

TESIS

**PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN PENDEKATAN
BEHAVIOR CHANGE COMMUNICATION PADA PEKERJA BANGUNAN
DALAM MENEGAH PENULARAN HIV DAN AIDS DI SURABAYA**



Oleh :

SYIDDATUL BUDURY

NIM:131141035

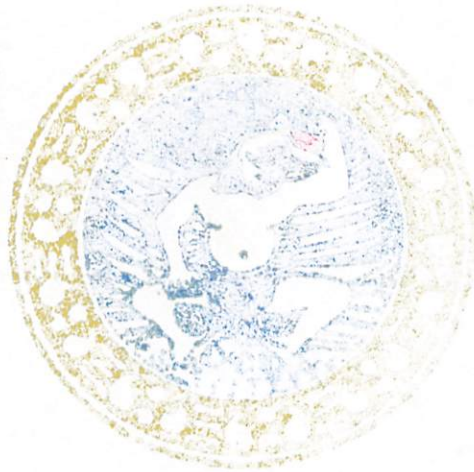
**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

2013

TESIS

PENINGKATAN SELF EFFICACY...
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA



Oleh :

SYDDATUL BUDURY
NIM.1314102

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2013

TESIS

**PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN PENDEKATAN
BEHAVIOR CHANGE COMMUNICATION PADA PEKERJA BANGUNAN
DALAM MENEGAH PENULARAN HIV DAN AIDS DI SURABAYA**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

SYIDDATUL BUDURY

NIM:131141035

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

11201

MAHASISWA UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN

Untuk memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kept)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UAIR

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Syiddatul Budury, S.Kep., Ns.

NIM : 131141035

Tanda Tangan :



Tanggal : 4 Juli 2013

LEMBAR PERSETUJUAN THESIS

**PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN PENDEKATAN
BEHAVIOR CHANGE COMMUNICATION PADA PEKERJA
BANGUNAN DALAM MENCEGAH PENULARAN HIV/AIDS
DI SURABAYA.**

**Syiddatul Budury
131141035**

**PROPOSAL TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL:**

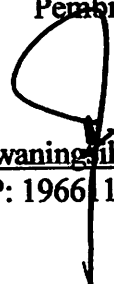
Oleh:

Pembimbing I



**Prof. Dr. Stefanus Supriyanto, dr, MS
NIP : 194909161978021001**

Pembimbing II



**Purwaningih, S.Kp.,M.Kes.
NIP: 19661212000032001**

**Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR**



**Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD.,K-PTL.,FINASIM
NIP : 194708121974121001**

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS

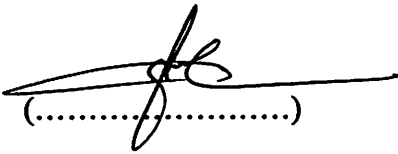
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Syiddatul Budury
NIM : 131141035
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Judul : Peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *Behavior Change Communication* pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS di Surabaya.

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Pada Tanggal : 4 Juli 2013


Panitia penguji

1. Ketua Penguji : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons).




(.....)

2. Penguji Anggota : Prof. Dr. S.Supriyanto, dr. MS



(.....)

3. Penguji Anggota : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes



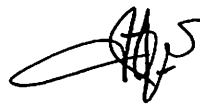
(.....)

4. Penguji Anggota : Dr. Sri Widati, S.Sos, M.Si



(.....)

5. Penguji Anggota : Atika, S.Si, M.Kes



(.....)

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Prof. Dr. Suharto, dr.MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD.,K-PTL.,FINASIM
NIP : 194708121974121001

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT, Rabb semesta alam atas rahmat dan ridho-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *Behavior Change Communication* pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS di Surabaya”. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada yang terhormat Prof. Dr Stefanus Supriyanto, dr. MS, selaku Pembimbing pertama dan Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing kedua, yang dengan penuh perhatian, dan kesabaran selalu meluangkan waktu, memberikan pengarahan dan dorongan dalam penulisan tesis ini.

Selain itu terselesainya tesis ini, juga tidak terlepas dari bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, maka perkenankan saya dengan hati yang tulus ihklas menyampaikan ucapan terima kasih tak terhingga kepada:

1. Pekerja bangunan yang jadi responden di proyek pembangunan *flyover* pasar kembang Surabaya, beserta pihak Kementerian Pekerjaan Umum Provinsi Jawa Timur dan pihak manajemen kontraktor PP-GNG-BLI yang telah mengijinkan dan berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan penelitian
2. Prof. Dr. H. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
3. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan arahan, kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Mira Triharini, SKp, M.Kep., selaku Wadek I, Yuni Sufyanti Arief, SKp., M.Kes., selaku Wadek II, dan Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns., M.Ng., selaku Wadek III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memfasilitasi kelancaran perkuliahan Program Studi Magister Keperawatan.
5. Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD.,K-PTI.,FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
6. Seluruh Pengajar Program Studi Magister Keperawatan, yang telah mentransfer pengetahuannya melalui kegiatan perkuliahan dan praktika.
7. Teman-teman Program Studi Magister Keperawatan Angkatan IV yang selalu kompak dan saling mendukung, saling mendoakan dalam perkuliahan maupun dalam penyelesaian penulisan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Saya menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Surabaya, Juli 2013

**PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Syiddatul Budury
NIM : 131141035
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

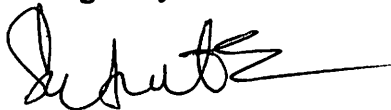
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :
Peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *Behavior Change Communication* pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV/AIDS di Surabaya

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 4 juli 2013

Yang menyatakan



(Syiddatul Budury)

RINGKASAN

Acquired immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah salah satu permasalahan kesehatan global, angka kasus HIV di Indonesia mengalami peningkatan secara eksponensial sejak tahun 2000. Kementerian kesehatan memerkirakan bahwa terdapat 220.000 orang usia produktif yang mengidap HIV dan AIDS, dan sekitar 8,2 juta orang lainnya berada dalam risiko tinggi tertular HIV. Peningkatan kasus secara garis besar sekarang didominasi oleh para pengguna narkoba suntik, laki-laki yang menggunakan jasa pekerja seks, pasangan dari lelaki yang menggunakan jasa seks dalam hal ini bisa saja istrinya, dan pekerja seks komersial itu sendiri. Hubungan yang terkait antara mobilitas dan HIV dan AIDS telah tercatat sebagai suatu fenomena, dengan kata lain, faktor 3 M sangat terkait dengan penyebaran HIV yaitu *Men, Money and Mobility*. Kondisi yang jauh dari rumah merupakan kondisi yang rentan bagi para pekerja di Indonesia untuk kemudian mencari layanan seks komersial.

Melihat kondisi ini, kita harus lebih peduli terhadap penyebaran HIV dan juga terhadap pengaruh buruknya. Pekerja kontruksi atau bangunan sebagai pekerja pendatang memiliki risiko terinfeksi HIV. Mereka pergi meninggalkan keluarga sepanjang waktu tertentu untuk bekerja di beberapa tempat yang cukup jauh, sehingga memberi peluang pada pekerja bangunan untuk kontak dengan pekerja seks di daerah tujuan karena mereka umumnya berpisah dari pasangannya, selain itu pekerja bangunan pada umumnya adalah orang muda yang memiliki kecenderungan mencari pelayanan tersebut, ditambah lagi industri seks sangat aktif di daerah tujuan pekerja, kondisi ini membuat mereka membutuhkan informasi dan pengajaran yang baik tentang apa dan bagaimana HIV dan AIDS, serta bahaya dan dampaknya dalam kehidupannya.

Behavior Change Communication (BCC) sebagai salah satu pendekatan yang dipakai dalam melakukan transfer pengetahuan supaya terjadi perubahan perilaku pada target sasaran akan sangat efektif dan efisien dalam pelaksanaannya selama didukung oleh para stake holders dan para pembuat keputusan dalam hal ini adalah pemerintah. BCC dalam pelaksanaannya menggunakan saluran komunikasi yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi pekerja bangunan, misalnya leaflet, radio, televisi, brosur, poster, kaos, buku dan yang lainnya. Implementasi dari BCC ini diharapkan mampu merubah *self efficacy* pekerja bangunan untuk tidak melakukan perilaku berisiko terkena HIV dan AIDS.

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan pengaruh pendekatan *behavior change communication* dalam meningkatkan *self efficacy* pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS, dengan menggunakan design quasi eksperimen one group pre post test serta melibatkan 30 pekerja bangunan yang bekerja di proyek pembanungan *flyover* pasar kembang Surabaya. Data didapatkan dengan menggunakan kuesioner yang diambil sebelum dan sesudah penerapan *behavior change communication* di mana pelaksanaannya menggunakan pendekatan *Focus Group Discussion*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy* pekerja bangunan mengalami peningkatan antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *behavior change communication*. Hasil uji regresi ordinal berganda pada pengaruh pengetahuan, *vicarious experience* dengan *self efficacy* sebelum dilakukan BCC menunjukkan bahwa faktor pengetahuan ($p = 0,000$) lebih berpengaruh pada *self efficacy* daripada *vicarious experience* ($p = 0,989$) Hasil setelah dilakukan BCC ada perubahan di mana variabel pengetahuan tidak memiliki pengaruh terhadap *self efficacy* ($p = 0,120$) sedangkan *vicarious experience* mempunyai pengaruh yang signifikan ($p = 0,006$)

Keberhasilan pelaksanaan *Behavior change communication* di lapangan akan sangat bergantung pada peran semua komponen diantaranya adalah target sasaran, *stake holders*, dalam hal ini adalah pemerintah atau para pembuat keputusan serta instansi swasta atau tokoh masyarakat yang berpengaruh. Komitmen dari semua pihak untuk menjaga dan memelihara keberlangsungan program atau kegiatan BCC sangat penting demi mencapai tujuan.

Pelaksanaan BCC yang baik diharapkan dapat meningkatkan *self efficacy* pekerja dalam mencegah penularan HIV dan AIDS, *self efficacy* merupakan salah satu hal penting dan mempunyai pengaruh yang signifikan pada bagaimana cara orang berpikir dan akan berperilaku yang akan mereka terapkan. Kita berharap dengan *self efficacy* yang baik dapat mencegah para pekerja untuk berperilaku yang berisiko yang bisa menularkan HIV atau AIDS.

SUMMARY

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is one global health issue. The number of HIV cases in Indonesia has been increasing exponentially since 2000, the Ministry of Health estimates that up to 220.000 people working age were living with HIV and AIDS and 8.2 million were at high risk. (ADB, 2012). The expansion of the pandemic into general population is now being fueled by injecting drug user, male client of sex workers, spouse of sex workers, and sex workers. The link between mobility and HIV and AIDS is a well documented phenomenon. As in other parts of the world, the three “Ms” men, mobility and money are key ingredients for the spread of HIV, time spent away from home is significantly associated with engaging in commercial sex, and the bulk of HIV and AIDS risk in Indonesia is linked to men who work away from home

Looking for these condition, we have to take awareness about HIV transmission and its bad effect. People who work in construction have a risk to be infected by HIV, they leave their family in a long term work, in a place which far away from their home, so their condition give opportunity for construction worker to use commercial sex service because they separated with their spouse. Generally, construction worker are young who tend to actively seek commercial sex service. Sex industry also very attractive for construction worker. This condition make them need information and education about HIV and AIDS and its effect and how dangerous it is in their life.

Behavior change communication is one of approach used in knowledge transfer in order to change behavior in people, BCC will be more effective and efficient if government and stake holders are involved in its application. BCC implementation use communication channel which appropriate with condition of construction workers such as leaflet, radio, television, brochure, poster, tshirt, book etc. BCC implementation is expected to change self efficacy in construction workers to prevent high risk behavior in HIV and AIDS transmission.

The objectives of this research are proving influence of behavior change communication to self efficacy increasing to prevent HIV spreading on construction workers community. This research is quasi experiment, one group pre post test design and involved 30 respondents who work in Pasar Kembang flyover's project. The data was taken by using questionnaire, pre and post behavior change communication implementation.

Result showed that worker's knowledge, vicarious experience, and self efficacy were increase, before and after the behavior change communication implementation, the result of multiple ordinal regression showed that knowledge has a significant influence to self efficacy ($p = 0,000$) meanwhile vicarious experience has $p 0,989$, its means that there is no significant's influence to self efficacy. In other side, there are different result after BCC's implementation where knowledge has $p 0,120$ and vicarious experience $p 0,006$. Its means that knowledge has no influenced to self efficacy but vicarious experience has it.

Success of behavior change communication implementation is involved by recipient target, stake holders and government. Commitment from all part which involved are very important to maintain program sustainability in BCC.

BCC implementation is expected to increase self efficacy in workers to prevent HIV and AIDS transmission. Self efficacy is important and has a significant effect in how people think and behave. Hopefully, good self efficacy can prevent workers from high risk behavior in HIV and AIDS tranmission.

ABSTRACT

**AN INCREASE OF SELF EFFICACY
BY BEHAVIORAL CHANGE COMMUNICATION APPROACH
ON CONSTRUCTION WORKERS IN PREVENTING HIV/AIDS
SPREADING IN SURABAYA.**

Syiddatul Budury

Perceived self efficacy to prevent HIV and AIDS spreading was needed to make HIV and AIDS did not come true. Construction workers is one of community that sensitively to engage with HIV and commercial sex because they work away from home. This study was aimed to analyze self efficacy increasing using behavior change communication approach to construction workers in preventing HIV and AIDS spreading.

This research was quasy experiment with non randomized one group pre post test design. The population was all construction workers in flyover project, Pasar Kembang Surabaya. Total sample was 30 respondent. Independent variables was behavior change communication (BCC) and dependent variables are knowledge, vicarious experience and self efficacy. Data were collected using structured questionnaire and then analyzed using wilcoxon sign test and mulitple ordinal regression with level of significance <0.005 .

The result of these research indicated that workers knowledge pre and post test has $p <0.000$, so vicarious experience and self efficacy ($p <0.000$). influence of knowledge to self efficacy before BCC has $p 0,000$ meanwhile vicarious experience has $p 0,989$. After BCC the knowledge's influence to self efficacy ($p - 0,120$) and vicarious experience ($p=0,006$) it showed that knowledge had no significant influence, but vicarious experience had significant influence.

It can be concluded that vicarious experience has a big effect to increase self efficacy, because we can learn something valuable from other people who had an experience. Further study should using BCC and focus on the behavior of workers in avoiding HIV and AIDS contagion.

Keywords : *Knowledge, Vicarious Experience, Self Efficacy, HIV/AIDS, Behavior Change Communication*

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
PRASARAT GELAR.....	iii
LEMBAR ORISINALITAS.....	iv
PERSETUJUAN THESIS.....	v
PENETAPAN PANITIA PENGUJI	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
RINGKASAN	x
SUMMARY	xi
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Penyebab Masalah	8
1.3 Rumusan Masalah	10
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.4.1 Tujuan Umum	11
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 HIV/AIDS	13
2.1.1 Konsep Dasar HIV	13
2.1.2 Cara Penularan	14
2.1.3 Sifat HIV yang berhubungan dengan Penularan	14
2.1.4 Jenis Perilaku yang Berisiko Menularkan HIV	16
2.1.5 Gejala HIV/AIDS	17
2.1.6 Pencegahan	19
2.1.7 Infeksi Oportunistik.....	20
2.2 <i>Self Efficacy</i>	22
2.2.1 Definisi	22
2.2.2 Dimensi <i>Self Efficacy</i>	22
2.2.3 Proses Perubahan <i>Self Efficacy</i>	23
2.2.4 Pengaruh <i>self efficacy</i>	29
2.3 <i>Behavior Change Communication</i>	30
2.3.1 Peran <i>Behavior Change Communication</i>	32
2.3.2 Tujuan <i>behavior Change Communication</i>	33
2.3.3 Prinsip Panduan.....	34
2.3.4 Strategi Pengembangan BCC	35

2.3.5 Penerapan BCC di berbagai Negara	40
2.4 Keperawatan Kesehatan Komunitas	41
2.5 Peran Perawat Komunitas	44
2.6 Pekerja Bangunan.....	46
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....	49
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	49
3.2 Hipotesis Penelitian	51
BAB 4 METODE PENELITIAN	52
4.1 Desain Penelitian	52
4.2 Populasi dan sampel	52
4.2.1 Populasi.....	52
4.2.2 Sampel	52
4.2.3 Besar Sampel dan Sampling	53
4.3 Variabel Penelitian	53
4.3.1 Variabel Penelitian.....	54
4.3.2 Defini Operasional.....	54
4.4 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen.....	55
4.4.1 Instrumen Penelitian	55
4.4.2 Uji Instrumen	56
4.5 Lokasi dan Waktu penelitian	58
4.6 Prosedur Pengambilan Data	58
4.7 Kerangka Operasional	60
4.8 Pengolahan dan Analisa Data	61
4.9 Masalah Etika	63
BAB 5 HASIL PENELITIAN	64
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	64
5.2 Pelaksanaan <i>Behavior Change Communication</i>	63
5.3 Hasil Analisa Data.....	76
BAB 6 PEMBAHASAN	80
6.1 Identifikasi demografi pekerja bangunan	80
6.2 Tingkat Pengetahuan Pekerja Bangunan tentang HIV/AIDS Sebelum dan sesudah pelaksanaan BCC	82
6.3 Tingkat <i>Vicarious Experience</i> Pekerja Bangunan tentang HIV/AIDS Sebelum dan sesudah pelaksanaan BCC	83
6.4 Tingkat <i>Self Efficacy</i> Pekerja Bangunan tentang HIV/AIDS Sebelum dan sesudah pelaksanaan BCC	85
6.5 Pengaruh pengetahuan, vicarious experience dan <i>self efficacy</i> Pekerja Bangunan Dalam mencegah penularan HIV/AIDS sebelum BCC.....	86
6.6 Pengaruh pengetahuan, vicarious experience dan <i>self efficacy</i> Pekerja Bangunan Dalam mencegah penularan HIV/AIDS sesudah BCC	88

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	93
7.2 Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA	96
LAMPIRAN	100

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Karakteristik Pekerja Bangunan Berdasar Usia Di wilayah Surabaya Barat, Desember 2012	5
Tabel 1.2 Tingkat Pengetahuan Pekerja Tentang HIV dan AIDS Dan Penyebabnya di Wilayah Suarabaya Barat, Desember 2012	6
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian	50
Tabel 4.2 Definisi Operasional variabel penelitian	52
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi pekerja bangunan berdasarkan usia, Pendidikan, penghasilan dan status pernikahan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	67
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi pekerja bangunan berdasarkan asal daerah Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	68
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi pekerja bangunan berdasarkan mobilitas Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	66
Tabel 5.4 Tingkat Pengetahuan pre test Pekerja bangunan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	71
Tabel 5.5 Tingkat <i>Vicarious Experience pre test</i> Pekerja bangunan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	71
Tabel 5.6 Tingkat <i>Self Efficacy pre test</i> Pekerja bangunan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	71
Tabel 5.7 Tingkat Pengetahuan post test Pekerja bangunan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	75
Tabel 5.8 Tingkat <i>Vicarious Experience post test</i> Pekerja bangunan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	75
Tabel 5.9 Tingkat <i>Self Efficacy post test</i> Pekerja bangunan Di proyek flyover Pasar kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013.....	76
Tabel 5.10 Hasil uji wilcoxon tingkat pengetahuan, <i>vicarious experience</i> Dan <i>self efficacy</i>	76
Tabel 5.11 Pengaruh pengetahuan, <i>vicarious experience</i> dengan <i>self efficacy</i>	77

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Jumlah Kasus AIDS pada buruh kasar di Indonesia 2009-2012	2
Gambar 1.2 Jumlah Kasus HIV/AIDS di Surabaya periode 2009 - 2011	3
Gambar 1.3 Identifikasi Penyebab Masalah dengan pendekatan teori <i>Self Efficacy</i> Bandura.....	8
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	47
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	57

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Surat permohonan Ijin Penelitian	97
Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian	98
Lampiran 3 : Lembar Kelaikan Etik.....	99
Lampiran 4 : Lembar Penjelasan.....	100
Lampiran 5 : Lembar Permohonan menjadi responden	102
Lampiran 6 : Persetujuan Menjadi Responden	103
Lampiran 7 : Kuesioner Penelitian.....	104
Lampiran 8 : Hasil Uji Validitas dan reliabilitas	108
Lampiran 9 : Raw Data Demografi Responden	122
Lampiran 10 : Raw Data Variabel Penelitian.....	123
Lampiran 11 : Hasil Uji Statistik.....	124
Lampiran 12 : Leaflet	133

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Defficiency Syndrome</i>
ARV	: Anti Retro Viral
BCC	: <i>Behavior Change Communication</i>
CD4	: <i>Cluster of Differentiation 4</i>
CMV	: <i>Cytomegalovirus</i>
DKK	: Dinas Kesehatan Kota
FHI	: <i>Family Health International</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HBM	: <i>health Belief Model</i>
IDU	: <i>Injecting Drug User</i>
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
LBT	: Laki-laki Berisiko Tinggi
LSL	: Lelaki Suka Lelaki
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
PP&PL	: Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
PSK	: Pekerja Seks Komersial
PPM	: Pengendalian Penyakit Menular
PMTS	: Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual
Penasun	: pemakai Narkoba Suntik
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
TB	: Tuberculosis
USPHS	: <i>US Public Health Service</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) telah menjadi salah satu masalah kesehatan yang mengancam populasi manusia di suatu negara, penyebabnya dari AIDS adalah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Di Indonesia, jumlah kasus HIV dan AIDS terus mengalami peningkatan terutama dalam tiga tahun terakhir, pada tahun 2009 jumlah kasus HIV dan AIDS sebanyak 9.793, tahun 2010 sebanyak 21.591 dan pada tahun 2011 sebanyak 21.031 (Kemenkes RI, 2012). Kondisi ini jika tidak dikendalikan akan mempercepat laju pertumbuhan dan penularan HIV dan AIDS di Indonesia. Penularan HIV dan AIDS mempunyai pola yang spesifik terutama bagi mereka yang memiliki perilaku yang berisiko terkena HIV, misalnya Pekerja Seks Komersial (PSK) ataupun Pemakai Narkoba Suntik (Penasun), serta orang yang memakai jasa pekerja seks komersial. Penyebaran HIV pada prinsipnya adalah sesuatu yang bisa dicegah dengan perubahan perilaku, misal tidak menggunakan jarum suntik untuk dipakai bersama dan bergantian, ataupun tidak melakukan hubungan seks dengan mereka yang berisiko tinggi tertular HIV ataupun dengan mereka yang sudah mengidap HIV dan AIDS.

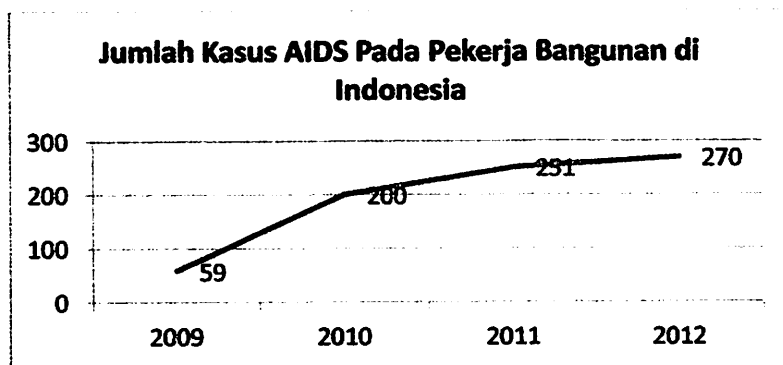
Prioritas utama di Indonesia adalah pencegahan penyebaran dengan menitikberatkan pada perubahan perilaku, program *harm reduction* pada Penasun, dan program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) yang ditujukan pada pekerja seks (wanita, laki-laki, waria), Lelaki Suka Lelaki (LSL), Menurut

Ditjen PP&PL Kemenkes RI (2012) sejak tahun 2011 program PMTS juga sudah dikembangkan pada kelompok Laki-Laki Berisiko Tinggi (LBT). Kelompok ini identik dengan buruh kasar, di mana sebagian besar adalah pekerja migran yang berusia muda, yang mencari kerja demi masa depan yang lebih baik, tingkat pendidikan yang rendah, serta berpisah dari keluarga dan nilai-nilai hidup tradisional (Hug0, 2001) Kondisi tersebut membuat para buruh kasar, contohnya ; pekerja konstruksi jalan raya, buruh pabrik, pekerja bangunan terdorong untuk melakukan perilaku seks berisiko yaitu dengan melakukan seks sesama lelaki ataupun dengan menggunakan jasa pekerja seks komersial. Pekerja bangunan sebagai salah satu kelompok Laki-Laki Berisiko Tinggi (LBT) yang jarang terpajan dengan informasi terkait dengan HIV dan AIDS perlu menjadi objek dalam sasaran promosi kesehatan guna mencegah dan mengurangi penyebaran HIV.

Pekerja bangunan sebagai pekerja pendatang memiliki risiko terinfeksi HIV (Hugo, 2001). Mereka pergi meninggalkan keluarga sepanjang waktu tertentu untuk bekerja di beberapa tempat yang cukup jauh, sehingga memberi peluang pada pekerja bangunan untuk kontak dengan pekerja seks di daerah tujuan karena mereka umumnya berpisah dari pasangannya, selain itu pekerja bangunan pada umumnya adalah orang muda yang memiliki kecenderungan mencari pelayanan tersebut, ditambah lagi industri seks sangat aktif di daerah tujuan pekerja pendatang. Hasil temuan yang dilakukan *Asian Development Bank* (2007) menjelaskan bahwa sektor pembangunan infrastruktur di Indonesia berperan penting dalam peningkatan penyebaran HIV, hal ini terkait dengan faktor *men, mobility* dan *money* yang erat kaitannya dengan kondisi para pekerja

bangunan atau konstruksi. Di sisi lain, hasil Survei Terpadu Biologis Perilaku pada Kelompok Berisiko Tinggi (Depkes, 2007) menyebutkan bahwa hanya 7 - 21 % pekerja yang menggunakan kondom saat menggunakan jasa wanita pekerja seks, kondisi ini memungkinkan penyebaran dan laju pertumbuhan HIV dan AIDS di Indonesia cenderung mengalami peningkatan karena pekerja bangunan dapat terinfeksi dan menyebarkannya pada lingkungan rumah mereka saat kembali, para pekerja yang terinfeksi dapat menularkannya pada pekerja seks, serta status mereka yang migran non permanen memungkinkan mereka untuk pindah kerja ke wilayah baru, yang nantinya memungkinkan menyebarkan pada kelompok baru pekerja seks yang ada di wilayah tersebut.

Data dari Ditjen PP&PL Kemenkes RI (2012) mengungkapkan bahwa ada peningkatan jumlah kasus AIDS pada kelompok Pekerja Bangunan

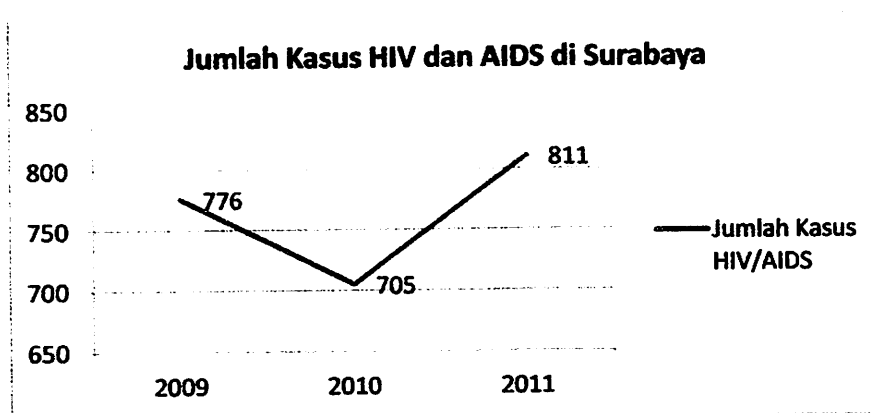


Sumber : Ditjen PP & PI Kemenkes

Gambar 1.1 Jumlah kasus AIDS pada pekerja bangunan di Indonesia tahun 2009 - 2012

Gambar 1.1 dapat dilihat bahwa ada peningkatan jumlah kasus AIDS yang cukup signifikan pada kelompok buruh kasar, pada rentang tahun 2009 ke tahun 2012.

Di wilayah Surabaya, jumlah penderita HIV dan AIDS dalam tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi (DKK Surabaya, 2012) data lebih lengkap bisa dilihat pada gambar di bawah ini.



Sumber : PPM Dinkes Kota Surabaya

Gambar 1.2 Jumlah kasus HIV dan AIDS di Surabaya periode 2009-2011

Dari gambar 1.1 dan 1.2 dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kasus HIV dan AIDS terutama pada periode 2010 ke 2011.

Data dari Dinas Kesehatan Surabaya (2012) juga menyebutkan bahwa tiga kelompok yang menderita HIV dan AIDS dengan angka yang tinggi yaitu pada kelompok wiraswasta, penjaja seks komersial dan ibu rumah tangga, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kelompok yang memiliki risiko tinggi untuk tertular HIV dan AIDS bukan hanya pada kelompok penjaja seks, namun kelompok wiraswasta jauh memiliki peluang yang lebih besar, demikian juga pada kelompok ibu rumah tangga. Kelompok ibu rumah tangga ini disinyalir mendapatkan virus HIV dari suaminya yang juga menderita HIV yang disebabkan karena memiliki perilaku yang berisiko tinggi tertular HIV dan AIDS, salah satunya adalah karena pekerjaan suami yang rentan untuk menggunakan jasa

PSK, misal suami yang bekerja sebagai sopir antar kota, Anak Buah Kapal (ABK) dan juga dari kelompok buruh kasar termasuk juga pekerja bangunan.

Pekerja bangunan yang sedang bekerja di proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya, juga memiliki tingkat kerentanan tersendiri, selain faktor demografi yang jauh dari keluarga dan jarang pulang, keberadaan kawasan lokalisasi Dolly yang terbesar se Asia Tenggara di mana jaraknya kurang lebih satu setengah kilometer dari lokasi proyek, memungkinkan mereka untuk melakukan suatu perilaku yang berisiko terkena HIV dan AIDS, yaitu dengan menggunakan layanan jasa pekerja seks komersial yang berada di lokalisasi tersebut. Berdasarkan uraian di atas maka perlu dilakukan suatu penelitian terkait dengan bagaimana pengetahuan mereka terhadap HIV dan AIDS, dan implikasinya terhadap kemampuan mereka dalam berperilaku guna mencegah penularan HIV dan AIDS, dari gambaran ini memberi suatu pemikiran bahwa *self efficacy* pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS belum teridentifikasi.

Data awal yang diambil peneliti pada 15 pekerja bangunan yang bekerja di wilayah Surabaya Barat menunjukkan bahwa pekerja bangunan lebih banyak pada usia muda.

Tabel 1.1 Karakteristik pekerja bangunan berdasar usia di wilayah Surabaya Barat, Desember 2012.

