

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA *LABELING* DENGAN *TAKING ACTION* PERILAKU
BERISIKO PENULARAN HIV DAN AIDS PADA LSL (LELAKI SUKA
DENGAN LELAKI) BERDASARKAN PENDEKATAN *AIDS RISK
REDUCTION MODEL (ARRM)* DI KOTA SURABAYA**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh :

Pratama Soldy Izzulhaq
131411131091

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA LABELING DENGAN TAKING ACTION PERILAKU
BERISIKO PENULARAN HIV DAN AIDS PADA LSL (LELAKI SUKA
DENGAN LELAKI) BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK
REDUCTION MODEL (ARRM) DI KOTA SURABAYA**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

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



Oleh :

Pratama Soldy Izzulhaq
131411131091

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 24 Juli 2018
Pratama Soldy Izzulhaq
NIM. 131411131091



METERAI
TEMPEL
Rp. 6000
ENAM RIBU RUPIAH
DESA MAFF 197599769

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Pratama Soldy Izzulhaq
NIM : 131411131091
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk diberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya saya yang berjudul:

"Hubungan Antara *Labeling* dengan *Taking Action* Perilaku Berisiko Penularan HIV dan AIDS Pada LSL (Lelaki suka dengan lelaki) Berdasarkan Pendekatan *Aids Risk Reduction Model (ARRM)* di Kota Surabaya"

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 24 Juli 2018



ang menyatakan

Pratama Soldy Izzulhaq
NIM. 131411131091

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**“HUBUNGAN ANTARA LABELLING DENGAN TAKING ACTION
PERILAKU BERISIKO PENULARAN HIV DAN AIDS PADA LSL (LELAKI
SEKS DENGAN LELAKI) BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK
REDUCTION MODEL (ARRM) DI KOTA SURABAYA”**

OLEH:

Pratama Soldy Izzulhaq
NIM 131411131091

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 23 Juli 2018

Oleh

Pembimbing I



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

Pembimbing II

an

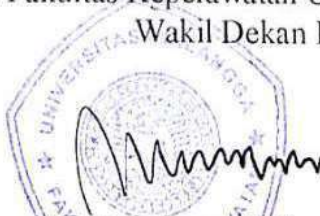


Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns,M.Kep
NIP 198402012014042001

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**"HUBUNGAN ANTARA LABELING DENGAN TAKING ACTION PERILAKU
BERISIKO PENULARAN HIV DAN AIDS PADA LSL (LELAKI SUKA
DENGAN LELAKI) BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK
REDUCTION MODEL (ARRM) DI KOTA SURABAYA"**

OLEH

Pratama Soldy Izzulhaq

NIM 131411131091

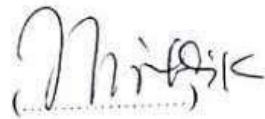
Telah diuji

Pada tanggal 31 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua

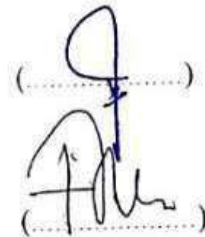
Dr. Ninuk Dian K, S Kep Ns, MANP
NIP 197703162005012001



Anggota

1. Purwaningsih, S Kp, M Kes
NIP 196611212000032001

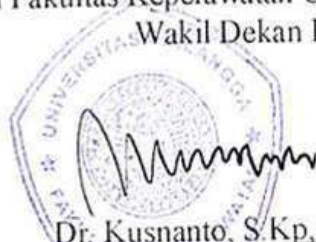
2. Aria Aulia Nastiti, S Kep, Ns, M Kep
NIP 198702232016113201



Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S Kp, M Kes

NIP 196808291989031002

MOTTO

Tombo Ati

Ada lima Perkaranya

Baca Al Quran dan maknanya

Sholat malam dirikanlah

Berkumpulah dengan orang sholeh

Harus betah untuk berpuasa

Berdzikir malam

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan penyusunan Skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktunya dan memberikan bimbingan yang luar biasa bagaimana saya melakukan penelitian dengan baik dan benar sehingga dapat menyelesaikan penelitian dengan baik.
4. Erna Dwi Wahyuni.S.Kep,Ns,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah sabar memberikan bimbingan dan motivasi yang luar biasa kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dengan baik dan benar.
5. Dr. Ninuk Dian k, S.Kep.Ns.,MANP selaku dosen penguji I ujian proposal saya atas saran dan perbaikannya demi kebaikan penelitian saya.
6. Setho Hadisuyatmana, S.Kep,Ns.,MNS (CommHealth) selaku dosen penguji II pada ujian proposal saya atas saran dan perbaikannya demi kesempurnaan penelitian saya.
7. Aria Aulia Nastiti,S.Kep,Ns.,M.Kep Selaku dosen penguji III pada ujian hasil skripsi saya atas saran dan perbaikannya demi kesempurnaan penelitian saya.
8. Kedua orang tua Drs Solihin, Dyah Retno Kindarti, dan saudari saya Putri Lidya Qurrotul Aini. Terima kasih atas semua semangat, bantuan, dan kepercayaan yang telah diberikan sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
9. Segenap Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu, pengalaman dan pengarahan. Terima kasih telah mengajarkan dan memotivasi untuk menjadi calon perawat yang profesional.
10. Segenap staf pendidikan, akademik, sekretariat dan perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Universitas Airlangga yang telah memberikan bantuan fasilitas maupun ilmu kepada saya.
11. Bu Indah di Puskesmas Perak Timur yang membantu memberikan masukan dan solusi saya dalam penelitian awal saya sehingga penelitian ini dapat berjalan.
12. Pak Farid selaku Ketua LSM Mahameru yang telah memberikan saya motivasi dan masukan di awal penelitian saya sehingga penelitian ini dapat berjalan.

13. Pak R. Hendrikus da Costa selaku Ketua Komunitas Gaya Nusantara yang telah memberikan saya izin untuk dalam serangkaian pengambilan data penelitian.
14. Mas Slamet (Sam) selaku sekretaris dan juga enumerator saya yang telah membantu serangkaian penelitian saya sehingga penelitian ini dapat berjalan.
15. Mas Angga bagian dari komunitas yang membantu saya dalam data awal dan penelitian saya sehingga penelitian ini dapat berjalan.
16. Kepada Saudara yang menampung saya di Surabaya Om Sutrisno, mbak Susi, Tino, Mbak Ayik yang telah memberikan saya masukan, bantuan dan motivasi saat penelitian ini berlangsung.
17. Qurrota Ayuni Rasyidah yang telah meluangkan waktu, tenaga dan cinta dalam menghadapi suka duka selama penelitian berlangsung.
18. Teman-teman angkatan 2014 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangan yang turut membantu menyelesaikan skripsi ini yang tidak bias saya sebutkan satu persatu. Trimakasih banyak telah membagikan semangat dan dorongan agar penelitian ini terselesaikan.
19. Senior, Dulur, dan adik GENCorps yang membantu dan tempat untuk bertanya-tanya seputar skripsi dan lain-lain. Trimakasih banyak telah mengizinkan saya menjadi bagian dari kalian.
20. Teman UKM PRAMUKA, BO MAHAGANA UNAIR, teman KKN 57 Pondok Nongko, PPT FKp 14, Nyihui Jenggolo, Buddy in da koz dan Majelis Konco Dewe yang telah memberikan semangat untuk menyelesaikan penelitian ini.
21. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah member kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun penulisannya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan para pembaca pada umumnya.

Surabaya 31 Juli 2018



Pratama Soldy Izzulhaq

131411131091

ABSTRACT

**THE CORRELATION BETWEEN LABELING AND TAKING ACTION
TOWARDS RISKY BEHAVIOUR OF HIV/AIDS TRANSMISSION IN MSM
(MEN SEX WITH MEN) BASED ON AIDS RISK REDUCTION MODEL
(ARRM) IN SURABAYA**
Cross Sectional Study

By : Pratama Soldy Izzulhaq

Introduction: The phenomenon of men who have sex with men (MSM) is believed to be one of the key behind the spreading of HIV/AIDS transmission because of these men's sexual behavior including unsafe anal sex and having more than one sex partner which eventually lead into HIV/AIDS transmission. The purpose of this study was to determine the correlation between labeling and taking action of risky behavior of HIV/AIDS transmission by gay males in Surabaya. **Method:** this study used cross-sectional design, by taking data using convenience sampling technique and total number of respondents is 36. Independent variable consist of labeling, consists of knowledge, susceptibility, aversive emotions, and social norm. Dependent variable was the action-taking of risky behavior towards HIV/AIDS infection. Data were obtained by questionnaire which then analyzed using Spearman's rank rho with p value = 0,05. **Results:** The study found that knowledge ($p = 0.006$ and $r = 0.447$), susceptibility ($p = 0.021$ and $r = 0.384$), and social norms ($p = 0.012$ and $r = 0.414$) were associated with taking risky behavior for HIV/AIDS transmission, while aversive emotions ($p = 0.320$ and $r = 0.170$) was not related to taking risky action toward HIV/AIDS transmission. **Discussion:** knowledge, susceptibilty, and social influences are directly proportional to taking behavioral actions at risk of HIV/AIDS transmission. HIV and AIDS. Further research was needed to explore deeper aspects of correlation between labeling and taking action based on AIDS risk reduction model.

Keywords: Labeling, Taking Action, Risk Behavior HIV / AIDS, MSM

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL DAN PRASYARAT GELAR	i
SURAT PERNYATAAN	ii
PERSETUJUAN PUBLIKASI	iii
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
MOTTO	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB 1	1
LatarBelakang	1
RumusanMasalah	3
Tujuan	3
TujuanUmum	3
Tujuan Khusus	3
Manfaat Penelitian.....	4
Teoritis.....	4
Praktis	4
BAB 2	5
Konsep HIV dan AIDS	5
Definisi HIV dan AIDS	5
Patofisiologi HIV	6
Penularan HIV dan AIDS	7
Gejala klinis HIV	8
Perilaku berisiko HIV dan AIDS	10
Jenis tes HIV	11
Pencegahan	12
Konsep Perilaku	13
Pengertian perilaku.....	13
Perilaku kesehatan.....	14
Domain perilaku.....	15
Perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS	18
Konsep Teori Perubahan Perilaku.....	19
Konsep Seksualitas	21

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA	
Seksualitas	21
Lelaki suka dengan lelaki (LSL).....	22
Penggolongan LSL.....	23
Pola kehidupan kelompok LSL.....	23
Konsep AIDS <i>Risk Reduction Model</i> (ARRM)	24
Teori ARRM.....	24
Tahapan Teori ARRM.....	27
Keaslian Penelitian.....	31
BAB 3	35
Kerangka Konseptual	35
Hipotesis Penelitian	37
BAB 4	38
Rancangan Penelitian	38
Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	38
Populasi	38
Sampel	39
Sampling	39
Variabel Penelitian	39
Variabel independen (Bebas).....	39
Variabel dependen (Terikat).....	40
Variabel perancu	40
Definisi Operasional	41
Instrumen Penelitian.....	44
Lokasi dan Waktu Penelitian	50
Uji validitas dan Reliabilitas	51
Uji validitas.....	51
Uji reliabilitas	53
Prosedur Pengambilan dan pengumpulan data	54
Analisis Data	55
Kerangka Kerja.....	58
Etik Penelitian	58
Keterbatasan penelitian.....	59
BAB 5	60
Hasil Penelitian	60
Gambaran umum lokasi penelitian	60
Data umum responden.....	61
Data khusus responden.....	62
Pembahasan.....	67

BAB 6	75
Kesimpulan	75
Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keaslian penelitian hubungan antara <i>Labeling</i> dengan <i>Taking Action</i> perilaku berisiko penularan HIV/AIDS berdasarkan ARRM.....	31
Tabel 4.1 Definisi operasional hubungan antara <i>Labeling</i> dengan <i>Taking Action</i> perilaku berisiko penularan HIV dan AIDS pada LSL pendekatan <i>AIDS Risk Reduction Model</i> di kota Surabaya.....	41
Tabel 4.2 Blue Print Variabel Independen Pengetahuan	44
Tabel 4.3 Blue Print Variabel Independen Kerentanan	45
Tabel 4.4 Blue Print Variabel Independen Ketakutan	46
Tabel 4.5 Blue Print Variabel Independen Kehidupan sosial.....	47
Tabel 4.6 Blue Print Variabel Dependen <i>Taking action</i>	48
Tabel 4.7 Hasil Uji Validitas <i>labeling (knowledges)</i>	50
Tabel 4.8 Hasil Uji Validitas <i>labeling (Susceptibility)</i>	51
Table 4.9 Hasil Uji Validitas <i>labeling (Aversive emotions)</i>	51
Table 4.10 Hasil Uji Validitas <i>labeling (social norms)</i>	51
Tabel 4.11 Hasil Uji Validitas <i>Taking Action</i>	52
Tabel 4.12 Hasil Uji Reliabilitas instrumen (kuisisioner) Variabel <i>labeling</i> dengan <i>Taking action</i>	53
Tabel 4.13 Tabel intepretasi nilai <i>rho (r)</i>	56
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi	61
Tabel 5.2 Distribusi data khusus responden.....	63
Tabel 5.3 Hasil tabulasi silang <i>labeling (knowledge)</i> dengan <i>taking action</i>	64
Tabel 5.4 Hasil tabulasi silang <i>labeling (susceptibility)</i> dengan <i>taking action</i>	65
Tabel 5.5 Hasil tabulasi silang faktor <i>labeling (aversive emotion)</i> dengan <i>taking action</i>	66
Tabel 5.6 Hasil tabulasi silang faktor <i>labeling (Social norms)</i> dengan <i>taking action</i>	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka koseptual AIDS *Risk Reduction Model* (ARRM) menurut Catania (1990).....26

Gambar 3.1 Kerangka konseptual menurut teori AIDS risk reduction model Catania (1990).....35

Gambar 4.1 Bagan kerangka kerja hubungan antara *Labeling* dengan *Taking Action* berdasarkan pendekatan ARRM.....56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar permintaan menjadi responden penelitian	80
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	81
Lampiran 3 Kuisisioner Demografi.....	82
Lampiran 4 Kuisisioner Variabel Pengetahuan (<i>Knowledge</i>)	84
Lampiran 5 Kuisisioner Variabel Kerentanan (<i>Susceptibility</i>)	85
Lampiran 6 Kuisisioner Variabel Kekhawatiran (<i>Aversive emotions</i>).....	86
Lampiran 7 Kuisisioner Variabel Pengaruh Kehidupan sosial	87
Lampiran 8 Kuisisioner Variabel <i>Taking action</i>	88
Lampiran 9 Surat Perijinan Permohonan Survei Data Awal.....	89
Lampiran 10 Sertifikat Etik.....	90
Lampiran 11 Surat Permohonan Penelitian.....	91
Lampiran 12 Surat Tembusan	92
Lampiran 13 Tabulasi data penelitian.....	93
Lampiran 14 Data Responden Variabel Pengetahuan	94
Lampiran 15 Data Responden Variabel Kerentanan	95
Lampiran 16 Data Responden Variabel Ketakutan	96
Lampiran 17 Data Responden Kehidupan Sosial	97
Lampiran 18 Data Responden Variabel <i>Taking Action</i>	98

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrom</i>
ARRM	: <i>Aids Risk Reduction Model</i>
CD4	: <i>Cluster of Difference 4</i>
ELISA	: <i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
GP120	: <i>Glycoprotein 120</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency</i>
ISPA	: Infeksi Saluran Napas Akut
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
LSL	: Lelaki suka dengan lelaki
NAPZA	: NARKOBA, Psikotropika dan Zat Adiktif
ODHA	: Orang Dengan Penyakit HIV/AIDS
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

LatarBelakang

Fenomena LSL (Lelaki suka dengan lelaki) berkaitan dengan persebaran virus HIV/AIDS yang terjadi di populasi kunci penyebaran virus HIV/AIDS yaitu LSL. Penyebab dari meningkatnya HIV/AIDS di kalangan LSL ada beberapa faktor yaitu adanya perilaku seksual anal yang tidak aman tanpa menggunakan pelindung atau kondom dan berganti-ganti pasangan. Peneliti melakukan studi pendahuluan berupa wawancara kepada 5 orang LSL di salah satu komunitas, ditemukannya 4 dari 5 LSL masih melakukan hubungan seksual berisiko, 2 dari 5 LSL yang diwawancara Menunjukkan *labeling* berupa pengetahuan, ketakutan dan dukungan sosial yang rendah. Peneliti mengajukan pertanyaan mengenai perilaku penularan HIV/AIDS, jawaban dari LSL belum menunjukkan pengetahuan yang baik, salah satu dari mereka mengatakan takut terkena HIV/AIDS karena pernah mengetahui temannya meninggal karena HIV/AIDS. Peneliti menanyakan mengenai intensitas penggunaan kondom diantara sesama LSL, jawabannya kebanyakan mengatakan tidak ikut campur dalam urusan seksual antar LSL karena hal tersebut merupakan urusan pribadi masing-masing LSL, sehingga kurang adanya peran dari sosial untuk mengingatkan. Masih rendahnya *labeling* yang ditemukan saat wawancara tersebut tidak mendukung tindakan pencegahan *taking action* secara menyeluruh perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Berdasarkan fenomena antara *labeling* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL belum dapat dijelaskan Hal

tersebut berpengaruh terhadap mengambil keputusan dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS.

Perkiraan lima tahun terakhir menunjukkan bahwa populasi pria yang memiliki *sex* dengan pria LSL di Indonesia adalah 3 juta. Berdasarkan data dari *Surveilens Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP)* tahun 2015 ditemukan bahwa prevalensi HIV dikalangan LSL 25,80%. Tahun 2016 Kemenkes RI melaporkan kenaikan kasus HIV pada LSL sejumlah 25%, dan pada laporan tahun 2017 terjadi peningkatan sejumlah 28%. Hasil survei terpadu biologis dan perilaku (STBP) tahun 2015, tingkat epidemi LSL yang terkena HIV di Surabaya sebesar 9,6%, estimasi populasi LSL di Surabaya sebesar 4.569 dan estimasi yang terkena HIV sebesar 628 orang. Laporan Dinkes Surabaya triwulan ke 2 tahun 2017 menyatakan peningkatan orang HIV baru LSL sebesar 19%.

Tingginya prevalensi LSL sebagai populasi kunci penyebaran HIV dan AIDS ada karena beberapa faktor yaitu rendahnya perilaku pencegahan seperti dalam penggunaan pengaman (kondom), kurangnya informasi, dan rendahnya komitmen penggunaan kondom. Perilaku seks anal pada LSL memiliki 10 kali lebih besar menularkan virus HIV dan AIDS daripada yang seks melalui vaginal. Risiko penularan virus HIV dan AIDS dari populasi LSL dibanding risiko penularan virus HIV dan AIDS pada masyarakat umum akibat perilaku seks adalah 19 kali lebih besar (Kana, 2016). Peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS dihubungkan dengan kurangnya tingkat pencegahan dari para pelaku seks, misalnya keterbatasan informasi yang didapat seputar tindakan pencegahan HIV dan rendahnya penggunaan kondom (Muntean, Kereta, & Mitchell, 2015).

Berdasarkan penelitian Adanan (2017) bahwa pengetahuan, kerentanan dan norma sosial berbanding lurus dengan *taking action*. Peneliti ingin mengembangkan penelitian *labeling* dan *taking action* kepada LSL dikarenakan bagian dari populasi kunci penyebaran HIV/AIDS. Teori ARRM merupakan teori yang terfokus terhadap perilaku penyebaran HIV/AIDS, peneliti akan melakukan penelitian terkait *labeling* dan *taking action* pada LSL. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi referensi untuk tindakan preventif menanggulangi persebaran HIV/AIDS di kalangan LSL.

Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara *labeling* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya?

Tujuan

Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan antara *labeling* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di kota Surabaya.

Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis hubungan antara *labeling (knowledge)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan ARRM di kota Surabaya.
- 2) Menganalisis hubungan antara *labeling (susceptibility)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan ARRM di kota Surabaya.

- 3) Menganalisis hubungan antara *labeling (aversive emotion)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan ARRM di kota Surabaya.
- 4) Menganalisis hubungan antara *labeling (sosial norms)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan ARRM di kota Surabaya.

Manfaat Penelitian

Teoritis

Manfaat yang didapatkan dalam penelitian ini untuk bidang keperawatan adalah mengembangkan teori berbasis *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* terhadap perilaku populasi berisiko penularan HIV/AIDS di kalangan LSL.

Praktis

- 1) Bagi perawat, hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu bahan referensi untuk melakukan tindakan preventif terhadap penularan HIV/AIDS pada LSL
- 2) Bagi pengurus komunitas LSL, hasil penelitian ini dapat menjadi gambaran mengenai persebaran HIV/AIDS di kalangan anggotanya.
- 3) Bagi pembaca, penelitian memberikan gambaran mengenai hubungan *labelling* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS di kalangan LSL menggunakan teori *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)*.
- 4) Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian selanjutnya yang terkait dengan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep HIV dan AIDS

Definisi HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan sistem pertahanan tubuh manusia terhadap infeksi dan beberapa jenis kanker. Virus menghancurkan dan merusak fungsi sel kekebalan tubuh, individu yang terinfeksi secara bertahap mengalami penurunan imunitas. Akibat dari imunitas yang menurun secara berkelanjutan maka tubuh menjadi rentan terhadap berbagai macam virus maupun bakteri. Faktor yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan adalah stressor psikososial lingkup terkecil dari lingkungan sosial pasien adalah keluarga (Sukartini et al, 2016). Tahap paling lanjut dari infeksi HIV adalah *Acquired Immunodeficiency Syndrom* (AIDS), yang dapat terjadi rentang 2 hingga 15 tahun untuk masa berkembang virus, tergantung dari individunya (WHO, 2017).

Virus ini dapat memasuki tubuh melalui lapisan mukosa vagina, vulva, penis, atau rectum selama berhubungan seksual atau melalui mulut selama seks oral. Orang yang terinfeksi HIV dapat menularkan penyakit dalam beberapa minggu pertama infeksi, sebelum mereka menghasilkan antibody HIV-spesifik yang dapat dideteksi dalam tes darah. Saat ini, 10-50% dari semua infeksi HIV baru tampak disebabkan oleh orang yang baru terinfeksi. Infeksi HIV tidak dapat disembuhkan, telah banyak obat yang dikembangkan yang secara signifikan dapat memperlambat replikasi HIV dan pengembangan menjadi AIDS (Reece, Jane B., 2014)

Human Immunodeficiency Virus terdapat dalam cairan tubuh ODHA dan seseorang dapat terinfeksi HIV bila kontak dengan cairan tersebut. Virus tersebut terdapat di saliva, air mata, cairan serebrospinal dan urin tetapi cairan tersebut tidak terbukti berisiko menularkan infeksi karena kadar virus HIV sangat rendah (Kemenkes, 2014).

Patofisiologi HIV

Virus HIV masuk kedalam tubuh lalu menyerang limfosit T karena terdapat CD4 pada permukaannya, virus HIV memilih CD4 karena merupakan pasangan ideal bagi GP120 (*Glycoprotein*) pada permukaan *enveloped*. Infeksi virus HIV memiliki 3 fase, yang pertama adalah fase infeksi akut yang mana diperkirakan 50 – 100% orang yang terinfeksi mengalami infeksi akut selama 3 sampai 6 minggu, pada fase ini limfosit T masih diatas 500 sel/mm³ dan kemudian akan mengalami penurunan setelah 6 minggu terinfeksi. Fase selanjutnya adalah infeksi laten yaitu pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus didalam sel dendritik folikuler, pada fase ini jarang ditemukan virion plasma, jumlah limfosit T menurun menjadi 500-200 sel/mm³ fase ini biasanya berlangsung rerata 8-10 tahun atau 3-13 tahun setelah terinfeksi. Selanjutnya adalah fase infeksi kronis yang mana didalam kelenjar limfa terjadi replikasi virus, pada fase ini jumlah limfosit T dibawah 200 sel/mm³ yang mengakibatkan sistem imun menurun dan pasien semakin rentan terhadap berbagai macam penyakit infeksi sekunder (Nasronudin, 2014).

Penularan HIV dan AIDS

Menurut Kemenkes RI (2017) *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dapat masuk ke tubuh melalui tiga cara, yaitu melalui hubungan seksual, penggunaan jarum yang tidak steril atau terkontaminasi HIV, darah dan produk darah dari ibu yang terinfeksi HIV dapat menularkan ke janin dalam kandungannya, yang dikenal sebagai penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA).

Virus HIV hanya bisa hidup dalam cairan tubuh manusia seperti darah, air mani (semen), cairan vagina, air susu ibu, dan cairan dalam otak. Virus dalam jumlah kecil terdapat pada air kencing, air mata, dan air keringat sehingga tidak berpotensi menularkan virus HIV (Purwaningsih et al, 2014)

Terdapat beberapa cara penularan virus HIV, yaitu:

1. Hubungan seksual dengan orang yang mengidap HIV dan AIDS, berhubungan seks dengan berganti ganti pasangan. Tidak menggunakan alat pelindung (Kondom).
2. Terpapar dengan darah orang yang terinfeksi virus HIV
3. Penggunaan jarum suntik atau tindik secara bergantian dengan orang yang terinfeksi virus HIV.
4. Ibu hamil yang terinfeksi HIV.

HIV tidak menular melalui aktivitas berikut (Kemenkes RI, 2015):

1. Bersalaman
2. Berpelukan

3. Bersentuhan atau berciuman
4. Penggunaan toilet secara bersamaan dengan pasien terinfeksi virus HIV
5. Gigitan nyamuk
6. Makan dan minum secara bersama dengan penderita HIV

Gejala Klinis HIV

WHO menetapkan empat stadium klinik pada pasien yang terinfeksi HIV, Stadium klinik HIV (Kanya MR, Mermin J, Kaplan JE, 2008, Modifikasi :Nasronudin, 2014) dalam (Tjokroprawiro, 2015) sebagai berikut:

Infeksi HIV Primer

1. Asimtomatik
2. Sindrom retroviral akut

Stadium Klinis I

1. Asimtomatik
2. Limfadenopati general menetap

Stadium Klinis II

1. Simptomatik
2. Penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas (10%)
3. Infeksi Saluran Pernapasan berulang (ISPA, sinusitis, bronkitis, otitis media, faringitis)
4. *Herpes zooster*
5. *Cheilitis angularis*
6. Ulserasi oral berulang

7. Eropsi proritik popular
8. Dermatitis seborrheic
9. Infeksi jamur pada kuku

Stadium Klinis III

1. Penurunan berat badan dengan sebab tidak jelas (>10%)
2. Diare kronis sebab tidak jelas > 1bulan
3. Demam dengan sebab tidak jelas > 1 bulan
4. Kandidiasis oris menetap
5. TB paru
6. Infeksi bacteria berat (pneumonia, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis, bakterimi)
7. Stomatitis ulseratif nekrotis akut, gingivitis, periodentitis
8. Anemia (HB 8g/dl, neutropeni 500/mm³, trombositopeni 50.000/mm³) sebab tidak jelas, > 1 bulan

Stadium Klinis IV

1. *Sindrom wasting* HIV
2. Pneumonia pneumokistik
3. Pneumonia bakteri tulang
4. Herpes simplek kronis (genitalia, anorektal) > 1 bulan
5. Kandidiasis orofagial
6. TB ekstra pulmoner
7. Sarkoma Kaposi

8. Toksoplasmosis SSP
9. Ensefalopati
10. Kriptokokus ekstra pulmoner
11. Infeksi mikrobakteri non TBC berat
12. Kriptosporidiosis kronis
13. Infeksi CMV (retinitis pada liver, limpa, pembuluh limfe)
14. Infeksi jamur sistemik (histoplasmosis, koksidio mikosis, penisilosis)
15. Karsinoma servik
16. Lesmaniasis visceral luas atipik
17. Kardiomiopati, nefropati, terkait HIV

Perilaku Berisiko HIV dan AIDS

Menurut WHO (2013), perilaku berisiko yang dapat menyebabkan individu terinfeksi adalah:

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

Virus HIV berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung viru HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina dan

air susu ibu. Sedangkan cairan yang tidak berpotensi untuk menularkan virus HIV adalah cairan keringat, air liur, air mata.

Jenis Tes HIV

Diagnosa adanya infeksi HIV dapat ditegakan melalui pemeriksaan laboratorium (Nursalam & Kurniawati N. D, 2007). Jenis-jenis tes pada HIV antara lain:

1. Untuk pemeriksaan yang pertama biasanya menggunakan rapid tes untuk melakukan uji tapis. Hasil yang positif akan diperiksa ulang dengan menggunakan tes yang memiliki prinsip dasar tes yang berbeda untuk meminimalkan adanya hasil positif palsu yaitu ELISA. Rapid tes hasilnya bisa dilihat dalam waktu kurang lebih 20 menit lamanya.
2. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), bereaksi terhadap adanya antibodi dalam serum dengan memperlihatkan warna yang lebih jelas apabila terdeteksi jumlah virus yang lebih besar. Biasanya hasil uji ELISA mungkin masih akan negatif 6 sampai 12 minggu setelah pasien terinfeksi. Karena hasil positif palsu dapat menimbulkan dampak terhadap psikologis yang besar, maka hasil uji ELISA yang positif diulang dan apabila keduanya positif maka dilakukan yang lebih spesifik yaitu Western Blot.
3. Western Blot merupakan elektroporesis gel poliakrilamid yang digunakan untuk mendeteksi rantai protein yang spesifik terhadap DNA. Jika tidak ada rantai protein yang ditemukan berarti tes negatif. Sedangkan bila hampir atau semua rantai protein ditemukan berarti western blot positif. Tes ini harus

dilakukan ulang lagi setelah 2 minggu dengan sampel yang sama. Jika western blot tetap tidak bisa disimpulkan maka tes western blot harus diulang lagi setelah 6 bulan. Jika tes tetap negatif maka pasien dianggap HIV negatif.

4. PCR untuk DNA atau RNA virus HIV sangat sensitif dan spesifik untuk infeksi HIV. Tes ini sering digunakan bila tes yang lain tidak jelas.

Pencegahan

Dalam upaya menurunkan resiko terinfeksi HIV, berbagai organisasi kesehatan menganjurkan untuk memakai pendekatan ABCDE (Kemenkes RI, 2015), yaitu:

1. A atau *Abstinence*, yaitu menunda kegiatan seksual sebelum menikah.
2. B atau *Be faithful*, yaitu setia dengan pasangan setelah menikah.
3. C atau *Condom*, yaitu gunakan kondom bagi orang yang melakukan perilaku seks yang berisiko.
4. D atau *Drugs*, yaitu tidak menggunakan napza terutama yang menggunakan jarum suntik secara bergantian
5. E atau *Education*, yaitu pemberian edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatan.

Upaya pencegahan penularan HIV juga dilakukan dengan memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) tentang HIV dan AIDS pada masyarakat terutama kaum remaja.

Selama sakit, pencegahan *universal precaution* oleh perawat, keluarga dan pasien itu sendiri sangatlah penting dilakukan. Hal itu ditujukan untuk mencegah

terjadinya penularan virus HIV. Prinsip-prinsip *universal precaution* (Nursalam & Kurniawati N. D, 2007):

1. Menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh. Apabila terkena cairan dari tubuh pasien harus menggunakan pelindung seperti sarung tangan, masker, kaca mata pelindung, penutup kepala, apron, sepatu boot. Penggunaan alat pelindung harus menyesuaikan dengan tindakan yang akan dilakukan.
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, termasuk setelah melepas sarung tangan.
3. Mendokumentasikan cairan tubuh pasien.
4. Memakai alat kedokteran dengan prinsip sekali penggunaan. Tidak dianjurkan untuk menggunakan jarum suntik lebih dari 1 kali dan jangan dimasukkan ke penutup jarum atau jarum dibengkokan.
5. Memelihara kebersihan di tempat pelayanan kesehatan.
6. Membuang limbah yang sudah tercemar oleh cairan tubuh di tempat yang benar atau tempat yang memang khusus telah disediakan.

Konsep Perilaku

Pengertian Perilaku

Perilaku adalah suatu bentuk reaksi adaptasi yang dapat diamati dan direkam dari manusia sebagai organisme yang memiliki sistem saraf yang peka terhadap lingkungan dimana manusia tersebut hidup dan tinggal. Menurut Lowe (1985) perilaku merupakan suatu aksi dan reaksi dari suatu organisme terhadap lingkungannya yang terwujud apabila ada sesuatu yang dapat menimbulkan tanggapan atau biasa disebut rangsangan. Menurut Kwick (1972) setiap rangsangan

akan menimbulkan tanggapan atau perilaku yang berbeda. Skinner (1938) mengemukakan perilaku dapat terjadi sebagai sebuah respon atau reaksi dari seseorang terhadap suatu stimulus dari luar (Notoadmodjo, 2014).

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

Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya mengacu pada tindakan dari individu maupun kelompok yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka (Glanz et al, 2008). Perilaku tersebut dipengaruhi oleh adanya informasi, sumber daya, fasilitas, dan dukungan sosial. Menurut Gochman (1982) perilaku kesehatan meliputi beberapa atribut pribadi yang berkaitan dengan kepercayaan, harapan, motif, nilai, persepsi, emosional, dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan.

Kategori perilaku kesehatan menurut Karl dan Cobb (1966) adalah sebagai berikut :

1. Perilaku pencegahan

Tindakan yang dilakukan oleh individu yang percaya bahwa tindakan tersebut dilakukan untuk memelihara kesehatannya atau untuk menghindari diri dari penyakit. Tahapan dalam melakukan perilaku pencegahan adalah sebagai berikut :

- 1) *Primary Prevention*, merupakan suatu upaya untuk menghindari suatu penyakit atau kecelakaan yang belum terjadi.
 - 2) *Secondary prevention*, merupakan upaya untuk melakukan deteksi dini terhadap terjadinya suatu penyakit, salah satu contohnya adalah pelaksanaan *screening* terhadap suatu penyakit.
 - 3) *Tertiary prevention*, merupakan upaya untuk menghindari terjadinya keadaan cacat atau keadaan yang lebih parah dari suatu penyakit.
2. Perilaku sakit (*Symptom based/illness behavior*)

Tindakan serta upaya yang dilakukan oleh individu yang merasakan bahwa dirinya sakit, sehingga individu tersebut akan mencari pertolongan pengobatan untuk kesembuhan dirinya.

3. Peran perilaku (*Sick role behavior*)

Tindakan yang dilakukan oleh individu agar dirinya sembuh setelah mengetahui bahwa dirinya dinyatakan sakit.

Domain Perilaku

Perilaku pada dasarnya merupakan suatu bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan, baik yang berasal dari faktor internal seperti tingkat kecerdasan, emosional dan jenis kelamin maupun berasal dari faktor eksternal seperti lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik(Notoadmodjo, 2014).

Meskipun stimulus atau rangsangan yang diberikan pada beberapa orang adalah stimulus yang sama, namun respon yang diberikan dapat berbeda. Beberapa faktor yang membedakan respon terhadap stimulus disebut sebagai determinan perilaku. Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo (2014) membagi perilaku manusia ke dalam tiga ranah, yakni Kognitif (*Cognitive*), afektif (*Affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Teori Bloom ini selanjutnya dimodifikasi untuk mengukur hasil pendidikan kesehatan menjadi pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan pendidikan (*practice*).

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari proses tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2014).

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Komponen pokok sikap terdiri dari 3 komponen, yaitu kepercayaan atau keyakinan terhadap objek, kehidupan emosional atau evaluasi seseorang terhadap objek dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen tersebut secara bersama

membentuk suatu sikap yang utuh. Tingkatan sikap terdiri dari menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*).

3. Tindakan

Tindakan merupakan respon terhadap rangsangan yang bersifat aktif dan dapat diamati. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan seperti fasilitas atau sarana prasarana. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, poses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau melakukan apa yang diketahui dan disikapinya. Tindakan memiliki beberapa tingkatan, yaitu respon terpimpin (*guided response*), mekanisme (*Mechanism*) dan adopsi (*adoption*).

1) Respon terpimpin

Respon terpimpin merupakan suatu perilaku yang dilakukan sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh yang telah diberikan atau ditetapkan.

2) Mekanisme

Mekanisme merupakan suatu tingkatan ketika seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar dan mampu menjadikan perilaku tersebut menjadi suatu kebiasaan.

3) Adopsi

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Tindakan pada tingkat ini sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Perilaku Seksual Berisiko Tertular HIV/AIDS

Bentuk perilaku seks berisiko antara lain adalah hubungan seks di usia dini hal ini dianggap paling penting karena dapat mempengaruhi perilaku seksual berikutnya dimasa mendatang, dan usia dini ini semakin banyak ditemukan dikalangan remaja. Perilaku seks berisiko juga dihubungkan dengan siapa seks pertama kali dilakukan, siapa disini menunjukan seorang kekasih, teman, atau dengan pekerja seks komersial. Perilaku seks berisiko juga dapat dihubungkan dengan tidak konsisten dalam memakai kondom serta memiliki pasangan seks dalam jumlah banyak maupun berhubungan seks dengan orang asing (Rahardjo, 2014). Ada beberapa kelompok sasaran yang sering menjadi perhatian dalam kelompok berisiko, antara lain :

1. Kelompok rentan

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang biasanya ada pada lingkup pekerjaan, lingkungan tertentu, rendahnya ketahanan keluarga dan rendahnya kesejahteraan keluarga, status kesehatan seseorang sehingga mudah terinfeksi HIV/AIDS, misalnya orang yang mobilitas tinggi, perempuan, remaja, anak jalanan, orang miskin, ibu hamil, dan orang yang menerima tranfusi darah.

2. Kelompok berisiko tertular

Kelompok yang termasuk pada kelompok ini adalah seseorang yang berperilaku seksual berisiko tinggi, misalnya adalah PSK, pelanggan PSK, seseorang pengguna napza terutama suntik, dan narapidana.

3. Kelompok tertular

Kelompok ini adalah kelompok masyarakat yang sudah terinfeksi HIV/AIDS yang memerlukan penanganan khusus untuk mencegah penularan kepada orang lain.

Konsep Teori Perubahan Perilaku

Teori tentang perubahan perilaku memiliki fokus pada faktor-faktor yang berbeda di dalam menjelaskan perubahan perilaku. Beberapa teori tersebut antara lain:

1. Social Cognitive Theory

Merupakan konsep teori yang menjelaskan bahwa perubahan perilaku dapat terjadi di karenakan efek dari maniru seseorangn (tokoh, orang tua, teman, dan lain-lain) yang dikembangkan oleh albert Bandura.

2. Self Efficacy

Merupakan teori yang menekankan pada kemampuan generatif seseorang meliputi kognitif sosial dan emosi menurut Bandura (1997).

