

**PROMOSI KESEHATAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS PADA  
MAHASISWA KEPERAWATAN MELALUI *PEER EDUCATOR* DI  
SAMARINDA**

**Tesis**

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan  
Mencapai Derajat Sarjana S-2

Minat Utama Perilaku dan Promosi Kesehatan  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat



diajukan oleh :

**Yuliani Winarti**  
NIM. 11/323664/PKU/12518

**Kepada**

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS GADJAH MADA  
YOGYAKARTA  
2016**

**TESIS**  
**PROMOSI KESEHATAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS PADA**  
**MAHASISWA KEPERAWATAN MELALUI *PEER EDUCATOR* DI**  
**SAMARINDA**

**Diajukan Oleh :**

**Yuliani Winarti**  
NIM. 11/323664/PKU/12518

**Telah disetujui oleh:**

**Pembimbing I,**

**Dr. Ira Paramastri, M. Si.**

**Tanggal .....**

**Pembimbing II,**

**Drs. Abdul Wahab, MPH.**

**Tanggal .....**

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	v
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	vii
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b> .....	viii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ix
<b>ABSTRAK</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Keaslian Penelitian .....	7
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	10
B. Landasan Teori .....	24
C. Kerangka Konsep .....	27
D. Hipotesis .....	27
<b>BAB III. METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	28
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	29
C. Subjek Penelitian .....	30
D. Identifikasi Variabel Penelitian .....	35
E. Deskripsi Intervensi .....	35
F. Definisi Operasional Variabel .....	37
G. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data .....	37

H. Cara Analisis Data .....	44
I. Etika Penelitian.....	44
J. Keterbatasan Penelitian .....	45
K. Jalannya Penelitian .....	46
<b>BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	53
B. Pembahasan .....	63
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	76
B. Saran .....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>77</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>84</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 : Struktur program pelatihan dan pendidikan dalam pencegahan HIV/AIDS .....	16
Tabel 2 : Distribusi item skala pengukuran pengetahuan .....	38
Tabel 3 : Distribusi item skala pengukuran sikap .....	39
Tabel 4 : Karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, asal, tempat tinggal, media informasi dan indeks prestasi .....	54
Tabel 5 : Uji homogenitas variabel pengetahuan dan sikap .....	56
Tabel 6 : Analisis <i>independent t test</i> pengetahuan <i>pretest</i> & <i>posttest</i> .....	56
Tabel 7 : Analisis <i>independent t test</i> sikap <i>pretest</i> , <i>posttest</i> 1 dan 2 .....	57
Tabel 8 : Analisis <i>paired t test</i> pengetahuan <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> .....	58
Tabel 9 : Analisis <i>paired t test</i> sikap <i>pretest</i> , <i>posttest</i> 1 dan 2.....	59
Tabel 11 : Persentase jawaban variabel pengetahuan.....	60
Tabel 12 : Persentase jawaban variabel sikap.....	61

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Skema kerangka teori .....	26
Gambar 2 : Kerangka konsep penelitian .....	27
Gambar 3 : Model rancangan penelitian .....	28
Gambar 4 : Model <i>recruitment</i> partisipan penelitian .....	35
Gambar 5 : Proses intervensi <i>peer educator</i> dan pemberian modul .....	36
pada mahasiswa D III keperawatan Samarinda	

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Pengantar.....	84
Lampiran 2 : Pernyataan kesediaan menjadi responden.....	85
Lampiran 3 : Angket pengetahuan dan sikap.....	86
Lampiran 4 : Rencana kerja <i>peer educator</i> .....	93
Lampiran 5 : Jadwal kegiatan <i>peer educator</i> .....	94
Lampiran 6 : <i>Preplaning</i> KIE pencegahan HIV/AIDS oleh <i>peer educator</i> ...	95
Lampiran 7 : Prosentase jawaban responden.....	111
Lampiran 8 : Hasil analisis statistik.....	119
Lampiran 9 : Surat persetujuan komisi etik .....	125
Lampiran 10 : Surat keterangan telah melakukan penelitian.....	126

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Januari 2016  
Penulis,

Yuliani Winarti



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini. Tesis yang berjudul "Promosi Kesehatan Pencegahan Penularan HIV/AIDS pada Mahasiswa Keperawatan melalui *Peer Educator* di Samarinda", tersusun atas bantuan, dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, perkenankanlah penulis menghaturkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada :

1. Ibu Dr. Ira Paramastri, M.Si, dan Bapak Abdul Wahab, MPH, selaku pembimbing tesis ini, yang telah meluangkan waktunya memberi masukan, arahan, saran dan dukungannya, sehingga penelitian ini dapat selesai dengan baik.
2. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM, yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan S2 IKM.
3. Ketua beserta para staf pengelola Minat Utama Perilaku dan Promosi Kesehatan Program Studi S2 IKM, yang telah memberikan bantuan dan dukungan kepada penulis selama penulis menempuh pendidikan.
4. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis.
5. Ketua Stikes Muhammadiyah Samarinda, yang telah memberikan izin untuk lokasi penelitian, mendukung dan memberikan dorongan semangat hingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
6. Ketua Prodi D III Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda beserta jajarannya, yang telah memberikan bantuan, dukungan, arahan serta semangat kepada penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.
7. Direktur AKPER Yarsi Samarinda beserta jajarannya, yang telah memberikan izin untuk lokasi penelitian sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
8. Mahasiswa D III Keperawatan Stikes Muhammadiyah dan AKPER Yarsi Samarinda angkatan 2014/2015, yang sudi meluangkan waktu untuk diabdikan dalam penelitian ini.

9. Ayahanda Achmad Hafiliddin, S.Pd, Ibunda Hj. Radiah, S.Pd, suamiku Aan dan ketiga anakku tercinta; Puput, Kayla dan Kanaya, yang selalu bersabar dan selalu memberikan doa, dukungan, pengorbanan dan pengertian yang tidak ternilai.
10. Rekan-rekan karyasiswa Minat Utama PPK, khususnya Bu Nina, Bu Narti dan Pak Dany, beserta berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan tesis penelitian ini masih memiliki kekurangan, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh peneliti.

Akhirnya kepada Allah SWT penulis memohon, semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapat balasan yang berlipat ganda dari-Nya, dan semoga tesis ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya kepada semua pihak.

Yogyakarta, Januari 2016

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Peningkatan kasus HIV/AIDS pada remaja bertambah setiap tahunnya. Penderita HIV/AIDS pada usia 15 - 24 tahun meningkat sebanyak 25%. Pengetahuan pencegahan HIV/AIDS yang belum komprehensif turut mendukung meningkatnya kasus penyakit tersebut pada remaja.. Oleh karena itu remaja perlu dibekali dengan pendidikan kesehatan terkait dengan pencegahan penularan HIV/AIDS.

**Tujuan:** Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan melalui *peer educator* terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan di Samarinda.

**Metode:** Jenis penelitian adalah *quasi experiment* dengan rancangan *non-equivalent control group with pre-test and post-test*. Subjek penelitian mahasiswa Stikes Muhammadiyah dan Akper Yarsi Samarinda sebanyak 130 orang, yang dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sampel dipilih melalui purposive sampling atas dasar karakteristik responden dengan jumlah 65 orang yang diberi metode *peer educator* dan 65 orang tidak diberi metode *peer educator* tetapi dengan pemberian modul HIV/AIDS. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner pengetahuan dan sikap. Analisis data yang digunakan untuk mengukur perbedaan perlakuan pada kelompok perlakuan dan kontrol tersebut digunakan *paired t-test*, sedangkan untuk membandingkan pengetahuan dan sikap pada ke 2 kelompok diolah menggunakan *independent t-test* dengan taraf signifikansi  $p = 0,05$ .

**Hasil:** Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik  $p < 0,05$  pada kedua kelompok. Rerata perubahan pengetahuan dan sikap kelompok perlakuan yang mendapatkan pendidikan kesehatan melalui metode *peer educator* lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol dengan pemberian modul yang dibaca secara mandiri .

**Kesimpulan:** Pendidikan kesehatan melalui metode *peer educator* mempunyai pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap mahasiswa keperawatan dalam pencegahan penularan HIV/AIDS.

**Kata kunci :** *peer educator*, pencegahan penularan HIV/AIDS

## ABSTRACT

**Background:** Increasing cases of HIV/AIDS among adolescents is getting higher every year. Comprehensive knowledge of HIV/AIDS prevention has not helped propel the rising this cases. HIV/AIDS has increased approximately 25% in the age range 15 - 24 years. Therefore, adolescents need health education related to prevent HIV/AIDS transmission.

**Objective:** The study aimed to analyze effect of health education through peer educator to increase of knowledge and attitude in HIV/AIDS prevention of nursing students at Samarinda City.

**Method:** The study was a quasi experiment with non-equivalent control group with pre-test post-test design. The samples of the research was 130 nursing students of Stikes Muhammadiyah and Akper Yarsi of Samarinda that was divided into 2 groups; treatment and control groups. The samples was chosen through purposive sampling based on respondent's characteristic with 65 people who were given peer educator method and 65 people who were not given peer educator method, and yet, given HIV/AIDS module instead. Data collection was done by questioner of knowledge and attitude. Data analysis that used to estimate treatment difference in intervention and control group was paired t-test, while in order to compare knowledge and attitude in both of the group used independent t-test with significance level of  $p = 0,05$ .

**Result:** There was a significant statistic difference of  $p$  value  $< 0,05$  in both of the groups. A significant increasing on knowledge and attitude average value in treatment group with peer educator method was better than control group with independent module given.

**Conclusion:** Health education with peer educator method had influence in the improvement of knowledge and attitude of nursing students in the prevention of HIV/AIDS transmission.

**Keywords:** health education, peer educator, prevention of HIV/AIDS

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit HIV/AIDS dan penularannya di dunia meningkat dengan cepat, sekitar 60 juta orang di dunia telah terinfeksi HIV. Penyebaran dan penularan HIV/AIDS dominan terjadi di Afrika dan Asia. Peningkatan kematian pada penderita AIDS di negara miskin dan berkembang sebesar 4.2 juta dalam rentang waktu tahun 2002 hingga 2012. Data dari WHO tahun 2015 menunjukkan adanya peningkatan kurang lebih 25 % penderita HIV pada usia 15 - 24 tahun.

Di Indonesia, penyebaran HIV/AIDS terjadi merata hampir di semua Provinsi. Prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15 - 49 tahun mengalami peningkatan. Pada awal tahun 2009, prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15 - 49 tahun hanya 0,16% kemudian meningkat menjadi 0,30% pada tahun 2011, meningkat lagi menjadi 0,32% pada tahun 2012 dan terus meningkat menjadi 0,43% pada tahun 2013. Adapun persentase kumulatif kasus AIDS berdasarkan umur tertinggi yaitu pada kelompok umur 20 - 29 tahun (35,2%), dan persentase terbanyak mengenai remaja dan menjelang dewasa. Faktor risiko penularan terbanyak melalui hubungan heteroseksual (58,7%), pengguna narkotika suntik (17,9%), diikuti penularan melalui perinatal (2,7%) dan homoseksual sebesar 2,3% (Kemenkes RI, 2014).

Di Kalimantan Timur, sejak tahun 1993 hingga Desember 2014 jumlah penderita HIV tercatat sudah mencapai 3.496 orang dan kasus penderita AIDS sebesar 947 orang, sedangkan yang telah meninggal karena HIV/AIDS sebesar 412 orang. Samarinda sebagai ibukota Kalimantan Timur untuk penderita HIV sudah mencapai 1.705 (48,8%) dan penderita AIDS sebesar 514 (54,3%), sehingga kota Samarinda menduduki peringkat pertama di Kalimantan Timur jika dilihat dari penemuan pengidap HIV/AIDS per kabupaten (Hasil Sero Survey Dinkes, 2014).

Data dari RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda pada bulan Februari tahun 2013 menunjukkan bahwa sebaran penderita HIV/AIDS pada umur 16 – 24 tahun sebanyak 94 orang dengan persentase 15,64%. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2013, hingga bulan Desember persentase

penderita berdasarkan jenis pekerjaan, adalah PNS (pegawai negeri sipil) sebanyak 36 orang (15,4%), pelajar 15 orang (6,4%), mahasiswa ada 11 orang (4,7%), TNI/Polri 10 orang (4,3%), WPS (wanita pekerja seks) 144 orang (61,5%) serta ABK 10 orang (4,3%).

Remaja di Indonesia berjumlah 43,6 juta (19%) dari 237 juta jiwa penduduk. Dengan jumlah penduduk remaja yang besar tersebut mengakibatkan berbagai masalah yang kompleks. Berdasarkan data dari Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Samarinda tahun 2014, penyakit HIV/AIDS telah mengenai 60 anak remaja usia di bawah 20 tahun yang umumnya masih duduk di bangku SMP dan SMA. Penularan HIV terbanyak saat ini di Samarinda melalui transmisi seksual (78%), berdasarkan usia terbanyak mengenai usia produktif antara 15 - 35 tahun sebesar 70 %.

Kasus HIV/AIDS di Samarinda sebagai ibu Kota Kalimantan Timur sudah sangat memprihatinkan, karena mengalami kenaikan yang luar biasa yang mempengaruhi angka kesakitan dan kematian pada penduduk, terutama usia produktif. Kalimantan Timur merupakan kota pusat menuntut ilmu bagi para pelajar dan mahasiswa, sehingga kota Samarinda merupakan pusat berkumpulnya banyak putra daerah yang menuntut ilmu serta tinggal jauh dari orangtua, sehingga kemungkinan perilaku-perilaku berisiko rentan dilakukan. Data Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa gejala perilaku seksual pranikah sudah terjadi pada rentang usia 10 - 24 tahun, baik pada laki-laki maupun perempuan. Menurut Tobing (1995), usia produktif orang Indonesia melakukan hubungan seks antara 18 - 50 tahun. Demikian juga halnya mahasiswa dengan usia rata-rata 20 - 30 tahun, yang jika dilihat dari tahap masa perkembangan masuk pada masa reproduksi aktif. Tentunya mahasiswa pada usia ini sangat produktif dan mempunyai hasrat untuk melakukan hubungan seks dengan lawan jenisnya, sehingga kecenderungan untuk melakukan perilaku seks bebas lebih besar terjadi. Pada tahun 2014, PKBI Samarinda Kalimantan Timur melakukan survei tentang perilaku seksual remaja di kota Samarinda, didapatkan 25% remaja pernah melakukan hubungan seksual, dengan usia melakukan hubungan seksual dalam rentang usia 15 - 16 tahun sebesar 23%, usia 17 - 18 tahun sebesar 35% dan diatas 18 tahun sebesar 25 %.

Hasil Survei Kesehatan Remaja (SKRRI) tahun 2003 memperlihatkan bahwa tingkatan pengetahuan dasar penduduk usia 15 - 24 tahun tentang risiko kehamilan dan pengetahuan tentang masa subur masih sangat rendah, begitu pula pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS. Gencarnya informasi tentang HIV/AIDS selama ini belum mampu meningkatkan pengetahuan remaja secara signifikan tentang penyakit tersebut. Data Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa 57,5% penduduk diatas umur 15 tahun pernah mendengar tentang HIV/AIDS, akan tetapi tingginya angka tersebut tidaklah menjamin seseorang mengetahui secara menyeluruh tentang penularan HIV/AIDS. Pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS ditentukan berdasarkan 5 hal, yaitu : 1) HIV/AIDS dapat dicegah dengan berhubungan seksual dengan suami/isteri saja; 2) HIV/AIDS dapat dicegah dengan menggunakan kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan yang berisiko; 3) HIV/AIDS dapat dicegah dengan tidak menggunakan jarum suntik bersama; 4) HIV/AIDS tidak dapat menular karena makan sepiring bersama dengan penderita AIDS; dan 5) HIV/AIDS tidak dapat ditularkan dari gigitan nyamuk. Secara nasional, penduduk Indonesia yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS baru 11,4% oleh sebab itu, perlu dilakukan upaya perlindungan, pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pada kelompok ini secara intensif dan komprehensif, dan salah satunya adalah pendidikan kesehatan pencegahan penyebarluasan HIV/AIDS.

Menurut BKKBN (2008), pendidikan kesehatan pencegahan HIV/AIDS pada remaja merupakan salah satu upaya efektif dan dilaksanakan melalui program pendidik sebaya yang dikenal dengan istilah GenRe atau Generasi Remaja. Program ini membantu para remaja meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku lebih positif tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dengan penyampaian informasi kesehatan melalui teman sebaya. Berbagai bentuk pendidikan kesehatan telah dilakukan selama ini, khususnya berkaitan dengan AIDS, terbanyak dilakukan secara tidak langsung, antara lain melalui berbagai media, baik elektronik maupun cetak, juga dilakukan secara langsung, baik melalui ceramah maupun metode diskusi. Namun pengalaman menunjukkan bahwa jumlah penderita HIV/AIDS semakin banyak dibandingkan dengan tahun sebelumnya, sehingga berdasarkan hal

tersebut pendekatan pendidik sebaya diharapkan akan lebih berhasil. Dengan metode pelatihan dan pendidikan sebaya ini diharapkan akan terbentuk kelompok-kelompok motivator penanggulangan HIV/AIDS.

Mahat, *et al.* (2006) melakukan studi tentang program pendidikan sebaya dengan hasil bahwa program pendidikan sebaya sangat membantu dalam perubahan remaja ke arah menghindari perilaku berisiko HIV/AIDS. Pendidikan kesehatan banyak dilakukan dengan berbagai metode, salah satunya adalah dengan metode *peer educator*. Metode ini terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap pelajar dan mahasiswa, dibandingkan dengan metode yang lain seperti penyuluhan massal yang dilakukan di sekolah-sekolah, pendidikan kesehatan reproduksi, pemasangan spanduk dan masih banyak lagi yang lainnya yang kurang begitu efektif, terbukti dengan meningkatnya perilaku remaja yang berisiko untuk tertular dan menularkan penyakit HIV/AIDS.

Al-Sheyab (2012) dalam penelitiannya mengatakan adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan pada kelompok yang diintervensi dengan menggunakan *peer educator* dalam peningkatan pengetahuan tentang manajemen asma secara mandiri dan motivasi untuk berhenti merokok pada usia dewasa di Yordania. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa metode *peer educator* dapat digunakan sebagai metode promosi kesehatan, termasuk penyebaran informasi pencegahan penyakit HIV/AIDS pada kultur dan wilayah yang berbeda. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Caron (2004) yang menyatakan bahwa metode *peer educator* lebih efektif pada kelompok eksperimen dalam meningkatkan sikap positif, kontrol diri, nilai kepercayaan dalam rangka mengurangi risiko penularan dan penyebaran HIV/AIDS.

Berdasarkan data dari Bagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan (BAAK), sebagian besar mahasiswa keperawatan Diploma III Stikes Muhammadiyah Samarinda berasal dari daerah baik dari kabupaten maupun kecamatan yang tersebar di Kalimantan Timur. Sebagian besar mahasiswa tinggal di rumah penduduk dengan status kontrakan maupun kos-kosan ataupun asrama, sebagian lagi tinggal di tempat keluarga ataupun orang tua mereka sendiri. Dampak dari hidup mandiri, lingkungan dan teman bergaul di lingkungan baru tanpa



pengawasan orangtua menjadikan para mahasiswa lebih berisiko untuk melakukan pergaulan bebas, mengonsumsi minuman keras atau napza, mengunjungi tempat-tempat hiburan malam hingga menonton *blue film*, perilaku ini dapat menjadi faktor risiko untuk tertular virus HIV/AIDS. Dari hasil wawancara pada 10 mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda Diploma III keperawatan tingkat satu, 5 di antaranya belum mengetahui secara komprehensif tentang penyakit HIV/AIDS, dan sisanya mengatakan bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang menakutkan, tetapi mereka juga belum mengetahui secara komprehensif tentang penyakit HIV/AIDS serta pencegahan yang harus dilakukan agar terhindar dari penyakit tersebut. Dari 10 mahasiswa yang diwawancarai tersebut, rata-rata pernah pacaran, bahkan di kelas pun banyak yang berpacaran.

Menurut Depdikbud (1997), kebijaksanaan pendidikan tinggi dalam penanggulangan HIV/AIDS, metode pendidik sebaya atau *peer educator* merupakan salah satu ekstrakurikuler yang dilakukan di sekolah-sekolah dan institusi perguruan tinggi dalam rangka menyebarluaskan informasi tentang pencegahan penularan HIV/AIDS secara komprehensif. Besarnya peran pendidik sebaya dalam proses transformasi informasi kesehatan pencegahan HIV/AIDS dan mahasiswa keperawatan merupakan *role model* kesehatan di masyarakat, merupakan alasan mendasar bagi peneliti untuk melakukan penelitian pada Mahasiswa D III Keperawatan di Samarinda tentang promosi kesehatan pencegahan penularan HIV/AIDS melalui *peer educator*.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut: "Apakah ada pengaruh promosi kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan melalui *peer educator* di Samarinda?"

## **B. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan umum

Menguji pengaruh promosi kesehatan melalui *peer educator* terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap pada mahasiswa D III keperawatan di Samarinda.

2. Tujuan khusus
  - a. Menguji pengaruh pendidikan kesehatan melalui *peer educator* terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan Samarinda.
  - b. Menguji perbedaan pendidikan kesehatan melalui *peer educator* dengan pemberian modul terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan Samarinda.

### **C. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, sebagai berikut :

1. Bagi institusi kesehatan : sebagai bahan masukan bagi institusi kesehatan khususnya D III Keperawatan dalam melakukan promosi kesehatan dan mengembangkan model *peer educator* dalam menyampaikan berbagai informasi kesehatan khususnya pencegahan penularan HIV/AIDS di Samarinda.
2. Bagi mahasiswa : dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS.
3. Bagi peneliti selanjutnya : dapat menjadi bahan pertimbangan untuk melakukan penelitian tentang promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator* pada remaja dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS dengan analisis yang lebih mendalam, dan menambah variabel, jumlah sampel yang lebih besar dan cakupan wilayah yang lebih luas.

### **E. Keaslian Penelitian**

1. Erawan (2013), melakukan penelitian pendidikan kesehatan melalui pendidik sebaya (*peer educator*) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam

pencegahan kecelakaan lalu lintas pada siswa SMA di Kota Kendari Sulawesi Tenggara. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan bermakna pada kelompok intervensi yang diberikan metode *peer education* terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan kecelakaan lalu lintas. Jumlah sampel pada penelitian ini terdiri dari 64 kelompok intervensi dan 67 kelompok perlakuan, dengan rancangan penelitian adalah eksperimen semu atau *quasi experiment* dengan rancangan *non-equivalent control group with pre-test and post-test*.

2. Manurung (2004), melakukan penelitian dengan judul pendidikan kesehatan oleh *peer educator* sebagai upaya pencegahan bahaya merokok pada *peer group*. Rancangan penelitian *quasi experiment pretest-posttest group control design*. Hasil penelitian ada pengaruh yang bermakna dalam peningkatan pengetahuan dan sikap pada *peer group* setelah diintervensi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan.
3. Mau (2007), melakukan penelitian tentang promosi kesehatan dengan metode *peer education* terhadap pengetahuan dan sikap siswa SMU dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Belu–NTT. Rancangan penelitian *quasi experiment pretest-posttest group control design*. Hasil penelitian ada pengaruh yang bermakna dalam peningkatan pengetahuan dan sikap siswa SMU setelah 2 bulan diberikan promosi kesehatan dengan metode *peer education*. Selain itu, terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap responden pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.
4. Riswanda (2006), melakukan penelitian tentang promosi kesehatan melalui pendidikan teman sebaya (*peer education*) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penularan HIV/AIDS pada siswa di SMP Kabupaten Muara Enim. Rancangan penelitian adalah *pretest control group design*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan metode *peer education* pada kelompok perlakuan sangat bermakna dalam pencegahan penularan HIV/AIDS.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian ini lebih memfokuskan pada pengaruh promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator* yang dalam prosesnya lebih menekankan pada pemilihan *peer educator*, sehingga proses transformasi yang dilakukan oleh *peer educator* dalam penyampaian informasi kesehatan dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda dapat tercapai sesuai dengan tujuan penelitian. Pemilihan *peer educator* dipilih langsung oleh subyek penelitian pada kelompok intervensi dengan kriteria aktif, menarik, disukai oleh teman-temannya, dapat dijadikan sebagai contoh atau *role model*, memiliki jiwa kepemimpinan, dapat dipercaya terutama oleh teman-temannya, komunikatif dan populer. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Simon *et al.* (2002) dalam studi *RIPPLE (Randomized Controlled Trial of Peer-Led Education)* nya di Inggris, karakteristik seorang *peer educator* dan pemilihan *peer* dari teman sebaya mereka sendiri mempunyai peran yang sangat penting dan berdampak positif terhadap peningkatan pengetahuan serta sikap remaja tentang perilaku seks.

Perbedaan lainnya terletak pada subyek penelitian adalah mahasiswa keperawatan jenjang D III Keperawatan, karena pentingnya *role model* bagi para teman sebaya terutama oleh mahasiswa kesehatan dalam hal perilaku kesehatan yang lebih positif terutama dalam pencegahan penularan HIV/AIDS. Alasan dipilihnya mahasiswa D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda adalah dikarenakan STIKES Muhammadiyah Samarinda merupakan salah satu perguruan tinggi kesehatan swasta yang sebagian besar mahasiswanya berasal dari berbagai daerah dan kabupaten di Kalimantan Timur yang sebelumnya tidak pernah tinggal di ibu kota. Mereka mulai belajar hidup sendiri tanpa pengawasan dari orangtua, sehingga perilaku-perilaku berisiko seperti *free sex*, narkoba, minum-minuman keras hingga meminum alkohol rentan dilakukan oleh para mahasiswa tersebut. Data dari BKKBN Kota Samarinda menunjukkan bahwa Kota Samarinda menduduki urutan tertinggi dalam jumlah dan penderita HIV/AIDS dibandingkan dengan kabupaten lain yang berada di wilayah Kalimantan Timur. Data RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2013

pada bulan Februari menunjukkan bahwa penderita HIV/AIDS pada umur 16 - 24 tahun sebanyak 94 orang dengan persentase 15, 64%. Perbedaan lainnya, pada penelitian ini peneliti melibatkan pembina PIK HIV/AIDS dari BKKBN dan PKBI sebagai salah satu pemateri dalam proses pelatihan *peer educator* dan telah mempunyai pengalaman dalam melatih para *peer educator* di Kota Samarinda.

Perbedaan selanjutnya adalah pada proses *recruitment* yang melibatkan langsung subjek penelitian dalam memilih calon *peer educator*, selanjutnya dalam pelaksanaan pelatihan peneliti terjun langsung sebagai salah satu pemateri dalam menyampaikan materi tentang komunikasi informasi dan edukasi (KIE) pada para peserta *peer educator*. Proses evaluasi dilakukan setiap 2 hari sekali untuk mengetahui hambatan serta keberhasilan *peer educator* dalam penyampaian informasi pada kelompok intervensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan adalah sebuah proses yang memungkinkan seseorang untuk mampu meningkatkan kontrol atas dirinya dalam rangka meningkatkan atau memperbaiki derajat kesehatan mereka sendiri (Ewles dan Simnett, 1994). Promosi kesehatan merupakan sebuah perwujudan proses sosial dan politik yang komprehensif, dan tidak hanya untuk memperkuat keterampilan kapabilitas seseorang secara langsung, tetapi juga mengubah keadaan sosial, lingkungan dan ekonomi yang berdampak pada status dan derajat kesehatan, baik individu maupun masyarakat, sehingga individu maupun masyarakat dapat mengontrol determinan kesehatan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Nutbeam, 1998, *cit.* Keleher, 2007).

Depkes RI (2008), mendefinisikan promosi kesehatan secara lebih rinci, yaitu proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya serta lebih luas dari hanya sekedar penyuluhan kesehatan.

Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kewaspadaan, meningkatkan pengetahuan, pemberdayaan pribadi, mengubah sikap dan perilaku serta mengubah lingkungan fisik atau sosial individu, keluarga, kelompok dan masyarakat terhadap kesehatan (Ewles dan Simnett, 1994).

Menurut Green & Kreator (2000), bentuk aplikasi promosi kesehatan salah satunya berupa intervensi dari pendidikan kesehatan, yaitu komunikasi, konsultasi, *training*, umpan balik dan interaksi, sehingga dihasilkan motivasi, kemampuan untuk menghasilkan perilaku yang kondusif terhadap kesehatan.

#### **B. Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan merupakan usaha sadar yang dilakukan melalui suatu proses yang terencana, sistematis dan mempunyai tujuan dalam rangka pengembangan pengetahuan, sikap, nilai-nilai dan perilaku kesehatan pada peserta didik. Menurut Read (1997), pendidikan kesehatan merupakan proses transformasi paradigma sehat, dengan pengetahuan tidak hanya sebagai potensi,

tetapi juga sebagai sesuatu yang mampu menggerakkan seseorang untuk belajar dan melaksanakan pesan kesehatan dalam kehidupannya serta mampu membangun karakter untuk perubahan perilaku. Dengan demikian, pendidikan kesehatan adalah upaya menerjemahkan yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan (Grout, 1958, *cit.* Machfoedz, dkk, 2005).

Pendidikan kesehatan adalah kesempatan yang direncanakan untuk individu agar tahu tentang kesehatan dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela dalam bertingkah laku. Ada beberapa konsep pendidikan kesehatan, salah satunya adalah pendidikan kesehatan primer yang diarahkan kepada individu yang sehat bertujuan untuk mencegah gangguan kesehatan sejak dini, yang dilakukan pada anak-anak dan remaja tentang perilaku hidup bersih dan sehat, keterampilan sosial dan hubungan interpersonal yang akan mempertinggi mutu atau kualitas hidup (Ewles & Simnett, 1994). Menurut Sarwono (2004), pendidikan kesehatan adalah suatu proses mendidik individu atau masyarakat supaya dapat memecahkan permasalahan kesehatan yang dihadapi.

Menurut Machfoedz, dkk. (2005), secara garis besar ada 2 metode pendidikan kesehatan, yaitu : a) Metode didaktik, yaitu metode belajar yang didasarkan pada satu arah atau *one way method*. Dalam hal ini pendidik aktif dan peserta didik pasif. Kelemahannya sulit dievaluasi tingkat keberhasilannya, contohnya adalah siaran radio, ceramah dan media cetak, dan b) Metode sokratik, yaitu metode 2 arah atau *two-way traffic method*. Pada metode ini, peserta didik diberi kesempatan mengemukakan pendapat, sehingga sasaran dapat aktif dan kreatif. Contoh pada metode ini adalah diskusi kelompok, diskusi panel, *role playing*, sosio drama, demonstrasi dan latihan lapangan.

Pemilihan metode pendidikan ditentukan oleh pengajar serta kemampuan peserta yang ingin dicapai. Jumlah peserta, materi yang akan diajarkan, dan jenis proses pembelajaran serta penggunaan alat atau media juga harus diperhatikan (Coutts & Hardy, 1985).

Menurut Depkes RI (1994), pendidikan kesehatan merupakan upaya kegiatan terencana untuk mengubah pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*)

dan keterampilan atau tingkah laku (*practice*) individu atau masyarakat agar mampu mengambil keputusan yang berhubungan dengan kesehatannya sendiri sebagai tanggung jawab pribadi dalam mencapai derajat kesehatan yang lebih baik dan sejalan dengan tujuan pendidikan kesehatan oleh Machfoedz & Suryani (2008), yaitu tujuan keseluruhannya adalah untuk mengubah perilaku yang tidak tahu atau belum sehat menjadi tahu dan berperilaku sehat.

### C. Peer Educator

*Peer educator* atau pendidik sebaya menurut Sciacca (1987 *cit.* Green & Tones, 2008) adalah pengajaran atau *sharing* mengenai informasi kesehatan, nilai dan perilaku melalui anggota dari status kelompok yang sama dan seusia, program dari anak, oleh anak dan untuk anak. Seorang *peer* adalah seseorang yang dapat dipercayai tentang informasi yang diberikan, seseorang yang dapat diterima, mempunyai tingkat kesuksesan dibanding ahli, dapat menjadi penguat dalam pembelajaran dengan kontak yang berkelanjutan, merupakan *role model* yang positif.

Pendidikan sebaya adalah sebuah konsep populer yang mengacu pada berbagai pendekatan seperti saluran komunikasi, metodologi, filosofi, dan strategi. Istilah '*peer educator*' merujuk pada suatu pengertian sesuatu yang berdiri sama dengan yang lain, sesuatu milik yang sama, atau dengan kata yang sederhana sebagai pendidikan sebaya. Kelompok yang dimaksudkan terutama kelompok masyarakat yang dikategorikan berdasarkan umur, kelas atau status.

Menurut kamus Merriam Webster (1985 *cit.* UNAIDS, 1999), istilah pendidikan mengacu pada pembangunan, pelatihan, atau bujukan dari pendidik yang diberikan pada kelompok tertentu. Atau ilmu pengetahuan yang merupakan hasil dari suatu proses pendidikan. Dalam praktiknya, pendidikan sebaya telah diambil pada berbagai definisi dan interpretasi tentang siapa kelompok sebaya/*peer* dan apa yang disebut sebagai pendidikannya (misalnya advokasi, konseling, memfasilitasi diskusi, drama, ceramah, mendistribusikan bahan, membuat rujukan ke layanan, memberikan dukungan, dan sebagainya).