Usia	Jumlah	Prosentase
15 – 20	6 Orang	40%
21 – 25	2 Orang	13,33%
26 – 30	6 Orang	40%
31 – 35	1 orang	6,67%
Total	15 Orang	100%

Sumber : Data primer awal penelitian

Tabel 1.1 didapatkan bahwa rentang usia para pekerja bangunan berada di usia muda, rentang usia yang cukup produktif. Pekerja bangunan yang ada mayoritas adalah migran, berasal dari daerah yang jauh dari Surabaya, seperti Pasuruan, Probolinggo, dan Sampang. Tujuh orang dari mereka (46,67%) pulang ke desa 1 bulan sekali, dan 8 orang (53,3%) pulang 2 bulan sekali. Dengan status pernikahan 40 % (6 orang) belum menikah, dan sisanya 60% (9 orang sudah menikah).

Tabel 1.2 Tingkat pengetahuan pekerja bangunan tentang HIV dan AIDS dan penyebabnya di wilayah Surabaya Barat, Desember 2012.

Tingkat Pengetahuan tentang AIDS, Jumlah penyebab dan penularan	Jumlah	Prosentase
Pengetahuan baik	5 Orang	33,33 %
Pengetahuan cukup	3 Orang	20%
Pengetahuan kurang	7 Orang	46,67 %
Total	15 Orang	100%

Sumber : Data primer awal penelitian

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa ada 46,67% pekerja bangunan yang memiliki pengetahuan kurang tentang HIV dan AIDS.

Tingkat pengetahuan yang dangkal tentang HIV dan AIDS dan penyebabnya yang dimiliki oleh para pekerja bangunan makin menempatkan mereka ke dalam kelompok Laki-Laki Berisiko Tinggi (LBT) yang akan tertular HIV. Hasil dari Survei Terpadu Biologis Perilaku pada Kelompok Berisiko Tinggi (Kemenkes, 2011) menyebutkan juga bahwa pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS pada seluruh kelompok sasaran mengalami penurunan, kelompok sasaran yang dimaksud adalah Waria, Wanita Penjaja Seks, Pemakai Narkoba Suntik, Lelaki Suka Lelaki (LSL) dan Lelaki Berisiko Tinggi. Salah satu faktor

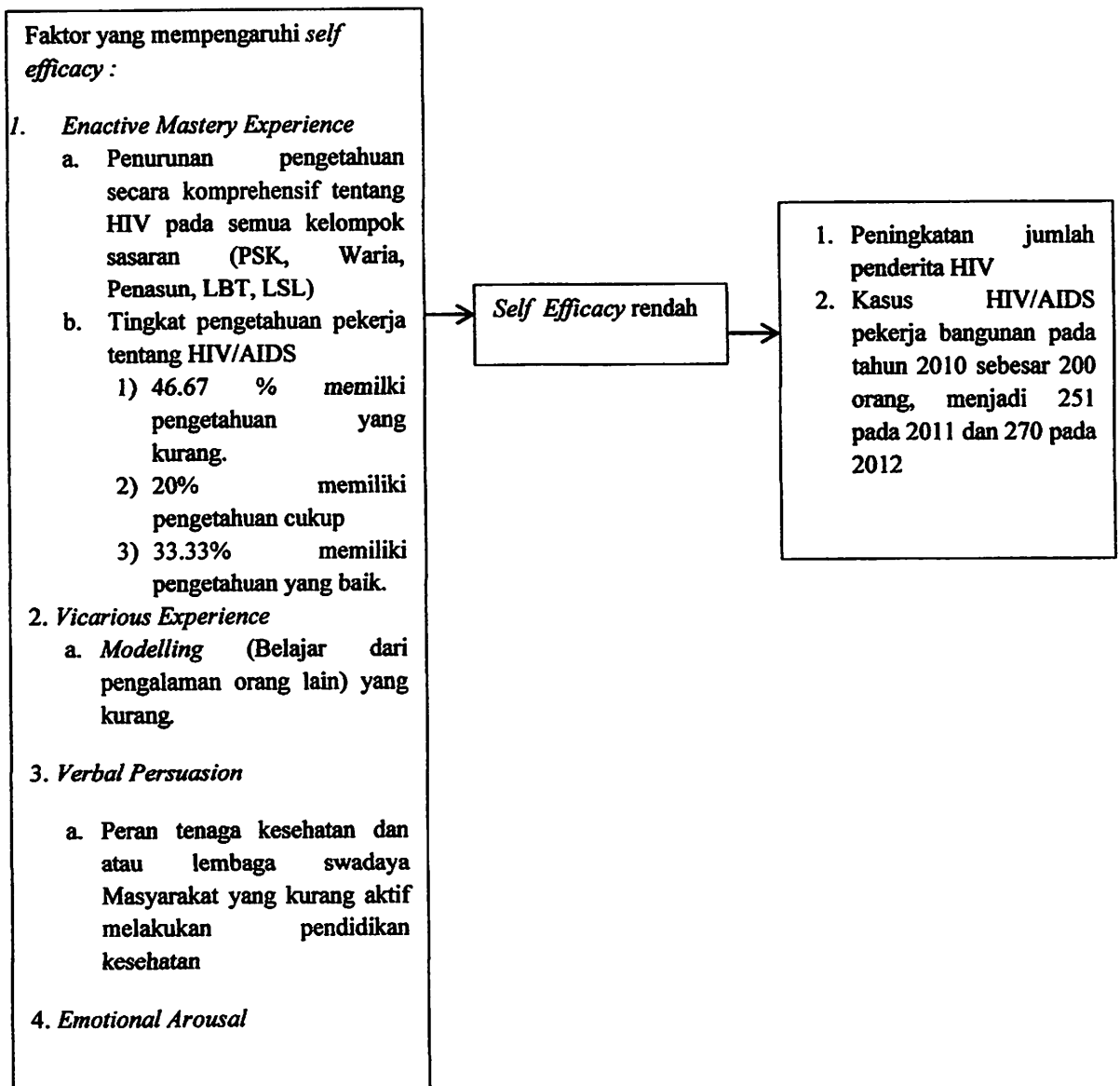
penyebabnya adalah terjadinya penurunan intensitas intervensi perubahan perilaku yang diantaranya dapat dilihat dari menurunnya jumlah kelompok sasaran yang dijangkau oleh petugas lapangan.

Melihat pola penyebaran HIV yang rentan pada kelompok pekerja bangunan, maka perlu dilakukan suatu program pencegahan yang dapat mengurangi efek berantai penularan HIV, salah satunya adalah dengan meningkatkan program pencegahan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) (KPA, 2010) dengan memberikan *health education* tentang HIV dan AIDS, dengan harapan pengetahuan mereka yang memadai akan mampu merubah *self efficacy* dan perilaku seksual mereka yang berisiko. *Self Efficacy* berdasarkan teori sosial kognitif yang dikemukakan oleh Bandura (1997) menyatakan bahwa motivasi dan tindakan manusia diatur secara ekstensif oleh pemikirannya, di mana *self efficacy* dipengaruhi oleh empat faktor yaitu *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *verbal persuasion* dan *physiological state*. Faktor utama yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah *self efficacy*, yaitu keyakinan seseorang tentang kemampuannya sendiri untuk melakukan suatu tindakan yang diinginkan sehingga bisa mencapai hasil yang diinginkan. (Luszczynska, 2005) Salah satu upaya merubah *self efficacy* dan perilaku yang dikembangkan oleh *Family Health International* adalah dengan menggunakan pendekatan *Behavior Change Communication*.

Behavior Change Communication merupakan salah satu program yang bertujuan untuk merubah perilaku, mengembangkan perilaku yang positif serta meningkatkan status dan promosi kesehatan dengan menggunakan berbagai saluran komunikasi (FHI, 2006). Program BCC merupakan hal yang

komprehensif meliputi, aspek medis, sosial, psikologi dan spiritual di mana pelaksanaannya bertahap mulai dari membuka akses kepada kelompok berisiko, melakukan komunikasi, informasi dan edukasi tentang HIV dan AIDS dengan menggunakan berbagai macam media, dan memberi dukungan untuk melakukan perubahan perilaku

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah



Gambar 1. 3 Identifikasi Penyebab Masalah dengan pendekatan teori *Self efficacy* Bandura (1997)

Penyebaran dan peningkatan kasus HIV/AIDS pada golongan pekerja bangunan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain usia, status perkawinan, penghasilan, kondisi yang jauh dari rumah serta mobilitas yang tinggi, sehingga memudahkan mereka untuk berhubungan dengan dunia seks komersial (ADB, 2007). Bandura (1997) menjelaskan bahwa kepedulian dan pengetahuan seseorang akan risiko dari suatu perilaku kesehatan adalah pra kondisi yang memungkinkan seseorang untuk merubah perilakunya. Untuk mencapai sebuah perubahan perilaku, masyarakat tidak hanya membutuhkan alasan untuk mengubah perilaku berisikonya tetapi juga makna penting perilaku, sumber daya serta dukungan sosial. Banduranya menyebutnya sebagai *self efficacy*, yaitu keyakinan seseorang akan kemampuannya untuk mengorganisir dan menyingkirkan perilaku untuk kebaikan dirinya di masa yang akan datang, *self efficacy* ini menggambarkan bagaimana seseorang berpikir, berperilaku dan merasakan. Cherry (2012) juga menjelaskan bahwa sikap, kemampuan dan pengetahuan seseorang merupakan bagian dari *self esteem* yang mempunyai peran penting dalam menerima sebuah situasi dan juga menentukan bagaimana dia akan berespon, dan *self efficacy* ini adalah salah satu bagian penting dari *self esteem* itu sendiri.

Self efficacy dipengaruhi oleh empat faktor yaitu *enactive mastery experience*, di mana didalamnya terdapat pengetahuan yang didapat seseorang berdasar hasil persepsi terhadap HIV/AIDS, atau pernah merasakan sendiri suatu kejadian. *Vicarious Experience* adalah konsep modelling di mana seseorang bisa meningkatkan *self efficacy*nya dengan melihat seseorang yang memiliki

kemiripan karakteristik namun mengidap HIV/AIDS. Verbal Persuasion adalah peran dari tenaga kesehatan atau dari lembaga Swadaya Masyarakat untuk melakukan promosi kesehatan dalam mencegah penularan HIV/AIDS.

Self efficacy dalam mencegah penularan HIV/AIDS adalah berfokus pada perilaku yang sehat, antara lain tidak menggunakan spuit secara bergantian bagi para pengguna narkotika, tidak berganti-ganti pasangan seks serta menggunakan kondom. Penelitian yang dilakukan Boskey (2008) menunjukkan bahwa kegagalan masyarakat dalam mempraktekkan perilaku seks yang aman adalah karena mereka tidak tahu tentang risiko, yaitu karena mereka lupa untuk membeli kondom dan juga karena mereka tidak tahu bagaimana cara membicarakan hal tersebut dengan pasangan seksnya. Masyarakat harus merasa percaya diri akan kemampuannya dalam untuk mencegah penularan HIV/AIDS, selain itu faktor *vicarious experience* dari sosok atau model mengalami masalah (mengidap HIV/AIDS) diharapkan juga mampu meningkatkan *self efficacy*.

Intervensi kebijakan umum kesehatan untuk mencegah penyebaran dan penularan HIV /AIDS harus benar-benar diintensifkan, mengingat transmisi penularan ini berada di wilayah *private*, maka berbagai macam intervensi dengan menggunakan bermacam media perlu dilakukan untuk mengurangi dan menekan angka insiden HIV/AIDS, salah satu cara yang bisa dilakukan adalah melalui penerapan *Behavior Change Communication (BCC)*, BCC menitikberatkan pada sisi komprehensif mencakup aspek medis, sosial, psikologis, dan spiritual dengan menggunakan berbagai media yang memungkinkan untuk diterapkan sesuai dengan karakteristik sasaran. Low-Beer dan Stoneburner (2003) memaparkan hasil penelitiannya tentang penerapan BCC di Uganda yang ternyata mampu

menurunkan angka penularan HIV/AIDS pada kaum muda dari 21.1% menjadi 6.4 %, di mana salah satu intervensinya adalah dengan meningkatkan penggunaan kondom, proses komunikasi sosial tentang AIDS dan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dengan pendekatan personall pada lingkungan keluarga dan teman, serta meningkatkan pelayanan pemberian VCT di berbagai tempat.

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh penerapan *Behavior Change Communication* terhadap pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy* pekerja bangunan proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV/AIDS.
2. Apakah ada pengaruh pengetahuan dan *vicarious experience* terhadap *self efficacy* pekerja bangunan proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV/AIDS sebelum pelaksanaan *behavior change communication*
3. Apakah ada pengaruh pengetahuan *vicarious experience* terhadap *self efficacy* pekerja bangunan proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV/AIDS sesudah pelaksanaan *behavior change communication*

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum.

Menganalisis pengaruh *Behavior Change Communication* terhadap *self efficacy* pekerja bangunan proyek pembangunan *flyover* Pasar kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV/AIDS.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi aspek demografi (usia, pendidikan, penghasilan, asal daerah, status perkawinan, dan mobilitas frekuensi untuk pulang ke tempat asal) pekerja bangunan proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya
2. Menganalisa pengaruh *behavior change communication* terhadap pengetahuan pekerja bangunan proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya
3. Menganalisa pengaruh *behavior change communication* terhadap *vicarious experience* pekerja bangunan proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV dan AIDS.
4. Menganalisa pengaruh *behavior change communication* terhadap *self efficacy* pekerja bangunan proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV dan AIDS.
5. Menganalisa pengaruh pengetahuan dan *vicarious experience* terhadap *self efficacy*. pekerja bangunan proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV dan AIDS.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Memberikan kontribusi ilmiah tentang upaya pencegahan penularan HIV/AIDS dengan menggunakan pendekatan *Behavior Change Communication*

1.5.2 Praktis

Dapat memberikan masukan bagi para penggiat HIV/AIDS, baik dari sektor pemerintah ataupun Non Pemerintah atau Lembaga Swadaya Masyarakat dalam melakukan upaya pencegahan penularan HIV/AIDS di setiap lapisan masyarakat.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

2.1.1 Konsep Dasar HIV

Human Immunodeficiency Virus (HIV) termasuk familia retrovirus (AusAid, 2002). Sel-sel darah putih yang diserang oleh HIV pada penderita yang terinfeksi HIV adalah sel-sel Limfosit T (CD4) yang berfungsi dalam sistem imun (kekebalan) tubuh. Virus HIV memperbanyak diri dalam sel limfosit yang diinfeksi dan merusak sel-sel tersebut, sehingga mengakibatkan sistem imun terganggu dan daya tahan tubuh berangsur menurun. Sebaliknya, akibat daya tahan tubuh yang menurun mengakibatkan risiko timbulnya penyakit oleh karena infeksi ataupun penyakit lain akan meningkat. Hal ini tidak akan terjadi dalam keadaan daya tahan tubuh yang normal. Infeksi yang timbul oleh karena daya tahan tubuh menurun di sebut infeksi oportunistik.

Acquired Immudeficiency Syndrome (AIDS) merupakan sekumpulan gejala yang dijumpai pada fase akhir dari infeksi HIV. Gejala-gejala tersebut tergantung dari infeksi oportunistik yang menyertai infeksi HIV tersebut. Penurunan daya tahan tubuh akibat kerusakan sistem imun oleh HIV sampai pada tingkat timbulnya AIDS memerlukan waktu beberapa tahun, bahkan bisa sampai 15 tahun. Obat-obat anti retroviral (ARV) dapat membantu mencegah perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS, atau dapat memperbaiki kondisi penderita AIDS (AusAids, 2009).

2.1.2 Cara Penularan

Human Immunodeficiency Virus (HIV) tidak mudah menular seperti penularan virus influenza. Virus HIV terutama terdapat dalam cairan vagina, air mani, darah (Depkes, 1997). Penularan AIDS terutama berlangsung dengan cara sebagai berikut:

1. Melalui hubungan seksual tanpa menggunakan kondom (homoseks maupun dengan heteroseksual) dengan seorang yang tubuhnya mengidap HIV
2. Melalui jarum suntik dan atau spuit yang dipergunakan bersama untuk menyuntikkan obat-obatan (*drug*), tato, tindik, ataupun suntik silicon.
3. Infeksi dari ibu hamil yang mengidap HIV positif kepada janin yang dikandungnya.
4. Transfusi darah, olahan darah dan transplantasi organ tubuh.

Virus ini tidak ditularkan melauai tempat duduk WC, hidup serumah dengan penderita AIDS (asal tidak melakukan hubungan seksual), bersenggolan dengan penderita, bersentuhan dengan pakaian dan lain-lain barang bekas penderita AIDS, berjabat tangan, penderita bersin atau batuk didekat kita, berciuman, makanan dan minuman, gigitan nymuk dan serangga lain, berenang bersama.

2.1.3 Sifat HIV yang berhubungan dengan penularan.

Virus HIV-1 dan HIV-2 termasuk subfamily lentivirus, yaitu virus yang tidak menyebabkan kanker, tetapi dapat menyebabkan penyakit menahun dengan masa inkubasi yang panjang, diikuti oleh timbulnya gejala-gejala penyakit, kemudian baru menunjukkan penyakit sesungguhnya. Risiko penularan HIV

dipengaruhi oleh jumlah virus (*Viral Load*) yang ada di dalam cairan tubuh. Setiap orang yang terinfeksi HIV mempunyai potensi untuk menularkan HIV, meskipun *viral load* tidak terdeteksi (<50 turunan virus/ml). Semakin tinggi *viral load* semakin besar potensi penularannya. Di samping itu ada faktor-faktor lain yang juga berpengaruh seperti frekuensi hubungan, kekebalan tubuh sangat bervariasi. Beberapa jenis cairan tubuh mengandung virus dalam jumlah yang cukup banyak untuk menularkan virus dalam darah, cairan mani, vagina, dan serviks, air susu dan cairan dalam otak. Sedangkan air kencing, airmata, keringat mengandung virus dalam jumlah kecil sehingga tidak punya potensi penularan (AusAid, 2002).

Jumlah virus dalam tubuh orang yang dengan HIV/AIDS tidak menetap. Pada stadium awal (stadium I) jumlah virus cukup banyak, sedang saat tubuh mulai membentuk antibodi jumlah virus akan menurun dalam darah. Jumlah virus akan relatif menjadi stabil pada stadium II, HIV positif tanpa gejala, dan akhirnya akan semakin tinggi pada stadium III dan IV (AIDS).

Dalam suatu hubungan seks, selain jumlah virus, frekuensi hubungan, jenis hubungan, faktor *host* juga memegang peran. Dalam satu hubungan seks, kemungkinan penularannya sekitar 5-15%. Walaupun demikian, fakta yang ada menunjukkan ternyata HIV mampu menembus jaringan lunak yang sehat pada permukaan dalam dubur maupun serviks.

2.1.4 Jenis perilaku atau hubungan seks yang berisiko menularkan HIV

Menurut Garnich (2003) terdapat beberapa perilaku yang memiliki risiko menularkan HIV yaitu :

1. Berisiko rendah
 - a. Ciuman basah (ciuman dengan mulut terbuka dan menyentuh lidah)
 - b. Seks oral pada pria atau wanita
 - c. Seks vaginal dengan kondom
 - d. Seks anal dengan kondom
 - e. Mandi kucing (saling menjilati tubuh, diselingi ciuman basah)
2. Berisiko Tinggi
 - a. Seks vaginal tanpa pengaman
 - b. Seks anal tanpa pengaman
3. Tidak berisiko
 - a. Ciuman kering (dengan mulut tertutup)
 - b. Masturbasi
 - c. Menyentuh, memeluk, meraba
 - d. Berfantasi
 - e. Menggesek tubuh bersamaan
 - f. Menciumi tubuh seseorang
4. Perilaku seksual berisiko yang sering dilakukan adalah
 - a. Hubungan seks secara oral tanpa kondom
 - b. Hubungan seks anal tanpa kondom
 - c. Mandi kucing (diselingi ciuman basah)

2.1.5 Gejala HIV dan AIDS

Infeksi HIV dapat dibagi menjadi beberapa stadium, jenis pembagian yang pertama membagi gejala HIV menjadi 3 stadium (AusAids, 2002), yaitu :

1. Infeksi akut. Tidak semua penderita menunjukkan gejala-gejala, tapi kebanyakan menunjukkan gejala seperti flu selama 3-6 minggu setelah infeksi, gejala lain bisa seperti:
 - a. Bisul dengan bercak kemerahan, biasanya pada tubuh bagian atas, dan tidak gatal
 - b. Sakit kepala
 - c. Sakit tenggorokan
 - d. Pembengkakan kelenjar
 - e. Diare
 - f. Mual dan muntah
2. Infeksi HIV kronik. Tubuh memberikan perlawanan yang hebat terhadap HIV, pada akhir perlawanan ini tubuh seolah-olah melakukan gencatan senjata dengan virus. Infeksi kronik ini mulai 3-6 minggu setelah infeksi. Pada stadium ini tidak menunjukkan gejala apapun, seperti orang sehat. Pada umumnya, pada kebanyakan penderita, stadium ini berlangsung sampai sepuluh tahun. Walau tidak menunjukkan gejala akan tetapi sistem imun berangsur menurun. Pada orang normal didapatkan sel CD4 sebesar 450 –1200 sel per mililiter. Bila sel CD4 turun sangat rendah < 200 maka penderita akan masuk pada stadium AIDS.

3. Gejala AIDS.

- a. Selalu merasa lelah.
- b. Pembengkakan kelenjar pada leher atau lipatan paha.
- c. Panas yang berlangsung lebih 10 hari.
- d. Keringat malam.
- e. Penurunan berat badan yang drastis.
- f. Bercak keunguan pada kulit yang tidak hilang-hilang.
- g. Pernapasan memendek.
- h. Diare berat berlangsung lama.
- i. Infeksi jamur (*Candida*) pada mulut, tenggorokan atau vagina.
- j. Mudah memar atau perdarahan yang tidak bisa dijelaskan penyebabnya.

AIDS Council of NSW membagi infeksi HIV menjadi stadium, yaitu :

1. Stadium I, Infeksi primer adalah bila penderita mengalami infeksi untuk pertama kali dengan keluhan seperti flu.
2. Stadium II, kelainan tanpa gejala penderita tetap merasa sehat, hal ini dapat berlangsung sampai beberapa tahun.
3. Stadium III, kelainan dengan gejala penderita mengalami gejala ringan seperti rasa lelah, keringat malam.
4. Stadium IV, kelainan berat penderita mengalami gejala-gejala yang lebih berat oleh karena daya tahan tubuh yang menurun (AIDS).

Stadium II, masa penderita masih sehat, dulu disebut sebagai fase laten dan dianggap HIV dalam tubuh dalam keadaan tidak aktif. Sekarang terbukti bahwa anggapan ini tidak benar. Penelitian yang baru menunjukkan bahwa HIV selalu

dalam keadaan aktif, walaupun penderita tidak merasakan gejala apapun pada stadium II, HIV secara perlahan-lahan terus merusak sistem imun (kekebalan) tubuh. Bila telah terjadi kerusakan yang cukup, penderita akan mulai merasakan gejala HIV dan mungkin terus berlanjut ke stadium III atau stadium IV (AIDS).

2.1.6 Pencegahan

HIV tidak mengenal siapa, HIV tidak mengenal kelompok, tapi HIV berisiko terhadap perilaku. Cara yang paling lazim seseorang terinfeksi HIV adalah melalui hubungan seksual dengan pengidap HIV, bergantian jarum suntik (*Injecting Drug User*). Banyak hal yang dapat kita lakukan untuk pencegahan penularan HIV/AIDS. Langkah pertama adalah mempelajari dan mengetahui fakta tentang AIDS yang benar. Semakin banyak yang diketahui tentang AIDS semakin kecil risiko untuk ketularan. Yang terpenting adalah melakukan perilaku bertanggung jawab. Pencegahan menurut AusAid (2002) sebagai berikut :

- 1). Pencegahan AIDS melalui seks dengan menggunakan teknik ABCD.
 - a. Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, atau *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seks)
 - b. Untuk yang sudah aktif secara seksual, dapat mengurangi dengan hanya melakukan hubungan seks dengan mitra tunggal (*Be faithful*, setia pada pasangan)
 - c. Menggunakan kondom setiap kali berhubungan seks, *Condom* yang dipakai akan lebih baik jika menggunakan bahan lateks atau poliuretan.
 - d. *Drugs* (obat-obatan) dipakai jika infeksi sudah mulai muncul, misal Infeksi Menular Seksual.

Menurut Garniech (2003:54) terdapat lima cara umum untuk melakukan hubungan seks yang aman, bagi mereka yang memiliki perilaku berisiko, yakni:

1. Pilihlah dengan hati-hati dan batasi jumlah pasangan seks
2. Mintalah pasangan anda untuk melakukan tes terhadap penyakit-penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks.
3. Lakukan jenis hubungan seks yang aman.
4. Gunakan kondom atau pengaman lain selama berhubungan seks.
5. Kurangi frekuensi hubungan seks.

2) Pencegahan AIDS melalui darah

Hanya menerima transfusi darah yang bebas HIV. Dalam situasi darurat, memilih donor darah yang sudah dikenal dan mempunyai risiko HIV yang cukup rendah. Hentikan penggunaan narkoba terutama jenis narkotika suntik, jika anda pengguna pastikan bahwa yang akan dipakai sudah steril. Untuk perempuan yang mengidap HIV, sebaiknya mempertimbangkan risiko HIV pada bayi sebelum hamil.

2.1.7 Infeksi Oportunistik

Infeksi oportunistik adalah penyakit yang disebabkan oleh organisme yang biasanya tidak menimbulkan penyakit bila sistem imun tubuh dalam keadaan normal (AusAids:2002) penderita dengan infeksi HIV berat (pada stadium lanjut, sel T dalam hal ini CD4 dalam darah rendah, kurang dari 200/ml) dapat mengalami infeksi oleh mikroorganisme tersebut yang mengambil kesempatan pada keadaan tubuh yang lemah itu disebut infeksi oportunistik yang dapat mengenai jaringan atau organ tubuh seperti paru, otak, mata dan lainnya. penggunaan obat-obatan anti retroviral yang manjur dapat menurunkan insidens

infeksi oportunistik secara dramatik. Hal ini menunjukkan peningkatan sel-sel imun diikuti oleh pulihnya fungsi respon imun terhadap antigen beberapa organisme oportunistik penting. Infeksi oportunistik masih tetap memberikan komplikasi penting dari infeksi HIV dan merupakan penyebab kematian yang utama bagi ODHA. Walaupun telah terjadi penurunan insidens infeksi oportunistik dengan penggunaan obat-obat antiretroviral dan obat-obat pencegahan atau profilaksis infeksi oportunistik, telah muncul koinfeksi sebagai komplikasi lain infeksi HIV. Koinfeksi virus hepatitis B dan C terus menunjukkan peningkatan di negara berkembang, Tuberkulosis (TB) merupakan sebuah petunjuk koinfeksi di seluruh dunia yang menyerang penderita infeksi HIV. HIV tidak membunuh secara langsung, melainkan daya tahan tubuh yang rendah untuk melawan penyakit. Infeksi oportunistik dan kelainan lain yang dapat dijumpai pada orang yang terinfeksi HIV adalah :

1. *Mycobacterium Avium Complex* (MAC)
2. Salmonellosis
3. Syphilis and Neurosyphilis
4. Tuberculosis
5. Candidiasis
6. Cytomegalovirus (CMV)
7. Hepatitis
8. Herpes simplek Virus (HSV)
9. Oral Hairy Leukoplakia (OHL)
10. Kaposi sarcoma
11. Lymphoma

12. AIDS Dementia Complex (ADC)

13. Peripheral Neuropathy

14. Ulkus Aptosa.

2.2 Self Efficacy

2.2.1 Definisi

Self Efficacy didefinisikan sebagai rasa percaya diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melakukan dan melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai sebuah tujuan (Bandura, 1977). *Self efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak dan berperilaku.

2.2.2 Dimensi *Self-Efficacy*

Menurut Bandura (1997), *self-efficacy* terdiri dari 3 dimensi :

1) *Magnitude* (Tingkat)

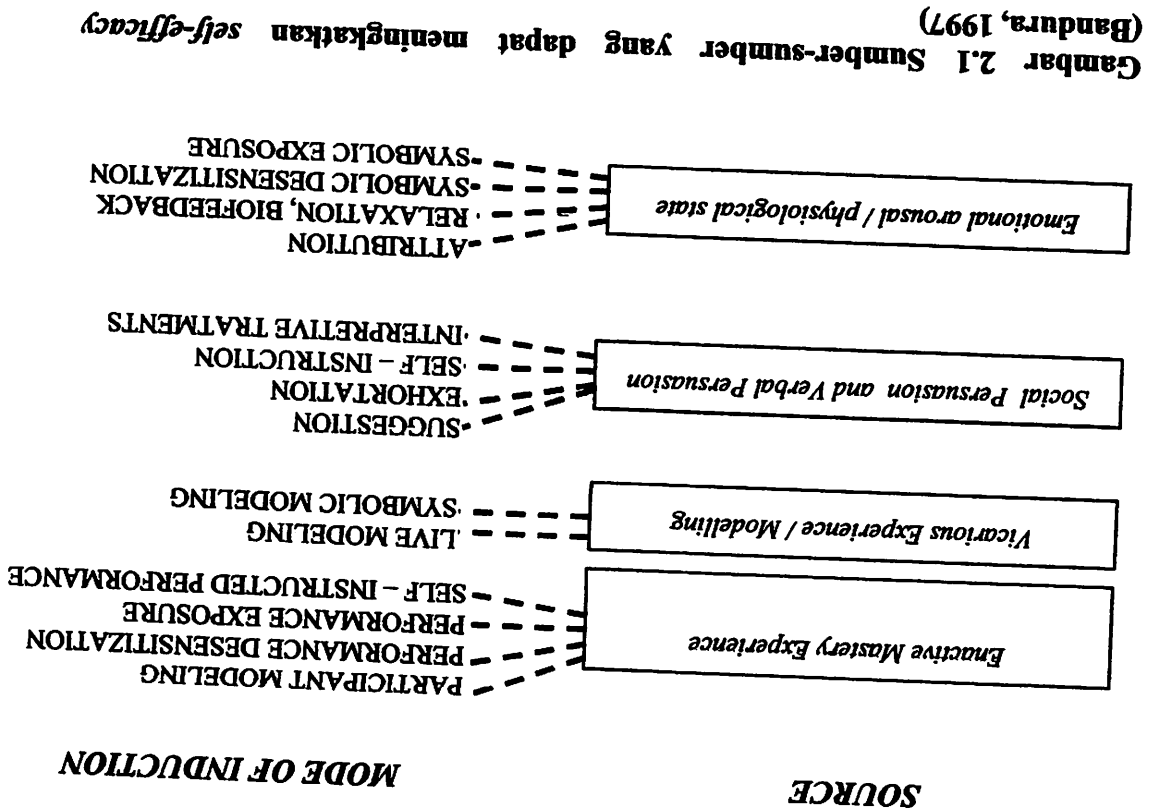
Dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

2) *Generality* (Keadaan umum)

Berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self-efficacy* seseorang.

