

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA *COMMITMENT* DENGAN *TAKING ACTION*
PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS: SOPIR BUS
DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN
PENDEKATAN *AIDS RISK REDUCTION MODEL* (ARRM)**

PENELITIAN CROSS-SECTIONAL



OLEH :
GAMALIEL BAYU CHRISTIAWAN
NIM : 131011109

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA *COMMITMENT* DENGAN *TAKING ACTION*
PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS: SOPIR BUS
DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN
PENDEKATAN *AIDS RISK REDUCTION MODEL* (ARRM)**

PENELITIAN CROSS-SECTIONAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



OLEH :
GAMALIEL BAYU CHRISTIAWAN
NIM : 131011109

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

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, 7 Agustus 2014
Yang Menyatakan,

Gamaliel Bayu Christiawan
NIM. 131011109

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

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

Nama : Gamaliel Bayu Christiawan
NIM : 131011109
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Skripsi

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

Hubungan antara *commitment* dengan *taking action* pada perilaku kelompok resiko HIV dan AIDS: sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM)

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 11 Agustus 2014
Yang menyatakan

(Gamaliel Bayu Christiawan)
NIM 131011109

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA *COMMITMENT* DENGAN *TAKING ACTION*
PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS: SOPIR BUS
DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN
PENDEKATAN *AIDS RISK REDUCTION MODEL* (ARRM)**

Oleh:

Gamaliel Bayu Christiawan
NIM. 131011109

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 7 Agustus 2014

Oleh

Pembimbing Ketua

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

Pembimbing

Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc.
NIP. 139040673

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA *COMMITMENT* DENGAN *TAKING ACTION*
PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS: SOPIR BUS
DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN
PENDEKATAN *AIDS RISK REDUCTION MODEL* (ARRM)**

Oleh:
Gamaliel Bayu Christiawan
NIM. 131011109

Telah diuji

Pada tanggal 11 Agustus 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.M.B ()

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

2. Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc. ()

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

MOTTO

“LIFE MUST GO ON, HARDWORKER AND STILL FUN NEVER DIE”

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN ANTARA COMMITMENT DENGAN TAKING ACTION PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS: SOPIR BUS DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK REDUCTION MODEL (ARRM)”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Ucapan terima kasih penulis ucapkan sebesar-besarnya kepada Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc. selaku pembimbing II yang telah dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan skripsi ini dapat selesai dengan tepat waktu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan skripsi ini sangatlah besar sehingga penyusunan skripsi dapat terwujud, untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Sopir bus di terminal Purabaya Surabaya yang telah memberikan waktu dan kesempatannya untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
2. Kedua orang tua tercinta dan segenap keluarga. Terima kasih atas semua cinta, doa, dukungan baik secara moril maupun materi yang tak terhingga sehingga menjadi penyemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan selaku pembimbing 1 yang juga sebagai ketua penelitian induk yang berjudul “Perilaku Beresiko HIV dan AIDS Pada Sopir Angkutan Umum” yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, dan mengizinkan saya masuk ke dalam bagian dari penelitian ini.
4. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk menyelesaikan skripsi ini.
5. Bapak Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.M.B terima kasih atas bimbingan, kritik dan saran, informasi, serta waktu yang telah diluangkan demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.
6. Bapak Candra Panji Asmoro, S.Kep.Ns. terima kasih atas bimbingan, kritik dan saran, informasi, serta waktu yang telah diluangkan demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.
7. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp, M.Kes terima kasih atas bimbingan, kritik dan saran, informasi, serta waktu yang telah diluangkan demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.

8. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha, civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Terima Kasih atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan skripsi ini.
9. Seluruh responden penelitian yang telah ikut andil dan berpartisipasi dalam penelitian ini, semoga selalu diberikan kelancaran dan kemudahan oleh Tuhan Yang Maha Esa.
10. Teman-teman seperjuangan *HIV Cooperation* dan mahasiswa *Flinders University*. Terima kasih atas bantuan dan dukungannya yang luar biasa selama pembuatan skripsi ini dari awal hingga akhir.
11. Teman-teman Keluarga Besar Angkatan 2010 Program Studi Pendidikan Ners yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung demi terselesaikannya skripsi ini.
12. Bapak Bambang S. selaku petugas Dinas Perhubungan yang membantu dan meluangkan waktunya dalam mempertemukan dengan responden sopir bus
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih atas setiap bantuan, dukungan dan do'a yang ikut menyertai dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Amin.

Penulis sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, namun harapan penulis adalah semoga skripsi ini dapat membawa manfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan nantinya.

Surabaya, 7 Agustus 2014

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA *COMMITMENT* DENGAN *TAKING ACTION* PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS: SOPIR BUS DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN PENDEKATAN *AIDS RISK REDUCTION MODEL* (ARRM)

Penelitian *Cross Sectional*

Oleh : Gamaliel Bayu Christiawan

Salah satu kontributor utama penyebaran global *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah laki-laki *migrant workers* didalamnya termasuk sopir bus. Pola perilaku seksual mereka beresiko tertular penyakit karena seringnya berhubungan dengan berganti-ganti pasangan, hal ini disebabkan tugas dan fungsinya mempunyai mobilitas tinggi sehingga memiliki sedikit waktu untuk bertemu keluarga. Strategi dalam perubahan perilaku beresiko tertular penyakit HIV AIDS pada sopir bus dapat dilihat dengan menggunakan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM). Tujuan dari penelitian yaitu untuk menganalisa hubungan antara *commitment* dengan *taking action* perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Terminal Purabaya Surabaya.

Desain penelitian ini adalah *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 1.771 sopir bus AKDP dan AKAP di Terminal Purabaya Surabaya. Sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan teknik *quota sampling* dan berdasarkan kriteria yang ditentukan peneliti. Sampel berjumlah 50 responden sopir bus. Data didapatkan dari kuisioner dan analisis dengan uji *spearman rho* dengan nilai signifikansi $p \leq 0,05$.

Hasil dari analisis data menunjukkan bahwa ada hubungan antara *self efficacy* dengan perilaku dengan nilai signifikansi $p=0,018$ dan $r=0,333$. Hasil analisa data pada analisis hubungan antara *response efficacy* sopir bus dengan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV/AIDS juga menunjukkan ada hubungan dengan nilai signifikansi $p=0,043$ dan $r=0,287$.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara *comitmmnt* dengan *taking action* pada perilaku kelompok resiko HIV dan AIDS: sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM). Hasil dari penelitian ini perlu ditindaklanjuti oleh petugas K3 di Terminal Purabaya dan P.O. masing-masing responden terkait dengan program kegiatan pencegahan penularan HIV AIDS pada sopir bus yang diharapkan dapat terlaksana dan bisa mengurangi penularan akan HIV AIDS.

Kata kunci : HIV dan AIDS, sopir bus, *commitment*, *self efficacy*, *response efficacy*, *taking action*, ARRM

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN COMMITMENT TO TAKING ACTION ON THE BEHAVIOR OF GROUPS AT RISK OF HIV AND AIDS: THE BUS DRIVER IN SURABAYA PURABAYA BUS STATION BASED APPROACH AIDS RISK REDUCTION MODEL (ARRM)**

Cross Sectional Research

By : Gamaliel Bayu Christiawan

One of the main contributors to the spread of the global Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a male migrant workers in it including the bus driver. Patterns of sexual behavior they are at risk of contracting the disease because of its frequent contact with another couple, this is due to the duties and functions have high mobility so have little time to meet the family. Strategies for behavior change is at risk of contracting the disease of HIV AIDS on a bus driver can be seen by using the approach AIDS Risk Reduction Model (ARRM). The purpose of the research is to analyze the relationship between the behavior of the action of the commitment by taking a risk of transmission of HIV and AIDS on the bus driver based approach AIDS Risk Reduction Model (ARRM) Purabaya bus station in Surabaya.

This study design is cross sectional. The population in this research is the bus driver 1.771 AKDP and AKAP in Surabaya Purabaya bus station. Samples in research is determined based on the sampling and quota based on engineering criteria that determined researchers. A sample of 50 respondents to the bus driver. The Data obtained from the questionnaire and analysis with test of significance of the value of the spearman rho $p \leq 0,05$.

The results of the analysis of the data shows that there is a relationship between self efficacy with the behavior to the value the significance of $p = 0,018$ and $r = 0,333$. Results of data analysis on the relationship between response efficacy analysis of bus driver with heterosexual risk behaviours for transmission of HIV AIDS also suggests there is a connection with a value of significance $p = 0,043$ and $r = 0,287$.

So, it can be concluded that there is a relationship between commitment by taking action on the behavior of groups at risk of HIV and AIDS: the bus driver in Surabaya Purabaya bus station based approach AIDS Risk Reduction Model (ARRM). The results of this research need to be acted upon by the officers of the K3 on Terminal Purabaya and P.O. each respondent associated with program activities of prevention of HIV AIDS on the bus driver was expected to be carried out and may reduce the transmission of HIV AIDS will be.

Keywords: HIV and AIDS, the bus driver, commitment, self efficacy, response efficacy, taking action, ARRM

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Tugas Akhir	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Penguji.....	v
Motto	vi
Ucapan Terima Kasih.....	vii
Abstrak.....	ix
Abstract	x
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Grafik	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
Daftar Daftar Singkatan	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat.....	7
1.5.1 Teoritis.....	7
1.5.2 Praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 HIV dan AIDS	9
2.1.1 Pengertian HIV dan AIDS.....	9
2.1.2 Cara Penularan HIV	10
2.1.3 Manifestasi Klinis HIV dan AIDS	11
2.1.4 Perilaku Beresiko HIV	13
2.1.5 Jenis Tes HIV di Indonesia.....	14
2.2 Perilaku.....	14
2.2.1 Pengertian Perilaku.....	14
2.2.2 Konsep Perilaku.....	14
2.2.3 Domain Perilaku	16
2.2.4 Determinan Perilaku.....	21
2.2.5 Teori Perubahan Perilaku	22
2.3 Metode AIDS Risk Reduction Model (ARRM)	25
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	30
3.1 Kerangka Konseptual.....	30
3.2 Hipotesis Penelitian	31

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	33
4.1 Rancangan Penelitian.....	33
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	34
4.2.1 Populasi	34
4.2.2 Sampel	34
4.2.3 Sampling.....	34
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	35
4.3.1 Variabel Independen.....	35
4.3.2 Variabel Dependen	35
4.3.3 Definisi Operasional.....	35
4.4 Instrumen Penelitian.....	38
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	40
4.6.1 Prosedur Administrasi	40
4.6.2 Prosedur Penelitian	41
4.7 Kerangka Operasional	42
4.8 Analisa Data	42
4.8.1 Analisa Data Deskriptif	42
4.8.2 Analisa data Inferensial	44
4.9 Etika Penelitian.....	45
4.9.1 Lembar Persetujuan menjadi responden.....	45
4.9.2 Tanpa Nama.....	46
4.9.3 Kerahasiaan	46
4.10 Keterbatasan	46
 BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	 47
5.1 Hasil Penelitian.....	47
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	47
5.1.2 Karakteristik demografi responden	48
5.1.3 Variabel penelitian yang diukur	51
5.2 Pembahasan	54
 BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	 59
6.1 Kesimpulan	59
6.2 Saran	60
 Daftar Pustaka	 61
 Lampiran.....	 64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka konseptual *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM)..... 27
Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan antara *commitment* dengan *taking action* perilaku beresiko HIV AIDS pada sopir bus 30
Gambar 4.1 Kerangka kerja hubungan antara *self efficacy & response efficacy* dengan perilaku beresiko heteroseksual HIV AIDS pada sopir bus 42

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional variabel yang diteliti	35
Tabel 5.1 Distribusi data demografi responden	49
Tabel 5.2 Analisis Hubungan <i>Self efficacy</i> dengan <i>taking action</i>	52
Tabel 5.3 Analisis Hubungan <i>Response efficacy</i> dengan <i>taking action</i>	53

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1 Prosentase jumlah penderita AIDS berdasarkan pekerjaan 3

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Perijinan BAKESBANGPOL dan LINMAS	61
Lampiran 2 Surat Perijinan Dinas Perhubungan	65
Lampiran 3 Permintaan Menjadi Responden Penelitian	66
Lampiran 4 Lembaran Persetujuan menjadi Responden Penelitian (<i>informed consent</i>)	67
Lampiran 5 Lembar Identitas Pribadi Responden.....	68
Lampiran 6 Kuesioner Kemampuan diri (<i>self efficacy</i>) berdasarkan <i>General Self-Efficacy</i>	71
Lampiran 7 Kuesioner Respon yang efektif (<i>response efficacy</i>) berdasarkan pendekatan <i>The Risk Behavior Diagnosis Scale</i>	72
Lampiran 8 Kuesioner Perilaku berdasarkan pendekatan <i>HIV Testing Treatment and Prevention Generic Tools for Operational Research</i>	73
Lampiran 9 Tabulasi Data Demografi.....	74
Lampiran 10 Tabulasi Data <i>Self Efficacy</i>	77
Lampiran 11 Tabulasi Data <i>Response Efficacy</i>	79
Lampiran 12 Tabulasi Data Perilaku.....	81
Lampiran 13 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas	83
Lampiran 14 Hasil Korelasi	91

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AKAP	: Antar Kota Antar Provinsi
AKDP	: Antar Kota Dalam Provinsi
AKLP	: Antar Kota Luar Provinsi
ARRM	: <i>AIDS Risk Reduction Model</i>
ART	: <i>Antiretroviral Therapy</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
BAKESBANGPOL dan LINMAS	: Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat
Ca	: <i>Cancer</i>
CMV	: <i>Citomegalovirus</i>
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DITJEN PP & PL	: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
DISHUB	: Dinas Perhubungan
Dkk	: Dan kawan-kawan
ELISA	: <i>Enzym – Linked Immune Sorbent Assay</i>
GSE	: <i>General Self Efficacy scale</i>
Hb	: Hemoglobin
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Atas
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
K3	: Keselamatan dan Kesehatan Kerja
NAPZA	: Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif
PCP	: <i>Pneumocystis Pneumonia</i>
P.O.	: Perusahaan Otobus
s.d.	: Sampai dengan
TB	: <i>Tuberculosis</i>
TPB	: <i>Theory of Planned Behavior</i>
TRA	: <i>Theory of Reasoned Action</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan masalah besar yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi dari virus HIV (Depkes RI, 2006). Jumlah kasus AIDS dari tahun ke tahun di seluruh bagian dunia terus meningkat, meskipun berbagai upaya preventif terus dilaksanakan. Di Indonesia, angka kejadian kasus HIV sudah merata di seluruh provinsi (Laksono, 2009).

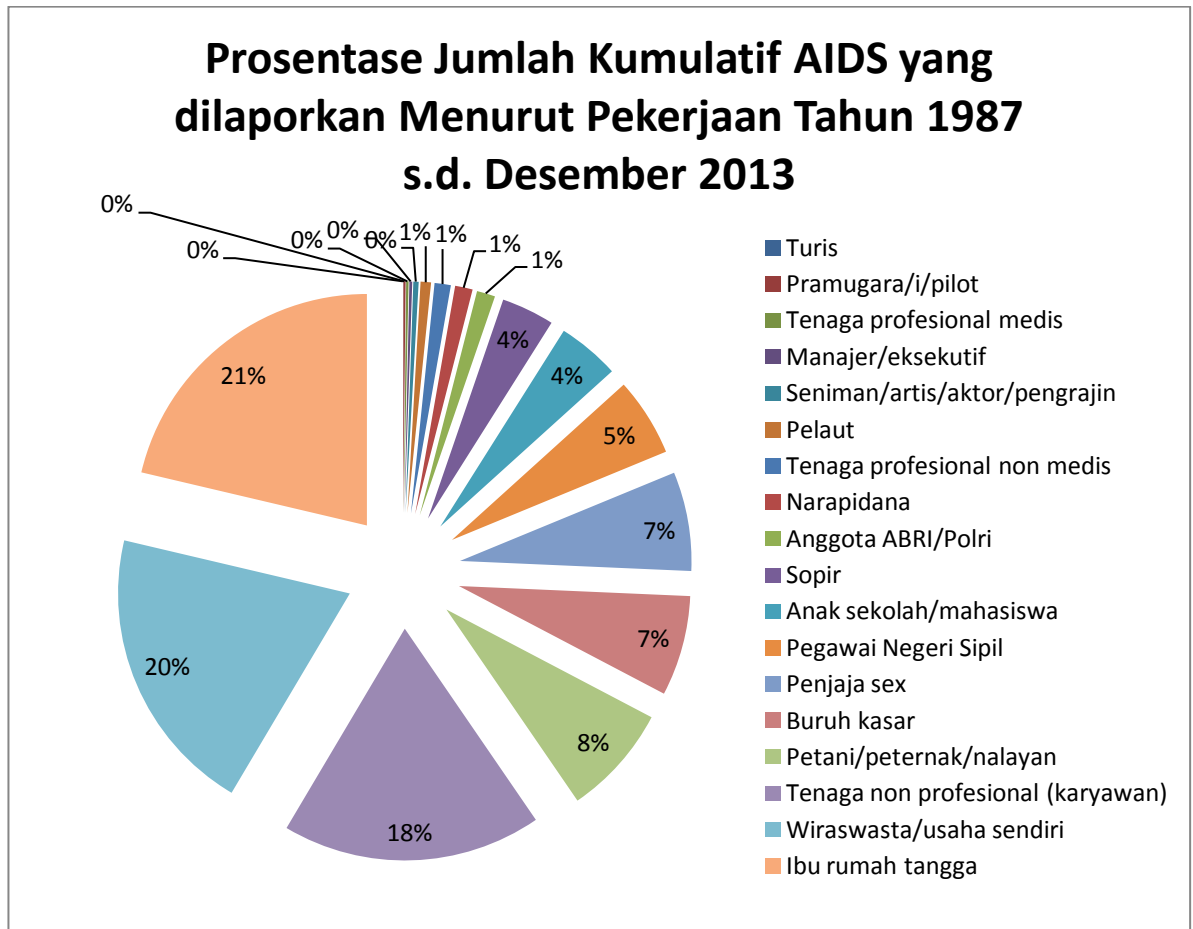
Virus HIV dapat tersebar melalui beberapa cara, diantaranya melalui cairan semen, sekresi serviks/vagina, limfosit, sel-sel dalam plasma bebas, cairan serebrospinal, air mata, saliva, air seni dan air susu. Namun tidak berarti semua cairan tersebut dapat menyalurkan infeksi, karena konsentrasi virus dalam cairan sangat bervariasi. Sampai saat ini hanya darah, cairan semen dan sekresi serviks/vagina yang terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang dapat menularkan HIV dari ibu ke bayinya (Depkes RI, 2006). Hal lain yang dapat mempercepat penyebaran HIV, antara lain meningkatnya penggunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), perilaku beresiko seperti penggunaan jarum suntik bersama, tingginya penyakit menular seksual pada anak jalanan, keenganan pelanggan seks pria untuk menggunakan kondom, tingginya

angka migrasi dan perpindahan penduduk, serta kurangnya pengetahuan dan informasi pencegahan HIV (Iga, 2009).

