

**SKRIPSI**

**PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN  
TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS  
BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL*  
DI PROYEK WISMA SEHATI PT. MEKANINDO LESTANUSA  
SURABAYA**

PENELITIAN ANALISIS DESKRIPTIF



Oleh:

ELI SARIPAH  
NIM : 13111125

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2013**

**SKRIPSI**

**PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN  
TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS  
BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL*  
DI PROYEK WISMA SEHATI PT. MEKANINDO LESTANUSA  
SURABAYA**

**PENELITIAN ANALISIS DESKRIPTIF**

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan  
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

**ELI SARIPAH**  
NIM : 13111125

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2013**

# MOTTO

SEMUA KENYATAAN BERAWAL DARI IMPIAN

SEMUA TINDAKAN BERASAL DARI NIAT

SETIAP ADA NIAT PASTI ADA JALAN

MAKA NIATKANLAH IMPIANMU SEDINI MUNGKIN

DENGAN BERUSAHA DAN BERDOA

NIATKANLAH KESUKSESANMU

MAKA KEBERHASILANMU AKAN TERCAPAI

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 29 Juli 2013  
Yang Menyatakan

Eli saripah  
NIM, 131111125

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**SKRIPSI**  
**PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN**  
**TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS**  
**BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL***  
**DI PROYEK WISMA SEHATI PT. MEKANINDO LESTANUSA**  
**SURABAYA**

Oleh:

Eli Saripah  
NIM. 131111125

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
Tanggal 26 Juli 2013

Oleh

Pembimbing I

Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes  
NIP. 196611212000032001

Pembimbing II

Hanik Endang, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIK. 139040678

Mengetahui  
a.n Dekan  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep  
NIP. 197904242006042002

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

**SKRIPSI**

**PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN  
TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS  
BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL*  
DI PROYEK WISMA SEHATI PT. MEKANINDO LESTANUSA  
SURABAYA**

Oleh:

Eli Saripah  
NIM. 131111125

Telah diuji  
Pada tanggal 29 Juli 2013

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Retno Indarwati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 197803162008122002  
(.....)

Anggota : 1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes  
NIP. 196611212000032001  
(.....)

2. Hanik Endang, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIK. 139040678  
(.....)

Mengetahui  
a.n Dekan  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep  
NIP. 197904242006042002

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL***”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya sekaligus Pembimbing dan ketua tim penelitian BCC pada HIV/AIDS yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melakukan penelitian pada salah satu variabel penelitian, terima kasih atas bimbingan dalam penyelesaian tugas akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Hanik Endang Nihayati, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Retno Indarwati, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah memberikan bimbingan, arahan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pekerja bangunan Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya bersama bapak ketua tim pelaksana proyek yang telah memberikan

kesempatan dan memfasilitasi kami untuk dapat melakukan penelitian di proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya. Tidak lupa terima kasih yang sebesar-besarnya untuk kepala pimpinan proyek Wisma Sehati atas izin yang diberikan kepada kami untuk penelitian dalam rangka menyelesaikan skripsi ini.

5. Ibu Nuzul Qur'aniati, S.Kep.Ns.,M.Ng selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes selaku bagian akademik yang telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam proses penyelesaian skripsi ini.
7. Staf pendidikan, staf perpustakaan, dan staf tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan serta informasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Bapak Udin Djabu, SKM.,M.Kes Selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Palu yang telah memberikan dukungan, saran dan petunjuk dalam proses penyelesaian skripsi ini.
9. Buat rekan-rekan sahabat se Poltekkes Kemenkes Palu khususnya bagian ADAK dan rekan-rekan di RSUD Undata Palu khususnya staf ICU pada khususnya terima kasih atas dukungan, saran dan petunjuk selama dalam proses penyelesaian skripsi ini.
10. Almarhum dan Almarhumah orang tuaku tercinta yang telah membesarkan, mendidik dan menyekolahkan penulis hingga menjadi orang yang berguna buat keluarga, nusa dan bangsa serta ibundaku tersayang serta saudara-



saudaraku yang selalu disampingku menemani dalam suka dan duka serta terima kasih buat dukungan dan motivasi selama ini.

11. Buat sahabat-sahabatku di Angkatan B14, Angkatan B15, dan Angkatan A9 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Semua pihak yang telah membantu yang tidak bisa disebutkan namanya satu-persatu baik yang langsung maupun tidak langsung, penulis ucapkan banyak terima kasih.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis sadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, tetapi penulis berharap agar skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 29 Juli 2013

Penulis

**PERCEPTIONS OF CONSTRUCTION WORKERS  
RISK BEHAVIOR OF HIV/AIDS  
BASED ON THEORY HEALTH BELIEF MODEL  
AT PT. MEKANINDO LESTANUSA SURABAYA**

**RESEARCH DESCRIPTIVE ANALYSIS**

**By: Eli Saripah**

HIV/AIDS cases has increased each year. Construction workers is one of the risk groups to HIV/AIDS. One of the things that influence individual behavior which will affect the perception of the individual to behave. In this study, researchers identified a construction worker perceptions of the risk behaviors of HIV/AIDS Health Belief Model-based Theory.

This study uses a descriptive-analytic approach to the design of survey research. Sampling in this study used nonprobability sampling, the sampling convenience with the number of respondents is 50. This data is then done in a descriptive discussion.

The results studied majority of respondents 50% stated perception of perceived susceptibility, perceived severity of which is not perceived around 54%, perception of the perceived benefits of as much as 58%, and perceptions of barriers perceived not amount to 62%.

The result behavior of individuals in taking preventative measures against HIV/AIDS depends on an assessment of the perceived threat, perceived susceptibility, perceived severity, and the advantages and disadvantages of behavior in an attempt to decide to do an act or not. The most influential factors are related to the perception of the benefits of behavioral prevention of HIV/AIDS. Parties should form a building project safety health division team to deal with the health of workers, including the risk of transmission of HIV/AIDS among construction workers.

**Keywords: *perception, risk behavior of HIV/AIDS, construction worker, health belief model***

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Lembaran Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembaran Pernyataan .....	iii
Lembaran Persetujuan .....	iv
Lembaran Penetapan Panitia Penguji .....	v
Ucapan terima kasih .....	vi
<i>Abstract</i> .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
Daftar Arti, Lambang, Singkatan dan Istilah .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	5
1.3 Rumusan Masalah .....	5
1.4 Tujuan	
1.4.1 Tujuan umum .....	5
1.4.2 Tujuan khusus .....	6
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Teoritis .....	6
1.5.2 Praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep HIV/AIDS .....	8
2.1.1 Pengertian .....	8
2.1.2 Perjalanan penyakit HIV/AIDS .....	8
2.1.3 Stadium klinis .....	11
2.1.4 Cara penularan virus HIV .....	15
2.1.5 VCT ( <i>Voluntary Counseling Testing</i> ).....	16
2.1.6 Penatalaksanaan.....	21
2.2 Konsep persepsi .....	23
2.2.1 Pengertian .....	23
2.2.2 Respon persepsi .....	24
2.2.3 Macam persepsi .....	25
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi.....	25
2.2.5 Syarat terjadinya persepsi .....	26
2.2.6 Bentuk-bentuk persepsi .....	26
2.2.7 Persepsi penyakit dan sakit.....	28
2.2.8 Persepsi kesehatan dan penyakit.....	30
2.3 Konsep <i>Theory Health Belief Model</i> .....	31

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>43</b>
3.1 Kerangka konsep penelitian.....	43
3.2 Hipotesis penelitian.....	46
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
4.1 Rancangan penelitian .....	47
4.2 Populasi, sampel, dan sampling .....	47
4.2.1 Populasi .....	47
4.2.2 Sampel .....	47
4.2.3 Besar sampel ....	48
4.2.4 Teknik pengambilan sampel .....	48
4.3 Variabel Penelitian Meliputi Klasifikasi Variabel Dan Definisi Operasional Variabel .....	48
4.3.1 Klasifikasi Variabel .....	48
4.4 Definisi operasional .....	49
4.5 Instrumen penelitian .....	50
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	51
4.7 Prosedur pengambilan atau pengumpulan Data .....	51
4.8 Kerangka operasional .....	54
4.9 Analisis data .....	54
4.10 Masalah Etik ( <i>Ethical Clearance</i> ) .....	57
4.11 Keterbatasan .....	58
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>59</b>
5.1 Hasil .....	59
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	59
5.1.2 Karakteristik demografi responden .....	61
5.1.3 variabel yang diukur.....	67
5.1 Pembahasan .....	68
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>73</b>
6.1 Kesimpulan .....	73
6.2 Saran .....	74
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>76</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>79</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Terapi Antiretroviral menurut WHO .....	11
Tabel 2.2 Klasifikasi HIV menurut WHO .....	12
Tabel 2.3 Terapi Antiretroviral berdasar CD4 menurut WHO .....	14
Tabel 2.4 Kombinasi alternatif penyakit-sakit .....	29
Tabel 2.5 Hubungan status kesehatan.....	31
Tabel 4.1 Definisi operasional .....	49
Tabel 5.1 Persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan.....	67

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Diagram jumlah kasus HIV/AIDS .....	3
Gambar 1.2 Identifikasi masalah .....	5
Gambar 2.4 Konsep <i>Health Belief Model</i> .....	43
Gambar 3.1 Kerangka konsep .....	51
Gambar 4.8 Kerangka operasional .....	54
Gambar 5.1 Distribusi umur responden .....	61
Gambar 5.2 Distribusi asal daerah responden .....	62
Gambar 5.3 Distribusi status perkawinan responden .....	62
Gambar 5.4 Distribusi tingkat pendidikan responden .....	63
Gambar 5.5 Distribusi lama bekerja responden .....	63
Gambar 5.6 Distribusi penghasilan responden .....	64
Gambar 5.7 Distribusi informasi responden .....	65
Gambar 5.8 Distribusi asal informasi responden .....	65
Gambar 5.9 Distribusi frekuensi pulang ke rumah asal responden.....	66

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat izin penelitian dari Fakultas .....	79
Lampiran 2 Surat selesai penelitian dari Proyek.....	87
Lampiran 3 Surat selesai penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya	87
Lampiran 4 Rencana jadwal kegiatan penelitian .....	82
Lampiran 5 Lembar permintaan menjadi responden .....	83
Lampiran 6 Lembar persetujuan menjadi responden .....	84
Lampiran 7 Kuesioner .....	85
Lampiran 8 Tabulasi Data Demografi.....	90
Lampiran 9 Tabulasi Data Variabel yang diukur.....	92

## DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

%	=	Persen
AIDS	=	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AZT	=	Azidotimidin
CD4	=	<i>Cluster of Differentiation</i>
CLE	=	<i>Concentrated Level Epidemic</i>
CMV	=	<i>Cytomegalovirus</i>
ELISA	=	<i>Enzym Linked Imunoabsorbent Assay</i>
FDA	=	<i>Food and Drug Administration</i>
HIV	=	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ODHA	=	Orang Dengan HIV/AIDS
PML	=	<i>Progressive Multifokal Leukoencephalopathy</i>
SADC	=	<i>South African Medical Council</i>
RIPA	=	<i>Radio Immuno Precipitation Assay</i>
HBM	=	<i>Health Belief Model</i>
VCT	=	<i>Voluntary Testing and Counseling</i>



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada setiap wilayah Kabupaten/ Kota Propinsi Jawa Timur sudah terdapat orang yang terinfeksi HIV, bahkan sudah menjadi AIDS dan banyak yang meninggal. Jawa Timur termasuk wilayah dengan kategori *Concentrated Level Epidemic* (CLE) atau wilayah dengan tingkat epidemi yang terkonsentrasi. CLE memiliki kantong-kantong epidemi dengan prevalensi lebih dari 5% pada subpopulasi berisiko terinfeksi HIV. Peningkatan jumlah penderita terinfeksi HIV berbanding lurus dengan jumlah CLE di suatu wilayah. Pekerja yang termasuk dalam kategori *mobile migrant* population merupakan salah satu kelompok pekerja yang berisiko terhadap penularan HIV/AIDS. Karena tuntutan pekerjaan mereka sering berpindah-pindah, menetap di suatu tempat dalam waktu yang relatif singkat, serta jauh dari pasangan atau keluarga (Mutia, 2008).

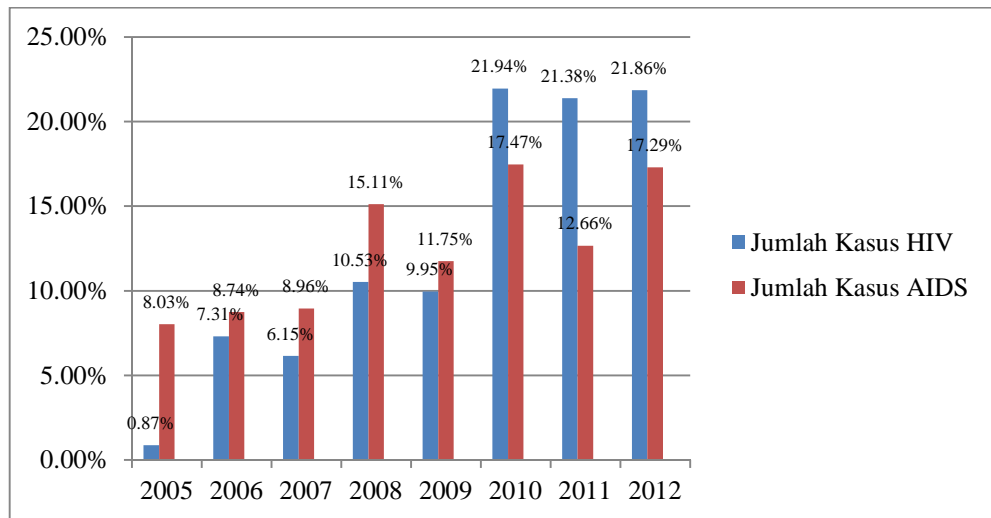
Pekerja bangunan merupakan salah satu sektor pekerjaan yang termasuk dalam kategori *mobile migrant*, di mana biasanya pekerja bangunan berasal dari luar daerah, jauh dari pasangan atau keluarga serta pada umumnya kurang informasi mengenai HIV/AIDS. Berdasarkan hasil penelitian (Mutia, 2008) didapatkan bahwa 18% pekerja bangunan yang menjadi responden melakukan perilaku seksual berisiko. Pekerja bangunan termasuk lima kategori besar berdasarkan jumlah kasus AIDS menurut pekerjaan (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Pada survey awal bulan Mei tahun 2013 di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya dilakukan survey terhadap 10 orang pekerja

bangunan, 30% berasal dari luar kota Surabaya masih dalam area Jawa Timur dan 70% berasal dari Jawa Tengah. Frekuensi pekerja bangunan bertemu keluarga 1 bulan sekali sebanyak 70% orang pekerja bangunan, yang bertemu keluarga setiap 2 minggu sekali sebanyak 10%, yang bertemu keluarga 1 minggu sekali sebanyak 10%, dan tidak bertemu keluarga selama kerja di proyek ini sebanyak 10%. Pekerja bangunan yang menyatakan belum pernah mendapat informasi mengenai HIV/ AIDS sebanyak 10%. Hasil survey pada bulan Mei 2013 ditemukan sebanyak 46% dari 10 responden pekerja bangunan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya memberikan persepsi negatif terhadap stigma perilaku berisiko HIV/AIDS.

Persepsi individu dalam *Theory Health Belief Model* juga mempengaruhi individu dalam mempengaruhi empat persepsi yang berfungsi sebagai konstruksi utama dalam berperilaku (Becker, M.H & Maiman, L.A., 1975). Adanya perilaku tersebut maka perlu adanya perubahan persepsi masyarakat terhadap ODHA dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/ AIDS.

Berdasarkan data laporan perkembangan HIV/AIDS oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2012 jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS 1 April 1987 sampai dengan 31 Desember 2012 sebanyak 98.390 kasus HIV dan 45.499 kasus AIDS.

## Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia, 2005-Desember 2012



Sumber: Ditjen PP&PL Kementerian Kesehatan RI Tahun 2012

Gambar 1.1 Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia, 2005-Desember 2012

Berdasarkan gambar 1.1 dapat dilihat perbandingan yang cukup signifikan. Data di atas menunjukkan jumlah kasus HIV/AIDS semakin tahun semakin meningkat. Dari tahun 2005 kasus HIV sebanyak 0,87% meningkat hingga mencapai 21,86% di tahun 2012 sedangkan kasus AIDS tahun 2005 sebanyak 8,03% juga meningkat mencapai 17,29% di tahun 2012. Penyebab data yang terungkap ini mendukung dilakukannya penelitian di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus, dikarenakan selain pekerja bangunan masuk dalam kategori lima besar kasus AIDS menurut pekerjaan, pekerja bangunan termasuk risiko tinggi penularan HIV/AIDS karena jauh dari keluarga, tekanan jam kerja tinggi dan dekat dengan lingkungan perilaku berisiko HIV/AIDS sebab banyak penjaja seks komersil yang menawarkan diri pada malam hari di sekitar jl. Diponegoro. Hal ini ditunjang tidak adanya tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3) untuk mengontrol perilaku keseharian mereka sehingga tidak mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Selain itu para pekerja bangunan

belum mengetahui tentang layanan tes HIV/AIDS dan lokasi layanan yang tersedia di kota Surabaya. Selama proyek dibangun belum pernah ada informasi terkait HIV/AIDS yang diterima oleh pekerja bangunan.

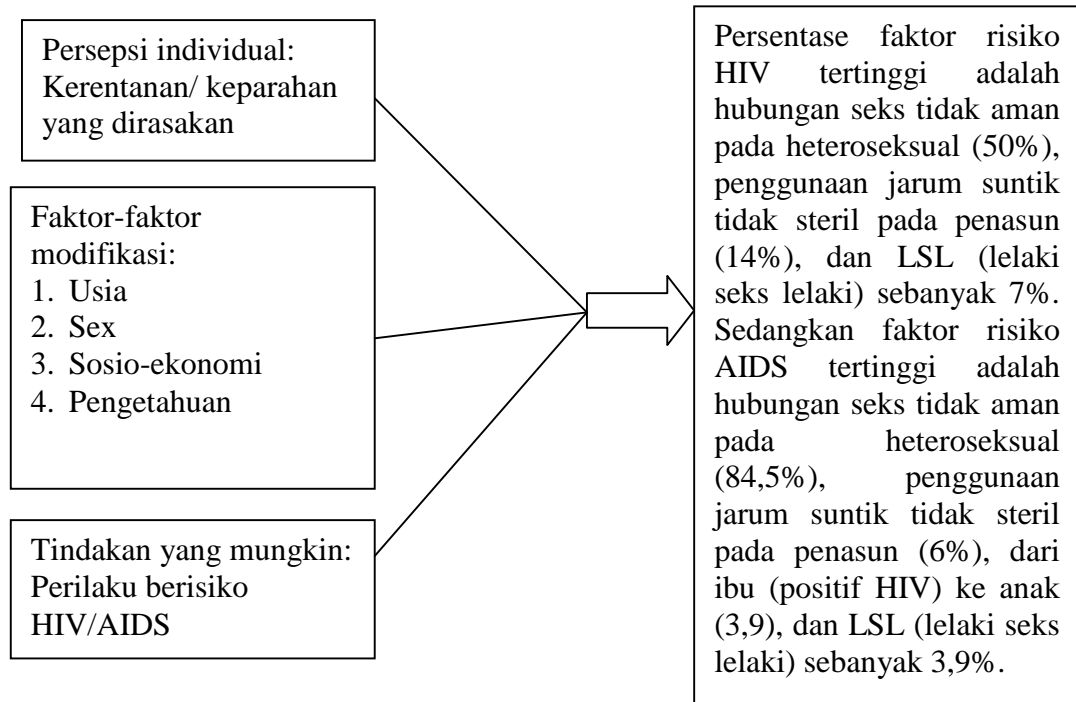
Hasil data Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 menyatakan persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks tidak aman pada heteroseksual (50%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (14%), dan LSL (lelaki seks lelaki) sebanyak 7%. Sedangkan faktor risiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks tidak aman pada heteroseksual (84,5%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (6%), dari ibu (positif HIV) ke anak (3,9), dan LSL (lelaki seks lelaki) sebanyak 3,9%.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS Nasional tidak lepas dari upaya secara global yang dicanangkan oleh WHO/ UNAIDS (2009). Upaya penanggulangan nasional telah dirumuskan di dalam Strategi Nasional (Stranas) penanggulangan HIV/AIDS (2007), di bawah koordinasi Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Pelayanan kesehatan khususnya bagi penderita HIV/AIDS telah tersedia dalam bentuk rumah sakit, puskesmas, dan pelayanan komunitas. Pemberian dukungan oleh pihak pemerintah maupun swasta telah dilakukan dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit HIV/AIDS.

Melihat fenomena tersebut, penelitian akan persepsi sangat mendukung agar dapat diketahui bagaimana persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS dengan mengetahui faktor yang dominan dalam persepsi diharapkan tenaga kesehatan

khususnya perawat dapat berperan aktif dalam upaya pencegahan HIV/ AIDS di kalangan pekerja bangunan.

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya.

## 1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya.

## **1.4 Tujuan**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya.

### **1.4.2 Tujuan khusus**

Tujuan khusus dalam penelitian ini antara lain :

1. Mengidentifikasi persepsi kerentanan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT Mekanindo Lestanusu.
2. Mengidentifikasi persepsi keparahan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT Mekanindo Lestanusu.
3. Mengidentifikasi persepsi manfaat menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT Mekanindo Lestanusu.
4. Mengidentifikasi persepsi hambatan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT Mekanindo Lestanusu.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat teoritis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas yang berhubungan dengan penyakit HIV/AIDS.

### 1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi pekerja bangunan dapat memperoleh informasi terkait penyakit dan perilaku-perilaku yang berisiko serta mampu mengendalikan diri untuk menghindari penularan HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya.
2. Bagi petugas kesehatan, lebih melakukan upaya-upaya dalam rangka mengetahui persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya sehingga dapat melakukan intervensi selanjutnya terkait penanggulangan penyakit HIV/AIDS.
3. Bagi pendidikan Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan, melakukan informasi tentang persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya sehingga dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan perawat dalam bidang penelitian terkait HIV/AIDS.







## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep HIV/AIDS**

##### **2.1.1 Pengertian HIV/AIDS**

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus penyebab *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), yang merupakan masalah kesehatan global baik di negara maju maupun negara berkembang (Soedarto, 2010).

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh, bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh *human immunodeficiency virus* (HIV) (Widoyono, 2008).

AIDS atau sindrom kehilangan kekebalan tubuh adalah sekumpulan gejala penyakit yang menyerang tubuh manusia sesudah sistem kekebalannya dirusak oleh virus HIV (Djuanda, 2007).

##### **2.1.2 Perjalanan Penyakit HIV/AIDS**

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50% menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun, dan hampir 100% pasien HIV menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun.

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas infeksi seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi. Kondisi ini dikenal dengan infeksi primer.

Infeksi primer berkaitan dengan periode waktu di mana HIV pertama kali masuk ke dalam tubuh. Pada fase awal proses infeksi (imunokompeten) akan terjadi respon imun berupa peningkatan aktivasi imun, yaitu pada tingkat seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R); serum atau humoral (beta-2 mikroglobulin, neopterin, CD8, IL-R) dan antibodi *upregulation* (gp 120, anti p24; IgA). Induksi sel T-*helper* dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi baik. Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga T-*helper* tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun. Dengan tidak adanya T-*helper*, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi secara baik. Daya tahan tubuh menurun sehingga pasien jatuh ke dalam stadium lebih lanjut. Saat ini, darah pasien menunjukkan jumlah virus yang sangat tinggi, yang berarti banyak virus lain di dalam darah. Sejumlah virus dalam darah atau plasma per mililiter mencapai 1 juta. Orang dewasa yang baru terinfeksi sering menunjukkan sindrom retroviral akut. Tanda dan gejala dari sindrom retroviral akut ini meliputi: panas, nyeri otot, sakit kepala, mual, muntah, diare, berkeringat di malam hari, kehilangan berat badan, dan timbul ruam. Tanda dan gejala tersebut biasanya terjadi 2-4 minggu setelah infeksi, kemudian hilang atau menurun setelah

beberapa hari dan sering salah terdeteksi dengan influenza atau infeksi mononukleosis.

Selama infeksi primer jumlah limfosit CD4 dalam darah menurun dengan cepat. Target virus ini adalah limfosit CD4 pada nodus limfa dan *thymus* selama waktu tersebut, yang membuat individu yang terinfeksi HIV akan mungkin terkena infeksi oportunistik dan membatasi kemampuan *thymus* untuk memproduksi limfosit T. Tes antibodi HIV menggunakan *Enzym Linked Immunoabsorbent Assay* (ELISA) yang akan menunjukkan hasil positif.

Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi HIV asimtomatik (tanpa gejala). Masa tanpa gejala ini bisa berlangsung selama 8-10 tahun. Tetapi ada sekelompok orang yang perjalanan penyakitnya sangat cepat, hanya sekitar 2 tahun, dan ada pula yang perjalanannya sangat lambat.

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampakkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain. Pada fase ini disebut dengan imunodefisiensi, dalam serum pasien yang terinfeksi HIV ditemukan adanya faktor supresif berupa antibodi terhadap proliferasi sel T. Adanya supresif pada proliferasi sel T tersebut dapat menekan sintesis dan sekresi limfokin. Sehingga sel T tidak mampu memberikan respons terhadap mitogen, terjadi disfungsi imun yang ditandai dengan penurunan kadar CD4, sitokin (IFN ; IL-2; IL-6); antibodi *down regulation* (gp120; anti p-24); TNF ; antinef.

Perjalanan penyakit lebih progresif pada pengguna narkoba. Lamanya penggunaan jarum suntik berbanding lurus dengan infeksi pneumonia dan

tuberkulosis. Infeksi oleh kuman lain akan membuat HIV membelah lebih cepat. Selain itu dapat mengakibatkan reaktivasi virus di dalam limfosit T sehingga perjalanan penyakit bisa lebih progresif (Nursalam, 2011).

### 2.1.3 Stadium Klinis

Klasifikasi infeksi HIV dengan gradasi klinis menurut WHO:

Tabel 2.1 Rekomendasi memulai terapi antiretroviral penderita dewasa menurut WHO:

Stadium Klinis WHO	Pemeriksaan CD4 tidak dapat dilakukan	Pemeriksaan CD4 dapat dilakukan
I	ARV belum direkomendasi	Terapi bila CD4 < 200 sel/mm <sup>3</sup>
II	ARV belum direkomendasi	Mulai terapi bila CD4 < 200 sel/mm <sup>3</sup>
III	Mulai terapi ARV	Pertimbangan terapi bila CD4 < 350 sel/mm <sup>3</sup> dan mulai ARV sebelum CD4 turun < 200 sel/mm <sup>3</sup>
IV	Mulai terapi ARV	Terapi tanpa mempertimbangkan jumlah CD4

Keterangan:

1. CD4 perlu diperiksa segera terutama untuk penetapan terapi, seperti pada TB pulmoner dan infeksi bakteriil berat.
2. Total limfosit 1200/mm<sup>3</sup> atau kurang, dapat dipergunakan bila CD4 tak dapat diperiksa dan infeksi HIV mulai manifes. Tidak diberlakukan pada asimtomatis, stadium klinis 2.
3. Memulai ARV direkomendasi pada infeksi HIV stadium 3 dengan kehamilan dan CD4 < 350 sel/mm<sup>3</sup>.
4. Memulai ARV direkomendasi pada semua infeksi HIV dengan CD4 < 350 sel/mm<sup>3</sup> dengan TB pulmoner.

Tabel 2.2 Klasifikasi infeksi HIV dengan gradasi klinis menurut WHO

Klinis Infeksi HIV	Stadium Klinis WHO
Asimptomatik	I
Ringan	II
Lanjut	III
Berat	IV

Klasifikasi klinis infeksi HIV pada orang dewasa menurut WHO:

Stadium 1 (Asimptomatik, aktivitas normal)

- 1) Asimptomatik
- 2) Limfadenopati generalisata

Stadium II (Simptomatik, aktivitas normal)

- 1) Berat badan menurun < 10%
- 2) Kelainan kulit dan mukosa ringan seperti, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, dan kheilitis angularis
- 3) Herpes zoster dalam lima tahun terakhir
- 4) Infeksi saluran napas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis

Stadium III (Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari 50%)

- 1) Berat badan menurun > 10%
- 2) Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- 3) Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan
- 4) Kandidiasis orofaringeal
- 5) *Oral hairy leukoplakia*
- 6) TB paru dalam tahun terakhir
- 7) Infeksi bakterial yang berat seperti pnemonia dan piomiositish

Stadium IV (Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50%)

- 1) HIV wasting syndrome seperti yang didefinisikan CDC (berat badan turun > 10% ditambah diare kronis > 1 bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain).
- 2) Pneumonia *pneumocystis carinii*
- 3) Toksoplasmosis otak
- 4) Diare kriptosporidiosis lebih dari 1 bulan
- 5) Kriptokokosis ekstrapulmonal
- 6) Retinitis virus sitomegalo
- 7) Herpes simplex mukokutan > 1 bulan
- 8) Leukoensefalopati multifokal progresif
- 9) Mikosis diseminata seperti histoplasmosis
- 10) Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus, dan paru
- 11) Mikobakteriosis salmonellosis nontifoid
- 12) Tuberkulosis di luar paru
- 13) Limfoma
- 14) Sarkoma kaposi
- 15) Ensefalopati HIV (gangguan kognitif dan atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan bertambah buruk dalam beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai penyakit penyerta lain selain HIV (Nursalam, 2011).

Tujuan terapi Antiretroviral:

1. Menurunkan angka kesakitan akibat HIV, dan menurunkan kematian akibat AIDS.
2. Memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup penderita seoptimal mungkin.
3. Mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal.
4. Menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin sehingga kadar HIV dalam plasma < 50 kopi/ml.

Tabel 2.3 Rekomendasi memulai terapi ARV berdasar CD4 penderita dewasa menurut WHO

CD4 (sel/mm <sup>3</sup> )	Rekomendasi terapi
< 200	Mulai terapi ARV pada semua stadium klinis
200-350	Pertimbangkan untuk memulai terapi sebelum CD4 turun < 200 sel/mm <sup>3</sup>
> 350	Jangan memulai ARV dulu

Keterangan:

1. CD4 perlu ditetapkan setelah dilakukan upaya stabilisasi.
2. Dalam membuat keputusan pemberian ARV seyogyanya berdasarkan CD4 dengan stadium klinis.
3. Memulai ARV direkomendasi pada semua stadium klinis 4 dan stadium 3 pada keadaan tertentu, terutama TB pulmoner dan infeksi bakteriil berat.
4. Memulai ARV direkomendasi pada infeksi HIV stadium klinis 3 dengan kehamilan dan CD4 < 350 sel/mm<sup>3</sup>.

(Nasronudin, 2012)



#### 2.1.4 Cara penularan virus HIV

Transmisi Infeksi HIV dapat melalui beberapa cara, antara lain:

1. Transmisi melalui kontak seksual

Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV diberbagai belahan dunia. Virus ini dapat ditemukan dalam cairan semen, cairan vagina, cairan serviks. Virus akan terkonsentrasi dalam cairan semen, terutama bila terjadi peningkatan jumlah limfosit dalam cairan, seperti pada keadaan peradangan genitalia misalnya uretritis, epididimitis, dan kelainan lain yang berkaitan dengan penyakit menular seksual. Virus juga dapat ditemukan dalam usapan serviks dan cairan vagina. Transmisi infeksi HIV melalui hubungan seksual lewat anus lebih mudah karena hanya terdapat membran mukosa rektum yang tipis dan mudah robek, anus sering terjadi lesi.

2. Transmisi melalui darah atau produk darah

HIV dapat ditransmisikan melalui darah dan produk darah, terutama pada individu pengguna narkotika intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bersama dalam satu kelompok tanpa mengindahkan asas sterilisasi. Dapat juga pada individu yang menerima transfusi darah atau produk darah yang mengabaikan tes penapisan HIV. Tranfusi darah lengkap (*whole blood*), sel darah merah (*packed red blood cell*), trombosit, leukosit dan plasma semuanya berpotensi menularkan HIV.