3) *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah



Gambar 2.1 Sumber-sumber yang dapat meningkatkan *self-efficacy* (Bandura, 1997)

2.2.3 Proses Perubahan *Self-efficacy*

Menurut Bandura (1994) suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *self-efficacy* pada individu yang bersangkutan. Perubahan *self-efficacy* perlu dilakukan untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku individu yang memiliki masalah perilaku

bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

Self efficacy dapat diubah dengan menggunakan 4 faktor yang membentuknya. *Self efficacy* tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat sumber yang dapat meningkatkan *self efficacy* yang terdiri atas

1. *Enactive Mastery Experience*

Sumber *self efficacy* yang sangat besar pengaruhnya adalah hal yang berdasar pada pengalaman yang sudah dialami oleh seseorang, sehingga benar-benar dapat berpengaruh terhadap peningkatan atau penurunan *self efficacy* pada individu. *Enactive Master experience* ini bisa berasal dari persepsi atau pengalaman diri sendiri atau pengalaman yang orang lain yang bisa dijadikan contoh atau model. *Enactive Master experience* terdiri dari beberapa poin penyusunnya (bandura, 1997) yaitu

- a. *Self knowledge* (Pengetahuan)
- b. *Task Difficulty* (Kesulitan mengerjakan tugas)
- c. *Effort Expenditure* (Usaha yang pernah dilakukan)
- d. *Self Monitoring and Reconstructing of enactive experiences*

Ada beberapa hal yang bisa dilakukan untuk meningkatkan *Enactive Mastery Experiences*

(1) *Participant Modelling*

Hal ini dilakukan dengan menirukan model atau seseorang yang telah berhasil mengatasi masalah.

(2) *Performance Desensilization*

Menghilangkan pengaruh buruk akibat kegagalan pada masa lalu seperti dengan mencari cara untuk dapat bangkit kembali dari keterpurukan.

Apabila cara yang ditempuh berhasil untuk bangkit dari keterpurukan terdahulu, maka *self-efficacy* akan meningkat.

(3) *Performance Exposure*

Menonjolkan keberhasilan yang pernah diraih dibandingkan dengan kegagalan di masa lalu. Contohnya jika seseorang pernah tidak naik kelas, maka hal yang dilakukan adalah dengan mengingatkan kembali prestasi lain pada masa lalu pernah dicapainya.

(4) *Self-instructed performance*

Melatih diri untuk melakukan yang terbaik sehingga seseorang mampu untuk meningkatkan kemampuan dirinya sendiri sampai ke batas maksimalnya. Jika hasil yang didapatkannya maksimal pula maka *self efficacy* akan meningkat.

2. *Vicarious experience*

Prinsip dari *vicarious experience* adalah *modelling*, sebuah model dari orang lain yang bisa di jadikan panutan atau contoh nyata dalam kehidupan sehari-hari. Perubahan *Self efficacy* dengan menggunakan prinsip *vicarious experience* bisa dilakukan dengan cara :

(1) *Live Modelling*

Mengamati model atau seseorang yang ada, dengan prinsip “ jika mereka bisa, saya juga harus bisa” dengan melihat seseorang sukses atau melihat seseorang jatuh ke kondisi yang tidak diinginkan (sakit) maka kita akan berusaha untuk meniru atau malah berperilaku yang hati-hati agar tidak mendapat kejadian (sakit) yang serupa. Untuk *live modelling*, kita bisa menggunakan beberapa media, misalnya televisi, videotape, pamflet, atau

media lainnya. Testimoni dari seseorang yang sedang mengalami atau berhasil melewati suatu masalah, misal testimoni dari seorang pengidap HIV atau ODHA (Orang dengan HIV/AIDS)

Proses ini akan lebih efektif jika kondisi kita mempunyai kemiripan dengan dengan sang model, meski tidak mengalami secara langsung, konsep *modelling* ini sangat berguna bagi mereka yang tidak yakin dengan kemampuan atau keadaan dirinya.

(2) *Symbolic modelling*

Mengamati model simbolik, film, komik, cerita yang mempunyai pengaruh terhadap kondisi yang sedang dialami.

3. *Verbal persuasion*

verbal persuasion secara garis besar termanifestasi secara langsung dari pemberian dorongan atau semangat dari orang lain. Keputusan yang dialami akan menurunkan *self efficacy* sehingga diperlukan sebuah social atau verbal persuasion dari orang lain sehingga bisa memperbaiki dan meningkatkan *self efficacy*.

Verbal persuasion bisa dilakukan dengan cara

(1) *Suggestion*

Mempengaruhi dengan kata-kata berdasar kepercayaan subjek terhadap pemberi persuasi.

(2) *Exhortation*

Nasihat atau peringatan yang mendesak atau memaksa.

(3) *Self-instruction*

Selain dapat diberikan oleh orang lain, persuasi juga dapat diberikan oleh subjek kepada dirinya sendiri dengan berkomunikasi dengan dirinya sendiri untuk dapat melakukan sesuatu. *Self instruction* bisa dijadikan semacam komunikasi intrapersonal, perenungan.

(4) *Intrepretive Treatment*

Menggunakan interpretasi baru yang berdasarkan fakta lebih meyakinkan daripada memperbaiki interpretasi lama yang salah dan cenderung menurunkan *self-efficacy*.

4. *Emotional Arousal*

Kondisi ini di pengaruhi oleh dua hal yaitu kondisi fisik dan kondisi emosional, dalam sebuah kondisi yang stres, seseorang pada umumnya akan menunjukkan tanda dan gejala antara lain, gemetar, nyeri, lemah, ketakutan, kecemasan, mual, dan yang lainnya. Respon persepsi seseorang atas kondisi tersebut bisa disebut sebagai perubahan *self efficacy*. Contohnya, perasaan *nervous* pada saat hendak berbicara di depan umum bisa diinterpretasikan bahwa *self efficacynya* rendah. Cara mengatasi kondisi tersebut bisa dilakukan dengan cara:

(1) *Attribution*

Mengubah atribusi atau penanggungjawab suatu kejadian emosional. Hal ini berkaitan dengan cara pandang yang biasa digunakan oleh subjek.

(2) *Relaxation Biofeedback*

Relaksasi digunakan untuk menurunkan gelombang otak subjek sehingga lebih mudah untuk menerima sesuatu dibandingkan ketika seseorang

berada pada kondisi sadar penuh (gelombang otak beta). Dengan melakukan relaksasi, gelombang otak akan turun sampai ke level alpha.

(3) *Symbolic Desensilization*

Menghilangkan sikap emosional dengan modeling simbolik seperti benda-benda mati yang memiliki karakteristik sama dengan sikap emosional positif yang diharapkan.

(4) *Symbolic Exposure*

Memunculkan emosi secara simbolik yang menguntungkan (meningkatkan *self-efficacy*) meskipun sedang tidak dalam kondisi yang semestinya.

2.3.4 Pengaruh *Self-efficacy* Terhadap Proses Dalam Diri Manusia

Menurut Bandura (1997) *self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu :

1) Proses Kognitif

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

2) Proses Motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Di samping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam

mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi turun.

3) Proses Afektif

Self efficacy berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya *self efficacy* seseorang yang tinggi dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self-efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4) Proses Seleksi Bertindak

Proses kognitif, motivasional dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.3 *Behavior Change Communication*

Behavior change communication adalah sebuah proses interaksi pada suatu komunitas untuk menyampaikan pesan dengan menggunakan berbagai macam saluran komunikasi untuk mengembangkan perilaku yang positif, promosi kesehatan dan menjaga kesinambungan perilaku individu, komunitas dan sosial serta mempertahankan perilaku yang sudah baik (FHI, 2002) sedangkan menurut

Chen (2006) *behavior change communication* adalah seperangkat intervensi komunikasi yang terorganisir dengan baik yang bertujuan mempengaruhi kehidupan sosial dan norma komunitas serta meningkatkan promosi perilaku kesehatan individu atau tetap menjaga perilaku yang positif guna mendapatkan kualitas kehidupan yang lebih baik.

Behavior change communication adalah salah satu komponen strategi komunikasi untuk populasi masyarakat yang dikembangkan bersama dengan sistem *advocacy*, mobilisasi sosial, mobilisasi komunitas dan *social marketing* (Chen, 2006) *Behavior change communication* sendiri dikembangkan dari berbagai macam teori perilaku dan model diantaranya adalah *health belief model*, *theory reasoned action*, *stages of change theory*, *step in behavior change*, dan *diffusion of innovations*.

2.3.1 *Behavior Change Communication* dalam HIV dan AIDS.

Dalam konteks mengurangi dan mencegah epidemi HIV, *Behavior Change Communication* (BCC) merupakan program yang komprehensif yang mencakup aspek medis, sosial, psikologi dan spiritual (FHI, 2002) sebelum individu atau komunitas merubah perilaku mereka yang berisiko, pertama mereka harus memiliki pengetahuan dasar tentang HIV dan AIDS, sehingga diharapkan nantinya mereka dapat mengadopsi sikap, belajar untuk mengurangi perilaku yang berisiko serta mampu mengakses sistem pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian Low-Beer and Stoneburner (2003) tentang Penerapan *Behavior Change Communication* dalam mengurangi penyebaran HIV di Uganda menunjukkan bahwa BCC mampu mengurangi prevalensi kasus HIV dari 21% menjadi 9.8 % pada periode 1991 – 1998. Demikian juga yang terjadi pada

Thailand, mengurangi prevalensi dari 28% menjadi 15 % periode 1990 – 1993. Pada tahun 2006 BCC sudah diterapkan pada kalangan pekerja konstruksi di Vietnam (FHI, 2006)

2.3.2. Peran *Behavior Change Communication*

Behavior Change Communication (BCC) adalah program yang komprehensif dalam mencegah penularan serta peduli terhadap HIV/AIDS. FHI (2002) menjelaskan bahwa pelaksanaan BCC berperan untuk :

1. Meningkatkan pengetahuan

BCC dapat memberikan informasi yang adekuat seputar faktamentang HIV dan AIDS dalam berbagai bahasa dan media visual.

2. Merangsang dialog komunitas

BCC dapat mendorong masyarakat untuk terlibat dalam diskusi nasional tentang HIV/AIDS dan faktor yang mempengaruhi meningkatnya angka kesakitan, seperti perilaku berisiko, lingkungan dan budaya yang berhubungan dengan jenis kelamin dan kegiatan seksual, serta praktik perilaku maginal seperti pemakaian obat terlarang. Hal ini juga merangsang diskusi di kalangan para penggiat HIV/AIDS dalam upaya mencegah, merawat serta memberi dukungan bagi orang yang rentan terinfeksi HIV.

3. Mempromosikan perubahan perilaku yang esensial

BCC dapat mengarahkan pada perubahan sikap yang sesuai. Contoh, kemampuan individu dalam merasakan risiko terinfeksi HIV, yakin dan bertanggung jawab akan perilaku yang dilakukannya dapat mencegah penularan HIV

4. Mengurangi stigma dan diskriminasi

Komunikasi dan mitigasi tentang pencegahan HIV dapat ditujukan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi yang akan berpengaruh pada respon sosial.

5. Menciptakan permintaan penyediaan informasi dan pelayanan kesehatan

BCC dapat memacu individu dan komunitas untuk mendapat informasi dan pelayanan kesehatan.

6. Advokasi

BCC dapat memberikan strategi pendekatan pada epidemi yang dapat digunakan oleh para pengambil kebijakan untuk membuat program.

7. Mempromosikan pelayanan untuk pencegahan, perawatan dan pemberian dukungan

BCC dapat mempromosikan pelayanan kesehatan terhadap para pemakai narkoba suntik (Penasun) anak yatim dan anak yang rentan, *voluntary counselling and Testing* (VCT) serta memberikan dukungan terhadap kelompok Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

8. Meningkatkan keterampilan dan keyakinan diri untuk mengambil tindakan yang baik yang tidak berisiko terinfeksi HIV. Contoh, menggunakan kondom, perilaku seks yang aman, serta pemakaian alat suntik yang steril.

2.3.3. Tujuan *Behavior Change Communication*

Behavior Change communication memiliki dua tujuan yaitu tujuan umum BCC dan tujuan perubahan perilaku (FHI, 2002).

1. Tujuan Umum

1) Meningkatkan persepsi akan risiko

- 2) Meningkatkan permintaan akan pelayanan kesehatan
 - 3) Menciptakan permintaan akan informasi tentang HIV dan AIDS
 - 4) Menciptakan permintaan akan pelayanan bagi pelayanan Infeksi Menular Seksual
 - 5) Meningkatkan ketertarikan para pembuat kebijakan dalam menyediakan VCT bagi kaum muda
2. Tujuan perubahan perilaku
- 1) Meningkatkan penggunaan kondom
 - 2) Meningkatkan kepedulian untuk merubah perilaku bagi mereka yang memiliki perilaku yang rentan terkena Infeksi Menular Seksual.
 - 3) Menunda hubungan seks pertama kali
 - 4) Mengurangi jumlah pasangan seksual.

Tujuan dari pelaksanaan BCC bisa berhubungan dengan permasalahan atau issue yang spesifik yang teridentifikasi ketika sedang melakukan pengkajian akan situasi, pengetahuan, sikap dan keterampilan, yang mungkin dapat diubah.

2.3.4 Prinsip Panduan *Behavior Change Communication* (FHI, 2002)

1. BCC harus diintegrasikan bersama tujuan dari awal pelaksanaan. BCC Sebagai elemen yang esensial dalam pencegahan, perawatan dan program pemberian dukungan, memungkinkan untuk berkaitan dengan program lain dalam hal ini kebijakan yang ada.
2. Pengkajian formatif harus ditujukan untuk mengimprovisasi pengertian dan disesuaikan dengan kebutuhan target populasi.
3. Target populasi harus berpartisipasi dalam semua tahapan pelaksanaan BCC

4. Stakeholders harus dilibatkan dalam tahapan ketika design BCC sedang dirancang
5. Memiliki berbagai channel komunikasi yang dapat digunakan secara efektif
6. Pre test dilakukan sebagai upaya mengembangkan keefektifan materi BCC
7. Rencana evaluasi dan monitoring harus menjadi bagian dari rancangan program BCC
8. Strategi BCC harus positif dan berorientasi pada aksi
9. Orang dengan HIV/AIDS dapat dilibatkan dalam perencanaan dan pelaksanaan program BCC.

2.3.5 Strategi Pengembangan dan Perencanaan BCC (FHI, 2002)

Untuk mengembangkan pendekatan BCC dalam sebuah aksi yang nyata, *Family Health International* telah menetapkan langkah dan metodologi yang dapat diterapkan dalam mengimplementasikan BCC, namun yang perlu diketahui bahwa langkah yang ditetapkan merupakan panduan umum, sehingga ada kemungkinan berubah menyesuaikan dengan lokasi atau wilayah serta budaya yang ada.

Strategi pelaksanaan BCC sebagai berikut (FHI, 2002)

1. Membuat tujuan

Tujuan yang dibuat diupayakan sesuai dengan kebijakan nasional dalam strategi mencegah penularan HIV dan AIDS. Tujuan dibuat setelah mereview data yang ada, informasi epidemiologi, pengkajian situasi yang mendalam.

2. Melibatkan stakeholders

Melibatkan stakeholders secara dini dalam proses mengembangkan strategi pencegahan penularan HIV/AIDS. Stakeholders bisa dari pemerintah, pemimpin komunitas, pemimpin agama, termasuk ODHA. Partisipasi aktif mereka pada tiap tahapan BCC sangat penting.

3. Mengidentifikasi target populasi

Untuk mengembangkan komunikasi, adalah sangat penting untuk mengidentifikasi target populasi secara jelas. Target populasi di bagi dua jenis yaitu populasi utama yang mencakup kelompok yang memiliki risiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS dan populasi kedua yaitu kelompok yang dapat mempengaruhi kemampuan populasi utama dalam menjaga dan mengadopsi perilaku yang baik.

Target populasi mencakup :

- a. Individu yang rentang dan berisiko tinggi. Seperti pekerja seks, pengguna jasa pekerja seks, anak muda, pekerja migran, Penasun.
- b. Penyedia jasa pelayanan kesehatan. Seperti tenaga kesehatan, farmasis, konselor dan pekerja sosial.
- c. Pembuat kebijakan
- d. Pemimpin dan pejabat yang berwenang, baik dari formal ataupun institusi informal
- e. Komunitas lokal dan keluarga.

4. Membuat pengkajian formatif

Pengkajian formatif termasuk berasal dari pengkajian mendalam atau pengkajian etnografi, hasil survei perilaku dan hal lain yang terkait.

Informasi yang didapatkan untuk membuat pengkajian formatif mengacu pada ;

- a. Situasi berisiko
- b. Kenapa individu atau kelompok melakukan perilaku berisiko tersebut, dan kemungkinan mereka untuk diberi motivasi untuk mengubah perilaku sesuai dengan yang diharapkan.
- c. persepsi dari perilaku yang berisiko
- d. pengaruh perilaku, seperti hambatan dan keuntungan
- e. daya tilik diri dari pendapat pemimpin
- f. pola dan penggunaan pelayanan kesehatan
- g. persepsi akan stigma dan diskriminasi
- h. harapan masa depan, ketakutan dan tujuan
- i. media hiburan
- j. Upaya mencari perilaku yang sehat
- k. Sumber daya media.

Pengkajian formatif BCC bisa dilakukan dengan menggunakan pendekatan *focus group discussion*, pengamatan langsung, *participatory learning methode*, *rapid ethnographic assesment*, *mapping* dan *indepth interview*.

5. Membuat segmen target populasi

Berdasar hasil pengkajian formatif, target populasi bisa dikelompokkan. Contoh, pekerja seksual bisa dikelompokkan secara spesifik sesuai dengan wilayah kerja, tingkat pendapatan, suku atau bahasa.

Populasi dari target populasi harus bisa didefinisikan secara psikososial dan karakteristik demografi, psikososial faktor misalnya pengetahuan, sikap,

perilaku dalam komunitas. Karakteristik demografi mencakup usia, tempat kerja, tanggal lahir, agama dan suku.

6. Mendefinisikan perubahan perilaku secara objektif

Mengidentifikasi secara objektif perubahan perilaku yang menjadi tujuan, contoh;

- a. Peningkatan praktik *safe sex* dengan menggunakan kondom atau mengurangi jumlah pasangan seks
- b. Meningkatkan penggunaan *universal precaution*
- c. Meningkatkan jumlah penasun yang sedang rehabilitasi pengobatan
- d. Mengurangi stigma terkait dengan HIV/AIDS
- e. Mengurangi insiden atau kegiatan diskrimasi pada ODHA
- f. Meningkatkan penggunaan spuit steril
- g. Meningkatkan keterlibatan diri dan keluarga
- h. Mengimprovisasi sikap dan perilaku diantara para tenaga kesehatan, pekerja sosial dalam berinteraksi dengan ODHA, pekerja seks, Penasun dan kelompok marginal lainnya.
- i. Meningkatkan keterlibatan dari para pembuat kebijakan, anggota komunitas dan dari sektor swasta.

7. Mendesain strategi BCC dan rencana monitoring dan evaluasi

Pengembangan strategi pelaksanaan BCC lebih menitikberatkan pada pesan yang ingin disampaikan serta media apa yang akan dipakai. Kedua hal ini penting untuk melakukan pendekatan pada target populasi, sehingga target populasi diharapkan tertarik dan menaruh perhatian pada apa yang ingin disampaikan. Strategi dalam merancang BCC harus mencakup :

a. Definisi yang jelas tentang objektivitas BCC

Observasi perubahan dalam perilaku secara spesifik sehingga diharapkan menjadi keberhasilan program.

Perubahan yang diharapkan adalah seperti :

- 1) Perubahan Pengetahuan : peningkatan pengetahuan pada target anak muda sebagai moda transmisi.
- 2) Perubahan Sikap : peningkatan persepsi akan risiko dari perilaku.
- 3) Perubahan Lingkungan : penurunan dari pelecehan atau penangkapan pekerja seksual oleh polisi atau peningkatan dalam penerimaan pesan tentang penggunaan kondom di televisi.

b. Tema atau konsep serta pesan kunci yang ingin disampaikan

c. Identifikasi dari media yang akan digunakan

d. Identifikasi dari partners atau stakeholders yang akan terlibat dalam pelaksanaan

e. Rencana evaluasi dan monitoring.

8. Mengembangkan sistem komunikasi

Saluran komunikasi adalah jalan dimana pesan akan disampaikan contoh, radio, televisi. Internet, DVD, brosur, pamflet, flyers, poster, billboard, koran, sesi interaksi, bermain peran atau drama.

9. Pre test

Pre test adalah kunci untuk meyakinkan bahwa tema, pesan dan pencapaian aktivitas benar-benar sesuai dengan target populasi.

10. Implementasi dan monitoring

Pada tahap implementasi, semua elemen dan strategi masuk dalam satu aksi, terutama elemen penting yaitu sistem manajemen. Semua partner, pembuat program, dan saluran BCC harus terkoordinasi dengan baik.

11. Evaluasi

Evaluasi mengacu pada pengkajian dari hasil implementasi. Dan itu akan berhasil dalam menentukan secara objektif dalam mengamati perubahan perilaku. Kebutuhan dari target populasi harus dikaji ulang secara periodik agar dapat mengerti dimanakah fase mereka saat ini dalam proses berubah. Monitoring dan evaluasi harus mengarah langsung pada modifikasi dari keseluruhan program, yaitu strategi BCC, pesan dan pendekatan.

2.3.6 Penerapan BCC di Berbagai Negara

BCC sudah banyak diterapkan di berbagai negara, salah satunya adalah Bangladesh, Thailand, Vietnam, Nigeria dan beberapa negara lainnya dan terbukti dapat mengurangi angka insiden HIV.

Di Nigeria, pemerintah menerapkan BCC dengan menggunakan media televisi, di mana menayangkan sebanyak 52 episode drama seri dengan durasi 30 menit yang mengangkat isue kesehatan yaitu tentang HIV/AIDS, dengan sasaran remaja dan orang dewasa (UNFPA, 2001) di Tanzania menggunakan media komunikasi drama radio untuk menstimulasi perubahan perilaku pada individu, kelompok dan keluarga (UNFPA Progress Intranet, 1999), pementasan teater terbukti lebih efektif untuk menyampaikan pesan pada masyarakat tentang HIV/AIDS, hal ini diterapkan oleh pemerintah India (Bahrapour, 2001)

Sedangkan di Afrika Selatan dengan menggunakan televisi, radio dan komik (Tufte, 2001)

Bangladesh telah mengembangkan BCC pada pekerja bangunan, para sopir dan buruh perempuan (Bangladesh Institute of Labour Studies, 2007). Strategi yang dipakai yaitu dengan mengadakan pelatihan, *workshop*, *advocacy campaign* dan *networking*, untuk media komunikasi yang dipakai adalah brosur, leaflet, t'shirt dan topi, yang di desain menggunakan slogan untuk meningkatkan kepedulian pada HIV/AIDS.

2.4 Keperawatan Kesehatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi yang menggunakan pengetahuan atau ilmu keperawatan, sosial dan kesehatan masyarakat (*American Public Health Association, 1996*)

Keperawatan kesehatan komunitas ditujukan untuk memepertahankan dan meningkatkan kesehatan serta memberikan bantuan melalui intervensi keperawatan sebagai dasar keahliannya dalam membantu individu, keluarga, kelompok masyarakat dalam mengatasi berbagai masalah keperawatan yang dihadapinya dalam kehidupan sehari-hari (Efendi,2009) Keperawatan kesehatan komunitas mempunyai delapan prinsip pelaksanaan yaitu

1. Klien atau unit keperawatan merupakan suatu populasi
2. Tugas utama adalah meraih yang terbaik bagi sejumlah orang atau populasi keseluruhan.
3. Proses yang digunakan oleh perawat komunitas termasuk bekerja dengan klien sebagai mitra yang sejajar

4. Pencegahan primer merupakan hal yang menjadi prioritas dalam memilih tindakan yang sesuai
5. Memilih strategi untuk menciptakan lingkungan sehat, kondisi sosial dan ekonomi pada populasi yang berkembang merupakan fokus utama
6. Tanggung jawab mencakup keseluruhan populasi yang memerlukan intervensi atau pelayanan spesifik.
7. Penggunaan sumber-sumber kesehatan yang optimal untuk mendapatkan perbaikan yang terbaik dari populasi merupakan kunci pokok dari kegiatan praktik
8. Kolaborasi dengan berbagai jenis profesi, organisasi, dan perkumpulan merupakan cara yang efektif untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan populasi.

Fokus utama kegiatan pelayanan keperawatan kesehatan komunitas adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan dan perilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan.

Depkes RI (2006) menjelaskan bahwa pelayanan keperawatan kesehatan komunitas dapat diberikan secara langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan, yaitu pada :

1. Unit Pelayanan kesehatan yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap (rumah sakit, puskesmas, dan lainnya)

2. Rumah, perawat *home care* memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumah yang ada anggota keluarga menderita penyakit akut ataupun kronis.
3. Sekolah, perawat sekolah dapat melakukan perawatan sesaat (*day care*) kepada seluruh warga di lingkungan institusi pendidikan seperti siswa, guru, serta karyawan.
4. Tempat kerja atau industri. Perawat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan atau kecelakaan minimal di tempat kerja, industri rumah tangga, pabrik, dan lainnya. Selain itu perawat juga memberikan pendidikan kesehatan untuk keamanan dan keselamatan kerja, utrisi seimbang, penurunan stres, penanganan rokok, serta pengawasan makanan.
5. Barak penampungan. Perawat memberikan tindakan langsung terhadap penyakit akut, kronis serta kecacatan fisik dan mental
6. Kegiatan puskesmas keliling. Pelayanan keperawatan dalam puskesmas keliling diberikan kepada individu, kelompok masyarakat pedesaan dan kelompok terlantar. Pelayanan keperawatan yang dilakkan seperti pengobatan sederhana, skrining kesehatan, perawatan kasus penyakit kronis dan pengelolaan rujukan
7. Panti atau kelompok khusus lain seperti panti asuhan anak, panti wreda, panti sosial, rumah tahanan serta lembaga pemasyarakatan.
8. Pelayanan pada kelompok berisiko tinggi :
 - a. Kelompok wanita, anak-anak, lansia yang mendapat kekerasan
 - b. Pusat pelayanan kesehatan jiwa dan penyalahgunaan obat

- c. Tempat penampungan kelompok lansia, gelandangan dan pemulung, orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dan Wanita Tuna Susila.

2.5 Peran Perawat Komunitas

Dalam praktiknya perawat komunitas memiliki peran yang bisa diterapkan saat melakukan tugasnya tergantung situasi yang dihadapi di masyarakat, ada tujuh peran perawat komunitas yang dikembangkan oleh Allender (2010) yaitu :

1. *Clinician*

Peran sebagai *clinician* dalam praktik keperawatan komunitas berarti bahwa perawat harus memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan tidak hanya fokus pada individu dan keluarga tetapi juga kelompok dan populasi. Penekanan peran sebagai *clinician* terutama pada praktik keperawatan secara holistik, promosi kesehatan yang menitikberatkan pada kondisi masyarakat yang sejahtera serta pengembangan kemampuan, misal kemampuan dalam pemeriksaan fisik, komunikasi, mendengar, serta mengobservasi)

2. *Educator*

Peran sebagai *educator* terutama sangat berguna dalam upaya mempromosikan kesehatan, ada dua alasan kenapa peran ini sangat berguna yaitu, pertama, klien di komunitas biasanya tidak dalam kondisi sakit, sehingga bisa menyerap informasi dengan baik, kedua, peran *educator* dalam keperawatan komunitas sangat signifikan karena cakupan luas populasi bisa dijangkau dengan baik, pendidikan kesehatan yang diformulasikan dengan baik akan mampu mencapai sasaran dengan tepat.

3. *Advocate*

Hak pasien sangat penting dalam perawatan kesehatan, setiap pasien atau klien mempunyai hak yang sama dalam menerima informasi dan untuk diperlakukan secara manusiawi. Peran ini bagi klien akan sangat membantu terutama ketika klien membutuhkan seseorang untuk menjelaskan tentang penyakit yang diderita, sistem rujukan yang ada di pelayanan kesehatan, serta untuk memandu klien saat mendapat masalah kesehatan yang kompleks.

4. *Manager*

Sebagai manajer, perawat harus mampu menyelesaikan masalah dengan memberikan arahan yang tepat dalam usahanya memenuhi kebutuhan klien, membuat rencana dan mengorganisir, mengarahkan agar tujuan bisa dicapai dengan baik. Dalam pelaksanaannya sebagai manajer, peran perawat komunitas juga sebagai perencana, organisator, *controller* dan *evaluator*.

Sebagai manajer dari pelayanan keperawatan komunitas, perawat akan terikat dengan berbagai jenis perilaku, yaitu perilaku saat pembuatan keputusan, perilaku saat melakukan transfer informasi, dan perilaku dalam menjaga hubungan interpersonal. Seorang perawat juga harus mempunyai kemampuan dalam mengelola kasus (*case management skill*)

5. *Collaborator*

Perawat komunitas harus mampu melakukan kolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu dalam mengatasi sebuah masalah atau kasus di komunitas, peran ini membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik.

6. *Leadership*

Peran kepemimpinan ini berfokus pada keefektifan dalam mengubah suatu perilaku atau masalah, ini terkait dengan perawat sebagai *agent of change*. Sebagai *leader* perawat komunitas harus mampu menginisiasi perubahan positif yang akan berdampak pada status kesehatan masyarakat yang baik. Perawat juga harus mampu memengaruhi masyarakat untuk berpikir dan berperilaku yang dapat meningkatkan status kesehatannya.

7. *Researcher*

Peran sebagai *researcher* dimungkinkan karena dalam praktiknya perawat komunitas berkaitan dengan sistem investigasi, pengumpulan data, analisa data dan pemecahan suatu masalah dalam meningkatkan praktik keperawatan komunitas.

Selain tujuh peran diatas, Nies (2011) juga menambahkan beberapa lainnya yaitu : sebagai konselor, negoisator, *promoter of collaborative partnership, promoter of self care and self efficacy, serta sensitizer*.

2.6 Pekerja Bangunan

Dalam penyelenggaraan proyek, salah satu sumber daya yang menjadi penentu keberhasilannya adalah tenaga kerja. Jenis dan intensitas kegiatan proyek berubah sepanjang siklusnya, sehingga penyediaan jumlah tenaga, jenis

keampilan dan keahliannya harus mengikuti tuntutan perubahan kegiatan yang sedang berlangsung. Bertolak dari kenyataan tersebut, maka suatu perencanaan tenaga kerja proyek yang menyeluruh dan terperinci harus meliputi perkiraan jenis dan kapan tenaga kerja dibutuhkan. Dengan mengetahui perkiraan angka dan jadwal kebutuhannya, maka dapat dimulai kegiatan pengumpulan informasi perihal sumber penyediaan, baik kualitas maupun kuantitas. Dalam pelaksanaan proyek, jumlah kebutuhan tenaga kerja yang terbesar adalah tenaga kerja lapangan. Tenaga kerja lapangan ini berhubungan langsung dengan pekerjaan fisik konstruksi di lapangan.

