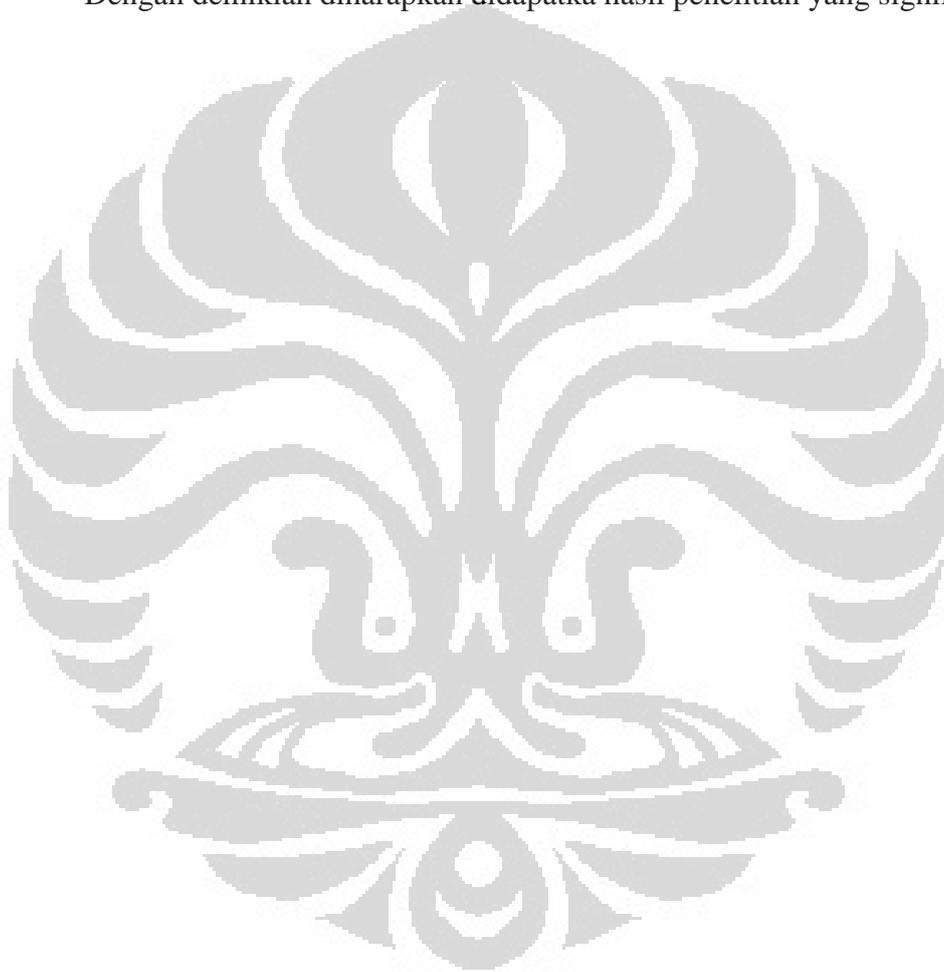
## 7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka penulis memberi saran sebagai berikut :

1. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,788$ , artinya responden yang pengetahuan rendah mempunyai peluang 1,78 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS. Dalam melakukan pembinaan secara berkesinambungan terhadap pekerja tentang pencegahan penyakit HIV/AIDS dengan metode yang bervariasi dan tidak monoton agar pekerja maupun karyawan tidak bosan. Walaupun kegiatan tersebut intinya sama yaitu pencegahan HIV/AIDS yang dilakukan berulang-ulang.
2. Agar semua proyek dari PT. Waskita Karya melaksanakan program promosi dan pencegahan HIV/AIDS tidak hanya di Proyek *World Class University* saja. Sesuai dengan **KEPMENAKERTRANS No.68/MEN/IV/2004** agar pengusaha maupun perusahaan wajib melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja dengan menerapkan prosedur Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) khusus untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS sesuai

dengan perundang-undangan dan standar yang berlaku. Dengan adanya kegiatan tersebut akan sangat membantu pemerintah dalam hal pencegahan HIV/AIDS pada kelompok berisiko yaitu *migrant workers*.

3. Bagi peneliti lain, selanjutnya agar penelitian dengan variabel umur dan pendidikan dibuat lebih spesifik kelompoknya jadi tidak hanya dibagi dalam dua kelompok saja, tetapi di buat lengkap misalnya pendidikan SD, SMP, SMA dan perguruan tinggi. Begitu juga dengan variabel umur. Dengan demikian diharapkan didapatkan hasil penelitian yang signifikan.



Laporan pada tahun 1981 sebuah penyakit baru mematenkan yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Agen penyebabnya adalah *human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 1981 - 2008, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan bahwa, dalam 14 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu 75.457 pada tahun 1992 dan 50.628 pada tahun 1995. Dengan diperkenalkannya terapi antiretroviral yang sangat aktif, diagnosis AIDS dan kematian menurun secara substansial dari 1995 hingga 1998 dan tetap stabil 1999-2008 mencapai rata-rata 38.279 diagnosis AIDS dan 17.489 kematian per tahun. Pada akhir 2008, 1.178.350 orang diperkirakan hidup dengan HIV, dan 236.400 (20,1%) infeksi yang tidak terdiagnosis (MMWR,2011).

Tahun 1995, jumlah kasus infeksi HIV di seluruh dunia mencapai 28 juta dan sekitar 2,4 juta adalah bayi dan anak. Estimasi terkini UNAIDS (2010), jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkisar 31,4 – 35,3 juta orang, prevalensi tertinggi dilaporkan di Benua Afrika bagian selatan (15-28%). (Nasrin & Desy, 2011).

Infeksi HIV menjadi ancaman global serius. Para Organization UNAIDS memperkirakan antara 34,1 dan 47,1 juta, orang saat ini terinfeksi HIV di seluruh dunia, dengan beberapa 4,3 juta infeksi baru setiap tahun. Prediksi untuk masa depan telah sama-sama suram, dengan perkiraan bahwa pada tahun 2020, penyakit ini bisa mengakibatkan kematian lebih dari 125 juta orang. Selatan dan asia tenggara dan sub-Sahara Afrika telah paling tinggi infeksi HIV dan AIDS. Di sub-Sahara Afrika, 25 juta orang diyakini hidup dengan HIV / AIDS (norman,2004; piot et al.,2004; UNAIDS,2006)

Salah satu kontributor utama penyebaran global HIV adalah laki-laki *migrant workers*. Dimana keadaan ekonomi menyebabkan pria muda untuk bekerja jauh dari rumah dan keluarga mereka, di tempat mereka berada ada kemungkinan untuk melakukan hubungan seksual dengan pekerja seks komersial tanpa kondom. Migrasi tenaga kerja di Asia, yang juga melaporkan tingkat pertumbuhan tercepat HIV / AIDS di dunia. USAID telah melakukan langkah-langkah yang diambil untuk mencegah penyebaran epidemi lebih lanjut,

jumlah orang yang hidup dengan HIV / AIDS di Asia Tengah bisa mencapai 1,65 juta (Weine.S, Bahromov.M & Mirzoev.A, 2008).

Pada tahun 1996, Tufts-New England Medical Center (TNEMC), dengan bantuan Kedokteran Rescue Medicine (RM), membentuk tim kesehatan pada pekerja konstruksi klinik di Takoradi, Ghana, adapun hasil yang didapatkan adalah beberapa perilaku berisiko bagi pekerja tersebut antara lain tentang penggunaan alkohol, 44% (14 dari 32) melaporkan bahwa konsumsi alkohol total mereka belum berubah selama mereka tinggal di barat Ghana, sedangkan 34% (11 dari 32) melaporkan peningkatan konsumsi dan 22% (7 dari 32) melaporkan penggunaan alkohol berkurang. Hanya 38% (15 dari 39) menerima pendidikan tentang bagaimana mengurangi risiko HIV. Hampir seperempat (24%, 10 dari 42: sembilan pria dan seorang wanita) dari ekspatriat dilaporkan melakukan hubungan seksual dengan mitra lokal. Setengah (5 dari 10) dari mereka yang berhubungan seks dengan mitra lokal tidak menggunakan kondom (Hamer et al, 2008).

Penelitian di Mesir yang dilakukan Sayyed, 2008 pada pekerja industri dan pekerja datangan didapatkan adanya hubungan yang signifikan terhadap umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, tempat tinggal dengan keluarga, pengetahuan dan sikap yaitu ( $P < 0.001$ ) dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS.

Studi juga dilakukan oleh Fuller, 2008 tentang pengetahuan terhadap faktor risiko HIV pada pekerja di Thailand. Dan didapatkan hasil yang signifikan pada faktor jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan pengetahuan ( $P < 0.001$ ), terhadap faktor risiko HIV pada pekerja di Thailand.

AIDS di Indonesia terus meningkat sejak dilaporkan pertama kali tahun 1987 dan kini mencapai 186 ribu kasus, 26% adalah perempuan. Kasus terbanyak berusia 20-29 tahun (10.471;48,1%) dan 30-39 tahun (30,9%). Kasus AIDS tertinggi dilaporkan di DKI dan kasus AIDS yang bertahan hidup tertinggi di Papua (122,22/100.000 penduduk). Proporsi penderita AIDS di Indonesia tahun 2000 (11,2%) dan pada triwulan III, 2010 (26%) meningkat dengan pesat, (Nasrin & Desy, 2011).

Di Indonesia hingga Maret 2009 tercatat 16.964 penderita AIDS, namun diperkirakan saat ini terdapat 130.000 ODHA (Orang dengan HIV/AIDS). Oleh karena itu masalah HIV/AIDS telah dinyatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat. Tingginya jumlah kasus infeksi HIV khususnya pada kelompok penyalahgunaan narkoba suntik dan wanita pekerja seks memungkinkan terjadinya penyebaran infeksi HIV ke masyarakat umum. Keadaan ini tentunya tidak boleh dibiarkan, mengingat kebanyakan dari mereka yang beresiko tertular HIV tidak tahu akan status HIVnya, apakah sudah terinfeksi atau belum (Depkes RI, 2009).

Data Ditjen PP & PL Kemenkes RI sampai dengan juni 2011 Indonesia jumlah kasus AIDS berjumlah 26.483 jiwa. Di DKI Jakarta tercatat 3997 jiwa orang yang menderita AIDS dan 577 orang yang telah meninggal dunia. Sedangkan prevalensinya adalah 42,69/100.000.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mutia.A (2008) menerangkan bahwa buruh bangunan merupakan salah satu sektor pekerjaan yang rawan terhadap penularan dan penyebaran HIV/AIDS. Hal ini disebabkan karena pada umumnya buruh bangunan berasal dari luar daerah, sering berpindah-pindah tempat, serta jauh dari keluarga atau pasangan yang dapat mendorong mereka untuk melakukan perilaku seksual beresiko. Meskipun pada penelitian ini perilaku seksual berisiko pada buruh bangunan belum banyak terjadi (sekitar 18%), akan tetapi perlu mendapat perhatian yang serius karena dapat menjadi jembatan penyeberangan HIV dari kelompok berisiko tinggi (pekerja seks) ke kelompok yang berisiko rendah (ibu rumah tangga dan anak-anak).

Penelitian yang dilakukan oleh Nova Astuti Rianawati (2001) pada variabel karakteristik dengan sikap terhadap HIV/AIDS, diperoleh satu uji yang berhubungan secara bermakna yaitu pada variabel jenis kelamin ( $p$ -value = 0,026) dan variabel lama masa kuliah atau sekolah memperlihatkan hubungan yang bermakna ( $p$ -value = 0,036). Analisis bivariat antara pengetahuan, sikap dan perilaku berisiko menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dengan sikap terhadap HIV/AIDS ( $p$ -value = 0,002) dan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS ( $p$ -value = 0,001).

Proyek pembangunan *World Class University* merupakan salah satu proyek yang dimiliki oleh PT. Waskita Karya. Proyek pembangunan ini terletak pada area kampus Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat. Proyek ini mempunyai pekerja bangunan sebanyak lebih kurang 316 orang yang berasal dari berbagai daerah. Para pekerja ini bertempat tinggal di beberapa tempat yang telah disiapkan dari proyek.

Proyek *World Class University* sudah dilaksanakan program pencegahan HIV/AIDS. Sesuai dengan KEPMENAKERTRANS No.68/MEN/IV/2004 agar pengusaha maupun perusahaan wajib melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja dengan menerapkan prosedur Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) khusus untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan perundang-undangan dan standar yang berlaku. Adapun kegiatan yang dilakukan seperti penyuluhan terhadap pekerja setiap hari senin tentang bahaya HIV/AIDS dan cara pencegahannya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Umumnya pekerja bangunan berasal dari luar daerah, sering berpindah-pindah tempat, serta jauh dari keluarga atau pasangan yang dapat mendorong mereka untuk melakukan perilaku seksual beresiko. Sehingga tinggi juga risiko untuk tertular penyakit HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University*.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1 Bagaimana gambaran karakteristik individu berdasarkan Umur pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.2 Bagaimana gambaran karakteristik individu berdasarkan Pendidikan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.3 Bagaimana gambaran karakteristik individu berdasarkan Status Pernikahan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?

