

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN HIV DAN AIDS TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWA KELAS SEPULUH TENTANG HIV DAN AIDS

PENELITIAN *PRA EXPERIMENTAL*

DI MAN JOMBANG

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Pada Program Studi Sarjana Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

IDA AULIA TABDILA

NIM : 010410738 B

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

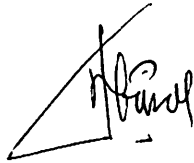
2008

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, 31 Juli 2008

Yang menyatakan,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ida Aulia Tabdila', is written over a rectangular box. The signature is stylized and cursive.

IDA AULIA TABDILA

Nim. 010410738 B

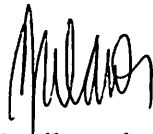
LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 8 Agustus 2008

Oleh :

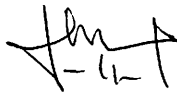
Pembimbing Ketua



Dwi Aprilawati, dr. M. Kes

NIP. 132125722

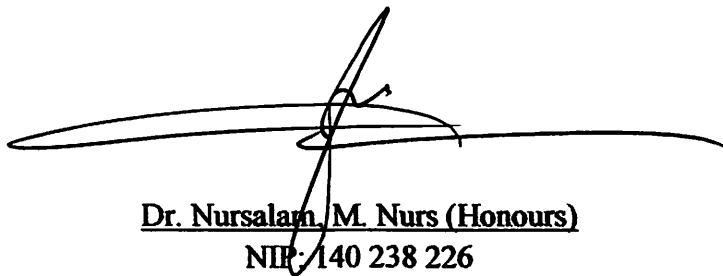
Pembimbing



Ferry Efendi S. Kep., Ns

Mengetahui

**Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya**



Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)

NIP: 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI TELAH DIUJI

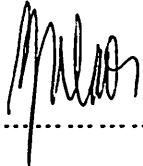
Pada tanggal 4 Agustus 2008

PANITIA PENGUJI

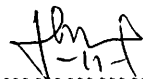
Ketua : Joni Haryanto, S.Kp., M. Si
NIP: 140271745


(.....)

Anggota : 1. Dwi Aprilawati. dr. M. Kes
NIP: 132125722

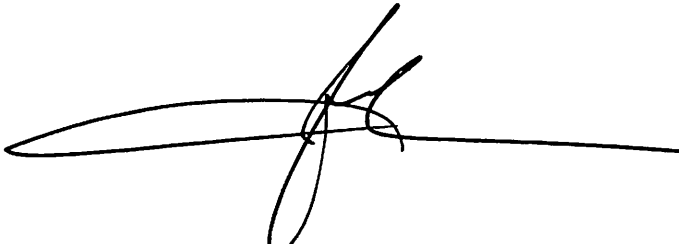

(.....)

2. Ferry Efendi S.Kep., Ns


(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)
NIP: 140 238 226

MOTTO

Usaha maximal, berdoa dan pasrah dalam menjalani
kehidupan adalah kunci dari keberhasilan

Jangan pikirkan hasil

Just do it the best...!!

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nyalah peneliti dapat menyelesaikan skripsi berjudul, **“PENDIDIKAN KESEHATAN HIV DAN AIDS TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWA KELAS SEPULUH TENTANG HIV DAN AIDS”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan,
2. Prof. Eddy Suwandojo, dr., Sp.PD, KTI, selaku penasehat Program Studi Sarjana Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Sarjana Keperawatan,
3. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan penanggung jawab skripsi yang juga memberikan bimbingan dan arahan.
4. Dwi Aprilawati. dr. M. kes , selaku pembimbing I. Terima kasih atas ilmu, bimbingan, saran, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Ferry efendi, S.Kep., Ns., selaku pembimbing II. Terimakasih atas ilmu, bimbingan, saran dan waktu yang telah diberikan sehingga skripsi ini selesai tepat waktu.
6. Dr. H. Darul Ulum, SH. MM, selaku Kepala Sekolah MAN Jombang. Terima kasih atas bantuan dan izin yang telah diberikan kepada saya dalam menyelesaikan penelitian ini.
7. Seluruh responden penelitian ini. Terimakasih atas bantuan dan waktu yang diberikan.
8. Staf pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
9. Staf tata usaha dan perpustakaan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
10. Kedua orang tuaku (mama Sofie n papa John), mas Ingke (kakak ke 3), mas Andik (kakak ke 2) dan mas Udin (kakak ke 1), terimakasih atas cinta, doa, motivasi dan dukungannya baik moril maupun materiil yang tiada henti sehingga saya diberikan kemudahan dan kekuatan untuk menyelesaikan skripsi ini.
11. Kak Andri, yang selalu memotivasi saya ketika sedang down dengan segala kata-kata pemberi semangatnya.
12. Untuk mas Dwi, terimakasih atas segala bantuannya, serta segala hal yang membantu baik moril maupun materi. Semoga sukses dlm pendidikan Perwira Karir AU Desember nanti.
13. Sahabat – sahabat dekatku : Au' terimakasih telah membantuku dalam masa-masa sulit dan terdesakku, Lulus my roommate n my classmate terimakasih atas

segala hal baik pengetahuan maupun nasehatnya, Santi adik kosku terimakasih telah membantu masa sulit terdesakku dan tempat curhatku, elita yang membantu dalam memberi nasehat dan Duhita my soulmate mbakku yang kucintai karena Allah terimakasih atas bantuan segala hal yang membantu terbentuknya skripsi ini.

14. Teman-teman PSSK A4, terimakasih atas segala dukungan dan motivasi yang diberikan sehingga skripsi ini dapat berjalan dengan baik.
15. Seluruh staf perpustakaan RSUD Dr Soetomo Surabaya, terimakasih atas bantuannya sehingga skripsi ini bisa terselesaikan dengan baik.
16. Terima kasih kepada semua pihak yang membantu penyelesaian skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan pihak yang telah memberikan kesempatan, bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 31 Juli 2008

Penulis

ABSTRACT

HIV AND AIDS HEALTH EDUCATION INFLUENCE TO STUDENT KNOWLEDGE AND POSITION ABOUT HIV AND AIDS

By : Ida Aulia Tabdila

HIV and AIDS disease incidence number among adolescent increases and existing finite of discrimination HIV and AIDS patient still happened. This caused of less knowledge and attitude which still be negative to HIV and AIDS. In line with health education to change indisposed behavior become healthy hence expected by health education can change student knowledge and position about HIV and AIDS becomes better.

This research applies research design of Pre Experimental Population taken away from class student 10 MAN Jombang. Sample in this research 24 responded. Independent Variable of this research is health education of HIV and AIDS and dependent variable is knowledge and attitude of student about HIV and AIDS. Data collected by using questionnaire, using analysis test Wilcoxon Signed Rank Test, with meaning value $p < 0,05$.

Result from research showing there are health education influence student knowledge and attitude about HIV and AIDS. Result from this research shows knowledge of responder has meaning $p = 0,000$ and position $p = 0,000$ Knowledge average yields initially 54,38 becoming 77,71 and average of attitude initially 37,71 becoming 51,75. This shows improvement student knowledge and position about HIV and AIDS.

Health education method entangling communications two direction between matter givers and matter receiver performed within this research in significant can increase student knowledge and attitude to HIV and AIDS

Keyword: HIV and AIDS, knowledge and student attitude

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan prasyarat gelar	i
Lembar pernyataan.....	ii
Lembar pengesahan	iii
Lembar Penetapan Penguji	iv
Motto	v
Ucapan terimakasih	vi
Abstract.....	ix
Daftar isi	x
Daftar tabel	xii
Daftar gambar	xiii
Daftar lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	7
2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan	7
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	7
2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	8
2.1.4 Proses Pendidikan	11
2.1.5 Metode Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan	13
2.1.6 Media Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan	14
2.1.7 Pendidikan Kesehatan di Sekolah	16
2.2 Konsep Perilaku	18
2.2.1 Perilaku	18
2.2.2 Perilaku Kesehatan	19
2.2.3 Domain Perilaku	21
2.2.4 Perubahan (adopsi) Perilaku dan Indikator	23
2.2.5 Determinan Perilaku	24
2.3 Konsep Dasar HIV dan AIDS	24
2.3.1 Pengertian HIV dan AIDS	24
2.3.2 Etiologi HIV dan AIDS	25
2.3.3 Patofisiologi	25
2.3.4 Manifestasi Klinis	29
2.3.5 Test HIV (Konseling dan VCT)	33
2.3.6 Cara Penularan HIV	39
2.3.7 Kelompok Resiko Tertular HIV dan AIDS	41

2.3.8	Penatalaksanaan HIV dan AIDS	41
2.3.9	Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS	49
2.3.10	Pengaruh Psikososial infeksi HIV dan AIDS	49
2.4	Konsep Dasar Remaja	52
2.4.1	Definisi remaja.....	52
2.4.2	Perkembangan pada masa remaja	53
2.4.3	Faktor Berpengaruh Perubahan Perilaku Remaja	58
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	61
3.1	Kerangka Konseptual	61
3.2	Hipotesis Penelitian	63
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	64
4.1	Desain Penelitian	64
4.2	Kerangka Kerja	65
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling	66
4.3.1	Populasi	66
4.3.2	Sampel	66
4.3.3	Sampling	67
4.4	Identifikasi Variabel	67
4.4.1	Variabel Independen	67
4.4.2	Variabel Dependen	67
4.5	Definisi Operasional	68
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	70
4.6.1	Instrumen Penelitian	70
4.6.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	70
4.6.3	Prosedur Pengambilan Pengumpulan Data	71
4.6.4	Cara Analisis Data	71
4.7	Etika Penelitian	73
4.7.1	Persetujuan Menjadi Responden	73
4.7.2	Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	74
4.7.3	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	74
4.7.4	Keterbatasan	74
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	75
5.1	Hasil penelitian	75
5.1.1	Gambaran umum Lokasi penelitian	75
5.1.2	Data Umum Demografi Responden	76
5.1.3	Data khusus	81
5.2	Pembahasan	84
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	91
6.1	Simpulan	91
6.2	Saran	92
DAFTAR PUSTAKA		93
Lampiran		96

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV	29
Tabel 2.2 Jenis Obat-obatan ARV	43
Tabel 2.3 Golongan non-nucleodie RT inhibitor	44
Tabel 2.4 Beberapa Contoh Obat ARV	44
Tabel 2.5 Obat-obatan yang tersedia di Indonesia	46
Tabel 4.1 Desain Penelitian	64
Tabel 4.1 Definisi Operasional	68
Tabel 5.1 Tingkat Pengetahuan Responden.....	82
Tabel 5.2 Tingkat Sikap Responden.....	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Proses Pendidikan Kesehatan	11
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	61
Gambar 4.2 Kerangka Kerja	65
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasar Jenis Kelamin	76
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasar Usia	77
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasar Pendidikan Orang Tua	77
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasar Penghasilan Orang Tua	78
Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasar Penggunaan Waktu Luang	79
Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasar Media Informasi	80
Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasar Tempat Tinggal	80
Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasar Pengetahuan Siswa.....	81
Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasar Sikap Siswa	83

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Data Awal Penelitian Sekolah.....	96
Lampiran 2 Surat Permohonan Bantuan Data Awal Penelitian Dinkes	97
Lampiran 3 Surat Pengantar Penelitian Fakultas Keperawatan.....	98
Lampiran 4 Surat Pernyataan Dilaksanakan Penelitian di Sekolah.....	99
Lampiran 5 Lembar Permintaan menjadi Responden	100
Lampiran 6 Lembar Persetujuan menjadi Responden	101
Lampiran 7 Format Pengumpulan Data	102
Lampiran 8 Kuesioner Pengetahuan dan Sikap	104
Lampiran 9 Satuan Acara Kegiatan	110
Lampiran 10 Materi Pendidikan Kesehatan.....	114
Lampiran 11 Booklet	126
Lampiran 12 Tabulasi Data Umum Responden.....	129
Lampiran 13 Tabulasi Data Sikap Responden Sebelum Intervensi.....	131
Lampiran 14 Tabulasi Data Sikap Responden Sesudah Intervensi	132
Lampiran 15 Tabulasi Data Pengetahuan Sebelum Intervensi	133
Lampiran 16 Tabulasi Data Pengetahuan Sesudah Intervensi.....	134
Lampiran 17 Tabulasi Variabel yang Diukur	136
Lampiran 18 Analisis Data	138



BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis retrovirus yang sangat lemah dan mudah mati di luar tubuh manusia. Virus ini dapat merusak salah satu jenis sel *immune* yang dikenal dengan sel T helper dan sel tubuh lainnya (sel otak, sel usus, dan sel paru). Virus HIV ini dapat menyebabkan kumpulan gejala penyakit yaitu *Acquired Immune Deficincy Syndrome* (AIDS) dengan ditandai menurunnya sistem kekebalan tubuh, sehingga Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) mudah diserang infeksi oportunistik dan kanker (Fadhillah, 2004). Pendidikan kesehatan mengenai HIV dan AIDS sangat penting untuk diketahui dalam remaja, karena dapat membantu dalam pencegahan angka penderita HIV dan AIDS yang semakin meningkat dikalangan remaja, seperti yang disebutkan oleh anonim (2) 57% kasus HIV dan AIDS terjadi usia remaja antara 15 hingga 29 tahun, dan diharapkan siswa yang mendapatkan informasi tersebut dapat meluruskan informasi yang masih kurang benar di sekolah dan masyarakat, sehingga dapat bersikap dan berperilaku lebih baik terhadap HIV dan AIDS. Pengetahuan dan sikap masyarakat khususnya siswa sekolah tentang HIV dan AIDS masih kurang, sehingga masih ada yang memiliki persepsi atau perilaku yang kurang tepat mengenai HIV dan AIDS. Berdasarkan hal tersebut maka diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh pendidikan kesehatan HIV dan AIDS terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS.

Menurut perkiraan UNAIDS jumlah penderita pada akhir tahun 2006 mencapai 39,5 juta, angka pertengahan dari perkiraan sekitar 34,1 – 47,1 juta

tersebar antara lain di Sub Sahara Afrika sekitar 24,7 juta, wilayah Asia Selatan dan Asia Tenggara sekitar 7,8 juta, Eropa Timur dan Asia Tengah sekitar 1,7 juta dan Amerika Utara sebanyak 1,4 juta penderita. Tahun lalu jumlah penderita diperkirakan bertambah dengan sekitar 4,3 juta penderita HIV baru yang berasal dari wilayah Sub Sahara Afrika 2,8 juta, Asia Tenggara dan Asia Selatan sekitar 860.000, Eropa Timur dan Sentral Asia sebanyak 270.000, dan Amerika Utara sebanyak 430.000. Indonesia berada di wilayah Asia Tenggara dan Asia Selatan yang memiliki tren pertambahan yang dianggap relatif cepat (Suyono, 2008). Hingga Juni 2006 menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia sudah mencapai 10.859 kasus dengan rincian 4.527 kasus HIV dan 6.332 kasus AIDS. Perkiraan penderita AIDS di Indonesia pada tahun 2010 adalah 100.000 dengan pengidap HIV sebanyak 1.000.000 orang kecuali apabila dilakukan tindakan pencegahan secara serius. Hal ini kemudian diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lembaga Penelitian Universitas Cendrawasih pada tahun 2005 menyebutkan bahwa lebih dari 30 orang di Indonesia terjangkit HIV tiap bulannya, terutama melalui jarum suntik yang berpindah-pindah (anonim, 2008). DKI Jakarta menempati urutan pertama terbanyak jumlah penderita hilangnya kekebalan daya tubuh tersebut, disusul Papua, Kepulauan Riau, dan Jawa Timur pada posisi keempat (Elyas, 2008). Di Jombang menurut Ketua Dinas Kesehatan kota Jombang departemen P2P tercatat Pada tahun 2006 terdapat 8 orang jumlah penderita HIV dan 17 orang jumlah penderita AIDS, tahun 2007 terdapat 10 orang penderita HIV dan 24 orang penderita AIDS, dan hingga Mei 2008 tercatat 6 orang penderita HIV dan 5 orang penderita AIDS. Mengingat jumlah penderita HIV dan AIDS yang masih

meningkat maka perlu adanya pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS. Seperti telah dijelaskan bahwa pengetahuan masyarakat pada khususnya siswa sekolah tentang HIV dan AIDS masih ada yang kurang tepat, sehingga masih ada yang memiliki sikap atau perilaku yang salah mengenai HIV dan AIDS. Hal itu dapat dibuktikan dari pengambilan data awal yang tercatat dari seluruh siswa X MAN Jombang hanya 8 % dari siswa mengetahui tes VCT dan 63,83 % dari siswa tersebut mengetahui tentang ARV, dan hanya 39,14 % yang mengetahui mengenai tujuan utama ARV.

Pengetahuan yang masih kurang dikalangan siswa tentang HIV dan AIDS dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Sarana dan prasarana yang masih kurang mendukung baik di sekolah maupun tempat tinggal siswa dapat menjadi faktor penting kurangnya pengetahuan mengenai HIV dan AIDS. Contoh dari sarana dan prasarana yaitu mengenai buku-buku yang kurang mengenai HIV dan AIDS, majalah, koran dan media internet yang belum tersedia baik di sekolah maupun tempat tinggal siswa. Menurut Purwanto (1998) pengetahuan mengenai suatu obyek dapat menjadi suatu sikap bila pengetahuan itu disertai kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan terhadap obyek itu, maka diharapkan pengetahuan yang didapat dari beberapa sumber informasi dapat membentuk sikap menjadi lebih baik. Faktor lain yang berpengaruh didapat dari perilaku guru, karena guru merupakan panutan dari murid dalam bersikap dan berperilaku (Rustantingsih, 2007). Selain guru orang tua dan keluarga turut andil dalam sikap dan perilaku siswa, karena orang tua dan keluarga merupakan figur yang paling dekat dengan kehidupan siswa di rumah (Stefansikone, 2007). Pengetahuan dan sikap yang masih kurang benar terhadap HIV dan AIDS, dapat menjadi salah satu

penyebab meningkatnya angka penderita HIV dan AIDS terutama dikalangan remaja. Selain itu kurangnya pengetahuan dan sikap tentang HIV dan AIDS juga dapat menjadi diskriminasi terhadap ODHA, sehingga bukan membantu menyembuhkan atau meringankan ODHA disekitarnya, melainkan menimbulkan stres yang tinggi terhadap ODHA yang dapat meningkatkan progresivitas penyakit HIV dan AIDS (Nasronudin, 2004).

Pendidikan kesehatan melalui komunitas sekolah diharapkan lebih efektif mengubah perilaku khususnya dalam pengembangan perilaku hidup sehat. Hal tersebut disebabkan anak usia sekolah mempunyai persentase yang paling tinggi dibanding dengan kelompok umur yang lain dan pada fase ini anak sekolah masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan sehingga mudah untuk dibimbing, diarahkan dan ditanamkan kebiasaan yang baik, termasuk kebiasaan hidup sehat (Notoatmodjo, 2005). Dalam hal ini diharapkan pengetahuan yang dimiliki siswa sekolah dapat menjadi agen pembaharu untuk meluruskan pengetahuan dan sikap masyarakat yang masih kurang terhadap HIV dan AIDS, sehingga pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk merubah pengetahuan dan sikap siswa di lingkungan sekolah dan masyarakat agar menjadi lebih baik.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan HIV dan AIDS terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Meneliti pengaruh pendidikan kesehatan HIV dan AIDS terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan siswa sebelum diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS.
2. Mengidentifikasi pengetahuan siswa sesudah diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS.
3. Mengidentifikasi sikap siswa sebelum diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS.
4. Mengidentifikasi sikap siswa sesudah diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS.
5. Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan HIV dan AIDS terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai langkah awal penelitian selanjutnya dalam bidang keperawatan komunitas, khususnya menyangkut peran perawat sebagai *health educator*.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan puskesmas untuk dalam pengambilan kebijakan melalui penyebarluasan informasi tentang HIV dan AIDS pada siswa sekolah.
2. Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi perawat komunitas dalam melaksanakan pemberian pendidikan kesehatan pada siswa sekolah.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan dibahas mengenai konsep dasar pendidikan kesehatan, konsep dasar perilaku, konsep dasar HIV & AIDS, konsep dasar remaja.

2.1 Konsep dasar pendidikan kesehatan

2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Nyswander (1947) yang dikutip Notoatmodjo (2003) (2) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan seperangkat prosedur. Hal itu dapat dilihat dari definisi yang beliau kemukakan, yaitu: Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang berhubungan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain, bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau harus dicapai, tetapi merupakan sesuatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat.

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan ialah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan (WHO, 1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) (2). Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut menjadi:

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut Suliha dkk (2002), pada dasarnya pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi antara lain dimensi sasaran pendidikan kesehatan, tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan dan tingkat pelayanan pendidikan kesehatan (Suliha, 2002).

1) Sasaran Pendidikan Kesehatan

Dari dimensi sasaran, ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

1. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

2) Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Menurut dimensi pelaksanaannya pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat sehingga dengan sendirinya sasarannya juga berbeda, misalnya:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid, yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam upaya kesehatan sekolah (UKS).
2. Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Balai Kesehatan, Rumah Sakit Umum maupun Khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

3) Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan

Dalam dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari Leavel dan Clark, yaitu:

1. Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, pemeriksaan kesehatan berkala, peningkatan gizi dan kebiasaan hidup sehat.

2. Perlindungan khusus (*Specific Protection*)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, misalnya tentang pentingnya imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit pada anak maupun orang dewasa. Program imunisasi merupakan bentuk pelayanan perlindungan khusus. Contoh lainnya adalah perlindungan kecelakaan di tempat kerja.

3. *Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (Early diagnosis and Prompt Treatment)*

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena rendahnya tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan kesehatan dan penyakit yang terjadi di masyarakat. Kegiatan pada tingkat pencegahan ini meliputi pencarian kasus individu atau misal, survei penyaringan kasus, penyembuhan dan pencegahan berlanjutnya proses penyakit, pencegahan penyebaran penyakit menular, dan pencegahan komplikasi.

4. *Pembatasan Cacat (Disability Limitation)*

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena masyarakat sering didapat tidak mau melanjutkan pengobatannya sampai tuntas atau tidak mau melakukan pemeriksaan dan pengobatan penyakitnya secara tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat atau memiliki ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu. Hal ini terjadinya karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat akan kesehatan dan penyakitnya. Pada tingkat ini kegiatan meliputi perawatan untuk menghentikan penyakit, pencegahan komplikasi lebih lanjut, serta fasilitas untuk mengatasi cacat dan mencegah kematian.

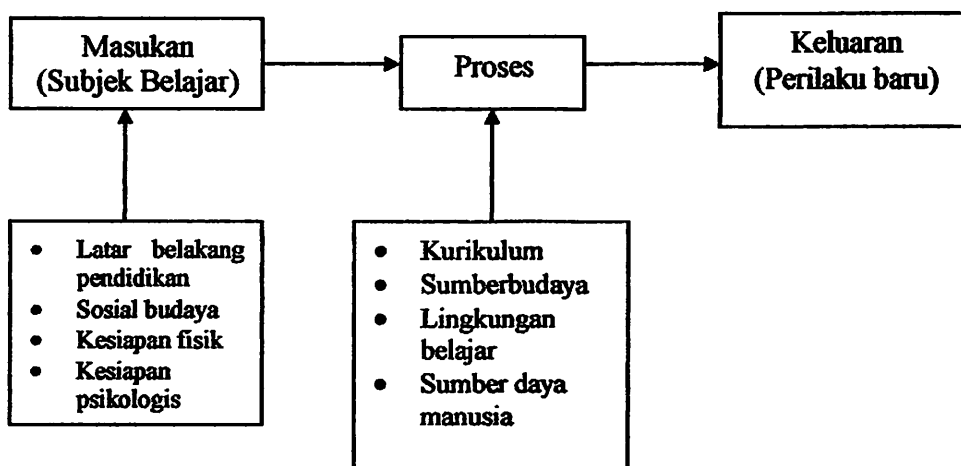
5. *Rehabilitasi (Rehabilitation)*

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, seseorang mungkin menjadi cacat. Untuk memulihkan kecacatannya itu diperlukan latihan-latihan. Untuk melakukan suatu latihan yang baik dan benar sesuai program yang

ditentukan, diperlukan adanya pengertian dan kesadaran dari masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ada rasa malu dan takut tidak diterima untuk kembali ke masyarakat setelah sembuh dari suatu penyakit atau sebaliknya masyarakat mungkin tidak mau menerima anggota masyarakat lainnya yang baru sembuh dari suatu penyakit.

2.1.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Prinsip utama dalam proses pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat. Apabila proses pendidikan kesehatan dilihat sebagai sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses dan keluaran yang digambarkan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003) (2):



Gambar 2.1 Proses Pendidikan Kesehatan

1) Masukan Dalam Pendidikan Kesehatan

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga dan masyarakat yang akan menjadi sasaran didik. Dalam kegiatan belajar, sasaran didik subjek belajar dengan perilaku belum sehat. Subjek belajar

yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan dan sosial budaya.

