

Monograf

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU REMAJA TERHADAP PENCEGAHAN HIV/AIDS



Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST, MPH
Ratyas Ekartika Puspita Candra Nugrahawati, S.Tr.Keb
Munica Rita Hernayanti, S.SiT, M.Kes

Monograf

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PERILAKU REMAJA TERHADAP PENCEGAHAN
HIV/AIDS**

Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST, MPH
Ratyas Ekartika Puspita Candra Nugrahawati, S.Tr.Keb
Munica Rita Hernayanti, S.SiT, M.Kes

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta

Perpustakaan Nasional: Katalog dalam Terbitan (KDT)
Yuliasti Eka Purnamaningrum, Ratyas Ekartika Puspita Candra Nugrahawati,
Munica Rita Hernayanti

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS

Cetakan Pertama, 2019

Yogyakarta: Penerbit POLTEK USAHA MANDIRI, 2020

vi+106hlm; 21 x 29,7 cm

ISBN: 978-623-93950-6-3

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja 1. Judul
terhadap pencegahan HIV/AIDS

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS

Desember, 2019

Penulis:

Yuliasti Eka Purnamaningrum,
Ratyas Ekartika Puspita Candra Nugrahawati,
Munica Rita Hernayanti

Diterbitkan oleh:

POLTEK USAHA MANDIRI

Jl. Tatabumi No.3 Banyuraden Gamping Sleman D.I Yogyakarta
Telp./Fax (0274) 617601

© 2019, Hak Cipta Dilindungi undang-undang,
dilarang keras menterjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta.

Lingkup Hak Cipta

Pasal 2:

1. Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sanksi pelanggaran pasal 72:

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksudkan dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana diumumkan dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU REMAJA TERHADAP PENCEGAHAN HIV/AIDS

Yulianti Eka P*, Munica Rita H, Ratyas Ekartika PCN
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,
Jl. Tatabumi No.3 Banyuraden, Gamping, Sleman
Email: yulianti.ekap@poltekkesjogja.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada tahun 2016 menempati urutan ke-9 sebagai provinsi dengan penderita HIV/AIDS terbanyak dan tertinggi diduduki Kabupaten Sleman. Secara global, AIDS merupakan penyebab kematian kedua pada remaja umur 10-19 tahun.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman.

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode survey analitik dengan desain *cross sectional*. Teknik sampling *stratified random sampling* dengan jumlah sampel 59 responden kelas XI di SMA Negeri 2 Sleman. Instrumen penelitian berupa kuesioner. Data dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik.

Hasil: Hasil penelitian ini menyatakan bahwa pengetahuan tentang HIV/AIDS terbanyak pada kategori cukup, yaitu 39 (66,1%) responden. Sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS terbanyak pada kategori mendukung, yaitu 32 (54,2%) responden. Sumber informasi mayoritas diperoleh dari media elektronik sebanyak 29 (49,2%). Perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS terbanyak pada kategori positif, yaitu 31 (52,5%) responden. Hasil uji *Chi-Square* faktor yang berhubungan secara signifikan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah tingkat pengetahuan $p=0,035$ dan sikap $p=0,007$. Faktor yang paling mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah sikap (p -value= 0,008; PR= 4,4; 95% CI=1,472-13,152).

Kesimpulan: Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan sikap dengan perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS. Sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS merupakan faktor yang paling mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Kata Kunci: Sikap, Perilaku, Remaja, Pencegahan HIV/AIDS

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat dan karuniaNya, sehingga kami dapat menyelesaikan buku monograf yang berjudul “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS”. Kami berharap dengan buku monograf ini dapat mengembangkan kemampuan dan keterampilan dalam mensinergikan penelitian di Perguruan Tinggi, dalam rangka pengembangan Tri Dharma Perguruan Tinggi dalam bidang penelitian. Buku monograf ini tersusun atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu kami mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta beserta jajarannya, yang telah berkenan memberi kesempatan dan dukungan untuk penelitian ini.
2. Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Yogyakarta beserta jajaran yang telah memfasilitasi kegiatan penelitian ini
3. Ketua Jurusan Kebidanan beserta Dosen dan civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberi dukungan dan bantuan.
4. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang sudah membantu selama ini.

Akhirnya tidak ada gading yang tidak retak. Kami mohon maaf apabila masih banyak kekurangan dan kesalahan dalam penyusunan buku monograf ini. Saran dan masukan dari berbagai pihak kami harap demi kesempurnaan buku monograf ini.

Yogyakarta, Desember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	1
ABSTRAK.....	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	4
BAB I PENDAHULUAN.....	6
A. Latar Belakang.....	6
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Ruang Lingkup.....	12
E. Manfaat Penelitian.....	12
F. Keaslian Penelitian.....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	16
A. Telaah Pustaka.....	16
1. Telaah tentang HIV/AIDS.....	16
2. Telaah tentang Pengetahuan.....	26
3. Telaah tentang Sikap.....	29
4. Telaah tentang Sumber Informasi.....	34
5. Telaah tentang Perilaku.....	35
6. Telaah tentang Remaja.....	38
7. Telaah tentang Karakteristik.....	41
8. Telaah tentang <i>Theory Precede-Proceed Model</i>	42
B. Kerangka Teori.....	48
C. Kerangka Konsep.....	49
D. Hipotesis.....	50
BAB III METODE PENELITIAN.....	51
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	51
B. Populasi dan Sampel.....	52
C. Waktu dan Tempat.....	54
D. Variabel Penelitian.....	54
E. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	54
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data.....	56
G. Instrumen dan Bahan Penelitian.....	56
H. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	58
I. Prosedur Penelitian.....	61
J. Manajemen Data.....	63
K. Etika Penelitian.....	68
L. Kelemahan Penelitian.....	70
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	71
A. Hasil.....	71

B. Pembahasan.....	77
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA.....	90
BIODATA PENULIS.....	95

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa remaja sangat erat kaitannya dengan perkembangan psikis pada periode pubertas dan diiringi dengan perkembangan seksual.¹ Usia remaja adalah usia yang sedang mengalami peningkatan kerentanan terhadap berbagai ancaman risiko kesehatan terutama yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi termasuk peningkatan ancaman dari HIV/AIDS.² *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) adalah sindroma dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).³

Menurut UNAIDS (2014), 19 juta dari 35 juta orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia tidak mengetahui status HIV positif mereka.⁴ Sejak awal epidemi, lebih dari 70 juta orang terinfeksi virus HIV dan sekitar 35 juta orang meninggal karena HIV. Secara global, 36,7 juta orang hidup dengan HIV pada akhir 2016. Diperkirakan 0,8% orang dewasa berusia 15-49 tahun di seluruh dunia hidup dengan HIV. Satu juta orang meninggal karena penyakit terkait HIV di seluruh dunia tahun 2016.⁵ Secara global, AIDS merupakan penyebab kematian kedua pada remaja umur 10-19 tahun. Jumlah kematian terkait AIDS di kalangan remaja 15-19 tahun meningkat lebih dari dua kali lipat sejak tahun 2000. Secara global pada tahun 2015, rata-rata ada 29 infeksi baru setiap satu jam diantara kelompok usia ini.⁶

Jumlah kasus HIV/AIDS berfluktuatif setiap tahunnya. Pada akhir tahun 2016 jumlah kasus HIV/AIDS mengalami kenaikan dengan jumlah penderita di Indonesia dilaporkan sebanyak 41.250 kasus HIV dan 7.491 kasus AIDS. Jumlah AIDS yang dilaporkan menurut kelompok pekerjaan/status Oktober-Desember 2016 jumlah kasus AIDS pada anak sekolah/mahasiswa sebanyak 130 kasus, hampir sama dengan kasus pada kelompok penaja seks.⁷ DIY menempati urutan ke-9 sebagai provinsi dengan penderita HIV/AIDS terbanyak. Data kasus HIV/AIDS DIY tahun 2016 tertinggi diduduki Kabupaten Sleman dengan 868 kasus HIV dan 352 kasus AIDS. Kasus HIV berdasar jenis kelamin adalah 3.688 kasus, perempuan 1.178 kasus, laki-laki 2.429 kasus, dan tidak diketahui 81 kasus. Kasus HIV paling banyak ditemukan pada penduduk usia 20-29 tahun.⁸ Menurut KPA DIY (2016), kasus HIV/AIDS dari tahun 2014 sampai dengan 2016 terus mengalami peningkatan.^{9,10,11} Apabila AIDS tertinggi adalah kelompok umur 20-29 tahun, ini berarti jika sejak terinfeksi sampai masuk ke kondisi AIDS lamanya 5 tahun, maka usia terendah saat terinfeksi sekitar 15-24 tahun.¹²

Informasi tentang HIV relatif lebih banyak diterima oleh remaja, meskipun hanya 9,9% remaja perempuan dan 10,6% laki-laki yang memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV/AIDS.¹³ Hasil *Millennium Development Goals* (MDG's) persentase populasi usia 12-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS untuk laki-laki 67,3% dan perempuan 66%.¹⁴ Riskesdas tahun 2010 menyatakan, prevalensi penduduk umur 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS

(75,0%) meningkat dibandingkan Riskesdas 2007 (63,2%), prevalensi tertinggi di DIY (93,7%) sedangkan prevalensi pengetahuan komprehensif nasional sebesar 18,5%, DIY sebesar 20,3%.¹⁵ Untuk mencapai target MDG's, kemudian dilanjutkan dengan adanya *Sustainable Development Goals* (SDG's) yang menyatakan bahwa pada tahun 2030 akan mengakhiri epidemi AIDS.¹⁶ Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 11 ayat (1) menyatakan bahwa dinas yang mempunyai tugas dan tanggung jawab di bidang pendidikan bertanggung jawab atas pelaksanaan promosi di satuan pendidikan sesuai dengan kewenangannya.¹⁷

Pengetahuan yang baik akan mendukung sikap yang baik pula. Adanya suatu pengetahuan tentang HIV/AIDS dapat mempengaruhi siswa untuk bersikap sesuai pengetahuan yang didapat.¹⁸ Remaja yang tidak memiliki cukup pengetahuan, tidak bisa memahami perilaku berisiko yang dapat meningkatkan kemungkinan infeksi HIV. Remaja dengan tingkat sikap positif yang baik memiliki tingkat perilaku yang baik.¹⁹ Sikap sangat berkaitan erat dengan tingkat pengetahuan suatu individu. Sikap seseorang terhadap suatu objek menunjukkan tingkat pengetahuan orang tersebut terhadap suatu objek. Berdasarkan teori adaptasi apabila tingkat pengetahuan baik dapat mendorong suatu individu memiliki perilaku yang baik.²⁰ Keterpaparan sumber informasi berpengaruh terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS hal ini membuktikan bahwa keterpaparan sumber informasi sangat berperan dalam perubahan perilaku pencegahan HIV/AIDS.²¹ Menurut Heny (2011), Faktor-faktor yang

berhubungan dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007 adalah pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi rumah tangga, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko.²²

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman yang dilakukan dengan observasi dan wawancara diperoleh bahwa kasus HIV/AIDS 80% di Kabupaten Sleman. Berdasarkan data kasus menurut jenis pekerjaan urutan ke-3 ditempati oleh siswa/mahasiswa sebanyak 112 kasus. SMA Negeri 2 Sleman adalah sekolah yang terletak di Brayut Pandowoharjo, Kecamatan Sleman, Kabupaten Sleman yang dibawah oleh Puskesmas Sleman, puskesmas yang aktif di Kabupaten Sleman dalam melakukan kegiatan pencegahan HIV/AIDS dengan melakukan penyuluhan di sekolah wilayah kerjanya. Hal ini berhubungan dengan penelitian program pemerintah tentang Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Selain itu, SMA Negeri 2 Sleman juga sering mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan remaja dari kepolisian. Pada program kurikulum pendidikan SMA Negeri 2 Sleman sudah menerapkan pendidikan tentang HIV/AIDS pada mata pelajaran biologi dan penjasorkes (pendidikan jasmani, olahraga, dan kesehatan) serta mendapatkan penyuluhan tentang HIV/AIDS setiap tahunnya dari Puskesmas Sleman pada saat Masa Orientasi Siswa (MOS). Adanya penyuluhan yang sering diberikan dan pendidikan ini diharapkan menjadi salah satu upaya untuk mencegah kejadian HIV/AIDS

pada remaja. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS”.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS di DIY tergolong pada tingkat tinggi nasional yaitu 20,3%, tetapi angka kejadian HIV/AIDS di DIY masuk dalam provinsi terbanyak penderita HIV/AIDS ke-9. Padahal, sikap sangat berkaitan erat dengan tingkat pengetahuan suatu individu. Sikap seseorang terhadap suatu objek menunjukkan tingkat pengetahuan orang tersebut terhadap suatu objek. Berdasarkan teori adaptasi apabila tingkat pengetahuan baik dapat mendorong suatu individu memiliki perilaku yang baik. Pada program kurikulum pendidikan SMA Negeri 2 Sleman sudah menerapkan pendidikan tentang HIV/AIDS pada mata pelajaran biologi dan penjasorkes (pendidikan jasmani, olahraga, dan kesehatan) serta mendapatkan penyuluhan tentang HIV/AIDS setiap tahunnya dari Puskesmas Sleman pada saat Masa Orientasi Siswa (MOS). Adanya penyuluhan dan pendidikan ini diharapkan menjadi salah satu upaya untuk mencegah kejadian HIV/AIDS pada remaja. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian “Apa sajakah faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan jurusan pendidikan di SMA Negeri 2 Sleman.
- b. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS pada siswa SMA Negeri 2 Sleman yang menjadi responden.
- c. Untuk mengetahui sikap remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman yang menjadi responden.
- d. Untuk mengetahui sumber informasi tentang pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman yang menjadi responden.
- e. Untuk mengetahui perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman yang menjadi responden.
- f. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dan jurusan pendidikan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.
- g. Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.
- h. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.

- i. Untuk mengetahui hubungan sumber informasi dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.
- j. Untuk mengetahui faktor yang paling mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah kesehatan reproduksi.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS dan dapat dijadikan sebagai inspirasi untuk penelitian yang selanjutnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Guru dan Kepala Sekolah SMA Negeri 2 Sleman

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai saran untuk menambah kegiatan yang dapat membentuk perilaku siswa SMA Negeri 2 Sleman untuk mencegah penularan HIV/AIDS.

b. Bagi Siswa SMA Negeri 2 Sleman

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi tentang HIV/AIDS kepada siswa SMA Negeri 2 Sleman.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi untuk penelitian yang selanjutnya.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Judul Penelitian, Tahun	Desain Penelitian, Analisis Data dan Hasil	Perbedaan Penelitian
1.	<i>Cross Sectional Study of Knowledge, Attitude and Practice on HIV Infection Among Secondary School Students in Kuala Terengganu by Aung Z, Anisah, Wee KW, Kyin H, Than N, Kamil, et al.</i> ¹⁹	<p>Jenis penelitian dengan <i>design cross sectional</i>. Teknik pengambilan sampel dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 1839 responden sekolah menengah di Kuala Terengganu. Analisis data menggunakan metode statistik deskriptif dan analitis. Uji hipotesis dilakukan dengan uji "T" / <i>Mann Whitney</i>, uji ANOVA / <i>Kruskal Wallis</i>, uji korelasi <i>Pearson/Spearman</i> dan uji χ^2.</p> <p>Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada perbedaan gender dalam keseluruhan KAP (<i>Knowledge, Attitude, Practice</i>), ada hubungan yang signifikan antara usia dengan KAP secara keseluruhan. Secara statistik tidak ada hubungan pendidikan dengan sikap. Namun, pendidikan berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan dan KAP. Kesimpulan: Dalam penelitian ini, keterkaitan kuat yang signifikan ditemukan diantara pengetahuan, sikap, dan praktik dimana pengetahuan tetap menjadi faktor kunci yang dapat dimodifikasi untuk sikap dan praktik. Tingkat pengetahuan yang</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian sebelumnya dilakukan di sekolah menengah di Kuala Terengganu tahun 2013 sedangkan penelitian ini dilakukan di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018. - Pada penelitian ini menggunakan <i>stratified random sampling</i>, pada penelitian sebelumnya menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi. - Pada penelitian ini, variabel dependennya yaitu perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS, pada penelitian sebelumnya praktik terhadap infeksi HIV.