3. Transmisi secara vertikal

Transmisi secara vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya sewaktu hamil, sewaktu persalinan,, dan setelah melahirkan melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI). Penularan ibu ke janin atau bayi terutama terjadi

pada masa perinatal yang dapat diidentifikasi dengan teknik kultur atau Polymerase Chain Reaction (PCR) pada bayi setelah lahir (negatif saat lahir dan positif beberapa bulan kemudian). Virus dapat ditemukan dalam ASI sehingga ASI merupakan perantara penularan HIV dari ibu ke bayi pascanatal. Bila mungkin pemberian ASI oleh ibu yang terinfeksi sebaiknya dihindari.

#### 4. Potensi transmisi melalui cairan tubuh lain

Walaupun HIV pernah ditemukan dalam air liur pada sebagian kecil orang terinfeksi, tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa air liur dapat menularkan infeksi HIV baik melalui ciuman biasa maupun paparan lain misalnya sewaktu bekerja bagi petugas kesehatan. Selain itu, air liur dibuktikan mengandung inhibitor terhadap aktivitas HIV. Demikian juga belum ada bukti bahwa cairan tubuh lain misalnya air mata, keringat, dan urine dapat merupakan media transmisi HIV. Namun, cairan tubuh tersebut tetap harus diperlakukan sesuai tindakan pencegahan melalui kewaspadaan universal.

#### 5. Transmisi pada petugas kesehatan dan petugas laboratorium

Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam (Nasronudin, 2012).

### **2.1.5 VCT (*Voluntary Counseling Testing*)**

VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi, serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga, dan lingkungannya.

Tujuan VCT sebagai berikut:

1. Upaya pencegahan HIV/AIDS.
2. Upaya untuk mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi/ pengetahuan mereka tentang faktor-faktor risiko penyebab seseorang terinfeksi HIV.
3. Upaya pengembangan perubahan perilaku, sehingga secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk akses terapi antiretroviral, serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat.

Tahap VCT

1. Sebelum deteksi HIV (Pra-konseling)

Pra konseling juga disebut konseling pencegahan AIDS. Dua hal yang penting dalam konseling ini, yaitu aplikasi perilaku klien yang menyebabkan dapat klien berisiko tinggi infeksi HIV/AIDS dan apakah klien mengetahui tentang HIV/AIDS dengan benar.

Apabila perilaku klien tidak berisiko, biasanya setelah mengetahui dengan benar bagaimana cara AIDS menular, maka klien akan membatalkan pemeriksaan. Konselor harus lebih berhati-hati pada klien dengan perilaku berisiko tinggi karena harus diteruskan dengan rinci tentang akibat yang akan timbul apabila hasil tes sudah keluar. Tujuan dari konseling ini adalah untuk mengubah pola tingkah laku. Setelah konseling ini berhasil, maka klien akan membubuhkan tanda tangan pada “surat persetujuan diperiksa” yang antara lain berisi keamanan klien bahwa identitasnya tidak akan dibocorkan.

Hal yang perlu ditanyakan oleh konselor yaitu ada tidaknya sumber dukungan moral dalam hidup klien yang dapat membantu ketika menunggu hasil tes sampai hasil diagnosis keluar (apa pun hasil, tesnya baik positif atau negatif). Masa ketika

menunggu hasil tes adalah masa yang paling berat bagi klien. Saat itu, jika tidak ada seorangpun sebagai pendukung moral maka konselor diharapkan dapat bertindak sebagai keluarga bagi klien.

Tujuan konseling pra-test, yaitu:

- 1) Klien memahami benar kegunaan tes HIV/AIDS.
- 2) Klien dapat menilai risiko dan mengerti persoalan dirinya.
- 3) Klien dapat menurunkan rasa kecemasannya.
- 4) Klien dapat membuat rencana penyesuaian diri dalam kehidupannya.
- 5) Klien memilih dan memahami apakah ia akan melakukan tes darah HIV/AIDS atau tidak.

Lima prinsip praktis konseling pra-test HIV:

- 1) Motif dari klien HIV/AIDS.

Klien yang secara sukarela (*Voluntary*) dan secara paksa (*compulsory*) mempunyai perasaan yang berbeda dalam menghadapi segala kemungkinan, baik pra-test atau pasca-tes.

- 2) Interpretasi hasil pemeriksaan

2.1 Uji saring atau skrining dan tes konfirmasi.

2.2 Asimptomatik atau gejala nyata (*Full Blown Symptom*).

2.3 Tidak dapat disembuhkan (HIV) tetapi masih dapat diobati (infeksi sekunder).

- 3) Estimasi hasil

2.1 Pengkajian risiko bukan hasil yang diharapkan.

2.2 Masa jendela.

4) Rencana ketika hasil diperoleh

Apa yang akan dilakukan oleh klien ketika telah mengetahui hasil pemeriksaan, baik positif maupun negatif.

5) Pembuatan keputusan

Klien dapat memutuskan untuk mau dan tidak mau diambil darahnya guna dilakukan pemeriksaan HIV.

2. Deteksi HIV (Sesuai keinginan klien dan setelah klien menandatangani lembar persetujuan-*informed consent*).

Tes HIV adalah tes darah yang digunakan untuk memastikan apakah seseorang sudah positif terinfeksi HIV atau belum. Caranya adalah dengan cara mendeteksi ada tidaknya antibodi HIV dalam sampel darahnya. Hal ini perlu dilakukan agar seseorang bisa mengetahui secara pasti status kesehatan dirinya, terutama status kesehatan yang menyangkut risiko dari perilakunya selama.

Tes HIV harus bersifat:

- 1) Sukarela: orang yang akan melakukan tes HIV haruslah berdasarkan atas kesadarannya sendiri, bukan atas paksaan/tekanan orang lain. Ini juga berarti bahwa ia setuju untuk dites, setelah ia mengetahui hal-hal apa saja yang tercakup dalam tes itu, apa keuntungan dan kerugian dari tes, serta apa saja implikasi dari hasil tes yang positif ataupun hasil negatif.
- 2) Rahasia: Apa pun hasil tes ini, baik positif ataupun negatif, hanya boleh diberitahu langsung kepada orang yang bersangkutan.
- 3) Tidak boleh diwakilkan kepada orang lain, baik orang tua/ pasangan, atasan, atau siapa pun.

### 3. Pascakonseling: konseling setelah deteksi HIV

Pascakonseling merupakan kegiatan konseling yang harus diberikan setelah hasil tes diketahui, baik hasilnya positif maupun negatif, konseling pasca-test sangat penting untuk membantu mereka yang hasilnya HIV positif agar dapat mengetahui cara menghindarkan penularan HIV ke orang lain. Cara untuk bisa mengatasinya dan menjalani hidup secara positif. Bagi mereka yang hasil tesnya HIV negatif, maka konseling pasca-test bermanfaat untuk membantu tentang berbagai cara mencegah infeksi HIV di masa mendatang.

Tujuan konseling pasca-test:

Hasil negatif:

- 1) Klien dapat memahami arti periode jendela
- 2) Klien dapat membuat keputusan akan tes ulang atau tidak, kapan waktu tepat untuk mengulang
- 3) Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi risiko melalui perilakunya

Hasil positif:

- 1) Klien dapat memahami dan menerima hasil tes secara tepat.
- 2) Klien dapat menurunkan masalah psikologis dan emosi karena hasil tes.
- 3) Klien dapat menyesuaikan kondisi dirinya dengan infeksi dan menyusun pemecahan masalah serta dapat menikmati hidup.
- 4) Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi risiko melalui perilakunya.

### Jenis tes untuk mendeteksi HIV

Jenis tes yang biasa digunakan untuk mendeteksi seseorang terinfeksi HIV/AIDS adalah dengan menggunakan tes ELISA *Latex Agglutination* dan *western Blot*. Apabila tes ELISA atau *Latex Agglutination* menunjukkan bahwa klien terinfeksi HIV, maka hasilnya perlu dikonfirmasi lagi dengan tes *Western Blot* sebelum klien benar-benar dipastikan positif terinfeksi HIV.

Tes juga dapat dilaksanakan untuk menguji antigen HIV, yaitu tes antigen P24 atau PCR (Polymerase Chain Reaction). PCR ini hanya dipakai untuk penelitian pada kasus-kasus yang sulit dideteksi dengan tes antibodi, misalnya untuk tes pada bayi yang lahir dari ibu yang positif terinfeksi HIV dan kasus-kasus yang diperlukan masih berada dalam periode jendela. Periode jendela adalah tenggang waktu antara masuknya HIV ke dalam tubuh seseorang dan munculnya antibodi terhadap HIV, waktunya biasanya antara 1 sampai 6 bulan. Selama periode tersebut seseorang yang sudah terinfeksi HIV masih menunjukkan hasil tes yang negatif.

Pelayanan VCT harus dilakukan oleh petugas yang sangat terlatih dan berkualitas tinggi dalam melakukan konseling dan deteksi HIV. Hal ini penting mengingat terinfeksi seseorang dengan HIV/AIDS akan berdampak pada kehidupan penderitanya dan orang-orang yang berinteraksi dengannya (Nursalam. 2011).

#### **2.1.6 Penatalaksanaan**

Belum ada penyembuhan untuk AIDS, jadi perlu dilakukan pencegahan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) untuk mencegah terpajannya *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), bisa dilakukan dengan:

1. Melakukan abstinensi seks/ melakukan hubungan kelamin dengan pasangan yang tidak terinfeksi.
2. Memeriksa adanya virus paling lambat 6 bulan setelah hubungan seks terakhir yang tidak terlindungi.
3. Menggunakan pelindung jika berhubungan dengan orang yang tidak jelas status *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)-nya.
4. Tidak bertukar jarum suntik, jarum tato, dan sebagainya.
5. Mencegah infeksi kejanin/ bayi baru lahir.

Apabila terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), maka terapinya yaitu:

1. Pengendalian infeksi oportunistik  
Bertujuan menghilangkan, mengendalikan, dan pemulihan infeksi oportunistik, nasokomial, atau sepsis. Tindakan pengendalian infeksi yang aman untuk mencegah kontaminasi bakteri dan komplikasi penyebab sepsis harus dipertahankan bagi pasien di lingkungan perawatan kritis.
2. Terapi AZT (Azidotimidin)
  - 1) Disetujui FDA (1987) untuk penggunaan obat antiviral AZT yang efektif terhadap AIDS, obat ini menghambat replikasi antiviral *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dengan menghambat enzim pembalik transkriptase.
  - 2) AZT tersedia untuk pasien AIDS yang jumlah sel T4 nya  $< > 3$ .
  - 3) AZT tersedia untuk pasien dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positif asimtomatik dan sel T4  $> 500 \text{ mm}^3$ .



### 3. Terapi antiviral baru

Beberapa antiviral baru yang meningkatkan aktivitas system imun dengan menghambat replikasi virus/ memutuskan rantai reproduksi virus pada prosesnya. Obat-obat ini adalah:

- 1) Didanosine
- 2) Ribavirin
- 3) Dideoxycytidine
- 4) Recombinant CD4 dapat larut

### 4. Vaksin dan rekonstruksi virus

Upaya rekonstruksi imun dan vaksin dengan agen tersebut seperti interferon, maka perawat unit khusus perawatan kritis dapat menggunakan keahlian dibidang proses keperawatan dan penelitian untuk menunjang pemahaman dan keberhasilan terapi AIDS.

### 5. Pendidikan untuk menghindari alcohol dan obat terlarang, makan makanan sehat, hindari stress, gizi yang kurang, alcohol, dan obat-obatan yang mengganggu fungsi imun.

### 6. Menghindari infeksi lain, karena infeksi itu dapat mengaktifkan sel T dan mempercepat replikasi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), (Scorviani, 2011).

## 2.2 Konsep Persepsi

### 2.2.1 Pengertian Persepsi

Persepsi merupakan tahap paling awal dari serangkaian pemroses informasi. Persepsi adalah suatu proses penggunaan pengetahuan yang telah dimiliki (yang disimpan dalam ingatan) untuk mendeteksi atau memperoleh dan

menginterpretasi stimulus (rangsangan) yang diterima oleh alat indera seperti mata, telinga, dan hidung (Suharnan, 2005).

Persepsi adalah proses untuk mengetahui atau mengenal objek atau kejadian objektif yang menggunakan indra dan kesadaran dari proses-proses organis (pieter, 2010).

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya (Notoatmodjo, 2010).

Persepsi adalah proses mengamati situasi dunia luar dengan menggunakan proses perhatian, pemahaman, dan pengenalan terhadap objek atau peristiwa. Persepsi diorganisasikan dalam bentuk, latar dasar (*ground*), garis, dan kejelasan (Pieter, 2011).

### **2.2.2 Respon Persepsi**

Respon persepsi menurut Amar (2005) ada tiga macam persepsi yang akan dikeluarkan oleh seseorang, yaitu :

1. Persepsi positif, di mana persepsi yang dikeluarkan oleh seseorang karena orang tersebut telah mengetahui gambaran masalah dan berkomunikasi langsung dan mendapat informasi yang valid terhadap obyek masalah tersebut. Sehingga orang tersebut dalam memberikan persepsi merasa benar dan tidak ada kesalahan, karena dia telah memahami akar permasalahan yang sebenarnya.
2. Persepsi negatif, dimana persepsi yang dikeluarkan oleh seseorang hanya diketahui dari satu sisi atau satu pandangan saja, sehingga timbul mispersepsi. Dalam persepsi ini umumnya mereka tidak memahami secara detail dari akar

masalah yang dihadapi oleh yang bersangkutan. Sehingga munculnya dugaan dan salah paham yang berlebihan yang memunculkan kebingungan.

3. Semi persepsi positif dan semi persepsi negatif, persepsi ini muncul lebih disebabkan faktor lingkungan atau sebagai apa orang tersebut dalam memberikan persepsi. Atau lebih jelasnya, orang tersebut kapasitasnya sebagai apa, saat memberikan persepsi. Anggapan ini sering diperuntukkan bagi mereka yang punya dua jabatan diberbagai organisasi. Dalam persepsi ketiga ini sering orang kurang memahami posisi orang tersebut. Sehingga muncul prasangka yang lebih cenderung negatif. Menjelaskan dengan detail dalam memberikan sebuah persepsi sangat penting agar tidak terjadi kesalah pahaman.

### **2.2.3 Macam Persepsi**

Ada dua macam persepsi, yaitu (Sunaryo, 2004)

1. *External perception* yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang datang dari luar individu.
2. *Self perception* yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang berasal dari dalam individu.

### **2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi**

Secara umum, adapun faktor-faktor yang mempengaruhi mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu :

1. Minat, artinya semakin tinggi minat seseorang terhadap suatu objek atau peristiwa, maka semakin tinggi juga minatnya dalam mempersepsikan objek atau peristiwa.

2. Kepentingan, artinya semakin dirasakan penting terhadap suatu objek atau peristiwa tersebut bagi diri seseorang, maka semakin peka dia terhadap objek-objek persepsinya.
3. Kebiasaan, artinya objek atau peristiwa semakin sering dirasakan seseorang, maka semakin terbiasa dirinya di dalam membentuk persepsi
4. Konstansi, artinya ada kecenderungan seseorang untuk selalu melihat objek atau kejadian secara konstan sekalipun sebenarnya itu bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna, dan kecermerlangan (pieter, 2010).

### **2.2.5 Syarat terjadinya persepsi**

1. Adanya objek : objek stimulus alat indera (reseptor) stimulus berasal dari luar individu (langsung mengenal alat indera) dan alat dari dalam individu (langsung mengenal saraf sensoris yang bekerja sebagai reseptor).
2. Adanya perhatian sebagai langkah pertama untuk mengadakan persepsi penerima stimulus.
3. Adanya alat indera sebagai reseptor penerima stimulus.
4. Saraf sensori sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak (pusat kesadaran). Dari otak dibawa melalui saraf motoris sebagai alat untuk mengadakan respon.

### **2.2.6 Bentuk-bentuk persepsi**

1. Persepsi Jarak

Persepsi jarak sebelumnya merupakan suatu teka-teki bagi teoritis persepsi, karena cenderung dianggap sebagai apa yang dihayati oleh indra perorangan yang berkaitan dengan bayangan dua dimensi. Akhirnya ditemukan bahwa stimulus visual memiliki ciri-ciri yang berhubungan dengan bayangan dua dimensi.