2) Proses Dalam Pendidikan Kesehatan

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan) metode pengajaran, alat Bantu belajar dan materi belajar.

Proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain: materi atau bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan (lunak maupun keras) dan subjek belajar yaitu individu kelompok, keluarga dan masyarakat serta tenaga kesehatan atau perawat.

Berikut ini dijelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan:

1. Materi atau bahan pendidikan kesehatan merupakan materi bahan belajar bagi subjek belajar. Materi tersebut dapat merupakan materi baru, pelengkap atau pengulangan bagi subjek belajar.
2. Lingkungan belajar dapat berupa tatanan belajar di kelas, auditorium atau tempat lainnya, lingkungan sosial, lingkungan fisik (cahaya, udara, suara).
3. Tenaga kesehatan atau perawat meliputi kualitas, yaitu kemampuan melakukan pendidikan kesehatan, maupun kuantitas yang menyangkut jumlah maupun jenisnya.
4. Perangkat lunak pendidikan kesehatan yang mempengaruhi proses belajar adalah kurikulum atau satuan pelajaran, buku materi, *leaflet*, *booklet*, buku

pedoman dan peraturan. Dilain pihak, perangkat keras berupa alat Bantu pengajaran atau alat peraga *Audio Visual Aids (AVA)* dan tempat belajar

3) Keluaran Dalam Pendidikan Kesehatan

Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.1.5 Metode Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan

1) Metode ceramah

Ceramah ialah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Dalam proses transfer informasi ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi pengajaran dan sasaran belajar (Suliha, 2002).

Metode ceramah digunakan pada sifat sasaran sebagai berikut, sasaran belajar mempunyai perhatian yang selektif, sasaran belajar mempunyai lingkup perhatian yang terbatas, sasaran belajar memerlukan informasi yang katagoris atau sistematis, sasaran belajar perlu menyimpan Informasi yang diterima.

2) Metode Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan di antara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin (Suliha, 2002)

3) Metode Panel

Panel adalah pembicaraan yang sudah direncanakan di depan pengunjung tentang sebuah topic dan diperlukan tiga panelis atau lebih serta diperlukan seorang pemimpin (Suliha, 2002)

4) Metode Forum Panel

Forum panel adalah panel yang di dalamnya pengunjung berpartisipasi dalam diskusi (Suliha, 2002).

5) Metode Bermainan Peran

Permainan peran adalah pemeranan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan analisis oleh kelompok (Suliha, 2002).

6) Metode Simposium

Simposium adalah serangkaian pidato pendek di depan pengunjung dengan seorang pemimpin. Pidato-pidato tersebut mengemukakan aspek-aspek yang berbeda dari topik tertentu (Suliha, 2002).

7) Metode Demonstrasi

Definisi demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suatu prosedur atau tugas, cara menggunakan alat dan cara berinteraksi. Demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan media, seperti video dan film (Suliha, 2002).

2.1.6 Media Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan

Media atau alat bantu dalam pendidikan kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yaitu media cetak, media elektronik dan media papan (Notoatmodjo, 2003) (2).

1) Media Cetak

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

2) Media Elektronik

1. Televisi.

Penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), kuis cerdas cermat atau sebaainya.

2. Radio.

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

3. Video.

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

4. Slide.

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

3) Media Papan (*Billboard*)

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

2.1.7 Pendidikan kesehatan di sekolah

Pendidikan kesehatan di sekolah merupakan langkah yang strategis dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat, karena hal ini didasarkan pada pemikiran bahwa (Notoatmodjo, 2005):

1. Sekolah merupakan lembaga yang dengan sengaja didirikan untuk membina dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia, baik fisik, mental, moral, maupun intelektual.

2. Promosi kesehatan melalui komunitas sekolah ternyata paling efektif diantaranya upaya kesehatan masyarakat, khususnya dalam pengembangan perilaku hidup sehat, karena:
 - 1) Anak usia sekolah (6 tahun – 18 tahun) mempunyai persentase yang paling tinggi dibandingkan dengan kelompok umur yang lain.
 - 2) Sekolah merupakan komunitas yang telah terorganisasi, sehingga mudah dijangkau dalam rangka pelaksanaan usaha kesehatan masyarakat.
 - 3) Anak sekolah merupakan kelompok yang sangat peka untuk menerima perubahan atau pembaharuan, karena kelompok anak sekolah sedang berada dalam taraf pertumbuhan dan perkembangan. Pada taraf ini anak dalam kondisi peka terhadap stimulus sehingga mudah dibimbing, diarahkan dan ditanamkan kebiasaan-kebiasaan yang baik, termasuk kebiasaan hidup sehat.

Dari uraian tersebut dapat dirumuskan bahwa tujuan pendidikan kesehatan di sekolah sekurang-kurangnya sebagai berikut (Notoatmodjo, 2005):

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat sekolah.
2. Mencegah dan memberantas penyakit menular di kalangan masyarakat sekolah dan masyarakat umum.
3. Memperbaiki dan memulihkan kesehatan masyarakat sekolah melalui usaha-usaha:
 - 1) Mengikutsertakan secara aktif guru, murid dan orang tua murid dalam usaha:

1. Memberikan pendidikan kesehatan dalam rangka menanamkan kebiasaan hidup sehat sehari-hari.
 2. Mengawasi kesehatan murid serta mengenal kelainan kesehatan sedini mungkin.
 3. Melakukan pertolongan pertama pada kecelakaan dan pengobatan sederhana.
- 2) Imunisasi.
 - 3) Usaha-usaha pengobatan gigi dan pencegahannya.
 - 4) Usaha perbaikan gizi anak.
 - 5) Mengusahakan kehidupan lingkungan sekolah yang sehat.

2.2 Konsep Dasar Perilaku

2.2.1 Perilaku

Pada hakikatnya adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang bisa diamati langsung, maupun yang tidak bisa diamati pihak luar. Menurut Skinner (1938) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005) merumuskan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respon terhadap stimuli ini, maka perilaku dapat digolongkan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

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

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

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

2.2.2 Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan dari Skinner yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) (3) tersebut maka perilaku kesehatan adalah suatu proses respon seseorang (organisme) terhadap stimulasi atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan terdiri dari tiga kelompok

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat
- 3) Perilaku gizi dan makanan

2. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*)

Perilaku ini adalah tindakan seseorang pada saat menderita penyakit.

Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (*self treatment*)

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Pada hakikatnya adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik, maupun social budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya

Menurut Becker (1979) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) (3) klasifikasi tentang perilaku kesehatan adalah

- 1) Perilaku hidup sehat

- a. Makan dengan menu seimbang (Apropiate diet)
- b. Olahraga teratur
- c. Tidak merokok
- d. Tidak minum minuman keras dan NAPZA
- e. Istirahat cukup
- f. Mengendalikan stress
- g. Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan

- 2) Perilaku sakit

Perilaku sakit ini mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya

- 3) Perilaku peran sakit

Perilaku ini meliputi :

- a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
- b. Mengenal fasilitas atau sarana pelayanan penyembuhan penyakit yang ada
- c. Mengetahui hak memperoleh perawatan dan kewajiban orang sakit

2.2.3 Domain Perilaku

Menurut Bloom (1908) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) (3) domain perilaku digolongkan menjadi 3 hal :

1. Pengetahuan (knowledge)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*)

1) Proses adopsi perilaku

Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) (3) cmengatakan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam orang tersebut terdapat proses yang berurutan yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
- c. *Evaluation* yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
- d. *Adoption*, yakni subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

2) Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

- a. Tahu (*know*), dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya
- b. Memahami (*comprehension*), dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar
- c. Aplikasi (*aplication*), dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu kondisi sebenarnya.
- d. Analisis (*analysis*), dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain
- e. Sintesis (*syntesis*), merujuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru
- f. Evaluasi (*evaluation*), dapat diartikan kemampuan melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan angket atau wawancara yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung

dapat dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Komponen pokok sikap menurut Allport (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) (3) itu ada 3 macam yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

3. Tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan suatu pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan dukungan dari pihak lain

2.2.4 Perubahan (adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap yaitu (Notoatmodjo, 2005):

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya

2. Sikap

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut

3. Tindakan (*practice*)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses

selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekan apa yang diketahui dan disikapinya (yang dinilai baik)

2.2.5 Determinan Perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Beberapa teori lain yang mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang mempengaruhi kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (1980) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005). Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat yang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*Enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan
3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.3 Konsep Dasar HIV dan AIDS

2.3.1 Pengertian HIV dan AIDS

Menurut Smeltzer & Bare (2001) yang dikutip oleh Nasronudin (2004) *Acquired Immunodeficiency syndrome* (AIDS) adalah keadaan sakit terus – menerus

yang berkaitan dengan infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV). HIV ditemukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina, dan ASI. Penyebaran infeksi sudah bisa terjadi sejak penderita belum menampakkan gejala klinis. HIV di diagnosis dengan melihat tanda dan gejala klinis serta pemeriksaan laboratorium khusus. Perjalanan klinis dari tahap HIV ke AIDS, sejalan dengan penurunan imunitas. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan derajat resiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan.

Fadhillah (2004) mengutip dari Djauzi dan Djoerban, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus, yakni *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang ditandai dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh sehingga pasien AIDS mudah diserang oleh infeksi oportunistik dan kanker.

2.3.2 Etiologi

HIV adalah virus sitopatik diklasifikasikan dalam famili *Retroviridae*, subfamily *Lentivirinae*, genus *Lentivirus*. Berdasarkan strukturnya HIV termasuk famili retrovirus, termasuk virus RNA dengan berat molekul 9.7 kb (kilobases). HIV juga merupakan retrovirus obligat intraseluler dengan replikasi sepenuhnya di dalam sel *host* (Nasronudin, 2004)

2.3.3 Patofisiologi

Sistem imun melindungi tubuh dengan cara mengenali bakteri atau virus yang masuk ke dalam tubuh, dan bereaksi terhadapnya. Ketika sistem imun melemah atau rusa oleh virus seperti HIV, tubuh akan lebih mudah terkena infeksi oportunistik. System imun terdiri atas organ dan jaringan limfoid, termasuk di

dalamnya sumsum tulang, *tymus*, nodus limfa, limfa, tonsil, adenoid, *appendix*, darah dan pembuluh limfa. Seluruh komponen dari system imun tersebut adalah penting dalam produksi dan perkembangan limfosit atau sel darah putih. Limfosit B dan T diproduksi oleh sel utama sumsum tulang. Sel B tetap berada di sumsum tulang untuk melengkapi proses maturasi, sedangkan limfosit T berjalan ke kelenjar *tymus* inilah limfosit T menjadi bersifat imunokompeten, multiple dan mampu berdiferensiasi.

Fungsi utama sel B adalah sebagai imunitas antibodi humoral. Masing-masing sel B mampu mengenali antigen spesifik dan mempunyai kemampuan untuk mensekresi antibodi spesifik. Antibodi bekerja dengan cara membungkus antigen, membuat antigen lebih mudah untuk difagositosis (proses penelanan dan pencernaan antigen oleh leukosit dan makrofag), atau dengan membungkus antigen dan memicu system komplemen (yang berhubungan dengan respon inflamasi). Antibodi adalah molekul yang mengandung serum protein yang tinggi. Antibodi dikelompokkan menjadi 5 jenis, yaitu IgG, IgA, IgM, IgE dan IgD, dimana masing-masing mempunyai fungsi khusus.

Limfosit T sel T mempunyai 2 fungsi utama, yaitu

1. Regulasi system imun.
2. Membunuh sel yang menghasilkan antigen target khusus.

Masing-masing sel T mempunyai *marker* permukaan seperti $CD4^+$, $CD8^+$ dan $CD3^+$ yang membedakannya adalah dengan sel lain. Sel $CD4^+$ adalah sel yang membantu mengaktivasi sel B, *killer cell* dan makrofag saat terdapat antigen target khusus. Sel $CD8^+$ membunuh sel yang terinfeksi oleh virus atau bakteri seperti sel kanker.

Sel T juga mempunyai kemampuan mensekresi sitokin (bahan kimia yang mampu membunuh sel) seperti interferon. Sitokin dapat mengikat sel target dan mengaktifasi fagositosis proses inflamasi. Sel T juga membantu perkembangan sel, mengaktifasi fagositosis dan menghancurkan sel target. Interleukin adalah sitokin yang bertugas sebagai *messenger* antar sel darah putih. Rekombinan interleukin, akhir-akhir ini sedang dipelajari dalam percobaan klinis terutama bagi pasien dengan infeksi HIV (Nursalam, 2007).

HIV cenderung memilih target limfosit T karena pada permukaan limfosit T terdapat CD4 yang merupakan pasangan ideal bagi gp 120 permukaan (*surface glycoprotein 120*) pada permukaan luar HIV (*enveloped*). Meskipun demikian kompleks gp120 dan reseptor CD4 tersebut masih belum memungkinkan HIV masuk ke dalam limfosit T melalui proses internalisasi. Proses internalisasi ke dalam limfosit T di tubuh *host* perlu dibantu oleh peran *coreseptor CCR5* dan *CXR4* yang juga berada dipermukaan limfosit T. Dengan gp41 transmembran (*transmembrane glycoprotein 41*), maka permukaan luar dari akan terjadi fusi dengan membrane plasma limfosit T-CD4, sedangkan inti (*core*) HIV melanjutkan masuk ke dalam limfosit T sambil membawa enzim *reverse transcriptase*. Setelah memasuki sitoplasma limfosit T-CD4 yang terinfeksi, maka bagian inti HIV yaitu RNA (*singlestranded RNA*) akan berusaha menyesuaikan dengan konfigurasi *double-stranded* DNA dengan bantuan enzim *reverse transcriptase* yang telah dipersiapkan tersebut. Maka kemudian terjadi penyatuan virion dengan DNA polimerase dan terbentuklah cDNA atau proviral DNA. Begitu terbentuk proviral DNA, proses berikutnya adalah upaya masuk ke dalam inti limfosit T dengan bantuan enzim integrase. Maka terjadilah rangkaian proses

integrasi, transkripsi yang dilanjutkan dengan translasi protein virus serta replikasi HIV virion. Jumlah HIV virion yang berlipat ganda kemudian meninggalkan inti. Setelah mengalami modifikasi, saling melengkapi kemudian berusaha keluar menembus membrane limfosit (*budding*) dan virion baru yang terbentuk siap menginfeksi limfosit T-CD4 berikutnya. Demikian proses ini terus berlangsung sehingga jumlah limfosit T-CD4 cenderung terus menurun dan perjalanan penyakit cenderung progresif (Nasronudin, 2004).

HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu secara vertikal, horizontal dan transeksual. Jadi HIV bisa mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dengan diperantai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intak seperti yang terjadi pada kontak seksual. Begitu mencapai atau berada dalam sirkulasi sistemik, 4-11 hari sejak paparan pertama HIV dapat dideteksi di dalam darah (Nasronudin, 2004). Masa inkubasi antara 6 bulan sampai lebih dari 10 tahun. Rata-rata inkubasi adalah 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa.

Seseorang yang mengalami AIDS, diawali dengan adanya transmisi virus, kemudian dilanjutkan dengan masuknya kuman HIV primer, setelah terinfeksi selama 1-8 minggu disebut sindrom retroviral akut. Apabila dilakukan tes antibody, HIV akan positif/serokonversi hal ini terjadi pada waktu 6-8 minggu karena adanya penurunan CD4 dan peningkatan kadar RNA-HIV dalam plasma, selanjutnya terjadi infeksi kronik asimtomatik yang apabila tidak diberikan terapi antiretroviral akan cepat menjadi infeksi kronik simtomatik dan akhirnya terjadi AIDS.

2.3.4 Manifestasi Klinis

Beberapa penelitian menunjukkan reabilitas klasifikasi derajat klinis menurut WHO bisa memprediksi morbiditas dan mortalitas pasien yang terinfeksi HIV.

Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa menurut WHO yang dikutip oleh Nursalam (2007).

Stadium	Skala Aktivitas Gambaran Klinis
I	Asimtomatik, aktivitas normal 1. Asimtomatik. 2. Limfadenopati generalisata.
II	Simptomatik, aktivitas normal 1. Berat badan menurun < 10% 2. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren dan khelitis angularis. 3. <i>Herpes zoster</i> dalam 5 tahun terakhir. 4. Infeksi saluran nafas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis.
III	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari 50% 1. Berat badan menurun > 10% 2. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan. 3. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan. 4. Kandidiasis orofaringeal. 5. <i>Oral hairy leukoplakia</i> . 6. TB paru dalam tahun terakhir. 7. Infeksi bacterial yang berat seperti pneumonia dan piomiositish.
IV	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50% 1. HIV <i>wasting syndrome</i> seperti yang didefinisikan oleh CDC. 2. Pneumonia <i>Pneumocystis carinii</i> . 3. Toksoplasmosis otak. 4. Diare kriptosporidiosis lebih dari 1 tahun. 5. Kriptokosis Ekstra pulmonal. 6. Retinitis virus sitomegalo 7. <i>Herpes simplex</i> mukokutan > 1 bulan. 8. <i>Leukoensefalopati multifokal progresif</i> . 9. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis. 10. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus dan paru. 11. Mikobakteriosis atipikal diseminata. 12. Septisemia salmonellosis nontifoid. 13. Tuberkulosis di luar paru. 14. Limfoma. 15. Sarkoma Kaposi. 16. Ensefalopati HIV

Keterangan tabel mengenai gangguan klinis lain yang diakibatkan oleh HIV adalah:

1. *HIV wasting syndrome*: Berat badan turun lebih dari 10% ditambah diare kronis lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari satu bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain (Nursalam, 2007).
2. *Ensefalopati HIV*: Gangguan kognitif dan atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan bertambah buruk dalam beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai penyakit penyerta lain selain HIV (Nursalam, 2007).
3. *Limfadenopati*: Penyakit pembesaran pada kelenjar getah bening (Anonym, 2008).
4. *Dermatitis seboroik*: Suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada tubuh lainnya (Anonym, 2006).
5. *Onikomikosis*: suatu kelainan pada kuku yang disebabkan oleh infeksi jamur dermatofita, ragi dan kapang (Winita, 2006).
6. *Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP)*: suatu infiltrate retikulonodular difus bilateral dengan gejala klinis batuk tidak berdahak, sesak napas, pernapasan cepat, kadar oksigen dalam menurun, asidosis respiratorik dan demam (Anonym, 2007)
7. *Kandidiasis orofaring*: infeksi kandida pada permukaan mukosa rongga mulut, umumnya tampak sebagai selaput putih dan mengeluarkan eksudat berwarna kekuningan pada lidah dan daerah posterior orofaring (Anonym, 2007).

8. **Kandidiasis esophagus (endoskopi):** Pemeriksaan endoskopi ini menggambarkan pseudomembran yang tebal pada mukosa esophagus dan menyebabkan disfagia (kesulitan menelan) atau odinofagia (nyeri pada waktu menelan) (Anonim, 2007).
9. **Dermatitis seboroik:** suatu kelainan kulit disekitar mulut dan lekukan nasolabial berwarna merah, eritema dan menyerupai dermatitis (Anonim, 2007).
10. **Oral hairy leukoplakia:** disebabkan oleh virus Epstein Barr berupa lesi putih pada bagian lateral lidah dan kadang-kadang meluas ke sekitarnya. Perbedaan dengan kandidiasis adalah penyakit ini tidak dapat dihilangkan dengan mengeroknya (Anonim, 2007).
11. **Toksoplasmosis serebral:** penyakit yang disebabkan oleh kuman toxoplasmosis, pada gambaran CT-Scan lesi fokal dengan kontras menunjukkan dinding kista. Tampak pula edema serebri disekitarnya. Gejala penyakit ini adalah pusing, demam, kejang dan tanda neurologis fokal (Anonim, 2007).
12. **Histoplasmosis:** penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Histoplasma capsulatum* di paru (Anonim, 2007).
13. **Leukoensefalopati multifokal progresif:** infeksi virus otak yang bias mempengaruhi fungsi neurologist penderita. Gejala awal biasanya berupa hilangnya kekuatan lengan atau tungkai dan hilangnya koordinasi atau keseimbangan (Nurcahyo, 2007).
14. **Sarkoma Kaposi:** tumor yang tidak nyeri, berwarna merah sampai ungu, berupa bercak-bercak yang menonjol di kulit (Nurcahyo, 2007)

Pada beberapa Negara, pemeriksaan limfosit CD4⁺ tidak tersedia. Dalam hal ini pasien bisa didiagnosis berdasarkan tanda dan gejala mayor dan minor. Dua gejala mayor ditambah dua gejala minor didefinisikan sebagai infeksi HIV simptomatik.

Gejala Mayor:

1. Penurunan berat badan $\geq 10\%$
2. Demam memanjang atau lebih dari 1 bulan.
3. Diare kronis.
4. Tuberkulosis.

Gejala minor:

1. Kandidiasis orofaringeal.
2. Bentuk menetap lebih dari satu bulan.
3. Kelemahan tubuh.
4. Berkeringat malam.
5. Hilang nafsu makan.
6. Infeksi kulit generalisata.
7. Limfadenopati generalisata.
8. *Herpes zoster*.
9. Infeksi *Herpes simplex* kronis.
10. *Pneumonia*
11. *Sarkoma Kaposi*.

2.3.5 Test HIV (Konseling dan VCT)

1) Konseling HIV dan AIDS

Konseling HIV dan AIDS Merupakan dialog antara seorang (klien) dengan pelayan kesehatan (konselor) yang bersifat rahasia, sehingga memungkinkan orang tersebut mampu menyesuaikan atau mengadaptasi diri dengan stress dan sanggup membuat keputusan bertindak berkaitan dengan HIV dan AIDS (Nursalam, 2007).

Konseling dilakukan oleh konselor yang mempunyai ketrampilan konseling dan pemahaman akan seluk beluk HIV dan AIDS dan telah mendapat pelatihan dengan modul *Voluntary Counseling Test (VCT)* (Fadhillah, 2004) Ketrampilan yang diperlukan memberikan konseling adalah (Fadhillah, 2004):

- 1. Mendengarkan aktif dan mengamati.**
- 2. Dapat berempati.**
- 3. Mengajukan pertanyaan dan menghayati.**
- 4. Merangkum dan menyimpulkan.**
- 5. Membaca dan merefleksikan perasaan.**
- 6. Membangun relasi dan persetujuan pelayanan.**
- 7. Menggali dan memahami masalah, penyebab dan kebutuhan.**
- 8. Mengenal alternatif penyelesaian masalah dan memberi pertimbangan.**
- 9. Penyelesaian masalah, pemberi jalan keluar dan penguatan diri.**
- 10. Memberi konsekuensi yang logis dan mengakhiri.**
- 11. Dapat menyimpan rahasia.**

Sasaran Konseling HIV dianjurkan untuk (Fadhillah, 2004):

1. Orang yang telah terinfeksi HIV atau menderita AIDS dan keluarganya.
2. Orang yang akan di tes HIV.
3. Orang yang mencari pertolongan karena merasa telah melakukan tindakan yang beresiko tinggi di masa lalu dan merencanakan masa depan.
4. Orang yang tidak meminta pertolongan tetapi perilakunya beresiko tinggi.
5. Orang yang terus menerus berhubungan dengan pasien HIV dan AIDS atau petugas kesehatan.

Tugas konselor dalam konseling (Fadhillah, 2004):

1. Memberi kesempatan pasien mengenali dan mengekspresikan perasaannya.
2. Memberi informasi tentang sumber atau lembaga yang dapat membantu kesulitan dalam berbagai aspek.
3. Membantu pasien dalam menghubungi sumber atau lembaga yang dimaksud.
4. Membantu pasien dalam mendapatkan dukungan dari keluarga, teman atau jaringan sosial atau masyarakat.
5. Membantu pasien dalam mengatasi kesedihan dan kehilangan.
6. Memberikan motivasi pada pasien untuk membatasi penyebaran infeksi HIV.
7. Mengingatkan pasien akan hak hukumnya.
8. Membantu pasien memelihara kontrol atas hidupnya.
9. Membantu pasien menemukan arti hidupnya.

Tujuan konseling (Nursalam, 2007):

1. mencegah penularan HIV dengan cara mengubah perilaku. Untuk mengubah perilaku, ODHA (orang dengan HIV dan AIDS) tidak hanya membutuhkan informasi belaka, tetapi yang jauh lebih penting adalah pemberian dukungan yang dapat menumbuhkan motivasi mereka, misalnya dalam perilaku seks aman, tidak berganti ganti jarum suntik, dan lain-lain.
2. Meningkatkan kualitas hidup ODHA dalam segala aspek baik medis, psikologis, sosial dan ekonomi. Dalam hal ini konseling bertujuan untuk memberikan dukungan kepada ODHA agar mampu hidup secara positif.