3. Theory of Reasoned Action

Merupakan teori tindakan yang mempertimbangkan konsekuensi dari tindakan yang baru ditentukan oleh instansi orang tersebut yaitu sikap dan norma subjektif yang diyakini individu tersebut (Ajzen, 1980).

4. *Theory of Planned Behavior*

Merupakan pengembangan teori TRA dimana teori ini tidak semuanya perilaku di bawah control penuh individu sehingga perlu ditambahkan konsep dari intensi individu (Ajzen, 2005).

5. *Transtheoretical*

Merupakan model teori yang menganggap seseorang berhasil dalam mengadopsi perilaku dengan 5 tahap, antara lain: Pra perenungan, perenungan, persiapan, aksi, dan pemeliharaan (Prochaska et.al 1998).

6. *Health belief Model*

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

7. *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)*

ARRM adalah teori tahapan perubahan perilaku yang dikembangkan oleh Catania et al. Model ARRM ini dikhususkan untuk menjelaskan dan memprediksi upaya perubahan perilaku khususnya berhubungan dengan penularan HIV dan AIDS. Tujuannya adalah untuk mengetahui mengapa

seseorang gagal dalam proses perubahan perilaku (*Catania et al* dalam Contreras 2006).

Konsep Seksualitas

Seksualitas

Menurut WHO (2002) seks adalah sifat biologis manusia yang mendefinisikan manusia kedalam dua sifat yaitu laki-laki atau perempuan. Sedangkan seksualitas menurut WHO (2002) merujuk pada inti manusia sepanjang hidupnya yaitu seks, identitas, peran gender, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, kemesraan dan reproduksi. Seksualitas menyangkut aspek aspek yang berkolerasi dengan perilaku. Seksualitas adalah tentang bagaimana seseorang individu mengekspresikan diri sebagai makhluk sosial baik mengalaminya sendiri atau menghayati.

Teori seksualitas kanak-kanak menjelaskan dua hipotesa. Menurut Freud manusia memiliki dua macam dorongan vital. Dorongan yang pertama adalah dorongan untuk melindungi diri dan yang kedua adalah dorongan untuk berkembang biak. *Freud* menyebutkan bahwa dorongan berkembang biak dinamakan libido atau tenaga seks. Tenaga seks atau libido pada mulanya di maksudkan dengan tenaga birahi. Namun perasaan birahi sendiri tidak hanya dapat ditunjukkan pada orang dengan jenis kelamin yang berbeda (*heteroseksual*), melainkan dapat pada orang dengan jenis kelamin yang sama (*homoseksual*), bahkan dapat ditunjukkan pada dirinya sendiri (*narcism*), Lebih jauh perasaan birahi dapat ditunjukkan pada binatang (*bestiality*) atau juga ke benda mati (*fetichism*) (Freud, 1922).

Hubungan Seks pun juga tidak hanya dilakukan secara perkelaminan (*sexual union*) namun juga dapat dilakukan antara kelamin dengan lubang dubur (anal) namun dapat juga dilakukan secara oral yaitu antara alat kelamin dengan mulut. Bahkan hubungan seks juga biasa disebut dengan masturbasi apabila dilakukan antara alat kelamin dengan tangan. Orientasi seksual adalah perasaan ketertarikan pada fisik, bergairah serta perhatian pada orang lain (Friedman & Downey, 1993). Terdapat tiga jenis orientasi seksual yaitu heteroseksual, biseksual, dan homoseksual.

Lelaki suka dengan lelaki (LSL)

Berdasarkan penelitian Ardiana (2012), terminologi *men who have sex with men* atau MSM di maksudkan untuk menjelaskan semua laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki, tanpa memandang identitas gendernya. Ini digunakan karena hanya beberapa kecil dari laki-laki terlibat dalam perilaku seksual sesama jenis yang disebut sebagai gay, biseksual atau homoseksual tetapi lebih tepat mengidentifikasi diri menggunakan identitas dan perilaku sosial dan seksual. Mereka tidak mengaggap hubungan seksual mereka dengan laki-laki lain dalam terminologi identitas atau orientasi seksual. Banyak yang berhubungan seksual dengan laki-laki mengidentifikasi diri sebagai heteroseksual bukannya homoseksual atau biseksual, terutama bila mereka juga berhubungan seksual dengan perempuan, menikah, hanya memainkan peran sebagai pihak yang penetrative dalam anal seksual, dan berhubungan seksual dengan laki-laki demi uang atau kesenangan (Ardiana, 2012).

LSL merupakan salah satu populasi kunci penularan HIV dan AIDS karena cenderung memiliki kebiasaan seks yang berisiko terkena virus HIV dan AIDS. Selain dikarenakan perilaku seks anal juga karena perilaku seks tidak aman yaitu tidak menggunakan kondom dan berganti gantinya pasangan seks. LSL termasuk kedalam golongan *covert* homoseksual yang mana *covert* merupakan homoseksual yang menjalani hubungan heteroseksual dan bahkan juga menikah dengan lawan jenis (Oetomo, 2003).

Penggolongan LSL

Penggolongan LSL dapat dikategorikan dalam beberapa refleksi LSL antara lain (Dermatoto, 2012) :

1. Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki lain (Eksklusif)
2. Biseskual (lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki maupun perempuan)
3. Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki atau perempuan tanpa ada perbedaan kesenangan
4. Lelaki yang menjajakan seks pada lelaki lain, karena alasan terpaksa atau senang hati.

Pola Kehidupan Kelompok LSL

Pola kehidupan lelaki suka dengan lelaki tidak jauh beda dari kelompok heteroseksual. Secara psikologis berinteraksi sosial sama dengan kelompok heteroseksual. Mereka juga bekerja di berbagai aspek profesi. Bentuk sikap yang lebih bervariasi lebih di perhatikan. Misalnya seseorang lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki lebih biasa bersikap akrab, acuh dan menjaga jarak, tergantung

dari sikap heteroseks sendiri dalam menerima keberadaan mereka (Soetjiningsih, 2010).

Kelompok lelaki suka dengan lelaki (LSL) juga memiliki jaringan dan media komunikasi yang bervariasi tergantung dari tingkatan ekonomi dan sosial. Taman kota, jalanan, diskotik, kosan dan hotel dijadikan sebagai kontak dengan pasangannya. Kegiatan seksual kelompok lelaki suka dengan lelaki (LSL) secara umum sama dengan kelompok heteroseksual. Akan tetapi ada beberapa hal yang membedakan yaitu lebih senang bereksperimen dan penuh perhatian. Gaya dan tekniknya dalam pembangkitan gairah menyesuaikan tempat, waktu dan keadaan, hal tersebut yang akan menimbulkan perasaan bahagia jika lingkungan menyenangkan. Kebanyakan interaksi homoseks merupakan suatu kesepakatan yang saling menguntungkan dan dilakukan secara terencana (Soetjiningsih, 2010)

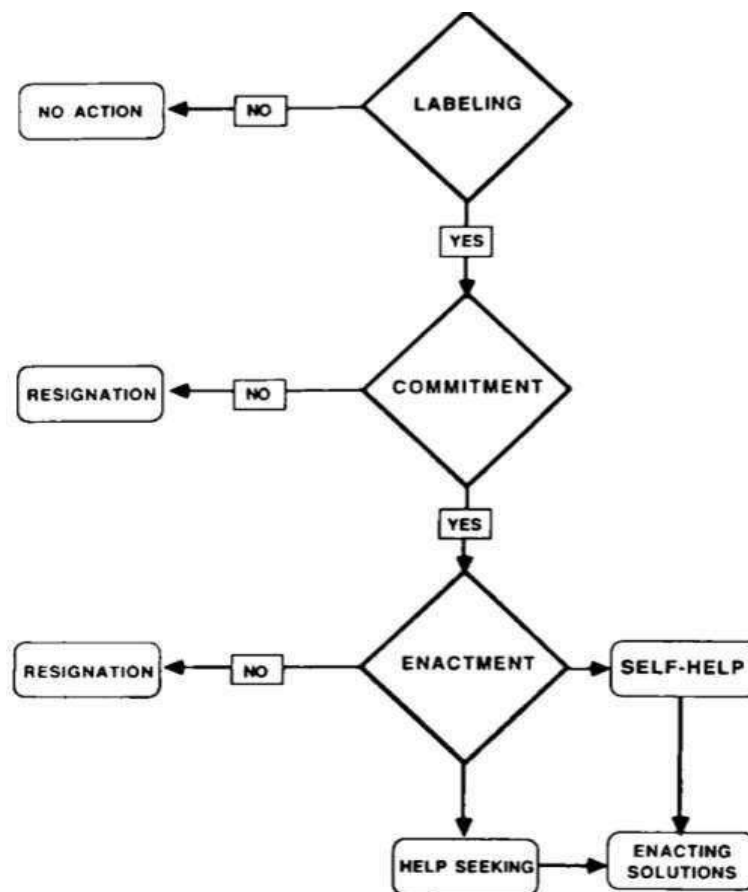
Konsep AIDS Risk Reduction Model (ARRM)

Teori ARRM

AIDS Risk Reduction Model (ARRM) merupakan salah satu model perubahan perilaku yang dikembangkan untuk mengurangi resiko penularan HIV dan AIDS. ARRM dikembangkan oleh J.A. Catania (1990) yang berpendapat bahwa perubahan perilaku merupakan proses yang terjadi dari hasil stimulus yang diberikan. Teori ini menggabungkan komponen-komponen dari teori perubahan perilaku lain seperti *Health Belief Model* (HBM), *the Diffusion of Innovation Model* dan *Social Cognitive Theory*. Model (ARRM) yang mencirikan upaya orang untuk mengubah perilaku seksual terkait penularan HIV. ARRM berfokus pada faktor sosial dan psikologis yang dihipotesiskan untuk mempengaruhi (1) *labelling* masalah perilaku

berisiko tinggi (2) membuat komitmen untuk mengubah perilaku berisiko tinggi, dan (3) mencari dan memberlakukan solusi yang ditujukan untuk mengurangi perilaku berisiko tinggi (Catania, Kegeles, & Coates, 1990). Model yang diusulkan mengintegrasikan konsep penting dari perilaku kesehatan dan meneliti seksualitas manusia. Perbedaan spesifik diambil untuk mencapai tujuan dari tiap tahap dari model, dan menunjukkan faktor yang dihipotesiskan memengaruhi motivasi seseorang untuk melanjutkan proses perubahan dari waktu ke waktu. Temuan saat ini membahas tahap tiga model dan disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut. Mengubah perilaku berisiko tinggi adalah satu-satunya cara mencegah penularan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Mengembangkan program pencegahan yang tepat merupakan tantangan bagi para ilmuwan kesehatan masyarakat. Banyak orang akan terinfeksi HIV kecuali kita mengembangkan cara yang tepat dan pragmatis untuk memahami dan mengubah perilaku. Disajikan di sini model psikososial *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) yang berlaku untuk mempelajari upaya orang untuk menghindari tertular HIV melalui transmisi seksual. ARRM bertumpu pada premis menghindari infeksi HIV, seseorang yang berisiko tinggi harus menyadari bahwa perilaku seksualnya menempatkan mereka pada risiko infeksi HIV. Cukup memberikan *labeling* masalah perilaku seksual seseorang, tidak mungkin mengarah pada perubahan perilaku tanpa membuat komitmen yang kuat untuk mengubah kegiatan tersebut, proses komitmen perlu memutuskan untuk perubahan perilaku dan mempertimbangkan keuntungan dan kerugian. Terakhir, beberapa individu atau pasangan mungkin perlu melakukan banyak upaya untuk mendapatkan solusi melalui bantuan mandiri, dukungan sosial

informal, dan penolong profesional sebelum kesuksesan tercapai. Upaya ini mungkin melibatkan kebutuhan untuk menghindari hambatan keuangan, lingkungan, dan psikososial untuk mendapatkan, misalnya layanan profesional. Selain itu, solusi yang mungkin diperlukan yaitu melakukan negosiasi dengan mitra seksual seseorang, yang mungkin tidak memiliki tingkat komitmen yang sama untuk mengejar perubahan (Catania et al, 1990).



Gambar 2.1 Kerangka koseptual AIDS *Risk Reduction Model* (ARRM) menurut Catania (1990)

Gambar 2 berisi sejumlah faktor yang dihipotesiskan untuk mempengaruhi setiap tahap dari proses perubahan dan cara mengkonseptualisasikan hasil dari setiap tahap. Bukti empiris tidak dihasilkan dari masing-masing hubungan dalam ttahap satu

dan dua model. Pada hal ini, model yang diusulkan akan berdiri sebagai perangkat heuristik yang digunakan untuk memfasilitasi konseptual penelitian tentang perubahan perilaku individu, dan pengembangan intervensi serta evaluasi. Dengan demikian, artikel ini merupakan tanggapan teoritis terhadap berbagai anomali dalam literatur (yang akan dibahas) dan tidak memberikan tes empiris dari model yang diusulkan. Harapan kami adalah bahwa ini akan memunculkan penelitian-penelitian tentang proses perubahan perilaku berisiko tinggi

Meskipun tidak disebutkan di sini, ARRM juga dapat dimodifikasi bagi mereka yang saat ini mempraktikkan perilaku seksual berisiko rendah. Mereka harus tahu mana yang termasuk perilaku berisiko tinggi dan berusaha menghindari perilaku tersebut, sehingga dibutuhkan komitmen untuk hanya melakukan aktivitas berisiko rendah.

Tahapan Teori ARRM

Berdasarkan kerangka konsep dari teori ARRM oleh Catania (1990) model mengenai pemecahan masalah psikologis sosial, ada beberapa tahapan dari proses tersebut yaitu:

1. Tahap pertama adalah persepsi mengenai masalah, bagi individu yang secara obyektif menunjukkan perilaku berisiko tinggi, ada beberapa faktor yang diperkirakan mempengaruhi *labeling* perilaku seksual sebagai permasalahan yaitu:

- 1) Pengetahuan

Diperkirakan bahwa pengetahuan mengenai faktor resiko penularan HIV dapat menentukan secara akurat resiko individu dan untuk mengembangkan persepsi dari seseorang dalam kerentanan terinfeksi. Meskipun pengetahuan mengenai AIDS sangat diperlukan, tapi variabel ini mungkin tidak memprediksi dari proses perubahan perilaku. beberapa orang mungkin memiliki pengetahuan yang luas, menganggap perilaku seksual mereka bermasalah, dan bergerak melakukan perubahan, tetapi belum mencapai perubahan perilaku. Jelas, tingkat pengetahuan seseorang ini tidak akan memprediksi perilaku mereka saat ini, namun akan keliru jika menyimpulkan bahwa pengetahuan tidak mempengaruhi proses perubahan.

2) Kerentanan akan HIV dan AIDS

Susunan kerentanan yang dirasakan memegang posisi sentral dalam psikososial, jika mereka tidak menganggap diri mereka rentan terhadap infeksi HIV, maka seseorang ini tidak mungkin mengubah perilaku berisiko tinggi mereka. Studi sebelumnya memeriksa pentingnya kerentanan yang dirasakan terhadap proses perilaku *labeling* sebagai masalah kesehatan berhubungan dengan perilaku berisiko tinggi.

3) Ketakutan akan penyakit

Masalah yang terkait dengan distress memberikan tolok ukur yang diperlukan dimana orang menilai keparahan masalah mereka dan dibutuhkan mengambil keputusan untuk mengurangi hasil kesehatan yang buruk. Ada semakin banyak bukti yang menunjukkan pentingnya keadaan emosional yang tidak menyenangkan untuk mencapai pengurangan dalam perilaku berisiko tinggi

dan meningkatkan tindakan aman. Temuan yang kontras dapat mencerminkan kemungkinan terhadap komunitas gay, telah sukses mengarahkan ke proses perubahan.

4) Pengaruh dari kehidupan sosial

Jejaring sosial dan norma mungkin menjadi pemandu yang sangat kuat pelabelan mengenai masalah kesehatan. Jejaring sosial dapat berdampak pada pelabelan masalah dengan mempengaruhi tingkat pengetahuan kesehatan seseorang. Jejaring sosial dan norma juga dapat mempengaruhi pelabelan perilaku risiko melalui penolakan tinggi kegiatan risiko dan melakukan perilaku aman. Jaringan sosial, bagaimanapun juga menghambat pelabelan perilaku berisiko tinggi sebagai masalah yaitu, melalui sosial stigmatisasi. Ketakutan menjadi stigma karena mengakui perilaku menempatkan berisiko terinfeksi HIV. Demikian pula, orang yang meminta pasangan seks untuk menggunakan kondom mungkin juga tunduk pada konsekuensi negatif. Beberapa pasangan mungkin melihat permintaan ini sebagai indikasi kurangnya kepercayaan pada perilaku seksualnya di luar hubungan, dan menolak untuk bekerja sama dengan perubahan yang diinginkan.

2. Tahap kedua (membuat komitmen)

Tahap kedua merupakan melakukan komitmen, komitmen yang dimaksud adalah hal yang dipersiapkan individu untuk melakukan perilaku berisiko HIV dan AIDS, diantaranya:

a) *Cost and benefit* (pembayaran dan keuntungan)

b) *Enjoyment* (kenikmatan)

- c) *Knowledges of the health utility and enjoyabilty*(pengetahuan akan kesehatan)
- d) *Self efficacy* (niat individu)
- e) *Respon efficacy* (keyakinan tentang efektifitas mencegah perilaku berisiko)

3. Tahap ketiga (perubahan perilaku)

tahap ini dihipotesiskan terdiri dari tiga fase: pencarian informasi, memperoleh solusi, dan memberlakukan solusi. Selama fase pencarian informasi, individu dapat mulai mengumpulkan ide dan pendapat lain tentang cara mengubah perilaku seksual berisiko tinggi (perolehan informasi juga bisa pasif misalnya, dari televisi). Pendidikan kesehatan yang memberikan informasi spesifik tentang jenis bantuan terbaik dan bagaimana jenis bantuan tersebut dapat diperoleh akan memiliki dampak penting pada fase proses ini. Pada tahap kedua tahap ini, beberapa orang mungkin memutuskan untuk memilih membantu diri sendiri, sementara yang lain akan mencari bantuan dari teman atau profesional. Setelah memperoleh solusi dari salah satu upaya sebelumnya, orang tersebut harus mengesahkan solusi proses ini mungkin rumit oleh sifat sosial dari kebanyakan perilaku seksual. Artinya, upaya mengubah perilaku seksual seseorang juga akan melibatkan pasangan seks saat ini. Meskipun fase-fase ini dipisahkan untuk tujuan konseptual, hal ini diakui bahwa keduanya dapat terjadi secara bersamaan. Selain itu, beberapa individu mungkin melewati fase. Sebagai contoh, seseorang dapat bergerak langsung untuk memberlakukan solusi yang diberikan pasangan seksual yang tahu tentang seks yang aman dan memiliki kondom yang sudah ada.

Keaslian Penelitian

Peneliti menggunakan kata kunci dan alternative kata kunci “LSL, HIV, Perilaku berisiko” untuk melakukan tinjauan pustaka. Kata kunci tersebut digunakan untuk mencari tinjauan pustaka yang sesuai dengan topik penelitian *database google Cendekia* yang digunakan.