- 1.3.4** Bagaimana hubungan karakteristik individu dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.5** Bagaimana hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?
- 1.3.6** Bagaimana hubungan sikap dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012?

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

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

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

##### **1.4.2 Tujuan khusus**

- 1.4.2.1 Diketuainya gambaran karakteristik individu berdasarkan Umur pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.2 Diketuainya gambaran karakteristik individu berdasarkan Pendidikan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.3 Diketuainya gambaran karakteristik individu berdasarkan Status Pernikahan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.4 Diketuainya hubungan karakteristik individu dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.5 Diketuainya hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 1.4.2.6 Diketuainya hubungan sikap dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

## 1.5 Manfaat Penelitian

- 1.5.1 Bagi peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang di dapat selama di perkuliahan dan melihat kenyataan langsung di lapangan.
- 1.5.2 Bagi PT.Waskita Karya khususnya di Proyek World Class University dapat memberikan gambaran tentang perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada buruh bangunan di wilayah kerjanya.
- 1.5.3 Bagi peneliti lain agar dapat dimanfaatkan sebagai bahan masukan untuk penyusunan penelitian selanjutnya mengenai perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja bangunan.

## 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012. Penelitian ini dilakukan pada bulan maret 2012 dengan melakukan pengisian lembar kuisisioner kepada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian HIV/AIDS**

*Human immunodeficiency virus* (HIV) Virus ini yang awalnya menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, menyebabkan penyakit HIV dan akhirnya AIDS. *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) penyakit berbahaya yang disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui cairan tubuh, terutama karena hubungan seksual dan penggunaan narkoba suntikan (Kelly, 2008).

Sistem kekebalan tubuh melindungi tubuh terhadap penyakit. Kalau sistem kekebalan tubuh dirusak virus AIDS, maka serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun akan menyebabkan sakit dan meninggal. Penderita AIDS yang meninggal bukan semata-mata disebabkan oleh virus, tetapi oleh penyakit lain yang sebenarnya bisa ditolak, seandainya daya tahan tubuh tidak dirusak oleh HIV (Depkes RI, 1993).

##### **2.1.1 Epidemiologi HIV/AIDS**

Kasus AIDS pertama kali dilaporkan pada tahun 1981 di Los Angeles, Amerika Serikat. Sejak saat itu kasus HIV/AIDS mulai banyak dilaporkan diberbagai belahan duniadan menjadi permasalahan kesehatan global, karena hampir semua negara memiliki laporan mengenai kasus HIV/AIDS. Selain karena angka penularannya yang cepat, sampai saat ini obat untuk menyembuhkan penderita HIV/AIDS belum ditemukan. Diseluruh dunia, AIDS kini telah menjadi pembunuh ke-4 setelah infeksi saluran pernafasan, gangguan pencernaan dan TBC (dalam Rianawati, NA, 2001).

Laporan pada tahun 1981 sebuah penyakit baru mematikan yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Agen penyebabnya adalah

*human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 1981 - 2008, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan bahwa, dalam 14 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu 75.457 pada tahun 1992 dan 50.628 pada tahun 1995. Dengan diperkenalkannya terapi antiretroviral yang sangat aktif, diagnosis AIDS dan kematian menurun secara substansial dari 1995 hingga 1998 dan tetap stabil 1999-2008 mencapai rata-rata 38.279 diagnosis AIDS dan 17.489 kematian per tahun. Pada akhir 2008, 1.178.350 orang diperkirakan hidup dengan HIV, dan 236.400 (20,1%) infeksi yang tidak terdiagnosis (MMWR,2011).

Tahun 1995, jumlah kasus infeksi HIV di seluruh dunia mencapai 28 juta dan sekitar 2,4 juta adalah bayi dan anak. Estimasi terkini UNAIDS (2010), jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkisar 31,4 – 35,3 juta orang, prevalensi tertinggi dilaporkan di Benua Afrika bagian selatan (15-28%). (Nasrin & Desy, 2011).

Secara epidemiologis, masalah HIV/AIDS sebenarnya di Indonesia sudah cukup gawat karena Indonesia cukup rentan terhadap epidemi HIV/AIDS, dimana penyebaran kasus ini berlangsung dengan kecepatan yang cukup tinggi. Penyebaran yang cukup tinggi tersebut disebabkan oleh faktor risiko yang mendorong terjadinya epidemi saat ini di Indonesia, antara lain (Abednego, 1993 dan Berita AIDS Indonesia: Media Komunikasi & Informasi, 1994, dalam Rianawati, NA, 2001) :

1. Adanya kelompok dengan perilaku risiko tinggi yang terkait dengan prostitusi, seperti : WTS, PTS, waria, homoseks dan lain-lain.
2. Adanya penduduk berperilaku risiko tinggi yang tidak terkait dengan prostitusi, seperti : hubungan seks ekstra marital, kumpul kebo, mitra seks ganda, tukar pasangan, remaja, narapidana, supir truk dan bus antar kota/provinsi.
3. Kualitas pelayanan kesehatan yang belum memadai seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik yang belum melaksanakan kewaspadaan secara umum yang cukup handal untuk mencegah penularan HIV

antara lain dengan tidak dipatuhinya prosedur pemberian suntikan secara steril.

4. Kualitas dan jangkauan pemeriksaan donor darah yang belum memadai.
5. Kualitas dan kuantitas penyuluhan kesehatan yang belum menyeluruh.
6. Promosi kondom yang masih kontroversial.
7. Prevalensi dan insidens PMS yang cukup tinggi.
8. Sikap tidak peduli dan sanggahan berdasar argumentasi yang tidak logis terhadap kemungkinan timbulnya epidemi AIDS besar dan luas di Indonesia.
9. Transfusi darah dan skrining darah masih rawan, sebab belum menyeluruh sama pengertian dan mutunya diantara pihak yang terkait yaitu PUTD PMI, Rumah Sakit, petugas kesehatan, pedonor dan keluarga pasien sehingga terdapat kemungkinan terjadi transfusi darah yang tidak steril.
10. Pelabuhan laut yang disinggahi warga asing, para pelaut maupun nelayan asing yang tergolong mempunyai risiko tinggi untuk terinfeksi HIV.
11. Tenaga kerja asing yang makin banyak bekerja di Indonesia, dimana mereka cenderung memiliki perilaku yang meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS.
12. Tingginya prevalensi hepatitis B, yang jalur penularannya sama dengan HIV.
13. Pecandu obat bius yang jika tidak segera diatasi dengan serius dapat menimbulkan wabah AIDS dikalangan para pecandu obat narkotika suntikan dan selanjutnya dapat menjalar ke masyarakat umum.
14. Keberadaan bandara internasional yang merupakan pintu gerbang masuknya orang asing dan orang Indonesia yang sudah bermukim di negara-negara dengan prevalensi HIV tinggi.
15. Perbatasan geografis langsung dengan negara-negara tetangga seperti Thailand, Singapura, dan Malaysia yang ternyata telah memiliki prevalensi HIV lebih tinggi dibanding prevalensi HIV di Indonesia.

16. Meningkatnya insidens dan prevalensi penyakit kelamin di Indonesia tidak saja di kota-kota besar tapi juga merambah ke desa-desa.
17. Semakin berkembangnya praktek seks bebas terutama dikalangan remaja.
18. Pemakaian kondom pada kelompok risiko tinggi terhadap HIV/AIDS seperti WTS, orang yang berganti pasangan, dan sebagainya di masyarakat yang relatif rendah.

Secara epidemik terdapat 3 pola penyebaran HIV/AIDS di dunia. Pola pertama didapatkan pada sebagian besar kelompok homoseks, biseks, dan pecandu obat bius yang ditemukan di Amerika Utara, Eropa Barat, Australia, New Zealand, dan sebagian besar Amerika Selatan. Pola kedua didapatkan di Afrika Tengah, Afrika Selatan, Afrika Timur, serta beberapa daerah di Karibia yang penderitanya sebagian besar adalah heteroseks. Sedangkan pola ketiga ditemukan di Eropa Timur, di daerah Mediteranean selatan, dan Asia Pasifik, HIV tampaknya baru masuk sekitar tahun 1980, karena itu jumlah kasus AIDS masih relatif sedikit (Tjokronegoro dkk, 1992. Dalam Rianawati, NA, 2001).

### **2.1.2 Cara penularan HIV**

HIV dapat ditularkan melalui :

- a. Ditularkan melalui penggunaan bersama jarum suntik untuk menyuntikkan obat-obat IV (kelly,2008).
- b. Ditularkan selama hubungan seks per anal, hubungan seksual, dan kemungkinan hubungan seks peroral dengan seseorang yang terjangkit AIDS atau pembawa virus AIDS (kelly,2008).
- c. Transfusi darah yang mengandung HIV (Depkes, 1993).
- d. Pemindahan virus dari ibu hamil yang mengidap HIV kepada janin yang dikandungnya (Depkes, 1993).

Menurut Depkes, 2009 AIDS tidak ditularkan karena :

- a. Hidup serumah dengan penderita AIDS (asal tidak mengadakan hubungan seks).
- b. Bersenggolan dengan penderita.
- c. Bersentuhan dengan pakaian dan barang bekas penderita.

- d. Berjabat tangan.
- e. Penderita AIDS bersin atau batuk di dekat kita.
- f. Berciuman.
- g. Makan dan minum bersama dari satu piring atau gelas.
- h. Gigitan nyamuk dan serangga lain.
- i. Sama-sama berenang di kolam renang.

### 2.1.3 Gejala – gejala HIV/AIDS

Adapun gejala HIV/AIDS menurut Kelly, 2008 :

- a. Gejala-gejala dini seperti influenza (pembengkakan kelenjar limfa, berkeringat waktu malam hari, diare) dengan infeksi pernafasan dan pencernaan berulang.
- b. Kambuhan infeksi jamur.
- c. Perkembangan limfoma non-Hodgkins
- d. Perkembangan lesi kulit keuguan (sarkoma Kaposi)
- e. Kambuhan infeksi menjadi lebih sering
- f. Mudah lupa, kerusakan bicara, tremor, seizure

Menurut Depkas, 1993 gejala pasien HIV :

- a. Lelah dan lesu
- b. Berat badan menurun tajam
- c. Mencret dan kurang nafsu makan
- d. Bercak-bercak putih di lidah dan didalam mulut
- e. Kanker kulit
- f. Radang paru-paru

### 2.1.4 Upaya deteksi dini status HIV

#### 1. **Konseling.**

Konseling HIV merupakan suatu dialog antara konselor dan klien untuk meningkatkan kemampuan klien dalam memahami HIV/AIDS serta risiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan dan keluarga serta orang disekitarnya.

Kegiatan konseling menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, pencegahan penularan HIV, perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV (Antiretriviral) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Depkes RI, (2009).

## **2. Tes HIV Sukarela.**

Tes HIV merupakan tes terhadap antibodi yang terbuka akibat masuknya HIV ke dalam tubuh atau tes antigen yang mendeteksi adanya virus itu sendiri. Dengan kata lain, tes HIV adalah tes darah untuk memastikan seseorang terinfeksi HIV atau tidak (Depkes RI, (2009).

### **2.1.5 Manfaat konseling dan Tes HIV Sukarela**

Manfaat Konseling dan Tes HIV Sukarela menurut Depkes RI (2009) terdapat 8 manfaat, yaitu :

1. Menerima keadaan terinfeksi HIV dan penyelesaiannya.
2. Perencanaan dan promosi perubahan perilaku.
3. Pelayanan pencegahan infeksi HIV dari ibu ke bayi.
4. Memfasilitasi akses pelayanan sosial.
5. Memfasilitasi akses pelayanan medis (infeksi oportunistik, IMS, ARV & TB)
6. Memfasilitasi kegiatan sebaya dan dukungan.
7. Normalisasi HIV/AIDS dan mengurangi stigma.
8. Perencanaan dan perawatan untuk masa depan.

### **2.1.6 Jenis Tes HIV di Indonesia**

Menurut Depkes RI (2009) ada 2 jenis tes HIV, yaitu :

1. Tes ELISA (*Enzym – Linked Immune Sorbent Assay*) merupakan tes klasik dengan reagen ELISA yaitu natibodi terhadap HIV.
2. Tes Serologis/Cepat. Tes untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Tes ini ekonomis dan cepat, karena hasilnya kurang dari 2 jam. Oleh karena itu tes ini lebih banyak digunakan di laboratorium.

### **2.1.7 HIV/AIDS dan Dunia Kerja**

Ada 10 prinsip HIV/AIDS dan Dunia Kerja (ILO, 2001) :

#### **2.1.7.1 Pengakuan HIV/AIDS sebagai persoalan dunia kerja :**

HIV/AIDS adalah persoalan dunia kerja dan mesti diperlakukan sebagaimana penyakit serius lainnya yang muncul di dunia kerja.

#### **2.1.7.2 Non-diskriminasi :**

Tidak dibolehkan adanya tindak diskriminasi terhadap buruh/pekerja berdasarkan status HIV/AIDS atau dianggap sebagai orang terinfeksi HIV. Diskriminasi dan stigmatisasi justru menghalangi upaya promosi pencegahan HIV/AIDS.