Dalam hal ini konselor juga diharapkan dapat membantu mengatasi rasa putus asa, rasa duka yang berkelanjutan, kemungkinan stigma, diskriminasi, penyampaian status HIV pada pasangan seksual, pemutusan hubungan kerja, dan lain-lain.

Ciri-ciri konseling HIV

Konseling merupakan kegiatan membantu klien agar dapat:

1. Memperoleh akses informasi yang benar.
2. Memahami dirinya dengan lebih baik.
3. Agar mampu menghadapi masalahnya.
4. Agar mampu berkomunikasi lebih lancar.
5. Mengantisipasi harapan-harapan, kerelaan dan perubahan perilaku.

Konseling bukan merupakan percakapan tanpa tujuan, juga bukan memberi nasehat atau instruksi pada orang untuk melakukan sesuatu sesuai kehendak konselor. Konseling bersifat sangat pribadi sehingga membutuhkan pengembangan rasa saling percaya. Hal ini bukan suatu hal yang baku, dapat

bervariasi tergantung kondisi daerah/wilayah, latar belakang klien dan jenis layanan medis/sosial yang tersedia. Konseling bersifat tidak eksklusif, artinya setiap orang yang diberi pelatihan khusus dapat menjadi seorang konselor.

2) VCT (*Voluntary Counseling Testing*)

VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi, serta dukungan lain kepada ODHA, keluarga, dan lingkungannya (Nusalam, 2007).

VCT mempunyai tujuan sebagai:

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

Tahap-tahap VCT (Nursalam, 2007):

1. Sebelum deteksi HIV (Pra-konseling).

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

Terdapat beberapa tujuan dilakukannya konseling pra-tes pada klien yang akan melakukan tes HIV dan AIDS. Yaitu agar:

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

Ada lima prinsip praktis yang biasa dilakukan saat konseling pra-tes HIV.

Lima prinsip praktis tersebut diuraikan secara singkat dibawah ini:

1. Motif dari klien HIV dan AIDS.

Klien yang secara suka rela (*voluntary*) dan secara paksa (*compulsary*) mempunyai perasaan yang berbeda dalam menghadapi segala kemungkinan, baik pra tes atau pasca tes.

2. Interpretasi hasil pemeriksaan.

1. Uji saring atau skrining dan tes konfirmasi.
2. Asimptomatik atau gejala nyata (*Full Blown Symptom*).
3. Tidak dapat disembuhkan (HIV) tetapi masih dapat diobati (infeksi sekunder).

3. Estimasi hasil

1. Pengkajian resiko bukan hasil yang diharapkan.
2. Masa jendela.

4. Rencana ketika hasil diperoleh

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

5. Pembuatan keputusan.

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

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

Tes HIV adalah tes darah yang digunakan untuk memastikan apakah seseorang sudah positif terinfeksi HIV atau belum. Caranya adalah dengan cara mendeteksi ada tidaknya antibody HIV dalam sampel darahnya.

Tes HIV harus bersifat:

1. Sukarela
2. Rahasia.

3. Pascakonseling: Konseling setelah deteksi HIV.

Pascakonseling merupakan kegiatan konseling yang harus diberikan setelah hasil tes diketahui, baik hasilnya positif maupun negative, konseling pasca tes sangat penting untuk membantu mereka yang hasilnya positif agar dapat mengetahui cara menghindarkan penularan HIV kepada orang lain.

Tujuan konseling pasca-tes untuk hasil negatif:

- 1) Klien dapat memahami arti periode jendela.
- 2) Klien dapat membuat keputusan akan tes ulang atau tidak, kapan waktu tepat untuk mengulang.

- 3) Klien dapat mengembangkan pedoman praktis bagi dirinya untuk mengurangi resiko melalui perilakunya.

Tujuan konseling pasca-tes untuk hasil positif:

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

2.3.6 Cara Penularan

1. Hubungan seksual dengan pengidap HIV AIDS

Hubungan seksual secara vagina, anal, dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lender vagina, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV yang di dapat dalam cairan tersebut masuk dalam aliran darah menurut PELKESI (1995) yang dikutip oleh Nursalam (2007). Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur, dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual Syaiful (2000) yang dikutip oleh Nursalam (2007).

2. Ibu pada bayinya

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (in utero). Penularan juga bisa terjadi selama proses persalinan melalui transfusi fetomaternal atau kontak antara kulit atau membrane mukosa bayi dengan

darah atau sekresi maternal saat melahirkan Lily (2004) yang dikutip oleh Nursalam (2007). Semakin lama proses persalinan, semakin besar resiko penularan. Tranmisi lain terjadi selama periode post partum melalui ASI.

3. Darah dan produk darah yang tercemar HIV AIDS

Sangat cepat menularkan HIV karena virus langsung masuk ke peredaran darah dan menyebar ke seluruh tubuh.

4. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti speculum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina, atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV menurut PELKESI (1995) yang dikutip oleh Nursalam (2007).

5. Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyunat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu (Nursalam, 2007).

6. Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh pengguna narkoba (*injecting drug user-IDU*) sangat berpotensi menularkan HIV (Nursalam, 2007). Selain jarum suntik pada para pemakai IDU secara bersama-sama juga menggunakan tempat menyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV.

HIV tidak menular melalui peralatan makan, pakaian, handuk, sapu tangan, toilet yang dipakai bersama-sama, berpelukan dipipi, berjabat tangan, hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, gigitan nyamuk, dan hubungan sosial yang lain (Nursalam, 2007). Menurut Yatim (2006) HIV tidak menular melalui gagang telepon atau lewat WC yang habis dipakai penderita AIDS

2.3.7 Kelompok Resiko Tertular HIV dan AIDS

Kelompok yang berisiko tertular HIV dibagi menjadi dua, yaitu kelompok berisiko tinggi dan kelompok berisiko rendah (Nasronudin, 2004)

Kelompok berisiko tinggi diantaranya:

1. Laki-laki homoseksual dan biseksual.
2. Pengguna narkotika suntik, pemakai jarum secara bergantian dan tidak steril.
3. Pasangan seksual dari individu terpapar HIV.
4. Anak yang lahir dari ibu terinfeksi HIV, terutama yang tidak mendapat ARV.
5. Resipien transfuse darah dari bank darah yang tidak diskriminasi di daerah, Negara yang angka kejadian infeksi HIV tinggi.

Kelompok berisiko rendah diantaranya:

1. Petugas kesehatan (dokter, dokter gigi dan paramedis)
2. Petugas laboratorium.

2.3.8 Penatalaksanaan HIV dan AIDS (ARV)

Antiretroviral (ARV) adalah obat khusus untuk pasien HIV dan AIDS. ARV ini dapat diberikan pada pasien untuk menghentikan aktivitas virus,

memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV dan AIDS (Nursalam, 2007).

Tujuan pemberian ARV yaitu (Nursalam, 2007):

1. Menghentikan aktivitas (replikasi) virus HIV.
2. Memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik.
3. Memperbaiki kualitas hidup.
4. Memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV dan AIDS.
5. Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV.

Jenis-jenis obat ARV mempunyai target yang berbeda pada siklus replikasi HIV yaitu:

1. *Entry* (saat masuk), HIV harus masuk ke dalam sel T untuk dapat memulai kerjanya yang merusak. HIV mula-mula melekatkan diri pada sel, kemudian menyatukan membran luarnya dengan membran sel. Enzim *reverse transcriptase* mungkin dihalangi oleh obat yang sekarang sedang dikembangkan, enzim protease mungkin dapat dihalangi oleh obat *Saquinavir*, *Ritonovir* dan *Indivir*.
2. *Early replication*. Sifat HIV adalah mengambil alih mesin genetik sel T. Setelah bergabung dengan sebuah sel, HIV menaburkan bahan-bahan genetiknya ke dalam sel. Di sini HIV mengalami masalah dengan kode genetiknya yang tertulis dalam bentuk yang disebut RNA, sedangkan pada manusia kode genetik tertulis dalam DNA. Untuk mengatasi masalah ini, HIV membuat enzim *reverse transcriptase* (RT) yang menyalin RNA-nya ke dalam DNA. Obat *Nucleoside RT inhibitors* (*Nukes*) menyebabkan terbentuknya enzim

reverse transcriptase yang cacat. Golongan *non-nucleoside RT inhibitors* memiliki kemampuan untuk mengikat enzim *reverse transcriptase* sehingga membuat enzim tersebut menjadi tidak berfungsi.

3. *Late replication*. HIV harus menggantung sel DNA untuk kemudian memasukkan DNA-nya sendiri ke dalam guntingan tersebut dan menyambung kembali helaian DNA tersebut. Alat penyambung itu adalah enzim integrase, maka obat *integrase inhibitors* diperlukan untuk menghalangi penyambungan ini.
4. *Assembly* (perikatan atau penyatuan). Setelah HIV mengambil alih bahan-bahan genetik sel, maka sel akan diatur untuk membuat berbagai potongan sebagai bahan untuk membuat virus baru. Potongan ini harus dipotong dalam ukuran yang benar yang dilakukan enzim protease HIV, maka pada fase ini, obat jenis *Protease inhibitors* diperlukan untuk menghalangi terjadinya penyambungan ini.

Adapun jenis obat-obatan ARV yaitu:

1. *Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI)*.

Obat ini dikenal sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA (proses ini dilakukan oleh virus HIV agar bisa bereplikasi). Contoh dari obat ARV yang termasuk dalam golongan ini adalah:

Tabel 2.2 Jenis obat-obatan ARV (Depkes RI, 2003)

Nama generic	Nama dagang	Nama lain
Zidovudine	Retrovir	AZT, ZCV
Didanosine	Videx	Ddi
Zalzitabine	Hivid	ddC, dideoxycytidine
Stavudine	Zerit	D4T
Lmivudine	Epivir	3TC

Zidovudine/Lamivudine	Combivir	Kombinasi AZT dan 3TC
Abacavir	Ziagen	ABC
Zidovudine/Lamivudine/Abacavir	Trizivir	Kombinasi AZT, 3TC dan Abacavir
Tenovir	Viread	Bis-pac PMPA

2. *Nucleotide reverse transcriptase inhibitor* (NtRTI). Yang termasuk golongan ini adalah Tenofovir (TDF).

3. *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NNRTI). Golongan ini juga bekerja dengan menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan cara mengikat *reverse transcriptase* sehingga tidak berfungsi. Yang termasuk golongan NNRTI terdapat dalam tabel berikut ini (Depkes, 2003):

Tabel 2.3 Golongan non-nucleoside RT inhibitors

Nama generic	Nama dagang	Nama lain
Nevirapine	Viramune	NVP, BI-RG-587
Delavirdine	Recriptor	DLV
Efavirenz	Sustiva	EFV, DMP-266

4. *Protease inhibitor* (PI, menghalangi kerja enzim protease yang berfungsi memotong DNA yang oleh virus dengan ukuran yang benar untuk memproduksi virus baru, contoh obat golongan ini adalah indinavir (IDV), nelvinavir (NFV), squinavir (SQV), ritonavir (RTV), amprenavir (APV) dan loponavir/ritonavir (LPV/r).

5. *Fusion inhibitor*. Yang termasuk golongan ini adalah Enfuvirtide.(T-20).

Tabel 2.4 Beberapa contoh obat ARV

Nama obat	Jenis obat	Kemungkinan Efek Samping	Petunjuk Penggunaan	Berapa Kali/Hari	Dengan/Tanpa Makanan
AZT	RTI	Mual, muntah, sakit kepala, susah tidur, nyeri otot.	<ul style="list-style-type: none"> Mulai dengan dosis kecil lalu dinaikkan selama 2 minggu. Jangan minum obat larut malam. 	2 – 3 kali/hari	Diminum sebelum makan, bila mual minum sesudah makan.
DdC	RTI	Luka di mulut, kelainan saraf tepi, radang pankreas.	Tidak ada	3 kali/hari	Dapat diminum dengan /tanpa makanan.

Ddi	RTI	Mencret, radang pancreas.	Harus diminum sewaktu perut kosong.	2 kali/hari	Harus diminum sewaktu perut kosong.
D4T	RTI	Sakit kepala, diare, panas.	Tidak ada	2 kali/hari	Dapat diminum dengan /tanpa makanan.
3TC	RTI	Sakit kepala, lesu, sulit tidur, neutropenia.	Tidak ada	2 kali/hari	Dapat diminum dengan /tanpa makanan.
Nevirapine	RTI	Kelainan hati, bercak merah pada kulit.	Bercak merah dapat diobati dengan antihistamin.	2 kali/hari	Paling baik diminum waktu makan.
Delavirdine	RTI	Lesu, mual, diare, kelainan hati, bercak merah pada kulit, panas.	<ul style="list-style-type: none"> • Bercak merah dapat diobati dengan antihistamin dengan pengawasan dokter. • Hindari makanan berlemak. 	3 kali/hari	Harus diminum sewaktu perut kosong.
Saquinavir	PI	Diare dan mual	<ul style="list-style-type: none"> • Minum sewaktu makan untuk meningkatkan absorpsi. • Pertimbangkan obat lain bila diare. • Jangan minum antihistamin kecuali dengan pengawasan dokter. 	2 -3 kali/hari	Harus diminum sewaktu makan, terutama saat mengkonsumsi makanan tinggi protein dan lemak.
Ritonivir	PI	Mual, diare, lemah, muntah, gangguan rasa kurang nafsu makan, mati rasa, atau geli sekitar mulut.	Tidak ada	2 kali/hari	Harus diminum sewaktu makan, terutama saat mengkonsumsi makanan tinggi protein dan lemak.
Indinivir	PI	Mual, kelainan hati, batu ginjal	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan makan 1 jam sebelum dan 2 jam sesudah minum obat. • Banyak minum air sepanjang hari untuk mencegah batu ginjal. • Jangan minum antihistamin kecuali dengan pengawasan 	3 kali/hari	Harus diminum sewaktu perut kosong.

			dokter.		
--	--	--	---------	--	--

Tabel 2.5 Obat-obatan yang tersedia di Indonesia

Nama Dagang	Nama Generik	Golongan	Sediaan	Dosis per hari
Duviral			Tablet, kandungan, zidovudine 300 mg, lamivudine	2 x 1 tablet
Stavir Zerit	Stavudine (d4T)	NRTI	Kapsul: 30 mg, 40mg	BB > 60 kg: 2 x 40 mg BB < 60 kg: 2 x 30 mg
Hiviral 3TC	Lamivudine (3TC)	NRTI	Tablet 150 mg, larutan oral 10 mg/ml	2 x 150 mg BB < 50 kg: 2 mg/kg, 2x/hari
Viramune Neviral	Nevirapine (VVP)	NNRTI	Tablet 200 mg	1 x 200 mg selama 14 hari, dilanjutkan 2 x 200 mg
Retrovir Adovi Avizid	Zidovudine (ZDV, AZT)	NRTI	Kapsul 100 mg	2 x 300 mg atau 2 x 250 mg (dosis alternatif)
Videx	Didanosine (ddI)	NRTI	Tablet kunyah 100 mg	BB > 60 kg: 2 x 200 mg, atau 1 x 400 mg BB < 60 kg: 2 x 125 mg, 1 x 250 mg
Stocrin	Efavirenz (EFV, EFZ)	NNRTI	Kapsul 200 mg	1 x 600 mg, malam
Nelvex Viracept	Nelfinavir (NFV)	PI	Tablet 250 mg	2 x 1250 mg

Keterangan:

AZT = Zidovudine

Ddi = Didanosine

ddC = Zalcitabine

D4T = Stavudine

3TC = Lamivudine

NVP = Nevirapine

EFV = Efavirenz

ABC = Abacavir

Menurut WHO (2002) yang dikutip oleh Nursalam (2007), ART bisa dimulai pada orang dewasa berdasarkan kriteria sebagai berikut:

Kriteria inklusi medis diantaranya:

1. HIV positif (*3 rapid test*: protocol Indonesia yang baru).
2. Semua kasus stadium klinik WHO stadium IV tanpa memperhatikan hasil hitung CD4.
3. Stadium klinik WHO II-III dan hitung limfosit total < 1200/ μ l.

4. Stadium klinik WHO I-II-III dan CD4 < 200/ μ l.

Kriteria inklusi nonmedis diantaranya:

1. Kepatuhan.
2. Kesiambungan.
3. Pendampingan.
4. dan lain-lain.

Pasien harus memahami tujuan pemberian ARV, antara lain:

1. ARV tidak menyembuhkan.
2. Selama pengobatan ARV, virus masih dapat ditularkan, sehingga perlu diterapkan *safe sex* dan *safe injection*.
3. Pengobatan seumur hidup.

Jangan memulai ARV jika:

1. Pasien tidak memiliki motivasi.
2. Tanpa konseling intensif.
3. Pengobatan tidak dapat dilanjutkan.
4. Asimtomatik dan tidak ada informasi tentang hitung CD4⁺.
5. Tidak dapat memonitor secara biologis.
6. Tidak ada akses terhadap diagnosis dan pengobatan IO (Infeksi oportunistik).

Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya. Kepatuhan ini amat penting dalam pelaksanaan pengobatan dengan ARV (Nursalam, 2007):

1. Bila obat tidak mencapai konsentrasi optimal dalam darah maka akan memungkinkan berkembangnya resistensi.
2. Meminum dosis obat tepat waktu dan meminumnya secara benar (mis. Bersama makanan vs lambung kosong) adalah penting untuk mencegah terjadinya resistensi.
3. Derajat kepatuhan sangat berkorelasi dengan keberhasilan dalam mempertahankan supresi virus.

Selain adanya kesadaran pasien untuk mematuhi peraturan ARV diperlukan juga adanya monitoring yang dilakukan oleh pihak yang berwenang (perawat, konselor dan dokter) atau pihak yang berhubungan dengan ODHA lainnya. Upaya monitoring terdiri atas:

1. Monitoring berkala. Monitoring ini terbagi menjadi tiga jenis yaitu:
 1. Monitoring kepatuhan (*Adherence*) yang harus didiskusikan pada setiap kunjungan.
 2. Monitoring efek samping ARV. Monitoring ini berupa indikator klinis, misalnya berat badan yang meningkat, jumlah CD4 dan *viral load*.
2. Monitoring klinis. Monitoring klinis dilakukan agar didapatkan riwayat penyakit yang jelas dan dilakukan pemeriksaan klinis yang teratur. Berikut ini adalah kegiatan yang dilakukan setiap kali dilakukan pemeriksaan klinis:
 1. *Follow up* pertama setelah satu atau dua minggu. Lebih awal jika terjadi efek samping.
 2. Kunjungan bulanan sesudahnya, atau lebih bila diperlukan.
 3. Tiap kunjungan tanyakan tentang gejala, kepatuhan, masalah yang berhubungan dengan HIV dan non-HIV dan kualitas hidup.

4. Pemeriksaan fisik, berat badan dan suhu.
3. Pemeriksaan laboratorium dasar
 1. Hitung darah lengkap dan hitung jenis (Hb, leukosit dan TLC-*Total limfosit count* tiap 3 bulan dan pada awal pemakaian ARV).
 2. SGOT dan SGPT.
 3. Hitung CD4, dilakukan pada awal tetapi dan tiap 6 bulan.
4. Monitoring efektivitas

ARV dinilai efektif bila:

1. Menurunnya atau menghilangnya gejala.
2. Meningkatkan berat badan.
3. Menurunnya frekuensi atau beratnya IO.
4. Menurunnya lesi Kaposi.
5. Meningkatkan TLC
6. Meningkatkan hitung CD4⁺.
7. Supresi VL yang bertahan lama.

2.3.9 Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS

Penularan virus HIV dapat dicegah dengan cara:

1. Tidak melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan.
2. Tidak menggunakan narkoba jarum suntik secara bergantian.
3. Tidak melakukan transfusi darah yang belum discanning dari virus HIV.
4. Menghindari atau meminimalkan perilaku yang beresiko terkena penularan virus HIV melalui darah, cairan vagina dan cairan sperma.

2.3.10 Pengaruh Psikososial Terhadap infeksi HIV dan AIDS

Ketika individu dinyatakan terinfeksi HIV sebagian besar menunjukkan perubahan karakter psikososial (hidup dalam stress, depresi, merasa kurangnya dukungan sosial, perubahan perilaku). Pernyataan adanya infeksi HIV pada individu tersebut mendorong terjadinya reaksi penolakan hingga syok yang berlangsung berbulan-bulan hingga tahun dan potensial mendorong progresivitas infeksi HIV ke AIDS. Jadi karakter psikososial erat kaitannya dengan progresivitas infeksi HIV (Nasronudin, 2004).

Laju progresivitas infeksi HIV dipengaruhi faktor strain virus, genetik, umur, jenis kelamin, malnutrisi dan psikososial. Individu berisiko tinggi akan mengalami dampak psikologis pribadi maupun sosial akibat pandemi AIDS (Nasronudin, 2004). Individu akan mengalami masalah berkaitan dengan status HIV positif dan mengalami berbagai tekanan emosional serta mental. Individu tersebut harus berhadapan dengan stigma masyarakat terhadap dirinya, menyulitkan untuk mempertahankan pekerjaannya, merawat dan membesarkan anaknya, sementara fisiknya secara progresif akan memburuk. Infeksi HIV sendiri dapat merupakan stressor psikologis, beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara repons psikologis klinis serta imunologis yang menunjukkan progresivitas penyakit. HIV menyerang sistem kekebalan tubuh terutama limfosit T-CD4 dan berbagai sel termasuk sel-sel saraf. Menurunnya kekebalan tubuh membuka peluang bagi mikroorganisme lain untuk tumbuh kembang sehingga muncul manifestasi oportunistik, serta mendorong perkembangan ke arah malignansi sebagai realisasi AIDS (Nasronudin, 2004).

Beban secara sosiokultural akibat didiagnosis terinfeksi HIV dapat berasal dari beberapa sumber. Sumber sosial yang berhubungan dengan aspek

penularan dapat menyebabkan gangguan perilaku pada orang lain, termasuk menghindari kontak fisik dan sosial. Akibat dirasakan sangat menyakitkan hati orang dewasa, apalagi anak-anak yang terinfeksi HIV juga dikucilkan dari sekolah dan dari teman sebaya karena ketakutan yang dialami para orang tua.

Individu yang terinfeksi HIV sangat mudah merasa bersalah dan menerima penolakan dari sekitarnya, hal ini disebabkan karena anggapan bahwa tingkah laku terutama tingkah laku seksual dapat membahayakan orang lain. Diskriminasi timbul dalam masalah perumahan, pekerjaan, kesehatan dan bantuan masyarakat, akibat rasa takut akan tertular HIV.

Tekanan Psikososial utama pada pada pasien terinfeksi HIV (Nasromudin, 2004):

1. Kecemasan: rasa tidak pasti tentang penyakit yang diderita, perkembangan dan pengobatannya, merasa cemas dengan prognosis dan ancaman kematian.
2. Depresi: merasa sedih, tak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tak berharga, putus asa, berkeinginan untuk bunuh diri, menarik diri, sulit tidur, hilang nafsu makan.
3. Merasa terisolasi dan berkurangnya dukungan sosial: merasa ditolak oleh keluarga maupun masyarakat.
4. Merasa marah kepada diri sendiri dan orang lain: menunjukkan sikap bermusuhan terhadap pemberi perawatan, menolak untuk bekerja sama dengan pemberi perawatan.
5. Merasa takut: bila ada orang yang mengetahui penyakit yang diderita.

6. Merasa malu: dengan adanya stigma sebagai penderita terinfeksi HIV, penyangkalan terhadap kebiasaan seksual dan penggunaan obat-obatan terlarang.

Penatalaksanaan medis, dukungan dan ajakan untuk berperilaku hidup sehat merupakan pilihan terbaik (Nasronudin, 2004). Respons yang positif, dukungan psikososial positif sedini mungkin berdampak mengurangi kaluhan penyakit yang dideritanya, terjadi perubahan gaya hidup yang positif baik terhadap pasangan maupun keluarga. ODHA memerlukan dukungan untuk menghambat berbagai perubahan kronis, menghindarkan berbagai kondisi yang fatal yang dapat menghasilkan isolasi sosial. Bentuk tekanan psikososial yang utama adalah preokupasi pasien dengan penyakitnya dan kemungkinan menurunnya kondisi kesehatan pasien dengan cepat sampai timbul kematian.