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali terjadi di Bali pada tahun 1987. Pada tahun 2000, angka kejadian AIDS meningkat sebanyak 225 kasus. Sejak saat itu kasus AIDS di Indonesia meningkat drastis. Pada tahun 2006, kasus AIDS mencapai angka 8.194 kejadian, yang artinya bahwa penyebaran AIDS di Indonesia sangat cepat. Hal ini dibuktikan kembali pada tahun 2009, yang menyatakan bahwa kasus AIDS meningkat pada angka 17.699 orang dengan 15.608 dari orang tersebut (88%) adalah seseorang yang masih terdapat pada usia produktif (15 – 49 tahun) (Laksono, 2009). Berdasarkan kasus AIDS yang terjadi di Indonesia, laki-laki yang sering terkena kasus AIDS yaitu pada prosentase 55,4% dan pada perempuan hanya 28,8%, sementara itu 15,8% tidak melaporkan jenis kelamin. (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Menurut data statistik yang diambil oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (DITJEN PP & PL Kemenkes RI) 2014 pada kasus HIV dan AIDS, dilaporkan terdapat 127.416 kasus yang terkena penyakit HIV, diantaranya 52.348 kasus adalah AIDS. Sudah 9.585 orang dinyatakan meninggal disebabkan oleh HIV dan AIDS. Data tersebut diakumulasikan dari tahun 1987 sampai 2013, dari 33 provinsi di Indonesia. Jawa Timur ada di peringkat 3 dengan kasus HIV dan AIDS tertinggi di bawah provinsi DKI Jakarta dan Papua, dengan 16.253 penderita HIV dan 8.725 penderita AIDS. Hal ini sungguh beresiko untuk warga sekitar, termasuk daerah yang tersebar di Jawa Timur pada usia produktif antara 15 – 49 tahun (Laksono, 2009). Saat ini, jumlah kasus HIV AIDS di Surabaya ditemukan

6.671 atau sekitar 30% dari total penderita HIV AIDS sebanyak 19.504 orang (Kadinkes, 2014).



Grafik 1.1 : Prosentase Jumlah Kumulatif AIDS menurut Pekerjaan Tahun 1987 sampai Desember 2013 (DITJEN PP&PL KEMENKES RI, 2013)

Pada suatu kelompok orang yang bekerja, terdapat berbagai perilaku yang bisa menyebabkan resiko terinfeksi HIV. Berdasarkan data statistik dari laporan situasi perkembangan HIV dan AIDS dari tahun 1987 sampai 2013, terdapat sekitar 1079 orang sopir yang terkena AIDS atau 4% dari total kasus AIDS yaitu sebanyak 29.226 kasus. Data statistik menunjukkan, bila sopir termasuk kelompok 10 besar yang beresiko terinfeksi HIV dan AIDS berdasarkan jenis pekerjaan

(Ditjen PP & PL Kementrian Kesehatana RI, 2013). Dari survei yang telah dilakukan pada 6 s.d. 9 Maret 2014 di daerah Pelabuhan Tanjung Perak dan Terminal Purabaya Surabaya, terdapat 15 dari 20 orang sopir yang pernah melakukan perilaku seks beresiko. Data ini diperoleh dari wawancara singkat dengan sopir bus dan sopir truk.

Survei pendahuluan di Terminal bus Purabaya Surabaya memperlihatkan data separuh dari 10 bus antarkota, pernah melakukan perilaku heteroseksual yang bisa mengakibatkan terinfeksi HIV. Sopir bus mengatakan, perilaku seks beresiko dilakukan pada saat libur bekerja. Sopir bus melakukan hal tersebut dikarenakan mobilitas yang tinggi, yang mengakibatkan intensitas berkumpul dengan keluarga menjadi sedikit. Akibatnya dari perilaku seks beresiko ini, 3 dari 10 sopir bus pernah terinfeksi *Syphilis*. Sopir bus terinfeksi HIV, karena mengabaikan faktor resiko dalam penyebaran virus HIV dengan melakukan perilaku seks beresiko. Dari survei ini dapat diketahui juga bahwa 5 dari 10 sopir bus yang diwawancarai, dapat mengendalikan dirinya untuk tidak melakukan perilaku seks beresiko yang dapat menyebabkan terinfeksi HIV. Hal ini menunjukkan kemampuan dari individu (*self efficacy*) untuk menolak berperilaku beresiko HIV AIDS. Sopir bus juga memilih menghindari perilaku heteroseksual yang bisa mengakibatkan HIV AIDS, yang menunjukkan respon efektif (*response efficacy*) yang dipilih sopir bus dalam menangani perilaku heteroseksual.

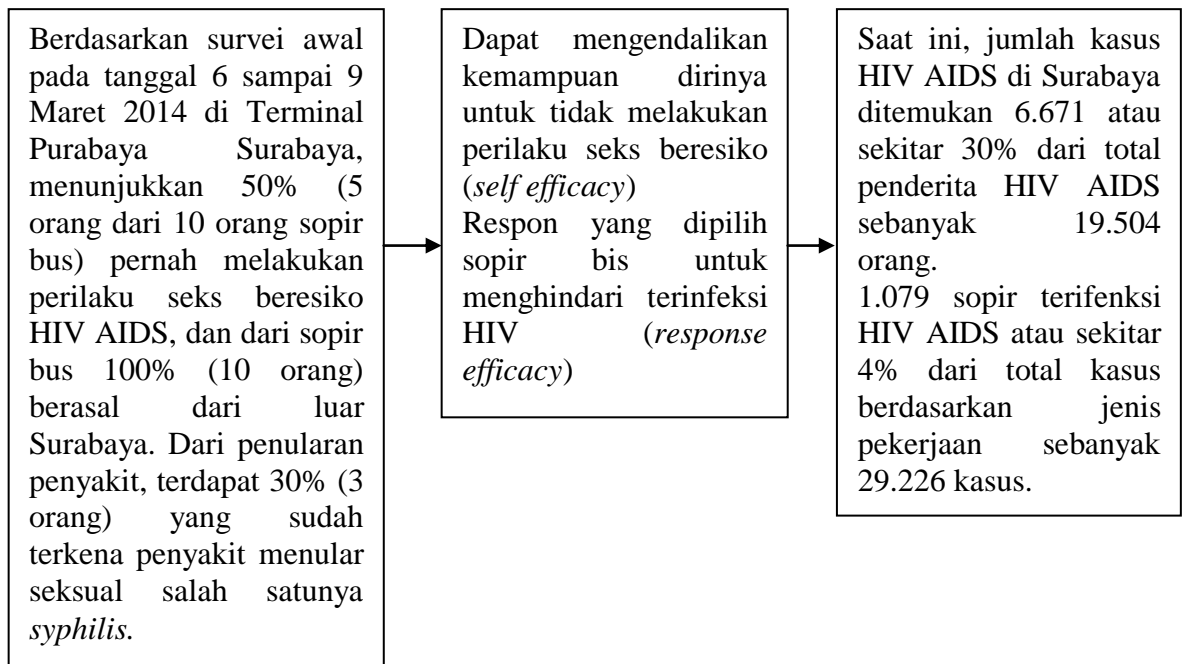
Dampak negatif apabila tidak ada penanganan lebih lanjut dari kasus HIV dan AIDS, tingkat kematian semakin tinggi karena AIDS merupakan penyakit yang mudah menular dengan perantaraan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Bagi sebagian masyarakat khususnya sopir bus yang terbebas dari

penyakit ini menjadi paranoid dan hidup dengan tidak nyaman terhadap lingkungan sekitarnya karena mereka merasa tidak aman dan takut terkena penyakit ini (Ambara, 2013).

Terdapat berbagai konsep untuk meneliti HIV dan AIDS, salah satunya adalah *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM), Catania *et.al* (1990). ARRM dipilih karena model ini dibuat untuk melihat perilaku dalam penularan infeksi HIV. Selain itu, Catania (1990) juga membuat kerangka kerja ARRM untuk menjelaskan dan memprediksi perubahan perilaku orang dengan HIV dan AIDS. Teori ARRM ini menggabungkan komponen-komponen dari teori perubahan perilaku lain seperti *Health Belief Model* (HBM), *Theory of Reasoned Action* (TRA) dan *self-efficacy*. Pada konsep ARRM terdapat tiga tahapan : *recognizing one's behavior as high risk, making commitment to reduce high-risk behavior,* dan *taking action* (Moon, 2002).

Melihat fenomena yang terjadi, diharapkan dari konsep *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) dapat mengetahui hubungan dari keyakinan individu dan respon yang efektif pada perubahan perilaku beresiko penularan HIV pada sopir bus. Penelitian ini, mengambil tempat penelitian di Terminal Purabaya Surabaya, yang memiliki rute perjalanan bus antarkota dan mayoritas laki-laki yang berasal dari luar kota Surabaya. Hal ini menyatakan, bahwa sopir bus memiliki intensitas bertemu dengan keluarga dalam waktu sebentar dan rentan terhadap perilaku beresiko penularan HIV AIDS. Peneliti tertarik untuk mengidentifikasi hubungan dari kemampuan dan respon yang efektif dari seseorang, dapat mempengaruhi perilaku beresiko penularan HIV AIDS pada sopir bus.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.2 Identifikasi masalah faktor yang menyebabkan penularan HIV AIDS pada sopir bus

1.3 Rumusan Masalah

Berpijak pada latar belakang tersebut maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah,

1. Apakah ada hubungan antara *self efficacy* dengan *taking action* perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Terminal Purabaya Surabaya ?
2. Apakah ada hubungan antara *response efficacy* dengan *taking action* perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Terminal Purabaya Surabaya ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisa hubungan antara *commitment* dengan *taking action* perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Terminal Purabaya Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisa hubungan *commitment : self efficacy* dengan *taking action : behaviour* pada kelompok sopir bus beresiko HIV dan AIDS di Terminal Purabaya Surabaya.
2. Menganalisa hubungan *commitment : response efficacy* dengan *taking action : behaviour* pada kelompok sopir bus beresiko HIV dan AIDS di Terminal Purabaya Surabaya.

1.5 Manfaat

1.5.1 Teoritis

Manfaat yang didapatkan dalam penelitian ini untuk bidang ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan komunitas adalah memberikan gambaran tentang hubungan antara *commitment* dengan *taking action* perilaku beresiko heteroseksual dalam penyebaran HIV dan AIDS pada sopir bus berdasarkan konsep *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Terminal Purabaya Surabaya.

1.5.2 Praktis

1. Bagi sopir bus, agar mengerti akan pengetahuan mengenai HIV dan AIDS dan cara mencegah penularan HIV dan AIDS, sehingga angka kejadian HIV dan AIDS dapat berkurang.
2. Bagi mahasiswa keperawatan, dapat memahami konsep ARRM dalam melakukan penelitian yang terkait mengenai HIV dan AIDS.
3. Bagi penelitian selanjutnya, bisa melakukan intervensi pada perubahan perilaku beresiko HIV dan AIDS dengan menggunakan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM).
4. Bagi pembaca, dapat memperoleh informasi secara umum mengenai konsep *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM), pada penelitian perubahan perilaku pada seseorang yang beresiko HIV dan AIDS.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV dan AIDS

2.1.1 Pengertian HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang mengakibatkan infeksi, dengan cara menghancurkan dan merusak fungsi dari sistem tersebut. Infeksi dari HIV dapat berakibat pada kerusakan dengan bertahap dari sistem kekebalan tubuh, yang menyebabkan penurunan kekebalan tubuh. Infeksi yang terkait dengan sistem kekebalan tubuh pada tingkat yang berbahaya dikenal sebagai infeksi oportunistik, karena mereka mengambil keuntungan dari sistem kekebalan tubuh yang lemah. (WHO, 2013)

HIV merupakan virus yang termasuk ke dalam retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Sel kekebalan tubuh yang diserang adalah sel T helper yang berperan sangat penting dalam mengaktifkan seluruh sistem kekebalan tubuh, baik yang humoral maupun yang seluler. HIV menyerang dan menghancurkan sel darah putih atau sel CD4, yang ada di permukaan sel T. Ketika seseorang terinfeksi virus ini, tidak akan langsung menyebabkan penyakit atau gejala, perlu beberapa waktu sampai muncul gejala awal dan beberapa tahun sampai menjadi AIDS (Compact-Female, 2011). Selama tahun pertama infeksi HIV pada mulanya tidak merasakan dan tidak kelihatan sakit selama sel CD4-nya masih dalam jumlah lumayan. Baru sesudah kurang lebih 5 tahun jumlah sel CD4 ini mulai menurun hingga setengahnya (Hutapea, 2003).

HIV mampu melawan sel CD4 dengan menyerang dan mengalahkan sel CD4 maka hasil HIV berhasil melumpuhkan kelompok sel yang diandalkan untuk

menghadapi HIV tersebut beserta kuman-kuman jenis lainnya. Jumlah normal sel CD4 dalam sirkulasi darah kita sekitar 800 hingga 1200 per milimeter kubik darah. Pada tahap ini, banyak penderita yang belum menunjukkan gejala-gejala penyakit. Sesudah jumlah sel CD4 ini kurang dari 200 per milimeter kubik darah, mulai penderita memperlihatkan berbagai gejala penyakit nyata (Hutapea, 2003).

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunya kekebalan tubuh. AIDS disebabkan oleh infeksi HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh pada seseorang, maka orang tersebut sangat mudah terkena penyakit seperti TBC, kandidiasis, berbagai radang pada kulit, paru, saluran pencernaan, otak dan kanker. Stadium AIDS membutuhkan pengobatan *antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh, sehingga bisa sehat kembali (Komisi Penanggulangan AIDS, 2014).

2.1.2 Cara penularan HIV

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS, HIV bisa ditularkan kepada orang lain :

- 1) Melalui hubungan seks tanpa menggunakan kondom sehingga memungkinkan cairan mani atau cairan vagina yang mengandung virus HIV masuk ke dalam tubuh pasangannya.
- 2) Dari seseorang ibu hamil yang HIV positif kepada bayinya selama masa kehamilan, waktu persalinan dan atau waktu menyusui.
- 3) Melalui transfusi darah atau produk darah yang sudah tercemar HIV. Lewat pemakaian alat suntik yang sudah tercemar HIV, yang dipakai bergantian

tanpa disterilkan, terutama terjadi pada pemakaian bersama alat suntik di kalangan pengguna narkoba suntik (penasun). (KPA, 2013)

Menurut Depkes (2009), AIDS tidak ditularkan karena :

1. Hidup serumah dengan penderita AIDS (asal tidak melakukan perilaku seks beresiko).
2. Bersenggolan dengan penderita.
3. Bersentuhan dengan pakaian dan barang bekas penderita.
4. Berjabat tangan.
5. Penderita AIDS bersin atau batuk di dekat kita.
6. Berciuman.
7. Makan dan minum bersama dari satu piring atau gelas.
8. Gigitan nyamuk dan serangga lain.
9. Sama-sama berenang di kolam renang.

2.1.3 Manifestasi Klinis HIV dan AIDS

Manifestasi Klinis menurut WHO (2006) :

1. Stadium 1 : Asimtomatik

Tidak ada penurunan berat badan. Gejala yang muncul hanya kelenjar multipel berukuran kecil tanpa rasa nyeri. Menggunakan terapi ARV jika hanya $CD4 < 350$.