Tabel 2.1 Keaslian penelitian hubungan antara *Labeling* dengan *Taking Action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS berdasarkan ARRM

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1.	Faktor Risiko Kejadian HIV pada Komunitas LSL (Lelaki suka dengan lelaki) Mitra Yayasan Lentera Minangkabau Sumatera Barat (Firdaus et al., 2013) (Google Cendekia)	-D: Analitik dan case control -S: 24 Kasus, 24 kontrol -V: Variabel Dependen (LSL yang terinfeksi HIV dan kelompok LSL yang tidak terinfeksi), Variabel Independen (Perilaku seksual, dan penggunaan narkoba suntik). -I: Kuisisioner -A: Chi square	Faktor resiko kejadian HIV pada komunitas LSL adalah perilaku seksual ($p=0.009$, OR 5.898 dan CI 95% 1.609-20.479), sementara factor penggunaan narkoba suntik bukan factor resiko terjadinya HIV pada komunitas LSL ($p=1.000$, OR 1.571 dan CI 95% 0.238-10.365)
2.	Gambaran Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS pada Lelaki Suka Lelaki (LSL) di kota Kupang Tahun 2014 (Kana, 2016) (Google Cendekia)	-D: Deskriptif dengan pendekatan kualitatif -S: 5 Sampel -V: Variabel dependen (Perilaku pencegahan HIV dan AIDS pada LSL terkait niat, dukungan sosial, akses informasi, kebebasan pribadi dan tindakan) variable Independen (Hubungan dengan rendahnya perilaku pencegahan, kurangnya informasi, dan rendahnya penggunaan kondom)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap informan, norma subjektif, dan control perilaku mempengaruhi niat informan untuk melakukan pencegahan HIV dan AIDS. LSL mendapatkan dukungan sosial dari komunitas LSL dan KPA, dukungan

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
		-I: Wawancara -A: Content Analisis	berupa dukungan emosional dan informasi. Untuk mencegah HIV dan AIDS.
3.	Hubungan pengetahuan, Sikap, Motivasi dan Peran Petugas LSM terhadap Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS Pada Komunitas GWL Jambi (Haerana & Muslimah, 2015) (Google Cendekia)	-D: Cross Sectional -S: 83 Sampel -V: Variabel Independen (Hubungan pengetahuan, sikap, motivasi dan peran petugas LSM) Variabel Dependen (Perilaku pencegahan HIV dan AIDS) -I: Kuisisioner -A: Chi-Square	Hubungan pengetahuan (p=value=0,000), sikap (p=Value=0,015) dan motivasi (p=Value=0,005) dan peran petugas LSM (p=Value=0,003) dengan perilaku pencegahan HIV dan AIDS pada komunitas GWL kota Jambi tahun 2014
4.	Gambaran Perilaku Berisiko HIV AIDS Pada Pasangan Gay (Herlani, Riyanti, Widjanarko, Pendidikan, & Perilaku, 2016) (Google Cendekia)	-D: Kualitatif (Analisis deskriptif) -S: 8 Pasangan -V: Gambaran Perilaku Seksual Berisiko -I: Wawancara -A: Life History	Perilaku seksual berisiko tinggi yang dilakukan pasangan gay antara lain diindikasi oleh beberapa hal yaitu riwayat berhubungan dengan partner sebelumnya, tidak pernah menggunakan kondom, tingginya frekuensi melakukan hubungan dengan pasangan, merasa dirinya dan pasangan sehat, walaupun kesehatan mereka sebenarnya tidak sepenuhnya

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
			terjamin
5.	Analisis Faktor-Faktor Berhubungan Dengan Pemakaian Kondom Dan Pelicin Pada Lelaki dengan (LSL) Sebagai Upaya Pencegahan HIV (Chandra et al, 2018) (Google Cendekia)	-D: cross sectional -S: 96 Sampel -V: Variabel Independen (Pemakaian kondom dan Pelicin) Variabel Dependen (Pencegahan HIV) -I: Kuisisioner -A: Chi-Square	Responden yang menggunakan kondom dan pelicin secara konsisten dalam berhubungan seks sebulan terakhir lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak konsisten. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan kondom dan pelicin pada LSL diantaranya adalah persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, akses informasi dan riwayat infeksi menular seksual.
6.	Hubungan Perilaku (Pengetahuan dan sikap) Homoseksual yang berisiko tertular HIV/AIDS pada komunitas Galeri Sehati di Kota Kediri (Umami Febriani, 2016)(Google Cendekia)	-D: cross sectional -S: 75 Sampel -V: Variabel Independen (Sikap remaja tentang perilaku seks, Pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS) Variabel Dependen (Perilaku seksual remaja berisiko tertular HIV/AIDS) -I: Kuisisioner -A: Chi-Square	Tingkat pengetahuan memiliki nilai p-value 0,041 sehingga ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku seksual berisiko (p=0,023).

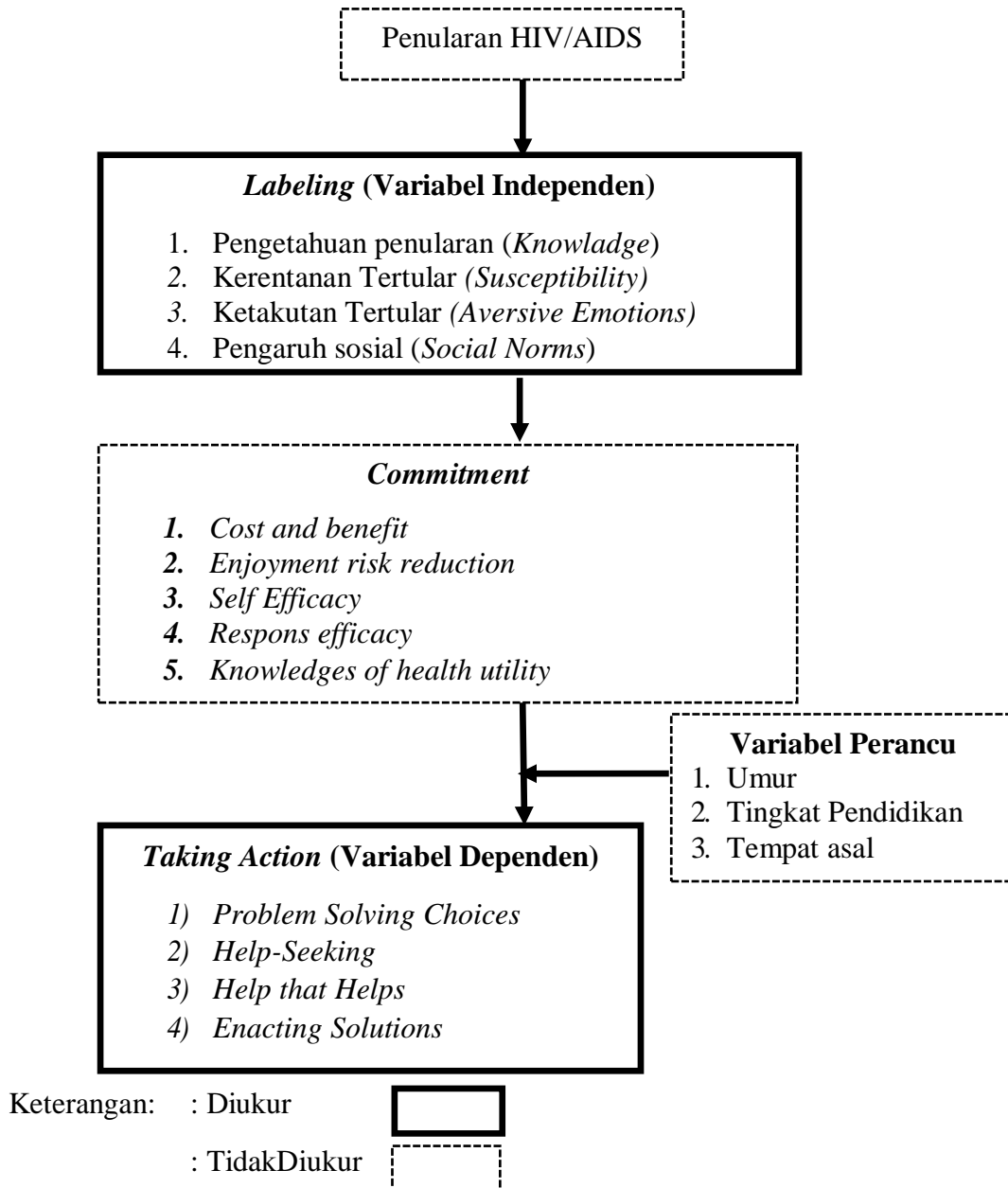
Peneliti menggunakan kata kunci dan alternative kata kunci “LSL dan HIV” untuk melakukan tinjauan pustaka. Kata kunci tersebut digunakan untuk mencari tinjauan pustaka yang sesuai dengan topik penelitian *database repository* yang digunakan.

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
7.	Dukungan Sosial Terkait Kepatuhan Pemakaian Kondom dan ARV pada LSL positif HIV dalam upaya 3 Zero (Studi Pada Kota dan Kelompok Pendamping Mahameru Surabaya)(Zelbi, 2017) (Repository Unair)	-D: Kualitatif (Analisis deskriptif) -S: 6 Pasangan -V: Jaringan sosial serta dukungan sosial pada LSL positif HIV -I: Wawancara	LSL positif HIV sebagai responden mendapatkan dukungan sosial dari jaringan sosial yang dimiliki. Jaringan sosial yang dimiliki responden meliputi keluarga dan komunitas yaitu Gaya Nusantara dan Kelompok pendamping Mahameru.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual menurut teori AIDS *risk reduction model* (ARRM)

Gambar 3.1 merupakan teori ARRM, ARRM adalah teori yang berguna untuk memaksimalkan dan mendukung perubahan perilaku berisiko serta mengidentifikasi perilaku berisiko HIV dan AIDS. Pada teori ini dapat 3 tahapan dalam perubahan perilaku yakni *taking action* dipengaruhi oleh 2 faktor antara lain *labeling* dan *commitment*. Pada penelitian ini peneliti akan membuktikan hubungan antara *labeling* dan *Taking Action* terhadap kelompok berisiko penularan HIV dan AIDS terhadap LSL di Kota Surabaya

Teori ARRM memiliki 3 tahap, pertama yaitu mengenali perilaku yang berisiko tinggi HIV dan AIDS, sedangkan pada tahap kedua seseorang yang membuat komitmen untuk mengurangi risiko tinggi penularan HIV dan AIDS, kemudian pada tahap akhir perilaku berisiko yang dilakukan individu. Masing-masing pada tahap tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik dari faktor internal maupun dari faktor eksternal. Beberapa faktor tersebut akan membentuk suatu perubahan perilaku yang berisiko penularan HIV dan AIDS. Berdasarkan penelitian Adanan (2017) bahwa pengetahuan, kerentanan dan norma sosial berbanding lurus dengan *Taking Action*. Fenomena yang ditemukan peneliti saat studi pendahuluan yaitu LSL memiliki *Labeling* yang rendah, sekaligus menunjukkan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Sehingga peneliti penting untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang hubungan antara *labeling* dengan *taking action* dengan pendekatan AIDS Risk Reduction Model.

Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian yang ditetapkan pada penelitian ini adalah:

H1 :Ada hubungan antara *labeling (knowledge)* dengan *taking action* perilaku berisiko penulran HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* di kota Surabaya.

H1 :Ada hubungan antara *labeling (susceptibility)* dengan *taking action* perilaku berisiko penulran HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* di kota Surabaya.

H1 :Ada hubungan antara *labeling (aversive emotions)* dengan *taking action* perilaku berisiko penulran HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* di kota Surabaya.

H1 :Ada hubungan antara *labeling (social influences)* dengan *taking action* perilaku berisiko penulran HIV/AIDS pada LSL berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* di kota Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan metode keilmuan (Nursalam, 2015). Dalam bab ini penulis akan membahas tentang : (1) rencana penelitian, (2) populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel (3) variabel penelitian dan definisi operasional (4) instrumen penelitian (5) lokasi dan waktu penelitian (6) prosedur pengumpulan data (7) kerangka operasional (8) analisa data dan (9) etik penelitian.

Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan pendekatan *cross sectional* berupa kuisisioner yang meliputi pengetahuan (*Knowledge*), Kerentanan (*Suceptibility*), ketakutan (*Aversive Emotions*), Pengaruh sosial (*Social Norms*), *Taking Action*, pendidikan, umur, pendidikan Asal, Spiritual dan penyuluhan yang diisi melalui kuisisioner *online* berupa *Google Form*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel independen (*Labeling*) dengan variabel dependen (*taking action*) yang diukur satu kali pada saat bersamaan.

Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah sekelompok LSL yang tergabung dalam salah satu komunitas di kota Surabaya, memiliki karakteristik yang sama dan

memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti dengan jumlah yang didapati selama penelitian sejumlah 36 orang.

Sampel

Sampel yang dipilih pada penelitian ini adalah LSL yang berperilaku melakukan hubungan anal berisiko.

Sampling

Penelitian ini menggunakan pengambilan sampel *nonprobability sampling* teknik *Convenience* dengan cara *snowball*. *Convenience sampling (accidental sampling)* merupakan penggunaan orang-orang yang paling mudah tersedia sebagai peserta. Penggunaan teknik *convenience* dikarenakan jumlah populasi tidak diketahui jumlahnya, *snowball* menggunakan cara pendekatan, sampel awal diminta untuk mempengaruhi orang lain yang memenuhi kriteria. Metode ini sering digunakan ketika populasi terdiri dari orang-orang yang memiliki ciri-ciri khusus yang susah diidentifikasi dengan cara biasa (Profetto, Polit, & Beck, 2010).

Variabel Penelitian

Variabel merupakan suatu bentuk perilaku atau karakteristik yang dapat member nilai yang berbeda terhadap suatu benda, manusia dan lain-lain (Nursalam, 2015).

Variabel Independen (Bebas)

Variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada

variabel dependen. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain. Dalam ilmu keperawatan, variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien untuk memengaruhi tingkah laku klien (Nursalam, 2015)

Variabel Indepen merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya yang menentukan variabel lainnya, dalam penelitian ini variabel independennya yaitu *Labeling* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL meliputi pengetahuan, kerentanan akan HIV/AIDS, Ketakutan akan penyakit HIV/AIDS, pengaruh dari kehidupan sosial.

Variabel Dependen (Terikat)

Variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain. Dalam ilmu perilaku, variabel terkait adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenai stimulus. Dengan kata lain, variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini mempunyai variabel dependen yaitu *Taking action* pada LSL.

Variabel Perancu

Variabel perancu merupakan variabel yang berhubungan dengan variabel dependen dan independen, tetapi bukan variabel antara. Variabel ini meliputi umur, tingkat pendidikan, dan tempat asal.

Definisi Operasional

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

Tabel 4.1 Definisi operasional hubungan antara *Labeling* dengan *Taking Action* perilaku berisiko penularan HIV dan AIDS pada LSL pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* di kota

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Pengukuran	Skor
Variabel Independen: Faktor Perilaku	Pemahaman mengenai penyakit HIV dan AIDS gejala, penularan dan pencegahan penularannya oleh responden	Pengetahuan responden tentang: 1. Pengertian HIV/AIDS 2. Gejala HIV/AIDS 3. Penularan HIV/AIDS 4. Pencegahan penularan HIV/AIDS	Kuisisioner Variabel pengetahuan (<i>Knowledge</i>) yang diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017)	Ordinal	Jawaban : Positif Benar : 1 Salah : 0 Negatif Benar :0 Salah : 1 Kategori 1. Baik : 76– 100% 2. Cukup:56-75% 3. Kurang:<55%

2. Kerentanan	Persepsi diri para LSL bahwa dirinya rentan terhadap penularan HIV/AIDS berdasarkan kebiasaan seksualnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerentanan melakukan seks berisiko 2. Kerentanan seks tanpa menggunakan kondom 3. Kerentanan terinfeksi HIV/AIDS 	Kuisisioner variabel kerentanan (<i>Susceptibility</i>) yang diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017)	Ordinal	Pertanyaan Positif SS :3 S :2 TS :1 STS: 0 Negatif SS : 0 S :1 TS :2 STS:3 Kategori 1. Baik : 76– 100% 2. Cukup:56-75% 3. Kurang:≤55%
3. Ketakutan akan Penyakit	Perasaan yang dirasakan para LSL akan dirinya terhadap penularan HIV/AIDS berdasarkan seksualnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasa takut/khawatir terinfeksi HIV/AIDS membuatnya kehilangan pekerjaan. 2. Rasa takut/khawatir terinfeksi HIV/AIDS akan merusak kebahagiaannya 3. Rasa takut/khawatir terinfeksi HIV/AIDS membuatnya sakit parah dan meninggal dengan cepat 	Kuisisioner variabel kekhawatiran (<i>Aversive Emotions</i>) yang diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017)	Ordinal	Pertanyaan Positif SS :3 S :2 TS :1 STS: 0 Negatif SS : 0 S :1 TS :2 STS:3 Kategori 1. Baik : 76– 100% 2. Cukup:56-75% 3. Kurang:≤55%

4. Norma Sosial	dan Norma norma yang berlaku diantara lingkungan sosial para LSL tentang perilaku berisiko HIV/AIDS	1. Norma berhubungan berisiko 2. Norma berhubungan kondom 3. Norma sosial HIV	sosial seks sosial tanpa tertular	Kuisisioner variabel pengaruh kehidupan sosial (<i>Social Influence</i>) yang diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017)	Ordinal	Jawaban : Positif Benar : 1 Salah : 0 Negatif Benar : 0 Salah : 1 Kategori 1. Baik : 76– 100% 2. Cukup:56-75% 3. Kurang:≤55%
Variabel dependen <i>Taking Action</i>	Mencari dan menjalankan solusi pada LSL yang melakukan perilaku berisiko tinggi terpapar virus HIV dan AIDS	1. Penggunaan kondom saat berhubungan seks 2. Menghindari perilaku berisiko 3. Mencari informasi 4. Pendidikan kesehatan 5. Pemeriksaan VCT 6. Konsultasi mengenai kesehatan		Kuisisioner variabel <i>Taking Action</i> yang diadopsi dari penelitian (Pujo, 2015)	Ordinal	Penilaian: Positif SS :4 S :3 TS :2 STS: 1 Negatif SS : 1 S :2 TS :3 STS:4 Penilaian kategori: Baik (1) apabila skor = $T \geq \text{mean}(50,0)$,sedangkan kategori kurang (2) apabila skor = $T < \text{mean}(50,0)$ (Azwar, 2010).

Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Mayang, 2018). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. Data demografi yang mencakup umur, pendidikan terakhir, Daerah asal, kebiasaan spiritual dan pengalaman mendapat informasi tentang HIV/AIDS.
2. Variabel Pengetahuan (*Knowledge*) pertanyaan berjumlah 10 pernyataan, pernyataan positif untuk nomer (3,4,6,9,10) dan bernilai negative (1,2,5,7,dan 8), pernyataan bernilai positif skor jawaban (Ya= 1 dan Tidak= 0), sedangkan pernyataan bernilai negatif jawaban (Tidak= 0 dan Ya= 1.), Kuisisioner ini diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017).

Tabel 4.2 *Blue Print* Variabel independen Pengetahuan

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
1.	Definisi HIV/AIDS	1	Skala <i>Guttman</i> Positif Benar 1 Salah 0 Negatif Benar :0 Salah 1	1
2.	Gejala HIV/AIDS	2	Skala <i>Guttman</i> Positif Benar 1 Salah 0 Negatif Benar :0 Salah : 1	1

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
3.	Penularan HIV/AIDS	3,4,5,6,7,8,9,1 0	Skala <i>Guttman</i> Positif Benar : 1 Salah : 0 Negatif Benar : 0 Salah : 1	8
Jumlah			10	

3. Variabel kerentanan (*Suspeability*) terdiri dari 5 pernyataan, pernyataan positif nomor (1, 2, dan 4) dan kerentanan negatif nomor (3 dan 5). Nilai positif skornya SS=4, S=3, TS=2, STS=1, dan pernyataan negatif skornya SS=1, S=2, TS=3, dan STS=4, Kuisisioner ini diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017).