2.4 Konsep Dasar Remaja

2.4.1 Definisi Remaja

Menurut Kaplan & Sadock (1997) remaja merupakan periode perkembangan dimana individu mengalami perubahan dari masa anak-anak menjadi dewasa. Masa remaja umumnya dibagi menjadi 3 periode yaitu :

1. Remaja awal: yang disebut remaja awal adalah remaja dengan usia 11 sampai 14 tahun
2. Remaja pertengahan: yang disebut remaja pertengahan adalah remaja dengan usia 14 sampai 17 tahun
3. Remaja akhir: yang disebut remaja akhir adalah remaja dengan usia 17 sampai 20 tahun

2.4.2 Perkembangan Pada Remaja

Remaja yang juga disebut sebagai masa pubertas mengalami beberapa perkembangan antara lain :

1. Perubahan fisik dan maturasi seksual

1) Perubahan fisik

Perubahan fisik terjadi dengan cepat pada remaja (Potter&Perry, 1997).

Ada 4 fokus utama perubahan fisik

- (1) Peningkatan kecepatan pertumbuhan skelet, otot, dan viscera**
- (2) Perubahan spesifik seks, seperti perubahan bahu dan lebar pinggul**
- (3) Perubahan distribusi otot dan lemak**
- (4) Perkembangan sistem reproduksi dan karakteristik seks sekunder**

Pada remaja wanita perubahan fisik cenderung mulai lebih awal daripada anak laki-laki. Sementara pertumbuhan tinggi dan berat badan biasanya meningkat pada usia pubertas ini. Laju pertumbuhan pada wanita umumnya mulai antara usia 8 sampai 14 tahun. Tinggi badan mencapai 5 hingga 20 cm, berat badan meningkat 7 hingga 27,5 kg. Pertumbuhan pada anak laki-laki mulai antara usia 10 hingga 16 tahun. Tinggi badan meningkat kira-kira 10 sampai 30 cm, berat badan mencapai 7 hingga 32,5 kg

Pada anak wanita tinggi badan mencapai 90% sampai 95% dari tinggi badan dewasanya pada masa menarche dan mencapai tinggi penuh pada usia 16-17 tahun. Sementara anak laki-laki terus tumbuh lebih tinggi pada usia 18-20 tahun. Lemak pada masa ini didistribusi sesuai porsi dewasa seiring peningkatan tinggi dan berat badan dan secara bertahap tubuh berubah menjadi penampilan orang dewasa (Potter&Perry, 1997)

2) Maturasi seksual

Hormon seks meningkat perlahan-lahan pada keseluruhan masa remaja dan berhubungan dengan perubahan tubuh. Hormon penstimulasi folikel (FSH) dan hormone luteinzing (LH) juga meningkat selama masa remaja, tetapi biasanya LH meningkat diatas nilai normal orang dewasa pada usia 17-18 tahun. Peningkatan yang besar tampaknya terjadi pada kadar testosterone yang selanjutnya turun dan stabil pada kadar orang dewasa

Testosteron adalah hormon yang bertanggung jawab pada maskulinasi pada anak laki-laki dan estradiol merupakan hormon yang bertanggung jawab pada feminisasi anak wanita. Kedua hormone ini juga mempengaruhi fungsi sistem saraf pusat termasuk suasana hati dan perilaku (Kaplan&Sadock, 1997).

2. Perkembangan kognitif

Remaja mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah melalui tindakan logis. Remaja dapat berfikir abstrak dan menghdapi masalah hipotetik secara efektif. Jika berkonfrontasi dengan masalah, remaja dapat mempertimbangkan berbagai penyebab dan solusi yang sangat banyak. Perkembangan kemampuan ini penting dalam mencari identitas

Pada remaja tengah terdapat kualitas instropektif yang muncul berkaitan dengan kognisi. Pada masa ini remaja percaya bahwa "imaginary audience" memberikan cara evaluatif dan perasaan unik. Konsep ini dapat dilihat dari adanya perilaku khas remaja meliputi kesadaran diri dan keinginan privasi. Perkembangan kompleks pemikiran selama periode ini membuat remaja mempertanyakan masyarakat dan nilai-nilainya. Meskipun remaja memiliki

kemampuan untuk berfikir sebaik orang dewasa namun mereka tidak mempunyai pengalaman karena kemampuan ini harus dibangun (Potter&Perry, 1997).

3. Perkembangan psikososial

Pencarian identitas diri merupakan tugas utama perkembangan psikososial remaja. Remaja harus membentuk hubungan sebaya yang dekat atau terisolasi secara sosial. Erikson (1968) dalam Potter&Perry (1997) memandang bingung identitas atau peran sebagai bahaya utama pada tahap ini dan menyarankan pengelompokan dan intoleransi perbedaan yang terlihat pada perilaku remaja dipertahankan terhadap bingung identitas. Perkembangan identitas yang terjadi pada remaja adalah :

1) Identitas moral

Moralitas didefinisikan sebagai suatu penyesuaian pada standar, hak dan kewajiban bersama. Piaget menggambarkan moralitas berkembang secara bertahap dalam perkembangan kognitif. Pada stadium praoperasional, anak semata-mata mengikuti aturan yang diberikan oleh orangtuanya. Dalam stadium operasi konkret, anak menerima aturan tetapi menunjukkan ketidakmampuan untuk penolakan. Dan dalam stadium operasi formal, anak mengenali aturan dalam istilah apa yang terbaik bagi masyarakat banyak.

Lawrence Kohlberg mengintegrasikan konsep piaget dan menggambarkan tiga tingkat utama dari moralitas yaitu:

(1) Moralitas prekonvensional : hukuman dan kepatuhan kepada orang tua adalah faktor penentu

- (2) Moralitas kesesuaian Peran konvensional : anak mencoba untuk menyesuaikan diri untuk mendapatkan persetujuan dan mempertahankan hubungan baik dengan orang lain
- (3) Moralitas sebagai penerimaan diri prinsip-prinsip moral : anak secara sadar mematuhi aturan dengan dasar konsep prinsip etik dan membuat pengecualian dalam aturan dalam situasi tertentu (Kaplan&Sadock, 1997)

Remaja menilai diri mereka sendiri dengan ide internal yang sering menyebabkan konflik antara nilai diri dan kelompok. Tidak semua remaja memperoleh tingkat perkembangan moral yang sama. Akan tetapi terdapat pergerakan maju yang umum melalui tahap perkembangan moral, dan urutan tahap sama pada setiap individu meskipun waktu pencapaiannya bervariasi

2) Identitas seksual

Pencapaian identitas seksual ditingkatkan dengan adanya perubahan fisik pubertas. Hal ini ditandai dengan minat remaja pada hubungan heteroseksual dengan pasangan di luar keluarga dan melakukan masturbasi. Tanda fisik maturitas mendorong perkembangan perilaku feminisme dan maskulin.

Remaja bergantung pada tanda fisik ini karena mereka ingin kepastian akan kelaki-lakiannya atau kewanitaannya dan karena mereka tidak mau berbeda dari sebayanya. Tanpa karakteristik fisik ini, pencapaian identitas seksual sangat sulit. Remaja mempunyai seksualitas sesuai usia setelah merasa nyaman dengan perilaku seksual, pilihan dan hubungannya (Potter&Perry, 1997).

3) Identitas kelompok

Remaja mempunyai identitas kelompok karena mereka membutuhkan harga diri dan penerimaan. Kelompok sebaya memberikan perasaan saling memiliki, pembuktian dan kesempatan untuk belajar perilaku yang dapat diterima. Kebutuhan yang kuat dari identitas kelompok tampaknya merupakan konflik pada saat pencarian identitas diri. Seolah-olah remaja membutuhkan ikatan kuat dengan sebayanya sehingga mereka kemudian dapat menemukan kembali diri mereka dalam identitas kelompok ini.

4) Identitas keluarga

Beberapa remaja dan keluarga menagalami kesulitan selama masa ini daripada masa yang lain. Remaja perlu membuat pilihan, bersikap mandiri dan mengalami konsekuensi dari sikapnya ini. Hal ini bagaimanapun juga, baik dilakukan untuk landasan keluarga yang mendukung dan kuat

Keluarga yang tidak mampu memberi dukungan ini menyulitkan perpindahan ke dalam pembentukan identitas. Dukungan pada keluarga dan remaja mungkin esensial untuk kesuksesannya

5) Identitas pekerjaan

Pilihan pekerjaan dalam kehidupan membentuk suatu tujuan bagi remaja. Karena kebutuhan perubahan masyarakat, remaja harus berorientasi ke masa depan saat membuat keputusan ini

6) Identitas kesehatan

Komponen lain dari identitas diri adalah persepsi kesehatan. Remaja yang sehat akan mengevaluasi kesehatan diri mereka sendiri berdasarkan perasaan sejahtera, kemampuan berfungsi secara normal, dan tidak adanya

gejala penyakit. Perubahan yang cepat selama periode ini membuat program promosi kesehatan menjadi penting. Remaja mencoba peran baru, mulai menstabilkan identitas mereka dan nilai serta perilaku yang di dapat dari gaya hidup orang dewasa akan tercakup di dalamnya

2.4.3 Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perubahan Perilaku pada Remaja

1. Keluarga

Menurut Warso (2007) keluarga merupakan institusi pertama dimana seseorang akan mengenal bermacam-macam nilai sosial yang ada. Keluarga, akan menjadi tempat berlangsungnya proses sosialisasi dan internalisasi nilai dan beragam ketrampilan dasar dalam hidup seseorang. Sehingga jika proses sosialisasi dan internalisasi nilai berlangsung dengan baik maka kepribadian anak akan menjadi mantap. Oleh karena itu keluarga menjadi tempat pertama seorang anak mengenal nilai - nilai yang ada dimasyarakat maka peran orang tua dan anggota keluarga yang lain menjadi sangat menentukan dalam membentuk kepribadian dan perilaku anak. Orang tua akan menjadi patron dan referensi pertama oleh anak dalam melakukan tindakan tertentu. Maka orang tua akan selalu dijadikan rujukan dan teladan bagi anak dalam bertingkah laku, karena seorang anak yang sedang mengalami pertumbuhan dan perkembangan kepribadian akan cenderung meniru apa yang dilakukan oleh orang dewasa.

Karena begitu pentingnya peran keluarga dalam membentuk pribadi dan perilaku seorang anak, maka orang tua harus bisa menjadi idola anak, tempat anak bertanya berbagai hal yang anak ingin ketahui dalam hidupnya, dan sebagai

tempat terjadinya transformasi dan pewarisan berbagai macam nilai-nilai kehidupan.

2. Masyarakat

Disamping keluarga, kepribadian dan perilaku anak juga sangat dipengaruhi oleh masyarakat (Warso, 2007). Dari masyarakatlah anak akan belajar tentang berbagai nilai yang ada, karena dimasyarakatlah anak akan berinteraksi dengan berbagai macam orang dengan latar belakang sosial, budaya, agama, pendidikan maupun pengalaman hidup yang berbeda-beda.

Anak mungkin akan menemukan suatu pengalaman yang baru yang tidak dijumpai dalam keluarganya. Sehingga sesuatu yang baru itu tentunya akan menjadi bagian dari pemahaman anak terhadap lingkungan sosialnya. Berbagai macam pengetahuan baru yang mereka miliki dari teman-temannya, bacaan-bacaan, televisi maupun berbagai macam media yang ada di masyarakat akan menjadi bagian pengalaman dalam hidupnya. Seberapa jauh pengaruh pengalaman-pengalaman baru yang diperoleh dari masyarakat itu akan mempengaruhi persepsi, sikap dan perilaku seseorang akan sangat ditentukan oleh seberapa besar anak tersebut sudah mempunyai pemahaman awal yang mereka peroleh dari keluarga, daya seleksi dan kritis terhadap pengalaman baru yang mereka peroleh dari masyarakat.

3. Sekolah

Institusi ketiga yang ikut berperan dalam membentuk kepribadian dan perilaku anak adalah sekolah. Institusi sekolah merupakan tempat terjadinya transformasi ilmu pengetahuan maupun nilai-nilai yang berlaku didalam

masyarakat. Di dalam sekolah pula akan terjadi proses pewarisan budaya dan penyebaran budaya secara sistematis dan terprogram.



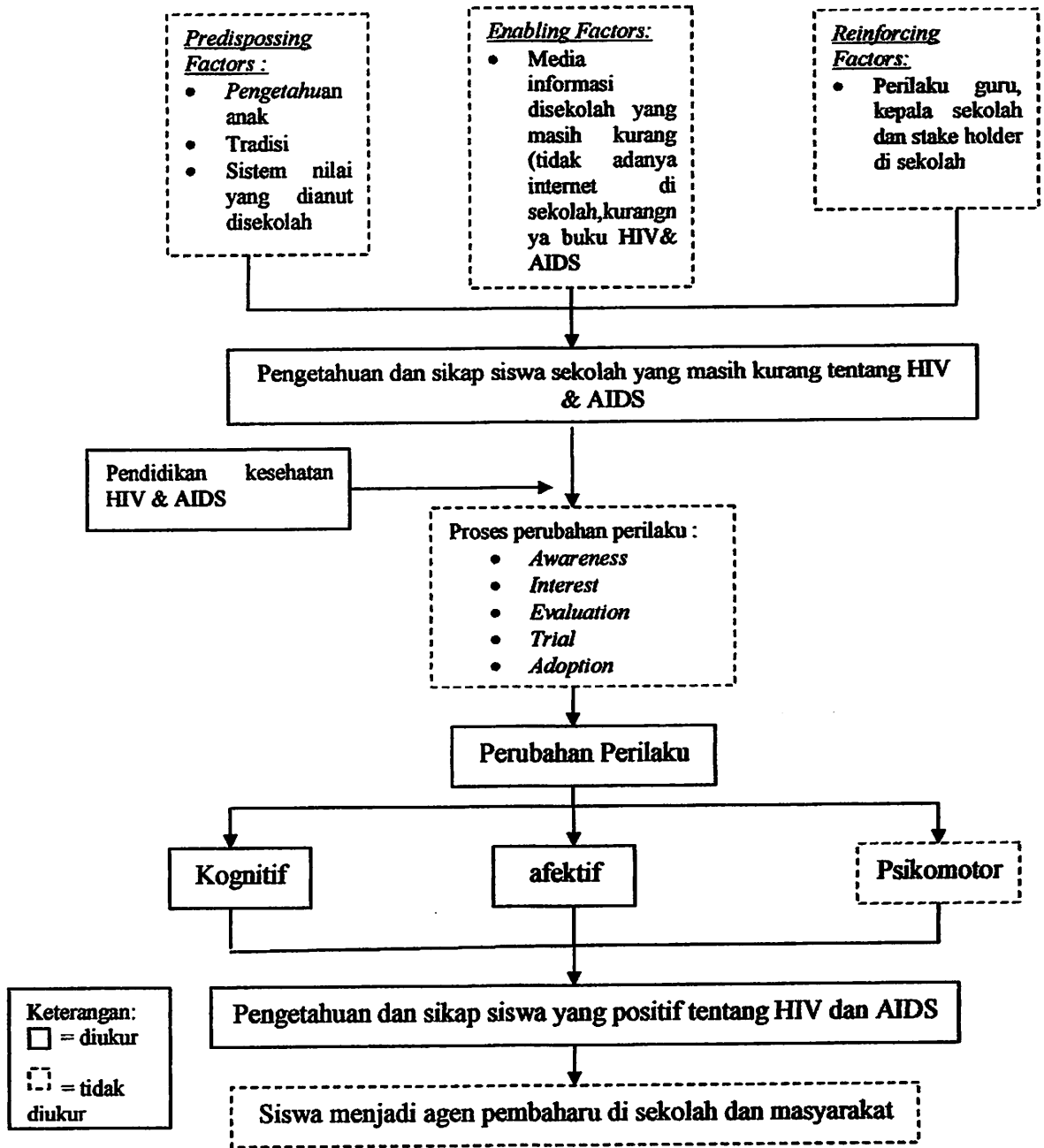
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Tentang HIV dan AIDS

Siswa SMU adalah siswa pada masa remaja yang masih berada di bangku sekolah, dan merupakan komunitas dalam lingkungan masyarakat yang sangat peka untuk menerima perubahan, karena anak sekolah berada dalam taraf pertumbuhan dan perkembangan. Notoatmodjo (2002), mengutip dari Green, menyatakan bahwa perilaku individu atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu : 1) Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*), yaitu faktor yang mendahului perilaku yang menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku berupa kepercayaan, tradisi, pengetahuan, sistem nilai yang dianut di sekolah, dalam hal ini adalah faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku siswa SMU, 2) Faktor pendukung (*Enabling Factor*), yaitu faktor yang sumber/fasilitas kesehatan (peran perawat sekolah media informasi yang ada di sekolah), 3) Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dapat diakibatkan adanya sikap, perilaku guru, *stake holder* di sekolah dan peraturan sekolah. Ketiga faktor tersebut mempengaruhi pengetahuan dan sikap siswa sekolah tentang HIV dan AIDS. Sebagai upaya meningkatkan pengetahuan mengenai HIV dan AIDS dilakukan pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS maka akan terjadi proses adopsi perilaku pada diri siswa tersebut yaitu : *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption*. Proses perubahan perilaku tersebut dapat mempengaruhi ketiga domain perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan psikomotor, namun dalam penelitian ini hanya membahas mengenai pengetahuan dan sikap. Setelah terjadi proses perubahan perilaku sikap dan pengetahuan pada diri siswa maka diharapkan siswa mampu melakukan pembaharuan di lingkungan sekolah

dan masyarakat mengenai sikap dan pengetahuan yang masih kurang tentang HIV dan AIDS.

3.2 Hipotesis

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap tentang HIV & AIDS pada siswa sekolah.



BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk memecahkan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam dan Pariani, 2001). Pada bab ini akan dijelaskan metode penelitian yang akan digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasar masalah yang ditetapkan antara lain adalah desain penelitian, kerangka operasional, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, pengumpulan dan pengolahan data dan etik penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan. Rancangan atau penelitian ini adalah suatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003)

Dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian Pra Eksperimental (*One-Group Pra test - Post test Design*) (Nursalam, 2003). Dalam rancangan ini, kelompok eksperimental diberi perlakuan. Sebelumnya diawali dengan pretest dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (post tes).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian *Pra Eksperimental* (nursalam, 2003)

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K	O	I	O1
-	<i>Time 1</i>	Time 2	Time 3

Keterangan:

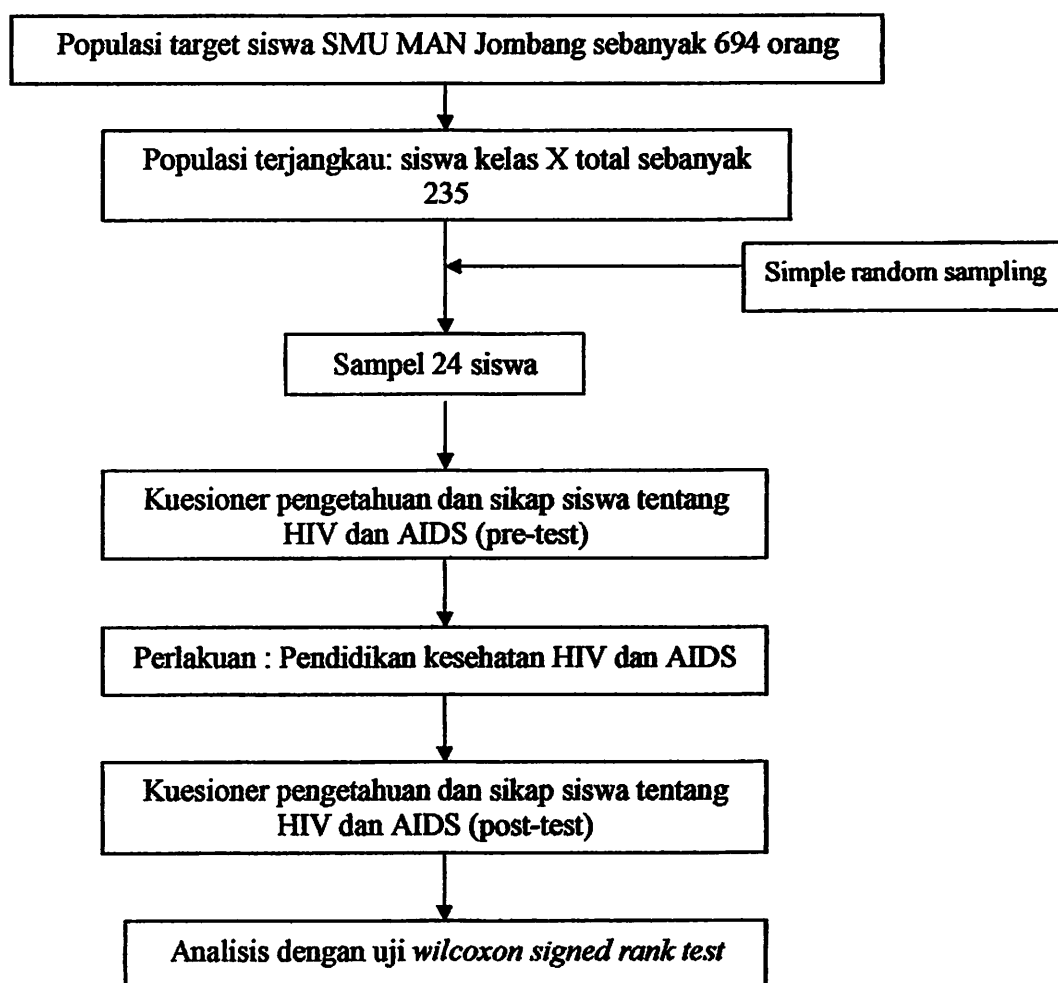
K : Siswa kelas X

O : Kuesioner pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS sesudah intervensi

I : Intervensi (perlakuan) pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS

O1 : Kuesioner pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS sesudah intervensi.

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian Pengaruh pendidikan kesehatan HIV dan AIDS pada Siswa kelas X MAN Jombang

4.3 Populasi, Sample dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi terdiri atas dua yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target adalah populasi yang memenuhi sampling criteria dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam, 2003), dimana populasi target penelitian ini adalah semua siswa MAN Jombang yang berjumlah 694 siswa. Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2003), dimana populasi terjangkau penelitian ini adalah siswa kelas X yang berjumlah 235 siswa.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003). Menurut Arikunto (2001) jika subjek penelitian lebih dari 100 dapat diambil antara 10-15% atau 20-25% atau lebih, tergantung setidak-tidaknya dari:

1. Kemampuan peneliti dilihat dari waktu, tenaga dan dana.
2. Sempit luasnya wilayah pengamatan dari setiap subjek, karena hal ini menyangkut banyak sedikitnya data.
3. Besar kecilnya resiko yang ditanggung oleh peneliti.

Dalam penelitian ini diambil 10% dari 235 siswa. Jadi sampel yang akan digunakan sebanyak:

$$\frac{10}{100} \times 235 = 23,5 \approx 24 \text{ siswa}$$

4.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi (Nursalam dan Pariani S, 2001). Penelitian ini menggunakan *simple random sampling* atau setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel.

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel yang lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2003). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan HIV dan AIDS.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perubahan pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah arti atau makna pada masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi dan refleksi agar memberikan pemahaman sama kepada setiap orang mengenai variabel yang dirumuskan dalam penelitian (Nursalam dan Pariani, 2001).

