



**PENGARUH *ACTION LEARNING* TERHADAP PENGETAHUAN  
DAN SIKAP REMAJA TENTANG HIV/AIDS DAN KLINIK  
*VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)*  
DI SMK PERIKANAN DAN KELAUTAN  
PUGER KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh  
**Mahendra Pandu Negara**  
**NIM 082310101032**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2013**



**PENGARUH *ACTION LEARNING* TERHADAP PENGETAHUAN  
DAN SIKAP REMAJA TENTANG HIV/AIDS DAN KLINIK  
*VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)*  
DI SMK PERIKANAN DAN KELAUTAN  
PUGER KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)

oleh  
**Mahendra Pandu Negara**  
**NIM 082310101032**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2013**

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Mahendra Pandu Negara

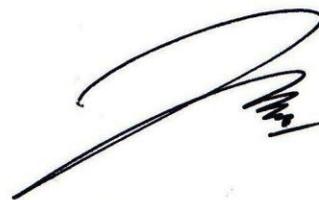
NIM : 082310101032

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh *Action Learning* Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa karya ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 25 September 2013

Yang menyatakan,



Mahendra Pandu Negara  
NIM 082310101032

## **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahku Muji Kuswarsidi dan Ibuku Netty Haryati tercinta serta adik-adikku Mahendra Yuda Batara dan Mahendri Deayu Putri;
2. Guru di TK Dharmawanita, SDN Patokan 3 Situbondo, SDN Patrang 1 Jember, SMPK Santo Petrus Jember, SMAN 2 Jember, dan seluruh dosen, staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

## MOTO

Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.  
(terjemahan Surat *Al Insyirah* 5-8)<sup>1</sup>

Jika anda dapat memikirkan apa yang anda inginkan di dalam benak, dan menjadikannya pikiran yang domain, maka anda akan mendatangkan keinginan itu ke dalam hidup anda.  
(Bob Proctor)<sup>2</sup>

Kebanggaan kita yang terbesar adalah bukan tidak pernah gagal, tetapi bangkit kembali setiap kali kita jatuh.  
(Confusius)

---

<sup>1</sup>) Departemen Agama Republik Indonesia. 2007. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: Penerbit CV Toha Putra.

<sup>2</sup>) Bob Proctor dalam Rhonda Byrne. 2007. *The Secret*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

**SKRIPSI**

**PENGARUH *ACTION LEARNING* TERHADAP PENGETAHUAN  
DAN SIKAP REMAJA TENTANG HIV/AIDS DAN KLINIK  
*VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)*  
DI SMK PERIKANAN DAN KELAUTAN  
PUGER KABUPATEN JEMBER**

oleh  
Mahendra Pandu Negara  
NIM 082310101032

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Dodi Wijaya, M.Kep.

## PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Pengaruh *Action Learning* Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Rabu

tanggal : 25 September 2013

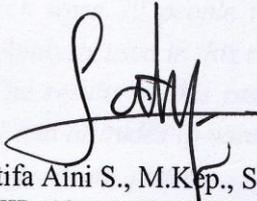
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji  
Ketua,



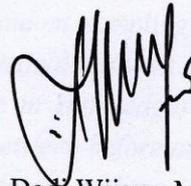
Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep.  
NIP. 19800112 200912 2 002

Anggota I,



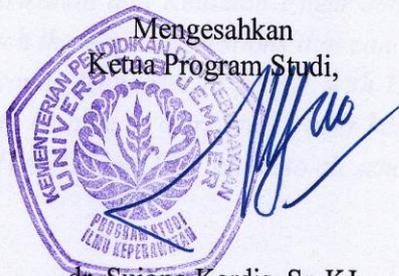
Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kep.Kom.  
NIP. 19710926 200912 2 001

Anggota II,



Ns. Dodi Wijaya, M.Kep.  
NIP. 19820622 201012 1 002

Mengesahkan  
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001

Pengaruh *Action Learning* Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember. (*The Effect of Action Learning on Knowledge and Attitudes of Adolescents about HIV/AIDS and Voluntary Counseling and Testing (VCT) Clinic in SMK Perikanan dan Kelautan Puger Jember Regency*).

**Mahendra Pandu Negara**

*Nursing Science Study Program, Jember University*

### **ABSTRACT**

*HIV is a retrovirus that infects and destroys or impairs the function of the immune system cells while the AIDS is a group of symptoms caused by HIV. AIDS was first discovered in 1981 and then developed rapidly and have a global impact. The targets of the Millennium Development Goals (MDG 's) is that new cases start to decline in the year 2015 for the age group 15-24 years and having correct and comprehensive knowledge of HIV/AIDS by 95%. One of prevention measures and early detection to determine the status of a person whether is infected with HIV or not is through a voluntary counseling and testing of HIV/AIDS. This research purpose was to analyze the effect of action learning on knowledge and attitudes of adolescents about HIV/AIDS and VCT Clinic. The research was pre experimental research using one group pretest and posttest approache. Samples in this research were 29 people taken with a multistage random sampling technique. Data Analysis used in this research was Wilcoxon statistical test with alpha ( $\alpha$ ) of 5%. The results of this research showed a difference in knowledges ( $p$  value : 0.020) and attitudes ( $p$  value : 0.014) of adolescents between before and after the action learning process. The conclusion of this research is there is effects of action learning on knowledge and attitudes of adolescents about HIV/AIDS and VCT Clinic at SMK Perikanan dan Kelautan Puger Jember Regency. Based on the results of the research there are suggestions that can be implemented in order to raise awareness of young teenagers to people with HIV/AIDS through moral support, for schools is to be able to work with Puger health centers in providing health educations on HIV/AIDS and VCT clinic to all school community.*

**Key words:** knowledge and attitudes of adolescents, HIV/AIDS and VCT.

## RINGKASAN

**Pengaruh *Action Learning* terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember:** Mahendra Pandu Negara. 082310101032: 2013: 132 halaman: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

HIV merupakan retrovirus yang menginfeksi dan menghancurkan atau merusak fungsi sel-sel pada sistem kekebalan tubuh (WHO, 2012). AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh HIV. Penderita infeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS apabila menunjukkan gejala atau penyakit sebagai akibat dari penurunan daya tahan tubuh (Depkes RI, 2006). Pada tahun 2011 diperkirakan ada sekitar 2,5 juta orang baru yang terinfeksi HIV dan ada sekitar 1,7 juta orang dengan AIDS yang meninggal (UNAIDS, 2012). Kemenkes RI (2013) menyebutkan bahwa kelompok usia dengan kasus AIDS tertinggi adalah kelompok usia 20-29 tahun (35,2%). Ini berarti apabila sejak terinfeksi sampai masuk kondisi AIDS lamanya 5 tahun, maka usia terendah pada saat terinfeksi HIV adalah 15-24 tahun (Depkes RI, 2012). Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menetapkan usia 15-24 tahun sebagai usia pemuda (*youth*) (Sarwono, 2011).

Pengendalian penularan HIV/AIDS dapat dilakukan melalui upaya mengetahui status HIV/AIDS sedini mungkin. (KPA, 2011). Upaya pencegahan dan deteksi dini untuk mengetahui status seseorang sudah terinfeksi HIV atau belum yaitu melalui konseling dan testing HIV/AIDS sukarela yang lebih dikenal dengan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) (Kepmenkes RI, 2005). Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember. Jenis penelitian ini adalah penelitian *pra eksperimen* dengan rancangan *one group pretest and posttest*

*design*. Populasi dalam penelitian ini adalah 146 siswa sedangkan sampel pada penelitian ini berjumlah 29 orang dengan teknik pengambilan sampel yaitu *multistage random sampling*. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik *Wilcoxon* dengan alpha ( $\alpha$ ) 5%.

Hasil penelitian sebelum dilakukan *action learning* diperoleh data sebanyak 55,2% memiliki pengetahuan kurang dan sebanyak 44,8% memiliki pengetahuan baik tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT, sedangkan sebanyak 55,2% yang memiliki sikap negatif dan sebanyak 44,8% memiliki sikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Hasil penelitian setelah dilakukan *action learning* menunjukkan sebanyak 31% memiliki pengetahuan kurang dan sebanyak 69% responden memiliki pengetahuan baik tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT, sedangkan sebanyak 34,5% yang memiliki sikap negatif dan sebanyak 65,5% responden yang memiliki sikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa *p value* variabel pengetahuan adalah 0,020 dan *p value* variabel sikap adalah 0,014. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbedaan pada pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT, dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT antara sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*. Kesimpulan penelitian ini adalah ada pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Berdasarkan hasil penelitian saran yang dapat diterapkan adalah bagi remaja agar meningkatkan kepedulian remaja terhadap ODHA melalui dukungan moral, bagi sekolah agar mampu bekerjasama dengan Puskesmas Puger dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT kepada seluruh warga sekolah, bagi tenaga kesehatan agar meningkatkan upaya pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan menggunakan model, metode, dan media yang berbeda dan lebih menarik.

## PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Pengaruh *Action Learning* Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember”. Penulis menyampaikan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, terutama kepada:

1. dr. Sujono Kardis, Sp.KJ, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kep.Kom., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Dodi Wijaya, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan motivasi, bimbingan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep., selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Kepala Sekolah dan guru SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember yang telah memberikan ijin dalam melakukan penelitian serta taruna-taruni SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember yang telah bekerjasama dengan baik;
5. seluruh dosen, staf, karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan dukungan selama pengerjaan proposal ini;
6. teman-teman PSIK angkatan 2008: Resti, Dince, Tunjung, Meme, Novan, Mellyta, Wahyu, Ervina, Annisa, Bagus, Riezky, Fajrin, Pipit, Galib, Jumuatul, Ayu, Yerry, Alvid, Eka, Roni, Ardini, Devy, Ferry, Novi, Rahma, Sisil, Khoirul, Elsa, Pandu, Imelda, Tia, Kicha, Anis, Vanti, Intan, Ririn, Mifta, Mili, Indrya, Putri, Asti, Laili, Nuril, Dian A, Dian Tri, Rizka O, Rina, Tito, Silva, Dewi, Monica, Rio, Ahdya, Septian, Yuyun, Amri, Ditha, Josi, Ika Kimas, Dwi Indah, Iman, Rizka A, Rendi, Alfian, Agung, Salman, Wahyi,

Rismawan, Tutut, Tony, Etis, dan Faisol atas segala cerita indah, sedih maupun duka yang telah kita lalui bersama;

7. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan bagi kita semua.

Jember, 25 September 2013

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	v
<b>LEMBAR PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	ix
<b>PRAKATA</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	13
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	14
1.3.1 Tujuan Umum .....	14
1.3.2 Tujuan Khusus .....	14
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	15
1.4.1 Manfaat Bagi Remaja .....	15
1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti .....	15
1.4.3 Manfaat Bagi Sekolah/Lembaga/Instansi Terkait .....	16
1.4.4 Manfaat Bagi Profesi Keperawatan Komunitas .....	16
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	17

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	19
<b>2.1 Konsep HIV/AIDS</b> .....	19
2.1.1 Pengertian HIV/AIDS .....	19
2.1.2 Patofisiologi .....	20
2.1.3 Fase HIV/AIDS .....	21
2.1.4 Tanda dan Gejala .....	22
2.1.5 Penularan HIV/AIDS .....	23
2.1.6 Pencegahan .....	25
<b>2.2 Klinik <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)</b> .....	27
2.2.1 Pengertian VCT .....	27
2.2.2 Prinsip Pelayanan VCT .....	28
2.2.3 Model Layanan VCT .....	29
2.2.4 Struktur Organisasi Pelayanan VCT .....	30
2.2.5 Tahapan Pelayanan VCT .....	32
<b>2.3 Remaja</b> .....	36
2.3.1 Pengertian Remaja .....	36
2.3.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja .....	39
<b>2.4 Konsep Pengetahuan</b> .....	44
<b>2.5 Konsep Sikap</b> .....	47
<b>2.6 Konsep Pembelajaran Aktif dengan <i>Action Learning</i></b> .....	51
2.6.1 Model-Model Pembelajaran .....	51
2.6.2 Syarat-Syarat Belajar Aktif .....	55
2.6.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Belajar .....	56
2.6.4 <i>Action Learning</i> .....	59
<b>2.7 Peran Perawat Komunitas</b> .....	62
<b>2.8 Kerangka Teori</b> .....	64
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP</b> .....	66
<b>3.1 Kerangka Konsep</b> .....	66
<b>3.2 Hipotesis Penelitian</b> .....	67
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN</b> .....	68
<b>4.1 Desain Penelitian</b> .....	68

<b>4.2 Populasi dan Sampel</b> .....	69
4.2.1 Populasi Penelitian .....	69
4.2.2 Sampel Penelitian .....	70
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	70
4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian .....	72
<b>4.3 Tempat Penelitian</b> .....	73
<b>4.4 Waktu Penelitian</b> .....	73
<b>4.5 Definisi Operasional</b> .....	74
<b>4.6 Pengumpulan Data</b> .....	75
4.6.1 Sumber Data .....	75
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	76
4.6.3 Instrumen Pengumpulan Data .....	81
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	84
<b>4.7 Pengolahan dan Analisis Data</b> .....	86
4.7.1 Pengolahan Data .....	86
4.7.5 Analisis Data .....	88
<b>4.8 Etika Penelitian</b> .....	89
4.8.1 <i>Informed Consent</i> (lembar persetujuan) .....	89
4.8.2 <i>Confidentially</i> (kerahasiaan) .....	90
4.8.3 <i>Justice</i> (keadilan) .....	90
4.8.4 <i>Benefits</i> (manfaat) .....	90
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	92
<b>5.1 Hasil Penelitian</b> .....	93
5.1.1 Hasil Analisis Univariat .....	93
5.1.2 Hasil Analisis Bivariat .....	97
<b>5.2 Pembahasan</b> .....	102
5.2.1 Karakteristik Remaja SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember .....	103
5.2.2 Pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum intervensi <i>action learning</i> .....	105
5.2.3 Pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT	

sesudah intervensi <i>action learning</i> .....	108
5.2.4 Sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT	
sebelum intervensi <i>action learning</i> .....	110
5.2.5 Sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT	
sesudah intervensi <i>action learning</i> .....	113
5.2.6 Pengaruh <i>action learning</i> terhadap pengetahuan dan sikap	
remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT .....	115
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	119
<b>5.4 Implikasi Keperawatan</b> .....	120
<b>BAB 6. PENUTUP</b> .....	121
<b>6.1 Kesimpulan</b> .....	121
<b>6.2 Saran</b> .....	123
6.2.1 Bagi Remaja .....	123
6.2.2 Bagi Sekolah .....	124
6.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya .....	125
6.2.4 Bagi Instansi Pendidikan .....	125
6.2.5 Bagi Tenaga Kesehatan .....	126
6.2.6 Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas .....	126

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Alur <i>Pre-testing Counseling</i> .....	33
Gambar 2.2 Alur Strategi <i>Testing HIV</i> .....	35
Gambar 2.3 Alur <i>Pasca-testing Counseling</i> .....	36
Gambar 2.4 Efektifitas Model Pembelajaran.....	54
Gambar 2.5 Kerangka Teori .....	65
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	66
Gambar 4.1 Rancangan Penelitian <i>Pre Eksperimental Pretest and Postest Group Design</i> .....	69
Gambar 4.2 Skema Pengambilan Sampel.....	72
Gambar 5.1 Perubahan Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).....	98
Gambar 5.2 Perubahan Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29) .....	100

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 4.1 Jumlah Sampel Pada Setiap Kelas.....	72
Tabel 4.2 Variabel Definisi Operasional .....	74
Tabel 4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Pengetahuan Remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT .....	82
Tabel 4.4 <i>Blue Print</i> Kuesioner Sikap Remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT.....	83
Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Umur, Kelas, Jenis Kelamin Dan Sumber Informasi Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	94
Tabel 5.2 Distribusi Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	95
Tabel 5.3 Distribusi Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	96
Tabel 5.4 Distribusi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	96
Tabel 5.5 Distribusi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	97
Tabel 5.6 Perubahan Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan	

	Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	99
Tabel 5.7	Perbedaan Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n:29).....	99
Tabel 5.8	Perubahan Sikap Remaja Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).....	101
Tabel 5.9	Perbedaan Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan <i>Action Learning</i> Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).....	101

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran A. Lembar *Informed*
- Lampiran B. Lembar *Consent*
- Lampiran C. Kuesioner Penelitian
- Lampiran D. *SAP Action Learning*
- Lampiran E. Surat Keterangan Uji SAP
- Lampiran F. Slide HIV/AIDS
- Lampiran G. Media Leaflet HIV/AIDS
- Lampiran H. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran I. Hasil Analisa Data
- Lampiran J. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran K. Daftar Hadir Responden
- Lampiran L. Surat Ijin

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

Pada bab ini dijelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, dan keaslian penelitian dari pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

### **1.1 Latar Belakang**

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang menyebar dari orang ke orang melalui kontak seksual. Penyakit IMS yang paling umum ditemukan diantaranya gonore, klamidiasis, sifilis, trikomoniasis, chancroid, herpes genital, kutil kelamin, HIV, dan infeksi hepatitis B (*Worl Health Organization*, 2012). Menurut Adler *et.al.* (2004), IMS adalah infeksi yang rute utama penularannya melalui kontak seksual. IMS dapat disebabkan oleh bakteri, virus, dan protozoa. Salah satu penyakit IMS yang disebabkan oleh virus adalah *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Penderita infeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS apabila menunjukkan gejala atau penyakit sebagai akibat dari penurunan daya tahan tubuh (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Menurut WHO (2012), HIV merupakan retrovirus yang menginfeksi dan

menghancurkan atau merusak fungsi sel-sel pada sistem kekebalan tubuh. AIDS pertama kali ditemukan pada tahun 1981 kemudian berkembang dengan cepat dan menimbulkan dampak secara global (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2002). Dampak yang ditimbulkan tidak hanya dari aspek kesehatan tetapi juga dari aspek sosial ekonomi dan politik (Depkes RI, 2009). Masalah tersebut akan terus meningkatkan prevalensi kasus HIV/AIDS.

Prevalensi kasus HIV/AIDS di dunia 5 tahun terakhir dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011 menunjukkan adanya peningkatan jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Pada tahun 2011 ada sekitar 34 juta orang dengan HIV/AIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2011). Diperkirakan ada sekitar 2,5 juta orang baru yang terinfeksi HIV dan ada sekitar 1,7 juta orang dengan AIDS yang meninggal selama tahun 2011. Di Asia sendiri ada sekitar 4,8 juta orang yang terinfeksi HIV. Tiga Negara di Asia dengan kasus HIV/AIDS yang menduduki peringkat teratas berturut-turut adalah Cina, Thailand, dan Indonesia (UNAIDS, 2012). Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan kasus HIV/AIDS yang berkembang paling cepat (UNAIDS, 2008; dalam KPA, 2010).

Masalah HIV/AIDS di Indonesia pertama kali ditemukan pada tahun 1987 di Provinsi Bali. Kasus HIV/AIDS tersebar di 378 (76%) dari 498 kabupaten/kota di 33 provinsi di Indonesia dari tahun 1987 sampai dengan tahun 2012. Prevalensi kasus HIV sejak pada tahun tahun 2006 sebanyak 7.195 kasus, tahun 2007 sebanyak 6.048 kasus, tahun 2008 sebanyak 10.362 kasus, tahun 2009 sebanyak 9.793 kasus, tahun 2010 sebanyak 21.591 kasus, tahun 2011 sebanyak 21.031

kasus, dan tahun 2012 sebanyak 21.511 kasus. Jumlah kumulatif HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2012 adalah sebanyak 98.390 kasus. Sedangkan prevalensi kasus AIDS sendiri di Indonesia pada tahun 2006 sebanyak 3.514 kasus, tahun 2007 sebanyak 4.425 kasus, tahun 2008 sebanyak 4.943 kasus, tahun 2009 sebanyak 5.483 kasus, tahun 2010 sebanyak 6.845 kasus, tahun 2011 sebanyak 7.004 kasus, dan tahun 2012 sebanyak 5.686 kasus. Jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2012 adalah sebanyak 42.887 kasus (Kemenkes RI, 2013).

Provinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi ke dua di Indonesia dengan jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS yaitu sebanyak 19.762 kasus setelah DKI Jakarta dengan jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS yang mencapai 29.224 kasus (Kemenkes RI, 2013). Menurut Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Jawa Timur (2012) menyebutkan bahwa faktor penularan utama yaitu heteroseksual atau sebesar 70,1% dari kasus dan NAPZA atau sebesar 21,3% dari kasus. Angka kematian kasus AIDS adalah sebesar 1.793 kasus (27,8%), pada laki-laki sebanyak 4.208 kasus (65,2%) dan wanita sebanyak 2.294 kasus (34,8%). Kemenkes RI (2013) menyebutkan bahwa kelompok usia dengan kasus AIDS tertinggi adalah kelompok usia 20-29 tahun (35,2%), kelompok usia 30-39 tahun (28,1%) dan kelompok usia 40-49 tahun (10%). Ini berarti apabila sejak terinfeksi sampai masuk kondisi AIDS lamanya 5 tahun, maka usia terendah pada saat terinfeksi HIV adalah 15-24 tahun (Depkes RI, 2012).

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menetapkan usia 15-24 tahun sebagai usia pemuda (*youth*) (Sarwono, 2011). UNAIDS melaporkan bahwa sebesar 67%

kasus baru HIV dan AIDS di negara berkembang terjadi pada kalangan usia 15-24 tahun (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008). Faktor utama penularan HIV/AIDS pada remaja adalah melalui hubungan seksual. Survei Nasional yang dilakukan terhadap para remaja menyebutkan bahwa perilaku seksual pada remaja lebih banyak dijumpai pada remaja sekolah menengah atas dan mahasiswa daripada remaja awal. Prevalensi tertinggi berada pada usia 19 tahun yaitu sebesar 85% remaja laki-laki dan 76% remaja perempuan pernah melakukan hubungan seksual (Santrock, 2007). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2010) menyebutkan bahwa keseluruhan remaja 10-24 tahun yang berstatus belum menikah adalah 86,7%. Kelompok remaja dengan status belum kawin, pada laki-laki 3% dan perempuan 1,1% menjawab pernah berhubungan seksual, dengan umur pertama berhubungan seksual sudah terjadi pada usia yang sangat muda, yaitu 8 tahun. Terdapat 0,5% perempuan telah melakukan hubungan seksual pertama kali pada usia 8 tahun, dan 0,1% pada laki-laki. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa masih tingginya perilaku seksual remaja berisiko. Penyakit HIV/AIDS juga dapat ditularkan melalui pemakaian jarum suntik bersama pada pemakai narkoba jenis jarum suntik (*Inject Drug User*).

Jumlah pengguna obat-obatan terlarang pada remaja dan kelompok dewasa muda di Indonesia terus meningkat. Menurut estimasi Depkes RI pada tahun 2006 terdapat antara 191.000 orang sampai dengan 248.000 orang Pengguna Narkoba Suntik (Penasun) di Indonesia. Hasil survei Badan Narkotika Nasional (BNN) pada tahun yang sama menyebutkan estimasi Penasun di Indonesia sebanyak 508.000 orang. Masalah tersebut terasa menjadi semakin sulit karena tidak adanya

kepedulian akan bahaya tertular HIV/AIDS. Hasil survei perilaku pada tahun 2002 terdapat sekitar dua per tiga Penasun yang menyatakan bahwa mereka merasa tidak memiliki risiko terinfeksi padahal mereka telah menggunakan peralatan suntik secara bersama-sama (KPA, 2007). Tingginya prevalensi tersebut disebabkan karena rendahnya pengetahuan komprehensif remaja tentang HIV/AIDS.

Pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS ditentukan berdasarkan lima hal yaitu HIV dapat dicegah dengan berhubungan seksual dengan suami/istri saja, mengurangi risiko tertular HIV dengan menggunakan kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan yang berisiko, HIV/AIDS dapat dicegah dengan tidak menggunakan jarum suntik bersama, HIV/AIDS tidak dapat menular karena makan sepiring bersama dengan penderita AIDS, dan HIV/AIDS tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk (Risikesdas, 2010). Secara nasional hanya sebesar 11,4% penduduk usia 15-24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS. Berdasarkan permasalahan tersebut perlu adanya upaya pencegahan dan pengendalian kasus HIV/AIDS sesuai dengan target dalam *Millenium Development Goals* (MDG's) dan mulai menurunnya kasus baru di tahun 2015 bagi kelompok usia 15-24 tahun yaitu mempunyai pengetahuan yang benar dan komprehensif tentang HIV/AIDS sebesar 95% (Depkes RI, 2011).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan komprehensif masyarakat tentang HIV/AIDS. Hasil

penelitian Setiawati (2008) tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan HIV/AIDS pada pekerja seks komersial menyebutkan bahwa pendidikan sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap pekerja seks komersial dalam pencegahan HIV/AIDS. Fokus pencegahan penularan melalui pendidikan kesehatan harus diberikan pada semua kelompok baik kelompok terinfeksi, kelompok berisiko atau rawan tertular, kelompok rentan, dan masyarakat umum (KPA, 2007). Pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan komprehensif masyarakat tentang HIV/AIDS sebagai upaya pengendalian penularan HIV/AIDS.