2. Stadium 2 : Sakit ringan

Penurunan berat badan 5-10%. Menggunakan prophylaxis Kotrimoxazole 1 x 960 mg. Melakukan terapi ARV jika hanya $CD4 < 350$. Gejala yang muncul :

- 1) Luka sekitar bibir (angular keilitis)

- 2) Dermatitis Seboroik : Lesi kulit bersisik pada batas antara wajah dan rambut serta sisi hidung
 - 3) Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir
 - 4) ISPA berulang, misalnya sinusitis atau otitis
 - 5) Ulkus pada mulut berulang
 - 6) Pruritik Papular Eruption
 - 7) Lesi kulit yang gatal pada lengan dan tungkai.
3. Stadium 3 : Sakit sedang

Penurunan berat badan > 10%. Menggunakan prophylaxis Kotrimoxazole 1 x 960 mg. Terapi ARV yang dilakukan, jika CD4 tidak tersedia, berikan ART di stadium 3, sedangkan jika CD4 tersedia berikan ART bila jumlah CD4 < 350. Gejala yang muncul :

- 1) Kandidiasi mulut : Bercak putih yang menutupi daerah di dalam mulut.
 - 2) Oral haire leukoplakia : Garis vertikal putih disamping lidah, tidak nyeri, tidak hilang jika dikerok.
 - 3) Tuberkulosis Paru
 - 4) Lebih dari 1 bulan : Diare kadang-kadang intermiten, demam tanpa sebab yang jelas.
 - 5) Infeksi bakteri yang berat : Pneumonia, Piomiositis
 - 6) Gingivitis atau periodontitis
 - 7) Hb < 8, Leukosit < 500, Trombosit < 50.000
4. Stadium 4 : Sakit berat (AIDS)

Penurunan berat badan yang cukup signifikan (*HIV wasting syndrome*). Menggunakan prophylaxis Kotrimoxazole 1 x 960 mg. Pada stadium 4

menjalani semua terapi ARV yang memenuhi syarat medis, kemudian dilakukan evaluasi untuk ART. Gejala yang muncul :

- 1) Candidiasis esofagus : Nyeri hebat saat menelan
- 2) Herpes simplex lebih dari 1 bulan : Luka bakar dan nyeri kronis di genitalia dan anus.
- 3) Lymphoma
- 4) Sarkoma kaposi : Lesi berwarna gelap (ungu) dikulit dan atau mulut, mata, paru, usus sering disertai edema
- 5) Ca cervic
- 6) PCP
- 7) Retinitis CMV
- 8) Tuberkulosis ekstra Paru
- 9) Meningitis kreptokokus : Meningitis dengan atau tanpa kaku kuduk
- 10) Abses otak Toksoplasmosis
- 11) HIV *wasting syndrome* : Sangat kurus disertai demam kronik dan diare kronik
- 12) Ensefalopati HIV : Gangguan Neurologis yang tidak disebabkan oleh faktor lain, seringkali membaik dengan pengobatan ART. (Misutarno, 2012)

Beberapa dari orang yang terkena infeksi HIV tidak menyadari akan status penyakit mereka. Gejala yang timbul akibat HIV bervariasi, tergantung pada infeksi yang dialami. Beberapa minggu pertama setelah infeksi awal, individu itu mungkin mengalami gejala atau penyakit seperti *influenza* termasuk demam, sakit kepala, dan sakit pada daerah tenggorokan. (WHO, 2013)

Setelah terjadi tanda-tanda awal, pada individu yang tidak melakukan pengobatan akan terlihat tanda dan gejala yang semakin membuktikan individu tersebut terinfeksi HIV, seperti pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk. Selain itu, juga terdapat penyakit lain yang lebih parah seperti TBC, meningitis kriptokokal, dan kanker seperti limfoma dan *kaposi's sarcoma*. (WHO, 2013)

2.1.4 Perilaku Beresiko HIV

Menurut WHO (2013), perilaku beresiko yang dapat menyebabkan individu terinfeksi HIV yaitu :

1. Tidak memakai pelindung (kondom) pada saat berhubungan seksual (*free sex*).
2. Memiliki penyakit menular seksual seperti sifilis, herpes, klamidia, gonore, dan *bacterial vaginosis*.
3. Bergantian pemakaian jarum suntik yang terkontaminasi.
4. Pemberian cairan (transfusi darah, infus) melalui jarum suntik dengan prosedur yang tidak aman atau tidak steril.

2.1.5 Jenis Tes HIV di Indonesia

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

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

2.2 Perilaku

2.2.1 Pengertian Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007) perilaku manusia adalah semua tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati. Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup yang bersangkutan). Sedangkan dari segi kepentingan kerangka analisis, perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

2.2.2 Konsep Perilaku

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

Seorang ahli perilaku Skinner (1983) mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon). Ia membedakan adanya 2 respon (Luthfiana, 2009), yakni :

1. Respon responden atau *Reflexive respons*

Adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan-perangsangan semacam ini disebut *eliciting stimuli* karena

menimbulkan respon-respon yang relatif tetap, misalnya makanan lezat menimbulkan air liur, cahaya yang kuat menyebabkan mata tertutup dan sebagainya.

Respon responden ini mencakup emosi atau *emotional behaviour*. Emosi ini timbul karena hal yang kurang mengenai individu yang bersangkutan, misalnya menangis karena sedih atau sakit, muka merah (tekanan darah meningkat karena marah). Sebaliknya hal-hal yang mengenai pun dapat menimbulkan perilaku emosional misalnya tertawa, berjingkat-jingkat karena senang dan sebagainya.

2. Respon penguat atau *Instrumental respons*

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

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

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

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

- 1) Bentuk pasif adalah respon internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan secara tidak langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi. Perilaku ini masih terselubung (*covert behaviour*).
- 2) Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya si ibu sudah membawa anaknya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain untuk imunisasi, perilaku ini sudah tampak dan nyata maka disebut *overt behaviour*.

2.2.3 Domain Perilaku

Teori Bloom (1908) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2010) membedakan perilaku dalam 3 domain perilaku yaitu : kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Untuk kepentingan pendidikan praktis, teori ini kemudian dikembangkan menjadi 3 ranah perilaku yaitu :

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengideraan terhadap suatu objek tertentu. Pengideraan terjadi melalui panca indra manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

1) Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2007), tercakup dalam 6 tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
2. Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar.
3. Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
4. Analisis (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis (*synthesis*), merupakan kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*evaluation*), tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2) Cara memperoleh pengetahuan. Menurut Notoatmodjo (2002) ada 2 cara memperoleh pengetahuan, yaitu :

1. Cara tradisional atau non ilmiah

- 1) Cara coba-salah (*trial and error*), memperoleh pengetahuan dari cara coba atau dengan kata yang lebih dikenal “*trial and error*”.
- 2) Cara kekuasaan atau otoritas. Kebiasaan ini bisa diwariskan turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya.
- 3) Berdasarkan pengalaman pribadi. Pengalaman adalah guru yang terbaik, mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

2. Cara modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*).

2. Sikap (*attitude*)

Masih menurut Notoatmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Alport (1954) yang dikutip Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek. Artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

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

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

Newcomb (1998), salah seorang psikolog sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, fungsi sikap merupakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup. Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari beberapa tingkatan yaitu :

- 1) Menerima (*receiving*), yaitu sikap dimana seseorang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Menanggapi (*responding*), yaitu sikap memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

- 3) Menghargai (*valuing*), yaitu sikap dimana subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus. Dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi orang lain merespon.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), sikap yang paling tinggi tindakannya adalah bertanggungjawab terhadap apa yang diyakininya.

3. Tindakan (*practice*)

Seperti telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam bentuk tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, seperti fasilitas atau sarana dan prasarana. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah praktik (*practice*) kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

Dikutip dari Tjahjani (2011), praktik atau tindakan ini dibedakan menjadi 4 tingkatan menurut kualitasnya, yakni :

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2) Praktik terpimpin (*guided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan.

3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.2.4 Determinan Perilaku

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

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

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

1) Faktor predisposisi (*predisposing faktor*)

Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Faktor ini antara lain, pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, *locus of control*, kepercayaan, nilai-

nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan.

2) Faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor yang memungkinkan perilaku muncul jika subyek sudah bersedia menjalankan perilaku itu. Wujud dari faktor pendukung ini misalnya, keterampilan, fasilitas dan saran kesehatan, waktu dan sebagainya.

3) Faktor penguat (*reinforcing factor*)

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

2.2.5 Teori Perubahan Perilaku

1. Teori *Stimulus-Organism-Response* (S-O-R)

Skinner (1938 dalam Notoadmojo 2010) seorang ahli psikologis merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses *Stimulus* → *Organisme* → *Response*, teori ini lebih dikenal dengan S-O-R. (Aristanto, 2013)

Model teori *Stimulus-Organism-Response* menurut Jacoby (2002), berdasarkan sektor *stimulus* terdiri dari lingkungan yang dihadapi oleh individu pada waktu tertentu. Berdasarkan dari sektor *stimulus* tersebut dapat mempengaruhi pembentukan sektor *organism*, dengan memprioritaskan pengetahuan, kepercayaan, sikap, kecenderungan, niat motivasi, perasaan, gambaran, harapan. Dari sektor *organism* ini dapat mempengaruhi pembentukan sektor *response*. Respon nonverbal, respon verbal dan respon

perilaku dari seseorang merupakan bagian dari sektor *response*. (Aristanto, 2013)

2. Teori *Dissonance* : Festinger

Ada suatu keadaan *cognitive dissonance* yang merupakan ketidakseimbangan psikologis, yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. *Dissonance* terjadi karena dalam diri individu terdapat elemen kognisi yang bertentangan, pengetahuan, pendapat atau keyakinan. Apabila terjadi penyesuaian secara kognitif, akan ada perubahan sikap yang berujung pada perubahan perilaku.

3. Teori Fungsi : Katz

Menurut teori ini, perilaku mempunyai fungsi :

- 1) Instrumental
- 2) *Defence Mechanism*
- 3) Penerima objek dan pemberi arti
- 4) Nilai Ekspresif

Perubahan perilaku individu tergantung kebutuhan stimulus yang dapat memberi perubahan perilaku individu adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4. Teori *Driving Forces* : Kurt Lewin

Menurut Kurt Lewin, perilaku manusia adalah suatu keadaan seimbang antara *driving forces* (kekuatan-kekuatan pendorong) dan *restrining forces* (kekuatan-kekuatan penahan). Perilaku dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut. Ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku :

- 1) Kekuatan pendorong, kekuatan penahan tetap perilaku baru
- 2) Kekuatan penahan, pendorong tetap perilaku baru
- 3) Kekuatan penahan, pendorong, perubahan perilaku.

5. *Teori Health Belief Model (HBM)*

Merupakan model yang didasarkan pada pemahaman seseorang dengan tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Teori ini terdiri dari 5 segi pemikiran dalam individu, antara lain: kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), bahaya yang dirasakan (*perceived severity*), manfaat dari tindakan (*perceived benefit of action*), hambatan tindakan yang diambil (*perceived barrier to action*), dan isyarat untuk melakukan tindakan (*cues to action*).

6. *Theory of Reasoned Action (TRA)*

TRA dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzen (1975) memberikan bukti ilmiah bahwa intensi untuk melakukan suatu tingkah laku dipengaruhi oleh dua faktor yaitu: sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) dan norma subjektif (*subjective norms*). TRA hanya berlaku bagi tingkah laku yang berada di bawah kontrol penuh individu, dan tidak sesuai untuk menjelaskan tingkah laku yang tidak sepenuhnya di bawah kontrol individu, karena ada faktor yang dapat menghambat atau mempermudah realisasi intensi ke dalam tingkah laku.

7. *Theory of Planned Behavior (TPB)*

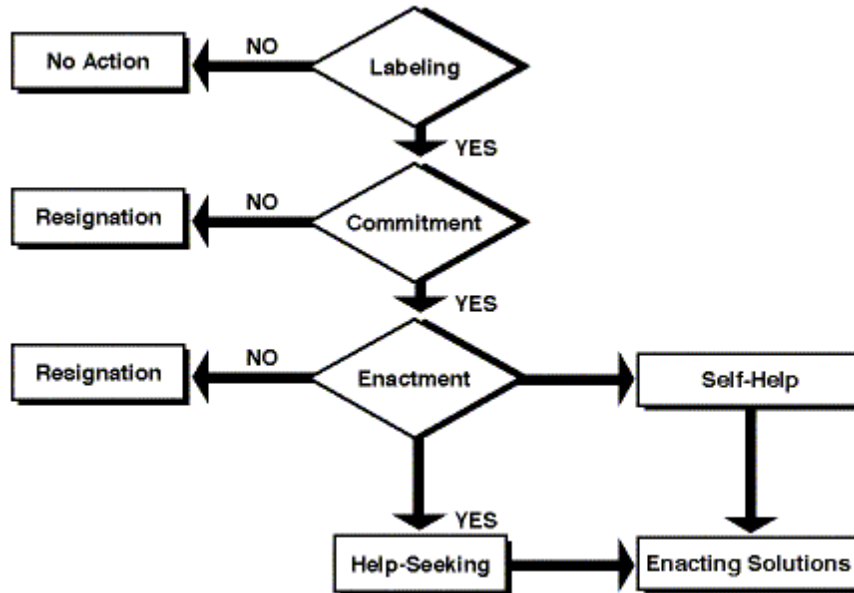
Merupakan pengembangan teori TRA dimana teori ini tidak semuanya perilaku di bawah kontrol penuh individu sehingga ditambahkan konsep dari intense individu.

8. Teori *Preced-Proceed*

Perilaku kesehatan ditentukan oleh faktor : *Predisposing factors*, terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan dan keyakinan. *Enabling factors*, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan. *Reinforcing factors*, terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau dari kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.3 Metode *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM)

AIDS Risk Reduction Model (ARRM) adalah salah satu model perubahan perilaku, yang dikembangkan untuk mengurangi resiko penularan HIV dan AIDS. ARRM dikembangkan oleh J. A. Catania (1990), ia berpendapat bahwa perubahan perilaku merupakan proses yang terjadi dari hasil stimulus yang diberikan. Teori ARRM ini menggabungkan komponen-komponen dari teori perubahan perilaku lain seperti *Health Belief Model* (HBM), *the Diffusion of Innovation Model* dan *Social Cognitive Theory*. Pada pendekatan perilaku beresiko HIV dan AIDS dengan metode ARRM, difokuskan pada pengkajian masing-masing individu yang beresiko, hal yang mempengaruhi penurunan perilaku beresiko HIV dan AIDS, dan dukungan dalam merubah perilaku. Pada konsep ARRM terdapat tiga tahapan : *recognizing one's behavior as high risk (behaviour labelling)*, *making commitment to reduce high-risk behavior (commitment to change)*, dan *taking action & enachment* (Catania *et.al*, 1990).



Gambar 2.1 : Kerangka konseptual *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) menurut Catania *et.al* (1990)

1. Mengenali perilaku yang beresiko tinggi HIV AIDS (*labelling*)

Tahap ini mengidentifikasi masalah yang mempengaruhi dari masing-masing individu yang meliputi (Chelu, 2010) :

- 1) Pengetahuan,
- 2) Kerentanan akan HIV AIDS,
- 3) Ketakutan akan penyakit HIV AIDS dan,
- 4) Pengaruh dari kehidupan sosial.

2. Membuat komitmen (*commitment*)

Pada tahap kedua, komitmen yang dimaksud yaitu hal-hal yang dipersepsikan individu untuk melakukan perilaku beresiko HIV dan AIDS. Terdapat 5 hal yang mempengaruhi (Chelu, 2010), yaitu :

- 1) Pembiayaan dan keuntungan (*Cost and Benefit*),
- 2) Kenikmatan (*Enjoyment*),

- 3) Pengetahuan akan kesehatan (*Knowledge of the health utility and enjoyability*),
- 4) Niat individu (*Self efficacy*) dan
- 5) Keyakinan tentang efektivitas mencegah perilaku beresiko (*Response efficacy*).

Response efficacy adalah efektifitas yang menyangkut perilaku yang direkomendasikan dalam memindahkan atau mencegah gangguan atau bahaya yang mungkin timbul (Notoatmodjo, 2002). *Self efficacy* merupakan cabang dari *Social Cognitive Theory* yang dikemukakan oleh Albert Bandura, yaitu keyakinan manusia pada kemampuan mereka untuk melatih sejumlah ukuran pengendalian terhadap fungsi diri mereka dan kejadian-kejadian di lingkungannya (Feist & Feist, 2006).

3. Perubahan perilaku (*taking action & enachment*)

Pada tahap terakhir, merupakan hal yang paling sulit, yaitu mencari dan menjalankan solusi pada individu yang melakukan perilaku beresiko tinggi HIV AIDS (Catania *et.al*, 1990). Hal itu disebabkan karena setiap individu memiliki perilaku yang berbeda, misalnya menerima solusi yang diberikan dan merubah perilakunya yang beresiko HIV dan AIDS. Adapun juga yang mengabaikan solusi yang diberikan, sehingga setiap individu semakin beresiko tinggi terkena infeksi penularan HIV (Moon, 2002).