#### **2.1.7.3 Kesetaraan Jender :**

Dimensi jender dalam penanggulangan HIV/AIDS perlu di garis bawahi. Perempuan dibanding laki-laki cenderung mudah terinfeksi dan terpengaruh wabah HIV/AIDS. Karenanya, kesetaraan jender dan pemberdayaan perempuan amat penting bagi keberhasilan pencegahan penyebaran infeksi serta memudahkan perempuan mengatasi HIV/AIDS.

#### **2.1.7.4 Kesehatan Lingkungan :**

Demi kepentingan semua pihak, lingkungan kerja yang sehat dan aman perlu terus di jaga semaksimal mungkin sesuai Konvensi ILO No. 155 Tahun 1988 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

#### **2.1.7.5 Dialog Sosial :**

Kerjasama dan kepercayaan di antara pengusaha, buruh/pekerja serta pemerintah, termasuk keterlibatan aktif para buruh/pekerja yang terkena atau terpengaruh HIV/AIDS, menentukan keberhasilan pelaksanaan kebijakan dan program HIV/AIDS.

#### **2.1.7.6 Larangan Skrining dalam Proses Rekrutmen dan Kerja :**

Skrining HIV/AIDS tidak boleh dijadikan persyaratan dalam lamaran kerja atau dikenakan terhadap seseorang yang sudah berstatus sebagai buruh/pekerja.

#### **2.1.7.7 Kerahasiaan :**

Menanyakan informasi pribadi yang berkaitan dengan HIV/AIDS pada pelamar kerja atau buruh/pekerja adalah tindakan yang tidak bisa dibenarkan. Akses terhadap data pribadi terkait dengan status HIV seorang pekerja harus mematuhi prinsip kerahasiaan sesuai kaidah ILO tahun 1977 tentang Perlindungan data Pribadi Pekerja.

#### 2.1.7.8 Kelanjutan Status Hubungan Kerja :

Infeksi HIV tidak boleh dijadikan alasan pemutusan hubungan kerja. Seperti layaknya kondisi penyakit lain, infeksi HIV tidak harus membuat seseorang kehilangan hak bekerja sepanjang orang tersebut masih layak bekerja dan dapat dibenarkan secara medis.

#### 2.1.7.9 Pencegahan :

Infeksi HIV dapat dicegah. Upaya pencegahan dapat dilakukan sejumlah strategi yang disesuaikan dengan sasaran nasional dan mempertimbangkan kepekaan budaya. Langkah pencegahan juga dapat dilakukan melalui kampanye perubahan tingkah laku, pengetahuan, pengobatan serta menciptakan lingkungan yang bersih dari sikap dan tindak diskriminasi.

#### 2.1.7.10

#### Kepedulian dan Dukungan :

Solidaritas, kepedulian dan dukungan haruslah menjadi pedoman dalam menanggapi persoalan HIV/AIDS di dunia kerja. Semua pekerja, termasuk yang terkena HIV, berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang terjangkau, jaminan asuransi, perlindungan sosial dan berbagai paket asuransi kesehatan lainnya.

## 2.2 PENGETAHUAN

Menurut Notoadmodjo (2005) Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

### 2.2.1 Tingkat Pengetahuan

Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan (Notoadmodjo, 2005), yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Misalnya : tahu bahwa tomat banyak mengandung vitamin C, jamban adalah tempat membuang air besar, penyakit demam berdarah ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

Misalnya, orang yang memahami cara pemberantasan penyakit demam berdarah, bukan hanya sekedar menyebutkan 3M (mengubur, menutup dan menguras), tetapi harus dapat menjelaskan mengapa harus menutup, menguras dan sebagainya tempat-tempat penampungan air tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

Misalnya, seseorang yang telah faham tentang proses pencernaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan ditempat ia bekerja atau dimana saja. Orang yang telah faham metodologi penelitian, ia akan mudah membuat proposal penelitian dimana saja, dan seterusnya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan,

mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

Misalnya, dapat membedakan antara nyamuk *Aedes Aegypti* dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram (*flow chart*) siklus hidup cacing kremi, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

Misalnya, dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar, dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

Misalnya seorang ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita malnutrisi atau tidak, seseorang dapat menilai manfaat ikut keluarga berencana, dan sebagainya.

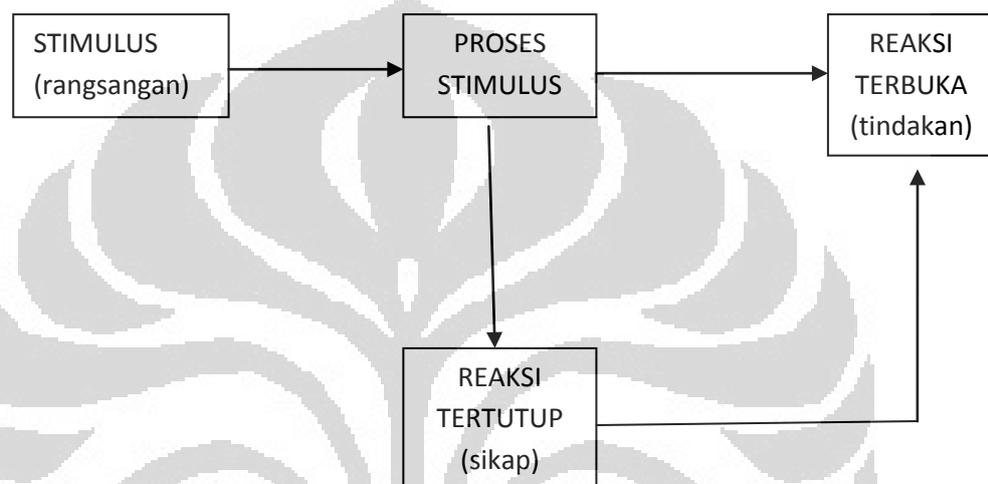
## 2.3 SIKAP (*Attitude*)

### 2.3.1 Pengertian sikap

Menurut Notoadmodjo (2005) Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Cambell (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni “ *An individual's attitude is syndrome of response consistency with regard to object.*” Jadi jelas, disini dikatakan bahwa sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam

merespons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan, bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.



**Gambar 2.1 hubungan, sikap dan tindakan**

Menurut Robert Kwick (1974) dalam Notoadmodjo (1993) menyatakan bahwa sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

### 2.3.2 Komponen pokok sikap

Dalam Notoadmodjo (2005) menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek. Artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap

objek. Sikap orang terhadap penyakit kusta misalnya, berarti bagaimana pendapat atau keyakinan orang tersebut terhadap penyakit HIV/AIDS.

- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Seperti contoh butir a tersebut, berarti bagaimana orang menilai terhadap penyakit HIV/AIDS, apakah penyakit yang biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tent to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah anjang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan). Misalnya tentang contoh sikap terhadap penyakit HIV/AIDS diatas, adalah apa yang dilakukan seseorang bila ia menderita penyakit HIV/AIDS.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Contoh : seorang ibu mendengar (tahu) penyakit demam berdarah (penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha agar keluarganya, terutama anaknya tidak kena penyakit demam berdarah. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat (kecenderungan bertindak) untuk melakukan 3M agar anaknya tidak terserang demam berdarah. Ibu ini mempunyai sikap tertentu (berniat melakukan 3M) terhadap objek tertentu yakni penyakit demam berdarah.

### 2.3.3 Tingkatan Sikap

Menurut Notoadmodjo (2005), sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebgai berikut:

- a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap seseorang terhadap periksa hamil (*ante natal care*) dapat diketahui atau diukur dari

kehadiran si ibu untuk mendengarkan penyuluhan tentang *ante natal care* di lingkungannya.

b. Menganggapi (*responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan terhadap objek yang dihadapi. Misalnya, seorang ibu yang mengikuti penyuluhan *ante natal care* tersebut ditanya atau diminta menanggapi oleh penyuluh, kemudian ia menjawab atau menanggapi.

c. Menghargai (*valuting*)

Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons. Contoh butir a diatas, ibu itu mendiskusikan *ante natal care* dengan suaminya, atau bahkan mengajak tetangganya untuk mendengarkan penyuluhan *ante natal care*.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain. Contoh tersebut diatas, ibu yang sudah mau mengikuti penyuluhan *ante natal care*, ia harus berani untuk mengorbankan waktunya, atau mungkin kehilangan penghasilannya, atau diomeli oleh mertuanya karena meninggalkan rumah dan sebagainya.

## 2.4 PERILAKU

### 2.4.1 Pengertian perilaku

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Sering tidak disadari bahwa

interaksi tersebut amat kompleks sehingga kadang-kadang kita tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu (Wawan & Dewi, 2010).

#### 2.4.2 Konsep Perilaku

Menurut Wawan dan Dewi (2010) perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah suatu kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor tersebut dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*learning process*).

Menurut Skinner (1938) dalam Wawan dan Dewi (2010) seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons. Ia membedakan adanya 2 respons, yakni :

##### 2.4.2.1 *Respondent Respons* atau *Reflexive Respons*

Adalah respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan-perangsangan semacam ini disebut eliciting stimuli karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap, misalnya makanan lezat menimbulkan air liur, cahaya yang kuat menyebabkan mata tertutup dan sebagainya.

Respondent respons (respondent behaviour) ini mencakup juga emosi atau emotional behaviour. Emotional behaviour respons ini timbul karena hal yang kurang menyenangkan organisme yang bersangkutan, misalnya menangis karena sedih atau sakit, muka merah (tekanan darah meningkat karena marah). Sebaliknya hal-hal yang menyenangkan pun dapat menimbulkan perilaku emosional misalnya tertawa, berjingkat-jingkat karena senang dan sebagainya.

##### 2.4.2.2 *Operant respons* atau *Instrumental respons*

Adalah respons yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang semacam ini disebut *reinforcing stimuli* atau reinforcer karena perangsangan-perangsangan tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme.

Oleh sebab itu, perangsang yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku yang telah dilakukan. Apabila seorang anak belajar atau telah melakukan suatu perbuatan kemudian memperoleh hadiah maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut.

### 2.4.3 Bentuk Perilaku

Notoadmodjo (1993) dalam Rianawati (2001) mengatakan bahwa perilaku dapat diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Respon tersebut berupa respon internal/pasif/covert behavior dan bentuk aktif/overt behavior dimana perilaku tersebut dengan jelas dapat diobservasi secara langsung. Bentuk operasional dari perilaku itu sendiri dikelompokkan menjadi 3 jenis (Staf Jurusan PKIP FKM UI, 1984 dalam Rianawati 2001) yaitu :

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan (knowledge) atau persepsi, yaitu dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar. Misalnya, berusaha untuk mencari informasi mengenai HIV/AIDS lebih banyak.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap yaitu tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar seseorang, sehingga akan terbentuk perilaku sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit, yang berupaya perbuatan (action) terhadap situasi atau rangsangan dari luar. Misalnya setelah mempunyai informasi mengenai HIV/AIDS, sikap para supir truk terhadap HIV/AIDS menjadi positif pula. Pada akhirnya mereka akan melakukan perilaku pencegahan yaitu hanya melakukan hubungan seks dengan pasangan tetapnya.

Menurut Skinner dalam Wawan dan Dewi (2010) untuk membentuk jenis respons atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*, prosedurnya sebagai berikut:

- 2.4.3.1 Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforcer berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang dibentuk
- 2.4.3.2 Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- 2.4.3.3 Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi reinforcer atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
- 2.4.3.4 Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah disusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka hadiahnya diberikan. Hal ini mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua, diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai perilaku yang diharapkan terbentuk.

Menurut Wawan dan Dewi (2010) secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respons ini berbentuk 2 macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respons internal yaitu yang terjadi didalam diri manusia dan secara tidak langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi. Perilaku ini masih terselubung (*covert behaviour*).

2. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya si ibu sudah membawa anaknya kepuskesmas atau fasilitas kesehatan lain untuk imunisasi, perilaku ini sudah tampak dan nyata maka disebut *overt behaviour*.

#### 2.4.4 Determinan Perilaku

Perilaku merupakan rekasi yang bersifat sangat kompleks. Dimana semakin kompleks suatu perilaku maka akan semakin banyak faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam bertindak laku. Dengan demikian menurut Azwar (1998) dalam Rianawati (2001) perilaku itu akan sulit diprediksikan dan ditafsirkan sebagai indikator sikap seseorang.

Faktor yang menentukan terbentuknya perilaku itu sendiri sulit untuk dibatasi disebabkan perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor. Hal-hal yang menentukan perilaku seseorang tersebut sebagian terletak dalam diri orang itu sendiri (intern) dan yang diluar diri seseorang (ekstern).

Menurut L. Green (1980) perilaku ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Yang termasuk dalam faktor ini antar lain pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, locus of control, kepercayaan, nilai-nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan atau penghasilan.