Pengendalian penularan HIV/AIDS dapat dilakukan melalui upaya mengetahui status HIV/AIDS sedini mungkin. Hasilnya dapat dijadikan motivasi sebagai upaya pencegahan penularan HIV/AIDS dan cepat mendapatkan pertolongan sesuai dengan kebutuhan (KPA, 2011). Kebanyakan dari mereka yang berisiko tertular HIV/AIDS tidak mengetahui akan status mereka sudah terinfeksi atau belum. Salah satu upaya pencegahan dan deteksi dini untuk mengetahui status seseorang sudah terinfeksi HIV atau belum yaitu melalui konseling dan testing HIV/AIDS sukarela yang lebih dikenal dengan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

VCT adalah klinik kesehatan yang menyediakan layanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela. Konseling dalam VCT adalah suatu prosedur diskusi pembelajaran antara klien dan konselor untuk memahami HIV/AIDS dan risikonya. Tujuan utama klinik VCT adalah adanya perubahan perilaku ke arah

perilaku yang lebih sehat dan aman. Tahapan pelayanan VCT meliputi konseling *pra testing*, *testing* HIV, kemudian yang terakhir konseling *pasca testing* (Kepmenkes RI, 2005). VCT sebagai penyedia layanan yang komprehensif juga harus ditujukan kepada kelompok usia muda/remaja, anak-anak dan keluarga.

Usia muda merupakan usia yang rentan terhadap masalah-masalah seperti kekerasan dalam hubungan seksual, penyalahgunaan penggunaan narkoba dan alkohol, laki-laki muda yang melakukan hubungan seksual dengan laki-laki, dan mereka yang berhubungan seksual dengan pekerja seks. Hal tersebut akan mengakibatkan peningkatan infeksi HIV yang disebabkan oleh remaja atau usia muda (*Family Health International*, 2002). Strategi untuk mempromosikan Klinik VCT berfokus pada peningkatan akses, ketersediaan layanan, dan jangkauan. Salah satu tugas dalam strategi tersebut adalah meningkatkan kesadaran masyarakat kelompok rentan khususnya remaja untuk menjangkau pelayanan klinik VCT (*Commonwealth Regional Health Community Secretariat*, 2002).

Layanan konseling dan tes HIV secara sukarela VCT di Indonesia sudah tersebar di berbagai daerah dan lembaga kesehatan. Pemerintah menyebutkan sudah memiliki klinik VCT di 248 Rumah Sakit, 214 Puskesmas, 17 RS Jiwa, 11 BP4, 35 klinik di Rutan dan lapas, 31 klinik di perusahaan dan 157 klinik di LSM (Depkes RI, 2010). Selama lebih dari 20 tahun konseling dan tes HIV sukarela telah membantu jutaan orang dalam mempelajari status HIV. Konseling dan tes HIV adalah pintu gerbang yang penting untuk mempertahankan kehidupan orang dengan HIV (WHO, 2012). Kendala yang dihadapi saat ini adalah masih minimnya pengetahuan masyarakat akan keberadaan klinik VCT.

Pengetahuan masyarakat tentang adanya VCT masih sangat rendah yaitu hanya sebesar 6,2%. Pengetahuan tentang adanya VCT tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu 7,6%. Secara nasional hanya sebesar 4,6% penduduk yang menyebutkan bahwa RS pemerintah sebagai tempat layanan VCT, sebesar 2,4% penduduk menyebutkan RS swasta, sebesar 1,9% menyebut Puskesmas sebagai tempat layanan VCT, dan sebesar 1% penduduk menyebut klinik swasta, praktik dokter, dan bidan sebagai tempat layanan VCT (Risksdas, 2010). Berdasarkan masalah tersebut perlu adanya upaya untuk memperkenalkan layanan VCT ke masyarakat khususnya pada remaja baik remaja yang ada di masyarakat maupun di sekolah.

Sekolah merupakan lingkungan kedua bagi remaja untuk menimba ilmu setelah lingkungan keluarga (Sudarsono, 2008). Undang-Undang RI Nomor 20 tahun 2003 menetapkan tiga jenis pendidikan di Indonesia yaitu pendidikan formal, pendidikan nonformal, dan pendidikan informal. Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Peraturan Pemerintah Nomor 29 tahun 1990 menyebutkan bahwa pendidikan menengah kejuruan mengutamakan pengembangan kemampuan siswa untuk melaksanakan jenis pekerjaan tertentu dan mengutamakan kemampuan siswa untuk memasuki lapangan pekerjaan serta mengembangkan sikap profesional.

Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Jember mencatat jumlah penduduk di Kabupaten Jember pada tahun 2009 mencapai 2.179.829 orang. Jumlah

penduduk usia 15-24 tahun sebanyak 383.171 orang dengan persentase jumlah laki-laki sebanyak 182.672 orang atau sebesar 47,7% dan perempuan sebanyak 200.499 orang atau sebesar 52,3% (BPS Kabupaten Jember, 2010). Prevalensi kasus HIV/AIDS yang tertinggi menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah Kecamatan Puger yaitu sebesar 119 kasus (14,9%) dari total 796 kasus HIV dan 28 kasus (8,7%) dari total 319 kasus AIDS sampai dengan Desember 2012, oleh sebab itu masyarakat di Kecamatan Puger rentan terhadap penularan HIV/AIDS apabila mereka berperilaku berisiko.

SMK Perikanan dan Kelautan Puger merupakan sekolah menengah kejuruan yang mengutamakan pendidikan karakter kepada seluruh warga sekolah dengan menerapkan pendidikan semi militer. Tujuan didirikannya SMK Perikanan dan Kelautan Puger antara lain menyediakan tenaga kerja yang kompetitif, produktif, dan inovatif di bidang penangkapan, teknik perikanan, dan pengolahan hasil perikanan. Hasil wawancara yang dilakukan kepada Humas SMK Perikanan dan Kelautan Puger didapatkan data bahwa belum ada upaya untuk mengenalkan Klinik VCT sebagai pintu gerbang menuju layanan HIV/AIDS lainnya kepada siswa-siswi (yang dikenal dengan taruna-taruni) SMK Perikanan dan Kelautan Puger. Pernyataan ini didukung oleh wawancara yang dilakukan peneliti kepada 10 siswa dengan usia antara 16 sampai 18 tahun mengenai pengetahuan tentang Klinik VCT didapatkan data bahwa siswa tidak memiliki pengetahuan tentang Klinik VCT. Wakil Kepala SMK Perikanan dan Kelautan Puger menyebutkan bahwa pernah kasus *drop out* karena kehamilan, berciuman, dan minum-minuman keras. Hal tersebut sesuai dengan misi sekolah

yang menerapkan kedisiplinan tinggi bagi seluruh warga sekolah. Berdasarkan data tersebut dapat diambil kesimpulan perlu adanya upaya untuk mengenalkan layanan terkait HIV/AIDS yaitu Klinik VCT melalui pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses belajar. Proses belajar yang dimaksud bahwa dalam pendidikan kesehatan terjadi proses pertumbuhan dan perkembangan pada diri individu, kelompok, dan masyarakat (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan kesehatan diberikan tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan tetapi juga membantu merubah perilaku masyarakat ke arah yang lebih baik (Mubarak *et al*, 2007). Pendidikan kesehatan telah menjadi salah satu peran yang sangat penting bagi perawat di semua lahan asuhan keperawatan baik di klinik maupun di komunitas (Potter dan Perry, 2005). Perawat komunitas mempunyai peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada anak-anak dan remaja baik di masyarakat maupun di sekolah (Allender dan Spradley, 2005).

Fungsi utama perawat sekolah adalah memberikan layanan, pendidikan kesehatan, dan promosi lingkungan sekolah yang sehat. Fungsi dari pendidikan kesehatan dalam praktik keperawatan di sekolah merupakan pengajaran konsep kesehatan yang direncanakan melalui pengembangan kurikulum tentang ilmu kesehatan dan pola hidup sehat. Pengembangan kurikulum tersebut dilakukan dengan memanfaatkan media pendidikan, sumber daya perpustakaan, dan fasilitas umum (Allender dan Spradley, 2005). Kegiatan belajar mengajar yang

membosankan dapat diatasi dengan penggunaan model pembelajaran yang tepat sehingga tujuan pembelajaran dapat tercapai (Silberman, 2009).

Salah satu model pembelajaran yang sering digunakan adalah model pembelajaran aktif (*active learning*). Pembelajaran aktif merupakan bentuk pembelajaran dengan melibatkan peserta didik berperan secara aktif dalam pembelajaran itu sendiri baik dalam bentuk interaksi antara siswa dengan pengajar maupun interaksi antar siswa. Melalui pembelajaran aktif siswa tidak hanya mendengarkan materi dari pengajar secara pasif tetapi juga siswa mengerjakan sesuatu yang berkaitan dengan materi (Samadhi, 2011). Otak dapat melakukan tugas belajar lebih baik apabila informasi yang diperoleh kemudian didiskusikan dengan orang lain dan dipertanyakan. Siswa yang melakukan diskusi akan memperoleh nilai lebih tinggi daripada siswa yang tidak melakukan diskusi. Pembelajaran yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap (Sillberman, 2009).

Cara belajar siswa supaya aktif dilakukan dengan cara melibatkan aktifitas fisik, mental, dan emosional siswa dalam proses belajar. Salah satu prinsip yang dapat digunakan agar membuat siswa aktif dalam belajar adalah melalui prinsip penemuan. Prinsip penemuan menuntut agar siswa mampu melakukan eskplorasi untuk menemukan sesuatu pada seting kehidupan nyata sehingga dapat meningkatkan hasil belajar (Mubarak *et al*, 2007). Salah satu strategi yang dapat digunakan sesuai dengan prinsip penemuan tersebut adalah melalui *action learning*. Hasil penelitian Astuti (2011) tentang peningkatan partisipasi dan motivasi belajar biologi melalui *action learning* pada siswa kelas X.6 SMAN 5

Surakarta tahun pelajaran 2009/2010 menunjukkan bahwa siswa dapat meningkatkan partisipasi dan motivasi belajar biologi melalui *action learning*.

Partisipasi dan motivasi sangat dibutuhkan dalam proses belajar untuk mendapatkan hasil belajar yang optimal. Hasil penelitian Setiaji (2012) tentang upaya meningkatkan hasil belajar IPS melalui *action learning* bagi siswa kelas IV SD Negeri 2 Pajerukan Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas Semester II tahun ajaran 2011/2012 menunjukkan bahwa ada peningkatan hasil belajar IPS melalui *action learning*. Hal tersebut juga didukung dengan penelitian yang dilakukan Sutoyo (2012) tentang upaya meningkatkan kemampuan siswa dalam pelajaran ilmu pengetahuan alam dengan metode *action learning* di MIN Ngawen Gunungkidul menunjukkan bahwa dengan metode *action learning* mampu meningkatkan hasil belajar siswa mata pelajaran IPA.

Pengalaman belajar yang diperoleh melalui pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan interview atau observasi (*action*) langsung di Klinik VCT Puskesmas Puger diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan siswa tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dan dapat membentuk sikap yang positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Pengetahuan yang telah meningkat dan sikap positif yang telah terbentuk terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT diharapkan akan membentuk perilaku yang mendukung upaya pengendalian penularan HIV/AIDS khususnya di Kecamatan Puger.

Sikap mampu menuntun perilaku seseorang sehingga akan ada kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang diekspresikan. Kesadaran seseorang dalam menentukan tingkah laku nyata dan perilaku yang

mungkin terjadi itulah yang dimaksud dengan sikap. Sikap masih merupakan kesiapan atau kesediaan dalam bertindak, belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tetapi merupakan suatu kecenderungan (predisposisi) untuk bertindak terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut (Sunaryo, 2004). Berkowitz (1972; dalam Azwar, 2012) menyatakan bahwa sikap seseorang terhadap suatu objek adalah pernyataan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*). Sikap yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi perilaku seseorang tersebut melalui suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan memiliki alasan yang kuat. Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku yang positif dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap yang positif juga dan perilaku yang negatif dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap yang negatif juga.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk meneliti tentang pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Mengacu pada latar belakang tersebut maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Adakah pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember?”

### 1.3 Tujuan Penelitian

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden: umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.
- d. Mengidentifikasi sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.
- e. Mengidentifikasi sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

- f. Menganalisis pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Remaja**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan remaja untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman mengenai HIV/AIDS dan upaya pencegahan atau deteksi dini status HIV/AIDS melalui Klinik VCT sehingga nantinya diharapkan remaja memiliki pengetahuan yang komprehensif tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT, serta remaja mampu bersikap positif terhadap fenomena HIV/AIDS sebagai upaya pengendalian penularan HIV/AIDS melalui Klinik VCT.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti tentang pengaruh metode *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS Klinik VCT sehingga dapat membekali remaja dengan pengetahuan yang komprehensif dan sikap yang positif mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT.

#### 1.4.3 Manfaat bagi Sekolah/Lembaga/Instansi terkait.

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember sehingga dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya dan untuk menambah pengetahuan mahasiswa tentang metode *action learning* yang dapat digunakan sebagai upaya pendidikan kesehatan dalam membentuk pengetahuan dan sikap mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT.
- b. Memberi masukan atau saran kepada sekolah, puskesmas, dinas terkait tentang metode *action learning* dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT.
- c. Dapat digunakan sebagai masukan dalam mata ajar Pendidikan Jasmani dan Kesehatan sebagai upaya pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT.

#### 1.4.4 Manfaat bagi Profesi Keperawatan Komunitas

- a. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan keperawatan komunitas khususnya pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT melalui metode *action learning*, serta dapat digunakan sebagai dasar atau bahan untuk penelitian keperawatan komunitas lebih lanjut pada remaja.
- b. Sebagai sumbangan aplikatif bagi tenaga kesehatan, terutama perawat komunitas dalam meningkatkan perhatian mengenai perilaku remaja yang berisiko menyebabkan penularan HIV/AIDS dengan tujuan agar

mempermudah remaja mengakses pelayanan kesehatan terkait HIV/AIDS misalnya Klinik VCT.

### **1.5 Keaslian Penelitian**

Sejauh yang peneliti ketahui bahwa penelitian tentang pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan klinik VCT belum pernah dilakukan. Namun ada penelitian lain yang hampir mirip dengan salah satu variabel penelitian yang sekarang yaitu pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS.

Penelitian yang dilakukan oleh Alagapan (2011) dengan judul “Tingkat Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS Di SMA Negeri 1 Medan”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui (1) tingkat pengetahuan dan sikap remaja di SMA Negeri 1 Medan tentang HIV/AIDS; dan (2) cara akses remaja dalam memperoleh informasi mengenai HIV/AIDS. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *stratified random sampling*. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan analisis data dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian saat ini yang berjudul “Pengaruh *Action Learning* terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember” adalah pada tujuan yang mengidentifikasi apakah ada pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik

VCT. Penelitian ini menggunakan rancangan *pre eksperimental (one group pretest-posttest design)*. Teknik pengambilan sampelnya menggunakan *multistage random sampling* dan data dianalisis dengan uji *Wicoxon*. Variabel pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT serta sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebagai variabel dependen yang diukur sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini dijelaskan tentang konsep HIV/AIDS, Klinik VCT, remaja, konsep pengetahuan, konsep sikap, dan konsep *action learning* dari penelitian pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

### **2.1 Konsep HIV/AIDS**

#### 2.1.1 Pengertian HIV dan AIDS

HIV merupakan retrovirus yang menyerang sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia terutama CD4 positive T-sel dan macrophages (komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus-menerus. Sistem kekebalan dianggap defisien ketika sistem tersebut tidak dapat lagi menjalankan fungsinya memerangi infeksi dan penyakit. Penyakit-penyakit yang berkaitan dengan defisiensi kekebalan yang parah dikenal sebagai *infeksi oportunistik* karena infeksi-infeksi tersebut memanfaatkan sistem kekebalan tubuh yang melemah (KPA Nasional, 2010).

AIDS adalah gambaran dari berbagai gejala dan infeksi terkait dengan penurunan sistem kekebalan tubuh. (KPA Nasional, 2010). AIDS diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit yang terus-menerus akibat adanya

infeksi HIV (Brunner & Suddarth, 2001).

### 2.1.2 Patofisiologi

HIV tergolong dalam kelompok retrovirus yang menunjukkan bahwa virus tersebut membawa materi genetiknya dalam asam ribonukleat (RNA) bukan dalam asam deoksiribonukleat (DNA). HIV menyerang sel CD4+ yang meliputi monosit, makrofag, dan limfosit T4 helper. Setelah HIV terikat dengan limfosit T4 helper, HIV akan memprogram ulang materi genetik dalam sel T4 helper untuk membuat *double-stranded* DNA (DNA utas-ganda) dengan bantuan enzim *reverse transcriptase*. DNA ini akan disatukan dengan nukleus T4 sebagai provirus kemudian terjadi infeksi yang permanen (Brunner dan Suddarth, 2001).

Siklus replikasi HIV pada saat ini masih belum akan aktif sampai sel yang terinfeksi diaktifkan oleh antigen, mitogen, hepatitis, herpes simplek, dan sitokin. Sel T4 yang terinfeksi akan diaktifkan, HIV akan menghancurkan sel T4 tersebut kemudian HIV dilepas melalui plasma darah dan akan menginfeksi sel-sel CD4+ lainnya. Sel-sel monosit dan makrofag menjadi reservoir dari HIV sehingga HIV bisa tersembunyi dari sistem imun dan terangkut ke seluruh tubuh serta menginfeksi ke berbagai jaringan tubuh. Pada tahap selanjutnya virus akan menyebar ke dalam plasma darah yang mengakibatkan infeksi berikutnya pada sel-sel CD4+ lain dan akan terus bereplika ketika sistem imun terstimulasi (Brunner dan Suddarth, 2001).

Kecepatan produksi HIV tergantung pada status kesehatan seseorang yang terinfeksi. Produksi HIV akan berjalan lambat apabila sistem imun tidak terstimulasi oleh infeksi lain, sedangkan produksi HIV akan berjalan cepat

apabila sistem imun terstimulasi oleh infeksi lain. Ketika fungsi limfosit T4 terganggu, mikroorganisme yang biasanya tidak menimbulkan penyakit akan memiliki kesempatan untuk menginvasi dan menyebabkan sakit. Infeksi yang muncul sebagai akibat dari gangguan sistem imun disebut dengan *infeksi oportunistik* (Brunner dan Suddarth, 2001).

### 2.1.3 Fase HIV/AIDS

Orang yang sudah terinfeksi HIV akan melawati beberapa fase untuk sampai pada fase AIDS sehingga sulit membedakan orang yang sudah terinfeksi HIV dengan orang sehat (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2008).

#### a. Fase Pertama

Pada fase yang pertama, belum terlihat adanya infeksi HIV meskipun dengan tes darah karena pada fase ini masih belum terbentuk antibodi terhadap HIV tetapi pada fase ini orang yang terinfeksi HIV sudah dapat menularkan virus HIV pada orang lain (BKKBN, 2008). Lamanya sistem tubuh dalam membentuk antibodi terhadap HIV adalah satu sampai enam bulan. Fase ini disebut juga dengan periode jendela (*window period*) (FHI, 2004).

#### b. Fase Kedua

Fase kedua merupakan fase yang paling lama. Fase ini berlangsung sekitar dua sampai sepuluh tahun setelah terinfeksi HIV. Hasil tes pada fase ini akan menunjukkan hasil positif tetapi belum menampakkan

gejala sakit (BKKBN, 2008).

c. Fase Ketiga

Pada fase ketiga sudah mulai terlihat adanya penurunan sistem kekebalan tubuh ini sudah mulai muncul gejala awal penyakit seperti keringat berlebihan pada malam hari, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tak kunjung sembuh, nafsu makan berkurang sehingga menyebabkan penurunan berat badan (BKKBN, 2008).

d. Fase Keempat

Fase keempat sudah masuk pada tahap AIDS. Hasil tes juga menunjukkan positif AIDS. Pada fase ini sudah muncul penyakit yang disebut dengan infeksi oportunistik seperti kanker, infeksi paru, infeksi usus, dan infeksi otak (BKKBN, 2008).

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala

WHO SEARO (2007; dalam KPA Nasional, 2011) merumuskan keadaan umum yang timbul akibat infeksi HIV seperti kehilangan berat badan (>10%) dari berat badan dasar, demam yang terus menerus atau *intermittent* dan temperatur/suhu oral tinggi (>37,5°C) yang lebih dari satu bulan, diare yang terus menerus lebih dari satu bulan, dan meluasnya limfadenopati. Tanda dan gejala lain yang patut diduga sebagai infeksi HIV yaitu :

- a. *Papular Pruritis Eruption* (PPE) dan kulit kering yang meluas merupakan dugaan kuat akan adanya infeksi HIV;

- b. infeksi jamur seperti kandidiasis oral, dermatitis serobotik, dan kandidiasis vaginam berulang;
- c. infeksi viral seperti herpes zoster yang berulang, herpes genital yang berulang, moluskum kontagiosum, dan kondiloma;
- d. gangguan pernafasan seperti batuk yang tak kunjung sembuh (lebih dari satu bulan, sesak nafas, tuberkulosis, pneumonia berulang, dan sinusitis kronis;
- e. gejala neurologis seperti nyeri kepala terus menerus tanpa diketahui dengan jelas penyebabnya, kejang demam, dan penurunan fungsi kognitif.

#### 2.1.5 Penularan HIV/AIDS

HIV ditemukan dalam darah, semen, cairan vagina, dan air susu ibu (FHI, 2004). HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual, baik seks penetratif (anal atau vaginal) atau oral seks, transfusi darah, pemakaian jarum suntik terkontaminasi secara bergantian dalam lingkungan perawatan kesehatan dan melalui suntikan narkoba, dan melalui ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan, dan menyusui (KPA Nasional, 2010).

##### a. Penularan Secara Seksual

HIV dapat ditularkan melalui seks penetratif yang tidak terlindungi. Sangat sulit untuk menentukan kemungkinan terjadinya infeksi melalui hubungan seks, meskipun demikian diketahui bahwa risiko infeksi melalui seks vaginal umumnya tinggi. Penularan melalui seks anal dilaporkan memiliki

risiko 10 kali lebih tinggi dari seks vaginal. Seseorang dengan IMS yang tidak diobati, khususnya yang berkaitan dengan tukak/luka dan duh (cairan yang keluar dari tubuh) memiliki rata-rata 6-10 kali lebih tinggi kemungkinan untuk menularkan atau terjangkit HIV selama hubungan seksual (KPA Nasional, 2010).

b. Penularan melalui pemakaian jarum suntik secara bergantian

Menggunakan kembali atau memakai jarum secara bergantian merupakan cara penularan HIV yang sangat efisien. Risiko penularan dapat diturunkan secara berarti di kalangan pengguna narkoba suntikan dengan penggunaan jarum dan semprit baru yang sekali pakai, atau dengan melakukan sterilisasi jarum yang tepat sebelum digunakan kembali (KPA Nasional, 2010).

c. Penularan dari Ibu ke Anak

HIV dapat ditularkan dari ibu ke anaknya selama masa kehamilan, proses persalinan dan saat menyusui. Pada umumnya terdapat 15-30% risiko penularan dari ibu ke anak sebelum dan sesudah kelahiran. Faktor yang dapat mempengaruhi risiko infeksi adalah khususnya jumlah virus (*viral load*) dari ibu pada saat kelahiran (semakin tinggi jumlah virus, semakin tinggi pula risikonya.). Penularan dari ibu ke anak setelah kelahiran dapat juga terjadi melalui pemberian air susu ibu (KPA Nasional, 2010).

d. Penularan melalui transfusi darah

Kemungkinan risiko terjangkit HIV melalui transfusi darah dan produk-produk darah yang terkontaminasi ternyata lebih tinggi (lebih dari 90%). Meskipun demikian, penerapan standar keamanan darah menjamin

penyediaan darah dan produk-produk darah yang aman, memadai dan berkualitas baik bagi semua pasien yang memerlukan transfusi. Keamanan darah meliputi skrining atas semua darah yang didonorkan guna mengecek HIV dan patogen lain yang dibawa darah, serta pemilihan donor yang cocok (KPA Nasional, 2010).

#### 2.1.6 Pencegahan

KPA Nasional (2012) menyebutkan bahwa pencegahan penularan HIV secara seksual dapat dilakukan dengan tidak melakukan hubungan seksual yang tidak aman (berganti-ganti pasangan), monogami (hanya melakukan hubungan seksual dengan pasangan tetap saja, suami atau istri). Penggunaan kondom baik pria maupun wanita harus benar dan konsisten karena penggunaan kondom tidak dapat menjamin 100% dari infeksi menular seksual. Pencegahan penularan HIV pada pengguna narkoba suntik bisa dilakukan dengan cara pemakaian jarum suntik yang steril dan sekali pakai (tidak digunakan secara bergantian) serta membersihkan area penyuntikkan dengan menggunakan kapas pembersih/kapas alkohol.