Menurut Catania (1990), hal yang mempengaruhi pada tahap ini yaitu :

- 1) Keadaan sekitar dan cara penyelesaian suatu masalah,
- 2) Pengalaman sebelumnya,
- 3) Harga diri seseorang,

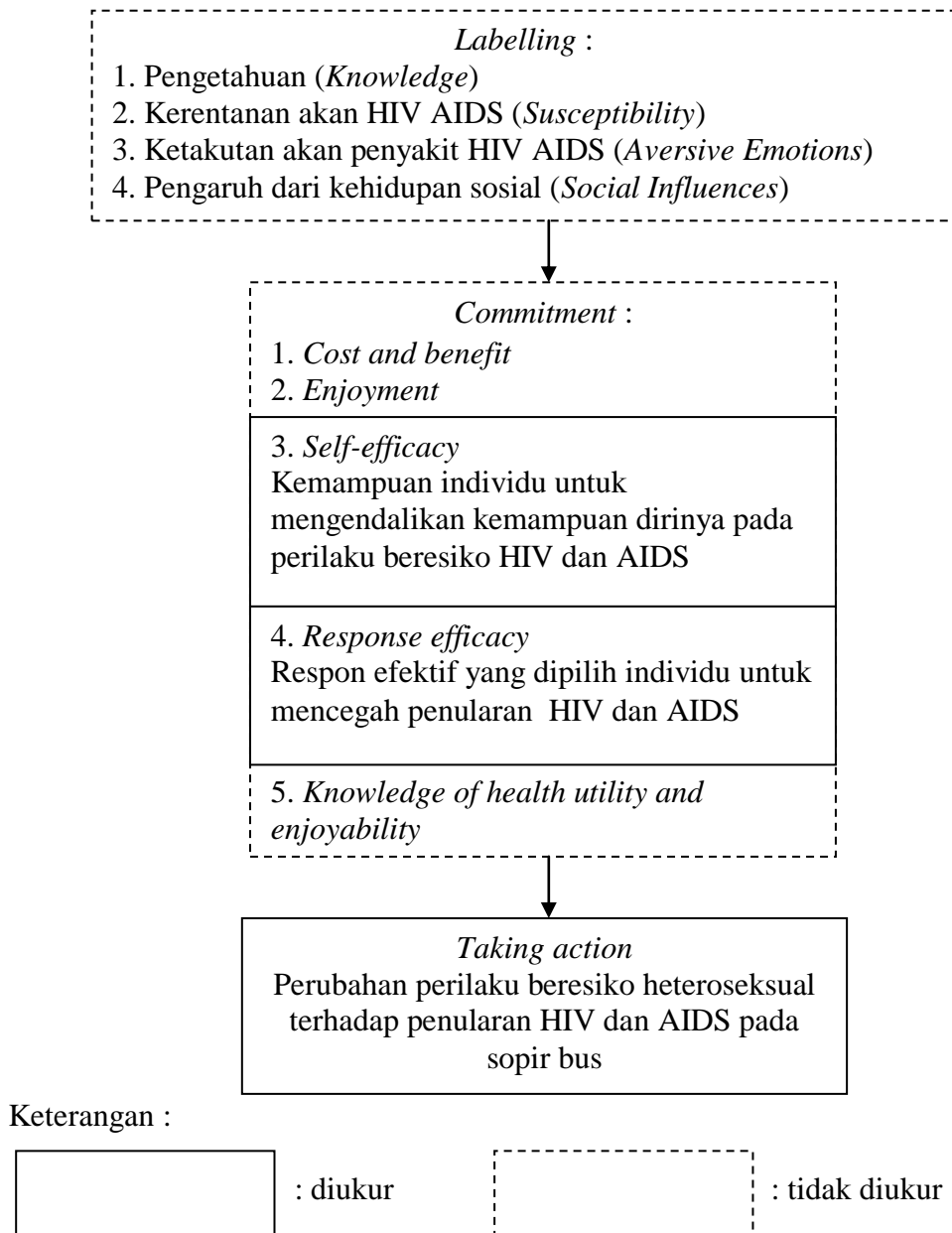
- 4) Kebutuhan individu untuk memperoleh informasi,
- 5) Kemampuan berkomunikasi secara verbal dengan pasangannya,
- 6) Persepsi dan tingkah laku pasangan seksual.

Selain tahap dan pengaruh diatas ,Catania juga mengidentifikasi faktor internal dan eksternal lainnya yang dapat memotivasi perubahan perilaku pada semua tahap. Misalnya, keadaan jiwa seseorang (misalnya, mengkonsumsi alkohol yang berlebihan dan penggunaan narkoba yang dapat mengganggu keadaan jiwa seseorang) yang dapat menghambat identifikasi perilaku seseorang. Kemudian faktor eksternal individu tersebut, seperti promosi pendidikan kesehatan, gambar orang yang meninggal akibat AIDS, atau kelompok pendukung informal yang dapat menyebabkan individu tersebut mengubah perilaku beresiko heteroseksual (Chelu, 2010).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 : Kerangka konseptual menurut teori model *AIDS Risk Reduction Model Catania* (1990) dengan modifikasi dalam hubungan antara *commitment* dengan *taking action* perilaku beresiko HIV dan AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya

Gambar 3.1 merupakan konsep teori model *AIDS Risk Reduction Model* menganalisis bahwa antara *labelling*, *commitment* dan *taking action* saling berhubungan. Pada *labelling* terdapat beberapa hal yang mempengaruhinya berupa pengetahuan, kerentanan akan penularan HIV dan AIDS, ketakutan akan penyakit HIV dan AIDS, dan pengaruh dari kehidupan bersosial. Sedangkan pada *commitment* dilihat dari aspek kepribadian seseorang yang berupa pembiayaan dan keuntungan, kenikmatan, persepsi, niat dan pengetahuan akan kesehatan. Beberapa faktor tersebut akan membentuk suatu perubahan perilaku yang beresiko penularan HIV dan AIDS. Dalam penelitian ini akan meneliti tentang kemampuan individu, respon yang dipilih dan perilaku dari sopir bus dalam berperilaku heteroseksual beresiko HIV dan AIDS.

Konsep teori *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) ini memiliki 3 tahap, pertama yaitu mengenali perilaku yang beresiko tinggi HIV dan AIDS, sedangkan pada tahap kedua seseorang yang membuat komitmen untuk mengurangi resiko tinggi penularan HIV dan AIDS, kemudian pada tahap akhir perilaku beresiko yang dilakukan individu. Masing-masing pada tahap tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik dari faktor internal maupun dari faktor eksternal.

Dari hasil penelitian Allport dalam Notoatmodjo (2010), yang memegang peranan penting dalam perilaku adalah sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi (Widodo, 2005). Kemampuan seseorang dalam mengambil tindakan atau perilaku dipengaruhi oleh keyakinan individu dalam bereperilaku. Keyakinan individu yang dipersepsikan tidak hanya sekedar perkiraan tentang tindakan apa yang dilakukan pada masa mendatang. Keyakinan seseorang mengenai kemampuan diri juga berfungsi sebagai suatu determinan bagaimana

individu tersebut berperilaku, berpola pikir, dan bereaksi emosional terhadap situasi-situasi yang sedang dialami (Bandura, 1986).

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian yang ditetapkan pada penelitian ini adalah

H₁ : Ada hubungan antara *self efficacy* dengan *taking action* perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV dan AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya.

H₁ : Ada hubungan antara *response efficacy* dengan *taking action* perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV dan AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan metode keilmuan (Nursalam, 2013). Dalam bab ini penulis akan membahas tentang : (1) rancangan penelitian, (2) populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel, (3) variabel penelitian dan definisi operasional, (4) instrumen penelitian, (5) lokasi dan waktu penelitian, (6) prosedur pengumpulan data, (7) kerangka operasional, (8) analisa data, (9) etika penelitian dan (10) keterbatasan

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik penelitian *cross sectional*, yaitu melakukan observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu waktu dan tidak ada *follow up*. Penelitian ini memberikan kuesioner yang berisikan pertanyaan tentang persepsi kemampuan diri, persepsi respon yang efektif dan perilaku heteroseksual tentang risiko penularan HIV dan AIDS yang akan diisi langsung oleh sopir bus yang menjadi responden di Terminal Purabaya Surabaya. Penelitian ini bertujuan untuk menguji hipotesis tentang adanya hubungan variabel independen (*commitment*) dengan variabel dependen (*taking action*) dengan waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat, tanpa dilakukan *follow up*.

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Jumlah sopir bus Antarkota dalam Provinsi (AKDP) dan Antarkota Luar Provinsi (AKAP) sebanyak 1.771 sopir bus (Purabaya, 2013)

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sopir bus yang berada di Terminal Purabaya Surabaya. Besar sampel dalam penelitian ini adalah berjumlah 50 orang.

Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013). Kriteria inklusi penelitian ini adalah :

1. Sopir bus dengan usia antara 20 sampai 59 tahun
2. Sopir bus yang sudah berkeluarga
3. Bekerja sebagai sopir bus minimal 5 tahun
4. Sopir bus AKDP yang memiliki jarak tempuh lebih dari 50km
5. Sopir bus AKAP

4.2.3 Sampling

Dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling secara *Quota Sampling* yaitu menentukan sampel berdasarkan tanda-tanda yang mempunyai pengaruh terbesar variabel yang diteliti dan menetapkan subjek berdasarkan daya tampung atau kapasitas yang diperlukan dalam penelitian. Proses pengambilan sampel berlangsung selama tujuh hari pada saat sopir bus sebelum bekerja, dengan responden yang berbeda.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV dan AIDS pada sopir bus berupa *commitment* : persepsi tentang respon yang efektif (*response efficacy*) dan keyakinan akan kemampuan diri (*self efficacy*) sopir bus.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku bersiko heteroseksual penularan HIV dan AIDS pada sopir bus.

4.3.3 Definisi Operasional

Menurut Nursalam (2013), definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain.

Tabel 4.1 Definisi Operasional variabel yang diteliti :

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Pengukuran	Skor
Variabel Independen: <i>Self-efficacy</i>	Persepsi individu mengenai kemampuan diri untuk menangani perilaku beresiko heteroseksual HIV/AIDS	Persepsi individu mengenai perilaku HIV: 1.Selalu berhasil mengatasi masalah perilaku resiko HIV 2.Mencari cara untuk menangani perilaku resiko	Kuesioner	Ordinal	Penilaian SS=Sangat Setuju S=Setuju TS=Tidak Setuju STS=Sangat Tidak Setuju Penilaian kategori: Sangat Setuju = 4

		HIV 3.Mengetahui cara mengatasi perilaku resiko HIV 4.Bertemu sesuatu yang baru mengenai perilaku beresiko HIV, dapat mengetahui cara menanggulangi 5.Memiliki solusi dalam penyelesaian masalah 6.Mengandalkan kemampuan dirinya 7.Mempunyai ide untuk mengatasi masalah perilaku resiko HIV 8.Individu akan menanganinya dengan baik 9.Apapun yang terjadi, individu akan siap menangani			Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1 Penilaian: Kategori kurang baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kategori baik skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)
Variabel Independen: <i>Response-efficacy</i>	Respon yang diambil individu untuk menangani masalah dalam aktivitas perilaku beresiko	Respon yang diambil individu untuk menangani penularan HIV: 1.Menggunakan kondom sebagai langkah efektif 2.Penggunaan kondom dapat menyelesaikan masalah penularan HIV 3.Penggunaan kondom	Kuesioner	Ordinal	Penilaian SS=Sangat Setuju S=Setuju TS=Tidak Setuju STS=Sangat Tidak Setuju Penilaian kategori: Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju

		kemungkinan tidak akan terkena penularan HIV 4.Sanggup untuk menggunakan kondom 5.Tidak memiliki pemikiran yang efektif untuk menggunakan kondom 6.Dapat dengan mudah menggunakan kondom			= 2 Sangat Tidak Setuju = 1 Penilaian: Kategori kurang baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kategori baik skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)
Variabel Dependen: <i>Taking action</i> Perilaku beresiko penularan HIV	Melakukan perilaku beresiko sehingga resiko penularan HIV AIDS	Perilaku beresiko HIV AIDS: 1.Melakukan hubungan seksual 2.Berganti-ganti pasangan 3.Menggunakan kondom dengan pasangan seksual 4.Tidak menyediakan kondom saat berhubungan seksual 5.Melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang pernah berhubungan dengan teman	Kuesioner	Ordinal	Penilaian Tidak pernah = 1 Jarang = 2 Sering = 3 Sangat sering = 4 Penilaian: Kategori kurang baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kategori baik skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini adalah kuesioner yang diberikan meliputi tentang kemampuan diri (*self efficacy*), persepsi respon yang efektif (*response efficacy*) dan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV dan AIDS pada sopir bus, dimana responden diberikan kuesioner yang sudah tersusun sehingga responden tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda yang sudah ditentukan. Instrumen pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner *self-efficacy* yang diadopsi dari standar kuesioner *General Self Efficacy scale* (Jerusalem & Schwarzer, 1981), untuk pengumpulan data tentang *response efficacy* menggunakan modifikasi kuesioner *The Risk Behavior Diagnosis Scale* (Witte *et.al.*, 1995), sedangkan untuk perilaku menggunakan modifikasi kuesioner *HIV Testing Treatment and Prevention Generic Tools for Operational Research* (WHO,2009). Pada kuesioner ini peneliti menggunakan kuesioner tertutup. Materi dalam kuesioner ini dapat saya jelaskan sebagai berikut :

1. Variabel *self efficacy* : kuesioner yang diberikan yaitu berisi 9 pernyataan dengan berdasarkan keyakinan akan kemampuan seseorang dalam mencegah berperilaku beresiko HIV dan AIDS dengan menggunakan kuesioner pendekatan *General Self-Efficacy scale* (GSE). Skor penilaian menggunakan skala Likert, setelah mengetahui hasil prosentase yang di dapat kemudian diinterpretasikan dengan dikatakan kurang baik apabila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan baik bila skor= $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).
2. Variabel *response efficacy* : dalam kuesioner ini berisi 6 pernyataan mengenai efektifitas respon yang diambil individu pada perilaku beresiko HIV dan AIDS berdasarkan pendekatan *The Risk Behavior Diagnosis Scale*. Skor

penilaian dikatakan kurang baik apabila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan baik bila skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).

3. Variabel *taking action* : perilaku untuk kuesioner yang diberikan kepada responden terdapat 5 pertanyaan yang disediakan peneliti, sehingga responden tinggal memilih dari jawaban dari setiap pertanyaan yang sudah di modifikasi oleh peneliti dan kuesioner ini bersifat tertutup. Skor penilaian perilaku dikatakan kurang baik apabila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan perilaku baik bila skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).

Validitas adalah tingkat keandalan dan kesahihan alat ukur yang digunakan dalam penelitian untuk mendapatkan data itu valid atau dapat digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2004). Item instrumen dianggap valid jika lebih besar dari 0,05. Uji validitas yang telah dilakukan menggunakan uji *pearson* pada 10 item tentang *self efficacy* dinyatakan valid pada item 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Item kuesioner 3 dihapus oleh peneliti karena dinyatakan tidak valid. Uji validitas yang telah dilakukan menggunakan uji *pearson* pada 6 item tentang *response efficacy* dan semua item dinyatakan valid.

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden akan menghasilkan data yang konsisten. Uji reliabilitas menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala 0 sampai 1. Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan reng yang sama, maka ukuran kemantapan *alpha* dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

1. Nilai *alpha cronbach* 0,00 s.d. 0,20, berarti kurang reliabel
2. Nilai *alpha cronbach* 0,21 s.d. 0,40, berarti agak reliabel

3. Nilai *alpha cronbach* 0,42 s.d. 0,60, berarti cukup reliabel
4. Nilai *alpha cronbach* 0,61 s.d. 0,80, berarti reliabel
5. Nilai *alpha cronbach* 0,81 s.d. 1,00, berarti sangat reliabel.

Hasil uji reliabilitas pada 9 item *self efficacy* didapatkan nilai reliabilitas 0,926 yang artinya sangat reliabel sebagai alat pengumpulan data. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan 6 item *response efficacy* didapatkan nilai reliabilitas 0,901 yang artinya sangat reliabel. Hasil uji reliabilitas pada 5 item *taking action* didapatkan nilai reliabilitas 0,140 yang artinya kurang reliabel.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Terminal Purabaya Surabaya. Penelitian ini diperkirakan membutuhkan waktu 2 bulan, mulai Juni sampai Juli 2014 dari pengumpulan data sampai pengolahan hasil.