- b. Faktor pemungkin (*Enabling Factor*)

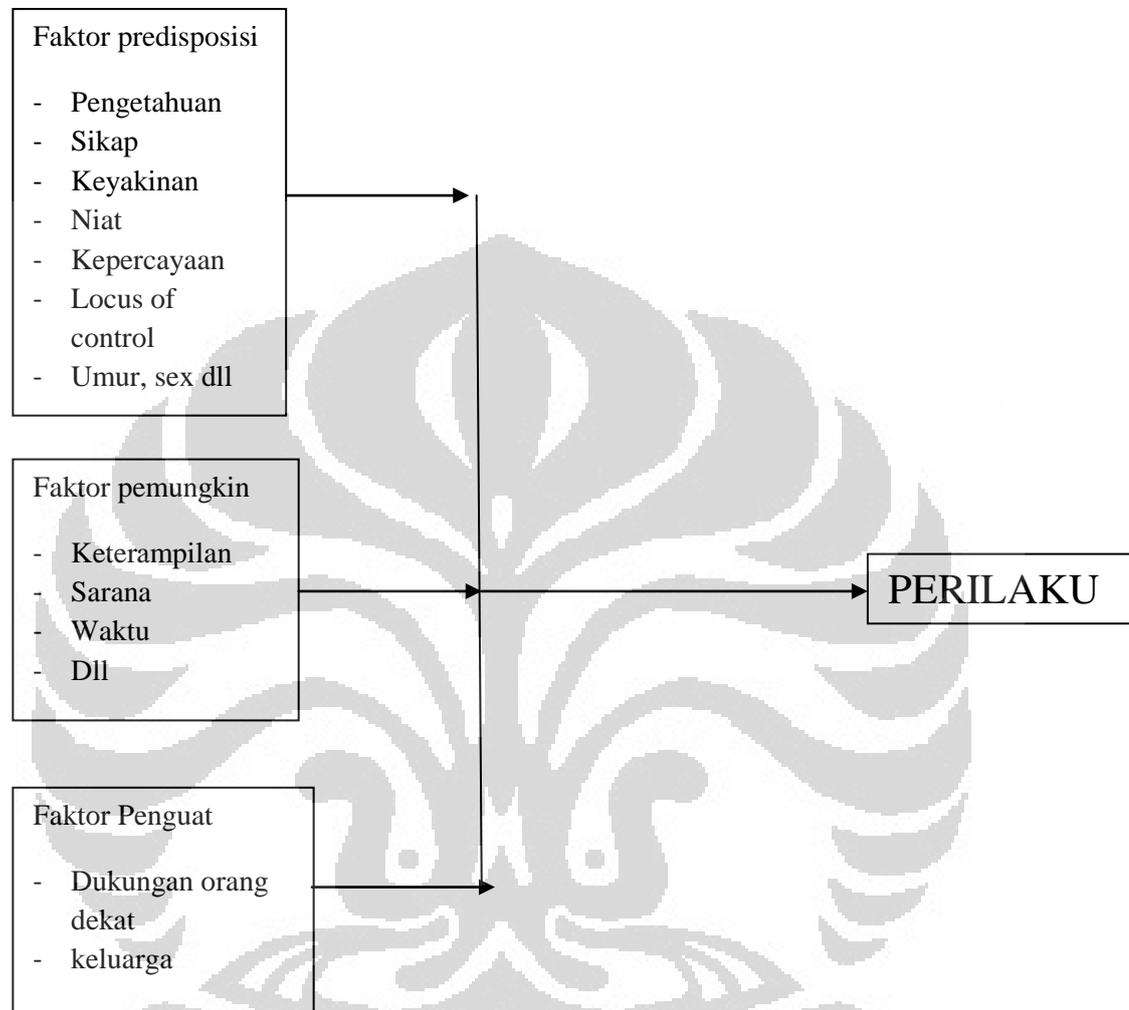
Faktor pemungkin yaitu faktor yang mendukung/memngkinkan perilaku muncul jika subyek sudah bersedia menjalankan perilaku itu. Wujud dari faktor pemungkin ini misalnya keterampilan, fasilitas dan sarana kesehatan, waktu dan sebagainya.

- c. Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

Faktor penguat merupakan faktor yang mendorong/menghalangi seseorang untuk berperilaku. Contoh, keluarga, petugas kesehatan, dan orang terdekat.

Pengaruh ketiga faktor tersebut terhadap pembentukan perilaku digambarkan sebagai berikut :

**Gambar 2.2 Akar-Akar Perilaku**



Sumber : L.W Green dalam Zulasmu Mamdy dalam Rianawati (2001), Komunikasi Untuk Pembelajaran Perseorangan dan Konseling Penyakit Asma, 1999.

## 2.5 Perilaku seksual berisiko

Perilaku seksual berisiko akan meningkatkan kemungkinan seseorang terinfeksi HIV/AIDS. Faktor yang menentukan seseorang berperilaku seksual berisiko antara lain adalah jumlah pasangan seksual, praktek seksual tertentu, pemilihan seseorang sebagai pasangan seksual dan

penggunaan kondom. Variabel-variabel demografik merupakan faktor yang telah lama dihubungkan dengan penularan HIV/AIDS. Variabel demografik tersebut antara lain umur, jenis kelamin, status perkawinan, etnis, migrasi, sosial ekonomi dan pendidikan. Supir dan kernet truk jarak jauh yang dapat dikategorikan sebagai pekerja migran ternyata memiliki perilaku seksual berisiko terhadap penularan HIV/AIDS (Hoek, 1999) dalam Angreani, S (2005).

Perilaku seksual berisiko dikelompokkan menjadi tiga bagian (Sonenstein et al, 1997) dalam Angreani, S (2005), yakni :

- a. Kelompok tidak berisiko.  
Kelompok tidak berisiko apabila tidak pernah berhubungan seksual.
- b. Kelompok berisiko rendah.  
Apabila pernah berhubungan seksual dengan satu pasangan saja, atau berhubungan seksual dengan banyak pasangan namun selalu menggunakan kondom dengan baik dan benar.
- c. Kelompok berisiko tinggi  
Apabila berhubungan seksual dengan lebih dari satu pasangan tidak tetap atau komersil dan tidak menggunakan kondom secara rutin.

## **2.6 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Berisiko terhadap HIV/AIDS**

### **2.6.1 Umur**

Menurut Green (1990) dalam Angreani, S (2005) merupakan salah satu variabel demografik yang menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan umur juga merupakan variabel penting dalam penelitian sosial kesehatan.

Seiring dengan perkembangan HIV/AIDS, kelompok tertentu ditemukan lebih rentan memiliki perilaku seksual berisiko terhadap HIV/AIDS. Hal ini salah satunya berhubungan dengan variasi perilaku berisiko berdasarkan umur. Kelompok umur remaja dikatakan merupakan masa kritis dimana pemahaman terhadap perilaku kesehatan masih belum cukup matang. Walaupun kelompok remaja memiliki kemampuan kognitif

untuk menentukan perilaku yang sehat, pada prakteknya remaja sering terdorong oleh kekuatan lain yang membuat mereka tidak berperilaku secara sehat. Hal ini termasuk perilaku mencoba atau memulai hubungan seksual. Berbeda dengan remaja, kelompok umur dewasa kurang memiliki perilaku berisiko. Kelompok umur dewasa mulai mempraktekkan perilaku yang sehat (Sarafino, 1994) dalam Angreani, S (2005).

### **2.6.2 Pendidikan**

Pendidikan berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan merepon terhadap berbagai informasi. Dimana tingkat pendidikan yang setingkat SMA atau lebih mempunyai kemampuan menyerap informasi yang bersifat mendidik yang diberikan. Hal ini berarti dengan semakin tingginya tingkat pendidikan kemampuan menyerap pesan kesehatan akan lebih baik. Responden dengan pendidikan yang lebih baik akan lebih baik pengetahuan dan tingkat kepeduliannya terhadap HIV/AIDS (Utomo et al, 1998 dalam Angreani, S 2005).

### **2.6.3 Status Pernikahan**

Menurut Utomo et al (1998) dalam Angreani, S (2005) status perkawinan menunjukkan apakah seseorang telah menikah atau belum menikah. Pernikahan pada prinsip dasarnya adalah meningkatkan hubungan seseorang untuk lebih terikat. Keterikatan tersebut salah satunya dalam hubungan seksual yang berhubungan dengan fungsi reproduksi yaitu menghasilkan keturunan. Namun status perkawinan telah menikah terkadang malah meningkatkan seseorang untuk berperilaku seksual dengan banyak pasangan.

### **2.6.4 Narkoba**

Narkoba adalah akronim dari narkotika, psikotropika dan bahan adiktif lainnya. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa,

mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Sesuai dengan Undang-undang no.35 tahun 2009 dalam BNN 2011.

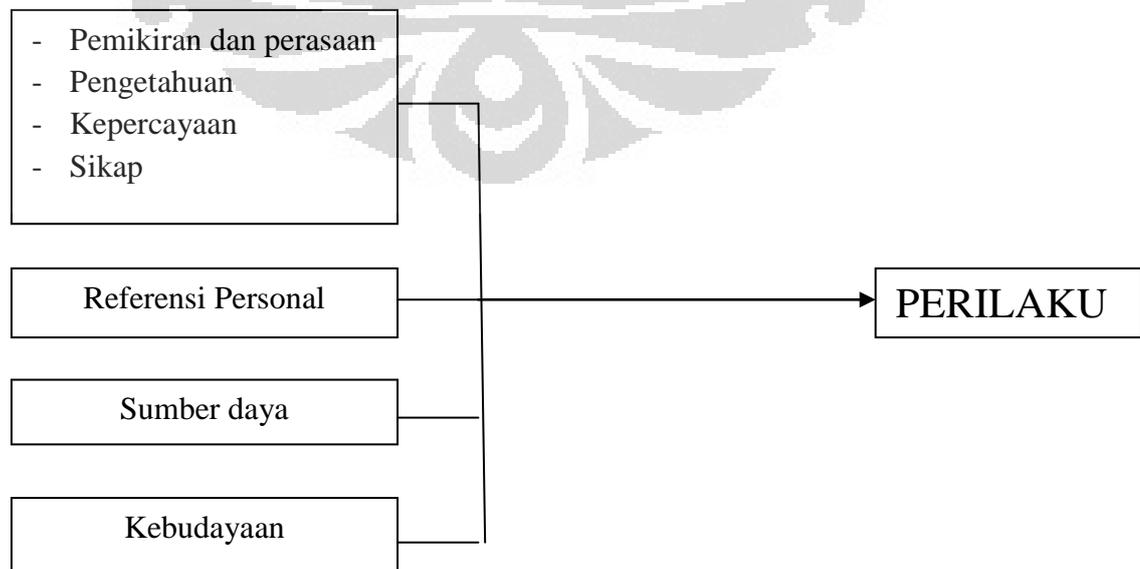
Adapun contoh dari narkoba seperti ganja, shabu, opium, morfin, heroin, ekstasi dan lain-lain. dan efek dari masing-masing dari narkoba inipun bervariasi. Jenis narkoba yang berbahaya terhadap risiko terhadap HIV/AIDS secara langsung yaitu jenis narkoba yang menggunakan jarum suntik, dimana pengguna biasanya menggunakan satu jarum suntik yang dipakai bersamaan untuk beberapa orang sehingga dapat menyebabkan penularan penyakit HIV/AIDS.

## 2.7 Pekerja

Pekerja adalah setiap orang bekerja dengan menerima upah atau imbalan dalam bentuk lain (Kepmenakertrans RI/68/MEN/IV/2004).

## 2.8 KERANGKA TEORI

Berdasarkan teori mengenai perilaku, maka kerangka teori yang menjadi landasan pada penelitian ini menggunakan teori WHO dalam Notoadmodjo (2003) yang menyatakan bahwa perilaku ditentukan oleh empat hal, yakni pemikiran perasaan, karakteristik perorangan, sumber daya dan budaya yang digambarkan skematis sebagai berikut :



### Gambar 2.3 Skeme Perilaku menurut WHO

Sedangkan Green (1990) mengemukakan hal yang hampir sama. Menurut Green kesehatan seseorang dipengaruhi oleh aspek perilaku dan non perilaku. Dimana faktor perilaku dapat dibagi menjadi 3 faktor yakni :

a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Yang termasuk dalam faktor ini antar lain pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, locus of control, kepercayaan, nilai-nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan atau penghasilan.

b. Faktor pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor pemungkin yaitu faktor yang mendukung/memngkinkan perilaku muncul jika subyek sudah bersedia menjalankan perilaku itu. Wujud dari faktor pemungkin ini misalnya keterampilan, fasilitas dan sarana kesehatan, waktu dan sebagainya.

c. Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

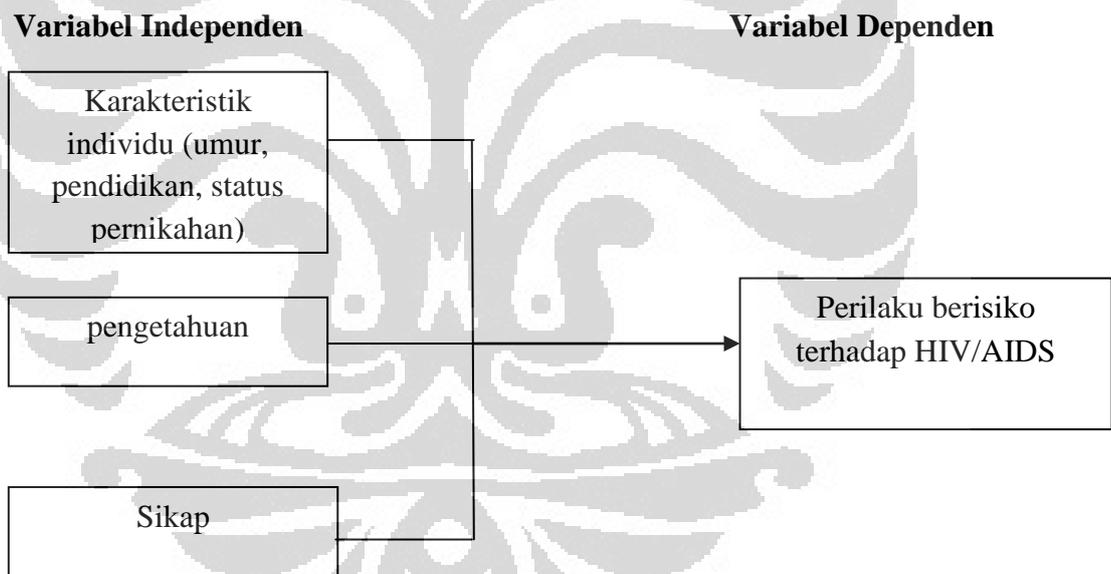
Faktor penguat merupakan faktor yang mendorong/menghalangi seseorang untuk berperilaku. Contoh, keluarga, petugas kesehatan, dan orang terdekat.