Shoemaker *et al.* (1998 *cit.* UNAIDS, 1999), menyatakan bahwa pendidik sebaya biasanya melibatkan penggunaan anggota kelompok tertentu untuk



menghasilkan perubahan di antara anggota lain dalam kelompok yang sama. Pendidikan sebaya sering digunakan untuk mengubah tingkat perilaku pada individu dengan cara memodifikasi pengetahuan, sikap, keyakinan, atau perilaku seseorang. Namun, pendidikan sebaya juga dapat mempengaruhi perubahan di tingkat kelompok atau masyarakat dengan memodifikasi norma-norma dan merangsang tindakan kolektif yang mengarah pada perubahan program dan kebijakan yang ada dalam masyarakat.

Model pembelajaran yang diterapkan dalam pendidik sebaya adalah komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Pendidik sebaya diidentifikasi sebagai sarana penting menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi karena terkait dengan masalah seks sering sulit untuk membahas secara terbuka dan adanya hambatan untuk menyampaikan secara formal pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah (UNAIDS, 1999).

*Peer educator* adalah salah satu cara yang secara luas digunakan untuk mengatasi pandemi HIV/AIDS. Pendidik sebaya diidentifikasi sebagai sarana penting menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi karena dapat mengatasi beberapa kesulitan, dapat mentransfer pengetahuan dan komunikasi dilakukan lebih bebas dan secara terbuka dalam kelompok sebaya. Pendidikan sebaya sering digunakan untuk mengubah tingkat perilaku pada individu dengan cara memodifikasi pengetahuan, sikap, keyakinan, atau perilaku seseorang. Pendidik sebaya juga dapat mempengaruhi perubahan di tingkat kelompok atau masyarakat dengan memodifikasi norma-norma dan menstimulasi tindakan kolektif yang mengarah pada perubahan program dan kebijakan yang ada dalam masyarakat (Shiner, 1999).

Pendekatan *peer educator* dapat dilakukan melalui metode pelatihan dan juga diharapkan terbinanya kelompok-kelompok motivator penanggulangan HIV/AIDS. Metode pendekatan *peer educator* dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS yang dimaksud adalah berbagai kegiatan yang bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang atau kelompok orang yang berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS. Pendidikan oleh *peer educator* dilaksanakan antar kelompok sebaya dengan dipandu oleh fasilitator

yang juga berasal dari kelompok itu sendiri. Melalui *peer educator* kaum muda, dapat mengembangkan pesan maupun memilih media yang lebih tepat sehingga informasi yang diterima dapat dimengerti oleh sesama mereka.

Tujuan utama dari pelatihan *peer educator* adalah untuk menyediakan pendidik dengan kriteria, yaitu : 1) Memiliki pengetahuan, pemahaman dan keterampilan untuk melakukan program-program pencegahan HIV/AIDS di antara teman-temannya, 2) Pengetahuan dan kesadaran tentang bahaya HIV/AIDS, 3) Kemampuan untuk menjelaskan pencegahan HIV/AIDS melalui bahan belajar yang disediakan, dan 4) Keterampilan yang diperlukan untuk melakukan kegiatan pencegahan HIV/AIDS.

Pemilihan *peer educator* untuk program pelatihan dilakukan berdasarkan kriteria sebagai berikut : 1) Mereka adalah siswa senior di institusi pendidikan, seperti sekolah menengah hingga perguruan tinggi, 2) Memiliki minat dalam pencegahan HIV/AIDS, 3) Memiliki kemampuan untuk menjadi aktif terlibat dalam pencegahan HIV/AIDS, 4) Memiliki empati dengan dan tidak berprasangka terhadap orang yang hidup dengan HIV/AIDS, 5) Terlibat dalam organisasi kegiatan-kegiatan siswa/mahasiswa, dan 6) Direkomendasikan oleh kepala sekolah atau dekan perguruan tinggi.

Mereka yang melatih pendidik sebaya dipilih atas dasar pengetahuan yang ada pada mereka dan pengalaman dalam menangani bahaya HIV/AIDS akan diserahkan dan dipilih dari Kelompok Kerja Pencegahan AIDS Nasional atau dari lembaga atau LSM lainnya yang cocok (Kemenkes, 2013).

#### **D. Pelatihan Peer Educator**

Pelatihan (*training*) merupakan proses pembelajaran yang melibatkan perolehan keahlian, peraturan, konsep atau sikap untuk meningkatkan potensi diri. Pelatihan terdiri atas serangkaian aktivitas yang dirancang untuk meningkatkan keahlian, pengetahuan, pengalaman, ataupun perubahan sikap seseorang (Simamora, 2006).

Keberhasilan program *peer education* terletak pada *peer educator* yang telah mendapat pelatihan. *Peer educator* berperan sebagai pemberi informasi bagi rekan sebayanya dengan aktivitas kegiatan berupa : memfasilitasi diskusi

kelompok, memberikan informasi secara interpersonal, menjadi motivator untuk kegiatan remaja di lingkungannya dan memberikan *peer counseling*.

Program pelatihan penting dilakukan dalam rangka pengembangan diri, menambah pengetahuan dan keterampilan dalam bidang tertentu untuk pembinaan diri sendiri dan bermanfaat bagi pengembangan diri seseorang (Hamalik, 2005). Ini sesuai dengan Willis (2005) yang menyatakan bahwa masa remaja merupakan masa yang sangat baik untuk mengembangkan segala potensi positif yang dimiliki seperti bakat, kemampuan, minat dan nilai-nilai hidup. Oleh karena itu, sebaiknya remaja diberi bimbingan dan arahan dalam proses pencarian nilai-nilai hidup tersebut.

Menurut Hamalik (2005), untuk mendukung program suatu pelatihan menjadi efektif, hendaknya dipenuhi unsur-unsur pelatihan meliputi : 1) peserta pelatihan, 2) pelatih atau instruktur, 3) lamanya pelatihan, 4) materi pelatihan, dan 5) bentuk pelatihan. Adapun unsur-unsur program pelatihan yang akan peneliti lakukan adalah sebagai berikut : 1) peserta pelatihan adalah pendidik sebaya yang ada di STIKES Muhammadiyah samarinda, 2) pelatih adalah peneliti dan melibatkan BKKBN dan PKBI, 3) lamanya pelatihan adalah 2 hari atau 17 jam pelatihan, 4) materi pelatihan terdiri dari 6 materi, 5) metode pelatihan adalah ceramah, diskusi, tanya jawab, *role play*, simulasi dan *games*. Untuk lebih jelasnya, mekanisme proses pelatihan (struktur program pendidikan sebaya) yang diadopsi dari UNESCO 1999, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 1. struktur program pelatihan dan pendidikan dalam pencegahan HIV/AIDS**

Modul	Bahan pelatihan	Metode	Waktu (1 TH = 45 mnt)
1	Dinamika kelompok	Kuliah & Games	2 TH
2	Kesehatan reproduksi dan penyakit menular seksual (PMS)	Kuliah dan sesi tanya jawab Sesi opini	3 TH
3	HIV / AIDS	Kuliah & Diskusi	3 TH
4	Pendidikan sebaya ( <i>peer education</i> )	Kuliah , simulasi / permainan	2 TH
5	Perubahan perilaku	Diskusi & bermain peran	2 TH
6	Komunikasi, informasi dan pendidikan tentang HIV / AIDS	Kuliah, diskusi, simulasi dan demonstrasi	5 TH
		Total Jumlah	17 TH

### **E. Komunikasi**

Menurut Green & Tones (2008), komunikasi adalah adanya suatu pesan yang disampaikan oleh pengirim dan diterima oleh penerima pesan dengan memperhatikan situasi, dengan tujuan memberikan informasi, mempengaruhi orang, mengekspresikan perasaan, dengan dasar-dasar komunikasi, yaitu membuka diri, mendengar, bertanya, mengekspresikan, dan penguasaan bahasa non-verbal.

Menurut Ewles & Simnet (1994), komunikasi terbagi menjadi komunikasi secara verbal, non verbal dan komunikasi tertulis. Komunikasi verbal adalah komunikasi yang digunakan dengan memakai kata-kata untuk menyampaikan pesan. Biasanya komunikasinya 2 arah, dengan memperhatikan tata cara berkomunikasi (nada suara, intonasi, *speech* dan waktu), dengan meningkatkan pemahaman tentang komunikasi verbal dapat membantu memperbaiki komunikasi, akan tetapi komunikasi verbal tidak bisa berdiri sendiri dan perlu dikombinasikan dengan komunikasi yang lain agar lebih lengkap. Komunikasi non verbal adalah komunikasi dengan menggunakan cara, selain kata-kata yang juga sering disebut *body language* atau bahasa tubuh.

Komunikasi tertulis menurut Green & Tones (2008) adalah bentuk umum dari pengkodean atau simbol-simbol dan mareri tertulis, sangat ideal digunakan sebagai bentuk komunikasi jika target sasaran memang dapat mengerti tulisan serta pesan yang disampaikan lewat tulisan tersebut (memperhatikan level sasaran), bersifat 1 arah, sehingga tidak dapat diketahui respon komunikan serta *feedback* nya seperti apa karena itulah pada komunikasi tertulis yang perlu diperhatikan oleh komunikator adalah interpretasi seseorang secara kultural dan reaksi emosional sasaran ketika membaca tulisan tersebut.

Dalam melakukan komunikasi verbal, keterampilan yang harus dipelajari adalah : a) menjadi pendengar yang baik (mendengar dengan aktif dan efektif) tugas yang harus dilakukan, yaitu membantu orang agar mengemukakan situasinya dengan tidak tergesa-gesa, tidak terpotong, membantu mengekspresikan perasaan, pendapat, menggali pengetahuan, nilai dan sikapnya; b) membantu orang berbicara (meminta orang berbicara, memberikan perhatian,

memberikan dorongan, *paraphrasing* atau reaksi pengulangan kata-kata dengan menggunakan kata-kata sendiri, merefleksikan perasaan, merefleksikan arti, menyimpulkan, mengajukan pertanyaan dan meminta umpan balik (Ewles & Simnet, 1994)

Menurut Ewles & Simnet (1994), komunikasi non verbal yaitu : 1) kontak badan/saling bersentuhan misal jabat tangan dapat berarti menggambarkan bahwa seseorang senang bertemu ; 2) proksimitas/jarak berkomunikasi, bervariasi pada setiap orang, belum tentu merasa nyaman jika berkomunikasi dengannya dengan jarak yang sangat dekat sekali atau sebaliknya; 3) orientasi; 4) tingkat atau tinggi melakukan komunikasi (lebih nyaman dilakukan jika sejajar); dan 5) postur (cara orang berdiri/duduk/berbaring, santai, tangan bersilang dapat mengesankan keangkuhan, tidak respek).

Komunikasi tertulis harus berisi tentang : 1) memperkenalkan dan mengarahkan pembaca tujuan dari tulisan tersebut; 2) membuat ringkasan dari awal hingga selesai serta menampilkan *point-point* saja; 3) menyajikan kalimat-kalimat yang singkat disetiap paragrafnya; 4) memisahkan antara tempat secara visual antara poin-poin kunci dan teks; 5) memberikan tanda/*bullets* dan judul atau sub judul untuk menekankan poin penting pada tulisan; 6) menulis dalam bentuk aktif, bukan pasif; 7) menggaris bawahi atau di *bold* untuk penekanan; dan 8) klarifikasi dengan menggunakan contoh-contoh (Green & Tones 2008).

## **F. Pengetahuan dan Sikap**

### **1. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang setelah mendapatkan paparan ataupun informasi dari proses pengindraannya, baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap objek tertentu. Pengetahuan mempunyai hubungan positif dengan perubahan sikap seseorang. Menurut WHO (2001), pengetahuan seseorang diperoleh melalui pengalaman dari berbagai macam sumber misalnya, mulai dari media massa dan media elektronik dengan teknologi modern (televisi, internet, radio, koran elektronik) buku petunjuk, media poster, *leaflet*, petugas kesehatan, kerabat dekat, dan teman.

Menurut Sarwono (2007), pengetahuan berubah menjadi sikap apabila disertai dengan kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan terhadap subjek tersebut. Pengetahuan merupakan kombinasi dari kesadaran terhadap fakta-fakta yang ada dan dari hasil stimulus informasi yang didapatkan dari berbagai sumber. Informasi yang diterima dapat terstruktur (didapatkan dari proses pendidikan kesehatan dengan berbagai metode seperti ceramah, diskusi, *role play*) maupun tidak terstruktur seperti percakapan sehari-hari. Terbentuknya perilaku baru tentunya harus distimulus dengan pengetahuan baru yang telah diterima, perubahan positif pada pengetahuan akan menjadi perantara yang akan memotivasi perubahan sikap dan akhirnya perilaku akan mengikuti (Morton *et al.*, 1995). Pengetahuan merupakan ranah penting untuk perubahan tingkah laku dan menstimulus seseorang bertindak berdasarkan hasil tahu nya tersebut, dan terbentuknya perilaku dimulai dari ranah kognitif.

Menurut Morton *et al.* (1995), pengetahuan seseorang dapat diidentifikasi berdasarkan 6 tingkatan kognitifnya, yaitu pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif. Adapun domain kognitif terbagi menjadi 6 tingkatan kompetensi yang tercantum dalam tujuan pendidikan, yaitu :

- a. Tahu, artinya kemampuan mengingat terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh informasi yang diterima
- b. Memahami, artinya kemampuan untuk menjelaskan tentang sesuatu objek yang diketahui.
- c. Aplikasi, artinya kemampuan untuk menggunakan objek yang telah dipelajari pada situasi nyata.
- d. Analisis, artinya kemampuan untuk menjabarkan suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi.
- e. Sintesis, yaitu kemampuan untuk menghubungkan beberapa bagian materi ke dalam bentuk yang baru.
- f. Evaluasi, yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek berdasarkan kriteria yang yang ditentukan.

Pengetahuan seseorang tentang kesehatan akan berhubungan dengan sikap dan perubahan perilaku. Tingkatan kognitif tersebut memberikan

petunjuk dalam pengembangan pengukuran pengetahuan dan objektivitas pendidikan kesehatan dengan 7 tingkatan tahap pengetahuan berlangsungnya fungsi kognitif seseorang yaitu mengetahui, mengingat kembali, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan dan mengevaluasi. Perubahan sikap dan perilaku seseorang dapat disebabkan pengalaman-pengalaman yang dirasakan serta pengetahuan yang dimiliki yang dapat diperoleh dari proses belajarnya selama ini terutama proses pembelajaran yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.

## 2. Sikap

Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu. Perkembangan sikap pada remaja awal lebih menonjol pada sikap sosial yang lebih berkaitan dengan teman sebaya. Sikap positif terhadap teman sebaya seperti setia kawan, simpati dan empati sesuai dengan norma-norma kelompoknya meskipun menimbulkan konflik antara remaja dengan orangtuanya (Petty, Cocopio, 1986 *cit.* Azwar, 2010).

Sikap merupakan kemampuan untuk memberikan penilaian terhadap sesuatu dan membawa diri sesuai dengan penilaian tersebut, seperti menerima, menolak atau mengabaikan. Hal ini sesuai dengan pendapat Azwar (2010), bahwa sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) dan perasaan menolak atau tidak memihak (*unfavourable*). Sikap mengandung aspek-aspek perasaan (afektif), pikiran (kognitif) dan kecenderungan untuk bertindak (konatif). Dengan demikian seseorang mempunyai sikap positif dan negatif menurut pandangannya terhadap suatu objek, yang kemudian mendorong seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku sesuai dengan nilai sikapnya.

Menurut Kelman (1958, *cit.* Azwar, 2007), ada 3 proses sosial yang berperan dalam proses perubahan sikap, yaitu: 1) kesiediaan (*compliance*), yaitu bersedia menerima pengaruh dari orang lain dengan harapan memperoleh reaksi atau tanggapan positif dari orang lain, 2) identifikasi (*identification*) yaitu individu meniru perilaku atau sikap seseorang karena sikap tersebut sesuai dengan anggapannya dan juga sebagai bentuk hubungan yang

menyenangkan antara individu dengan orang lain, dan 3) internalisasi (*internalization*) yaitu menerima pengaruh dan bersedia bersikap untuk mengikuti karena sikap tersebut sesuai dengan kepercayaan dan sesuai dengan sistem nilai yang dianutnya. Sikap juga merupakan ketetapan hati seseorang yang akan mempengaruhi tingkah lakunya.

Dapat disimpulkan bahwa sikap adalah kecenderungan individu untuk bertindak terhadap suatu objek, dan untuk bertindak diperlukan suatu proses. Individu akan memberikan sikap terhadap sesuatu jika memperoleh informasi yang lengkap, perasaan yang didominasi oleh perasaan negatif yang kemudian diwujudkan dengan kecenderungan untuk bertindak.

### **G. Remaja**

Remaja merupakan bagian dari masyarakat, remaja hidup dan berperilaku berdasarkan sosialisasi yang diterima dari masyarakat. Proses sosialisasi adalah proses penyesuaian nilai-nilai masyarakat, ketika individu memperoleh kesempatan untuk belajar menjadi anggota yang cara berlaku dan berpikirkannya mengikuti norma-norma yang didukung oleh masyarakat atau kelompok yang bersangkutan (Santrock, 2003).

Menurut WHO (2012) remaja adalah orang muda (*young people*), yaitu penduduk laki-laki atau perempuan yang berusia 12 - 24 tahun dan belum menikah. Menurut Soetjiningsih (2004), masa remaja merupakan masa peralihan antara masa anak-anak yang dimulai saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara 11 atau 12 tahun hingga 20 tahun, yaitu menjelang dewasa muda. Masa remaja dikatakan juga sebagai masa transisi atau sering juga disebut sebagai masa rawan/kritis yang sulit dipahami oleh orangtua maupun remaja itu sendiri, sehingga banyak terjadi perilaku-perilaku yang menyimpang dan yang tidak diinginkan, seperti seks bebas, penyalahgunaan obat-obatan terlarang dan sejenisnya (Santrock, 2003). Pada masa remaja berlangsung proses-proses perubahan secara biologis, yaitu perubahan hormonal (terutama hormon reproduksi), secara psikologis (yaitu perubahan kognitif, emosional, kepribadian dan moral); dan secara sosiologis yang dipengaruhi oleh masyarakat, pers dan media massa (Soetjiningsih, 2004).



## H. HIV/AIDS

*Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS), merupakan kumpulan gejala penyakit atau sindrom akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh virus yang disebut HIV (*human immunodeficiency virus*). AIDS dapat menyerang sistem kekebalan tubuh seseorang sehingga menyebabkan ODHA (orang dengan HIV/AIDS) amat rentan dan mudah terjangkit berbagai macam penyakit (Brian, 2006).

Penyebab berkurangnya zat kekebalan tubuh adalah dikarenakan kelompok/golongan retrovirus yang dikenal dengan *human immunodeficiency virus* (HIV) yang bersarang ditubuh penderita. Masa inkubasi AIDS sampai dengan timbulnya gejala-gejala setiap penderita berbeda-beda. Pada umumnya berkisar antara 3 bulan sampai 10 tahun. Pada masa tersebut terdapat *window period* (fase laten) yang jangka waktunya hanya 3 sampai 4 bulan setelah HIV memasuki tubuh seseorang (Adler, 2001).

Proses penularan dan penyebaran HIV/AIDS untuk bisa masuk ke dalam tubuh harus memenuhi syarat utama, yaitu melalui aliran darah, bisa berbentuk luka, pembuluh darah maupun lewat membran mukosa (selaput lendir). Media penularan hanya ada pada darah, cairan sperma (air mani) dan cairan vagina, dari ketiga cairan tersebut, HIV akan menular kepada orang lain jika ada salah satu jenis cairan orang yang terinfeksi HIV masuk ke dalam aliran darah orang yang tidak terinfeksi HIV. Beberapa kegiatan yang dapat menularkan HIV ada 4 yaitu :

- 1) hubungan seksual yang tidak aman (tidak menggunakan kondom) dengan orang yang telah terinfeksi HIV baik heteroseksual, homoseksual, dan biseksual. Penyebabnya karena HIV ditemukan pada cairan mani atau cairan senggama penderita HIV. HIV pada cairan tersebut akan dipindahkan kepada pasangannya melalui luka yang terjadi akibat gesekan pada waktu senggama, yang lebih banyak ditemukan apabila dilakukan melalui dubur. Pada hubungan homoseksual dapat terjadi deposit semen dengan rektum, kontak semacam ini sering menyebabkan luka-luka kecil pada selaput lendir dan rektum mempunyai daya serap karena terdapat banyak pembuluh darah;
- 2) penggunaan jarum suntik,

tindik, tato yang dapat menimbulkan luka dan tidak disterilkan, dipergunakan secara bersama-sama dan sebelumnya telah digunakan oleh orang yang terinfeksi HIV; 3) melalui transfusi darah yang terinfeksi HIV; 4) ibu hamil yang terinfeksi HIV pada anak yang dikandungnya. Penularan dari ibu ke bayi yang di kandung, penularan secara vertikal dari ibu kepada bayi yang dikandung pada masa kehamilan/pada saat melahirkan dan menyusui sebesar 80%. HIV tidak menular melalui hubungan kontak sosial di rumah, di tempat kerja atau tempat umum lainnya, tidak menular melalui makanan, udara, air (kolam renang, *toilet*), gigitan serangga/nyamuk, batuk, bersin, meludah, bersalaman, menyentuh, berpelukan atau cium pipi (Depkes RI 2003).

Tanda dan gejala penderita HIV/AIDS terdiri dari 4 fase yaitu : 1) fase pertama ciri-cirinya belum terlihat meskipun sudah melakukan tes darah, keadaan ini disebut dengan *window period* antara 1 - 6 bulan, pada fase ini penderita sudah dapat menulahi; 2) fase kedua berlangsung lebih lama sekitar 2 - 10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase ini penderita sudah positif, tetapi belum menunjukkan gejala sakit akan tetapi dapat menularkan ke orang lain; 3) fase ketiga sudah muncul gejala-gejala awal seperti keringat berlebihan pada waktu malam, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang, lemah berat badan terus berkurang. Pada fase ini kekebalan tubuh mulai berkurang; dan 4) fase keempat sudah masuk tahap AIDS. Penyakit ini baru dapat terdiagnosis setelah kekebalan tubuh sangat kurang, dilihat dari jumlah sel-T nya di bawah 2001 mikro liter, dan timbul penyakit tertentu yang disebut dengan infeksi oportunistik seperti kanker kulit, infeksi paru, infeksi usus karena diare parah selama berminggu-minggu, infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental, sakit kepala dan sariawan (Depkes RI, 2003).

Pencegahan penularan HIV dapat dilakukan dengan cara : 1) tidak berganti-ganti pasangan seksual, 2) pencegahan kontak darah, misalnya pencegahan terhadap penggunaan jarum suntik tidak steril, 3) dengan formula ABCDE yaitu A = *Abstinensia* artinya tidak melakukan hubungan *sex* sebelum menikah; B = *Be faithful* artinya setia pada satu pasangan seksual; C = *Condom* artinya pencegahan dengan menggunakan kondom; D = *Drug* artinya tidak menggunakan narkoba;

dan E = *Eliminated* artinya mengatasi seks bebas dengan pernikahan. Untuk pengguna napza mulai berhenti menjadi pengguna sebelum terinfeksi HIV, tidak memakai jarum suntik yang tidak steril dan berganti-ganti dengan pengguna yang lain. Untuk remaja, karena semua orang tanpa kecuali dapat tertular HIV apabila perilakunya sehari-hari termasuk dalam perilaku yang berisiko tinggi terpapar HIV, maka yang perlu dilakukan remaja adalah tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, mencari informasi yang lengkap dan benar yang berkaitan dengan HIV dan AIDS, mendiskusikan secara terbuka permasalahan yang sering dialami remaja dalam hal ini tentang masalah perilaku seksual dengan orangtua, guru, teman maupun orang yang memang paham mengenai hal ini, menghindari penggunaan obat-obatan terlarang, tidak melakukan kontak langsung pencampuran darah dengan penderita serta menghindari perilaku yang tidak sehat dan tidak bertanggung jawab (BKKBN, 2008).

Pemeriksaan atau tes HIV dan AIDS melalui tes darah untuk memastikan apakah individu terinfeksi atau tidak. Fungsinya untuk mengetahui adanya antibodi terhadap HIV. Jenis tes yang biasa dilakukan di antaranya tes Elisa, *Rapid test* dan tes *Western Blot*. Masing-masing alat tes memiliki sensitifitas atau kemampuan yang berbeda. Untuk tes Elisa memiliki sensitivitas yang tinggi, artinya persentase pengidap HIV yang memberikan hasil negatif palsu sangat kecil. Sedangkan spesivitasnya (kemampuan untuk menemukan individu yang tidak mengidap HIV) adalah antara 99,7% - 99,90% dalam arti 0,1% – 0,3% dari semua orang yang tidak berantibodi HIV akan dites positif untuk antibodi tersebut. Untuk itu hasil Elisa positif perlu diperiksa ulang (dikonfirmasi) dengan metode *Western Blot* yang mempunyai spesivitas yang lebih tinggi (Depkes RI, 2003).

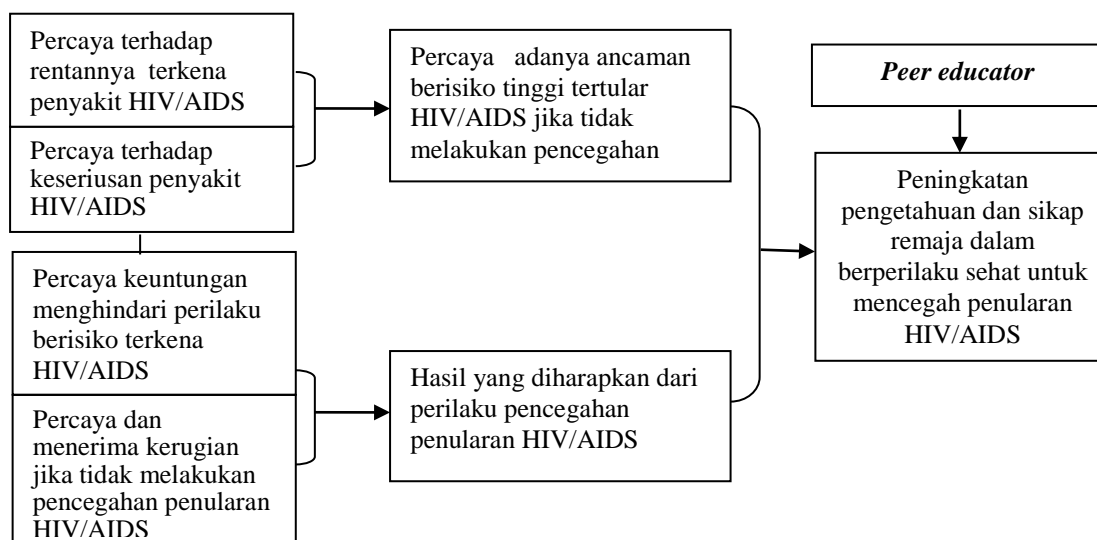
### **I. Landasan Teori**

Adapun landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori intrapersonal *Health Belief Models* yang berfokus pada pencegahan. Menurut Davies & Macdowall (2006), *Health Belief Models* adalah suatu model yang menjelaskan perilaku kesehatan dengan memahami kepercayaan seseorang untuk

bertindak dalam hal meningkatkan kesehatannya atau tidak berdasarkan interaksi diantara 4 kepercayaan seseorang, yaitu :

1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) : Orang tidak akan mengubah perilakunya kecuali mereka percaya bahwa dirinya berada dalam bahaya. Jika seseorang yang mempunyai perilaku berisiko tertular HIV/AIDS menyadari bahwa mereka rentan terkena penyakit HIV/AIDS, maka seseorang tersebut akan mendukung dan melakukan perilaku yang lebih sehat dalam pencegahan HIV/AIDS.
2. Keseriusan yang dirasakan (*perceived severity/seriousness*) : yaitu seseorang akan mengubah perilakunya dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS tergantung pada seriusnya penyakit yang akan dialaminya. Mudah-mudahan penularan HIV/AIDS terutama melalui perilaku yang berisiko, belum ditemukannya obat untuk menyembuh penyakit ini, akan menjadikan individu percaya dampak dari keseriusan dan berbahayanya penyakit HIV/AIDS ini karena sangat mematikan.
3. Manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*) : Seseorang sulit mengubah perilakunya jika perilaku tersebut tidak bermanfaat atau tidak menguntungkan bagi dirinya. Seseorang akan melakukan tindakan pencegahan agar tidak tertular penyakit HIV/AIDS jika ia mengetahui bahwa manfaat tindakan pencegahan tersebut sangat besar untuk kesehatannya baik itu terhadap dirinya, keluarga dan orang-orang di sekitarnya.
4. Hambatan yang dirasakan (*perceived barrier*) : Salah satu alasan utama orang tidak mengubah perilaku adalah karena mereka berpikir bahwa sulit untuk melakukan hal tersebut. Bukan hanya kesulitan fisik, tapi juga kesulitan sosial dan psikologis. Melakukan perilaku kesehatan memerlukan biaya, usaha lebih, uang dan waktu. Pada kasus penularan HIV/AIDS, banyak remaja yang tidak menyadari bahwa perilaku seks bebas, penasun, dapat berisiko untuk tertular HIV/AIDS, dikeranakan minimnya pengetahuan yang didapat dalam hal pencegahan tersebut, selain itu masalah seks selalu tabu untuk dibicarakan sehingga menjadi permasalahan tersendiri bagi para remaja secara psikologis.

Teori *Health Belief Model* dalam penelitian ini menjadi dasar dalam menentukan perubahan perilaku mahasiswa dengan menekankan pada peningkatan pencegahan HIV/AIDS melalui komunikasi yang efektif oleh *peer educator* dalam peningkatan pengetahuan dan sikap ke arah yang lebih positif dan memberikan tambahan informasi, edukasi, peningkatan keterampilan dan kepercayaan diri untuk berperilaku sehat. Pemberian pengetahuan kesehatan oleh *peer educator* serta pemberian pengalaman pada remaja (*peer group*) akan menghasilkan pengetahuan dan sikap yang konsisten terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku (Simons-Morton *et al.*,1995). Mengubah kepercayaan mahasiswa akan rentannya terkena penyakit ini jika tidak menghindari perilaku-perilaku berisiko seperti melakukan seks bebas, hingga berganti-ganti *partner* seks, yang merupakan perilaku yang dapat menyebabkan penularan dan penyebaran HIV/AIDS menjadi tinggi di kalangan mahasiswa. Dengan landasan teori ini, penyebaran informasi yang dilakukan oleh *peer educator* dapat menggugah teman sebayanya agar lebih serius lagi dalam melakukan pencegahan penyakit HIV/AIDS dan berperilaku lebih sehat dalam mengisi masa muda mereka. Hasil akhirnya adalah pengetahuan dan sikap mahasiswa meningkat dalam hal melaksanakan pencegahan penularan HIV/AIDS di Samarinda. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada bagan di bawah ini :



**Gambar 1. Skema kerangka teori perubahan perilaku *Health Belief Model* (Rosenstock, 1966, Nutbeam & Haris, 2004)**

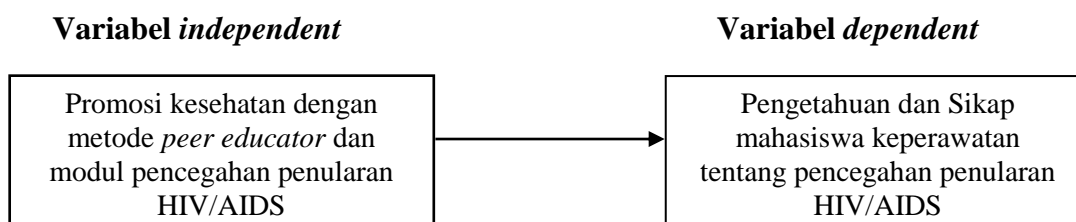
Dari konsep teori di atas, promosi kesehatan dengan pendekatan *peer educator* dapat membantu remaja lainnya agar dapat terbentuk pengetahuannya dan memberikan reaksi positif terhadap perubahan sikap dan pada akhirnya terjadi pula perubahan perilaku terutama tentang pencegahan penularan HIV/AIDS pada remaja atau mahasiswa, dan memiliki komitmen kuat untuk berubah dengan memiliki pengetahuan yang memadai.

Pendidikan kesehatan merupakan proses pendidikan yang terintegrasi dari proses belajar. Dalam proses pembelajaran terdapat 3 komponen utama, yaitu: masukan (*input*) yang berkaitan dengan subjek atau sasaran belajar; proses, yaitu terjadinya interaksi antara subjek dengan materi pembelajaran; dan keluaran (*output*) adalah hasil belajar berupa perubahan dalam pengetahuan dan sikap subjek atau sasaran belajar.