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan dan menyusui dapat dilakukan melalui intervensi pengobatan, operasi *caesar*, dan menghindari pemberian ASI (KPA Nasional, 2012).

##### a. Pengobatan

Program pengobatan yang sudah dilakukan oleh pemerintah untuk menghindari penularan dari ibu ke anaknya melalui terapi *antiretroviral*

(ARV). Pengobatan ARV merupakan upaya pencegahan yang efektif dan layak untuk mencegah penularan. Terapi ARV diberikan kepada ibu pada saat masa kehamilan (KPA Nasional 2012). KPA Nasional (2011) menyebutkan bahwa ARV merupakan obat yang dapat menghambat perkembangan virus HIV yang ada di dalam tubuh sehingga pengerusakan kekebalan tubuh akan terhambat pula. ARV hanya diberikan dalam keadaan penurunan CD4 sampai kadar tertentu (350/ml kubik darah).

b. Operasi *Caesar*

Persalinan pervagina dianggap lebih meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anaknya pada masa persalinan. Persalinan melalui operasi *caesar* merupakan prosedur pembedahan dimana bayi dilahirkan melalui sayatan di dinding perut dan uterus ibu untuk menghindari persalinan pervagina (KPA Nasional, 2012).

c. Menghindari pemberian ASI

HIV dapat ditularkan melalui air susu ibu pada masa menyusui. Oleh sebab itu untuk menghindari penularan HIV dilakukan dengan cara menggantinya dengan susu formula. WHO juga menegaskan apabila ada makanan pengganti yang layak, aman, dan harganya terjangkau sangat dianjurkan kepada ibu dengan HIV/AIDS untuk mengganti pemberian ASI dengan makanan pengganti tersebut pada masa menyusui (KPA Nasional, 2012).

Seseorang yang menduga dirinya telah terpapar dengan HIV baik melalui hubungan seksual yang tidak aman baik hubungan seksual dengan dengan beberapa pasangan yang tidak tetap maupun hubungan seksual yang dilakukan

dengan sesama jenis (laki-laki seks laki-laki), penggunaan jarum suntik secara bergantian dan pernah melakukan tranfusi sebelum melakukan tes pada darah yang akan ditranfusi hendaknya mendapatkan konseling dan testing HIV. Konseling dan testing HIV berguna untuk mengetahui status HIV seseorang dan apabila hasilnya positif upaya yang dapat dilakukan adalah mencegah penyebaran HIV kepada orang lain. Konseling dan testing HIV dapat dilakukan di layanan VCT.

## **2.2 Klinik VCT**

### **2.2.1 Pengertian VCT**

*Voluntary counseling and testing* artinya adalah konseling dan testing secara sukarela. VCT merupakan layanan konseling HIV/AIDS secara sukarela dan rahasia yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium. Sukarela berarti klien melakukan tes darah HIV atas keinginannya sendiri tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Tes HIV hanya dilakukan setelah klien menandatangani *informed consent* atau lembar persetujuan untuk dilakukan tes darah HIV. Tujuan VCT adalah mempromosikan perubahan perilaku sehingga diharapkan dapat mengurangi risiko penularan dan penyebaran HIV/AIDS (Depkes RI, 2003).

WHO mendefinisikan konseling HIV sebagai dialog rahasia antara klien dan konselor yang bertujuan agar klien mampu mengatasi stres dan membuat keputusan pribadi terkait dengan HIV/AIDS. Proses konseling meliputi evaluasi risiko personal penularan HIV dan mendiskusikan bagaimana untuk mencegah

infeksi (FHI, 2004). Konseling dalam VCT adalah kegiatan konsultasi yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, cara mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS yang bertujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman (Kepmenkes RI, 2005). Konseling yang dilakukan tidak cukup hanya satu sesi saja tetapi sampai beberapa sesi tergantung dari masalah dan kebutuhan klien (Depkes RI, 2003).

#### 2.2.2 Prinsip Pelayanan VCT

VCT merupakan pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan dan salah satu upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Berdasarkan Pedoman Pelayanan VCT yang ditetapkan oleh Kepmenkes RI (2005) ada 4 prinsip dalam pelayanan VCT yaitu:

a. sukarela dalam melaksanakan testing HIV

testing HIV dilaksanakan atas dasar kerelaan klien, tanpa adanya tekanan dan paksaan. Keputusan untuk melakukan testing HIV sepenuhnya berada ditangan klien kecuali testing HIV pada pelaku donor darah di unit tranfusi dan testing HIV pada pelaku transplantasi jaringan, organ tubuh, dan sel;

b. saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan

layanan konseling dan testing VCT harus profesional serta menghargai hak dan martabat semua klien. Kerahasiaan informasi disampaikan oleh klien harus benar-benar dijaga dan disimpan di tempat yang tidak dapat dijangkau

oleh mereka yang tidak berhak. Klien dan konselor tidak diperbolehkan berdiskusi di luar forum kunjungan. Untuk penanganan kasus selanjutnya harus didukung dengan ijin klien;

- c. mempertahankan hubungan relasi yang efektif antara konselor dan klien  
konselor harus mampu mendukung klien agar klien bersedia mengambil hasil testing dan kembali mengikuti konseling pasca testing. Kaji respon dan perasaan klien pada saat menerima hasil testing positif;
- d. testing merupakan salah satu komponen dari VCT  
WHO dan Departemen Kesehatan RI telah menetapkan pedoman yang dapat digunakan dalam melakukan testing HIV. Klien yang telah menerima hasil testing kemudian dilanjutkan dengan kegiatan konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lainnya yang disetujui klien.

### 2.2.3 Model Layanan VCT

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya Klinik IMS, Klinik Tuberkulosa (TB), Klinik Tumbuh Kembang Anak dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Namun klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi. Model layanan VCT terdiri atas (Kepmenkes RI, 2005):

a. *mobile* VCT (penjangkauan dan keliling)

*mobile* VCT adalah model layanan dengan penjangkauan dan keliling yang dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat (Kepmenkes RI 2005);

b. *statis* VCT (klinik VCT tetap)

*statis* VCT adalah sifatnya terintegrasi dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan VCT, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS (Kepmenkes RI, 2005).

#### 2.2.4 Struktur Organisasi Pelayanan VCT

Berdasarkan Pedoman Pelayanan VCT yang ditetapkan oleh Kepmenkes RI (2005) struktur organisasi klinik VCT terdiri atas :

- a. kepala Klinik VCT, adalah orang yang ahli dalam bidang manajerial terkait dengan pengelolaan dan pengembangan layanan VCT. Kepala klinik VCT bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan pelayanan VCT, baik didalam/diluar unit;

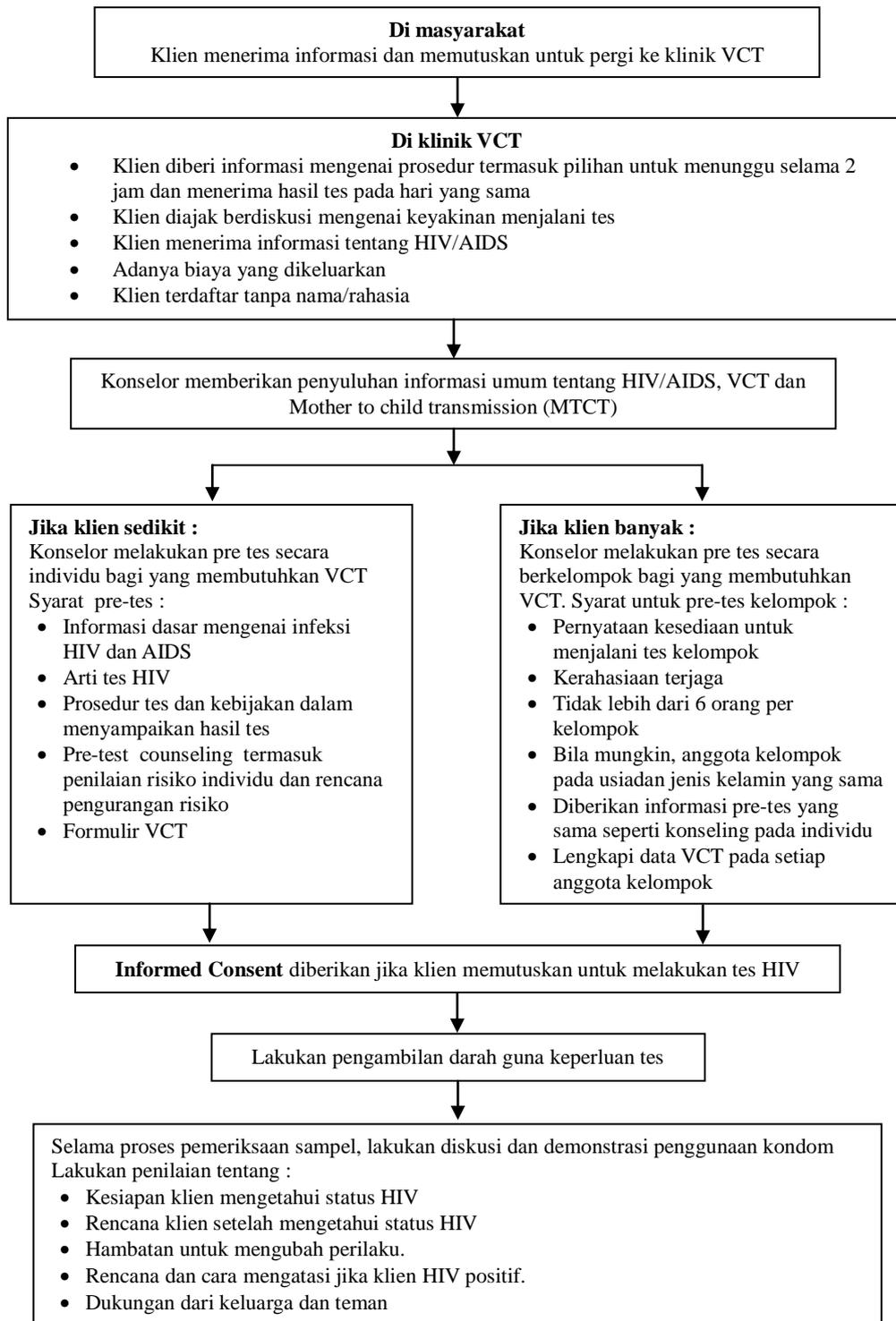
- b. sekretaris/administrasi, adalah orang yang ahli dalam bidang administrasi. Sekretaris/Administrasi bertanggung jawab terhadap tata laksana dan pengarsipan dokumen serta melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisa data;
- c. koordinator pelayanan medis, adalah seorang dokter yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pelayanan medis di klinik VCT terkait dengan pemeriksaan medis, pengobatan dan perawatan terhadap klien;
- d. koordinator pelayanan non medis, adalah orang yang bertugas mengembangkan program pengobatan, prosedur, dan perawatan klien terkait psikologis, sosial, dan hukum;
- e. konselor VCT (minimal ada 2 konselor), adalah orang yang melakukan konseling baik konseling *pra testing* maupun konseling *pasca testing*. Konselor VCT berasal dari tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan sesuai dengan standar modul pelatihan yang diterbitkan oleh Depkes RI. Beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh seorang konselor yaitu :
  - 1) jika konselor bukan seorang dokter maka tidak diperbolehkan melakukan tindakan medis;
  - 2) konselor tidak boleh melakukan pengambilan darah klien;
  - 3) konselor tidak boleh memaksa klien untuk melakukan testing HIV;
  - 4) jika berhalangan hadir, konseling dengan konselor dapat digantikan dengan konselor lain atas dasar persetujuan klien.

- f. petugas penanganan kasus (manajemen kasus), berasal dari tenaga non medis yang telah mengikuti pelatihan manajemen kasus. Tugas MK (manajemen kasus) antara lain mengadakan kunjungan rumah sesuai kebutuhan klien dan membantu penanganan perawatan klien di rumah (khusus untuk petugas medis atau yang berlatar pendidikan keperawatan);
- g. petugas laboratorium, adalah orang yang melakukan pengambilan darah klien dan melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai dengan prosedur dan standar laboratorium yang telah ditetapkan.

#### 2.2.5 Tahapan Pelayanan VCT

##### a. *Konseling pra testing*

Konseling pra testing adalah diskusi antara klien dan konselor yang berisi klarifikasi pengetahuan klien tentang HIV/AIDS (FHI, 2004). Konseling pra testing juga bermanfaat untuk meyakinkan klien terhadap keputusan untuk melakukan tes atau tidak (KPA Prov Jatim, 2011). Konselor akan membantu klien dalam meluruskan pemahaman yang salah tentang HIV/AIDS dan membantu dalam pengembangan rencana perubahan perilaku dan dampak yang dirasakan baik dampak terhadap diri sendiri, keluarga, dan masyarakat serta membantu dalam memberikan dukungan moral (Depkes RI, 2009).



Gambar 2.1. Alur *Pre-testing Counseling* (FHI, 2004)

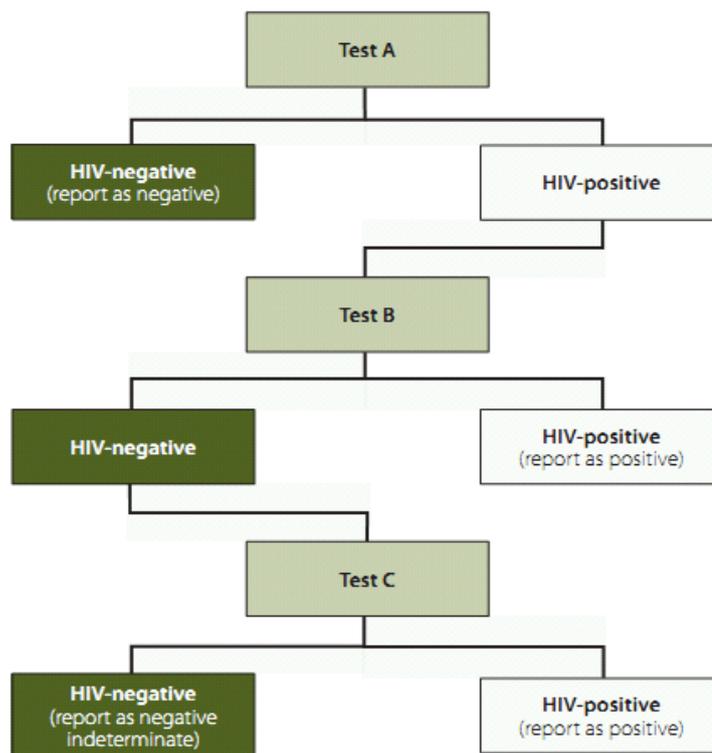
b. *Informed Consent*

*Informed Consent* merupakan lembar persetujuan tertulis tentang kesediaan klien dalam melakukan testing HIV secara sukarela (Kepmenkes RI, 2005). Konselor tidak akan memaksa klien dalam melakukan tes HIV. Konselor hanya akan memberikan gambaran mengenai keuntungan dilakukan tes HIV dan kerugian apabila menunda tes HIV apabila klien belum merasa siap untuk melakukan tes HIV (Depkes RI, 2009).

c. *Testing HIV sukarela*

Pada umumnya ada dua jenis tes untuk pemeriksaan HIV yaitu tes antibodi dan tes virologi. Tes antibodi meliputi *ELISA, rapid test, saliva and urine*, dan *Western blot*, sedangkan tes virologi meliputi *HIV antigen, polymerase chair reaction test*, dan *viral culture* (FHI, 2004).

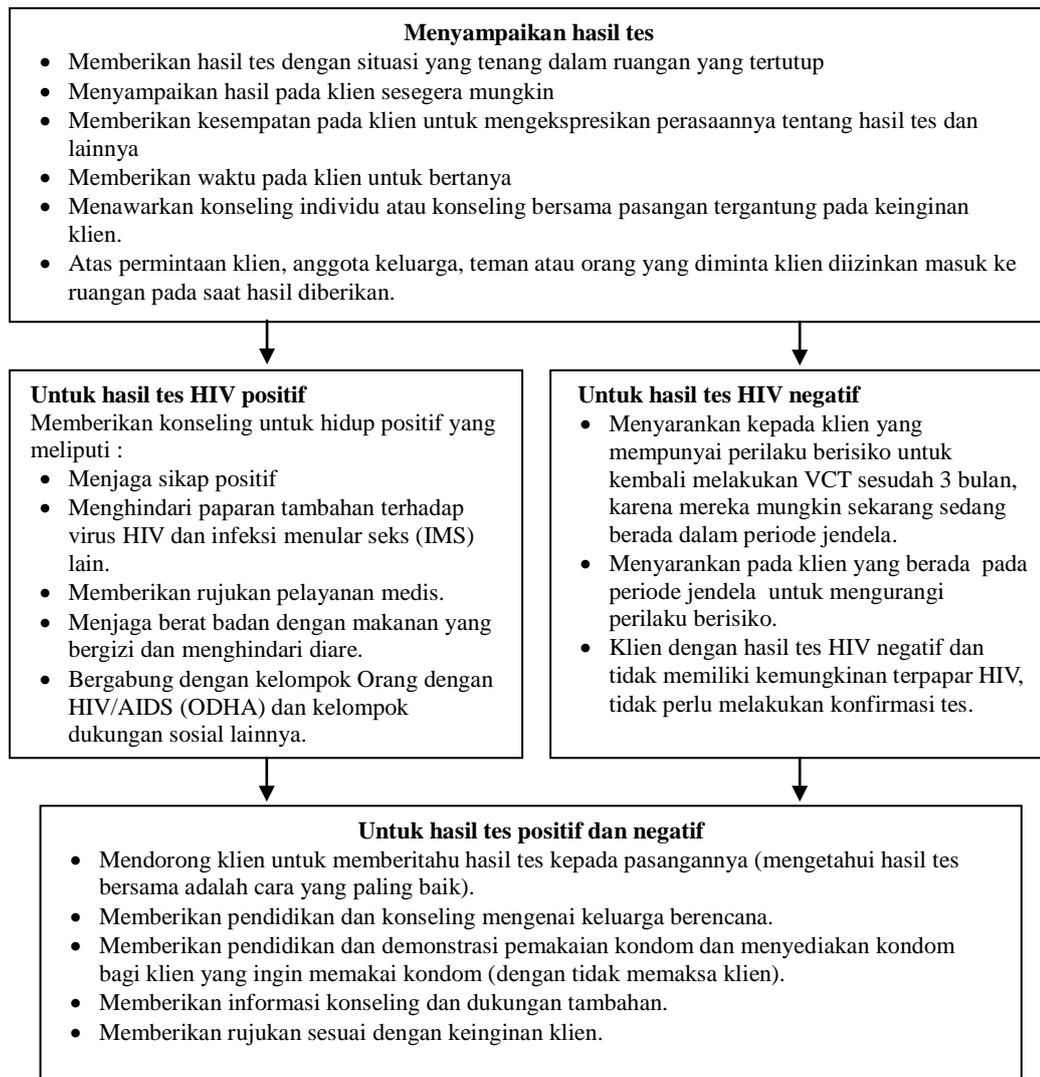
Prinsip testing HIV adalah sukarela dan terjaga kerahasiaanya. *Testing HIV* bertujuan untuk menegakkan diagnosis. Testing yang digunakan adalah testing serologis untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Spesimen yang digunakan adalah darah klien yang diambil secara intravena, plasma atau serumnya. Penggunaan metode tes cepat (*rapid test*) memudahkan klien mendapatkan hasil tes pada hari yang sama. Sebelum testing harus didahului dengan konseling dan persetujuan dari klien melalui *informed consent* oleh klien (Kepmenkes RI, 2005).



Gambar 2.2. Alur Strategi *Testing* HIV (FHI, 2004)

d. *Konseling pasca testing*

Konseling pasca testing adalah diskusi antara konselor dengan klien yang bertujuan menyampaikan hasil tes HIV klien, membantu klien beradaptasi dengan hasil tes baik hasilnya positif maupun negatif (FHI, 2004). Konselor akan membantu klien tentang cara-cara mencegah infeksi HIV apabila hasilnya negatif. Konselor juga akan membantu klien untuk mengetahui pencegahan penularan infeksi HIV/AIDS pada orang lain apabila hasilnya positif (KPA Prov Jatim, 2011).



Gambar 2.3. Alur *Pasca-testing Counseling* (FHI, 2004)

## 2.3 Konsep Remaja

### 2.3.1 Pengertian Remaja

Remaja adalah individu baik yang berjenis kelamin perempuan maupun laki-laki dan berada pada rentang usia antara anak-anak dan dewasa. Batasan usia remaja berbeda-beda tergantung dengan kehidupan sosial dan budaya setempat. Menurut WHO kelompok remaja adalah individu yang berada pada

rentang usia 10-19 tahun (Kemenkes RI, 2011). Beberapa ahli berpendapat bahwa usia remaja dibagi menjadi tiga masa yaitu masa remaja awal (*early adolescence*), masa remaja pertengahan (*middle adolescence*), dan masa remaja akhir (*late adolescence*) (Tyas, 2002: dalam Nurhayati 2011). Masa remaja awal adalah mereka yang berusia 10-14 tahun, masa remaja pertengahan adalah mereka yang berusia 14-17 tahun, sedangkan masa remaja akhir adalah mereka yang berusia 17-19 tahun (Kozier *et al*, 2004: dalam Nurhayati 2011). Secara psikologis remaja merupakan usia dimana mereka masih belum bisa merasakan bahwa mereka sudah berada pada tingkat yang lebih tua dan pada umumnya mereka tidak mau dikatakan sebagai anak kecil lagi (Ali & Asrosi, 2008).

Remaja tidak bisa dikatakan sebagai anak-anak kecil lagi, tetapi dari segi usia mereka masih belum matang bila dikatakan sebagai seorang dewasa. Usia remaja menurut *International Planned Parenthood Federation (IPPF/PKBI)* adalah usia 10-24 tahun. Dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya remaja ditandai dengan ciri-ciri mengalami kematangan fisik, kognitif, sosial dan emosional yang sangat cepat baik pada anak laki-laki yang mempersiapkan diri menjadi laki-laki dewasa dan pada perempuan yang mempersiapkan diri menjadi perempuan dewasa (Wong, 2008).

Adapun tahapan perkembangan remaja menuju kedewasaan sebagai berikut:

a. remaja awal (*early adolescence*)

pada tahap ini remaja masih belum paham akan perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan-perubahan tersebut. Remaja pada tahap ini akan mengembangkan pikiran-

pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis, dan peka sekali terhadap rangsangan-rangsangan yang bersifat erotis. Kepekaan yang berlebihan tersebut dapat menyebabkan remaja pada tahap ini sulit mengerti dan dimengerti orang dewasa (Sarwono, 2011);

b. remaja madya/pertengahan (*middle adolescence*)

pada tahap ini remaja sudah mulai membutuhkan teman-teman dan remaja merasa senang apabila banyak teman yang menyukainya. Kecenderungan menyukai diri sendiri dengan cara mulai menyukai teman-teman yang mempunyai sifat yang sama dengan dirinya. Khusus remaja laki-laki pada tahap ini sudah mulai mempererat hubungan dengan teman-teman terutama lawan jenisnya (Sarwono, 2011);

c. remaja akhir (*late adolescence*)

tahap remaja akhir merupakan masa persiapan menuju masa dewasa yang ditandai dengan 5 pencapaian yaitu (Sarwono, 2011) :

- 1) makin mantapnya minat remaja terhadap fungsi-fungsi intelektual;
- 2) mulai mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang lain dalam pengalaman-pengalaman yang baru;
- 3) terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah;
- 4) menghilangkan sifat egosentrisme (perhatian terhadap diri sendiri) dengan cara menyeimbangkan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain;
- 5) tumbuh “dinding” yang memisahkan dirinya dengan masyarakat umum.

### 2.3.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Masa remaja merupakan masa transisi atau masa peralihan dari anak-anak menuju masa dewasa. Pada masa transisi tersebut remaja akan mengalami banyak perubahan-perubahan (Agustiani, 2006). Dalam setiap periodenya remaja mengalami perubahan baik fisik, emosional, kognitif, dan sosial (APA, 2002; dalam Susanto, 2011). Perubahan-perubahan yang terjadi tersebut merupakan ciri-ciri yang sangat khas pada masa remaja. Interaksi remaja dengan lingkungan sosial akan membawa dampak terhadap perilaku remaja itu sendiri (Agustiani, 2006).

#### a. Perkembangan Biologis

Perubahan fisik yang terjadi pada remaja adalah hasil dari aktivitas hormonal di bawah kendali susunan sistem saraf pusat meskipun semua aspek fungsi fisiologis tubuh akan berinteraksi secara bersama-sama. Adanya peningkatan fisik dan penampakan serta diikuti dengan perkembangan karakteristik seks sekunder jelas menandakan akan adanya perubahan fisik pada remaja, sedangkan untuk perubahan fisiologis dan kemampuan bereproduksi kurang begitu tampak (Wong, 2008).