Muchdarsyah (2003) membagi tenaga konstruksi menjadi 2 macam

1. Penyelia atau pengawas, bertugas untuk mengawasi dan mengarahkan pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan oleh pekerja/buruh lapangan. Setiap pengawas membawahi sejumlah pekerja lapangan.
2. Pekerja atau buruh lapangan (*craft labour*), terdiri dari berbagai macam tukang yang memiliki keahlian tertentu, seperti : tukang kayu, tukang besi, tukang batu, tukang alumunium dan tukang cat. Dalam melaksanakan pekerjaan biasanya mereka dibantu oleh pembantu tukang atau pekerja (buruh terlatih, buruh semi terlatih, dan buruh tak terlatih).

Jumlah tenaga penyelia jauh lebih sedikit (5-10%) dibandingkan dengan pekerja yang diawasi. Kebutuhan tenaga penyelia tergantung pada besar kecilnya proyek, analisa kebutuhannya tidak dapat ditentukan secara pasti, biasanya didasarkan pada kemampuan dan pengalamannya dalam melaksanakan proyek.

Bila dilihat dari bentuk hubungan kerja antara pihak yang bersangkutan, maka tenaga kerja proyek khususnya tenaga kerja konstruksi dibedakan menjadi 2, yaitu:

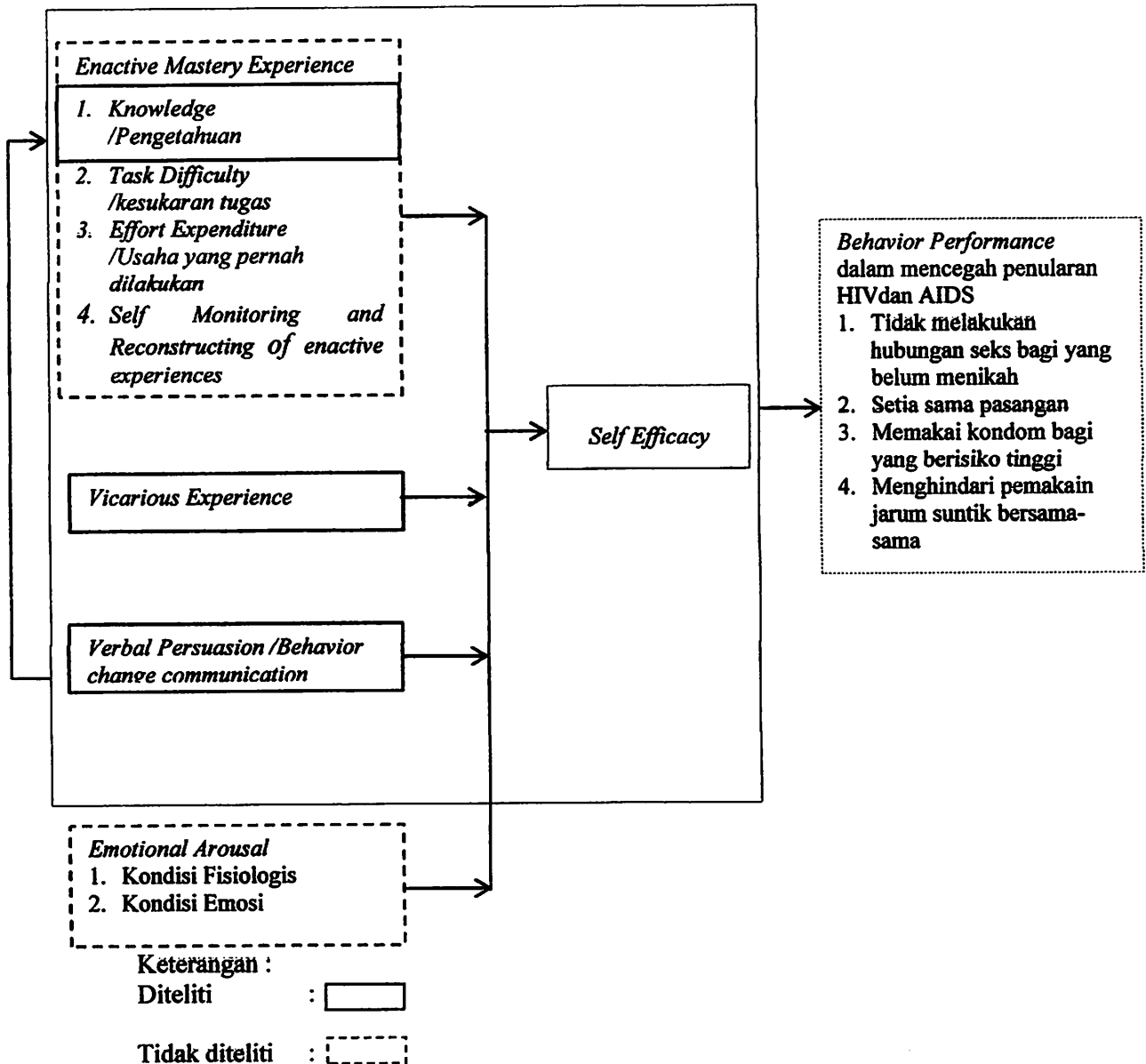
1. Tenaga kerja borongan, tenaga kerja berdasarkan ikatan kerja yang ada antara perusahaan penyedia tenaga kerja (*labour supplier*) dengan kontraktor untuk jangka waktu tertentu.
2. Tenaga kerja langsung (*direct hire*), tenaga kerja yang direkrut dan menandatangani ikatan kerja perorangan dengan perusahaan kontraktor. Umumnya diikuti dengan latihan, sampai dianggap cukup memiliki kemampuan dan kecakapan dasar.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka konseptual “Peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *behavior change communication* dalam mencegah penularan HIV/AIDS.

Penjelasan:

Self efficacy, yaitu keyakinan seseorang tentang kemampuannya sendiri untuk melakukan suatu tindakan yang diinginkan sehingga bisa mencapai hasil yang diinginkan. Model *self efficacy* menawarkan suatu kerangka kerja yang berguna untuk mengetahui dan melihat sejauh mana upaya atau keyakinan yang akan diambil atau diadopsi untuk menjadi sebuah perilaku (Bandura, 1997).

Self efficacy akan berpengaruh pada perubahan perilaku dipengaruhi oleh empat faktor yaitu, *enactive mastery experience* yang mengacu kepada prestasi atau persepsi seseorang terhadap suatu masalah, dimana di bangun oleh *self knowledge, task difficulty, effort expenditure dan self monitoring of enactive experience*. *Enactive mastery experience* bisa diinduksi dengan cara *Participant Modelling, Performance Desensitization, Performance Exposure Self Instruted performance*

Komponen kedua yaitu *vicarious experience* yaitu belajar dari pengalaman orang lain dengan konsep *live modelling* dan simbolik *modelling*, Komponen ketiga adalah *verbal persuasion* yaitu adanya dorongan atau desakan dari orang lain untuk berubah, dalam hal ini prinsip *verbal persuasion* bisa dilakukan dengan cara *behavior change communication*, dengan menggunakan beberapa media visual, tulisan, cara menginduksi *verbal persuasion* dengan cara *sugestion, exhortation, self instruction, interpretatif treatment*.

Komponen terakhir yaitu *emotional arousal*, yaitu pengaruh fisiologis terhadap kondisi kejiwaan yang akan berpengaruh pada fisik seseorang yang dampaknya akan berpengaruh juga pada tingkat *self efficacy* seseorang. Ada dua

faktor yaitu kondisi fisik dan emosi yang saling memengaruhi, contohnya adalah, nyeri, keringat, gemetar, sakit kepala, mual.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh penerapan *Behavior Change Communication* terhadap pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy* pekerja bangunan proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV/AIDS.
2. Ada pengaruh pengetahuan dan *vicarious experience* terhadap *self efficacy* pekerja bangunan proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya dalam mencegah penularan HIV/AIDS pelaksanaan *behavior change communication*

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *pre experimental* dengan desain penelitian *non randomized pretest posttest one group design*. Dalam penelitian ini melibatkan satu kelompok subjek yaitu kelompok perlakuan.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian
Non randomized pretest posttestone group design

Kelompok	Pretest	Perlakuan	Posttest
Kelompok perlakuan	O1	X	O2

(Kuntoro,2008)

Keterangan :

- O1 : Observasi awal (*pretest*) *self efficacy, vicarious experience* dan *enactive mastery experience* (pengetahuan)
- O2 : Observasi akhir (*posttest*) *self efficacy, vicarious experience* dan *enactive mastery experience* (pengetahuan)
- X : Perlakuan berupa metode pendekatan *Behavior Change Communication*

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua pekerja bangunan yang bekerja di proyek pembangunan *flyover* pasar kembang, Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian populasi yang sesuai dengan kriteria yaitu responden yang bisa membaca dan menulis serta berasal dari luar kota Surabaya.

4.2.3 Besar sampel dan teknik pengambilan sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah jumlah pekerja bangunan yang ada di wilayah Surabaya pada Maret 2013 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *non probability sampling*, yaitu *purposive sampling*.

Pada penelitian ini jumlah minimal sampel yang diperlukan adalah sebesar 30 orang.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari status perkawinan, penghasilan, mobilitas, *behavior change communication*, *self efficacy*, *enactive mastery experienc* (pengetahuan), dan *vicarious experience*

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	<i>Behavior change communication</i>	Proses penyampaian pesan tentang HIV/AIDS dengan menggunakan beberapa saluran komunikasi guna mempromosikan perubahan perilaku kesehatan pada suatu komunitas atau masyarakat. Saluran komunikasi yang dipakai adalah leaflet, buku saku, kaos.	<p>Pelaksanaan dilakukan melalui beberapa tahap.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan tujuan 2. Bekerja sama dengan stakeholders 3. Mengidentifikasi populasi target 4. Membuat format pengkajian 5. Menentukan perilaku yang ingin dirubah 6. Membuat desain strategi evaluasi dan monitoring 7. Mengembangkan saluran komunikasi yang akan dipakai 8. Melakukan pre test 9. Mengimplementasikan tindakan 10. Evaluasi <p>Metode : Focus Group Discussion (FGD) dengan menggunakan modul BCC</p>		-	-
2	<i>Self efficacy</i>	Keyakinan akan kemampuan individu untuk mengatur atau melakukan perilaku supaya tidak tertular HIV dan AIDS sebelum dan sesudah pemberian penyuluhan	<p><i>self efficacy</i> dalam mencegah penularan HIV/AIDS terdiri dari 9 item</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keyakinan untuk berperilaku berdasar kognitif (1 item) 2) Keyakinan untuk berperilaku agar tidak tertular HIV/AIDS di dasari proses motivasional (2 item) 3) Keyakinan untuk berperilaku agar tidak tertular HIV/AIDS di dasari proses afektif (2 item) 	Kuesioner	Ordinal	<p>Baik : 76-100%</p> <p>Cukup : 56-75%</p> <p>Kurang : <55%</p>

			tidak tertular HIV/AIDS di dasari faktor proses selektif bertindak (4 item)			
3	<i>Enactive Mastery Experience (pengetahuan)</i>	Pengetahuan yang diperoleh berdasar hasil persepsi seseorang terhadap suatu objek	Paramater yang dipakai dari <i>Enactive Mastery experience</i> adalah tingkat pengetahuan, di mana terdapat 15 pertanyaan terkait dengan HIV/AIDS yang terdiri pengetahuan tentang <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab HIV dan AIDS (2 item) 2. Tanda dan gejala Hiv dan AIDS (2 item) 3. Cara penularan HIV dan AIDS (8 item) 4. Pengobatan HIV dan AIDS (3 item) 	Kuesioner	Ordinal	Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : ≤55%
4	<i>Vicarious Experiences</i>	Kemampuan untuk berusaha merubah perilaku berdasar dari pengalaman orang lain, dengan menggunakan metode <i>Focus Group Discussion</i>	Pertanyaan tentang <i>vicarious experiences</i> terdiri dari 6 item yang merujuk pada <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan dan keyakinan diri untuk merubah perilaku berdasar kesamaan karakter dengan orang lain (3 item) 2. Kemampuan dan keyakinan diri untuk merubah perilaku berdasar pengalaman sakit orang lain (3 item) 	Kuesioner	Ordinal	Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : ≤55%

4.4 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen

4.4.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini ada 4 (empat), yaitu kuesioner data demografi yang meliputi usia, status perkawinan, penghasilan, mobilitas, kuesioner *Self*

Efficacy untuk pencegahan penularan HIV/AIDS, kuesioner pengetahuan tentang AIDS, serta kuesioner tentang *vicarious experiences*. Kuesioner *self efficacy* dikembangkan oleh peneliti dan memodifikasi kuesioner *self efficacy for limiting HIV risk behavior* yang konsepkan oleh Smith (1996). Kuesioner ini terdiri dari 9 item dengan skala *likert* 1-4. Nilai 1: tidak yakin, 2 : cukup yakin 3 : yakin, 4 : sangat yakin. Rentang skor adalah 9 – 36. Kuesioner ini berisi tentang Keyakinan untuk memakai kondom saat berhubungan seks (3 item) keyakinan berperilaku seks yang aman (4 item) keyakinan untuk tidak menggunakan jarum suntik (2 item)

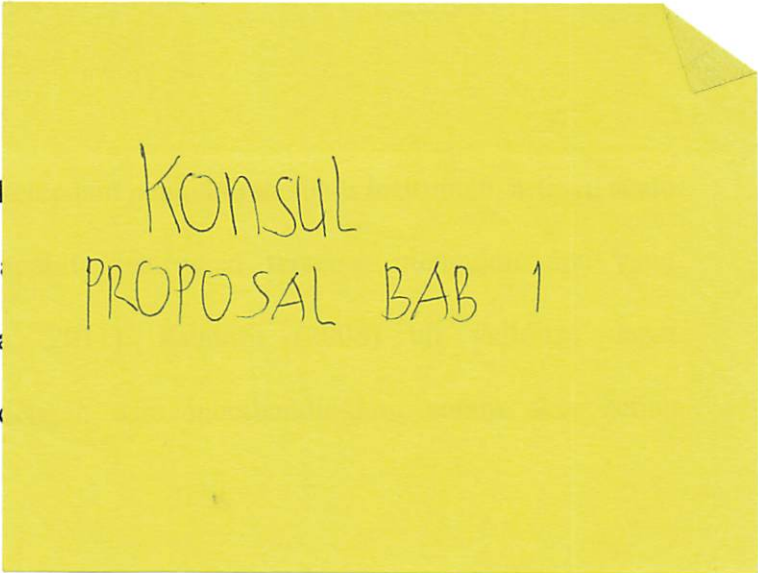
Kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS dimodifikasi peneliti, dan mengembangkan dari kuesioner yang *favourable* yang diformulasikan oleh Carey and Schroder (2002) terdiri dari 15 item pernyataan dengan skala likert 1-3. Untuk pertanyaan dengan sistem penilaian ya = 3, tidak = 2 dan tidak tahu = 1, Sedangkan kuesioner *vicarious experience* terdiri dari 6 item dengan menggunakan skala likert 1-4, nilai 4 jika sangat setuju, nilai 3 jika setuju, nilai 2 jika kurang setuju, dan nilai 1 jika tidak setuju, rentang skor adalah 6-24.

4.4.2 Uji Coba Instrumen

Instrumen yang diujicobakan yaitu kuisisioner *self efficacy*, *vicarious experience* dan pengetahuan

4.4.2.1 Uji Validitas

Validitas menunjukkan instrumen dikatakan valid seharusnya diukur (Dharma menggunakan uji korelasi



KONSUL
PROPOSAL BAB 1

pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment*. Item atau indikator dinyatakan valid jika nilai signifikansi r hitung kurang dari 0,05.

4.4.2.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang. Reliabilitas juga dapat didefinisikan sebagai derajat suatu pengukuran bebas dari random *error* sehingga menghasilkan suatu pengukuran yang konsisten. Reliabilitas dipengaruhi oleh random error yang bersumber dari variasi observer, variasi subjek dan variasi instrumen. Item pengukuran dikatakan reliabel jika memiliki nilai koefisien alfa lebih besar dari 0,6.

4.4.2.3 Hasil Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan terhadap 15 pekerja bangunan. Pada variabel pengetahuan dari 20 pernyataan terdapat 6 yang tidak valid, sehingga ada 5 pertanyaan yang kemudian dieliminasi menjadi 15 pernyataan. Hasil uji validitas dengan rumus korelasi *product moment* didapatkan nilai r diatas $0,625 > 0,228$ ($p < 0,05$) dan uji reliabilitas dengan menggunakan uji alpha, didapatkan nilai cronbach alpha 0,908 jauh diatas nilai 0,80 ($p < 0,05$). Berdasarkan hasil uji coba instrumen kuesioner *vicarious experience* juga sudah valid dan reliabel, yaitu untuk hasil uji validitas dengan rumus korelasi *product moment* didapatkan nilai r diatas $0,632 > 0,228$ ($p < 0,05$) dan uji reliabilitas dengan menggunakan uji alpha, didapatkan nilai cronbach alpha $0,892 > 0,80$ ($p < 0,05$). Untuk variabel self efficacy dari 15 pertanyaan terdapat 4 yang tidak valid, namun kemudian peneliti

mengambil 9 pertanyaan yang valid yang sesuai dengan standar self efficacy yang dikembangkan oleh Smith (2006). Berdasarkan hasil uji coba instrumen kuesioner *self efficacy* juga sudah valid dan reliabel, yaitu untuk hasil uji validitas dengan rumus korelasi *product moment* didapatkan nilai r diatas $0,632 > 0,228$ ($p < 0,05$) dan uji reliabilitas dengan menggunakan uji alpha, didapatkan nilai cronbach alpha $0,901 > 0,80$ ($p < 0,05$).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 10 – 12 minggu di yang dilakukan pada pekerja bangunan yang berada di wilayah Jl. Pasar Kembang dan Jl. Diponegoro Surabaya. Yang akan dilaksanakan pada bulan Maret 2013.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

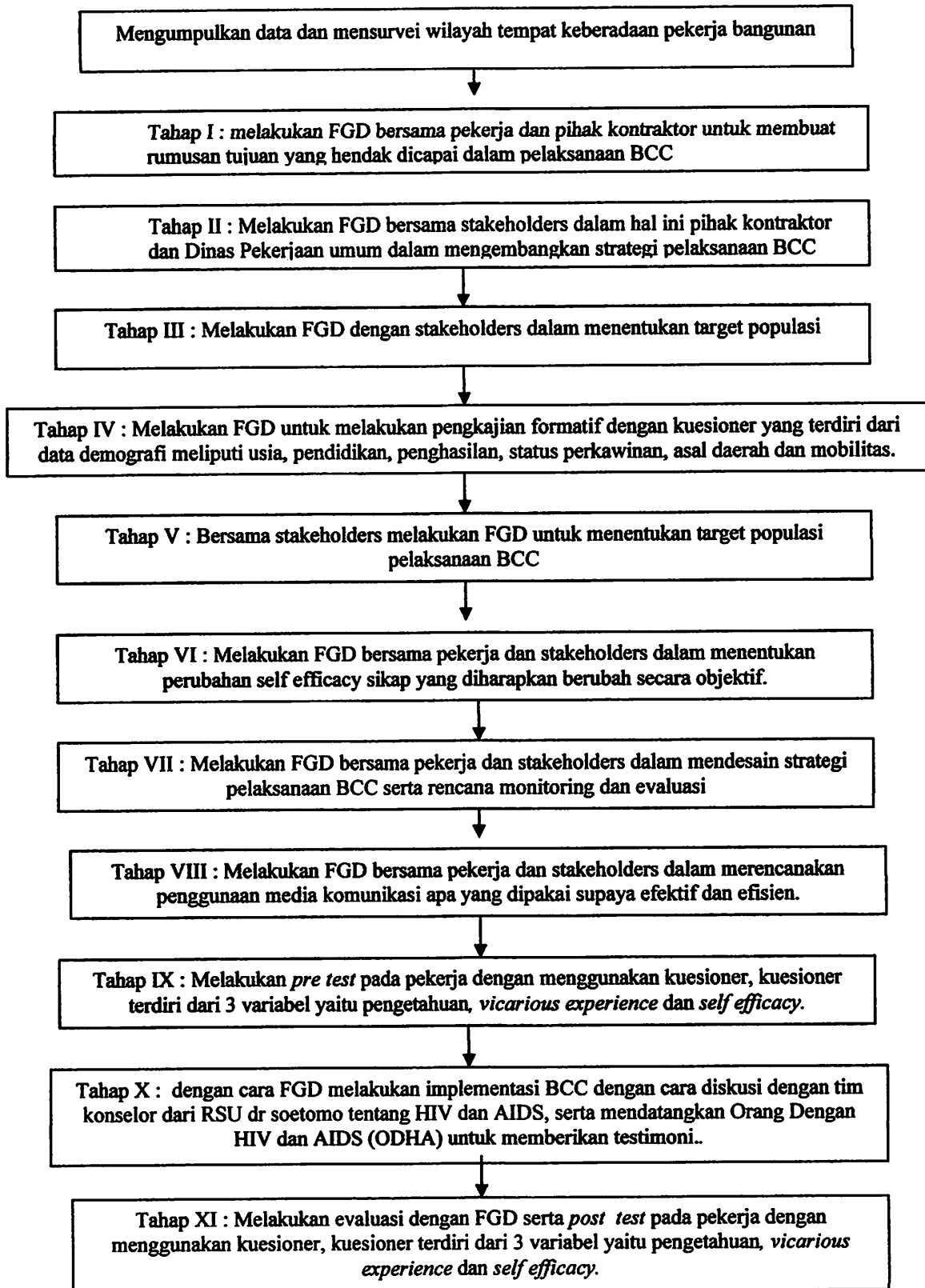
Tahap persiapan :

- 1) Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Kepala Proyek atau kontraktor yang di mana pekerja tersebut bekerja serta pada ketua RT di mana pekerja tersebut tinggal.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan konselor HIV/AIDS dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya, tim dari Puskesmas Putat, Kontraktor dan tim dari Perwako, kemudian mulai melakukan pengumpulan 30 orang di wilayah Jl. Pasar Kembang dan Jl. Diponegoro
- 3) Peneliti memberikan penjelasan dan *informed consent* kepada responden, memberikan lembar permohonan menjadi responden, dan meminta tanda tangan apabila mereka bersedia untuk diteliti

Tahap pelaksanaan :

- 1) Peneliti bersama *stake holders* dan responden melakukan *Focus Group Discussion* membahas persoalan yang berkaitan dengan *trends* dan *issue* HIV/AIDS di kalangan pekerja bangunan.
- 2) Peneliti bersama *stake holders* dan responden merumuskan masalah yang dihadapi dan yang akan diintervensi.
- 3) Peneliti bersama *stake holders* merumuskan tujuan, jenis intervensi dan media apa yang akan digunakan dalam penerapan *behavior change communication*
- 4) Melaksanakan *pre-test self efficacy, vicarious experience* dan pengetahuan
- 5) Penelitian dilakukan kurang lebih selama 10-12 Minggu.
- 6) Peneliti melaksanakan *Behavior Change Communication* dengan metode yang telah disepakati pada pekerja bangunan di rumah kontrakan (mess) responden. Jumlah pertemuan minimal 5 kali atau sesuai dengan kesepakatan yang ditentukan bersama, masing-masing sesi pertemuan dilakukan selama 60 menit. Salah satu contoh metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi (tanya jawab), *focus group discussion*, konseling dan pemberian pamflet dan buku saku. Setiap akhir pertemuan peneliti menanyakan kembali pada responden mengenai materi yang telah disampaikan dan didiskusikan.
- 7) Peneliti melakukan *post test self efficacy, vicarious experience* dan pengetahuan dilakukan pada saat minggu ke 3 setelah dilakukan intervensi.

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian

4.8 Pengolahan dan Analisa Data

4.8.1 Pengolahan data

Kegiatan dalam pengolahan data meliputi : memeriksa data (*editing*), memberi kode (*coding*), dan menyusun data (*tabulating*). Kegiatan *editing* adalah memeriksa data yang telah terkumpul dari kuesioner, yang dilakukan dengan menjumlah yaitu memeriksa jumlah lembaran dan isian kuesioner, serta melakukan koreksi terhadap kelengkapan pengisian kuesioner. Jika terdapat jawaban yang tidak jelas atau butir pertanyaan tidak terisi, responden diminta untuk melengkapinya. Sedangkan *coding* adalah pemberian kode dilakukan untuk mempermudah pengolahan data. Contoh pemberian kode pada penelitian ini adalah R untuk responden, serta untuk karakteristik responden menggunakan kode angka. Pada tahap *tabulating* disesuaikan dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel-variabel yang diukur untuk mengetahui pengaruh *behavior change communication* terhadap pengetahuan dan *self efficacy*.

4.8.2 Analisa Data

4.8.2.1 Analisis deskriptif

Analisis ini digunakan untuk memberikan deskripsi data yang disajikan dalam bentuk tabel. Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan karakter responden dan variabel penelitian. Variabel yang berbentuk kategorik tingkat pendidikan atau dikategorisasikan (*pengetahuan, self efficacy, vicarious experience*) disajikan dalam bentuk proporsi. Sedangkan variabel yang berbentuk numerik (umur, penghasilan, status perkawinan dan mobilitas) disajikan berupa nilai tendensi sentral dalam bentuk mean, median, modus dan deviasi standar

dengan CI 95%. Pengkategorisasian dapat dilakukan dengan memperhatikan nilai mean dan standar deviasi dari variabel.

4.8.2.2 Analisis Inferensial

Analisis inferensial digunakan untuk menguji pengaruh *behavior change communication* pada pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy*, analisis ini menggunakan bantuan *software* SPSS, dilakukan untuk mengetahui

- 1) Perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelaksanaan *behavior change communication* digunakan uji *wilcoxon* Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 2) Perbedaan *vicarious experience* sebelum dan sesudah pelaksanaan *behavior change communication* digunakan uji *wilcoxon* Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 3) Perbedaan *self efficacy* sebelum dan sesudah pelaksanaan *behavior change communication* digunakan uji *wilcoxon*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$
- 4) Mengetahui pengaruh antara pengetahuan, *vicarious experience* dengan *self efficacy* pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV/AIDS menggunakan analisis regresi ordinal berganda.

Uji Wilcoxon digunakan untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah intervensi dengan variabel yang mempunyai skala ordinal. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, *vicarious experience* terhadap *self efficacy* menggunakan analisis regresi ordinal berganda dengan $p < 0.05$

4.9 Masalah Etika

1) *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dari tujuan penelitian, setelah responden memberikan persetujuan maka responden harus menandatangani surat persetujuan. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden jika responden menolak untuk diteliti.

2) *Anonimity* (tanpa nama)

Nama responden dalam kuisisioner ditulis dengan inisial atau kode, hal ini untuk menjaga kerahasiaan dan privasi dari masing-masing responden.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *behavior change communication* dalam mencegah penularan HIV dan AIDS pada pekerja bangunan. Penelitian ini melibatkan 30 pekerja bangunan. Hasil penelitian meliputi: gambaran umum lokasi penelitian, pelaksanaan *behavior Change Communication*, data umum, data khusus, dan hasil analisis data.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada pekerja bangunan di proyek pembangunan *flyover* pasar kembang Surabaya. Waktu penelitian dilaksanakan selama 8 minggu, yaitu mulai tanggal 26 Maret 2013 sampai dengan 21 Mei 2013. Pembangunan *flyover* adalah proyek dari Direktorat Jenderal Bina Marga Kementerian Dinas Pekerjaan Umum Provinsi Jawa Timur pelaksanaan pembangunan di lakukan oleh 3 kontraktor yaitu Pembangunan Perumahan (PP), Gorip Nanda Guns (GNG) dan Bangkit Lestari Jaya (BLI).

Lokasi pembangunan berada di jalan Pasar kembang Surabaya, di mana tempatnya dekat dengan lokalisasi Dolly. Pemantauan kesehatan dan keselamatan kerja pekerja bangunan dilakukan oleh divisi kesehatan dan keselamatan kerja (K3), kegiatan penyuluhan kesehatan terkait dengan HIV dan AIDS belum pernah dilakukan sebelumnya di proyek pembanguna *flyover* Pasar Kembang. Perawat komunitas yang ada di Dinas Kesehatan diharapkan dapat bekerja sama dengan Dinas Pekerjaan Umum dan Kontraktor sehingga dapat melakukan upaya promosi kesehatan tentang HIV dan AIDS.

5.2 Pelaksanaan Behavior Change Communication

Behavior Change Communication (BCC) dalam penerapannya terdiri dari 12 tahapan yang harus dilakukan, pelaksanaan BCC di lapangan di mulai pada hari selasa 26 Maret dan berakhir pada 21 Mei 2013, berikut tahapan implementasi BCC.

5.2.1 Pertemuan Pertama

Pertemuan pertama yaitu hari selasa 26 Maret 2013, dengan agenda melakukan pelaksanaan *Behavior Change Communication* mulai dari tahap I sampai tahap II.

1. Tahap I : Menentukan Tujuan

Strategi pelaksanaannya adalah bersama dengan perwakilan dari Kementerian Pekerjaan Umum Provinsi Jawa Timur yang juga sebagai wakil ketua *project officer* proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya, perwakilan dari kontraktor PP-GNG-BLI dari *site operational division*, 2 orang pimpinan dari divisi Keselamatan dan Kesehatan Kerja, dan 2 orang perwakilan dari pekerja menentukan tujuan dan strategi pelaksanaan.

Pelaksanaan kegiatan disepakati dilakukan seminggu sekali pada hari rabu, 30 responden yang diambil dibagi menjadi 2 kelompok, masing-masing kelompok 15 orang, kelompok 1 akan melakukan *Focus Group Discussion* pada jam 11.30 – 12.30 sedangkan kelompok 2 pada pukul 12.30 – 13.30. penentuan waktu disepakati siang agar tidak mengganggu jam kerja pekerja. Melihat latar belakang pendidikan, usia dan asal pekerja serta dekatnya lokasi pembangunan dengan lokalisasi pelayanan seks komersial maka tujuan BCC disetujui sebagai berikut.

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang HIV dan AIDS, yang terdiri dari pengetahuan umum, penyebab, penularan, pencegahan, tanda dan gejala, serta pengobatan
- b. Perubahan *self efficacy*; yaitu dengan menunda hubungan seksual yang pertama, tidak melakukan hubungan seksual yang berisiko, tidak menggunakan jarum suntik bergantian, meningkatkan penggunaan kondom.
- c. Mengurangi stigma negatif terhadap penderita HIV dan AIDS pada level komunitas.

2. Tahap II : Melibatkan *stake holders*.

Pelaksanaan BCC di proyek pembangunan flyover Pasar Kembang Surabaya, melibatkan pihak Kementrian Pekerjaan Umum Provinsi Jawa Timur, Tim VCT (*Voluntary, Counseling and Testing*) dan Konselor dari UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Kontraktor PP-GNG-BLI, Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja Proyek Flyover, Supervisor atau mandor dari pekerja bangunan.