Akhirnya ditemukan bahwa stimulus visual memiliki ciri-ciri yang berhubungan dengan jarak pengamatan. Atau lebih dikenal dengan istilah isyarat jarak (*distance cues*). Sebagian faktor ini hanya ada bila suatu penglihatan dipandang dengan kedua mata (isyarat binokuler) dan sebagian lagi ada dalam stimulus luas pada tiap mata (isyarat monokuler). Persepsi jarak menjadi lebih rumit karena sangat tergantung pada sejumlah besar faktor.

## 2. Persepsi Gerakan

Gibson, dkk. Mengatakan bahwa isyarat persepsi gerakan ada di lingkungan sekitar manusia. Kita melihat sebuah benda bergerak karena ketika benda itu bergerak, sebagian menutupi dan sebagian lagi tidak menutupi latar belakangnya yang tak bergerak. Kita juga akan melihat benda-benda bergerak ketika berubah jarak. Kita melihat bagian baru ketika bagian lain hilang dari pandangan. Jadi tidak peduli apakah pandangan mata kita mengikuti benda yang bergerak atau pada latar belakangnya. Suatu hal akan menjadi menarik jika meninggalkan isyarat yang ambigu sehingga dapat memungkinkan terjadinya kekeliruan dalam mempersepsi.

## 3. Persepsi Kedalaman

Persepsi kedalaman dimungkinkan akan muncul melalui penggunaan isyarat-isyarat fisik, seperti akomodasi, konvergensi dan disparitas selaput jala dari mata dan juga disebabkan oleh isyarat-isyarat yang dipelajari dari perspektif linier dan udara interposisi atau meletakkan di tengah-tengah, di mana ukuran relatif dari objek dalam penjajaran, bayangan, ketinggian tekstur, atau susunan (Pieter, 2010).

### 2.2.7 Persepsi Penyakit dan Sakit

Pada masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak provider atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Timbulnya perbedaan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider (pihak penyelenggara pelayanan kesehatan). Ada perbedaan persepsi yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan *illness* (rasa sakit).

Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang ditandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya, atau persepsi seseorang terhadap penyakit yang dideritanya atau dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*). Dari batasan dua pengertian tersebut, tampak adanya perbedaan konsep dan persepsi sehat-sakit yang kemudian akan menimbulkan permasalahan konsep sehat-sakit di dalam masyarakat. Secara objektif seseorang terkena penyakit, salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya, namun dia tidak merasa sakit. Atau sebaliknya, seseorang merasa sakit bila merasakan sesuatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan klinis tidak diperoleh bukti bahwa ia sakit. Lebih lanjut penjelasan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Tabel 2.4 Penyakit dan sakit: Kombinasi Alternatif

<b>Penyakit (<i>disease</i>)</b> <b>Sakit (<i>illness</i>)</b>	<b>Tak hadir (<i>not present</i>)</b>	<b>Hadir/ ada (<i>present</i>)</b>
Tak dirasakan ( <i>not perceived</i> )	1	2
Dirasakan ( <i>perceived</i> )	3	4

(Notoatmodjo, 2010)

Area 1 (satu):

Menggambarkan bahwa seseorang tidak mengandung atau menderita penyakit dan juga tidak merasakan sakit (*no disease and no illness*). Dalam keadaan demikian maka orang tersebut sehat menurut konsep kita (dari kacamata petugas kesehatan, orang yang bersangkutan juga merasa sehat).

Area 2 (dua):

Menggambarkan seseorang mendapat serangan penyakit (secara klinis), tetapi orang itu sendiri tidak merasa sakit atau mungkin tidak dirasakan sebagai sakit (*disease but no illness*). Dalam kenyataannya area ini adalah yang paling luas wilayahnya. Artinya, anggota-anggota masyarakat yang secara klinis maupun laboratoris menunjukkan gejala klinis bahwa mereka diserang atau menderita suatu jenis penyakit, tetapi mereka tidak merasakan sebagai sakit. Oleh karena itu, mereka tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari sebagaimana orang sehat.

Konsep masyarakat bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari, dan keluar konsep sakit, di mana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidurnya, tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun, kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Hal ini pun bukan berarti mereka harus mencari

pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas dan sebagainya), tetapi juga ke fasilitas pengobatan tradisional (dukun dan sebagainya) yang kadang-kadang menjadi pilihan masyarakat yang pertama. Itulah sebabnya maka rendahnya penggunaan puskesmas atau tidak digunakannya fasilitas-fasilitas pengobatan modern dapat disebabkan oleh persepsi masyarakat tentang sakit yang berbeda dengan konsep *provider*.

Area 3 (tiga):

Menggambarkan penyakit yang tidak hadir pada seseorang, tetapi orang tersebut merasa sakit atau tidak enak badan (*illness but no disease*). Pada kenyataannya kondisi ini hanya sedikit di dalam masyarakat. Orang merasa sakit padahal setelah pemeriksaan baik secara klinis maupun laboratoris tidak diperoleh bukti bahwa ia menderita suatu penyakit. Hal ini mungkin karena gangguan-gangguan psikis saja, atau menderita “psikosomatis”.

Area 4 (empat):

Menggambarkan adanya suatu fenomena yang sama baik orang yang bersangkutan dan petugas kesehatan. Seseorang memang menderita sakit dan juga ia rasakan sebagai rasa sakit (*illness with disease*). Hal inilah sebenarnya yang dapat dikatakan benar-benar sakit. Dalam kondisi yang demikian ini fasilitas kesehatan dapat mencapai sasarannya secara optimal. Artinya, pelayanan yang diprogramkan akan bertemu dengan kebutuhan masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

### **2.2.8 Persepsi Kesehatan dan Penyakit**

Menurut Twoddle, apa yang dirasakan bagi seseorang bisa saja tidak dirasakan sehat bagi orang lain, karena adanya perbedaan persepsi. Ada dua hal yang timbul dari usaha untuk menjelaskan kesehatan dan penyakit, yaitu :



1. Berbicara kesehatan ada dua hal yang berbeda, yakni kesehatan normal dengan kesehatan sempurna. Kesehatan sempurna mencakup juga kesehatan mental dan sosial.
2. Definisi kesehatan dilihat dari sudut mental dan sosial lebih khas daripada bila dilihat dari sudut biologis semata-mata.
3. Penyakit adalah hadirnya ketidaksempurnaan baik, fisik, mental maupun *social* pada seseorang.

Dari kriteria biologis, yang terpenting letaknya pada dua ujung ekstrem, yaitu kesehatan sempurna dan kematian. Menurut Twoddle dan Kassler (1977) definisi kesehatan terutama harus dilihat dari segi sosial daripada segi biologis. Karena kesehatan berbeda antara persepsi individu dengan masyarakat (*social*) atau penilaian masyarakat (orang lain).

Tabel 2.5 Hubungan antara status kesehatan dilihat dari segi individu dengan status kesehatan dilihat dari sudut penilaian

Dari sudut individu	Dari sudut penilai	
	Sehat ( <i>well</i> )	Sakit ( <i>ill</i> )
Sehat ( <i>well</i> )	Kesehatan normal ( <i>normal health</i> )	Mengingkari sakit ( <i>deny of illness</i> )
Sakit ( <i>ill</i> )	Pura-pura ( <i>Hypochondriac</i> )	sakit Kesehatan buruk ( <i>ill health</i> )

Sumber : Wolinsky, *The Sociology of Health* (Notoatmodjo, 2010).

### 2.3 Konsep *Theory Health Belief Model*

*Health Belief Model* (HBM) mulai berkembang pada tahun 1950 oleh sebuah kelompok ahli ilmu jiwa sosial di US. Model ini menyampaikan tentang respon orang untuk berbagai gejala dan tingkah laku mereka sebagai respon untuk mendiagnosa penyakit. Pada umumnya, timbul kepercayaan/ keyakinan

bahwa orang lebih memilih tindakan pencegahan, perlindungan atau untuk mengontrol keadaan sakit dan sehat.

Jones & Bartlett (n.d) mengemukakan bahwa *Health Belief Model* (HBM) adalah teori umum yang digunakan dalam pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002; national cancer Institute (NCI), 2003). Konsep yang mendasari HBM asli adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang suatu penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi terjadinya penyakit).

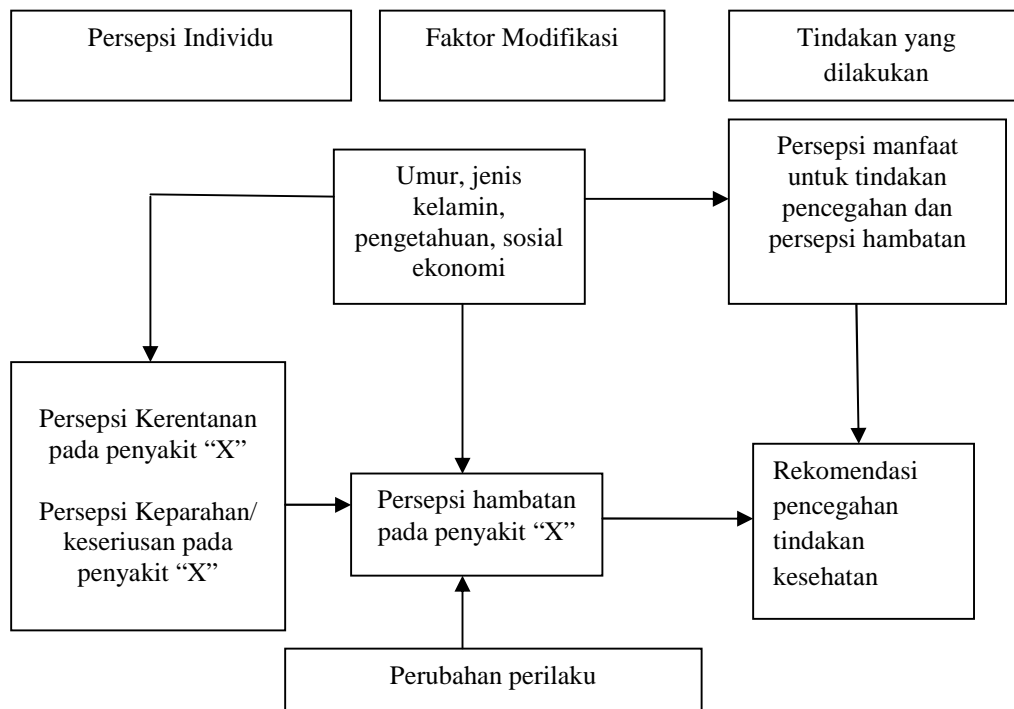
Kunci konsep dan definisi dari *Health Belief Model* yaitu:

1. Persepsi terhadap kerentanan (*Perceived susceptibility*), yaitu kepercayaan seseorang mengenai kesempatan untuk mengkondisikan sesuatu. Persepsi seseorang terhadap resiko dari suatu penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia merasa rentan terhadap penyakit tersebut.
2. Persepsi terhadap keseriusan (*Perceived severity*), yaitu kepercayaan seseorang tentang bagaimana seriusnya suatu kondisi dan bagaimana akibat dari kondisi itu. Tindakan seseorang dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan.
3. Persepsi manfaat (*Perceived benefits*), yaitu kepercayaan seseorang tentang kemanjuran/ keampuhan dari nasehat, untuk mengurangi resiko atau dampak yang serius. Penerimaan seseorang terhadap pengobatan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit.

4. Persepsi rintangan/ hambatan (*Perceived barriers*), yaitu kepercayaan seseorang tentang kenyataan dan harga kejiwaan dari tindakan menasehati. Dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan atau rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.
5. Isyarat atau tanda untuk bertindak (*Cues to action*), yaitu strategi-strategi untuk memacu “keadaan siap” seseorang. Kesiapan seseorang akibat kerentanan dan manfaat yang dirasakan dapat menjadi faktor potensial untuk melakukan tindakan. Selain faktor lingkungan, media massa, atau anjuran dari keluarga, teman dan sebagainya. HBM menyatakan bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak merupakan peristiwa, seseorang atau pemikiran berpindah ke orang lain untuk merubah perilaku mereka.
6. Faktor lainnya (*modifying factors*), yaitu perbedaan demografi, psikososial, dan struktur juga memberikan dampak pada persepsi individu secara personal dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Contohnya: budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, kemampuan dan motivasi.

*Health Belief Model* (HBM) seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang mengenai kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) merupakan model kognitif yang berarti bahwa khususnya proses kognitif dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan. Dalam *Health Belief Model* (HBM) kemungkinan

individu melakukan tindakan pencegahan tergantung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan yaitu ancaman yang dirasakan terhadap risiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir tentang penyakitnya dimana keadaannya benar-benar merupakan ancaman bagi dirinya. Penilaian terhadap ancaman yang dirasakan ini berdasar pada kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) dan keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*). Penilaian yang kedua adalah perbandingan antara keuntungan dan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan suatu tindakan atau tidak. Ancaman, keseriusan, kerentanan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian dipengaruhi oleh variabel demografis (usia, jenis kelamin, latar belakang budaya), variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah). HBM bertujuan untuk menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku kesehatan sebagai petunjuk cara kerja dari perilaku kesehatan sebagai petunjuk cara kerja dari perilaku kesehatan yang meliputi persepsi individu, faktor yang berpengaruh dan kemungkinan untuk bertindak.



Gambar 2.4 *Health Belief Model* (Becker, M.H & Maiman, L.A., 1975).

*Health Believe Model* (HBM) adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio-psikologi. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa berbagai problem kesehatan ditandai oleh kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider (Notoatmodjo, 2010). Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut yaitu kerentanan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan hambatan yang dialami serta hal-hal yang memotivasi hal tersebut. Variabel-variabel HBM, yaitu:

### 1. Faktor modifikasi (*modifying factor*)

Perbedaan demografi, psikososial, dan struktur juga memberikan dampak pada persepsi individu secara personal dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Contohnya: budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, kemampuan dan motivasi.

Jones & Bartlett (n.d) menjelaskan bahwa empat konstruksi utama dari persepsi dapat dimodifikasi oleh variabel lain, seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, keterampilan, dan motivasi. Variabel tersebut adalah karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi pribadi.

#### 1) Usia (*age*)

Usia merupakan variabel yang selalu diperhatikan didalam penelitian-penelitian epidemiologi. Usia akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang.

Elizabeth, B.H. (1995) dikutip Nursalam & Pariani S (2001) dalam Makhfudli (2010) mengatakan bahwa usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya.

Pola kesakitan atau kematian akan lebih mudah membacanya bila dikelompokkan berdasarkan golongan usia, untuk keperluan perbandingan maka WHO menganjurkan pembagian-pembagian usia sebagai berikut:

- (1) Menurut tingkat kedewasaan; 0-4 tahun adalah bayi dan anak, usia 15-49 tahun adalah orang muda dan dewasa, dan umur lebih dari 50 tahun adalah orang tua.
- (2) Interval 5 tahunan; usia kurang dari 1 tahun, usia 1-4 tahun, usia 5-9 tahun, usia 10-14 tahun sampai dengan usia 60 tahun keatas.
- (3) Mempelajari penyakit anak; usia 0-4 bulan, usia 5-10 bulan, usia 11-23 bulan, usia 2-4 tahun, usia 5-9 tahun, dan usia 10-14 tahun.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2005) dalam Makhfudli (2010) mengelompokkan usia menjadi 6 kategori, yaitu kelompok usia 15-24 tahun, kelompok usia 25-34 tahun, kelompok usia 35-44 tahun, kelompok usia 45-54 tahun, kelompok usia 55-64 tahun, dan kelompok 65 tahun.

Menurut Hurlock (2002) dalam makhfudli (2010) mengemukakan pembagian periode perkembangan usia manusia, yaitu usia 15-45 tahun atau periode dewasa awal adalah masa pencarian kemantapan dan suatu masa yang penuh dengan masalah dan ketegangan emosional, periode isolasi sosial periode komitmen dan masa ketergantungan, perubahan nilai-nilai, kreativitas dan penyesuaian diri pada pola hidup yang baru. Usia 46-65 tahun atau periode dewasa madya adalah masa dewasa madya merupakan masa transisi, dimana pria dan wanita meninggalkan ciri-ciri jasmani dan perilaku masa dewasanya dan memasuki suatu periode dalam kehidupan dengan ciri-ciri jasmani dan perilaku yang baru serta menerima dan menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik dan fisiologis. Umur lebih dari 66 tahun atau periode lanjut usia adalah periode penutupan dalam rentan kehidupan seseorang. Masa ini dimulai

dari usia 66 tahun sampai mati, yang ditandai dengan adanya perubahan yang bersifat fisik dan psikologis yang semakin menurun.