*Peer educator* yang telah direkrut kemudian diberikan pelatihan dan pendidikan dengan metode ceramah dan diskusi, dibantu dengan penggunaan modul sebagai bahan belajar dan bahan bacaan, menggunakan alat bantu seperti pertunjukkan film, dan fasilitator yang berpengalaman. Melalui pendidikan sebaya (*peer education*) ini diharapkan *peer educator* yang direkrut tersebut mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai dan bermanfaat. *Peer educator* pada akhirnya dapat meneruskan informasi yang telah didapatkan melalui pelatihan tersebut pada teman sebayanya (*peer group*) dalam rangka pencegahan penularan HIV/AIDS.

#### J. Kerangka Konsep

Berdasarkan telaah pustaka dan kerangka teori, kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka konsep penelitian

### **K. Hipotesis**

Berdasarkan permasalahan dan tujuan penelitian, disusun hipotesis sebagai berikut :

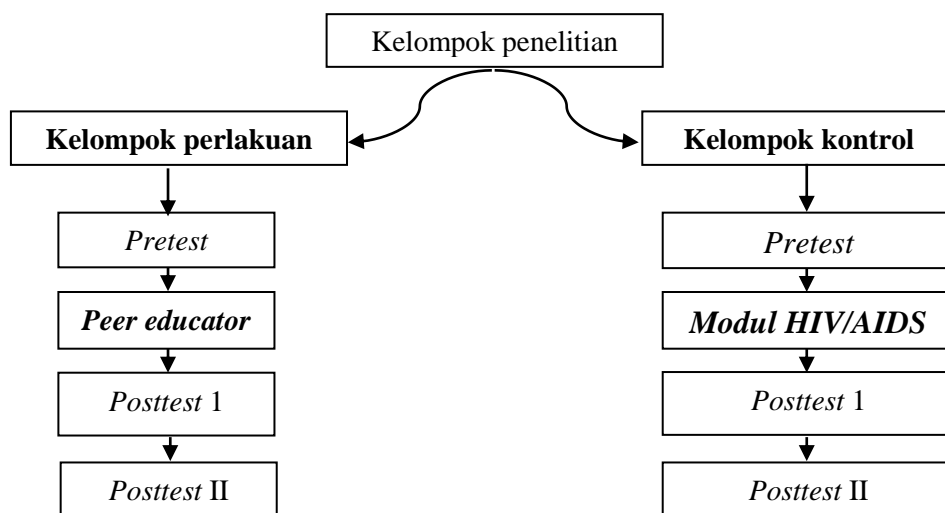
1. Ada peningkatan pengetahuan dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa D III Keperawatan Samarinda setelah dilakukan promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator*.
2. Ada perubahan sikap menjadi lebih positif dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa D III Keperawatan Samarinda setelah dilakukan promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator*.
3. Pengetahuan dan sikap mahasiswa D III Keperawatan Samarinda dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS lebih tinggi pada kelompok yang mendapatkan metode *peer educator* dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan modul.

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu atau *quasi-experimental designs* dengan model *non-equivalent control group with pre-test and post-test*. Penelitian ini menggunakan 2 kelompok yaitu :

1. Kelompok perlakuan yaitu mahasiswa Diploma III Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda, dengan menggunakan metode *peer educator*.
2. Kelompok kontrol yaitu mahasiswa Diploma III AKPER Yarsi Samarinda, dengan menggunakan metode pemberian modul pencegahan HIV/AIDS. Dengan model rancangan penelitian sebagai berikut :



Gambar 3. Model rancangan penelitian

Rancangan penelitian digambarkan sebagai berikut :

Kelompok perlakuan (D III Kepr. Stikes Muhammadiyah) : 01.....X1.....02....03

Kelompok Kontrol (D III Kepr. AKPER Yarsi) : 04.....X2.....05....06

Keterangan :

O1 dan O4 : Observasi 1 (*pretest*) yang dilakukan sebelum intervensi menggunakan *peer educator* untuk mengetahui pengetahuan dan sikap mahasiswa D III Keperawatan Samarinda dalam pencegahan penularan HIV/AIDS pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



- X1 : Intervensi yang dilakukan, yaitu perlakuan pendidikan kesehatan dengan metode *peer educator* pada kelompok perlakuan, yaitu mahasiswa D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda tingkat 1 selama 1 minggu.
- X2 : Intervensi yang dilakukan, yaitu kelompok kontrol mendapatkan modul yang dibaca secara mandiri tentang pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa tingkat 1 AKPER Yarsi Samarinda selama 1 minggu.
- O2 dan O5 : Observasi-1 (*posttest* 1), yaitu observasi sesudah perlakuan menggunakan metode *peer educator* dan pemberian modul, dilakukan untuk mengetahui pengetahuan dan sikap mahasiswa D III keperawatan Samarinda tingkat 1 dalam pencegahan HIV/AIDS, dilakukan 1 hari setelah *pretest*.
- O3 dan O6 : Observasi-2 (*posttest* 2), yaitu observasi untuk mengetahui sikap mahasiswa sesudah mendapatkan perlakuan melalui *peer educator* dan sesudah pemberian modul pencegahan HIV/AIDS 1 bulan setelah *posttest* 1.

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian adalah di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. Alasan dipilihnya Kota Samarinda sebagai lokasi penelitian dikarenakan Kota Samarinda tertinggi kasus HIV/AIDS nya dibandingkan dengan kabupaten yang lain. Selain itu Kota Samarinda pusat putra daerah menuntut ilmu, hidup mandiri tanpa pengawasan langsung orangtua. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, tahun 2014 telah ditemukan 11 (4,7%) mahasiswa yang positif HIV/AIDS. Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa keperawatan dikarenakan mahasiswa keperawatan merupakan *role model* bagi masyarakat terutama dalam hal perilaku pencegahan penularan HIV/AIDS.

Di Samarinda terdapat 2 sekolah tinggi kesehatan yaitu STIKES Wiyata Husada dan STIKES Muhammadiyah Samarinda, 3 akademi keperawatan (Dirgahayu, Pemprov. dan Yarsi), serta 1 politeknik kesehatan. STIKES Wiyata

Husada tidak memiliki D III keperawatan, sedangkan penelitian ini memakai D III keperawatan sebagai subjek penelitian. Untuk AKPER Dirgahayu, PemProv. dan Poltekkes tidak peneliti ambil sebagai lokasi penelitian dikarenakan status institusi yang berbeda serta lokal kelas tingkat 1 lebih dari 2 kelas. Dipilihnya STIKES Muhammadiyah Samarinda Prodi D III Keperawatan dan AKPER YARSI sebagai tempat penelitian dikarenakan kedua institusi ini adalah institusi kesehatan berbasis agama yang dikelola langsung oleh yayasannya. memiliki persamaan kurikulum D III keperawatan, memiliki status yang sama, yaitu swasta dan persamaan jumlah kelas untuk kelas 1 sebanyak 2 kelas saja. STIKES Muhammadiyah Samarinda berada di Jl. Ir. H. Juanda No. 15 Kode Pos 75124 Samarinda dan AKPER YARSI Samarinda berada di Jl. Gurami No.14 Kode Pos 75115 Kalimantan Timur. Waktu pelaksanaan penelitian dimulai dari bulan Agustus - September 2015.

### **C. Subjek Penelitian**

#### **1. Subjek penelitian**

Subjek pada penelitian ini adalah mahasiswa D III Keperawatan tingkat 1 Prodi D III keperawatan dan AKPER Yarsi di Samarinda Tahun Akademik 2014/2015. Pemilihan mahasiswa D III Keperawatan Samarinda sebagai subjek dalam penelitian ini mengingat mahasiswa keperawatan berasal dari berbagai daerah, baik dari kabupaten dan kecamatan dan baru pertama kali hidup jauh dari pengawasan orangtua dan tinggal di Samarinda selama menjalani studinya. Berbagai perilaku berisiko seperti *free sex*, narkoba, minum alkohol dan menonton *blue* film rentan dilakukan. Selain itu mahasiswa tingkat 1 belum ada yang turun ke lapangan untuk praktik dan mata kuliah yang diajarkan di keperawatan merupakan mata ajar dasar belum mengarah pada spesifikasi penyakit, sehingga belum pernah terpapar dengan pelajaran tentang HIV/AIDS sebelumnya.

Selain itu, pemilihan mahasiswa tingkat 1 sebagai subjek dalam penelitian ini adalah karena mahasiswa tingkat 1 masih masuk dalam kategori remaja akhir kategori umur 16 - 24 tahun dan belum menikah, dan promosi

kesehatan tentang pencegahan HIV/AIDS merupakan perhatian penting yang harus dilakukan (Friedman, 2002).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2013, hingga bulan Desember persentase penderita berdasarkan jenis pekerjaan yaitu mahasiswa ada 11 orang dengan persentase sebesar 4,7%. Data dari RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda pada bulan Februari tahun 2013 menunjukkan bahwa sebaran penderita HIV/AIDS pada umur 16 – 24 tahun sebanyak 94 orang dengan persentase 15,64%. Penelitian ini difokuskan pada upaya pencegahan penularan HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan yang belum terinfeksi dengan memberikan informasi yang adekuat melalui teman-teman sebaya mereka.

Subjek penelitian kelompok eksperimen dan kontrol dipilih secara *purposive sampling* dengan pertimbangan kesamaan jenjang dan kurikulum yaitu kurikulum D III keperawatan, kesamaan dalam status institusi yaitu swasta dan di bawah pengawasan Yayasan, sehingga terpilihlah STIKES Muhammadiyah Prodi D III Keperawatan sebagai kelompok eksperimen dan AKPER YARSI Samarinda sebagai kelompok kontrol. Jarak kedua institusi ini berjauhan sehingga kemungkinan untuk kelompok eksperimen melakukan interaksi dengan kelompok kontrol sangat kecil.

*Peer educator* dipilih dari institusi yang sama dengan kelompok eksperimen. Untuk kelompok *peer educator* dipilih dari tingkat 2 semester IV (empat) di prodi D III keperawatan STIKES Muhammadiyah dikarenakan syarat-syarat menjadi *peer educator* bagi mahasiswa salah satunya sudah berada di tingkat 2 semester IV (Suharto, 1997).

## 2. Teknik sampling dan ukuran sampel

- a. Teknik pemilihan kelas dan institusi yg menjadi kelompok perlakuan dilakukan secara *purposive sampling* dengan mempertimbangkan belum pernah dilakukan penelitian eksperimen tentang pencegahan HIV/AIDS melalui *peer educator* dalam kurun waktu 1 tahun terakhir. Pemilihan kelompok eksperimen juga mempertimbangkan jumlah kelas minimal 2 untuk tingkat 1 dengan tujuan agar pada saat proses intervensi oleh *peer*

*educator* lebih mudah mengendalikan validitas internal karena berada di satu institusi yang sama selama melakukan KIE pencegahan penularan HIV/AIDS pada subjek eksperimen.

- b. Pemilihan subjek penelitian kelompok eksperimen yaitu dengan Teknik *purposive sampling*. Dalam tahap ini, peneliti melakukan *pretest* kepada semua mahasiswa tingkat 1 yang akan menjadi sampel penelitian, kemudian memisahkan mahasiswa yang akan menjadi sampel sesuai dengan kriteria inklusi, sebagai berikut :

1. laki-laki dan perempuan tingkat 1
2. belum menikah
3. umur 16 - 24 tahun
4. bukan sebagai anggota PIK (Pusat Informasi dan Konseling)
5. bersedia terlibat dalam penelitian

Cara merekrut subjek untuk kelompok eksperimen dipilih secara *purposive sampling* baik jumlah maupun kriteria subjek yang sesuai dengan kriteria penelitian yaitu mahasiswa yang telah masuk kriteria inklusi dibagi dengan menyesuaikan banyaknya *peer educator*. Masing-masing *peer educator* memilih maksimal 5 orang anggota kelompok (*peer group*) nya yang mereka kenal. Jumlah *peer educator* sebanyak 15 orang dan keseluruhan subjek kelompok eksperimen pada penelitian ini berjumlah 65 orang. Kriteria ekslusinya adalah mahasiswa yang memenuhi kriteria inklusi, tetapi saat penelitian tidak masuk karena sakit, izin, sedang cuti atau diskors.

- c. Pemilihan subjek penelitian pada kelompok kontrol dengan cara *purposive sampling*, yaitu diambil berdasarkan kriteria subjek penelitian yang telah ditentukan yaitu, usia antara 16 – 24 tahun, belum menikah, bukan sebagai anggota PIK dan bersedia menjadi responden. Adapun kelompok kontrol dalam penelitian ini adalah tingkat 1 AKPER Yarsi Samarinda berjumlah 65 orang.

d. Pemilihan *peer educator*

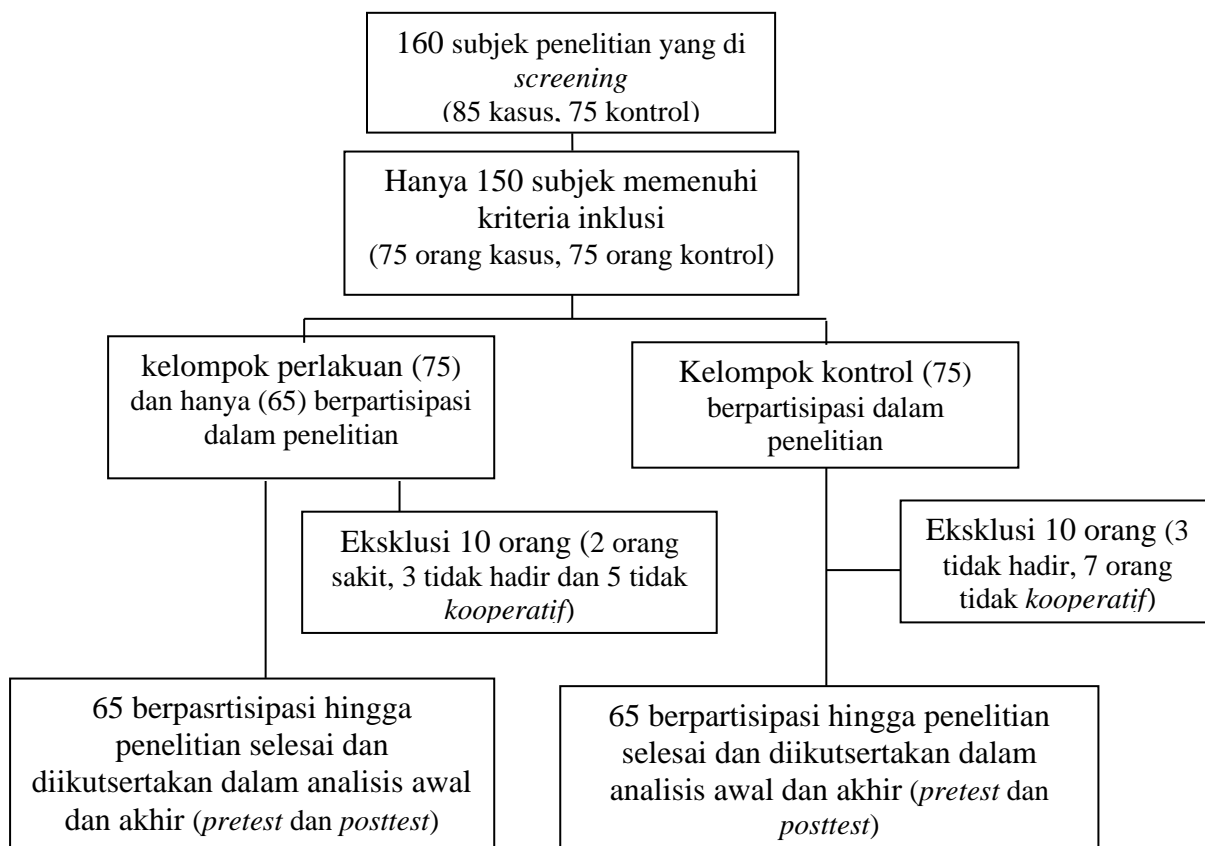
Pemilihan *peer educator* dilakukan langsung oleh peneliti, dosen D III keperawatan dan calon subjek penelitian dengan mempertimbangkan syarat-syarat seorang *peer educator*. *Peer educator* adalah mahasiswa tingkat 2 prodi D III Keperawatan, yang dilatih menjadi *peer educator* dalam penelitian ini, dan bukan sebagai subjek penelitian. Untuk intervensi dalam bentuk komunikasi informasi dan edukasi (KIE) oleh *peer educator*, maka interaksi sosial dan kepercayaan terhadap mahasiswa yang akan menyampaikan pesan dan mempengaruhi teman dalam kelompoknya tentang pencegahan penularan HIV/AIDS sangat penting. Oleh karena itu, kriteria pemilihan mahasiswa sebagai *peer educator* diambil dari mahasiswa tingkat 2 yang aktif di PIK (Pusat Informasi dan Konseling) pencegahan HIV/AIDS di STIKES Muhammadiyah Samarinda semester IV yang populer dan berpengaruh dalam kelompok mahasiswa tersebut. *Peer educator* dalam penelitian ini terdiri dari 7 laki-laki dan 8 perempuan dengan total 15 orang yang memenuhi kriteria :

1. Mampu berkomunikasi aktif.
2. Mempunyai latar belakang sosial budaya yang sama dengan kelompok target (termasuk usia, jenis kelamin, tingkat sosial).
3. Dapat diterima dan dihargai serta disukai oleh kelompoknya
4. Aktif dalam kegiatan organisasi dan ekstrakurikuler.
5. Mempunyai rasa percaya diri dan mempunyai sifat kepemimpinan.
6. Mempunyai waktu dan sumber daya untuk diabdikan dalam penelitian ini.

Ukuran keberhasilan pelatihan dalam penelitian ini apabila peserta menunjukkan peningkatan kemampuan, menunjukkan semangat belajar yang tinggi dan terlibat aktif berpartisipasi selama pelatihan. Kriteria keberhasilan dapat diukur apabila minimal 60% peserta nilai akhir (pengetahuan, sikap dan keterampilan) rata-rata baik (BKKBN, 2008).

Untuk menilai keberhasilan proses pelatihan menggunakan lembar observasi yang menilai aktivitas peserta pelatihan dan juga aktivitas pemateri atau narasumber. Pada lembar observasi peserta aspek yang dinilai meliputi keaktifan, kehadiran, perhatian, kemampuan berkomunikasi, penugasan, berpikir bersama dengan kelompok, kemampuan mempresentasikan. Untuk tingkat keberhasilan pengetahuan komprehensif seputar HIV/AIDS menggunakan lembar kuesioner yang dibuat oleh komisi penanggulangan AIDS Provinsi Kaltim dengan BPPKB Provinsi Kaltim. Untuk pengisian kuesioner dilakukan sebelum dan sesudah pelatihan sedangkan untuk lembar observasi diisi oleh fasilitator pelatihan pada setiap sesi dalam proses pelatihan. Pada lembar observasi untuk nara sumber/pemateri terdiri dari 12 aspek penilaian untuk menilai proses belajar mengajar pada pelatihan *peer educator* ini. Untuk modul yang digunakan sebagai sumber pencapaian tujuan instruksional pembelajaran pada pelatihan ini diambil dari sumber Kementerian pendidikan & Kebudayaan RI (1997) dengan judul Pedoman Pelatihan dan Modul Pendidikan Sebaya (*Peer Education*) dalam Rangka Pendidikan Pencegahan HIV/AIDS di Lingkungan Pendidikan Tinggi. Pada proses pelatihan 1 orang calon *peer educator* mengundurkan diri dikarenakan sakit, sehingga dari hasil pelatihan jumlah *peer educator* yang memenuhi kriteria untuk diabdikan pada penelitian ini berjumlah 15 orang.

- e. Jumlah sampel yang diperlukan setiap kelompok agar memenuhi persyaratan statistik uji beda, dan menjamin data terdistribusi normal adalah 30 orang (Singarimbun dan Effendi, 1987). Adapun proses *recruitment* subjek penelitian baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, serta subjek penelitian yang berpartisipasi hingga selesai pada penelitian digambarkan pada bagan di bawah ini :



Gambar 4. Model *recruitment* partisipan

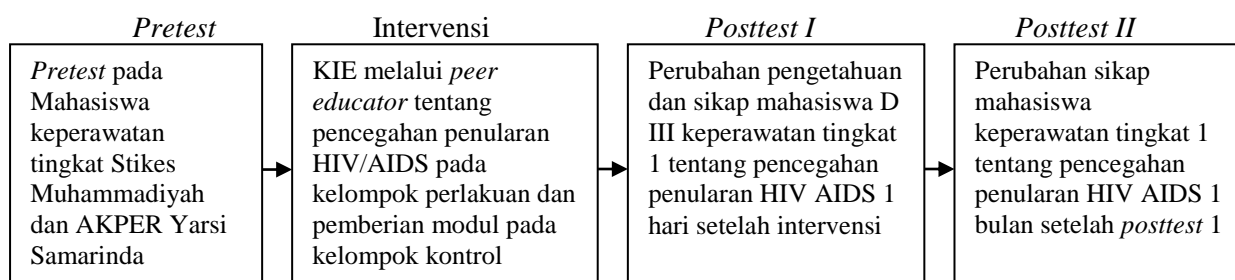
#### **D. Identifikasi Variabel Penelitian**

1. Variabel bebas atau variabel *independent* adalah metode pendidikan kesehatan atau komunikasi informasi dan edukasi (KIE) menggunakan pendekatan *peer educator* tentang pencegahan HIV/AIDS.
2. Variabel terikat atau variabel *dependent* adalah pengetahuan dan sikap mahasiswa D III Keperawatan Samarinda dalam pencegahan penularan HIV/AIDS.

#### **E. Deskripsi Intervensi**

Intervensi dilakukan pada 2 kelompok yang berbeda, dengan kelompok perlakuan yang mendapatkan intervensi berupa KIE yang dilakukan oleh *peer educator* pada teman sebayanya dalam hal ini yaitu subjek penelitian. *Peer educator* adalah seseorang yang mampu melakukan pendidikan kesehatan

pengecehan penularan HIV/AIDS pada teman sebayanya (*peer group*) yang telah memiliki sertifikat sebagai *peer educator* melalui pelatihan pendidik sebaya pengecehan penularan HIV/AIDS berdasarkan modul Pelatihan Pendidik Sebaya oleh Kementrian Pendidikan & Kebudayaan RI tahun 1997. Pelatihan dilaksanakan selama 2 hari. Materi KIE yang digunakan oleh *peer educator* menggunakan materi dan alat bantu pendidikan kesehatan berupa lembar balik dan *leaflet* yang telah dimodifikasi dari materi modul Pelatihan Pendidik sebaya oleh Kementrian pendidikan & Kebudayaan RI tahun 1997, BKKBN tahun 2008, dan Depkes RI tahun 1997. Penelitian dilakukan pada mahasiswa keperawatan di STIKES Muhammadiyah dan AKPER Yarsi Samarinda tingkat 1 semester 2. Sebelum dilakukan intervensi, subjek diberi *pretest* sebelum dilakukan intervensi oleh *peer educator* dan pemberian modul. Intervensi berupa KIE oleh *peer educator* terbagi dalam 3 sesi pendidikan kesehatan (pembukaan, penjelasan materi dan diskusi tanya jawab interaktif, penutup). Pelaksanaan KIE oleh *peer educator* dilaksanakan selama 1 minggu, begitu pula dengan modul yang diberikan pada subjek kontrol dibaca secara mandiri selama 1 minggu. Adapun jumlah *peer educator* yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 15 orang dengan masing-masing *peer group* nya berjumlah 2 hingga 5 orang. Pelaksanaan KIE oleh *peer educator* dilakukan dengan waktu yang tidak bersamaan untuk setiap *peer* dikarenakan adanya pertimbangan masing-masing menyesuaikan waktu dengan *peer group*nya. Setelah intervensi dilaksanakan, diberikan *posttest* 1 pada keesokan harinya yang bertujuan untuk mengetahui peningkatan pengetahuan dan sikap subjek penelitian tentang pengecehan penularan HIV/AIDS. Setelah 1 bulan dilakukan *posttest* 2 untuk mengetahui sikap subjek tentang pengecehan penularan HIV/AIDS. Secara ringkas proses intervensi dapat digambarkan pada gambar berikut di bawah ini :





Gambar 5. Proses intervensi *peer educator* dan pemberian modul pada mahasiswa D III Keperawatan Samarinda

#### **F. Definisi Operasional Variabel**

1. Pengetahuan adalah kemampuan mahasiswa dalam mengetahui, memahami dan mengungkapkan kembali tentang pencegahan penularan HIV/AIDS yang diukur dengan penilaian. Pengukuran variabel pengetahuan dilakukan sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan kuesioner tertutup. Data diukur dengan skala nominal menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data. Skoring dilakukan dengan memberi nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban yang salah.
2. Sikap adalah pernyataan, tanggapan, respon mahasiswa D III Keperawatan tentang pencegahan penularan HIV/AIDS meliputi : cara-cara penularan HIV/AIDS, hal-hal yang tidak menularkan HIV/AIDS, serta perilaku-perilaku beresiko tertular HIV/AIDS. Diukur dengan menggunakan skala likert, jumlah pernyataan 26 item dengan 4 alternatif jawaban, yaitu Sangat setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS), Sangat tidak setuju (STS).
4. *Peer educator* adalah seseorang yang terpilih menjadi pendidik sebaya di Stikes Muhammadiyah Samarinda dengan kriteria mampu dan terampil dalam melakukan komunikasi dengan baik pada teman sebaya nya, dapat menjadi panutan, memiliki minat terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS, merupakan anggota PIK (pusat informasi dan konseling) serta memenuhi kriteria *peer* dan merupakan mahasiswa prodi D III keperawatan di Stikes Muhammadiyah Samarinda.

#### **G. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data**

##### **1. Instrumen penelitian**

Pengumpulan data kuantitatif dengan menggunakan instrumen tertutup kepada mahasiswa untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap mahasiswa terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel pengetahuan dan sikap, disusun oleh peneliti dengan sumber dari beberapa referensi, yaitu dari Adler (2001), BKKBN (2008),

Depkes RI (1997), Mau (2006), Manurung (2005), Riswanda (2006) dan dimodifikasi sesuai dengan materi pencegahan HIV/AIDS.

Kuesioner merupakan daftar pertanyaan/ Pernyataan yang terstruktur yang diperlukan peneliti untuk mengumpulkan data tertentu (Machfoedz, 2008).

Kuesioner berisi data sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden meliputi : nama/inisial, jenis kelamin, umur, asal daerah, status tempat tinggal dan indeks prestasi semester.
- b. Pengetahuan mahasiswa dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS.

Pengukuran pengetahuan mahasiswa tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dilakukan dengan pengisian kuesioner tertutup. Kategori bentuk pertanyaan terbagi menjadi *favourable* dan *unfavourable* dengan pilihan jawaban pertanyaan benar dan salah. Penyebaran item pertanyaan kuesioner dijabarkan pada tabel di bawah ini :

**Tabel 2. Distribusi item skala pengukuran pengetahuan**

No.	Aspek pengetahuan	No. item <i>Favourable</i>	No. Item <i>UnFavourable</i>	Jumlah Item
1	Pengertian tentang HIV/AIDS	1,2,3	4, 5	5
2	Perjalanan penyakit AIDS	6	7	2
3	Virus HIV dalam tubuh manusia	8, 11,13	9,10,12,14,15,16	9
4	Gejala-gejala HIV/AIDS	17,18,20,21	19, 22	6
5	Cara penularan HIV/AIDS	23, 25, 27, 28,29	24, 26, 30	8
6	Cara-cara pencegahan HIV/AIDS	32, 34, 35, 36, 39, 40	31, 33, 37, 38	10
	<b>Jumlah</b>	22	18	40

- c. Sikap mahasiswa dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS.

Pengukuran sikap mahasiswa tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dilakukan dengan pengisian kuesioner tertutup. Kategori pernyataan terbagi dalam 2 kategori yaitu pernyataan *favourable* dan *unfavourable*. Pilihan alternatif jawaban menggunakan skala *likert* dengan 4 kategori skor T (skala *likert*) yaitu sangat setuju (SS) : nilai 4, Setuju (S) : nilai 3, tidak setuju (TS):2, sangat tidak setuju (STS) : 1. Adapun distribusi item pernyataan skala pengukuran sikap seperti dijabarkan pada tabel berikut :

**Tabel 3. Distribusi item skala pengukuran sikap**

No.	Aspek Sikap	No. item <i>favourable</i>	No. Item <i>unfavourable</i>	Jumlah Item
1	Sikap terhadap HIV/AIDS	1,2,4,9,14	3, 22	7
2	Sikap terhadap penderita HIV/AIDS	12, 20	10, 11, 15, 17	6
3	Sikap terhadap upaya pencegahan HIV/AIDS	5,6,7,16,18, 23, 24	13, 25, 26	10
	Jumlah	14	9	23

d. Modul pelatihan *peer educator*

Modul yang berisi materi pelatihan diambil dari beberapa sumber yaitu dari BKKBN 2008, Kemenkes RI 1997 dan Suharto dkk 1997, yaitu terdiri dari 1) Dinamika kelompok; 2) HIV/AIDS ; 3) *Peer educator*; 4) Perubahan perilaku; 5) Keterampilan Komunikasi, informasi; dan 6) Edukasi (KIE) tentang pencegahan penularan HIV/AIDS.

e. Modul Pencegahan HIV/AIDS untuk kelompok kontrol

Modul yang diberikan kepada kelompok kontrol diambil dari sumber BKKBN 2008, Kemenkes RI 1997 dan Suharto dkk 1997 yang telah diuji coba *content validity* oleh *expert judgment* 3 orang dan untuk kelayakan isi juga diujicobakan kepada 5 mahasiswa yang karakteristiknya sama dengan subjek penelitian, kemudian diadakan perbaikan sesuai saran. Adapun modul berisi materi reproduksi dan pencegahan penularan HIV/AIDS.

f. *Peer educator*

*Peer educator* adalah pendidik sebaya yang telah dilatih yang bertugas untuk menyampaikan materi tentang upaya pencegahan penularan HIV/AIDS kepada teman sebayanya. Proses *recruitment* dipilih dari mahasiswa tingkat 2 Prodi D III Keperawatan semester 4, dipilih oleh peneliti, dosen D III Keperawatan dan subjek penelitian, dengan kriteria yang sudah ditetapkan sebanyak 16 orang. Kriteria pemilihan *peer educator* adalah mahasiswa yang komunikatif dan aktif di kelas baik pada saat proses belajar mengajar dan di luar proses belajar mengajar, mampu, terampil, cerdas, menarik, populer dan diterima oleh kalangan teman-temannya. Cara yang digunakan adalah dengan meminta nama-nama mahasiswa sesuai kategori, baik menurut pendapat para

pengajar/dosen, teman di kelas maupun dari tingkat 1 sendiri sebagai adik kelasnya. Setelah didapatkan nama-nama tersebut kemudian ditabulasi dan dipilih lagi hingga mendapatkan 16 mahasiswa yang mendekati standar kriteria yang diinginkan oleh peneliti sebagai *peer educator*.

g. Teknik pelatihan *peer educator*

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *peer educator* dalam menyampaikan materi tentang upaya pencegahan HIV/AIDS dilakukan pelatihan selama 2 hari. Sebelum pelatihan dilaksanakan, dilakukan *pretest* pada *peer educator* untuk mengetahui tingkat pengetahuan tentang upaya pencegahan HIV/AIDS. Hasil *pretest* akan dijadikan sebagai acuan dalam proses pelatihan. Dalam proses pelatihan, *peer educator* dibekali dengan berbagai metode seperti metode ceramah, diskusi, tanya jawab, *role play*, simulasi, curah pendapat dan *games*. Pelatihan dilengkapi dengan modul sebagai bahan diskusi, *leaflet* sebagai bahan bacaan, *video* tentang HIV/AIDS serta permainan agar materi yang diberikan lebih mudah dipahami. Untuk mendukung kelancaran proses pelatihan, digunakan alat tulis, buku, pengeras suara, *laptop* dan LCD. Untuk proses evaluasi pembelajaran atau setelah pelatihan, dilakukan *posttest* untuk mengetahui pemahaman materi yang telah diberikan oleh pemateri dan fasilitator.

h. Pendidikan kesehatan atau KIE oleh *peer educator*

Materi yang disampaikan oleh *peer educator* dalam hal melakukan sesi KIE terhadap kelompok perlakuan berisi tentang : 1) pengertian HIV/AIDS; 2) masa inkubasi penyakit AIDS; 3) penyebab HIV/AIDS; 4) proses penularan dan penyebaran HIV/AIDS, 5) tanda dan gejala HIV/AIDS; dan 6) pencegahan HIV/AIDS. Adapun isi materi dibuat dalam bentuk lembar balik dan *leaflet*. Penyampaian materi dilakukan selama satu minggu, adapun jadwal penyampaian dilakukan fleksibel menyesuaikan dengan kegiatan pada kelompok perlakuan.

i. Fasilitator

Dalam pelatihan *peer educator*, peneliti dibantu oleh satu orang tenaga pengelola program pencegahan HIV/AIDS dari BKKBN Samarinda, 1 orang fasilitator yang merupakan Pembina PIK seKota Samarinda, serta asisten penelitian diambil dari mahasiswa yang aktif diorganisasi PIK (Pusat informasi dan konseling) HIV/AIDS di Stikes Muhammadiyah Samarinda sebanyak 5 orang mahasiswa.