3. Tahap III : Menentukan Target Populasi.

Hasil FGD (*Focus Group Discussion*) yang dilakukan populasi yang diusulkan adalah pekerja bangunan dan beberapa staf dari pihak manajemen kontraktor, namun kemudian keputusan akhir yang disepakati adalah target populasi utama pelaksanaan BCC adalah pekerja dan supervisor (mandor) karena termasuk kelompok yang memiliki risiko terinfeksi HIV dan AIDS.

5.2.2 Pertemuan Kedua

Pertemuan kedua dilaksanakan pada hari selasa 2, April 2013. Agenda utama pada pertemuan adalah melakukan BCC tahap IV sampai tahap VIII.

1. Tahap IV : Membuat pengkajian formatif.

Pengkajian formatif dilakukan secara FGD, Pengkajian meliputi faktor demografi, permasalahan terkini yang dihadapi pekerja bangunan terkait dengan HIV dan AIDS, yang mencakup : situasi yang berisiko, persepsi dan perilaku yang berisiko, stigma dan pelayanan kesehatan. Berikut hasil pengkajian demografi.

5.2.2.1 Karakteristik Usia, Pendidikan, Penghasilan, dan Status Pernikahan

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi pekerja bangunan berdasarkan Usia, Pendidikan, Penghasilan, dan Status pernikahan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

Karakteristik	Kategori	Jumlah	Prosentase (%)
Usia	15 – 24	17	56,7
	25 – 34	9	30
	35 – 44	2	6,7
	45 – 54	2	6,7
Pendidikan	SD	10	33,3
	SMP	13	43,3
	SMA	7	23,3
	SD	10	33,3
Penghasilan	≤ 1 Juta	26	86,7
	> 1 juta	4	13,3
Status Pernikahan	Belum Menikah	16	53,3
	Menikah	13	43,3
	Duda	1	3,3

Sumber : Data Primer

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa pekerja bangunan yang bekerja di proyek *flyover* Pasar Kembang modus terbanyak yaitu sebesar 56% berusia antara 15 – 24 tahun dengan pendidikan akhir Sekolah Menengah Pertama (SMP) belum menikah serta mempunyai penghasilan kurang dari 1 juta rupiah.

Sektor pekerja infrastruktur bangunan didominasi oleh kelompok dewasa muda, dengan tingkat pendidikan yang rendah di mana kelompok muda ini adalah kelompok yang rentan melakukan perilaku berisiko tertular HIV dan AIDS, salah

satunya dengan cara menggunakan jasa layanan pekerja seks komersial yang berada di wilayah sekitar proyek tempat dia bekerja serta pemakaian narkoba suntik yang bergantian.

5.2.2.2 Asal Daerah

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi pekerja bangunan berdasarkan asal daerah pekerja di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

Propinsi	Asal Daerah	Jumlah	Prosentase (%)
Jawa tengah	Magelang	10	33,3
	Rembang	5	16,7
Jawa Timur	Pasuruan	7	23,3
	Gresik	2	6,7
	Bojonegoro	2	6,7
	Jombang	2	6,7
	Probolinggo	2	6,7
Total		30	100

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa dari 30 pekerja bangunan yang bekerja di proyek *flyover* Pasar Kembang berasal dari Propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur, untuk Jawa Tengah banyak yang berasal dari Magelang yaitu sebanyak 33,3 % dan dari Jawa Timur banyak yang berasal dari Pasuruan yaitu 23,3 %.

Kondisi yang jauh dari rumah dan keluarga memungkinkan seseorang untuk melakukan perilaku yang berisiko tertular HIV dan AIDS, apalagi kota atau daerah tempat mereka bekerja dekat atau memungkinkan kontak dengan jasa pelayanan seksual (Hugo, 2001)

5.2.2.3 Mobilitas

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi pekerja bangunan berdasarkan mobilitas pekerja di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

No	Frekuensi waktu pulang ke daerah asal	Jumlah	Prosentase (%)
1	2 minggu	9	30
2	1 bulan	11	36,7
3	2 bulan	7	23,3
4	Tidak Tentu	3	10
	Total	30	100

Sumber : Data Primer

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa dari 30 pekerja bangunan yang bekerja di proyek *flyover* Pasar Kembang 36,7% pulang ke daerah asal setiap 1 bulan sekali.

Dari hasil FGD juga menunjukkan bahwa kecenderungan untuk berperilaku berisiko dengan menggunakan layanan pekerja seks komersial itu ada, ada beberapa pekerja yang mengaku pernah menggunakan jasa layanan seks komersial, dari FGD juga terungkap ketidaktahuan efek dan dampak dari penggunaan jasa pekerja seks. Kondisi yang jauh dari rumah, anak dan istri membuat beberapa dari mereka terpikir untuk menggunakan jasa PSK, namun beberapa diantaranya memilih untuk mengendalikan diri dan atau ijin pulang ke daerah asal antara 2-3 hari.

2. Tahap V : Membuat segmen target populasi.

Segmen target populasi dibagi berdasarkan usia, 2 kelompok. Kelompok 1 terdiri dari 16 orang belum menikah, sedangkan kelompok yang kedua sebanyak 14 orang adalah kelompok yang sudah menikah.

3. Tahap VI : Mendefinisikan perubahan perilaku secara objektif.

Perubahan yang diharapkan adalah *self efficacy* menjadi meningkat sehingga perilaku yang akan dilakukan jauh dari hal-hal yang berisiko tertular HIV dan AIDS. Perubahan yang diharapkan antara lain :

- a. Tidak melakukan hubungan seks bagi mereka yang belum menikah
 - b. Tidak menggunakan jasa pekerja seks komersial
 - c. Peningkatan praktik *safer sex* dengan menggunakan kondom
 - d. Mengurangi stigma terkait dengan HIV dan AIDS
4. Tahap VII : Mendesain strategi BCC dan rencana monitoring dan evaluasi.

Strategi BCC yang dilaksanakan adalah dengan menggunakan tema : Aku Peduli HIV dan AIDS, dengan menggunakan media leaflet, buku saku, testimoni ODHA, kaos, dan penyampaian materi secara oral (*verbal persuasion*) dengan menggunakan LCD dengan teknik *Focus Group Discussion*. Rencana monitoring dan evaluasi akan dilakukan oleh peneliti, dan untuk selanjutnya akan difollow up oleh pihak Kementerian Pekerjaan Umum bekerja sama dengan Dinas Kesehatan serta dari pihak Keselamatan dan Kesehatan Kerja perusahaan kontraktor, dalam hal ini akan dilakukan secara rutin tiap 3 bulan sekali oleh pihak K3 PP-GNG-BLI.

5. Tahap VIII : Mengembangkan sistem komunikasi

Media atau saluran komunikasi yang dipakai sesuai dengan hasil kesepakatan bersama antara responden dan pihak kontraktor serta dari dinas pekerjaan umum yaitu adalah leaflet, buku saku, testimoni ODHA, kaos.

5.2.3 Pertemuan Ketiga

Pertemuan ketiga dilakukan pada hari Rabu, 10 April 2013 dan melaksanakan tahapan BCC yang ke IX yaitu melakukan *Pre Test*. *Pre test* dilakukan dengan

menggunakan kuesioner, yang diukur adalah tingkat pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy*. Tujuan *pre test* adalah untuk mengetahui seberapa dalam pengetahuan pekerja tentang HIV dan AIDS, Hasil dari *pre test* digunakan untuk menyusun materi yang akan disampaikan pada pertemuan selanjutnya pada pekerja sehingga informasi yang disampaikan akan tepat sasaran.

Berikut hasil *pre test* terkait dengan pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy*.

5.3.1 Tingkat pengetahuan

Tabel 5.4 Tingkat pengetahuan *pre test* pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

Pengetahuan	Kategori						Total	%
	Baik	%	Cukup	%	Kurang	%		
1. Penyebab	25	83,3	5	16,7	-	-	30	100
2. Penularan	17	56,7	8	26,7	5	16,7	30	100
3. Tanda dan gejala	13	43,3	11	36,7	6	20	30	100
4. Pengobatan	4	13,3	8	26,7	18	60	30	100

Sumber : Data Primer

Tabel di atas menunjukkan bahwa pengetahuan pekerja bangunan tentang penyebab, penularan, tanda dan gejala HIV dan AIDS sudah cukup, namun untuk aspek pengobatan, masih banyak yang memiliki pengetahuan yang kurang.

5.3.2 Tingkat *vicarious experience*

Tabel 5.5 Tingkat *Vicarious Experience* *pre test* pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

<i>Vicarious Experience</i>	Kategori						Total	%
	Baik	%	Cukup	%	Kurang	%		
1. Perubahan perilaku berdasar kesamaan karakter dengan orang lain	18	60	4	13,3	1	8	30	100
2. Perubahan perilaku berdasar pengalaman sakit orang lain.	14	46,7	15	50	1	3,3	30	100

Vicarious experience diperoleh ketika seseorang berinteraksi dengan orang lain yang mempunyai pengalaman, selama ini para pekerja bangunan belum pernah bertemu dengan penderita HIV atau AIDS kemampuan belajar dari pengalaman orang yang sakit HIV atau AIDS masih kurang.

5.3.3 Tingkat *Self Efficacy*

Tabel 5.6 Tingkat *self efficacy* pre test pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

<i>Self Efficacy</i>	Kategori						Total	%
	Baik	%	Cukup	%	Kurang	%		
1. Keyakinan berdasar Kognitif	5	16,7	0	0	25	83,3	30	100
2. keyakinan berdasar Motivasional	10	33,3	10	33,3	10	33,3	30	100
3. keyakinan berdasar Afektif	15	50	5	16,7	10	33,3	30	100
4. keyakinan berdasar tindakan Selektif	1	3,3	13	43,3	16	53,3	30	100

Sumber : Data Primer

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa tingkat *self efficacy* pekerja dalam mencegah penularan HIV dan AIDS masih kurang terutama keyakinan diri berdasar aspek kognitif, pengetahuan yang baik diharapkan mampu meningkatkan *self efficacy*.

5.2.4 Pertemuan Keempat

Pertemuan keempat dilaksanakan pada hari Rabu, 17 April 2013 yaitu melaksanakan BCC Tahap X Yaitu Implementasi dan *Monitoring*. Implementasi terdiri dari 2 sesi, pada pelaksanaan beberapa pihak terlibat yaitu dari perwakilan Dinas Pekerjaan Umum, dari pihak manajemen perusahaan kontraktor PP-GNG-BLI, supervisor, divisi Keselamatan dan Kesehatan Kerja, tim VCT dari RSUD Soetomo dan para pekerja. Kegiatan dari pertemuan keempat adalah :

- a. Penyampaian materi tentang HIV dan AIDS oleh Bapak Misutarno, S.Kep.Ns konselor HIV/AIDS dan anggota tim VCT dari RSU Dr. Soetomo Surabaya, dengan menggunakan media LCD, dilanjut dengan tanya jawab.
- b. Pemberian leaflet dan buku saku tentang HIV dan AIDS
- c. Pemberian brosur tentang tempat-tempat di Jawa Timur yang bisa dilakukan pemeriksaan HIV dan VCT.

5.2.5 Pertemuan Kelima

Pertemuan kelima dilaksanakan pada hari Rabu, 24 April 2013. Masih melakukan tahap X dari BCC yaitu melakukan testimoni dengan mendatangkan Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)

5.2.6 Pertemuan Keenam

Pertemuan keenam dilakukan pada hari rabu 1 Mei 2013, melakukan BCC tahap XI yaitu Evaluasi. Evaluasi pelaksanaan dilakukan secara bertahap, evaluasi kali ini yaitu melakukan FGD mereview pencapaian tujuan dan apa yang sudah didapatkan selama proses BCC berlangsung.

Evaluasi dengan cara diskusi tingkat pengetahuan tentang HIV, penyebab, penularan, pencegahan, tanda dan gejala serta cara pengobatan. Evaluasi kecenderungan perubahan sikap terkait perilaku untuk tidak melakukan perilaku yang berisiko terinfeksi HIV serta untuk merangkul dan mengurangi stigma negatif terhadap mereka yang terkena HIV/AIDS. FGD diakhiri dengan pemberian kaos yang mengusung tema utama yaitu “Aku Peduli HIV/AIDS”

5.2.7 Pertemuan Ketujuh

Pertemuan ketujuh dilakukan pada hari selasa 21 Mei 2013, masih melakukan tahapan BCC ke XI yaitu evaluasi. Evaluasi dimulai dengan pemberian kuesioner akhir penelitian yaitu variabel pengetahuan, *vicarious experience*, *self efficacy*. Dilanjutkan dengan diskusi beserta perwakilan dari pekerja, dari pihak manajemen PP-GNG-BLI, tim K3 serta dari pihak Kementerian Pekerjaan Umum, membuat kesepakatan bersama akan follow up pelaksanaan kegiatan, dan semua pihak sepakat untuk melakukan kegiatan. Pihak Kementerian Pekerjaan Umum berjanji akan bekerja sama dengan Dinas kesehatan untuk memberikan seminar dan pelatihan pada beberapa kontraktor dan subkontraktor, serta memantau pelaksanaan divisi K3 terkait dengan program pencegahan HIV dan AIDS karena sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Pekerjaan Umum No:09/PER/M/2008 tentang Pedoman Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Konstruksi Bidang Pekerjaan Umum. Salah satu implementasi yang juga sedang diterapkan dari Dinas PU adalah mensyaratkan adanya program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dalam pasal dokumen tender. Pihak manajemen PP-GNG-BLI akan membuat program rutin penyuluhan tentang HIV dan AIDS yang akan diintegrasikan dengan program pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

Hasil evaluasi pelaksanaan *behavior change communication* pada variabel pengetahuan, *vicarious experince* dan *self efficacy* dijabarkan dalam tabel sebagai berikut.

5.7.1 Tingkat Pengetahuan

Tabel 5.7 Tingkat pengetahuan *post test* pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

Pengetahuan	Kategori						Total	%
	Baik	%	Cukup	%	Kurang	%		
1. Penyebab	30	100	-	-	-	-	30	100
2. Penularan	30	100	-	-	-	-	30	100
3. Tanda dan gejala	22	73,3	8	26,7	-	-	30	100
4. Pengobatan	28	93,3	1	3,3	1	3,3	30	100

Sumber : Data Primer

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa pengetahuan pekerja bangunan tentang HIV dan AIDS meliputi penyebab, penularan, tanda dan gejala serta pengobatan HIV dan AIDS sudah baik.

5.7.2 Tingkat *Vicarious Experience*

Tabel 5.8 Tingkat *vicarious Experience post test* pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

Vicarious Experience	Kategori						Total	%
	Baik	%	Cukup	%	Kurang	%		
1. Perubahan perilaku berdasar kesamaan karakter dengan orang lain yang sakit	26	86,7	3	10	1	3,3	30	100
2. Perubahan perilaku berdasar pengalaman sakit orang lain.	30	100	0	0	0	0	30	100

Sumber : Data Primer

Data pada tabel di atas menunjukkan bahwa ada perubahan tingkat *vicarious experience* setelah dilakukan *behavior change communication* dari cukup menjadi baik.

5.7.3 Tingkat *Self Efficacy*

Tabel 5.9 Tingkat *self efficacy* post test pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya 26 Maret – 21 Mei 2013

Self Efficacy	Kategori						Total	%
	Baik	%	Cukup	%	Kurang	%		
Keyakinan berdasar Kognitif	21	70	1	3,3	8	26,7	30	100
Keyakinan berdasar Motivasional	25	83,3	4	13,3	1	33,3	30	100
Keyakinan berdasar Afektif	24	80	6	20	0	0	30	100
Keyakinan berdasar tindakan Selektif	11	36,7	17	56,7	2	6,7	30	100

Sumber : Data Primer

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa ada perubahan yang bermakna pada *self efficacy* setelah dilakukan *behavior change communication* dari kurang menjadi cukup dan baik.

5.3 Hasil Analisa Data

5.3.1 Pengaruh *Behavior Change Communication* terhadap pengetahuan, *Vicarious experience* dan *self efficacy*

Tabel 5.10 Hasil uji Wilcoxon tingkat pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy* pekerja tentang HIV/AIDS

Variabel	Jenis	z	p
Pengetahuan	<i>Pre test</i>	-4,802	0,000
	<i>Post test</i>		
<i>Vicarious Experience</i>	<i>Pre test</i>	-4,564	0,000
	<i>Post Test</i>		
<i>Self Efficacy</i>	<i>Pre Test</i>	-4,767	0,000
	<i>Post Test</i>		

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa pada variabel pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy* ada perbedaan yang signifikan dan bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan *behavior change communication*, hal ini

membuktikan *bahwa behavior change communication* dapat meningkatkan pengetahuan, *vicarious experience* dan *self efficacy*

5.3.2 Pengaruh pengetahuan dan *vicarious experience* terhadap *self efficacy*

Tabel 5.11 Pengaruh pengetahuan dan *vicarious experience* terhadap *self efficacy*

		<i>Self Efficacy</i>	
		p	Exp (B)
Pengetahuan	<i>Pre test</i>	0,000	0,138
<i>Vicarious Experience</i>		0,989	0,430
Pengetahuan	<i>Post Test</i>	0,120	0,902
<i>Vicarious Experience</i>		0,006	0,852

Hasil uji statistik dengan menggunakan regresi ordinal berganda yang menghubungkan antara tingkat pengetahuan, *vicarious experience* dengan *self efficacy* menunjukkan bahwa pada saat *pre test* pengetahuan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap *self efficacy* dengan Exp (B) atau odd ratio sebesar 0,138, yang berarti bahwa kecenderungan pengetahuan untuk meningkatkan *self efficacy* 0,138 kali jauh lebih besar dari *vicarious experience*. Sedangkan *vicarious experience* tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap *self efficacy* $p\ 0,989 > 0,05$.

Hal yang berbeda didapatkan pada saat *post test* di mana pengetahuan memiliki $p\ 0,120 > 0,05$ yang berarti pengetahuan tidak mempengaruhi *self efficacy*, sedangkan *vicarious experience* mempunyai pengaruh yang signifikan $p\ 0,006 < 0,05$ dengan odd ratio 0,852 yang berarti bahwa *vicarious experience* memiliki kecenderungan 0,852 kali lebih besar untuk mempengaruhi *self efficacy*.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *behavior change communication* dalam mencegah penularan HIV/AIDS pada pekerja bangunan di proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya yang meliputi : 1) identifikasi gambaran demografi yang terdiri atas status perkawinan, penghasilan dan mobilitas 2) Tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS pekerja bangunan 3) tingkat *vicarious experience* pekerja bangunan 4) Tingkat *self efficacy* dalam mencegah penularan HIV/AIDS 5) Pengaruh pengetahuan terhadap *self efficacy* 5) Pengaruh *vicarious experience* terhadap *self efficacy*.

6.1 Karakteristik Demografi Pekerja Bangunan, Status Perkawinan, Usia, Pendidikan , Asal Daerah, Penghasilan dan Mobilitas.

Hasil penelitian pada tabel 5.1 sampai dengan tabel 5.3 menunjukkan bahwa pekerja bangunan di proyek flyover pasar Kembang di dominasi oleh kelompok usia muda antara 17-24 tahun dengan status yang belum menikah. Penghasilan kurang dari satu juta rupiah serta banyak yang berasal dari luar Surabaya.

Pekerja bangunan sebagai sebagai pekerja pendatang memiliki risiko terinfeksi HIV (Hugo, 2001). Mereka pergi meninggalkan keluarga sepanjang waktu tertentu untuk bekerja di beberapa tempat yang cukup jauh, sehingga memberi peluang pada pekerja bangunan untuk kontak dengan pekerja seks di daerah tujuan karena mereka umumnya berpisah dari pasangannya, selain itu pekerja bangunan pada umumnya adalah orang muda yang memiliki

kecenderungan mencari pelayanan tersebut, ditambah lagi industri seks sangat aktif di daerah tujuan pekerja pendatang. Sejumlah bukti menunjukkan bahwa pekerja pendatang yang memanfaatkan pelayanan seks sangat jarang menggunakan kondom (Hugo, 2001) kondisi ini memungkinkan penyebaran dan laju pertumbuhan HIV/AIDS di Indonesia cenderung mengalami peningkatan karena pekerja bangunan dapat terinfeksi dan menyebarkannya pada lingkungan rumah mereka saat kembali, para pekerja yang terinfeksi dapat menularkan pada pekerja seks, serta status mereka yang migran non permanen memungkinkan mereka untuk pindah kerja ke wilayah baru, yang nantinya memungkinkan menyebarkan pada kelompok baru pekerja seks yang ada di wilayah tersebut.

Pekerja bangunan yang bekerja di proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya, yang notabene lokasi dekat dengan daerah lokalisasi memungkinkan adanya kecenderungan pekerja untuk sekedar bermain dan mencoba-coba menggunakan jasa seks komersial, dari penuturan 3 orang pekerja bangunan, beberapa dari mereka pernah menggunakan jasa pekerja seks komersial yang ada di kawasan lokalisasi Dolly, hal tersebut biasa mereka lakukan setelah menerima gaji yang biasa diterima setiap 2 minggu sekali. Kondisi ini sangat memungkinkan terjadinya penularan HIV/AIDS, dari Pekerja Seks Komersial ke pekerja bangunan.

Kondisi tersebut sesuai dengan penelitian Hlebela (2009) yang menunjukkan bahwa sebanyak 39% dari 241 pekerja bangunan di Afrika Selatan yang bekerja jauh dari rumah melakukan hubungan seksual dengan menggunakan jasa pekerja seksual yang ada di sekitar tempat mereka bekerja.

6.2 Tingkat Pengetahuan Pekerja Bangunan tentang HIV/AIDS sebelum dan sesudah pelaksanaan *Behavior Change Communication*.

Hasil penelitian yang ditunjukkan oleh tabel 5.4 dan tabel 5.7 menunjukkan perubahan peningkatan yang signifikan pada variabel pengetahuan sebelum dan sesudah pelaksanaan kegiatan dengan menggunakan *behavior change communication* yaitu didapatkan nilai $z = -4,802$ p 0.000 < 0.005.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Ibrahim (2012) yang menunjukkan bahwa dengan komunikasi dan media yang efektif, peningkatan pengetahuan dan sikap bisa terjadi secara signifikan. Hal senada juga diungkapkan oleh Hutchinson (2006) yang menyatakan bahwa penyampaian informasi melalui sistem oral disertai dengan media yang tepat sasaran juga dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan responden tentang tema atau topik yang disampaikan.

Pendekatan *Behavior Change Communication* (BCC) memungkinkan keterlibatan langsung para responden dalam menentukan tujuan yang ingin dicapai, serta media yang akan digunakan dalam proses transfer pengetahuan. Pendekatan seperti ini diharapkan sangat tepat sasaran melalui pemakaian media yang ada dan cara penyampaian yang efektif dan efisien. Keterlibatan responden dimulai dari saat penetapan tujuan antara lain yaitu upaya peningkatan pengetahuan serta persepsi akan risiko, meningkatkan permintaan informasi tentang HIV/AIDS serta perubahan perilaku yaitu meningkatkan kepedulian untuk merubah perilaku bagi mereka yang rentan terkena penyakit menular seksual, dalam hal ini HIV/AIDS.

Penerapan BCC dalam proses penyampaian materi disesuaikan dengan kebutuhan para responden, karena sebelum materi disampaikan dilakukan pre test terlebih dahulu untuk mengetahui apakah pesan, tema dan pencapaian aktivitas nantinya benar-benar sesuai dengan target populasi atau tidak.

Penerapan *behavior change communication* dalam meningkatkan pengetahuan pekerja bangunan di lapangan menggunakan metode *verbal persuasion* yang ditambah dengan penggunaan media pamflet, leaflet, presentasi dengan menggunakan LCD, serta modelling. Hasil penelitian yang dilakukan Valente (2001) di India menunjukkan penggunaan media poster, pamflet yang dilakukan terhadap kelompok sopir truk dapat meningkatkan pengetahuan dan kepedulian terhadap HIV/AIDS.

6.3 Tingkat *Vicarious Experience* Pekerja Bangunan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan *Behavior Change Communication*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada tingkat *vicarious experience* pekerja bangunan antara sebelum dan sesudah pelaksanaan dengan menggunakan pendekatan *behavior change communication*. Hasil uji wilcoxon menunjukkan nilai $z -4,564$ p $0,000 < 0,005$.

Vicarious experience merupakan salah satu dari faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy*. *Vicarious experience* adalah kemampuan untuk berusaha merubah perilaku berdasar dari pengalaman orang lain, di mana prinsip pelaksanaan dari *vicarious experience* ini salah satunya dengan menggunakan sistem *modelling*, yaitu menggunakan model orang lain yang memiliki kesamaan karakter yang bisa dijadikan panutan atau contoh nyata dalam kehidupan sehari-hari.

Konsep *modelling* yang diterapkan pada pelaksanaan *behavior change communication* adalah dengan mendatangkan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di mana kehadiran ODHA yang akan menceritakan pengalaman hidup dan bagaimana menjalani kehidupan sehari-hari dapat menjadi pelajaran bagi orang yang belum terkena HIV agar jangan sampai terjangki HIV. Pelaksanaan *live modelling* ini cukup efektif terbukti didapatkan hasil yang signifikan antara sebelum dan sesudah pelaksanaan kegiatan.

Hasil penelitian yang dilakukan Mazziota (2011) menunjukkan bahwa penerapan *live modelling* pada sebuah grup dapat meningkatkan *vicarious experience* dan kecenderungan untuk terjadi perubahan perilaku dibanding dengan kelompok yang tidak menggunakan *live modelling*. Mazziota juga menyatakan bahwa pada penerapan *vicarious experience* bisa bisa berhasil jika antara model dan responden memiliki hubungan yang baik, serta kemampuan merasakan hal yang sama atau empati pada model menjadi salah satu faktor yang mendukung peningkatan kemampuan diri untuk merubah perilaku.

Belajar dari pengalaman orang lain, mendengar langsung seperti apa mereka mengalami masa sulit, stigma dan diskriminasi yang buruk terhadap ODHA, serta bagaimana mereka berjuang melawan virus, dan harus mengkonsumsi obat tiap hari serta dampaknya terhadap orang-orang terdekat akan mampu meningkatkan dan menggugah kesadaran pekerja atau orang lain untuk kemudian merubah perilaku agar jangan sampai terkena atau mengalami hal serupa.

Bandura (1997) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesensitifan peningkatan *vicarious experience*, yaitu pertama,

ketidakpastian tentang kemampuan diri sendiri, kedua, sedikitnya pengalaman, dan ketiga ketidakjelasan kriteria evaluasi yang akan diukur.

6.4 Tingkat *Self efficacy* Pekerja Bangunan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan *Behavior Change Communication*.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada tingkat *self efficacy* pekerja bangunan antara sebelum dan sesudah pelaksanaan dengan menggunakan pendekatan *behavior change communication*. Hasil uji wilcoxon menunjukkan nilai $z -4,767$ p $0,000 < 0,005$.

Kemampuan atau keyakinan diri seseorang dalam berperilaku untuk mencapai tujuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, *verbal persuasion*, *enactive experience*, *vicarious experince*, *verbal persuasion* serta *physiological states*. *Self efficacy* salah satunya bisa berdampak pada bagaimana kira-kira seseorang akan berperilaku.

Bandura (1997) menyatakan bahwa *self efficacy* dapat berpengaruh pada setiap fase perubahan perilaku seseorang. Namun hal yang menjadi poin penting adalah dalam meningkatkan *self efficacy*, tidak hanya mengajari perilaku seks yang benar dan aman, tetapi lebih kepada memperlengkapi mereka dengan skill dan keyakinan diri bahwa mereka mampu dan secara konsisten dapat mempraktikkan perilaku sehat tersebut. Bandura juga menambahkan bahwa suatu perubahan perilaku tingkah laku hanya akan terjadi apabila ada perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan.

Peningkatan *self efficacy* yang cukup signifikan pada kelompok pekerja bangunan di mana pada saat *pre test* didapatkan sebanyak 53.3% mempunyai *self efficacy* yang kurang sedang pada saat *post test* didapatkan 53,3 % mempunyai

self efficacy yang baik, perubahan ini dipengaruhi banyak faktor, *self efficacy* meningkat setelah dilakukan *verbal persuasion* dan *vicarious experience* dengan menggunakan pendekatan *behavioral change communication*. Pekerja menjadi lebih mengerti tentang HIV/AIDS sehingga diharapkan nantinya akan terjadi upaya aktif dari semua pekerja untuk melakukan perilaku yang tidak berisiko tertular HIV.

6.5 Pengaruh Pengetahuan, *Vicarious Experience* dengan *Self Efficacy* Pekerja Bangunan dalam Mencegah Penularan HIV/AIDS Sebelum dilaksanakan *Behavior Change Communication*.

Hasil uji statistik dengan menggunakan regresi ordinal berganda didapatkan bahwa tingkat pengetahuan berpengaruh terhadap *self efficacy* sedangkan *vicarious experience* tidak berpengaruh terhadap *self efficacy*.

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan yang mencakup di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yakni : tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Pengetahuan merupakan domain penting bagi terbentuknya sikap dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan teori dari Bandura (1997) yang menyatakan bahwa *self efficacy* seseorang dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu

atau kombinasi empat faktor, yaitu *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *verbal persuasion*, dan *emotional arousal*. Maka metode pemberian pendidikan kesehatan melalui pendekatan *Behavior Change communication* (BCC) akan memfasilitasi empat faktor tersebut diatas, FHI (2006) di dalam proses BCC terdapat peran aktif dari populasi target serta *stakeholders* dalam menentuan tujuan dan strategi pelaksanaan serta media komunikasi yang akan dipakai, sehingga diharapkan pengetahuan yang akan diperoleh benar-benar bermanfaat guna dan dapat meningkatkan *self efficacy* pekerja.

Self efficacy yang baik dengan pengetahuan yang kurang terjadi karena faktor pengetahuan yang sangat kurang tadi membuat seseorang melakukan suatu hal dengan hati-hati karena belum mengerti apa dan bagaimana penularan dan bahaya HIV dan AIDS. Faktor ketidaktahuan ini bagi sebagian besar orang mendorong ia berhati-hati dalam bertindak.

Tingkat pengetahuan pekerja tentang HIV dan AIDS terutama tentang cara penularan masih kurang, sebagian dari mereka menganggap bahwa penularan HIV bisa melalui sentuhan dan bukan karena virus. Sehingga pendekatan *behavior change communication* sangat diperlukan untuk dapat membuat mereka mengerti dan memahami tentang HIV dan AIDS.

Hasil *vicarious experience* terhadap *self efficacy* tidak ada pengaruh yang signifikan, ini terjadi karena dalam konsep *vicarious experience*, ia bisa ditingkatkan dengan cara *live modelling*, menghadirkan orang yang memiliki karakteristik yang sama dengan pekerja atau responden, di mana orang tersebut memiliki pengalaman yang baik tentang penyakit atau tentang suatu hal sehingga pekerja atau responden bisa belajar dari pengalaman hidup model. Pada sebelum

pelaksanaan behavior change communication, pekerja belum mengetahui gambaran seperti apa orang sakit HIV dan AIDS, mereka belum sepenuhnya memahami seperti kehidupan sehari-hari baik segi fisik dan sosial serta mental para pengidap HIV dan AIDS sehingga mereka belum bisa belajar dari pengalaman orang lain tersebut. Maka pendekatan behavior change communication di mana salah satu media yang dipakai adalah melakukan Focus Group Discussion (FGD) dengan penderita HIV dan AIDS sehingga model (yang mengidap HIV dan AIDS) bisa berbagi cerita pengalaman hidup.