Beberapa alasan yang dapat menerangkan hubungan antara sesuatu keadaan dan usia, yaitu:

- 1) Fungsi dari proses usia, perkembangan fisiologis atau imunitas.
- 2) Refleksi dari perubahan kebiasaan dan jenis makanan yang berbeda-beda antara golongan usia atau dengan berjalannya waktu.
- 3) Hasil perubahan daya tahan tubuh.

Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) bahwa pada usia dewasa muda memiliki fungsi kontrol seseorang menunjukkan perkembangan yang pesat. Fungsi tersebut mencakup pengaturan informasi yang diperlukan, termasuk memilih strategi yang digunakan dan memonitor keberhasilan penggunaan strategi tersebut. Dalam pandangan model ini, dewasa muda merupakan pengatur yang aktif dari fungsi-fungsi kognitifnya sendiri. Oleh karena itu, dalam menghadapi suatu masalah, dewasa muda memilih masalah yang akan diselesaikannya, memutuskan besar usaha yang akan dilakukannya, memilih strategi yang akan digunakannya, menghindari hal-hal yang mengganggu usahanya, serta mengevaluasi kualitas hasil usahanya. Model pemrosesan informasi berasumsi bahwa dewasa akhir mempunyai kemampuan yang lebih terbatas dan berbeda dibanding orang yang tergolong pada dewasa muda. Dewasa akhir tidak dapat menyerap banyak informasi, kurang sistematis dalam hal informasi apa yang diserap, tidak mempunyai banyak pengetahuan mengenai dunia yang diperlukan untuk memahami masalah, dan kurang mampu memonitor kerja proses kognitifnya.



2) Jenis kelamin (*sex*)

Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) mengenai teori perkembangan kognitif Piaget, yaitu tingkat kognitif seseorang tidak ada kaitannya dengan jenis kelamin melainkan berhubungan erat dengan usia.

3) Budaya (*ethnicity*)

Menurut Taylor (2007) kebudayaan merupakan keseluruhan yang kompleks, yang didalamnya terkandung pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat, dan kemampuan-kemampuan lain yang didapat sebagai anggota masyarakat.

4) Kepribadian (*personality*)

Menurut Jones & Bartlett (n.d) kepribadian sehat yaitu tidak adanya gejala-gejala yang cukup untuk memasukkan individu kedalam kategorian kepribadian tertentu. Dilihat dari sudut pandang statistik, kepribadian sehat adalah kepribadian individu umumnya yang bila digambarkan secara statistik berada dalam kurva normal. Sementara kepribadian yang tidak sehat adalah kepribadian yang berada di luar kurva normal tersebut. Kepribadian sehat tidak hanya dilihat dari apakah pribadi tersebut tetapi menekankan pada apakah potensi yang dimiliki bisa dikembangkan secara optimal atau tidak.

5) Sosio-ekonomi (*socioeconomic*)

Makin buruk keadaan sosio-ekonomi dapat mengakibatkan nilai gizi dan higienis lingkungannya menjadi jelek dan menyebabkan rendahnya daya tahan tubuh mereka sehingga memudahkan mereka menjadi sakit seandainya mendapatkan penularan (Indan, 2000 dalam Makhfudli, 2010).

Jenis pekerjaan dapat berperan didalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan, yakni:

- 1) Adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas-gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan.
- 2) Situasi pekerjaan yang penuh dengan stress, yang dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi, ulkus peptikum.
- 3) Ada tidaknya “gerak badan” didalam pekerjaan, di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung coroner sering ditemukan dikalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dimana kurang adanya “gerak badan”.
- 4) Karena berkerumun dalam satu tempat yang relatif kecil dan sempit, maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara anggota keluarga terutama pada penyakit infeksi.
- 5) Penyakit cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerja di tambang.
- 6) Pengetahuan (*knowledge*)

Relevan pengetahuan dan persepsi positif merupakan faktor predisposisi untuk perubahan perilaku, membuat orang lebih cenderung untuk mencari kesehatan dan perawatan medis (Dennill et al., 1999 dalam Mtaita, 2009)

2. Manfaat dan kerugian/ hambatan yang dirasakan (*perceived benefits minus perceived barriers*)

- 1) Persepsi manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*)

Penerimaan seseorang terhadap pengobatan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit.

Menurut Jones & Bartlett (n.d) yang dimaksudkan dengan manfaat yang dirasakan, yaitu pendapat seseorang dari nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi resiko pengembangan penyakit. Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi resiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit.

2) Persepsi hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*)

Dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan atau rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

Karena perubahan adalah bukan sesuatu yang datang dengan mudah bagi kebanyakan orang, konstruk terakhir dari HBM adalah masalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Ini adalah evaluasi individu sendiri atas hambatan yang dihadapi untuk mengadopsi perilaku baru. Dari semua konstruksi, hambatan yang dirasakan adalah yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku (Janz & Becker, 1984 dalam Jones & Bartlett(n.d)).

Dalam rangka untuk perilaku baru yang akan diadopsi, seseorang perlu untuk percaya manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama. Hal ini memungkinkan hambatan yang harus diatasi dan perilaku baru yang akan diadopsi. Beberapa hambatan termasuk kesulitan dengan memulai perilaku baru atau mengembangkan kebiasaan baru, takut tidak mampu melakukan pemeriksaan dengan benar, rasa menyerah untuk melakukan deteksi dini dan malu.

3. Persepsi kerentanan/keseriusan yang dirasakan (*perceived susceptibility/perceived severity*)

1) Persepsi kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Persepsi seseorang terhadap risiko dari suatu penyakit agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia merasa rentan terhadap penyakit tersebut. Risiko pribadi atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko (de Wit et al., 2005 dalam Rawlett, 2011).

Persepsi kerentanan menjelaskan perilaku dalam beberapa situasi, tetapi tidak semua. Ketika persepsi kerentanan dikombinasikan dengan keseriusan, mereka baru berpersepsi ada dalam ancaman. Jika persepsi ancaman adalah penyakit serius yang memiliki contoh risiko nyata, perilaku sering berubah.

2) Persepsi keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*)

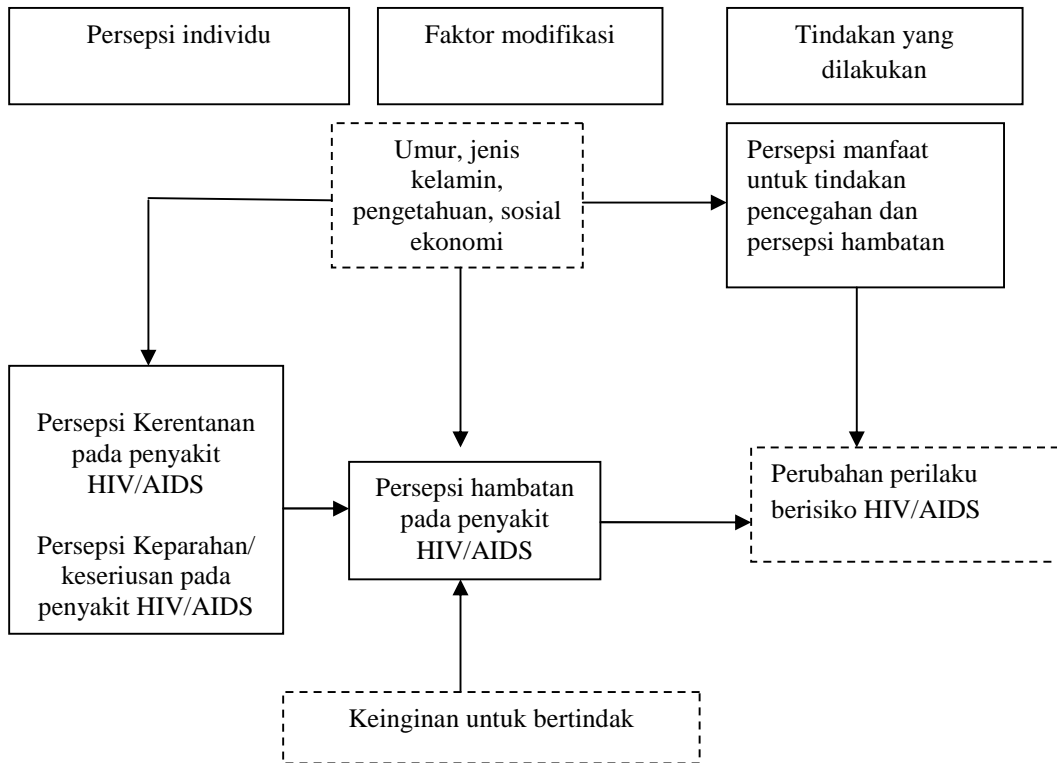
Tindakan seseorang dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan, misalnya: kecacatan atau kelumpuhan, dan juga dampak sosial seperti dampak terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial. Konstruksi keseriusan yang dirasakan berbicara dengan kepercayaan individu tentang keseriusan atau keparahan penyakit.



**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual Penelitian**



Gambar 2.4 *Theory Health Belief Model* (Becker,M.H & Maiman, L.A., 1975).

Keterangan :  Diukur  
 Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/ AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya berdasarkan *Theory Health Belief Model* (Becker,M.H & Maiman, L.A., 1975).

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan sosial (masyarakat). Di dalam kehidupan ini individu akan bernilai, baik positif maupun negatif, di suatu daerah atau wilayah tertentu. Apabila seseorang keadaannya atau berada pada daerah positif, maka berarti ia di tolak dari daerah negatif. Implikasinya di dalam kesehatan adalah, penyakit atau sakit adalah suatu daerah negatif sedangkan sehat adalah wilayah positif. Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut. Dimulai dari adanya input yaitu teori *Health Belief Model* yang akan mempengaruhi empat persepsi yang berfungsi sebagai konstruksi utama model: keseriusan yang dirasakan, kerentanan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, dan hambatan yang dirasakan. Masing-masing persepsi, secara individual atau dalam kombinasi, dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan.

Kunci konsep dan definisi dari *Health Belief Model* yaitu:

1. Persepsi terhadap kerentanan (*Perceived susceptibility*), yaitu kepercayaan seseorang mengenai kesempatan untuk mengkondisikan sesuatu. Persepsi seseorang terhadap resiko dari suatu penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia merasa rentan terhadap penyakit tersebut.
2. Persepsi terhadap keseriusan (*Perceived severity*), yaitu kepercayaan seseorang tentang bagaimana seriusnya suatu kondisi dan bagaimana akibat

dari kondisi itu. Tindakan seseorang dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan.

3. Persepsi manfaat (*Perceived benefits*), yaitu kepercayaan seseorang tentang kemanjuran/ keampuhan dari nasehat, untuk mengurangi resiko atau dampak yang serius. Penerimaan seseorang terhadap pengobatan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit.
4. Persepsi rintangan/ hambatan (*Perceived barriers*), yaitu kepercayaan seseorang tentang kenyataan dan harga kejiwaan dari tindakan menasehati. Dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan atau rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.
5. Isyarat atau tanda untuk bertindak (*Cues to action*), yaitu strategi-strategi untuk memacu “keadaan siap” seseorang. Kesiapan seseorang akibat kerentanan dan manfaat yang dirasakan dapat menjadi faktor potensial untuk melakukan tindakan. Selain faktor lingkungan, media massa, atau anjuran dari keluarga, teman dan sebagainya. HBM menyatakan bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak merupakan peristiwa, seseorang atau pemikiran berpindah ke orang lain untuk merubah perilaku mereka.
6. Faktor lainnya (*modifying factors*), yaitu perbedaan demografi, psikososial, dan struktur juga memberikan dampak pada persepsi individu secara



personal dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Contohnya: budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, kemampuan dan motivasi.

### 3.2 Hipotesis

Pada penelitian ini tidak terdapat hipotesis karena merupakan rancangan penelitian deskriptif.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

Menurut Nursalam (2008) yang di maksud dengan rancangan penelitian atau metode penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil.

#### **4.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan desain penelitian survei, yaitu penelitian dengan melakukan pengumpulan data yang relatif terbatas dari kasus-kasus yang relatif besar jumlahnya, penelitian ini bertujuan mengumpulkan informasi tentang variabel (Hidayat, 2010).

Rancangan survei dilakukan dengan cara mengidentifikasi persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa pada waktu hanya satu kali pada satu saat tanpa adanya *follow up*.

#### **4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pekerja bangunan Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Tahun 2013 yang berjumlah 118 orang.

##### **4.2.2 Sampel**

Nursalam (2008) berpendapat bahwa sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling.

### 4.2.3 Besar sampel

Dalam penelitian ini besar sampel peneliti, yaitu sebanyak 50 orang. Di dalam penelitian ini peneliti telah menentukan kriteria inklusi, sebagai berikut: 1) pekerja bangunan yang bekerja dalam Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Tahun 2013 dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah: 1) pekerja bangunan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Tahun 2013 yang telah pindah dan berhenti bekerja dalam kurun waktu proyek dilaksanakan; 2) pekerja bangunan yang tidak pernah sekolah (tidak bisa baca dan tulis).

### 4.2.4 Teknik pengambilan sampel

Sampling pada penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling*, yaitu *convenience sampling*. Sampling ini dipilih karena kurangnya pendekatan kepada pekerja bangunan dan tidak memungkinkan untuk melakukan komunikasi lama terhadap responden. Pada penelitian ini pekerja bangunan yang dijadikan sampel dipilih oleh mandor proyek. Hal ini dikarenakan proyek harus bekerja sesuai target waktu yang telah ditentukan oleh PT. Mekanindo Lestanus. Sehingga pada saat penelitian dilakukan dan yang diperbolehkan oleh mandor yang dapat dijadikan responden pada saat itu.

## 4.3 Identifikasi Variabel

### 4.3.1 Klasifikasi Variabel Penelitian

Variabel merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2008). Variabel dalam penelitian ini, yaitu: 1) Persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan (*perceived benefits minus dan perceived*

*barrier*); dan 2) persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan (*perceived severity dan perceived threat*).

#### 4.4 Definisi Operasional

Perumusan definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Definisi operasional persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/ AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya.

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel penelitian: Persepsi pekerja bangunan	Tanggapan, pemikiran atau penilaian yang menggambar kan kerentanan yang dirasakan pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/ AIDS	1. Kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit HIV/AIDS 2. Dirasakan keparahan terhadap penyakit HIV/AIDS	Kuesi oner	Ordinal	Skor untuk jawaban SS=4 S=3 TS=2 STS=1 Kategori : - Tinggi = T - Rendah = < mean data
	Pandangan seseorang tentang manfaat yang dirasakan dalam melakukan sesuatu perilaku untuk mengurangi resiko pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/ AIDS	Manfaat menghindari perilaku berisiko terhadap penyakit HIV/AIDS	Kuesi oner	Ordinal	Skor untuk jawaban SS=4 S=3 TS=2 STS=1 Kategori : - Tinggi = T - Rendah = < mean data

---

Pandangan seseorang tentang hambatan dalam menjauhi perilaku berisiko HIV/AIDS	Hambatan praktis dan psikologis yang muncul dalam proses menjauhi perilaku berisiko HIV/AIDS	Kuesi oner	Ordinal	Pertanyaan negatif Skor untuk jawaban SS=1 S=2 TS=3 STS=4 Kategori : - Tinggi = T mean data - Rendah = < mean data
--	--	------------	---------	--

---

#### 4.5 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data agar lebih mudah dan baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2010). Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar kuisisioner yang merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahuinya agar dapat diketahui data yang diperlukan dalam penelitian. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan: Lembar permintaan menjadi responden penelitian, lembar persetujuan menjadi responden, dan lembar kuisisioner. Kuisisioner dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Kuisisioner pengantar yang memberikan gambaran mengenai identitas demografi dan kondisi responden, meliputi umur, pendidikan terakhir, status pernikahan, agama, alamat asal, frekuensi pulang kerumah, lama bekerja, informasi HIV/AIDS, dan riwayat penyakit yang pernah diderita.