4.6 Prosedur Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013).

4.6.1 Prosedur Administrasi

Setelah mendapatkan izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, peneliti mendatangi Bakesbangpol LINMAS, Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Dinas Perhubungan Surabaya dan Pimpinan Pengelola Terminal Purabaya Surabaya untuk meminta izin penelitian ditempat tersebut, kemudian peneliti menyeleksi calon responden sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah itu responden

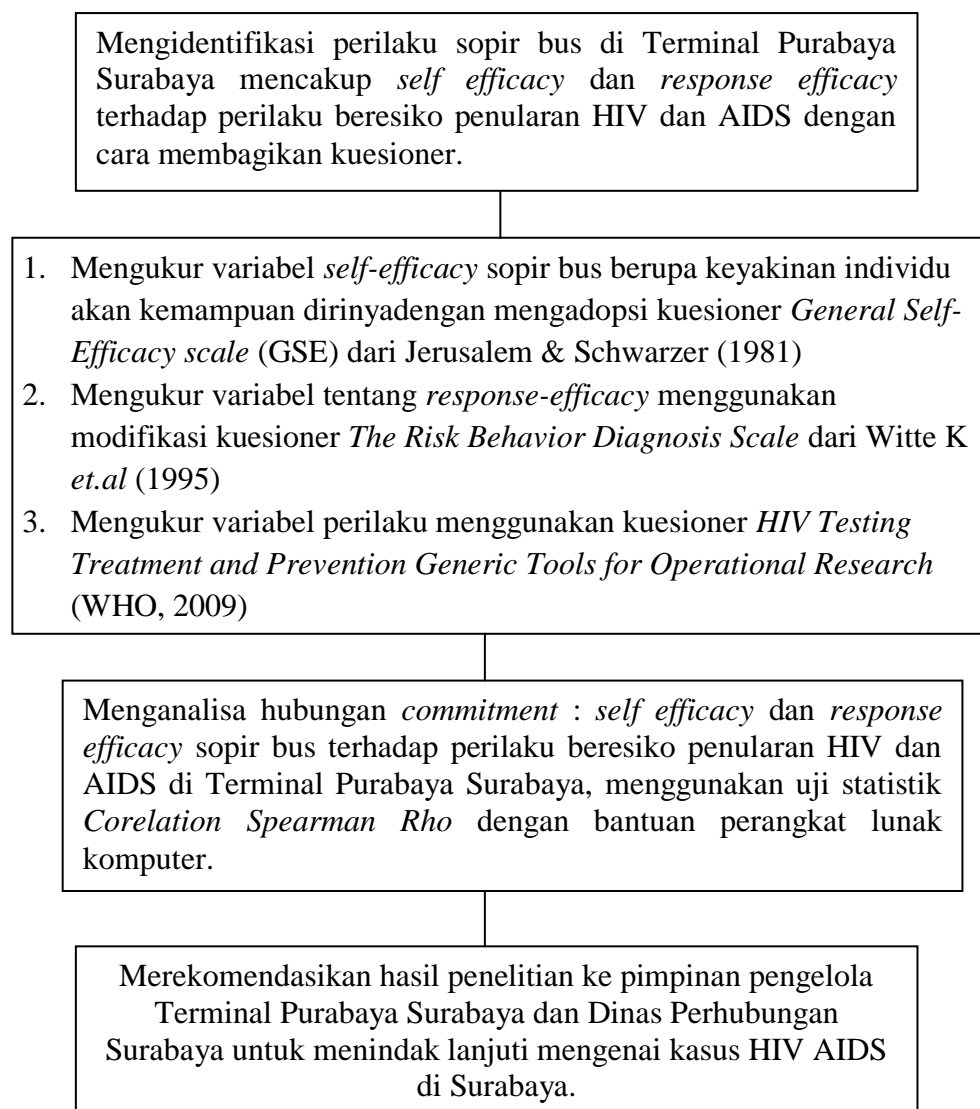
diberi *informed consent* dan diberi kuesioner. Selanjutnya responden diberi penjelasan tentang cara pengisian dan memfasilitasi apabila kemungkinan terdapat kebingungan atau kesalahan dalam pengisian kuesioner. Pengisian kuesioner terkait dengan pertanyaan yang diberikan melalui formulir yang dibaca dan diisi sendiri oleh sopir bus serta didampingi oleh peneliti. Pengisian dengan kuesioner dilakukan kepada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya, yang sedang berada dalam Terminal tersebut pada keadaan sebelum bekerja dan difasilitasi oleh pimpinan pengoperasian terminal Purabaya. Pengumpulan data penelitian berdasarkan teori *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* oleh Catania (1990). Pada kuesioner kemampuan diri (*self efficacy*) yang diadopsi dari standar kuesioner *General Self Efficacy scale (GSE)* oleh Jerusalem & Schwarzer (1981), untuk pengumpulan data tentang respon efektif (*response efficacy*) menggunakan modifikasi kuesioner *The Risk Behavior Diagnosis (Witte et.al., 1995)*, sedangkan untuk perilaku menggunakan modifikasi kuesioner *HIV Testing Treatment and Prevention Generic Tools for Operational Research (WHO, 2009)*.

4.6.2 Prosedur Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti datang ke Terminal Purabaya Surabaya dengan mencari responden sesuai dengan kriteria inklusi. Peneliti menjelaskan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian kepada responden, kemudian peneliti memberikan lembar permohonan penelitian dan lembar persetujuan menjadi responden penelitian. Responden diminta untuk membaca terlebih dahulu lembar penjelasan penelitian dan lembar persetujuan menjadi responden. Setelah responden menyetujui untuk menjadi responden, langkah selanjutnya adalah mengarahkan responden untuk membaca petunjuk sebelum mengisi lembar

kuesioner dan peneliti mempersilahkan responden untuk mengisi lembar kuesioner. Kuesioner terdiri dari 2 variabel independen yaitu *self efficacy* dan *response efficacy*, serta variabel dependen yaitu *taking action* perilaku beresiko penularan HIV AIDS. Waktu diberikan oleh peneliti adalah 30 menit untuk menyelesaikan kuesioner yang diberikan kepada responden.

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Bagan kerangka kerja hubungan antara *self efficacy* & *response efficacy* dengan perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya

4.8 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis.

4.8.1 Analisa Deskriptif

1) Variabel keyakinan kemampuan diri (*self efficacy*)

Aspek kemampuan akan dirinya diberikan dalam bentuk 9 pernyataan. Menggunakan skala likert yang terdiri dari empat jawaban alternatif jawaban yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Pada penelitian ini untuk pertanyaan dengan jawaban sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2, dan sangat tidak setuju diberi nilai 1.

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus

$$T = 50 + 10 \left\{ \frac{X - \bar{X}}{S} \right\}$$

Keterangan :

X = skor responden

\bar{X} = nilai rata-rata kelompok

S = standart deviasi

2) Variabel persepsi respon yang efektif (*response efficacy*)

Aspek persepsi akan respon yang efektif menggunakan skala likert yang terdiri dari empat jawaban alternatif jawaban yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Pada penelitian ini jawaban sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2, dan sangat tidak setuju diberi nilai 1.

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left\{ \frac{X - \bar{X}}{S} \right\}$$

Keterangan :

X = skor responden

\bar{X} = nilai rata-rata kelompok

S = standart deviasi

3) Variabel perilaku (*taking action*)

Untuk mengukur aspek perilaku beresiko penularan HIV pada sopir bus diberikan 5 pertanyaan, bila jawaban tidak pernah nilai 1, jarang nilai 2, sering nilai 3, dan untuk sangat sering diberi nilai 4.

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left\{ \frac{X - \bar{X}}{S} \right\}$$

Keterangan :

X = skor responden

\bar{X} = nilai rata-rata kelompok

S = standart deviasi

4.8.2 Analisa Inferensial

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan analisa inferensial yaitu melakukan pengujian setelah semua data terkumpul, kemudian data dilakukan pengujian dengan menggunakan uji korelasi *sperman rho*. Untuk hasil signifikasi

atau kemaknaanya ditentukan $p \leq 0,05$ berarti uji statistik menunjukkan $p \leq 0,05$ (Nursalam, 2013), maka H1 diterima artinya ada hubungan antara komitmen dengan perilaku beresiko penularan HIV AIDS.

Kekuatan korelasi (r) jika :

0,00 – 0,19 : sangat lemah

0,20 – 0,39 : lemah

0,40 – 0,59 : sedang

0,60 – 0,79 : kuat

0,80 – 1,00 : sangat kuat

4.9 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan sesuai dengan etika penelitian. Peneliti meminta izin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

4.9.1 Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan menjadi responden merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti memberikan penjelasan, maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

4.9.2 Tanpa nama

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti dan tidak mencantumkan nama responden, tetapi menggunakan kode tertentu untuk masing-masing responden.

4.9.3 Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti, dimana data tersebut hanya disajikan dan dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian.

4.10 Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Responden sopir bus masih kurang percaya terhadap mahasiswa sebagai peneliti, terkait menceritakan kehidupan pribadinya mengenai HIV AIDS, jadi data yang diambil bisa menjadi bias.
2. Waktu yang dibutuhkan untuk menggali jawaban dari responden cukup lama dan terkadang harus menjelaskan secara detail dan menyeluruh agar bisa dimengerti oleh responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik demografi responden, yaitu umur, pendidikan terakhir, asal rumah, agama, frekuensi pulang ke rumah, sumber informasi HIV AIDS, dan jenis bus yang dikendarai 3) variabel yang diukur meliputi *self efficacy*, *response efficacy* dan perilaku sopir bus.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Terminal Purabaya tepatnya berlokasi di Jalan Mayjen Sutoyo, Waru Sidoarjo. Terminal ini dikelola oleh pemerintah kota Surabaya dan Dinas Perhubungan Kota Surabaya. Terminal Purabaya Surabaya dikenal sebagai terminal tipe A yang berfungsi untuk melayani kendaraan umum sebagai Antar Kota Dalam Provinsi (AKDP) dan Antar Kota Luar Provinsi (AKAP), selain itu Terminal Purabaya juga melayani angkutan umum kota.

Jumlah sopir bus Antarkota dalam Provinsi (AKDP) dan Antarkota Luar Provinsi (AKAP) sebanyak 1.771 sopir bus (Purabaya, 2013). Setiap harinya untuk bus tujuan sekitar jawa timur melakukan 2 kali P-P (Pulang-Pergi), sementara untuk tujuan luar jawa timur hanya sekali berangkat saja. Setiap hari terdapat 3 shift petugas terminal purabaya yang berjaga di terminal purabaya. Shift pagi dimulai pada pukul 06.00-14.00, shift siang mulai pukul 14.00-10.00, dan shift malam mulai pukul 10.00-06.00 untuk menjaga ketertiban dan keamanan

terminal purabaya Surabaya. Di lokasi penelitian juga terpasang kamera CCTV guna memantau penumpang, bus yang masuk, dan memantau calo-calo yang masih berkeliaran di sekitar terminal. Terdapat juga tempat pemberhentian sementara bus antarkota yang biasanya digunakan untuk beristirahat sejenak sekitar 1-4 jam tergantung ketepatan waktu bus tiba di terminal Purabaya. Terkait dengan pengelolaan kesehatan sopir bus, juga terdapat petugas K3. Pada dasarnya ada 4 fokus utama K3 di terminal Purabaya dalam standar keselamatan, yakni kualitas SDM, sistem pencegahan dan penanganan kecelakaan, dan sarana prasarana yang digunakan. Terkait hal tersebut petugas K3 setiap rutin setiap tahunnya biasanya pada mudik lebaran, melakukan pengecekan kelayakan bus, dan melakukan cek kesehatan sopir bus seperti cek urine, dan juga mengadakan program penyuluhan terkait HIV AIDS, NAPZA demi standar keselamatan sopir dan penumpang bus.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 50 orang sopir bus. Penjelasan tentang karakteristik demografi sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya akan diuraikan berupa umur, pendidikan terakhir, asal rumah, agama, frekuensi pulang ke rumah, informasi HIV AIDS, sumber informasi HIV AIDS, dan jenis bus yang dikendarai.

Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Umur, Pendidikan Terakhir, Asal Rumah, Agama, Informasi HIV AIDS, Sumber Informasi HIV AIDS, dan Jenis bus yang dikendarai di Terminal Purabaya Surabaya tanggal 4 Juli 2014 s/d 6 Juli 2014

Karakteristik Responden Sopir Bus		F	%
Umur			
1.	17-26 tahun	0	0
2.	26-35 tahun	11	22
3.	36-45 tahun	18	36
4.	46-55 tahun	17	34
5.	56-65 tahun	4	8
Total		50	100
Pendidikan Terakhir			
1.	Tidak Sekolah	0	0
2.	SD	7	14
3.	SLTP	12	24
4.	SLTA	31	62
5.	Sarjana	0	0
Total		50	100
Asal Rumah Daerah			
1.	Surabaya	9	18
2.	Kabupaten/Kota dalam Jawa Timur	38	76
3.	Luar Kabupaten/Kota Jawa Timur	3	6
Total		50	100
Agama			
1.	Islam	49	98
2.	Katolik	1	2
3.	Kristen	0	0
4.	Hindu	0	0
5.	Budha	0	0
6.	Konghucu	0	0
Total		50	100
Pulang ke rumah asal berapa kali			
1.	1-7 hari	25	50
2.	8-14 hari	15	30
3.	15-21 hari	4	8
4.	1 bulan sekali	5	10
5.	Lebih dari 2 bulan	1	2
6.	Lain-lain	0	0
Total		50	100
Pernah mendapatkan informasi HIV AIDS			
1.	Tidak pernah	4	8
2.	Pernah	46	92
Total		50	100
Darimana sumber informasi HIV AIDS			
1.	Tidak Pernah	4	8
2.	Media massa (TV, koran, radio, dsb)	21	42
3.	Penyuluhan	8	16
4.	Petugas Kesehatan	6	12
5.	Lain-lain (Teman)	11	22
Total		50	100
Jenis bus yang dikendarai			
1.	AKDP	18	36
2.	AKAP	32	64
Total		50	100

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa distribusi responden pada penelitian ini terbanyak pada rentang usia 36 – 45 tahun, yaitu sebanyak 18 orang (36%). Rentan usia ini menunjukkan kematangan pemikiran seseorang, yang mempengaruhi *self efficacy* individu. *Self efficacy* merupakan persepsi individu mengenai kemampuan diri untuk menangani perilaku beresiko heteroseksual HIV AIDS. *Self efficacy* menjadi dasar dirinya melakukan usaha yang keras, bahkan ketika menemui hambatan sekalipun. Menurut Erikson (1994), pada rentang usia 18-35 tahun tergolong dewasa muda dimana seseorang mencari keintiman yang mendalam dan hubungan memuaskan dapat melalui pernikahan. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi dikhawatirkan akan timbul perilaku beresiko yang memungkinkan adanya penularan HIV AIDS pada sopir bus.

Distribusi pada tingkat pendidikan sopir bus memiliki tingkat pendidikan yang cukup baik. Diketahui bahwa tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi proses penerimaan pembelajaran, sehingga semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang diterima, maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan termasuk informasi perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS pada sopir bus.

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar sopir bus antarkota berasal dari luar surabaya tetapi masih dalam lingkup jawa timur, yaitu sebanyak 38 orang (78%), diantaranya Malang (3 orang), Kediri (2 orang), Pasuruan (2 orang), Jombang (3 orang), Bojonegoro (1 orang), Madiun (2 orang), Banyuwangi (2 orang), Gresik (1 orang), Ngawi (1 orang), Magetan (1 orang), Tulungagung (2 orang), Probolinggo (3 orang), Sidoarjo (2 orang), Nganjuk (1

orang), Pacitan (1 orang), Lamongan (1 orang), Tuban (1 orang), Lumajang (1 orang), Mojokerto (2 orang), Jember (2 orang), Ponorogo (2 orang), Batu (1 orang), Blitar (1 orang). Sedangkan asal Surabaya sebanyak 9 orang (18%), diikuti kota/kabupaten luar Jawa Timur sebanyak 3 orang (6%) diantaranya yaitu dari Solo (2 orang) dan Magelang (1 orang). Asal rumah sopir bus sangat berpengaruh terhadap frekuensi pulang sopir bus terkait mobilitas kerja, selain itu juga mempengaruhi perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS dikarenakan jauh dari keluarga.

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa frekuensi pulang sopir bus lebih dari setengahnya atau sejumlah 25 orang (50%) menyatakan pulang ke rumah antara 1-7 hari, sedangkan paling sedikit adalah frekuensi pulang lebih dari 2 bulan sekali sebanyak 3 orang (6%). Menurut kemenkes RI (2012) kelompok pekerja yang dianggap memiliki mobilitas tinggi bekerja sebagai sopir bus. Kondisi mobilitas yang tinggi dapat mengurangi pertemuan dengan keluarga sehingga mempengaruhi perilaku heteroseksual dan memperbesar resiko penularan HIV dan AIDS.

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa 4 responden (8%) belum pernah menerima informasi terkait HIV AIDS. Kondisi ini menunjukkan bila masih terdapat beberapa pekerja sebagai sopir bus yang masih belum mengetahui mengenai HIV dan AIDS. Hal ini menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku beresiko heteroseksual sopir bus terhadap penularan HIV AIDS.

5.1.3 Variabel Penelitian yang diukur

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

Pada variabel *self efficacy*, *response efficacy* dan perilaku menggunakan uji *Sperman Rho*. Kemudian dilakukan analisis dan pengujian hipotesis terhadap masing-masing variabel.