## BAB III

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL dan HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada, serta berdasarkan tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini, dan karena keterbatasan waktu, tenaga dan biaya maka kerangka konsep untuk penelitian ini :



### 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	skala
1.	Karakteristik individu 1.Umur	Lama masa hidup responden terhitung dari waktu kelahirannya sampai saat berlangsungnya kegiatan penelitian, dalam hitungan tahun (Mutia,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. < 29 tahun 1. $\geq$ 29 tahun (nilai cut of point umur didapatkan dari nilai mean karena data umur berdistribusi normal)	Nominal
	2.Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang diselesaikan responden (Mutia,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. > SMP 1. $\leq$ SMP	Ordinal
	3.Status pernikahan	Status pernikahan responden saat dilakukan penelitian (Mutia,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Belum menikah 1. Menikah	Nominal
2	Pengetahuan	Pemahaman tentang HIV/AIDS yang meliputi pengertian, etiologi, cara penularan, gejala dan cara pencegahan (Saputra,2008)	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Rendah : < median 1. Tinggi : $\geq$ median	Ordinal

					nilai median didapat dari skor jawaban benar (25) dibagi dua	
3	Sikap	Tanggapan responden terhadap perilaku berisiko tertular HIV/AIDS dalam bentuk persetujuan, setuju atau tidak setuju (Saputra).	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Setuju : $\leq$ median 1. Tidak setuju : $>$ median nilai median didapat dari skor jawaban tidak setuju (8) dibagi dua	Nominal
4.	Perilaku	Perilaku seksual responden yang berisiko ataupun tidak terhadap penularan HIV/AIDS	Pengisian kuesioner	Kuesioner	0. Berisiko : $\leq$ median 1. Tidak Berisiko : $>$ median	Ordinal

### 3.3. Hipotesis

- 3.3.1. Gambaran karakteristik individu berdasarkan Umur pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.2. Gambaran karakteristik individu berdasarkan Pendidikan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.3. Gambaran karakteristik individu berdasarkan Status Pernikahan pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.4. Adanya hubungan karakteristik individu dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.5. Adanya hubungan pengetahuan buruh dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.
- 3.3.6. Adanya hubungan sikap dengan perilaku berisiko HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Dalam penelitian cross-sectional peneliti melakukan pengukuran variabel pada satu saat tertentu pada setiap subyek yang hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sostroasmoro & Ismael, 2011)

#### 4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Proyek *World Class University* bulan maret-april tahun 2012.

#### 4.3 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh pekerja bangunan berjumlah 316 orang di Proyek *World Class University* tahun 2012.

##### 4.3.2 Sampel penelitian

Penelitian ini menggunakan rumus besaran sampel minimal berdasarkan

$$n = \frac{\left( z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

#### Keterangan

- n = besar sampel
- $z_{1-a/2}$  = nilai z pada derajat kepercayaan 1-a atau batas kemaknaan a.
- z = 1,96 untuk derajat kepercayaan 95%
- $z_{1-b}$  = nilai z pada kekuatan uji (power) 1-b
- z = 0,84 untuk kekuatan uji 80%
- $P_1$  = estimasi proporsi pada pekerja yang berisiko terhadap HIV/AIDS

$P_2$  = estimasi proporsi pada pekerja yang tidak berisiko terhadap HIV/AIDS

$$P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2)$$

Dari data perhitungan diatas, diperoleh jumlah sampel minimal yang harus dipenuhi adalah sebanyak 98 sampel.

#### 4.4 Cara pengumpulan Data.

Pengumpulan data ini menggunakan primer dengan metode pengisian kuesioner oleh pekerja bangunan di Proyek *World Class University* tahun 2012.

#### 4.5 Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan diolah dan dianalisis dengan bantuan komputer. Menurut Notoadmodjo (2010) langkah-langkah pengolahan data dengan komputer melalui tahap-tahap sebagai berikut :

a. Editing.

Hasil wawancara atau pengamatan dilapangan dilakukan penyuntingan (editing) terlebih dahulu. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut. Apabila ada jawaban-jawaban yang belum lengkap, kalau memungkinkan perlu dilakukan pengambilan data ulang untuk melengkapi jawaban-jawaban tersebut.

b. Coding.

Pengkodean atau coding yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

c. Processing.

Data dalam bentuk kode diproses dengan dimasukkan ke dalam software komputer.

d. Cleaning (pembersihan data). Semua data dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

#### 4.6 Analisa data.

Analisis data melalui prosedur bertahap antara lain :

a. Analisis Univariate (analisis deskriptif).

Untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase tiap variabel.

a. Analisis Bivariate.

Analisis bivariat adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen dan dependen. Maka uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi square*. Keputusan yang diambil dari hasil uji *Chi Square* adalah :

- Bila p value  $< 0,05$ ,  $H_0$  ditolak, berarti data sampel mendukung adanya hubungan yang bermakna (signifikan).
- Bila p value  $> 0,05$  ,  $H_0$  gagal ditolak, berarti data sampel tidak mendukung adanya hubungan yang bermakna (tidak signifikan).

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Analisis Univariat

##### 5.1.1 Umur

Hasil penelitian memaparkan tentang karakteristik individu (responden) berdasarkan umur, pendidikan dan status pernikahan dengan hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Responden Menurut Umur**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Umur	Jumlah	Persentase
< 29 tahun	53	53 %
≥ 29 tahun	47	47 %
Jumlah	100	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa kategori umur yang terbanyak yaitu < 29 tahun berjumlah 53 %, sedangkan yang berusia ≥ 29 tahun berjumlah 47 %.

##### 5.1.2 Pendidikan

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tinggi > SMP	40	40 %
Rendah ≤ SMP	60	60 %
Jumlah	100	100%

Pada tabel 5.2 dapat dilihat untuk tingkat pendidikan rendah  $\leq$  SMP cukup banyak yaitu 60% dan tingkat pendidikan yang tinggi  $>$  SMP berjumlah 40 %.

### 5.1.3 Status Pernikahan

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Status pernikahan	Jumlah	Persentase
Belum menikah	49	49 %
Menikah	51	51 %
Jumlah	100	100%

Pada tabel 5.3 dapat dilihat status pernikahan rata-rata pekerja sudah menikah berjumlah 51 % dan yang belum menikah berjumlah 49 %.

### 5.1.4 Pengetahuan

Pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS, cara pencegahan dan penularannya pada kalangan pekerja juga sangat penting untuk diketahui. Adapun hasil pengetahuan responden terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Pekerja tentang penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* Tahun 2012**

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Rendah	7	7 %
Tinggi	93	93 %
Jumlah	100	100 %

Pada tabel 5.4 dapat dilihat bahwa pekerja yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 93 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 7 %.

### 5.1.5 Sikap

Menurut Notoadmodjo (2005) Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Dan hasil sikap pekerja terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Frekuensi Sikap Pekerja tentang penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Sikap	Jumlah	Persentase
Setuju	76	76 %
Tidak Setuju	24	24 %
Jumlah	100	100 %

Dari tabel 5.5 tersebut dapat dilihat bahwa pekerja yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 24 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigma penderita HIV/AIDS berjumlah 76 %.

### 5.1.6 Perilaku

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Frekuensi Perilaku Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

<b>Perilaku</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Tidak berisiko	89	89 %
Berisiko	11	11 %
Jumlah	100	100%

Dari tabel 5.6 dapat dilihat bahwa perilaku yang tidak berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS cukup besar yaitu 89 % dan perilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS walaupun tidak begitu besar tetapi masih ada yaitu berjumlah 11 %.

## 5.2 Analisis Bivariat.

### 5.2.1 Hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS

Proporsi analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori umur yang terbanyak yaitu < 29 tahun berjumlah 55 %, sedangkan yang berusia  $\geq 29$  tahun berjumlah 45 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Responden Menurut Umur Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Umur	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	N	%	N	%				
< 29 tahun	9	17 %	44	83 %	53	100 %	1,321 0,486- 3,596	0,771
≥ 29 tahun	10	21.3%	37	78.7%	47	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (17%) yang berusia < 29 tahun yang berperilaku berisiko. Sedangkan yang berusia ≥ 29 tahun ada 10 (21,3%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,771$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi umur < 29 tahun dan ≥ 29 tahun dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,321$ , artinya umur ≥ 29 tahun mempunyai peluang 1,3 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

### **5.2.2 Hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.**

Proporsi analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori tingkat pendidikan rendah cukup banyak yaitu 60% dan tingkat pendidikan yang tinggi berjumlah 40 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Pendidikan	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko					
	N	%	N	%	n	%		
Tinggi	9	22,5%	31	77,5%	40	100 %	0,689 0,252-1,884	0,640
Rendah	10	16,7%	50	83,3%	60	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (22,5%) yang mempunyai pendidikan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pendidikan rendah 10 (16,7%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,640$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pendidikan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,689$ , artinya pendidikan rendah mempunyai peluang 0,69 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

### **5.2.3 Hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori status pernikahan rata-rata pekerja sudah menikah berjumlah 51 % dan yang belum menikah berjumlah 49 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan Dan Perilaku**  
**Berisiko Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Status pernikahan	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	N	%	N	%				
Belum menikah	8	16,3%	41	83,7%	49	100 %	1,409 0,514- 3,868	0,680
Menikah	11	21,6%	40	78,4%	51	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 8 (16,3%) yang belum menikah berperilaku berisiko. Sedangkan yang menikah 11 (21,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,680$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi belum menikah dan menikah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,409$ , artinya responden yang menikah mempunyai peluang 1,4 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

#### **5.2.4 Hubungan Pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 93 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 7 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.10**  
**Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Pengetahuan	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	n	%	N	%				
Tinggi	17	18,3%	76	81,7%	93	100 %	1,788 0,320- 10,007	0,615
Rendah	2	28,6%	5	71,4%	7	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 17 (18,3%) yang pengetahuan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pengetahuan rendah 2 (28,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,615$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,788$ , artinya responden yang pengetahuan rendah mempunyai peluang 1,78 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

### **5.2.5 Hubungan Sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 24 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigma penderita HIV/AIDS berjumlah 76 %. Gambaran hasil uji statistik hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.11**  
**Distribusi Responden Menurut Sikap Dan Perilaku Berisiko**  
**Terhadap Penyakit HIV/AIDS**  
**Di Proyek *World Class University* tahun 2012**

Sikap	Perilaku				total		OR (95% CI)	P Value
	berisiko		tidak berisiko		n	%		
	n	%	n	%				
Setuju	14	18,4%	62	81,6%	76	100 %	1,165 0,372-3,656	1,000
Tidak setuju	5	20,8%	19	79,2%	24	100 %		
Jumlah	19	19 %	81	81 %	100	100 %		

Hasil analisis hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 14 (18,%) yang setuju. Sedangkan yang tidak setuju 5 (20,8%) terhadap perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi sikap setuju dan tidak setuju dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,16$ , artinya responden yang mempunyai sikap tidak setuju mempunyai peluang 1,16 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan membahas tentang hasil penelitian pada bab 5. Kemudian akan dibandingkan hasil penelitian dengan kerangka konsep dan hipotesis yang telah disusun serta perbandingan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu. Dimana hasil penelitian ini telah dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi square*.

Data-data yang dikumpulkan meliputi dari karakteristik responden (umur, pendidikan dan status pernikahan), pengetahuan, sikap dan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS pada pekerja bangunan.

#### **6.1 Keterbatasan penelitian**

Penulis menyadari bahwa penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, adapun keterbatasan penelitian tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Mengingat banyaknya jumlah pekerja yang ada di Proyek *World Class University*, maka penyebaran kuesioner dilakukan mulai tanggal 27 maret-07 april 2012. Dan dilakukan hanya pada saat jam istirahat pekerja, agar tidak mengganggu pada saat mereka bekerja.
2. Kemungkinan ketidaksempurnaan dalam pengisian kuesioner juga bisa terjadi karena alokasi waktu yang terbatas dari pihak mandor proyek.