Tabel 4.3 *Blue print* variabel independen Kerentanan

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
1.	Melakukan seks berisiko	2, 5	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S : 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS : 1 S : 2 TS :3 STS:4	2
2.	Melakukan seks tanpa kondom	4	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S : 3 TS :2 STS: 1 Negatif	1

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
			SS : 1 S :2 TS :3 STS:4	
3.	Kerentanan terinfeksi HIV /AIDS	1,3	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S :3 TS :2 STS: 1 Negatif SS :1 S :2 TS :3 STS:4	2
Jumlah				5

4. Variabel Ketakutan/kekhawatiran (*Aversive Emotions*) terdiri dari 5 pernyataan, pernyataan positif nomor (1, 2 dan 4) dan pernyataan negatif nomor (3 dan 5). Untuk skor yang positif SS=4, S=3, TS=2, STS=1 dan skor yang negatif SS=1, S=2, TS=3, STS=4, Kuisioner ini diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017).

Tabel 4.4 *Blue Print* Variabel independen Ketakutan

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
1.	Kekhawatiran terinfeksi	1, 3	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S :3 TS :2 STS: 1 Negatif SS :1 S :2 TS :3 STS:4	2
2.	Kekhawatiran jika terinfeksi kehilangan	2	Skala <i>Likert</i> Positif	1

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
	pekerjaan		SS :4 S :3 TS :2 STS: 1 Negatif SS : 1 S :2 TS :3 STS:4	
3.	Kekhawatiran jika terinfeksi kehilangan kebahagiaan	4	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	1
4.	Kekhawatiran jika terinfeksi akan meninggal dengan cepat	5	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	1
Jumlah				5

5. Variabel Pengaruh dari kehidupan sosial (*Social Influences*) terdiri dari 5 pertanyaan. Pertanyaan yang berbobot positif nomor 3 dan yang berbobot negatif nomor (1,2,4,dan 5). Untuk skoring yang berbobot positif ($Y_a = 1$ dan

Tidak= 0), sedangkan pernyataan bernilai negatif jawaban (Tidak= 0 dan Ya= 1.), Kuisisioner ini diadopsi dari penelitian (Adanan, 2017).

Tabel 4.5 *Blue print* variabel independen pengaruh dari kehidupan sosial

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
1.	Norma sosial berhubungan berisiko	1,3	Skala <i>Guttman</i> Positif Benar 1 Salah 0 Negatif Benar :0 Salah 1	2
2.	Norma sosial berhubungan seks tanpa kondom	2	Skala <i>Guttman</i> Positif Benar 1 Salah 0 Negatif Benar :0 Salah 1	1
3.	Norma sosial tertular HIV/AIDS	4,5	Skala <i>Guttman</i> Positif Benar 1 Salah 0 Negatif Benar :0 Salah 1	2
Jumlah				5

6. Variabel *Taking Action*

Berisi atas 8 pertanyaan tertutup yang jawabannya sudah di siapkan oleh peneliti. Kuisisioner 1-8 diisi sendiri oleh responden dengan kriteria jika jawabannya positif STS diberi nilai 1, TS diberi nilai 2, S diberi nilai 3, dan SS diberi nilai 4. Sedangkan untuk pernyataan negatif STS diberi nilai 4, TS diberi

nilai 3, S diberi nilai 2, dan SS diberi nilai 1, Kuisisioner ini di adopsi dari penelitian (Pujo, 2015).

Tabel 4.6 *Blue print* variabel dependen *Taking action*

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
1.	Penggunaan kondom saat berhubungan seks	1	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	1
2.	Menghindari perilaku berisiko	2,3,4	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	3
3.	Mencari informasi	5	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	1
4.	Pendidikan kesehatan	6	Skala <i>Likert</i> Positif	1

No	Parameter	Pertanyaan Nomor	Skor	Jumlah
			SS :4 S :3 TS :2 STS: 1 Negatif SS : 1 S :2 TS :3 STS:4	
5.	Pemeriksaan VCT	7	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	1
6.	Konsultasi mengenai kesehatan	8	Skala <i>Likert</i> Positif SS :4 S 3 TS :2 STS: 1 Negatif SS 1 S 2 TS :3 STS:4	1
Jumlah				8

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di tempat kumpul komunitas LSL pada bulan Mei sampai Juni 2018.

Uji validitas dan Reliabilitas

Sebelum kuisisioner digunakan di lapangan maka diadakan uji coba kuisisioner. Uji coba kuisisioner ini untuk mencegah terjadinya sistemik. Kesalahan ini harus dihindari, karena akan merusak validitas dan kualitas penelitian. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada LSL di luar komunitas yang akan dilakukan penelitian yang berjumlah 15 orang responden pada tanggal 4 Juni 2018.

Uji Validitas

Validitas merupakan pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan dan kesahihan pada alat ukur yang digunakan dalam penelitian (instrumen). Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2015). Pentingnya uji validitas yaitu untuk mengetahui ada tidaknya pertanyaan dalam kuisisioner yang harus diganti karena dianggap kurang relevan.

1. Uji validitas item pertanyaan mengenai *labeling (knowledges)*

Tabel 4.7 Hasil Uji Validitas *labeling (knowledges)*

Item Pertanyaan	r hitung	r table 5% (15)	Keterangan
1	0,723	0,514	Valid
2	0,783	0,514	Valid
3	0,730	0,514	Valid
4	0,718	0,514	Valid
5	0,835	0,514	Valid
6	0,694	0,514	Valid
7	0,818	0,514	Valid
8	0,691	0,514	Valid
9	0,768	0,514	Valid
10	0,726	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.7 hasil uji validitas pada kuisisioner tentang *labeling*

(*knowledges*) ada 10 item pertanyaan, dan hasil pertanyaan item

1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 hasilnya semua valid, sehingga kuisisioner dapat digunakan untuk mengukur variabel *labeling (knowledges)*.

2. Uji Validitas *labeling (Susceptibility)*

Tabel 4.8 Hasil uji validitas *labeling (Susceptibility)*

Item pertanyaan	r hitung	r table 5% (15)	Keterangan
1	0,703	0,514	Valid
2	0,742	0,514	Valid
3	0,513	0,514	Valid
4	0,530	0,514	Valid
5	0,525	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.8 hasil uji validitas pada kuisisioner tentang *labeling (Susceptibility)* ada 5 item pertanyaan, dan hasil pertanyaan item 1,2,3,4,5 hasilnya semua valid, sehingga kuisisioner dapat digunakan untuk mengukur variabel *labeling (knowledges)*.

3. Uji Validitas *labeling (Aversive emotions)*

Table 4.9 Hasil Uji validitas *labeling (Aversive emotions)*

Item pertanyaan	r hitung	r table 5% (15)	Keterangan
1	0,578	0,514	Valid
2	0,678	0,514	Valid
3	0,723	0,514	Valid
4	0,614	0,514	Valid
5	0,753	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.9 hasil uji validitas pada kuisisioner tentang *labeling (Aversive emotions)* ada 5 item pertanyaan, dan hasil pertanyaan item 1,2,3,4,5 hasilnya semua valid, sehingga kuisisioner dapat digunakan untuk mengukur variabel *labeling (knowledges)*.

4. Uji Validitas *labeling (social norms)*Table 4.10 Hasil uji validitas *labeling (social norms)*

Item Pertanyaan	r hitung	r table 5% (15)	Keterangan
1	0,884	0,514	Valid
2	0,615	0,514	Valid
3	0,578	0,514	Valid
4	0,757	0,514	Valid
5	0,742	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.10 hasil uji validitas pada kuisioner tentang *labeling (social norms)* ada 5 item pertanyaan, dan hasil pertanyaan item 1,2,3,4,5 hasilnya semua valid, sehingga kuisioner dapat digunakan untuk mengukur variabel *labeling (social norms)*.

5. Uji Validitas *Taking Action*Tabel 4.11 Hasil Uji Validitas *Taking Action*

Item Pertanyaan	r hitung	r table 5% (15)	Keterangan
1	0,890	0,514	Valid
2	0,704	0,514	Valid
3	0,899	0,514	Valid
4	0,771	0,514	Valid
5	0,847	0,514	Valid
6	0,874	0,514	Valid
7	0,869	0,514	Valid
8	0,917	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.11 hasil uji validitas pada kuisioner tentang *Taking Action* ada 8 item pertanyaan, dan hasil pertanyaan item 1,2,3,4,5,6,7,8 hasilnya semua valid, sehingga kuisioner dapat digunakan untuk mengukur variabel *Taking Action*.

Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen (kuisioner) dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak responden yang sama akan

menghasilkan data yang konsisten. Reliabilitas instrumen adalah hasil pengukuran yang dapat dipercaya. Reliabilitas instrumen diperlukan untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan pengukuran, untuk dapat mencapai hal tersebut maka dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala *cronbach* 0 sampai 1.

Ukuran kemantapan *alpha cronbach* dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

1. Nilai *alpha cronbach* 0,00 sampai dengan 0,20 berarti kurang reliabel
2. Nilai *alpha cronbach* 0,21 sampai dengan 0,40 berarti agak reliabel
3. Nilai *alpha cronbach* 0,41 sampai dengan 0,60 berarti cukup reliabel
4. Nilai *alpha cronbach* 0,61 sampai dengan 0,80 berarti reliabel
5. Nilai *alpha cronbach* 0,81 sampai dengan 1,00 berarti sangat reliabel

Tabel 4.12 Hasil Uji Reliabilitas instrumen (kuisisioner) Variabel *labeling* dengan *Taking action*

variabel	Alpha Cronbach	Keterangan
<i>Knowledges</i>	0,920	Sangat reliabel
<i>Susceptibility</i>	0,604	Reliabel
<i>Aversive emotions</i>	0,801	Sangat reliabel
<i>Social Norms</i>	0,763	Reliabel
<i>Taking Action</i>	0,936	Sangat reliabel

Prosedur Pengambilan dan pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan penelitian dengan jenis *Cross Sectional* yang dilakukan pada satu waktu dan satu kali untuk mencari hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, instrumen yang digunakan menggunakan media online berupa *Google form* yang di buat oleh peneliti sebagai media kuisisioner *Online*. Sebelum pada tahap pertanyaan, diawali dengan *inform consent* lalu ketahap

bagian pertanyaan. Kuisisioner ini ditujukan pada LSL yang pernah berhubungan seksual anal tanpa kondom maka di kuisisioner di cantumkan opsi pernah/tidak pernah melakukan hubungan anal menggunakan kondom, jika tidak pernah melakukan hubungan seksual anal tanpa kondom maka kuisisioner akan menuju ke tahap selesai.

Dalam proses penelitian, dengan menggunakan teknik *sampling snowball*, peneliti mencari 2 enumerator dari anggota komunitas LSL yang terkait dengan penelitian, lalu di beri arahan mengenai isi dan alur dari penelitian. Selanjutnya enumerator dengan peneliti melakukan negosiasi berapa jumlah target responden yang dapat dikumpulkan dan memberikan batas waktu pengumpulan data. Enumerator akan di berikan *reward* sesuai kesepakatan di awal dan apabila memenuhi target akan diberikan bonus. Untuk mensiasati agar tidak terjadi *double* responden maka di dalam form akan disuruh untuk mengisi nomer telepon, sehingga ketika nanti akan terdeteksi jika ada responden yang sama dan hal tersebut juga membantu untuk memberikan hadiah kepada responden berupa pulsa pengganti sebagai ganti dari waktu dan kuota.

Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti dalam mengungkapkan fenomena (Nursalam, 2013). Analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentase setiap variabel (Notoadmodjo S, 2010). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel independen (*labeling*) dengan variabel dependen (*taking action*).

Data demografi meliputi umur, pendidikan terakhir, daerah asal, kebiasaan beribadah, dan pengalaman mendapatkan informasi HIV dan AIDS merupakan data univariat yang selanjutnya dilakukan analisis deskriptif berdasarkan prosentase responden disajikan dalam bentuk table / diagram distribusi frekuensi.

Data khusus penelitian tentang pengetahuan (*knowledge*) dan norma sosial (*social norms*) memiliki 2 alternatif jawaban yaitu 'Ya' dan 'Tidak'. Data khusus penelitian tentang kerentanan (*susceptibility*), ketakutan/kekhawatiran (*aversive emotions*) dan mengambil keputusan (*taking action*) memiliki 4 alternatif jawaban yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), sangat tidak setuju (STS). Selanjutnya dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi yang dikonfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi, analisis statistik yang diolah menggunakan SPSS 21 *for windows*. Aspek data tersebut dinilai dan dikategorikan menggunakan panduan Sugiono (2005) :

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

Keterangan:

P : Prosentase

f : Jumlah jawaban yang benar

N : Jumlah skor maksimal, jika dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian diinterpretasikan dengan kategori:

Baik : 76% - 100%

Cukup : 56% - 75 %

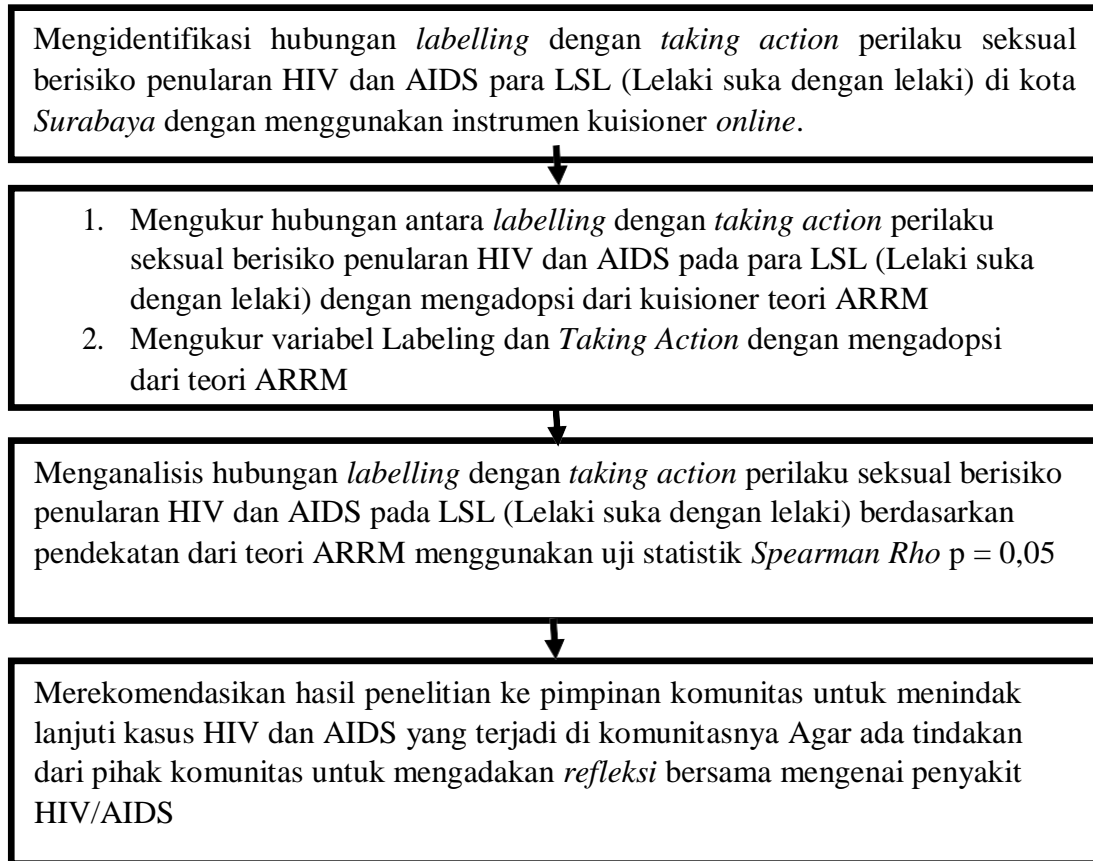
Kurang : ≤ 55 %

Uji statistik “*Spearman Rho*” digunakan untuk menjelaskan bagaimana hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi $p \leq 0,05$. Berdasarkan uji korelasi *Spearman Rho* ditentukan harga koefisien korelasinya, kemudian dihubungkan signifikansi antara kedua variabel yang ditentukan dengan membandingkan harga *rho* dengan tabel harga kritis *rho*. Hasil perhitungan tersebut akan ditentukan apakah hipotesis diterima atau ditolak. Adapun tabel interpretasi nilai *rho* sebagai berikut:

Tabel 4.13 Tabel intepretasi nilai *rho* (r) (Arikunto, 2009)

Besarnya nilai <i>rho</i> (r)	Interpretasi
0,800 – 1,000	Tinggi (sangat kuat)
0,600 – 0,799	Cukup (kuat)
0,400 – 0,599	Agak rendah (cukup kuat)
0,200 – 0,399	Rendah (lemah)
0,000 – 0,199	Sangat rendah (sangat lemah/tidak berkorelasi)

Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Bagan kerangka kerja hubungan antara Labeling dengan *Taking Action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS berdasarkan pendekatan ARR

Etik Penelitian

Sebelum berlangsungnya penelitian, Peneliti sudah melakukan uji etik di Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan (KEPK). Dengan nomer sertifikat KEPK (Nomor: 1013-KEPK) pada tanggal 16 Juli 2018, peneliti melakukan penekanan masalah etika sebagai berikut :

1. Lembar Persetujuan (*Inform Consent*)

Lembar persetujuan diberikan ke responden. Peneliti selanjutnya memberikan penjelasan mengenai hal-hal dalam penelitian dan tujuan penelitian yang

dilakukan serta memberikan hak responden untuk menolak jika tidak diinginkan.

2. Kerahasiaan identitas (*anonymity*)

Menjaga privasi responden berupa tidak mencantumkan nama responden namun hanya mencantumkan kode tertentu untuk setiap responden.

3. Kerahasiaan Responden (*Confidentially*)

Informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin oleh peneliti kerahasiaannya. Data yang dikumpulkan serta hasil penelitian hanya akan diserahkan atau dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian.

4. Pengunduran diri

Jika responden memutuskan untuk tidak melanjutkan dalam serangkaian penelitian, maka sebagai peneliti menerima kebijakan responden.

Keterbatasan penelitian

1. Penelitian menggunakan kuisioner berupa *online*, hal tersebut membuat peneliti tidak bertatap muka dengan responden yang mana jika responden kurang memahami pertanyaan maka peneliti tidak bisa menjelaskan langsung.
2. Peneliti melakukan penelitian dengan menggunakan *google form*, yang mana dengan menggunakan media *online* peneliti tidak dapat menggali lebih perilaku dari responden.
3. Peneliti melakukan penelitian dibantu oleh enumerator yang berasal dari pihak komunitas, keterbatasannya adalah peneliti bergantung dari kinerja enumerator.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti. Data diperoleh dari LSL (Lelaki suka dengan lelaki) di salah satu komunitas Kota Surabaya. Penyajian dimulai dari data demografi, variabel Labeling dan variabel Taking Action perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya. Data disajikan berdasarkan pengujian hipotesis mengenai hubungan antar variabel yang diukur. Data yang terkumpul dilakukan uji statistik Spearman Rho $p = 0,05$.