1. Analisis hubungan *self efficacy* dengan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya.

Tabel 5.2 Tabel hubungan *self efficacy* dengan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya pada tanggal 4-6 Juli 2014

<i>Self Efficacy</i>	Perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS						p	r
	Kurang Baik		Baik		Total			
	N	%	n	%				
Kurang Baik	14	58,3	13	50	27	54	0,01	0,333
Baik	10	41,7	13	50	23	46		
Total	24	100	26	100	50	100		

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa diperoleh hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikasi $p=0,01$ kurang dari nilai p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$. Nilai signifikasi tersebut menunjukkan ada hubungan antara *self efficacy* dengan perilaku beresiko penularan HIV AIDS dengan korelasi positif yang berarti semakin baik *self efficacy* yang dijadikan acuan maka semakin rendah perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS yang dilakukan pada sopir bus di terminal Purabaya Surabaya pada tanggal 4-6 Juli 2014. Sedangkan untuk nilai korelasi $r= 0,333$ menandakan korelasi bernilai lemah. Hal ini dapat dilihat dari hasil *self efficacy* terhadap HIV dan AIDS dari 22 orang (44%) yang memiliki nilai *self efficacy* yang baik, dan 16 orang (57,2%) diantaranya berperilaku baik. Hal ini dikarenakan masih terdapat dari beberapa responden yang memiliki tingkat pendidikan yang masih rendah. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan individu yang berakibat keyakinan

individu akan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS masih buruk. Menurut Lawrence Green (1980) perilaku ditentukan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor predisposisi. Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Faktor ini antara lain, pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, *locus of control*, kepercayaan, nilai-nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan.

2. Analisis hubungan *response efficacy* dengan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya.

Tabel 5.3 Tabel hubungan *response efficacy* dengan perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS pada sopir bus di Terminal Purabaya Surabaya pada tanggal 4-6 Juli 2014

<i>Response Efficacy</i>	Perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS					p	r	
	Kurang Baik		Baik		Total			
	n	%	n	%				
Kurang	17	70,8	9	34,6	26	52	0,04	0,287
Baik	7	29,2	17	65,4	24	48		
Total	24	100	26	100	50	100		

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa diperoleh hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikasi $p=0,04$ kurang dari nilai p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$. Nilai signifikasi tersebut menunjukkan ada hubungan antara *response efficacy* dengan perilaku beresiko penularan HIV AIDS dengan korelasi positif yang berarti semakin baik *response efficacy* yang dijadikan acuan maka semakin rendah perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS yang dilakukan pada sopir bus di terminal Purabaya Surabaya pada tanggal 4-6 Juli 2014. Sedangkan untuk nilai korelasi $r= 0,287$ menandakan korelasi bernilai lemah. Hal ini dikarenakan faktor lingkungan pekerjaan responden sebagai sopir bus, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan faktor eksternal.

Response efficacy responden ini adalah faktor eksternal yaitu melalui teman. Menurut Catania (1990), selain tahap dan pengaruh dari *labelling*, *commitment* dan *taking action*, Catania juga mengidentifikasi faktor internal dan eksternal lainnya yang dapat memotivasi perubahan perilaku pada semua tahap. Kemudian individu tersebut, seperti promosi pendidikan kesehatan, gambar orang yang meninggal akibat AIDS, atau kelompok pendukung informal yang dapat menyebabkan individu tersebut mengubah perilaku beresiko heteroseksual.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bila keyakinan akan kemampuan individu untuk mengurangi perilaku beresiko heteroseksual masih kurang baik. Menurut Lawrence Green (1980) perilaku ditentukan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor predisposisi. Faktor ini ada didalam diri seseorang yang menjadi dasar bagi munculnya perilaku secara sukarela. Faktor ini antara lain, pengetahuan, keyakinan, sikap, keinginan (minat), niat, norma, *locus of control*, kepercayaan, nilai-nilai dan faktor sosio demografi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan. Dapat diketahui dari 50 responden di Terminal Purabaya Surabaya, 27 orang diantaranya dianggap kurang baik terkait mengenai *self efficacy*. Sopir bus dalam hal ini tidak memiliki cukup minat atau keinginan untuk merubah perilaku heteroseksual penularan HIV AIDS, dikarenakan responden dari sopir bus kesulitan mengatasi solusi mengenai perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS. Pemecahan solusi tentunya sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Rata-rata tingkat pendidikan sopir bus sudah memenuhi standar dari lulus SLTA, namun masih ada beberapa responden dari sopir bus hanya lulus di tingkat SD dan SLTP. Responden dengan

kode SB12, SB16, SB18, SB31, SB36, SB45 dan SB47 tingkat pendidikan akhirnya yaitu SLTP, meskipun responden sudah mendapatkan informasi HIV AIDS dari penyuluhan, media massa dan petugas kesehatan tetapi *self efficacy* responden masih kurang baik. Tingkat pendidikan yang rendah menunjukkan bahwa *self efficacy* responden akan resiko HIV AIDS yaitu kurang baik.

Berdasarkan penelitian mengenai respon efektif yang diambil individu, responden masih dianggap kurang baik dalam pemilihan respon yang efektif untuk perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS. Penelitian di Terminal Purabaya menunjukkan 26 dari 50 responden dianggap masih kurang baik terkait *response efficacy*. Responden dengan kode SB11, SB13, SB18, SB23, SB27 dan SB34 memiliki *response efficacy* yang kurang baik dikarenakan faktor lingkungan pekerjaan responden sebagai sopir bus, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan faktor eksternal. Faktor dari responden bisa melalui teman. Teman dari responden dianggap bisa mempengaruhi *response efficacy* responden ketika menghadapi perilaku beresiko heteroseksual HIV AIDS. Faktor peringatan dari P.O. dari masing-masing tempat bekerja dari responden juga bisa mempengaruhi *response efficacy* dari sopir bus, dikarenakan terdapat peraturan yang diharuskan bagi sopir bus untuk melakukan pemeriksaan kesehatan HIV AIDS dan NAPZA setiap satu bulan sekali untuk menjaga keamanan di perjalanan. Pemeriksaan kesehatan ini menjadi pengaruh yang cukup besar bagi responden, dikarenakan apabila dihiraukan peringatan dari masing-masing P.O. maka besar kemungkinan untuk diberhentikan dalam pekerjaan. Menurut Catania (1990), selain tahap dan pengaruh dari *labelling*, *commitment* dan *taking action*, Catania juga mengidentifikasi faktor internal dan eksternal lainnya yang dapat

memotivasi perubahan perilaku pada semua tahap. Kemudian individu tersebut, seperti promosi pendidikan kesehatan, gambar orang yang meninggal akibat AIDS, atau kelompok pendukung informal yang dapat menyebabkan individu tersebut mengubah perilaku beresiko heteroseksual.

Perilaku resiko HIV dan AIDS dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, kerentanan, kecemasan, norma sosial, dan komitmen seseorang terhadap perubahan perilaku risiko penularan HIV dan AIDS (Catania, 1990). Komitmen menurut Catania (1990) berisi mengenai *self efficacy* dan *response efficacy* dari individu tersebut. Terdapat 22 dari 50 responden sopir bus yang berperilaku kurang baik, dikarenakan berbagai faktor yang bisa mempengaruhi perilaku dari sopir bus. Jarak bus, frekuensi pulang, tingkat pendidikan, dan asal rumah dapat mempengaruhi perilaku responden. Responden dengan kode SB5, SB22, SB27, SB36, SB41, SB45, SB47, dan SB50 dipengaruhi oleh jarak bus yang dikendarai oleh responden yaitu AKAP. Jarak yang jauh dari tempat bekerja responden dapat mempengaruhi frekuensi pulang sopir bus ke rumah sehingga mengakibatkan perilaku beresiko heteroseksual pada sopir bus. Kehidupan keluarga juga menjadi salah satu alasan sopir bus untuk berpikir kembali apabila akan berperilaku heteroseksual penularan HIV AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan dengan kekuatan korelasi yang lemah antara *self efficacy* dan perilaku beresiko penularan HIV AIDS. Menurut Notoatmodjo (2010) bahwa perilaku didalam diri seseorang terdapat dua faktor yang sangat mempengaruhinya yaitu faktor dari luar diri seseorang (faktor eksternal) dan faktor dari dalam diri seseorang (faktor internal). Dari penelitian-penelitian yang ada faktor yang paling besar peranannya dalam

membentuk perilaku seseorang adalah faktor eksternal. Faktor eksternal adalah meliputi faktor lingkungan baik lingkungan fisik dan non fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Dari hasil penelitian Allport dalam Notoatmodjo (2010), yang memegang peranan penting dalam perilaku adalah sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi (Widodo, 2005). Kemampuan seseorang dalam mengambil tindakan atau perilaku dipengaruhi oleh keyakinan individu dalam berperilaku. Keyakinan individu yang dipersepsikan tidak hanya sekedar perkiraan tentang tindakan apa yang dilakukan pada masa mendatang. Keyakinan seseorang mengenai kemampuan diri juga berfungsi sebagai suatu determinan bagaimana individu tersebut berperilaku, berpola pikir, dan bereaksi emosional terhadap situasi-situasi yang sedang dialami (Bandura, 1986). *Self efficacy* responden yang kurang baik dapat muncul akibat tingkat pendidikan rendah sehingga pemikiran akan keyakinan individu untuk berperilaku resiko heteroseksual HIV AIDS masih kurang baik atau tidak yakin dengan kemampuan individu responden. Sebagian besar dari sopir bus yang merasa tidak yakin dengan kemampuan individunya dipengaruhi oleh beberapa faktor selain tingkat pendidikan, yaitu misalnya sumber informasi, dan frekuensi pulang ke rumah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan dengan kekuatan korelasi yang lemah antara *response efficacy* dan perilaku beresiko penularan HIV AIDS. *Response efficacy* adalah efektifitas yang menyangkut perilaku yang direkomendasikan dalam memindahkan atau mencegah gangguan atau bahaya yang mungkin timbul (Notoatmodjo, 2002). Hal ini dikarenakan faktor lingkungan pekerjaan responden sebagai sopir bus, yang dipengaruhi oleh

beberapa faktor internal dan faktor eksternal. Faktor eksternal dari responden bisa melalui teman. Informasi yang berasal dari teman bisa mengakibatkan perubahan perilaku responden yang kurang baik dengan berperilaku heteroseksual pada penularan HIV AIDS.

Dalam penelitian ini, didapatkan hasil bahwa kurang baiknya *self efficacy*, *response efficacy* dan perilaku sopir bus selain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden juga dipengaruhi sumber informasi yang didapat. Sebagian besar dari responden mengaku mendapatkan informasi dari media massa seperti televisi, koran dan radio. Informasi yang didapat dari media massa cenderung diabaikan oleh responden sehingga mengakibatkan *self efficacy*, *response efficacy* dan perilaku sopir bus masih dianggap kurang baik. Berbeda jika informasi didapatkan dari petugas kesehatan atau pengalaman dari teman yang dipercaya, hal ini dikarenakan responden kurang percaya kepada peneliti yang masih mahasiswa, jadi sopir bus sering mengabaikan hal-hal terkait informasi HIV AIDS yang diberikan oleh peneliti. Selain itu frekuensi pulang ke rumah juga mempengaruhi *self efficacy*, *response efficacy* dan perilaku. Beberapa responden dengan frekuensi jarang pulang, hasil penelitian yang didapatkan kurang baik. Dianggap kurang baik dikarenakan resiko berperilaku heteroseksual dengan penularan HIV AIDS.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian faktor yang mempengaruhi perilaku beresiko penularan HIV AIDS pada sopir bus berdasarkan teori *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Terminal Purabaya Surabaya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebagian besar responden sopir bus di terminal Purabaya Surabaya, memiliki *self efficacy* kurang baik terkait dengan resiko penularan HIV dan AIDS dikarenakan tingkat pendidikannya rendah rata-rata adalah SLTA , hal ini dikarenakan sopir bus kesulitan dalam pemecahan solusi terkait perilaku beresiko heteroseksual penularan HIV AIDS.
2. Responden sopir bus di terminal Purabaya Surabaya sebagian besar memiliki *response efficacy* yang kurang baik terkait dengan resiko penularan HIV dan AIDS. Hal ini dikarenakan sebagian besar sopir bus paham bahwa mereka memiliki mobilitas yang tinggi dan jauh dari keluarga dikarenakan tinggal di luar Surabaya dan dipengaruhi oleh faktor eksternal responden yaitu teman. Pengaruh peraturan dari P.O. masing-masing sopir bus juga dapat mempengaruhi *response efficacy* dari responden.
3. Ada hubungan antara *self efficacy* dengan perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus di terminal Purabaya Surabaya yang berarti semakin

tinggi *self efficacy* tentang HIV dan AIDS pada Sopir bus, maka semakin rendah kemungkinan perilaku beresiko yang dilakukan.

4. Ada hubungan antara *response efficacy* dengan perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus di terminal Purabaya Surabaya yang berarti semakin baik respon yang diambil sopir bus, maka semakin baik pula perilaku yang ditunjukkan terhadap resiko penularan HIV dan AIDS

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor yang mempengaruhi perilaku beresiko penularan HIV AIDS pada sopir bus, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

1. Sopir bus yang berada di terminal Purabaya Surabaya diharapkan mengikuti kegiatan sosialisasi tentang pencegahan resiko penularan HIV AIDS di terminal yang diadakan oleh petugas K3 dan P.O. masing-masing responden, sehingga dapat mencegah penyebaran resiko penularan HIV AIDS.
2. Peneliti selanjutnya diharapkan untuk dapat mengembangkan penelitian ini, dengan menggunakan variabel faktor-faktor lain yaitu pada variabel *labelling* berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM), yang dapat mempengaruhi perilaku beresiko penularan HIV AIDS pada sopir bus untuk mencegah penularan HIV AIDS.
3. Hasil dari penelitian ini perlu ditindaklanjuti oleh petugas K3 di Terminal Purabaya dan P.O. masing-masing responden terkait dengan program kegiatan pencegahan penularan HIV AIDS pada sopir bus yang diharapkan dapat terlaksana dan bisa mengurangi penularan akan HIV AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifianti N. A, P. Harbandinah, P. P. Nugraha, (2008). “Analisis Faktor-Faktor Penyebab Niat Wanita Pekerja Seks (WPS) yang Menderita IMS Berperilaku Seks Aman (*Safe Sex*) dalam Melayani Pelanggan”. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. Vol. 3, No. 2 (Hlm. 102-114)
- Bandura, A. (1995). *Self efficacy in changing societies*. New York : Cambridge University Press.
- Born A, Schwarzer R, Jerusalem M. (1995). *Indonesian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/indonesese.htm>. Diakses 7 April 2014. Pukul 08.16 WIB
- Cattania, J.A., S.M. Keggles, T.J. Coates. (1990). “Towards understanding of risk behavior: An AIDS Risk Reduction Model (AARM)”. *Health Education Quarterly* Spring 1990: 53–72
- Chelu L. C, (2010). *Challenges HIV Positive Married Persons Attending Kanyama Clinic Face in Using Condoms*. Unpublished Thesis for the Degree of Master of Public Health, University of Zambia, Lusaka, Zambia.
- Compact-Female, (2011). *Modul Pelatihan Deteksi Dini, Pencegahan dan Penanganan HIV/AIDS pada Perempuan untuk Perawat Kesehatan Masyarakat*. Bandung, s.n.
- Dadun, Suparno H, Ismail A, Setiawan A, Prasetyo S, (2011).”Perilaku Seks tak-aman Pekerja Berpindah di Pantai Utara Jawa dan Sumatra Utara Tahun 2007”. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. Vol. 1, No. 2 (Hlm. 92-101)
- Dewi, W. D., (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI, (2013). *Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan 1 Tahun 2013*. Tidak Dipublikasikan
- DITJEN PP & PL KEMENKES RI, (2013). *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Tidak dipublikasikan
- Edgar T, Fitzpatrick M. A, Freimuth V. S, (2009). *AIDS : a communication perspective*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Hlm. 157
- Enciety.CO. (2014). Penderita HIV/AIDS Jatim Capai 19.504. <http://www.enciety.co/penderita-hivaid-jatim-capai-19-504/>. Diakses 19 Mei 2014. Pukul 19.40 WIB

- Huy N. V, *et.al.* (2011). “Association of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Preventive Information, Motivation, Self-Efficacy and Depression with Sexual Risk Behaviors among Male Freelance Laborers”. *Journal of AIDS and HIV Research*. Vol. 3, No. 1 (Hlm. 20-29)
- Iga, M., (2009). *Promosi Kesehatan Menggunakan Media Audio Visual dalam Meningkatkan Pengetahuan, Persepsi dan Sikap Pencegahan HIV/AIDS bagi Calon Tenaga Kerja Indonesia (TKI) di Kabupaten Ngada-NTT*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada
- ILO, (2005). *Pedoman Bersama ILO/WHO tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS*. Jakarta: Direktorat Pengawasan Kesehatan Kerja
- ILO, (2008). *Managing HIV/AIDS in the workplace Employers Handbook for Action*. Manila: s.n.
- Indonesian National AIDS, (2012). *Republic of Indonesia Country Report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS): Reporting Period 2010 – 2011*. Tidak dipublikasikan
- Juliastika, Korompis G. E. C, Ratag B. T, (2011). “Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Sikap dan Tindakan Penggunaan Kondom Pria pada Wanita Pekerja Seks di Kota Manado”.
- KPA. (2013). *Info HIV dan AIDS*. <http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/Info-HIV-dan-AIDS#sthash.DYvqLOE2.dpbs>. Diakses 19 Maret 2014. Jam 17.09 WIB
- Laksono A, (2010). *National AIDS Strategy and Action Plan 2010 – 2014*.
- Luthfiana Y. (2012). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS pada Pekerja Bangunan di Proyek WORLD CLASS UNIVERSITY Tahun 2012*. Skripsi Tidak Dipublikasikan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia
- Misutarno. (2012). *Asuhan Keperawatan dengan kondisi-kondisi yang biasa terjadi pada ODHA*. Presentasi disajikan dalam Perkuliahan Imun dan Hematologi 2 Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya Oktober 2012.
- Moon, K. (2002). *Knowledge, Perceptions, Attitudes, and Practice of HIV/AIDS: A comparative Study of Behavior Change in Commercial Sex Workers and Truck Drivers in the Dindigul and Coimbatore Districts of Tamil Nadu, India*. Published a Master Paper for Graduate Certificate, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina
- Notoatmodjo P, (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