#### **6.2 Hasil penelitian**

##### **6.2.1 Perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS**

Perilaku merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, respon ini bisa bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) juga dapat bersifat aktif yaitu tindakan nyata. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit (Notoadmodjo, 1993), misalnya tidak memakai narkoba, tato dan tidak berganti-ganti pasangan seksual agar tidak terkena penyakit HIV/AIDS

Pada penelitian ini didapatkan perilaku pekerja yang tidak berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS cukup besar yaitu 89 % dan perilaku pekerja yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS walaupun tidak begitu besar tetapi masih ada yaitu berjumlah 19 %.

Sedangkan pengetahuan yang baik berjumlah 93% sedangkan perilaku yang baik/tidak berisiko berjumlah 89%, pernyataan ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku (Green et al).

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap, yakni melalui proses perubahan ; pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktek (*practice*) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (K-A-P), bahkan dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoadmodjo, 2003).

Perilaku seksual berisiko pada kelompok *mobile migrant populations* ini, khususnya pekerja bangunan perlu mendapat perhatian yang serius dari berbagai kalangan. Karena perilaku seksual berisiko yang mereka lakukan dapat menjadi jembatan penyeberangan HIV dari kelompok yang berisiko tinggi (pekerja seks) ke kelompok yang berisiko rendah (ibu rumah tangga dan anak-anak). Seorang pekerja yang memiliki perilaku seksual berisiko bukan hanya akan menyebabkan dirinya terinfeksi HIV, melainkan juga dapat menyebarkan virus tersebut kepada istri dan anak-anaknya kelak (Mutia, 2008).

Indonesia cukup rentan terhadap epidemi HIV/AIDS, dimana penyebaran kasus ini berlangsung dengan kecepatan yang cukup tinggi. Penyebaran yang cukup tinggi tersebut disebabkan oleh faktor risiko yang mendorong terjadinya epidemi saat ini di Indonesia, antara lain (Abednego, 1993 dan Berita AIDS Indonesia: Media Komunikasi & Informasi, 1994, dalam Rianawati, NA, 2001) :

19. Adanya kelompok dengan perilaku risiko tinggi yang terkait dengan prostitusi, seperti : WTS, PTS, waria, homoseks dan lain-lain.
20. Adanya penduduk berperilaku risiko tinggi yang tidak terkait dengan prostitusi, seperti : hubungan seks ekstra marital, kumpul kebo, mitra seks ganda, tukar pasangan, remaja, narapidana, supir truk dan bus antar kota/provinsi.
21. Kualitas pelayanan kesehatan yang belum memadai seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik yang belum melaksanakan kewaspadaan secara umum yang cukup handal untuk mencegah penularan HIV antara lain dengan tidak dipatuhinya prosedur pemberian suntikan secara steril.
22. Kualitas dan jangkauan pemeriksaan donor darah yang belum memadai.
23. Kualitas dan kuantitas penyuluhan kesehatan yang belum menyeluruh.
24. Promosi kondom yang masih kontroversial.
25. Prevalensi dan insidens PMS yang cukup tinggi.
26. Sikap tidak peduli dan sanggahan berdasar argumentasi yang tidak logis terhadap kemungkinan timbulnya epidemi AIDS besar dan luas di Indonesia.
27. Transfusi darah dan skrining darah masih rawan, sebab belum menyeluruh sama pengertian dan mutunya diantara pihak yang terkait yaitu PUTD PMI, Rumah Sakit, petugas kesehatan, pedonor dan keluarga pasien sehingga terdapat kemungkinan terjadi transfusi darah yang tidak steril.
28. Pelabuhan laut yang disinggahi warga asing, para pelaut maupun nelayan asing yang tergolong mempunyai risiko tinggi untuk terinfeksi HIV.
29. Tenaga kerja asing yang makin banyak bekerja di Indonesia, dimana mereka cenderung memiliki perilaku yang meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS.
30. Tingginya prevalensi hepatitis B, yang jalur penularannya sama dengan HIV.

31. Pecandu obat bius yang jika tidak segera diatasi dengan serius dapat menimbulkan wabah AIDS dikalangan para pecandu obat narkotika suntikan dan selanjutnya dapat menjalar ke masyarakat umum.
32. Keberadaan bandara internasional yang merupakan pintu gerbang masuknya orang asing dan orang Indonesia yang sudah bermukim di negara-negara dengan prevalensi HIV tinggi.
33. Perbatasan geografis langsung dengan negara-negara tetangga seperti Thailand, Singapura, dan Malaysia yang ternyata telah memiliki prevalensi HIV lebih tinggi dibanding prevalensi HIV di Indonesia.
34. Meningkatnya insidens dan prevalensi penyakit kelamin di Indonesia tidak saja di kota-kota besar tapi juga merambah ke desa-desa.
35. Semakin berkembangnya praktek seks bebas terutama dikalangan remaja.
36. Pemakaian kondom pada kelompok risiko tinggi terhadap HIV/AIDS seperti WTS, orang yang berganti pasangan, dan sebagainya di masyarakat yang relatif rendah.

Di PT. Waskita Karya Proyek *World Class University* sudah dilaksanakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja. Sesuai dengan SK Menakertrans Nomor : KEP.68/Men/IV/2004 yang mewajibkan setiap perusahaan untuk melaksanakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja.

## **6.2.2 Karakteristik Individu**

### **6.2.2.1 Hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Proporsi analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori umur yang terbanyak yaitu < 29 tahun berjumlah 53 %, sedangkan yang berusia  $\geq$  29 tahun berjumlah 47%. Hasil analisis hubungan umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (17%) yang berusia < 29 tahun yang berperilaku berisiko. Sedangkan yang berusia  $\geq$  29 tahun ada

10 (21,3) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,771$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi umur  $< 29$  tahun dan  $\geq 29$  tahun dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Hal ini sesuai dengan penelitian Angreani (2005) yang dilakukan di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Penelitian Rianawati (2001) yang dilakukan di Sleman Yogyakarta juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Seiring dengan perkembangan HIV/AIDS, kelompok tertentu ditemukan lebih rentan memiliki perilaku seksual berisiko terhadap HIV/AIDS. Hal ini salah satunya berhubungan dengan variasi perilaku berisiko berdasarkan umur. Kelompok umur remaja dikatakan merupakan masa kritis dimana pemahaman terhadap perilaku kesehatan masih belum cukup matang. Walaupun kelompok remaja memiliki kemampuan kognitif untuk menentukan perilaku yang sehat, pada prakteknya remaja sering terdorong oleh kekuatan lain yang membuat mereka tidak berperilaku secara sehat. Hal ini termasuk perilaku mencoba atau memulai hubungan seksual. Berbeda dengan remaja, kelompok umur dewasa kurang memiliki perilaku berisiko. Kelompok umur dewasa mulai mempraktekkan perilaku yang sehat (Sarafino, 1994) dalam Angreani, S (2005).

### 6.2.2.2 Hubungan Pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Pendidikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku (Green et al).

Didalam pendidikan terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau , masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial didalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup di dalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang lebih pandai, lebih dewasa, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya (Notoadmodjo, 1993).

Proporsi analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori tingkat pendidikan rendah cukup banyak yaitu 60% dan tingkat pendidikan yang tinggi berjumlah 40 %. Hasil analisis hubungan pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 9 (22,5%) yang mempunyai pendidikan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pendidikan rendah 10 (16,7%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,640$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pendidikan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Hal ini sejalan dengan penelitian Mutia (2008) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Pendidikan berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan merepon terhadap berbagai informasi. Dimana tingkat pendidikan yang setingkat SMA atau lebih mempunyai kemampuan menyerap informasi yang bersifat mendidik yang diberikan. Hal ini berarti

dengan semakin tingginya tingkat pendidikan kemampuan menyerap pesan kesehatan akan lebih baik. Responden dengan pendidikan yang lebih baik akan lebih baik pengetahuan dan tingkat kepeduliannya terhadap HIV/AIDS (Utomo et al, 1998 dalam Angreani, S 2005).

### **6.2.2.3 Hubungan Status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS**

Status pernikahan menunjukkan apakah seseorang telah menikah atau belum menikah. Pernikahan pada prinsipnya adalah meningkatkan hubungan seseorang untuk terikat salah satunya dalam melakukan hubungan seksual yang berhubungan dengan fungsi reproduksi yaitu menghasilkan keturunan. Namun status pernikahan telah menikah terkadang malah meningkatkan seseorang untuk berperilaku seksual dengan banyak pasangan (Utomo et al, 1998 dalam Angreani, 2005).

Proporsi analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori status pernikahan rata-rata pekerja sudah menikah berjumlah 51.0 % dan yang belum menikah berjumlah 49%. Hasil analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 8 (16,3%) yang belum menikah berperilaku berisiko. Sedangkan yang menikah 11 (21,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,680$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi belum menikah dan menikah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Penelitian ini sesuai dengan Angreani (2005) yang melakukan penelitian di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

Juga penelitian Mutia (2008) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

### **6.2.3 Hubungan Pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS**

Seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya (Notoadmodjo, 2003).

Proporsi analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 93 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 7 %. Hasil analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 17 (18,3%) yang pengetahuan tinggi berperilaku berisiko. Sedangkan yang pengetahuan rendah 2 (28,6%) yang mempunyai perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,615$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Green bahwa pengetahuan merupakan faktor penting namun tidak memadai dalam perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku.

Menurut Bloom, 1908 dalam Notoatmodjo, 2008 (dalam Mutia, 2008) pengetahuan itu mempunyai enam tingkatan. Responden yang memiliki informasi cukup tetapi perilakunya justru berisiko kemungkinan di keretakan tingkat pengetahuan yang dimilikinya baru mencapai tahap tahu (know) yang merupakan tingkat pengetahuan paling rendah sehingga

belum mampu mendorong responden untuk tidak melakukan perilaku berisiko HIV/AIDS.

Hal ini sesuai dengan penelitian Angreani (2005) yang dilakukan di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.

#### 6.2.4 Hubungan Sikap dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS

Sikap dapat berubah-ubah sesuai dengan keadaan lingkungan di sekitar individu yang bersangkutan pada saat-saat dan tempat yang berbeda. Sikap dinyatakan dalam tiga domain ABC, yaitu *affect*, *behaviour* dan *cognition*. *Affect* adalah perasaan yang timbul (senang, tidak senang), *behaviour* adalah perilaku yang mengikuti perasaan itu (mendekat, menghindar) dan *cognition* adalah penilaian terhadap objek sikap (bagus, tidak bagus) (Sarwono, 1997).

Seperti contoh orang yang mengerti tentang risiko penyakit HIV/AIDS (*cognition*) maka dia akan merasa takut terkena penyakit tersebut (*affect*) dan akan bersikap untuk menghindarinya (*behaviour*).

Menurut Kirscht dalam Green. L menyebutkan bahwa sikap menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif sehingga sikap selalu dapat di ukur dalam bentuk baik dan buruk atau positif dan negatif.

Proporsi analisis hubungan sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS kategori pekerja yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 24 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigma penderita HIV/AIDS berjumlah 76 %.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi sikap setuju dan tidak setuju dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

Hubungan antara perilaku dengan sikap tidak sepenuhnya di mengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak (Green) tetapi pada penelitian ini tidak di temukan adanya hubungan antara sikap dengan perilaku tersebut.

Pada penelitian ini yang dimaksud dengan sikap tidak setuju merupakan sikap pekerja yang tidak setuju adalah yang mendiskriminasi orang dengan HIV/AIDS. Menurut (ILO, 2001) tidal dibolehkan adanya tindak diskriminasi terhadap pekerja berdasarkan status HIV/AIDS atau dianggap sebagai orang terinfeksi HIV. Diskriminasi dan stigmatisasi justru menghalangi upaya promosi pencegahan HIV/AIDS.

Penelitian Mutia (2008) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan tentang hubungan perilaku dan sikap terhadap perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja di Proyek *World Class University* tahun 2012, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil penelitian tentang karakteristik responden menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan umur, pendidikan dan status pernikahan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja. Dimana rata-rata umur produktif yaitu < 29 tahun, pendidikan < SMP 60% dan menikah 51%. Dimana keadaan ini umumnya mempengaruhi perilaku seseorang, seperti Pendidikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku (Green et al).
2. Pada analisis hubungan pengetahuan dengan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja didapatkan hasil  $p=0,615$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS). Proporsi pengetahuan yang baik yaitu 93%. Dimana pada Proyek *World Class University* selalu dilakukan penyuluhan tentang HIV/AIDS secara berkala setiap dua minggu dan pemasangan poster-poster serta pembagian leaflet tentang perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.
3. Hasil analisis hubungan sikap dengan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS pada pekerja. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi sikap setuju dan tidak setuju dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada

hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS).

4. Hasil analisis tentang perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS perilaku yang tidak berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS cukup besar yaitu 89 % dan perilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS walaupun tidak begitu besar tetapi masih ada yaitu berjumlah 19 %. Walaupun perilaku berisiko hanya 19%, hal ini dapat juga mempengaruhi pekerja yang lain untuk berperilaku berisiko. Oleh karena itu untukantisipasi keadaan tersebut di Proyek *World Class University* selalu mengadakan kegiatan rutin untuk mengisi waktu istirahat/libur dengan mengadakan pengajian setiap Kamis malam dan pemutaran film setiap Sabtu malam, dengan harapan agar pekerja mengurangi/menghindari mencari hiburan diluar yang dapat berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS.