Lanjutan Tabel 1. Keaslian Penelitian

		baik mengurangi praktik buruk dan sikap buruk terhadap infeksi HIV.	
2.	<i>Assessment of Comprehensive HIV/AIDS Knowledge Level among In-School Adolescents in Eastern Ethiopia by Oljira Lemessa, Yemane B, and Alemayehu W.</i> ²³	<p>Desain penelitian <i>cross sectional</i>. Teknik pengambilan sampel secara <i>random</i> dengan populasi sebanyak 2860 siswa yang bersekolah di 14 SMA yang berada di 14 kabupaten di Ethiopia Timur. Analisis data menggunakan bivariat dan multivariat (regresi logistik).</p> <p>Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa hanya sekitar satu dari empat, 677 (24,5%), remaja di sekolah memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang komprehensif. Pengetahuan lebih baik di antara remaja yang sekolah dari keluarga dengan indeks kekayaan yang relatif menengah atau tinggi (<i>adjusted OR</i> [95% CI]= 1,39 [1,03-1,87] dan 1,75 [1,24-2,48]). Remaja yang mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS terutama dari teman atau media massa (<i>adjusted OR</i> [95% CI]= 1,63 [1,17-2,27] dan 1,55 [1,14-2,11]). Remaja yang menerima pendidikan tentang HIV/AIDS dan masalah seksual di sekolah (<i>adjusted OR</i> [95% CI]= 1,59 [1,22-2,08]). Wanita cenderung memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang komprehensif lebih rendah dibandingkan laki-</p>	<p>- Penelitian sebelumnya dilakukan di 14 SMA yang berada di 14 kabupaten di Ethiopia Timur tahun 2012 sedangkan penelitian ini dilakukan di SMA Negeri 2 Sleman tahun 2018.</p> <p>- Pada penelitian ini menggunakan <i>stratified random sampling</i>, pada penelitian sebelumnya menggunakan <i>random sampling</i>.</p> <p>- Pada penelitian ini, variabel independennya adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja dan dependennya adalah perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS, pada penelitian sebelumnya variabel penelitiannya adalah tingkat pengetahuan HIV/AIDS yang komprehensif.</p>

Lanjutan Tabel 1. Keaslian Penelitian

laki (*adjusted* OR [95% CI]=
0,60 [0,49-0,75]).

Kesimpulan: Secara umum, hanya sekitar seperempat remaja di sekolah yang memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang komprehensif. Remaja putri sangat rentan terhadap infeksi HIV dan pengaruhnya, kemungkinan besar karena memiliki pengetahuan HIV/AIDS secara komprehensif yang rendah. Kegiatan informasi HIV/AIDS, pendidikan, dan komunikasi perlu diintensifkan di sekolah menengah atas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. HIV/AIDS

a. Pengertian HIV

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Orang yang mengidap HIV positif atau pengidap HIV. Orang yang telah terinfeksi HIV dalam beberapa tahun pertama belum menunjukkan gejala apapun, secara fisik kelihatan tidak berbeda dengan orang lain. Namun, dia sudah bisa menularkan HIV pada orang lain.²⁴

b. Pengertian AIDS

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome*. *Syndrome* dalam bahasa Indonesia adalah sindroma yang berarti kumpulan gejala penyakit. *Deficiency* dalam bahasa Indonesia adalah kekurangan. *Immune* berarti kekebalan tubuh, sedangkan *acquired* berarti diperoleh atau didapat. Dalam hal ini, “diperoleh” mempunyai pengertian bahwa AIDS bukan penyakit keturunan, tetapi karena ia terinfeksi virus penyebab AIDS. Dengan demikian, AIDS dapat diartikan sebagai sekumpulan gejala penyakit akibat hilangnya/ menurunnya sistem kekebalan tubuh. AIDS merupakan fase terminal (akhir) dari infeksi HIV.²⁴

c. Fase Perkembangan Perjalanan HIV

Fase perkembangan perjalanan HIV di dalam tubuh manusia secara umum dibagi dalam 4 fase, yaitu:²⁴

1) Fase *Window Period* (Periode Jendela)

Pada fase ini seseorang yang telah terinfeksi HIV sama sekali tidak menunjukkan gejala apapun. Beberapa kejadian yang bisa dialami seorang pengidap HIV pada fase ini adalah beberapa gejala flu (pusing, lemas, demam, dan lain-lain). Hal ini biasanya terjadi antara 2-4 minggu setelah seseorang terinfeksi HIV. Pada fase periode jendela ini di dalam darah pengidap HIV belum terbentuk antibodi HIV sehingga apabila darahnya di tes dengan jenis tes yang cara kerjanya adalah mencari antibodi HIV, maka hasil tes akan negatif. Fase periode jendela ini bisa berlangsung selama 3 sampai 6 bulan dari saat terinfeksi HIV.²⁴

2) Fase *Asymptomatic* (Tanpa Gejala)

Pada fase ini seorang pengidap HIV tidak menunjukkan gejala sama sekali. Perlahan-lahan jumlah CD4 dalam darah menurun karena diserang oleh HIV. Kadang ada keluhan berkaitan dengan pembengkakan di kelenjar getah bening, tempat dimana sel darah putih diproduksi.²⁴

Menurut WHO, awalnya diperkirakan hanya sebagian kecil dari mereka yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala AIDS. Namun, kini ditemukan bahwa sekitar 20% dari mereka yang HIV

positif akan berkembang menjadi AIDS dalam waktu 10 tahun setelah terinfeksi. Sedangkan 50% lainnya dalam waktu 15 tahun. Berdasarkan keterangan di atas seseorang bisa saja terkena HIV dan tidak menunjukkan gejala apapun dalam waktu yang cukup lama (3-10 tahun).²⁴

3) Fase *Symptomatic* (Bergejala)

Pada fase ini seseorang yang mengidap HIV akan mengalami gejala-gejala ringan, tetapi tidak mengancam nyawanya, seperti demam yang bertahan lebih dari sebulan, menurunnya berat badan lebih dari 10%, diare selama sebulan (konsisten atau terputus-putus). Berkeringat di malam hari, batuk lebih dari sebulan, dan gejala kelelahan yang berkepanjangan (*fatigue*). Sering kali gejala-gejala *dermatitis* mulai muncul pada kulit, infeksi pada mulut dimana lidah sering terlihat dilapisi oleh lapisan putih, herpes, dan lainnya. Kehadiran satu atau lebih tanda-tanda terakhir ini menunjukkan seseorang sudah berpindah dari tahap infeksi HIV menuju AIDS. Bila hitungan CD4 turun pesat di bawah 200 sel/mm³, maka pada umumnya gejala menjadi kian parah sehingga membutuhkan perawatan yang lebih intensif.²⁴

4) Fase AIDS

Pada fase ini seorang pengidap HIV telah menunjukkan gejala-gejala AIDS. Ini menyangkut tanda-tanda yang khas AIDS, yaitu adanya infeksi oportunistik (penyakit yang muncul karena

kekebalan tubuh manusia sudah sangat lemah), seperti *pneumocytis carinii* (PCP) atau radang paru-paru, *candidiasis* atau jamur, *sarkoma kaposi* atau kanker kulit, *tuberkulosis* (TB), berat badan menurun drastis, diare tanpa henti, dan penyakit lainnya yang berakibat fatal. Gangguan syaraf juga sering dilaporkan, diantaranya hilangnya ketajaman daya ingat, timbulnya gejala gangguan mental (*dementia*), dan perubahan perilaku secara progresif. Disfungsi kognitif sering terjadi dengan tanda awal, diantaranya adalah tremor (gemetar tubuh) serta kelambanan bergerak. Hilangnya kemampuan melihat dan *paraplegia* (kelumpuhan kaki) juga bisa timbul di fase ini.²⁴

d. Cara Penularan HIV/AIDS

Penularan HIV dapat terjadi bila ada kontak atau masuknya cairan tubuh yang mengandung HIV, yaitu:²⁴

- 1) Melalui hubungan seksual yang berisiko tanpa menggunakan pelindung dengan seseorang yang mengidap HIV.
- 2) Melalui tranfusi darah dan transplantasi organ yang tercemar HIV.
- 3) Melalui alat suntik atau alat tusuk lainnya yang dapat menembus kulit (akupunktur, tindik, tato) yang tercemar oleh HIV.
- 4) Penularan HIV dari perempuan pengidap HIV bisa terjadi melalui beberapa proses, yaitu saat menjalani kehamilan, saat proses melahirkan, melalui pemberian ASI.

- 5) Melalui orang-orang yang memiliki perilaku berisiko tinggi untuk terinfeksi HIV, yaitu:²⁴
- a) Perempuan dan laki-laki yang berganti-ganti pasangan, beserta pasangan mereka.
 - b) Penjaja seks, serta pelanggannya.
 - c) Pasangan dari laki-laki pelanggan pekerja seks, misalnya ibu rumah tangga.
 - d) Pengguna narkoba suntik yang menggunakan jarum suntik secara bersamaan.

Beberapa perilaku atau tindakan yang tidak menularkan HIV, yaitu:²⁴

- 1) Bersentuhan dengan pengidap HIV.
- 2) Berjabat tangan.
- 3) Bersentuhan dengan pakaian dan barang-barang bekas pakai ODHA.
- 4) Bersin atau batuk-batuk.
- 5) Berciuman.
- 6) Melalui makanan dan minuman.
- 7) Berenang bersama di kolam renang.
- 8) Menggunakan WC atau jamban yang sama dengan pengidap HIV.
- 9) Melalui gigitan nyamuk atau serangga lain.

e. Pencegahan HIV/AIDS

Ada beberapa upaya yang dapat dilakukan seseorang dalam mencegah tertularnya HIV, seperti berikut:^{12,24}

1) Pencegahan penularan melalui kontak seksual (ABC)

- a) A= *abstinence* atau absen, tidak melakukan hubungan seksual sama sekali.²⁴ Hubungan seksual hanya dilakukan melalui pernikahan yang sah.¹²
- b) B= *be faithfull* atau saling setia, hanya melakukan hubungan seksual dengan satu orang, saling setia dan resmi sebagai pasangan suami istri.²⁴
- c) C= *condom*, apabila salah satu pasangan sudah terinfeksi HIV atau tidak dapat saling setia, maka gunakan pengaman atau pelindung untuk mencegah penularan HIV.²⁴

2) Pencegahan penularan melalui darah (termasuk DE)

- a) D= *drug*, jangan menggunakan narkoba terutama yang narkoba suntik karena dikhawatirkan jarum suntik tidak steril.
- b) E= *education* atau *equipment*, pendidikan seksual sangat penting khususnya bagi para remaja agar mereka tidak terjerumus dalam perilaku berisiko serta mewaspadaai semua alat-alat tajam yang ditusukkan ketubuh atau yang dapat melukai kulit, seperti jarum akupuntur, alat tindik, pisau cukur, agar semuanya steril dari HIV lebih dulu sebelum digunakan atau pakai jarum atau alat baru yang belum pernah digunakan.¹²

3) Pencegahan penularan dari ibu kepada anak

Pada kondisi biasa, janin dari perempuan pengidap HIV berisiko tertular sekitar 25-30%. Risiko bayi terinfeksi HIV melalui ASI adalah sangat kecil sehingga tetap dianjurkan bagi si ibu untuk memberikan ASI pada bayinya. Program pencegahan penularan penyakit dari perempuan atau ibu pengidap HIV kepada bayinya dikenal dengan PMTCT (*Prevention of Mother to Child Transmission*) atau PPTCT (*Prevention of Parents to Child Transmisson*). Program ini meliputi 3 tindakan utama yaitu:²⁴

- a) Pemberian ARV (*antiretroviral*) saat kehamilan.
- b) Terapi kelahiran, misal kelahiran *caesar*.
- c) Pemberian ASI eksklusif selama 3 atau 6 bulan pertama tanpa pemberian makanan tambahan atau tidak melakukan pemberian ASI eksklusif, tetapi diganti dengan pemberian susu formula dari awal, maka bisa dilakukan juga pemberian makanan tambahan lainnya.²⁴

f. Terapi HIV/AIDS

Saat ini, belum ditemukan obat yang dapat menghilangkan HIV/AIDS dari tubuh manusia. Obat yang ada hanya menghambat virus (HIV), tetapi tidak dapat menghilangkan HIV di dalam tubuh. Obat tersebut adalah *antiretroviral* (ARV). Ada beberapa macam obat ARV secara kombinasi (*triple drugs*) yang dijalankan dengan dosis dan cara yang benar mampu membuat jumlah HIV menjadi sangat sedikit bahkan

sampai tidak terdeteksi. Menurut data FKUI/RSCM tahun 2010, lebih dari 250 ODHA (Orang Dengan HIV dan AIDS) yang minum ARV secara rutin setiap hari, setelah 6 bulan jumlah *viral load*-nya (banyaknya jumlah virus dalam darah) tidak terdeteksi. Meski sudah tidak terdeteksi, pemakaian ARV tidak boleh dihentikan karena dalam waktu dua bulan akan kembali ke kondisi sebelum diberi ARV. Ketidaktaatan dan ketidakteraturan dalam menerapkan terapi ARV adalah alasan utama mengapa penderita gagal memperoleh manfaat dari penerapan ARV.¹²

Terdapat bermacam-macam alasan atas sikap tidak taat dan tidak teratur untuk penerapan pengobatan tersebut, diantaranya karena adanya efek samping/dampak pengobatan tidak bisa ditolerir (diare, tidak enak badan, mual, dan lelah), terapi antiretrovirus sebelumnya yang tidak efektif, infeksi HIV tertentu yang resisten obat, tingkat kepatuhan pasien, dan kesiapan mental pasien untuk memulai perawatan awal. Tanpa terapi antiretrovirus, rata-rata lamanya perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS ialah 9-10 tahun dan rata-rata waktu hidup setelah mengalami AIDS hanya sekitar 9,2 bulan. Namun demikian, laju perkembangan penyakit ini pada setiap orang sangat bervariasi, yaitu dari 2 minggu sampai 20 tahun.¹²

Banyak faktor yang mempengaruhinya, diantaranya adalah kekuatan tubuh untuk bertahan melawan HIV (seperti fungsi kekebalan tubuh) dari orang yang terinfeksi. Orang tua umumnya memiliki kekebalan yang lebih lama daripada orang yang lebih muda sehingga

lebih berisiko mengalami perkembangan penyakit yang pesat. Akses yang kurang terhadap perawatan kesehatan dan adanya infeksi lainnya seperti *tuberculosis* juga dapat mempercepat perkembangan penyakit ini. HIV memiliki beberapa variasi genetik dan berbagai bentuk yang berbeda yang akan menyebabkan laju perkembangan penyakit klinis yang berbeda-beda pula. Terapi antiretrovirus yang sangat aktif akan dapat memperpanjang rata-rata waktu berkembang AIDS serta rata-rata waktu kemampuan penderita bertahan hidup.¹²

g. Jenis Pelayanan yang Terkait HIV dan AIDS

Berikut ini merupakan macam-macam jenis pelayanan HIV dan AIDS yang ada sampai saat ini adalah:²⁴

- 1) *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) adalah konseling dan tes HIV yang dilakukan secara sukarela untuk mengetahui status HIV seseorang, dikenal juga sebagai Konseling Testing secara Sukarela (KTS).²⁴
- 2) *Prevention of Mother To Child Transmission* (PMTCT) atau *Prevention of Parents To Child Transmission* (PPTCT) atau Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) merupakan pelayanan yang dikhususkan terhadap para ibu yang terinfeksi HIV. Setiap ibu berstatus HIV yang hamil menjadi perhatian dari pelayanan ini. Pelayanan yang didapat adalah konseling, pemeriksaan rutin kehamilan, terapi ARV, proses kelahiran dan

penanganan ibu dan anak dari setelah kelahiran termasuk gizi, nutrisi bayi, dan pemeriksaan untuk status HIV bayi.²⁴