#### 1. Perubahan Hormonal Saat Pubertas

Hormon yang berpengaruh pada proses pertumbuhan dan perkembangan adalah hormon pertumbuhan (*growth hormone*), hormon gonadotropin (*gonadotropic hormone*), estrogen, progesteron, serta testosteron (Poltekes Depkes Jakarta, 2010). Hormon pertumbuhan akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan tinggi dan berat badan pada

remaja baik laki-laki dan perempuan. Pada laki-laki akan muncul ciri-ciri seksual sekunder seperti rambut wajah, tubuh dan kelamin serta suara yang dalam akibat dari hormon androgen, sedangkan pada perempuan, ciri-ciri seksual sekunder yang timbul berupa adanya rambut di daerah kelamin, pembesaran payudara, pinggul yang lebih lebar akibat dari hormon estrogen. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas baik pada laki-laki maupun perempuan akan mengakibatkan adanya dorongan seksual (Santrock, 2007).

## 2. Pertumbuhan Fisik

Perubahan fisik pada remaja laki-laki dimulai pada usia 12-14 tahun dan berakhir pada usia 20 tahun, sedangkan perubahan fisik remaja perempuan dimulai pada usia 10-14 tahun dan berakhir pada usia 17-19 tahun (APA, 2002; dalam Susanto, 2011). Sekitar 20% sampai 25% tinggi badan akhir dicapai selama masa pubertas yang terjadi selama masa periode 24 sampai 36 bulan (Wong, 2008).

## 3. Perubahan Fisiologis

Beberapa perubahan yang terjadi selama masa pubertas akan memberikan respon pada perubahan fisiologis tubuh seperti perubahan ukuran dan kekuatan jantung, pembesaran pembuluh darah, dan peningkatan tekanan sistolik, sementara produksi panas tubuh dan frekuensi nadi mengalami penurunan. Peningkatan masa otot pada remaja putra selama pubertas akan mengakibatkan terjadinya peningkatan volume darah remaja putra dibandingkan dengan remaja

putri. Volume pernapasan dan kapasitas vital juga akan mengalami peningkatan yang lebih besar pada remaja putra daripada remaja putri. Respon fisiologis tubuh juga mengalami peningkatan akibat aktifitas yang meningkat pada remaja putra setelah latihan fisik sehingga tubuh mampu melakukan penyesuaian secara fisiologis. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya peningkatan pada ukuran dan kekuatan otot serta peningkatan fungsi jantung, pernapasan dan metabolik pada masa pubertas (Wong, 2008).

b. Perkembangan Psikososial.

Masa transisi emosional pada masa remaja dapat ditandai dengan adanya perubahan-perubahan seperti perubahan pemikiran bagaimana cara remaja melihat dirinya sendiri (Poltekes Depkes Jakarta, 2010). Perubahan fisik dan fisiologis yang terjadi selama masa pubertas akan dapat meningkatkan emosi pada remaja. Tekanan sosial dan ketidaksiapan remaja menghadapi kondisi baru dalam masa remaja juga mampu mengakibatkan perubahan emosi pada remaja yang dimunculkan berupa sikap dan tingkah laku remaja dalam kesehariannya. Remaja perlu belajar bagaimana cara menimbulkan reaksi emosional yang terbuka baik kepada keluarga dan teman dari suatu situasi agar dapat mencapai kematangan emosi (Hurlock, 1998; dalam Nurhayati, 2011). Perasaan terbuka akan masalah pribadi akan mempengaruhi rasa aman nyaman ketika berhubungan sosial dengan orang lain. Pengaruh besar yang ditimbulkan oleh kelompok sebaya membuat

keterbukaan remaja kepada kelompok sebaya jauh lebih besar dibandingkan dengan keluarga (Sham, 2005; dalam Nurhayati 2011).

c. Perkembangan Kognitif

Pengambilan sebuah keputusan baik di rumah maupu di sekolah adalah bentuk perubahan kognitif yang terjadi pada remaja. Remaja mulai mampu menunjukkan cara berfikir yang logis, mampu menggunakan istilah sendiri, memiliki pandangan dalam bergaul dan hobi yang diminatinya serta cara berpenampilan (Poltekes Depkes Jakarta, 2010). Cara berfikir remaja sudah mulai menatap masa depan, mampu mengevaluasi berbagai cara dalam pengambilan tindakan, dan apa yang menjadi tujaun pribadi dari remaja (Keating 1990; dalam Stuart, 2009; dalam Susanto, 2011).

d. Perkembangan Moral

Perkembangan moral pada masa remaja ditandai dengan munculnya suatu pertanyaan mengenai nilai-nilai moral yang sudah ada dan relevansinya terhadap individu dan masyarakat. Remaja lebih memahami tugas dan kewajiban berdasarkan hak timbal balik dengan orang lain, dan juga memahami konsep peradilan yang nampak dalam penetapan hukuman terhadap kesalahan yang dilakukan oleh remaja. Remaja mempertahankan peraturan moral yang telah ditetapkan. Remaja sering kali menganggap peraturan moral secara verbal berasal dari orang dewasa tetapi remaja tidak mematuhi peraturan tersebut (Wong, 2008).

e. Perkembangan Spiritualitas

Pada perkembangan spiritualitas terjadi perubahan aktifitas ibadah yang dilakukan oleh remaja mulai dari menolak untuk melakukan aktifitas ibadah yang formal tetapi melakukan ibadah secara mandiri dengan privasi dalam kamar sendiri. Remaja memerlukan eksplorasi yang luas terhadap konsep keberadaan Tuhan. Remaja lebih membandingkan agama mereka dengan orang lain sehingga remaja mengakibatkan remaja mempertanyakan kepercayaannya sendiri namun pada akhirnya remaja mampu menghasilkan perumusan dan penguatan spiritualitas remaja (Wong, 2008).

f. Perkembangan Sosial

Kedekatan dengan teman sebaya dan waktu yang lebih banyak dihabiskan dengan kelompok sebaya merupakan perubahan sosial yang terjadi pada masa remaja (Poltekes Depkes Jakarta, 2010). Perubahan sosial pada masa remaja bisa mengakibatkan remaja memiliki keinginannya sendiri meskipun bergaul dengan banyak teman dengan tidak memperhatikan perkataan orang lain namun ketergantungan dengan teman sebaya masih kuat didukung dengan semangat yang tinggi. Pentingnya perkembangan sosial ini dapat menggambarkan bagaimana remaja membina hubungan dengan keluarga, teman sebaya baik di sekolah maupun di lingkungan tempat tinggalnya dan masyarakat lainnya (Darmasih, 2009).

## 2.4 Konsep Pengetahuan

Pengetahuan merupakan suatu hasil tahu seseorang terhadap objek tertentu melalui penglihatan, pembau, pendengaran (alat indra). Penginderaan ini dapat terjadi melalui pancaindra seseorang, dan sebagian besar diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk sikap seseorang. Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek tertentu mempunyai tingkatan yang berbeda-beda. Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan terdiri dari 6 tingkatan yaitu:

a) tahu (*Know*)

tahu diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu dan hal tersebut telah dipelajari sebelumnya, termasuk mengingat kembali pengetahuan dari seluruh bahan yang dipelajari atau mendapatkan rangsangan yang telah diterima. Pengetahuan mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT yang telah dipelajari oleh remaja dapat diingat kembali oleh remaja dari seluruh bahan yang telah dipelajari. Misalnya remaja dapat menyebutkan tentang pengertian HIV/AIDS;

b) memahami (*comprehension*)

memahami merupakan kemampuan seseorang menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menjelaskan materi secara benar. Pemahaman remaja mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT membuat remaja harus dapat menjelaskan dan menyimpulkan dengan benar. Contohnya remaja dapat menjelaskan tahapan Klinik VCT;

c) aplikasi (*application*)

aplikasi diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi yang sebenarnya. Misalnya remaja dapat menentukan atau memilih pergaulan teman sebaya maupun lawan jenis sesuai dengan perilaku yang tidak berisiko sebagai upaya pencegahan terhadap penularan HIV/AIDS di manapun remaja tinggal;

d) analisis (*analysis*)

analisis merupakan kemampuan seseorang dalam menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih ada kaitannya satu sama lain. Misalnya remaja mampu menjelaskan salah satu cara yang dapat menularkan HIV/AIDS;

e) sintesis (*synthesis*)

sintesis adalah suatu kemampuan seseorang untuk menghubungkan atau menyusun bagian-bagian yang telah ada. Misalnya saja remaja mampu menyusun atau menghubungkan perilaku yang berisiko seperti melakukan hubungan seksual yang tidak aman dengan risiko tertular HIV/AIDS;

f) evaluasi (*evaluation*)

evaluasi merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan penilaian pada objek tertentu. Misalnya remaja mampu bersikap dalam pergaulan dengan teman sebaya dan perilaku berisiko yang dapat menularkan HIV/AIDS.

Pengetahuan dapat diukur melalui wawancara dan pengisian angket dengan menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Mubarak *et al* (2007) mengemukakan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- a) pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin cepat dan mudah dalam menerima sebuah informasi sehingga akan semakin banyak juga pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan seseorang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap informasi yang baru;
- b) pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengetahuan dan pengalaman baik secara langsung maupun tidak langsung;
- c) usia, seiring dengan bertambahnya usia seseorang maka akan terjadi perkembangan baik secara fisik maupun psikologi. Perkembangan fisik tersebut dapat berupa perubahan ukuran, proporsi, hilangnya ciri-ciri lama, dan munculnya ciri-ciri baru yang terjadi akibat pematangan organ sedangkan perkembangan psikologi taraf berfikir seseorang akan semakin matang dan dewasa;
- d) minat, minat akan mempengaruhi seseorang untuk mau mencoba atau menekuni suatu hal yang pada akhirnya akan menghasilkan suatu pengetahuan yang lebih mendalam;
- e) informasi, informasi yang mudah diperoleh dapat membantu mempercepat seseorang dalam memperoleh suatu pengetahuan yang baru;

- f) kebudayaan lingkungan sekitar mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap sikap. Seseorang yang tinggal di lingkungan yang mempunyai budaya menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya akan memiliki sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan;
- g) pengalaman, pengalaman merupakan kejadian yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungan. Pengalaman yang kurang baik cenderung akan dilupakan sedangkan pengalaman yang menyenangkan terhadap suatu obyek akan timbul kesan yang dalam dan membekas sehingga dapat membentuk sikap yang positif dalam kehidupannya.

## **2.5 Konsep Sikap**

Menurut Notoatmodjo (2010) bahwa sikap merupakan respon seseorang terhadap suatu stimulus atau rangsangan. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsir terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu, hal ini merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus atau rangsangan dari kehidupan sosial. Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bertindak terhadap stimulus di lingkungan, dan bukan merupakan suatu pelaksanaan dengan motif tertentu, hal ini diungkapkan Newcomb seorang ahli psikologi sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan akan tetapi sikap merupakan suatu hal yang akan mengarah pada suatu tindakan atau perilaku. Sikap terdiri dari 4 tingkatan yaitu:

a) menerima (*receiving*)

menerima diartikan bahwa seseorang mau dan memperhatikan suatu respon yang telah diberikan oleh orang lain. Contohnya remaja mau dan memperhatikan selama proses pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT;

b) menanggapi (*responding*)

menanggapi diartikan bahwa seseorang memberikan suatu jawaban atau tanggapan terhadap suatu pertanyaan. Misalnya remaja yang mengikuti penyuluhan HIV/AIDS ditanya dan remaja menjawab pertanyaan yang diberikan oleh penyuluh;

c) menghargai (*valuing*)

menghargai diartikan bahwa seseorang memberikan suatu penilaian yang baik terhadap stimulus, hal ini berarti mengajak orang lain untuk mendiskusikan suatu masalah. Misalnya ada teman yang perilakunya berisiko terhadap penularan HIV/AIDS maka remaja mampu mengajak dan melakukan diskusi tentang HIV/AIDS dan menyarankan agar mereka melakukan pemeriksaan status HIV/AIDS di Klinik VCT. Hal ini berarti remaja memiliki sikap yang positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT;

d) bertanggung jawab (*responsible*)

mampu bertanggung jawab terhadap apa yang telah dilakukan dan terhadap apa yang telah dipilih oleh seseorang merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya remaja mampu menolak ajakan teman sebaya untuk melakukan

aktifitas yang berisiko menularkan HIV/AIDS meskipun pada akhirnya akan di jauhi oleh teman-temanya.

Sikap selalu berhubungan dengan suatu obyek yang disertai dengan perasaan positif dan negatif. Seseorang akan memiliki sikap positif terhadap suatu obyek apabila obyek tersebut memiliki nilai dalam pandangannya sedangkan seseorang akan memiliki sikap negatif apabila obyek tersebut tidak memiliki nilai menurut pandangannya (Slameto, 1995). Menurut Azwar (2012) sikap dipegaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap adalah pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama, dan faktor emosional.

a) Pengalaman Pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

b) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c) Pengaruh Kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya dan karena kebudayaan pula yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya.

d) Media Massa

Dalam pemberitaan surat kabar mauoun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

e) Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

f) Faktor Emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

## **2.6 Konsep Pembelajaran Aktif dengan *Action Learning***

### 2.6.1 Model-Model Pembelajaran

Belajar adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang untuk mendapatkan perubahan baik perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam dirinya melalui pengalaman. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Cronbach (1954; dalam Baharuddin, 2010) yang menyatakan bahwa belajar yang paling baik adalah melalui suatu pengalaman. Hal tersebut bisa dilakukan melalui metode pembelajaran aktif. Pembelajaran aktif adalah segala bentuk pembelajaran yang memungkinkan peserta didik berperan secara aktif dalam proses pembelajaran itu sendiri baik dalam bentuk interaksi antar peserta didik maupun peserta didik dengan pengajar dalam proses pembelajaran tersebut (Samadhi, 2011).

Belajar aktif merupakan salah satu model pembelajaran yang menggunakan prinsip konstruktivisme. Beberapa model pembelajaran yang didasarkan pada konstruktivisme adalah *discovery learning*, *reception learning*, *assisted learning*, *active learning*, *the accelerated learning*, *quantum learning*, dan *contextual teaching and learning* (Baharuddin, 2010).

#### a. *Discovery Learning*

Model pembelajaran ini menuntut siswa untuk belajar melalui aktif dengan konsep-konsep dan prinsip-prinsip, dan guru mendorong siswa untuk mempunyai pengalaman-pengalaman dan menghubungkannya untuk menemukan prinsip-prinsip bagi diri mereka sendiri.

b. *Reception Learning*

Ausabel (dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan sebuah alternatif model pembelajaran yang disebut *reception learning*. Penganut teori resepsi ini menyatakan bahwa guru mempunyai tugas untuk menyusun situasi pembelajaran, memilih materi yang sesuai untuk siswa, lalu mempresentasikan pelajaran yang dimulai dari umum ke khusus.

c. *Assisted Learning*

Vygotsky (dalam Baharuddin, 2010) menyatakan bahwa perkembangan kognitif terjadi melalui interaksi dan percakapan seorang anak dengan lingkungan disekitarnya, baik dengan teman sebaya, orang dewasa, atau orang lain dalam lingkungannya. Orang lain tersebut sebagai pembimbing atau guru yang memberikan informasi dan dukungan penting yang dibutuhkan anak untuk menumbuhkan intelegensinya.

d. *The Accelerated Learning*

*The accelerated learning* adalah pembelajaran yang dipercepat. Konsep dari pembelajaran ini adalah bahwa pembelajaran itu berlangsung secara cepat, menyenangkan, dan memuaskan (Baharuddin, 2010).

e. *Quantum Learning*

Baharuddin (2010) menjelaskan bahwa konsep dasar dari model pembelajaran ini adalah belajar itu harus mengasyikkan dan berlangsung dalam suasana gembira, sehingga pintu masuk untuk informasi baru akan lebih luas. *Quantum learning* berusaha mengubah suasana belajar yang monoton dan membosankan ke dalam suasana belajar yang meriah dan

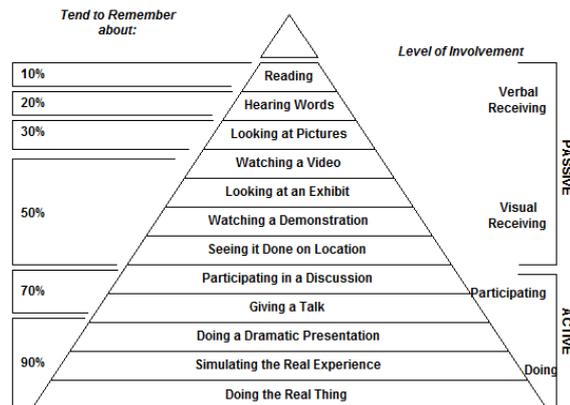
gembira dengan memadukan potensi fisik, psikis, dan emosi siswa menjadi suatu kesatuan kekuatan yang saling berhubungan.

f. *Contextual Teaching And Learning (CTL)*

Nurhadi (2004, dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan bahwa pembelajaran kontekstual adalah konsep belajar yang membantu pendidik mengaitkan antara materi yang diajarkan dengan situasi dunia nyata siswa dan mendorong siswa membuat hubungan antara pengetahuan yang dimilikinya dengan penerapan dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Baharuddin (2010), dalam kelas kontekstual, tugas pendidik (guru) adalah membantu siswa mencapai tujuannya. Pendidik lebih banyak berurusan dengan strategi daripada memberikan informasi.

g. *Active Learning*

*Active learning* artinya pembelajaran aktif. Silberman (1996, dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan bahwa belajar membutuhkan keterlibatan mental dan tindakan sekaligus. Pada saat kegiatan belajar itu aktif, siswa melakukan pekerjaan belajar. Siswa mempelajari gagasan-gagasan, memecahkan berbagai masalah dan menerapkan apa yang mereka pelajari. Belajar aktif merupakan langkah cepat, menyenangkan, dan menarik.



Gambar 2.4 Efektifitas Model Pembelajaran (Samadhi, 2011)

Menurut Bonwell (1995; dalam Samadhi, 2011), pembelajaran aktif memiliki karakteristik-karakteristik sebagai berikut :

- 1) penekanan proses pembelajaran tidak hanya pada proses penyampaian informasi oleh pengajar kepada peserta didik tetapi juga pada pengembangan keterampilan pemikiran analitis dan kritis terhadap topik atau permasalahan yang dibahas;
- 2) selama proses belajar peserta didik tidak hanya mendengarkan tetapi juga mengerjakan sesuatu yang berkaitan dengan materi pembelajaran;
- 3) penekanan pada eksplorasi nilai-nilai dan sikap-sikap berkenaan dengan materi pembelajaran;
- 4) peserta didik dituntut agar mampu berpikir kritis, menganalisa, dan melakukan evaluasi;
- 5) terjadi umpan balik yang cepat selama proses pembelajaran.

### 2.6.2 Syarat-Syarat Belajar Aktif

Moeliono *et al* (2003) menyebutkan bahwa keterampilan dalam membantu terjadinya pertukaran informasi yang efisien dan efektif sangat diperlukan agar terjadi proses belajar yang optimal. Untuk dapat memfasilitasi sebuah proses belajar dengan baik, maka pengajar harus memiliki beberapa keterampilan dasar yang harus dipelajari dan dimiliki terlebih dahulu.

#### a. Keterbukaan

Pengajar mau mendengarkan dan mampu menghargai hal-hal yang berbeda dengan pendapatnya sendiri. Pengajar yang tidak mau mendengar dan menghargai perbedaan pendapat akan menghambat proses belajar. Keterbukaan berarti siap untuk memahami, menghargai, dan menghormati pendapat yang berbeda.

#### b. Sensitif dan Fleksibel (luwes)

Pengajar harus mau menjadi pendengar yang baik dan sensitif terhadap keadaan peserta (tertarik, bosan, capai, mengantuk, tidak puas, dll). Kepekaan dalam membaca situasi peserta didik tersebut menuntut pengajar untuk bersikap luwes selama proses belajar mengajar.

#### c. Komunikasi yang baik

Bahasa yang digunakan oleh pengajar harus sederhana sehingga mudah dimengerti oleh peserta didik dan tidak terlalu cepat atau lambat dalam penyampaiannya. Pengajar juga harus mampu mendorong peserta didik untuk berbicara sehingga peserta didik mampu mengungkapkan perasaannya dengan leluasa.

d. Sabar

Kesabaran pengajar dalam mendengarkan peserta didik dengan penuh perhatian sehingga dapat membantu peserta didik mencapai tujuan belajarnya.

e. Bersikap positif

Belajar yang optimal harus dalam keadaan yang menyenangkan. Pengajar harus mampu bersikap positif selama proses belajar. Menghargai suatu kegagalan dan keberhasilan selama proses belajar sama pentingnya, dan selalu optimis serta percaya diri mampu menciptakan suasana belajar yang baik.

f. Tidak berhenti belajar

Pengajar harus selalu membaca materi pembelajaran, mencari dan menemukan sendiri metode-metode yang tepat, dan mempelajari berbagai persoalan yang relevan dengan materi yang akan dibahas.

g. Transformatif

Pengajar diharapkan mampu meningkatkan potensi peserta didik dalam diri peserta didik sehingga menghasilkan perubahan dan pembaruan yang lebih baik, tidak menggurui apalagi mendominasi selama proses belajar.

### 2.6.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Belajar

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang berasal dari dalam diri individu atau faktor internal dan raktor yang berasal dari luar atau faktor eksternal (Baharuddin, 2010).

a. Faktor Internal

1) Faktor fisiologis

Faktor fisiologis merupakan faktor yang berhubungan dengan keadaan fisik individu yaitu (1) kondisi fisik, kondisi fisik yang sehat akan mempengaruhi kegiatan belajar dan tercapainya hasil belajar yang maksimal, sedangkan kondisi fisik yang lemah akan membuat hasil belajar tidak maksimal; dan (2) pancaindra, pancaindra yang berfungsi dengan baik akan mempermudah kegiatan belajar sehingga hasil belajar bisa maksimal.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis merupakan keadaan psikologis yang dapat berpengaruh terhadap proses belajar. Faktor psikologis tersebut meliputi (1) kecerdasan, kecerdasan adalah faktor yang paling penting dalam proses mengajar, semakin tinggi tingkat kecerdasan semakin, semakin mudah dalam mencapai kesuksesan dalam belajar; (2) motivasi, motivasi berfungsi dalam memberikan dorongan kepada individu untuk melakukan kegiatan belajar; (3) minat, jika seseorang memiliki minat untuk belajar maka dia akan bersemangat selama proses belajar; (4) sikap, sikap yang positif dalam belajar akan mempengaruhi keberhasilan seseorang proses belajarnya; dan (5) bakat, jika bakat yang dimiliki seseorang sesuai dengan bidangnya maka bakat akan membantu seseorang tersebut memperoleh keberhasilan belajar.

## b. Faktor Eksternal

### 1) Lingkungan sosial

Lingkungan sosial terdiri dari: (1) lingkungan sekolah, hubungan harmonis antar warga sekolah seperti guru, siswa, dan staff karyawan akan menimbulkan minat siswa untuk belajar; (2) lingkungan sosial masyarakat, kondisi lingkungan yang kotor misalnya akan menghambat kegiatan belajar siswa; dan (3) lingkungan sosial kerluarga, hubungan haromonis antar anggota keluarga seperti orang tua dan saudara akan membantu siswa dalam melakukan kegiatan belajar dengan baik.

### 2) Lingkungan nonsosial

Lingkungan nonsosial terdiri dari: (1) lingkungan alamiah, kondisi alam yang baik akan mendukung siswa selama proses belajar dengan baik; (2) instrumental, fasilitas belajar yang baik dapat membantu siswa mendapatkan hasil belajar yang maksimal; dan (3) materi pelajaran, materi pelajaran yang diberikan harus sesuai dengan tahap perkembangan siswa supaya informasi/pesan dapat disampaikan dengan baik sehingga hasil belajar dapat maksimal.

Sillberman (2009) menyebutkan bahwa materi yang menarik adalah yang mudah diajarkan. Materi yang membosankan dapat diantisipasi dengan menggunakan metode-metode belajar aktif sehingga pembelajaran menjadi menyenangkan. Pembelajaran yang menyenangkan akan memotifasi siswa untuk menguasai materi pembelajaran meskipun materi tersebut membosankan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah metode *action learning*.