Harrison (2006) menjelaskan bahwa *vicarious experience* bisa berpengaruh pada *self efficacy* selama responden atau objek melihat langsung apa yang diperagakan atau yang diceritakan oleh model, peran model dalam upaya meningkatkan *self efficacy* melalui teknik *vicarious experience* sangat besar karena objek dapat belajar langsung dari model. Teori kognitif sosial yang dikembangkan Bandura (1997) juga menjelaskan bahwa masyarakat bisa mengambil sikap, nilai, kecenderungan emosi serta mengadopsi perilaku baru hanya dengan mengamati perilaku orang lain yang dianggap relevan. Sehingga apa yang disebut Mazziota (2011) sebagai *vicarious's contact* sangat diperlukan untuk dapat meningkatkan *self efficacy* seseorang.

6.6 Pengaruh Pengetahuan, *Vicarious Experience* dengan *Self Efficacy* Pekerja Bangunan dalam Mencegah Penularan HIV/AIDS Sesudah dilaksanakan *Behavior Change Communication*.

Hasil uji statistik dengan menggunakan regresi ordinal berganda (tabel 5.11) untuk pengetahuan dengan *self efficacy* didapatkan bahwa tingkat pengetahuan tidak mempunyai pengaruh terhadap *self efficacy* sedangkan *vicarious experience* mempunyai pengaruh yang signifikan.

Pengetahuan adalah salah satu faktor yang bisa mendorong seseorang untuk berperilaku. Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang.

Hasil penelitian pada tingkat pengetahuan didapatkan bahwa sebagian besar 96,7 % memiliki pengetahuan yang baik, sedangkan *self efficacy* sebagian besar 53,3% memiliki *self efficacy* yang baik. Melihat perbandingan prosentase antara pengetahuan dan *self efficacy* kemungkinan memang menjadikan keeratan hubungan kedua variabel ini lemah. Selain itu, faktor pengetahuan yang baik, juga tidak menjamin seseorang berperilaku yang baik dan menghindari penularan HIV. Perilaku berisiko tertular HIV berada di wilayah *private*, sehingga adalah merupakan hak asasi seseorang individu apakah tetap melakukan tindakan tersebut, belum lagi ditunjang oleh faktor *men* dan *mobility* yang dihadapi pekerja.

Pekerja jauh dari istri dan keluarga, sedangkan kebutuhan biologis tidak tersalurkan. Hal ini yang memungkinkan salah satu penyebab lemahnya hubungan pengetahuan antara pengetahuan dan *self efficacy*.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan kesejahteraan Anak Zimbabwe (2002) juga menunjukkan hubungan yang lemah antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan *self efficacy* penggunaan kondom dalam rangka mencegah penularan HIV/AIDS pada golongan anak muda. Sebagian besar alasan yang diberikan adalah faktor kenyamanan dalam penggunaan kondom. Demikian juga yang disampaikan Snyder (2007) belajar dari

kampanye HIV/AIDS yang dilakukan di Uganda, bahwa masyarakat atau orang tidak selalu melakukan apa yang mereka tahu.

Bandura (1997) menjelaskan bahwa *self efficacy* terdapat tiga dimensi, diantara (1) *Magnitude*, di mana tingkat kesulitan seseorang juga akan berpengaruh pada pemilihan perilaku yang akan dipilih, (2) *Generality*, di mana berbagai pengalaman pribadi yang dibandingkan dengan pengalaman orang lain, (3) *Strength*, di mana dimensi ini merupakan kekuatan keyakinan yang dimiliki oleh seseorang akan kemampuan yang dimilikinya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perubahan perilaku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan.

Bandura (1997) mengatakan bahwa salah satu sumber yang bisa meningkatkan *self efficacy* adalah *vicarious experience*. *Self efficacy* seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang bisa menyebabkan *self efficacy* meningkat atau menurun, yaitu pengalaman masa lalu seseorang, pembelajaran dari pengalaman orang lain, persuasi verbal dari orang lain serta kondisi emosional seseorang.

Kondisi ini juga sesuai dengan hasil penelitian Harrison (2006) yang menyatakan bahwa dengan melihat atau mengamati, mendengarkan apa yang disampaikan oleh orang lain terkait dirinya akan secara signifikan berpengaruh pada keyakinan diri atau *self efficacy* seseorang tersebut untuk melakukan atau tidak melakukan seperti apa yang dilakukan oleh model.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat *vicarious experince* responden setelah dilakukan pendekatan *behavior change communication* dalam kategori

baik, kondisi ini bisa terjadi jika penerapan *live modelling* ini di sajikan oleh model yang sangat kompeten, sehingga apa yang disampaikan pada responden benar-benar mengena dan tepat sasaran, sehingga mampu meningkatkan *self efficacy* responden. Dan diharapkan, dengan peningkatan *self efficacy* mampu meyakinkan seseorang dalam hal ini pekerja bangunan untuk berperilaku yang sehat, mengadopsi perilaku baru yang dapat menjauhkan dirinya dari penularan HIV/AIDS.

Pada pelaksanaan *live modelling* pada *vicarious experience* Bandura (1997) menjelaskan bahwa ada tiga syarat proses psikologis yang dapat mendorong seseorang melakukan perilaku baru : pertama, observer harus benar-benar memperhatikan model; kedua, observer mampu mengartikan apa yang disampaikan dan secara mental merasakan dan belajar dari apa yang disampaikan model; dan ketiga, observer harus mampu mengimplementasikan apa yang didapat kedalam tindakan yang nyata.

Self efficacy akan mempengaruhi pilihan tindakan yang akan dilakukan oleh seseorang, seberapa banyak usaha dan energi yang dibutuhkan untuk berperilaku. Peran *self efficacy* sangat krusial dalam mempengaruhi cara seseorang berpikir dan merasakan akan kemungkinan-kemungkinan yang bakal terjadi atau dialami jika suatu perilaku atau tindakan diimplementasikan (Mazziota, 2011).

Tingkat *self efficacy* yang baik pada kalangan pekerja bangunan di proyek flyover Pasar Kembang Surabaya diharapkan akan berperilaku dan bertindak yang jauh dari risiko penularan HIV/AIDS. Sehingga dapat meminimalisir potensi peningkatan kasus HIV/AIDS di Indonesia.

BAB 7
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 KESIMPULAN

1. Pekerja bangunan di proyek *flyover* Pasar Kembang Surabaya sebagian besar belum menikah, di mana usia berada pada rentang 17-24 Tahun dengan tingkat pendidikan SMP (Sekolah Menengah Pertama). Penghasilan mereka rata-rata tiap bulan kurang lebih satu juta dan banyak yang berasal dari luar Surabaya dengan tingkat mobilitas mereka pulang setiap 1 bulan sekali.
2. Pelaksanaan *Behavior Change Communication* (BCC) dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV dan AIDS.
3. Pelaksanaan *Behavior Change Communication* (BCC) dapat meningkatkan *vicarious experience* pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS.
4. Pelaksanaan *Behavior Change Communication* (BCC) dapat meningkatkan *self efficacy* pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS. Ini terjadi karena dalam penentuan tujuan, strategi pelaksanaan, media komunikasi dan evaluasi melibatkan peran aktif pekerja dan stake holders sehingga pesan yang disampaikan tepat sasaran, efektif dan efisien.
5. *Vicarious experience* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *self efficacy*.

7.2 SARAN.

1. Bagi penanggung jawab divisi keselamatan dan kesehatan kerja (K3) *Project Officer* proyek pembangunan *flyover* Pasar Kembang Kementerian Pekerjaan Umum Provinsi Jawa Timur dan kontraktor PP-GNG-BLI untuk menerapkan pendekatan *Behavior Change Communication* dalam kegiatan promosi kesehatan di lapangan yang diintegrasikan dengan program keselamatan dan kesehatan kerja.
2. Bagi divisi *Human Resources Departement* (HRD) kontraktor dalam mempekerjakan pekerja untuk tetap memperhatikan rentang umur sesuai hasil konvensi *International Labor Organisation* (ILO) No. 138 tentang *age minimum convention*, yaitu yang berusia minimal 18 tahun.
3. Bagi pekerja bangunan *flyover* Pasar Kembang Surabaya supaya mempertahankan *self efficacy* yang sudah baik, dan diharapkan untuk mengubah perilaku yang mengarah ke risiko tertular HIV dan AIDS menjadi perilaku yang sehat dan tidak berisiko.
4. Bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian pada tataran observasi perilaku pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV dan AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, A. (2010) *Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia : Liipincot Williams & Wilkins
- American Public Health Association, Public Health Nursing Section. (2006) *Essentials of Master Level Nursing Education for advanced Community/public Health Nursing Practice*. New York Association of Comminty Health Nurse Educator.
- Arjumand . (2006). *Study to Asses delivery of Behavior Change Communication Service to Prevent HIV/AIDS*. Pakistan: National AIDS Control Programme, Ministry of health Government of Pakistan.
- Asian Development Bank . (2007). *Republic of Indonesia : Support for HIV and AIDS Prevention in Infrastructure*. Asian Development Bank .
- AusAid. (2002). *Buku Pegangan Konsuler : HIV/AIDS*. Indonesia: Yayasan kertapraja dan Yayasan Burnet Indonesia.
- Bahrampour. (2001). *New Episode Cominnng of a Cliffhanger for Straphanger*. The New York Times.
- Bandura, A. (1977). *Self Efficacy a Unifying Theory of Behavioral Change*. California: Stanford University
- Bandura, A. (1994). *Social Cognitive theory and exercise of control over HIV infection*. New York: Plenum.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy*. Diperoleh dari <http://p20motivationlab.org/Bandura> pada tanggal 9 November 2012.
- Boskey, E. (2008) *Self Efficacy and Condom Use - Self Esteem Sex Safer*. <http://www.std.about.com/od/prevention/a/Selffeffcondom.html>
- Bangladesh Institute of Labour Studies, (2007). *Awareness Raising for Prevention of HIV/AIDS among the public sector and minor road Transport Workers*. Bangladesh Institute of Labour Studies.
- Carey MP, & Schroder KE. (2002) Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Education Prevention Journal*. P: 172-182.

- Chen, P. F. (2006). *Planning Behavior Change Communication Interventions : A Practical Handbook*. Bangkok : UNFPA Country Technical Service Team.
- Cherry, K. (2012). *What is Self Efficacy*. New York: About Psychology.
- Depkes RI. (1997). *Permainan Simulasi AIDS*. Jakarta: Bakti Husada.
- Depkes RI. (2006) *Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI. (2007) *Surveilans Terpadu Biologis Perilaku pada Kelompok Berisiko Tinggi*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2012) *Laporan statistik kasus HIV/AIDS di Surabaya s/d Desember 2011*. DKK Kota Surabaya.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodelogi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Elmendorf, A. E. (2005). *Behavior Change Communication for Better Health Outcomes in Africa*. Africa Region: The World Bank.
- Family Health International . (2006). *Rapid Assesment and HIV Program Design for Construction Workers and Surrounding Communities in Vietnam* . Hanoi: Japan Bank for Internationa Cooperation.
- Family Health International. (2006). *Behavior Change Communication for HIV/AIDS A Strategic Framework*. Arlington: USAID.
- Efendi, Ferry; Makhfudli. (2009) *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Glanz, K. (2008). *Health behavior and Health Education. Theory, research and practice*. San Fransisco: Jossey Bass a Wiley Imprint.
- Graniech, R. (2003). *Ancaman HIV dan Kesehatan Masyarakat*. Jogjakarta: Insist Press.
- Ibrahim, N. (2012). Effectiveness of Peer education on Knowledge, Attitude, and Risk behavior Practice Related to HIV Among Student at A Malaysian Public University. *National Institute of Health. US National Library of Medicine Pub Med*.
- Harrison, M (2006). An Investigation of the Influence of Vicarious Experience on Perceived Self Efficacy. *Journal of Experiental Education. Vol. 28, No. 3*

- Hlabela, TF. (2009). *Impact of HIV/AIDS in the construction Industry*, Master Thesis. Faculty of Economic and Management Service. Stellenbosch University. South Africa
- Hutchinson. (2006). A Meta Analysis of the Effectiveness of Alternative HIV Counselling and Testing to Increase Knowledge of HIV. *Aids Journal. Official Journal of the International AIDS Society*.
- Hugo, G. (2001). *Mobilitas Penduduk dan HIV/AIDS di Indonesia*. AusAid, UNDP, ILO.
- Kemenkes RI. (2011) *Surveilans Terpadu Biologi dan Perilaku*. Jakarta: Ditjen PP&PL Kemenkes Republik Indonesia
- Kemenkes RI. (2012) *Laporan Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia s/d September 2012*. Jakarta: Ditjen PP&PL Kemenkes Republik Indonesia
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010 - 2014*. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2011). *Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006 - 2011*. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Kuntoro. (2008). *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*. Surabaya : Pustaka Melati
- Kuntoro. (2008). *Metode Statistik*. Surabaya : Pustaka Melati
- Low-beer, D., & Stoneburner, R. (2003). Behavior and Communication Change in reducing HIV : Is Uganda Unique? *African Journal of AIDS Research*, 9-21.
- Luszczynska A., Scholz U., Schwarzer R.. (2005). The General Self-Efficacy Scale : Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.
- Mazziota, Agostino. (2011) Vicarious Intergroup Contact Effect Applying social Cognitive Theory to Intergroup Contact Research. *Group Process and Intergroup relation Journal*.
- Muchdarsyah (2003) *Produktivitas Apa dan Bagaimana*. Jakarta, Bumi Aksara
- Nies. Mary A. (2011) *Community/Public Health Nursing, Promoting the Health of Populations*. Missouri : Elsevier Saunders
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Skinner, D. (1990). *An Evaluation of an education programme on HIV Infection using puppetry and street theatre*. South Africa: University of the Western Cape and Institute for Biostatistic.
- Smith, K. W. (1996). *A Self Efficacy scale for HIV Risk behaviors : Development and Evaluation*. New York: The Guilford Press.
- Snyder, LB. (2007). Health Communication Campaign and Their Impact on Behavior. *Journal of Nutrition Education Behavior*. 39:S32-S40.
- Sugiyono. (2000) *Statistik Untuk Penelitian*. Badnung: CV Alfabeta
- Tufte, T. (2001). Entertainment Education and Participation Assessing the Communication Strategy of Soulcity. *Journal of International Communication*.
- Valente, TW. (2001). Evaluating Communication Campaigns. In: Rice RE, Atkin CK, Eds. *Public Communication Campaign*. 3rd ed. Thousand Oaks. California.
- UNFPA. (2001). *Nigerian Television Programme Promotes Adolescent Reproductive Health*. Nigeria : UNFPA.
- UNFPA Progress Intranet. (1999). *Twende na Wakati, Partnership for Advocacy*. Tanzania: UNFPA.
- Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe National family Planning Council and U.S centers for Disease Control and Prevention. (2002). *The Zimbabwe Young Adult Survey : A Preliminary report*. Harare.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 14 Maret 2013

Nomor : 97 /UN3.1.12/PPd/S2/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Kepala Dinas Pekerjaan Umum
PPK – ABS – AUS - LBS
JL. Gayung Kebonsari 167
Surabaya


Dengan hormat,
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

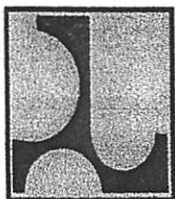
Nama : Syiddatul Budury , S.Kep.Ns
NIM : 131141035
Judul Penelitian : Peningkatan self efficacy dengan pendekatan behavior change Communication pada pekerja bangunan dalam mencegah Penularan HIV/AIDS di Surabaya.

Tempat : Proyek Flyover Pasar Kembang.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan


Purwaningsih, SKp. M.Kes
NIP. 19661121200032001



IP - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

BALAI BESAR PELAKSANAAN JALAN NASIONAL V

SATUAN KERJA NON VERTIKAL TERTENTU PELAKSANAAN JALAN NASIONAL METROPOLITAN I SURABAYA

PPK ARTERI BARAT SURABAYA - ARTERI UTARA SURABAYA - LEGUNDI - BUNDER - SIDOARJO

Jl. Gayung Kebonsari No : 167 (Kantor UPT Lt 2) Telp./Fax. : (031) 8292393

No : PD.03-07/BM.13/ABS-AUS-LBS/63
Lampiran :-

Kepada Yth :
Dekan Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan
Program Studi Magister Keperawatan
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115

Perihal : **Proposal Penelitian Mahasiswa Unair di Proyek Fly Over Pasar Kembang**

Menindak lanjuti surat Dekan Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Nomor : 97/UN3.1.12/PPD/S2/2013 Tanggal 14 Maret 2013 Perihal: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan –Fkp Unair, Maka dengan ini sampaikan hal-hal sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan kesempatan kepada mahasiswa tersebut dan menyediakan bantuan fasilitas untuk penelitian.
2. Mahasiswa diharapkan membuat jadwal pertemuan dan berkoordinasi dengan petugas lapangan agar pada saat diskusi dengan pekerja tidak mempengaruhi progres lapangan.
3. Pada saat diskusi dengan Pekerja diharapkan pada jam istirahat

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih

Surabaya , 22 Maret 2013

PPK Arteri Barat Surabaya-Arteri Utara Surabaya-
Legundi-Bunder-Sidoarjo

SODELI, ST.

NIP. 19641010 199103 1 004

Tebusan disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Balai Besar Pelaksanaan Jalan Nasional V
2. Kepala Satker Pelaksanaan Jalan Nasional Metropolitan I Surabaya
3. KSO PP – GNG – BLJ
4. SE Konsultan Supervisi
5. Arsip



**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 08-273/UN3.14/PPd/2013

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**“Peningkatan *Self Efficacy* dan Pemahaman Tentang HIV / AIDS
Dengan Pendekatan *Behavior Change Communication*
Pada Pekerjaan Bangunan”**

Peneliti : **Syiddatul Budury, S.Kep.Ns..**
Program Studi / Fakultas : Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian : Balai Besar Pelaksanaan Jalan Nasional V
Jl. Gayung Kebonsari No. 167 Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 20 Maret 2013

Komis Etik Penelitian LPPM UNAIR

Ketua,


M. Astika, Apt.
NIP. 19430524 197302 1 001

LEMBAR PENJELASAN

Nama Saya: Syiddatul B, S.Kep.Ns. Mahasiswa dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang sedang melakukan penelitian,

1. Penelitian ini berjudul : “ Peningkatan *self efficacy* dan pemahaman tentang HIV/AIDS dengan pendekatan *Behavior Change Communication* pada pekerja bangunan”
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi keyakinan diri dan pemahaman tentang HIV/AIDS
3. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan dan menambah wawasan tentang HIV/AIDS
4. Penelitian ini akan dilakukan selama kurang lebih 4 minggu. Bapak-Bapak akan mendapatkan penjelasan tentang konsep penyakit HIV/AIDS, kegiatan ini berlangsung minimal 2 kali pertemuan. Teknik pelaksanaannya adalah
 - a. Bapak-bapak akan dikumpulkan di mess setelah selesai kerja, yaitu pada jam 19.00 WIB
 - b. Kemudian bapak-bapak akan diberikan lembar tanya jawab untuk di isi.
 - c. Lalu bapak-bapak akan di berikan penyuluhan tentang HIV/AIDS
 - d. Setelah itu ada pertemuan berikutnya, bapak-bapak sendiri yang menentukan kapan pertemuan tersebut akan dilaksanakan, pertemuan tersebut dilakukan untuk mengevaluasi pemahaman tentang HIV/AIDS, dan bapak-bapak akan disuruh mengisi lembar tanya jawab seperti yang pernah bapak-bapak jawab di pertemuan pertama.
5. Manfaat penelitian ini bagi bapak-bapak yaitu dapat meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan keyakinan diri tentang HIV/AIDS serta mampu mencegah penularan HIV/AIDS
6. Respek :
 - a. Keikutsertaan bapak-bapak dalam penelitian adalah atas dasar sukarela
 - b. Peneliti akan merahasiakan identitas, data dan semua informasi yang berkaitan dengan keikutsertaan subjek terhadap orang yang tidak berhak.
 - c. Subjek atau bapak-bapak berhak untuk mengundurkan diri setiap saat dari keikutsertaannya dalam penelitian
7. Risiko

- Kemungkinan resiko akibat perlakuan dipastikan tidak ada karena bukan penelitian eksperimen murni, kegiatan yang dilakukan berupa pemberdayaan melalui pendidikan kesehatan dan konseling
8. Penghargaan yang akan diberikan kepada subjek atau bapak adalah uang masing-masing mendapat Rp. 20.000 serta kaos atau tshirt.
9. Keadilan
- Kepada semua subjek diberikan perlindungan dan perlakuan yang sama
10. Demikian teknik pelaksanaan, kalau ada yang belum jelas, dan butuh informasi bisa menghubungi saya, Nama saya : Syiddatul B tinggal di Jl. Kedung Doro VI No 29 Surabaya dan No. telepon saya 081750380020.

Surabaya ,

2013

Yang mendapatkan penjelasan

Subjek

(.....)

Yang memberi penjelasan

Ketua Peneliti/Peneliti

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 5

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Syiddatul B, S.Kep,Ns

NIM : 131141035

Adalah Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang ***“Peningkatan Self Efficacy dengan pendekatan Behavior Change Communication pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV/AIDS di Surabaya.”*** Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan kontribusi dalam pengembangan program promosi kesehatan terutama dalam program pencegahan penularan HIV/AIDS.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak dalam penelitian ini. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Partisipasi Bapak adalah sukarela, tanpa ada paksaan. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi saya di 08175038002

Bila Bapak berkenan menjadi responden silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Syiddatul B, S.Kep.Ns.

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Alamat :

Menerangkan bahwa setelah mendapat penjelasan dan mengetahui manfaat dari penelitian yang akan dilakukan oleh saudara **Syiddatul B, S.Kep,Ns.**, maka saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Mengetahui
Peneliti,

Surabaya, 2013

Yang Membuat Pernyataan

Syiddatul B, S.Kep.,Ns.

.....

Saksi

Lampiran 7

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (✓) pada kotak yang tersedia pada setiap jawaban.

No Responden:

Asal daerah :

Data Demografi

Kode

1. Umur

 15 - 24 tahun

 25 - 34 tahun

 35 - 44 tahun

 45 - 54 tahun

2. Pendidikan

 SD/Sederajat

 SLTP/Sederajat

 SLTA/Sederajat

 Akademi/Perguruan Tinggi

3. Status Perkawinan

 Belum menikah

 Menikah

 Duda

4. Penghasilan per bulan

 <1 Juta

 1 - 2 Juta

 > 2 Juta

5. Berapa bulan/minggu sekali anda pulang ke rumah (ke kampung halaman)

.....

Kuesioner pengetahuan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1	Virus HIV bisa menyebabkan AIDS?			
2	Apakah HIV menular melalui cairan tubuh manusia?			
3	Apakah HIV bisa ditemukan pada cairan Vagina?			
4	Jika kamu berhubungan seks hanya sekali dengan orang yang menderita HIV/AIDS apakah kamu akan terinfeksi HIV juga?			
5	Menggunakan kondom bisa mencegah penularan HIV/AIDS			
6	Bisakah seseorang yang mengidap HIV namun tidak menunjukkan gejala kalau ia sedang sakit?			
7	Bisakah seseorang yang terlihat sehat tapi mengidap HIV, menularkan penyakitnya pada orang lain dengan berhubungan seks tanpa kondom?			
8	Satu cara untuk mencegah penularan HIV adalah dengan tidak melakukan hubungan seks sama sekali			
9	Jika seorang perempuan menggunakan pil maka tak perlu memakai kondom saat berhubungan seks karena tak akan menularkan HIV/AIDS			
10	Berhubungan seks dengan lebih dari 1 pasangan menambah risiko terinfeksi HIV			
11	Seseorang tidak akan terinfeksi HIV jika dia minum obat atau antibiotik			
12	Sudah ada vaksin yang dapat mencegah seseorang terkena HIV			
13	Menggunakan jarum yang bergantian saat menggunakan narkoba dapat meningkatkan risiko terinfeksi HIV			
14	Semua ibu hamil yang terinfeksi HIV akan menularkan HIV pada bayinya			
15	Penyakit HIV/AIDS bisa sembuh dengan sendirinya			

KUESIONER VICARIOUS EXPERIENCE**Petunjuk :**

1. Silahkan di baca masing-masing pertanyaan dengan cermat kemudian lingkarilah angka di bawah pertanyaan yang menunjukkan keyakinan anda pada aktivitas yang akan anda lakukan
2. Ketentuan :
 - 1: Tidak Setuju 3 : Setuju
 - 2 : Kurang Setuju 4 : Sangat Setuju
3. Jika anda sangat yakin dan mampu melakukannya, maka lingkarilah angka 4. Namun jika anda merasa bahwa anda tidak mampu sekali melakukannya maka lingkarilah angka 1 atau anda bisa pilih angka lainnya.

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
1	Saya dapat merubah perilaku saya dengan mencontoh perilaku yang telah dilakukan orang lain agar tidak terkena HIV/AIDS				
2	Saya dapat merubah perilaku dengan mencontoh perilaku yang telah dilakukan orang lain yang memiliki kesamaan dengan saya agar tidak terkena HIV/AIDS				
3	Saya telah membandingkan perilaku saya dengan perilaku orang lain yang memiliki kesamaan dengan saya				
4	Saya telah mempunyai contoh orang yang bisa saya ingat ketika sewaktu-waktu saya hendak melakukan suatu perilaku yang berisiko terkena HIV/AIDS				
5	Saya telah mempunyai contoh orang yang bisa saya ingat ketika sewaktu-waktu saya telah melakukan suatu perilaku yang berisiko terkena HIV/AIDS				
6	Saya telah melihat perilaku orang lain dan saya putuskan apakah saya mampu atau tidak untuk melakukan hal serupa agar tidak terkena HIV/AIDS.				

KUESIONER SELF EFFICACY*(Diambil dari Self Efficacy Scale for limiting HIV Risk Behavior, Smith(1996))***Petunjuk :**

1. Daftar pertanyaan di bawah ini adalah perilaku atau tindakan yang akan anda lakukan dalam melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS.
2. Silahkan di baca masing-masing pertanyaan dengan cermat kemudian lingkariilah angka di bawah pertanyaan yang menunjukkan keyakinan anda pada aktivitas yang akan anda lakukan
3. Ketentuan :
 - 1: Tidak Yakin 3 : Yakin
 - 2 : Kurang Yakin 4 : Sangat Yakin
4. Jika anda sangat yakin dan mampu melakukannya, maka lingkariilah angka 4. Namun jika anda merasa bahwa anda tidak mampu sekali melakukannya maka lingkariilah angka 1 atau anda bisa pilih angka lainnya.

No	Pernyataan	Sangat Yakin	Yakin	Kurang Yakin	Tidak Yakin
1	Saya membicarakan tentang hubungan seks yang aman dengan pasangan yang saya temui				
2	Saya membeli kondom di toko obat, warung atau apotik				
3	Saya menolak berhubungan seks dengan seseorang yang tidak saya kenal dengan baik.				
4	Saya menggunakan kondom jika pasangan saya memintanya				
5	Jika teman saya menyuruh menyuntikkan narkoba kepadanya, Saya menolak untuk melakukannya.				
6	Saya meyakinkan pasangan agar dia memakai kondom				
7	Saya mencegah pasangan saya untuk melakukan anal seks dengan saya				
8	Saya menanyakan pada pasangan seks saya tentang pasangan dia yang lainnya				
9	Saya menolak untuk menggunakan jarum yang sudah pernah dipakai teman saya.				