Tabel 4.1 Definisi Operasional penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Tentang HIV dan AIDS Pada Siswa Kelas X MAN Jombang

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SCORE
Variabel Independen Pendidikan Kesehatan tentang HIV dan AIDS	Menyajikan informasi kepada siswa mengenai HIV dan AIDS	Pemberian informasi tentang HIV dan AIDS: 1. Definisi 2. Etiologi 3. Patofisiologi 4. Manifestasi klinis 5. Tes HIV 6. Penularan 7. Kelompok risiko tinggi 8. Penatalaksanaan 9. Pencegahan 10. Pengaruh psikososial	SAP		
Variabel Dependen Pengetahuan dan Sikap siswa tentang HIV dan AIDS : • Pengetahuan	Segala Informasi yang telah diketahui mengenai HIV dan AIDS	- Definisi (1,2,3) - Etiologi (4) - Patofisiologi (5,6) - Manifestasi klinis (7,8)	Kuesioner terdiri dari 20 pertanyaan	Ordinal	Benar = 1 Salah = 0 Pengetahuan : Baik = 76-100% Cukup = 56-

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SCORE
Sikap	Respon dari siswa terhadap HIV dan AIDS	<ul style="list-style-type: none"> - Tes HIV (9) - Penularan (10,11) - Kelompok risiko tinggi (12,13) - Penatalaksanaan (14,15,16) - Pencegahan terhadap HIV dan AIDS (17) - Pengaruh psikososial terhadap infeksi HIV menjadi AIDS (18,19&20) - Sikap siswa terhadap penularan HIV dan AIDS (1,3,5,8,10,11) - Sikap siswa terhadap penyakit HIV dan AIDS (4,9) - Sikap siswa terhadap penatalaksanaan HIV dan AIDS (6,7) - Sikap siswa terhadap pencegahan HIV dan AIDS (2,12) 	Kuesioner terdiri dari 12 pernyataan dengan jumlah pernyataan <i>favourable</i> 6 pernyataan dan <i>unfavourable</i> 6 pernyataan	Ordinal	<p>75% Kurang = $\leq 55\%$ (Arikunto, 1998) Kode Baik = 3 Cukup = 2 Kurang = 1</p> <p>Sikap positif (<i>favourable</i>) Sangat setuju = 5 Setuju = 4 Tidak Setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1</p> <p>Sikap negatif (<i>unfavourable</i>) Sangat setuju = 1 Setuju = 2 Tidak setuju = 4 Sangat tidak setuju = 5 Skor total = 36</p> <p>Sikap dinyatakan positif jika $T \geq \text{mean data}$, negatif jika $T < \text{mean data}$. (Azwar, 2007)</p>

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Arikunto, 2006). Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dengan skala data likert. Kuesioner pengetahuan dan sikap tersebut menggunakan data ordinal. Dengan pertanyaan pengetahuan sebanyak 20 dan pernyataan sikap sebanyak 12. Kuesioner pengetahuan berupa pertanyaan dengan memilih jawaban a,b,c,d dan e, dimana kuesioner pengetahuan ini mencapai tingkatan pengetahuan tahu (*know*). Bila jawaban benar bernilai 1 dan salah bernilai 0. Pertanyaan ini memiliki skor pengetahuan baik 76-100%, cukup 56-75% dan kurang $\leq 55\%$ menurut Arikunto (1998) kode baik = 3, cukup = 2 dan kurang = 1. Kuesioner sikap berupa pernyataan sikap yang terdiri dari 6 pernyataan unfavourable dan 6 pernyataan favourable, dengan memilih jawaban sangat setuju (SS), setuju (S), sangat tidak setuju (STS) dan tidak setuju (TS). Dimana nilai untuk favourable SS = 5, S = 4, TS = 2 dan STS = 1; untuk pernyataan unfavourable SS = 1, S = 2, TS = 4 dan STS = 5. Skor untuk pernyataan sikap dinyatakan positif (favourable) bila $T > \text{mean data}$, dan negative (unfavourable) bila $T < \text{mean data}$.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di MAN Jombang kelas X B dan dilaksanakan pada tanggal 4 hingga 10 Juli 2008.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum pengumpulan data dilakukan peneliti mengajukan permohonan kepada Kepala Sekolah MAN untuk mendapatkan persetujuan penelitian, peneliti juga mengajukan permohonan ijin kepada responden sebagai subjek penelitian.

Setelah mendapat ijin dari Kepala Sekolah MAN Jombang serta responden, peneliti melakukan pengumpulan data. Pengumpulan data dengan menggunakan instrument yang berupa kuesioner (pre test) sebelum melakukan intervensi (pendidikan kesehatan). Intervensi dilakukan setelah pre test dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS pada siswa, dengan berpedoman pada SAK. Post test dilakukan 6 hari setelah diberikan intervensi, post tes dilakukan untuk mengukur sejauh mana tingkat pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4.6.4 Cara Analisis Data

1) Pengetahuan

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

P = Presentase

F = Jumlah skor jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal

Setelah persentase diketahui dan hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik, jika jawaban benar 76-100%

Cukup, jika jawaban benar 56-75%

Kurang, jika jawaban benar $\leq 55\%$

2) Sikap

3) Untuk mengukur sikap, digunakan skala likert terdiri dari 4 jawaban

yaitu:

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

Pernyataan sikap negatif dengan penilaian

STS = 5

TS = 4

S = 2

SS = 1

Pernyataan positif

STS = 1

TS = 2

S = 4

SS = 5

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

X = Skor responden

\bar{X} = nilai rata-rata kelompok

S = Standar deviasi

Kemudian sikap dinyatakan :

Positif jika nilai skor $T > \text{mean data}$

Negatif jika skor $T < \text{mean data}$

Dari data yang sudah dikumpulkan dilakukan analisa data dimana untuk mengetahui ada pengaruh variabel pendidikan kesehatan dengan variabel pengetahuan dan sikap. Dalam pengambilan keputusan yaitu jika nilai $p > 0,05$, maka H_0 diterima, jika $p < 0,05$ maka H_0 ditolak (Nursalam, 2003). Data diolah dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank test* untuk signifikan hasil pemberian pendidikan kesehatan HIV dan AIDS terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS. Skala data dalam penelitian ini adalah skala data ordinal untuk pengetahuan dan sikap. Agar uji statistik lebih akurat, data penelitian ini diolah menggunakan perangkat lunak komputer SPSS 14,0 *for windows*.

4.7 Etika Penelitian

Apabila manusia dijadikan sebagai subjek suatu penelitian, hak sebagai manusia harus dilindungi. Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan ijin yang disertai proposal penelitian. Setelah mendapat persetujuan, kuesioner dibagikan kepada subyek penelitian dengan menekankan masalah etik sebagai berikut

4.7.1 *Inform consent*

Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan.

4.7.2 Anonimity

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden atau subyek penelitian tidak harus dicantumkan. Peneliti akan memberikan kode-kode pada tiap lembar jawaban yang telah diisi oleh responden.

4.7.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selaku subyek penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.7.4 Keterbatasan Penelitian

1. Desain dalam penelitian ini adalah *pra experimental*, yang hanya melibatkan kelompok perlakuan tanpa kontrol, sehingga tingkat validitas dan reliabilitasnya kurang.
2. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dirancang peneliti dan belum pernah diujicobakan sebelumnya, maka belum dapat dijamin tingkat validitas dan reliabilitasnya.
3. Jumlah (besar dan ukuran) sampel yang dipergunakan sebagai subyek peneliti terbatas, sehingga hasil penelitian kurang representatif.
4. Penelitian dilaksanakan saat liburan siswa, sehingga tidak menutup kemungkinan ikut juga mempengaruhi hasil dari penelitian ini.



BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian dengan desain penelitian *Pra Experimental* yang menampilkan tentang : 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Karakteristik demografi responden yang meliputi Jenis kelamin, usia, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, penggunaan waktu luang, media informasi HIV dan AIDS, tempat tinggal responden dan 3) Data khusus dengan variabel yang diukur berkaitan dengan tingkat pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan diskusi tentang HIV dan AIDS. Penelitian ini dilakukan dari tanggal 4 Juli sampai 10 Juli 2008. Data tersebut diperoleh dengan menyebarkan kuesioner pada 24 responden.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

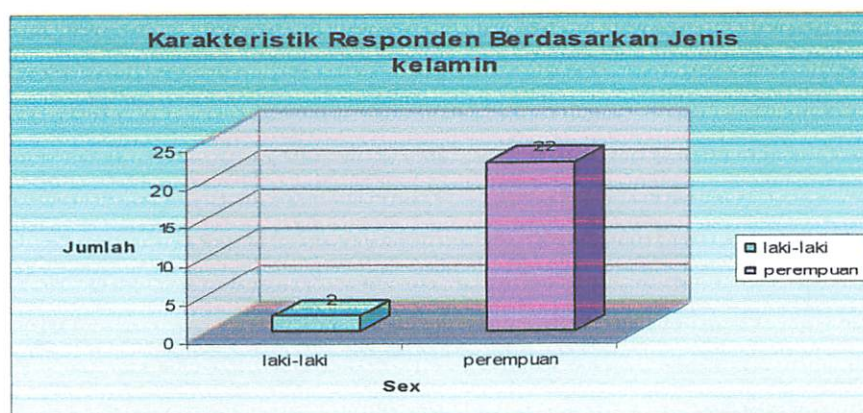
Penelitian dilakukan di MAN Jombang yang terletak di jalan Dr. Wahidin Sudirohusodo nomer 2 Jombang. Siswa MAN Jombang berjumlah 694 siswa, kelas sepuluh berjumlah 235 siswa, kelas sebelas berjumlah 236 siswa dan kelas dua belas 223 siswa. MAN Jombang mempunyai 18 ruang kelas, kelas sepuluh 6 kelas, kelas sebelas 6 kelas dan kelas dua belas 6 kelas yang terdiri dari tiga kelas IPA, dua kelas IPS dan satu kelas bahasa Sekolah MAN Jombang memiliki satu perpustakaan dan belum terdapat fasilitas internet untuk siswa. Kegiatan siswa diluar jam KBM (Kegiatan Belajar Mengajar) adalah Paskibraka,

tilawatil Quran, pramuka, pencak silat, PMR/UKS, Remas, teater, bahasa arab, olah raga dan jurnalistik.

5.1.2 Data Umum

Sampel penelitian ini adalah siswa kelas sepuluh yang bersedia menjadi responden di MAN Jombang Sesuai dengan ketentuan Arikunto (2001) dengan mengambil 10 % dari jumlah siswa kelas sepuluh, sehingga didapatkan hasil 24 responden. Karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, dan Media informasi responden tentang HIV dan AIDS

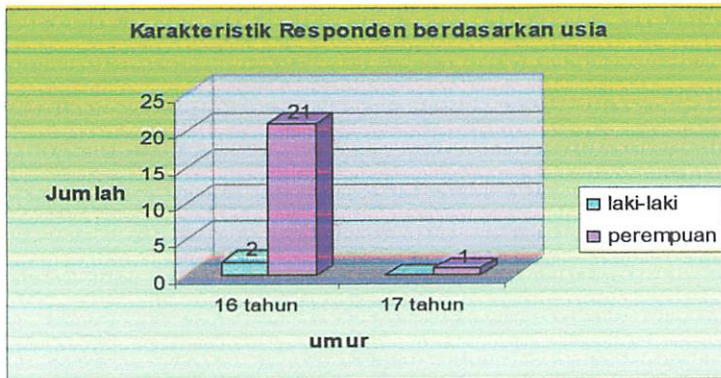
1. Jenis kelamin responden



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di MAN Jombang, Juli 2008.

Dari gambar diagram batang diatas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin anak perempuan sebanyak 22 anak (91,66%) dan anak laki-laki sebanyak 2 anak (8,34%).

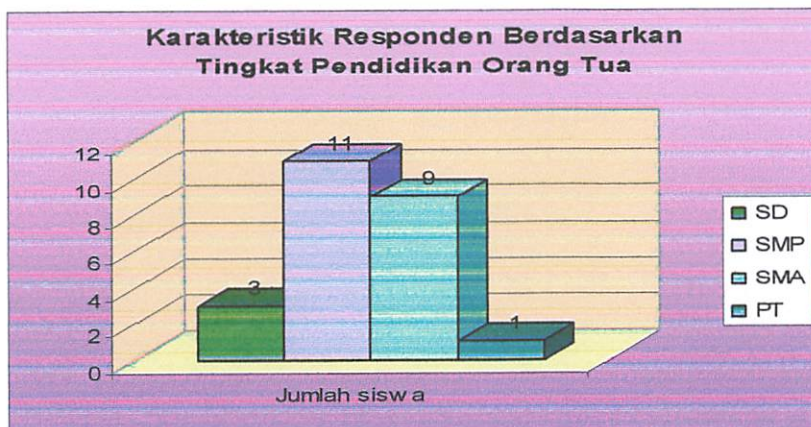
2. Usia



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan usia di MAN Jombang Juli 2008.

Dari gambar diagram batang di atas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan usia siswa dengan besar responden berusia 16 tahun sebanyak 2 siswa laki-laki (8,3%) dan sebanyak 21 siswa perempuan (87,5%). Usia 17 tahun sebanyak 1 siswa (41,7%).

3. Pendidikan Orang Tua.

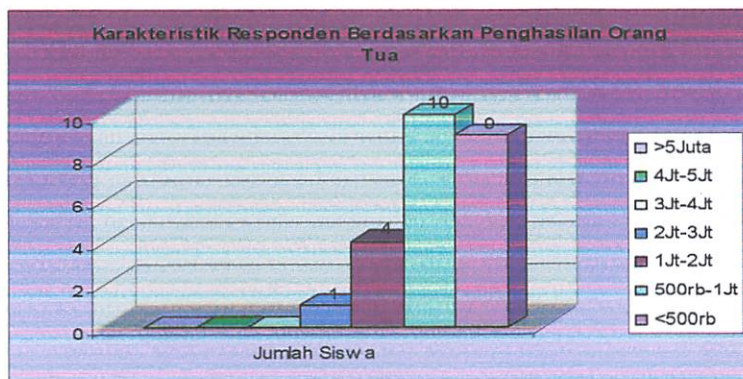


Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua di MAN Jombang, Juli 2008.

Dari gambar diagram batang di atas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan orang tua hampir setengahnya berpendidikan akhir SMP sebanyak 11 siswa (45,83%). Untuk karakteristik

pendidikan akhir lainnya yang terdiri dari SD sebanyak 3 siswa (12,5%), SMA 9 siswa (37,5%) dan Perguruan Tinggi sebanyak 1 siswa (4, 17%).

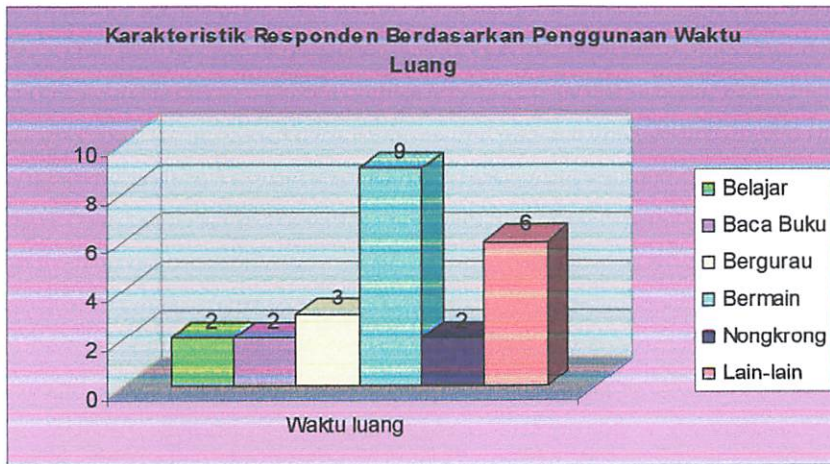
4. Penghasilan Orang tua



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua di MAN Jombang, Juli 2008.

Dari gambar diagram batang di atas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan tingkat penghasilan orang tua hampir setengahnya berpenghasilan sebesar Rp 500.000,- - Rp 1.000.000,- yaitu sebanyak 10 siswa (41,67 %). Untuk tingkat penghasilan lainnya yaitu 1 orang tua siswa berpenghasilan Rp 2.000.000,- - Rp 3.000.000,- (4,17 %), 4 orang tua siswa berpenghasilan Rp 1.000.000,- - Rp 2.000.000,- (16,67 %) dan 9 orang tua responden berpenghasilan kurang dari Rp 500.000,- (37,5 %).

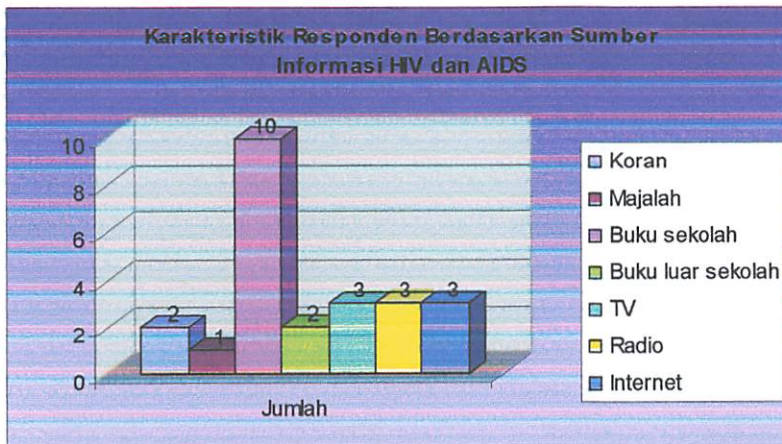
5. Penggunaan Waktu Luang



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan penggunaan waktu luang di MAN Jombang Juli 2008.

Dari gambar diagram batang di atas menunjukkan bahwa karakteristik penggunaan waktu luang hampir setengahnya sebanyak 9 responden memilih untuk bermain (37,5%). Responden yang memilih membaca buku, bergurau dan nongkrong masing-masing memiliki besar responden yang sama yaitu sebanyak 2 siswa (8,33%). Untuk responden yang lain lebih memilih bergurau sebanyak 3 siswa (12,5%) dan yang memilih kegiatan lain-lain yang menyebutkan membantu orang tua dan tidur sebanyak 6 siswa (25%).

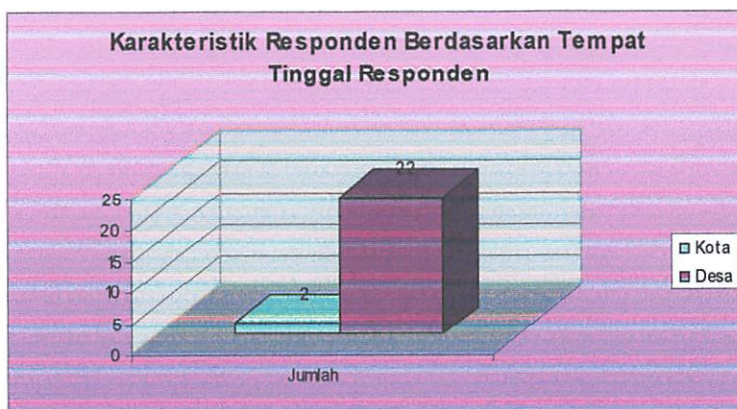
6. Media Informasi Responden.



Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan jumlah media informasi (internet) dekat dengan tempat tinggal

Dari diagram batang di atas menunjukkan bahwa hampir setengah responden mendapat informasi mengenai HIV dan AIDS dari buku sekolahnya atau pelajaran di sekolahnya yaitu sebanyak 10 responden (41,67%). Untuk media informasi lain sebagian kecil responden mendapat informasi mengenai HIV dan AIDS dari TV, radio dan internet yang masing-masing memiliki jumlah dan persentase yang sama yaitu 3 responden (12,5%). Untuk media informasi majalah sebanyak 1 responden (4,17%) dan media koran sebanyak 2 responden (8,33%).

7. Tempat Tinggal Responden



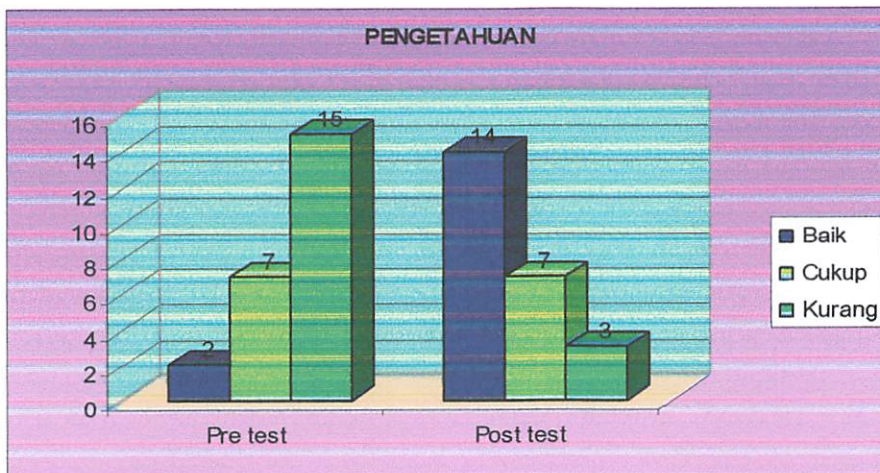
Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan tempat tinggal responden Jombang Juli 2008.

Dari diagram batang di atas menunjukkan bahwa hampir seluruhnya responden bertempat tinggal di desa sebanyak 22 siswa (91,67%) dan siswa yang bertempat tinggal di kota sebanyak 2 siswa (8,33%).

5.1.3 Data Khusus

Pada bab ini akan diuraikan data tentang tingkat pengetahuan dan sikap responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan diskusi.

1. Identifikasi tingkat pengetahuan responden tentang HIV dan AIDS sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah.



Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan di MAN Jombang, Juli 2008.

Gambar 5.6 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan pengetahuan siswa MAN Jombang sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS. Pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan diskusi sebanyak 15 orang (62,5%) memiliki pengetahuan kurang, sisanya sebanyak 7 orang (29,17%) memiliki pengetahuan cukup dan 2 siswa (8,33%) memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan responden setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan

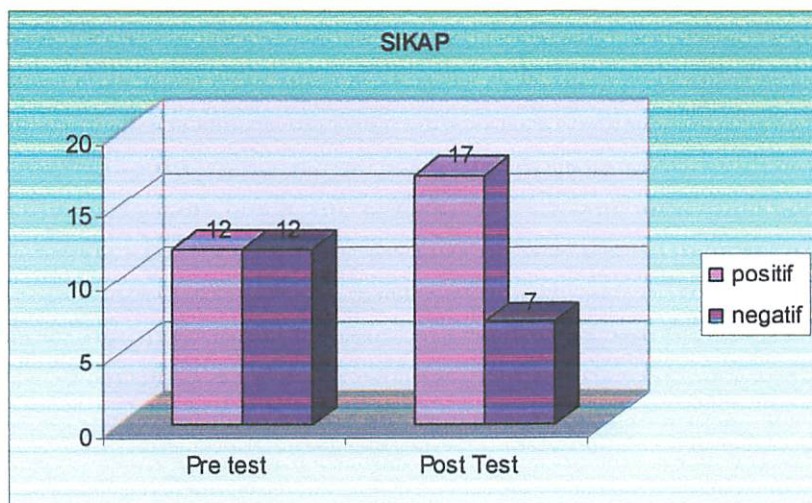
meningkat. Hal ini dapat dilihat dari penurunan siswa yang memiliki pengetahuan yang kurang mengenai HIV dan AIDS berkurang sebanyak 12 siswa (50%) dan peningkatan siswa yang memiliki pengetahuan baik tentang HIV dan AIDS sebanyak 12 siswa (50%).

Tabel 5.1 Tingkat pengetahuan responden siswa kelas X tentang HIV dan AIDS di MAN Jombang pada Juli 2008

	PRE	POST
Mean	54,58	77,71
SD	14,958	12,767
$p = 0,000$ <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> $\alpha \leq 0,05$		

Berdasarkan tabel 5.1 disajikan perbandingan pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan HIV dan AIDS dengan metode ceramah terdapat pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan anak. Hal ini dapat dilihat dari uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi (p) = 0,000 lebih kecil dari nilai standar (p)= 0,05 yang berarti ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan ceramah dan diskusi terhadap pengetahuan siswa tentang HIV dan AIDS dengan metode ceramah dan diskusi. Hasil rerata yang semula 54,58 (*pre*) menjadi 77,71 (*post*) menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan HIV dan AIDS siswa meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS dengan metode ceramah dan diskusi.

2. Identifikasi sikap siswa tentang HIV dan AIDS sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah.



Gambar 5.9 Distribusi responden berdasarkan sikap di MAN Jombang, Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.7 menggambarkan hasil pengumpulan data tentang sikap siswa tentang HIV dan AIDS . Sebelum diberikan pendidikan kesehatan, didapatkan data responden yang mempunyai sikap positif sebanyak 12 siswa (50%) dan yang mempunyai sikap negatif sebanyak 12 siswa (50%). Setelah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan data responden yang memiliki sikap positif sebanyak 17 siswa (70,83%) dan yang memiliki sikap negatif sebanyak 7 siswa (29,17%).

Tabel 5.2 Tingkat sikap siswa kelas X tentang sikap siswa di MAN Jombang pada Juli 2008.

	PRE	POST
Mean	37,7083	51,75
SD	9,355	3,234
	$p = 0,000$ <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> $\alpha \leq 0,05$	

Berdasarkan tabel 5.2 disajikan perbandingan sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan media ceramah dan diskusi terdapat pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan sikap siswa. Hal ini dapat dilihat dari uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi (p) = 0,000 lebih

kecil dari nilai standar (p)= 0,05 yang berarti ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan ceramah dan diskusi terhadap sikap siswa tentang HIV dan AIDS. Hasil rerata yang semula 37,7083 menjadi 51,75 menunjukkan sikap meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS dengan media ceramah dan diskusi.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis, maka pada bagian pembahasan ini akan diulas mengenai pengaruh pendidikan kesehatan HIV dan AIDS dengan media ceramah dan diskusi terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Pada tabel 5.1 didapatkan perbedaan tingkat pengetahuan responden kelas X MAN Jombang sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan diskusi. Sebelum pendidikan kesehatan diberikan, tingkat pengetahuan responden sebagian besar dalam kategori kurang mengerti mengenai HIV dan AIDS. Bagian yang banyak tidak diketahui oleh responden adalah mengenai VCT, hal itu dapat dilihat dari hasil dari tabulasi data yang dapat menjawab soal mengenai VCT hanya 3 siswa responden (12,5%) dan pengetahuan lain mengenai HIV dan AIDS. Penyebab pengetahuan kurang mengenai HIV dan AIDS dapat disebabkan karena : 1) Media informasi. Dalam penelitian ini media informasi dari responden mengenai HIV dan AIDS dapat dinyatakan kurang, karena hampir setengah responden mendapatkan informasi hanya dari media buku pelajaran sekolah. Dalam buku sekolah terutama mengenai pelajaran biologi bab mikroorganisme untuk kelas sepuluh dan bab imunitas dan antibodi untuk kelas

sebelas hanya membahas sedikit mengenai HIV dan AIDS. Kurangnya media informasi ini dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap yang termasuk bagian dari perilaku, seperti teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2005) salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan adalah *enabling factor* (faktor pendukung) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan. Salah satu fasilitas kesehatan berupa sumber informasi kesehatan dari media informasi.