- 3) *Provider Initiated Test and Counseling* (PITC) merupakan layanan pemeriksaan darah untuk mengetahui status HIV seseorang pasien yang datang dengan gejala penyakit terkait HIV, diagnosis dan tatalaksana klinik berdasarkan diagnosis HIV.²⁴
- 4) *Care Support and Treatment* (CST) merupakan pelayanan terkait dengan pemberian dukungan kepada orang yang berstatus HIV positif. CST memberikan dukungan dan layanan berupa pemeriksaan laboratorium terkait dengan tingkat CD4 (jumlah CD4 dalam darah), *viral load* (jumlah HIV dalam mm³ darah), terapi ARV, dukungan sosial, ekonomi, atau spiritual.²⁴

h. Tes HIV

Saat ini tersedia beberapa jenis tes darah yang dapat membantu memastikan apakah seseorang terinfeksi HIV atau tidak. Beberapa tes darah yang tersedia saat ini diantaranya:²⁴

- 1) ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*) adalah tes yang dilakukan untuk mencari antibodi yang ada dalam darah. Tes ini bersifat sensitif membaca kelainan darah.²⁴
- 2) *Western Blot* juga untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV. Tes ini lebih akurat dan lebih mahal dibandingkan dengan ELISA dan lebih spesifik dalam mendiagnosis kelainan dalam darah.²⁴

3) *Rapid Test* adalah tes yang digunakan untuk melakukan penapisan awal sehingga dapat dilakukan deteksi dini. Tes ini mudah digunakan dan hasilnya diperoleh dalam jangka waktu singkat (10 menit sampai 2 jam).²⁴

i. Mitos tentang HIV/AIDS

Beberapa pendapat yang tidak benar tentang HIV/AIDS yang harus diluruskan untuk mendukung upaya penanggulangan HIV/AIDS, antara lain HIV menular melalui nyamuk yang menggigit ODHA, penggunaan toilet yang pernah digunakan oleh ODHA, hanya bisa menular melalui pekerja seks, ODHA adalah orang yang tidak berdaya dan tidak bisa melakukan apa-apa, bayi yang dilahirkan oleh seorang perempuan yang HIV positif pasti akan tertular HIV dari ibunya, HIV/AIDS penyakit karena penyimpangan seksual, kutukan Tuhan, bisa disembuhkan, mengalami nafsu makan menurun disertai berat badan turun drastis sudah pasti tanda-tanda terinfeksi HIV, mengkarantina ODHA cara efektif pencegahan HIV, berenang bersama ODHA menularkan HIV, berhubungan seks sekali tanpa kondom tidak ada risiko tertular HIV, HIV hanya bisa menular melalui kaum homoseksual saja, dan kelompok homoseksual memiliki risiko paling tinggi tertular HIV dibandingkan heteroseksual atau biseksual.²⁴

2. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).²⁵

b. Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif, antara lain:²⁵

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.²⁵

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan,

menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan-makanan yang bergizi.²⁵

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumusan statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.²⁵

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.²⁵

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan

yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.²⁵

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.²⁵

c. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan pengetahuan. Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:²⁶

Baik: bila persentase jawaban benar 76%-100%.

Cukup: bila persentase jawaban benar 56%-75%.

Kurang: bila persentase jawaban benar <56%.

3. Sikap

a. Pengertian Sikap

Barkowits (1972), menyatakan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Sikap merupakan suatu konstruk multidimensional yang terdiri atas

kognisi, afeksi, dan konasi. Ajzen (1988), menempatkan ketiga komponen afeksi, kognisi, dan konasi sebagai faktor jenjang pertama dalam suatu model hirarkis. Ketiganya didefinisikan tersendiri dan kemudian dalam abstraksi yang tinggi membentuk konsep sikap sebagai faktor tunggal jenjang kedua.²⁷

b. Struktur Sikap

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu:²⁷

1) Komponen Kognitif (*cognitive*)

Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Kepercayaan datang dari apa yang telah kita lihat atau apa yang telah kita ketahui. Berdasarkan apa yang telah kita lihat itu kemudian terbentuk suatu ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum suatu objek. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari objek tertentu.²⁷

2) Komponen afektif (*affective*)

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Namun, pengertian perasaan pribadi seringkali sangat berbeda perwujudannya bila dikaitkan dengan sikap. Reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini banyak dipengaruhi oleh

kepercayaan atau apa yang kita percayai sebagai benar dan berlaku bagi objek termaksud.²⁷

3) Komponen Konatif (*conative*)

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual. Karena itu adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang akan dicerminkannya dalam bentuk tendensi perilaku terhadap objek. Pengertian kecenderungan berperilaku menunjukkan bahwa komponen konatif meliputi bentuk perilaku yang tidak hanya dapat dilihat secara langsung saja, akan tetapi meliputi pula bentuk-bentuk perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang.²⁷

c. Pengukuran Sikap

Salah satu aspek yang sangat penting guna memahami sikap dan perilaku manusia adalah masalah pengungkapan (*assessment*) atau

pengukuran (*measurment*) sikap. Skala sikap (*attitude scales*) berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai suatu objek sikap. Dari respons subjek pada setiap pernyataan itu kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang. Pernyataan sikap (*attitude statements*) adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai objek sikap yang hendak diungkap. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal yang positif mengenai objek sikap, yaitu kalimatnya bersifat yang positif mengenai objek sikap, yaitu kalimatnya bersifat mendukung atau memihak pada objek sikap yang disebut sebagai pernyataan *favorable*. Pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal yang negatif mengenai objek sikap, yaitu yang bersifat tidak mendukung ataupun kontra terhadap objek sikap yang hendak diungkap yang disebut sebagai pernyataan *unfavorable*.²⁷

Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri atas pernyataan *favorable* dan pernyataan *unfavorable* dalam jumlah yang kurang lebih seimbang. Variasi pernyataan *favorable* dan *unfavorable* akan membuat responden memikirkan lebih hati-hati isi pernyataannya sebelum memberikan respons sehingga stereotipe dalam menjawab dapat dihindari. *Likert* (Gable, 1986), merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respons sebagai dasar penentuan nilai skalanya. Nilai skala setiap pernyataan tidak akan ditentukan oleh derajat favorabelnya masing-masing akan tetapi ditentukan oleh distribusi respons setuju atau tidak setuju dari

sekelompok responden yang bertindak sebagai kelompok uji-coba (*pilot study*). Prosedur penskalaan dengan metode rating yang dijumlahkan didasari oleh dua asumsi, yaitu:²⁷

- 1) Setiap pernyataan sikap yang telah ditulis dapat disepakati sebagai pernyataan yang *favorable* atau pernyataan yang *unfavorable*.
- 2) Jawaban yang diberikan oleh individu yang mempunyai sikap positif harus diberi bobot atau nilai yang lebih tinggi daripada jawaban yang diberikan oleh responden yang mempunyai sikap negatif.

Suatu cara untuk memberikan interpretasi terhadap skor individual dalam skala rating yang dijumlahkan adalah dengan membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau mean skor kelompok di mana responden itu termasuk. Perbandingan relatif ini akan menghasilkan interpretasi skor individual sebagai lebih atau kurang favorabel dibandingkan dengan rata-rata kelompoknya. Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala model *Linkert* adalah skor-T, yaitu:²⁷

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

Keterangan: X= Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T.

\bar{X} = Mean skor kelompok.

S = Deviasi standar skor kelompok.

Perlu diingat bahwa perhitungan harga \bar{X} dan s tidak dilakukan pada distribusi skor dari satu pernyataan saja, melainkan dihitung dari

distribusi skor total keseluruhan responden, yaitu skor sikap para responden untuk keseluruhan pernyataan. Skor X perlu diubah menjadi skor T agar dapat diinterpretasikan. Skor T tidak tergantung pada banyaknya pernyataan, akan tetapi tergantung pada mean dan deviasi standar pada skor kelompok. Jika skor T yang didapat lebih besar dari nilai mean, maka mempunyai sikap cenderung lebih *favourable* atau mendukung jika data terdistribusi normal atau skor lebih besar dari median T jika data terdistribusi tidak normal. Sebaliknya, jika skor T yang didapat lebih kecil dari nilai mean, maka mempunyai sikap cenderung *unfavourable* atau tidak mendukung jika data terdistribusi normal atau skor lebih kecil dari median T jika data terdistribusi tidak normal.²⁷

4. Sumber Informasi

a. Pengertian Sumber Informasi

Informasi dapat diperoleh melalui berbagai sumber dalam bentuk lisan maupun tulisan yang disebut dengan sumber informasi.²⁸ Media massa merupakan sumber informasi utama pelajar dalam mendapatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS.²⁹ Walaupun pengaruh media massa tidaklah sebesar pengaruh interaksi individual secara langsung, tetapi dalam proses pembentukan sikap, peranan media massa tidak kecil.²⁷ Media sangat berperan penting dalam membentuk pengetahuan seorang remaja dalam menekan peningkatan HIV/AIDS. Peran media massa yang

diberikan secara pesan terbuka akan mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan dan bertindak dengan cara positif.³⁰ Kecenderungan sikap positif yang dimiliki responden untuk melakukan upaya pencegahan yang kurang baik bisa disebabkan karena pemahaman akan HIV dan AIDS tidak secara menyeluruh.³¹ Keterpaparan sumber informasi berpengaruh terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS. Hal ini membuktikan bahwa keterpaparan sumber informasi sangat berperan dalam perubahan perilaku pencegahan HIV/AIDS.²¹ Menurut Green dalam Notoatmodjo (2012) menyatakan faktor yang mempengaruhi perilaku salah satunya *enabling factor* dimana media merupakan komponen faktor tersebut.²⁵

b. Bentuk Sumber Informasi

Sumber informasi dapat berbentuk, antara lain:²⁸

- 1) Media tulis cetak, seperti: buku, koran, tabloit, majalah, ensiklopedia, surat, buletin, jurnal, dan selebaran.
- 2) Media elektronik, seperti: radio, televisi, dan internet.
- 3) Langsung dari narasumber yang bersangkutan dengan melalui percakapan, wawancara, diskusi, seminar, dan lain-lain. Narasumber tentunya orang-orang yang dianggap ahli di bidangnya, seperti tokoh agama, para guru, dan ilmuwan²⁸

5. Perilaku

a. Pengertian Perilaku

Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak diamati oleh pihak luar. Skinner (1938), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).²⁵ Berdasarkan model perubahan perilaku *PRECEDE-PROCEED* yang merupakan model promosi kesehatan yang dikembangkan oleh Lawrence Green dan M. Kreuter (2005) menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan. Faktor-faktor yang memiliki potensi untuk mempengaruhi determinan perilaku dan lingkungan ini diklasifikasikan sebagai predisposisi (*Predisposing factors*), penguatan (*Reinforcing factors*), dan pemungkin (*Enabling factors*) yang secara kolektif mempengaruhi kemungkinan perubahan perilaku dan lingkungan yang akan terjadi.³²

b. Bentuk Perilaku

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:²⁵

1) Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

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

oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*.²⁵

2) Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).²⁵

c. Pengukuran Perilaku

Teknik skala yang dapat digunakan untuk mengukur perilaku adalah teknik skala *Guttman*. Pada skala pengukuran dengan ini akan didapat jawaban yang tegas, yaitu “ya-tidak”, “benar-salah”, “positif-negatif” dan lain-lain. Data yang diperoleh dapat berupa data interval atau rasio dikhotomi. Jadi, kalau pada skala *Likert* terdapat 3,4,5,6,7 interval, dari kata “sangat setuju” sampai “sangat tidak setuju”, maka pada skala *Guttman* hanya ada dua interval, yaitu “setuju” atau “tidak setuju”. Penelitian menggunakan skala *Guttman* dilakukan bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan. Skala *Guttman* selain dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda, juga dapat dibuat dalam bentuk *checklist*. Jawaban dapat dibuat skor tertinggi satu dan terendah nol. Misal untuk jawaban setuju diberi skor 1 dan tidak setuju diberi skor 0. Analisa dilakukan seperti skala *Likert*.³³ Penilaian perilaku yang didapatkan, yaitu:²⁷

- 1) Jika skor T yang didapat lebih besar dari nilai mean, maka mempunyai perilaku cenderung lebih *favourable* atau positif jika data terdistribusi normal atau skor lebih besar dari median T jika data terdistribusi tidak normal.
- 2) Jika skor T yang didapat lebih kecil dari nilai mean, maka mempunyai perilaku cenderung *unfavourable* atau negatif jika data terdistribusi normal atau skor lebih kecil dari median T jika data terdistribusi tidak normal.

6. Remaja

a. Pengertian Remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, meliputi semua perkembangan yang dialami sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Remaja merupakan suatu masa kehidupan individu dimana terjadi eksplorasi psikologis untuk menemukan identitas diri. Pada masa transisi dari masa kanak-kanak ke masa remaja, individu mulai mengembangkan ciri-ciri abstrak dan konsep diri menjadi lebih berbeda (Kusmiran, E., 2012).³⁴ Masa remaja sangat erat kaitannya dengan perkembangan psikis pada periode pubertas dan diiringi dengan perkembangan seksual. Remaja juga mengalami perubahan yang mencakup perubahan fisik dan emosional yang kemudian tercermin dalam sikap dan perilaku.¹ Usia remaja adalah usia yang sedang mengalami peningkatan kerentanan terhadap berbagai ancaman risiko kesehatan terutama yang berkaitan dengan kesehatan

seksual dan reproduksi termasuk peningkatan ancaman dari HIV/AIDS.² Kondisi ini menyebabkan remaja rentan terhadap masalah perilaku berisiko dalam penularan HIV/AIDS. Kasus HIV/AIDS pada remaja tidak terlepas dari perkembangan globalisasi, mengakibatkan adanya perubahan sosial dan gaya hidup remaja saat ini yang cenderung melakukan perilaku berisiko seperti hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, hubungan seks pranikah, serta penggunaan narkoba.¹

b. Perkembangan Remaja

Perkembangan seksual remaja dibagi dalam beberapa fase:³⁵

1) Praremaja (Laki-laki < 11 tahun, perempuan < 9 tahun)

Suatu tahap untuk memasuki tahap remaja yang sesungguhnya. Ciri-ciri perkembangan seksual pada masa ini adalah perkembangan fisik yang masih tidak banyak berbeda dengan sebelumnya. Pada masa praremaja ini mereka sudah mulai senang mencari tahu informasi tentang seks dan mitos seks baik dari teman sekolah, keluarga atau dari sumber lainnya.³⁵

2) Remaja Awal (Laki-laki 11-14 tahun, perempuan 9-13 tahun)

Remaja sudah mulai tampak ada perubahan fisik, yaitu fisik sudah mulai matang dan berkembang. Remaja sudah mulai mencoba melakukan onani karena telah sering kali terangsang secara seksual akibat pematangan yang dialami. Rangsangan ini akibat faktor internal karena meningkatnya kadar testosteron pada laki-laki dan estrogen pada perempuan. Hampir sebagian besar dari laki-laki pada

periode ini tidak bisa menahan untuk tidak melakukan onani sebab pada masa ini mereka seringkali mengalami fantasi. Tidak jarang dari mereka yang memilih melakukan aktifitas nonfisik untuk melakukan fantasi atau menyalurkan perasaan cinta dengan teman lawan jenisnya, yaitu dengan bentuk hubungan telepon dan surat-menyerat.³⁵

3) Remaja Menengah (Laki-laki 14-17 tahun, perempuan 13-16 tahun)

Remaja pada masa ini memiliki rasa ingin tahu yang besar terhadap sesuatu yang baru sehingga dorongan kuat dalam dirinya terkadang mengarah kepada perilaku yang dilarang seperti seks bebas. Para remaja sudah mengalami pematangan fisik secara penuh, yaitu anak laki-laki sudah mengalami mimpi basah sedangkan anak perempuan sudah mengalami haid. Pada masa ini gairah seksual remaja mencapai puncaknya sehingga mereka mempergunakan kesempatan untuk melakukan sentuhan fisik. Mereka tidak jarang melakukan pertemuan bercumbu bahkan kadang-kadang mereka mencari kesempatan untuk melakukan hubungan seksual. Sebagian besar dari mereka mempunyai sikap yang tidak mau bertanggungjawab terhadap perilaku yang mereka lakukan.³⁵