Hasil Penelitian

Gambaran umum lokasi penelitian

Peneliti melakukan penelitian di salah satu komunitas LSL di kota Surabaya, Komunitas tersebut berdiri sudah sejak tahun 1987 an dan pelopor dari berdirinya komunitas Gay di kota Surabaya, ada tempat kumpul yang biasa dilakukan oleh anggotanya yang biasa di sebut dengan *Hotspot*. Pendiri dari komunitas ini ada beberapa orang yang mana selama proses berdirinya komunitas ini terjadi pasang surut di tengah masyarakat karena kebanyakan masyarakat menganggap banyak hal melalui pandangan norma agama dan sosial. Komunitas ini tidak hanya beranggotakan para homoseksual saja tetapi heteroseksual juga, tidak ada kartu anggota (KTA) bagi anggota komunitas ini karena sifat dari komunitas ini adalah sukarela maka dari itu jumlah pasti dari anggota yang aktif dan tidak aktif tidak diketahui belum lagi anggota dari komunitas ini tidak hanya dari para LSL saja. Beberapa tugas dari komunitas ini adalah bekerjasama dengan LSM (Lembaga

Swadaya Masyarakat) yang mana LSM tersebut bergerak dalam pendampingan para ODHA (Orang Dengan HIV dan AIDS) dan juga para anggota komunitas pasca dilakukan VCT dinyatakan positif HIV dapat langsung dilakukan pendampingan oleh LSM tersebut, komunitas ini juga aktif dengan jaringan organisasi layanan AIDS Internasional. Dalam penelitian ini respondennya adalah para LSL (Lelaki suka dengan lelaki) yang menjadi anggota komunitas.

Data umum responden

Distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi di komunitas LSL kota Surabaya tanggal 22 Juni – 11 Juli 2018.

Variabel	Frekuensi	%
Umur		
1. 20 – 30	12	33.3
2. 31 – 40	15	41.7
3. 41 – 50	8	22.2
4. 51 - 60	1	2.8
Total	36	100
Riwayat Pendidikan		
1. Tidak Sekolah	-	-
2. SD	-	-
3. SMP	1	2.8
4. SMA/SMEA/SMK/STM	29	80.6
5. Perguruan Tinggi	6	16.7
Total	36	100
Asal		
1. Surabaya	22	61.1
2. Luar Surabaya	14	38.9
Total	36	100
Frekuensi Ibadah		
1. Sering	9	25
2. Jarang	27	75
Total	36	100

Variabel	Frekuensi	%
Pernah mendapat informasi tentang HIV/AIDS		
1. Pernah	36	100
2. Tidak Pernah	-	-
Total	36	100
Asal informasi		
1. Petugas Kesehatan	12	33.3
2. Komunitas	14	38.9
3. Internet/Sosmed	4	11.1
4. Sekolah	2	5.6
5. Media Massa	4	11.1
Total	36	100

Karakteristik demografi responden LSL (Lelaki suka dengan lelaki) terlihat di Tabel 5.1 bahwa sejumlah 15 orang (41.7%) responden berusia rentan dari 31-40 tahun, Lebih dari separuh responden memiliki riwayat pendidikan setingkat SMA sebanyak 29 orang (80.6%), Mayoritas dari responden berasal dari Surabaya sebanyak 22 orang (61.1%), dalam hal kebiasaan dalam beribadah mayoritas jarang melakukan sebanyak 27 orang (75%), dalam hal mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS responden semua pernah mendapatkan informasi (100%), dan asal informasi mengenai HIV/AIDS mayoritas berasal dari komunitas sebesar 14 responden (38.9%).

Data khusus responden

Distribusi data khusus responden disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.2 Distribusi data khusus responden di komunitas LSL kota Surabaya tanggal 22 Juni – 11 Juli 2018

Variabel Pengetahuan	Frekuensi	%
Kurang	17	47.2
Cukup	7	19.4
Baik	12	33.3
Total	36	100

	Frekuensi	%
Variabel Kerentanan		
Kurang	9	25
Cukup	22	61.1
Baik	5	13.9
Total	36	100
Variabel Ketakutan		
Kurang	1	2.8
Cukup	22	61.1
Baik	13	36.1
Total	36	100
Variabel Pengaruh Sosial		
Kurang	15	41.7
Cukup	13	36.1
Baik	8	22.2
Total	36	100
Variabel Taking Action		
Kurang	11	30.6
Baik	25	69.4
Total	36	100

1. Identifikasi hubungan antara *labeling (Knowledge)* dengan *taking action* perilaku bersiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.3 Hasil tabulasi silang *labeling (knowledge)* dengan *taking action* perilaku bersiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya tanggal 22 Juni – 11 Juli 2018.

		<i>Taking Action</i>				Total	
		Kurang		Baik			
		f	%	f	%	f	%
Pengetahuan (<i>Knowledge</i>)	Kurang	9	25	8	22.2	17	47.2
	Cukup	1	2.8	6	16.7	7	19.4
	Baik	1	2.8	11	30.6	12	33.3
Total		11	30.6	25	69.4	36	100
Hasil uji <i>spearman rank rho</i>				p = 0,006			
<i>Correlation coefficient</i>				r = 0,447			

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa kebanyakan dari responden dengan tingkat pengetahuan baik memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik (30.6%). Sedangkan bagi responden yang pengetahuannya kurang maka dalam pengambilan keputusan juga kurang sebanyak (25%). Analisis uji *spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0,006$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Hasil perhitungan koefisien korelasi didapatkan nilai hubungan $r = 0,447$ yang berarti memiliki hubungan cukup kuat dengan arah positif yang artinya semakin baik pengetahuan LSL maka semakin baik pula pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS di kalangan LSL kota Surabaya.

2. Identifikasi hubungan antara *labeling (susceptibility)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.4 Hasil tabulasi silang *labeling (susceptibility)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya tanggal 22 Juni – 11 Juli 2018.

		<i>Taking Action</i>				Total	
		Kurang		Baik		f	%
		f	%	f	%		
		Kerentanan (<i>Susceptibility</i>)	Kurang	6	16.7	3	8.3
Cukup	4		11.1	18	50	22	61.1
Baik	1		2.8	4	11.1	4	13.9
Total		11	30.6	25	69.4	36	100
Hasil uji <i>spearman rank rho</i>				$p = 0.021$			
<i>Correlation coefficient</i>				$r = 0.384$			

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa separuh responden dengan tingkat kerentanan cukup memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam

kategori baik (50%). Sedangkan responden yang tingkat kerentanannya kurang memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori kurang (16.7%). Analisis uji *Spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0.021$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kerentanan LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Hasil perhitungan koefisien korelasi didapatkan nilai hubungan $r = 0,384$ yang berarti memiliki hubungan lemah dengan arah positif yang artinya semakin baik persepsi kerentanan LSL maka semakin baik pula pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS di kalangan LSL kota Surabaya.

3. Identifikasi hubungan antara *labeling (Aversive emotion)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.5 Hasil tabulasi silang faktor *labeling (aversive emotion)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya tanggal 22 Juni – 11 Juli 2018.

		<i>Taking Action</i>				Total	
		Kurang		Baik			
		f	%	f	%	f	%
Ketakutan (<i>Aversive Emotions</i>)	Kurang	1	2.8	0	0	1	2.8
	Cukup	7	19.4	15	41.7	22	61.1
	Baik	3	8.3	10	27.8	13	36.1
Total		11	30.6	25	69.4	36	100
Hasil uji <i>spearman rank rho</i>				$p = 0.320$			
<i>Correlation coefficient</i>				$r = 0.170$			

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden dengan tingkat ketakutan cukup memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik (41.7%). Sedangkan responden dengan tingkat ketakutan yang kurang memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori

kurang (2.8%). Analisis uji *Spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0.320$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara Ketakutan LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS.

4. Identifikasi hubungan antara *labeling (Social norms)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.6 Hasil tabulasi silang faktor *labeling (Social norms)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya tanggal 22 Juni – 11 Juli 2018.

		<i>Taking Action</i>				Total	
		Kurang		Baik			
		f	%	f	%	f	%
Kehidupan Sosial (<i>Social Influences</i>)	Kurang	9	25	6	16.7	15	41.7
	Cukup	0	0	13	36.1	13	36.1
	Baik	2	5.6	6	16.7	8	22.2
Total		11	30.6	25	69.4	36	100
Hasil uji <i>spearman rank rho</i>				$p = 0.012$			
<i>Correlation coefficient</i>				$r = 0.414$			

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden dengan norma sosial cukup memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik (36.1%). Sedangkan sebagian kecil responden dengan norma sosial kurang memiliki pengambilan tindakan berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori kurang (25%). Analisis uji *Spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0.012$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara norma sosial LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Hasil perhitungan koefisien korelasi didapatkan nilai hubungan $r = 0,414$ yang berarti memiliki hubungan cukup kuat dengan arah positif yang artinya semakin baik norma sosial LSL maka semakin baik

pula pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS di kalangan LSL kota Surabaya.

Pembahasan

Analisis hubungan antara *labeling (Knowledge)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV dan AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa analisis uji *spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0,006$ yang artinya ada hubungan antara pengetahuan LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Hasil perhitungan koefisien korelasi didapatkan nilai hubungan $r = 0,447$ yang berarti memiliki hubungan cukup kuat dengan arah positif. Responden dengan tingkat pengetahuan baik memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik sebanyak 11 orang (30.6%). Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang menunjukkan pengambilan keputusan juga kurang sebanyak 9 orang (25%).

Perilaku seseorang sangat kompleks, dan mempunyai bentangan luas. Bloom (1908) membedakan perilaku dalam tiga domain perilaku, yaitu kognitif (*cognitif*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil pengetahuan seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya) (Notoadmodjo, 2014). Pengetahuan adalah suatu proses seseorang yang dari sekedar tahu, kemudian memahami dari apa yang diadapatkannya dan menerjemahkannya dan menurut kemampuan individu. Proses tersebut selanjutnya dijabarkan dan dihubungkan secara garis besar untuk mendapatkan manfaat bagi dirinya maupun lingkungannya dari suatu perilaku. Proses penginderaan akan menghasilkan

pengetahuan yang sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh dari indra pendengaran dan indra penglihatan.

Peneliti berpendapat informasi dasar berhubungan dengan Pengetahuan LSL mengenai perilaku pencegahan HIV/AIDS yang dibuktikan dengan mayoritas responden pada data pengisian kuisioner menyatakan pernah mendapatkan informasi terkait penyakit HIV/AIDS dari komunitasnya (38.9%). Setiap tindakan perilaku seksual responden terbentuk dari sikap yang didasari oleh pengetahuan. Sikap tersebutlah yang mendasari pengambilan keputusan untuk bersikap protektif atau tidak terhadap HIV/AIDS dengan cara penggunaan kondom atau tidak dan sikap untuk berganti-ganti pasangan atau tidak, sehingga didapatkan hasil pengambilan keputusan pencegahan penularan HIV AIDS sesuai dengan tingkat pengetahuannya. Hal ini juga dibuktikan dengan mayoritas responden riwayat pendidikannya adalah SMA. Pada bangku sekolah setingkat SMA sudah dikenalkan dengan pengetahuan mengenai penyakit HIV/AIDS terbukti ada responden yang menyatakan mendapatkan informasi di bangku sekolah walaupun tidak banyak.

Model ini menjelaskan dan memprediksi perubahan perilaku individu, pada penelitian ini terkait dengan penularan seksual HIV dan AIDS. Model ini menggabungkan dari teori perubahan perilaku yang lain seperti *health belief model*, *the efficacy theory*, *emotional influence and interpersonal processes*. Mengubah perilaku berisiko tinggi adalah satu-satunya cara untuk mencegah penularan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Catania et al, 1990). Program pengembangan

pengecegan yang tepat merupakan tantangan besar bagi para ilmuwan sosial dan kesehatan masyarakat. Banyak orang akan terinfeksi HIV kecuali kita mengembangkan cara-cara pragmatis untuk memahami dan mengubah perilaku. *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) merupakan suatu cara untuk mempelajari upaya masyarakat menghindari tertularnya HIV melalui transmisi seksual. Memiliki beberapa tahapan yang mana salah satunya adalah mencari informasi. Tahapan mencari informasi tersebut merupakan domain dasar dari terbentuknya pengetahuan.

Analisis hubungan antara *labeling* (*susceptibility*) dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa Analisis uji *Spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0.021$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kerentanan LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Hasil perhitungan koefisien korelasi didapatkan nilai hubungan $r = 0,384$ yang berarti memiliki hubungan lemah dengan arah positif. Separuh responden dengan tingkat kerentanan cukup memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik sebanyak 18 orang (50%). Sedangkan responden yang tingkat kerentanannya kurang memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori kurang sebanyak 6 orang (16.7%).

Catania *et.al* (1990) menjelaskan ada 3 tahapan yang saling mempengaruhi dalam *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) salah satunya yaitu pengakuan akan kerentanan, pengakuan tersebut berupa kerentanan terhadap aktifitas seksual terkait dengan penyebaran HIV dan AIDS yang dapat menginfeksi individu. ARRM

berdasarkan pada premis bahwa untuk mencegah infeksi HIV, orang-orang yang terpapar aktifitas berisiko tinggi harus menyadari bahwa perilaku seksualnya menempatkan mereka pada risiko terinfeksi HIV. *Labeling* sederhana tentang masalah perilaku seksual memerlukan komitmen kuat untuk berubah. Baik individu maupun pasangan memerlukan beberapa usaha untuk mencapai solusi melalui bantuan diri (*self-help*), dukungan sosial informal, dan bantuan profesional. Percobaan tersebut akan menuai banyak hambatan seperti keuangan, lingkungan, dan psikososial. Selain itu, perlu juga melakukan negosiasi dengan pasangan seksual yang memiliki mungkin memiliki derajat komitmen yang berbeda.

Berdasarkan penelitian sebelumnya mengenai teori ARRM bahwa pengetahuan, kerentanan dan norma sosial berbanding lurus dengan *taking action* (Adanan, 2017). Peneliti berpedapat adanya hubungan antara kerentanan dengan perilaku pencegahan HIV dan AIDS dikarenakan kesadaran diri responden terhadap penyakit sudah baik, hal ini ditunjang dengan adanya komponen pengetahuan yang telah adekuat, sehingga bisa mempersepsikan dirinya sendiri sebagai individu yang memiliki risiko terkait kegiatan seksual yang berisiko.

Anggota LSL dalam penelitian ini telah memiliki pemahaman bahwa dirinya rentan karena LSL merupakan bagian dari populasi kunci persebaran penularan HIV/AIDS. LSL termasuk dalam *High Risk Man* (HRM), yakni laki-laki yang berisiko untuk menularkan dan juga tertular HIV/AIDS karena dalam hal hubungan seksual melalui anal, Perilaku seks anal pada LSL memiliki 10 kali lebih besar menularkan virus HIV dan AIDS daripada yang seks melalui vaginal. Risiko penularan virus HIV dan AIDS dari populasi LSL dibanding risiko penularan virus

HIV dan AIDS pada masyarakat umum akibat perilaku seks adalah 19 kali lebih besar (Kana, 2016). Hubungan lemah diasumsikan oleh peneliti bahwa dalam penggunaan kondom tidak rutin digunakan karena rasa yang tidak nyaman dan permintaan dari pasangan seks nya untuk tidak menggunakan kondom, Pasangan yang memulai dengan seks yang lebih aman sering berubah menjadi seks tanpa menggunakan kondom karena kebutuhan untuk lebih intim/dekat (Campenhoudt, 1997).

Analisis hubungan antara *labeling (aversive emotions)* dengan *taking action perilaku berisiko penularan HIV/AIDS* pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa Analisis uji *Spearman Rank Rho* didapatkan nilai $p = 0.320$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara Ketakutan LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Responden dengan tingkat ketakutan cukup memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik sebanyak 15 orang (41.7%).

Perilaku seseorang afektif atau sikap, peranan sikap sangat dekat dalam mengatur keseluruhan perasaan/emosi individu dalam melakukan suatu tindakan (Natotatmojo, 2010). Konteks pencegahan perilaku LSL berkaitan dengan perasaan LSL terhadap rasa takut/khawatir jika dirinya terinfeksi HIV/AIDS maka dirinya akan berada dalam bahaya. Catania *et.al* (1990) menjelaskan salah satu tahapan yang saling mempengaruhi dalam *AIDS Risk Reduction Model (ARRM)* yaitu perasaan atau emosi mempercayai bahwa terkena HIV dan AIDS sesuatu hal yang tidak diinginkan. Respon efikasi juga sering di konseptualisasikan sebagai dua

kepercayaan dalam perilaku yang dianjurkan untuk mengurangi ancaman kesehatan misalnya, pemakaian kondom mencegah AIDS (Marrison, 2000). Nilai ancaman dinilai menjadi tinggi, maka individu akan termotivasi untuk mengurangi ancaman tersebut. Ancaman tidak cukup tinggi, maka individu akan termotivasi untuk mengurangi rasa takut akan ancaman kesehatan dengan strategi yang berbeda (misalnya, menghindari pesan kesehatan).

Peneliti berpendapat tidak adanya hubungan faktor ketakutan LSL terhadap pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS mungkin berkaitan dengan responden berhubungan seksual tidak melalui anal tetapi melalui oral yang mana tidak memerlukan dalam penggunaan kondom, responden beranggapan bahwa dengan lewat oral tidak menularkan virus HIV/AIDS dan ada sebagian LSL yang pola hubungannya hanya dengan satu pasangan saja tanpa berganti-ganti pasangan. Tingkat pengetahuan dan ketakutan HIV / AIDS yang lebih rendah saling berhubungan. Mengambil langkah untuk meningkatkan pendidikan di antara kelompok yang paling berisiko akan membantu meningkatkan *self-efficacy* dari penggunaan kondom, mengurangi kejadian perilaku seksual berisiko, dan mengurangi tingkat infeksi HIV (Sohn & Cho, 2012).

Analisis hubungan antara *labeling (social norms)* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada LSL di kota Surabaya.

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa Analisis uji Spearman Rank Rho didapatkan nilai $p = 0.012$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara norma sosial LSL dengan pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Hasil perhitungan koefisien korelasi didapatkan nilai hubungan $r = 0,414$ yang berarti

memiliki hubungan cukup kuat dengan arah positif. Responden dengan norma sosial cukup memiliki pengambilan tindakan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori baik sebanyak 13 orang (36.1%). Sedangkan sebagian kecil responden dengan norma sosial kurang memiliki pengambilan tindakan berisiko penularan HIV/AIDS dalam kategori kurang sebanyak 9 orang (25%). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian-penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, selanjutnya ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui. Tingkatan praktik terdapat empat macam dan salah satunya adalah pengaruh sosial (*Social Influences*) (Azwar, 2013). Pengaruh sosial adalah usaha yang dilakukan seseorang atau lebih untuk mengubah sikap, kepercayaan, persepsi atau tingkah laku menurut orang lain. Baik individu maupun pasangan memerlukan beberapa usaha untuk mencapai solusi melalui bantuan diri (*self-help*), dukungan sosial informal, dan bantuan profesional. Catania *et.al* (1990) menjelaskan salah satu tahapan yang saling mempengaruhi dalam *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) yaitu norma sosial, lingkungan sosial berperan dalam menentukan keputusan untuk merubah perilaku.