#### 2.6.4 *Action Learning*

Belajar tindakan (*action learning*) adalah salah satu strategi pembelajaran aktif untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan dan sikap. *Action learning* memberikan kesempatan kepada siswa untuk dapat melihat dari dekat suatu kehidupan nyata. Setting kehidupan dapat disesuaikan sesuai dengan topik yang akan dipelajari. Pengalaman belajar di luar kelas dapat merangsang siswa untuk memperoleh penemuan dan membuat siswa menjadi kreatif dalam mendiskusikannya di dalam kelas (Silberman, 2009). Fokus dari pembelajaran *action learning* sendiri adalah pertanyaan (*questions*). Keunggulan pertanyaan tersebut yaitu bersifat eksplorasi untuk mendapatkan wawasan/pengetahuan baru. Oleh sebab itu pengetahuan baru yang diperoleh adalah dengan cara mempertanyakannya bukan menghakimi atau sekedar menebak-nebak. Hal tersebut merupakan inti dari pembelajaran *action learning*. (Dillworth, 2008; dalam Adams, 2009).

Belajar (L) merupakan hasil dari pengetahuan (P) dan pertanyaan (Q) yang selanjutnya dikenal melalui persamaan  $L = P + Q$  dimana P dan Q sama pentingnya. Kunci dari suatu pembelajaran harus dimulai dari Q terlebih dahulu. Q dapat menggambarkan suatu masalah yang belum diketahui solusinya atau suatu masalah yang sudah siap untuk dipecahkan (Dillwoth dan Willis, 2003; dalam Adams, 2009). Marquardt (2007) menyatakan bahwa pertanyaan-pertanyaan yang dipilih haruslah pertanyaan-pertanyaan yang relevan dan berbobot. Peserta didik dapat menemukan informasi-informasi yang mungkin lebih baik dari pengetahuan yang dimilikinya dan mendorong mereka untuk

berfikir kritis dalam memecahkan suatu masalah ketika mereka benar-benar bertanya. Pertanyaan yang paling efektif menurut Marquardt (2007) adalah sebagai berikut :

- a. pertanyaan yang dibuat harus mampu menciptakan suatu kejelasan, misalnya bisakah Anda menjelaskan apa yang terjadi ?;
- b. membantu peserta didik dalam berpikir kritis dan analitis, misalnya apa konsekuensi yang akan diperoleh apabila kita menggunakan metode *action learning* ?;
- c. menginspirasi peserta didik dalam merefleksi hal-hal yang tak terduga, misalnya mengapa metode *action learning* selalu menjadi pilihan bagi pengajar ?;
- d. mendorong peserta didik untuk mengungkapkan suatu terobosan baru, misalnya apakah hasil belajar dapat ditingkatkan dengan metode *action learning* ?;
- e. asumsi terhadap tantangan, misalnya mengapa kita selalu memilih metode *action learning* dalam pembelajaran ?;
- f. menciptakan solusi, misalnya berdasarkan pengalaman Anda, apa yang harus kita lakukan selanjutnya ?

*World Institute for Action Learning* yang dikenal dengan WIAL (2009) menyebutkan beberapa keuntungan yang akan diperoleh individu melalui pembelajaran *action learning* sebagai berikut :

- 1) *action learning* dapat membantu individu untuk meningkatkan efektivitas dan produktivitas peserta didik;

- 2) penekanan pembelajaran *action learning* melalui pengalaman pribadi dapat meningkatkan jiwa kepemimpinan dan keterampilan peserta didik;
- 3) mengembangkan rasa percaya diri dan ketegasan peserta didik;
- 4) meningkatkan kesadaran tentang bagaimana seharusnya peserta didik berasumsi, memiliki keyakinan dan sikap sehingga akan mempengaruhi pola pikir peserta didik untuk mengambil suatu keputusan dalam bertindak;
- 5) mengembangkan kecerdasan emosional dalam hal kesadaran diri dan orang lain supaya mampu menyesuaikan diri sesuai dengan konteks yang ada untuk mendapatkan hasil yang maksimal;
- 6) melalui *action learning* peserta didik dapat menemukan keberanian untuk berbicara dalam mengemukakan pendapat sehingga mendorong orang lain untuk mau melakukan hal yang sama.

Adapun langkah-langkah *action learning* sebagai strategi pembelajaran aktif menurut Sillberman (2009) sebagai berikut:

- 1) perkenalkan topik/ materi kepada peserta didik dengan memberikan latar belakang informasi melalui pelajaran yang didasarkan pada metode ceramah yang singkat dan diskusi kelas;
- 2) jelaskan kepada peserta didik bahwa mereka akan diberikan kesempatan untuk melakukan *field trip* (perjalanan lapangan) pada setting kehidupan nyata mengenai topik yang sudah diperkenalkan sebelumnya;

- 3) kelompokkan kelas menjadi sub-kelompok empat atau lima dan minta mereka mengembangkan daftar pertanyaan atau hal-hal khusus yang seharusnya mereka cari dan diskusikan selama perjalanan lapangannya;
- 4) mintalah kelompok untuk menyampaikan daftar pertanyaan yang sudah dibuat kepada kelas;
- 5) berikanlah batas waktu kepada peserta didik (*deadline*) misalnya satu minggu, dan arahkan mereka untuk mengunjungi tempat sesuai dengan topik yang sudah diperkenalkan untuk menggunakan daftar pertanyaan untuk interview atau observasi;
- 6) setelah perjalanan lapangan selesai mintalah masing-masing kelompok untuk membuat laporan hasil penemuannya selama di lapangan;
- 7) pada pertemuan selanjutnya dilakukan dengan presentasi kepada kelas hasil penemuan masing-masing kelompok selama perjalanan lapangan yang dilanjutkan dengan diskusi.

## **2.7 Peran Perawat Komunitas**

Potter & Perry (2005) menjelaskan, bahwa program kesehatan komunitas dan sekolah bagi remaja berfokus pada upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Perawat terlibat dalam kesehatan komunitas melalui program pengajaran atau pendidikan kesehatan, konsultasi kesehatan, skrining penyakit dan kecelakaan. Remaja banyak menghabiskan waktunya di lingkungan sekolah. Oleh karena itu peran perawat komunitas di sekolah harus di optimalkan (Poltekes Depkes Jakarta, 2010). Upaya meningkatkan kesehatan

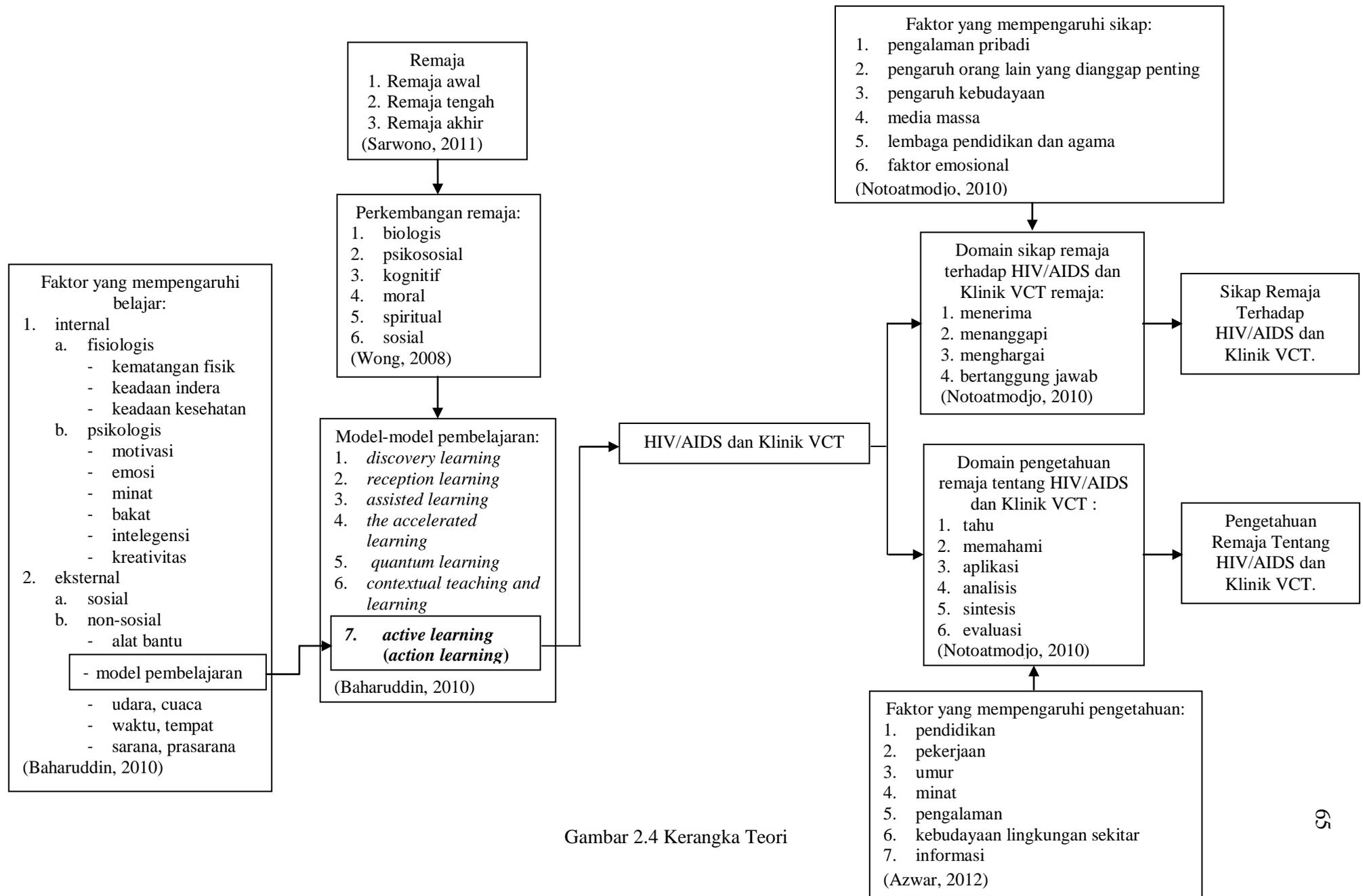
remaja di sekolah adalah upaya preventif. Upaya preventif yang dilakukan oleh perawat di sekolah dibagi menjadi 3 yaitu upaya preventif primer, preventif sekunder dan preventif tersier (Stanhope, 2006).

Upaya preventif primer yang dilakukan oleh perawat di sekolah adalah melalui kegiatan promosi kesehatan. Fungsi perawat sebagai pendidik diharapkan mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada siswa untuk meningkatkan status kesehatan. Salah satu pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat adalah pendidikan kesehatan sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit. Praktik keperawatan pendidikan kesehatan di sekolah meliputi praktik pengajaran yang direncanakan dan insidental. Kegiatan ini mengintegrasikan informasi kesehatan dengan pengalaman siswa untuk membangun pengetahuan dan sikap positif terhadap kesehatan (Allender dan Spradley, 2005).

Kecamatan Puger merupakan wilayah dengan prevalensi HIV/AIDS yang paling tinggi se Kabupaten Jember. Pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS di wilayah tersebut haruslah optimal. Pendidikan kesehatan yang diberikan tidak hanya tentang HIV/AIDS tetapi masyarakat juga harus dikenalkan dengan Klinik VCT. Klinik VCT layanan untuk deteksi status HIV/AIDS dan merupakan pintu masuk ke layanan HIV/AIDS lainnya. Setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT diharapkan masyarakat Puger mempunyai pengetahuan yang komprehensif tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT tetapi juga diharapkan mampu bersikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebagai upaya pengendalian penularan HIV/AIDS di Kecamatan Puger dan di Kabupaten Jember.

## **2.8 Kerangka Teori**

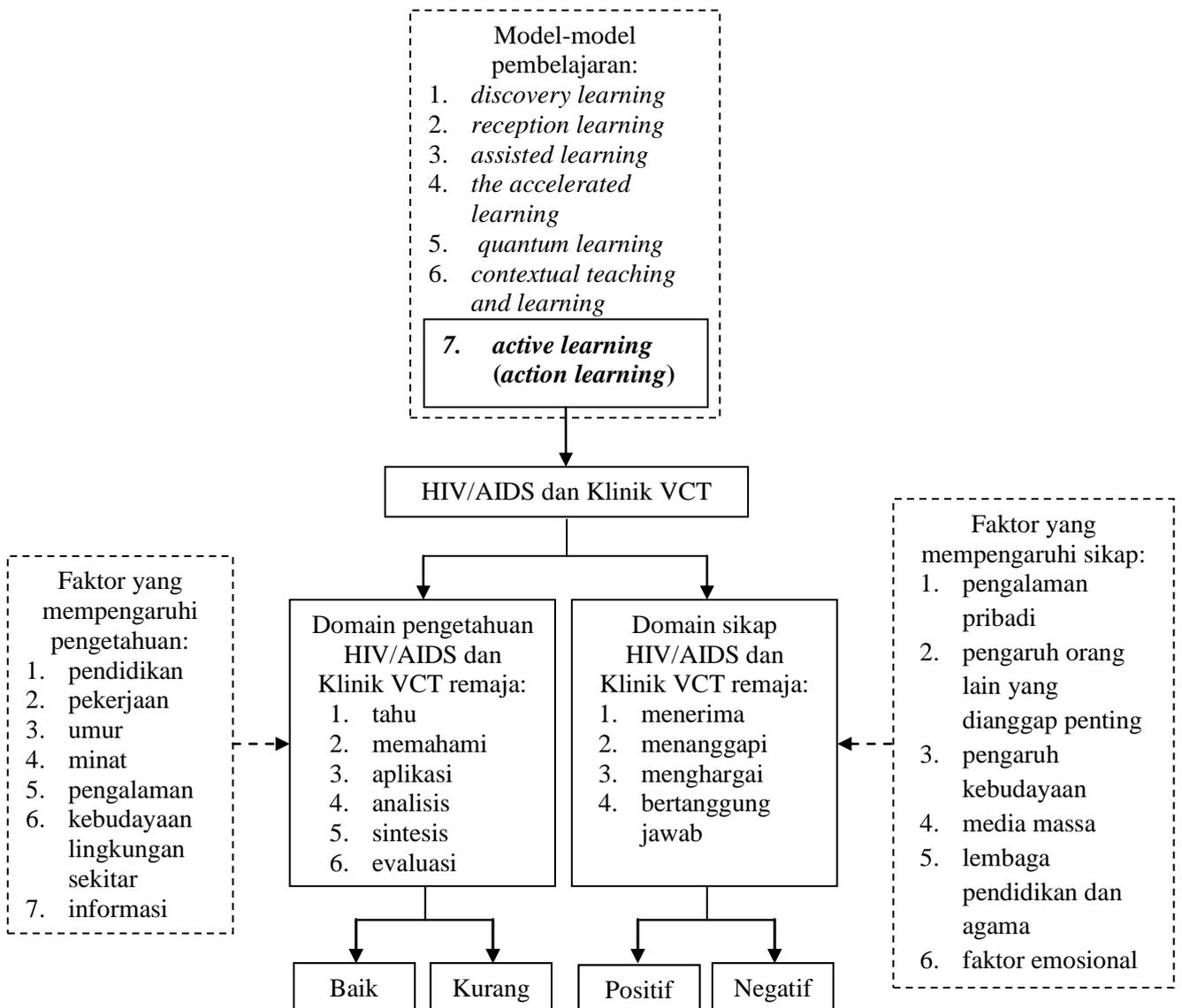
Setelah dijelaskan berbagai pendekatan teori, pada akhir bab ini dijelaskan teori-teori mana saja yang akan dipakai dalam penelitian. Penjelasan tersebut digambarkan dalam bentuk kerangka teori seperti pada gambar 2.5 berikut.



Gambar 2.4 Kerangka Teori

## BAB 3. KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

**Keterangan :** = diteliti = tidak diteliti**3.2 Hipotesis Penelitian**

Pengambilan keputusan untuk uji hipotesis dari hasil analisa data pada penelitian ini adalah menggunakan  $H_a$  sebagai hipotesis penelitian.  $H_a$  yang diambil mempunyai arti bahwa ada pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

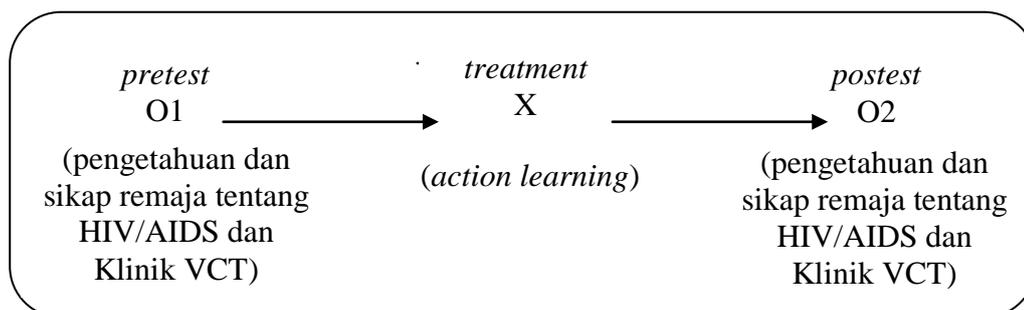
## **BAB 4. METODE PENELITIAN**

Pada bab ini dijelaskan tentang desain penelitian sampai etika penelitian dari penelitian pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

### **4.1 Desain Penelitian**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Pre Eksperimental* dengan rancangan penelitian *One Group Pretest-Posttest*. Rancangan *One Group Pretest-Posttest* merupakan rancangan penelitian yang tidak menggunakan kelompok kontrol (pembanding), tetapi sudah melakukan pengukuran pertama (*pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (Setiadi, 2007).

Perlakuan yang diberikan berupa pembelajaran aktif melalui strategi *action learning* dan pengukuran (O1 dan O2) adalah pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT pada siswa SMK Perikanan dan Kelautan Puger. Rancangan penelitian ini dapat digambarkan dalam bagan berikut :



Gambar 4.1 Rancangan penelitian *Pre eksperimental pre-tes and post-test group design*

keterangan :

O1 : *pretest* pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT

X : intervensi pendidikan kelompok

O2 : *posttest* pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT

## 4.2 Populasi dan Sampel

### 4.6.1 Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu sesuai dengan yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah siswa/siswi kelas I (Kelas I NKPI I, Kelas I NKPI II, Kelas I TKPI dan Kelas I TPHP) dan siswa/siswi kelas II (Keals II NKPI I, Kelas II NKPI II, dan Kelas II TKPI) SMK Perikanan dan Kelautan Kecamatan Puger Kabupaten Jember berjumlah 146 siswa.

#### 4.6.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti (Sugiyono, 2011). Menurut Arikunto (2002) pengambilan jumlah sampel jika populasi melebihi 100 orang maka dapat diambil 10-15% atau 20-25% sampel atau lebih. Menurut Sugiyono (2011), penelitian sederhana yang menggunakan kelompok kontrol dan eksperimen maka jumlah masing-masing sampel sebanyak 10 sampai 20. Penelitian ini tidak menggunakan kelompok kontrol sehingga sampel minimal penelitian eksperimen sederhana adalah 20. Berdasarkan total populasi siswa/siswi kelas I dan II di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember sebanyak 146 siswa, maka penelitian ini menggunakan 20% dari populasi yaitu sebanyak 29 siswa.

#### 4.6.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *probability sampling*. Prinsip dari metode *probability sampling* adalah setiap subyek dalam populasi memiliki peluang yang sama untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel penelitian (Sastroasmoro, 2010). Teknik pengambilan sampel ini adalah *multistage random sampling*, yaitu dengan membagi wilayah populasi ke dalam sub-sub wilayah kemudian tiap subwilayah dibagi ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil, dan menetapkan subwilayah

sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Obyek dari penelitian ini adalah siswa/siswi kelas I dan II SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Proses pengambilan sampel pada penelitian ini dilaksanakan sebagai berikut :

- tahap I = menghitung sampel yang akan diberikan perlakuan dari total populasi. Sampel yang dibutuhkan sebanyak 29 siswa;
- tahap II = menghitung proporsi jumlah sampel yang akan diambil dari setiap kelas;
- tahap III = sampel pada tiap strata diambil secara acak sederhana atau sistematis;

Proporsi pengambilan sampel menggunakan rumus :

$$n_1 = \frac{N_1 \times n}{N}$$

Keterangan :  $n_1$  = Jumlah sampel pada setiap kelas

$N_1$  = Jumlah siswa di setiap kelas

$N$  = Jumlah populasi di SMK Perikanan dan Kelautan

$n$  = Jumlah sampel

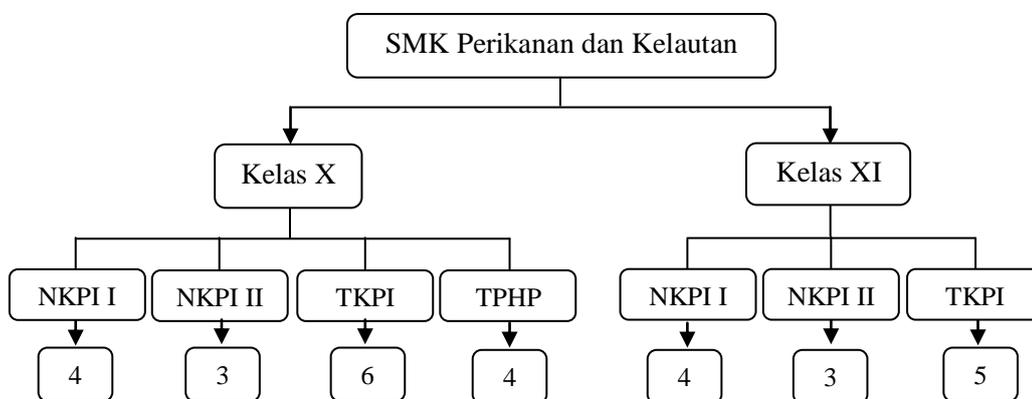
Besar sampel yang dibutuhkan sebanyak 29 siswa, maka sampel pada setiap kelas didapatkan hasil pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Pada Setiap Kelas

Kelas	Jumlah siswa	Sampel setiap kelas	Jumlah sampel
Kelas X NKPI I	18	4	17 siswa
Kelas X NKPI II	17	3	
Kelas X TKPI	30	6	
Kelas X TPHP	21	4	
Kelas XI NKPI I	18	4	12 siswa
Kelas XI NKPI II	16	3	
Kelas XI TKPI	26	5	
Jumlah siswa	146		29 siswa

Secara rinci cara pengambilan sampel dapat dilihat pada skema berikut :

Gambar 4.2 Skema Pengambilan Sampel



#### 4.6.4 Kriteria Subjek Penelitian

Kriteria subjek penelitian terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang harus ada pada setiap anggota populasi yang akan dijadikan sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1). siswa yang bersedia menjadi responden penelitian;
- 2). jenis kelamin laki-laki dan perempuan;
- 3). sehat fisik sehingga dapat mengikuti kegiatan sampai selesai.

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri dari anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1). siswa yang sedang mengikuti tugas praktik lapangan.

### **4.3 Tempat Penelitian**

Tempat penelitian dilaksanakan di SMK Perikanan Dan Kelautan Kecamatan Puger Kabupaten Jember karena sekolah ini merupakan sekolah menengah yang terbesar di Kecamatan Puger khususnya wilayah kerja Puskesmas Puger dan belum pernah ada pendidikan kesehatan mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelumnya.

### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu yang digunakan pada penelitian ini antara bulan Juni tahun 2012 sampai bulan September 2013. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai dengan penyusunan laporan dan publikasi penelitian. Periode waktu penelitian tersebut digunakan peneliti untuk mencari fenomena/masalah seputar HIV/AIDS dan klinik VCT, melakukan studi pendahuluan dan perijinan di klinik VCT Puskesmas Puger dan SMK Perikanan dan Kelautan Puger. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2013 dan dilakukan selama tiga kali pertemuan. Responden melakukan *pretest* pada pertemuan pertama yang dilanjutkan dengan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS. Pertemuan kedua dilakukan dengan *field trip* ke klinik VCT Puskesmas Puger. Kegiatan *posttest* dilakukan pada

pertemuan terakhir setelah kegiatan diskusi. Hasil penelitian selanjutnya dianalisis menggunakan komputer ke dalam program SPSS.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional terdiri dari dua variabel, antara lain variabel bebas dan variabel tergantung. Definisi operasional variabel bebas pada penelitian ini adalah *action learning*, sedangkan variabel terikat adalah pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.2 Variabel Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Variabel bebas: <i>Action learning</i>	Strategi belajar aktif dengan memberikan kesempatan kepada siswa untuk melihat dari dekat suatu kehidupan nyata melalui interview atau observasi kemudian mendiskusikan penemuannya kepada kelas.	-	-	-	-
Variabel terikat: Pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT	Kemampuan befikir remaja secara komprehensif tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT.	Indikator Pengetahuan : a. tahu b. memahami c. aplikasi d. analisis e. sintesis f. evaluasi (Notoatmodjo, 2010)	Lembar kuesioner	Ordinal	Kuesioner pengetahuan dikategorikan berdasarkan nilai <i>mean</i> . 1. Pengetahuan <i>pretest</i> : a. Pengetahuan baik $\geq 14,79$ , b. Pengetahuan

---

					kurang < 14,79
					2. Pengetahuan
					<i>posttest</i> :
					a. Pengetahuan
					baik $\geq 25,93$ ,
					b. Pengetahuan
					kurang < 25,93
Sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT	Kesiapan remaja dalam merespon HIV/AIDS dan Klinik VCT sebagai pintu masuk ke layanan HIV/AIDS lainnya.	Indikator Sikap: a. menerima b. menanggapi c. menghargai d. bertanggung jawab (Notoatmodjo, 2010)	Lembar kuesioner	Ordinal	Kuesioner sikap dikategorikan berdasarkan nilai <i>mean</i> . 1. Sikap <i>pretest</i> : a. Sikap positif $\geq$ 39, b. Sikap negatif < 39 2. Sikap <i>posttest</i> : a. Sikap positif $\geq$ 67,69, b. Sikap negatif < 67,69

---

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Sumber data penelitian ini berasal dari sumber data primer dan sekunder. Sumber primer adalah sumber yang langsung memberikan data kepada pengumpul data, dan sumber sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2011). Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner oleh responden, dan data sekunder penelitian ini adalah data yang diperoleh dari pihak lain (Setiadi, 2007). Penelitian ini menggunakan sumber data yang berasal dari seluruh siswa dan guru di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember serta pihak Klinik VCT Puskesmas Puger. Sumber data primer berasal dari hasil jawaban pertanyaan yang

diajukan peneliti dalam daftar pertanyaan, sedangkan data sekunder berasal dari hasil wawancara kepada pihak Klinik VCT Puskesmas Puger.

#### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek dalam penelitian (Nursalam, 2008). Teknik dalam pengumpulan data sangat diperlukan oleh peneliti untuk mengetahui persebaran data dan cara mendapatkan suatu data dari subyek penelitian. *Action learning* menjadi variabel independen penelitian yang dilakukan. Pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT merupakan variabel dependen, yang dinilai dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh siswa yang menjadi sampel penelitian.

Proses pengumpulan data diawali dengan melakukan perizinan kepada Humas SMK Perikanan dan Kelautan Puger dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Peneliti selanjutnya memilih responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan esklusi. Pengambilan sampel dilakukan secara acak pada setiap kelas berdasarkan rumus proporsi pada setiap kelas.

Penelitian dimulai pada tanggal 9 s/d 18 Mei 2013 yang diawali dengan pengisian lembar *informed consent*. Pengumpulan data akan dilakukan melalui 3 tahap yaitu kegiatan *pretest* dan pengenalan topik/ materi secara singkat mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT kemudian dilanjutkan dengan perjalanan lapangan (*field trip*) ke Klinik VCT Puskesmas Puger dan penyampaian hasil perjalanan lapangan kepada kelas melalui metode diskusi kelompok yang kemudian akan

dilanjutkan dengan kegiatan *posttest*. Langkah-langkah dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut :

a. Tahap pertama

- 1) peneliti yang telah mendapatkan izin untuk melakukan penelitian, akan melakukan koordinasi dengan bagian Humas SMK Perikanan dan Kelautan Puger. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan peneliti melakukan survei kepada siswa kelas I dan II SMK Perikanan dan Kelautan Puger. Peneliti memilih siswa sebagai calon responden kelas I dan II dengan menggunakan teknik *multistage random sampling* yang sesuai dengan kriteria penelitian dengan jumlah 29 siswa;
- 2) meminta kesediaan sebagai responden dan kesediaan menandatangani lembar *informed consent*;
- 3) 29 siswa yang bersedia menjadi responden penelitian kemudian diberikan *pretest*;
  - a) kegiatan *pretest* dilakukan pada tanggal 16 Mei 2013 dengan cara memberikan pertanyaan yang ada di dalam lembar kuesioner tentang pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Peneliti membimbing remaja dalam memberikan tanda centang (√) pada kolom pernyataan yang sesuai dengan pengetahuan dan sikap remaja. Pernyataan mengenai pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan klinik VCT diberikan 2 macam pilihan, yaitu benar dan salah, sedangkan

pernyataan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan klinik VCT diberikan 4 macam pilihan, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS). Alokasi waktu untuk *pretest* selama 20 menit, kemudian lembar kuesioner *pretest* dikumpulkan kepada paneliti;

b) setelah kegiatan *pretest* dilanjutkan dengan pengenalan topik/ materi tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT melalui metode ceramah. Kegiatan pendidikan kesehatan mengenai HIV/AIDS berlangsung selama 60 menit. Setelah kegiatan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dilanjutkan dengan kegiatan evaluasi dan diskusi seputar topik yang telah diberikan;

4) membuat kontrak waktu dengan responden bahwa untuk pertemuan yang selanjutnya mereka dibentuk menjadi beberapa kelompok dan diberikan penugasan untuk melakukan observasi di Klinik VCT Puskesmas Puger;

a) membagi kelas menjadi 6 kelompok kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 4-5 orang;

b) masing-masing kelompok membuat daftar pertanyaan yang akan mereka gunakan untuk interview atau observasi selama perjalanan lapangan ke Klinik VCT Puskesmas Puger;

b. Tahap kedua

Pertemuan kedua dilanjutkan dengan melakukan *field trip* ke Klinik VCT Puskesmas Puger pada tanggal 18 Mei 2013. Adapun langkah-langkah metode yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) menjelaskan prosedur dan tata tertib *field trip* sebelum berangkat ke Klinik VCT Puskesmas Puger;
  - a) dilarang membuat kegaduhan selama kegiatan *field trip* di Klinik VCT Puskesmas Puger;
  - b) setiap anggota kelompok wajib melakukan interview atau observasi melalui daftar pertanyaan yang sudah dibuat sebelumnya oleh masing-masing kelompok;
  - c) kelompok hanya berfokus untuk melakukan interview atau observasi di Klinik VCT saja dan tidak diijinkan untuk melakukan interview atau observasi di ruangan lain kecuali ruang laboratorium karena ruang laboratorium juga digunakan oleh Klinik VCT sebagai tempat untuk melakukan testing HIV;
- 2) membagi kelas menjadi 2 *shift*, yaitu 3 kelompok (kelompok 1,3,5) *shift* pertama dan 3 kelompok sisanya (kelompok 2,4,6) *shift* kedua karena kondisi Klinik VCT Puskesmas Puger yang tidak memungkinkan untuk didatangi 29 orang sekaligus;
  - a) *shift* pertama melakukan interview atau observasi di klinik VCT Puskesmas Puger selama 30 menit, setelah *shift* pertama selesai interview dan observasi kemudian dilanjutkan dengan *shift* kedua untuk melakukan interview dan observasi di klinik VCT Puskesmas Puger selama 30 menit;

- b) kegiatan interview atau observasi yang dilakukan masing-masing kelompok berdasarkan daftar pertanyaan yang sudah dibuat sebelumnya oleh masing-masing kelompok tersebut;
  - c) daftar pertanyaan yang telah dibuat sebelumnya tentang klinik VCT telah dikembangkan pada saat interview atau observasi di klinik VCT Puskesmas Puger;
- 3) peneliti kemudian memerintahkan masing-masing kelompok untuk menyusun laporan dalam bentuk rangkuman sebagai hasil dari apa yang telah mereka temukan selama interview atau observasi di klinik VCT Puskesmas Puger untuk dipresentasikan di depan kelas pada pertemuan selanjutnya.

c. Tahap ketiga

Pertemuan ketiga dilakukan pada tanggal 24 Mei 2013. Kegiatan pada pertemuan ketiga dilanjutkan dengan penyampaian hasil yang ditemukan oleh masing-masing kelompok selama melakukan *field trip* di Klinik VCT Puskesmas Puger kepada kelas. Adapun tahapan kegiatan pada pertemuan ketiga sebagai berikut :

- 1) masing-masing kelompok secara bergantian mempresentasikan hasil yang mereka dapatkan selama interview atau observasi di Klinik VCT Puskesmas Puger;
  - a) masing-masing kelompok melakukan presentasi selama 10 menit. Presentasi yang dilakukan merupakan hasil yang mereka dapatkan

selama kegiatan interview dan observasi di klinik VCT Puskesmas Puger;

- b) kegiatan dilanjutkan dengan diskusi. Setiap kelompok akan mendapatkan pertanyaan dari kelompok lain dan kelompok presentasi memberikan umpan balik sesuai dengan informasi yang mereka peroleh di klinik VCT Puskesmas Puger. Peneliti disini bertindak sebagai fasilitator diskusi yang bertugas untuk meluruskan pernyataan yang keliru tentang klinik VCT;
- 2) tahap ketiga diakhiri dengan kegiatan *posttest* kepada responden. Peneliti membagikan lembar kuesioner yang sama pada saat *pretest*. *Posttest* yang telah diselesaikan oleh responden, dikumpulkan kembali kepada peneliti dengan alokasi waktu 20 menit.

#### 4.6.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen/alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan sejumlah pertanyaan tertulis untuk dijawab oleh responden (Sugiyono, 2011). Kuesioner tingkat pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT menggunakan tipe benar-salah. Nilai 1 diberikan apabila jawaban benar dan nilai 0 diberikan apabila jawaban salah. Kuesioner sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan menggunakan skala Linkert. Jawaban benar diberi nilai 4 dan jawaban salah diberi nilai 1. Pengkategorian berdasarkan *cut of point* dengan melihat nilai *mean* karena

berdistribusi normal. Berikut ini nilai *cut of point* data yang didapatkan dalam penelitian ini:

- a. pengetahuan *pretest* = 14,79
- b. pengetahuan *posttest* = 25,93
- c. sikap *pretest* = 39
- d. sikap *posttest* = 67,69

Kuesioner dalam penelitian ini berisi 27 pernyataan *favourable* dan 23 pernyataan *unfavourable*, 30 pernyataan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan tipe benar-salah dan 20 pernyataan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan skala Likert (SS, S, TS, STS).

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT

Variabel	Indikator	Pernyataan		Jumlah	
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>		
Pengetahuan					
1. HIV/AIDS dan Klinik VCT	1. tahu	1,2,7	3,4	5	
	2. memahami	6,9,16	5,11	5	
	a. pengertian	3. aplikasi	8,19	14,30	4
	HIV/AIDS dan Klinik VCT;	4. analisis	10,12,27	18,22	5
		5. sintesis	13,23,28	15,26,29	6
	b. tanda dan gejala HIV/AIDS, penularan dan pencegahan HIV/AIDS;	6. evaluasi	20,21	17,24,25	5
c. prinsip, tujuan VCT, struktur dan model layanan VCT;					
d. tahapan VCT (konseling pra testing, <i>informed consent</i> , testing HIV dan konseling pasca testing).					
Total		16	14	30	

Nilai untuk pernyataan *favourable*, jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0 sedangkan nilai untuk pernyataan *unfavourable*, jawaban benar diberi nilai 0 dan jawaban salah diberi nilai 1. Berikut ini nilai *cut of point* data berdasarkan nilai *mean* yang didapatkan dalam penelitian ini :

- a Pengetahuan *pretest* = 14,79
- b Pengetahuan *posttest* = 25,93

Tabel 4.4 *Blue Print* Kuesioner Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT

Variabel	Indikator	Pernyataan		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Sikap				
1. HIV/AIDS dan Klinik VCT	1. menerima	2,6	1,3,16	5
	2. menanggapi	5,9	17,18	4
a. pengertian HIV/AIDS dan Klinik VCT;	3. menghargai	7,15,19,20	11,13	6
b. tanda dan gejala HIV/AIDS, penularan dan pencegahan HIV/AIDS;	4. beranggung jawab	4,12,14	8,10	5
c. prinsip, tujuan VCT, struktur dan model layanan VCT;				
d. tahapan VCT (konseling pra testing, <i>informed consent</i> , testing HIV dan konseling pasca testing).				
Total		11	9	20

Nilai pada kuesioner sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT untuk pernyataan *favourable*, jawaban SS (sangat setuju) diberi nilai 4, S (setuju) diberi nilai 3, TS (tidak setuju) diberi nilai 2, dan STS (sangat tidak setuju) diberi

nilai 1 sedangkan nilai untuk pernyataan *unfavourable*, jawaban SS (sangat setuju) diberi nilai 1, S (setuju) diberi nilai 2, TS (tidak setuju) diberi nilai 3, dan STS (sangat tidak setuju) diberi nilai 4. Berikut ini nilai *cut of point* data berdasarkan nilai *mean* yang didapatkan dalam penelitian ini :

- a Sikap *pretest* = 39
- b Sikap *posttest* = 67,69

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

##### a. Uji Validitas

Uji validitas menyatakan apa yang harus diukur menurut situasi dan kondisi. Instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut benar-benar dapat dijadikan sebagai alat untuk mengukur apa yang harus diukur (Setiadi, 2007). Uji validitas menggunakan teknik *pearson product moment* ( $r$ ), dengan pengambilan keputusan jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka suatu instrumen dikatakan valid dengan taraf signifikansinya sebesar 5%.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 10 Mei 2013 kepada 30 siswa SMK Negeri 1 Jember. Sekolah tersebut mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan SMK Perikanan dan Kelautan Puger. Keduanya merupakan sekolah menengah yang berbasis kejuruan dan juga lokasinya dekat dengan Klinik VCT di rumah sakit dr. Soebandi Jember sama halnya dengan SMK Perikanan dan Kelautan Puger yang dekat dengan Klinik VCT di Puskesmas Puger. Hasil uji validitas adalah dari 40 pernyataan variabel pengetahuan dan 30 pernyataan variabel sikap yang diujikan terdapat 9 pernyataan variabel pengetahuan dan 7

pernyataan variabel sikap yang tidak valid. Penarikan kesimpulan tersebut didasarkan pada hasil membandingkan antara nilai  $r$  hitung dengan  $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel untuk 30 responden dengan taraf signifikansi 5% adalah 0,361. Item pernyataan yang mempunyai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel tersebut dihapus dan telah diwakili oleh pernyataan sebelum maupun sesudahnya. Nilai  $r$  hitung pada variabel pengetahuan tertinggi pada nilai 0,865 dan yang terkecil pada nilai 0,472 sedangkan  $r$  hitung pada variabel sikap tertinggi pada nilai 0,831 dan yang terkecil pada nilai 0,377. Pernyataan untuk variabel pengetahuan digenapkan menjadi 30 dan pernyataan untuk variabel sikap digenapkan menjadi 20. Hal tersebut bermaksud untuk memudahkan peneliti.

#### b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan hasil pengukuran yang mengacu pada kemampuan instrumen dalam mendapatkan hasil yang konsisten saat digunakan pada waktu yang berbeda. Instrumen dikatakan reliabel apabila instrumen tersebut dapat melakukan apa yang seharusnya dilakukannya dengan cara yang sama (Dempsey, 2002). Item instrumen penelitian yang valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan rumus *alfa croanbach* yaitu membandingkan nilai  $r$  hasil (*Alpha*) dengan nilai  $r$  tabel. Ketentuan reliabel apabila  $r$  *Alpha* lebih besar dari  $r$  tabel. Hasil perhitungan pada uji reliabilitas didapatkan nilai 0,964 untuk variabel pengetahuan dan nilai 0,957 untuk variabel sikap. Nilai tersebut lebih besar dari  $r$  tabel yaitu 0,6 sehingga semua item yang diujikan reliabel.

## 4.7 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses untuk memperoleh data atau ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007). Adapun tahapan pengolahan data sebagai berikut :

1). *Editing* (memeriksa)

*Editing* merupakan proses pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden. Komponen yang diperiksa meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini proses *editing* dilakukan oleh peneliti sendiri dengan mengecek lembar kuesioner yang diisi oleh responden.

2). *Coding* (memberi tanda)

*Coding* adalah proses mengklasifikasikan jawaban-jawaban responden dalam daftar pertanyaan kedalam kategori yang dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Tanda/kode dibuat sendiri oleh peneliti (Setiadi, 2007). Pemberian *coding* pada penelitian ini meliputi :

a. jenis kelamin laki-laki = 1

jenis kelamin perempuan = 2

b. Sumber informasi:

1) Tidak pernah mendapatkan informasi = 0

2) Orang tua = 1

- |                     |     |
|---------------------|-----|
| 3) Teman            | = 2 |
| 4) Saudara          | = 3 |
| 5) Guru             | = 4 |
| 6) Media cetak      | = 5 |
| 7) Media elektronik | = 6 |
| 8) Lain-lain        | = 7 |
- c. pengetahuan baik = kode 1 (jika jumlah skor  $\geq mean$ )  
pengetahuan kurang = kode 0 (jika jumlah skor  $< mean$ )
- d. sikap positif = kode 1 (jika jumlah skor  $\geq mean$ )  
sikap negatif = kode 0 (jika jumlah skor  $< mean$ )

Tujuan pemberian kode pada jawaban daftar pertanyaan adalah untuk memudahkan peneliti dalam menganalisis data.

### 3). *Entry data*

*Entry data* merupakan proses memasukkan data ke dalam tabel baik dilakukan dengan cara manual atau melalui pengolahan data komputer (Setiadi, 2007). Peneliti menggunakan program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) yang ada di komputer untuk melakukan pengolahan data. Data yang dimasukkan dalam program SPSS berupa data karakteristik responden dan data hasil penilaian pengetahuan dan sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT yang terdapat dalam lembar kuesioner dan telah di-*coding*.

### 4). *Cleaning*

*Cleaning* disebut juga proses pembersihan data. Proses pembersihan data tersebut dilakukan terhadap variabel yang telah dimasukkan apakah sudah benar

atau belum (Setiadi, 2007). Kegiatan *cleaning* pada penelitian ini yaitu peneliti melakukan pengecekan terhadap data yang telah di-*entry* pada program SPSS.

#### 4.7.2 Analisis Data

Analisis data digunakan untuk mengetahui adanya pengaruh pendidikan kelompok terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

##### 1) Analisis Univariat

Penelitian analisis univariat adalah analisa yang dilakukan dengan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2005). Cara analisis ini dengan mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisa univariat ini terdiri dari umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi yang diperoleh.

##### 2) Analisis Bivariat

Uji hipotesis menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* yang digunakan untuk menguji hipotesis komparatif dua sampel berpasangan bila datanya berbentuk ordinal (Sugiyono, 2011). Uji ini dipilih karena data pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT merupakan data ordinal sehingga uji yang sesuai dengan data ordinal dengan *pre-test* dan *post-test* adalah *wilcoxon signed rank test* dengan tingkat kesalahan adalah 0,05. Pengambilan keputusan uji *Wilcoxon* diinterpretasikan sebagai berikut :

- a. jika *asympt sig* > nilai  $\alpha$ , maka  $H_a$  ditolak artinya tidak terdapat pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan klinik VCT dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT;
- b. jika *asympt sig* < nilai  $\alpha$ , maka  $H_a$  diterima artinya terdapat pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan klinik VCT dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT.

Supadi (2000, dalam Permana, 2010) menyatakan bahwa pedoman untuk menentukan kemaknaan atas dasar harga P yaitu:

- a. Bila  $0,001 \leq P < 0,05$ , maka hasilnya adalah bermakna;
- b. Bila  $0,001 \leq P < 0,01$ , maka hasilnya sangat bermakna;
- c. Bila  $P < 0,001$ , maka hasilnya amat sangat bermakna;
- d. Bila  $P > 0,05$  maka hasilnya tidak bermakna secara statistik;
- e. Bila  $0,05 \leq P < 0,10$  maka adanya kecenderungan ke arah kemaknaan secara statistik yang dipertimbangkan berdasarkan diagram.

## **4.8 Etika Penelitian**

### 4.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan)

*Informed consent* merupakan lembar persetujuan atau pernyataan kesediaan bagi responden untuk ikut serta ke dalam penelitian. Responden sebagai subyek penelitian akan diberi informasi yang penuh dan lengkap mengenai tujuan penelitian, prosedur penelitian dan pengumpulan serta manfaat dan kerugian yang akan diperoleh dalam mengikuti penelitian. Responden diberikan hak untuk

bersedia dan hak tidak bersedia ikut ke dalam penelitian melalui *informed consent* (Potter dan Perry, 2005). Siswa-siswi SMK Perikanan dan Kelautan Puger yang telah dipilih yang berjumlah 29 orang dalam penelitian bersedia untuk menjadi responden dan mengikuti kegiatan penelitian selama masa waktu yang telah ditentukan oleh peneliti melalui pengisian lembar *informed consent*.

#### 4.8.2 *Confidentially* (kerahasiaan)

Informasi apapun yang telah diberikan oleh responden sebagai subyek penelitian tidak akan disebarluaskan atau diberikan kepada orang lain selain tim penelitian. Informasi dari subyek penelitian bersifat rahasia dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian saja (Polit dan Hungler, 1995; dalam Potter dan Perry, 2005). Data dan informasi yang telah diperoleh dari 29 siswa-siswi SMK Perikanan dan Kelautan Puger dalam penelitian ini hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing serta hanya dituliskan pada laporan hasil penelitian. Peneliti memberikan data dan hasil penelitian ini apabila diperlukan untuk pertanggungjawaban penelitian.

#### 4.8.3 *Justice* (keadilan)

Peneliti memperlakukan sama kepada setiap responden, berdasarkan moral, martabat, dan hak asasi manusia. Prinsip asas keadilan ini adalah keseimbangan hak dan kewajiban antara peneliti dan subyek penelitian, dan memiliki keterbukaan. Asas keadilan ini menekankan pada manfaat penelitian bagi peneliti dan subyek penelitian (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, peneliti

memberlakukan adil atau sama kepada 29 siswa-siswi SMK Perikanan dan Kelautan Puger, atau dengan kata lain tidak melakukan diskriminasi baik status, haknya sebagai reponden, manfaat yang diperoleh, dan kerahasiaan.

#### 4.8.4 *Benefits* (manfaat)

Peneliti harus mengetahui sejauh mana manfaat dan risiko dari penelitian ini. Manfaat penelitian harusnya lebih besar daripada risiko yang diterima pada saat dilakukan penelitian. Penelitian yang dilakukan harus bebas dari berbagai ancaman penderitaan sehingga penelitian berjalan lancar dan subyek penelitian merasa nyaman selama mengikuti penelitian (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur yang ada agar tidak membahayakan 29 siswa-siswi SMK Perikanan dan Kelautan Puger dan guna mendapatkan manfaat yang maksimal.

## **BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN**

SMK Perikanan dan Kelautan Puger yang berada di Jl. Ahmad Yani Puger Kulon telah berdiri sejak 16 Juli 2001. SMK Perikanan dan Kelautan Puger mempunyai komitmen untuk menjadi sekolah yang mengutamakan pendidikan karakter kepada seluruh warga terutama siswa-siswinya (selanjutnya disebut taruna-taruni). SMK Perikanan dan Kelautan Puger Jember menerapkan pendidikan semi militer. Model pendidikan ini bukan dimaksudkan untuk menanamkan kekerasan, tetapi untuk menanamkan nilai-nilai pendidikan karakter. Misalnya keharusan berpakaian dan berpenampilan rapi, keharusan untuk disiplin dan tepat waktu di setiap kegiatan di sekolah, dan sebagainya.

Tujuan pendirian SMK tersebut antara lain menyediakan tenaga kerja yang kompetitif, produktif, dan inovatif di bidang penangkapan, teknik perikanan, dan pengolahan hasil perikanan. SMK Perikanan dan Kelautan Puger sebagai lembaga pendidikan kejuruan membuka 3 program studi keahlian yaitu Nautika Kapal Penangkap Ikan (NKPI), Teknik Kapal Penangkap Ikan (TKPI), dan Teknologi Pengolahan Hasil Perikanan (TPHP). Industri kelautan Jepang berburu tenaga kerja di Puger. Tradisi itu berlanjut di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember. 17 orang siswa yang terdiri dari 12 orang pelajar pria dan 5 pelajar perempuan lulus seleksi yang digelar oleh sebuah perusahaan yang merekrut tenaga kerja untuk sektor industri perikanan dan kelautan di Jepang yang bernama Tee Key Corporation.

## 5.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi. Pembahasan disajikan secara narasi berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh. Hasil data yang ditampilkan dapat dibagi menjadi dua kelompok analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat meliputi karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi yang diperoleh responden. Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dan sesudah *action learning*.

### 5.1.1 Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat menguraikan karakteristik responden penelitian di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember meliputi umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi. Pengambilan data dilaksanakan selama bulan Mei 2013. Pengambilan data dilakukan pada sampel yang terpilih, dari tujuh kelas dan terpilih setiap kelasnya tiga sampai enam responden. Responden yang memenuhi kriteria penelitian berjumlah 29 responden.