2. Kuesioner persepsi kerentanan, keparahan HIV/AIDS, manfaat dan hambatan yang dikembangkan dari kuesioner *AIDS Health Belief Scale* (Peltzer, 2000). Terdiri dari 16 pertanyaan dengan jawaban yang sudah disediakan oleh peneliti, sehingga responden tinggal memilih jawaban dari tiap-tiap pertanyaan dengan mengisi tanda ( ) pada kolom yang sudah disediakan. Pertanyaan tersebut mengenai:

- 1) Persepsi kerentanan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pertanyaan no. 1,2,3,4.
- 2) Persepsi keparahan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS pernyataan no. 5,6,7,8.
- 3) Persepsi manfaat yang dirasakan bila menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS pernyataan no. 9,10,11,12.
- 4) Persepsi hambatan yang dirasakan untuk menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS pernyataan no. 13,14,15,16.

#### **4.6 Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya Tahun 2013. Waktu yang digunakan dalam penelitian pada bulan Juni minggu ke empat.

#### **4.7 Prosedur pengambilan atau pengumpulan data**

Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

Proses awal untuk studi pendahuluan pada penelitian ini, penulis membuat surat untuk studi pendahuluan ke Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya melalui layanan akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga pada tanggal 2 April 2013. Kemudian peneliti mendapatkan surat tersebut pada tanggal 6 April 2013. Setelah itu dilanjutkan dengan penyerahan surat permohonan izin pengambilan data awal kepada Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya. Kemudian izin tujukan juga ke Dinas Kesehatan Kota. Pengambilan data awal dilakukan oleh peneliti pada bulan April untuk mendapatkan jumlah pekerja bangunan di Proyek Wisma Sehati PT Mekanindo Lestanusa Surabaya, kontrak waktu penelitian pada hari libur untuk pelaksanaan pembagian kuisisioner. Peneliti mendapatkan informasi bahwa para pekerja bangunan tidak disediakan tempat tinggal tersendiri melainkan tinggal di proyek yang sedang di bangun, namun pengawas seperti mandor memiliki tempat penginapan tersendiri. Survey awal terhadap 10 responden juga peneliti lakukan pada tanggal 4 Mei 2013. Responden yang diwawancarai dengan menggunakan kuisisioner di mana pekerja bangunan dipilih oleh mandor PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya.

Kemudian pada bulan Juni minggu keempat, peneliti mengajukan kembali surat untuk pelaksanaan penelitian ke Proyek Wisma Sehati PT Mekanindo Lestanusa Surabaya. Selanjutnya di hari libur minggu pertama Juli peneliti berencana turun ke Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa untuk mengumpulkan para pekerja dalam rangka memberikan surat permohonan dan *informed consent* sebagai persetujuan menjadi responden. Kemudian peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan dan langkah dari penelitian serta

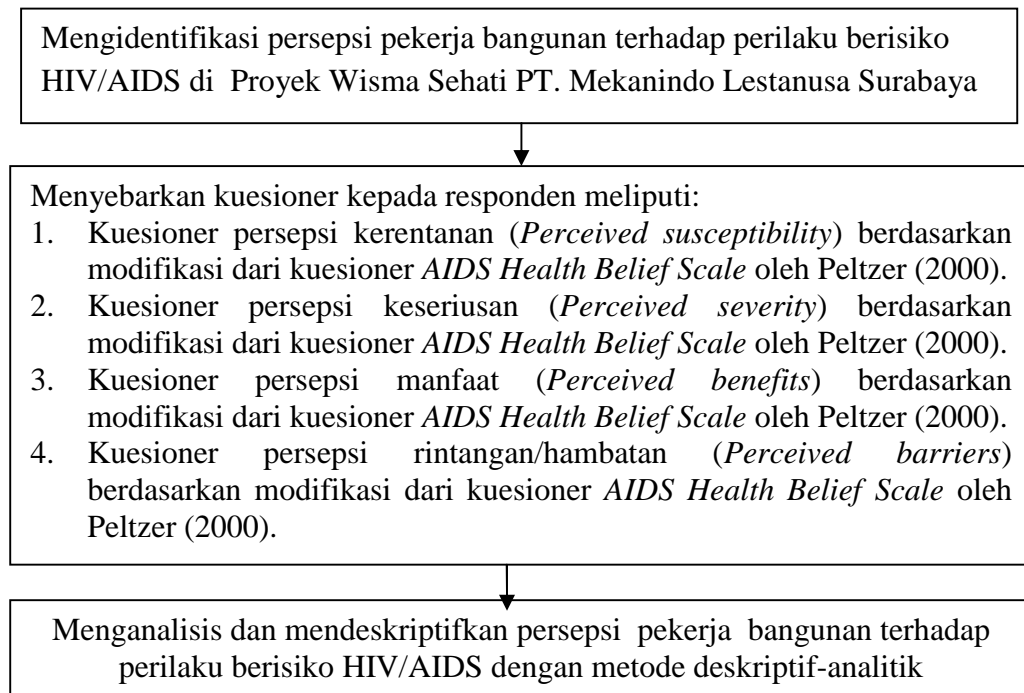
memberikan surat permohonan menjadi responden untuk ditandatangani. Responden yang telah menyetujui *inform consent* kemudian memberikan kuesioner yang telah disediakan.

Setelah responden bersedia, peneliti memberikan arahan tentang pengisian kuesioner. Pada setiap pengisian kuesioner peneliti mendampingi semua responden terkait hal yang kurang dimengerti. Cara untuk mengurangi terjadinya pengisian kuesioner yang tidak tepat (alasan-alasan, lupa, malas, dimanipulasi, dan lain-lain) adalah dengan memberikan motivasi untuk berpartisipasi dengan jujur. Pada setiap responden, kegiatan pengukuran kuesioner dilakukan satu kali dalam satu waktu tanpa ada *follow up*. Setiap responden selesai mengisi kuesioner mendapatkan *reward* berupa pemeriksaan dasar dari peneliti berupa pengukuran tekanan darah gratis serta responden diizinkan untuk konsultasi tentang kesehatan yang terkait penyakit yang dirasakan responden dan peneliti mencoba untuk memberikan alternative solusi/pemecahan masalah yang terbaik. Selain itu *reward* lain diberikan berupa pemberian snack dan minuman gratis dari peneliti. Penelitian ini sedapat mungkin dilakukan selama satu hari pada hari libur tersebut, dengan bantuan tiga orang teman peneliti, di mana pengisian kuisisioner dilakukan pendampingan oleh peneliti. Hal ini dikarenakan sangat terbatasnya waktu yang diberikan oleh mandor disebabkan karena target waktu kerja proyek.

Setelah semua data terkumpul, dilakukan tabulasi data, dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak komputer yang kemudian dapat diketahui hasil adanya hubungan.



#### 4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.8 Kerangka kerja proposal persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusura Tahun 2013

#### 4.9 Analisis Data

Pada penelitian ini pengolahan data dengan menggunakan komputerisasi berdasarkan tahap pengolahan analisis data yang dilakukan berdasarkan teknik-teknik sebagai berikut.

1. *Data coding*, peneliti memberi kode pada kuesioner responden yang akan diteliti, yaitu mengubah data berbentuk huruf menjadi angka atau bilangan. Pemberian kode sesuai pembagian kategori hanya diberikan pada data demografi, yaitu sebagai berikut:

1) Umur (Badan penelitian dan pengembangan kesehatan, 2005).

1 = 15-24 tahun

2 = 25-34 tahun

3 = 35-44 tahun

4 = 45-54 tahun

5 = 55-64 tahun

6 =  $\geq$  65 tahun

2) Pendidikan (Nursalam, 2008).

1 = Tidak sekolah

2 = Lulus SD

3 = Lulus SMP

4 = Lulus SMA

5= Lulus perguruan tinggi

3) Lama bekerja (Lin, et al, 2008)

1 =  $<$  6 tahun

2 = 6- 15 tahun

3 = 16-25 tahun

4 = 26 tahun ke atas

4) Penghasilan perbulan (Pergub Jatim No. 72 Tahun 2012)

1 = Rp. 1.257.000

2 =  $<$  Rp. 1.257.000

2. *Data editing*, peneliti melihat kelengkapan data pada pengisian data penelitian pada lembar kuisisioner.

3. *Data entry*, peneliti memasukkan data yang telah terkumpul dalam bentuk tabel sesuai dengan kode yang telah ditentukan sebelumnya.

4. *Data clearing*

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan pengolahan data menggunakan analisa data deskriptif, yaitu:

Pada aspek sikap digunakan skala likert yang terdiri dari empat alternatif jawaban yaitu sangat Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Untuk penilaian pada setiap pernyataan:

Kemungkinan Jawaban	Positif	Negatif
Sangat setuju	4	1
Setuju	3	2
Tidak setuju	2	3
Sangat tidak setuju	1	4

Kemudian diperhitungkan nilai skor jawaban kuesioner dengan rumus

$$T = 50 + 10 \left\{ \frac{\sum (X - \bar{X})}{s} \right\}$$

Keterangan :

X = skor responden

$\bar{X}$  = nilai rata-rata kelompok

s = standart deviasi

1. Persepsi tentang kerentanan dan keparahan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS

Nilai ditetapkan dengan kategori sbb:

- 1) Nilai skor T = mean data : kerentanan dan keparahan dirasakan
- 2) Nilai skor T < mean data : kerentanan dan keparahan tidak dirasakan

2. Persepsi tentang manfaat yang dirasakan bila menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS

Nilai ditetapkan dengan kategori sbb:

- 1) Nilai skor  $T \geq$  mean data : manfaat dirasakan
  - 2) Nilai skor  $T <$  mean data : manfaat tidak dirasakan
3. Persepsi tentang hambatan yang dirasakan untuk menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS

Nilai ditetapkan dengan kategori sbb:

- 1) Nilai skor  $T \geq$  mean data : hambatan dirasakan
- 2) Nilai skor  $T <$  mean data : hambatan tidak dirasakan

#### **4.10 Etik (*Ethical Clearance*)**

Dalam pelaksanaan penelitian ini peneliti akan mendapat surat pengantar izin penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang ditujukan kepada Pimpinan Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya. Setelah disetujui peneliti akan melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik tersebut meliputi:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed consent*)

Penulis akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika responden pekerja bangunan bersedia ikut dalam penelitian, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika responden pekerja bangunan menolak, maka penulis tidak akan memaksa dan tetap akan menghormati hak responden untuk menolak penelitian ini.

## 2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Penulis tidak akan mencantumkan identitas responden pada lembar pengumpulan data, hanya dengan menggunakan kode pada masing-masing lembar yang diisi atau diobservasi pada responden.

## 3. Kerahasiaan (*Confidentiallity*)

Kerahasiaan responden akan dijamin oleh peneliti dengan baik tidak dicantumkan identitas responden dan hanya data tanpa nama yang akan disajikan sebagai hasil dari penelitian.

### **4.11 Keterbatasan**

Dalam penelitian ini, penulis menghadapi beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari penelitian yang dilakukan. Adapun keterbatasan tersebut, yaitu:

1. Kebanyakan responden menolak untuk diberi kuesioner terkait pekerjaan yang kejar target kecuali yang ditunjuk oleh mandor saja yang diperbolehkan mengisi kuesioner dari peneliti.
2. Para pekerja masih menutup diri untuk berbicara atau bertukar pikiran tentang penyakit HIV/AIDS dikarenakan mereka masih menganggap tabu dengan penyakit HIV/AIDS serta cara-cara penularannya.
3. Tidak adanya tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3) sehingga sulit mengetahui perilaku kesehatan para pekerja dan susahny koordinasi yang berhubungan dengan kesehatan pekerja.



## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan tentang penelitian persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya. Data yang akan disajikan dalam bentuk diagram, tabel dan narasi. Penyajian hasil penelitian dibagi dalam tiga bagian yaitu gambaran umum lokasi penelitian, data umum tentang karakteristik responden, dan data khusus yang mencakup tentang gambaran persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya yang letaknya menghadap ke arah timur Jl. Diponegoro No. 19-21 Surabaya. Proyek pembangunan ini berdekatan dengan RS RKZ. Luas tanah proyek bangunan ini berukuran 1500 m<sup>2</sup> dengan luas gedung 693 m<sup>2</sup>, lantai satu terdapat kantor staf para pelaksana proyek dan lantai dua terdapat satu kantin khusus para pekerja makan sehari-hari. Pekerja proyek bangunan ini terdiri dari 6 orang mandor dan bangunan ini terdiri dari 10 lantai yang sedang dalam pembangunan. Perekrutan pekerja bangunan dilakukan secara bertahap sesuai dengan bidang atau lahan yang akan dikerjakan misalnya, bidang pembangunan pondasi bangunan, bidang pemasangan lantai bangunan, bidang pemasangan kaca bangunan, dan sebagainya. Jumlah pekerja bangunan pada bulan April berjumlah

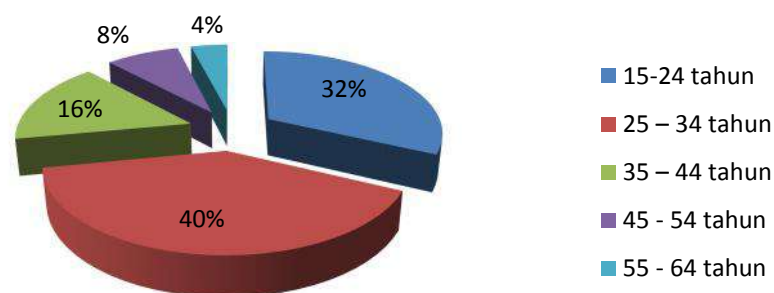
118 orang dan sebagian besar pekerja bangunan tersebut berasal dari luar kota Surabaya (daerah Blora, Jawa Tengah). Para pekerja bangunan tidak disediakan tempat tinggal sendiri kecuali para pelaksana dan mandornya yang tinggal dipenginapan. Para pekerja bangunan sebagian besar tinggal di proyek dan hanya sebagian kecil saja yang tinggal dalam kota Surabaya yang pulang ke rumahnya masing-masing. Pekerja bangunan yang tinggal di luar kota Surabaya sangat jarang pulang dikarenakan ketidakcukupan biaya untuk pulang sesering mungkin dan terkait kerja bangunan yang kejar target. Pada proyek ini belum terbentuk tim kesehatan dan keselamatan kerja namun masing-masing pekerja di beri Jamsostek bila ada yang sakit akibat kecelakaan kerja. Para pekerja wajib menjaga kesehatan dan keselamatan kerjanya masing-masing pada saat bekerja. Karena belum terbentuknya tim kesehatan dan keselamatan kerja maka penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti helm dan sepatu boot hanya sebagian saja yang memakainya yaitu mandor dan sebagian pekerja yang melakukan pengecoran bangunan. Setiap jam istirahat dipergunakan oleh pekerja bangunan untuk istirahat dan tidur. Keadaan pekerja bangunan proyek Wisma Sehati tergolong resiko tinggi terhadap penularan HIV/AIDS karena selain jauh dari keluarga, tekanan jam kerja tinggi, dan dekat dengan lingkungan perilaku berisiko HIV/AIDS dikarenakan banyak Penjaja Seks Komersil (PSK) yang menawarkan diri mereka pada malam hari disekitaran jalan Diponegoro tersebut ditunjang tidak adanya tim kesehatan dan keselamatan kerja untuk mengontrol perilaku keseharian mereka sehingga tidak mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Selain itu, para pekerja bangunan belum tahu tentang layanan tes HIV/AIDS dan lokasi layanan yang telah tersedia di kota Surabaya. Selama



proyek dibangun belum pernah ada informasi terkait HIV/AIDS kepada seluruh pekerjanya, namun para pekerja sebagian besar tahu penyakit HIV/AIDS dari media massa. Para pekerja bangunan di proyek tersebut lebih banyak berjenis kelamin laki-laki daripada wanita.