4) Remaja Akhir (Laki-laki >17 tahun, perempuan >16 tahun)

Remaja sudah mengalami perkembangan fisik secara penuh, sudah seperti orang dewasa. Perkembangan kognitif mereka sudah

lengkap sehingga sebagian besar mampu memahami persoalan kesehatan. Mereka telah mempunyai perilaku seksual yang sudah jelas dan mereka sudah mulai mengembangkannya dalam bentuk pacaran. Remaja pada masa ini juga sudah mulai memahami tentang tanggung jawab atas akibat-akibat dari perbuatan yang telah mereka lakukan.³⁵

7. Karakteristik

a. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seorang lahir. Artinya, jenis kelamin berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil, dan menyusui.³⁶

b. Jurusan Pendidikan

Pada penelitian ini, pendidikan didasarkan pada jurusan pendidikan. Penentuan jurusan belajar siswa Sekolah Menengah Atas (SMA) ditetapkan dalam kurikulum 2013 yang proses pelaksanaan penjurusannya dimulai dari kelas X. Jurusan merupakan pengelompokan minat belajar siswa yang digolongkan menjadi tiga jenis, yaitu IPA, IPS, Bahasa, dan Budaya. Proses penentuan tujuan telah diatur dalam Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2014 tentang Peminatan pada Pendidikan Menengah serta Buku Pedoman Peminatan Peserta Didik Tahun 2013.³⁷ Dasar

pertimbangan penjurusan adalah kemampuan dasar umum (kecerdasan), bakat, minat, dan kecenderungan pribadi, hasil belajar, ketersediaan fasilitas sekolah, dorongan moral dan finansial orang tua.³⁸

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.²⁶

8. Theory *PRECEDE-PROCEED Model*

a. Pengertian *PRECEDE-PROCEED Model*

Model perubahan perilaku *PRECEDE-PROCEED* merupakan model promosi kesehatan yang dikembangkan oleh Lawrence Green dan M. Kreuter (2005) yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan sehingga memiliki dua bagian yang berbeda. Pertama *PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation)*. Kedua *PROCEED (Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviromental,*

Development). Salah satu yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan adalah model *PRECEDE-PROCEED*. *PRECEDE* bagian dari fase (1-4) berfokus pada perencanaan program dan bagian *PROCEED* fase (5-8) berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan dimulai dengan hasil yang lebih umum dan pindah ke hasil yang lebih spesifik. Secara bertahap proses mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program.³²

Model *PRECEDE-PROCEED* dapat digunakan untuk meningkatkan evaluasi masalah kesehatan, perilaku kesehatan, dan perubahan yang diinginkan serta dapat menjadi panduan untuk perencanaan dan evaluasi intervensi. Model ini memberikan kerangka kerja terstruktur untuk menerapkan teori perilaku kesehatan di semua tingkat. Sesuai dengan prinsip penelitian partisipatif berbasis masyarakat, model ini menekankan partisipasi masyarakat dalam memilih perilaku prioritas atau isu yang harus ditangani. Akhirnya, kerangka kerja mendorong pendekatan multidisiplin dan penilaian komprehensif terhadap beberapa faktor yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan masyarakat saat ini.³²

Pada delapan fase yang ada pada model *PRECEDE-PROCEED* ini akan berfokus pada fase ketiga. Pada fase ketiga, penilaian edukasi dan ekologi (*educational and ecological assessment*) menyatakan

bahwa terdapat faktor-faktor yang memiliki potensi untuk mempengaruhi determinan perilaku dan lingkungan. Faktor-faktor ini diklasifikasikan sebagai predisposisi (*Predisposing factors*), penguatan (*Reinforcing factors*), dan pemungkin (*Enabling factors*) yang secara kolektif mempengaruhi kemungkinan perubahan perilaku dan lingkungan yang akan terjadi.³²

b. Faktor Determinan yang Mempengaruhi Perilaku

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Merupakan anteseden dari perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan sesuatu tindakan, nilai, dan kebutuhan yang dirasakan berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak. Mereka sebagian besar berada dalam domain psikologi. Secara umum dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, beberapa karakteristik individu, misalnya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.³²

2) Faktor Penguatan (*Reinforcing factors*)

Faktor Penguat adalah faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tersebut. Merupakan faktor yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus-menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya pengulangan. Faktor penguat merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah perilaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan. Faktor ini juga meliputi konsekuensi fisik dari perilaku yang mungkin terpisah dari konteks sosial. Sebagai contoh adalah perasaan nyaman (atau sakit) yang disebabkan oleh latihan fisik. Keuntungan sosial (contoh: pengakuan dari orang lain), keuntungan fisik (contoh: kenyamanan), penghargaan yang dapat diukur (contoh: keuntungan ekonomi, bebas biaya), dan penghargaan imajinatif (contoh: penghormatan dari orang lain, hubungan dengan orang terhormat yang mempunyai perilaku yang sama) semuanya memperkuat perilaku. Faktor penguat juga meliputi konsekuensi yang berlawanan atau hukuman yang dapat membawa pada perilaku yang positif. Beberapa faktor penguat yang memberikan penguatan sosial dapat menjadi faktor pemungkin jika berubah menjadi dukungan sosial, seperti bantuan keuangan atau bantuan transport.

Penguatan dapat bersifat imajinatif, seperti meniru suatu perilaku sesudah tertarik dengan seseorang dalam suatu iklan televisi yang terlihat sangat menikmati perilaku tersebut. Penguatan bersifat positif atau sebaliknya tergantung pada sikap dan perilaku orang-orang yang terkait dan beberapa diantaranya mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap perilaku. Dukungan sosial atau masyarakat dapat mendorong tindakan individu untuk bekerja sama atau bergabung dengan kelompok yang membuat perubahan. Dukungan tersebut dapat berasal dari anggota masyarakat, petugas kesehatan, dan praktisi promosi kesehatan.³²

3) Faktor Pemungkin (*Enabling factors*)

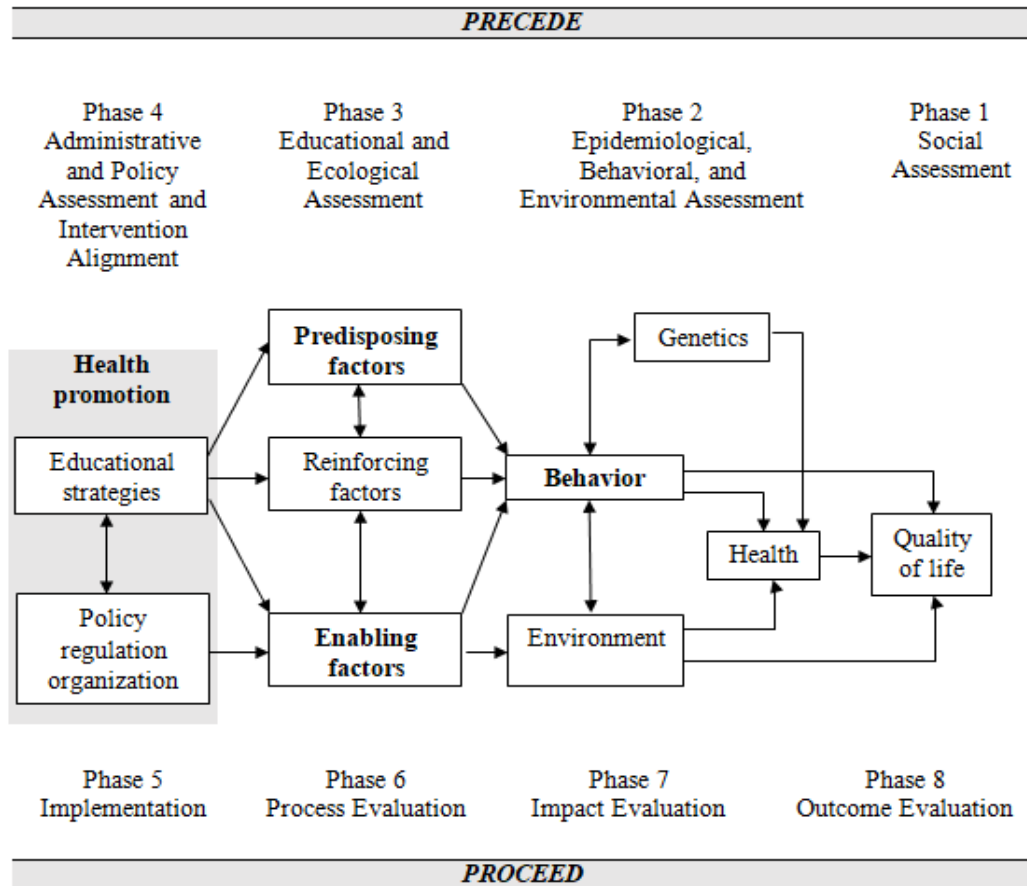
Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam faktor pemungkin, yaitu:³²

- a) Ketersediaan pelayanan kesehatan.
- b) Aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya, dan sosial.
- c) Adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut.

Faktor pemungkin seringkali merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi juga termasuk kondisi yang berlaku sebagai hambatan

dari tindakan itu, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi seseorang dalam program kesehatan. Faktor pemungkin juga meliputi ketrampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk membuat suatu perubahan perilaku atau lingkungan. Faktor pemungkin menjadi target antara dari intervensi program pada masyarakat atau organisasi. Terdiri dari sumber daya dan ketrampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya berupa organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik penjangkauan atau sumber daya sejenis. Ketrampilan dalam pengaruh terhadap masyarakat, seperti melalui perubahan organisasi dan kegiatan sosial dapat memungkinkan tindakan untuk secara langsung mempengaruhi lingkungan fisik atau lingkungan pelayanan kesehatan.³²

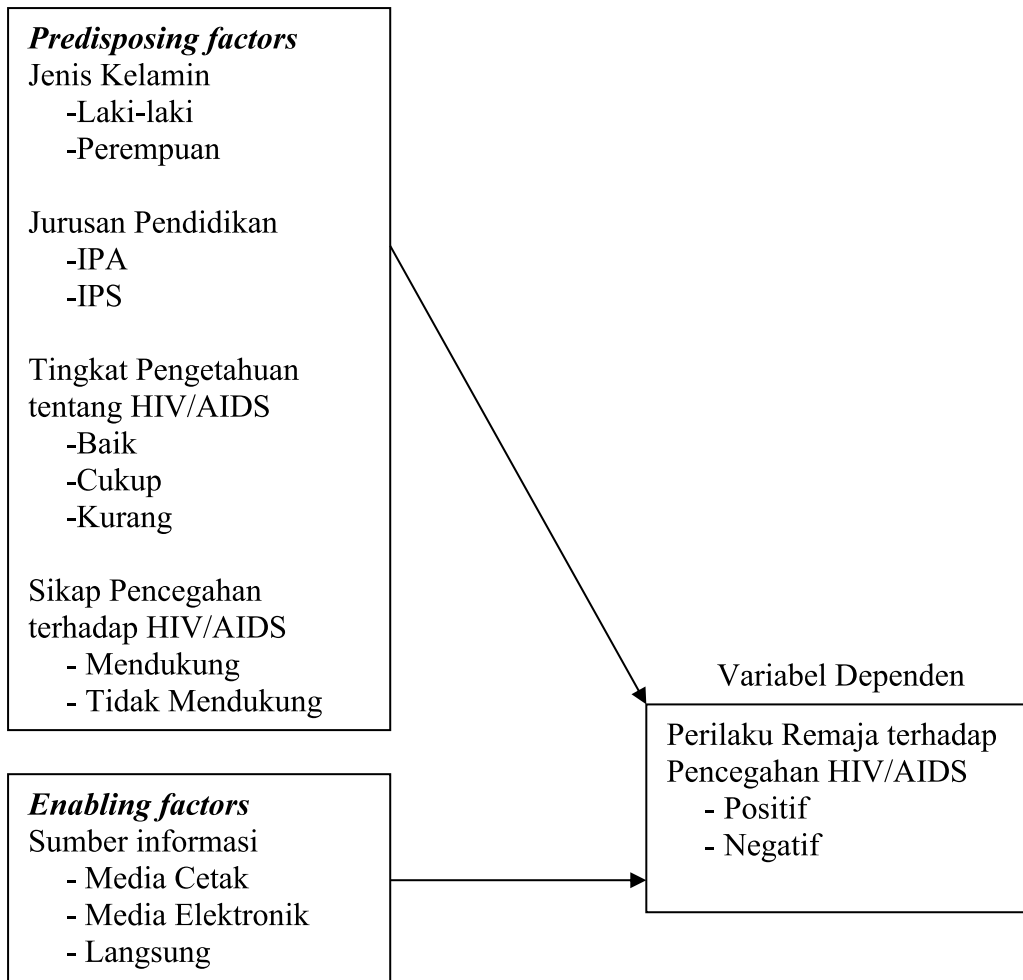
B. Kerangka Teori



Gambar 1. *Theory Precede Proceed* Green and Kreuter (2005) dalam *Health Promotion Programs from Theory to Practice* (2010).

C. Kerangka Konsep

Variabel Independen



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

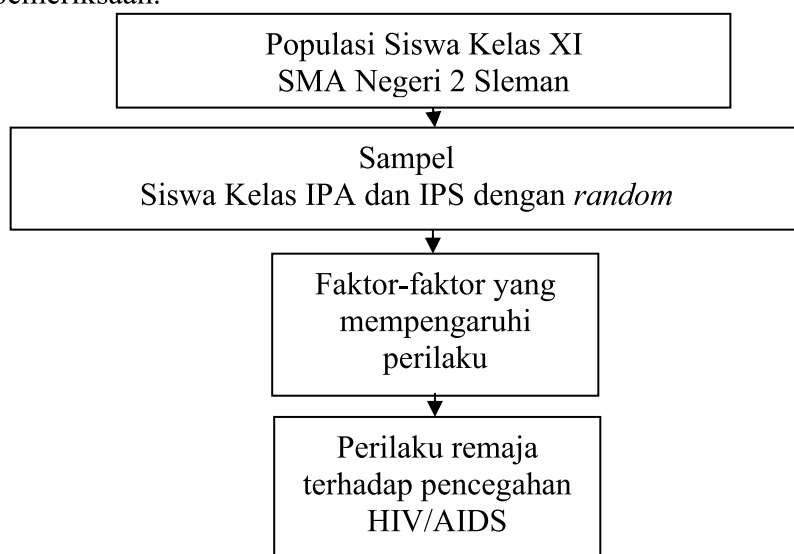
1. Ada hubungan jenis kelamin dan jurusan pendidikan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018.
2. Ada hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018.
3. Ada hubungan sikap dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018.
4. Ada hubungan sumber informasi dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018.
5. Ada faktor yang paling mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian survei analitik. Survei analitik adalah survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antar fenomena. Penelitian ini menggali tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. *Survey cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan.³⁹



Gambar 3. Desain Penelitian *Cross Sectional*

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian.³⁹ Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas XI di SMA Negeri 2 Sleman dengan jumlah 121 siswa, terdiri dari 2 kelas XI IPA dan 2 kelas XI IPS. Pemilihan populasi ini didasarkan untuk menghomogenkan keterpaparan informasi pada responden.

2. Sampel

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *stratified random sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan cara mengidentifikasi karakteristik umum dari anggota populasi, kemudian menentukan strata dari karakteristik unit tersebut.³⁹ Pada penelitian ini pengambilan sampel diambil dengan cara *merandom* semua kelas XI jurusan IPA dan IPS.

Sample size (rumus *Vincent Gaspersz* dalam Tinceuli Sinaga, 2007):⁴⁰

$$n = \frac{N \cdot Zc^2 \cdot P(1-P)}{N \cdot G^2 + Zc^2 \cdot P(1-P)}$$

Keterangan: n = Besar sampel.