**2. Cara pengumpulan data**

Cara pengumpulan data, dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data primer. Data primer diperoleh peneliti dengan dibantu beberapa asisten peneliti, dengan memberikan kuesioner saat *pretest* dan *posttest* dengan model kuesioner tertutup dan terstruktur. Mahasiswa yang menjadi subjek penelitian, baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, diminta mengerjakan sendiri kuesioner yang diberikan dan memberikan jawaban atas pertanyaan yang terdapat pada kuesioner tersebut dan mahasiswa dapat bertanya jika dalam pengisian kuesioner ada pertanyaan yang tidak dimengerti oleh mahasiswa yang bersangkutan. Data sekunder diperoleh dari hasil wawancara dengan para mahasiswa tentang pengetahuan dan sikap mahasiswa keperawatan dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS.

Pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap subjek penelitian dilakukan bersamaan, baik pada subjek yang mendapatkan intervensi *peer educator* maupun yang mendapatkan modul. Dilakukan bersamaan baik pada saat *pretest*, *posttest* 1 dan *posttest* 2. Kelompok intervensi melalui *peer educator* diukur tingkat pengetahuan dan sikapnya sebelum dilakukan intervensi, begitu pula dengan kelompok kontrol yang mendapatkan modul, *pretest* dilakukan bersamaan. Kemudian, pada subjek perlakuan dilakukan intervensi KIE pencegahan penularan HIV AIDS oleh *peer educator* yang sudah dilatih, intervensi oleh *peer educator* selama 1 minggu. Untuk subjek kelompok kontrol diberikan modul pencegahan HIV/AIDS untuk dibaca secara mandiri selama 1 minggu. Setelah itu, dilakukan *posttest* 1 untuk mengukur

pengetahuan dan sikap responden, kemudian 1 bulan berikutnya dilakukan *posttest* ke 2 untuk melihat perubahan sikap pada masing-masing kelompok.

Skala pengukuran pengetahuan yang ada hubungannya dengan pencegahan penularan HIV/AIDS berupa pertanyaan tertutup, diberi nilai 0 dan 1. Nilai 0 berarti jawaban salah (S) dan nilai 1 berarti jawaban benar (B). Nilai pengetahuan tersebut didapatkan dari hasil penjumlahan jawaban yang benar kemudian di persentasekan dengan skala data nominal. Pengukuran tingkat pengetahuan dilakukan sebelum dan sesudah intervensi KIE oleh *peer educator* maupun pemberian modul.

Skala pengukuran sikap yang ada hubungannya dengan pencegahan penularan HIV/AIDS berupa pernyataan tertutup. Pengukuran sikap dilakukan sebelum, sesudah dan 1 bulan setelahnya. Hal ini dilakukan dengan dilandasi oleh studi Hovland (1953), yang mengemukakan perubahan sikap membutuhkan proses perhatian, pemahaman dan penerimaan yang membutuhkan waktu lebih lama dibandingkan dengan pengetahuan. Demikian juga menurut teori *Health Belief Model* (HBM) yang mengatakan bahwa perubahan sikap seseorang terjadi jika ada tambahan informasi (pengetahuan) tentang bahaya dari masalah kesehatan, keuntungan dari menghindari ancaman dan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keputusan untuk bertindak. Seseorang mau melakukan pencegahan penyakit atau tidak jika pengetahuannya memadai untuk bersikap lebih positif dalam memandang suatu masalah kesehatan dan tujuan akhirnya adalah perilaku untuk pencegahan (Fertmen & Allensworth, 2010).

### 3. Hasil uji validitas dan reliabilitas

Pada penelitian ini uji coba kuesioner dilakukan pada 30 mahasiswa Keperawatan semester I Prodi S1 Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan subjek penelitian. Adapun karakteristiknya mempunyai kesamaan dalam hal semester, umur, masih mendapat mata kuliah dasar, belum turun ke lapangan untuk praktik dan tingkat sosial yang sama. Hal tersebut dilakukan agar alat ukur

yang akan digunakan benar-benar tepat dan cermat dalam menjalankan fungsinya dan dapat dipercaya.

Setelah semua kuesioner terisi dengan benar dan terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan analisis melalui proses *editing, coding, entry* dan *cleaning*. Pengolahan dan analisis data dilakukan menggunakan SPSS 21. Alat ukur pengetahuan terdiri dari 51 pertanyaan. Analisis validitas masing-masing item dilakukan dengan analisis *item-total correlation spearman* dengan bantuan SPSS 21.0. dari 51 pertanyaan yang diujicobakan sebanyak 40 pertanyaan dinyatakan valid/sahih dengan kisaran koefisien korelasi sebesar 0,418 - 0,841, sedangkan 11 item dinyatakan gugur karena memiliki nilai koefisien korelasi di bawah 0,3 (pertanyaan no.23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 40 dan 46). Selanjutnya 40 pertanyaan yang dinyatakan sah ini diuji reliabilitasnya dengan menggunakan *reliability analysis scale* (Alpha) dengan bantuan program SPSS. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa nilai koefisien reliabilitas alpha sebesar 0,9556 yang berarti bahwa alat ukur ini reliabel.

Alat ukur sikap terdiri dari 26 pernyataan. Uji validitas masing-masing pernyataan dilakukan dengan uji korelasi *product-moment pearson* (Azwar, 2003). Berdasarkan hasil uji validitas ini, dari 26 pernyataan yang diujicobakan terdapat 23 pernyataan yang dinyatakan sah dengan koefisien korelasi sebesar 0,346-0,690, sedangkan 3 pernyataan dinyatakan gugur karena nilai koefisien korelasinya kurang dari 0,3 (item no. 8, 19 dan 21). Selanjutnya, 23 item yang dinyatakan sah ini diuji reliabilitasnya dengan menggunakan *reliability analysis scale* (alpha) dengan bantuan program SPSS. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa nilai koefisien reliabilitas alpha sebesar 0,9108 yang berarti bahwa alat ukur ini reliabel.

Modul yang digunakan dalam penelitian dimodifikasi dari sumber BKKBN (2008), Kemenkes RI (1997) dan Suharto dkk. (1997). Isi materi diujicoba dalam hal validitas isinya oleh tenaga profesional yang ahli dibidangnya atau yang dikenal dengan *professional judgment* sebanyak 3 orang yang masing-masing terdiri dari profesional dari PKBI Samarinda, BKKBN Samarinda serta dari Balai Bahasa Samarinda Kalimantan Timur, sehingga

modul tersebut layak digunakan dalam penelitian ini. Perbaikan modul dilakukan berdasarkan saran *expert judgment*, dalam penelitian ini modul digunakan sebagai bahan bacaan mandiri oleh subjek kelompok kontrol sehingga dilakukan beberapa perbaikan pada pemilihan bahasa yang mudah dipahami oleh subjek, tujuan, isi materi mengenai pencegahan HIV/AIDS serta cakupan bahasan terfokus serta disajikan lebih komunikatif.

### **I. Cara Analisis Data**

Setelah data terkumpul, peneliti melakukan pengolahan data (*editing, coding, dan data entry*) selanjutnya data dianalisis. Analisis data yang digunakan terbagi dalam beberapa tahap yaitu: 1) analisis univariabel, dilakukan dengan mendeskripsikan karakteristik responden yang diukur dalam penelitian ini; 2) analisis bivariabel, dilakukan untuk mengetahui perbedaan rerata skor pengetahuan dan sikap dari hasil *pretest* dan *posttest* 1 maupun *posttest* 2 sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan uji statistik *paired t-test*. Untuk membandingkan atau melihat perbedaan antara pengetahuan dan sikap dari masing-masing subjek (pada kelompok perlakuan dan kontrol) dengan metode *peer educator* dan modul dilakukan uji *independent t-test*. Pengolahan dan analisis data menggunakan fasilitas komputer dengan program SPSS (*statistical program for social sciences*) dengan keputusan pengujian hipotesis penelitian ini berdasarkan taraf signifikansi 5% atau  $p = 0,05$  (Hadi, 2000).

### **J. Etika Penelitian**

Penelitian ini menggunakan manusia sebagai subjek penelitian, sehingga sebelum dilaksanakan penelitian harus mendapatkan persetujuan dari subjek penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*. Lembar ini ditandatangani setelah subjek penelitian mendengar penjelasan dari peneliti tentang tujuan dan proses penelitian ini, jaminan kerahasiaan responden. Karena subjek penelitian adalah manusia, sebelum melakukan pengumpulan data maka peneliti mengajukan permohonan persetujuan *ethical clearance* terlebih dahulu kepada Komite Etik Fakultas Kedokteran UGM. Adapun persetujuan dari Komite



Etik Fakultas Kedokteran UGM tertuang dalam nomor Ref : KE/FK/957/EC/2015.

### **K. Keterbatasan Penelitian**

#### **1. Kesulitan penelitian**

- a. Pada hari pertama pelatihan ada 1 *peer educator* yang mengundurkan diri dikarenakan orangtuanya sakit dan tidak dapat mengikuti pelatihan hingga selesai. Sebagai solusinya peneliti mencari penggantinya.
- b. Singkatnya waktu pelatihan, hanya 2 hari, para *peer educator* mengalami kesulitan untuk mempersiapkan diri dalam proses KIE (penyediaan media) ditambah padatnya jadwal masing-masing, baik *peer educator* maupun *peer group*nya, sehingga solusinya mengalokasikan waktu khusus untuk persiapan sebelum intervensi.
- c. Pada saat intervensi ada 1 *peer educator* yang sakit sehingga mengundurkan diri dan tidak dapat melakukan intervensi sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- d. Pada saat proses penyampaian KIE melalui *peer educator* ada sebagian *peer group* yang tidak bisa menyesuaikan dengan waktu yang ditentukan sehingga solusinya mengganti di hari lain sesuai dengan jadwal subjek penelitian.
- e. Pada saat *posttest* terdapat beberapa subjek penelitian yang tidak berada di tempat pada waktu yang ditentukan, sehingga menghambat proses pengumpulan data. Sebagai jalan keluarnya, dilakukan kunjungan ulang pada hari berikutnya.

#### **2. Kelemahan penelitian**

- a. Peneliti mengelompokkan subjek ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol didasarkan pada asal institusi dan tidak memperhatikan asal tempat tinggal, sehingga terdapat subjek yang berbeda kelompok tetapi tempat tinggalnya berdekatan. Hal ini memungkinkan terjadinya bias akibat proses diskusi dan interaksi.
- b. Peneliti hanya meneliti sampai pada perubahan sikap saja dan tidak meneliti hingga ke perubahan perilaku responden

- c. Peneliti tidak dapat mengontrol secara penuh kemungkinan kelompok kontrol mendapat informasi tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dari sumber lain.
- d. Peneliti tidak dapat mengontrol secara penuh variabel luar yang memungkinkan dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap subjek.

### **L. Jalannya Penelitian**

#### 1. Tahapan persiapan :

- a. Mengurus surat izin uji coba instrumen penelitian dari minat PPK IKM UGM kepada Stikes Muhammadiyah Samarinda. Uji coba kuesioner pengetahuan dan sikap tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dilakukan pada senin 20 Juli 2015 di Prodi S1 Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda pada mahasiswa tingkat 1 yang berjumlah 30 orang.
- b. Melakukan uji coba modul pada selasa 21 Juli 2015, dilakukan untuk melihat *content validity* nya. Setelah itu dilakukan perbaikan untuk isi dari modul sesuai saran dari 3 *expert judgment* (pembina PIK dari BKKBN dan PKBI, dan Balai Bahasa). Sebelum modul digunakan, terlebih dahulu modul diberikan pada mahasiswa tingkat 1 prodi S1 keperawatan untuk dimintai pendapatnya terkait isi, mudah tidaknya dipahami bahasa yang digunakan dalam modul.
- c. Melakukan uji statistik hasil uji coba kuesioner analisisnya menggunakan *cronbach alpha*.
- d. Melakukan perbaikan instrumen penelitian dengan membatalkan pertanyaan nomor 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 40 dan 46 pada kuesioner pengetahuan serta pada kuesioner sikap untuk pertanyaan nomor 8, 19 dan 21 yang tidak valid dan tidak reliabel.
- e. Melakukan *recruitment* peserta pelatihan pada hari Rabu tanggal 1 Juli 2015. Pemilihan *peer educator* dilakukan oleh para dosen pengajar, teman sekelas dan adik kelas yang menjadi subjek penelitian, kemudian nama-nama tersebut ditabulasi. Dari hasil tabulasi diambil nama-nama yang

terbanyak. Selanjutnya dipilih lagi dengan menyesuaikan kriteria cerdas, terampil, aktif dan komunikatif hingga terpilihlah 16 mahasiswa sebagai peserta pelatihan *peer educator*.

- f. Melakukan koordinasi dengan pihak Stikes Muhammadiyah Samarinda dalam hal persiapan tempat pelatihan, berkoordinasi dengan kepala BKKBN, PKBI, dan Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan Stikes Muhammadiyah Samarinda dalam hal untuk kelancaran proses pelatihan serta meminta izin kepada pengelola PIK pelajar dan mahasiswa seKota Samarinda dalam hal pencegahan penularan HIV/AIDS untuk membantu proses penelitian, sebagai fasilitator dan pemateri dalam pelatihan *peer educator* yang akan dilakukan di Stikes Muhammadiyah Samarinda.
- g. Melakukan koordinasi dengan perwakilan dari BKKBN dan PKBI Samarinda dalam hal ini melakukan pertemuan di Stikes Muhammadiyah Samarinda untuk persamaan persepsi tentang materi yang akan diberikan pada peserta pelatihan *peer educator*.
- h. Melakukan koordinasi dengan pihak kemahasiswaan Stikes Muhammadiyah Samarinda, dalam hal ini untuk mendapatkan ijin menggunakan mahasiswa sebagai asisten peneliti yang akan dipilih oleh peneliti
- i. Mempersiapkan perlengkapan pelatihan seperti *kit*, media pembelajaran, peralatan, bahan belajar berupa modul pelatihan *peer educator* dan peserta pelatihan.
- j. Melakukan pertemuan dengan *peer educator* yang telah dipilih untuk menjelaskan maksud dan tujuan, serta menyesuaikan jadwal pelatihan dan jadwal KIE oleh *peer educator* pada subjek penelitian dan memastikan kesediaan waktunya untuk diabdikan dalam penelitian ini.
- k. Penentuan kelompok eksperimen menggunakan teknik *purposive sampling* dan penentuan kelompok kontrol menggunakan teknik *matching*.

## 2. Tahap pelaksanaan :

- a. Pemilihan *peer educator*

Penentuan *peer educator* dilakukan langsung oleh calon subjek penelitian dan dosen-dosen D III Keperawatan dengan kriteria terampil berkomunikasi, mempunyai hubungan yang baik dengan banyak mahasiswa, aktif dalam kegiatan organisasi dan ekstrakurikuler, menarik, populer dan gaul. *Peer educator* yang terpilih berjumlah 16 orang, setelah pelatihan pada hari pertama, 1 orang *peer educator* mengundurkan diri sehingga yang menjadi *peer educator* berjumlah 15 orang.

b. Pelatihan *peer educator*

Pelatihan *peer educator* dilaksanakan pada hari Senin dan Selasa tanggal 6-7 Juli 2015 di ruang kelas gedung D yang telah ditentukan sebelumnya oleh pihak perlengkapan Stikes Muhammadiyah Samarinda. Pelatihan dimulai pukul 08.00 dengan acara pembukaan (30 menit), *pretest* (30 menit), dinamika kelompok (50 menit). *Coffee break* (15 menit), *review* kesehatan reproduksi dan PMS (45 menit) yang disampaikan oleh pembina PIK HIV/AIDS dari BKKBN Samarinda. Materi yang disampaikan tentang fakta pergaulan bebas remaja, penyakit-penyakit PMS yang sering terjadi serta *review* anatomi reproduksi dan fungsinya. Penjelasan materi menggunakan *powerpoint* dan LCD yang menampilkan gambar-gambar sebagai penunjang materi. Materi ke 2 dimulai pada pukul 11.00 – 14.30, tentang HIV/AIDS, disampaikan oleh penanggung jawab HIV/AIDS PKBI Samarinda. Diawali dengan pemutaran video yang menggugah peserta sehingga mereka lebih peduli dengan HIV/AIDS dan termotivasi untuk berbagi dengan rekan sebayanya. Adapun materi yang disampaikan berupa fakta tentang kasus HIV/AIDS di Indonesia dan Kalimantan Timur, penyebab, masa inkubasi, penularan, pencegahan serta mitos seputar HIV/AIDS. Materi ketiga tentang *peer educator* waktu penyampaian pada pukul 14.30 – 16.30. Seorang *peer educator* mengundurkan diri dikarenakan orangtuanya sakit sehingga harus merawat di rumah sakit dan tidak dapat mengikuti pelatihan keseesokan harinya. Pada hari kedua dimulai pada pukul 08.00 dan berakhir pukul 14.30 WITA. Diawali dengan *ice breaking*, dilanjutkan dengan pemberian materi tentang konsep

perubahan perilaku (90 menit), Teknik komunikasi/KIE (100 menit) dengan metode ceramah, Tanya jawab interaktif, *role play*, *brain storming*, *games*, simulasi dan demonstrasi. Kegiatan selanjutnya adalah *posttest* untuk melihat peningkatan pengetahuan sebagai penilaian dalam menentukan *peer educator* yang lulus. Alat ukur instrumen *pretest* dan *posttest* pada pelatihan menggunakan alat ukur dari BKKBN yang berjumlah 5 item soal dalam bentuk 2 pilihan *option* jawaban (benar dan salah). Kriteria keberhasilan dalam pelatihan ini apabila peserta menunjukkan peningkatan kemampuan, menunjukkan semangat belajar yang tinggi dan terlibat aktif berpartisipasi selama pelatihan. kriteria dapat diukur dengan menggunakan lembar observasi. Dikatakan rata-rata baik apabila hasil dari observasi nilai yang didapatkan minimal 60% untuk semua peserta (nilai pengetahuan dan keterampilannya). Hasil pelatihan rata-rata nilai yang didapatkan diatas 60% dari kriteria yang ditentukan, artinya semua peserta *peer educator* telah memenuhi persyaratan sebagai pendidik sebaya dan siap untuk melakukan kegiatan KIE dalam penelitian ini. Setelah penyampaian seluruh materi, dilanjutkan dengan penyusunan rencana kerja *peer educator* dengan mempertimbangkan waktu pelaksanaan tidak mengganggu perkuliahan mahasiswa dengan menggunakan pendekatan informal. Kegiatan edukasi yang dilakukan adalah menambah informasi pencegahan penularan HIV/AIDS lebih komprehensif disertai dengan pembagian *leaflet* HIV/AIDS. Proses edukasi dilakukan dengan metode komunikasi terhadap perkelompok yang dipimpin masing-masing oleh *peer educator*. Semua *peer educator* yang berjumlah 15 orang bersedia melakukan program kerja yang telah ditentukan.

- c. Peneliti dan *peer educator* mengadakan pertemuan kembali untuk membahas *follow up* rencana kerja yang telah disepakati pada saat pelatihan. Penyusunan rencana kerja mempertimbangkan saran yang disampaikan *peer educator*. Kegiatan yang dilaksanakan adalah dalam bentuk penyampaian pesan yang dilakukan secara formal yaitu dengan

metode ceramah, diskusi dan tanya jawab sedangkan informal dilakukan dengan curah pendapat dan komunikasi interpersonal. Kegiatan yang dilakukan dalam suasana santai yang dilakukan di luar jam kuliah, sehingga tidak mengganggu pelajaran. Semua kegiatan yang dilaksanakan akan dicatat oleh *peer educator* dalam buku harian atau buku kegiatan. Sebelum pelaksanaan, para *peer educator* dan peneliti membuat media KIE berupa lembar balik serta leaflet sebagai media penunjang dalam penyampaian KIE. Adapun tempat pelaksanaan KIE dilaksanakan dan disesuaikan dengan kebutuhan kelompok (kantin, di perpustakaan, di lingkungan sekitar kampus). Kegiatan dilaksanakan selama 6 hari efektif (1 minggu). Pelaksanaan kegiatan dievaluasi setiap 2 hari sekali untuk mengetahui hambatan-hambatan dan keberhasilan kegiatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi pelaksanaan dilaksanakan di ruang kelas yang kosong di STIKES Muhammadiyah Samarinda. Waktu pelaksanaan kegiatan pada tanggal 13 Juli 2015

d. *Pretest*

Peneliti dibantu oleh asisten peneliti melakukan *pretest* sebelum intervensi dilakukan, yaitu 1 hari sebelumnya, untuk mengetahui pengetahuan dan sikap Mahasiswa Stikes Muhammadiyah Samarinda pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi dalam waktu yang bersamaan. Dibantu oleh asisten penelitian berjumlah 3 orang. Waktu pelaksanaan pretes pada hari Senin tanggal 3 Agustus 2015 bersamaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- e. Pelaksanaan kegiatan KIE pencegahan penularan HIV/AIDS oleh *peer educator* dilaksanakan pada hari Senin tanggal 03 – 09 Agustus 2015. Kegiatan berlangsung selama 1 minggu, dan kemudian di evaluasi tingkat keberhasilan dan hambatan-hambatan yang ditemui selama pelaksanaan tersebut setiap 2 hari sekali. Selanjutnya memberikan kesempatan *peer educator* menyampaikan informasi yang telah didapatkan dari hasil pelatihan kepada temannya (*peer group*). 1 *peer group* terdiri dari 5 orang yang dipimpin oleh 1 *peer educator*. Setiap *peer educator* ditugaskan

untuk menyampaikan informasi pencegahan penularan HIV/AIDS dengan jadwal yang telah ditetapkan peneliti, masing-masing *peer educator* akan diberikan 5 daftar nama *peer group* yang telah dipilih sebelumnya dan juga lembar balik dan leaflet sebagai panduan berisi topik yang akan dibahas, adapun lembar balik dan leaflet telah diuji coba sebelumnya sesuai *need* atau kebutuhan subjek, hal ini dilakukan agar proses penyampaian KIE tetap fokus pada tujuan penelitian dan meminimalkan kendala di lapangan, tanggal dan hari serta jam dilakukan KIE menyesuaikan dengan kegiatan subjek penelitian. Untuk setiap *peer group* dijadwalkan pertemuan secara berkelompok agar penyampaian KIE pencegahan penularan HIV/AIDS lebih efektif dan efisien, jika pada prosesnya ada anggota *peer group* yang ingin berdiskusi secara individu tetap diperbolehkan, hal ini untuk menjaga hubungan *trust* antara *peer educator* dan *peer group* tetap terjaga. Untuk menghindari pengaruh eksternal pada waktu pelaksanaan, peneliti melakukan pendekatan pada pihak prodi D III Keperawatan agar mahasiswa kelompok eksperimen tidak diikutsertakan bila ada intervensi yang berhubungan dengan upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Dalam penyampaian materi *peer educator* didampingi oleh asisten peneliti pada awal pelaksanaan. Selanjutnya dalam proses, asisten peneliti tidak memberikan intervensi langsung kepada *peer educator*, tetapi hanya mengevaluasi pelaksanaan kegiatan dan bertindak sebagai konsultan yang dilakukan setiap dua hari sekali. Dari jumlah *peer educator* yang mendapatkan pelatihan adalah 15 orang sehingga masing-masing mempunyai *peer group* sebanyak 5 orang, akan tetapi pada pelaksanaannya subjek yang telah ditentukan hanya 65 orang yang berpartisipasi sehingga masing-masing *peer educator* memiliki kelompok dengan anggota 3 – 5 anggota saja (*peer educator* 1 – 8 memiliki anggota masing-masing 5 orang, *peer educator* 9 -12 memiliki 4 orang anggota, dan *peer educator* ke 13 – 15 masing-masing memiliki 3 *peer group*).

f. Kelompok kontrol

Kelompok kontrol adalah mahasiswa tingkat 1 semester 2 AKPER YARSI Samarinda, sesuai dengan model penelitian maka kelompok kontrol tidak diberi perlakuan *peer education*, tetapi hanya pemberian modul secara mandiri. Untuk Pemilihan subjek pada kelompok kontrol berdasarkan *matching* kesamaan umur, jenis kelamin dan kelas. Untuk mengantisipasi *lost of follow*, pretes dilakukan pada seluruh mahasiswa tingkat 1. Diperoleh dari keseluruhan mahasiswa tingkat 1 AKPER Yarsi yang berjumlah 75 mahasiswa ada 69 mahasiswa yang mengikuti pretes dan yang berpartisipasi dalam penelitian hingga postes 1 dan 2, akan tetapi hanya 65 subjek yang diikutkan dalam analisis. Sebelum pemberian modul pada kelompok kontrol dilakukan *pretest* terlebih dahulu, adapun jadwal *pretest* bersamaan dengan *pretest* pada kelompok eksperimen. Modul tersebut diberikan kepada kelompok kontrol untuk dibaca secara mandiri selama 1 minggu. Waktu pemberian modul dilakukan pada hari Senin tanggal 3 Agustus 2015.

g. *Posttest* pengetahuan dan sikap

*Posttest* 1 untuk variabel pengetahuan dan sikap dilakukan setelah melaksanakan KIE pencegahan penularan HIV/AIDS selesai dilakukan. tepatnya 1 minggu setelah *pretest*. Untuk variabel sikap dilakukan dua kali pengukuran, postes sikap 1 dilakukan diminggu ke dua dan untuk *posttest* sikap 2 dilakukan 1 bulan setelah *posttest* 1. Proses pengambilan data baik *pretest*, *posttest* 1 dan 2 peneliti dibantu oleh asisten peneliti berjumlah 2 orang. Adapun pelaksanaan *posttest* 1 pada hari Senin tanggal 10 Agustus 2015. Untuk observasi yang kedua atau *posttest* 2 pada variabel sikap dilakukan pada tanggal 10 September 2015.



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Kota Samarinda adalah ibu kota Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan salah satu dari 13 kabupaten/kota yang ada di Kalimantan Timur. Wilayahnya terdiri dari 6 kecamatan, yaitu Kecamatan Samarinda Ulu, Samarinda Ilir, Samarinda Utara, Sungai Kunjang, Samarinda Seberang dan Palaran.

Kecamatan Samarinda Ulu dan Samarinda Ilir merupakan 2 Kecamatan yang terletak di jantung Kota Samarinda. Jumlah institusi kesehatan bidang keperawatan di Samarinda ada 6, yaitu diantaranya AKPER Dirgahayu, AKPER Pemerintah Provinsi Kaltim, AKPER Yarsi, Poltekkes Kementrian Kesehatan RI, Stikes Wiyata Husada dan Stikes Muhammadiyah Samarinda. Stikes Muhammadiyah Samarinda terletak di pusat Kota Samarinda termasuk wilayah Samarinda Ulu, sedangkan AKPER Yarsi terletak di Samarinda Ilir dan masih termasuk kecamatan yang letaknya berada di jantung Kota Samarinda akan tetapi berjauhan dalam hal letaknya. Penelitian ini menggunakan kedua institusi tersebut karena merupakan institusi kesehatan berbasis agama yang dikelola langsung oleh yayasannya, memiliki persamaan kurikulum D III keperawatan, memiliki status yang sama yaitu swasta dan persamaan jumlah kelas untuk kelas 1 sebanyak 2 kelas saja.

2. Karakteristik subjek penelitian

Adapun karakteristik subjek penelitian terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu :

- a. Kelompok eksperimen dengan pemberian KIE pencegahan HIV/AIDS melalui *peer educator* sebanyak 65 mahasiswa Prodi D III Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda.
- b. Kelompok kontrol dengan pemberian modul pencegahan HIV/AIDS sebanyak 65 mahasiswa AKPER Yarsi Samarinda.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut di bawah ini :

Tabel 4. Karakteristik subjek berdasarkan umur, jenis kelamin, asal, tempat tinggal, media informasi dan indeks prestasi semester

Karakteristik	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	N = 65	%	N = 65	%
<b>Umur</b>				
16 - 18 tahun	13	20,0	23	35,4
19 - 21 tahun	52	80,0	42	64,6
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	26	40,0	20	30,8
Perempuan	39	60,0	45	69,2
<b>Asal daerah</b>				
Samarinda	17	26,2	18	27,7
Kutai Kertanegara	15	23,1	14	21,5
Kutai Barat	13	20,0	17	26,2
Kutai Timur	11	16,9	8	12,3
Penajam Paser Utara	8	12,3	6	9,2
Tarakan	1	1,5	2	3,1
<b>Tempat tinggal</b>				
Kos	41	63,1	34	52,3
Bersama Ortu	13	20,0	22	33,8
Bersama keluarga	8	12,3	9	13,8
Asrama	3	4,6	-	-
<b>Sumber informasi</b>				
Televisi/internet/radio	20	30,8	12	18,5
Perguruan tinggi	3	4,6	9	13,8
Keluarga	4	6,2	3	4,6
Teman	5	7,7	6	9,2
Koran/majalah/poster/leaflet	33	50,8	35	53,8
<b>Indeks prestasi semester</b>				
Minimum	2,50	-	2,65	-
Maksimum	3,68	-	3,79	-
Mean	2,95	-	2,95	-
Standar Deviasi	0,19	-	0,24	-

Sumber : Analisis data primer, 2015

Karakteristik subjek penelitian dikelompokkan berdasarkan umur, jenis kelamin, asal daerah, tempat tinggal, sumber media informasi tentang HIV/AIDS dan indeks prestasi semester. Tabel 4 menunjukkan sebagian besar kelompok perlakuan dan kontrol berada pada usia remaja akhir, yaitu usia 19 - 21 tahun yaitu sebanyak 52 orang dengan persentase 80% pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebesar 42 orang dengan persentase 69,2%. Karakteristik jenis kelamin pada kedua kelompok (perlakuan dan kontrol) didominasi oleh jenis kelamin perempuan baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sedangkan asal daerah masing-

masing kelompok cukup bervariasi akan tetapi terbanyak berasal dari kota samarinda baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol masing-masing 17 (26,2%) dan 18 (27,7%).

Karakteristik subjek penelitian berdasarkan tempat tinggal dan sumber informasi didapatkan terbesar dengan status tempat tinggal kos walaupun masing-masing kelompok (perlakuan dan kontrol) banyak berasal dari samarinda akan tetapi dari data menunjukkan pada masing-masing kelompok cenderung untuk menempati kos-kosan sebesar 41 (63,1%) pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol sebesar 34 (52,3%). Adapun sumber informasi pada kondisi awal didapatkan data bahwa sumber informasi yang didapatkan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama yaitu sebagian besar berasal dari media cetak (poster/*leaflet*/koran/majalah) sebesar 33 (50,8%) dan media elektronik (televisi/internet/radio) sebesar 20 (30,8%), sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 35 (53,8%) dan 12 (18,5%).

Karakteristik responden berdasarkan indeks prestasi semesternya pada kondisi awal didapatkan bahwa pada kelompok perlakuan dan kontrol rata-rata sebesar 2,95 dengan indeks prestasi terendah pada kelompok perlakuan sebesar 2,50 dan tertinggi 3,68 dengan standar deviasi sebesar 0,19, sedangkan pada kelompok kontrol indeks prestasi terendah 2,65 dan tertinggi 3,79, dengan standar deviasi sebesar 0,24.

Berdasarkan karakteristik subjek penelitian, sebaran persentase kedua kelompok tidak jauh berbeda sehingga dalam penelitian ini kedua kelompok dapat dibandingkan.

3. Hasil uji homogenitas pengetahuan dan sikap pada *pre test*, *posttest 1* dan *posttes 2*

Uji homogenitas digunakan untuk memperlihatkan bahwa data ke 2 kelompok memiliki variansi yang sama besar. Pengujian ini dilakukan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan menggunakan analisis *independent t-test* seperti pada Tabel 5 berikut ini :

Tabel 5. Uji homogenitas pengetahuan dan sikap pencegahan penularan HIV/AIDS padapada *pretest*, *posttest 1* dan *posttest 2*

Variabel	Kelompok				F	p	
	Perlakuan (n = 65)		Kontrol (n = 65)				
	Mean	SD	Mean	SD			
<i>Pretest</i>	Pengetahuan	28,88	4,7	26,26	5,8	3,68	0,06
	Sikap	73,88	6,0	75,60	9,0	19,12	0,00*
<i>Posttest1</i>	Pengetahuan	31,52	4,4	26,42	4,1	0,01	0,91
	Sikap	77,43	5,6	75,26	8,5	19,20	0,00*
<i>Posttest 2</i>	Sikap	78,05	5,3	75,03	8,2	22,05	0,00*

Sumber : Analisis data primer, 2015

Tabel 5 menunjukkan hasil pengujian homogenitas pengetahuan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada *pretest*, didapatkan hasil nilai  $p = 0,06$  dan *posttest* nilai  $p = 0,91$  atau  $p \text{ value} > 0,05$ , artinya pada *pretest* dan *posttest*, data kedua kelompok homogen secara varians, hal ini menunjukkan pengetahuan kedua kelompok sebanding baik pada *pretest* maupun pada *posttest*. Pada variabel sikap untuk kelompok perlakuan dan kontrol, baik pada *pretest*, *posttest 1* dan *posttest 2*, didapatkan hasil nilai  $p = 0,00$  atau  $p \text{ value} < 0,05$ , artinya data kedua kelompok tidak homogen secara varians, hal ini menunjukkan sikap kedua kelompok tidak sebanding baik pada *pretest*, *posttest 1* dan *posttest 2*.