### 5.1.2 Karakteristik demografi responden

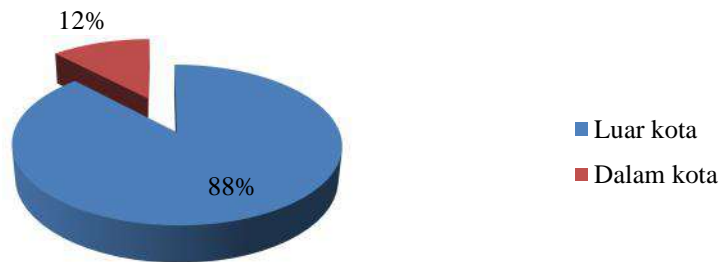
#### 1. Usia Responden



Gambar 5.1 Distribusi responden penelitian berdasarkan umur di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (40%) berumur 25-34 tahun. Semakin tinggi umur seseorang maka semakin baik cara berfikir orang tersebut. Semakin baik cara berfikir, maka semakin baik perilaku seseorang tersebut. Sehingga perilaku yang sifatnya pencegahan penularan penyakit HIV/AIDS akan dianggap perilaku berisiko yang baik untuk dihindari.

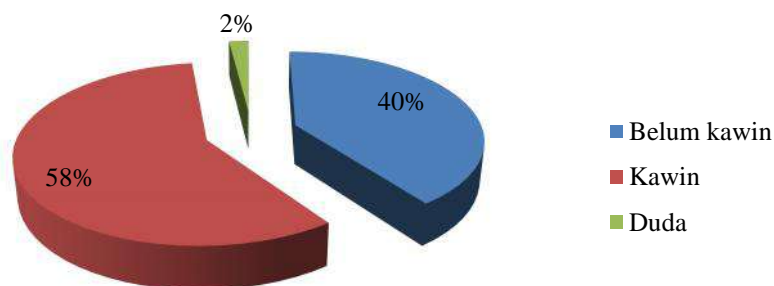
## 2. Asal daerah



Gambar 5.2 Distribusi responden penelitian berdasarkan asal daerah di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (88%) berasal dari luar kota Surabaya. Pekerja yang termasuk dalam kategori *mobile migrant population* yang merupakan salah satu kelompok pekerja yang berisiko terhadap penularan HIV/AIDS dikarenakan jauh dari pasangan atau keluarga.

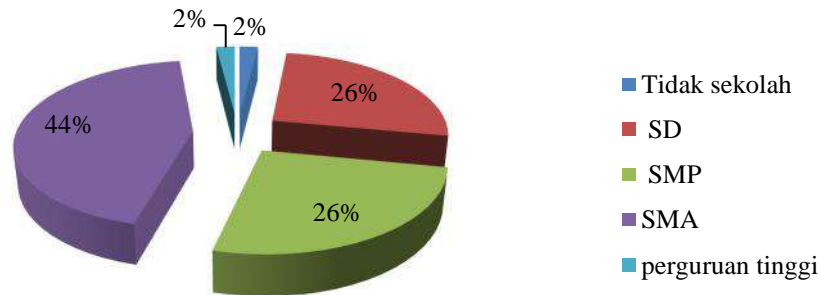
## 3. Status Perkawinan



Gambar 5.3 Distribusi responden penelitian berdasarkan status perkawinan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (58%) sudah memiliki status menikah (kawin). Jauh dari pasangan atau keluarga merupakan faktor pendukung untuk terjadinya perilaku berisiko HIV/AIDS.

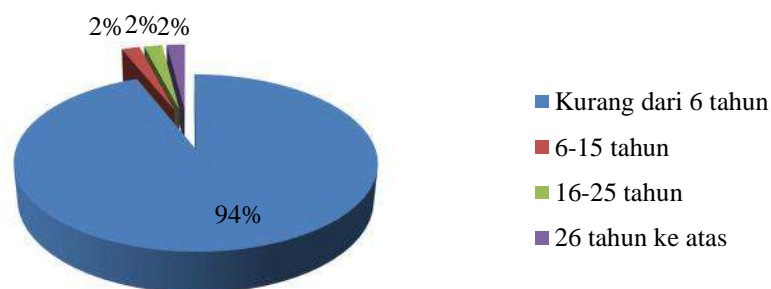
#### 4. Pendidikan terakhir



Gambar 5.4 Distribusi responden penelitian berdasarkan tingkat pendidikan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (44%) sudah memiliki pendidikan SMU. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin banyak pengetahuan yang merupakan faktor predisposisi dan merupakan dasar untuk mengerjakan sesuatu atau bertindak sehingga perubahan perilaku dalam pencegahan penularan HIV/AIDS dapat dilakukan oleh individu tersebut.

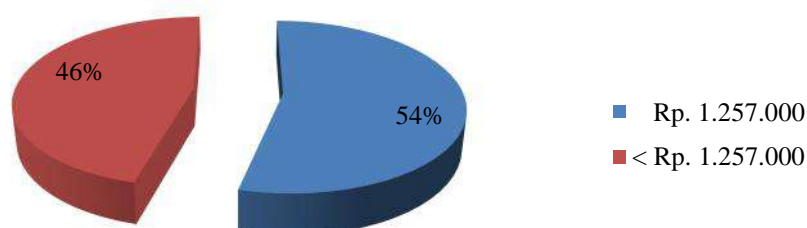
#### 5. Lama bekerja



Gambar 5.5 Distribusi responden penelitian berdasarkan frekuensi lama bekerja di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusa Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (94%) lama bekerja kurang dari enam tahun. Lamanya seseorang terpapar dalam situasi pekerjaan yang menimbulkan kesakitan seperti terpapar benda-benda fisik yang menimbulkan kecelakaan serta faktor lingkungan maka akan semakin erat hubungannya untuk melakukan perilaku berisiko HIV/AIDS.

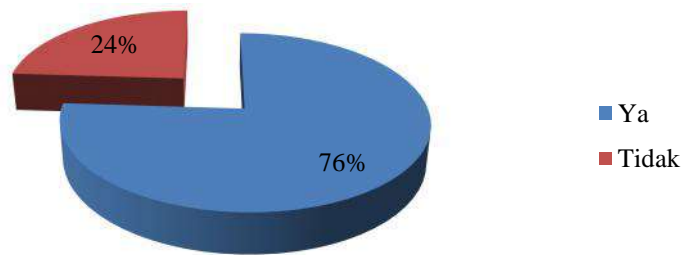
## 6. Penghasilan



Gambar 5.6 Distribusi responden penelitian berdasarkan jumlah penghasilan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (54%) memiliki jumlah penghasilan sebesar Rp. 1.257.000. Penilaian antara tingkat pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun upaya pencegahan sangat erat kaitannya. Seseorang mungkin tidak menjaga kualitas kesehatannya karena keterbatasan biaya. Pola hubungan yang biasanya terjadi, semakin tinggi penghasilan seseorang maka semakin tinggi pula upaya pencegahan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

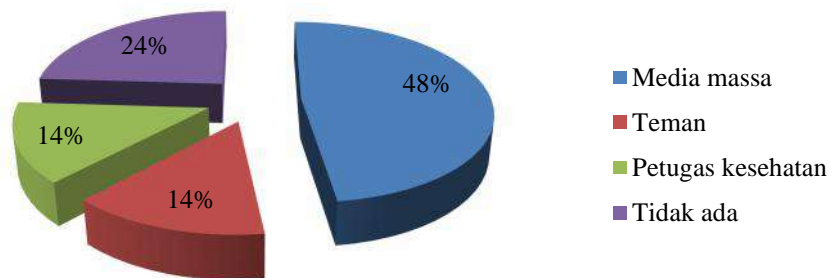
## 7. Informasi



Gambar 5.7 Distribusi responden penelitian berdasarkan informasi di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (76%) mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS. Relevan pengetahuan tentang HIV/AIDS yang didapat dari informasi dan persepsi positif merupakan faktor predisposisi untuk perubahan perilaku, membuat orang lebih cenderung untuk mencari kesehatan dan perawatan medis.

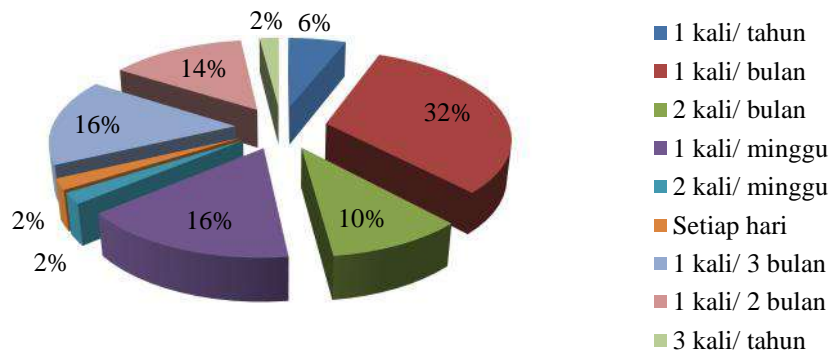
## 8. Asal informasi



Gambar 5.8 Distribusi responden penelitian berdasarkan asal informasi di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (48%) mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dari media massa. Peran komunikasi dalam proses pengambilan keputusan pencegahan dalam kesehatan sangatlah penting, dimana media massa memiliki peranan sangat penting dalam komunikasi sehingga mampu mengubah pemikiran seseorang kearah pencegahan perilaku berisiko HIV/AIDS.

### 9. Frekuensi pulang ke rumah asal



Gambar 5.3 Distribusi responden penelitian berdasarkan frekuensi pulang ke rumah asal di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanus Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden (32%) frekuensi pulang ke rumah asal sekali sebulan. Frekuensi pulang ke rumah asal yang semakin kurang merupakan faktor pendukung untuk terjadinya perilaku berisiko HIV/AIDS.

### 5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil dari kuesioner yang disebarkan pada responden.

Tabel 5.1 Tabel persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya pada tanggal 6 Juli 2013.

Jenis persepsi	Kategori		Total (persentase)
	Dirasakan	Tidak dirasakan	
Persepsi kerentanan	25 (50%)	25 (50%)	50 (100%)
Persepsi keparahan	23 (46%)	27 (54%)	50 (100%)
Persepsi manfaat	29 (58%)	21 (42%)	50 (100%)
Persepsi hambatan	19 (38%)	31 (62%)	50 (100%)

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan persepsi kerentanan yang dirasakan (50%) dan persepsi kerentanan yang tidak dirasakan (50%). Kerentanan adalah persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko.

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan persepsi keparahan yang dirasakan (46%) dan persepsi keparahan yang tidak dirasakan (54%). Dalam hal ini tindakan seseorang dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan atau keparahan dari suatu penyakit yang dirasakan.

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan persepsi manfaat yang dirasakan (58%) dan persepsi manfaat yang tidak dirasakan (42%). Dalam hal ini manfaat penerimaan seseorang terhadap pencegahan penyakit dapat disebabkan karena

keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit. Seseorang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi mereka untuk berkembangnya suatu penyakit.

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan persepsi hambatan yang dirasakan (38%) dan persepsi hambatan yang tidak dirasakan (62%). Kepercayaan seseorang tentang kenyataan dan harga kejiwaan dari tindakan menasehati. Sehingga dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan atau rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

### **5.1.2 Pembahasan**

Berdasarkan tabel 5.1 mengemukakan persepsi kerentanan yang dirasakan dan tidak dirasakan berjumlah sama yaitu 50%. Sebagian orang menganggap kerentanan adalah persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Dalam Rawlett, 2011 menyatakan bahwa semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko. Penulis dapat menyimpulkan bahwa setiap orang akan merasa dirinya rentan atau merasa berisiko terhadap perilaku HIV/AIDS yang akan dilakukan bila orang tersebut memiliki persepsi serius terhadap penyakit yang akan timbul akibat perilaku berisiko HIV/AIDS. Tindakan pencegahan penyakit HIV/AIDS akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa individu atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut. Tindakan pencegahan untuk perilaku menghindari tindakan berisiko akan dilakukan jika persepsi anggota masyarakat menganggap bahwa perilaku berisiko tertularnya penyakit HIV/AIDS



merupakan suatu hal yang rentan dan serius yang perlu di waspadai oleh masing-masing individu. Pekerja bangunan merupakan *kategori mobile migrant population* yang merupakan salah satu kelompok berisiko tertularnya penyakit HIV/AIDS dan hal ini ditunjang karena sebagian besar pekerja bangunan pulang kerumah asal sekali dalam sebulan sebanyak 32% dengan status 58% sudah menikah dan sebagian besar (88%) berasal dari luar kota Surabaya. Tuntutan pekerjaan yang sering berpindah-pindah, menetap disuatu tempat dalam kurun waktu yang relatif singkat serta jauh dari pasangan atau keluarga sangat rentan untuk terjadinya perilaku berisiko HIV/AIDS. Pekerja bangunan sebagian masih kurang menyadari dengan jenis pekerjaan yang sedang mereka jalani merupakan salah satu faktor yang dapat memicu terjadinya perilaku berisiko HIV/AIDS. Persepsi kerentanan tidak semua pekerja merasakannya, namun hanya sebagian saja yang merasa berisiko terhadap penularan HIV/AIDS.

Berdasarkan tabel 5.1 persepsi keparahan tidak dirasakan lebih besar yakni berjumlah 54%. Menurut Glanz (2003) bahwa tindakan seseorang dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan. Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit. Penulis dapat menyimpulkan seseorang akan merasakan dirinya rentan terhadap penyakit yang serius, sehingga akan melakukan suatu tindakan pencegahan. Persepsi masing-masing individu berbeda mengenai konsep sehat-sakit sehingga individu yang merasa dirinya sakit secara klinis menganggap dirinya selalu sehat dalam kesehariannya. Individu tersebut akan tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari sebagaimana orang sehat. Konsep masyarakat bahwa seseorang dikatakan sehat

apabila dapat melakukan pekerjaan. Masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Pemahaman konsep sehat-sakit anggota masyarakat dengan petugas kesehatan yang berbeda dapat mempengaruhi tingkat keparahan suatu penyakit yang diderita oleh anggota masyarakat. Perubahan pemikiran dalam rangka menyamakan persepsi perlu dilakukan sebagai salah satu upaya tenaga kesehatan dalam rangka menciptakan kehidupan yang sehat optimal dan terhindar dari perilaku berisiko yang akan menyebabkan kesehatan terganggu baik itu perilaku berisiko penyakit HIV/AIDS maupun perilaku berisiko yang akan menyebabkan terjadinya suatu penyakit lainnya. Penelitian ini masih terdapat perbedaan antara persepsi responden dengan peneliti terhadap keparahan suatu penyakit yang dirasakan. Penghasilan pekerja bangunan yang lebih tinggi ( Rp. 1.257.000) mayoritas (54%) membantu dalam hal persepsi keparahan sehingga setelah para pekerja merasa bahwa dirinya serius menderita penyakit, maka para pekerja akan mencari atau bertindak ke pelayanan kesehatan.

Berdasarkan tabel 5.1 persepsi manfaat yang dirasakan lebih besar yaitu sebanyak 58%. Pekerja bangunan merasa memiliki keuntungan menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS. Menurut glanz, Rimer, dan Lewis, 2002; national cancer institute (NCI), 2003 bahwa manfaat penerimaan seseorang terhadap pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit. Penulis dapat menyimpulkan seseorang cenderung akan melakukan perilaku sehat ketika individu tersebut percaya bahwa perilaku baru akan mengurangi berkembangnya suatu penyakit. Manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di

dalam melakukan tindakan tersebut. Pentingnya kepercayaan seseorang tentang kemandirian/ keampuhan dari nasehat, untuk mengurangi resiko atau dampak yang serius. Hasil demografi pekerja bangunan banyak yang termasuk kategori pekerja yang berusia produktif (usia 25-34 tahun) sebanyak 40% yang diharapkan mampu berpikir positif dalam rangka pencegahan perilaku berisiko HIV/AIDS. Seseorang menimbang keuntungan yang diperoleh antara biaya yang dikeluarkan dengan tingkat sakitnya. Keuntungan yang dirasakan akan terasa lebih besar daripada kerugian, seseorang akan berfikir bahwa dampak itu akan bermanfaat buat dirinya. Dampak kerugian akan lebih besar jika persepsi manfaat tidak dirasakan oleh seseorang. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pekerja bangunan menafsirkan hal yang baik terhadap adanya persepsi manfaat yang dirasakan dalam rangka menghindari penularan perilaku berisiko HIV/AIDS. Pekerja bangunan sebagian besar (54%) memiliki penghasilan Rp. 1.257.000 sehingga dengan penghasilan ini diharapkan mampu mendukung para pekerja bangunan dari segi ekonomi dalam usaha pencarian pelayanan kesehatan perilaku berisiko HIV/AIDS, selain itu tim kesehatan penanggulangan penyakit HIV/AIDS perlu memfasilitasi dan memberikan informasi dengan sebaik-baiknya agar pencapaian tujuan menguntungkan atau bermanfaat bagi para pekerja bangunan sehingga manfaat yang dirasakan akan berdampak positif bagi para pekerja bangunan.