N = Besar populasi.

Zc = Nilai derajat kepercayaan 95% (1,96)

G = Galat pendugaan (0,1)

P = Proporsi dari populasi ditetapkan (P=0,5)

Diketahui: N = 121 siswa

$$Z_c = 1,96 \text{ (Derajat kepercayaan = 95\%)}$$

$$G = 0,1 \text{ (Tinceuli Sinaga, 2007)}$$

$$P = 0,5$$

$$n = \frac{N \cdot Z_c^2 \cdot P(1-P)}{N \cdot G^2 + Z_c^2 \cdot P(1-P)}$$

$$n = \frac{121 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}{121 \cdot (0,1)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{121 \cdot (3,8416) \cdot 0,25}{121 \cdot (0,01) + (3,8416) \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{121 \cdot (0,9604)}{1,21 + (0,9604)}$$

$$n = \frac{116,2084}{2,1704}$$

$$n = 53,54$$

$$n = 54$$

Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel diperoleh jumlah sampel penelitian sebesar 54 sampel. Pada penelitian ini, pengambilan sampel dengan cara *merandom* semua kelas XI jurusan IPA dan IPS. Pada saat penelitian terdapat perubahan cara pemilihan sampel yang semula dengan cara *proportional random sampling* menjadi *random* dikarenakan padatnya jadwal setiap kelas untuk persiapan ujian kenaikan kelas sehingga diperoleh kebijakan untuk memperoleh sampel penelitian dalam dua kelas utuh tanpa melakukan perhitungan proporsi sampel pada setiap kelasnya. Dengan demikian, diperoleh sampel sejumlah 59 siswa yang terdiri dari 32 siswa jurusan IPA dan 27 Siswa jurusan IPS. Jumlah sampel berkurang 1 sampel dikarenakan terdapat 1 siswa yang pindah sekolah.

C. Waktu dan Tempat

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 14 Mei 2018.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SMA Negeri 2 Sleman yang terletak di Brayut Pandowoharjo, Kecamatan Sleman, Kabupaten Sleman.

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu.³⁹ Pada penelitian ini menggunakan dua variabel, yaitu:

1. Variabel bebas (*Independent variable*)

Variabel independen merupakan variabel risiko atau sebab.³⁹ Variabel independen dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, jurusan pendidikan, tingkat pengetahuan, sikap, dan sumber informasi.

2. Variabel terikat (*Dependent variable*)

Variabel dependen merupakan variabel akibat atau efek.³⁹ Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

E. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan.³⁹ Definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah:

Tabel 2. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional Variabel	Kategori	Jenis Data
Jenis Kelamin	Responden laki-laki atau perempuan, sesuai yang diisi dalam kuesioner.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Jurusan Pendidikan	Jurusan pendidikan atau program studi yang dijalani siswa saat ini, sesuai yang diisi responden pada kuesioner.	1. IPA 2. IPS	Nominal
Tingkat Pengetahuan	Tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS adalah kemampuan responden dalam menjawab dengan benar atas beberapa pertanyaan tes tertulis (kuesioner tertutup) tentang pengertian, gejala, penularan, pencegahan, mitos, dan terapi.	1. Baik: hasil persentase 76%-100%. 2. Cukup: hasil persentase 56%-75%. 3. Kurang: hasil persentase <56%.	Ordinal
Sikap terhadap Pencegahan HIV/AIDS	Sikap remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah segala bentuk respon responden terhadap pernyataan tertulis non test (kuesioner tertutup) tentang pencegahan penularan HIV/AIDS.	1. Mendukung: Skor \geq mean T. (Skor \geq 74,83) 2. Tidak mendukung: Skor $<$ mean T. (Skor $<$ 74,83)	Ordinal
Sumber Informasi	Sumber informasi yaitu sumber informasi yang paling sering digunakan responden untuk mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS, sesuai yang diisi responden pada kuesioner.	1. Media Cetak: Buku, Koran, Majalah, Leaflet. 2. Media Elektronik: Televisi, Internet. 3. Langsung: Guru, Tenaga Kesehatan, Teman, Orang Tua.	Nominal
Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS	Perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah segala bentuk respon responden terhadap pernyataan tertulis non test (kuesioner tertutup) tentang pencegahan penularan HIV/AIDS.	1. Positif: Skor \geq mean T. (Skor \geq 15,14) 2. Negatif: Skor $<$ mean T. (Skor $<$ 15,14)	Ordinal

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer, yaitu pengumpulan data yang dilakukan secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran.⁴¹ Alat untuk mengukur dan mengumpulkan data masing-masing variabel dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada responden di SMA Negeri 2 Sleman.

G. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data.³⁹ Instrumen penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya.³³ Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur pengetahuan, sikap, dan perilaku. Kuesioner ini merupakan kuesioner tertutup.

1. Kuesioner tentang Tingkat Pengetahuan

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan HIV/AIDS merupakan kuesioner tertutup yang berisi sejumlah pernyataan mengenai HIV/AIDS. Responden diminta memilih benar atau salah dari

pernyataan tersebut. Bila jawaban benar atau sesuai kunci jawaban diberi skor 1, bila salah atau tidak sesuai dengan kunci diberi skor 0. Kuesioner ini dibuat sendiri oleh peneliti dan mengadopsi dari Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI, 2012), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010), dan Meysa Tiranda (2017).^{42,43,44}

Tabel 3. Kisi-Kisi Kuesioner Tingkat Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Indikator	Item Soal		Jumlah Soal
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Pengertian HIV/AIDS	2	3,4	3
Gejala HIV/AIDS	6,8,10	7,9	5
Penularan HIV/AIDS	11,15,16	12	4
Pencegahan HIV/AIDS	17	18,19	3
Terapi HIV/AIDS	21,22,25	23,24,26	6
Mitos tentang HIV/AIDS	30	28,29	3
Jumlah			24

2. Kuesioner tentang Sikap terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS dinilai dengan skala *Likert*. Responden diminta untuk menyatakan kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap isi pernyataan dalam 4 macam kategori jawaban, yaitu jika pernyataan *favorable*/mendukung pencegahan HIV/AIDS, maka pendapat sangat setuju (SS) mendapat skor 4, setuju (S) mendapat skor 3, tidak setuju (TS) mendapat skor 2, sangat tidak setuju (STS) mendapat skor 1. Jika pernyataan *unfavorable*/tidak mendukung pencegahan HIV/AIDS, maka pendapat sangat setuju (SS) mendapat skor 1, setuju (S) mendapat skor 2, tidak setuju (TS) mendapat skor 3, sangat tidak setuju (STS) mendapat skor 4.

Tabel 4. Kisi-Kisi Kuesioner Sikap terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Indikator	Item Soal		Jumlah Soal
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Kognitif	6,8,9,10	2,3,4,5	8
Afektif	11,13,14,15	16,17,18,20	8
Konatif	23,24,25	27,28,29,30	7
Jumlah			23

3. Kuesioner tentang Perilaku terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS dinilai dengan skala *Guttman*. Responden diminta untuk menyatakan kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap isi pernyataan dalam 2 macam kategori jawaban, yaitu jika pernyataan *favorable*/mendukung pencegahan HIV/AIDS, maka pendapat setuju (S) mendapat skor 1, tidak setuju (TS) mendapat skor 0. Jika pernyataan *unfavorable*/tidak mendukung pencegahan HIV/AIDS, maka pendapat setuju (S) mendapat skor 0, tidak setuju (TS) mendapat skor 1.

Tabel 5. Kisi-Kisi Kuesioner Perilaku terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Indikator Perilaku Pencegahan terhadap HIV/AIDS	Item Soal		Jumlah Soal
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
<i>Abstinence</i>	21	12	2
<i>Be faithfull</i>	7	13,14	3
<i>Condom</i>	5,22	15,24	4
<i>Drug</i>	8	23	2
<i>Education/Equipment</i>	3,6,9,10	16,18,20	7
Jumlah			18

H. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan sesuatu instrumen. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti secara tepat.

Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud.⁴⁵ Uji validitas menggunakan analisis butir korelasi *Pearson Product-moment* dengan bantuan *software* komputer. Koefisien korelasi yang diperoleh dari hasil perhitungan menunjukkan tinggi rendahnya alat ukur. Selanjutnya harga koefisien korelasi ini dibandingkan dengan harga korelasi *product-moment* pada tabel. Jumlah subjek uji validitas dalam penelitian ini adalah 30 orang, r tabel pada taraf signifikansi 5% adalah 0,361. Jika r hitung lebih besar dari 0,361, maka butir pernyataan tersebut dikatakan valid. Namun, jika r hitung lebih kecil dari 0,361, maka butir soal tersebut dikatakan tidak valid dan harus dibuang.⁴⁶

Uji Validitas dilakukan di SMA Negeri 1 Mlati Sleman pada kelas XI tanggal 25 April 2018. Uji validitas dilakukan dengan prosedur yang sama dengan penelitian. Peneliti menggunakan tim yang terdiri dari 3 orang dari mahasiswa kebidanan semester VIII reguler Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Peneliti memilih tempat tersebut karena populasi dianggap memiliki karakteristik yang hampir sama dengan populasi tempat penelitian. Pada program kurikulum pendidikan SMA Negeri 1 Mlati sudah menerapkan pendidikan tentang HIV/AIDS dan mendapat penyuluhan tentang HIV/AIDS setiap tahunnya dari Puskesmas Mlati.

Pernyataan dalam kuesioner penelitian ini dikatakan valid jika r hitung lebih besar dari 0,361. Pada kuesioner tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS yang terdiri dari 30 item pernyataan, terdapat 6 item yang tidak

valid, yaitu item nomor 1, 5, 13, 14, 20, dan 27. Pernyataan yang tidak valid tidak digunakan karena sudah terwakili oleh item kuesioner lain. Pada kuesioner sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS yang terdiri dari 30 item pernyataan, terdapat 7 item yang tidak valid, yaitu item nomor 1, 7, 12, 19, 21, 22 dan 26. Pernyataan yang tidak valid tidak digunakan karena sudah terwakili oleh item kuesioner lain. Pada kuesioner perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS yang terdiri dari 24 item pernyataan, terdapat 6 item yang tidak valid, yaitu item nomor 1, 2, 4, 11, 17, dan 19. Pernyataan yang tidak valid tidak digunakan karena sudah terwakili oleh item kuesioner lain.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjuk pada satu pengertian bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen yang dapat dipercaya, yang reliabel akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga.⁴⁵ Uji reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini dilakukan dengan bantuan *software* komputer. Uji reliabilitas menggunakan model *Alpha Cronbach*. Instrumen dikatakan reliabel jika nilai *alpha* minimal 0,7.⁴⁶

Pernyataan yang valid pada kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS sejumlah 24 item. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas pada kuesioner tersebut. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *alpha* 0,831. Nilai *alpha* lebih besar dari 0,7 sehingga 24 item pernyataan dinyatakan reliabel.

Pernyataan yang valid pada kuesioner sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS sejumlah 23 item. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas pada

kuesioner tersebut. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *alpha* 0,873. Nilai *alpha* lebih besar dari 0,7 sehingga 23 item pernyataan dinyatakan reliabel.

Pernyataan yang valid pada kuesioner perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS sejumlah 18 item. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas pada kuesioner tersebut. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *alpha* 0,802. Nilai *alpha* lebih besar dari 0,7 sehingga 18 item pernyataan dinyatakan reliabel.

I. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

- a. Pengumpulan artikel, studi pendahuluan, pembuatan proposal skripsi, konsultasi dengan dosen pembimbing.
- b. Melakukan seminar poposal skripsi, revisi, dan pengesahan proposal skripsi.
- c. Mengurus izin penelitian dan mengurus etik di Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- d. Menyebar kuesioner penelitian kepada responden kemudian melakukan uji validitas dan uji reliabilitas dengan menggunakan *software* komputer.
- e. Melakukan koreksi pada kuesioner dan dilakukan analisis untuk mendapatkan soal yang valid dan reliabel.

2. Tahap Pelaksanaan

Melakukan pengumpulan data dengan tim yang terdiri dari mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta semester VIII, berjumlah 6 orang termasuk peneliti dan 2 orang guru pendamping.

Sebelum dilakukan pelaksanaan penelitian semua anggota tim dijelaskan mengenai langkah pengumpulan data untuk menyamakan persepsi.

Langkah-langkah pengumpulan data:

- a. Tim peneliti datang ke SMA Negeri 2 Sleman.
- b. Tim dibagi menjadi 2 kelompok dan masuk ke kelas yang sudah ditentukan dengan membawa bendel kuesioner dan *souvenir*. Masing-masing kelompok didampingi oleh 1 orang guru.
- c. Peneliti memastikan semua responden berada di ruangan masing-masing.
- d. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat penelitian, dan aturan-aturan yang harus dipenuhi apabila menjadi responden.
- e. Peneliti membagikan surat permohonan menjadi responden dan surat persetujuan untuk ditandatangani sebagai tanda bukti bersedia menjadi responden penelitian.
- f. Peneliti membagikan kuesioner tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku tentang pencegahan HIV/AIDS kemudian menjelaskan cara pengisian kuesioner dimulai dari pengisian identitas dan cara menuliskan jawaban. Pengisian kuesioner dikerjakan oleh responden secara mandiri selama 80 menit.
- g. Peneliti mengumpulkan kuesioner tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku tentang pencegahan HIV/AIDS.
- h. Peneliti mengecek kelengkapan kuesioner.

3. Tahap Pengolahan Data dan Analisis Data

Melakukan pengolahan data melalui *editing*, *coding*, *scoring*, dan *tabulating* serta analisis data.

4. Tahap Penyajian Hasil Pengelolaan dan Analisis Data

Menyajikan data hasil yang telah dianalisis selanjutnya diuraikan dan disusun dalam bentuk tabel dan penjelasannya.

J. Manajemen Data

1. Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dilakukan melalui suatu proses dengan tahapan, adapun tahapan tersebut:

a. *Editing*

Editing merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian kuesioner.³⁹ Kuesioner yang telah terkumpul kemudian dilakukan pengecekan kelengkapan data, yaitu memeriksa instrumen pengumpulan data dan kelengkapan isian data di dalam instrumen.

b. *Coding*

Coding adalah mengubah data berbentuk huruf menjadi data angka. Koding atau pemberian kode berguna dalam memasukkan data.³⁹ Koding adalah kegiatan untuk mengklasifikasikan data jawaban menurut kategorinya masing-masing. Setiap kategori jawaban yang berbeda diberi kode yang berbeda. Setiap jawaban masuk diberi kode tertentu sesuai dengan kategori yang telah ditentukan agar tidak terjadi tumpang tindih dengan kategori lainnya.

Tabel 6. *Coding*

No.	Variabel		Kode
1.	Jenis Kelamin	Laki-laki	1
		Perempuan	2
2.	Jurusan Pendidikan	IPA	1
		IPS	2
3.	Tingkat Pengetahuan	Baik	1
		Cukup	2
		Kurang	3
4.	Sikap	Mendukung	1
		Tidak Mendukung	2
5.	Sumber informasi	Media Cetak	1
		Media Elektronik	2
		Langsung	3
6.	Perilaku	Positif	1
		Negatif	2

c. *Scoring*

Pada tahap *scoring* dilakukan pemberian nilai untuk setiap kuesioner yang dikerjakan oleh responden dengan menjumlahkan semua skor dari setiap jawaban sehingga diketahui nilai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang dimiliki masing-masing responden.

Pemberian skor kuesioner tingkat pengetahuan

- 1) Tidak sesuai kunci jawaban = 0
- 2) Sesuai kunci jawaban = 1

Pengetahuan seseorang diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:²⁶

Baik: bila persentase jawaban benar 76%-100%.

Cukup: bila persentase jawaban benar 56%-75%.

Kurang: bila persentase jawaban benar <56%.