## 7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka penulis memberi saran sebagai berikut :

1. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,788$ , artinya responden yang pengetahuan rendah mempunyai peluang 1,78 kali untuk berperilaku yang berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS. Dalam melakukan pembinaan secara berkesinambungan terhadap pekerja tentang pencegahan penyakit HIV/AIDS dengan metode yang bervariasi dan tidak monoton agar pekerja maupun karyawan tidak bosan. Walaupun kegiatan tersebut intinya sama yaitu pencegahan HIV/AIDS yang dilakukan berulang-ulang.
2. Agar semua proyek dari PT. Waskita Karya melaksanakan program promosi dan pencegahan HIV/AIDS tidak hanya di Proyek *World Class University* saja. Sesuai dengan **KEPMENAKERTRANS No.68/MEN/IV/2004** agar pengusaha maupun perusahaan wajib melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja dengan menerapkan prosedur Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) khusus untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS sesuai

dengan perundang-undangan dan standar yang berlaku. Dengan adanya kegiatan tersebut akan sangat membantu pemerintah dalam hal pencegahan HIV/AIDS pada kelompok berisiko yaitu *migrant workers*.

3. Bagi peneliti lain, selanjutnya agar penelitian dengan variabel umur dan pendidikan dibuat lebih spesifik kelompoknya jadi tidak hanya dibagi dalam dua kelompok saja, tetapi di buat lengkap misalnya pendidikan SD, SMP, SMA dan perguruan tinggi. Begitu juga dengan variabel umur. Dengan demikian diharapkan didapatkan hasil penelitian yang signifikan.



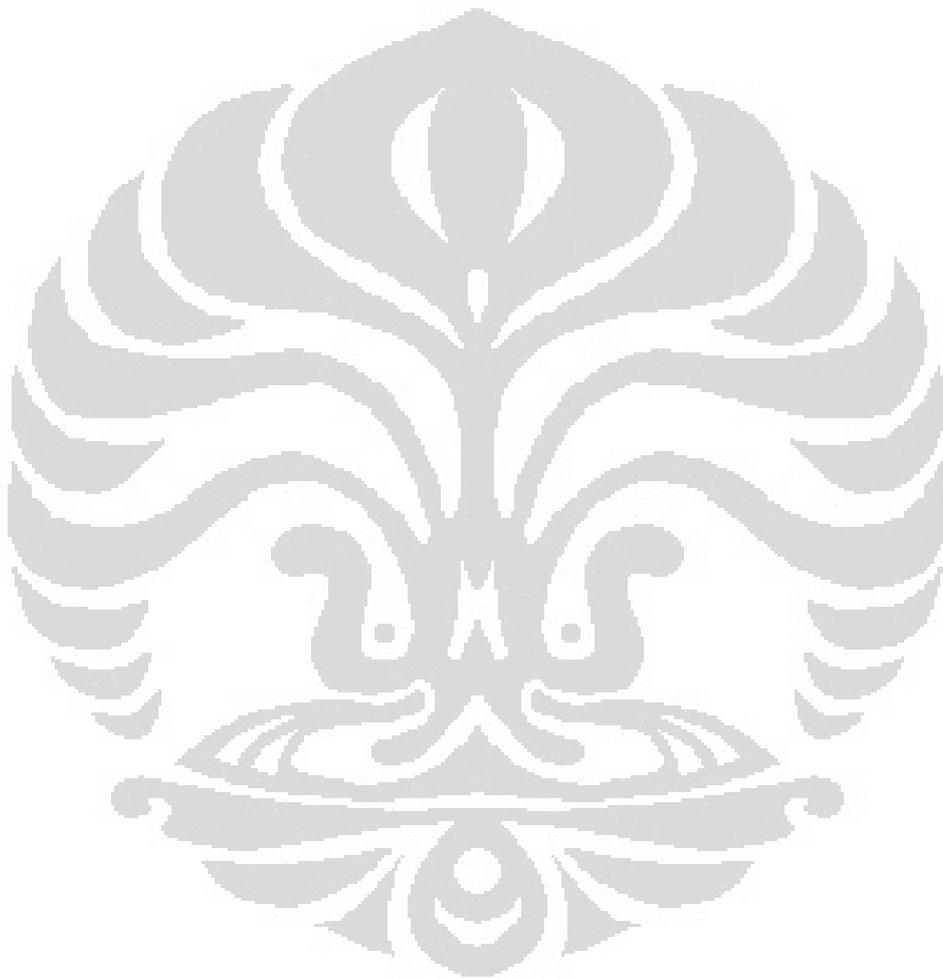
## DAFTAR PUSTAKA

- Angreani, S. 2005. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku Seksual Berisiko Terinfeksi HIV/AIDS pada Supir dan Kernet Truk Jarak Jauh di Jakarta Timur tahun 2005*. Skripsi FKM UI.
- BNN, 2011. *Model Advokasi Program P4GN Bidang Pencegahan*. Direktorat Advokasi Deputi Bidang pencegahan Badan Narkotika Nasional, 2011
- Daly, T. And Dickson, K. 1998, Oct 7-Oct 13. *Biological hazards. Nursing Standard* 3,43-46
- Depkes RI. 2009. *Konseling dan Tes HIV Sukarela (Voluntary Counseling and Testing)*. Pusat promosi kesehatan.
- Depkes, RI. *Pedoman Penyuluhan AIDS menurut Agama Islam*. Jakarta; Departemen Kesehatan & Departemen Agama, 1993.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2011. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*
- Elfindri, dkk. *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta; Baduose Media Jakarta, 2011.
- El-Sayyed.N, Kabbash.A, and El-Gueniedy.M.(2008). Knowledge, attitude and practices of Egyptian industrial and tourist workers towards HIV/AIDS. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 14, No. 5, 2008, p.1127
- Green et al. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik, Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan RI*.
- Hamer et al. Knowledge and Use of Measures to Reduce Health Risks by Corporate Expatriate Employees in Western Ghana. *Journal of Travel Medicine*, Volume 15, Issue 4, 2008, 237-242
- ILO. *Kaidah ILO tentang HIV/AIDS di Tempat Kerja*. 2001
- Kelly F.Gary. 2008. *Sexuality Today*, Clarkson University
- Kementrian Kesehatan RI. (2007) Kepmenkes RI nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen kesehatan Dan Keselamatan Kerja(K3) Di Rumah Sakit.
- Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan NO.369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan

- Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan NO.938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan kebidanan.
- KEPMENAKERTRANS No.68/MEN/IV/2004. *Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja.*
- Kodim N, and Hiryani, D. 2011, february. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, volume 5, nomor 4 hal 147-152.
- MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report (MMWR MORB MORTAL WKLY REP), 2011 Jun 3; 60(21): 689-93
- MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report (MMWR MORB MORTAL WKLY REP), 2009 Jun 26; 58(24): 661-5
- Mutia, Y. 2008. *Perilaku Seksual Berisiko terkait HIV/AIDS pada Buruh Bangunan di Proyek Perusahaan konstruksi K Jakarta tahun 2008.* Skripsi FKM UI.
- Notoadmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi.* Jakarta; Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2003
- Ramli, S. 2010. *Pedoman Prakris Manajemen Risiko dalam Perspektif K3.* Jakarta; Dian Rakyat.
- Ramli, S. 2010. *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja OHSAS 18001.* Jakarta; Dian Rakyat.
- Ramli.S. 2009. *Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja*, Jakarta; Dian Rakyat
- Rianawati, NA. 2001. *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Berisiko Terhadap HIV/AIDS pada Mahasiswa Indekost Belum Menikah di Kecamatan Depok Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2001.* Skripsi FKM UI.
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta; Sagung Seto 2011.
- Stanhope, M & Knollmueler, R.N. 1998. *Keperawatan Komunitas & Kesehatan Rumah penerbit buku kedokteran.*
- Wawan.A, and M.Dewi. *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan Sikap Dan Perilaku Manusia: Yogyakarta, Nuha Medika, 2010.*

Weine.S, Bahromov.M and Mirzoev.A. Unprotected Tajik Male Migrant Workers in Moscow at Risk for HIV/AIDS. *J Immigrant Minority Health* (2008) 10:461–468.

WHO. 2002. *Fact Sheets On HIV/AIDS For Nurses And Midwives*, New Delhi.





No. ID : ..... (diisi oleh petugas)

## KUESIONER

### A. KARAKTERISTIK INDIVIDU

01. Tempat/tanggal lahir :.....
02. Pendidikan terakhir yang diselesaikan :
  1. Tidak pernah sekolah/tidak tamat SD
  2. SD/ sederajat
  3. SMP/ sederajat
  4. SMA/ sederajat
  5. Akademi/ perguruan tinggi
03. Status pernikahan
  1. Belum menikah
  2. Menikah
  3. Cerai hidup
  4. Cerai mati
04. Apakah saat ini saudara tinggal bersama keluarga?
  1. Ya
  2. Tidak

### B. PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS

05. Apakah anda mengetahui informasi mengenai HIV/AIDS?
  1. YA
  2. Tidak
06. Dari mana anda mengetahui informasi tentang HIV/AIDS tersebut :  
(jawaban boleh lebih dari satu )
  1. Media massa (TV, radio, koran, majalah, dsb)
  2. Petugas kesehatan (dokter, bidan, mantri, dsb)
  3. Penyuluhan
  4. Lain-lain, sebutkan.....
07. Apakah anda pernah mengikuti penyuluhan mengenai HIV/AIDS sebelumnya?
  1. Ya
  2. Tidak, **jika jawaban tidak langsung ke no.10**
08. Sudah berapa kali anda mengikuti penyuluhan mengenai HIV/AIDS :.....kali

09. Kapan terakhir anda mengikuti penyuluhan HIV/AIDS :.....bulan yang lalu.

10. Menurut saya penyebab AIDS adalah :

1. Bakteri
2. Virus
3. Jamur
4. Tidak tahu
5. Lain-lain, sebutkan.....

11. Penyakit HIV/AIDS sampai saat ini belum dapat diobati

1. Ya
2. Tidak
3. Tidak tahu

12. HIV/AIDS dapat dicegah dengan memberi seseorang vaksinasi

1. Ya
2. Tidak
3. Tidak tahu

13. HIV/AIDS dapat menyerang :

1. Sistem saraf
2. Jantung
3. Sistem peredaran darah
4. Sistem kekebalan tubuh
5. Tidak tahu

14. Penderita HIV/AIDS harus dirawat diruang khusus

1. Ya
2. Tidak
3. Tidak tahu

HIV/AIDS banyak terdapat di	Ya	Tidak	Tidak tahu
15. Cairan sperma			
16. Darah			
17. Urin (air kencing)			
18. Keringat			
19. Air mata			
20. Cairan vagina			

Cara penularan HIV/AIDS melalui :	Ya	Tidak	Tidak tahu
21. Berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS			
22. Pemakaian jarum suntik bersamaan dan berulang dengan penderita HIV/AIDS			
23. Kontak seksual (melalui vagina, anus,			

oral)			
24. Menggunakan kloset bersama dengan penderita HIV/AIDS			
25. Menggunakan handuk bersama dengan penderita HIV/AIDS			
26. Dari ibu dengan HIV/AIDS kepada bayinya			
27. Gigitan nyamuk/serangga			
28. Transfusi darah dari penderita HIV/AIDS			

Penderita HIV/AIDS menunjukkan gejala-gejala dini seperti :	Ya	Tidak	Tidak tahu
29. Berat badan menurun drastis			
30. Mengalami panas dalam waktu yang lama			
31. Sariawan dan sukar menelan			
32. Rambut rontok			
33. Kulit berwarna kekuning-kuningan			
34. Diare, sesak nafas dan batuk kering			
35. Otot kaku, tidak bisa bergerak			
36. Darah sukar membeku			

### C. SIKAP TERHADAP HIV/AIDS

SS : sangat setuju

S : setuju

TS : Tidak setuju

STS : sangat tidak setuju

Pernyataan	SS	S	TS	STS
37. Saya akan tertular jika berteman/berdekatan dengan pengidap HIV/AIDS				
38. Saya tidak perlu mengetahui tentang HIV/AIDS, karena saya merasa tidak memiliki perilaku berisiko tertular HIV/AIDS				
39. Saya akan ikut baik secara aktif maupun pasif dalam kegiatan kampanye pencegahan HIV/AIDS				
40. Hubungan seks pranikah dapat meningkatkan risiko tertular HIV/AIDS				
41. Jika salah satu rumah makan terdapat pelayan mengidap HIV/AIDS, saya tetap akan makan di tempat tersebut				
42. Penggunaan kondom pada saat berhubungan seks dapat mencegah risiko tertular HIV/AIDS				
43. Seseorang yang diketahui mengidap				

HIV/AIDS sebaiknya di karantina agar tidak menularkannya pada orang lain				
44. Informasi mengenai HIV/AIDS tidak perlu diberitakan secara besar-besaran didalam masyarakat karena akan menambah ketakutan terhadap bahaya penyakit tersebut				