4. Hasil analisis uji perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tahapan *pre test* dan *post test*

Pada tahapan analisis ini dilakukan pengujian perbedaan pengetahuan di antara 2 kelompok (perlakuan dan kontrol) pada *pretest* ke *posttest* dengan menggunakan analisis *independent samples t-test*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6. Analisis *independent samples t- test* pengetahuan mahasiswa keperawatan tentang pencegahan penularan HIV/AIDS pada tahapan *pretest* ke *posttest*

Pengetahuan	Perlakuan	Kontrol	Mean Difference (CI 95%)	Statistik	
	Mean (SD)	Mean (SD)		t	P
Selisih <i>posttest</i> ke <i>pretest</i>	2,63 (2,9)	0,11 (7,3)	2,5 (0,57-4,47)	2,56	0,01*

Sumber : Analisis data primer, 2015

Tabel 6 menunjukkan hasil analisis uji perbedaan *independent samples t-test*, terbukti ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, diperoleh nilai  $t = 2,56$  ;  $p = 0,01$  atau  $p \text{ value} < 0,05$ . Kelompok perlakuan ( $M = 2,63$ ;  $SD = 2,9$ ) memiliki pengetahuan yang lebih tinggi daripada kelompok perlakuan ( $M = 0,11$ ;  $SD = 7,3$ ).

5. Hasil analisis uji perbedaan sikap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tahapan *pretest*, *posttest 1* dan *posttest 2*

Pada tahapan analisis ini dilakukan pengujian perbedaan sikap di antara 2 kelompok (perlakuan dan kontrol) pada *pretest*, *posttest 1*, dan *posttest 2* dengan menggunakan analisis *independent samples t-test*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 7. Analisis *independent samples t-test* sikap tentang pencegahan penularan HIV/AIDS pada tahapan *pretest*, *posttest 1*, dan *posttest 2*

Sikap	Perlakuan	Kontrol	Mean difference (CI 95%)	Statistik	
	Mean (SD)	Mean (SD)		t	p
- Selisih <i>posttest-1</i> ke <i>pretest</i>	3,55 (2,83)	-0,34 (2,24)	3,8 (3,00-4,78)	8,67	0,00*
- Selisih <i>posttest-2</i> ke <i>pretest</i>	4,17 (2,90)	-0,57 (2,80)	4,7 (3,74-5,72)	9,46	0,00*
- Selisih <i>posttest-2</i> ke <i>posttest-1</i>	0,62 (1,43)	-0,23 (2,69)	0,8 (0,09-1,59)	2,23	0,02*

Sumber : Analisis data primer, 2015

Tabel 7 menunjukkan hasil analisis uji perbedaan *independent samples t-test*, terbukti ada perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada tahapan *posttest 1* dengan *pretest*, diperoleh nilai  $t = 8,67$  ;  $p = 0,00$  atau  $p \text{ value} < 0,05$  dan pada tahapan *posttest 2* dengan *pretest*, diperoleh nilai  $t = 9,46$  ;  $p = 0,00$  atau  $p \text{ value} < 0,05$ , sedangkan pada tahapan *posttest 2* dengan *posttest 1* diperoleh nilai  $t = 2,23$  ;  $p = 0,02$  atau  $p \text{ value} < 0,05$ . Nilai rata-rata sikap pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Sehingga dapat

disimpulkan dari perbedaan rata-rata, kelompok perlakuan memiliki sikap yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

6. Hasil analisis uji perbedaan 2 kali pengukuran pada tahapan *pretest* dan tahapan *posttest* variabel pengetahuan

Pada tahapan analisis ini, dilakukan untuk menguji perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan (metode *peer educator* pada kelompok perlakuan dan modul pada kelompok kontrol). Pengujian pada tahapan ini menggunakan uji *paired samples t-test*, dimana hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 8. Analisis *paired samples t-test* pengetahuan pencegahan penularan HIV/AIDS *pre test* dan *post test*

Pengetahuan	Kelompok perlakuan				Kelompok kontrol			
	Mean (SD)	Selisih Mean (CI 95%)	t	P	Mean (SD)	Selisih Mean (CI 95%)	t	p
<i>Post test</i> dengan <i>Pre test</i>	31,52 (4,4)	2,64 (1,92-3,36)	7,33	0,00*	26,42 (4,1)	0,15 (-1,67- 1,98)	0,16	0,86
	28,88 (4,7)				26,26 (5,87)			

Sumber : Analisis data primer, 2015

Tabel 8 menunjukkan hasil uji perbedaan *paired samples t-test*, terbukti ada perbedaan pengetahuan yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan melalui *peer educator* pada kelompok perlakuan, dengan nilai  $t = 7,33$ ;  $p < 0,05$ . Data *posttest* ( $M = 31,52$ ;  $SD = 4,4$ ) memiliki rata-rata yang lebih besar dari pada nilai rata-rata *pretest* ( $M = 28,88$ ;  $SD = 4,7$ ). Berarti perlakuan melalui *peer educator* terbukti mampu meningkatkan pengetahuan pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol, yang mendapat modul sebagai bahan bacaan mandiri tentang pencegahan penularan HIV/AIDS, hasil uji perbedaan *paired samples t-test* didapatkan, tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan sebelum dan sesudah mendapatkan modul, dengan nilai  $t = 0,16$ ;  $p > 0,05$ .

7. Hasil analisis uji perbedaan 2 kali pengukuran pada tahapan *pretest*, *posttest 1* dan *posttest 2* variabel sikap

Pada tahapan analisis ini, dilakukan untuk menguji perbedaan sikap kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*). Pengujian menggunakan uji *paired samples t-test*, dimana hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 9. Analisis *paired samples t-test* sikap tentang pencegahan penularan HIV/AIDS pada tahapan *pre test*, *post test 1*, serta *post test 2*

Sikap	Kelompok perlakuan				Kelompok kontrol			
	Mean (SD)	Selisih mean (CI 95%)	T	p	Mean (SD)	Selisih mean (CI 95%)	t	p
<i>Post test 1</i>	77,4 (5,6)	3,5 (2,85-4,25)	10,1 1	0,00*	75,2 (8,5)	-0,3 (-0,89-0,21)	-1,21	0,22
<i>Pre test</i>	73,8 (6,0)				75,6 (9,0)			
<i>Post test 2</i>	78,0 (5,3)	4,1 (2,66-6,77)	11,5 6	0,00*	75,0 (8,2)	-0,5 (-1,26,-0,12)	-1,63	0,10
<i>Pre test</i>	73,8 (6,0)				75,6 (9,0)			
<i>Post test 2</i>	78,0 (5,3)	0,6 (0,26-0,97)	3,46	0,00*	75,0 (8,2)	-0,2 (-0,89,-0,43)	-0,69	0,49
<i>Post test 1</i>	77,4 (5,6)				75,2 (8,5)			

Sumber : Analisis data primer, 2015

Tabel 9 menunjukkan, melalui uji perbedaan *paired samples t-test*, terbukti ada perbedaan sikap yang signifikan pada kelompok perlakuan, dengan *p value* < 0,05 baik pada tahapan *pretest* ke *posttest 1* maupun *posttest 2*. Nilai rata-rata sikap pada *posttest 1* (M = 77,4 ; 5,6) memiliki rata-rata yang lebih besar dari pada *pretest*, kemudian nilai rata-rata *posttest 2* > *pretest*, begitu pula dengan nilai rata-rata *posttest 2* > *posttest 1*. Berarti, pendidikan kesehatan melalui metode *peer educator*, terbukti mampu meningkatkan sikap pada kelompok perlakuan.

Pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan sikap yang signifikan dibuktikan dengan nilai *p value* > 0,05 baik pada tahapan *pretest* ke *posttest 1* dan *posttest 2*. Nilai rata-rata sikap pada *posttest 1* (M = 75,2 ; 8,5) memiliki rata-rata yang lebih kecil dari pada *pretest* (M = 75,6 ; 9,0), kemudian nilai rata-rata *posttest 2* < *pretest*, begitu pula dengan nilai rata-rata *posttest 2* < *posttest 1*. Berarti, pemberian modul sebagai bahan bacaan mandiri, tidak meningkatkan nilai sikap pada kelompok kontrol.

8. Hasil pengetahuan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tiap item pertanyaan valid

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang persentase responden menjawab benar per item pertanyaan pengetahuan yang termasuk pertanyaan valid pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 10. Persentase jawaban responden pada pertanyaan pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV/AIDS pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No	Item pengetahuan	Kelompok perlakuan ( jawaban benar (%) )		Kelompok kontrol ( jawaban benar (%) )	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Post test</i>
1	HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang virusnya disebut <i>human immunodeficiency virus</i>	64 (98%)	64 (98%)	62 (95%)	61 (94%)
6	Masa inkubasi atau perjalanan penyakit HIV/AIDS 5 hingga 10 tahun	32 (49%)	40 (62%)	38 (58%)	21 (32%)
13	Virus HIV dapat menginfeksi melalui ASI	8 (12%)	18 (28%)	31 (48%)	8 (12%)
21	Gejala-gejala penderita HIV/AIDS adalah flu tidak kunjung sembuh	28 (43%)	31 (48%)	21 (32%)	48 (74%)
29	Cara penularan HIV/AIDS melalui alat/jarum suntik yang tidak steril	39 (60%)	41 (63%)	35 (54%)	42 (65%)
35	Cara-cara pencegahan HIV/AIDS adalah bila berhubungan sex yang beresiko pakai kondom	65 (100%)	65 (100%)	50 (77%)	49 (75%)

Pada analisis jawaban subjek terhadap setiap item pertanyaan kuesioner pengetahuan pada kelompok intervensi diperoleh gambaran bahwa jumlah subjek yang menjawab dengan benar pada hampir seluruh item pertanyaan mengalami peningkatan dari *pretest* ke *posttest*, kecuali pada item pertanyaan “HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang virusnya disebut *human immunodeficiency virus*” sebesar 98% , “virus HIV yang dapat menularkan melalui cairan sperma dan urin” masing-masing sebesar 98% dan 92%, “gejala-gejala pada penderita HIV/AIDS adalah kulit bercak-bercak putih bersisik sebesar 66%”, “cara penularan HIV/AIDS melalui hubungan seksual yang tidak aman dan melalui transplantasi organ atau jaringan, masing-masing sebesar 92%”, “cara pencegahan HIV/AIDS adalah tidak melakukan seks bebas sebesar 97%, menghindari gigitan



nyamuk atau serangga sebesar 94%, bila berhubungan seks berisiko pakai kondom sebesar 100%, dan setia pada satu pasangan saja (monogami), sebesar 100%”. Jumlah subjek yang menjawab dengan benar pada pertanyaan tersebut pada saat *pretest* dan *posttest* tidak mengalami perubahan.

Pertanyaan yang paling sulit bagi subjek baik pada saat *pretest* maupun *posttest*, adalah “virus HIV yang dapat menginfeksi atau menularkan adalah melalui ASI”. Pada saat *pretest* hanya 12% responden yang menjawab dengan benar dan pada saat *posttest* sebesar 28% %.

Pertanyaan “Cara-cara pencegahan HIV/AIDS adalah bila berhubungan sex yang berisiko pakai kondom dan setia pada satu pasangan saja (monogami)” adalah pertanyaan yang mudah bagi subjek terbukti bahwa 100% subjek menjawab dengan benar baik pada saat *pretest* maupun *posttest*. Selengkapnya terdapat pada lampiran 15.

9. Hasil sikap pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tiap item pertanyaan valid

Untuk kelompok intervensi, pernyataan *favourable* yang paling banyak didukung oleh subjek baik pada saat *pretest* maupun *posttest* adalah “masalah HIV/AIDS perlu diketahui oleh seluruh masyarakat termasuk para mahasiswa”, dan pernyataan “Sebagai seorang mahasiswa keperawatan anda mempunyai peranan penting dalam memberikan informasi tentang HIV/AIDS”. Pernyataan *unfavourable* yang paling banyak tidak didukung oleh subjek adalah “remaja boleh saja melakukan hubungan seksual sebelum menikah karena tidak akan tertular HIV/AIDS”, dan “Bercakap-cakap dengan seorang penderita HIV/AIDS dapat tertular penyakit tersebut”. Secara keseluruhan, jumlah subjek pada kelompok intervensi yang mendukung pernyataan *favourable* mengalami peningkatan baik pada *pretest* maupun *posttest* terutama dibagian dukungan sangat setuju. Demikian juga untuk pernyataan *unfavourable*, secara keseluruhan jumlah subjek yang tidak mendukung mengalami peningkatan dari *pretest* ke *posttest*.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang peningkatan persentase responden menjawab benar per item pertanyaan sikap yang termasuk pertanyaan valid pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 11. Persentase jawaban sikap responden tentang pencegahan penularan HIV/AIDS kelompok perlakuan dan kontrol

No.	Item pengetahuan	Kelompok perlakuan				Kelompok kontrol			
		SS		STS		SS		STS	
		Pre (%)	Post (%)	Pre (%)	Post (%)	Pre (%)	Post (%)	Pre (%)	Post (%)
1	Masalah HIV/AIDS perlu diketahui oleh seluruh masyarakat termasuk para mahasiswa ( <i>favourable</i> )	58 89%	59 91%	0 -	0 -	33 51%	32 49%	2 3%	3 5%
6	Remaja boleh saja melakukan hubungan seksual sebelum menikah karena tidak akan tertular HIV/AIDS ( <i>unfavourable</i> )	0 -	0 -	51 78%	51 78%	6 9%	6 9%	30 46%	28 43%
9	Bercakap-cakap dengan seorang penderita HIV/AIDS dapat tertular penyakit tersebut ( <i>unfavourable</i> )	4 6%	0 -	17 26%	25 38%	2 3%	2 3%	22 34%	20 31%
17	Sebagai seorang mahasiswa mempunyai peranan penting dalam memberikan informasi tentang HIV/AIDS ( <i>favourable</i> )	42 65%	42 65%	0 -	0 -	22 34%	22 34%	0 -	1 2%

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan kepada mahasiswa oleh *peer educator* dapat berlangsung dengan baik, interaksi yang terjadi tidak hanya satu arah. Kondisi ini didukung oleh kemampuan *peer educator* yang telah mendapatkan pelatihan selama 2 hari untuk menunjang kemampuan komunikasi. Selain itu, didukung pula dengan kemampuan dasar melakukan edukasi yang telah dimiliki oleh *peer educator* di semester sebelumnya di bangku kuliah sehingga kegiatan *peer educator* dalam melakukan KIE kepada *peer group* nya dapat berjalan lancar. Hal ini juga tergambar dari banyaknya pertanyaan serta diskusi yang dikemukakan oleh *peer group* berkaitan dengan aspek pengetahuan adalah 1) apa saja tanda-tanda orang terkena HIV/AIDS, 2) apakah yang sudah terkena HIV/AIDS dapat sembuh dan hidup normal, 3) apakah penderita HIV/AIDS boleh menikah, hamil

dan melahirkan, 4) apakah ibu yang terinfeksi HIV/AIDS boleh menyusui anaknya, 5) apa saja yang harus dihindari agar tidak terinfeksi virus HIV/AIDS, 6) apakah penularan HIV/AIDS bisa melalui gigitan nyamuk, 7) apakah berciuman dapat menularkan HIV/AIDS, 8) apakah berenang bersama dengan penderita HIV/AIDS dapat tertular penyakit tersebut, 9) apakah penderita HIV/AIDS dapat hidup normal dan bagaimana caranya agar tidak menulari pasangan, 10) pemeriksaan apa saja yang harus dilakukan untuk mengetahui seseorang terinfeksi HIV/AIDS, 11) apakah melakukan seks oral atau anal dapat menularkan virus HIV/AIDS, dan 12) apakah pemakaian kondom dapat mencegah penularan virus HIV/AIDS.

## **B. Pembahasan**

### **1. Karakteristik responden**

Karakteristik responden dalam penelitian ini secara statistik tidak memiliki perbedaan yang bermakna. Seperti usia, pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, tidak jauh berbeda, yaitu terbanyak berada pada rentang remaja akhir. Begitu pula dengan karakteristik jenis kelamin dalam penelitian ini didominasi oleh jenis kelamin perempuan, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Karakteristik lainnya, yaitu asal daerah, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, terbanyak berasal dari Samarinda, artinya walaupun sebaran responden banyak berasal dari daerah, tetapi tetap mendominasi untuk kelompok perlakuan dan kontrol berasal dari kota Samarinda. Untuk karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal terbanyak dengan status kos-kosan, walaupun terbanyak asal daerah dari Samarinda akan tetapi mahasiswa cenderung untuk kos agar dekat dengan kampus mereka masing-masing. Karakteristik responden berdasarkan sumber informasi tentang HIV/AIDS pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi paling banyak didapatkan melalui media cetak, baik koran, majalah, *leaflet* maupun brosur. Hal ini dikarenakan subjek penelitian adalah mahasiswa perawat, sehingga akses informasi tentang kesehatan terbuka luas.

Pada tahap pengujian homogenitas kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dilakukan perlakuan, ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan kelompok perlakuan dibandingkan dengan pengetahuan kelompok kontrol. Untuk sikap, tidak ada perbedaan yang bermakna sebelum dilakukan intervensi, yaitu sebelum intervensi memiliki sikap yang sama, sehingga tidak ada perbedaan yang bermakna.

### 3. Perubahan pengetahuan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Pada penelitian ini, metode yang digunakan untuk kelompok perlakuan dengan KIE melalui *peer educator* sebagai pelaksana kegiatan pada anggota kelompoknya tentang pencegahan penularan HIV/AIDS, sedangkan pada kelompok kontrol metode yang digunakan adalah dengan pemberian modul pencegahan penularan HIV/AIDS yang dibaca secara mandiri. Terdapat peningkatan nilai pada kelompok yang mendapat perlakuan *peer educator* dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan modul. Perbedaan yang signifikan antara *pretest* dan *posttest*, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, karena adanya intervensi KIE pencegahan penularan HIV/AIDS melalui metode *peer educator* seperti terlihat pada Tabel 9.

Pada beberapa item pertanyaan pengetahuan, ternyata relatif banyak subjek yang telah memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS seperti yang tergambar pada lampiran 7. Hal ini diduga karena subjek sebelumnya telah mendapatkan informasi tentang pencegahan HIV/AIDS dari sumber lain, misalnya dari media elektronik (televisi, internet, radio) dan media cetak (koran, majalah, *leaflet* dan poster). Selain itu, bila dilihat dari asal daerah, terbanyak berasal dari Kota Samarinda, sehingga akses informasi sangat mudah didapatkan dan jika dilihat dari hasil indeks prestasi semesternya rata-rata berada di rentang yang baik.

Pada saat *posttest*, rerata skor pengetahuan kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang bermakna dibandingkan dengan rerata skor *pretest* nya, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan yang bermakna. Adanya peningkatan rerata skor pengetahuan yang

bermakna dari *pretest* ke *posttest* pada kelompok perlakuan disebabkan oleh adanya intervensi promosi kesehatan melalui *peer educator*. Tidak adanya kenaikan skor pengetahuan secara bermakna pada kelompok kontrol disebabkan karena kelompok ini hanya diberi modul sebagai bahan bacaan mandiri tentang pencegahan HIV/AIDS. Artinya metode yang digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan hanya menggunakan metode komunikasi searah saja (komunikasi tidak langsung). Hal ini dikuatkan oleh pendapat Depkes RI (2008) yang menyatakan bahwa metode promosi kesehatan berupa edukasi dapat dilakukan dengan cara komunikasi langsung dan tidak langsung, pemberian modul termasuk promosi kesehatan tidak langsung karena tidak adanya komunikasi 2 arah yang terjadi, dibandingkan dengan kelompok intervensi yang mendapat perlakuan melalui *peer educator* dimana terjadi proses diskusi dan komunikasi 2 arah.

Promosi kesehatan melalui *peer educator* yang diberikan kepada kelompok perlakuan terbukti dapat meningkatkan pengetahuan subjek tentang pencegahan penularan HIV/AIDS. Peningkatan pengetahuan ini merupakan hasil dari proses belajar yang terjadi akibat pemberian KIE melalui *peer educator* atau pendidik sebaya. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian dari Jennings *et al.* (2014) yang menyebutkan bahwa program pendidik sebaya dapat memberikan kesempatan dalam meningkatkan keterampilan berkomunikasi, berinteraksi, dan meningkatkan kemauan berbicara antar sesama teman sebaya tentang pendidikan reproduksi termasuk pencegahan HIV/AIDS dan program pelatihan *peer educator* ini dapat mendukung peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja dalam pencegahan perilaku seksual berisiko (penularan HIV/AIDS).

Terjadinya peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan dikarenakan para responden ingin mengetahui yang disampaikan oleh pendidik sebaya. Informasi yang diberikan pendidik sebaya kepada rekan-rekannya secara bertahap dimulai dari definisi HIV/AIDS, penyebab, masa

inkubasi penyakit HIV/AIDS, tanda gejala, cara penularan hingga cara pencegahan HIV/AIDS, sehingga dapat memberikan tambahan pengetahuan bagi *peer group* nya. Selain itu, meningkatnya pengetahuan kelompok ini bisa dikarenakan para pendidik sebaya dalam menyampaikan informasi menggunakan berbagai cara agar *peer group* nya memperhatikan pendidik sebaya dalam penyampaian informasi tersebut, baik meminta waktu istirahat sejenak di saat waktu senggang maupun dengan penggunaan media KIE (lembar balik dan *leaflet*) dalam membantu penyampaiannya informasi mengenai HIV/AIDS, sehingga rekan-rekan yang lain merasa tertarik untuk memperhatikan. Selain itu proses penyampaian informasi menggunakan group-group kecil untuk masing-masing *peer educator* sehingga lebih fokus dan lebih efektif. Selain itu, peneliti juga memberikan kebebasan kepada para pendidik sebaya untuk menyampaikan berbagai hal tersebut dengan cara mereka sendiri, dan hal tersebut dapat memberikan kesempatan kepada pendidik sebaya untuk lebih bisa menyampaikan informasi tersebut kepada *peer group* mereka. Ada yang menyampaikan informasi tersebut di saat waktu senggang, di saat sedang berkumpul dengan rekan-rekan mahasiswa disaat waktu istirahat berlangsung, meskipun hanya sebentar tetapi jika dilakukan rutin dapat memberikan informasi secara terus menerus kepada rekan-rekannya, yang dapat lebih memberikan tambahan pengetahuan mereka karena langsung melihat yang disampaikan oleh pendidik sebaya tersebut. Hal ini pun sesuai dengan Nasution dan Suryanto (2002 dalam Riswanda, 2006) yang menyatakan bahwa keberhasilan suatu pendidikan dipengaruhi oleh strategi yang digunakan, metode serta alat bantu yang dapat menunjang keberhasilan kegiatan pendidikan tersebut.

Dalam hal ini, sesuai dengan Nasution dan Suryanto (2002 dalam Riswanda, 2006), yang menyatakan bahwa keberhasilan suatu program atau kegiatan pendidikan karena adanya peningkatan dari hasil pendidikan yang dilaksanakan, sehingga kesesuaian peningkatan hasil pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol telah sesuai dengan teori yang ada.

Selain itu, kelompok kontrol mengalami penurunan menurut Riswanda (2006) diakibatkan kurangnya pengulangan suatu materi yang telah disampaikan, sehingga informasi tersebut tidak dapat selalu diingat dan hanya tersimpan dalam waktu yang relatif pendek.

Menurut Drummond *et al.* (2011), yang melakukan penelitian tentang pengetahuan kesehatan seksual pada para pengungsi Afrika Barat di Australia Barat, pendidikan kesehatan dilakukan dengan memisahkan antara pendidik sebaya berdasarkan jenis kelamin, sehingga para pendidik sebaya ini bisa lebih nyaman dalam menerima materi tersebut serta tidak adanya kecanggungan antar pendidik sebaya tersebut. Namun, dalam penelitian ini tidak adanya pemisahan pendidik sebaya berdasarkan jenis kelamin dikarenakan materi yang disampaikan tidak memuat unsur tabu atau sebagainya, melainkan memuat unsur pencegahan terhadap penularan HIV/AIDS yang bisa terjadi setiap saat dan pada setiap orang tanpa pandang jenis kelamin. Oleh karena itu, pelatihan untuk pendidik sebaya dilakukan di sebuah ruangan tanpa memisahkan mereka, agar materi yang disampaikan dapat diterima semua peserta pelatihan tersebut dan dapat diaplikasikan kepada rekan-rekannya. Tujuan utama pelatihan pendidikan sebaya adalah untuk menyediakan pendidik sebaya dengan : pengetahuan, pemahaman dan keterampilan untuk melakukan KIE pencegahan HIV/AIDS di antara teman-temannya; pengetahuan dan kesadaran tentang bahaya HIV/AIDS; kemampuan menjelaskan dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan kegiatan pencegahan HIV/AIDS. Setelah mendapatkan pelatihan, selanjutnya para pendidik sebaya bertugas memberitahukan kepada *peer group* nya mengenai berbagai hal yang diperoleh terkait mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Wilson and Milburn (2000), yang menyatakan bahwa seorang remaja dapat menjadi pendidik sebaya yang efektif pada teman sebayanya dalam meningkatkan pengetahuan mereka tentang kesehatan reproduksi dan dampak penggunaan obat-obatan terlarang dalam konteks pencegahan penularan HIV/AIDS, serta mendukung remaja

untuk mendapatkan informasi dengan cara yang berbeda dari sebelumnya tentang pencegahan HIV/AIDS dan mengembangkan keterampilan dalam pencegahan penyakit tersebut.

Selain itu, peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol sesuai pula dengan Johns (2007) yang diadopsi di kerangka teori menggunakan teori perubahan perilaku *Health Belief Models* yang menyatakan bahwa program *peer education* dapat dijadikan sebagai acuan untuk memandu dalam proses terjadinya perubahan perilaku yang salah satu strateginya adalah meningkatkan keterampilan kepercayaan diri seseorang untuk melakukan berbagai perubahan dalam dirinya terkait pencegahan penyakit. Berdasarkan teori ini, pendidik sebaya dari kelompok sebaya dapat digunakan sebagai metode dalam penyampain KIE pencegahan penularan HIV/AIDS dalam program promosi kesehatan sesuai dengan level tahap perkembangan manusia. Proses mengubah pengetahuan dan sikap melalui KIE oleh pendidik sebaya digunakan untuk memberikan berbagai informasi dan juga pengalaman-pengalaman mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS sehingga dapat mengubah pengetahuan serta sikap seseorang melalui pendidikan kesehatan ini. Oleh karena itu, peningkatan yang terjadi tidak lepas dari usaha dari *peer educator* yang memberikan informasi kepada *peer group* nya, sehingga mereka memiliki informasi yang baru tentang HIV/AIDS pada umumnya dan cara pencegahan penularan penyakit tersebut secara khusus.

Dari sisi *role models* yang positif, peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi juga didukung dari pemilihan *peer educator* dari kakak kelas responden yang pada awal *recruitment* dipilih berdasarkan popularitas dan disukai oleh teman sebayanya. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Shiner (1992) yang menyatakan bahwa *role models* yang positif dapat meningkatkan kepercayaan diri mereka dalam mengembangkan kemampuannya dalam hal penyampaian informasi kepada teman sebayanya dalam hal perubahan perilaku.



Dari sisi materi yang digunakan, berdasarkan dari pedoman pelatihan dan modul pendidikan sebaya (*peer education*) dalam rangka pendidikan pencegahan HIV/AIDS di lingkungan pendidikan tinggi tahun 1997. Adapun media berupa *leaflet* dan lembar balik dibuat langsung oleh *peer educator* yang disesuaikan dengan tujuan penelitian ini, sehingga nantinya dapat dengan mudah disampaikan, baik kepada pendidik sebaya maupun kepada semua mahasiswa keperawatan, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan mereka. Seperti yang terjadi pada beberapa item pertanyaan pada kuesioner yang menunjukkan peningkatan pengetahuan setelah diberikan intervensi oleh *peer educator* kepada *peer group* nya. Sebagai contoh, dari 40 pertanyaan valid pada kuesioner pengetahuan hampir keseluruhan mengalami peningkatan pada jawaban yang benar, hanya beberapa saja yang memiliki jawaban yang sama baik pada saat *pretest* maupun *posttest* yaitu pertanyaan no 1, 12, 23, 27, 35, 36, untuk pertanyaan yang lain, semuanya menunjukkan peningkatan pada tingkat pengetahuan setelah dilakukannya intervensi. Pertanyaan-pertanyaan dengan jawaban yang salah dari responden paling tinggi terdapat pada pertanyaan no. 13, yaitu virus HIV/AIDS dapat menular atau menginfeksi melalui ASI, disusul pertanyaan no. 5, yaitu HIV/AIDS adalah penyakit yang menyerang sel darah merah, kemudian pertanyaan no. 26 yaitu HIV/AIDS dapat menular melalui gigitan serangga atau nyamuk, oleh karena itu peneliti menekankan kepada *peer educator* untuk lebih menekankan pada poin tersebut dalam melakukan KIE pencegahan penularan HIV/AIDS, dikarenakan masih banyaknya responden yang belum mengetahui poin-poin tersebut, sehingga dalam menjawab dengan asal menjawab saja, dan akhirnya masih banyak jawaban yang salah. Setelah dilakukan intervensi oleh *peer educator*, akhirnya responden terbantu dalam menjawab pertanyaan *post test* yang diberikan. Kesesuaian antara materi yang ada dengan kebutuhan penyampaian pencegahan penularan HIV/AIDS menurut peneliti telah sesuai, yang didukung oleh Green and Kreuter (2000) yang menyatakan bahwa pengetahuan

merupakan hasil dari tahu yang didapatkan seseorang sesudah mendapatkan intervensi dan juga pengetahuan mempunyai pengaruh terhadap seseorang dalam bersikap dan berperilaku. Selain itu, pengetahuan adalah berbagai informasi yang diperoleh seseorang dari proses belajar yang nantinya dapat digunakan dalam kegiatan masyarakat yang memiliki sifat yang sangat objektif. Suatu pengetahuan bisa beralih ke sikap jika memiliki kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan yang telah dia peroleh (Sarwono, 2002).

### 3. Perubahan sikap pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Berdasarkan hasil analisis tersebut, promosi kesehatan melalui *peer educator* pada kelompok perlakuan memiliki dampak yang positif pada sikap responden mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS. Keadaan ini salah satunya disebabkan para pendidik sebaya yang telah dipilih langsung oleh teman sebayanya. Menurut Forest *et al.* (2002), dalam studi *RIPPLE (Randomized Controlled Trial of Peer-Led Education)* nya di Inggris, karakteristik seorang *peer educator* dan pemilihan *peer* dari teman sebaya mereka sendiri mempunyai peran yang sangat penting dan berdampak positif terhadap peningkatan pengetahuan serta sikap remaja tentang perilaku seks. Selain itu peningkatan sikap pada kelompok intervensi dikarenakan *peer educator* yang telah dilatih, memberikan informasi yang mereka ketahui selama mengikuti pelatihan kepada *peer group* nya dengan lebih santai dan tidak formal, informasi yang diberikan tersebut rutin meskipun waktunya tidak begitu lama tetapi jika rutin dilaksanakan akan mengingatkan rekan-rekannya tersebut dalam bersikap terkait dengan pencegahan penularan HIV/AIDS. Dalam pelatihan kepada pendidik sebaya, selain diberikan materi terkait dengan pencegahan HIV/AIDS, keterampilan berkomunikasi, juga disisipkan pengalaman pemateri serta pemutaran beberapa cuplikan film pendek yang menggambarkan beberapa kejadian akibat perilaku seks bebas, narkoba, dan seks sesama jenis serta ketidakpatuhan seseorang terhadap penggunaan jarum suntik yang tidak steril, hingga fenomena mitos dan fakta seputar HIV/AIDS. Dari

pendidikan ini, para *peer educator* semakin bertambah informasinya, sehingga dapat dibagikan dengan *peer group* nya di kampus. Hal tersebut sesuai dengan Sarwono (2002), yang menyatakan bahwa sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan kelompok sosial. Ditegaskan lagi oleh WHO (1988) bahwa sikap merupakan suatu pencerminan kesenangan atau ketidaksenangan seseorang terhadap sesuatu. Sikap juga bisa berasal dari pengalaman atau juga bisa berasal dari orang terdekat.