Pemberian skor kuesioner sikap

Pernyataan <i>favorable</i>		Pernyataan <i>unfavorable</i>	
1) Sangat setuju	= 4	Sangat setuju	= 1
2) Setuju	= 3	Setuju	= 2
3) Tidak setuju	= 2	Tidak setuju	= 3
4) Sangat tidak setuju	= 1	Sangat tidak setuju	= 4

Penilaian sikap yang didapatkan, yaitu:²⁷

- 1) Jika skor T yang didapat lebih besar dari nilai mean, maka mempunyai sikap cenderung lebih *favourable* atau mendukung jika data terdistribusi normal atau skor lebih besar dari median T jika data terdistribusi tidak normal.
- 2) Jika skor T yang didapat lebih kecil dari nilai mean, maka mempunyai sikap cenderung *unfavourable* atau tidak mendukung jika data terdistribusi normal atau skor lebih kecil dari median T jika data terdistribusi tidak normal.

Pemberian skor kuesioner perilaku

Pernyataan <i>favorable</i>		Pernyataan <i>unfavorable</i>	
1) Setuju	= 1	Setuju	= 0
2) Tidak setuju	= 0	Tidak setuju	= 1

Penilaian perilaku yang didapatkan, yaitu:²⁷

- 1) Jika skor T yang didapat lebih besar dari nilai mean, maka mempunyai perilaku cenderung lebih *favourable* atau positif jika data terdistribusi normal atau skor lebih besar dari median T jika data terdistribusi tidak normal.

2) Jika skor T yang didapat lebih kecil dari nilai mean, maka mempunyai perilaku cenderung *unfavourable* atau negatif jika data terdistribusi normal atau skor lebih kecil dari median T jika data terdistribusi tidak normal.

d. Tabulasi data

Tabulasi data merupakan kelanjutan dari *coding* dan *scoring* data pada proses pengolahan. Dalam hal ini setelah data *dicoding* dan *discoring* kemudian ditabulasi dengan cara memindahkan data untuk diolah secara statistika di *software* komputer.

2. Analisis Data

a. Analisa Univariat

Analisis data univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.³⁹ Analisis univariat dilakukan dengan bantuan *software* komputer. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel, yaitu jenis kelamin, jurusan pendidikan, tingkat pengetahuan, sikap, sumber informasi, dan perilaku.

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya korelasi antara dua variabel, meliputi variabel independen, yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan variabel dependen, yaitu perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS.⁴⁶ Sebelum data yang diperoleh dianalisis, dilakukan uji normalitas

karena pemilihan penyajian data dan uji hipotesis yang dipakai tergantung dari normal tidaknya distribusi data. Jika distribusi data normal, maka menggunakan uji parametrik. Jika distribusi data tidak normal, maka menggunakan uji nonparametrik.⁴⁷

1) Uji Normalitas

Uji normalitas yang digunakan untuk mengetahui apakah distribusi data normal atau tidak secara analitis menggunakan Uji *Kolmogorov-Smirnov*. Uji *Kolmogorov-Smirnov* digunakan untuk sampel yang lebih dari 50. Kriteria yang digunakan, yaitu jika $p > 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal. Jika $p < 0,05$, maka data tidak berdistribusi normal.⁴⁷

2) Uji *Chi-Square*

Uji *Chi-Square* adalah uji statistik yang digunakan untuk dapat menyimpulkan adanya hubungan dua variabel tersebut bermakna atau tidak bermakna. Analisis keeratan hubungan antara dua variabel tersebut dengan melihat nilai *Odd Ratio* (OR)/ *Prevalence Ratio* (PR). Besar kecilnya nilai OR menunjukkan besarnya keeratan hubungan antara dua variabel yang diuji. Hubungan dinyatakan bermakna bila nilai $p < 0,05$.³⁹ Uji *Chi-Square* digunakan untuk menyimpulkan adanya hubungan dua variabel bila skala variabel berupa kategorik.⁴⁷ Uji statistik yang dilakukan pada analisis bivariat ini menggunakan uji *Chi-Square*

dengan tingkat kepercayaan 95%. Analisis bivariat dilakukan dengan bantuan *software* komputer.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen. Uji statistik ini digunakan untuk mengetahui variabel independen yang mana yang lebih erat hubungannya dengan variabel dependen.³⁹ Bila variabel terikat berupa variabel kategorik dan bersifat dikotom sedangkan variabel independen dapat berupa variabel numerik atau kategorik, maka menggunakan analisis regresi logistik. Pada penelitian ini menggunakan variabel independen dan dependen berupa variabel kategorik. Variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ akan disertakan dalam analisis multivariat.⁴⁸ Pada penelitian ini analisis regresi logistik dilakukan dengan bantuan *software* komputer.

K. Etika Penelitian

Kelayakan etik suatu penelitian kesehatan ditandai dengan adanya surat rekomendasi persetujuan etik dari suatu komisi penelitian etik kesehatan. Peneliti mengajukan rekomendasi persetujuan etik kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta.³⁹

1. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect for Human Dignity*)

Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek maupun tidak. Peneliti

menghormati harkat dan martabat subjek penelitian serta mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*inform consent*).³⁹

2. Prinsip Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek Penelitian (*Respect for Privacy and Confidentiality*)

Setiap responden berhak untuk tidak memberikan apa yang diketahui kepada orang lain. Peneliti tidak menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti cukup menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden.³⁹

3. Prinsip Keadilan dan Keterbukaan (*Respect for Justice an Inclusiveness*)

Peneliti menjaga prinsip keterbukaan dan adil dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Penelitian memenuhi prinsip keterbukaan dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan dengan menjamin semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama.³⁹

4. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing Harm and Benefits*)

Peneliti berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek, maka setiap penelitian yang dilakukan hendaknya:³⁹

- a. Memenuhi kaidah keilmuan dan dilakukan berdasarkan hati nurani, moral, kejujuran, kebebasan, dan tanggung jawab.
- b. Merupakan upaya mewujudkan ilmu pengetahuan, kesejahteraan, martabat, dan peradaban manusia serta terhindar dari segala sesuatu yang menimbulkan kerugian atau membahayakan subjek penelitian.

Selanjutnya peneliti akan mengajukan *Ethical Clearence* pada Komite Etik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta dan telah mendapatkan Surat Kelaikan Etik dengan nomor LB.01.01/KE-02/XVI/344/2018 tanggal 24 April 2018.

L. Kelemahan Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini terdapat kelemahan penelitian, yaitu pada saat pengisian kuesioner dimana responden duduk saling berdekatan dan diantara siswa perempuan dan laki-laki tidak dilakukan pemisahan kelas yang membuat kelas menjadi sedikit kurang kondusif dikarenakan terkait dengan kuesioner penelitian yang sensitif tentang HIV/AIDS sehingga ditakutkan terdapat bias data.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Penelitian ini dilakukan di SMA Negeri 2 Sleman yang terletak di Brayut Pendowoharjo, Kecamatan Sleman, Kabupaten Sleman. SMA Negeri 2 Sleman merupakan salah satu sekolah berstatus negeri yang mempunyai dua jurusan pendidikan, yaitu IPA dan IPS. SMA ini mempunyai sarana kesehatan berupa ruang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). SMA Negeri 2 Sleman bekerjasama dengan Puskesmas Sleman dan Kepolisian Kabupaten Sleman dalam program penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi remaja yang rutin dilaksanakan setiap tahunnya.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Jurusan Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan jurusan pendidikan yang dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018

Karakteristik	Frekuensi	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	24	40,7
Perempuan	35	59,3
Jurusan Pendidikan		
IPA	32	54,2
IPS	27	45,8

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, yaitu 35 (59,3%) responden. Berdasarkan jurusan pendidikan

responden dengan jurusan IPA sebanyak 32 (54,2%) responden dan IPS sebanyak 27 (45,8%) responden. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh jumlah responden sebanyak 59 responden.

2. Tingkat Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup diperoleh nilai tingkat pengetahuan yang diinterpretasikan ke dalam tiga kategori, yaitu baik, cukup, dan kurang yang disajikan pada tabel 8.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	%
Baik	16	27,1
Cukup	39	66,1
Kurang	4	6,8
Jumlah	59	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS pada kategori cukup, yaitu sebanyak 39 (66,1%) responden.

3. Sikap terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup diperoleh nilai sikap yang diinterpretasikan ke dalam dua kategori, yaitu mendukung dan tidak mendukung yang disajikan pada tabel 9.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018

Sikap	Frekuensi	%
Mendukung	32	54,2
Tidak Mendukung	27	45,8
Jumlah	59	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan HIV/AIDS, yaitu sebanyak 32 (54,2%) responden.

4. Sumber Informasi terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner sumber informasi yang paling sering digunakan responden untuk mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS, diperoleh sumber informasi diinterpretasikan ke dalam tiga kategori, yaitu media cetak, media elektronik, dan langsung. Hasil disajikan pada tabel 10.

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sumber Informasi terhadap Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018

Sumber Informasi	Frekuensi	%
Media Cetak	13	22
Media Elektronik	29	49,2
Langsung	17	28,8
Jumlah	59	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan sumber informasi tentang HIV/AIDS melalui media elektronik, yaitu sebanyak 29 (49,2%) responden.

5. Perilaku terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup diperoleh nilai perilaku yang diinterpretasikan ke dalam dua kategori, yaitu positif dan negatif yang disajikan pada tabel 11.

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018

Perilaku	Frekuensi	%
Positif	31	52,5
Negatif	28	47,5
Jumlah	59	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS, yaitu sebanyak 31 (52,5%) responden.

Sebelum dilakukan analisis telah dilakukan uji normalitas data dengan hasil data berdistribusi normal. Hasil analisis disajikan pada tabel 12.

Tabel 12. Hasil Analisis Bivariat

Variabel	Perilaku				Jumlah		P-value
	Positif		Negatif		f	%	
	f	%	f	%			
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	11	45,83	13	54,16	24	100	0,393
Perempuan	20	57,14	15	42,86	35	100	
Jumlah	31	52,54	28	47,46	59	100	
Jurusan Pendidikan							
IPA	18	56,25	14	43,75	32	100	0,535
IPS	13	48,15	14	51,85	27	100	
Jumlah	31	52,54	28	47,46	59	100	
Tingkat Pengetahuan							
Baik	12	75	4	25	16	100	0,035
Cukup	19	44,19	24	55,81	43	100	
Jumlah	31	52,54	28	47,46	59	100	
Sikap							
Mendukung	22	68,75	10	31,25	32	100	0,007
Tidak Mendukung	9	33,33	18	66,67	27	100	
Jumlah	31	52,54	28	47,46	59	100	
Sumber Informasi							
Media Cetak	7	53,85	6	46,15	13	100	0,863
Media Elektronik	16	55,17	13	44,83	29	100	
Langsung	8	47,06	9	52,94	17	100	
Jumlah	31	52,54	28	47,46	59	100	

6. Hubungan Jenis Kelamin dan Jurusan Pendidikan dengan Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Berdasarkan variabel jenis kelamin, hasil menunjukkan bahwa perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS paling banyak dilakukan oleh responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 (57,14%) responden sedangkan persentase perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS paling banyak dilakukan oleh responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 13 (54,16%) responden. Hasil uji *Chi-Square p-value*

sebesar 0,393 dimana $p > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Pada variabel jurusan pendidikan yang memiliki perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS paling banyak dilakukan oleh responden dengan jurusan pendidikan IPA sebanyak 18 (56,25%) responden. Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,535 dimana $p > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jurusan pendidikan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

7. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Hasil analisis pada variabel tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS pada kategori cukup dengan perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 24 (55,81%) responden. Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,035 dimana $p < 0,05$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

8. Hubungan Sikap dengan Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Hasil analisis pada variabel sikap menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori mendukung dengan perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS

sebanyak 22 (68,75%) responden. Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,007 dimana $p < 0,05$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

9. Hubungan Sumber Informasi dengan Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Berdasarkan variabel sumber informasi menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS melalui media elektronik dan mempunyai perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 16 (55,17%) responden. Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,863 dimana $p > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sumber informasi dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

10. Faktor yang Paling Mempengaruhi Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS

Analisis multivariat menggunakan analisis regresi logistik dilakukan pada variabel yang menunjukkan nilai $p\text{-value} < 0,25$ saat analisis bivariat. Pada penelitian ini, variabel yang dapat dianalisis multivariat adalah tingkat pengetahuan dan sikap. Hasil akhir analisis multivariat disajikan pada tabel 13.

Tabel 13. Hasil Analisis Multivariat

	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
Sikap	1,482	0,559	7,033	1	0,008	4,4	1,472	13,152

Berdasarkan hasil analisis uji multivariat pada tabel 13 menunjukkan bahwa secara statistik variabel yang signifikan adalah sikap dengan p -value= 0,008; PR= 4,4; 95% CI= 1,472-13,152 sehingga remaja yang memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori mendukung akan berpeluang memiliki perilaku positif 4,4 kali lebih besar dibandingkan remaja yang memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori tidak mendukung.

B. Pembahasan

Karakteristik responden berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (59,3%) dan berjurusan IPA (54,2%). Hasil penelitian pada tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan pada kategori cukup (66,1%), sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS sebagian besar responden memiliki sikap mendukung (54,2%), sumber informasi terhadap pencegahan HIV/AIDS sebagian besar melalui media elektronik (49,2%), dan sebagian besar responden memiliki perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS (52,5%).

Jenis kelamin dan jurusan pendidikan termasuk dalam faktor predisposisi (*Presdisposing Factors*) dalam *Theory PRECEDE-PROCEED Model* pada bagian karakteristik individu. Pada teori model perubahan perilaku *PRECEDE-PROCEED* yang dikembangkan oleh Lawrence Green dan M. Kreuter (2005) menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-

faktor individu maupun lingkungan. (Fertman CI, Allensworth DD, 2010).³² Hasil penelitian pada variabel jenis kelamin menunjukkan bahwa hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,393 dimana $p > 0,05$ sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Aung Zaw, *et al* (2013) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan KAP (*Knowledge, Attitude, Practice*) ($p\text{-value} = 0,212$).¹⁹

Secara statistik tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Namun, pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbandingan antara jenis kelamin dengan perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS paling banyak dilakukan oleh responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 (57,14%) responden sedangkan persentase perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS paling banyak dilakukan oleh responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 13 (54,16%) responden. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa perempuan memiliki perilaku positif lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Putra E (2017) menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki meningkatkan peluang untuk berperilaku seksual berat 3 kali dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan. Hasil penelitian Fisher, *et al* (2012, dalam Putra E, 2017) mendapatkan bahwa *sexual cognitions* pada laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan sehingga remaja laki-laki cenderung

memikirkan lebih banyak tentang hal-hal seksual dibandingkan perempuan.⁴⁹ Menurut Mahmudah (2016) mengatakan bahwa laki-laki memiliki peluang lebih besar untuk berperilaku seksual berisiko dibandingkan perempuan.⁵⁰ Menurut Boynaturally (2010, dalam Sofni, LM., 2015) menjelaskan bahwa hal ini dikarenakan perempuan lebih sadar dan perhatian terhadap kesehatan dirinya dibandingkan pada laki-laki.⁵¹

Hasil uji *Chi-Square* variabel jurusan pendidikan *p-value* sebesar 0,535 dimana $p > 0,05$ sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jurusan pendidikan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Faradina, A (2013) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan penularan HIV/AIDS oleh ODHA usia reproduksi di Kota Singkawang tahun 2013 (*p-value*= 0,156).⁵² Penelitian ini juga sejalan dengan Rahmawan, E.F. (2013) menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang terlalu signifikan antara minat siswa kelas IPA dan kelas IPS terhadap pembelajaran pendidikan jasmani, olahraga, dan kesehatan di SMA Negeri 1 Sidoarjo.⁵³

Rahmawan, E.F. (2013) menyatakan bahwa berdasarkan perbedaan cara berfikir siswa kelas IPA dan kelas IPS pembelajaran penjasorkes bisa digunakan sebagai sarana untuk menunjang siswa mengembangkan cara berfikir ilmiah dan alamiah.⁵³ Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan

serta dalam pembangunan.²⁶ Penelitian ini menunjukkan walaupun tidak ada hubungan yang signifikan antara jurusan pendidikan dengan perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS mayoritas responden yang memiliki perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS merupakan responden yang memiliki jurusan pendidikan IPA sebanyak 18 (56,25%) responden dibandingkan dengan jurusan IPS yang memiliki perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS sebanyak 13 (48,15%) responden.