## PERILAKU

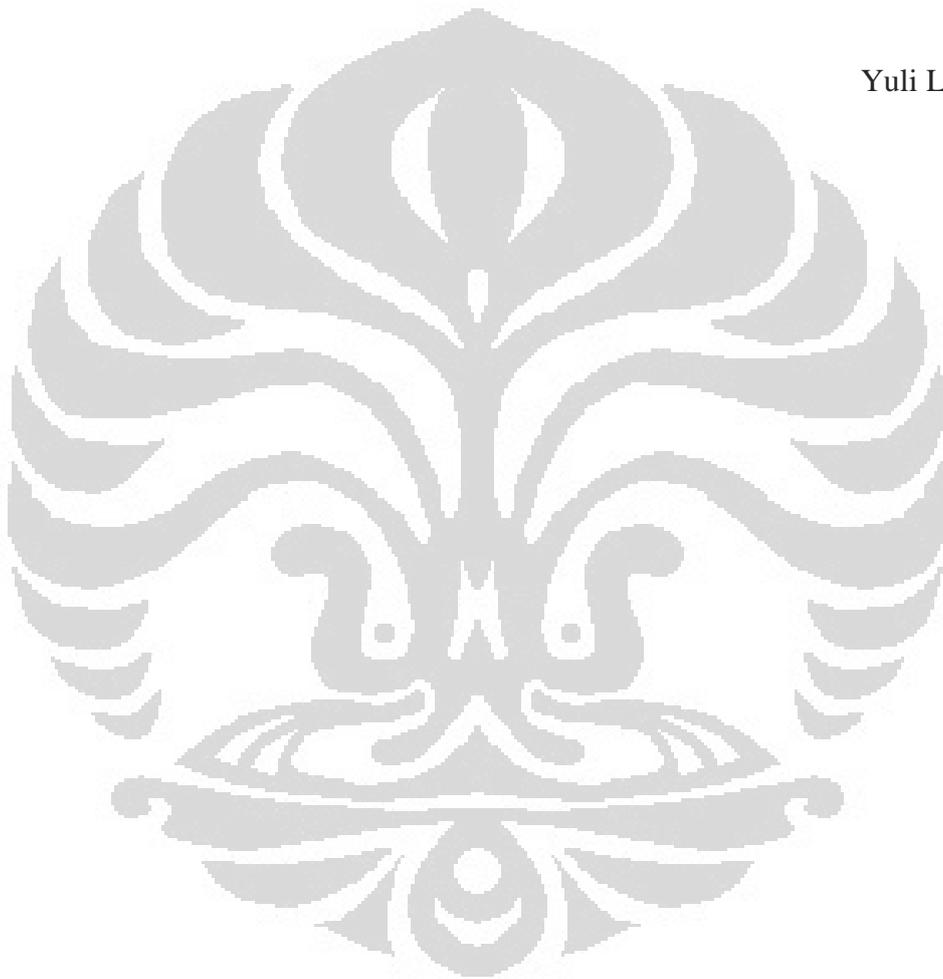
45. Apakah anda mengetahui tempat mangkal para pekerja seks (lokalisasi, bar, panti pijat, dsb) disekitar perusahaan?
  1. Ya, sebutkan daerahnya.....
  2. Tidak
46. Apakah anda pernah mengunjungi tempat tersebut?
  1. Ya
  2. Tidak
47. Apakah anda pernah melakukan hubungan seks sebelumnya (dengan istri, pacar, dsb)?
  1. Ya, sudah dengan berapa orang :.....
  2. Tidak, jika jawaban tidak langsung ke no. 51
48. Apakah saat ini anda memiliki pasangan seksual tetap (istri, pacar, dsb)?
  1. Ya
  2. Tidak, jika jawaban tidak langsung ke no.51
49. Selain dengan pasangan seksual tetap anda, apakah sebelumnya anda pernah berhubungan seks dengan orang lain?
  1. Ya, sudah dengan berapa orang : .....
  2. Tidak, jika jawaban tidak langsung ke no.51
50. Apakah anda menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seks tersebut?
  1. Selalu
  2. Sering
  3. Kadang-kadang
  4. Tidak pernah
51. Apakah anda pernah membuat tato?
  1. Ya
  2. Tidak
52. Apakah anda pernah mengkonsumsi narkoba?
  1. Ya
  2. Tidak
53. Untuk jenis narkoba suntik apakah anda memakai jarum bersamaan dengan teman yang lain?

1. Ya
2. Tidak

Terima kasih telah menjadi responden dalam penelitian saya.

Peneliti

Yuli Luthfiana



## HASIL ANALISIS UNIVARIAT

umur1 2 kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=29 tahun	55	55.0	55.0	55.0
	>29 tahun	45	45.0	45.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

pendidikan dua kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pendidikan tinggi	40	40.0	40.0	40.0
	pendidikan rendah	60	60.0	60.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

status pernikahan 2 kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	belum menikah	49	49.0	49.0	49.0
	Menikah	51	51.0	51.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**pengetahuan1 2 kategori**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	89	89.0	89.0	89.0
	rendah	11	11.0	11.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**sikap data kategorik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	setuju	76	76.0	76.0	76.0
	tidak setuju	24	24.0	24.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**perilaku di kategorikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak berisiko	81	81.0	81.0	81.0
	berisiko	19	19.0	19.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

## HASIL ANALISIS BIVARIAT

Crosstab

			perilaku di kategorikan		Total
			tidak berisiko	berisiko	
umur2 data kategorik	< 29 tahun	Count	44	9	53
		% within umur2 data kategorik	83.0%	17.0%	100.0%
	>= 29 tahun	Count	37	10	47
		% within umur2 data kategorik	78.7%	21.3%	100.0%
Total		Count	81	19	100
		% within umur2 data kategorik	81.0%	19.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.299 <sup>a</sup>	1	.585		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.085	1	.771		
Likelihood Ratio	.298	1	.585		
Fisher's Exact Test				.618	.385
Linear-by-Linear Association	.296	1	.587		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,93.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 data kategorik (< 29 tahun / >= 29 tahun)	1.321	.486	3.596
For cohort perilaku di kategorikan = tidak berisiko	1.055	.870	1.278
For cohort perilaku di kategorikan = berisiko	.798	.355	1.795
N of Valid Cases	100		

**Crosstab**

			perilaku di kategorikan		Total
			tidak berisiko	berisiko	
pendidikan dua kategori	pendidikan tinggi	Count	31	9	100
		% within pendidikan dua kategori	77.5%	22.5%	
	pendidikan rendah	Count	50	10	100
		% within pendidikan dua kategori	83.3%	16.7%	
Total		Count	81	19	100
		% within pendidikan dua kategori	81.0%	19.0%	

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 data kategorik (< 29 tahun / >= 29 tahun)	1.321	.486	3.596
For cohort perilaku di kategorikan = tidak berisiko	1.055	.870	1.278
For cohort perilaku di kategorikan = berisiko	.798	.355	1.795
N of Valid Cases	100		

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.531 <sup>a</sup>	1	.466		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.219	1	.640		
Likelihood Ratio	.524	1	.469		
Fisher's Exact Test				.604	.317
Linear-by-Linear Association	.525	1	.469		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,60.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan dua kategori (pendidikan tinggi / pendidikan rendah)	.689	.252	1.884
For cohort perilaku di kategorikan = tidak berisiko	.930	.760	1.138
For cohort perilaku di kategorikan = berisiko	1.350	.602	3.025
N of Valid Cases	100		

**Crosstab**

		perilaku di kategorikan		Total
		tidak berisiko	berisiko	
status pernikahan 2 kategori	belum menikah	Count 41	8	100.
		% within status pernikahan 2 kategori 83.7%	16.3%	
	menikah	Count 40	11	100.
		% within status pernikahan 2 kategori 78.4%	21.6%	
Total		Count 81	19	100.
		% within status pernikahan 2 kategori 81.0%	19.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.446 <sup>a</sup>	1	.504		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.171	1	.680		
Likelihood Ratio	.448	1	.503		
Fisher's Exact Test				.613	.341
Linear-by-Linear Association	.442	1	.506		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,31.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for status pernikahan 2 kategori (belum menikah / menikah)	1.409	.514	3.868
For cohort perilaku di kategorikan = tidak berisiko	1.067	.882	1.290
For cohort perilaku di kategorikan = berisiko	.757	.333	1.722
N of Valid Cases	100		

**Crosstab**

			perilaku di kategorikan		Total
			tidak berisiko	berisiko	
pengetahuan dikoding	tinggi	Count	76	17	93
		% within pengetahuan dikoding	81.7%	18.3%	100.0%
	rendah	Count	5	2	7
		% within pengetahuan dikoding	71.4%	28.6%	100.0%
Total		Count	81	19	100
		% within pengetahuan dikoding	81.0%	19.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.448 <sup>a</sup>	1	.503		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.029	1	.865		
Likelihood Ratio	.406	1	.524		
Fisher's Exact Test				.615	.398
Linear-by-Linear Association	.444	1	.505		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan dikoding (tinggi / rendah)	1.788	.320	10.007
For cohort perilaku di kategorikan = tidak berisiko	1.144	.709	1.846
For cohort perilaku di kategorikan = berisiko	.640	.184	2.228
N of Valid Cases	100		

### Crosstab

			perilaku di kategorikan		Total
			tidak berisiko	berisiko	
sikap data kategorik	setuju	Count	62	14	76
		% within sikap data kategorik	81.6%	18.4%	100.0%
	tidak setuju	Count	19	5	24
		% within sikap data kategorik	79.2%	20.8%	100.0%
Total	Count	81	19	100	
	% within sikap data kategorik	81.0%	19.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.069 <sup>a</sup>	1	.793		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.068	1	.794		
Fisher's Exact Test				.772	.501
Linear-by-Linear Association	.068	1	.794		

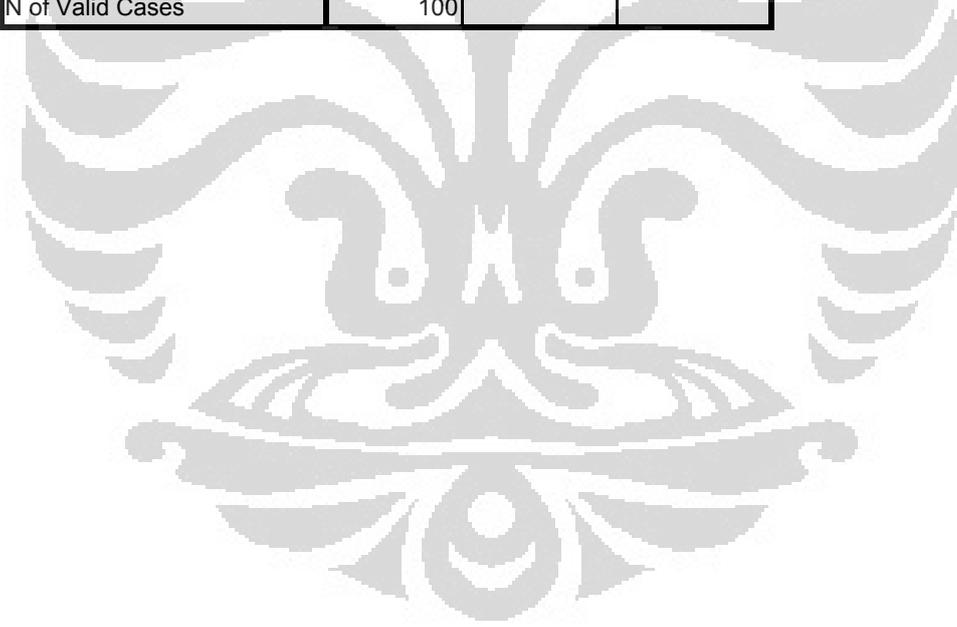
N of Valid Cases	100			
------------------	-----	--	--	--

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,56.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for sikap data kategorik (setuju / tidak setuju)	1.165	.372	3.656
For cohort perilaku di kategorikan = tidak berisiko	1.030	.818	1.299
For cohort perilaku di kategorikan = berisiko	.884	.355	2.201
N of Valid Cases	100		





**PT. WASKITA KARYA (Persero)**

**WASKITA INDUSTRI KONSTRUKSI**

**DIVISI I**

Gedung Waskita, Jl. M.T. Haryono Kav. No. 10, Cawang - Jakarta 13340 • Telp. (021) 8515521 • Fax. (021) 8515509 • div-gedung@waskita.co.id • www.waskita.co.id

Nomor : 06 /WK/D.I/UI-WCU/2012

Depok, 16 Maret 2012

Kepada Yth.:  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia  
di -  
Tempat

**Perihal : Ijin Penelitian dan Menggunakan Data**

Dengan hormat,

Menanggapi surat Dekan FKM UI No: 2737/H2.F10/PPM.00.00/2012 tanggal 09 Maret 2012 perihal tersebut di atas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat menerima mahasiswa yang tersebut di bawah ini untuk Ijin Penelitian dan Menggunakan Data pada proyek kami bulan April 2012, kepada:

Nama Mahasiswa : Yuli Luthfiana  
Nim : 10068222510

Kepada mahasiswa tersebut di atas agar dapat mematuhi segala peraturan yang ada dan dapat melaksanakan kegiatan dengan sebaik-baiknya.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Proyek  
World Class UI



(Rudianto)

Tembusan :

> Mahasiswa Ybs