- a. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Kelas, dan Sumber Informasi

Tabel 5.1 menggambarkan karakteristik responden yang ada di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember berdasarkan umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Umur, Jenis Kelamin, Kelas, Dan Sumber Informasi Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

No.	Karakteristik Responden	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Umur :		
	15-16 Tahun	15	51,7
	17-18 Tahun	13	44,8
	>18 Tahun	1	3,4
	<b>Total</b>	29	100
2	Laki-laki	26	89,7
	Perempuan	3	10,3
	<b>Total</b>	29	100
3	Kelas :		
	Kelas X	17	58,6
	Kelas XI	12	41,4
	<b>Total</b>	29	100
4	Tidak pernah mendapat informasi	13	44,8
	Pernah mendapat informasi dari:		
	Teman	1	3,4
	Guru	6	20,7
	Media Cetak	1	3,4
	Media Elektronik/TV	2	6,9
	Lain-lain	6	20,7
<b>Total</b>	29	100%	

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa umur responden pada penelitian ini yang paling banyak berada pada umur 16 tahun yaitu sebanyak 13 orang (44,8%), sedangkan responden yang paling sedikit berada pada umur 19 tahun yaitu sebanyak 1 orang (3,4%). Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yakni sebanyak 26 orang (89,7%). Jumlah responden pada penelitian ini paling banyak berada pada kelas X sebanyak 17 orang (58,6%). Sumber informasi yang didapat responden terkait HIV/AIDS dan Klinik VCT sebanyak 55,2%. Informasi yang paling banyak diperoleh oleh responden diperoleh dari guru sebanyak 6

orang (20,7%), dan lain-lain seperti kepolisian dan LSM sebanyak 6 orang (20,7%).

- b. Distribusi Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT Sebelum *Action Learning*.

Tabel 5.2 menggambarkan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Tabel 5.2 Distribusi Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

Variabel	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Pengetahuan	1. Pengetahuan Kurang	16	55,2
	2. Pengetahuan Baik	13	44,8
<b>Total</b>		29	100

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* adalah pengetahuan kurang sebanyak 16 orang (55,2%), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 13 orang (44,8%).

- c. Distribusi Pengetahuan Remaja Terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT Sesudah *Action Learning*.

Tabel 5.3 menggambarkan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Tabel 5.3 Distribusi Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

Variabel	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Pengetahuan	1. Pengetahuan Kurang	9	31
	2. Pengetahuan Baik	20	69
<b>Total</b>		29	100

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning*. Jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang berkurang menjadi 9 orang (31%), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak meningkat menjadi 20 orang (69%).

- d. Distribusi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT Sebelum Dilakukan *Action Learning*.

Tabel 5.4 menggambarkan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Tabel 5.4 Distribusi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

Variabel	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sikap	1. Sikap Negatif	16	55,2
	2. Sikap Positif	13	44,8
<b>Total</b>		29	100

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan data bahwa sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* adalah sikap

negatif sebanyak 16 orang (55,2%), sedangkan responden yang memiliki sikap positif sebanyak 13 orang (44,8%).

- e. Distribusi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT Sesudah Dilakukan *Action Learning*.

Tabel 5.5 menggambarkan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Tabel 5.5 Distribusi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

Variabel	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sikap	1. Sikap Negatif	10	34,5
	2. Sikap Positif	19	65,5
<b>Total</b>		29	100

Sumber: Data Primer, Mei 2013

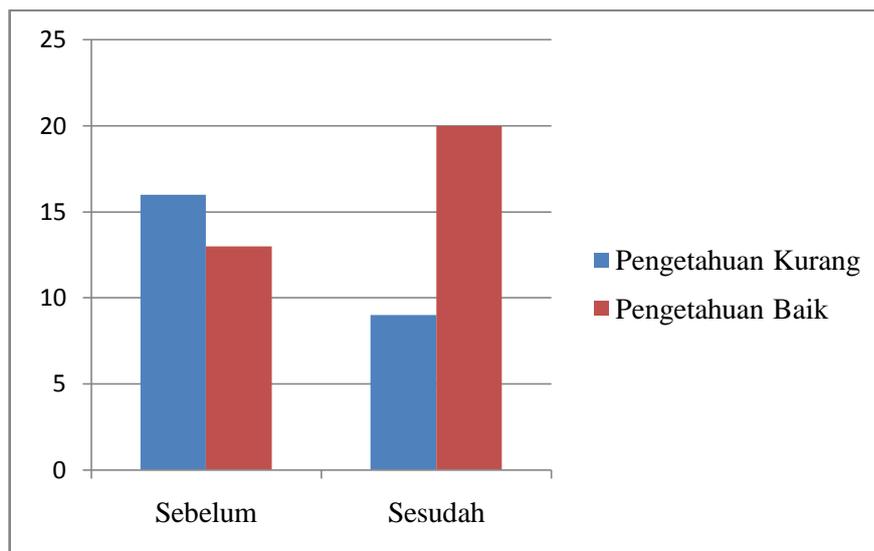
Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa terdapat perubahan sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning*. Jumlah responden yang memiliki sikap negatif berkurang menjadi 10 orang (34,5%), sedangkan responden yang memiliki sikap positif bertambah menjadi 20 orang (65,5%).

### 5.1.2 Hasil Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* di SMK Perikanan dan Kelautan Puger.

Perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* dapat dilihat pada gambar 5.1 di bawah ini.

Gambar 5.1 Perubahan Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).



Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan adanya perubahan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*. Kotak yang berwarna biru menunjukkan hasil sebelum (*pretest*), sedangkan kotak merah menunjukkan hasil sesudah (*posttest*) dilakukan *action learning*. Responden yang memiliki pengetahuan kurang berkurang dari 16 responden (55,2%) sebelum dilakukan *action learning* menjadi 9 responden (31%) sesudah dilakukan *action learning*. Responden yang memiliki pengetahuan baik meningkat dari 13 responden (44,8%) sebelum dilakukan *action learning* menjadi 20 responden (69%) sesudah dilakukan *action learning*. Perubahan tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.6 di bawah ini.

Tabel 5.6 Perubahan Pengetahuan Remaja Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

Tingkat pengetahuan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Menurun	1	3,4
Tetap	20	68,96
Meningkat	8	27,58
<b>Total</b>	29	100%

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden yang mengalami peningkatan pengetahuan yaitu sebanyak 8 orang (27,58%), mempunyai pengetahuan tetap sebanyak 20 orang (68,96%), sedangkan yang mengalami penurunan yaitu sebanyak 1 orang (3,4%). Hasil analisis perbedaan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* dengan menggunakan uji *Wilcoxon* dapat dilihat pada tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.7 Perbedaan Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

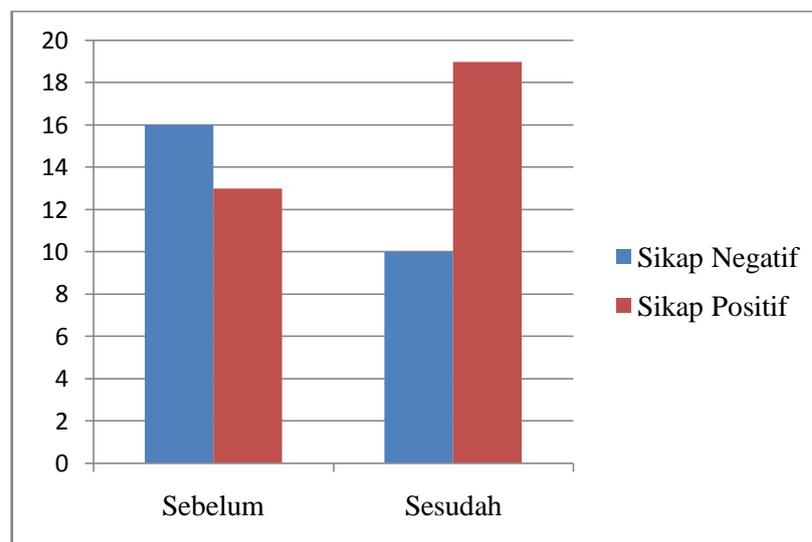
<i>Action Learning</i>	Pengetahuan				Total		P Value	Z
	Kurang		Baik		n	%		
	N	%	N	%	n	%		
Sebelum	16	55,2	13	44,8	29	100	0.020	-2.333
Sesudah	9	31	20	69	29	100		

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT mengalami perubahan antara sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*. Hasil pengolahan data dengan bantuan program SPSS diketahui nilai Z hitung = -2,333, sedangkan untuk tingkat kepercayaan 95% dan uji dua sisi, diperoleh nilai Z tabel =  $\pm 1,96$  sehingga nilai Z hitung > Z tabel dan nilai probabilitas (*asympt.Sig*) diperoleh  $0,020 < (\alpha) 0,05$ ,

maka  $H_a$  diterima. Hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan pada tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT, sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT. Perubahan sikap sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* dapat dilihat pada gambar 5.2 di bawah ini.

Gambar 5.2 Perubahan Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).



Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan gambar 5.2 menunjukkan bahwa perubahan sikap responden antara sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*. Responden yang memiliki sikap negatif berkurang dari 16 responden (55,2%) sebelum dilakukan *action learning* menjadi 10 responden (34,5%) sesudah dilakukan *action learning*. Responden yang memiliki sikap positif meningkat dari 13 responden (44,8%) sebelum dilakukan *action learning* menjadi 19 responden (65,5%) sesudah

dilakukan *action learning*. Perubahan sikap sesudah dilakukan *action learning* dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.8 Perubahan Sikap Remaja Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

Sikap	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Menurun	-	-
Tetap	23	79,3
Meningkat	6	20,7
<b>Total</b>	29	100%

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 29 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap tetap sebanyak 23 orang (79,3%), mengalami peningkatan sebanyak 6 orang (20,7%), dan tidak ada responden yang mengalami penurunan sikap. Perbedaan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.9 Perbedaan Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Dan Klinik VCT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Action Learning* Di SMK Perikanan Dan Kelautan Puger Kabupaten Jember Pada Bulan Mei 2013 (n: 29).

<i>Action Learning</i>	Sikap				Total		P Value	Z
	Negatif		Positif		n	%		
	N	%	N	%				
Sebelum	16	55,2	13	44,8	29	100	0.014	-2.449
Sesudah	10	34,5	19	65,5	29	100		

Sumber: Data Primer, Mei 2013

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT mengalami perubahan antara sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*. Hasil pengolahan data dengan bantuan program SPSS diketahui nilai Z hitung = -2,449, sedangkan untuk tingkat kepercayaan 95% dan uji dua sisi, diperoleh nilai Z tabel =  $\pm 1,96$  sehingga nilai Z hitung > Z tabel dan

nilai probabilitas (*asympt.Sig*) diperoleh  $0,014 < (\alpha) 0,05$ , maka  $H_a$  diterima. Hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan pada sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT, sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh *action learning* terhadap sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT.

Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon* pada tabel 5.7 dan tabel 5.9 dapat disimpulkan terdapat pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember. Uji *Wilcoxon* yang telah dilakukan selain dapat mengetahui perbedaan persentase responden berdasarkan kategori pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah dilakukan *action learning*, juga dapat mengetahui apakah *action learning* yang telah dilakukan bermakna untuk mengubah pengetahuan dan sikap responden atau tidak. Tingkat kemaknaan dari hasil penelitian ini berdasarkan Supadi (2000, dalam Permana, 2010) menunjukkan bahwa apabila  $0,001 \leq P < 0,05$ , maka *action learning* bermakna untuk mengubah pengetahuan dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT.

## **5.2 Pembahasan**

Pembahasan pada penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh. Penjabaran dari pembahasan sesuai dengan tujuan dari penelitian yang terdiri dari karakteristik responden, pengetahuan tentang HIV/AIDS sebelum dilakukan *action learning*, pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS sesudah dilakukan *action learning*, sikap remaja terhadap HIV/AIDS

sebelum dilakukan *action learning*, sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah dilakukan *action learning*, dan pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

#### 5.2.1 Karakteristik Remaja SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember

Berdasarkan tabel 5.1 ditemukan data bahwa rata-rata umur responden adalah 16 tahun. Sumber informasi yang didapat responden terkait HIV/AIDS dan Klinik VCT sebanyak 55,2%. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 89,7% dan jumlah responden pada penelitian ini paling banyak berada pada kelas X sebanyak 58,6%. Informasi yang paling banyak diperoleh oleh responden diperoleh dari guru yaitu sebanyak 20,7%, dan lain-lain seperti kepolisian dan LSM sebanyak 20,7%, sedangkan sisanya yaitu sebanyak 44,8% responden tidak pernah mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT.

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang kesehatan. Seiring bertambahnya umur seseorang maka akan terjadi perkembangan baik perkembangan fisik maupun psikologis. Perkembangan psikologis seseorang yang terjadi seperti taraf berikir akan berkembang kearah yang lebih matang dan dewasa (Mubarak *et al*, 2007). Informasi juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang kesehatan. Mubarak *et al* (2007) menyatakan bahwa semakin mudah seseorang dalam mengakses informasi maka semakin

cepat pula seseorang tersebut dalam memperoleh suatu pengetahuan yang baru. Informasi dapat dieperoleh seseorang melalui media massa baik media elektronik maupun media cetak.

Pengetahuan tentang kesehatan yang dimiliki oleh seseorang akan berdampak terhadap sikapnya. Apabila pengetahuan kesehatan yang dimiliki seseorang benar maka seseorang tersebut akan cenderung bersikap mendukung kesehatan, begitu pula sebaliknya apabila pengetahuan kesehatan yang dimiliki seseorang itu salah maka seseorang tersebut akan cenderung bersikap tidak mendukung kesehatan. Media massa merupakan salah satu faktor yang dapat membentuk sikap seseorang tentang kesehatan. Azwar (2012) menyatakan bahwa media masa sebagai sarang komunikasi membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai kesehatan akan memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap kesehatan. Orang lain yang dianggap penting juga berpengaruh terhadap sikap seseorang.

Azwar (2012) menyebutkan bahwa seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan pertujuannya dalam berpendapat dan bertingkah laku, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap kesehatan. Guru, teman dekat, teman sebaya, orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, dan lain-lain merupakan contoh orang-orang yang pada umumnya dianggap penting oleh seseorang misalnya remaja. Guru merupakan orang yang paling dianggap penting bagi remaja di lingkungan

sekolah. Guru diharapkan agar mampu menanamkan motivasi dan nilai-nilai kesehatan kepada siswanya sehingga terbentuknya sikap yang mendukung kesehatan oleh siswa.

#### 5.2.2 Pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum intervensi *action learning*

Hasil penelitian berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 29 (100%) responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 16 orang (55,2%) dan yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 13 orang (44,8%). Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT yang dimiliki responden sebelum dilakukan *action learning* berkaitan erat dengan karakteristik masing-masing yang mempengaruhi pengetahuan responden.

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya meliputi indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba (Notoatmodjo, 2010). Teori ini didukung pula oleh teori menurut Mubarak mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Mubarak *et al* (2007) menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan lingkungan sekitar, dan informasi.

Sumber informasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Mubarak *et al*, 2007). Berdasarkan Tabel 5.1 menjelaskan bahwa sebanyak 44,8% responden tidak pernah mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT, sedangkan sebanyak 55,2% responden mendapatkan

informasi, terdiri atas guru (20,7%), lain-lain (20,7%), media elektronik/tv (6,9%), teman (3,4%), media cetak (3,4%). Responden yang mendapatkan informasi sebagian besar memiliki pengetahuan yang baik sebesar 68,75%. Hasil ini didukung oleh teori Mubarak *et al* (2007) bahwa kemudahan dalam memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru. Sumber informasi terbanyak yang didapatkan responden berasal dari guru dan lain-lain seperti dari LSM dan kepolisian, hal ini menunjukkan bahwa guru dalam sekolah memegang peranan penting dalam memberikan informasi yang benar kepada siswa. Namun, informasi yang didapat siswa selama ini masih terbatas seputar HIV/AIDS saja, hal tersebut terutama didapatkan pada pelajaran biologi dan pendidikan jasmani dan rohani. Kurang atau tidak adanya informasi yang diterima menyebabkan responden tidak mempunyai cukup pengetahuan tentang Klinik VCT.

Remaja dapat mempersiapkan diri dalam mencegah hal-hal yang tidak dikehendaki dengan diberikannya pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan (Green, 1972; dalam Mubarak *et al*, 2007). Pengetahuan yang diberikan kepada remaja pada umumnya belum menjangkau mengenai pengetahuan komprehensif mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT. Kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT didukung oleh hasil Riset Kesehatan Dasar (2010) menunjukkan bahwa pengetahuan komprehensif remaja tentang HIV/AIDS secara nasional hanya sebesar 11,4% sedangkan pengetahuan remaja tentang adanya VCT tertinggi

hanya sebesar 7,6%. Survei yang dilakukan tersebut mengidentifikasi bahwa remaja belum mempunyai sumber informasi yang tepat untuk memperoleh pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT.

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Mubarak *et al*, 2007). Rata-rata umur responden dalam penelitian ini adalah 16 tahun dan berada pada masa remaja akhir. Masa remaja bila dilihat dari perkembangan kognitifnya terjadi pada tahap operasi formal. Tahap operasi formal adalah tahap pada saat remaja sudah mampu berfikir secara sistematis, yaitu mampu memikirkan semua keinginan untuk memecahkan suatu masalah (Santrock, 2007). Teori ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa remaja yang memiliki pengetahuan baik semuanya (100%) berada pada rata-rata umur 16 tahun. Pengetahuan baik ini dibuktikan melalui pengisian kuesioner penelitian tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT.

Pekerjaan merupakan faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan. Pekerjaan berperan dalam mempengaruhi pengetahuan responden karena lingkungan pekerjaan dapat memberikan pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Mubarak *et al*, 2007). Penelitian ini tidak mengkaji pekerjaan responden karena penelitian dilakukan di SMK Perikanan dan Kelautan Puger yang secara keseluruhan siswanya adalah pelajar.

### 5.2.3 Pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah intervensi *action learning*

Hasil pengumpulan data yang dilakukan peneliti sesudah dilakukan *posttest* didapatkan hasil bahwa responden sebagian besar mengalami perubahan pada pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT. Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan data *pretest* yang dilakukan sebelum *action learning* adalah 13 orang (44,8%) yang mempunyai pengetahuan kurang, sedangkan pada tabel 5.3 menunjukkan data sesudah dilakukan *action learning* hasilnya menjadi 20 orang (69%) yang mempunyai pengetahuan baik. Data yang diperoleh berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa 8 responden mengalami peningkatan pengetahuan, penurunan pengetahuan sebanyak 1 responden, dan yang mempunyai pengetahuan tetap sebanyak 20 responden.

Hal tersebut didukung oleh gambar 5.1 yang menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan antara sebelum dan sesudah *action learning*. Peningkatan pengetahuan dan pemahaman yang diterima oleh responden menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan pada umur remaja sangat cepat diterima dan dipahami. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori bahwa perkembangan kognitif mencapai puncaknya pada umur remaja, remaja mengolah informasi yang baru diterimanya dengan sangat cepat sehingga remaja mudah memahami atau mengerti terhadap materi yang baru disampaikan (Perry & Potter, 2005).

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa perubahan perilaku (termasuk di dalamnya pengetahuan) seseorang dapat terjadi melalui proses belajar. Teori ini

didukung dengan penelitian bahwa dengan adanya pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Hasil penelitian Setiawati (2008) tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan HIV/AIDS pada pekerja seks komersial mendukung hasil penelitian saat ini. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *peer education* sangat efektif untuk meningkatkan pengetahuan pekerja seks komersial dalam pencegahan HIV/AIDS ( $p\text{-value} = 0,000$ ). Faktor lain yang dapat mempengaruhi peningkatan pengetahuan melalui kegiatan belajar adalah minat (Baharuddin, 2010).

Minat remaja yang dimaksud adalah ketertarikan remaja untuk mengetahui sesuatu. *Action learning* mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT mendapatkan perhatian dari remaja, hal tersebut disebabkan sebagian besar remaja mempelajari ilmu perikanan dan kelautan di sekolah. Ketertarikan responden terhadap informasi baru diluar ilmu perikanan dan kelautan ditandai dengan aktifnya siswa selama kegiatan *field trip* di Klinik VCT Puskesmas Puger dengan tingkat partisipasi siswa sebesar 100%. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori bahwa bahan pelajaran yang menarik minat akan mempermudah individu untuk mempelajari materi dengan baik (Supartiningsih, 2011).

Berdasarkan tabel 5.6 diperoleh data bahwa terdapat 1 responden yang memiliki pengetahuan menurun dan 20 responden yang memiliki pengetahuan tetap. Penurunan tingkat pengetahuan dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang selama kegiatan belajar, antara lain faktor internal dan eksternal. Baharuddin (2010) menyebutkan bahwa faktor internal seperti

ketidaksiapan fisik maupun keadaan kesehatan yang lemah dapat menghambat proses belajar sehingga hasil yang berlaajar yang diinginkan kurang maksimal. Faktor kecerdasan individu juga memegang peranan penting dalam proses belajar.

Kecerdasan/intelgensi siswa juga sangat mempengaruhi hasil belajar. Kecerdasan setiap individu berbeda-beda, semakin tinggi tingkat intelegensi individu maka semakin besar peluang individu meraih sukses dalam belajar, begitu juga sebaliknya, semakin rendah intelgensi individu semakin sulit individu tersebut dalam meraih hasil belajar yang maksimal (Baharuddin, 2010). Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi hasil belajar yaitu kondisi lingkungan. (Mubarak *et al*, 2007). Kondisi kelas yang kurang mendukung dapat menyebabkan individu mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi selama kegiatan belajar. Berdasarkan hal tersebut hasil pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT juga dapat menunjukkan hasil yang berbeda, sekalipun diberikan pendidikan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT yang sama dan dalam waktu yang sama.

#### 5.2.4 Sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum intervensi *action learning*

Sikap merupakan respon seseorang terhadap suatu stimulus atau rangsangan. Sikap secara nyata menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu, Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bertindak terhadap stimulus di lingkungan, dan bukan merupakan suatu pelaksanaan dengan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan akan tetapi sikap merupakan

suatu hal yang akan mengarah pada suatu tindakan atau perilaku. (Notoatmodjo, 2010). Berkowitz (1972; dalam Azwar, 2012) menyatakan bahwa sikap seseorang terhadap suatu objek adalah pernyataan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*).

Berdasarkan tabel 5.1 diperoleh data bahwa 3 responden (10,3%) mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT melalui media cetak dan media elektronik. Media massa, baik media cetak maupun media elektronik merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi sikap. Berita atau informasi yang diterbitkan oleh media massa cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya dan akibatnya akan berpengaruh terhadap sikap konsumen (Azwar, 2012). Teori ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa responden yang mendapatkan informasi dari media cetak dan media elektronik semuanya (100%) memiliki sikap yang positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT.

Hasil penelitian berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 29 responden sebagian besar memiliki sikap negatif sebanyak 16 responden (55,2%) dan yang memiliki sikap positif sebanyak 13 responden (44,8%). Sikap responden terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Azwar (2012) faktor yang mempengaruhi sikap antara lain pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan agama, dan faktor emosional.

Sikap individu ditentukan oleh seberapa besar pengetahuan yang dimilikinya. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana 13 orang (44,8%) yang memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dalam

kategori baik, sebagian besar memiliki sikap yang positif yaitu 8 orang (61,5%). Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian dari Kusumastuti (2010) yang berjudul hubungan antara pengetahuan dengan sikap seksual pranikah remaja. Hasil uji *Chi square* dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan nilai *p value* = 0,000. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap seksual pranikah remaja.

Hasil penelitian tersebut diperkuat lagi dengan adanya penelitian yang dilakukan oleh Ariyanto dkk (2010) dengan judul hubungan antara pengetahuan siswa tentang penyakit HIV/AIDS dengan sikap siswa terhadap penyakit HIV/AIDS di SMA Negeri 6 Kota Kupang. Hasil uji *Spearman* menunjukkan bahwa *p value* = 0,010, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan siswa tentang penyakit HIV/AIDS dengan sikap siswa terhadap penyakit HIV/AIDS. Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan siswa tentang penyakit HIV/AIDS, maka ada kecenderungan untuk melakukan sikap yang positif terhadap penyakit HIV/AIDS. Azwar (2012) menjelaskan bahwa sikap yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi perilaku seseorang tersebut melalui suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan memiliki alasan yang kuat.

Perilaku individu tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan tradisi dari individu tersebut (Mubarak *et al*, 2007). Sikap mampu menuntun perilaku seseorang sehingga akan ada kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang diekspresikan. Sikap masih merupakan kesiapan atau kesediaan dalam bertindak, belum merupakan suatu tindakan atau

aktivitas tetapi merupakan suatu kecenderungan (predisposisi) untuk bertindak terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut (Sunaryo, 2004). Berdasarkan teori tersebut maka apabila remaja memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dan sikap yang positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT maka perilaku remaja akan cenderung kearah perilaku yang mendukung kesehatan. Sebaliknya jika pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT rendah dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT juga rendah maka remaja tersebut akan cenderung untuk berperilaku yang berisiko terhadap penularan HIV/AIDS dan tidak mendukung Klinik VCT sebagai pintu gerbang layanan HIV/AIDS.