2) Tingkat pendidikan orang tua. Dari data responden sebagian besar tingkat pengetahuan orang tua berpendidikan akhir SMP. Hal ini dapat mempengaruhi motivasi belajar atau keingin tahuan anak terhadap sesuatu. Karena orang tua yang memiliki pendidikan kurang masih berpandangan bahwa pendidikan atau keinginan tahuan akan sesuatu bukan suatu hal yang penting, sesuai dengan yang dikemukakan Wiryana (2007) yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan orang tua rendah dapat menyebabkan kesadaran pendidikan anak kurang dan tidak berfungsinya pendidikan keluarga. Namun tidak selamanya hal itu benar karena semua tergantung dari motivasi anak itu sendiri untuk mencari informasi atau keingin tahuannya yang tinggi.

3) Tingkat penghasilan orang tua. Dari data diagram 5.5 di atas penghasilan orang tua responden Rp 500.000,- hingga Rp 1.000.000,- sebanyak 10 siswa (41,67%) dan penghasilan kurang dari Rp 500.000,- sebanyak 9 siswa (37,5%). Dalam hal ini biaya merupakan salah satu hal yang dikaitkan dalam kurangnya pengetahuan atau sumber informasi. Salah satu contohnya adalah sekolah, dalam sekolah masih membutuhkan biaya meskipun sekarang ini mendapat bantuan dari pemerintah, namun tidak seluruh siswa mendapatkan bantuan. Yang kedua sumber informasi lain diluar sekolah misalnya buku, koran, majalah, internet, dan sebagainya yang

membutuhkan biaya. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Wiryana (2007) menyebutkan faktor ekonomi karena kesulitan pekerjaan atau penghasilan yang dialami masyarakat tertentu akan menyebabkan kemampuan menyekolahkan anak berkurang. Namun tidak semua penghasilan orang tua yang kurang, berpengaruh terhadap pengetahuan dan informasi yang didapat siswa. Hal itu tergantung dari keinginan yang kuat dari siswa dalam mencari informasi, sehingga siswa akan mencari cara mencari sumber informasi sesuai kemampuannya.

Pengetahuan adalah hasil “tahu” yang terjadi setelah seseorang mengadakan pengindraan obyek tertentu (Notoadmodjo, 2003). Menurut Azwar (2003) pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung 2 aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu, semakin banyak aspek positif dari suatu obyek diketahui menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut. Tingkat pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang karena secara tidak langsung menunjukkan proses adopsi perilaku. Jika siswa telah mengerti dan memahami tentang HIV dan AIDS, tentunya akan menghasilkan sikap baik. Sikap yang dilandasi oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama daripada sikap yang tidak dilandasi oleh pengetahuan.

Dalam penelitian ini hasil tingkat pengetahuan responden setelah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan peningkatan yang signifikan hal ini sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO (1954) yang dikutip oleh Machfoedz (2005) yaitu untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat, dan pengetahuan merupakan domain penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Peningkatan pengetahuan

ini dapat dilihat dari hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi (p) = 0,000 lebih kecil dari nilai standar (p)= 0,05 yang berarti ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan ceramah dan diskusi terhadap pengetahuan siswa tentang HIV dan AIDS dengan metode ceramah dan diskusi. Hasil rerata yang semula 54,58 (*pre*) menjadi 77,71 (*post*) , menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan HIV dan AIDS siswa meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS. Peningkatan pengetahuan responden setelah pendidikan kesehatan dapat dipengaruhi oleh : 1) metode penyampaian yang diberikan, dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode ceramah dan diskusi. Menurut Gulo W (2002) menyatakan bahwa ceramah hanya efektif selama 30 menit setelah itu diganti dengan metode diskusi kelompok dan tugas, dengan demikian interaksi dalam pendidikan kesehatan menjadi bervariasi dan tidak membosankan; 2) Metode ceramah dan diskusi merupakan salah satu metode pembelajaran partisipatif dimana siswa diikutsertakan dalam proses pemberian informasi; 3) pemberian informasi yang jelas karena komunikasi dilakukan dua arah antara peneliti dengan siswa, sehingga mengetahui dan memahami tentang HIV dan AIDS lebih jelas.

Sikap merupakan suatu keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) terhadap suatu aspek dilingkungan sekitarnya. Pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang positif. Menurut Azwar (2003) komponen kognitif merupakan representasi dari apa yang dipercayakan seseorang mengenai nilai yang berlaku, nilai yang benar bagi objek sikap. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah : 1) pengalaman pribadi. Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut

membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus yang menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap; 2) pengaruh orang lain. Orang lain merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap. Pada umumnya individu cenderung memiliki sikap yang searah dengan sikap yang dianggap penting oleh orang lain; 3) pengaruh kebudayaan. Suatu kebudayaan turut mempengaruhi pemikiran seseorang untuk menentukan orang untuk bersikap ; 4) media massa. Media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini jika terdapat informasi yang baru tentang suatu hal dalam memberikan landasan berpikir yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga membentuk sikap tertentu; 5) lembaga pendidikan dan agama serta 6) faktor emosional. Menurut Newcomb dalam Notoadmodjo (2003) (3) keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi yang bersifat emosional terhadap suatu stimulus. Manifestasi dari sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (*covert behavior*). Menurut Rogers dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sebelum seseorang menghadapi sikap baru, maka dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu mengetahui stimulus, tertarik dengan stimulus, mencoba bersikap baru kemudian mencoba menghadapi sikap baru.

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, sebagian besar sikap responden menjadi lebih positif. Hal ini dapat terlihat dari uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi (p) = 0,000 lebih kecil dari nilai standar (p)= 0,05 yang berarti ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan ceramah dan diskusi terhadap sikap siswa tentang HIV dan AIDS. Hasil rerata yang semula

37,7083 menjadi 51,75 menunjukkan sikap meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan HIV dan AIDS dengan media ceramah dan diskusi. Peningkatan sikap menjadi lebih baik dapat dikarenakan pendidikan kesehatan yang diberikan tentang HIV dan AIDS lebih baru dari penyuluhan yang diberikan Dinkes dan polres atau lembaga lain, yang hanya menekankan mengenai pencegahan. Pada penelitian ini hasil sikap positif meningkat hal ini sudah sepadan dengan teori yang dikemukakan Notoadmodjo (2003) metode pembelajaran yang digunakan mampu mempengaruhi menumbuhkan dan mengembangkan sikap, cara berpikir kritis, analitis dan logis pada siswa. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan metode ceramah dan diskusi sehingga terjadi komunikasi dua arah antara pemberi materi dan penerima materi. Sikap siswa yang masih kurang meningkat optimal setelah pendidikan kesehatan dapat dikarenakan oleh beberapa hal yaitu 1) penyampaian informasi yang hanya sekali, menurut Azwar (2003) menyatakan dengan mengulangi informasi secara terus menerus memberikan dampak individu dapat mengenal terhadap sesuatu hal yang akan menghasilkan konsistensi dalam evaluasi yang lebih diinginkan dari informasi tersebut; 2) faktor subyek belajar, perubahan sikap memerlukan proses internal yang membutuhkan waktu dan setiap individu akan memberikan respon yang berbeda untuk berubah; 3) faktor lingkungan yaitu lingkungan fisik atau kondisi tempat belajar dan lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya, pada saat penelitian berlangsung kondisi ruang kelas cukup tertib namun lingkungan diluar kelas gaduh oleh siswa lain sehingga mengganggu konsentrasi siswa yang sedang mendapatkan pendidikan kesehatan.

Menurut Suliha (2002) pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran. Hal ini sesuai dengan tujuan dari pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan dalam membina individu, keluarga, atau masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Notoadmodjo, 2003). Banyak metode yang dapat digunakan seperti diskusi kelompok, curah pendapat, simulasi. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah metode ceramah dan diskusi. Metode ceramah dan diskusi adalah metode pembelajaran dengan cara penyampaian dengan gaya penuturan atau ceramah oleh pendidik kepada peserta didik disertai dengan metode diskusi, sehingga dapat menghasilkan komunikasi dua arah yang membuat suasana pendidikan kesehatan menjadi tidak membosankan. Peningkatan pemahaman merupakan awal dari meningkatnya pengetahuan siswa tentang HIV dan AIDS. Pengetahuan yang telah dipahami oleh siswa akan menghasilkan sikap yang lebih baik bukan hanya untuk mencegah terjadinya HIV dan AIDS melainkan siswa diharapkan dapat menjadi sumber informasi mengenai HIV dan AIDS, sehingga siswa dapat meluruskan stigma atau informasi yang masih kurang benar tentang HIV dan AIDS.



BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini dikemukakan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan diskusi tentang HIV dan AIDS terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS kelas X MAN Jombang Juli 2008.

6.1 Simpulan

1. Pengetahuan siswa tentang HIV dan AIDS sebelum pendidikan kesehatan HIV dan AIDS masih banyak dalam kategori kurang.
2. Pengetahuan siswa tentang HIV dan AIDS meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS.
3. Sikap siswa tentang HIV dan AIDS masih banyak yang bersikap negatif tentang HIV dan AIDS.
4. Sikap siswa tentang HIV dan AIDS menjadi lebih positif setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS.
5. Ada pengaruh antara pendidikan kesehatan HIV dan AIDS dengan metode ceramah dan diskusi terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV dan AIDS.

6.2 Saran

1. Pemberian pendidikan kesehatan mengenai HIV dan AIDS sangat penting diberikan pada siswa, agar dapat mencegah peningkatan angka penularan HIV dan agar siswa dapat menjadi sumber informasi yang benar untuk meluruskan

informasi atau stigma yang masih ada baik di lingkungan sekolah atau masyarakat.

2. Bagi sekolah perlu adanya pelaksanaan pendidikan kesehatan berkelanjutan setiap tahun pada sekolah. Diharapkan tidak menggunakan perwakilan dari siswa untuk mendapatkan pendidikan kesehatan tersebut terutama mengenai HIV dan AIDS, sehingga keseluruhan siswa dapat mengerti sendiri mengenai informasi yang diberikan.
3. Bagi Dinkes, polres dan lembaga pemberi penyuluhan yang lain diharapkan bukan hanya memberikan penjelasan mengenai pencegahan HIV dan AIDS untuk meluruskan informasi yang masih kurang benar dan stigma yang ada di masyarakat.
6. Bagi perawat yang dalam hal ini tenaga kesehatan sebaiknya mengasah kemampuannya dalam pengetahuan tentang HIV dan AIDS, sehingga bisa memberikan bimbingan dengan baik, sesuai fungsinya sebagai seorang *educator*.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim (2006) (1). *Obat Psoriasis, seboroik dan Iktiosis*. <http://www.medicastore.com>. (diakses 29 Juni 2008 pukul 14.30 wib)
- Anonim (2006) (2). *Jumlah Penderita HIV/AIDS Cenderung Naik*. <http://www.liputan6.com>. (Diakses 24 Juli 2008 21.11 WIB)
- Anonim (2007). *Gambaran Klinis Infeksi HIV AIDS*. <http://www.aids-rspiss.com> (diakses 29 Juni 2008 pukul 15.01 wib)
- Anonim (2008). *Orang Dengan HIV/AIDS*. <http://www.pelita.or.id>. diakses tanggal 14 Mei 2008 pukul 14.20 WIB
- Arikunto Suharsimi (1998). *Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktek*. Jakarta : Rineka cipta
- Arikunto Suharsimi (2001). *Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktek*. Jakarta : Rineka cipta
- Azwar Saifuddin (2007). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pusataka Pelajar
- Depkes RI. 2003. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA: Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Depkes RI.
- Elyas (2008). *Bali Masuk Lima Besar Jumlah Penderita HIV/AIDS*. <http://www.infogue.com> (diakses 28 Mei 2008 pukul 14.20 wib)
- Fadhillah, dkk (2004). *Pedoman Asuhan Keperawatan Pasien dengan HIV dan AIDS di Rumah Sakit*. Jakarta : PPNI
- Gulo W.(2002). *Metode yang Dapat Mendukung Pengajaran*. [Http://www.scribd.com](http://www.scribd.com). (Diakses tanggal 22 Juli 2008 pukul 15.40 WIB)
- Machfoedz Ircham, Eko Suryani, Sutrisno, Sabar Santosa (2005). *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: F Tramaya
- Nasronudin (2004). *HIV dan AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya : Airlangga Univ. Press

- Notoadmodjo Soekidjo (2003) (1). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta:Rineka cipta
- Notoadmodjo Soekidjo (2003) (2). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta Rineka Cipta
- Notoadmodjo Soekidjo (2003) (3) *Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo Soekidjo (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurchahyo (2007).*Infeksi HIV*.<http://www.indonesiaindonesia.com> (diakses 29 Juni 2008 pukul 15.15 wib)
- Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : salemba medika
- Nursalam, Siti Pariani (2001). *Metodologi riset Keperawatan*. Jakarta : CV Info Media
- Nursalam, Ninuk D.K (2007). *HIV / AIDS*. Jakarta : Salemba medika
- Potter&Perry (1997). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice*. Mosby year book Inc
- Purwanto, Heri (1999). *Pengantar Perilaku Manusia untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Rustantiningsih (2007) . *Sikap dan Perilaku Guru yang Profesional*. <http://www.re-searchengines.com>. (Diakses 24 Juli 2008 21.41 WIB)
- StefanSikone (2007). *Peranan Orang Tua dan Guru*. <http://www.Stefansikone.com> (Diakses 24 Juli 21.28 WIB)
- Suliha, Herawani, Sumiati, Resnayati (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Suyono Haryono (2008). *Mencegah Ledakan HIV/AIDS*. <http://www.pelita.or.id>. (diakses 28 Mei 2008 pukul 14.15 WIB)

Warso Agus Wasisto Dwi Doso (2007). *Apa Perlu Pendidikan Sex Masuk Dalam Kurikulum Sekolah*. <http://lmpjogja.diknas.go.id>. (diakses 29 Mei 2008 pukul 14.25 WIB)

Winita Rawina (2006). *Pemeriksaan Onikomikosis pada Kuku Pekerja Pengangkut Sampah*. <http://digiliblitbang.depkes.ge.id> (Diakses 29 Juni 2008 pukul 14.45 WIB)

Wiryana Made (2007). *Problem Sosial dan Fungsi Tri Pusat Pendidikan*. <http://www.lp3b.com> (Diakses 22 Juli 2008 pukul 15.36 WIB)

Yatim, Danny Irawan (2006). *Dialog Seputar AIDS*. Jakarta : PT Gramedia Widiasarana Indonesia



LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Surabaya, 3 Juni 2008

Nomor : 983 /J03.1.17/ PSIK/
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
 Data Awal Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth.

Kepala Sekolah MAN Jombang

di

Jombang

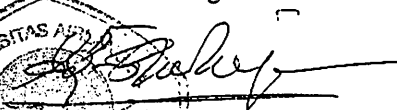
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Uiversitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini dalam mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Ida Aulia Tabdila.....
 NIM : 010410738 B.....
 Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan
 AIDS terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa
 tentang HIV dan AIDS.....
 Tempat : MAN Jombang.....

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi


 Prof. H. Eddy Soewandoyo, dr., SpPD, KTI
 NIP : 130 325 831



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Surabaya, 3 Juni 2008

Nomor : 983/J03.1.17/PSIK/
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
 Data Awal Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth.

Kepala Dinas Kesehatan Jombang

di

Jombang

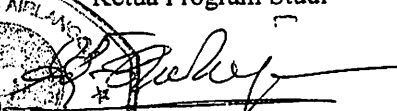
Dengan hormat,


Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini dalam mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Ida Aulia Tabdila
 NIM : 010410738 B
 Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan
 AIDS terhadap Pengetahuan dan Sikap
 Siswa tentang HIV dan AIDS
 Tempat : Dinas Kesehatan Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi


 Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., SpPD.KTI
 NIP : 130 325 831





UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Surabaya, 3 Juli 2008

Nomor : /2/2/J03.1.17/PSIK/2008
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FK Unair

Kepada Yth.
 Kepala Sekolah MAN Jombang
 Di –
 Jombang

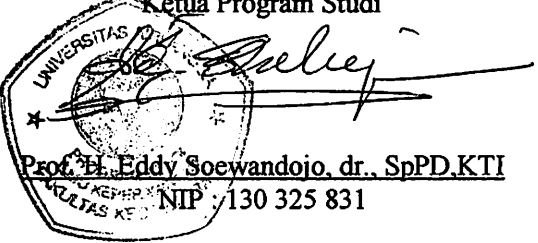
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ida Aulia Tabdila
 NIM : 010410738B
 Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS terhadap Pengetahuan dan Sikap Tentang HIV dan AIDS pada siswa Kelas X MAN Jombang
 Tempat : Madrasah Aliyah Negeri Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi



Prof. Dr. Eddy Soewandjojo, dr., SpPD, KTI
 NIP : 130 325 831



DEPARTEMEN AGAMA

MADRASAH ALIYAH NEGERI JOMBANG

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 2 Telp. 0321-861819

JOMBANG 61418

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

NOMOR: Ma.13.45/PP.00.6/214 / 2008

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Madrasah Aliyah Negeri (MAN)
Jombang. Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : IDA AULIA TABDILA
Tempat / Tanggal lahir : Bondowoso, 6 Januari 1985
No Induk Mahasiswa : 010410738 B
Status : Mahasiswa Program Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
Alamat Rumah : Jl. Rakaipikatan. No. 3. Jombang

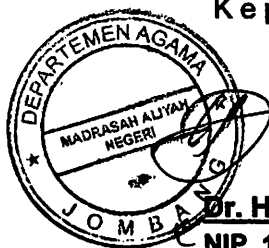
Telah melaksanakan penelitian di Madrasah Aliyah Negeri Jombang pada tanggal 4
s/d. 10 Juli 2008.

Judul Penelitian : “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS terhadap
Pengetahuan dan Sikap Tentang HIV dan AIDS pada Siswa Kelas X MAN
Jombang ”.

Demikian surat keterangan ini di buat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di : Jombang,
Pada Tanggal : 17 Juli 2008

Kepala,



Dr. H. DARUL ULUM, SH. MM.
NIP. 150 081 492

Lampiran 5

INFORMED CONSENT
(Permintaan Menjadi Responden)

Setelah mendapatkan penjelasan tentang ujian penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dari penelitian saudari Ida Aulia Tabdila yang berjudul:

“Pengaruh Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa MAN tentang HIV dan AIDS”

Peersetujuan ini saya buat dengan sadar tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti

Surabaya,

2008

Responden

Ida Aulia Tabdila

.....

NIM 010410738B

Lampiran 6

**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI
RESPONDEN PENELITIAN**

Nama saya **Ida Aulia Tabdila**, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa MAN Jombang tentang HIV dan AIDS”**.

Untuk keperluan di atas saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa ada pemaksaan. Bila berkenan menjadi responden silahkan menandatangani kolom yang telah disediakan.

Atas partisipasi saudara saya ucapkan banyak terimakasih.

Tanggal :

No.Responden :

Tanda Tangan :

Lampiran 7

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Nama :

Alamat :

Kode Responden :

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah dengan teliti semua pertanyaan di bawah ini.
2. Mohon dijawab semua pertanyaan di bawah ini.
3. Berilah tanda centang (√) bila ada pilihan jawaban pada kotak.

1) Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

2) Umur : tahun

3) Penggunaan waktu luang

 Belajar Bermain Baca buku Nongkrong Bergurau Lain-lain, sebutkan

4) Penghasilan Orang tua

 > Rp 5000.000,- Rp 4.000.000,- - Rp 4.999.999,- Rp 3.000.000,- - Rp 3.999.999,- Rp 2.000.000,- - Rp 2.999.999,- Rp 1.000.000,- - Rp 1.999.999,- Rp 500.000,- - Rp 1.999.999,- < Rp. 500.000,-

5) Tingkat pendidikan orang tua

 SD SMP SMA PT (Perguruan Tinggi) Lain-lain.....

6) Alamat responden: Kos Rumah

.....

.....

7) Sumber informasi responden

1. Koran
2. Majalah
3. Buku pelajaran sekolah
4. Buku selain buku pelajaran sekolah
5. TV
6. Radio
7. Internet

Lampiran 8

PETUNJUK MENERJAKAN KUESIONER

1. Untuk kuesioner pengetahuan pilihlah salah satu jawaban dari a, b, c, d dan e dengan menyilang.
2. Untuk menjawab kuesioner sikap pilihlah salah satu jawaban dengan sejujurnya-jujurnya dari: Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) atau Sangat Tidak Setuju (STS) dengan memberi “check list” (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia.
3. Kuesioner ini dapat dikembalikan kepada peneliti, bila semua pertanyaan sudah selesai dijawab.
4. Mohon diteliti kembali agar jangan ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.
5. Atas bantuan dan kerja sama yang baik dari saudara peneliti mengucapkan banyak terimakasih.

LEMBAR KUESIONER
SIKAP SISWA TENTANG HIV DAN AIDS

No.Responden :

Tanggal :

Petunjuk Pengisian :

Saudara domohon dapat mengemukakan pendapat secara jujur untuk menyatakan sikap terhadap pernyataan dengan memberikan tanda *check list* pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan pilihan saudara.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Berbagi alat makan atau minum dengan teman saya yang beresiko terkena HIV (narkoba suntik, seks bebas, dll) dapat menuliri saya virus HIV				
2	Menurut saya pencegahan terhadap virus HIV tidak terlalu perlu dilakukan, karena lambat laun orang terkena virus ini juga tetap akan meningkat.				
3	Bersalam dengan ODHA bisa menularkan virus HIV pada diri saya				
4	Menurut saya orang yang terkena HIV & AIDS akan segera meninggal, karena AIDS merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan.				
5	Bergantian menggunakan sikat gigi dengan saudara saya yang terkena HIV dan AIDS pasti akan menuliri saya virus HIV.				
6	Pengobatan HIV dan AIDS tidak terlalu perlu dilakukan kecuali diampuni segala dosaduanya.				
7	Menurut saya ODHA yang telah menggunakan obat khusus HIV dan AIDS masih bisa menularkan virusnya.				

8	Menurut saya penggunaan WC bersama-sama ODHA tidak menularkan virus HIV pada saya.				
9	Menurut saya penyakit HIV dan AIDS bukanlah penyakit kutukan.				
10	Jika seseorang memakai kondom saat berhubungan seks dengan PSK, orang tersebut tidak akan tertular HIV dan AIDS.				
11	Menurut saya membantu menyuapi ODHA tidak perlu menggunakan sarung tangan.				
12	Saya akan menghindari perilaku beresiko terkena HIV dan AIDS (menggunakan narkoba dan melakukan seks bebas)				

**LEMBAR KUESIONER PENGETAHUAN SISWA TENTANG
HIV & AIDS**

No.Responden :
Tanggal :

Petunjuk Pengisian

Pilihlah salah satu jawaban dari a, b, c, d dan e di bawah ini sesuai apa yang anda ketahui dengan tanda silang.