Correlations

Correlations

		VE1	VE2	VE3	VE4	VE5	VE6	T
VE1	Pearson Correlation	1	,785**	,580*	,947**	,786**	-,264	,841**
	Sig. (2-tailed)		,001	,024	,000	,001	,341	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15
VE2	Pearson Correlation	,785**	1	,554*	,667**	,943**	,052	,894**
	Sig. (2-tailed)	,001		,032	,007	,000	,853	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15
VE3	Pearson Correlation	,580*	,554*	1	,539*	,486	,021	,783**
	Sig. (2-tailed)	,024	,032		,038	,066	,940	,001
	N	15	15	15	15	15	15	15
VE4	Pearson Correlation	,947**	,667**	,539*	1	,670**	-,313	,767**
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	,038		,006	,256	,001
	N	15	15	15	15	15	15	15
VE5	Pearson Correlation	,786**	,943**	,486	,670**	1	,006	,858**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,066	,006		,983	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15
VE6	Pearson Correlation	-,264	,052	,021	-,313	,006	1	,180
	Sig. (2-tailed)	,341	,853	,940	,256	,983		,522
	N	15	15	15	15	15	15	15
T	Pearson Correlation	,841**	,894**	,783**	,767**	,858**	,180	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,001	,000	,522	
	N	15	15	15	15	15	15	15

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

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

RELIABILITY

```

/VARIABLES=VE1 VE2 VE3 VE4 VE5
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
    
```

Reliability

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,892	5

Correlations

Correlations

	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7	PE8	PE9	PE10	PE11
PE1 Pearson Correlation	1	,431	,085	,025	,578	,720**	,602*	,245	,345	,739**	-,107
Sig. (2-tailed)		,109	,764	,930	,024	,002	,018	,378	,207	,002	,705
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE2 Pearson Correlation	,431	1	-,076	-,135	,000	,306	,152	-,142	,134	,167	-,289
Sig. (2-tailed)	,109		,786	,631	1,000	,268	,590	,613	,635	,553	,297
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE3 Pearson Correlation	,085	-,076	1	,372	-,215	-,316	,365	,065	,552*	,306	,397
Sig. (2-tailed)	,764	,786		,172	,441	,252	,181	,817	,033	,268	,142
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE4 Pearson Correlation	,025	-,135	,372	1	,222	-,093	,607*	,596*	,433	,372	,819**
Sig. (2-tailed)	,930	,631	,172		,426	,742	,016	,019	,107	,173	,000
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE5 Pearson Correlation	,578	,000	-,215	,222	1	,862**	,605*	,312	,502	,783**	,108
Sig. (2-tailed)	,024	1,000	,441	,426		,000	,017	,258	,056	,001	,700
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE6 Pearson Correlation	,720**	,306	-,316	-,093	,862**	1	,496	,065	,399	,688**	-,199
Sig. (2-tailed)	,002	,268	,252	,742	,000		,060	,817	,141	,005	,478
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE7 Pearson Correlation	,602*	,152	,365	,607*	,605*	,496	1	,464	,729**	,910**	,460
Sig. (2-tailed)	,018	,590	,181	,016	,017	,060		,081	,002	,000	,085
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE8 Pearson Correlation	,245	-,142	,065	,596*	,312	,065	,464	1	,076	,332	,411
Sig. (2-tailed)	,378	,613	,817	,019	,258	,817	,081		,787	,226	,128
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

		PE12	PE13	PE14	PE15	PE16	PE17	PE18	PE19	PE20	total
PE1	Pearson Correlation	,645**	,829**	,261	-,237	,238	-,046	,659**	-,148	,237	,691**
	Sig. (2-tailed)	,009	,000	,347	,396	,393	,870	,008	,599	,396	,004
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE2	Pearson Correlation	,055	,272	-,185	-,320	,038	,042	,123	-,312	,320	,201
	Sig. (2-tailed)	,847	,326	,510	,245	,893	,883	,662	,258	,245	,472
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE3	Pearson Correlation	,225	,187	,297	,331	,417	-,688**	,085	-,061	-,331	,266
	Sig. (2-tailed)	,420	,504	,283	,229	,122	,005	,764	,828	,229	,337
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE4	Pearson Correlation	,619*	,124	,555*	,016	,891**	,304	-,162	,569*	-,016	,644**
	Sig. (2-tailed)	,014	,659	,032	,954	,000	,271	,564	,027	,954	,009
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE5	Pearson Correlation	,820**	,383	,289	-,075	,356	,470	,752**	,502	,075	,759**
	Sig. (2-tailed)	,000	,158	,296	,790	,193	,077	,001	,056	,790	,001
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE6	Pearson Correlation	,601*	,421	,191	-,220	,157	,315	,720**	,245	,220	,625*
	Sig. (2-tailed)	,018	,118	,496	,430	,577	,252	,002	,378	,430	,013
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE7	Pearson Correlation	,794**	,557*	,427	-,018	,810**	,085	,392	,425	,018	,915**
	Sig. (2-tailed)	,000	,031	,112	,949	,000	,762	,149	,114	,949	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE8	Pearson Correlation	,497	,639*	,464	-,182	,345	,320	-,018	,076	,182	,533*
	Sig. (2-tailed)	,059	,010	,081	,515	,207	,244	,951	,787	,515	,041
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Correlations

	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7	PE8	PE9	PE10	PE11
PE9 Pearson Correlation	,345	,134	,552*	,433	,502	,399	,729**	,076	1	,802**	,463
Sig. (2-tailed)	,207	,635	,033	,107	,056	,141	,002	,787		,000	,082
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE10 Pearson Correlation	,739**	,167	,306	,372	,783**	,688**	,910**	,332	,802**	1	,289
Sig. (2-tailed)	,002	,553	,268	,173	,001	,005	,000	,226	,000		,297
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE11 Pearson Correlation	-,107	-,289	,397	,819**	,108	-,199	,460	,411	,463	,289	1
Sig. (2-tailed)	,705	,297	,142	,000	,700	,478	,085	,128	,082	,297	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE12 Pearson Correlation	,645**	,055	,225	,619*	,820**	,601*	,794**	,497	,700**	,873**	,472
Sig. (2-tailed)	,009	,847	,420	,014	,000	,018	,000	,059	,004	,000	,075
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE13 Pearson Correlation	,829**	,272	,187	,124	,383	,421	,557*	,639*	,218	,612*	,000
Sig. (2-tailed)	,000	,326	,504	,659	,158	,118	,031	,010	,435	,015	1,000
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE14 Pearson Correlation	,261	-,185	,297	,555	,289	,191	,427	,464	,099	,277	,267
Sig. (2-tailed)	,347	,510	,283	,032	,296	,496	,112	,081	,726	,318	,337
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE15 Pearson Correlation	-,237	-,320	,331	,016	-,075	-,220	-,018	-,182	,385	,080	,555
Sig. (2-tailed)	,396	,245	,229	,954	,790	,430	,949	,515	,156	,777	,032
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE16 Pearson Correlation	,238	,038	,417	,891**	,356	,157	,810**	,345	,638*	,606*	,722**
Sig. (2-tailed)	,393	,893	,122	,000	,193	,577	,000	,207	,010	,017	,002
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

	PE12	PE13	PE14	PE15	PE16	PE17	PE18	PE19	PE20	total
PE9 Pearson Correlation	,700**	,218	,099	,385	,638	-,134	,592	,464	-,385	,713**
Sig. (2-tailed)	,004	,435	,726	,156	,010	,635	,020	,081	,156	,003
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE10 Pearson Correlation	,873**	,612*	,277	,080	,606*	,042	,739**	,356	-,080	,908**
Sig. (2-tailed)	,000	,015	,318	,777	,017	,883	,002	,192	,777	,000
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE11 Pearson Correlation	,472	,000	,267	,555*	,722**	,000	-,107	,694**	-,555*	,458
Sig. (2-tailed)	,075	1,000	,337	,032	,002	1,000	,705	,004	,032	,086
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE12 Pearson Correlation	1	,535*	,443	,026	,695**	,286	,645**	,481	-,026	,949**
Sig. (2-tailed)		,040	,098	,926	,004	,301	,009	,069	,926	,000
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE13 Pearson Correlation	,535*	1	,264	-,196	,139	-,102	,452	-,327	,196	,602*
Sig. (2-tailed)	,040		,342	,484	,621	,717	,091	,234	,484	,018
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE14 Pearson Correlation	,443	,264	1	-,384	,518*	,069	-,080	,222	,384	,523*
Sig. (2-tailed)	,098	,342		,157	,048	,806	,778	,426	,157	,045
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE15 Pearson Correlation	,026	-,196	-,384	1	,018	-,480	,207	,385	-1,000**	-,073
Sig. (2-tailed)	,926	,484	,157		,949	,070	,459	,156	,000	,795
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE16 Pearson Correlation	,695**	,139	,518*	,018	1	,199	,028	,638	-,018	,774**
Sig. (2-tailed)	,004	,621	,048	,949		,477	,921	,010	,949	,001
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Correlations

	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7	PE8	PE9	PE10	PE11
PE17 Pearson Correlation	-.046	.042	-.688**	.304	.470	.315	.085	.320	-.134	.042	.000
Sig. (2-tailed)	.870	.883	.005	.271	.077	.252	.762	.244	.635	.883	1.000
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE18 Pearson Correlation	.659**	.123	.085	-.162	.752**	.720**	.392	-.018	.592*	.739**	-.107
Sig. (2-tailed)	.008	.662	.764	.564	.001	.002	.149	.951	.020	.002	.705
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE19 Pearson Correlation	-.148	-.312	-.061	.569	.502	.245	.425	.076	.464	.356	.694**
Sig. (2-tailed)	.599	.258	.828	.027	.056	.378	.114	.787	.081	.192	.004
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE20 Pearson Correlation	.237	.320	-.331	-.016	.075	.220	.018	.182	-.385	-.080	-.555*
Sig. (2-tailed)	.396	.245	.229	.954	.790	.430	.949	.515	.156	.777	.032
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
total Pearson Correlation	.691**	.201	.266	.644**	.759**	.625*	.915**	.533*	.713**	.908**	.458
Sig. (2-tailed)	.004	.472	.337	.009	.001	.013	.000	.041	.003	.000	.086
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Correlations

	PE12	PE13	PE14	PE15	PE16	PE17	PE18	PE19	PE20	total
PE17 Pearson Correlation	,286	,102	,069	-,480	,199	1	-,046	,367	,480	,232
Sig. (2-tailed)	,301	,717	,806	,070	,477		,870	,178	,070	,406
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE18 Pearson Correlation	,645**	,452	-,080	,207	,028	-,046	1	,099	-,207	,527*
Sig. (2-tailed)	,009	,091	,778	,459	,921	,870		,726	,459	,044
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE19 Pearson Correlation	,481	-,327	,222	,385	,638*	,367	,099	1	-,385	,445
Sig. (2-tailed)	,069	,234	,426	,156	,010	,178	,726		,156	,097
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PE20 Pearson Correlation	-,026	,186	,384	-,1000**	-,018	,480	-,207	-,385	1	,073
Sig. (2-tailed)	,926	,484	,157	,000	,949	,070	,459	,156		,795
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
total Pearson Correlation	,949**	,602*	,523*	-,073	,774**	,232	,527*	,445	,073	1
Sig. (2-tailed)	,000	,018	,045	,795	,001	,406	,044	,097	,795	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

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

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

RELIABILITY

```

/VARIABLES=PE1 PE4 PE5 PE6 PE7 PE8 PE9 PE10 PE11 PE12 PE13 PE14 PE16 PE18
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
    
```

Reliability

[DataSet1] D:\Go Go Study\MARKAS BESAR THESIS\pengetahuan.sav

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,908	14

DATASET ACTIVATE DataSet2.
DATASET CLOSE DataSet3.

Correlations

Correlations

		SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11
SE1	Pearson Correlation	1	,193	,055	,590*	,232	-,280	,229	,368	,172	-,129	,508
	Sig. (2-tailed)		,491	,844	,021	,404	,311	,412	,178	,541	,648	,053
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE2	Pearson Correlation	,193	1	-,791**	,645**	,641*	,364	,868**	,953**	,821**	,805**	,761**
	Sig. (2-tailed)	,491		,000	,009	,010	,183	,000	,000	,000	,000	,001
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE3	Pearson Correlation	,055	-,791**	1	-,127	-,238	,072	-,804**	-,603*	-,792**	-,497	-,791**
	Sig. (2-tailed)	,844	,000		,651	,392	,799	,000	,017	,000	,060	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE4	Pearson Correlation	,590*	,645**	-,127	1	,869**	,564*	,338	,845**	,271	,661**	,463
	Sig. (2-tailed)	,021	,009	,651		,000	,029	,218	,000	,328	,007	,082
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE5	Pearson Correlation	,232	,641*	-,238	,869**	1	,678**	,281	,791**	,277	,749**	,302
	Sig. (2-tailed)	,404	,010	,392	,000		,005	,310	,000	,318	,001	,275
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE6	Pearson Correlation	-,280	,364	,072	,564*	,678**	1	-,056	,477	-,102	,815**	-,136
	Sig. (2-tailed)	,311	,183	,799	,029	,005		,842	,072	,717	,000	,628
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE7	Pearson Correlation	,229	,868**	-,804**	,338	,281	-,056	1	,740**	,986**	,439	,720**
	Sig. (2-tailed)	,412	,000	,000	,218	,310	,842		,002	,000	,102	,002
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE8	Pearson Correlation	,368	,953**	-,603*	,845**	,791**	,477	,740**	1	,681**	,823**	,715**
	Sig. (2-tailed)	,178	,000	,017	,000	,000	,072	,002		,005	,000	,003
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Correlations

	SE12	SE13	SE14	SE15	TOTAL
SE1					
Pearson Correlation	-,010	,502	-,411	-,019	,251
Sig. (2-tailed)	,972	,057	,128	,946	,367
N	15	15	15	15	15
SE2					
Pearson Correlation	-,345	-,059	,426	,555	,903**
Sig. (2-tailed)	,208	,834	,113	,032	,000
N	15	15	15	15	15
SE3					
Pearson Correlation	,165	-,093	-,135	-,276	-,509
Sig. (2-tailed)	,557	,740	,632	,319	,053
N	15	15	15	15	15
SE4					
Pearson Correlation	-,427	,105	,378	,675**	,843**
Sig. (2-tailed)	,112	,710	,165	,006	,000
N	15	15	15	15	15
SE5					
Pearson Correlation	-,475	,196	,707**	,952**	,874**
Sig. (2-tailed)	,073	,484	,003	,000	,000
N	15	15	15	15	15
SE6					
Pearson Correlation	-,469	-,532*	,746**	,661**	,590*
Sig. (2-tailed)	,078	,041	,001	,007	,020
N	15	15	15	15	15
SE7					
Pearson Correlation	-,073	,055	,199	,209	,665**
Sig. (2-tailed)	,796	,845	,478	,454	,007
N	15	15	15	15	15
SE8					
Pearson Correlation	-,410	,000	,447	,654**	,964**
Sig. (2-tailed)	,129	1,000	,095	,008	,000
N	15	15	15	15	15

Correlations

		SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11
SE9	Pearson Correlation	,172	,821**	-,792**	,271	,277	-,102	,986**	,681**	1	,373	,640*
	Sig. (2-tailed)	,541	,000	,000	,328	,318	,717	,000	,005		,171	,010
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE10	Pearson Correlation	-,129	,805**	-,497	,661**	,749**	,815**	,439	,823**	,373	1	,422
	Sig. (2-tailed)	,648	,000	,060	,007	,001	,000	,102	,000	,171		,117
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE11	Pearson Correlation	,508	,761**	-,791**	,463	,302	-,136	,720**	,715**	,640*	,422	1
	Sig. (2-tailed)	,053	,001	,000	,082	,275	,628	,002	,003	,010	,117	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE12	Pearson Correlation	-,010	-,345	,165	-,427	-,475	-,469	-,073	-,410	-,032	-,517*	-,208
	Sig. (2-tailed)	,972	,208	,557	,112	,073	,078	,796	,129	,910	,048	,456
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE13	Pearson Correlation	,502	-,059	-,093	,105	,196	-,532*	,055	,000	,145	-,396	,207
	Sig. (2-tailed)	,057	,834	,740	,710	,484	,041	,845	1,000	,607	,144	,459
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE14	Pearson Correlation	-,411	,426	-,135	,378	,707**	,746**	,199	,447	,261	,644**	-,213
	Sig. (2-tailed)	,128	,113	,632	,165	,003	,001	,478	,095	,347	,010	,446
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SE15	Pearson Correlation	-,019	,555*	-,276	,675**	,952**	,661**	,209	,654**	,244	,708**	,162
	Sig. (2-tailed)	,946	,032	,319	,006	,000	,007	,454	,008	,380	,003	,564
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
TOTAL	Pearson Correlation	,251	,903**	-,509	,843**	,874**	,590*	,665**	,964**	,634*	,842**	,537*
	Sig. (2-tailed)	,367	,000	,053	,000	,000	,020	,007	,000	,011	,000	,039
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Correlations

	SE12	SE13	SE14	SE15	TOTAL
SE9 Pearson Correlation	-.032	,145	,261	,244	,634
Sig. (2-tailed)	,910	,607	,347	,380	,011
N	15	15	15	15	15
SE10 Pearson Correlation	-.517*	-.396	,644**	,706**	,842**
Sig. (2-tailed)	,048	,144	,010	,003	,000
N	15	15	15	15	15
SE11 Pearson Correlation	-.208	,207	-.213	,162	,537
Sig. (2-tailed)	,456	,459	,446	,564	,039
N	15	15	15	15	15
SE12 Pearson Correlation	1	,119	-.305	-.443	-.330
Sig. (2-tailed)		,674	,268	,098	,229
N	15	15	15	15	15
SE13 Pearson Correlation	,119	1	-.139	,227	,005
Sig. (2-tailed)	,674		,622	,415	,987
N	15	15	15	15	15
SE14 Pearson Correlation	-.305	-.139	1	,819**	,638
Sig. (2-tailed)	,268	,622		,000	,010
N	15	15	15	15	15
SE15 Pearson Correlation	-.443	,227	,819**	1	,779**
Sig. (2-tailed)	,098	,415	,000		,001
N	15	15	15	15	15
TOTAL Pearson Correlation	-.330	,005	,638*	,779**	1
Sig. (2-tailed)	,229	,987	,010	,001	
N	15	15	15	15	15