#### 5.2.5 Sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sesudah intervensi *action learning*

Hasil pengumpulan data yang dilakukan peneliti sesudah dilakukan *posttest* didapatkan hasil bahwa responden sebagian besar mengalami perubahan pada sikap terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan data *pretest* yang dilakukan sebelum *action learning* adalah sebanyak 16 orang (55,2%) yang mempunyai sikap negatif, sedangkan berdasarkan tabel 5.5 diperoleh data yang menunjukkan bahwa sesudah dilakukan *action learning* hasilnya menjadi 20 orang (65,5%) mempunyai sikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa 6 responden mengalami perubahan sikap dan yang mempunyai sikap tetap sebanyak 23 responden. Bertambahnya jumlah responden yang memiliki sikap positif terhadap

HIV/AIDS dan Klinik VCT dapat disebabkan karena adanya pengaruh petugas kesehatan Klinik VCT Puskesmas Puger pada saat kegiatan interview atau observasi. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Azwar. Menurut Azwar (2012), orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara beberapa komponen sosial yang dapat mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap pendapat dan keputusan dalam berperilaku, dan seseorang yang berarti khusus bagi kita, akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap suatu objek.

Mubarak *et al* (2007) menyebutkan bawah tujuan belajar, selain memperoleh keterampilan intelektual (hasil belajar yang paling penting), belajar juga dapat membentuk sikap. Teori tersebut diperkuat dengan hasil penelitian Setiawati (2008) tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan HIV/AIDS pada pekerja seks komersial. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *peer education* tidak hanya efektif untuk meningkatkan pengetahuan tetapi juga dapat meningkatkan sikap (*p value* = 0,000) pekerja seks komersial dalam pencegahan HIV/AIDS.

### 5.2.6 Pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT

Hasil penelitian berdasarkan tabel 5.7 yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada tingkat pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT antara sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* ( $p$  value = 0,020) dan berdasarkan tabel 5.9 juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT antara sebelum dan sesudah dilakukan *action learning* ( $p$  value = 0,014). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT pada remaja SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember.

Upaya dalam meningkatkan status kesehatan remaja di sekolah merupakan upaya preventif. Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat di sekolah dibagi menjadi 3 yaitu upaya preventif primer, preventif sekunder, preventif tersier (Stanhope, 2006). Upaya preventif primer yang dilakukan oleh perawat di sekolah adalah melalui kegiatan promosi kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT. Fungsi perawat sebagai pendidik diharapkan mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada siswa untuk meningkatkan status kesehatan. Kegiatan tersebut mengintegrasikan informasi kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan pengalaman siswa untuk membangun pengetahuan yang komprehensif dan sikap yang positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT (Allender dan Spradley, 2005). Pembelajaran tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dapat dikemas secara menarik dengan menggunakan model pembelajaran yang

tepat sehingga tujuan pembelajaran yang diinginkan dapat dicapai (Sillberman, 2009). Salah satu model pembelajaran yang sering digunakan adalah model pembelajaran aktif (Samadhi, 2011).

Belajar aktif adalah segala bentuk pembelajaran yang mengarahkan siswa untuk berperan secara aktif dalam proses pembelajaran itu sendiri baik dalam bentuk interaksi antar siswa maupun siswa dengan pengajar didalam proses pembelajaran. Menurut Silberman (1996, dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan bahwa belajar membutuhkan keterlibatan mental dan tindakan sekaligus. Kegiatan belajar aktif mempunyai presentase tertinggi (90%) dalam mengingat materi atau pengetahuan baru yang diterima oleh siswa. Belajar aktif terbukti meningkatkan pemahaman dan penguasaan materi, sehingga kualitas pembelajaran menjadi meningkat (Samadhi, 2011).

Teori mengenai pembelajaran aktif didukung oleh penelitian yang dilakukan Thomas (1972, dalam Samadhi, 2011) yang menunjukkan bahwa sesudah 10 menit kuliah, mahasiswa cenderung akan kehilangan konsentrasi untuk mendengar kuliah yang diberikan oleh pengajar secara pasif. Hal ini akan semakin membuat pembelajaran tidak efektif jika kuliah terus dilanjutkan tanpa upaya-upaya untuk memperbaikinya. Pembelajaran aktif merupakan salah satu metode yang bertujuan untuk mengaktifkan peserta didik dalam kegiatan belajar. Belajar aktif mampu mengurangi kebosanan siswa dan dapat meningkatkan minat belajar yang besar, sehingga dapat membuat proses pembelajaran mencapai tujuan yang diinginkan.

Menurut Silberman (2009), belajar tindakan (*action learning*) adalah salah satu strategi pembelajaran aktif untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan dan sikap. Kunci dari pembelajaran *action learning* itu sendiri terletak pada pertanyaan. Belajar (L) merupakan hasil dari pengetahuan (P) dan pertanyaan (Q) yang selanjutnya dikenal melalui persamaan  $L = P + Q$  dimana P dan Q sama pentingnya. Kunci dari suatu pembelajaran itu sendiri dimulai dari Q terlebih dahulu. Q dapat menggambarkan suatu masalah yang belum diketahui solusinya atau suatu masalah yang sudah siap untuk dipecahkan (Dillwoth dan Willis, 2003; dalam Adams, 2009). WIAL (2009) juga menyebutkan salah satu keuntungan yang diperoleh individu melalui pembelajaran *action learning* adalah *action learning* mampu meningkatkan sikap individu yang nantinya sikap tersebut akan mempengaruhi pola pikir individu untuk mengambil keputusan dalam bertindak.

*Action learning* terbukti dapat meningkatkan motivasi siswa dalam kegiatan belajar. Mubarak *et al* (2007) menyebutkan bahwa faktor internal yang mempengaruhi individu dalam belajar salah satunya adalah motivasi. Terori tersebut didukung oleh penelitian Astuti (2011) yang berjudul peningkatan partisipasi dan motivasi belajar biologi melalui *action learning* pada siswa kelas X.6 SMAN 5 Surakarta tahun pelajaran 2009/2010. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa siswa dapat meningkatkan partisipasi dan motivasi belajar biologi melalui *action learning*.

Partisipasi dan motivasi sangat dibutuhkan dalam proses belajar untuk mendapatkan hasil belajar yang maksimal. Hasil penelitian Setiaji (2012) tentang upaya meningkatkan hasil belajar IPS melalui *action learning* bagi siswa kelas IV

SD Negeri 2 Pajerukan Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas Semester II tahun ajaran 2011/2012. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada peningkatan hasil belajar IPS melalui *action learning*. Peningkatan hasil belajar IPS siswa kelas IV SD Negeri 2 Pajerukan di tunjukan oleh presentase ketuntasan yakni presentase ketuntasan prasiklus sebesar 45% meningkat pada siklus I menjadi 65%, dan presentase ketuntasan siklus II menjadi 100%. Hal tersebut menunjukkan bahwa adanya peningkatan hasil belajar yang ditandai dengan kenaikan persentase ketuntasan belajar siswa.

Berdasarkan tabel 5.6 terdapat responden yang tidak mengalami perubahan pengetahuan sebesar 68,96%. Tabel 5.8 juga menunjukkan bahwa terdapat 79,3% responden yang tidak mengalami perubahan sikap. Hal tersebut bisa dikarenakan kegiatan pembelajaran mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT yang dilakukan melalui kegiatan diskusi. Samadhi (2011) menjelaskan bahwa berpartisipasi dalam kegiatan diskusi saja hanya akan menyerap informasi sebesar 70% sedangkan apabila kita benar-benar terlibat di seting kehidupan nyata maka informasi yang diserap bisa sampai 90%. Hal tersebut tidak dapat dilakukan karena peneliti ingin menguatkan prinsip layanan VCT itu sendiri.

Prinsip kerahasiaan layanan VCT yang ditekankan kepada responden menjadi pertimbangan bagi peneliti untuk tidak melibatkan responden dalam kegiatan yang sebenarnya dari Klinik VCT. Kerahasiaan identitas, kerahasiaan status pasien, dan kerahasiaan informasi konseling dalam VCT merupakan komponen yang penting bagi Klinik VCT dan tidak boleh dilanggar karena telah ditetapkan dalam Kepmenkes RI No.1507/Menkes/SK/X/2005.

### 5.3 Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terdapat beberapa keterbatasan penelitian. Beberapa keterbatasan penelitian tersebut sebagai berikut:

a. Keadaan Klinik VCT

Keadaan Klinik VCT Puskesmas Puger yang sempit sehingga tidak mampu untuk menampung seluruh responden penelitian dalam waktu yang bersamaan. Keterbatasan tersebut dapat diatasi dengan membagi kelas menjadi 2 shift yang dapat bergantian untuk melakukan *field trip* di Klinik VCT.

b. Waktu penelitian

- 1) Waktu yang diberikan oleh pihak sekolah untuk melakukan penelitian adalah sesudah jam belajar mengajar selesai (pulang sekolah), sedangkan Klinik VCT sudah tutup pada jam tersebut. Keterbatasan tersebut dapat diatasi dengan berkomunikasi dengan pihak VCT Puskesmas Puger untuk dapat dikondisikan sesuai dengan kebutuhan penelitian.
- 2) *Posttes* yang dilakukan sesuai dengan metode penelitian jatuh pada hari Sabtu tanggal 25 Mei 2013 tetapi pada hari tersebut libur bertepatan dengan . Keterbatasan tersebut dapat diatasi dengan mengganti jadwal *posttes* pada hari Jumat tanggal 24 Mei 2013.

#### **5.4 Implikasi Keperawatan**

Pelaksanaan *action learning* memberikan dampak terhadap perubahan pengetahuan dan sikap remaja sehingga dapat digunakan sebagai program promosi kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di komunitas. Pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan pendekatan metode *action learning* dapat diberikan melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat maupun di sekolah.

## **BAB 6. PENUTUP**

Bab ini diuraikan kesimpulan dan saran dari penelitian “Pengaruh *Action Learning* Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember”.

### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa :

- a. karakteristik responden di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember antara lain umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi. Sebanyak 44,8% responden penelitian berumur 16 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki yaitu sebanyak 89,7%, sebanyak 58,6% responden berada pada kelas X, dan sebanyak 55,2% responden yang mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS dan klinik VCT;
- b. pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* dikelompokkan menjadi kategori pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT kurang sebanyak 55,2% dan pada kategori pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT baik sebanyak 44,8%;

- c. pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT setelah dilakukan *action learning* terhadap 29 siswa (100%) dikelompokkan menjadi kategori pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT kurang sebanyak 31% dan pada kategori pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT baik sebanyak 69%;
- d. sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebelum dilakukan *action learning* dikelompokkan menjadi kategori sikap negatif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebanyak 55,2% dan pada kategori sikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebanyak 44,8%;
- e. sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT setelah dilakukan *action learning* terhadap 29 siswa (100%) dikelompokkan menjadi kategori sikap negatif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebanyak 34,5% dan pada kategori sikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT sebanyak 65,5%;
- f. terdapat pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT pada remaja SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember, hal ini dibuktikan dengan hasil *p value*  $< \alpha$  (0,05), untuk variabel pengetahuan *p value* = 0,020 dan variabel sikap *p value* = 0,014;

## 6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut :

### 6.2.1 Bagi Remaja

- a. Hasil penelitian berupa pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan *field trip* di Klinik VCT dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman komprehensif remaja mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT sebagai pintu gerbang menuju ke layanan HIV/AIDS lainnya.
- b. Remaja diharapkan untuk mampu mengakses informasi dan pelayanan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT baik di sekolah maupun luar sekolah. Peran serta guru dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sangat diperlukan. Guru dapat memberikan pendidikan kesehatan melalui pelajaran Penjaskes (Pendidikan Kesehatan dan Jasmani). Remaja juga diharapkan mampu mengakses informasi kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT melalui Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R).
- c. Meningkatkan kepedulian remaja terhadap ODHA dengan cara remaja dapat memberikan dukungan moral sebagai upaya dalam menekan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.
- d. Meningkatkan peran serta remaja untuk tidak melakukan perilaku yang berisiko terhadap penularan HIV/AIDS dalam mendukung upaya pemerintah maupun dunia dalam menekan penyebaran HIV/AIDS sehingga nantinya dapat menekan angka kejadian HIV/AIDS.

- e. Remaja diharapkan dapat berpartisipasi dalam memperingati hari AIDS sedunia setiap tanggal 1 Desember dengan bekerjasama dengan Puskesmas Puger dalam kegiatan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT dengan sasaran penduduk usia 15-24 tahun tinggal di wilayah Kecamatan Puger. Pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dapat dilakukan secara rutin minimal 1 kali dalam setahun. Klinik VCT dapat melakukan program pemeriksaan IMS gratis yang juga rutin dilakukan 3 kali dalam setahun sebagai upaya preventif.

#### 6.2.2 Bagi Sekolah

Hasi penelitian ini diharapkan dapat menambah kesadaran sekolah dalam melindungi semua warga sekolah khususnya siswa dari perilaku-perilaku yang berisiko terhadap penularan HIV/AIDS. Sekolah juga mampu bekerjasama dengan Puskesmas Puger dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebagai salah satu akses bagi siswa untuk memperoleh pengetahuan yang komprehensif sehingga dapat membentuk sikap yang positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Berbekal pengetahuan yang komprehensif dan sikap yang positif yang terbentuk terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT diharapkan dapat membentuk suatu perilaku yang mendukung kesehatan khususnya tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT sebagai pintu gerbang ke layanan HIV/AIDS lainnya.

### 6.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti tentang pengaruh *action learning* terhadap pengetahuan dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk lebih menyempurnakan pembahasan mengenai HIV/AIDS dan Klinik VCT maupun *action learning*.

Penelitian lanjutan berupa penelitian yang bertujuan :

- a. mengetahui pengaruh *action learning* terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS;
- b. mengetahui pengaruh *action learning* terhadap upaya mengetahui status HIV melalui Klinik VCT;
- c. mengetahui pengaruh metode pembelajaran selain *action learning* misalnya *discovery learning*, *reception learning*, *quantum learning*, atau CTL terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT.

### 6.2.4 Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan pustaka yang dapat melengkapi wawasan dan ilmu pengetahuan cabang Ilmu Keperawatan Komunitas. Peneliti mengharapkan pengembangan riset yang mendalam untuk mempelajari model pembelajaran yang efektif yang dapat diberikan kepada komunitas dalam menyampaikan materi pendidikan kesehatan dengan tema HIV/AIDS dan Klinik VCT.

### 6.2.5 Bagi Tenaga Kesehatan

Memberikan masukan kepada tenaga kesehatan untuk meningkatkan upaya pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT khususnya pada remaja dengan menggunakan model, metode, media yang menarik dan berbeda sehingga remaja lebih memahami informasi kesehatan yang diberikan yang pada akhirnya diharapkan dapat mendukung upaya pemerintah dalam menanggulangi kasus HIV/AIDS serta menghapus stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS.

### 6.2.6 Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas

- a. Perawat komunitas juga dapat melakukan pembinaan kegiatan UKS dengan mengaplikasikan *action learning* melalui kegiatan ekstrakurikuler. Kegiatan tersebut dapat dibentuk dalam pembentukan kelompok pendidikan sebaya yang difasilitasi oleh pengurus UKS sebagai *peer edukator* dan guru sebagai *peer konselor*.
- b. Perawat komunitas berperan dalam upaya pendidikan kesehatan dan menjadi fasilitator dalam kegiatan pembelajaran melalui pendidik sebaya maupun konseling sebaya dengan membahas materi kesehatan tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT guna membekali remaja dengan ilmu yang bermanfaat dalam memerangi HIV/AIDS dan mendukung Klinik VCT serta terhindar dari segala bentuk perilaku yang berisiko terhadap penularan HIV/AIDS.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adams, Marilee. 2009. *The Practical Primary of Questions in Action Learning*. New Jersey : Palgrave Macmillan Publisher.
- Adler, Michael, dkk. 2004. *ABC of Sexually Transmitted Infections*. London : Department of Sexually Transmitted Diseases.
- Agustiani, Hendriati. 2006. *Psikologi Perkembangan : Pendekatan Ekologi Kaitannya dengan Konsep diri dan Penyesuaian Diri pada Remaja*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Alagapan, Kalaivani. 2011. *Tingkat Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang HIV/AIDS di SMA Negeri 1 Medan*. [serial online]. [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:a8EYTFKzfwAJ:repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31678/7/Cover.pdf+&hl=id&gl=id&pid=b1&srcid=ADGEESie1Mr-qQY3OtvFys3yXQiTxqOD0Gz0fVwAgkTfO-eHrF1cdDRi\\_s2oTQTb7Ky1nYc1tSFBuQbRzmkWf4Q5G7\\_1\\_RrEIKUfnVeeTqv1jwys3zqGP2twQ4MH-heEyYFB6xXFC34o&sig=AHIEtbTVTor5JSB2IHtD7BWWPiqQ492tuQ](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:a8EYTFKzfwAJ:repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31678/7/Cover.pdf+&hl=id&gl=id&pid=b1&srcid=ADGEESie1Mr-qQY3OtvFys3yXQiTxqOD0Gz0fVwAgkTfO-eHrF1cdDRi_s2oTQTb7Ky1nYc1tSFBuQbRzmkWf4Q5G7_1_RrEIKUfnVeeTqv1jwys3zqGP2twQ4MH-heEyYFB6xXFC34o&sig=AHIEtbTVTor5JSB2IHtD7BWWPiqQ492tuQ). [diakses 1 Maret 2013].
- Ali, M. Dan Ansori, M. 2008. *Psikologi Remaja Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Allender dan Spradley. 2005. *Community Health Nursing Concepts and Practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Astuti, Astri. 2011. *Peningkatan Partisipasi dan Motivasi Belajar Biologi Melalui Action Learning pada Siswa Kelas X.6 SMAN 5 Surakarta Tahun Pelajaran 2009/2010*. Surakarta : Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Sebelas Maret.
- Azwar, Saifuddin. 2012. *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Badan Pusat Statistik. 2010. *Jember Dalam Angka*. Jember : Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 2008. *Modul Pelatihan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja Bagi Calon Konselor Sebaya*. Jakarta : Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi.

- Baharuddin dan Essa Nur Wahyuni. 2010. *Teori Belajar dan Pembelajaran*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Brunner dan Suddarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 3*. Jakarta : EGC.
- Commonwealth Regional Health Community Secretariat. 2002. *HIV/AIDS Voluntary Counseling and Testing: Review Of Policies, Programmes and Guidelines In East, Central and Southern Africa*. Tanzania: Commonwealth Regional Health Community Secretariat.
- Dempsey, P. A. dan Dempsey, A. D. 2002. *Riset Keperawatan : Buku Ajar dan Latihan. Ed 4*. Jakarta : EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Aku Bangga Aku Tahu : Pedoman Pelaksanaan Kampanye HIV dan AIDS pada Kaum Muda Usia 15-24 Tahun*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan Departemen Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *HIV/AIDS Memasuki Pandemi di Tingkar Global*. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/436-hivaidms-memasuki.html>. [diakses 12 Desember 2012].
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Konseling dan Tes HIV Sukarela*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Pemerintah Berkomitmen Mempercepat Upaya Pencapaian MDGs*. [serial online]. <http://depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1115-pemerintah-berkomitmen-mempercepat-upaya-pencapaian-mdgs.html>. [diakses 2 Desember 2012].
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003. *Pendoman Nasional Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan Bagi ODHA*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. *Program Pengendalian Penyakit Menular di Jawa Timur*. Surabaya : Seksi Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

- Family Health International. 2002. *VCT Toolkit : Voluntary Counseling and Testing and Young People : A Summary Overview*. Arlington : USAID.
- Family Health International. 2004. *VCT Toolkit : HIV Voluntary Counseling and Testing : A Reference Guide for Counselors and Trainers*. Arlington : USAID.
- Hastono, Sutanto Priyono. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2002. *Laporan Eksekutif Menteri Kesehatan RI Tentang Penanggulangan HIV/AIDS Respon Menangkal Bencana Nasional Pada Sidang Kabinet Maret 2002*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Bagian Kesehatan Anak.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan IV Tahun 2012*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan. 2008. *Pemberdayaan Perempuan dalam Pencegahan Penyebaran HIV-AIDS*. Jakarta : Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1507/Menkes/SK/X/2005 Tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counseling and Testing).
- Komisi Penanggulangan AIDS. 2010. *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014*. Jakarta : Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2010. *Dasar HIV/AIDS*. [serial online]. <http://www.aidsindonesia.or.id/dasar-hiv-aids>. [diakses 7 Desember 2012].
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2012. *Info HIV dan AIDS*. [serial online]. <http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/Info-HIV-dan-AIDS#sthash.ybQNe29i.dpbs>. [diakses 2 Maret 2013].

- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2011. *Pedoman Nasional Tata Laksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2010. *Penularan HIV/AIDS*. [serial online]. <http://www.aidsindonesia.or.id/dasar-hiv-aids/penularan>. [diakses 7 Desember 2012].
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2011. *Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006-2011 : Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No. 75/2006 Tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional*. Jakarta : Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007. *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010, draft final 040107*. Jakarta : Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Timur. 2011. *Mengenal dan Menanggulangi HIV/AIDS, Infeksi Menular Seksual, dan Narkoba*. Surabaya : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Marquardt, Michael J.. 2007. *The Power of Great Questions*. [serial online]. [http://wial.org/publications/WIALauthored/power\\_of\\_questions.pdf](http://wial.org/publications/WIALauthored/power_of_questions.pdf). [diakses 02 April 2013].
- Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Notoatmodjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurhayati. 2011. *Hubungan Pola Peran, Komunikasi, Nilai, dan Norma Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja Sekolah Lanjutan Tingkat Atas di Kabupaten Bekasi*. Tidak diterbitkan. Tesis. Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Peraturan Pemerintah No. 29 Tahun 1990 Tentang Pendidikan Menengah.
- Permana, Yusuf. 2010. *Pengaruh Perawatan Luka dengan Madu terhadap Penyembuhan Luka Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

- Poltekkes Depkes Jakarta I. 2010. *Kesehatan Remaja : Problem dan Solusinya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, Patricia A. Dan Anne Griffin Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Samadhi, Ari. 2011. *Pembelajaran Aktif (Active Learning)*. [serial online]. [http://uripsantoso.files.wordpress.com/2011/06/active-learning\\_52.pdf](http://uripsantoso.files.wordpress.com/2011/06/active-learning_52.pdf). [diakses 17 Februari 2013].
- Santrock, John W. 2007. *Remaja, edisi kesebelas*. Jakarta : Erlangga.
- Sarwono, Sarlito. 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiaji, David. 2012. *Upaya Meningkatkan Hasil Belajar IPS Melalui Action Learning bagi Siswa Kelas IV SD Negeri 2 Pajerukan Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas Semester II Tahun Ajaran 2011/2012*. Salatiga : Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Kristen Satya Wacana.
- Setiawati, Nur Dewi. 2008. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap dalam Pencegahan HIV/AIDS pada Pekerja Seks Komersial*. Media Ners, Volume 2. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Silberman, Mel. 2009. *Active Learning: 101 Strategi Pembelajaran Aktif*. Yogyakarta : Pustaka Insan Madani.
- Slameto. 1995. *Belajar dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Stanhope dan Jeanette Lancaster. 2006. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. Virginia : Mosby.
- Sudarsono. 2008. *Kenakalan Remaja (Prevensi, Rehabilitasi, dan Resosialisasi)*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Penerbit Alfabeta.

- Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Supartiningsih, Galuh Dwi. 2011. *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Tahun 2010*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Susanto, T. 2011. *Model Remaja Untuk Remaja Dalam Pemenuhan Kesehatan Reproduksi Pada Agregate Remaja di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok*. Tidak diterbitkan. Karya Ilmiah Akhir. Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Keperawatan Depok.
- Sutoyo. 2011. *Upaya Meningkatkan Kemampuan Siswa Kelas I dalam Pelajaran Ilmu Pengetahuan Alam dengan Metode Action Learning di MIN Ngawen Gunungkidul*. [serial online]. <http://digilib.uin-suka.ac.id/5434/>. [diakses 29 Maret 2013].
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- United Nations Programme on HIV/AIDS. 2011. *UNAIDS World AIDS Day Report 2011*. [serial online]. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/jc2216\\_worldaidsday\\_report\\_2011\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/jc2216_worldaidsday_report_2011_en.pdf). [diakses 7 Desember 2012].
- United Nations Programme on HIV/AIDS. 2012. *UNAIDS World AIDS Day Report 2012*. [serial online]. <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434WorldAIDSdayresultsen.pdf>. [diakses 7 Desember 2012].
- Wong, Donna L. 2008. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC.
- World Institute for Action Learning. 2009. *Benefit of Action Learning*. [serial online]. <http://www.wial.org/aboutAL/benefits.shtml>. [diakses 28 maret 2013].
- World Health Organization. 2012. *HIV/AIDS*. [serial online]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>. [diakses 2 Desember 2012].
- World Health Organization. 2012. *HIV Testing and Counseling*. [serial online]. <http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/>. [diakses 2 Desember 2012].
- World Health Organization. 2012. *Sexually Transmitted Infections*. [serial online]. [http://www.who.int/topics/sexuallytransmitted\\_infections/en/](http://www.who.int/topics/sexuallytransmitted_infections/en/). [diakses 2 Desember 2012].