Seseorang yang berada dalam lingkungan dengan norma sosial positif memiliki kecenderungan untuk bersikap sebagaimana lingkungan sosialnya. Meski demikian, norma sosial tidak sepenuhnya mampu memaksa seseorang untuk mengikuti kesepakatan tersebut (Nursalam dalam Efendi, 2008). Hubungan antara norma sosial dengan perilaku pencegahan berkaitan dengan adanya wadah dalam satu komunitas yang memiliki latar belakang yang sama dapat mendukung satu sama lain dalam memberikan respon positif terhadap perilaku pencegahan penularan

HIV/AIDS hal ini tertuang dalam hal sumber informasi mengenai pencegahan HIV/AIDS yang mayoritas berasal dari komunitas. Model norma sosial terbukti saat studi pendahuluan dan wawancara dengan salah satu pengurus komunitas yang mana sesama LSL tidak saling ikut campur dalam hal hubungan seksualnya. pencegahan penularan HIV/AIDS dari pihak komunitas tetap mewadahi memberikan dukungan berupa penyuluhan dan hasil *observasi* penelitian tidak menemukan diskriminasi antara yang positif terkena HIV/AIDS maupun yang sehat.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini diuraikan tentang kesimpulan dan saran tentang hubungan Labeling dan Taking Action perilaku berisiko penularan HIV/AIDS berdasarkan teori *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) pada LSL di kota Surabaya.

Kesimpulan

1. *Labeling (knowledge)* memiliki hubungan cukup kuat terhadap *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dikarenakan pengetahuan merupakan modal informasi untuk melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS.
2. *Labeling (susceptibility)* memiliki hubungan lemah terhadap *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dikarenakan kerentanan merupakan kesadaran diri dari responden bahwa perilaku hubungan seksualnya rentan tertular HIV/AIDS.
3. *Labeling (aversive emotion)* tidak memiliki hubungan terhadap *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dikarenakan faktor usia yang telah matang emotional dan spiritualitas juga mempengaruhi dan pola hubungan antar LSL.
4. *Labeling (social norms)* memiliki hubungan cukup kuat terhadap *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS dikarenakan norma sosial lingkungan membentuk dukungan yang menguatkan komitmen untuk pengambilan tindakan pencegahan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS.

Saran

1. Pimpinan komunitas

Pemberian penyuluhan mengenai HIV/AIDS masih rutin diberikan oleh pihak komunitas. Penyuluhan lebih ditekankan pada aspek pengetahuan yang rutin diingatkan setiap minggunya, kesadaran individu dalam hal kerentanan dengan pemberian kondom secara gratis, serta mengarahkan norma sosial yang positif dengan mengadakan kegiatan yang bermanfaat. Berdasarkan dari hasil penelitian aspek tersebut memiliki pengaruh dalam menentukan pengambilan keputusan tindakan LSL dalam perilaku berisiko penularan HIV/AIDS.

2. Bagi LSL

LSL diharapkan secara mandiri dapat meningkatkan pengetahuan HIV/AIDS melalui media sosial/massa, kesadaran akan menggunakan kondom dengan pasangan seks yang berisiko, dan melakukan dukungan sebaya untuk mendorong *taking action* pencegahan penularan HIV/AIDS.

3. Peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti lebih dalam mengenai pengaruh dari hubungan *labeling* dan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV/AIDS berdasarkan teori ARRM (*AIDS Risk Reduction Model*) pada LSL.

DAFTAR PUSTAKA

- Adanan. (2017). *Hubungan Antara Labeling Dengan Taking Action Perilaku Berisiko Penularan HIV dan AIDS pada Sopir Truk Berdasarkan Pendekatan AIDS Risk Reduction Model (ARRM) di Tanjung Perak Timur Surabaya*. Surabaya: Skripsi, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
- Ardiana. (2012). *Gambaran Perilaku Komunitas GWL (Gay, Waria, Lelaki seks dengan Lelaki) terhadap pemeriksaan diri ke pelayanan kesehatan khusus IMS dan HIV/AIDS di kota Medan*. Universitas Sumatera Utara.
- Azwar. (2013). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Campenhoudt. (1997). *Sexual Interactions and HIV Risk*. London: Taylor & Francis .
- Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T. J. (1990). Towards an Understanding of Risk Behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17(1), 53–72. <https://doi.org/10.1177/109019819001700107>
- Catania et al. (1990). *Health Education & Behavior*. <https://doi.org/10.1177/109019819001700107>
- Chandra et al. (2018). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemakaian Kondom Dan Pelicin Pada Lelaki Seks Lelaki (Lsl) Sebagai Upaya Pencegahan Hiv (Studi Kuantitatif Pada Semarang Gaya Community), 6(1), 791–799.
- Dermatoto, A. (2012). Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Seksual Laki-Laki Yang Berhubungan Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Dalam Kaitannya Dengan HIV dan AIDS. Retrieved from <http://argyo.staff.uns.ac.id/2012/12/15/pengetahuan-sikap-dan-perilaku-seksual-laki-laki-yang-berhubungan-seks-dengan-laki-laki-lsl-dalam-kaitannya-dengan-hiv-dan-aids/>
- Firdaus, S., Agustini, H., Baiturrahmah, F. K. M., Human, H. I. V, Virus, I., Immuno, A., ... Virus, I. (2013). Faktor Risiko Kejadian HIV pada Komunitas LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki) Mitra Yayasan Lantera Minangkabau Sumatera Barat Risks Factor of HIV in Man Sex with Men Community as Partner of Lantera Minangkabau Foundation West Sumatera, 2(2), 94–99.
- Freud, S. (1922). *Group Psychology and The Analysis of the Ego*. London: International Psychoanalytic Press.
- Friedman, R. C., & Downey, J. (1993). *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/000306519304100410>

- Haerana, B. T., & Muslimah. (2015). Hubungan Pengetahuan , Sikap , Motivasi dan Peran Petugas LSM terhadap. *Jurnal Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKES Harapan Ibu, 1(2)*, 1–6.
- Herlani, N., Riyanti, E., Widjanarko, B., Pendidikan, P., & Perilaku, I. (2016). GAMBARAN PERILAKU SEKSUAL BERISIKO HIV AIDS PADA PASANGAN GAY (Studi Kualitatif di Kota Semarang), *4*, 1059–1067.
- Kana, I. M. . (2016). Gambaran perilaku pencegahan HIV dan AIDS pada lelaki suka lelaki (LSL) di kota Kupang tahun 2014. *Unnes Journal of Public Health, 5(3)*, 252. <https://doi.org/10.15294/ujph.v5i3.10995>
- Kemkes. (2014). *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak Bagi Tenaga Kesehatan*.
- Kemkes RI. (2015). *Pedoman Manajemen program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. Jakarta.
- Mayang. (2018). *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Muntean, N., Kereta, W., & Mitchell, K. R. (2015). Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Young People in Ethiopia: An Analysis of the Current Situation. *SRH Services for Ethiopian Youth African Journal of Reproductive Health, 19(3)*, 87–99.
- Nasronudin. (2014). *HIV dan AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial* (Edisi 2). Surabaya: Airlangga University Press (AUP).
- Notoadmodjo. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Notoadmodjo S. (2010). *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rhinaka Cipta.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (3rd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam & Kurniawati N. D. (2007). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV dan AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oetomo. (2003). *Memberi Suara pada yang Bisu*. Yogyakarta: Pustaka Marwa.

- Profetto, J.-M., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Canadian Essentials of Nursing Research*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pujo. (2015). *Analisis Faktor Perilaku Heteroseksual Berisiko HIV/AIDS Dengan Taking Action And Enactment Pada Sopir Truk Berdasarkan Pendekatan AIDS Risk Reduction Model (ARRM) Di Tanjung Perak Surabaya*. Surabaya: Skripsi, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
- Purwaningsih et al. (2014). *Modul Mata Kuliah Keperawatan Hematologi dan Imunologi II*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Rahardjo. (2014). *Mengenal Perilaku Seks Berisiko*.
- Reece, Jane B., et al. (2014). *Campbell Biology (tenth Edition)*. Boston: Pearson.
- Soetjningsih. (2010). *Pemahaman Seksualitas Pada remaja*. Jakarta.
- Sohn, A., & Cho, B. (2012). Knowledge , Attitudes , and Sexual Behaviors in HIV / AIDS and Predictors Affecting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 3(3), 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2012.07.001>
- Sukartini et al. (2016). Meningkatkan Respon Psikologis Tenaga Kerja Indonesia Yang Terinfeksi HIV Melalui Dukungan Keluarga Dan Peer Group Support, 251–255.
- Tjokroprawiro, A. et al. (2015). *buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (2nd ed.)*. Surabaya: Airlangga University Press (AUP).
- Umami Febriani. (2016). Hubungan Perilaku (Pengetahuan dan Sikap) Homoseksual Yang Berisiko Tertular HIV/AIDS pada Komunitas Galeri Sehati Di Kota Kediri.
- Wawan A & Dewi. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO. (2017). WHO, 2017. Retrieved April 20, 2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
- Zelbi. (2017). Dukungan Sosial Terkait Kepatuhan Pemakaian Kondom dan ARV pada LSL positif HIV dalam upaya 3 Zero (Studi Pada Komunitas Gaya Nusantara dan Kelompok Pendamping Mahameru Surabaya).

LAMPIRAN**Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian**

Dengan Hormat ,

Sehubung dengan penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi) di Program Studi Pendidikan Ners Universitas Airlangga Surabaya, maka saya :

Nama : Pratama Soldy Izzulhaq

NIM : 131411131091

Akan melakukan penelitian dengan judul “**HUBUNGAN ANTARA LABELING DENGAN TAKING ACTION PERILAKU BERISIKO PENULARAN HIV DAN AIDS PADA LSL (LELAKI SUKA DENGAN LELAKI) BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK REDUCTION MODEL (ARRM) DI KOTA SURABAYA**”. Saya mohon kesediaan saudara untuk mengisi lembar kuisioner yang telah saya persiapkan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya dan saya akan menjamin kerahasiaan pendapat yang telah saudara berikan. Informasi yang saudara berikan hanya akan digunakan dalam pengambilan ilmu Keperawatan dan tidak digunakan untuk keperluan lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Partisipasi saudara mengisi formulir ini sangat saya hargai, dan atas perhatian serta kesediaan saudara saya mengucapkan terimakasih.

Surabaya,

Pratama Soldy Izzulhaq

131411131091

Lampiran

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN PENELITIAN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Usia :

Nomer Tlpn :

Alamat/Asal :

Telah mendapatkan keterangan secara terperinci dan jelas tentang:

1. Penelitian yang berjudul “Hubungan antara *labeling* dengan *taking action* perilaku berisiko penularan HIV dan AIDS berdasarkan pendekatan *AIDS Risk Reduction Model* (ARRM) di Kota Surabaya”
2. Tujuan dilakukannya penelitian
3. Manfaat keikutsertaan dalam penelitian
4. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
5. Bahaya potensial yang mungkin timbul selama proses penelitian.

Maka dengan ini saya menyatakan setuju/tidak setuju*) secara sukarela untuk menjadi responden penelitian secara sadar dan tanpa ada paksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, semoga bisa dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya.

Peneliti

Surabaya,

Responden

(Pratama Soldy Izzulhaq)

()

Saksi

()

Lampiran 3

Kode Responden

Petunjuk Pengisian :

Beri Tanda (√) pada kotak jawaban yang menurut anda paling benar, tepat, dan sesuai (kami menjamin jawaban yang diberikan akan sangat dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja).

Data Umum

1. Asal Rumah/daerah :

2. Umur :

a) 20 – 30

b) 31 – 40

c) 41 – 50

d) 51 – 60

3. Pendidikan :

a) Tidak Sekolah

b) SD

c) SMP

d) SMA

e) Sarjana

4. Kebiasaan Spiritual

Sering

Jarang

5. Pernah mendapat informasi tentang HIV dan AIDS :

Pernah

Tidak Pernah

6. Sumber informasi mengenai HIV/AIDS :

- a) Petugas Kesehatan
- b) LSM/Komunitas
- c) Internet
- d) Sekolah
- e) Media Massa

Lampiran 4

Kuisisioner Variabel Pengetahuan (*Knowledge*)

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada salah satu kolom jawaban “Ya” atau “Tidak” berdasarkan informasi yang sesuai dengan anda

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	HIV/AIDS adalah penyakit yang dapat disembuhkan		
2	Kebanyakan orang yang terinfeksi HIV/AIDS segera menunjukkan tanda-tanda menjadi sakit		
3	Kondom dapat mengurangi risiko terkena infeksi HIV/AIDS		
4	Seseorang dapat terinfeksi HIV/AIDS walaupun hanya sekali saja berhubungan seksual tanpa kondom		
5	Seseorang dapat terinfeksi HIV/AIDS dengan menyentuh atau memeluk orang yang terinfeksi HIV/AIDS		
6	Melakukan hubungan seksual lewat anus (anal seks) tanpa kondom dapat dengan mudah menularkan HIV/AIDS		
7	Anda dapat tertular infeksi HIV/AIDS melalui gigitan nyamuk yang telah menggigit seseorang dengan HIV/AIDS		
8	Anda bisa tertular HIV/AIDS dengan cara mencium seseorang yang mengidap HIV/AIDS		
9	Anda bisa tertular HIV/AIDS dengan melakukan hubungan seksual dengan pengguna jarum suntik narkoba bergantian		
10	Berganti-ganti pasangan dalam berhubungan seks dapat meningkatkan risiko terjangkit virus HIV		

Lampiran 5

Kuisisioner Variabel Kerentanan (*Susceptibility*)

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada salah satu kolom jawaban berdasarkan informasi yang sesuai dengan anda

SS :Sangat Setuju

TS :Tidak Setuju

S :Setuju

STS :Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya merasa rentan/mudah terinfeksi HIV/AIDS karena perilaku seksual saya selama ini				
2	Saya merasa rentan/mudah terinfeksi HIV/AIDS karena saya sering berganti-ganti pasangan seksual (selain istri)				
3	Saya kebal terhadap HIV/AIDS karena saya sering olahraga				
4	Saya merasa rentan/mudah tertular HIV/AIDS meskipun hanya sekali saja berhubungan seks tanpa kondom				
5	Saya sering menjaga kesehatan diri saya, jadi saya tidak merasa rentan/mudah tertular HIV/AIDS meski saya berhubungan seks dengan perempuan selain istri				

Lampiran 6

Kuisisioner Variabel Kekhawatiran (*Aversive Emotions*)

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada salah satu kolom jawaban berdasarkan informasi yang sesuai dengan anda

SS :Sangat Setuju

TS :Tidak Setuju

S :Setuju

STS :Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya takut/khawatir terinfeksi HIV/AIDS				
2	Saya takut/khawatir karena jika HIV/AIDS menjangkit saya, saya tidak dapat bekerja lagi				
3	Saya menganggap HIV/AIDS hanyalah penyakit biasa, yang dapat dengan mudah disembuhkan jika berobat				
4	Saya takut/khawatir HIV/AIDS akan merusak kebahagiaan saya dan keluarga saya				
5	Saya takut/khawatir sekali saja saya terinfeksi HIV/AIDS maka saya sudah dekat dengan kematian				

Lampiran 7

Kuisiener Variabel Pengaruh kehidupan Sosial (*Social Influences*)

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada salah satu kolom jawaban “Ya” atau “Tidak” berdasarkan informasi yang sesuai dengan anda

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Teman-teman sesama LSL tidak melarang saya untuk berhubungan seks dengan yang bukan pasangan saya		
2	Memilih berhubungan seks menggunakan kondom maupun tidak, bukanlah masalah dikalangan sesama LSL		
3	Teman LSL sering mengajak saya supaya menjauhi seks bebas, dan berusaha setia hanya ke satu pasangan		
4	Teman-teman sesama LSL akan mengucilkan LSL yang terkena HIV/AIDS		
5	Sesama LSL tidak saling mencampuri masalah seks satu sama lain, karena masalah pribadi dan rahasia		

Lampiran 8

**Kuisisioner *Taking Action* perilaku seksual penularan HIV dan AIDS (Catania
1990 dalam conteras 2006)**

Petunjuk ; Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat dengan memberikan tanda (√) pada pilihan yang anda ketahui.

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Menggunakan kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan atau bukan pasangan sah				
2.	Melakukan perilaku seks aman hanya dengan satu pasangan saja				
3.	Menghindari perilaku seksual berisiko HIV / AIDS				
4.	Menghindari lingkungan yang mendorong perilaku berisiko				
5.	Mencari informasi tentang HIV/AIDS lewat media sosial (TV, Leaflet, poster dll)				
6.	Diadakan penyuluhan kesehatan tentang HIV/AIDS pada LSL				
7.	Melakukan test HIV/AIDS secara sukarela konseling VCT				
8.	Penyediaan konsultasi kesehatan di area Hotspot / Komunitas				

Lampiran 9



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://oers.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : *989*/UN3.1.13/PPd/2018 09 April 2018
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Fasilitas**
Survey Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.: Ketua Komunitas Gaya Nusantara
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian


Nama : Pratama Soldy Izzulhaq
NIM : 131411131091
Judul Skripsi : *Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku LSL (Lelaki Seks Dengan Lelaki) Beresiko HIV dan AIDS Dengan Taking Action dan Enactment di Wilayah Surabaya*
Pembimbing Ketua : *Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes*
Pembimbing : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep,Ns,M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Lampiran 10



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 1013-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :


“HUBUNGAN ANTARA LABELING DENGAN TAKING ACTION PERILAKU BERESIKO PENULARAN HIV DAN AIDS PADA LSL (LELAKI SEKS DENGAN LELAKI) BERDASARKAN PENDEKATAN AIDS RISK REDUCTION MODEL (ARRM) DI KOTA SURABAYA”


Peneliti utama : Pratama Soldy Izzulhaq
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Hotspot Pataya (Taman Lalu Lintas) , Surabaya
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 16 Juli 2018
 Ketua (CHAIRMAN)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002



Lampiran 11



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id


Nomor : 1742 /UN3.1.13/PPd/2018 06 Juni 2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Ketua Komunitas Gaya Nusantara
Surabaya