Peningkatan sikap pada kelompok perlakuan dikarenakan intensitas pertemuan antara pendidik sebaya dengan *peer group* nya di lingkungan kampus, baik di waktu senggang maupun di luar kampus, sehingga memiliki waktu untuk berinteraksi, berkomunikasi serta berbagi hal-hal yang dapat menambah informasi mereka. Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Azwar (2002) bahwa sikap individu dapat diubah dengan memasukkan ide, pikiran, pendapat dan fakta-fakta baru melalui pesan-pesan yang komunikatif. Menurut Mason-Jones *et al.* (2011), informasi yang disampaikan melalui pendidik sebaya akan meningkatkan sikap positif pada subyek yang mendapat perlakuan melalui program *peer educator* ini, dan keberhasilan peningkatan sikap pada kelompok perlakuan sangat ditunjang oleh proses *recruitment*, dan pelatihan yang dilakukan, sehingga *peer educator* terampil dalam melakukan KIE pencegahan penularan HIV/AIDS dan secara langsung para pendidik sebaya akan menjadi contoh bagi *peer group* nya dalam bertindak dan membantu meningkatkan sikap lebih positif terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS. Menurut Davies & Macdowall (2006), *Health Belief Models* adalah suatu model yang menjelaskan perilaku kesehatan dengan memahami kepercayaan seseorang tentang kesehatan, mengubah seseorang untuk mengambil tindakan atau aksi pencegahan penyakit penyebab masalah kesehatan, teori ini mendukung promosi kesehatan melalui pendidik sebaya sebagai dasar dalam melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS dengan KIE yang diberikan dapat mengubah sikap

kelompok perlakuan menjadi lebih positif dengan dasar informasi yang menunjang pengetahuan yang mereka dapatkan melalui *peer educator*. Adanya informasi baru yang disampaikan sangat baik sebagai langkah awal untuk mengubah pengetahuan dan sikap seseorang mahasiswa menjadi lebih baik dibandingkan dengan sebelum dilakukannya intervensi oleh *peer educator*. Menurut Bartholomew, *et al.* (2006), sikap adalah kecenderungan untuk merespon baik atau tidak baik suatu intervensi dan merupakan hal penting dalam motivasi serta sering dijadikan target dalam program promosi kesehatan. Menurut Azwar (2002), suatu komunikasi akan lebih efektif apabila disampaikan secara langsung berhadapan (*face-to-face*) dengan mengemukakan komunikasi secara eksplisit kepada subjek yang sikapnya hendak diubah.

Keberhasilan promosi kesehatan yang dilakukan dalam meningkatkan sikap mahasiswa tentang pencegahan penularan HIV/AIDS disebabkan oleh minat dan antusiasme mahasiswa dalam merespon kehadiran para *peer educator* yang merupakan hal baru bagi mereka dalam mendapatkan pendidikan kesehatan melalui teman sebaya. Hal ini terlihat dari besarnya perhatian *peer group* dalam menanggapi dan bertanya tentang hal-hal yang disampaikan oleh masing-masing *peer* mereka.

Pada analisis item pernyataan sikap, pada kelompok intervensi pernyataan *favorable* yang paling banyak didukung oleh subjek, baik pada saat *pre test* maupun *post test* adalah “masalah HIV/AIDS perlu diketahui oleh seluruh masyarakat termasuk para mahasiswa”. Hal ini diduga karena subjek telah memahami bahwa masalah HIV/AIDS ini penting diketahui oleh mahasiswa keperawatan sebagai *role model* di masyarakat khususnya di Samarinda, setelah mendapatkan promosi kesehatan KIE oleh *peer educator*. Hal ini didukung oleh teori *Health Belief Model* (HBM) oleh Nutbeam & Harris (2002 *cit.* Davies & Macdowall 2006), yang mengatakan bahwa poin terpenting dalam aplikasi teori ini dalam peningkatan sikap seseorang terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS adalah mengubah pemahaman subjek akan mudahnya melakukan

pencegahan penyakit mematikan ini dan tidak perlu mengeluarkan banyak biaya hanya dengan mengubah pemahaman mahasiswa melalui KIE oleh *peer educator* sehingga dapat mengurangi risiko penularan HIV/AIDS yaitu dengan memberikan pemahaman bahwa setiap orang dapat terinfeksi virus HIV ini, penyakit ini sangat berbahaya dan serius, pentingnya perilaku seks yang sehat serta memberikan pemahaman bahwa mahasiswa keperawatan sangat mampu untuk menghindari hal-hal yang dapat menularkan atau tertular virus HIV ini.

Secara keseluruhan, jumlah subjek pada kelompok perlakuan yang mendukung pernyataan *favourable* mengalami peningkatan dari *pretest* ke *posttest*. Demikian pula halnya dengan pernyataan *unfavourable*, jumlah subjek kelompok perlakuan yang tidak mendukung mengalami peningkatan yang bermakna dari *pretest* ke *posttest*, sedangkan pada kelompok kontrol kondisinya relatif tetap. Hal ini menunjukkan bahwa perubahan sikap yang terjadi adalah efek dari pemberian promosi kesehatan melalui *peer educator*.

Secara umum, yang telah dihasilkan oleh kegiatan promosi kesehatan menggunakan *peer educator* dalam penelitian ini juga tidak terlepas dari kualitas pelaksanaan kegiatannya. Beberapa aspek positif yang mendukung di antaranya adalah kemampuan *peer educator* dalam melakukan pendekatan dan komunikasi dalam proses penyampaian informasi dikarenakan para *peer* sudah cukup kenal dengan responden sehingga suasana KIE lebih akrab dan informal sehingga merangsang *peer group* untuk aktif bertanya dan berdiskusi. Selain itu didukung lingkungan yang kondusif (dilakukan di kelas pada saat jam belajar usai) sehingga tidak ribut dan juga didukung oleh adanya media (lembar balik dan *leaflet*) yang digunakan untuk memperkuat informasi yang disampaikan.

Berdasarkan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh kelompok intervensi pada saat kegiatan KIE pencegahan penularan HIV/AIDS menunjukkan bahwa tingkatan pemahaman terhadap materi yang disampaikan oleh masing-masing *peer educator* tidak hanya terbatas pada

pertanyaan “apa”, tetapi juga “mengapa” dan “bagaimana”, tidak hanya sekedar ingin tahu tetapi telah mengarah pada hal dan cara tindakan yang akan mereka lakukan. Hal ini sesuai dengan pendapat Jennings (2013) yang menyatakan bahwa peran *peer educator* dalam melakukan komunikasi yang santai dan informal sangat berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan seseorang dalam mengurangi situasi perilaku seks berisiko. Komunikasi yang efektif yang dilakukan oleh *peer educator* pada kelompok intervensi sangat mendukung dalam meningkatkan sikap positif mahasiswa terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS.

Peningkatan sikap pada kelompok perlakuan didukung oleh berbagai penelitian sebagai berikut :

1. Riswanda (2006), meneliti promosi kesehatan melalui pendidikan teman sebaya (*peer education*) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penularan HIV/AIDS pada siswa SMP di Kabupaten Muara Enim, mendapatkan hasil terjadinya peningkatan pengetahuan dan sikap dengan menggunakan *peer education* yang mempunyai dampak positif dalam peningkatan pengetahuan dan sikap siswa dalam pencegahan penularan HIV/AIDS.
2. Manurung (2005), meneliti pendidikan kesehatan oleh *peer educator* dalam upaya pencegahan bahaya merokok pada *peer group* di kalangan siswa SMP Kota Yogyakarta, yang mendapatkan hasil penelitian adanya peningkatan pengetahuan dan sikap pada kelompok yang menggunakan *peer educator* terhadap *peer group* tersebut. Ada perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan yang mendapatkan pendidikan kesehatan melalui *peer educator* dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan.
3. Erawan (2013), meneliti pendidikan kesehatan melalui pendidik sebaya (*peer educator*) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan kecelakaan lalu lintas pada siswa SMA di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara, yang mendapatkan hasil penelitian adanya

peningkatan pengetahuan dan sikap pada kelompok intervensi yang menggunakan metode *peer educator*. Ada perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan secara statistik dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya menggunakan metode ceramah dan diskusi.

Pendidikan kesehatan melalui *peer educator* terbukti memiliki pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap mahasiswa keperawatan dalam pencegahan penularan HIV/AIDS. Informasi yang diperoleh dari *peer educator* merupakan tambahan informasi bagi mahasiswa sebagai kelompok intervensi, sehingga tetap bisa selalu mengingat serta nantinya dapat diaplikasikan pada keseharian dalam berperilaku demi terhindar dari tertularnya penyakit HIV/AIDS.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan maka hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa :

1. Promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator* lebih efektif dibanding modul, dalam meningkatkan pengetahuan mahasiswa keperawatan tentang pencegahan penularan HIV/AIDS di Samarinda.
2. Promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator* meningkatkan sikap positif mahasiswa keperawatan dibanding modul, dalam pencegahan penularan HIV/AIDS di Samarinda.

#### **B. Saran**

Berdasarkan hasil temuan penelitian, peneliti menyarankan beberapa hal sebagai berikut :

1. Bagi pengelola program penyuluhan kesehatan reproduksi dapat memilih metode *peer educator* atau pendidik sebaya dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.
2. Bagi pihak perguruan tinggi lainnya, dapat juga menggunakan metode *peer educator* ini, sehingga terbentuk kelompok-kelompok mediator mahasiswa dalam melakukan kegiatan-kegiatan pencegahan penularan HIV/AIDS.
3. Untuk peneliti selanjutnya, diharapkan dapat lebih memperluas variabel-variabel yang diperkirakan akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap responden, misalnya pengaruh lingkungan keluarga, media sosial dan sumber-sumber informasi lainnya, serta mempertimbangkan faktor tempat tinggal subjek pada saat pengelompokan kelompok kasus dan kontrol, sehingga dapat mengurangi kemungkinan interaksi antar subjek dari kelompok yang berbeda.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adler, Michael W. (2001). *ABC of AIDS*. Fifth Edition. BMJ Publishing Group, London
- Advocates For Youth. (2003). *Peer Education: Promoting Health Behaviors*. Available on <http://www.advocatesforyouth.org/storageadvfydocumentsfspered.pdf>. Januari 2014
- Alsa, A. (2004) *Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dalam Penelitian Psikologi*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Al-Sheyab Nihaya., Gallagher Robyn., C.J. and S.S., (2012). *Peer-led Education for Adolescents With Asthma in Jordan: A Cluster-Randomized Controlled Trial*. Available : <http://pediatrics.aapublications.org> Agustus 2014
- Ary, D., Jacob, L.C. and Razavieh, A. (1985). *Introduction to Research in Education. 3rd Edition*. Holt, Rinehart and Winston. New York
- Azwar, SA. 2007. *Penyusunan Skala Psikologi*. Edisi 1, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Azwar, SA. (2010). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, edisi kedua, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Backett-Milburn K., Wilson S. (2000). *Understanding peer education : insights from a process evaluation*. Journal of Health Education Reserch. Vol.15, 85-96
- Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia (2008). *Modul Pelatihan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja Bagi Calon Konselor Sebaya*. Jakarta
- Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia (2012). *Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (PIK Remaja/Mahasiswa)*. Jakarta
- Budiarto, E. (2004). *Metodologi Penelitian Kedokteran*, EGC, Jakarta.
- Cambell, D. & Julian C, Stanley. (1966). *Experimental and Quasi Experimental Design for research*. Chicago : Rand McNally

- Caron, F., Godin, G., Lambert, L.D., Otis, J. (2004). *Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high School*. Available : <http://her.oxfordjournals.org>. Desember 2013
- Clements, I. and Buczkiewicz, M. (1993). *Approaches to Peer-Led Health Education : A Guide for Youth Workers* : London Health Education Authority
- Coutts, LC. and Hardy, LK. (1985), *Teaching for Health; The Nurse as Health Educator*, Singapura : Longman Singapore Publishers Ltd
- Creswell, W. John. (2003). *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, Sage Publications, USA.
- Davies, M. and Macdowall, W. (2006). *Health Promotion Theory*, edisi pertama, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Depkes RI. (1998). Pusat Promosi Kesehatan, *Strategi Promosi Kesehatan*, Jakarta
- Depkes RI. (2008). Pusat Promosi Kesehatan, *Metode dan Media Promosi Kesehatan*, Jakarta
- Depkes RI. (2009). *Undang-undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009*, Jakarta.
- Dignan, MB. & Carr, PA. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion*, Edisi kedua, Lea & Fegiger, Malvern, Pennsylvania
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI (2013). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia*. Jakarta
- Erawan, Meiyana Putu Eka. (2013). *Pendidikan Kesehatan melalui Pendidik Sebaya (Peer Educator) terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap dalam Pencegahan Kecelakaan Lalu Lintas pada Siswa SMA di Kota Kendari Sulawesi Tenggara*. Tesis Minat Utama perilaku dan Promosi Kesehatan. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- Ewles, L. & Simnett, I. (1994). *Promoting Health, A Practical Guide*, edisi kedua, alih bahasa Emilia, O., Gadjah Mada University press, Yogyakarta.
- Fertman, CI. & Allensworth, DD. (2010). *Health Promotion Programs from Theory to Practice*, Jossey-Bass, San Francisco USA.

- Forrest, S., Strange Vicki., Oakley Ann., And The RIPPLE Study Team. (2002a). *Peer-led sex education-characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme*. Journal of Health Education Research Vol.17 no.3, 327-337
- Forrest. S., Strange Vicki., Oakley Ann., And The RIPPLE Study Team. (2002b). *What influences peer-led sex education in the classroom? A view from the peer educator*. Journal of Health Education Research Vol. 17 no.3, 339-349.
- Friedman, MM, (2002). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktek*, Edisi 3, Jakarta : EGC
- Glanz, K., Rimer, BK., & Vismanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, Edisi pertama, Jossey-bass, Sanfrancisco.
- Green, LW., & Kreuter, MW. (2000). *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*, Institute of Health Promotion Research University of British California.
- Green, J. & Tones, K. (2008). *Health Promotion Planning and Strategies*. Washington DC, SAGE
- Gunawan, S. (1992). *Perkembangan Masalah AIDS : Cermin Dunia Kedokteran* No. 75
- Hadi, S. (1985). *Metodologi Research Jilid 4*. Yayasan Penerbit Fakultas Psikologi UGM. Yogyakarta
- Hadi, S. (2000). *Buku Manual SPS (Seri Program Statistik) Paket Midi*. UGM, Yogyakarta
- Hamalik, O. (2005). *Pengembangan Sumber Daya Manusia : Manajemen pelatihan Ketenagakerjaan Pendekatan Terpadu*, Bumi Aksara. Jakarta
- Hoyle, B. (2006). *AIDS/HIV*. Formerly Published by Information Plus, Wylie, Texas AS
- Ibrahim, JZ., Zain, AM. & Rampal, L. (2012). *Effectiveness of peer-led Education on knowledge, attitude and risk behavior practices related to HIV among students at Malaysian Public university – Randimized controlled trial*. Journal of preventif medicine Vol.55, 505-510

- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2006). *Standards for HIV Peer Education Programmes*. Available : [http://www.ifrc.orgGlobalPublicationshealthhiv\\_peer\\_education-en.pdf](http://www.ifrc.orgGlobalPublicationshealthhiv_peer_education-en.pdf)  
Januari 2014
- Jenings.,S. Howard and C. L. Perotte. (2014). *Effect of a School – Based Sexuality Education Program on Peer Educator : The Teen PEP Model*. Journal of Health Education Research, Vol. 29, 319 – 329
- Kemm, J. and Close, A. (1995). *Health Promotion Theory and Practice*, London: MACMILLAN PRESS LTD.
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (1997). *Pedoman Pelatihan dan Modul pendidikan Sebaya (Peer Education) Dalam Rangka Pendidikan Pencegahan HIV/AIDS di lingkungan Pendidikan Tinggi*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015 – 2019*. Jakarta
- Kumar, R. (1999). *Research Methodology : A Step-By-Step Guide For Beginners*. London : SAGE Publications
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar. J., Lwanga, S.K., (1997) *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Machfoedz, I., Suryani, E. (2005), *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Fitramaya
- Manurung, I. (2004). *Pendidikan Kesehatan oleh peer educator sebagai upaya pencegahan bahaya merokok pada peer group*. Tesis Minat Utama perilaku dan Promosi Kesehatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- Mahat, G., Scoloveno, M.A., Ruales, N., Scoloveno, R (2006). *Preparing Peer Educators For Teen HIV/AIDS Prevention*. Journal of Pediatric Nursing, Vol.21 No.5 (September) : 378-384
- Mau, TD. (2007). *Promosi kesehatan dengan metode peer education terhadap pengetahuan dan sikap siswa SMU dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Belu-NTT*. Tesis Minat Utama perilaku dan Promosi Kesehatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- Mason-Jones., Flisher. AJ. and Mathews C. (2011). *Who are the peer educators? HIV prevention in south African schools*. Journal of Health Education

- McCreary Linda L., Kaponda Chrissie P.N., Kafulafula Ursula K., Ngalande Rebecca C., Kumbani Lily C., Jere Diana L. N., Noor James L., and Norr Kathleen F. (2010). *Process Evaluation of HIV Prevention Peer Groups in Malawi: a look inside the black box*. Available : <http://www.her.oxfordjournals.org>. 2014
- Medley A, (2009). *Effectiveness of Peer Education Interventions For HIV Prevention in Depeloving Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927325/> 2014
- Menna.T, Ali A. and Worku, A. (2015). *Effect of peer education intervention on HIV/AIDS related sexual behaviors of secondary school in Addis Ababa, Ethiopia: a quasi-experimental study*. Journal Reproductive Health.
- Murti, B. (2003). *Prinsip dan Metode Epidemiologi*. Edisi kedua Jilid Pertama, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Narendra, M. (2002). *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Sagung Seto, Jakarta
- Population Council:Horizons Projects (\_\_\_\_). *Peer Education and HIV/AIDS : Past Experience, Future Directions*. Available : [http://www.popcouncil.orgpdfspeer\\_ed.pdf](http://www.popcouncil.orgpdfspeer_ed.pdf). 2014
- Rakhmat, J. (2007). *Psikologi Komunikasi*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Read, DA. (1997). *Health Education, A Cognitive-Behavioral Approach*. Sudbury, Massachussets : Jones and Bartlett Publishers
- Riswanda, J. (2006). *Promosi Kesehatan Melalui Pendidikan Teman Sebaya (Peer Education) Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Siswa SMP di Kabupaten Muara Enim*, Tesis Minat Utama perilaku dan Promosi Kesehatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- Santrock, JW. (2003). *Adolesence : Perkembangan Remaja*. Alih bahasa. Edisi 6. Erlangga, Jakarta
- Sarwono, S. (2002). *Psikologi Remaja*. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Sarwono, S. (2004). *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep beserta Aplikasinya*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Shiner, M. (1999). *Defining Peer Education*. Journal of Adoloscence, Vol. 22, 555 – 566

- Simamora, H. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : STIE YKPN
- Simons-Morton, BG., Greene, WH., Gottlieb, NH. (1995). *Introduction to Health Education and Health Promotion*, Waveland Press, Inc. United Sated of America.
- Singarimbun, M. dan Effendi, S. (1992). *Metode Penelitian Survei* (edisi ke 2). Jakarta:LP3ES
- Soetjiningsih (2004). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta : Sagung Seto
- Suharto, Widaninggar W., Ananto P., Nuryadi R., Gandasentana R., Wahyunto A., Rubadi, Darmawan P. Dan Madjid S. (1997). *Pedoman Pelatihan dan Modul Pendidikan Sebaya (Peer Education) Dalam Rangka Pendidikan Pencegahan HIV/AIDS*. Jakarta
- Sugiyono, (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta Bandung
- Tobing, NL. (2006). *Masalah Seks di Kalangan Remaja*. Penerbit Pustaka Kartini. Jakarta
- Treloar C., Rance Jake., Laybutt Becky and Crawford, S. (2011). *Structural Constraints on the training of peer educators in hepatitis C prevention*. Available : <http://her.oxfordjournals.org>. Desember 2013
- UNAIDS, (1999). *Peer Education and HIV/AIDS : Concepts, Uses and Chalenges*. Available : <http://www.unaids.org> on July 2013
- UNAIDS, (2002). *Young People and HIV/AIDS. Opportunity in Crisis*. Geneva.Switzerlands
- UNAIDS, (2011). *World AIDS Day Report*. Available : <http://www.unaids.org> on January 2013
- WHO, (1988). *Pendidikan Kesehatan: Pedoman Kesehatan Dasar*. Tjitarsa I.B. (1992) (Alih Bahasa). Bandung: Penerbit ITB dan Univ. Udayana
- WHO, 2006. *Preventing HIV/AIDS in Young People : A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries*. Available : <http://www.who.int> on December 2013
- WHO, (2011). *Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015*. Available : <http://www.who.int> on December 2013

- WHO, (2013). *Global Update On HIV Treatment 2013: Results, Impact And Oppotunities*. Available : [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids/publication/201320130630\\_treatment\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids/publication/201320130630_treatment_report_en.pdf). On Desember 2013
- WHO, (2015). *Global Health Sector Strategy 2016-2021 (GHSS)*. Available : <http://www.who.int> on Agustus 2015
- Willis, S.S. (2005). *Remaja dan Masalahnya*. Bandung : Alfabeto
- Wilson and Milburn (2000). *Understanding peer education : Insights from a process evaluation*. Journal of Health Education Research. Vol. 15 no. 1, 85-96.

**Minat Perilaku dan Promosi Kesehatan**  
**Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
**Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran**  
**Universitas Gadjah Mada**



---

*Lampiran 1*

**PENGANTAR**

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian tentang “ Promosi kesehatan pencegahan penularan HIV/AIDS pada Mahasiswa Keperawatan melalui *peer educator* di Samarinda” dalam rangka penulisan tesis sebagai syarat menyelesaikan studi pada Magister Perilaku dan Promosi Kesehatan, Program Studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, peneliti mengharapkan bantuan dari informan untuk memberikan informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tersebut melalui daftar pertanyaan yang sudah dibuat dalam bentuk panduan pertanyaan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengukur pengaruh promosi kesehatan menggunakan metode *peer educator* terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap Mahasiswa Keperawatan di Samarinda tentang pencegahan penularan HIV/AIDS.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai pemberi informasi, kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jawaban yang saudara berikan diharapkan sesuai dengan pendapat sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Untuk itu, peneliti mengucapkan terima kasih yang tak terhingga atas kesediaan dan partisipasinya, dengan harapan hasil penelitian ini bermanfaat untuk kita semua.

Samarinda,.....

Hormat saya

(Yuliani Winarti)  
Peneliti

*Lampiran 2*



## PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

ID (diisi petugas)

--	--	--	--

Yang bertadatangan di bawah ini:

Inisial :  
Umur :  tahun  
Jenis kelamin : (L / P \*)  
Kelas/tingkat :  
Asal Daerah :  
IP semester terakhir :  
Tempat Tinggal :  Bersama Orangtua       Bersama keluarga  
 Kost/rumah penduduk       Asrama berdikari

*\*coret yang tidak perlu*

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan oleh Yuliani Winarti, dari Minat Perilaku dan Promosi Kesehatan, Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, dengan judul Promosi kesehatan pencegahan penularan HIV/AIDS pada Mahasiswa Keperawatan melalui *peer educator* di Samarinda, saya bersedia menjadi Subyek penelitian sesuai dengan kesepakatan bahwa:

1. Peneliti akan berusaha semaksimal mungkin menjaga kerahasiaan jawaban yang telah diberikan.
2. Dalam memberikan jawaban, tidak ada paksaan dari peneliti dan setiap jawaban sudah dikonfirmasi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan sedikitpun dan dari siapapun.

Samarinda, .....

Peneliti

Subyek penelitian

Yuliani Winarti

( \_\_\_\_\_ )

*Lampiran 3*

### A. ANGKET PENGETAHUAN

**Petunjuk** : lingkari salah satu jawaban yang ada menurut pendapat Anda. Jawaban **B** bila anda menganggap benar dan **S** bila anda menganggap salah.

**A. Pengertian HIV/AIDS**

HIV/AIDS merupakan :

No	Pernyataan	Jawaban	Diisi oleh peneliti
1	Penyakit menular yang virusnya disebut <i>human immunodeficiency virus</i>	B – S	<input type="checkbox"/>
2	sekumpulan tanda dan gejala penyakit akibat hilangnya/menurunnya sistem kekebalan tubuh	B – S	<input type="checkbox"/>
3	AIDS merupakan fase terminal ( Akhir ) dari infeksi HIV	B – S	<input type="checkbox"/>
4	Penyakit yang dapat sembuh dengan imunisasi	B – S	<input type="checkbox"/>
5	Penyakit yang menyerang sel darah merah manusia	B – S	<input type="checkbox"/>

**B. Perjalanan penyakit HIV/AIDS**

Masa inkubasi atau perjalanan penyakit HIV ke AIDS adalah :

6	5 hingga 10 tahun	B – S	<input type="checkbox"/>
7	1 hingga 3 tahun	B – S	<input type="checkbox"/>

**C. Virus HIV dalam tubuh manusia**

Virus HIV yang dapat menginfeksi/menularkan terdapat dalam :

8	Cairan sperma	B – S	<input type="checkbox"/>
9	Air mata	B – S	<input type="checkbox"/>
10	Keringat	B – S	<input type="checkbox"/>
11	Cairan vagina	B – S	<input type="checkbox"/>
12	Urine (air kencing)	B – S	<input type="checkbox"/>
13	ASI	B – S	<input type="checkbox"/>
14	Darah	B – S	<input type="checkbox"/>
15	Air liur	B – S	<input type="checkbox"/>
16	Feses (tinja)	B – S	<input type="checkbox"/>

**D. Gejala-gejala pada penderita HIV/AIDS**

Gejala-gejala pada penderita HIV/AIDS adalah :

17	Kelemahan tubuh yang mengganggu	B – S	<input type="checkbox"/>
18	Demam 38°C dan berkeringat berlebihan di malam hari	B – S	<input type="checkbox"/>
19	Kulit bercak-bercak putih bersisik	B – S	<input type="checkbox"/>
20	Diare berkepanjangan lebih dari 1 bulan	B – S	<input type="checkbox"/>
21	Flu tidak kunjung sembuh	B – S	<input type="checkbox"/>
22	Pembesaran kelenjar pankreas	B – S	<input type="checkbox"/>

**E. Cara penularan HIV/AIDS**

HIV/AIDS dapat menular melalui :

23	Hubungan seksual yang tidak aman	B – S	<input type="checkbox"/>
24	Bersenggolan dengan pengidap HIV	B – S	<input type="checkbox"/>
25	Transfusi darah	B – S	<input type="checkbox"/>
26	Gigitan serangga (nyamuk)	B – S	<input type="checkbox"/>
27	Transplantasi organ atau jaringan	B – S	<input type="checkbox"/>
28	Dari ibu hamil kepada janin yang dikandungannya	B – S	<input type="checkbox"/>

29	Melalui Alat/jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupunktur, tindik, tato) yang tidak steril	B – S	<input type="checkbox"/>
30	Menggunakan WC bersama penderita	B – S	<input type="checkbox"/>

### F. Cara-cara Pencegahan HIV/AIDS

Untuk mencegah tertular HIV/AIDS dapat dilakukan :

31	Menghindari bersentuhan serta berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS	B – S	<input type="checkbox"/>
32	Tidak melakukan seks bebas	B – S	<input type="checkbox"/>
33	Menghindari gigitan serangga atau nyamuk	B – S	<input type="checkbox"/>
34	Tidak menggunakan narkoba suntik	B – S	<input type="checkbox"/>
35	Bila berhubungan sex yang beresiko pake kondom	B – S	<input type="checkbox"/>
36	Setia pada satu pasangan saja (Monogami)	B – S	<input type="checkbox"/>
37	Tidak berenang di kolam renang umum	B – S	<input type="checkbox"/>
38	Tidak menjenguk penderita HIV/AIDS	B – S	<input type="checkbox"/>
39	Tidak menggunakan alat tindik, alat tattoo, pisau cukur, atau sikat gigi bersama orang lain	B – S	<input type="checkbox"/>
40	Mensterilkan peralatan medis/non medis, khususnya yang berhubungan dengan cairan tubuh manusia	B – S	<input type="checkbox"/>

### B. ANGKET SIKAP

*Petunjuk :*

Anda diminta untuk menyatakan sikap terhadap pernyataan dan alasan berikut dengan memberikan tanda (V) pada salah satu alternative jawaban yang sesuai dengan sikap Anda

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Masalah HIV/AIDS perlu diketahui oleh seluruh masyarakat termasuk para Mahasiswa				
2	HIV/AIDS merupakan penyakit masyarakat sehingga perlu mendapat perhatian				
3	Remaja boleh saja melakukan hubungan seksual sebelum menikah karena tidak akan tertular HIV/AIDS				
4	Masalah HIV/AIDS adalah tanggung jawab kita semua				
5	Orang yang telah terinfeksi HIV/AIDS perlu mendapat perhatian khusus dari pemerintah				
6	HIV/AIDS dapat dicegah sehingga tidak perlu takut dan cemas				
7	Lembaga pendidikan perlu menyiapkan tenaga khusus yang terlatih untuk memberikan konseling bagi Mahasiswa dari kelompok teman sebaya				
8	Saya hanya akan memakai jarum yang baru dan steril untuk tindik, tato, dan suntik untuk menghindari penularan HIV/AIDS				
9	Bercakap-cakap dengan seorang penderita HIV/AIDS dapat tertular penyakit HIV/AIDS				
10	Sebaiknya kita menghindari berteman dengan orang yang terinfeksi virus HIV/AIDS				
11	Bersikap wajar saat berkomunikasi dengan pengidap virus HIV/AIDS				
12	Remaja tidak perlu mendapatkan pendidikan seksual dan				

	reproduksi dari orang tua				
13	Masalah atau bahaya HIV/AIDS merupakan ancaman bagi kelangsungan hidup manusia				
14	Anda perlu menghindar berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS				
15	Agar tidak tertular HIV/AIDS maka perlu menghindarkan diri dari perilaku beresiko seperti seks bebas, narkoba, penggunaan jarum suntik yang tidak steril				
16	Anda menolak apabila pengidap HIV/AIDS ingin bergandengan tangan dengan Anda				
17	Sebagai seorang mahasiswa keperawatan Anda mempunyai peranan penting dalam memberikan informasi tentang HIV/AIDS kepada teman, keluarga maupun masyarakat umum				
18	Bagi Anda perlakuan terhadap pengidap HIV/AIDS secara manusiawi dan bijaksana merupakan tindakan yang wajar				
19	Penderita HIV/AIDS tidak perlu diobati karena itu merupakan penyakit kutukan Tuhan				
20	Penggunaan jarum suntik secara bersama-sama seharusnya dihindari				
21	Wanita dan pria belum menikah sebaiknya tidak melakukan hubungan seks				
22	Menghindari tertularnya HIV/AIDS sebaiknya melakukan hubungan seks lewat oral dan anal				
23	Guru tidak perlu memberikan pendidikan seksual pada Mahasiswa remaja				

**C. Sumber Informasi (jawablah dengan melingkari angka)**

Diisi oleh petugas




Dari mana saudara mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS?

(Jawaban **boleh lebih dari satu**)

1. Surat kabar (Koran)
2. Majalah / Tabloid
3. Poster / Brosur / Leaflet
4. Radio
5. Televisi
6. Internet
7. Orang tua
8. Guru/dosen
9. Teman
10. Lain-lain,

sebutkan.....  
 .....

**LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBYEK**

Saya, Yuliani Winarti dari Minat Promosi dan Prilaku Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta akan melakukan penelitian yang berjudul “PROMOSI KESEHATAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS PADA MAHASISWA KEPERAWATAN MELALUI *PEER EDUCATOR* DI SAMARINDA”. Penelitian ini bertujuan untuk penulisan karya tulis ilmiah (tesis) sebagai sebagian syarat mendapatkan gelar *Master Of Public Health* (MPH). Peneliti mengajak bapak/ibu/saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan sekitar 140 subyek penelitian, dengan jangka waktu keikutsertaan masing-masing subyek sekitar lima belas menit

#### **A. Kesukarelaan untuk ikut penelitian**

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila Anda sudah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri/berubah pikiran setiap saat tanpa dikenai denda atau pun sanksi apapun. Bila Anda tidak bersedia untuk berpartisipasi maka Anda tetap akan mendapatkan segala fasilitas dan pelayanan yang ada di STIKES Muhammadiyah Samarinda.

#### **B. Prosedur Penelitian**

Apabila Anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta menandatangani lembar persetujuan ini rangkap dua, satu untuk Anda simpan, dan satu untuk untuk peneliti. Prosedur selanjutnya adalah:

1. Anda akan diberi lembar kuisisioner untuk kemudian anda isi sebanyak dua kali (*pre* dan *post* / sebelum dan sesudah intervensi).
2. Selama proses intervensi, anda akan ditemui oleh *peer educator* yang telah dilatih dalam menyampaikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) pencegahan penularan HIV/AIDS. Adapun waktu akan menyesuaikan dengan waktu luang responden serta tempat menyesuaikan kesepakatan antara *peer* dan subyek penelitian. Waktu pelaksanaan penelitian ini selama 1 bulan.
3. Untuk pengisian kuesioner, anda dapat meminta tolong kepada peneliti untuk menjelaskan maksud pertanyaan.