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

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

RELIABILITY

```

/VARIABLES=SE2 SE4 SE5 SE6 SE7 SE8 SE9 SE10 SE11 SE14 SE15
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Reliability**Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,901	11

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

No	Asal	Usia	Pendidikan	Status	Penghas	Mobilitas	Asal Daerah
1	Gresik	1	2	1	1	1	4
2	Pasuruan	1	1	1	1	1	2
3	Pasuruan	1	3	1	1	1	2
4	Probolinggo	4	1	2	1	2	7
5	Magelang	2	3	2	1	3	1
6	Bojonegoro	1	2	1	1	2	5
7	Magelang	2	3	2	1	3	1
8	Magelang	1	1	1	1	2	1
9	Probolinggo	1	1	1	1	3	7
10	Magelang	4	2	2	2	4	1
11	Magelang	1	1	1	1	4	1
12	Magelang	2	1	3	1	3	1
13	Rembang	1	2	1	1	3	3
14	Magelang	1	2	1	1	2	1
15	Pasuruan	3	2	2	1	2	2
16	Pasuruan	1	2	1	1	1	2
17	Pasuruan	3	2	2	1	1	2
18	Pasuruan	1	1	1	1	1	2
19	Magelang	1	1	1	1	2	1
20	Rembang	1	2	1	2	4	3
21	Rembang	1	3	1	1	2	3
22	Gresik	1	1	2	1	1	4
23	Jombang	2	1	2	2	1	6
24	Jombang	2	2	2	1	1	6
25	Pasuruan	2	2	2	1	2	2
26	Bojonegoro	2	2	2	1	2	5
27	Rembang	1	3	1	1	3	3
28	Magelang	1	3	1	1	3	1
29	Magelang	2	3	2	1	2	1
30	Rembang	2	2	2	2	2	3

Usia	Pendidikan	Status
15-24	1 SD	1 Belum menikah
25-34	2 SMP	2 Menikah
35-44	3 SMA	3 Duda
45-54		

Penghasilan	Mobilitas	Asal
≤ 1 Juta	1 2 minggu	4 Gresik
>1 Jt	2 1 bulan	1 Magelang
	3 2 bulan	2 Pasuruan
	4 Tidak tentu	3 Rembang
		5 Bojonegoro
		6 Jombang
		7 Probolinggo

No	Pengetahuan		Self Efficacy				Vicarious Experience					
	Pre	Post		Pre		Post	Pre		Post			
1	64,4	2	95,6	3	58,3	2	61,1	2	58,3	2	66,7	2
2	66	2	93,3	3	61,1	2	80,5	3	45,8	1	75	2
3	44,4	1	64,4	2	47	1	63,9	2	50	1	58,3	2
4	64,4	2	80	3	50	1	72	2	50	1	66,7	2
5	55,6	2	100	3	61,1	2	69,4	2	58,3	2	70,8	2
6	60	2	86,7	3	47	1	74	2	70,8	2	83,3	3
7	53	1	91,1	3	55,6	2	86,1	3	75	2	83,3	3
8	80	3	100	3	77,8	3	88,9	3	79,2	3	91,6	3
9	62,2	2	91,1	3	63,8	2	86,1	3	58,3	2	91,6	3
10	60	2	84,4	3	36,1	1	77,8	3	62,5	2	91,6	3
11	64,4	2	86,7	3	27,8	1	80,6	3	79,2	3	83,3	3
12	44,4	1	77,8	3	38,8	1	55,6	2	54,2	1	66,7	2
13	53	1	82,2	3	55	1	75	2	75	2	79,2	3
14	40	1	100	3	47	1	61,1	2	58,3	2	79,2	3
15	55,6	2	80	3	61,1	2	75	2	50	2	91,6	3
16	53	1	84,4	3	36,1	1	63,9	2	58,3	2	66,7	2
17	75,5	3	93,3	3	55,6	2	88,9	3	55	1	70,8	2
18	62,2	2	77,8	3	66,7	2	77,8	3	62,5	2	91,6	3
19	40	1	84,4	3	47	1	80,5	3	45,8	1	70,8	2
20	60	2	84,4	3	36,1	1	61,1	2	54,2	1	66,6	2
21	53	1	86,7	3	36,1	1	58,3	2	45,8	1	66,6	2
22	64,4	2	100	3	58,3	2	83,3	3	54,2	1	83,3	3
23	44,4	1	80	3	47	1	63,8	2	58,3	2	75	2
24	62,2	2	86,7	3	66,7	2	77,8	3	54,2	1	87,5	3
25	60	2	68,8	3	47	1	86,1	3	45,8	1	100	3
26	53	1	80	3	36,1	1	55,6	2	58,3	2	62,5	2
27	64,4	2	93,3	3	61,1	2	88,9	3	70,8	2	83,3	3
28	62,2	2	95,6	3	63,8	2	77,8	3	62,5	2	83,3	3
29	40	1	100	3	38,8	1	86,1	3	45,8	1	70,8	2
30	60	2	84,4	3	55,6	2	77,8	3	62,5	2	79,2	3

RAW DATA REKAP MASING_MASING PERNYATAAN VARIABEL (PRE TEST)

	Pengetahuan										IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA			Vicarious Experience										Self Efficacy									
	Penyebab			Cara Penularan			Tanda dan kode			Pengobatan kod			Peng orla yan kode			Peng Orla yan kode			Kognitif			kode Motivasi			kode Afektif			kode Selektif					
1	6	100	3	19	79,167	3	6	100	3	6	66,7	2	10	83,33	3	11	91,67	3	1	25	1	6	75	3	4	50	1	9	56	2			
2	6	100	3	20	83,333	3	4	66,7	2	4	44,4	1	9	75	3	8	66,67	2	2	50	1	5	62,5	2	4	50	1	6	38	1			
3	6	100	3	19	79,167	3	5	83,3	3	6	66,7	2	11	91,67	3	11	91,67	3	1	25	1	5	62,5	2	7	88	3	7	44	1			
4	6	100	3	11	45,833	1	4	66,7	2	4	44,4	1	9	75	3	12	100	3	1	25	1	4	50	1	5	63	2	9	56	2			
5	5	83,3	3	20	83,333	3	3	50	1	4	44,4	1	7	58,33	2	9	75	3	3	75	3	8	100	3	6	75	3	10	63	2			
6	4	66,7	2	14	58,333	2	5	83,3	3	7	77,8	3	6	50	1	8	66,67	2	2	50	1	4	50	1	6	75	3	9	56	2			
7	6	100	3	19	79,167	3	6	100	3	6	66,7	2	10	83,33	3	11	91,67	3	1	25	1	6	75	3	5	63	2	9	56	2			
8	6	100	3	20	83,333	3	3	50	1	4	44,4	1	9	75	3	8	66,67	2	2	50	1	5	62,5	2	4	50	1	6	38	1			
9	6	100	3	15	62,5	2	5	83,3	3	4	44,4	1	7	58,33	2	5	41,67	1	1	25	1	5	62,5	2	7	88	3	7	44	1			
10	6	100	3	21	87,5	3	4	66,7	2	4	44,4	1	9	75	3	9	75	3	1	25	1	4	50	1	2	25	1	8	50	1			
11	5	83,3	3	14	58,333	2	5	83,3	3	6	66,7	2	6	50	1	7	58,33	2	3	75	3	8	100	3	6	75	3	7	44	1			
12	4	66,7	2	16	66,667	2	5	83,3	3	5	55,6	1	6	50	1	8	66,67	2	2	50	1	4	50	1	6	75	3	9	56	2			
13	6	100	3	18	75	3	4	66,7	2	6	66,7	2	10	83,33	3	11	91,67	3	1	25	1	6	75	3	5	63	2	9	56	2			
14	6	100	3	20	83,333	3	4	66,7	2	4	44,4	1	9	75	3	8	66,67	2	2	50	1	5	62,5	2	4	50	1	6	38	1			
15	6	100	3	19	79,167	3	5	83,3	3	3	33,3	1	11	91,67	3	11	91,67	3	1	25	1	5	62,5	2	7	88	3	7	44	1			
16	6	100	3	11	45,833	1	4	66,7	2	4	44,4	1	8	66,67	2	9	75	3	1	25	1	4	50	1	2	25	1	5	31	1			
17	5	83,3	3	22	91,667	3	4	66,7	2	8	88,9	3	6	50	1	7	58,33	2	3	75	3	8	100	3	6	75	3	10	63	2			
18	4	66,7	2	14	58,333	2	3	50	1	4	44,4	1	6	50	1	8	66,67	2	2	50	1	4	50	1	6	75	3	9	56	2			
19	6	100	3	19	79,167	3	6	100	3	6	66,7	2	10	83,33	3	7	58,33	2	1	25	1	6	75	3	4	50	1	9	56	2			
20	6	100	3	20	83,333	3	4	66,7	2	4	44,4	1	9	75	3	8	66,67	2	2	50	1	5	62,5	2	5	63	2	6	38	1			
21	6	100	3	19	79,167	3	5	83,3	3	7	77,8	3	12	100	3	10	83,33	2	1	25	1	5	62,5	2	7	88	3	7	44	1			
22	6	100	3	11	45,833	1	4	66,7	2	4	44,4	1	9	75	3	9	75	3	1	25	1	4	50	1	2	25	1	8	50	1			
23	5	83,3	3	14	58,333	2	3	50	1	5	55,6	1	6	50	1	7	58,33	2	3	75	3	8	100	3	6	75	3	7	44	1			
24	4	66,7	2	14	58,333	2	3	50	1	6	66,7	2	6	50	1	8	66,67	2	2	50	1	4	50	1	6	75	3	9	56	2			
25	6	100	3	19	79,167	3	4	66,7	2	6	66,7	2	10	83,33	3	11	91,67	3	1	25	1	6	75	3	4	50	1	12	75	3			
26	6	100	3	20	83,333	3	5	83,3	3	5	55,6	1	9	75	3	8	66,67	2	2	50	1	5	62,5	2	5	63	2	6	38	1			
27	6	100	3	19	79,167	3	5	83,3	3	3	33,3	1	11	91,67	3	11	91,67	3	1	25	1	5	62,5	2	7	88	3	7	44	1			
28	6	100	3	11	45,833	1	4	66,7	2	5	55,6	1	9	75	3	9	75	3	1	25	1	4	50	1	2	25	1	4	25	1			
29	5	83,3	3	17	70,833	2	5	83,3	3	7	77,8	3	8	66,67	2	9	75	3	3	75	3	8	100	3	6	75	3	10	63	2			
30	4	66,7	2	14	58,333	1	3	50	1	4	44,4	1	6	50	1	8	66,67	2	2	50	1	4	50	1	6	75	3	9	56	2			

RAW DATA REKAP MASING_MASING PERNYATAAN VARIABEL (POST TEST)

	Pengetahuan										Vicarious Experience						Self Efficacy																
	Penyebab			Cara Penular			Tanda dan Gejala				Pengobatan		kode		Peng Orla yar		kode		Kognitif		kode				Motivasi		kode		Afektif		kode		Selektif
1	6	100	3	21	87,5	3	4	66,67	2	6	66,67	2	10	83,33	3	10	83,33	3	4	100	3	6	75	3	8	100	3	10	62,5	2			
2	6	100	3	23	95,833	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	11	91,67	3	3	75	3	8	100	3	8	100	3	9	56,3	2			
3	6	100	3	23	95,833	3	6	100	3	8	88,89	3	8	66,67	2	9	75	3	2	50	2	5	62,5	2	6	75	3	8	50	1			
4	6	100	3	22	91,667	3	4	6	2	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	5	62,5	2	12	75	3			
5	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	12	100	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	7	87,5	3	10	62,5	2			
6	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	9	100	3	10	83,33	3	11	91,67	3	4	100	3	6	75	3	6	75	3	12	75	3			
7	6	100	3	21	87,5	3	4	66,67	2	5	55,56	1	10	83,33	3	10	83,33	3	4	100	3	6	75	3	8	100	3	9	56,3	2			
8	6	100	3	23	95,833	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	11	91,67	3	3	75	3	8	100	3	8	100	3	9	56,3	2			
9	6	100	3	23	95,833	3	4	66,67	2	8	88,89	3	8	66,67	2	9	75	3	2	50	1	5	62,5	2	6	75	3	9	56,3	2			
10	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	3	75	1	8	100	3	5	62,5	2	12	75	3			
11	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	7	87,5	3	10	62,5	2			
12	6	100	3	22	91,667	3	4	6	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	2	50	1	8	100	3	5	62,5	2	12	75	3			
13	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	11	91,67	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	7	87,5	3	10	62,5	2			
14	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	9	100	3	10	83,33	3	11	91,67	3	4	100	3	6	75	3	6	75	3	12	75	3			
15	6	100	3	21	87,5	3	4	66,67	2	7	77,78	3	10	83,33	3	10	83,33	3	4	100	3	6	75	3	8	100	3	9	56,3	2			
16	6	100	3	23	95,833	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	11	91,67	3	3	75	3	8	100	3	8	100	3	10	62,5	2			
17	6	100	3	23	95,833	3	4	5	3	8	88,89	3	8	66,67	2	9	75	3	2	50	1	5	62,5	2	6	75	3	8	50	1			
18	6	100	3	22	91,667	3	4	6	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	2	50	1	8	100	3	5	62,5	2	12	75	3			
19	6	100	3	23	95,833	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	11	91,67	3	3	75	3	8	100	3	8	100	3	9	56,3	2			
20	6	100	3	23	95,833	3	4	66,67	2	8	88,89	3	8	66,67	2	9	75	3	2	50	1	5	62,5	2	6	75	3	12	75	3			
21	6	100	3	22	91,667	3	4	66,67	2	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	2	50	1	8	100	3	5	62,5	2	12	75	3			
22	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	7	87,5	3	10	62,5	2			
23	6	100	3	22	91,667	3	4	66,67	2	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	2	50	1	8	100	3	5	62,5	2	12	75	3			
24	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	7	87,5	3	10	62,5	2			
25	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	9	100	3	10	83,33	3	11	91,67	3	4	100	3	6	75	3	6	75	3	12	75	3			
26	6	100	3	21	87,5	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	10	83,33	3	4	100	3	6	75	3	8	100	3	9	56,3	2			
27	6	100	3	23	95,833	3	5	83,33	3	8	88,89	3	11	91,67	3	11	91,67	3	3	75	3	8	100	3	8	100	3	11	68,8	2			
28	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	8	88,89	3	10	83,33	3	12	100	3	3	75	3	8	100	3	7	87,5	3	10	62,5	2			
29	6	100	3	22	91,667	3	5	83,33	3	9	100	3	12	100	3	11	91,67	3	4	100	3	6	75	3	6	75	3	12	75	3			
30	6	100	3	21	87,5	3	4	5	3	7	77,78	3	10	83,33	3	10	83,33	3	4	100	3	6	75	3	8	100	3	10	62,5	2			

Frequencies

Statistics

		Responden	Usia	Status	Pendidikan	Penghasilan	Mobilitas
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Asal Daerah
N	Valid	30
	Missing	0

Frequency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15 - 24	17	56,7	56,7	56,7
	25 - 34	9	30,0	30,0	86,7
	35 - 44	2	6,7	6,7	93,3
	45 - 54	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	16	53,3	53,3	53,3
	Menikah	13	43,3	43,3	96,7
	Duda	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	10	33,3	33,3	33,3
	SMP	13	43,3	43,3	76,7
	SMA	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	? 1 Juta	26	86,7	86,7	86,7
	> 1 Juta	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Mobilitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 Minggu	9	30,0	30,0	30,0
	1 Bulan	11	36,7	36,7	66,7
	2 Bulan	7	23,3	23,3	90,0
	Tidak Tentu	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Asal Daerah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Magelang	10	33,3	33,3	33,3
	Pasuruan	7	23,3	23,3	56,7
	Rembang	5	16,7	16,7	73,3
	Gresik	2	6,7	6,7	80,0
	Bojonegoro	2	6,7	6,7	86,7
	Jombang	2	6,7	6,7	93,3
	Probolinggo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		Pre Test pengetahuan	Post Pengetahuan
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

Frequency Table

Pre Test pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	2	6,7	6,7	6,7
	Cukup	17	56,7	56,7	63,3
	Kurang	11	36,7	36,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Post Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	29	96,7	96,7	96,7
	Cukup	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		Vicarious Exp sebelum	Vicarious Exp Sesudah
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

Frequency Table

Vicarious Exp sebelum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	2	6,7	6,7	6,7
	Cukup	16	53,3	53,3	60,0
	Cukup	12	40,0	40,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Vicarious Exp Sesudah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	16	53,3	53,3	53,3
	Cukup	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		Self Efficacy sebelum	Self Efficacy sesudah
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

Frequency Table

Self Efficacy sebelum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	1	3,3	3,3	3,3
	Cukup	13	43,3	43,3	46,7
	Kurang	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Self Efficacy sesudah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	14	46,7	46,7	46,7
	Cukup	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan Sebelum * Pengetahuan Sesudah	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

Pengetahuan Sebelum * Pengetahuan Sesudah Crosstabulation

			Pengetahuan Sesudah		Total
			Cukup	Baik	
Pengetahuan Sebelum	Kurang	Count % within Pengetahuan Sebelum	1 9,1%	10 90,9%	11 100,0%
	Cukup	Count % within Pengetahuan Sebelum	0 0,0%	17 100,0%	17 100,0%
	Baik	Count % within Pengetahuan Sebelum	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Total		Count % within Pengetahuan Sebelum	1 3,3%	29 96,7%	30 100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Vicarious Ex Sebelum * Vicarious Ex Sesudah	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

Vicarious Ex Sebelum * Vicarious Ex Sesudah Crosstabulation

			Vicarious Ex Sesudah		Total
			Cukup	Baik	
Vicarious Ex Sebelum	Kurang	Count % within Vicarious Ex Sebelum	9 75,0%	3 25,0%	12 100,0%
	Cukup	Count % within Vicarious Ex Sebelum	5 31,2%	11 68,8%	16 100,0%
	Baik	Count % within Vicarious Ex Sebelum	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Total		Count % within Vicarious Ex Sebelum	14 46,7%	16 53,3%	30 100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Self Efficacy Sebelum * Self Efficacy Sesudah	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

Self Efficacy Sebelum * Self Efficacy Sesudah Crosstabulation

			Self Efficacy Sesudah		Total
			Cukup	Baik	
Self Efficacy Sebelum	Kurang	Count % within Self Efficacy Sebelum	11 68,8%	5 31,2%	16 100,0%
	Cukup	Count % within Self Efficacy Sebelum	3 23,1%	10 76,9%	13 100,0%
	Baik	Count % within Self Efficacy Sebelum	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Total		Count % within Self Efficacy Sebelum	14 46,7%	16 53,3%	30 100,0%

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan sesudah - Pengetahuan sebelum	Negative Ranks	28 ^a	14,50	406,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	2 ^c		
	Total	30		

- a. Pengetahuan sesudah < Pengetahuan sebelum
 b. Pengetahuan sesudah > Pengetahuan sebelum
 c. Pengetahuan sesudah = Pengetahuan sebelum

Test Statistics^a

	Pengetahuan sesudah - Pengetahuan sebelum
Z	-4,802 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

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

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Vic-exp sesudah - Vic-exp sebelum	Negative Ranks	23 ^a	12,00	276,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	7 ^c		
	Total	30		

- a. Vic-exp sesudah < Vic-exp sebelum
 b. Vic-exp sesudah > Vic-exp sebelum
 c. Vic-exp sesudah = Vic-exp sebelum

Test Statistics^a

	Vic-exp sesudah - Vic- exp sebelum
Z	-4,564 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

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

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SE sesudah - SE sebelum	Negative Ranks	24 ^a	12,50	300,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	6 ^c		
	Total	30		

- a. SE sesudah < SE sebelum
- b. SE sesudah > SE sebelum
- c. SE sesudah = SE sebelum

Test Statistics^a

	SE sesudah - SE sebelum
Z	-4,564 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

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

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pengetahuan sesudah	Self Efficacy sesudah
Spearman's rho	Pengetahuan sesudah	Correlation Coefficient	1,000	,199
		Sig. (2-tailed)	.	,293
		N	30	30
	Self Efficacy sesudah	Correlation Coefficient	,199	1,000
		Sig. (2-tailed)	,293	.
		N	30	30

Nonparametric Correlations

Ordinal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
SE sebelum	Kurang	16	53,3%
	Cukup	13	43,3%
	Baik	1	3,3%
Valid		30	100,0%
Missing		0	
Total		30	
Subpopulation		25 ^a	

a. The dependent variable has only one value observed in 23 (92,0%) subpopulations.

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	45,888			
Final	25,788	20,100	4	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,488
Nagelkerke	,608
McFadden	,413

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	43,940	18,152	2	,000
Pengetahuan	39,546	13,758	2	,001
VicariousEX	25,790 ^a	,002	2	,999

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a. Unexpected singularities in the Hessian matrix are encountered. This indicates that either some predictor variables should be excluded or some categories should be merged.

Parameter Estimates

SE sebelum ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Kurang	Intercept	206,820	4506,428	,002	1	,963	
	Pengetahuan	-1,980	,084	558,050	1	,000	,138
	VicariousEX	-,844	61,302	,000	1	,989	,430
Cukup	Intercept	194,675	4506,424	,002	1	,966	
	Pengetahuan	-1,776	,000	.	1	.	,169
	VicariousEX	-,842	61,302	,000	1	,989	,431

Parameter Estimates

SE sebelum ^a		95% Confidence Interval for Exp (B)	
		Lower Bound	Upper Bound
Kurang	Intercept		
	Pengetahuan	,117	,163
	VicariousEX	2,839E-053	6,512E+051
Cukup	Intercept		
	Pengetahuan	,169	,169
	VicariousEX	2,845E-053	6,526E+051

a. The reference category is: Baik.

Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Self Efficacy Sesudah	Cukup	14	46,7%
	Baik	16	53,3%
Valid		30	100,0%
Missing		0	
Total		30	
Subpopulation		28 ^a	

a. The dependent variable has only one value observed in 26 (92,9%) subpopulations.

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	38,683			
Final	24,410	14,272	2	,001

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,379
Nagelkerke	,506
McFadden	,344

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	35,407	10,997	1	,001
PengetahuanSesudah	27,166	2,756	1	,097
VicExSesudah	36,289	11,879	1	,001

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

Parameter Estimates

		B	Std. Error	Wald	df	Sig.
Self Efficacy Sesudah^a						
Cukup	Intercept	21,416	8,714	6,040	1	,014
	PengetahuanSesudah	-,103	,066	2,420	1	,120
	VicExSesudah	-,160	,058	7,550	1	,006

Parameter Estimates

		Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp (B)	
			Lower Bound	Upper Bound
Self Efficacy Sesudah^a				
Cukup	Intercept			
	PengetahuanSesudah	,902	,792	1,027
	VicExSesudah	,852	,760	,955

a. The reference category is: Baik.

JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Topik Penelitian : Peningkatan *self efficacy* dengan pendekatan *behavior change communication*(BCC) pada pekerja bangunan dalam mencegah penularan HIV/AIDS.

No	Hari / Tanggal	Tahapan BCC	Kegiatan	Ket
1	Selasa, 26 Maret 2013	Tahap I - III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan Tujuan Pelaksanaan BCC 2. Melibatkan stake holders dalam diskusi, perencanaan, implementasi dan evaluasi 3. Menentukan target populasi pelaksanaan BCC 	.
2	Selasa, 2 April 2013	Tahap IV -VIII	Pengkajian dengan sistem <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) dengan topik <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian formatif, demografi dan situasi serta perilaku yang berisiko 2. Membuat segmen terget populasi utama yaitu para pekerja bangunan 3. Mendefinisikan perubahan pengetahuan, perilaku dan sikap yang ingin dicapai 4. Mendesain strategi pelaksanaan BCC 	
3	Rabu, 10 April 2013	Tahap IX	Pengisian kuesioner awal / <i>Pre Test</i>	
4	Rabu, 17 April 2013	Tahap X	Implementasi : Penyampaian materi tentang HIV/AIDS dan prosedur pelaksanaan VCT	
5	Rabu, 24 April 2013	Tahap X	Implementasi : Testimoni ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS)	
6	Rabu, 1 Mei 2013	Tahap XI	Evaluasi : FGD mereview kesesuaian pencapaian tujuan	
7	Selasa, 21 Mei 2013	Tahap XI	Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Post test 2. FGD follow up pelaksanaan bersama stakeholders 	


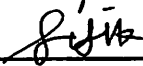
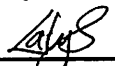






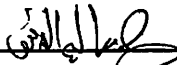


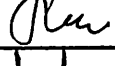


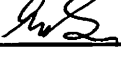


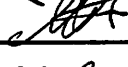

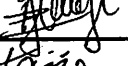
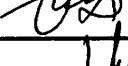
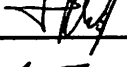
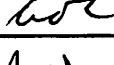

Catatan : Tiap kegiatan dibagi dua kelompok, masing-masing kelompok 15 orang.
Pelaksanaan untuk kelompok 1 pukul 11.30 – 12.30 WIB,
Kelompok 2 pukul 12.30 - 13.30 WIB

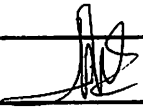

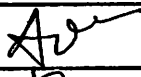

Surabaya, 25 Maret 2013.
Pelaksana Kegiatan

Syiddatul B
NIM : 13114103

DAFTAR HADIR







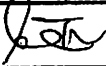

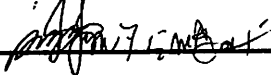




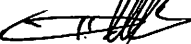





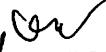


PERTEMUAN KE: II
 HARI/TANGGAL: Selasa, 2 April 2013

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1	ahmad shodik	K3	
2	EDIK Wibowo	K3	
3	Agus Purnomo		
4	Agung		
5	Dipo		
6	Agus salim		
7	Ahmad mustih		
8	Jakir		
9	Tri horianto		
10	Solehuddin	K3	
11	Abd. Rohim	K3	
12	TRISNOTA BI	Poklip	
13	Suparlan		
14	DIDIK		
15	SOLIH		
16	BUHARI		
17	Wafi		
18	BUDIANTO		
19	MUDZHAR		
20	Dedi G		
21	IMRON		
22	ABD BASIM		
23	SUTIKNO		
24	Wanto		
25	Ati		

26	YANMARI'		
27	HADI		za-
28	LANTIP		
29	Heru		
30	SUTRO		
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

DAFTAR HADIR

TEMUAN KE : III
 RI/TANGGAL : Rabu, 10 April 2013



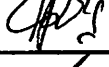

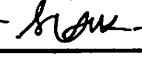
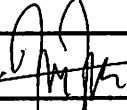
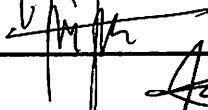
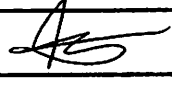



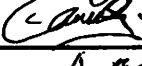


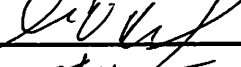
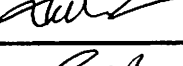
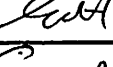
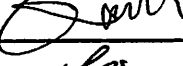

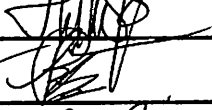
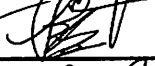



	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
	Rohim	K3	
	Shodik	K3	
	Salehuddin	K3	
	NATU	PK	
	Widi S		
	Tri		
	Agus Salim		
	Argo		
	Susilo		
	Dipo		
	Pak Dim		
	Gontok		
	Dipo		
	Zamroben		
	Gontox		
	Sotarsi		
	NOR. Salean		
	IDRIS		
	TJUFIK		
	Ari		
	Lukito		
	Paimen		
	Wanto		
	Suparlan		
	SUTRISNO		

6	SOLEH		Sh
7	ETIK		Syaik-
8	Marmin		Syaik
9	SUTRO		Syaik
0	Heru		Syaik
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

DAFTAR HADIR

PERTEMUAN KE : IV

HARI/TANGGAL : Rabu, 17 April 2013

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1	SUROPI		
2	Salafudin	K3	
3	Rafin	K3	
4	SADIB	K3	
5	Ambas / ERik	K3	-  -
6	ERI		
7	SALIGREX		
8	GONTOX		
9	ENOKOR	K3	
10	WIDI. S		
11	Ato60		Ari
12	Agus Purnomo		
13	Riski		
14	Heru		
15	Zaenudin.		
16	PTK ROMLI		
17	HOIRUL		
18	IDRIS		
19	PTK MUJIB		
20	PTK UWI		
21	PTK ALIMAN		
22	PTK HARJO		
23	PTK SUWADI		
24	TUFIK		
25	NATU		

26	SOLEH		<i>[Signature]</i>
27	Suweda		<i>[Signature]</i>
28	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>
29	LANTO		<i>[Signature]</i>
30	SUTRO		<i>[Signature]</i>
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

DAFTAR HADIR

PERTEMUAN KE : V

HARI/TANGGAL : Rabu, 24 April, 2013

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1	SALEHWAJAH	K3	
2	SABIK	K3	
3	Rottun	K3	
4	Ahmad Muslih		
5	SURADI		
6	M. IDRIS		
7	Prastyo		
8	Agus Purnomo		
9	Tri		
10	Dipo		
11	Agus Salim		
12	Ahmad m.		
13	Argo		
14	Widi		
15	Susilo		
16	Agung		
17	Saligret		
18	Pak den		
19	Heru		
20	Suradi		
21	Zaenudin		
22	GONTOX		
23	EFFAT		
24	TRIGUNO		
25	NATU		

26	MUJIB		<i>Am</i>
27	TUJIFIK		<i>Am</i>
28	KENY		<i>(Am)</i>
29	SUTRO		<i>Am</i>
30	mahendra		<i>M</i>
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

DAFTAR HADIR

PERTEMUAN KE : VI
 HARI/TANGGAL : 1 Mei 2013

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1			Suf
2			Suf
3			As
4			A
5			W
6			CW
7			Jus
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

26			huts
27			si
28			jaw
29			ny
30			flu
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

DAFTAR HADIR

PERTEMUAN KE : VII
 HARI/TANGGAL : 21 Mei 2013 .

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1			Syifa
2			Susanto
3			Edy
4			Jus
5			Leo
6			Ahmad
7			Andi
8			Wahid
9			Wahid
10			Joko
11			Wahid
12			Wahid
13			Agus
14			Wahid
15			Wahid
16			Wahid
17			Wahid
18			Wahid
19			Wahid
20			Wahid
21			Wahid
22			Wahid
23			Wahid
24			Wahid
25			Wahid

26			M
27			Ju
28			Juwah
29			kelu
30			Aci
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

CARA PENULARAN HIV DAN AIDS

1. Hubungan seks tanpa pelindung
2. Dari ibu yang menderita HIV ke anaknya melalui proses kelahiran dan menyusui
3. Penularan melalui pemakaian jarum suntik secara bergantian
4. Melalui transfusi darah yang terinfeksi HIV

Penularan HIV



TESIS

HIV dan AIDS TIDAK MENULAR dengan

1. Berjabat Tangan
2. Bekerja bersama
3. Olah raga bersama
4. Memakai toilet bersama
5. Makan bersama
6. Memakai alat bersama



PENINGKATAN SELF EFFICACY...

CARA MENCEGAH PENULARAN HIV DAN AIDS

A : Anda Jauhi hubungan seks

B : Bersikap saling setia pada satu pasangan

C : Cegah dengan menggunakan kondom setiap melakukan hubungan seks

D : Dihindari pemakaian jarum suntik bekas atau bersama-sama

SYIDDATUL BUDURY

HIV dan AIDS



VIRUS HIV CARA
PENULARANNYA
TERBATAS

TETAPI : SEKALI TERTULAR
**SEUMUR HIDUP BISA
MENULARKAN**

TESIS

HIV (*Human
IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
Immunodeficiency Virus*)

Adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga menyebabkan orang telah terinfeksi HIV menjadi sangat mudah terkena penyakit lain, misalnya TBC, penyakit infeksi, dll.

**AIDS (*Acquired Immune
Deficiency Syndrome*)**

Adalah suatu kondisi dimana sistem kekebalan tubuh sudah rusak sehingga tubuh mudah terserang berbagai penyakit.

**HIV hidup di dalam
4 cairan tubuh**

Yaitu pada darah, cairan sperma,
cairan vagina dan Air Susu Ibu

PENINGKATAN SELF EFFICACY

Siapa yang bisa tertular HIV?

1. Siapapun bisa terkena AIDS, jika perilakunya berisiko
2. Penampilan luar tidak menjamin bebas HIV
3. Orang dengan HIV positif sering terlihat sehat dan merasa sehat
4. Jika belum melakukan tes HIV, orang dengan HIV positif tidak tahu bahwa dirinya sudah tertular HIV dan dapat menularkan pada orang lain
5. Tes HIV adalah satu-satunya cara untuk mendapatkan kepastian tertular HIV atau tidak.

SYDDATUL BUDURY

Siapa yang bisa terinfeksi HIV?

1. Siapa saja bisa terkena AIDS? Jika penularannya berisiko
2. Penularan luar tidak merangsang bebas HIV
3. Orang dengan HIV positif sering terlihat sehat dan merasa sehat jika belum melakukan tes HIV. orang dengan HIV positif tidak tahu bahwa dirinya sudah terinfeksi HIV dan dapat menularkannya pada orang lain
4. Tes HIV adalah satu-satunya cara untuk mendapatkan kepastian terinfeksi HIV atau tidak.

TES

Adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia sehingga menyebabkan orang terinfeksi HIV menjadi sangat mudah terkena penyakit lain misalnya TBC, penyakit infeksi dll.

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Adalah suatu kondisi dimana sistem kekebalan tubuh sudah rusak sehingga tubuh mudah terserang berbagai penyakit.

HIV hidup di dalam & cairan tubuh

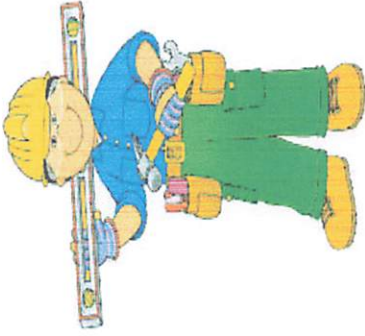
Yaitu pada darah, cairan sperma, cairan vagina dan ASI

PENINGKATAN SELF EFFICACY

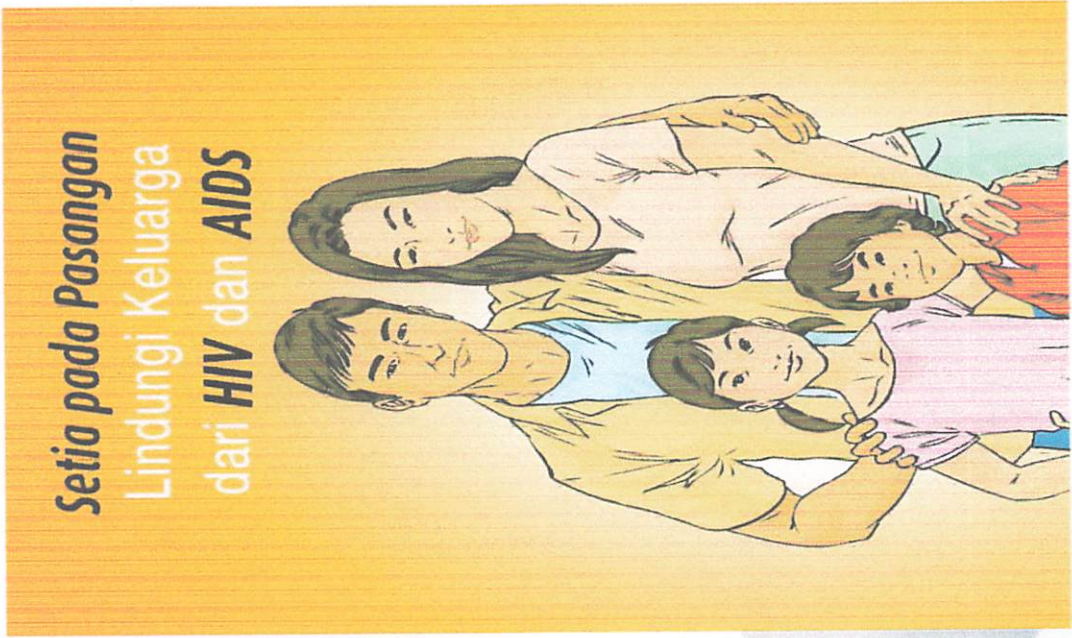
HIV dan AIDS

VIRUS HIV GARA
PENULARANNYA
TERBATAS
THEATRE KEMERDEKAAN
SEMANGIT HINDU BANGSA
BANDUNG
SYIDDATUL BUDURY

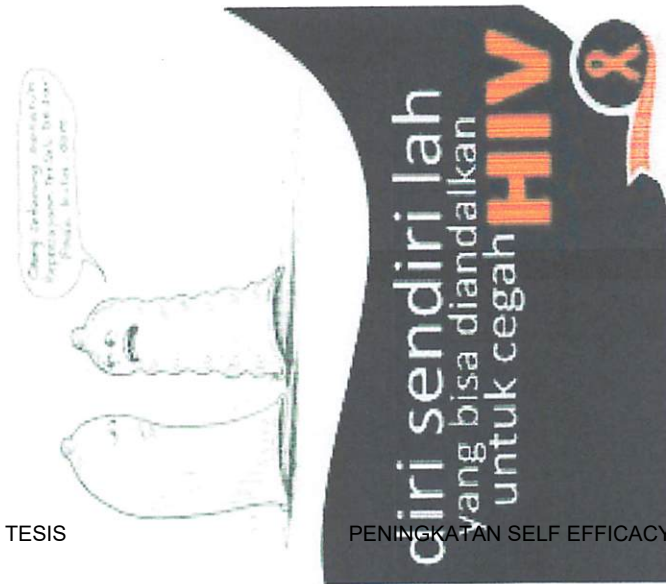
HIV/AIDS



GAMBAR 5



GAMBAR 4



TESIS

PENINGKATAN SELF EFFICACY...

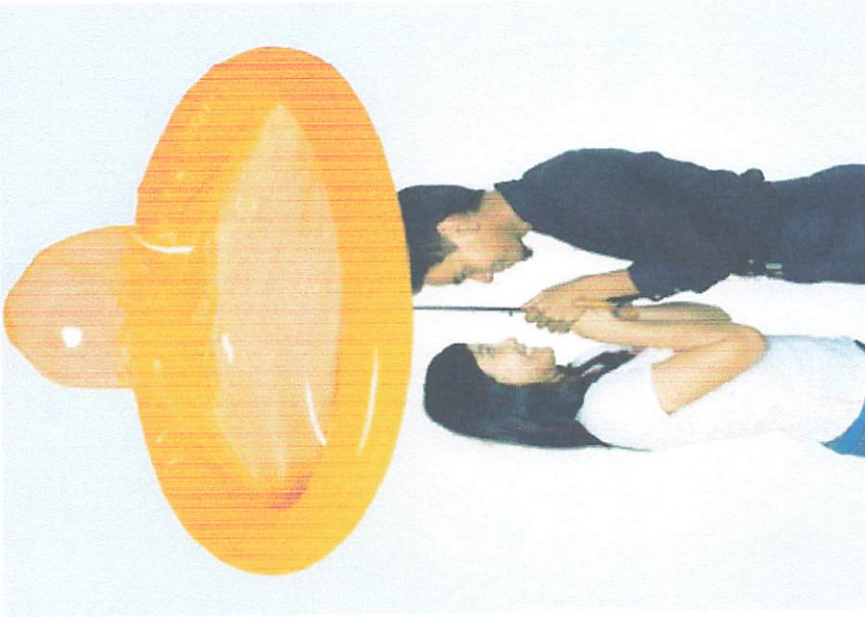


SYIDDATUL BUDURY

GAMBAR 3



GAMBAR 2



GAMBAR 1

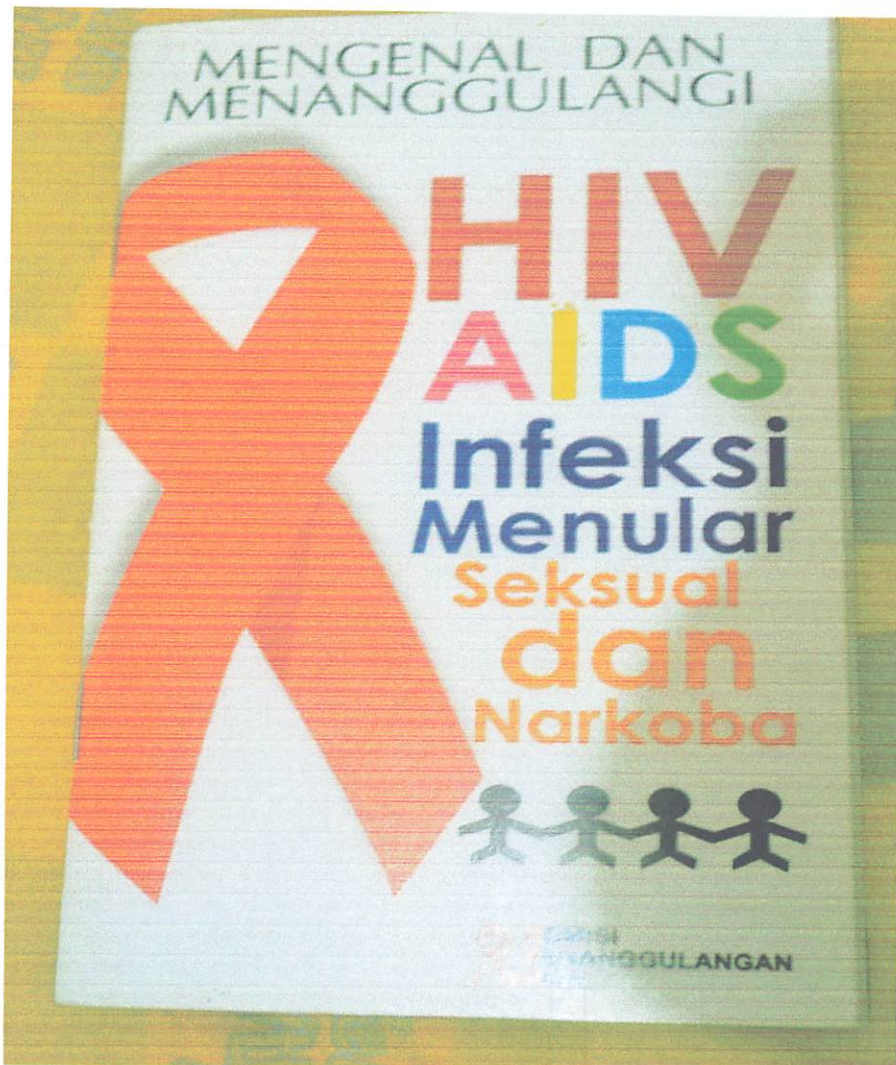


TESIS

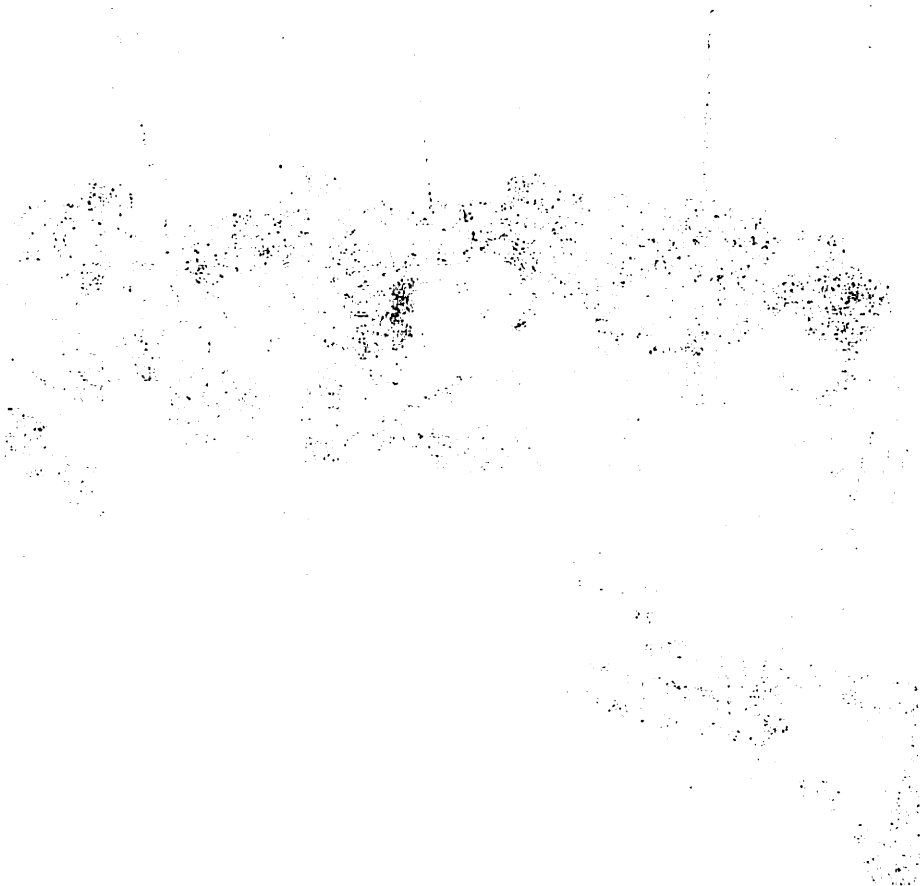
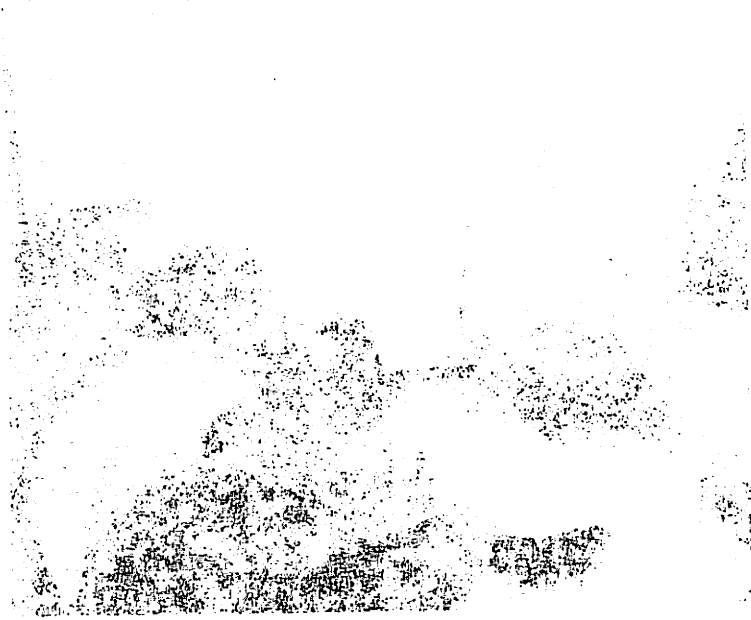
PENINGKATAN SELF EFFICACY...

SYIDDATUL BUDURY

BUKU SAKU HIV/AIDS









DESIGN KAOS