Soal Pengetahuan HIV dan AIDS

1. Yang dimaksud virus HIV dan AIDS adalah
 - a. Virus H5N1 dari unggas
 - b. Virus yang menyerang system imun (kekebalan tubuh)
 - c. Virus yang dapat menyebabkan demam dan batuk
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

2. AIDS merupakan ...
 - a. Suatu penyakit yang disertai demam tinggi dan disebabkan oleh nyamuk.
 - b. Kumpulan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV dan ditandai dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh.
 - c. Suatu penyakit yang disebabkan oleh virus H5N1
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

3. Orang yang mengidap HIV dan AIDS disebut

a. Banci	c. Homoseksual	e. Salah semua
b. ODHA	d. Benar semua	

4. AIDS adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus yang dinamakan....

a. Human Immunoglobulin Virus	d. Salah semua
b. Human Immunodeficiency Virus	e. Benar semua
c. H5N1	

5. Masa berlangsungnya virus yang dinamakan...

a. 1 – 5 bulan	c. 6 bulan -> 10 tahun	e. Benar semua
b. 1 – 4 tahun	d. Salah semua	

6. Dalam penyebarannya virus yang menyebabkan AIDS paling utama menyerang...

a. Sistem Kekebalan Tubuh	c. Sistem darah	e. Salah semua
b. Sistem reproduksi	d. Benar semua	

7. Gejala umum yang sering muncul pada penderita HIV dan AIDS
 - a. Berat Badan Menurun lebih dari 10% dalam 1 tahun
 - b. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
 - c. Demam yang berkepanjangan lebih dari 1 bulan
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

8. Menurut WHO dalam klasifikasi klinis infeksi HIV pada orang dewasa, yang manakah yang tersebut di bawah ini termasuk stadium IV
 - a. Keaktivitas di tempat tidur lebih dari 50%
 - b. HIV Wasting syndrome seperti yang didefinisikan oleh CDC
 - c. Tuberkulosis (TBC) diluar paru
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

9. Bentuk dari konseling dan test untuk mengetahui dan mencegah HIV dan AIDS adalah

a. ARV	c. Mantoux test	d. Benar semua
b. VCT	d. Salah semua	

10. Proses penularan HIV dapat melalui

a. Berpelukan	d. Salah semua
b. Berjabatn	c. Benar semua
c. Kontak seksual	

11. Proses penularan beresiko di bawah ini dapat menularkan virus HIV kecuali
 - a. Gigitan nyamuk
 - b. Menggunakan alat makan bersama dengan penderita HIV
 - c. Menggunakan WC bersama dengan penderita HIV
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

12. Kelompok populasi anak yang paling rentan terkena virus HIV adalah, *kecuali*
 - a. Bayi sehat yang tidak menyusui dari ibu yang terkena HIV
 - b. Bayi yang disusui ASI oleh ibunya yang terkena HIV
 - c. Bayi yang terinfeksi melalui transmisi pot natal (setelah melahirkan)
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

13. Yang manakah di bawah ini termasuk perilaku yang beresiko untuk meningkatkan transmisi HIV
 - a. Hubungan seks per anal (lewat anus)
 - b. Hubungan seks multipartner (banyak pasangan)
 - c. Pengobatan medis yang menggunakan darah maupun produk darah
 - d. Salah semua
 - e. Benar semua

14. Obat yang khusus untuk penderita HIV dan AIDS disebut
- Parasetamol
 - Anti Retro Viral
 - CTM
 - Salah semua
 - Benar semua
15. Tujuan utama pengobatan penyakit HIV dan AIDS
- Menyembuhkan total penyakit
 - Memperpanjang usia harapan hidup
 - Mengurangi rasa sakit
 - Salah semua
 - Benar semua
16. Pasien ODHA yang menggunakan obat khusus HIV dan AIDS harus memahami tujuan pemberian obat tersebut diantaranya
- Obat tersebut tidak menyembuhkan
 - Selama pengobatan dilaksanakan seumur hidup
 - Selama pengobatan, virus masih dapat ditularkan sehingga perlu diterapkan seks yang aman
 - Salah semua
 - Benar semua
17. Resiko terkena HIV dan AIDS dapat dicegah melalui
- Tidak berganti-ganti pasangan dalam melakukan hubungan sex
 - Tidak menggunakan Narkoba jarum suntik secara bergantian
 - Tidak melakukan transfusi darah yang belum di scanning dari virus HIV
 - Salah semua
 - Benar semua
18. Tekanan Psikososial pada pasien terinfeksi HIV dapat berdampak
- Perlambatan Virus HIV menjadi AIDS
 - Peningkatan Virus HIV menjadi AIDS
 - Peningkatan Virus HIV stagnan (tetap)
 - Salah semua
 - Benar semua
19. Hal di bawah ini termasuk tindakan yang akan menambah tingkat tekanan psikologi ODHA
- Mengucilkan ODHA
 - Mendiskriminasi saat terdapat bantuan dari pemerintah
 - Menghina secara langsung didepan
 - Salah semua
 - Benar semua
20. Dukungan psikososial yang positif dapat menimbulkan respon yang positif juga, yaitu berupa
- Dapat mengurangi keluhan yang dideritanya
 - Terjadi gaya hidup yang positif dari ODHA
 - Dapat menghambat proses penyakit menjadi parah
 - Salah semua
 - Benar semua

Lampiran 9

SATUAN ACARA KEGIATAN

Hari : Kamis
Tanggal : 3 Juli 2008
Waktu : 60 menit
Tempat : Kelas X B MAN Jombang
Topik : Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS

Kegiatan**A. Latar Belakang Kegiatan**

Sehubungan dengan penyakit HIV dan AIDS yang semakin meningkat dan kurangnya pengetahuan dan sikap mengenai HIV dan AIDS di kota Jombang khususnya di MAN Jombang, yang ditunjukkan dari pengambilan data awal yaitu 8 % dari siswa mengetahui tes VCT dan 63,83 % dari siswa tersebut mengetahui tentang ARV, dan hanya 39, 14% yang mengetahui mengenai tujuan utama ARV. Maka diperlukan adanya pendidikan kesehatan HIV dan AIDS agar siswa dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang HIV dan AIDS, sehingga selain dapat berguna untuk siswa dalam pencegahan terhadap HIV dan AIDS, siswa juga dapat memperbaiki informasi yang kurang benar mengenai HIV dan AIDS baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.

B. Tujuan**1) Tujuan Umum**

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan tentang HIV dan AIDS selama 60 menit diharapkan siswa bertambah pengetahuannya serta menunjukkan sikap yang positif tentang HIV dan AIDS.

2) Tujuan Instruksional khusus

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan siswa mampu:

1. Menjelaskan definisi HIV dan AIDS.
2. Menjelaskan etiologi HIV dan AIDS.
3. Menjelaskan patofisiologi HIV dan AIDS.
4. Menjelaskan gejala HIV dan AIDS.
5. Menjelaskan tes HIV (VCT).

6. Menjelaskan cara penularan HIV dan AIDS.
7. Menjelaskan mengenai kelompok resiko tinggi terjadinya HIV dan AIDS.
8. Menjelaskan penatalaksanaan HIV dan AIDS.
9. Menjelaskan mengenai pencegahan tertularnya virus HIV.
10. Menjelaskan mengenai pengaruh ikososial terhadap infeksi HIV menjadi AIDS.

C. Peserta

Siswa kelas X MAN Jombang .

D. Seting Acara

No	Waktu	Kegiatan pendidikan	Kegiatan responden
1	5 menit	Pembukaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan perkenalan. 2. Menjelaskan maksud pertemuan. 3. Menjelaskan tujuan pertemuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam perkenalan. 2. Mendengarkan dan memperhatikan.
2	50 menit	Penyajian materi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerahkan booklet 2. Menjelaskan tentang HIV dan AIDS: <ol style="list-style-type: none"> 1) Definisi HIV dan AIDS 2) Etiologi HIV dan AIDS 3) Patofisiologi HIV dan AIDS 4) Gejala HIV an AIDS 5) Tes HIV (VCT) 6) Cara penularan HIV 7) Kelomok resiko tinggi terjadinya HIV dan AIDS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerima dan membaca booklet 2. Memperhatikan dan mendengarkan

		8) Penatalaksanaan HIV dan AIDS 9) Pencegahan terhadap HIV dan AIDS 10) Pengaruh psikososial terhadap HIV dan AIDS 3. Tanya jawab dengan siswa mengenai materi yang telah dijelaskan	
3	5 menit	Penutup: Menutup pertemuan dan memberi salam	Menjawab salam

F. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

G. Media

1. LCD
2. Leaflet

H. Rencana Evaluasi Kegiatan

1. Evaluasi struktur:

- 1) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan dilakuakn disalah satu kelas di MAN Jombang.
- 2) Semua responden hadir dalam kegiatan pendidikan kesehatan.

2. Kriteria proses

- 1) Siswa kelas X antusias terhadap materi pendidikan kesehatan.
- 2) Siswa kelas X konsentrasi mendengarkan pendidikan dan mengikuti jalannya pendidikan denga baik dari awal sampai akhir.
- 3) Siswa kelas X mengajukan pertanyaan jika ada yang tidak dimengerti.

3. Kriteria hasil

- 1) Siswa kelas X mengetahui tentang definisi HIV dan AIDS.
- 2) Siswa kelas X mengetahui tentang etiologi HIV.
- 3) Siswa kelas X mengetahui tentang patofisiologi.
- 4) Siswa kelas X mengetahui tentang gejala HIV dan AIDS.
- 5) Siswa kelas X mengetahui tentang tes HIV dan AIDS (VCT).
- 6) Siswa kelas X mengetahui tentang penularan HIV dan AIDS.
- 7) Siswa kelas X mengetahui tentang kelompok resiko tinggi HIV dan AIDS.
- 8) Siswa kelas X mengetahui tentang penatalaksanaan HIV dan AIDS.
- 9) Siswa kelas X mengetahui tentang pencegahan HIV dan AIDS.
- 10) Siswa kelas X mengetahui tentang pengaruh psikososial terhadap infeksi HIV menjadi AIDS.
- 11) Siswa kelas X mengetahui sikap yang benar terhadap penularan HIV dan AIDS.
- 12) Siswa kelas X mengetahui sikap yang benar terhadap penyakit HIV dan AIDS.
- 13) Siswa kelas X mengetahui sikap yang benar terhadap penatalaksanaan HIV dan AIDS.
- 14) Siswa kelas X mengetahui sikap yang benar terhadap pencegahan terhadap HIV dan AIDS.

Lampiran 10

Materi HIV dan AIDS**Pengertian HIV dan AIDS**

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus, yakni *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang ditandai dengan menurunnya system kekebalan tubuh sehingga pasien AIDS mudah diserang oleh infeksi oportunistik dan kanker.

Etiologi

HIV adalah virus sitopatik diklasifikasikan dalam famili *Retroviridae*, subfamily *Lentivirinae*, genus *Lentivirus*.

Patofisiologi

HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu secara vertical, horizontal dan transeksual. Jadi HIV bisa mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dengan diperantai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intak seperti yang terjadi pada kontak seksual. Begitu mencapai atau berada dalam sirkulasi sistemik, 4-11 hari sejak paparan pertama HIV dapat dideteksi di dalam darah (Nasronudin, 2004). Masa inkubasi antara 6 bulan sampai lebih dari 10 tahun. Rata-rata inkubasi adalah 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa.

Gejala HIV dan AIDS

Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa menurut WHO yang dikutip oeh Nursalam (2007).

Stadium	Skala Aktivitas Gambaran Klinis
I	Asimptomatik, aktivitas normal 1. Asimptomatik. 2. Limfadenopati generalisata.

II	<p>Simptomatik, aktivitas normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun < 10% 2. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren dan khelitis angularis. 3. <i>Herpes zoster</i> dalam 5 tahun terakhir. 4. Infeksi saluran nafas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis.
III	<p>Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dair 50%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun > 10% 2. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan. 3. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan. 4. Kandidiasis orofaringeal. 5. <i>Oral hairy</i> leukoplakia. 6. TB paru dalam tahun terakhir. 7. Infeksi bacterial yang berat seperti pneumonia dan piomiositish.
IV	<p>Pada umumnya sangat lemah , aktivitas di tempat tidur lebih dari 50%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HIV <i>wasting syndrome</i> seperti yang didefinisikan oleh CDC. 2. Pnemonia <i>Pneumocystis carinii</i>. 3. Toksoplasmosis otak. 4. Diare kryptosporidiosis lebih dari 1 tahun. 5. Kriptokosis Ekstra pulmonal. 6. Retinitis virus sitomegalo 7. <i>Herpes simplex</i> mukokutan > 1 bulan. 8. <i>Leukoensefalopati multifokal</i> progresif. 9. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis. 10. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus dan paru. 11. Mikobakteriosis atipikal diseminata. 12. Septisemia salmonelosis nontifoid. 13. Tuberkulosis di luar paru. 14. Limfoma. 15. Sarkoma Kaposi. 16. Ensefalopati HIV

Keterangan tabel mengenai gangguan klinis lain yang diakibatkan oleh HIV

adalah:

1. *HIV wasting syndrome*: Berat badan turun lebih dari 10% ditambah diare kronis lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari satu bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain (Nursalam, 2007).
2. *Ensefalopati HIV*: Gangguan kognitif dan atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan bertambah buruk dalam

beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai penyakit penyerta lain selain HIV (Nursalam, 2007).

3. **Limfadenopati:** Penyakit pembesaran pada kelenjar getah bening (Anonym, 2008).
4. **Dermatitis seboroik:** Suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada tubuh lainnya (Anonym, 2006).
5. **Onikomikosis:** suatu kelainan pada kuku yang disebabkan oleh infeksi jamur dermatofita, ragi dan kapang (Winita, 2006).
6. **Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP):** suatu infiltrate retikulonodular difus bilateral dengan gejala klinis batuk tidak berdahak, sesak napas, pernapasan cepat, kadar oksigen dalam menurun, asidosis respiratorik dan demam (Anonym, 2007)
7. **Kandidiasis orofaring:** infeksi kandida pada permukaan mukosa rongga mulut, umumnya tampak sebagai selaput putih dan mengeluarkan eksudat berwarna kekuningan pada lidah dan daerah posterior orofaring (Anonym, 2007).
8. **Kandidiasis esophagus (endoskopi):** Pemeriksaan endoskopi ini menggambarkan pseudomembran yang tebal pada mukosa esophagus dan menyebabkan disfagia (kesulitan menelan) atau odinofagia (nyeri pada waktu menelan) (Anonim, 2007).
9. **Dermatitis seboroik:** suatu kelainan kulit disekitar mulut dan lekukan nasolabial berwarna merah, eritema dan menyerupai dermatitis (Anonim, 2007).

10. Oral hairy leukoplakia: disebabkan oleh virus Epstein Barr berupa lesi putih pada bagian lateral lidah dan kadang-kadang meluas ke sekitarnya. Perbedaan dengan kandidiasis adalah penyakit ini tidak dapat dihilangkan dengan mengeroknya (Anonim, 2007).
11. Toksoplasmosis serebral: penyakit yang disebabkan oleh kuman toxoplasmosis, pada gambaran CT-Scan lesi fokal dengan kontras menunjukkan dinding kista. Tampak pula edema serebri disekitarnya. Gejala penyakit ini adalah pusng, demam, kejang dan tanda neurologis fokal (Anonim, 2007).
12. Histoplasmosis: penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Histoplasma capsulatum* di paru (Anonim, 2007).
13. Leukoensefalopati multifokal progresif: infeksi virus otak yang bias mempengaruhi fungsi neurologist penderita. Gejala awal biasanya berupa hilangnya kekuatan lengan atau tungkai dan hilangnya koordinasi atau keseimbangan (Nurcahyo, 2007).
14. Sarkoma Kaposi: tumor yang tidak nyeri, berwarna merah sampai ungu, berupa bercak-bercak yang menonjol di kulit (Nurcahyo, 2007)

Gejala Mayor:

1. Penurunan berat badan $\geq 10\%$
2. Demam memanjang atau lebih dari 1 bulan.
3. Diare kronis.
4. Tuberkulosis.

Gejala minor:

1. **Kandidiasis orofaringeal.**
2. **Bentuk menetap lebih dari satu bulan.**
3. **Kelemahan tubuh.**
4. **Berkeringat malam.**
5. **Hilang nafsu makan.**
6. **Infeksi kulit generalisata.**
7. **Limfadenopati generalisata.**
8. ***Herpes zoster*.**
9. **Infeksi *Herpes simplex* kronis.**
10. **Pneumonia**
11. **Sarkoma Kaposi.**

Test HIV (Konseling dan VCT)

VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi, serta dukungan lain kepada ODHA, keluarga, dan lingkungannya (Nusalam, 2007).

VCT mempunyai tujuan sebagai:

1. **Upaya pencegahan HIV dan AIDS.**
2. **Upaya untuk mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi/pengetahuan mereka tentang faktor-faktor resiko penyebab seseorang terinfeksi HIV.**
3. **Upaya pengembangan perubahan perilaku, sehingga secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan**

termasuk akses terapi antiretroviral, serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat.

Tujuan konseling pasca-tes untuk hasil negatif:

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

Tujuan konseling pasca-tes untuk hasil positif:

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

Cara Penularan

1. Hubungan seksual dengan pengidap HIV AIDS
2. Ibu pada bayinya
3. Darah dan produk darah yang tercemar HIV AIDS
4. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril
5. Alat-alat untuk menoreh kulit
6. Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Kelompok Risiko Tertular HIV dan AIDS

Kelompok berisiko tinggi diantaranya:

1. Laki-laki homoseksual dan biseksual.
2. Pengguna narkotika suntik, pemakai jarum secara bergantian dan tidak steril.
3. Pasangan seksual dari individu terpapar HIV.
4. Anak yang lahir dari ibu terinfeksi HIV, terutama yang tidak mendapat ARV.
5. Resipien transfuse darah dari bank darah yang tidak diskriming di daerah, Negara yang angka kejadian infeksi HIV tinggi.

Kelompok berisiko rendah diantaranya:

1. Petugas kesehatan (dokter, dokter gigi dan paramedis)
2. Petugas laboratorium.

Penatalaksanaan HIV dan AIDS (ARV)

Antiretroviral (ARV) adalah obat khusus untuk pasien HIV dan AIDS.

Tujuan pemberian ARV yaitu (Nursalam, 2007):

1. Menghentikan aktivitas (replikasi) virus HIV.
2. Memulihkan system imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik.
3. Memperbaiki kualitas hidup.
4. Memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV dan AIDS.
5. Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV.

Tabel 2.2 Jenis obat-obatan ARV (Depkes RI, 2003)

Nama generic	Nama dagang	Nama lain
Zidovudine	Retrovir	AZT, ZCV
Didanosine	Videx	Ddi
Zalzitabine	Hivid	ddC, dideoxycytidine

Stavudine	Zerit	D4T
Lmivudine	Epivir	3TC
Zidovudine/Lamivudine	Combivir	Kombinasi AZT dan 3TC
Abacavir	Ziagen	ABC
Zidovudine/Lamivudine/Abacavir	Trizivir	Kombinasi AZT, 3TC dan Abacavir
Tenovir	Viread	Bis-pac PMPA

Tabel 2.4 Beberapa contoh obat ARV

Nama obat	Jenis obat	Kemungkinan Efek Samping	Petunjuk Penggunaan	Berapa Kali/Hari	Dengan/Tanpa Makanan
AZT	RTI	Mual, muntah, sakit kepala, susah tidur, nyeri otot.	<ul style="list-style-type: none"> Mulai dengan dosis kecil lalu dinaikkan selama 2 minggu. Jangan minum obat larut malam. 	2 – 3 kali/hari	Diminum sebelum makan, bila mual minum sesudah makan.
DdC	RTI	Luka di mulut, kelainan saraf tepi, radang pankreas.	Tidak ada	3 kali/hari	Dapat diminum dengan /tanpa makanan.
Ddi	RTI	Mencret, radang pancreas.	Harus diminum sewaktu perut kosong.	2 kali/hari	Harus diminum sewaktu perut kosong.
D4T	RTI	Sakit kepala, diare, panas.	Tidak ada	2 kali/hari	Dapat diminum dengan /tanpa makanan.
3TC	RTI	Sakit kepala, lesu, sulit tidur, neutropenia.	Tidak ada	2 kali/hari	Dapat diminum dengan /tanpa makanan.
Nevirapine	RTI	Kelainan hati, bercak merah pada kulit.	Bercak merah dapat diobati dengan antihistamin.	2 kali/hari	Paling baik diminum waktu makan.
Delavirdine	RTI	Lesu, mual, diare, kelainan hati, bercak merah pada kulit, panas.	<ul style="list-style-type: none"> Bercak merah dapat diobati dengan antihistamin dengan pengawasan dokter. Hindari makanan berlemak. 	3 kali/hari	Harus diminum sewaktu perut kosong.
Saquinavir	PI	Diare dan mual	<ul style="list-style-type: none"> Minum sewaktu makan untuk meningkatkan absorpsi. Pertimbangkan obat lain bila diare. Jangan minum 	2 -3 kali/hari	Harus diminum sewaktu makan, terutama saat mengonsumsi makanan tinggi protein dan lemak.

			antihistamin kecuali dengan pengawasan dokter.		
Ritonivir	PI	Mual, diare, lemah, muntah, gangguan rasa kurang nafsu makan, mati rasa, atau geli sekitar mulut.	Tidak ada	2 kali/hari	Harus diminum sewaktu makan, terutama saat mengkonsumsi makanan tinggi protein dan lemak.
Indinivir	PI	Mual, kelainan hati, batu ginjal	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan makan 1 jam sebelum dan 2 jam sesudah minum obat. • Banyak minum air sepanjang hari untuk mencegah batu ginjal. • Jangan minum antihistamin kecuali dengan pengawasan dokter. 	3 kali/hari	Harus diminum sewaktu perut kosong.

Keterangan:

AZT = Zidovudine Ddi = Didanosine
ddC = Zalcitabine D4T = Stavudine
3TC = Lamivudine NVP = Nevirapine
EFV = Efavirenz ABC = Abacavir

Pasien harus memahami tujuan pemberian ARV, antara lain:

1. ARV tidak menyembuhkan.
2. Selama pengobatan ARV, virus masih dapat ditularkan atau didapat sehingga perlu diterapkan *safe sex* dan *safe injection*.
3. Pengobatan seumur hidup.

Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS

1. Tidak melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan.

2. Tidak menggunakan narkoba jarum suntik secara bergantian.
3. Tidak melakukan transfusi darah yang belum discanning dari virus HIV.
4. Menghindari atau meminimalkan perilaku yang beresiko terkena penularan virus HIV melalui darah, cairan vagina dan cairan sperma.

Pengaruh Psikososial Terhadap infeksi HIV dan AIDS

Beban secara sosiokultural akibat didiagnosis terinfeksi HIV dapat berasal dari beberapa sumber. Sumber sosial yang berhubungan dengan aspek penularan dapat menyebabkan gangguan perilaku pada orang lain, termasuk menghindari kontak fisik dan sosial. Akibat dirasakan sangat menyakitkan hati orang dewasa, apalagi anak-anak yang terinfeksi HIV juga dikucilkan dari sekolah dan dari teman sebaya karena ketakutan yang dialami para orang tua.

Tekanan Psikososial utama pada pada pasien terinfeksi HIV (Nasronudin, 2004):

1. Kecemasan: rasa tidak pasti tentang penyakit yang diderita, perkembangan dan pengobatannya, merasa cemas dengan prognosis dan ancaman kematian.
2. Depresi: merasa sedih, tak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tak berharga, putus asa, berkeinginan untuk bunuh diri, menarik diri, sulit tidur, hilang nafsu makan.
3. Merasa terisolasi dan berkurangnya dukungan sosial: merasa ditolak oleh keluarga maupun masyarakat.
4. Merasa marah kepada diri sendiri dan orang lain: menunjukkan sikap bermusuhan terhadap pemberi perawatan, menolak untuk bekerja sama dengan pemberi perawatan.
5. Merasa takut: bila ada orang yang mengetahui penyakit yang diderita.

6. Merasa malu: dengan adanya stigma sebagai penderita terinfeksi HIV, penyangkalan terhadap kebiasaan seksual dan penggunaan obat-obatan terlarang.

Penatalaksanaan medis, dukungan dan ajakan untuk berperilaku hidup sehat merupakan pilihan terbaik (Nasronudin, 2004). Respons yang positif, dukungan psikososial positif sedini mungkin berdampak mengurangi keluhan penyakit yang dideritanya, terjadi perubahan gaya hidup yang positif baik terhadap pasangan maupun keluarga. ODHA memerlukan dukungan untuk menghambat berbagai perubahan kronis, menghindarkan berbagai kondisi yang fatal yang dapat menghasilkan isolasi sosial. Bentuk tekanan psikososial yang utama adalah preokupasi pasien dengan penyakitnya dan kemungkinan menurunnya kondisi kesehatan pasien dengan cepat sampai timbul kematian.

Daftar Pustaka

- Anonim (2006). *Obat Psoriasis, seboroik dan Iktiosis*. <http://www.medicastore.com>. (diakses 29 Juni 2008 pukul 14.30 wib)
- Yatim, Danny Irawan (2006). *Dialog Seputar AIDS*. Jakarta : PT Gramedia Widiasarana Indonesia
- Anonim (2007). *Gambaran Klinis Infeksi HIV AIDS*. <http://www.aids-rspiss.com> (diakses 29 Juni 2008 pukul 15.01 wib)
- Anonim (2008). *Orang Dengan HIV/AIDS*. <http://www.pelita.or.id>. diakses tanggal 14 Mei 2008 pukul 14.20 WIB
- Depkes RI. 2003. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA: Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Depkes RI.
- Fadhillah, dkk (2004). *Pedoman Asuhan Keperawatan Pasien dengan HIV dan AIDS di Rumah Sakit*. Jakarta : PPNI

Nasronudin (2004). *HIV dan AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya : Airlangga Univ. Press

Nursalam, Ninuk D.K (2007). *HIV / AIDS*. Jakarta : Salemba medika

Nurcahyo (2007). *Infeksi HIV*. <http://www.indonesiaindonesia.com> (diakses 29 Juni 2008 pukul 15.15 wib)

Sebaiknya Kmu Perlu Tau...!!