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).²⁵ Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,035 dimana $p < 0,05$ sehingga ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS pada kategori cukup dengan perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 24 (55,81%) responden. Responden yang berperilaku positif persentase paling besar berada pada tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 12 (75%) responden, sedangkan responden yang berperilaku negatif persentase paling besar pada tingkat pengetahuan cukup sebanyak 24 responden (55,81%). Hal ini dikarenakan sebagian besar responden masih memiliki pengetahuan yang kurang mengenai tanda gejala, penularan, dan mitos tentang HIV/AIDS.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Tampubolon, D (2015) menyatakan bahwa adanya hubungan pengetahuan dengan tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS ($p\text{-value} = 0,042$).⁵⁴ Selain

itu, penelitian ini juga sejalan dengan Noorhidayah (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan upaya pencegahan HIV/AIDS pada remaja komunitas anak jalanan di Banjarmasin tahun 2016 ($p\text{-value}=0,000$).¹ Penelitian Aung Zaw, *et al* (2013) menyatakan tingkat pengetahuan yang baik mengurangi perilaku buruk dan sikap buruk terhadap infeksi HIV.¹⁹ Selain itu, penelitian Singale, L (2013) menyatakan semakin baik pengetahuan tentang HIV/AIDS, maka semakin baik pula tindakan pencegahannya dan sebaliknya.⁵⁵

Pengetahuan merupakan faktor terpenting dalam pembentukan perilaku individu sehingga positif dan negatifnya perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dikarenakan responden yang memiliki pengetahuan yang baik memiliki perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS. Begitu pula pada responden yang memiliki pengetahuan cukup memiliki perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Sikap merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,007 dimana $p < 0,05$ sehingga ada hubungan yang signifikan antara sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Sebagian besar responden memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori mendukung dengan perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 22 (68,75%) responden. Sedangkan responden yang memiliki sikap pada kategori tidak mendukung dengan perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 9 (33,33%)

responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Tampubolon, D (2015) menyatakan bahwa terdapat hubungan sikap dengan tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS ($p\text{-value}= 0,005$).⁵⁴ Selain itu, penelitian ini juga sejalan dengan Noorhidayah (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan upaya pencegahan HIV/AIDS pada remaja komunitas anak jalanan di Banjarmasin tahun 2016 ($p\text{-value}= 0,000$).¹

Penelitian Aung Zaw, *et al* (2013) menyatakan responden dengan tingkat sikap positif yang baik memiliki tingkat praktik yang baik. Mereka yang memiliki sikap positif yang buruk menunjukkan praktik yang buruk. Hal ini juga menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik antara sikap positif dengan praktik ($p\text{-value}=0,000$).¹⁹ Hal ini sesuai pendapat Simon Morton, *et al* (1995, dalam Sri Wulandari 2015) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan mediator perubahan perilaku dan variabel yang secara langsung mempengaruhi perilaku adalah sikap.⁵⁶

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori mendukung dengan perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 10 (31,25%) responden. Sedangkan responden yang memiliki sikap pada kategori tidak mendukung dengan perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS sebanyak 18 (66,67%) responden. Hal ini membuktikan bahwa seseorang yang bersikap mendukung terhadap pencegahan HIV/AIDS, maka akan memiliki perilaku lebih positif terhadap pencegahan HIV/AIDS begitupula sebaliknya.

Faktor lain yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah sumber informasi. Hasil uji *Chi-Square p-value* sebesar 0,863 dimana $p > 0,05$ sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sumber informasi terhadap pencegahan HIV/AIDS dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sri Wulandari (2015) menyatakan bahwa pengaruh paparan informasi tidak mempunyai hubungan bermakna dengan perilaku terhadap pencegahan PMS dan HIV/AIDS ($p\text{-value} = 0,141$).⁵⁶ Walaupun pengaruh media massa tidaklah sebesar pengaruh interaksi individual secara langsung, tetapi dalam proses pembentukan sikap, peranan media massa tidak kecil.²⁷ Sumber informasi yang cukup memberikan pengetahuan yang baik kepada seseorang. Namun, meskipun pengetahuan yang baik, tetapi seseorang cenderung tetap melakukan tindakan yang berpotensi membuat tertular HIV. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya kesadaran dan rasa takut akan terjangkit virus HIV/AIDS.¹ Menurut Swati, A (2013) menyatakan bahwa media massa juga dilaporkan menjadi sumber informasi terpercaya bagi mahasiswa. Penting bahwa pesan yang mereka terima melalui mode ini, baik dalam bentuk program kesadaran publik, film, atau dokumenter, menjadi benar dan komprehensif untuk menghindari pengembangan kesalahpahaman di antara orang-orang.⁵⁷

Pada penelitian ini responden yang memiliki perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS mayoritas menggunakan media elektronik sebagai sumber informasi, yaitu sebanyak 16 (55,17%) responden. Namun, responden yang memiliki perilaku negatif terhadap pencegahan HIV/AIDS mayoritas

juga menggunakan media elektronik sebagai sumber informasi, yaitu sebanyak 13 (44,83%) responden. Sebagian besar responden mendapatkan sumber informasi melalui internet sebanyak 26 responden dan televisi sebanyak 3 responden. Hal ini dapat dikarenakan dalam memperoleh sumber informasi tidak secara komprehensif atau terdapat kesalahpahaman dalam penerimaan informasi sehingga dalam mencari dan menerima informasi melalui media elektronik ataupun yang lainnya sebaiknya harus melalui sumber yang terpercaya dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya.

Secara keseluruhan faktor yang paling mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS berdasarkan hasil analisis uji multivariat menunjukkan bahwa secara statistik variabel yang signifikan adalah sikap dengan $p\text{-value} = 0,008$; $PR = 4,4$; $95\% \text{ CI} = 1,472-13,152$ sehingga remaja yang memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori mendukung akan berpeluang memiliki perilaku positif 4,4 kali lebih besar dibandingkan remaja yang memiliki sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada kategori tidak mendukung. Hal ini sesuai pendapat Simon Morton, *et al* (1995, dalam Sri Wulandari (2015) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan mediator perubahan perilaku dan variabel yang secara langsung mempengaruhi perilaku adalah sikap.⁵⁶

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 2 Sleman Tahun 2018”, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Responden paling banyak pada penelitian ini berjenis kelamin perempuan dan sebagian besar berada di jurusan IPA.
2. Tingkat pengetahuan siswa kelas XI SMA Negeri 2 Sleman sebagian besar dalam kategori cukup dikarenakan sebagian besar responden masih memiliki pengetahuan yang kurang mengenai tanda gejala, cara penularan, dan mitos tentang HIV/AIDS.
3. Sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS pada siswa kelas XI SMA Negeri 2 Sleman sebagian besar mendukung pencegahan HIV/AIDS.
4. Sumber informasi paling banyak pada penelitian ini bersumber dari media elektronik, yaitu televisi dan internet.
5. Perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS pada siswa kelas XI SMA Negeri 2 Sleman sebagian besar memiliki perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS.
6. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan jurusan pendidikan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.

7. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.
8. Ada hubungan antara sikap dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.
9. Tidak ada hubungan antara sumber informasi dengan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS.
10. Faktor yang paling mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah variabel sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS.

B. Saran

1. Bagi Guru dan Kepala Sekolah SMA Negeri 2 Sleman

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai saran untuk menambah kegiatan yang dapat membentuk perilaku siswa SMA Negeri 2 Sleman untuk mencegah penularan HIV/AIDS. Sekolah diharapkan dapat menambah forum diskusi siswa tentang kesehatan reproduksi melalui program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang sering dilakukan melalui kegiatan dalam Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-Remaja) atau yang sering disebut dengan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) sehingga pengetahuan tentang HIV/AIDS dapat bertambah dan menjadi media diskusi yang dapat menambah daya tarik siswa dalam mempelajari ilmu tentang kesehatan reproduksi secara komprehensif. Kegiatan diskusi ini bisa dilakukan secara kelompok ataupun interpersonal sehingga dapat

membantu untuk memantau perilaku siswa serta membawa arahan untuk dapat membentuk jiwa perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Sekolah diharapkan mempunyai suatu organisasi/komunitas yang digunakan untuk membentuk pelopor remaja yang memiliki jiwa untuk berperilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS sehingga dapat membuat suatu kegiatan yang dapat menarik siswa untuk giat melakukan perilaku pencegahan HIV/AIDS. Organisasi ini dapat dimasukkan pada organisasi OSIS/MPK dengan membentuk Sie Peduli Kesehatan Reproduksi Remaja. Jadi, tidak hanya jiwa kepemimpinan yang bisa dibentuk, tetapi perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS juga dapat dilakukan.

Sekolah dapat menggunakan media elektronik berupa internet untuk memberikan informasi mengenai HIV/AIDS melalui video animasi tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi untuk mendapatkan konsentrasi dan daya tarik melalui audio visual yang dapat meningkatkan konsentrasi siswa dalam menerima informasi. Sekolah dapat memberikan beberapa situs resmi kepada siswa yang dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya, seperti jurnal, web khusus HIV/AIDS, kementerian, dan KPAI sehingga fasilitas jaringan internet di sekolah dapat dimanfaatkan secara positif. Hal ini dikarenakan jika hanya melalui audio saja seperti penyuluhan dan penjelasan mungkin kurang menarik dan membuat siswa menjadi kurang konsentrasi dan membuat pemahaman siswa mengenai HIV/AIDS tidak komprehensif. Selain itu, pihak sekolah juga dapat membentuk forum

diskusi melalui *peer group* untuk menambah informasi tentang HIV/AIDS. Kegiatan ini dapat meningkatkan pengetahuan siswa yang sebagian besar masih dalam kategori cukup dikarenakan sebagian besar siswa masih belum memahami tentang tanda gejala, cara penularan, dan mitos tentang HIV/AIDS.

Sekolah diharapkan dapat memberikan materi tentang kesehatan reproduksi khususnya tentang HIV/AIDS dengan proporsi yang sama rata kepada siswa jurusan IPA maupun IPS agar semua siswa memiliki pemahaman yang sama. Hal ini dikarenakan materi kesehatan reproduksi khususnya HIV/AIDS sangat penting untuk siswa tidak hanya pada saat duduk dibangku sekolah, tetapi juga berguna dikehidupan yang selanjutnya. Hal ini penting bagi generasi penerus bangsa dalam membantu mewujudkan tujuan pemerintah untuk mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030 dalam program *SDG's*.

2. Bagi Siswa SMA Negeri 2 Sleman

Bagi siswa diharapkan memilih situs-situs yang terpercaya pada media elektronik terutama internet sehingga siswa mendapatkan sumber informasi yang tepat dan terpercaya tentang HIV/AIDS, seperti jurnal, web khusus HIV/AIDS, kementerian, KPAI, dan situs kesehatan lain yang terpercaya dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Siswa diharapkan lebih aktif dalam menerima informasi tentang kesehatan dan mempelajari ilmunya secara utuh saat mendapatkan informasi sehingga apa yang dipahami dapat dipahami secara komprehensif dan tidak

meninggalkan kesalahpahaman dikarenakan informasi yang terputus. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menambah informasi tentang HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan berguna dalam pembentukan perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS pada siswa SMA Negeri 2 Sleman. Siswa diharapkan aktif mengikuti kegiatan sekolah yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan membentuk perilaku positif terhadap pencegahan HIV/AIDS.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan tidak hanya meneliti tentang perilaku tertutup yang belum dapat diamati secara langsung, tetapi dapat meneliti tentang perilaku terbuka remaja dalam melakukan pencegahan HIV/AIDS. Selain itu, dapat meneliti faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS. Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Noorhidayah, Asrinawaty, Perdana. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Sumber Informasi dengan Upaya Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja Komunitas Anak Jalanan di Banjarmasin Tahun 2016. *Jurnal Dinamika Kesehatan*, Vol.7 No.1 Juli 2016. 2016; 272-282.
2. Tampi David, Grace DK, Gustaaf EAA. Hubungan Pengetahuan, Sikap dengan Tindakan Pencegahan HIV/AIDS pada Siswa SMA Manado International School. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, Vol. 1 No.4 Desember 2013. 2013; 140-145.
3. Prawiroharjo Sarwono. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjo. Ed 4. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2010. p. 932.
4. WHO. *People Living with HIV*. Geneva: WHO; 2016. p. 1-4.
5. WHO. *Global Situation and Trends* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>.
6. UNICEF. *HIV/AIDS Continues to Stalk Children and Adolescents* [Internet]. 2016. Available from: <https://www.unicef.org/media/media91908.html/>.
7. Ditjen P2P. *Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS dan PIMS di Indonesia Oktober-Desember 2016*; 2016. p. 8-20.
8. Dinas Kesehatan DIY. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2016*. Yogyakarta:Dinas Kesehatan DIY; 2016. p. 36-39.
9. KPA DIY. *Data Kasus HIV/AIDS DIY s/d Maret 2016* [Internet]. 2016. Available from: <http://aidsyogya.or.id/2016/data-hiv-aids/data-kasus-hiv-aids-diy-sd-maret-2016/>.
10. PKBI DIY. *Data Kasus HIV dan AIDS DI. Yogyakarta Update Triwulan 1 Tahun 2015* [Internet]. 2015. Available from: <http://pkbi-diy.info/?p=3964>.
11. KPA DIY. *Data Kasus HIV/AIDS DI. Yogyakarta Periode 1993-2014 (s.d Maret 2014)* [Internet]. 2014. Available from: <http://aidsyogya.or.id/2014/data-hiv-aids/data-kasus-triwulan-i-2014/>.
12. Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Buku Petunjuk Penggunaan Media KIE Versi Pelajar Aku Bangga Aku Tahu*; 2012. p. 7: 64-67.
13. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. *Infodatin Sexual Health Reproductive*. Jakarta:Kementerian Kesehatan RI; 2013. p. 5.

14. Peter Stalker. Millennium Development Goals; 2008. p. 7.
15. Riskesdas. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010; 2010. p. 68-75: 108.
16. Bappenas dan Kementerian Lembaga Terkait, Filantropi dan Pelaku Usaha, Akademisi dan Organisasi Kemasyarakatan. Terjemahan Tujuan dan Target Global Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/ Sustainable Development Goals (SDG's). Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS; 2017. p. 13-14.
17. Perda DIY. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS); 2010.
18. Setyarini Arika Indah, Ira Titisari, Putri AR. Hubungan Pengetahuan Remaja tentang HIV/AIDS dengan Sikap Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 1 Gurah Kabupaten Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, Vol.4 No. 2 Mei 2016. 2016; 25-33.
19. Aung Zaw, Anisah, Wee KW, Kyin H, Than N, Kamil, et al. Cross Sectional Study of Knowledge, Attitude, and Practice on HIV Infection among Secondary School Students in Kuala Terengganu. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, Vol. 4 Issue. 4. 2013; 1335-1346.
20. Ariani PD, Hargono A. Analisis Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dengan Tindakan Berdasarkan Indikator Surveilans Perilaku HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (Studi Penelitian di Klinik IMS Puskesmas Putat Jaya Surabaya). *Jurnal Departemen Epidemiologi FKM Unair*. 2013.
21. Rahman RTA, Esti Yuandari. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja. *Jurnal Dinamika Kesehatan*, Vol. 13 No. 13 Juli 2014. 2014; 80-93.
22. Lestari H, Sugiharti. Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) Tahun 2007. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, Vol. 1 No. 3 Agustus 2011. 2011; 136-144.
23. Lemessa Oljira, Yemane Berhane, Alemayehu Worku. Assessment of Comprehensive HIV/AIDS Knowledge Level among In- School Adolescents in Eastern Ethiopia. *Journal of the International AIDS Society* 2013, 16:17349. 2013; 1-5.
24. KPA DIY. Buku Referensi (Materi HIV, AIDS, dan IMS bagi Tenaga Pengajar Penjasorkes SMA dan SMK). Yogyakarta: KPA DIY; 2016. p. 1-31.