### **C. Kewajiban subyek penelitian**

Sebagai subyek penelitian, bapak/ibu/saudara berkewajiban mengikuti aturan atau petunjuk penelitian seperti yang tertulis di atas. Bila ada yang belum jelas, bapak/ibu/saudara bisa bertanya lebih lanjut kepada peneliti.

### **D. Risiko dan Efek Samping dan Penanganannya**

Penelitian ini merupakan penelitian intervensi atau perlakuan sehingga anda akan mengisi kuesioner sebanyak dua kali yaitu sebelum dan sesudah intervensi. Selama proses intervensi anda akan didatangi oleh kakak kelas anda yang sudah dilatih sebagai *peer educator* atau pendidik sebaya dalam menyampaikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang pencegahan penularan HIV/AIDS.

### **E. Manfaat**

Penelitian ini akan membawa manfaat luas bagi masyarakat pada umumnya dan akademisi pada khususnya. Untuk masyarakat awam, penelitian ini akan bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap yang lebih positif dalam mencegah penularan HIV/AIDS. Pelayanan kesehatan juga akan mendapat manfaat dengan adanya hasil penelitian ini yang bisa dijadikan refleksi dan perbaikan pelayanan kepada masyarakat terutama dalam hal edukasi melalui teman sebaya dalam pencegahan penyakit HIV/AIDS. Pemerintah dan pemangku kepentingan dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk dijadikan landasan rancangan program peningkatan kompetensi tenaga kesehatan. Penelitian ini juga bisa dijadikan sebagai sumber rancangan membuat program khusus untuk meningkatkan kegiatan proses Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) pencegahan penularan HIV/AIDS dimasyarakat secara umum dan khususnya masyarakat kesehatan. Untuk kalangan akademisi, penelitian ini masih bisa dikembangkan lebih jauh, guna mendapatkan hasil yang lebih spesifik.

### **F. Kerahasiaan**

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subyek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subyek penelitian

## **G. Kompensasi**

Bapak/ibu/saudara akan mendapatkan *souvenir* berupa pin HIV/AIDS dan *Bolpoint*. Semua biaya yang terkait penelitian akan ditanggung oleh peneliti .

## **I. Informasi Tambahan**

Bapak/ ibu/ saudara (i) diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu anda mengundurkan diri atau membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Bapak/ ibu/ saudara dapat menghubungi Yuliani Winarti pada nomer HP 085250683133 dan Dr. Ira Paramastri, M.Si, di Bagian Magister Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Bapak/ibu/saudara(i) juga dapat menanyakan tentang penelitian kepada Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM (Telp. 9017225 dari lingkungan UGM) atau 0274-7134955 dari luar, atau email: mhrec\_fmugm@ugm.ac.id).

## PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada peneliti (Yuliani Winarti)

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini

Tandatangan pasien/subyek:

(Nama jelas :.....)

Tanggal:

Tanda Tangan saksi :

(Nama jelas :.....)





Lampiran 9

RENCANA KERJA *PEER EDUCATOR* PADA PENELITIAN PROMOSI  
KESEHATAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS PADA MAHASISWA  
KEPERAWATAN DI SAMARINDA

No	Uraian Kegiatan	Waktu	Metode dan Media	Fasilitator	Sasaran
1	2	3	4	5	6
<i>Hari ke 1(satu) s.d.hari ke 12(dua belas)</i>					
1	KIE pencegahan penularan HIV/AIDS informal	Tentative	Diskusi, Tanya jawab Lembar balik dan Leaflet	<i>Peer educator</i> 1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,13,14	<i>Peer group</i> dari masing-masing <i>peer educator</i>
2	Evaluasi kinerja <i>peer group</i>	2 hari/x	-	-	<i>Peer educator</i>



Lampiran 10

**Jadwal Kegiatan Peer education**

No.	Tahapan Kegiatan	Juli 2015	Juli 2015	Juli 2015	Agust 2015	Agust 2015
		Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3&4	Minggu 1	Minggu 2
2.	Persiapan Pelatihan Peer educator					
3.	Pelatihan					
4.	Persiapan Media KIE oleh peer educator					
5.	KIE oleh peer educator					
6.	Evaluasi					



---

Lampiran 11

*Preplanning* (rancangan kegiatan) KIE pencegahan penularan HIV/AIDS oleh *peer educator*

---

**1. Pokok Bahasan**

Pencegahan penularan HIV/AIDS

**2. Sub Pokok Bahasan :**

- a. Definisi HIV dan AIDS
- b. Penyebab dan masa inkubasi HIV/AIDS
- c. Tanda dan gejala HIV/AIDS
- d. Hal-hal yang dapat menularkan HIV/AIDS
- e. Hal-hal yang tidak dapat menularkan HIV/AIDS
- f. Pencegahan penularan HIV/AIDS

**3. Sasaran**

Mahasiswa D III Keperawatan tk. 1 semester 2

**4. Waktu**

65 menit

**5. Tempat**

Ruang kelas

**6. Kegiatan**

Pendidikan kesehatan atau KIE tentang pencegahan penularan HIV/AIDS

**A. LATAR BELAKANG KEGIATAN**

Peningkatan pengetahuan dasar penduduk usia 15 - 24 tahun tentang pencegahan penularan HIV/AIDS masih sangat rendah. Gencarnya informasi tentang HIV/AIDS selama ini belum mampu meningkatkan pengetahuan remaja secara signifikan tentang penyakit tersebut. Riskesdas menyatakan 57,5 % penduduk diatas umur 15 tahun pernah mendengar tentang HIV/AIDS akan tetapi tingginya angka tersebut tidaklah menjamin seseorang mengetahui secara menyeluruh tentang penularan HIV/AIDS dan secara nasional penduduk Indonesia yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS baru 11,4 % saja. Upaya perlindungan, pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pada kelompok ini secara intensif dan komprehensif

perlu di lakukan dan salah satu upayanya berupa pendidikan kesehatan melalui program pendidik sebaya.

Pendidikan kesehatan pencegahan HIV/AIDS pada remaja merupakan salah satu upaya efektif dan dilaksanakan melalui program pendidik sebaya yang dikenal dengan istilah *peer educator*, dimana program ini merupakan proses penyampaian atau komunikasi, edukasi dan informasi dari dan untuk teman sebaya yang dapat membantu para remaja meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku lebih positif tentang pencegahan penularan HIV/AIDS.

**B. TUJUAN**

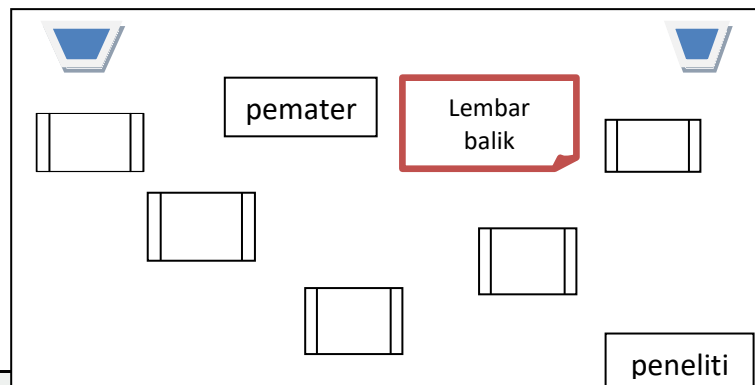
a. Tujuan umum :

Setelah dilakukan KIE di harapkan mahasiswa dapat memahami pentingnya pengetahuan yang komprehensif tentang pencegahan penularan HIV/AIDS

b. Tujuan Khusus :

- 1) Mahasiswa mampu menyebutkan kembali definisi HIV/AIDS
- 2) Mahasiswa mampu menyebutkan penyebab dan masa inkubasi HIV/AIDS
- 3) Mahasiswa mampu menyebutkan tanda dan gejala HIV/AIDS
- 4) Mahasiswa mampu menyebutkan hal-hal yang dapat menularkan HIV/AIDS
- 5) Mahasiswa mampu menyebutkan hal-hal yang tidak dapat menularkan HIV/AIDS
- 6) Mahasiswa mampu menyebutkan pencegahan penularan HIV/AIDS

C. *Setting* tempat kegiatan KIE :



No .	Langkah-langkah	Waktu	Kegiatan Peer educator	Kegiatan sasaran

1	Pembukaan	5'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberi salam</li> <li>• Memperkenalkan diri</li> <li>• Menjelaskan maksud &amp; tujuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjawab salam</li> <li>• Menjawab pertanyaan</li> </ul>
2.	Penyajian	30'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definisi HIV dan AIDS</li> <li>• Penyebab dan masa inkubasi HIV/AIDS</li> <li>• Tanda dan gejala HIV/AIDS</li> <li>• Hal-hal yang dapat menularkan HIV/AIDS</li> <li>• Hal-hal yang tidak dapat menularkan HIV/AIDS</li> <li>• Pencegahan penularan HIV/AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendengarkan dengan seksama</li> <li>• Berpartisipasi aktif dalam proses diskusi</li> </ul>
3.	Evaluasi	25'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanya Jawab</li> <li>• Menanyakan kembali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partisipasi aktif</li> <li>• Menjawab pertanyaan</li> </ul>
4.	Penutup	5'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meminta/memberi pesan dan kesan</li> <li>• Memberi salam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan pesan dan kesan</li> <li>• Menjawab salam</li> </ul>

### C. KEGIATAN

#### D. Metode :

1. Diskusi
2. Tanya jawab interaktif

#### E. Media :

1. Lembar balik
2. *Leaflet*

#### F. Rencana evaluasi kegiatan :

1. Evaluasi struktur : .....(berapa hari rencana KIE oleh *peer educator* dipersiapkan?)
2. Evaluasi proses :
  - a. Peserta yang hadir?
  - b. Yang aktif Bertanya berapa ?
  - c. Yang mampu menjawab kembali pertanyaan?
3. Evaluasi hasil :  
Jawaban dari semua tujuan khusus, tercapai atau tidak ?

G. Daftar pustaka :

- Adler, Michael W. (2001). *ABC Of AIDS*. Fifth Edition. BMJ Publishing Group, London
- Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia (2012). *Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (PIK Remaja/Mahasiswa)*. Jakarta
- Coutts, L.C. and Hardy, L.K. (1985), *Teaching for Health; The Nurse as Health Educator*, Singapura : Longman Singapore Publishers Ltd
- Depkes RI. (1998). Pusat Promosi Kesehatan, *Strategi Promosi Kesehatan*, Jakarta
- Depkes RI. (2008). Pusat Promosi Kesehatan, *Metode dan Media Promosi Kesehatan*, Jakarta
- Dignan, MB. & Carr, PA. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion*, Edisi kedua, Lea & Fegiger, Malvern, Pennsylvania
- Green, LW., & Kreuter, MW. (2000). *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*, Institute of Health Promotion Research University of British California.
- Green.,J. & Tones.,K. (2008). *Health Promotion Planning and Strategies*. Washington DC, SAGE
- Gunawan, S. (1992). *Perkembangan Masalah AIDS : Cermin Dunia Kedokteran* No. 75
- Hoyle., Brian. (2006). *AIDS/HIV*. Formerly Published by Information Plus, Wylie, Texas AS
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan RI. (1997). *Pedoman Pelatihan dan Modul pendidikan Sebaya (Peer Education) Dalam Rangka Pendidikan Pencegahan HIV/AIDS di lingkungan Pendidikan Tinggi*. Jakarta

Lampiran Materi

## A. Pengertian HIV

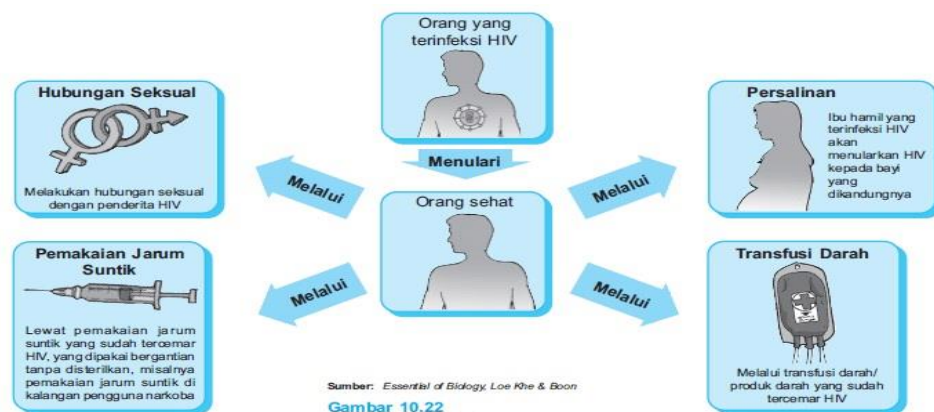
### 1. Pengertian HIV

HIV adalah kependekan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Orang yang mengidap HIV didalam tubuhnya disebut HIV + ( baca: HIV positif ) atau pengidap HIV. Orang yang telah terinfeksi HIV dalam beberapa tahun pertama ini belum menunjukkan gejala apapun. Sehingga secara fisik bisa saja kelihatan tidak berbeda dengan orang lain yang sehat. Namun dia mempunyai potensi sebagai sumber penularan, artinya ia dapat menularkan virus kepada orang lain.

Setelah periode 5 hingga sepuluh tahun, seorang pengidap HIV mulai menunjukkan gejala-gejala bermacam-macam penyakit yang muncul karena rendahnya daya tahan tubuh. Pada keadaan ini orang tersebut disebut sebagai penderita AIDS.

### 2. Pengertian AIDS

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome*. merupakan kumpulan gejala dan tanda penyakit. *Deficiency* dalam bahasa Indonesia berarti kekurangan. *Immune* berarti kekebalan, sedangkan “*Acquired*” berarti diperoleh atau didapat. Dalam hal ini, “diperoleh” mempunyai pengertian bahwa AIDS bukan penyakit keturunan. sehingga AIDS dapat diartikan sekumpulan tanda dan gejala penyakit akibat hilangnya/menurunnya sistem kekebalan tubuh seseorang AIDS merupakan fase terminal ( Akhir ) dari infeksi HIV.



Seperti diketahui, tubuh kita mempunyai sel-sel darah putih yang bertugas untuk melawan dan membunuh bibit-bibit/kuman-kuman penyakit yang masuk ke dalam tubuh kita. Dengan demikian sel-sel darah putih melindungi kita dari jatuh sakit. Jika seseorang mengidap HIV di dalam tubuhnya, maka virus ini menghancurkan sel-sel darah putih yang kemudian tidak lagi mampu melawan kuman-kuman penyakit. Sehingga akibatnya, orang tersebut mudah terserang penyakit. Bahkan serangan sesuatu penyakit yang untuk orang lain dapat digolongkan sebagai penyakit ringan, bagi seorang pengidap HIV atau penderita AIDS penyakit tersebut dapat berakibat fatal. Misalnya penyakit influenza, pada orang sehat penyakit ini akan sembuh dengan sendirinya dalam waktu kurang lebih satu minggu, meskipun tidak diobati sama sekali, asalkan penderita makan, tidur dan istirahat yang cukup. Pada pengidap HIV dan penderita AIDS, penyakit influenza ini akan menetap lebih lama bahkan semakin parah pada waktu tertentu. Seseorang penderita AIDS dapat meninggal oleh penyakit infeksi lain yang menyerang tubuhnya akibat kekebalan tubuhnya yang terganggu (infeksi oportunistik).

### 3. Penularan HIV



Untuk dapat berada di dalam tubuh manusia, HIV harus masuk langsung ke aliran darah orang yang bersangkutan. Sedangkan diluar tubuh manusia, HIV sangat cepat mati. HIV mudah mati oleh air panas, sabun bahan pencuci hama lain.



Karena HIV cepat mati diluar tubuh manusia, maka HIV tidak dapat menular lewat udara seperti virus lainnya, misalnya virus influenza. Virus influenza dapat hidup di udara bebas di sekeliling kita, sehingga penularan influenza dapat terjadi melalui udara.

Di dalam tubuh manusia, HIV hanya bersarang pada sel darah putih tertentu yang disebut sel T<sub>4</sub> karena T<sub>4</sub> ini terdapat pada cairan-cairan tubuh dibawah ini, yaitu :

- Darah
- Air mani (semen)
- Cairan vagina ( Cairan kemaluan wanita )

Telah terbukti bahwa ketiga cairan di atas inilah yang mempunyai potensi menularkan HIV. Maksudnya, penularan akan terjadi jika ada salah satu atau lebih dari ketiga cairan itu tercemar oleh HIV, dan masuk ke aliran darah seseorang.

Disamping itu, HIV juga dapat ditemukan dalam jumlah yang sangat kecil didalam air mata, air liur, cairan otak, keringat, dan air susu ibu, manun sampai sekarang belum ada bukti-bukti bahwa HIV dapat ditularkan melalui cairan-cairan tersebut. Selanjutnya HIV tidak terdapat dalam air kencing. Tinja ( Kotoran manusia ) dan muntahan. HIV juga tidak dapat menembus kulit yang utuh, yaitu kulit yang tidak luka atau lecet.

Penularan HIV akan terjadi jika ada kontak atau percampuran dengan cairan tubuh yang mengandung HIV , yaitu :

- a. Melalui hubungan seksual dengan seseorang yang mengidap HIV. Hubungan seksual ini bisa homoseksual maupun heteroseksual.
- b. Melalui transfusi darah dan transplantasi organ yang tercemar oleh HIV. Transfusi darah yang tercemar HIV secara langsung akan menularkan HIV ke dalam sistem peredaran darah dari si penerima.
- c. Melalui Alat/jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupuntur, tindik, tato) yang tercemar oleh HIV. Oleh sebab itu pemakaian jarum suntik secara bersama-sama oleh para pecandu narkoba akan

mudah menularkan HIV diantara mereka bila salah satu di antaranya seorang pengidap HIV.

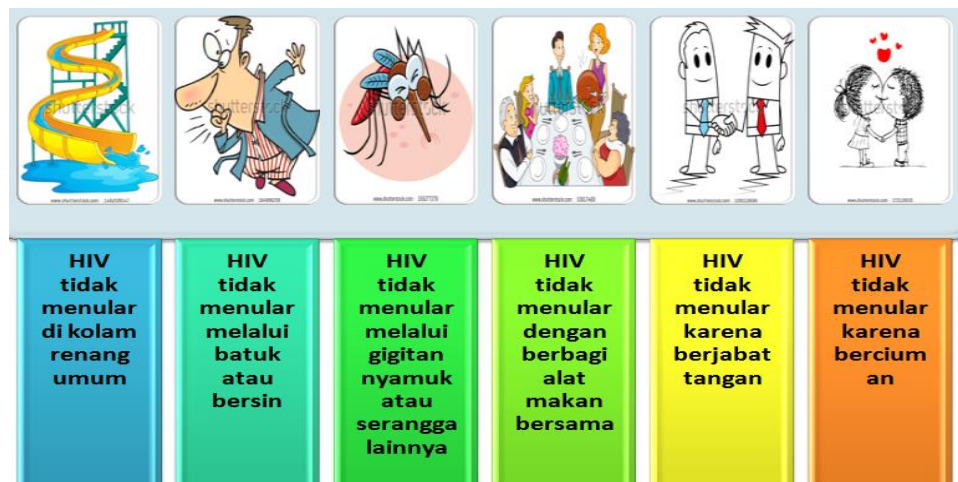
- d. Pemindahan HIV dari ibu hamil yang mengidap HIV kepada janin yang dikandungannya.

Mengingat pola transmisi HIV atau penularan HIV seperti disebutkan di atas ini, maka terdapat orang-orang yang memiliki

**4. perilaku resiko tinggi dalam terinfeksi HIV; yaitu :**

- Wanita dan laki-laki yang berganti-ganti pasangan dalam melakukan seksual, dan pasangannya.
- Wanita tuna susila dan pria tuna susila, serta pelanggannya.
- Orang-orang yang melakukan hubungan seksual yang tidak wajar, seperti hubungan seks melalui dubur ( anal )
- Penyalahgunaan narkotika dengan suntikan, yang menggunakan jarum suntuk secara bersama (bergantian)

**5. Hal-hal yang tidak menularkan HIV :**



Sebagaimana yang telah disebutkan, HIV mudah mati di luar tubuh manusia. Oleh sebab itu HIV tidak dapat ditularkan melalui kontak social sehari-hari seperti :

- 1) Bersenggolan dengan pengidap HIV
- 2) Berjabat tangan
- 3) Bersentuhan dengan pakaian dan barang-barang lain bekas penderita AIDS

- 4) Penderita AIDS bersin atau batuk-batuk di depan kita
- 5) Berciuman biasa
- 6) Melalui makanan atau minuman
- 7) Sama-sama berenang di kolam renang
- 8) Menggunakan WC yang sama dengan pengidap HIV
- 9) Melalui gigitan nyamuk dan serangga lainnya.

## **6. Perjalanan infeksi HIV**

Saat HIV sudah masuk ke dalam tubuh manusia, maka dimulailah masa inkubasi yang cukup lama, yaitu antara 5-10 tahun, masa inkubasi dari suatu penyakit adalah antara masuknya suatu bibit penyakit ke dalam tubuh (infeksi) sampai mulainya orang tersebut menunjukkan tanda-tanda dan gejala-gejala sakitnya.

Pada infeksi HIV, dari mulai masuknya HIV ke dalam tubuh sampai timbulnya gejala-gejala AIDS berlangsung cukup lama yaitu seperti telah disebutkan, antara 5-10 tahun. Selama 5-10 tahun ini orang tersebut disebut pengidap HIV, yang tampak dari luar seperti orang sehat lainnya. Karena belum adanya gejala sakit apapun. Namun walaupun ia belum menunjukkan gejala sakit apapun, seorang pengidap HIV merupakan sumber penularan.

Selanjutnya setelah periode 5-10 tahun ini dilalui barulah timbul gejala-gejala AIDS, dan orang tersebut disebut penderita AIDS. Gejala-gejala dan tanda-tanda sakit munculnya bertahap, bertambah lama bertambah berat sampai akhirnya penderita meninggal dunia (mengenai gejala-gejala dan tanda-tanda sakit yang muncul dibicarakan pada bagian B (Gejala Klinis HIV/AIDS) di bawah ini.

Yang perlu diketahui pula dengan adanya infeksi atau masuknya HIV kedalam tubuh manusia adalah adanya periode jendela (*window period*), yaitu masa dimana orang tersebut telah terinfeksi HIV, tetapi bila dilakukan pemeriksaan darahnya maka belum menunjukkan hasil apa-apa (masih negative) yang berarti zat anti (antibodi) terhadap HIV

belum dapat terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium. Periode jendela ini biasanya berlangsung antara 3 sampai 6 bulan dari sejak mulainya infeksi. Namun satu hal yang perlu diingat adalah bahwa sejak masuknya HIV, seseorang telah menjadi pengidap HIV dan ia dapat menularkan HIV sepanjang hidupnya. Sehingga walaupun dalam masa periode jendela, orang tersebut sudah menjadi sumber penularan. Ia dapat menularkan virusnya kepada orang lain pada setiap kesempatan dan memungkinkan terjadinya penularan itu.

## **B. Gejala klinis HIV/AIDS dan penyakit yang berhubungan dengan HIV/AIDS**

### 1. Gejala-gejala Klinis HIV/AIDS

Yang dimaksud dengan gejala klinis disini adalah gejala-gejala sakit yang timbul baik yang dirasakan oleh penderita maupun yang dapat dilihat oleh orang lain atau petugas kesehatan.

Pada perjalanan HIV hingga menjadi AIDS terdapat 5 (lima) stadium (tahap) penyakit yang masing-masing menunjukkan gejala-gejala tersendiri.

- Stadium Awal Infeksi HIV
- Stadium tanpa gejala
- Stadium ARC (*AIDS Related Complex*)
- Stadium AIDS
- Stadium gangguan susunan saraf pusat

#### *a. Stadium awal infeksi HIV*

Beberapa orang mungkin sakit beberapa hari atau beberapa minggu sesudah infeksi. Gejala-gejala pertama yang timbul sangat mirip dengan gejala influenza, yaitu : **demam, rasa lemah dan lesu, sendi-sendi terasa nyeri, batuk, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar**. Gejala ini biasanya hanya berlangsung beberapa hari atau beberapa minggu lalu hilang dengan sendirinya, sehingga selanjutnya akan dialami *stadium tanpa gejala*.

#### *b. Stadium tanpa gejala*

Pada masa ini tidak timbul gejala apapun dan orangnya tampak sehat. Walaupun dengan tes darah menunjukkan adanya antibody HIV dalam darah, artinya positif HIV. Masa ini dapat berlangsung bertahun-tahun (5-7 tahun), dan virus yang ada di dalam tubuhnya secara pelan-pelan terus menyerang sistem pertahanan tubuhnya. Selanjutnya terjadi Stadium ARC.

*c. Stadium ARC (AIDS Related Complex)*

Istilah ARC adalah istilah klinis yang digunakan bila terjadi 2 (dua) atau lebih gejala klinis yang telah berlangsung selama 3 (tiga) bulan atau lebih. Disamping itu juga terdapat kelainan-kelainan pada pemeriksaan darah secara laboratorium. Pada stadium ini gejala-gejala terus berkembang menjadi gejala-gejala yang lebih lanjut, yaitu :

- Demam (lebih dari 38<sup>0</sup>C) disertai keringat malam yang timbul secara berkala atau terus menerus
- Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam waktu 3 bulan
- Kelemahan tubuh yang mengganggu/menurunkan aktifitas fisik sehari-hari
- Pembesaran kelenjar secara meluas, di leher, lipat paha dan ketiak
- Diare atau mencret yang berkala atau terus menerus dalam waktu yang lama tanpa sebab yang jelas
- Batuk dan sesak napas lebih dari satu bulan secara terus menerus.
- Kulit gatal dan bercak-bercak merah kebiruan
- Sakit tenggorokan
- Pendarahan yang tak jelas sebabnya

Tanda-tanda diatas ini tidak khas, karena gejala-gejala ini dapat juga terjadi pada penyakit-penyakit lain. Namun gejala-gejala di atas ini menunjukkan indikasi adanya *kerusakan pada sistem kekebalan tubuh*.

*d. Stadium AIDS*

Dalam stadium ini kekebalan tubuh penderita telah demikian rusaknya, sehingga pada tahap ini penderita mudah diserang penyakit berbahaya, yang disebut infeksi oportunistik. Maksudnya adalah penyakit

yang disebabkan baik oleh virus lain, bakteri, jamur, atau parasit (yang bisa juga – hidup dalam tubuh kita) yang kalau sistem kekebalan tubuh baik, kuman-kuman ini dapat dikendalikan oleh tubuh kita, penyakit-penyakit yang terutama terjadi adalah :

- TBC
- Candidiasis
- Toxoplasmosis
- Pneumocystis

Di samping itu juga dapat terjadi :

- Kanker kulit yang disebut SARKOMA KAPOSI, merupakan kanker pembunuh darah kapiler
- Kanker kelenjar getah bening (limfoma)

Penyakit-penyakit penyerta ini dapat menyebabkan kematian pada penderita, walaupun mungkin pada orang-orang yang sehat penyakit-penyakit ini tidak berbahaya.

Namun perlu diketahui, bahwa bentuk infeksi oportunistik yang timbul juga tergantung dari prevalensi penyakit menular pada daerah dimana penderita hidup.

e. *Stadium gangguan susunan saraf pusat*

Virus AIDS selain menyerang sel darah putih “lymposis T4” yang merupakan sumber kekebalan tubuh, ternyata juga menyerang organ-organ tubuh lain. Organ yang paling sering adalah *otak* dan *susunan saraf lainnya* dan dapat mengakibatkan terjadinya kematian sel otak, sehingga dapat menimbulkan *gangguan mental organik*. Akan tetapi gangguan ini dapat terjadi karena *tidak saja* karena kerusakan otak akibat HIV, tetapi juga dapat terjadi karena infeksi oportunistik pada organ di luar otak yang kemudian mempengaruhi otak juga. Namun perlu diingat bahwa gejala gangguan mental yang timbul pada seorang penderita AIDS *tidak selalu* merupakan gejala dari gangguan mental organik yang disebabkan oleh hal-hal yang telah disebutkan diatas ini. Akan tetapi dapat juga terjadi oleh

sebab *psikososial* pada penderita, misalnya akibat rasa malu, rasa takut, dan tekanan hidup lainnya

### C. Tes Antibodi HIV

#### 1. Pengertian Tes antibody HIV

Tes HIV adalah suatu tes darah yang khusus dipakai untuk memastikan seseorang telah terinfeksi HIV atau tidak

Manfaat dari tes ini adalah :

- a. Dapat membantu melindungi persediaan darah di bank darah, adanya skrining darah donor untuk antibody HIV terbukti telah menurunkan secara drastis resiko penularan HIV melalui tranfusi darah
- b. Dapat menggambarkan besarnya masalah epidemic HIV/AIDS dimasyarakat
- c. Dapat mengetahui status HIV secara dini, sehingga dapat memberikan kesempatan pada orang tersebut untuk segera mungkin memulai pengobatan dan konseling.

#### 2. Macam-macam tes untuk Mendeteksi Infeksi HIV

Dikenal dua macam tes yang sering dipakai untuk menentukan adanya antibody HIV yaitu:

- a. Tes secara Elisa (*Enzym Linked Immunosorbent Assay*)
- b. Tes secara Immunoblot atau Western Blot.

Pemeriksaan adanya antibody terhadap HIV secara Elisa dipakai untuk penjarangan adanya infeksi HIV atau skrining darah donor transfusi darah. Hasil positif dari tes Elisa ini, yang artinya kemungkinan ada antibody terhadap HIV, masih perlu dikonfirmasi dengan pemeriksaan lanjutan dengan tes secara western blot. Pemeriksaan western blot ini lebih spesifik terhadap HIV, walaupun lebih mahal dan sulit dilakukan. Oleh sebab itu Western blot tidak digunakan untuk penjarangan atau skrining, tapi seperti telah disebutkan, digunakan untuk konfirmasi hasil tes Elisa (untuk memastikan).

Cara lain selain dua cara yang sering dipergunakan diatas adalah misalnya *Immuno Flurescent Assay* (IFA), aglutinasi lateks, dan dot

enzyme immo Assay (menggunakan kartu polystene, dikenal dengan cara Dipstik).

Sedangkan pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi adanya antigen HIV adalah antara lain :

a. *Pemeriksaan Antigen (P24)*

Pemeriksaan ini digunakan untuk meramalkan/memprediksi perjalanan penyakit, peningkatan antigen P24 dalam tubuh seseorang berhubungan dengan memburuknya penyakit.

b. *Cara reaksi Rantai Polimerasi (Polymerase Chain Reaction=PCR)*

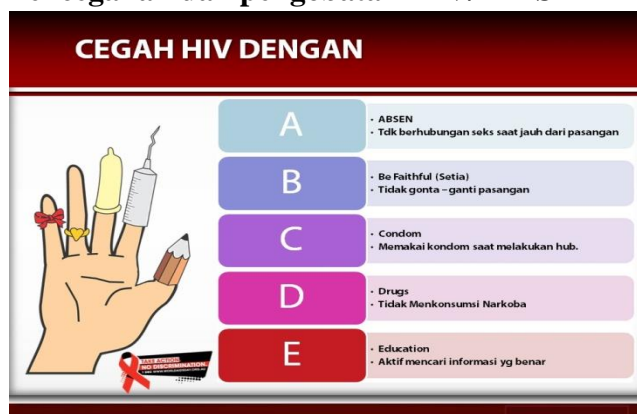
Tes cara ini hanya digunakan untuk kasus-kasus yang sulit dideteksi dengan tes antibody, misalnya bayi yang lahir dari seorang ibu pengidap HIV perlu dibuat diagnosis (penentuan penyakit) sedini mungkin supaya dapat diobati secepat mungkin. Sedangkan pemeriksaan dengan cara yang biasa digunakan (yang mendeteksi adalah zat anti/antibody HIV) akan menunjukkan hasil yang tidak tepat, karena adanya zat anti yang berasal dari ibunya. Oleh karena itu digunakan cara PCR ini

### 3. Tempat Tes HIV Dapat Dilakukan

Tes HIV dapat dilakukan pada :

- Rumah Sakit atau Laboratorium- laboratorium tertentu
- Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) yang ada di setiap Ibu Kota Propinsi.
- PMI (PALang Merah Indonesia) melakukan tes untuk Penjaringan atau skrining darah donor.

### D. Pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS





## 1. Pencegahan untuk melindungi diri dari HIV/AIDS

### a. Pencegahan penularan melalui kontak seksual

Seperti telah kita ketahui, infeksi HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual sehingga pencegahan HIV/AIDS perlu difokuskan pada masalah hubungan seksual.

Untuk itu kepada setiap orang perlu dilakukan penyuluhan agar memiliki perilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab, yaitu

- 1) Tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah
- 2) Hanya mengadakan hubungan seksual dengan pasangan sendiri, yaitu suami atau istri sendiri. Tidak mengadakan hubungan seksual diluar nikah.
- 3) Bila salah satu pasangan sudah terinfeksi HIV, maka dalam melakukan hubungan seksual harus menggunakan kondom secara benar. Dikenal dengan istilah A B C (Abstinence, Be Faithfull, Condom)
- 4) Mempertebal iman agar tidak terjerumus ke dalam hubungan-hubungan seksual diluar nikah

### b. Pencegahan penularan melalui darah

Penularan HIV melalui darah menuntut kita untuk berhati-hati dalam berbagai tindakan yang berhubungan dengan darah maupun produk darah dan plasma

#### 1) Transfusi darah

Harus dipastikan bahwa darah yang digunakan untuk transfuse tidak tercemar HIV. Perlu dianjurkan pada seseorang yang HIV(+) atau mengidap virus HIV dalam darahnya, untuk tidak menjadi donor darah. Begitu pula mereka yang berperilaku resiko tinggi, misalnya sering melakukan hubungan seks dengan berganti-ganti pasangan.