Berdasarkan tabel 5.1 persepsi hambatan tidak dirasakan lebih besar yakni berjumlah 62%. Hambatan pekerja bangunan dalam menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS tidak dirasakan. Menurut Lewin (1954) dalam Notoatmodjo (2007), pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan atau rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan, sehingga

hambatan tidak dirasakan akan dialami oleh seseorang. Pekerja tidak merasa adanya hambatan yang terjadi dalam usaha menghindari perilaku berisiko karena para pekerja banyak yang mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS melalui media massa (48%), sehingga cara berpikir dan niat untuk menghindari terjadinya penularan HIV/AIDS telah ada dibenak mereka. Besarnya manfaat yang diperoleh seseorang maka akan mempengaruhi hambatan yang dirasakan. Manfaat yang diperoleh lebih besar berarti bebas hambatan atau dalam arti lain hambatan semakin tidak dirasakan oleh individu tersebut. Persepsi manfaat yang mendukung ketidak adanya hambatan dalam menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS merupakan persepsi hambatan para pekerja bangunan dalam rangka menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS sehingga tidak terjadi.

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model*.

#### 6.1 Kesimpulan

1. Gambaran tentang adanya persepsi kerentanan yang dirasakan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu sebanyak 50%. Karena persepsi ini lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat sehingga semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko.
2. Gambaran tentang adanya persepsi keparahan yang tidak dirasakan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu sebanyak 54%. Hal ini dikarenakan jika persepsi keparahan dikombinasikan dengan persepsi kerentanan, mereka baru berpersepsi ada dalam ancaman serius yang memiliki contoh risiko nyata kemudian perilaku sering berubah.
3. Gambaran tentang adanya persepsi manfaat yang dirasakan menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu sebanyak 58%. Hal ini dikarenakan keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit. Sehingga dalam penelitian ini

seseorang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi berkembangnya suatu penyakit.

4. Gambaran tentang adanya persepsi hambatan yang tidak dirasakan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu sebanyak 62%. Hal ini dikarenakan individu sendiri tidak merasakan adanya hambatan yang dihadapi untuk mengadopsi perilaku baru karena perilaku baru tersebut membawa manfaat/ keuntungan.

## **6.2 Saran**

1. Bagi Pimpinan PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya

Diharapkan dapat melakukan kerja sama dengan rumah sakit atau puskesmas setempat untuk penyediaan fasilitas kegiatan pencegahan infeksi HIV/AIDS di lokasi proyek Wisma Sehati Surabaya dengan melakukan hubungan kerja sama melalui tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3).

2. Bagi mandor proyek Wisma Sehati Surabaya

Sebaiknya dibentuk tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3) agar seluruh pekerja bangunan dapat memperoleh informasi terkait penyakit dan perilaku-perilaku yang berisiko terhadap penularan penyakit HIV/AIDS sehingga mampu mengendalikan diri untuk menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS.

3. Bagi pekerja bangunan di Proyek Wisma Sehati Surabaya

Diharapkan mulai dapat berperilaku sehat dan mampu meluangkan waktu untuk melakukan pemeriksaan atau tes HIV/AIDS dengan sukarela di Puskesmas atau layanan kesehatan terdekat yang menyediakan tes

pencegahan HIV/AIDS sehingga dapat terhindar dari penularan infeksi HIV/AIDS sejak dini.

4. Peneliti selanjutnya

Diharapkan hasil identifikasi ini dapat menjadi rujukan serta perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang persepsi pekerja bangunan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS dengan lingkup lebih luas agar didapatkan hasil penelitian yang lebih signifikan terhadap keseluruhan persepsi dimasing-masing proyek bangunan yang ada di Surabaya sehingga hasil lebih representatif dan dapat menjadi wacana buat peneliti selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Saifuddin., 2011. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Butt, Leslie., 2010. *Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua*. Papua: Kerjasama Penelitian antara Pusat Studi Kependudukan-UNCEN, Abepura, Papua dan University of Victoria, Canada.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI., 2012. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS, Triwulan II, Tahun 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Djuanda, Adhi., 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Kelima*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A., 2011. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Kelapa Pariwara.
- Hidayat, A., 2013. *Blogspot*. (Online) diunduh dari: <http://statistikian.blogspot.com/2013/02/spearman-rho-exel.html#.UYKLCIKbLhk> diakses pada 2/05/2013.
- Kementerian Kesehatan RI., 2013. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS Tahun 2012*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Lin, S., Tang, W., Miao, J., Wang, Z., & Wang, P. 2008. *Safety Climate Measurement at Workplace in China: A validity and reliability assesment*. *Safety Science* 46, 1037-1046
- Makhfudli., 2010. *Faktor yang Mempengaruhi Konversi BTA pada pasien Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS Kategori I di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya*, Surabaya: Tesis Program pascasarjana Universitas Airlangga.
- Mandal, Wilkins., 2008. *Penyakit Infeksi Edisi Keenam*. Semarang: Erlangga.
- Murtiastutik, Dwi., 2008. *Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mutia, Y., 2008. *Perilaku Seksual Berisiko Terkait HIV/AIDS pada Buruh Bangunan di Proyek P Perusahaan Konstruksi K, Jakarta Tahun 2008*.
- Nasronudin., 2007. *Penyakit Infeksi di Indonesia Solusi Kini dan Mendatang*. Surabaya: Airlangga University Press.



- Nasronudin., 2012. *Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S., 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam., 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam., 2010. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, Kurniawati., 2011. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Paryati, Tri., 2012. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA oleh petugas kesehatan*. Bandung: Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran.
- Pieter., 2010. *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Pieter., 2011. *Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga., 2011. *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Rendi, Clevo., 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Sadock, Benjamin., 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC.
- Santoso., 2012. *Pengaruh Stigma ODHA terhadap Penerimaan Masyarakat di Desa Buntu Bedimbar Kecamatan Tanjung Marawa Kabupaten Deli Serdang*. Tesis Universitas Sumatra Utara.
- Saputra, Lyndon., 2008. *Intisari Ilmu Penyakit Dalam*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Sarwono, Wirawan., 2010. *Pengantar Psikologi Umum*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Scorviani, Verra., 2011. *Mengupas Tuntas 9 Jenis Penyakit Menular Seksual*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Setyoadi, Triyanto., 2012. *Strategi Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita AIDS*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono., 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suharman., 2005. *Psikologi Kognitif*. Surabaya: Srikandi.
- Verawaty, Noor., 2011. *Merawat dan Menjaga Kesehatan Seksual Pria*. Grafindo; Bandung.
- Wade, Carole., 2007. *Psikologi Edisi kesembilan*. Semarang. Erlangga.
- Widoyono., 2008. *Penyakit Tropis, Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Semarang: Erlangga.

## Lampiran 5

**PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Para responden yang terhormat.....

Salam dan selamat bertemu

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu upaya penanggulangan HIV/AIDS, terutama pada kelompok berisiko sehingga terjadi penurunan angka kesakitan dan kematian di Indonesia. Penelitian ini dilakukan oleh Eli Saripah, mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Judul penelitian **“Persepsi Pekerja Bangunan terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS Berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya”**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran Persepsi Pekerja Bangunan terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya.

Untuk keperluan di atas saya mohon kesediaan bapak/saudara untuk mengisi kuisioner yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya atau apa adanya sesuai dengan bapak/saudara alami (rasakan). Untuk itu, saya mohon agar tidak mencantumkan nama. Informasi yang bapak/saudara berikan dipergunakan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan, terutama pada kelompok berisiko HIV/AIDS.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan bapak/saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya siapkan. Atas partisipasi bapak/saudara dalam mengisi kuisioner ini saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 6 Juli 2013  
Hormat saya,

Eli Saripah

## Lampiran 6

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN  
TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS  
BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL*  
DI PROYEK WISMA SEHATI PT. MEKANINDO LESTANUSA  
SURABAYA**

**Oleh: Eli Saripah**

Setelah saya membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini maka saya sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan saya di bawah ini sebagai tanda bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : (Inisial)

Alamat rumah (sesuai KTP) :

Alamat sekarang :

Tanggal :

No. Responden :

Tanda Tangan :

## Lampiran 7

**KUESIONER  
PERSEPSI PEKERJA BANGUNAN  
TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS  
BERBASIS *THEORY HEALTH BELIEF MODEL*  
DI PROYEK WISMA SEHATI PT. MEKANINDO LESTANUSA  
SURABAYA**

## 1. Pengantar

Berikut ini adalah pernyataan yang berkaitan dengan persepsi pekerja bangunan terhadap stigma perilaku berisiko HIV/AIDS berbasis *Theory Health Belief Model* di Proyek Wisma Sehati PT. Mekanindo Lestanusu Surabaya. Bacalah setiap pernyataan dengan cermat sebelum menjawab, kemudian pilihlah sesuai dengan keadaan diri anda pada lembar jawaban yang tersedia. Saya sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda. Terima kasih.

No. Kuesioner (diisi oleh peneliti) :

Kode responden (diisi oleh peneliti) :

Tanggal (diisi oleh peneliti) :

## 2. Petunjuk pengisian

- a. Kepada Bapak/ Ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur dan sebenarnya.
- b. Berilah tanda checklist ( ) pada kolom yang tersedia dan pilih sesuai keadaan yang sebenarnya.
- c. Jawaban akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk penelitian.

## 3. Identitas Pribadi

Isilah pertanyaan dengan memberi tanda centang checklist ( ) sesuai pilihan anda pada kotak yang sesuai.

1. Usia Responden : .....Tahun

2. Status perkawinan

Belum kawin       Kawin

Duda

3. Pendidikan terakhir

Tidak sekolah       Lulus SMA

Lulus SD       Lulus perguruan tinggi

Lulus SMP

4. Lama bekerja

Kurang dari 6 tahun       16-25 tahun

6-15 tahun       26 tahun ke atas

5. Penghasilan perbulan kurang lebih

Rp. 1.257.000,-

< Rp. 1.257.000,-

6. Selama bekerja frekuensi pulang ke rumah asal.....kali/(minggu/ bulan/ tahun)

7. Keluhan yang berkaitan dengan kesehatan :

.....

.....

.....

.....

8. Penyakit yang pernah diderita sebelumnya :

.....

.....

.....

#### Informasi

1. Pernahkah anda mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS?

Ya, lanjutkan ke pertanyaan no. 2

Tidak

2. Untuk pertama kali, anda mendengarkan informasi seputar HIV/AIDS dari mana?

a. Teman

b. Saudara

c. Keluarga

d. Petugas Kesehatan

e. Media Massa (televisi, radio, buku, koran, dll)

**KUESIONER PERSEPSI  
TERHADAP PERILAKU BERISIKO HIV/AIDS**

Untuk variabel-variabel berikut, perhatikan petunjuk pengisian sebelum menjawab. Ada empat alternative jawaban, yaitu:

STS = Sangat Setuju Sekali

TS = Tidak setuju

S = Setuju

SS = Sangat setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
<b>Persepsi kerentanan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS</b>					
1	Saya merasa bahwa kemungkinan besar saya bisa terjangkit penyakit HIV/AIDS bila melakukan perilaku berisiko (penasun/hubungan seks tidak aman pada heteroseksual/LSL)				
2	Saya takut bila terjangkit penyakit HIV/AIDS dikarenakan melakukan perilaku berisiko (penasun/hubungan seks tidak aman pada heteroseksual/LSL)				
3	Saya percaya bahwa saya bisa terkena infeksi HIV/AIDS jika pasangan seks saya adalah heteroseksual (suka berganti-ganti pasangan)				
4	Saya percaya bahwa saya bisa mendapatkan HIV/AIDS bahkan jika saya hanya berhubungan seks dengan satu pasangan				
<b>Persepsi keparahan terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS</b>					
5	Penyakit HIV/AIDS dapat menyebabkan kematian				
6	Saya lebih suka memiliki penyakit menular lainnya selain HIV/AIDS				
7	Saya lebih merasa terhormat jika meninggal karena kekerasan (misalnya tembakan, kecelakaan mobil, dll) dibandingkan karena HIV/AIDS				
8	HIV/AIDS merupakan penyakit terburuk yang bisa didapatkan setiap orang				



<b>Persepsi manfaat yang dirasakan bila menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS</b>					
9	Saya percaya bahwa kemungkinan tertular HIV/AIDS dapat dikurangi secara signifikan dengan menggunakan kondom				
10	Saya pikir sangat berharga upaya untuk memiliki kondom dan selalu menyediakannya				
11	Saya merasa bahwa kemungkinan tertular HIV/AIDS dapat dikurangi dengan melakukan hubungan seks dengan satu pasangan				
12	Jika kondom tidak tersedia, itu akan bernilai sebagai upaya untuk menghentikan aktivitas seksual sementara karena tidak tersedianya kondom				
<b>Persepsi hambatan yang dirasakan untuk menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS</b>					
13	Menggunakan kondom seperti menghina pasangan saya				
14	Memalukan (bagi saya) untuk membeli kondom				
15	Saya tidak menikmati (sensasi seksual) saat menggunakan kondom (*untuk yang telah menikah) Menurut saya sensasi seksual tidak dapat dinikmati saat menggunakan kondom (**untuk yang belum menikah)				
16	Saya tidak akan menawarkan penggunaan kondom dengan pasangan baru				

**CATATAN REVISI SIDANG SKRIPSI**

**Nama Mahasiswa** : **Eli Saripah**  
**NIM** : **13111125**  
**Nama Pembimbing** : **Purwaningsih, SKp.,M.Kes**

<b>NO</b>	<b>HALAMAN</b>	<b>BAB</b>	<b>SARAN PERBAIKAN</b>	<b>HASIL REVISI</b>
1.	11	2	Konsep stadium klinis	11
2.	20	2	Faktor risiko tidak ada	20
3.	21	2	Pemeriksaan diagnostik ganti dengan Tahapan VCT	16
4.	81	6	Perbaiki saran	74

Surabaya, Juli 2013

Pembimbing

**Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes**

NIP. 196611212000032001

**CATATAN REVISI SIDANG SKRIPSI**

**Nama Mahasiswa** : **Eli Saripah**  
**NIM** : **131111125**  
**Nama Pembimbing** : **Hanik Endang, S.Kep.Ns.,M.Kep**

<b>NO</b>	<b>HALAMAN</b>	<b>BAB</b>	<b>SARAN PERBAIKAN</b>	<b>HASIL REVISI</b>
1.	vi		Susunan ucapan terima kasih	vi
2.	ix		Abstract Sesuaikan IMRAD & Grammer	ix
3.	3	I	Analisis hubungan data dengan yang ada di Proyek Wisma Sehati	3
4.	6	I	Perbaiki tujuan khusus	6
5.	43	2	Gambar HBM menggunakan bahasa Indonesia	42
6.	51	3	Kerangka konsep HBM menggunakan bahasa Indonesia	51
7.	76	5	Kaitkan pembahasan dengan demografi	76
8.	80	6	Perbaiki kesimpulan dan saran	81

Surabaya, Juli 2013

Pembimbing

**Hanik Endang, S.Kep.Ns.,M.Kep**  
 NIK. 139040678

**CATATAN REVISI SIDANG SKRIPSI**

**Nama Mahasiswa** : **Eli Saripah**  
**NIM** : **131111125**  
**Nama Penguji** : **Retno Indarwati, S.Kep.,M.Kep**

<b>NO</b>	<b>HALAMAN</b>	<b>BAB</b>	<b>SARAN PERBAIKAN</b>	<b>HASIL REVISI</b>
1.	ix		Perbaiki Abstract	ix
2.	42	2	Kata dalam bahasa Inggris dimiringkan	42
3.	47	2	Perbaiki poin nomor	47
4.	68	5	Perbaiki kata yang salah tulis dan kaji kembali “umur tergolong produktif”	68
5.	75	5	Perbaiki kata yang salah tulis dan kalimatnya	75
6.	80	6	Perbaiki kesimpulan	81
7.			Tambahkan lampiran surat izin penelitian dari FKp & Proyek	terlampir

Surabaya, Juli 2013

Penguji

**Retno Indarwati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIP. 197803162008122002