25. Notoatmodjo Soekidjo. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta:Rineka Cipta; 2012. p. 131-132: 138-140.
26. Wawan A, Dewi M. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia Dilengkapi Contoh Kuesioner. Yogyakarta:Nuha Medika; 2010. p. 16-17: 18.
27. Azwar Saifuddin. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Ed 2. Yogyakarta:Pustaka Pelajar Offset; 2011. p. 5-7: 12-13: 24-28: 34: 87: 95: 106-107: 139-140: 155-157.
28. Irman M, Tri WP, Nurdin. Bahasa Indonesia 1 Untuk SMK/MAK Semua Program Keahlian Kelas X. Jakarta:Pusat Perbukuan Departemen Pendidikan Nasional; 2008. p. 21-23.
29. Sosodoro Ossie, Ova Emilia, Budi Wahyuni. Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Stigma Orang dengan HIV/AIDS di Kalangan Pelajar SMA. Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 25 No. 4 Desember 2009. 2009; 210-217.
30. Yulianingsih Endah. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Berisiko Tertular HIV/AIDS pada Siswa SMA Negeri di Kota Gorontalo. Artikel Penelitian JIKMU, Vol. 5 No. 2a April 2015. 2015; 311-321.
31. Octavianty L, Atikah R, Fauzie R, Dian R. Pengetahuan, Sikap, dan Pencegahan HIV/AIDS Pada Ibu Rumah Tangga. Jurnal Kesehatan Masyarakat 11 (1) (2015) 53-58. 2015; 53-58.
32. Fertman CI, Allensworth DD. Health Promotion Programs from Theory to Practice. United States of America:Jossey-Bass;2010.
33. Sugiyono. Metode Penelitian Administrasi Dilengkapi dengan Metode R dan D. Bandung:Alfabeta; 2016. p. 111-112: 162.
34. Septiani NE, Fetty CW. Hubungan Pengetahuan Remaja tentang HIV/AIDS dengan Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 10 Purworejo Kabupaten Purworejo. Jurnal Komkes Akbid Purworejo. 2015.
35. Soetjiningsih. Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Jakarta:Sagung Seto; 2010. p. 134-135.
36. Jati Ginanjar W, Nono HY. Kecerdasan Emosional Siswa Sekolah Menengah Pertama Ditinjau dari Faktor Demografi. Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan, Vol. 2 No. 2 Agustus 2013. 2013; 109-123.

37. Mughniy M, Randy CW, Barlian HP. Sistem Rekomendasi Psikotes untuk Penjurusan Siswa SMA Menggunakan Metode Modified K-Nearest Neighbor. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer*, Vol. 2 No. 1 Januari 2018. 2018; 282-287.
38. Alizamar. Penjurusan Siswa [Internet]. 2009. Available from: <http://alizamar.files.com/2009/01/penjurusan-siswa.pdf>.
39. Notoatmodjo Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta; 2012. p. 25-28; 37-40; 103-105; 111-123; 152; 174-187; 202-204.
40. Sinaga Tinceuli. Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri terhadap Aborsi dari Kehamilan Tidak Dikehendaki di Sekolah Menengah Umum Negeri 1 Pematang Siantar Kecamatan Siantar Kabupaten Simalungun Tahun 2017. [Skripsi] Fakultas Kesehatan Masyarakat:Universitas Sumatera Utara. 2017.
41. Budiarto Eko. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2012. p. 5.
42. BKKBN. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 Kesehatan Reproduksi Remaja*; 2013. p. 215-218.
43. Riskesdas. Kuesioner Riskesdas 2010 [Internet]. 2010. p. 1-17. Available from: http://labdata.litbang.depkes.go.id/images/download/kuesioner/RKD/2010/ks_ind_rkd2010.pdf.
44. Meysa T. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap Remaja terhadap Pencegahan HIV/AIDS di SMA Muhammadiyah 3 Yogyakarta Tahun 2017. [Skripsi] Jurusan Kebidanan:Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta. 2017.
45. Arikunto Suharsini. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi 2010*. Jakarta:Rineka Cipta; 2010. p. 211-212; 221-222;278-281.
46. Riwidikdo Handoko. *Statistik Kesehatan Belajar Mudah Teknik Analisis Data dalam Penelitian Kesehatan Plus Aplikasi Software SPSS*. Yogyakarta:Mitra Cendikia Press; 2012. p. 77-96; 151-161; 172.
47. Dahlan Sopiudin. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta:Salemba Medika; 2013. p. 47-56.
48. Yasril, Heru SK. *Analisis Multivariat untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta:Mitra Cendikia Offset; 2009. p. 1-2: 6.
49. Putra, Edi., Putu Erma P., Ni Nyoman Astri A., dan Ni Luh Eka PA. Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual pada Remaja yang Berpacaran di

Kota Denpasar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, Vol.11 No. 2 April-September 2017. 2017; 75-83.

50. Mahmudah, Yaslinda Y., dan Yuniar L. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, Vol. 5 No. 2 2016. 2016; 448-455.
51. Sofni, L. M., Yuli I. D., dan Riri N. Perbandingan Pengetahuan dan Sikap antara Remaja Putra dan Remaja Putri tentang Tindakan Pencegahan HIV/AIDS. *Jurnal Online Mahasiswa Universitas Riau*, Vol. 2 No. 2 Oktober 2015. 2015; 1214-1249.
52. Faradina, A., Ismael S., dan M. Taufik. Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan HIV/AIDS oleh ODHA Wanita Usia Reproduksi di Kota Singkawang Tahun 2013. *Jurnal Mahasiswa dan Penelitian Kesehatan*. 2013; 147-154.
53. Rahmawan, E. F.DAM Taufik H. Perbandingan Minat Kelas IPA dan Kelas IPS terhadap Pembelajaran Pendidikan Jasmani, Olahraga, dan Kesehatan di SMA. *Jurnal Pendidikan Olahraga dan Kesehatan*, Vol. 01 No. 01 Tahun 2013. 2013; 107-112.
54. Tampubolon, D. Ns. Rinco Siregar, dan Galvami Volta Simanjuntak, M.Kep. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Siswa tentang HIV/AIDS dengan Tindakan Pencegahan Penularan HIV/AIDS di SMA Negeri 12 Helvetia Medan Tahun 2015. 2015.
55. Lastianti, S. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap tentang HIV/AIDS dengan Tindakan Pencegahan HIV/AIDS. *Jurnal Universitas Sam Ratulangi Manado*. 2012; 1-11.
56. Wulandari, S. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS dengan Pemanfaatan Pusat Informasi Konseling Remaja (PIK-R) pada Remaja SMKN Tandun Kabupaten Rokan Hulu. *Jurnal Maternity and Neonatal*, Vol. 2 No. 2. 2015; 10-23.
57. Swati, A. dan Sushma B. Knowledge, Attitude, and Sources of Information for Increasing Awareness about HIV/AIDS among College Students. *Healthline* pISSN 2239-337X/eISSN 2320-1525, Vol. 4 Issue 4 1 January-June 2013. 2013; 50-57

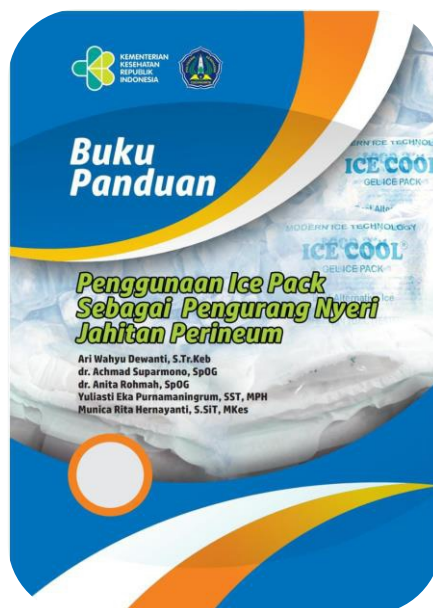
Biodata Penulis Utama
Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST, MPH

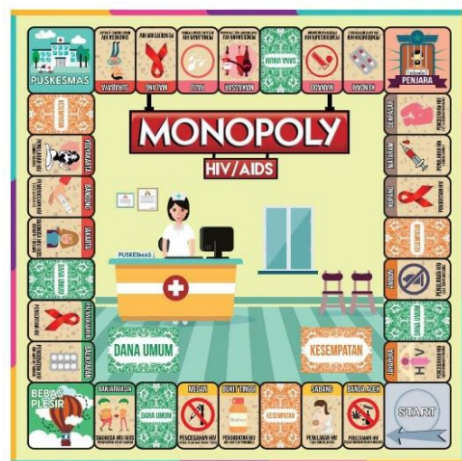
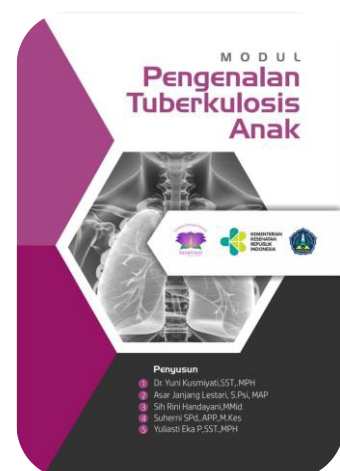


TTL	:	Yogyakarta, 5 Juli 1981
Instansi	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jabatan	:	Dosen (Kaprosi Sarjana Terapan Kebidanan 2016-sekarang)
Alamat	:	Perum CD Bethesda No 26 Kuncuran Ngaglik Sleman
No Hp	:	081328223177
Riwayat Pendidikan	:	S2 KIA-KR Prodi IKM UGM lulus tahun 2011
Riwayat Pekerjaan	:	1. Dosen PolKesYo sejak tahun 2002-sekarang 2. Praktisi di PMB Jurusan Kebidanan
Pengalaman Organisasi	:	1. Tim Reviewer KEPK Poltekkes Kemenkes Yogyakarta 2. Tim Reviewer Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak 3. Pengurus IBI Ranting Polkesyo

		<p>4. Tim Operasional Bidang Kesehatan POKJA Kampung KB Desa Sukoharjo Kecamatan Ngaglik Kabupaten Sleman</p> <p>5. Ketua PKK RT 08 RW 06 Pedukuhan Tanjungsari Desa Sukoharjo Kecamatan Ngaglik Kabupaten Sleman</p> <p>6. Sekretaris Tim Pelayanan Kesehatan Paroki Keluarga Kudus Banteng</p> <p>7. Tim Komite Sekolah Bidang Kesehatan SD Kanisius Sengkan</p>
Pengalaman Kegiatan Ilmiah	:	Narasumber dan moderator pelatihan, workshop serta seminar
Karya	:	Buku-buku ajar ber-ISBN dan karya-karya berHKI

Karya Buku-buku ajar ber-ISBN dan karya-karya berHKI





Biodata Penulis Kedua

Ratyas Ekartika Puspita Candra Nugrahawati, S.Tr.Keb



TTL	:	Bantul, 23 Juli 1995
Alamat	:	Jalan Harvad 1 No 10 RT 01 RW 05 Cimariyuk Lanud Sulaiman Bandung
No Hp	:	081225749395
Riwayat Pendidikan	:	D4 Sarjana Terapan Kebidanan Lulus Th 2018
Riwayat Pekerjaan	:	1. Tim Anggota PISPK Puskesmas Kalibawang Kab. Kulonprogo Th. 2018 2. Tim Anggota PISPK Puskesmas Galur 2 Th 2018-2019 3. Tenaga Harian Lepas Puskesmas Pengasih 2 Kab Kulonprogo Th 2018-2019 4. Tenaga BOK Petugas Promkes Puskesmas Pengasih 2 Kab. Kulonprogo Th 2019-2020
Pengalaman Organisasi	:	1. Tim Media Dinas Kesalahan Kab Kulonprogo 2. Dewan Saka Cabang SBH Kab Kulonprogo. 3. Tim Organisasi Promkes Kab Kulon Progo. 4. Tim Anggota Pinsaka Puskesmas Pengasih 2 Kab Kulonprogo. 5. Tim Satgas Covid 19 Puskesmas Pengasih 2 Kab Kulon Progo.
Pengalaman Kegiatan Ilmiah	:	1. Tim Enumerator Penelitian Dosen th 2018 2. Moderator Seminar

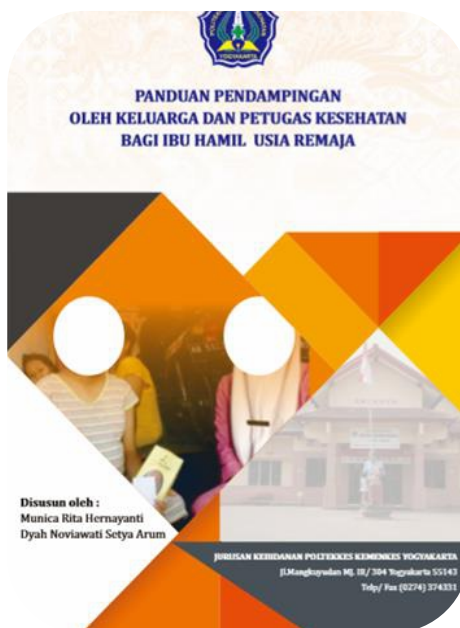
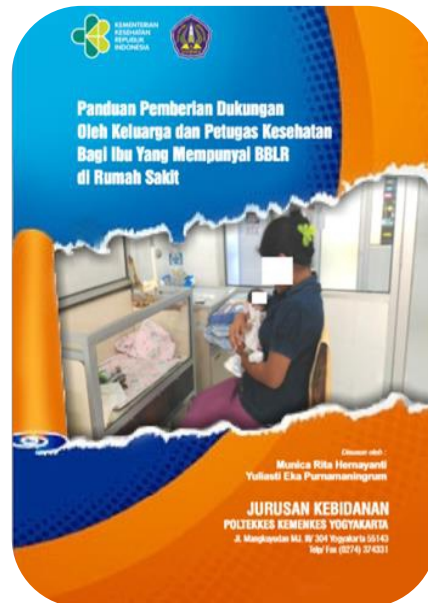
Biodata Penulis Ketiga
Munica Rita Hernayanti, S.SiT, M.Kes



TTL	:	Sleman, 14 Mei 1980
Alamat	:	Semak RT 33/ RW 17, Banjarasri, Kalibawang, Kulon Progo, DIY
No Hp	:	081328133336
Riwayat Pendidikan	:	S2 Kesehatan Masyarakat, Minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak, Universitas Diponegoro, Semarang lulus tahun 2012
Riwayat Pekerjaan	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidan Pelaksana RSKIA Pura Ibunda Yogyakarta (2001) 2. Bidan Desa Banjarasri, Wilayah Puskesmas Kalibawang, Kulon Progo, DIY (2002) 3. Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta (2002-sekarang) 4. Praktisi di PMB Mangkuyudan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Pengalaman Organisasi	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketua Tim Kerja Kesehatan Paroki Santa Theresia Lisieux Boro, Banjarasri, Kalibawang, Kulon Progo, DIY

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Ketua Paguyuban Donor Darah “Sarukun Andum Ludiro” Kalibawang_Samigaluh, Kulon Progo, DIY 3. Pengurus PKK Desa Banjarasri, Kalibawang, Kulon Progo, DIY 4. Pengurus PAUD “Kuncup Asri” Desa Banjarasri, Kalibawang, Kulon Progo, DIY 5. Pengurus IBI Ranting Polkesyo 6. Sekretris Komite Sekolah SD Marsudirini, Santa Theresia Boro
Pengalaman Kegiatan Ilmiah	:	Narasumber dan moderator pelatihan, workshop seminar
Karya	:	Karya berHKI

Hasil karya berupa buku







KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS



Diterbitkan oleh:
POLTEK USAHA MANDIRI
Jl. Tatabumi No.3 Banyuraden Gamping
Sleman D.I Yogyakarta
Telp./Fax (0274) 617601

ISBN 978-623-93950-6-3



9 786239 395063