- Nursalam, (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI, (2006). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*. Jakarta: Kepala Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI. Hlm. 1-42
- Schneider J. A, *et.al.* (2010). "Initial Commitment to Pre-Exposure Prophylaxis and Circumcision for HIV Prevention amongst Indian Truck Drivers". *Plos One*. Vol. 5. Issue 7, e11922 (Hlm. 1-10)
- Sianturi S. A, (2012). "Hubungan Faktor Predisposisi, Pendukung, dan Penguat dengan Tindakan Penggunaan Kondom pada WPS untuk Pencegahan HIV/AIDS di Kabupaten Serdang Bedagai". *Jurnal Precure*. Vol. 1 (Hlm. 1-7)
- Suyoputro A, Ford N.J, Shaluhiah Z (2006). "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi". *Makara Kesehatan*. Vol. 10, No. 1 (Hlm. 29-40)
- Terminal Purabaya. (2013). Prakiraan Puncak Arus Balik Idul Fitri 2013. <https://purabayabusterminal.wordpress.com/2013/08/16/perkiraan-puncak-arus-balik-idul-fitri-2013/>. Diakses 19 Mei 2014. Pukul 20.36
- Tiarlan. (2012). *Gambaran Sikap Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia terhadap Upaya Pencegahan HIV/AIDS melalui Penggunaan Kondom*. Skripsi Tidak Dipublikasikan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia
- Tjahjani E. (2011). *Modul Pendidikan Seks untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Pasangan Suami – Isteri tentang Hubungan Seks pada Kehamilan Trimester Dua di Puskesmas Balongsari Surabaya*. Dipublikasikan untuk Magister Keperawatan, Universitas Airlangga Surabaya.
- WHO. (2013). *Fact and Sheet HIV AIDS*. www.who.int/mediacentre/factsheet/fs360/en/en. Diakses 19 Maret 2014. 01.45 WIB
- Witte K, McKeon J, Cameron K, Berkowitz J. (1995). *THE RISK BEHAVIOR DIAGNOSIS SCALE (A Health Educator's Tool)*. Department of Communication. Michigan State University. East Lansing, Michigan, United States.

Lampiran 1



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp. 031 - 5343000 Fax. 5473284
SURABAYA 60272

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070 / 6187 / 436.7.3 / 2014

MENUNJUK : SURAT : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
 : NOMOR : 1695/UN3.1.12/PM/2014
 : TANGGAL : 4 Juni 2014
 : PERIHAL : Permohonan Ijin Penelitian

DASAR : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintahan Daerah
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pencapaian Rekomendasi Penelitian.
 3. Perda Kota Surabaya Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Organisasi Perangkat Daerah Kota Surabaya
 4. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 54 Tahun 2010 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Kota Surabaya

Dengan ini menyatakan tidak keberatan member ijin untuk melaksanakan Penelitian / Pengabdian Masyarakat kepada :

Nama : GAMALIEL BAYU CHRISTIAWAN
Alamat : Perum OIK D3 / 3 Suwayuwo Sukorejo Pasuruan
Pekerjaan : Mahasiswa Prodi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Tema / Judul : HUBUNGAN ANTARA COMMITMENT DENGAN TAKING ACTION PADA PERILAKU KELOMPOK RESIKO HIV DAN AIDS : SOPIR BUS DI TERMINAL PURABAYA SURABAYA BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK REDUCTION MODEL (ARRM)
Tempat / Lokasi : KOTA SURABAYA (Dinas Perhubungan, UPTD Terminal Purabaya)
Tanggal (Waktu) : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat dikeluarkan
Pengikut : -

Syarat – syarat ketentuan sebagai berikut :

1. Penelitian yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan, dan yang bersangkutan harus mentaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan Kegiatan / Penelitian.
2. Penelitian yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasikan bangsa atau keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan Penelitian / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas / Instansi yang bersangkutan.
4. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat / ketentuan seperti tersebut diatas.

Surabaya, 4 Juni 2014

Kepala Badan
Sekretaris


Abdul Hakim, SH., M.Si.
 Pembina Tk. I
 NIP. 19620304 198703 1 017

Tembusan :

1. Kepala Dinas Perhubungan Kota Surabaya
2. Kepala UPTD Terminal Purabaya Kota Surabaya
3. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
4. Yang bersangkutan

Lampiran 2



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS PERHUBUNGAN**

Jl. Dukuh Menanggal No. 1 Surabaya - 60234
Telp. (031) 8295324, 8295332 Fax(031) 8288315

NOTA - DINAS

Kepada : Yth – UPTD Terminal Purabaya
Dinas Perhubungan Kota Surabaya
Dari : Sekretaris
Tanggal : 10 Juni 2014
Sifat : Segera
Nomor : 0721 *ls*. 1436.6.10/2014
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Berdasarkan Surat Kepala Bakesbang Pol Linmas Kota Surabaya tanggal 4 Juni 2014 nomor : 070/6187/436.7.3/2014 tentang Permohonan Ijin Penelitian. Mengharap dapatnya diberikan bantuan untuk Permohonan Ijin Penelitian Kepada :

Nama : Gamaliel Bayu Christiawan
Alamat : Perum OIK D3 / 3 Suwayuwo Sukorejo Pasuruan
Pekerjaan : Mahasiswa Prodi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Tema Penelitian : Hubungan Antara Commitment Dengan Taking Action Pada Perilaku Kelompok Resiko HIV dan AIDS Sopir Bus Di Terminal Purabaya Surabaya Berdasarkan Pendekatan AIDS Risk Reduction Model (ARRM)
Lama Penelitian : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
Pengikut : -

Demikian atas bantuannya, disampaikan terima kasih.

a.n KEPALA DINAS
Sekretaris

Drs. Agus/Haris, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19580817 198803 1 010

Lampiran 3**PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian Tugas Akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, maka saya :

Nama : Gamaliel Bayu Christiawan

NIM : 131011109

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian dengan judul : “**Hubungan antara *Commitment* dengan *Taking Action* Pada Perubahan Perilaku Kelompok Resiko HIV dan AIDS : Sopir Bus di Terminal Purabaya Surabaya Berdasarkan Pendekatan *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)*”**. Tujuan ini adalah menganalisa bagaimana hubungan antara persepsi tentang penularan HIV dan AIDS dengan perubahan perilaku pada sopir bus. Manfaat yang diperoleh yaitu, untuk menganalisa perilaku beresiko heteroseksual yang bisa menyebabkan HIV dan AIDS. Jika perilaku beresiko heteroseksual semakin meningkat maka diperlukan pemantauan lebih lanjut untuk mengerungai perilaku heteroseksual yang mengakibatkan HIV AIDS. Dengan ini saya mohon dengan hormat kepada bapak untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

1. Kesiediaan Bapak untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden
2. Kerahasiaan Bapak, akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti
3. Kerahasiaan informasi yang diberikan, dijamin oleh peneliti karena hanya sekelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian
4. Bila ada hal yang kurang jelas dan ingin di tanyakan bisa menghubungi saya di No Hp 081937050949

Partisipasi Anda mengisi formulir ini sangat saya hargai, dan atas perhatian serta kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2014

Hormat Saya,

(Gamaliel Bayu Christiawan)

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Telah mendapat penjelasan dan menyatakan bersedia/tidak bersedia menjadi responden atas penelitian yang dilakukan oleh Gamaliel Bayu Christiawan, mahasiswa S1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul : **“Hubungan antara *Commitment* dengan *Taking Action* Pada Perubahan Perilaku Kelompok Resiko HIV dan AIDS : Sopir Bus di Terminal Purabaya Surabaya Berdasarkan Pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM)”**.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2014

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

Kode Responden :.....

Lampiran 5**LEMBAR KUESIONER PENELITIAN****A. Pengantar**

Berikut adalah pertanyaan dan pernyataan yang berkaitan dengan “Kemampuan diri, efektifitas respon dan perilaku beresiko penularan HIV dan AIDS pada sopir bus”. BACALAH SETIAP PERTANYAAN DAN PERNYATAAN DENGAN CERMAT SEBELUM MENJAWAB, kemudian pilihlah jawaban yang Anda rasa paling sesuai dengan kesadaran 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) :

B. Petunjuk

1. Silahkan Anda menjawab pertanyaan dan pernyataan dengan jujur
2. Jawaban akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk penelitian
3. Tidak diperkenankan memberi tanda apapun pada kotak sebelah kanan

C. Identitas Pribadi

Petunjuk : Pilihlah jawaban yang anda anggap benar dengan memberi tanda check (√) pada tanda kurung (...) yang tersedia

A. Data Demografi Umum

1. Umur :

() 17 – 25 tahun

() 26 – 35 tahun

() 36 – 45 tahun

() 46 – 55 tahun

() 56 – 65 tahun

2. Pendidikan terakhir :

() SD

() SLTP

() SLTA

() Sarjana/ Perguruan Tinggi

3. Asal rumah daerah :

() Kabupaten/ Kota di dalam Jawa Timur

Sebutkan darimana :

() Luar Kabupaten/ Kota Jawa Timur

Sebutkan darimana :

4. Agama :

() Islam

() Katolik

() Kristen

- () Hindu
- () Budha
- () Konghucu
5. Pulang ke rumah asal berapa kali :
- () Kurang dari 1 minggu sekali
- () 1 minggu sekali
- () 2 minggu sekali
- () 3 minggu sekali
- () 1 bulan sekali
- () Lebih dari 2 bulan
- () Lain – lain, sebutkan :
6. Apakah pernah mendapatkan informasi tentang HIV AIDS :
- () Tidak pernah
- () Pernah
7. Dari manakah, anda banyak mendapatkan informasi tentang HIV AIDS :
- () Tidak pernah
- () Media massa (TV, koran, radio, dsb)
- () Penyuluhan
- () Petugas kesehatan (Dokter, perawat/mantri, bidan)
- () Lain – lain, sebutkan :
8. Jenis bus yang anda kendarai :
- () AKAP
- () AKDP, Berapa jaraknya :

Lampiran 6**D. Modifikasi kuesioner kemampuan diri (*self efficacy*) berdasarkan*****General Self-Efficacy Scale***

Petunjuk : Berikan tanda check (√) pada kotak yang sesuai dengan perilaku Anda

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skor
1	Saya yakin berhasil dalam mengatasi perilaku beresiko (heteroseksual) yang menyebabkan HIV dan AIDS.					
2	Meski banyak hambatan, saya akan selalu mencari cara untuk menangani perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual).					
3	Saya mengetahui bagaimana mengatasi perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual).					
4	Ketika saya akan berhadapan dengan mengenai perilaku beresiko HIV (heteroseksual), saya mengetahui bagaimana cara menanggulangnya.					
5	Saya memiliki solusi untuk setiap masalah mengenai perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual).					
6	Saya dapat mengandalkan kemampuan diri saya untuk menghadapi kesulitan mengenai perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual).					
7	Saya mempunyai banyak ide untuk mengatasi perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual).					
8	Saya akan menangani perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual) dengan baik.					
9	Apapun yang terjadi, saya siap menangani perilaku beresiko HIV dan AIDS (heteroseksual).					

Lampiran 7**E. Modifikasi kuesioner respon yang efektif (*response efficacy*) berdasarkan pendekatan *The Risk Behavior Diagnosis Scale***

Petunjuk : Berikan tanda check (✓) pada kotak yang sesuai dengan perilaku Anda

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skor
1	Menggunakan kondom merupakan respon yang efektif dalam mencegah penularan HIV dan AIDS					
2	Menggunakan kondom dapat menyelesaikan masalah dalam mencegah penularan HIV dan AIDS					
3	Jika saya menggunakan kondom, kemungkinan saya tidak terkena penularan HIV dan AIDS					
4	Saya sanggup untuk menggunakan kondom dalam mencegah penularan HIV dan AIDS					
5	Saya tidak memiliki pemikiran yang efektif dalam mencegah penularan HIV dan AIDS					
6	Saya dengan mudah dapat menggunakan kondom untuk mencegah penularan HIV dan AIDS					

Lampiran 8**F. Modifikasi kuesioner perilaku berdasarkan pendekatan *HIV Testing Treatment and Prevention Generic Tools for Operational Research***

Petunjuk : Berikan tanda check (√) pada kotak yang sesuai dengan perilaku Anda

SS : Sangat sering

S : Sering

J : Jarang

TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	TP	J	S	SS	Skor
1	Selama bekerja menjadi sopir bus yang jauh dari istri, saya melakukan hubungan seksual dengan orang lain (selain istri)					
2	Saya melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan (selain istri)					
3	Selama saya bekerja menjadi sopir bus (jauh dengan istri), saya melakukan hubungan seksual dengan orang lain (selain istri) tanpa menggunakan alat pengaman (kondom)					
4	Saya tidak menyediakan alat pengaman (kondom) saat akan berhubungan seksual dengan pasangan (selain istri)					
5	Saya melakukan hubungan seksual dengan pasangan (selain istri) yang juga pernah berhubungan seksual dengan teman saya					

Lampiran 9

Tabulasi Karakteristik Responden Berdasarkan Data Demografi

No responden	Umur	Pendidikan Terakhir	Asal Rumah	Agama	Frekuensi Pulang	Informasi HIV/AIDS	Sumber Informasi	Jenis Bus
1	2	4	2	2	1	1	1	2
2	3	4	2	2	1	2	2	2
3	2	4	2	1	1	2	3	2
4	4	4	2	2	1	2	2	2
5	2	4	2	1	1	2	3	1
6	3	4	2	1	1	2	4	2
7	4	4	2	2	1	2	5	2
8	3	4	2	2	1	2	2	2
9	5	2	1	2	1	2	5	2
10	3	4	2	2	1	2	2	2
11	4	2	2	2	1	2	5	2
12	3	3	2	2	1	2	3	2
13	2	4	1	2	1	2	5	2
14	4	4	1	2	1	2	3	2
15	5	3	2	2	1	1	1	2
16	5	3	1	1	1	2	2	2
17	5	4	2	2	1	2	2	2
18	4	3	2	2	1	2	5	2
19	2	4	2	2	1	2	2	2
20	4	4	1	2	1	2	3	2
21	4	4	3	2	1	1	1	1
22	3	4	2	3	1	2	2	1
23	2	3	2	3	1	2	5	2
24	4	2	2	2	1	2	3	2

25	2	4	2	3	1	2	2	1
26	4	2	2	2	1	2	2	2
27	4	2	3	3	1	2	5	1
28	3	3	1	3	1	2	2	2
29	3	4	2	2	1	2	3	2
30	4	2	2	3	1	2	2	2
31	4	3	2	3	1	2	2	2
32	2	4	2	2	1	2	2	2
33	2	3	2	2	1	2	4	1
34	3	4	2	3	1	2	5	1
35	3	4	1	2	1	2	5	1
36	4	3	3	3	1	2	3	1
37	3	4	2	3	1	2	4	1
38	2	4	2	2	1	2	3	2
39	2	2	2	3	1	1	1	2
40	3	4	2	2	1	2	2	1
41	3	4	2	3	2	2	5	1
42	4	4	2	2	1	2	2	1
43	3	4	2	2	1	2	4	2
44	3	3	2	2	1	2	5	2
45	3	3	2	1	1	2	2	1
46	3	4	1	2	1	2	4	2
47	4	3	2	3	1	2	2	1
48	3	4	1	3	1	2	4	1
49	4	4	2	2	1	2	2	1
50	4	4	2	2	1	2	2	1

Keterangan :

Umur	Frekuensi Pulang ke rumah	Sumber informasi	Agama
1. 17 – 25 tahun	1. 1 – 7 hari	1. Tidak pernah	1. Islam
2. 26 – 35 tahun	2. 8 – 14 hari	2. Media massa	2. Katolik
3. 36 – 45 tahun	3. 15 – 21 hari	3. Penyuluhan	3. Kristen
4. 46 – 55 tahun	4. 1 bulan sekali	4. Petugas kesehatan	4. Hindu
5. 56 – 65 tahun	5. Lebih dari 2 bulan	5. Teman	5. Budha
	6. Lain-lain		6. Konghucu

Pendidikan Terakhir	Mendapatkan Informasi	Asal rumah	Jenis Bus
1. Tidak Sekolah	1. Tidak Pernah	1. Surabaya	1. AKAP
2. SD	2. Pernah	2. Dalam Jawa Timur	2. AKDP
3. SLTP		3. Luar Jawa Timur	
4. SLTA			