#### 2) Penggunaan produk darah dan plasma

Sama halnya dengan darah yang digunakan untuk transfuse, maka terhadap produk darah dan plasma (cairan darah) harus dipastikan tidak tercemar HIV.

3) Penggunaan alat suntik, dan alat lain yang dapat melukai kulit  
Penggunaan alat-alat seperti jarum, jarum suntik, alat cukur, alat tusuk untuk tindik, perlu memperhatikan masalah sterilisasinya. Tindakan desinfeksi dengan pemanasan atau larutan desinfektan merupakan tindakan yang sangat penting untuk dilakukan.

c. *Pencegahan penularan dari ibu kepada anak*

Seorang ibu yang terinfeksi HIV, resiko penularan terhadap janin yang dikandungnya atau bayinya cukup besar, kemungkinannya sebesar 30-40%. Resiko itu akan semakin besar bila si ibu telah terkena atau menunjukkan gejala AIDS. Oleh karena itu, bagi seorang Ibu yang sudah terinfeksi HIV dianjurkan untuk mempertimbangkan kembali tentang kehamilan. Resiko bagi bayi terinfeksi HIV melalui susu Ibu sangat kecil, sehingga tetap dianjurkan bagi si Ibu untuk tetap menyusukan bayi dengan ASI-nya.

d. *Pencegahan melalui pendidikan gaya hidup*

Banyak gaya hidup yang ditimbulkan oleh berbagai hal, misalnya karena seseorang stress sehingga melakukan gaya hidup seperti minum minuman keras, menggunakan narkotik, sering melakukan hubungan seks dengan berganti-ganti pasangan, melakukan berbagai macam kekerasan, pencurian dan kejahatan lainnya. Kesemuanya itu merupakan gaya hidup yang berbahaya. Apabila seseorang stress, kita dapat menanggulangnya dengan cara-cara yang positif, misalnya dengan mengadakan kegiatan-kegiatan yang positif/kreatif, atau keterampilan lain yang bermanfaat baik bagi dirinya maupun orang lain. Melihat kondisi-kondisi diatas, yang bisa kita lakukan untuk pencegahan penyebaran HIV adalah berperilaku yang bertanggung jawab baik bagi diri kita sendiri maupun orang lain, dan berperilaku sesuai dengan tuntunan norma dan social yang berlaku di masyarakat.

Disamping itu, menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS adalah cara lain untuk melindungi teman, keluarga, dan lingkungan dari penyebaran HIV/AIDS.

Untuk lebih jauh lagi sebenarnya masih ada yang dapat dilakukan secara pribadi untuk berpartisipasi dalam pencegahan HIV/AIDS yang dapat dilakukan secara praktis antara lain :

- Berikan informasi yang benar dan tepat yang sudah anda dapat kepada lingkungan anda sendiri. Misalnya keluarga, teman-teman main, tetangga dan lain-lain.
- Jika dalam percakapan sehari-hari anda mendengar informasi yang salah tentang AIDS, langsung diperbaiki dengan cara yang benar.

## **2. Mengurangi resiko penularan HIV/AIDS**

Dari uraian di atas, kita mengetahui bahwa ada beberapa hal penting dalam mengurangi resiko terjadinya penularan HIV/AIDS.

- a. Selalu berusaha untuk tidak berganti-ganti pasangan dalam melakukan hubungan seks (bagi suami-isteri)
- b. Selalu berusaha untuk tidak melakukan hubungan seks dengan orang yang suka berganti-ganti pasangan seksual
- c. Berusaha tidak melakukan hubungan seks, bagi yang belum menikah
- d. Selalu menghindarkan diri dari penggunaan obat-obatan terlarang ( narkotik, heroin, ganja, dan lain-lain)
- e. Menjauhkan diri dari minuman yang bisa memabukkan
- f. Sebaiknya tidak menggunakan alat-alat seperti alat suntik, alat tindik, alat tattoo, pisau cukur, atau sikat gigi bersama orang lain.
- g. Berusaha menghindarkan diri dalam menggunakan transfuse darah illegal
- h. Selalu membiasakan diri membersihkan (mensterilkan) peralatan medis dan atau non medis, khususnya yang berhubungan dengan cairan tubuh manusia.

## Lampiran 7

**DISTRIBUSI PROPORSI SUBJEK YANG MENJAWAB DENGAN BENAR DAN SALAH PADA KUESIONER PENGETAHUAN KELOMPOK INTERVENSI**

NO	PERTANYAAN	BENAR				SALAH			
		PRE-TEST		POST-TEST		PRE-TEST		POST-TEST	
		FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%
<b>A.</b>	<b>Pengertian HIV/AIDS</b>								
	HIV/AIDS merupakan .....?								
1	penyakit menular yg virusnya disebut human immunodeficiency virus	64	98%	64	98%	1	2%	1	2%
2	sekumpulan tanda dan gejala penyakit akibat hilangnya/menurunnya sistem kekebalan tubuh	60	92%	62	95%	5	8%	3	5%
3	AIDS merupakan fase terminal (Akhir) dari infeksi HIV	60	92%	61	94%	5	8%	4	6%
4	penyakit yang dapat sembuh dengan imunisasi	55	85%	58	89%	10	15%	7	11%
5	penyakit yang menyerang sel darah merah manusia	24	37%	42	65%	41	63%	23	35%
<b>B.</b>	<b>Perjalanan penyakit HIV/AIDS</b>	59	91%	60	92%	6	9%	5	8%
	Masa inkubasi atau perjalanan penyakit HIV ke AIDS adalah ....?								
6	5 hingga 10 tahun	32	49%	40	62%	33	51%	25	38%
7	1 hingga 3 tahun	47	72%	53	82%	18	28%	12	18%
<b>C.</b>	<b>Virus HIV dalam tubuh manusia</b>								
	Virus HIV yang dapat menginfeksi/menularkan melalui ?								
8	cairan sperma	64	98%	64	98%	1	2%	1	2%
9	Air mata	33	51%	40	62%	32	49%	25	38%
10	keringat	60	92%	61	94%	5	8%	4	6%
11	cairan vagina	30	46%	42	65%	35	54%	23	35%
12	urine (air kencing)	60	92%	60	92%	5	8%	5	8%
13	ASI	8	12%	18	28%	57	88%	47	72%
14	Darah	22	34%	29	45%	43	66%	36	55%
15	Air liur	42	65%	45	69%	23	35%	20	31%
16	Feses (tinja)	59	91%	60	92%	6	9%	5	8%
<b>D.</b>	<b>Gejala-gejala pada penderita HIV/AIDS adalah....</b>								
17	kelemahan tubuh yang mengganggu	55	85%	56	86%	10	15%	9	14%
18	demam 38°C dan berkeringat berlebihan di malam hari	26	40%	28	43%	39	60%	37	57%

19	kulit bercak-bercak putih bersisik	43	66%	43	66%	22	34%	22	34%
20	diare berkepanjangan lebih dari 1 bulan	56	86%	58	89%	9	14%	7	11%
21	flu tidak kunjung sembuh	28	43%	31	48%	37	57%	34	52%
22	pembesaran kelenjar pankreas	38	58%	40	62%	27	42%	25	38%
<b>E.</b>	<b>Cara penularan HIV/AIDS</b>								
	HIV/AIDS dapat menular melalui...?								
23	Hubungan seksual yang tidak aman	60	92%	60	92%	5	8%	5	8%
24	bersenggolan dengan pengidap HIV	45	69%	47	72%	20	31%	18	28%
25	transfusi darah	46	71%	47	72%	19	29%	18	28%
26	gigitan serangga (nyamuk)	24	37%	27	42%	41	63%	38	58%
27	transplantasi organ atau jaringan	60	92%	60	92%	5	8%	5	8%
28	dari ibu hamil kepada janin yang dikandungnya	44	68%	45	69%	21	32%	20	31%
29	melalui Alat/jarum suntik ataulat tusuk lainnya (akupuntur, tindik, tato) yang tidak steril	39	60%	41	63%	26	40%	24	37%
30	menggunakan WC bersama penderita	40	62%	48	74%	25	38%	17	26%
<b>F.</b>	<b>Cara-cara pencegahan HIV/AIDS</b>								
	untuk mencegah tertular HIV/AIDS dapat dilakukan....?								
31	menghindari bersentuhan serta berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS	35	54%	42	65%	30	46%	23	35%
32	tidak melakukan seks bebas	63	97%	63	97%	2	3%	2	3%
33	menghindari gigitan serangga atau nyamuk	61	94%	61	94%	4	6%	4	6%
34	tidak menggunakan narkoba suntik	52	80%	53	82%	13	20%	12	18%
35	bila berhubungan sex yang beresiko pakai kondom	65	100%	65	100%	0	0%	0	0%
36	setia pada satu pasangan saja (monogami)	65	100%	65	100%	0	0%	0	0%
37	tidak berenang di kolam renang umum	39	60%	44	68%	26	40%	21	32%
38	tidak menjenguk penderita HIV/AIDS	53	82%	54	83%	12	18%	11	17%
39	tidak menggunakan alat tindik, alat tattoo, pisau cukur, atau sikat gigi bersama orang lain	62	95%	63	97%	3	5%	2	3%
40	mensterilkan peralatan medis/non medis, khususnya yang berhubungan dengan cairan tubuh manusia.	64	98%	65	100%	1	2%	0	0%

**DISTRIBUSI PROPORSI SUBJEK YANG MENJAWAB DENGAN BENAR DAN SALAH PADA KUESIONER PENGETAHUAN KELOMPOK KONTROL**

NO	PERTANYAAN	BENAR				SALAH			
		PRE-TEST		POST-TEST		PRE-TEST		POST-TEST	
		FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%
<b>A.</b>	<b>Pengertian HIV/AIDS</b>								
	HIV/AIDS merupakan .....?								
1	penyakit menular yg virusnya disebut human immunodeficiency virus	62	95%	61	94%	3	5%	4	6%
2	sekumpulan tanda dan gejala penyakit akibat hilangnya/menurunnya sistem kekebalan tubuh	55	85%	55	85%	10	15%	10	15%
3	AIDS merupakan fase terminal (Akhir) dari infeksi HIV	58	89%	58	89%	7	11%	7	11%
4	penyakit yang dapat sembuh dengan imunisasi	46	71%	46	71%	19	29%	19	29%
5	penyakit yang menyerang sel darah merah manusia	24	37%	24	37%	41	63%	41	63%
<b>B.</b>	<b>Perjalanan penyakit HIV/AIDS</b>	53	82%	59	91%	12	18%	6	9%
	Masa inkubasi atau perjalanan penyakit HIV ke AIDS adalah ....?								
6	5 hingga 10 tahun	38	58%	21	32%	27	42%	44	68%
7	1 hingga 3 tahun	34	52%	21	32%	31	48%	44	68%
<b>C.</b>	<b>Virus HIV dalam tubuh manusia</b>								
	Virus HIV yang dapat menginfeksi/menularkan melalui ?								
8	cairan sperma	58	89%	41	63%	7	11%	24	37%
9	Air mata	29	45%	62	95%	36	55%	3	5%
10	keringat	56	86%	33	51%	9	14%	32	49%
11	cairan vagina	26	40%	28	43%	39	60%	37	57%
12	urine (air kencing)	58	89%	60	92%	7	11%	5	8%
13	darah	25	38%	60	92%	40	62%	5	8%
14	ASI	31	48%	8	12%	34	52%	57	88%
15	Air liur	37	57%	22	34%	28	43%	43	66%
16	Feses (tinja)	56	86%	56	86%	9	14%	9	14%
<b>D.</b>	<b>Gejala-gejala pada penderita HIV/AIDS adalah....</b>								
17	kelemahan tubuh yang mengganggu	50	77%	50	77%	15	23%	15	23%

18	demam 38°C dan berkeringat berlebihan di malam hari	10	15%	10	15%	55	85%	55	85%
19	kulit bercak-bercak putih bersisik	45	69%	48	74%	20	31%	17	26%
20	diare berkepanjangan lebih dari 1 bulan	49	75%	42	65%	16	25%	23	35%
21	flu tidak kunjung sembuh	21	32%	48	74%	44	68%	17	26%
22	pembesaran kelenjar pankreas	33	51%	23	35%	32	49%	42	65%
<b>E. Cara penularan HIV/AIDS</b>									
	HIV/AIDS dapat menular melalui....?								
23	Hubungan seksual yang tidak aman	49	75%	36	55%	16	25%	29	45%
24	bersenggolan dengan pengidap HIV	41	63%	45	69%	24	37%	20	31%
25	transfusi darah	37	57%	39	60%	28	43%	26	40%
26	gigitan serangga (nyamuk)	27	42%	44	68%	38	58%	21	32%
27	transplantasi organ atau jaringan	54	83%	23	35%	11	17%	42	65%
28	dari ibu hamil kepada janin yang dikandungnya	38	58%	51	78%	27	42%	14	22%
29	melalui Alat/jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupunktur, tindik, tato) yang tidak steril	35	54%	42	65%	30	46%	23	35%
30	menggunakan WC bersama penderita	46	71%	37	57%	19	29%	28	43%
<b>F. Cara-cara pencegahan HIV/AIDS</b>									
	untuk mencegah tertular HIV/AIDS dapat dilakukan....?								
31	menghindari bersentuhan serta berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS	36	55%	38	58%	29	45%	27	42%
32	tidak melakukan seks bebas	36	55%	32	49%	29	45%	33	51%
33	menghindari gigitan serangga atau nyamuk	49	75%	60	92%	16	25%	5	8%
34	tidak menggunakan narkoba suntik	54	83%	58	89%	11	17%	7	11%
35	bila berhubungan sex yang beresiko pakai kondom	50	77%	49	75%	15	23%	16	25%
36	setia pada satu pasangan saja (monogami)	54	83%	60	92%	11	17%	5	8%
37	tidak berenang di kolam renang umum	35	54%	35	54%	30	46%	30	46%
38	tidak menjenguk penderita HIV/AIDS	44	68%	47	72%	21	32%	18	28%
39	tidak menggunakan alat tindik, alat tattoo, pisau cukur, atau sikat gigi bersama orang lain	51	78%	56	86%	14	22%	9	14%
40	mensterilkan peralatan medis/non medis, khususnya yang berhubungan dengan cairan tubuh	53	82%	48	74%	12	18%	17	26%

**DISTRIBUSI PROPORSI JAWABAN SUBJEK PADA KUESIONER SIKAP PRETES  
dan POSTES KELOMPOK KASUS**

NO	PERNYATAAN	SS				S				TS				STS			
		PRE-TEST		POST-TEST1		PRE-TEST		POST-TEST1		PRE-TEST		POST-TEST		PRE-TEST		POST-TEST	
		FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%
1	masalah HIV/AIDS perlu diketahui oleh seluruh masyarakat termasuk para mahasiswa(favorable)	58	89%	59	91%	7	11%	6	9%	0	-	0	-	0	-	0	-
2	HIV/AIDS merupakan penyakit masyarakat sehingga perlu mendapat perhatian (Favorable)	44	68%	45	69%	20	31%	20	31%	1	2%	0	-	0	-	0	-
3	remaja boleh saja melakukan hubungan seksual sebelum menikah karena tidak akan tertular HIV/AIDS (unfavorable)	0	-	0	-	0	-	0	-	14	22%	14	22%	51	78%	51	78%
4	masalah HIV/AIDS adalah tanggung jawab kita semua (favorable)	23	35%	26	40%	34	52%	34	52%	7	11%	4	6%	1	2%	0	-
5	orang yang telah terinfeksi HIV/AIDS perlu mendapat perhatian khusus dari pemerintah (favorable)	36	55%	36	55%	29	45%	29	45%	0	-	0	-	0	-	0	-
6	HIV/AIDS dapat dicegah sehingga tidak perlu takut&cemas (favorable)	15	23%	15	23%	26	40%	34	52%	19	29%	16	25%	5	8%	0	-
7	lembaga pendidikan perlu menyiapkan tenaga khusus yg terlatih untuk memberikan konseling bagi mahasiswa dari kelompok teman sebaya (Favorable)	32	49%	32	49%	33	51%	33	51%	0	-	0	-	0	-	0	-
8	saya hanya akan memakai jarum yang baru dan steril untuk tindik, tatto, dan suntik untuk menghindari penularan HIV/AIDS (favorable)	26	40%	26	40%	32	49%	35	54%	5	8%	4	6%	2	3%	0	-
9	bercakap-cakap dengan seorang penderita HIV/AIDS dapat tertular (unfavorable)	4	6%	0	-	13	20%	12	18%	31	48%	28	43%	17	26%	25	38%
10	sebaiknya kita menghindari berteman dengan orang yang terinfeksi virus HIV/AIDS (Unfavorable)	7	11%	0	-	10	15%	12	18%	24	37%	28	43%	24	37%	25	38%
11	bersikap wajar saat berkomunikasi dengan pengidap virus HIV/AIDS (favorable)	15	23%	14	22%	26	40%	44	68%	19	29%	2	3%	5	8%	0	-
12	remaja tidak perlu mendapat pendidikan seksual dan reproduksi dari orang tua (unfavorable)	2	3%	0	-	10	15%	10	15%	31	48%	34	52%	21	32%	21	32%
13	masalah atau bahaya HIV/AIDS merupakan ancaman bagi	33	51%	32	49%	29	45%	30	46%	3	5%	3	5%	0	-	0	-



	kelangsungan hidup manusia (favorable)																
14	Anda perlu menghindari berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS (unfavorable)	4	6%	0	-	19	29%	11	17%	26	40%	36	58%	16	25%	16	25%
15	agar tidak tertular HIV/AIDS maka perlu menghindarkan diri dari perilaku beresiko seperti seks bebas, narkoba, penggunaan jarum suntik yang tidak steril (favorable)	52	80%	51	78%	7	11%	13	20%	1	2%	1	2%	4	6%	0	-
16	anda menegur apabila teman anda berkunjung ke tempat-tempat pelacur/pekerja seks komersial (favorable)	6	9%	0	-	17	26%	14	22%	37	57%	44	68%	5	8%	7	11%
17	sebagai seorang mahasiswa keperawatan anda mempunyai peranan penting dalam memberikan informasi tentang HIV/AIDS kepada teman, keluarga maupun masyarakat (favorable)	42	65%	42	65%	22	34%	23	35%	1	2%	0	;-	0	-	0	-
18	Bagi anda perlakuan terhadap pengidap HIV/AIDS secara manusiawi dan bijaksana merupakan tindakan yang wajar (favorable)	16	25%	19	29%	40	62%	41	63%	0	-	5	5%	0	-	0	-
19	penderita HIV/AIDS tidak perlu diobati karena merupakan penyakit kutukan Tuhan (unfavorable)	2	3%	0	-	3	5%	3	5%	25	38%	27	42%	35	54%	35	54%
20	penggunaan jarum suntik secara bersama-sama seharusnya dihindari (favorable)	5	8%	13	20%	3	5%	38	58%	16	25%	14	22%	41	63%	0	-
21	Wanita dan pria belum menikah sebaiknya tidak melakukan hubungan seks (favorable)	46	71%	46	71%	13	20%	16	25%	2	3%	3	5%	4	6%	0	-
22	menghindari tertularnya HIV/AIDS sebaiknya melakukan hubungan seks lewat oral dan anal (unfavorable)	4	6%	0	-	8	12%	9	14%	28	43%	34	52%	25	38%	23	35%
23	guru tidak perlu memberikan pendidikan seksual pada mahasiswa remaja (unfavorable)	5	8%	0	-	3	5%	4	6%	34	52%	37	57%	23	35%	24	37%

**DISTRIBUSI PROPORSI JAWABAN SUBJEK PADA KUESIONER SIKAP PRETES-  
POSTES KELOMPOK KONTROL**

NO	PERNYATAAN	SS				S				TS				STS			
		PRE-TEST		POST-TEST1		PRE-TEST		POST-TEST1		PRE-TEST		POST-TEST		PRE-TEST		POST-TEST	
		FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%	FREK.	%
1	masalah HIV/AIDS perlu diketahui oleh seluruh masyarakat termasuk para mahasiswa(favorable)	33	51%	32	49%	28	43%	29	45%	1	2%	1	2%	2	3%	3	5%
2	HIV/AIDS merupakan penyakit masyarakat sehingga perlu mendapat perhatian (Favorable)	24	37%	22	34%	37	57%	39	60%	0	-	0	-	4	6%	3	5%
3	remaja boleh saja melakukan hubungan seksual sebelum menikah karena tidak akan tertular HIV/AIDS (unfavorable)	6	9%	6	9%	22	34%	21	32%	7	11%	10	15%	30	46%	28	43%
4	masalah HIV/AIDS adalah tanggung jawab kita semua (favorable)	14	22%	12	18%	40	62%	43	66%	6	9%	5	8%	5	8%	5	8%
5	orang yang telah terinfeksi HIV/AIDS perlu mendapat perhatian khusus dari pemerintah (favorable)	21	32%	19	29%	33	51%	36	55%	11	17%	10	15%	0	-	0	-
6	HIV/AIDS dapat dicegah sehingga tidak perlu takut&cemas (favorable)	13	20%	11	17%	25	38%	28	43%	15	23%	14	22%	12	18%	12	18%
7	lembaga pendidikan perlu menyiapkan tenaga khusus yg terlatih untuk memberikan konseling bagi mahasiswa dari kelompok teman sebaya (Favorable)	21	32%	19	29%	32	49%	34	52%	10	15%	10	15%	2	3%	2	3%
8	saya hanya akan memakai jarum yang baru dan steril untuk tindik, tatto, dan suntik untuk menghindari penularan HIV/AIDS (favorable)	13	20%	12	18%	39	60%	40	62%	9	14%	11	17%	4	6%	2	3%
9	bercakap-cakap dengan seorang penderita HIV/AIDS dapat tertular (unfavorable)	2	3%	2	3%	18	28%	18	28%	23	35%	25	38%	22	34%	20	31%
10	sebaiknya kita menghindari berteman dengan orang yang terinfeksi virus HIV/AIDS (favorable)	8	12%	6	9%	22	34%	23	35%	17	26%	20	31%	18	28%	16	25%
11	bersikap wajar saat berkomunikasi dengan pengidap virus HIV/AIDS (favorable)	5	8%	5	8%	47	72%	47	72%	11	17%	11	17%	2	3%	2	3%
12	remaja tidak perlu mendapat pendidikan seksual dan reproduksi dari orang tua (favorable)	4	6%	4	6%	21	32%	21	32%	22	34%	21	32%	18	28%	19	29%
13	masalah atau bahaya HIV/AIDS merupakan ancaman bagi	20	31%	19	29%	34	52%	34	52%	7	11%	9	14%	4	6%	3	5%

	kelangsungan hidup manusia (unfavorable)																
14	Anda perlu menghindari berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS (favorable)	8	12%	8	12%	19	29%	18	28%	26	40%	26	40%	12	18%	12	18%
15	agar tidak tertular HIV/AIDS maka perlu menghindarkan diri dari perilaku beresiko seperti seks bebas, narkoba, penggunaan jarum suntik yang tidak steril (favorable)	30	46%	30	46%	23	35%	20	31%	9	14%	12	18%	3	5%	3	5%
16	anda menolak apabila teman anda berkunjung ke tempat-tempat pelacur/pekerja seks komersial (favorable)	2	3%	2	3%	31	48%	31	48%	24	37%	24	37%	8	12%	8	12%
17	sebagai seorang mahasiswa keperawatan anda mempunyai peranan penting dalam memberikan informasi tentang HIV/AIDS kepada teman, keluarga maupun masyarakat (favorable)	22	34%	22	34%	37	57%	37	57%	5	8%	5	8%	0	-	1	2%
18	Bagi anda perlakuan terhadap pengidap HIV/AIDS secara manusiawi dan bijaksana merupakan tindakan yang wajar (favorable)	7	11%	6	9%	39	60%	40	62%	14	22%	16	25%	22	3%	3	5%
19	penderita HIV/AIDS tidak perlu diobati karena merupakan penyakit kutukan Tuhan (unfavorable)	4	6%	4	6%	23	35%	23	35%	22	34%	23	35%	16	25%	15	23%
20	penggunaan jarum suntik secara bersama-sama seharusnya dihindari (favorable)	4	6%	3	5%	10	15%	10	15%	29	45%	29	45%	22	34%	23	35%
21	Wanita dan pria belum menikah sebaiknya tidak melakukan hubungan seks (favorable)	24	37%	23	35%	28	43%	29	45%	8	12%	8	12%	5	8%	5	8%
22	menghindari tertularnya HIV/AIDS sebaiknya melakukan hubungan seks lewat oral dan anal (unfavorable)	3	5%	3	5%	18	28%	19	29%	24	37%	24	37%	16	25%	19	29%
23	guru tidak perlu memberikan pendidikan seksual pada mahasiswa remaja (unfavorable)	7	11%	7	11%	18	28%	18	28%	24	37%	25	38%	16	25%	15	23%

Lampiran 8

**1. Hasil Uji normalitas variabel pengetahuan dan sikap**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		penget_pre_kas us
N		65
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	28.88
	Std. Deviation	4.797
	Absolute	.098
Most Extreme Differences	Positive	.098
	Negative	-.057
Kolmogorov-Smirnov Z		.793
Asymp. Sig. (2-tailed)		.556

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Lampiran Uji normalitas variabel sikap

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		penget_pre_kas us
N		65
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	28.88
	Std. Deviation	4.797
	Absolute	.098
Most Extreme Differences	Positive	.098
	Negative	-.057
Kolmogorov-Smirnov Z		.793
Asymp. Sig. (2-tailed)		.556

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Sikap_pretes
N		130
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	74.74
	Std. Deviation	7.704
	Absolute	.072
Most Extreme Differences	Positive	.062
	Negative	-.072
Kolmogorov-Smirnov Z		.817
Asymp. Sig. (2-tailed)		.517

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

2. Lampiran hasil independent t-test variabel pengetahuan pre test dan post test

**Group Statistics**

	klp_pretes	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
penget_pretes	klp kasus	65	28.88	4.797	.595
	klp kontrol	65	26.26	5.877	.729

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
penget_pretes	Equal variances assumed	3.680	.057	2.779	128	.006	2.615	.941	.753	4.477
	Equal variances not assumed			2.779	123.066	.006	2.615	.941	.753	4.478

**Group Statistics**

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Penget_posttest	klp kasus	65	31.52	4.416	.548
	klp kontrol	65	26.42	4.187	.519

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Penget_posttest	Equal variances assumed	.012	.913	6.767	128	.000	5.108	.755	3.614	6.601
	Equal variances not assumed			6.767	127.637	.000	5.108	.755	3.614	6.601

### 3. Independent t-test sikap pada kelompok perlakuan dan kontrol *pre test*, *post test 1* dan *post test 2*

**Group Statistics**

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sikap_pretes	klp kasus	65	73.88	6.089	.755
	klp kontrol	65	75.60	9.003	1.117
Sikap_posttes1	klp kasus	65	77.43	5.660	.702
	klp kontrol	65	75.26	8.534	1.058
Sikap_Posttest2	klp kasus	65	78.05	5.395	.669
	klp kontrol	65	75.03	8.286	1.028

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Sikap_pretes	Equal variances assumed	19.124	.000	-1.278	128	.204	-1.723	1.348	-4.391	.944
	Equal variances not assumed			-1.278	112.420	.204	-1.723	1.348	-4.394	.948
Sikap_posttes1	Equal variances assumed	19.203	.000	1.708	128	.090	2.169	1.270	-.344	4.682
	Equal variances not assumed			1.708	111.174	.090	2.169	1.270	-.347	4.686
Sikap_Posttest2	Equal variances assumed	22.055	.000	2.459	128	.015	3.015	1.226	.589	5.442
	Equal variances not assumed			2.459	109.999	.016	3.015	1.226	.585	5.446

**4. Lampiran hasil *paired t-test* variabel pengetahuan *pre test* dan *post test* (*uji t berpasangan*)**

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	penget_post_kasus	31.52	65	4.416	.548
	penget_pre_kasus	28.88	65	4.797	.595
Pair 2	penget_post1_kontrol	26.42	65	4.187	.519
	penget_pre_kontrol	26.26	65	5.877	.729

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	penget_post_kasus & penget_pre_kasus	65	.804	.000
Pair 2	penget_post1_kontrol & penget_pre_kontrol	65	-.045	.721

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	penget_post_kasus - penget_pre_kasus	2.646	2.907	.361	1.926	3.366	7.339	64	.000
Pair 2	penget_post1_kontrol - penget_pre_kontrol	.154	7.368	.914	-1.672	1.980	.168	64	.867

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	penget_pre_kasus	28.88	65	4.797	.595
	penget_post_kasus	31.52	65	4.416	.548
Pair 2	penget_pre_kontrol	26.26	65	5.877	.729
	penget_post1_kontrol	26.42	65	4.187	.519

**5. Lampiran hasil *paired t-test* sikap (Uji t berpasangan)**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sikap_post1_kasus	77.43	65	5.660	.702
	sikap_pre_kasus	73.88	65	6.089	.755
Pair 2	sikap_post2_kasus	78.05	65	5.395	.669
	sikap_pre_kasus	73.88	65	6.089	.755
Pair 3	sikap_post2_kasus	78.05	65	5.395	.669
	sikap_post1_kasus	77.43	65	5.660	.702
Pair 4	sikap_post1_kontrol	75.26	65	8.534	1.058
	sikap_pre_kontrol	75.60	65	9.003	1.117
Pair 5	sikap_post2_kontrol	75.03	65	8.286	1.028
	sikap_pre_kontrol	75.60	65	9.003	1.117
Pair 6	sikap_post2_kontrol	75.03	65	8.286	1.028
	sikap_post1_kontrol	75.26	65	8.534	1.058



## Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sikap_post1_kasus & sikap_pre_kasus	65	.886	.000
Pair 2	sikap_post2_kasus & sikap_pre_kasus	65	.879	.000
Pair 3	sikap_post2_kasus & sikap_post1_kasus	65	.968	.000
Pair 4	sikap_post1_kontrol & sikap_pre_kontrol	65	.969	.000
Pair 5	sikap_post2_kontrol & sikap_pre_kontrol	65	.951	.000
Pair 6	sikap_post2_kontrol & sikap_post1_kontrol	65	.949	.000

## Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	sikap_post1_kasus - sikap_pre_kasus	3.554	2.834	.352	2.852	4.256	10.110	64	.000
Pair 2	sikap_post2_kasus - sikap_pre_kasus	4.169	2.908	.361	3.449	4.890	11.560	64	.000
Pair 3	sikap_post2_kasus - sikap_post1_kasus	.615	1.433	.178	.260	.970	3.463	64	.001
Pair 4	sikap_post1_kontrol - sikap_pre_kontrol	-.338	2.245	.278	-.895	.218	-1.215	64	.229
Pair 5	sikap_post2_kontrol - sikap_pre_kontrol	-.569	2.800	.347	-1.263	.125	-1.639	64	.106
Pair 6	sikap_post2_kontrol - sikap_post1_kontrol	-.231	2.691	.334	-.898	.436	-.691	64	.492

**6. Hasil *independent t-test* perbedaan *pre tes-post test* variabel pengetahuan kelompok kasus dan kontrol**

**Group Statistics**

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
peningkatan_pengetahuan	klp kasus	65	2.63	2.919	.362
	klp kontrol	65	.11	7.378	.915

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
peningkatan_pengetahuan	Equal variances assumed	33.716	.000	2.564	128	.012	2.523	.984	.576	4.470
	Equal variances not assumed			2.564	83.548	.012	2.523	.984	.566	4.480

**7. Hasil independent t-test perbedaan pre tes-post test 1-post test 2 variabel sikap kelompok kasus dan kontrol**

**Group Statistics**

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sikap_post1_pre	klp kasus	65	3.55	2.834	.352
	klp kontrol	65	-.34	2.245	.278
sikap_post2_pre	klp kasus	65	4.17	2.908	.361
	klp kontrol	65	-.57	2.800	.347
sikap_post2_post1	klp kasus	65	.62	1.433	.178
	klp kontrol	65	-.23	2.691	.334

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
sikap_post1_pre	Equal variances assumed	12.468	.001	8.679	128	.000	3.892	.448	3.005	4.780
	Equal variances not assumed			8.679	121.627	.000	3.892	.448	3.005	4.780
sikap_post2_pre	Equal variances assumed	5.494	.021	9.463	128	.000	4.738	.501	3.748	5.729
	Equal variances not assumed			9.463	127.819	.000	4.738	.501	3.748	5.729
sikap_post2_post1	Equal variances assumed	.864	.354	2.238	128	.027	.846	.378	.098	1.594
	Equal variances not assumed			2.238	97.582	.028	.846	.378	.096	1.597