*HIV dan AIDS
dah pada tau belum...???*

*Ida Aulia Tabdila
Program Studi Ilmu Keperawatan*

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus, yakni Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang ditandai dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh sehingga pasien AIDS mudah diserang oleh infeksi oportunistik dan kanker.

Perjalanan Penyakit...!!

HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu secara vertical, horizontal dan transeksual. Jadi HIV bisa mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dengan diperantai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intak seperti yang terjadi pada kontak seksual. Begitu mencapai atau berada dalam sirkulasi sistemik, 4-11 hari sejak paparan pertama HIV dapat dideteksi di dalam darah (Nasronudin, 2004). Masa inkubasi antara 6 bulan sampai lebih dari 10 tahun. Rata-rata inkubasi adalah 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa.

Gejala HIV dan AIDS

Stadium	Skala Aktivitas Gambaran Klinis
I	Asimtomatik, aktivitas normal 1. Asimtomatik 2. Limfadenopati generalisata.
II	Simptomatik, aktivitas normal 1. Berat badan menurun < 10% 2. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti, dermatitis seboroik, prurigo, anikamikosis, ulkus oral yang rekuren dan khelitis angularis. 3. <i>Herpes zoster</i> dalam 5 tahun terakhir. 4. Infeksi saluran nafas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis.
III	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari 50% 1. Berat badan menurun > 10% 2. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan. 3. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan. 4. Kandidiasis orofaringeal. 5. <i>Oral hairy leukoplakia</i> . 6. TB paru dalam tahun terakhir. 7. Infeksi bacterial yang berat seperti pneumonia dan piomiositish.
IV	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50% 1. <i>HIV wasting syndrome</i> seperti yang didefinisikan oleh CDC. 2. <i>Pneumonia Pneumocystis carinii</i> . 3. Toksoplasmosis otak. 4. Diare kriptosporidiosis lebih dari 1 tahun. 5. Kriptokosis Ekstra pulmonal. 6. Retinitis virus sitomegalo 7. <i>Herpes simplex</i> mukokutan > 1 bulan. 8. <i>Leukoensefalopati multifokal/progresif</i> . 9. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis. 10. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus dan paru. 11. Mikobakteriosis atipikal diseminata. 12. Septisemia salmonellosis nontifoid. 13. Tuberkulosis di luar paru. 14. Limfoma. 15. Sarkoma Kaposi. 16. Ensefalopati HIV

Keterangan tabel mengenai gangguan klinis lain yang diakibatkan oleh HIV adalah:

1. *HIV wasting syndrome*: Berat badan turun lebih dari 10% ditambah diare kronis lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari satu bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain (Nursalam, 2007).
2. *Ensefalopati HIV*: Gangguan kognitif dan atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan bertambah buruk dalam beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai penyakit penyerta lain selain HIV (Nursalam, 2007).
3. *Linfadenopati*: Penyakit pembesaran pada kelenjar getah bening (Anonym, 2008).
4. *Dermatitis seboroik*: Suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada tubuh lainnya (Anonym, 2006).
5. *Onikomikosis*: suatu kelainan pada kuku yang disebabkan oleh infeksi jamur dermatofita, ragi dan kapang (Winita, 2005).
6. *Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP)*: suatu infiltrate retikulanodular difus bilateral dengan gejala klinis batuk tidak berdahak, sesak napas, pernapasan cepat, kadar oksigen dalam menurun, asidosis respiratorik dan demam (Anonym, 2007).
7. *Kandidiasis orofaring*: infeksi kandida pada permukaan mukosa rongga mulut, umumnya tampak sebagai selaput putih dan mengeluarkan eksudat berwarna kekuningan pada lidah dan daerah posterior orofaring (Anonym, 2007).
8. *Kandidiasis esophagus (endoskopi)*: Pemeriksaan endoskopi ini menggambarkan pseudomembran yang tebal pada mukosa esophagus dan menyebabkan disfagia (kesulitan menelan) atau odinofagia (nyeri pada waktu menelan) (Anonim, 2007).
9. *Dermatitis seboroik*: suatu kelainan kulit disekitar mulut dan lekukan nasolabial berwarna merah, eritema dan menyerupai dermatitis (Anonim, 2007).
10. *Oral hairy leukoplakia*: disebabkan oleh virus Epstein Barr berupa lesi putih pada bagian lateral lidah dan kadang-kadang meluas ke sekitarnya. Perbedaan dengan kandidiasis adalah penyakit ini tidak dapat dihilangkan dengan mengeroknya (Anonim, 2007).
11. *Toksoplasmosis serebral*: penyakit yang disebabkan oleh kuman toxoplasmosis, pada gambaran CT-Scan lesi fokal dengan kontras menunjukan dinding kista. Tampak pula edema serebri disekitarnya. Gejala penyakit ini adalah pusing, demam, kejang dan tanda neurologis fokal (Anonim, 2007).
12. *Histoplasmosis*: penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Histoplasma capsulatum* di paru (Anonim, 2007).
13. *Leukoensefalopati multifokal progresif*: infeksi virus otak yang bias mempengaruhi fungsi neurologis penderita. Gejala awal biasanya berupa hilangnya kekuatan lengan atau tungkai dan hilangnya koordinasi atau keseimbangan (Nurcahyo, 2007).
14. *Sarkoma Kaposi*: tumor yang tidak nyeri, berwarna merah sampai ungu, berupa bercak-bercak yang menonjol di kulit (Nurcahyo, 2007).

Gejala Mayor:

1. Penurunan berat badan $\geq 10\%$
2. Demam memanjang atau lebih dari 1 bulan.
3. Diare kronis.
4. Tuberkulosis.

Gejala minor:

1. Kandidiasis orofaringeal.
2. Kelemahan tubuh
3. Berkeringat malam.
4. Hilang nafsu makan.
5. Infeksi kulit generalisata.
6. Limfadenopati generalisata.
7. *Herpes zoster*.
8. Infeksi *Herpes simplex* kronis.
9. Pneumonia
10. Sarkoma Kaposi.

Test HIV (Konseling dan VCT)

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

Cara Penularan

1. Hubungan seksual dengan pengidap HIV AIDS
2. Ibu pada bayinya
3. Darah dan produk darah yang tercemar HIV AIDS
4. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril
5. Alat-alat untuk menoreh kulit
6. Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Kelompok Risiko Tertular HIV dan AIDS

Kelompok berisiko tinggi diantaranya:

1. Laki-laki homoseksual dan biseksual.
2. Pengguna narkotika suntik, pemakai jarum secara bergantian dan tidak steril.
3. Pasangan seksual dari individu terpapar HIV.

4. Anak yang lahir dari ibu terinfeksi HIV, terutama yang tidak mendapat ARV.
5. Resipien transfuse darah dari bank darah yang tidak diskriming di daerah, Negara yang angka kejadian infeksi HIV tinggi.

Kelompok berisiko rendah diantaranya:

1. Petugas kesehatan (dokter, dokter gigi dan paramedis)
2. Petugas laboratorium.

Penatalaksanaan HIV dan AIDS (ARV)

Antiretroviral (ARV) adalah obat khusus untuk pasien HIV dan AIDS.

Tujuan pemberian ARV yaitu (Nursalam, 2007):

1. Menghentikan aktivitas (replikasi) virus HIV.
2. Memulihkan system imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik.
3. Memperbaiki kualitas hidup.
4. Memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV dan AIDS.
5. Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV.

Pasien harus memahami tujuan pemberian ARV, antara lain:

1. ARV tidak menyembuhkan.
2. Selama pengobatan ARV, virus masih dapat ditularkan atau didapat sehingga perlu diterapkan *safe sex* dan *safe injection*.
3. Pengobatan seumur hidup.

Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS

1. Tidak melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan.
2. Tidak menggunakan narkoba jarum suntik secara bergantian.
3. Tidak melakukan transfusi darah yang belum discanning dari virus HIV.
4. Menghindari atau meminimalkan perilaku yang berisiko terkena penularan virus HIV melalui darah, cairan vagina dan cairan sperma.

Pengaruh Psikososial Terhadap infeksi HIV dan AIDS

Tekanan Psikososial utama pada pada pasien terinfeksi HIV (Nasronudin, 2004):

1. Kecemasan: rasa tidak pasti tentang penyakit yang diderita, perkembangan dan pengobatannya, merasa cemas dengan prognosis dan ancaman kematian.
2. Depresi: merasa sedih, tak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tak berharga, putus asa, berkeinginan untuk bunuh diri, menarik diri, sulit tidur, hilang nafsu makan.

3. Merasa terisolasi dan berkurangnya dukungan sosial: merasa ditolak oleh keluarga maupun masyarakat.
4. Merasa marah kepada diri sendiri dan orang lain: menunjukkan sikap bermusuhan terhadap pemberi perawatan, menolak untuk bekerja sama dengan pemberi perawatan.
5. Merasa takut: bila ada orang yang mengetahui penyakit yang diderita.
6. Merasa malu: dengan adanya stigma sebagai penderita terinfeksi HIV, penyangkalan terhadap kebiasaan seksual dan penggunaan obat-obatan terlarang.

Penatalaksanaan medis, dukungan dan ajakan untuk berperilaku hidup sehat merupakan pilihan terbaik (Nasronudin, 2004). Respons yang positif, dukungan psikososial positif sedini mungkin berdampak mengurangi keluhan penyakit yang dideritanya, terjadi perubahan gaya hidup yang positif baik terhadap pasangan maupun keluarga. ODHA memerlukan dukungan untuk menghambat berbagai perubahan kronis, menghindarkan berbagai kondisi yang fatal yang dapat menghasilkan isolasi sosial. Bentuk tekanan psikososial yang utama adalah preokupasi pasien dengan penyakitnya dan kemungkinan menurunnya kondisi kesehatan pasien dengan cepat sampai timbul kematian.



Lampiran 12

TABULASI DATA UMUM RESPONDEN

No	Sex	Usia	Penggunaan Wkt Luang	Media Informasi HIV & AIDS	Tempat Tinggal	Penghasilan Orang Tua	Pendidikan Orang Tua
1	2	1	3	3	2	7	2
2	2	1	1	7	1	6	2
3	2	1	5	3	2	7	2
4	2	1	4	3	2	6	3
5	2	1	6	3	2	7	1
6	2	1	4	1	2	6	3
7	2	1	4	3	2	5	2
8	2	2	6	7	2	6	3
9	2	1	4	1	2	7	3
10	2	1	3	5	2	6	2
11	2	1	4	3	2	7	2
12	1	1	5	3	2	5	3
13	2	1	4	3	2	7	1
14	2	1	4	3	2	5	2
15	2	1	3	6	2	6	2
16	2	1	4	6	2	6	3
17	2	1	6	5	2	6	1
18	2	1	1	4	2	7	3
19	2	1	6	5	2	6	3
20	2	1	2	7	2	4	4
21	2	1	6	6	2	5	2
22	1	1	2	4	1	6	3
23	2	1	6	2	2	7	2
24	2	1	4	3	2	7	2

Keterangan:

1. Jenis kelamin (sex): 1) Laki-laki
2) Perempuan
2. Usia: 1) 16 tahun
2) 17 tahun
3. Penggunaan waktu luang:
 - 1) Belajar
 - 2) Baca buku
 - 3) Bergurau
 - 4) Bermain
 - 5) Nongkrong
 - 6) Lain-lain
4. Media Informasi tentang HIV dan AIDS:
 - 1) Koran
 - 2) Majalah
 - 3) Buku sekolah
 - 4) Buku luar sekolah

- 5) TV
- 6) Radio
- 7) Internet
- 5. Tempat tinggal:
 - 1) Kota
 - 2) Desa
- 6. Penghasilan orang tua
 - 1) > Rp 5.000.000,-
 - 2) Rp 4.000.000,- - Rp 4.999.999,-
 - 3) Rp 3.000.000,- - Rp 3.999.999,-
 - 4) Rp 2.000.000,- - Rp 2.999.999,-
 - 5) Rp 1.000.000,- - Rp 1.999.999,-
 - 6) Rp 500.000,- - Rp 999.999,-
 - 7) < Rp 500.000,-
- 7. Pendidikan orang tua
 - 1) SD
 - 2) SMP
 - 3) SMA
 - 4) PT

Lampiran 13

TABULASI DATA SIKAP RESPONDEN SEBELUM INTERVENSI

Sikap Siswa														
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	TS	T	Status
5	5	5	1	2	4	1	4	4	4	4	5	44	56.725	(+)
5	5	5	2	5	4	1	2	5	5	5	5	49	62.07	(+)
2	1	2	2	1	2	1	1	2	4	1	4	23	34.278	(-)
1	2	5	2	1	2	1	2	2	2	2	5	27	38.554	(-)
1	2	4	2	1	2	2	1	2	2	2	5	26	37.485	(-)
1	4	4	2	2	2	2	2	4	4	5	5	37	49.243	(-)
1	2	5	2	1	2	2	1	2	2	1	5	26	37.485	(-)
1	4	4	4	2	2	2	4	4	4	5	5	41	53.519	(+)
2	5	4	4	2	2	2	4	4	5	4	5	43	55.656	(+)
2	5	5	2	2	2	2	2	4	4	5	5	40	52.45	(+)
2	5	5	4	2	2	2	5	4	4	4	5	44	56.725	(+)
2	5	5	4	2	5	2	5	5	2	5	5	47	59.932	(+)
2	2	2	2	1	1	1	2	2	5	2	5	27	38.554	(-)
1	2	5	5	1	1	1	2	2	2	2	5	29	40.691	(-)
1	1	4	4	1	1	1	1	2	2	2	5	25	36.416	(-)
1	2	4	4	1	2	2	2	4	4	4	5	35	47.105	(-)
2	4	4	4	2	4	1	1	2	4	1	5	34	46.036	(-)
5	4	4	5	2	4	4	5	4	4	4	5	50	63.139	(+)
4	2	4	4	1	1	2	2	2	4	4	5	35	47.105	(-)
2	5	2	4	5	4	5	5	4	5	5	5	51	64.208	(+)
5	5	5	4	2	5	4	1	5	5	5	5	51	64.208	(+)
5	5	5	4	4	4	4	4	2	4	4	5	50	63.139	(+)
1	2	2	5	3	4	2	2	4	4	5	5	39	51.381	(+)
2	1	5	2	1	2	2	2	2	4	4	5	32	43.898	(-)

Keterangan:**Favourable :**

- 1) 1 = Sangat tidak setuju
- 2) 2 = Tidak setuju
- 3) 4 = Setuju
- 4) 5 = Sangat Setuju

Unfavourable ;

- 1) 1 = Sangat setuju
- 2) 2 = Setuju
- 3) 4 = Tidak setuju
- 4) 5 = Sangat tidak setuju

Sikap positif (+)

Sikap negative (-)

Lampiran 14

TABULASI DATA SIKAP RESPONDEN SESUDAH INTERVENSI

Sikap Siswa														Status
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	TS	T	
5	5	5	4	5	5	2	4	4	5	4	5	53	53.866	(+)
5	5	5	2	5	5	2	5	4	5	5	5	53	53.866	(+)
4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	5	54	56.958	(+)
4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5	5	53	53.866	(+)
5	5	4	5	5	4	5	4	2	5	5	5	54	56.958	(+)
5	4	4	5	5	2	4	4	4	4	2	5	48	38.403	(-)
1	4	4	5	4	2	4	5	2	5	4	5	45	29.126	(-)
2	4	4	2	5	5	5	4	4	4	5	5	49	41.496	(-)
5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	5	54	56.958	(+)
5	5	5	2	5	2	5	5	4	4	5	5	52	50.773	(+)
2	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	53	53.866	(+)
5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	56	63.143	(+)
4	5	5	5	2	1	4	5	2	5	2	5	45	29.126	(-)
5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	56	63.143	(+)
4	5	4	2	2	4	5	4	5	4	5	5	49	41.496	(-)
5	5	4	5	2	5	4	5	4	4	4	5	52	50.773	(+)
5	5	5	5	2	5	2	2	4	2	4	5	46	32.218	(-)
5	4	4	5	2	5	4	5	4	4	5	5	52	50.773	(+)
5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	5	54	56.958	(+)
5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	56	63.143	(+)
5	5	5	4	2	5	2	5	5	5	5	5	53	53.866	(+)
5	4	5	4	5	2	5	4	5	5	4	5	53	53.866	(+)
2	5	4	5	5	5	2	4	5	5	5	5	52	50.773	(+)
4	4	5	5	2	4	2	5	5	5	4	5	50	44.588	(-)

Keterangan:**Favourable :**

- 5) 1 = Sangat tidak setuju
- 6) 2 = Tidak setuju
- 7) 4 = Setuju
- 8) 5 = Sangat Setuju

Unfavourable ;

- 5) 1 = Sangat setuju
- 6) 2 = Setuju
- 7) 4 = Tidak setuju
- 8) 5 = Sangat tidak setuju

Sikap positif (+)

Sikap negative (-)

TABULASI DATA PENGETAHUAN RESPONDEN SEBELUM INTERVENSI

No	Pengetahuan Siswa																								Nilai	Status	kode
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	TS						
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	13	65	cukup	2		
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17	85	baik	3		
3	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	8	40	kurang	1			
4	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	11	55	kurang	2			
5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	7	35	kurang	1			
6	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	65	cukup	2			
7	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8	40	kurang	1			
8	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13	65	cukup	2			
9	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	11	55	kurang	2			
10	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	11	55	kurang	2			
11	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	11	55	kurang	1			
12	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13	65	cukup	2			
13	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	7	35	kurang	1			
14	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	8	40	kurang	1			
15	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	7	35	kurang	1			
16	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	10	50	kurang	1			
17	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	35	kurang	1			
18	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	14	70	cukup	2			
19	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	8	40	kurang	1			
20	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	14	70	cukup	2			
21	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	14	70	cukup	2			
22	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16	80	baik	3			
23	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	11	55	kurang	2			
24	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	10	50	kurang	1			

TABULASI DATA PENGETAHUAN RESPONDEN SETELAH INTERVENSI

No	Pengetahuan Siswa																								Nilai	Status	Kode
	P	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	TS						
1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	15	cukup	2			
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	17	baik	3			
3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	15	cukup	2				
4	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	14	cukup	2				
5	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13	cukup	2				
6	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16	baik	3				
7	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	14	cukup	2				
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	baik	3				
9	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	baik	3				
10	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	baik	3				
11	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	baik	3				
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18	baik	3				
13	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	10	kurang	2				
14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	baik	3				
15	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	10	kurang	1				
16	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15	cukup	2				
17	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	11	kurang	2				
18	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	baik	3				
19	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	14	cukup	2				
20	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	baik	3				
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	18	baik	3				
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	19	baik	3				
23	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	baik	3				
24	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	16	baik	3				

Keterangan:

1. Benar = 1
2. Salah = 0
3. Kurang ($\leq 55\%$): kode 1
4. Cukup (56-75%): kode 2
5. Baik (76-100%): kode 3

Lampiran 17

TABULASI VARIABEL YANG DIUKUR**1. PENGETAHUAN**

Tabel Pengetahuan siswa kelas sepuluh sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan

No	Wilcoxon sign ranks test			
	Pre test	Kode	Post test	Kode
1	65	2	75	2
2	85	3	85	3
3	40	1	75	2
4	55	2	70	2
5	35	1	65	2
6	65	2	80	3
7	40	1	70	2
8	65	2	90	3
9	55	2	85	3
10	55	2	85	3
11	55	1	85	3
12	65	2	90	3
13	35	1	50	2
14	40	1	90	3
15	35	1	50	1
16	50	1	75	2
17	35	1	55	2
18	70	2	80	3
19	40	1	70	2
20	70	2	90	3
21	70	2	90	3
22	80	3	95	3
23	55	2	85	3
24	50	1	80	3
Mean	54,58		77,71	
SD	14,958		12,767	
	p= 0.000			

Keterangan:

1. Kurang ($\leq 55\%$): kode 1
2. Cukup (56-75%): kode 2
3. Baik (76-100%): kode

2. Sikap

Tabel sikap siswa kelas sepuluh sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan

No	Wilcoxon sign ranks test			
	Pre test (T)	Kode	Post test (T)	Kode
1	56.725	(+)	53.866	(+)
2	62.07	(+)	53.866	(+)
3	34.278	(-)	56.958	(+)
4	38.554	(-)	53.866	(+)
5	37.485	(-)	56.958	(+)
6	49.243	(-)	38.403	(-)
7	37.485	(-)	29.126	(-)
8	53.519	(+)	41.496	(-)
9	55.656	(+)	56.958	(+)
10	52.45	(+)	50.773	(+)
11	56.725	(+)	53.866	(+)
12	59.932	(+)	63.143	(+)
13	38.554	(-)	29.126	(-)
14	40.691	(-)	63.143	(+)
15	36.416	(-)	41.496	(-)
16	47.105	(-)	50.773	(+)
17	46.036	(-)	32.218	(-)
18	63.139	(+)	50.773	(+)
19	47.105	(-)	56.958	(+)
20	64.208	(+)	63.143	(+)
21	64.208	(+)	53.866	(+)
22	63.139	(+)	53.866	(+)
23	51.381	(+)	50.773	(+)
24	43.898	(-)	44.588	(-)
Mean	37,7083		51,75	
SD	9,355		3,234	
	p= 0.000			

Keterangan:

Sikap positif : (+)

Sikap negatif : (-)

Lampiran 18

ANALISIS DATA**1. Analisis Data umum****Frequency Table****Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	2	8.3	8.3	8.3
	Perempuan	22	91.7	91.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16 tahun	23	95.8	95.8	95.8
	17 tahun	1	4.2	4.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Penggunaan Waktu Luang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belajar	2	8.3	8.3	8.3
	Baca buku	2	8.3	8.3	16.7
	Bergurau	3	12.5	12.5	29.2
	Bermain	9	37.5	37.5	66.7
	Nongkrong	2	8.3	8.3	75.0
	Lain-lain	6	25.0	25.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Sumber Informasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Koran	2	8.3	8.3	8.3
	Majalah	1	4.2	4.2	12.5
	Buku Sekolah	10	41.7	41.7	54.2
	Buku selain buku pelajaran sekolah	2	8.3	8.3	62.5
	TV	3	12.5	12.5	75.0
	Radio	3	12.5	12.5	87.5
	Internet	3	12.5	12.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kota	2	8.3	8.3	8.3
	Desa	22	91.7	91.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Pendidikan Orang Tua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	12.5	12.5	12.5
	SMP	11	45.8	45.8	58.3
	SMA	9	37.5	37.5	95.8
	PT	1	4.2	4.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Penghasilan Orang Tua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rp 2.000.000,- - Rp 2.999.999,-	1	4.2	4.2	4.2
	Rp 1.000.000,- - Rp 1.999.999,-	4	16.7	16.7	20.8
	Rp 500.000,- - Rp 999.999,-	10	41.7	41.7	62.5
	< Rp 500.000,-	9	37.5	37.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

2. Analisis Data Sikap

NPar Tests

[DataSet3]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sikap sebelum intervensi	24	37.7083	9.35521	23.00	51.00
sikap sesudah intervensi	24	51.7500	3.23365	45.00	56.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sikap sesudah intervensi - Sikap sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	24 ^b	12.50	300.00
	Ties	0 ^c		
	Total	24		

- a. sikap sesudah intervensi < Sikap sebelum intervensi
- b. sikap sesudah intervensi > Sikap sebelum intervensi
- c. sikap sesudah intervensi = Sikap sebelum intervensi

Test Statistics^b

	sikap sesudah intervensi - Sikap sebelum intervensi
Z	-4.288 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

3. Pengetahuan

NPar Tests

[DataSet2]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan sebelum intervensi	24	54.5833	14.95767	35.00	85.00
Pengetahuan setelah intervensi	24	77.7083	12.76707	50.00	95.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan setelah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	23 ^b	12.00	276.00
	Ties	1 ^c		
	Total	24		

- a. Pengetahuan setelah intervensi < Pengetahuan sebelum intervensi
- b. Pengetahuan setelah intervensi > Pengetahuan sebelum intervensi
- c. Pengetahuan setelah intervensi = Pengetahuan sebelum intervensi

Test Statistics^b

	Pengetahuan setelah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi
Z	-4.225 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test