Lampiran 10Tabulasi Data Responden Terhadap *Self Efficacy* tentang resiko penularan HIV

AIDS

No Responden	Nomor Soal										Skor	T	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	2	2	3	3	2	1	3	1	2	3	22	38,43	Baik
2	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	26	44,75	Baik
3	4	4	1	4	4	4	4	4	3	3	35	58,97	Kurang Baik
4	4	4	2	2	2	3	3	2	2	3	27	46,33	Baik
5	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	37	62,13	Kurang Baik
6	4	3	1	3	4	3	4	3	3	4	32	54,23	Kurang Baik
7	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	33	55,81	Kurang Baik
8	3	3	4	4	3	2	3	2	4	4	32	54,23	Kurang Baik
9	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	27	46,33	Baik
10	2	2	1	2	2	1	3	1	3	2	19	33,69	Baik
11	4	1	4	2	2	3	2	3	2	2	25	43,17	Baik
12	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	35	58,97	Kurang Baik
13	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	36	60,55	Kurang Baik
14	1	1	4	2	1	2	1	2	2	2	18	32,11	Baik
15	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	19	33,69	Baik
16	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4	35	58,97	Kurang Baik
17	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	31	52,65	Kurang Baik
18	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	33	55,81	Kurang Baik
19	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	31	52,65	Kurang Baik
20	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	29	49,49	Baik
21	4	4	1	4	4	4	4	3	4	4	36	60,55	Kurang Baik
22	2	2	2	4	2	3	3	3	3	3	27	46,33	Baik
23	2	3	4	2	2	3	4	2	3	3	28	47,91	Baik
24	3	3	4	1	2	3	3	3	3	3	28	47,91	Baik
25	4	4	2	3	4	3	4	3	3	3	33	55,81	Kurang Baik
26	3	3	2	3	2	3	4	3	4	4	31	52,65	Kurang Baik
27	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	36	60,55	Kurang Baik
28	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	28	47,91	Baik
29	3	2	3	3	2	3	4	3	2	3	28	47,91	Baik
30	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	33	55,81	Kurang Baik
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	51,07	Kurang Baik
32	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	37	62,13	Kurang Baik
33	3	3	3	3	2	1	3	1	3	4	26	44,75	Baik
34	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	12	22,62	Baik
35	4	3	2	4	3	3	4	3	4	4	34	57,39	Kurang Baik
36	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	66,87	Kurang Baik
37	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	34	57,39	Kurang Baik
38	2	2	4	2	3	2	3	2	3	3	26	44,75	Baik

39	1	1	2	1	1	2	4	1	1	1	15	27,37	Baik
40	3	3	2	2	2	2	4	2	4	4	28	47,91	Baik
41	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	30	51,07	Kurang Baik
42	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	35	58,97	Kurang Baik
43	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	33	55,81	Kurang Baik
44	2	2	1	2	2	3	3	2	3	1	21	36,85	Baik
45	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	36	60,55	Kurang Baik
46	2	3	2	3	2	2	4	2	3	3	26	44,75	Baik
47	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	35	58,97	Kurang Baik
48	2	3	2	3	1	2	3	2	2	2	22	38,43	Baik
49	2	2	2	1	2	1	4	1	3	1	19	33,69	Baik
50	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	37	62,13	Kurang Baik

Keterangan :

Mean : 29,32 Standard deviasi : 6,36 Mean T : 50

Self Efficacy baik : 23 responden

Self Efficacy kurang baik : 27 responden

Lampiran 11

Tabulasi Data Responden Terhadap *Response Efficacy* tentang resiko penularan

HIV AIDS

No Responden	Nomor Soal						Skor	T	Kategori
	1	2	3	4	5	6			
1	2	2	1	2	2	1	10	37,26	Baik
2	2	2	2	2	3	2	13	43,42	Baik
3	2	2	2	1	3	2	12	41,37	Baik
4	4	4	4	1	2	1	16	49,59	Baik
5	4	4	4	4	1	4	21	59,87	Kurang Baik
6	4	4	3	3	3	3	20	57,81	Kurang Baik
7	4	3	3	3	2	3	18	53,70	Kurang Baik
8	2	2	3	1	1	1	10	37,26	Baik
9	3	3	3	2	2	2	15	47,53	Baik
10	4	4	4	3	3	2	20	57,81	Kurang Baik
11	4	3	4	2	2	2	17	51,64	Kurang Baik
12	1	1	2	3	3	2	12	41,37	Baik
13	4	3	3	3	4	4	21	59,87	Kurang Baik
14	3	3	2	2	2	2	14	45,48	Baik
15	2	2	2	4	3	3	16	49,59	Baik
16	2	1	2	2	2	2	11	39,31	Baik
17	4	4	4	4	4	3	23	63,98	Kurang Baik
18	4	4	4	4	4	4	24	66,03	Kurang Baik
19	3	3	3	3	3	3	18	53,70	Kurang Baik
20	1	1	1	2	1	1	7	31,09	Baik
21	1	1	2	2	1	2	9	35,20	Baik
22	4	3	3	3	3	4	20	57,81	Kurang Baik
23	4	4	4	4	3	3	22	61,92	Kurang Baik
24	2	2	2	2	2	1	11	39,31	Baik
25	4	4	4	4	4	3	23	63,98	Kurang Baik
26	1	2	1	2	2	2	10	37,26	Baik
27	4	3	4	3	2	4	20	57,81	Kurang Baik
28	4	3	4	4	4	4	23	63,98	Kurang Baik
29	4	3	3	4	4	3	21	59,87	Kurang Baik
30	2	2	2	4	4	3	17	51,64	Kurang Baik
31	1	2	2	2	3	2	12	41,37	Baik
32	2	2	2	2	2	1	11	39,31	Baik
33	1	1	1	3	2	2	10	37,26	Baik
34	4	4	4	4	4	4	24	66,03	Kurang Baik
35	1	1	2	1	1	1	7	31,09	Baik
36	4	3	3	3	3	3	19	55,76	Kurang Baik
37	4	3	4	3	4	4	22	61,92	Kurang Baik
38	2	3	2	2	3	2	14	45,48	Baik

39	1	1	1	2	2	2	9	35,20	Baik
40	3	2	3	4	4	3	19	55,76	Kurang Baik
41	3	2	2	3	3	2	15	47,53	Baik
42	3	3	3	4	3	3	19	55,76	Kurang Baik
43	3	4	3	3	3	3	19	55,76	Kurang Baik
44	3	2	3	2	2	2	14	45,48	Baik
45	3	4	4	3	3	3	20	57,81	Kurang Baik
46	2	3	2	2	2	3	14	45,48	Baik
47	2	1	2	1	3	2	11	39,31	Baik
48	3	4	3	4	3	4	21	59,87	Kurang Baik
49	3	4	3	3	3	3	19	55,76	Kurang Baik
50	3	2	3	3	3	3	17	51,64	Kurang Baik

Keterangan :

STDEV : 4,86 Mean : 16,2 Mean T : 50

Response Efficacy Baik : 24 responden

Response Efficacy kurang baik : 26 responden

Lampiran 12

Tabulasi Data Responden Terhadap Perilaku tentang resiko penularan HIV AIDS

No Responden	Nomor Soal					Skor	T	Kategori
	1	2	3	4	5			
1	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
2	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
3	2	2	3	2	1	10	45,33	Baik
4	2	2	4	1	1	10	45,33	Baik
5	2	2	4	1	4	13	57,40	Kurang Baik
6	2	2	1	4	1	10	45,33	Baik
7	2	2	4	4	1	13	57,40	Kurang Baik
8	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
9	2	2	3	2	1	10	45,33	Baik
10	4	4	3	2	2	15	65,45	Kurang Baik
11	4	4	4	1	1	14	61,42	Kurang Baik
12	2	2	1	4	1	10	45,33	Baik
13	3	3	4	1	1	12	53,38	Kurang Baik
14	2	2	2	4	1	11	49,35	Baik
15	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
16	2	2	2	3	1	10	45,33	Baik
17	3	3	3	2	2	13	57,40	Kurang Baik
18	3	3	4	1	2	13	57,40	Kurang Baik
19	4	4	4	1	2	15	65,45	Kurang Baik
20	2	2	2	3	1	10	45,33	Baik
21	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
22	3	3	4	1	1	12	53,38	Kurang Baik
23	3	3	3	2	2	13	57,40	Kurang Baik
24	2	2	2	3	1	10	45,33	Baik
25	2	2	1	4	2	11	49,35	Baik
26	2	2	1	4	1	10	45,33	Baik
27	3	4	4	1	2	14	61,42	Kurang Baik
28	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
29	2	2	2	3	1	10	45,33	Baik
30	3	3	3	2	2	13	57,40	Kurang Baik
31	4	4	4	1	1	14	61,42	Kurang Baik
32	1	1	1	4	4	11	49,35	Baik
33	3	2	4	1	1	11	49,35	Baik
34	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
35	2	2	3	1	2	10	45,33	Baik
36	4	4	4	1	2	15	65,45	Kurang Baik
37	1	1	1	4	1	8	37,28	Baik
38	2	2	3	4	1	12	53,38	Kurang Baik
39	4	4	4	1	3	16	69,47	Kurang Baik
40	2	1	2	3	1	9	41,30	Baik

41	3	2	3	3	2	13	57,40	Kurang Baik
42	2	2	2	3	1	10	45,33	Baik
43	2	2	1	2	1	8	37,28	Baik
44	3	3	3	3	3	15	65,45	Kurang Baik
45	3	2	3	3	3	14	61,42	Kurang Baik
46	2	2	3	4	2	13	57,40	Kurang Baik
47	4	4	2	1	3	14	61,42	Kurang Baik
48	1	1	1	1	1	5	25,21	Baik
49	2	2	2	2	2	10	45,33	Baik
50	3	2	2	3	2	12	53,38	Kurang Baik

‘

Keterangan :

Mean : 11,16 STDEV : 2,48555 Mean T : 50

Perilaku baik : 28 responden

Perilaku kurang baik : 22 responden

Lampiran 13

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas pada kuesioner *Self Efficacy***Correlations**

	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item10	Total
item 1 Pearson Correlation	1	.729*	.100	.498*	.689*	.632*	.549*	.595*	.567*	.635**	.828**
Sig. (2-tailed)		.000	.492	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Sum of Squares and Cross-products	46.000	31.000	5.000	21.000	29.000	25.000	21.000	23.000	22.000	27.000	250.000
Covariance	.939	.633	.102	.429	.592	.510	.429	.469	.449	.551	5.102
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
item 2 Pearson Correlation	.729*	1	.045	.514*	.674*	.524*	.574*	.509*	.585*	.655**	.799**
Sig. (2-tailed)	.000		.757	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Sum of Squares and Cross-products	31.000	39.280	2.080	20.040	26.200	19.160	20.280	18.200	20.960	25.720	222.920
Covariance	.633	.802	.042	.409	.535	.391	.414	.371	.428	.525	4.549
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
item 3 Pearson Correlation	.100	.045	1	.010	.026	.018	-.094	.052	.131	.192	.234
Sig. (2-tailed)	.492	.757		.948	.857	.904	.517	.719	.364	.181	.102

	Sum of Squares and Cross-products	5.000	2.080	54.880	.440	1.200	.760	3.920	2.200	5.560	8.920	77.120
	Covariance	.102	.042	1.120	.009	.024	.016	-.080	.045	.113	.182	1.574
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 4	Pearson Correlation	.498*	.514*	.010	1	.611*	.493*	.400*	.553*	.570*	.666**	.727**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.948		.000	.000	.004	.000	.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	21.000	20.040	.440	38.720	23.600	17.880	14.040	19.600	20.280	25.960	201.560
	Covariance	.429	.409	.009	.790	.482	.365	.287	.400	.414	.530	4.113
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 5	Pearson Correlation	.689*	.674*	.026	.611*	1	.633*	.535*	.721*	.687*	.663**	.853**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.857	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	29.000	26.200	1.200	23.600	38.500	22.900	18.700	25.500	24.400	25.800	235.800
	Covariance	.592	.535	.024	.482	.786	.467	.382	.520	.498	.527	4.812
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 6	Pearson Correlation	.632*	.524*	.018	.493*	.633*	1	.415*	.869*	.453*	.433**	.744**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.904	.000	.000		.003	.000	.001	.002	.000

	Sum of Squares and Cross-products	25.000	19.160	.760	17.880	22.900	34.020	13.660	28.900	15.120	15.840	193.240
	Covariance	.510	.391	.016	.365	.467	.694	.279	.590	.309	.323	3.944
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 7	Pearson Correlation	.549*	.574*	-.094	.400*	.535*	.415*	1	.333*	.588*	.530**	.653**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.517	.004	.000	.003		.018	.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	21.000	20.280	3.920	14.040	18.700	13.660	31.780	10.700	18.960	18.720	163.920
	Covariance	.429	.414	-.080	.287	.382	.279	.649	.218	.387	.382	3.345
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 8	Pearson Correlation	.595*	.509*	.052	.553*	.721*	.869*	.333*	1	.534*	.554**	.779**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.719	.000	.000	.000	.018		.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	23.000	18.200	2.200	19.600	25.500	28.900	10.700	32.500	17.400	19.800	197.800
	Covariance	.469	.371	.045	.400	.520	.590	.218	.663	.355	.404	4.037
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 9	Pearson Correlation	.567*	.585*	.131	.570*	.687*	.453*	.588*	.534*	1	.782**	.807**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.364	.000	.000	.001	.000	.000		.000	.000

Sum of Squares and Cross-products	22.000	20.960	5.560	20.280	24.400	15.120	18.960	17.400	32.720	28.040	205.440
Covariance	.449	.428	.113	.414	.498	.309	.387	.355	.668	.572	4.193
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Item 10 Pearson Correlation	.635*	.655*	.192	.666*	.663*	.433*	.530*	.554*	.782*	.842**	.842**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.181	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000
Sum of Squares and Cross-products	27.000	25.720	8.920	25.960	25.800	15.840	18.720	19.800	28.040	39.280	235.080
Covariance	.551	.525	.182	.530	.527	.323	.382	.404	.572	.802	4.798
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Total Pearson Correlation	.828*	.799*	.234	.727*	.853*	.744*	.653*	.779*	.807*	.842**	.842**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.102	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Sum of Squares and Cross-products	250.000	222.920	77.120	201.560	235.800	193.240	163.920	197.800	205.440	235.080	1.983E3
Covariance	5.102	4.549	1.574	4.113	4.812	3.944	3.345	4.037	4.193	4.798	40.467
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Realibilitas**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	50	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	50	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.926	9

2. Hasil Uji Validitas Kuesioner *Response Efficacy* Penularan HIV dan AIDS**Correlations**

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Total
Item 1	Pearson Correlation	1	.807**	.868**	.524**	.467**	.632**	.887**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.001	.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50
Item 2	Pearson Correlation	.807**	1	.783**	.499**	.407**	.567**	.839**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.003	.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50
Item 3	Pearson Correlation	.868**	.783**	1	.474**	.398**	.584**	.846**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.001	.004	.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50
Item 4	Pearson Correlation	.524**	.499**	.474**	1	.630**	.762**	.785**

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001		.000	.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50
Item 5	Pearson Correlation	.467**	.407**	.398**	.630**	1	.600**	.701**
	Sig. (2-tailed)	.001	.003	.004	.000		.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50
Item 6	Pearson Correlation	.632**	.567**	.584**	.762**	.600**	1	.840**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	50	50	50	50	50	50	50
Total	Pearson Correlation	.887**	.839**	.846**	.785**	.701**	.840**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	50	50	50	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Realibilitas

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	50	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	50	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.901	6

3. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Perilaku

Correlations

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Total
Item1 Pearson Correlation	1	.939**	.733**	-.672**	.342*	.879**
Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.015	.000
N	50	50	50	50	50	50
Item2 Pearson Correlation	.939**	1	.713**	-.684**	.315*	.855**
Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.026	.000
N	50	50	50	50	50	50
Item3 Pearson Correlation	.733**	.713**	1	-.725**	.258	.760**
Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.071	.000
N	50	50	50	50	50	50
Item4 Pearson Correlation	-.672**	-.684**	-.725**	1	-.247	-.452**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.084	.001
N	50	50	50	50	50	50
Item5 Pearson Correlation	.342*	.315*	.258	-.247	1	.582**
Sig. (2-tailed)	.015	.026	.071	.084		.000
N	50	50	50	50	50	50
Total Pearson Correlation	.879**	.855**	.760**	-.452**	.582**	1
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.001	.000	
N	50	50	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Realibilitas**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	50	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	50	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.140	5

Lampiran 14

Hasil Korelasi

Nonparametric Correlations**Correlations**

			SelfEfficac y	Perilaku
Spearman's rho	SelfEfficacy	Correlation Coefficient	1.000	.333*
		Sig. (2-tailed)	.	.018
		N	50	50
	Perilaku	Correlation Coefficient	.333*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.018	.
		N	50	50

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

Nonparametric Correlations**Correlations**

			ResponseEffi cacy	Perilaku
Spearman's rho	ResponseEfficacy	Correlation Coefficient	1.000	.287*
		Sig. (2-tailed)	.	.043
		N	50	50
	Perilaku	Correlation Coefficient	.287*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.043	.
		N	50	50

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