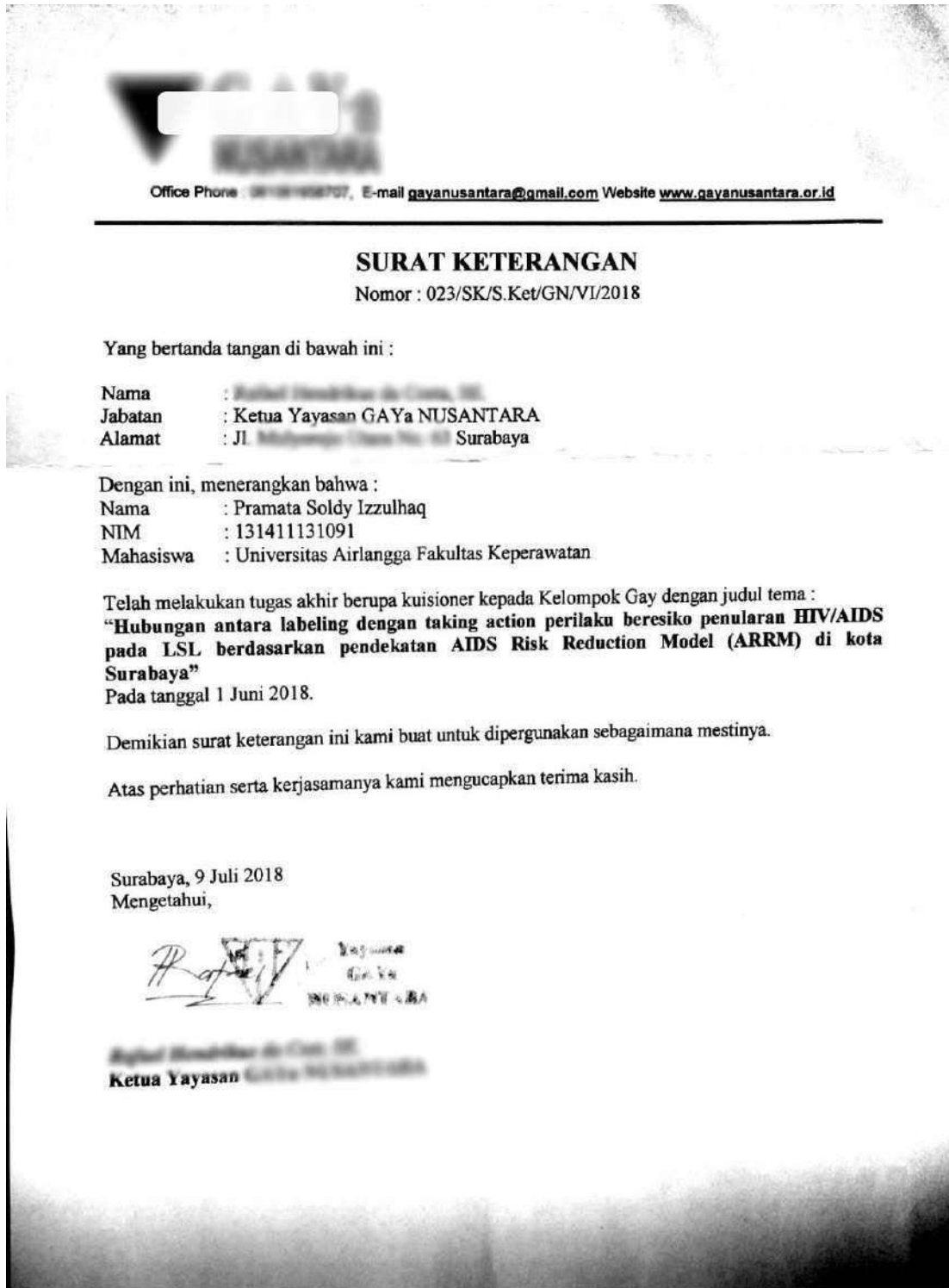
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Pratama Soldy Izzulhaq
NIM : 131411131091
Judul Skripsi : Hubungan Antara Labeling Dengan Taking Action Perilaku Berisiko Penularan HIV Dan AIDS Pada LSL (Lelaki Seks Dengan Lelaki) Berdasarkan Pendekatan AIDS Risk Reduction Model (ARRM) Di Kota Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III

Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

Lampiran 12



Lampiran 13 Tabulasi data penelitian

Data Umum Responden

Kode	Umur	Pendidikan	Asal	Spiritual	Penyuluhan	Sumber
R1	37	SMA	Bangkalan	Jarang	Pernah	Petugas Kesehatan
R2	26	SMA	Jombang	Kadang-kadang	Pernah	Komunitas
R3	30	PT	Pandaan	Kadang-kadang	Pernah	Petugas Kesehatan
R4	32	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Komunitas
R5	35	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Petugas Kesehatan
R6	31	SMA	Surabaya	Sering	Pernah	Petugas Kesehatan
R7	34	SMP	Madura	Jarang	Pernah	Komunitas
R8	42	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Petugas Kesehatan
R9	32	SMA	Gresik	Sering	Pernah	Komunitas
R10	38	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Komunitas
R11	35	SMA	Surabaya	Kadang-kadang	Pernah	Sekolah
R12	43	PT	Surabaya	Sering	Pernah	Internet
R13	25	SMA	Surabaya	Kadang-kadang	Pernah	Petugas Kesehatan
R14	26	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Internet
R15	33	SMA	Surabaya	Kadang-kadang	Pernah	Internet
R16	24	SMA	Jakarta	Jarang	Pernah	Media Massa
R17	35	SMA	Surabaya	Sering	Pernah	Petugas Kesehatan
R18	44	PT	Surabaya	Kadang-kadang	Pernah	Petugas Kesehatan
R19	46	SMA	Surabaya	Sering	Pernah	Media Massa
R20	38	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Komunitas
R21	24	SMA	Bogor	Kadang-kadang	Pernah	Komunitas
R22	47	PT	Malang	Jarang	Pernah	Komunitas
R23	28	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Komunitas
R24	29	PT	Surabaya	Jarang	Pernah	Media massa
R25	27	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Petugas Kesehatan
R26	31	SMA	Surabaya	Sering	Pernah	Sekolah

R27	39	SMA	Lampung	Kadang-kadang	Pernah	Komunitas
R28	36	SMA	Surabaya	Sering	Pernah	Internet
R29	41	PT	Cirebon	Kadang-kadang	Pernah	Petugas Kesehatan
R30	52	SMA	Madura	Jarang	Pernah	Petugas Kesehatan
R31	31	SMA	Mojokerto	Jarang	Pernah	Petugas Kesehatan
R32	29	SMA	Banyuwangi	Kadang-kadang	Pernah	Komunitas
R33	30	SMA	Kediri	Sering	Pernah	Komunitas
R34	50	SMA	Surabaya	Kadang-kadang	Pernah	Komunitas
R35	29	SMA	Surabaya	Sering	Pernah	Komunitas
R36	47	SMA	Surabaya	Jarang	Pernah	Media Massa

Lampiran 14 Data Responden Variabel Pengetahuan

Skor										Total	%	Kode	Keterangan
0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	80	3	Baik
1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	30	1	Kurang
0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	7	70	2	Cukup
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	3	Baik
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	10	1	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	70	2	Cukup
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	20	1	Kurang
0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	70	2	Cukup
0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	5	50	1	Kurang
1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4	40	1	Kurang
1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	40	1	Kurang
1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	5	50	1	Kurang
0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	20	1	Kurang
0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	30	1	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90	3	Baik
1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	40	1	Kurang
1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	5	50	1	Kurang
0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	80	3	Baik
1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	40	1	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	3	Baik
1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	5	50	1	Kurang

1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	6	60	2	Cukup
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	80	3	Baik
1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	30	1	Kurang
1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	7	70	2	Cukup
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	3	Baik
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	4	40	1	Kurang
0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	5	50	1	Kurang
1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	7	70	2	Cukup
1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	5	50	1	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	3	Baik
0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	70	2	Cukup
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90	3	Baik
0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	80	3	Baik
1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	80	3	Baik
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90	3	Baik

Lampiran 15 Data Responden Variabel Kerentanan

Skor					Total	%	Kode	Keterangan
3	3	2	4	3	15	75	2	Cukup
1	1	3	2	3	10	50	1	Kurang
3	3	3	3	3	15	75	2	Cukup
3	3	3	3	3	15	75	2	Cukup
2	2	3	1	2	10	50	1	Kurang
2	2	3	2	3	12	60	2	Cukup
2	2	3	2	1	10	50	1	Kurang
2	2	3	3	2	12	60	2	Cukup
2	3	2	4	1	12	60	2	Cukup
1	2	2	2	3	10	50	1	Kurang
2	2	3	4	3	14	70	2	Cukup
3	3	2	3	3	14	70	2	Cukup
2	1	3	3	1	10	50	1	Kurang
3	3	3	3	3	15	75	2	Cukup
2	2	3	2	3	12	60	2	Cukup
3	3	4	2	4	16	80	3	Baik
3	3	3	3	3	15	75	2	Cukup
4	4	4	3	4	19	95	3	Baik
3	4	3	4	2	16	80	3	Baik

2	1	3	2	2	10	50	1	Kurang
3	3	3	2	3	14	70	2	Cukup
4	4	3	4	3	18	90	3	Baik
2	4	3	4	1	14	70	2	Cukup
2	3	2	2	1	10	50	1	Kurang
2	4	3	2	3	14	70	2	Cukup
3	3	3	3	2	14	70	2	Cukup
2	2	2	2	2	10	50	1	Kurang
4	1	3	1	1	10	50	1	Kurang
2	2	3	3	3	13	65	2	Cukup
2	2	3	3	3	13	65	2	Cukup
4	4	3	3	1	15	75	2	Cukup
3	4	3	4	2	16	80	3	Baik
3	3	1	4	4	15	75	2	Cukup
3	3	3	3	2	14	70	2	Cukup
3	3	2	3	2	13	65	2	Cukup
3	3	4	1	2	13	65	2	Cukup

Lampiran 16 Data Responden Variabel Ketakutan

Skor					Total	%	Kode	Keterangan
3	2	2	2	3	12	60	2	Cukup
1	1	1	1	4	8	40	1	Kurang
2	2	2	2	4	12	60	2	Cukup
3	1	3	2	4	13	65	2	Cukup
3	2	2	2	3	12	60	2	Cukup
3	3	2	4	4	16	80	3	Baik
3	2	2	2	3	12	60	2	Cukup
2	2	2	3	2	11	55	2	Cukup
3	2	3	4	3	15	75	2	Cukup
4	2	4	4	1	15	75	2	Cukup
3	4	1	2	3	13	65	2	Cukup
2	2	2	2	3	11	55	2	Cukup
4	4	1	3	3	15	75	2	Cukup
4	4	4	4	1	17	85	3	Baik
4	4	3	4	1	16	80	3	Baik
4	4	3	4	1	16	80	3	Baik

3	2	2	2	3	12	60	2	Cukup
4	4	4	4	1	17	85	3	Baik
4	2	3	4	3	16	80	3	Baik
2	2	3	2	3	12	60	2	Cukup
3	3	3	2	3	14	70	2	Cukup
4	4	2	4	3	17	85	3	Baik
4	2	2	3	1	12	60	2	Cukup
3	3	3	2	2	13	65	2	Cukup
3	4	2	3	3	15	75	2	Cukup
4	4	3	4	1	16	80	3	Baik
4	3	1	4	2	14	70	2	Cukup
4	4	3	2	3	16	80	3	Baik
4	4	3	3	2	16	80	3	Baik
4	4	3	3	2	16	80	3	Baik
4	3	3	4	3	17	85	3	Baik
3	3	3	2	3	14	70	2	Cukup
4	3	4	2	3	16	80	3	Baik
3	3	3	3	2	14	70	2	Cukup
3	3	1	3	2	12	60	2	Cukup
3	3	1	4	4	15	75	2	Cukup

Lampiran 17 Data Responden Kehidupan Sosial

Skor					Total	%	kode	Keterangan
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	0	0	1	0	1	20	1	Kurang
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	1	0	1	0	2	40	1	Kurang
1	1	1	0	0	3	60	2	Cukup
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	0	1	1	0	2	40	1	Kurang
1	0	0	0	1	2	40	1	Kurang
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	0	0	1	0	1	20	1	Kurang
0	1	1	1	1	4	80	3	Baik
1	1	1	1	0	4	80	3	Baik
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
1	1	0	1	0	3	60	2	Cukup
1	1	1	0	0	3	60	2	Cukup

0	0	1	0	1	2	40	1	Kurang
0	0	1	0	0	1	20	1	Kurang
1	1	1	1	1	5	100	3	Baik
1	1	1	1	0	4	80	3	Baik
0	1	0	1	0	2	40	1	Kurang
1	1	0	1	1	4	80	3	Baik
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	0	1	1	0	2	40	1	Kurang
0	1	1	1	1	4	80	3	Baik
0	1	0	0	1	2	40	1	Kurang
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	0	0	1	1	2	40	1	Kurang
0	0	1	1	0	2	40	1	Kurang
1	1	1	1	0	4	80	3	Baik
0	1	0	1	0	2	40	1	Kurang
1	1	1	0	0	3	60	2	Cukup
0	0	1	1	0	2	40	1	Kurang
0	1	1	1	0	3	60	2	Cukup
0	0	1	0	1	2	40	1	Kurang
0	1	1	1	1	4	80	3	Baik
1	0	1	1	0	3	60	2	Cukup

Lampiran 18 Data Responden Variabel *Taking Action*

Skor								Total	%	Kode	
4	4	4	2	4	1	4	2	25	78%	2	Baik
1	1	1	1	3	1	1	3	12	38%	1	Kurang
1	3	3	3	1	1	3	3	18	56%	2	Baik
1	1	3	3	3	3	2	1	17	53%	2	Baik
3	3	3	3	2	3	3	3	23	72%	2	Baik
4	2	4	4	2	4	4	4	28	88%	2	Baik
2	2	2	2	2	2	2	2	16	50%	1	Kurang
2	2	1	2	2	2	2	2	15	47%	1	Kurang
4	4	4	4	4	1	4	4	29	91%	2	Baik
1	1	1	1	1	1	1	1	8	25%	1	Kurang
3	3	3	3	4	3	4	1	24	75%	2	Baik
1	2	1	1	1	2	1	1	10	31%	1	Kurang
1	1	2	1	4	3	3	4	19	59%	2	Baik
3	4	2	3	2	1	1	3	19	59%	2	Baik

2	3	2	1	3	2	3	1	17	53%	2	Baik
1	4	1	1	4	3	1	1	16	50%	1	Kurang
3	1	1	1	1	1	3	1	12	38%	1	Kurang
4	4	4	3	2	2	4	1	24	75%	2	Baik
4	2	4	3	4	4	4	4	29	91%	2	Baik
2	2	2	1	1	2	3	2	15	47%	1	Kurang
2	3	3	3	3	3	3	3	23	72%	2	Baik
4	4	4	4	2	2	4	4	28	88%	2	Baik
4	2	1	4	4	1	4	4	24	75%	2	Baik
2	2	2	2	2	2	2	2	16	50%	1	Kurang
4	3	3	3	3	3	4	4	27	84%	2	Baik
1	1	3	3	2	3	3	4	20	63%	2	Baik
4	2	4	3	4	4	1	4	26	81%	2	Baik
2	1	1	1	1	1	4	1	12	38%	1	Kurang
3	3	3	3	3	3	3	3	24	75%	2	Baik
1	1	3	1	3	3	3	1	16	50%	1	Kurang
4	3	3	2	3	1	4	3	23	72%	2	Baik
1	3	4	3	3	3	3	3	23	72%	2	Baik
4	3	3	3	4	3	3	3	26	81%	2	Baik
3	3	3	3	3	4	4	4	27	84%	2	Baik
4	4	4	2	4	4	4	4	30	94%	2	Baik
4	4	2	1	4	4	4	4	27	84%	2	Baik

Uji Statistik Data Penelitian

Uji Statistik Data Demografi

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20-30 Tahun	12	33.3	33.3	33.3
31-40 Tahun	15	41.7	41.7	75.0
Valid 41-50 Tahun	8	22.2	22.2	97.2
51-60 Tahun	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	1	2.8	2.8	2.8
Valid SMA/SMEA/SMK/STM	29	80.6	80.6	83.3
Valid Perguruan Tinggi	6	16.7	16.7	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Asal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Surabaya	22	61.1	61.1	61.1
Valid Luar Surabaya	14	38.9	38.9	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Spiritual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sering	9	25.0	25.0	25.0
Valid Jarang	27	75.0	75.0	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Penyuluhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	36	100.0	100.0	100.0

Sumber_Info_HIV_dan_AIDS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Petugas Kesehatan	12	33.3	33.3	33.3
LSM / Komunitas	14	38.9	38.9	72.2
Internet / Sosial Media	4	11.1	11.1	83.3
Valid Sekolah / Pendidikan	2	5.6	5.6	88.9
Media Massa (TV,koran, radio)	4	11.1	11.1	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Uji Statistik Pengetahuan

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kurang	17	47.2	47.2	47.2
Valid Cukup	7	19.4	19.4	66.7
Baik	12	33.3	33.3	100.0
Total	36	100.0	100.0	

Pengetahuan * Taking_Action Crosstabulation

		Taking_Action		Total	
		Kurang	Baik		
Pengetahuan	kurang	Count	9	8	17
		% within Taking_Action	81.8%	32.0%	47.2%
	cukup	Count	1	6	7
		% within Taking_Action	9.1%	24.0%	19.4%
	baik	Count	1	11	12
		% within Taking_Action	9.1%	44.0%	33.3%
Total	Count	11	25	36	
	% within Taking_Action	100.0%	100.0%	100.0%	

Correlations

			Taking_Action	Pengetahuan
Spearman's rho	Taking_Action	Correlation Coefficient	1.000	.447**
		Sig. (2-tailed)	.	.006
	Pengetahuan	N	36	36
		Correlation Coefficient	.447**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.006	.
		N	36	36

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

Uji Statistik Kerentanan

Kerentanan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	9	25.0	25.0
	Cukup	22	61.1	86.1
	Baik	5	13.9	100.0
	Total	36	100.0	100.0

Kerentanan * Taking_Action Crosstabulation

			Taking_Action		Total
			Kurang	Baik	
kerentanan	kurang	Count	6	3	9
		% within Taking_Action	54.5%	12.0%	25.0%
	Cukup	Count	4	18	22
		% within Taking_Action	36.4%	72.0%	61.1%
	Baik	Count	1	4	5
		% within Taking_Action	9.1%	16.0%	13.9%
Total	Count	11	25	36	
	% within Taking_Action	100.0%	100.0%	100.0%	

Correlations

			Taking_Action	Kerentanan
Spearman's rho	Taking_Action	Correlation Coefficient	1.000	.384*
		Sig. (2-tailed)	.	.021
		N	36	36
	Kerentanan	Correlation Coefficient	.384*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.021	.
		N	36	36

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

Uji Statistik Ketakutan

Ketakutan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	2.8	2.8
	Cukup	22	61.1	63.9
	Baik	13	36.1	100.0
	Total	36	100.0	100.0

Ketakutan * Taking_Action Crosstabulation

			Taking_Action		Total
			Kurang	Baik	
ketakutan	kurang	Count	1	0	1
		% within Taking_Action	9.1%	0.0%	2.8%
	Cukup	Count	7	15	22
		% within Taking_Action	63.6%	60.0%	61.1%
	Baik	Count	3	10	13
		% within Taking_Action	27.3%	40.0%	36.1%
Total	Count	11	25	36	
	% within Taking_Action	100.0%	100.0%	100.0%	

Correlations

			Taking_Action	Ketakutan
Spearman's rho	Taking_Action	Correlation Coefficient	1.000	.170
		Sig. (2-tailed)	.	.320
		N	36	36
	Ketakutan	Correlation Coefficient	.170	1.000
		Sig. (2-tailed)	.320	.
		N	36	36

Uji Statistik Kehidupan Sosial

Sosial

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	15	41.7	41.7
	Cukup	13	36.1	77.8
	Baik	8	22.2	100.0
	Total	36	100.0	100.0

Sosial * Taking_Action Crosstabulation

		Taking_Action		Total	
		Kurang	Baik		
Sosial	kurang	Count	9	6	15
		% within Taking_Action	81.8%	24.0%	41.7%
	Cukup	Count	0	13	13
		% within Taking_Action	0.0%	52.0%	36.1%
	Baik	Count	2	6	8
		% within Taking_Action	18.2%	24.0%	22.2%
Total	Count	11	25	36	
	% within Taking_Action	100.0%	100.0%	100.0%	

Correlations

			Taking_Action	Sosial
Spearman's rho	Taking_Action	Correlation Coefficient	1.000	.414*
		Sig. (2-tailed)	.	.012
		N	36	36
	Sosial	Correlation Coefficient	.414*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.012	.
		N	36	36

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