



**DETERMINAN KESEDIAAN IBU HAMIL MELAKUKAN KONSELING  
DAN TES HIV ATAS INISIASI PETUGAS KESEHATAN (TIPK)  
DI PUSKESMAS PUGER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Chintami Nova Iswidhiastuti  
NIM. 132110101165**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**DETERMINAN KESEDIAAN IBU HAMIL MELAKUKAN KONSELING  
DAN TES HIV ATAS INISIASI PETUGAS KESEHATAN (TIPK)  
DI PUSKESMAS PUGER**

**SKRIPSI**

digunakan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Chintami Nova Iswidhiastuti  
NIM 132110101165**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
TAHUN 2018**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Ibu Iswiyatun dan Alm. Ayah Yudhi Suparnianto. Terimakasih atas kasih sayang, beribu-ribu do'a yang selalu mengiringi langkahku, serta dukungan semangat dan nasihat yang tak hentinya disampaikan;
2. Kakakku Astin Iswidhianingrum, dan Bayu Iswidhiantoro terimakasih atas dukungannya selama ini dan motivasi yang diberikan kepadaku;
3. Guru-guru saya di TK Marsudhisiwi, SDN Candirejo, SMPN 1 Magetan, SMAN 1 Magetan, guru bimbel, guru ngaji, dan semua dosen serta civitas akademika di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu serta membimbing penulis dengan penuh kesabaran dan dedikasi yang tinggi;
4. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

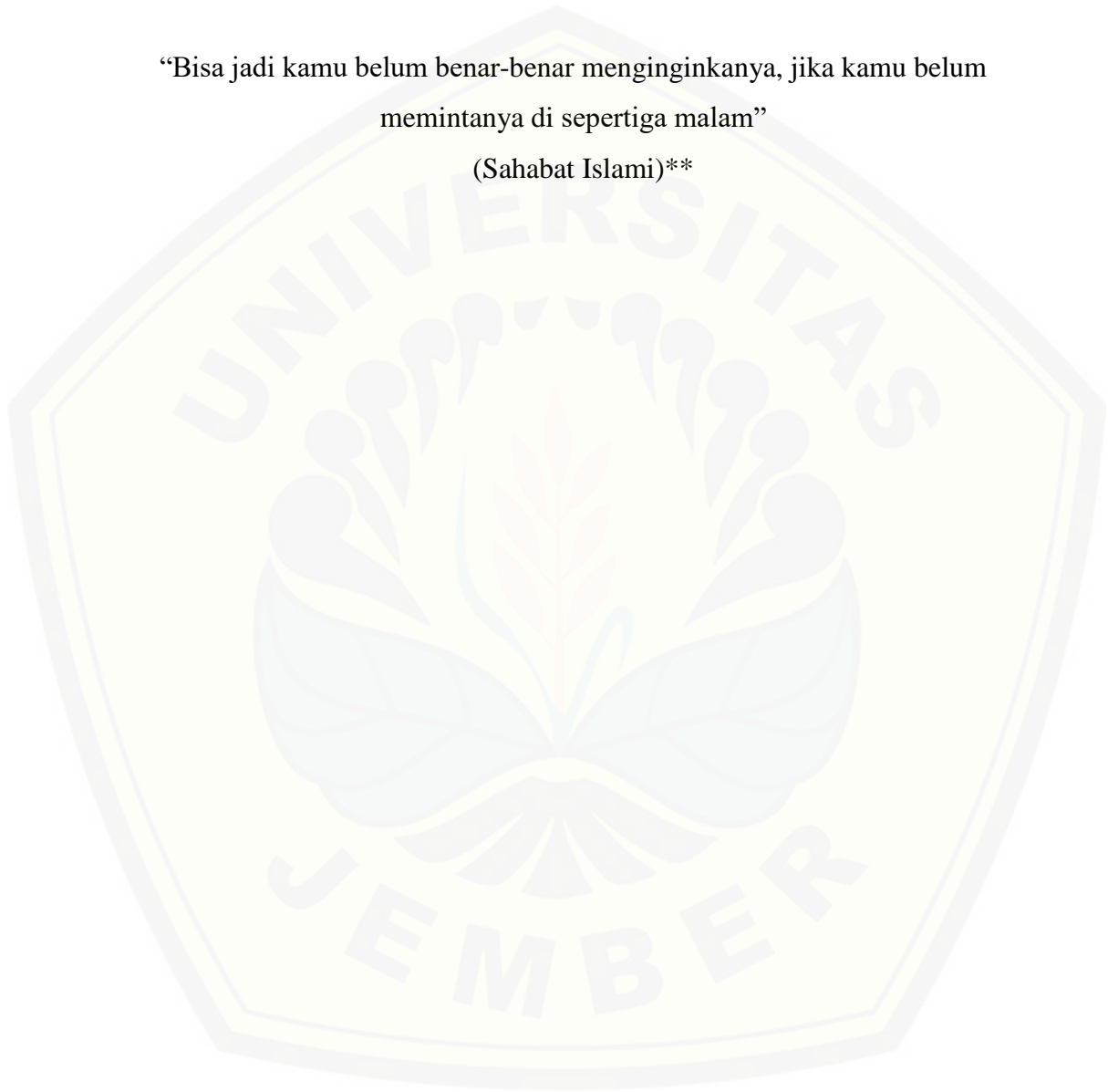
**MOTTO**

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya  
sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(Q.S. Al- Insyirah : 5-6)\*

“Bisa jadi kamu belum benar-benar menginginkanya, jika kamu belum  
memintanya di sepertiga malam”

(Sahabat Islami)\*\*



---

\*) Kementerian Agama Republik Indonesia. 2015. *Alquran Terjemahan Travelling Edition*. Bandung : DKUPrint.

\*\*\*) Quote Sahabat Islami 2017 : Instagram Sahabat\_Islami

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Chintami Nova Iswidhiastuti

NIM : 132110101165

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul *Determinan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) di Puskesmas Puger* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

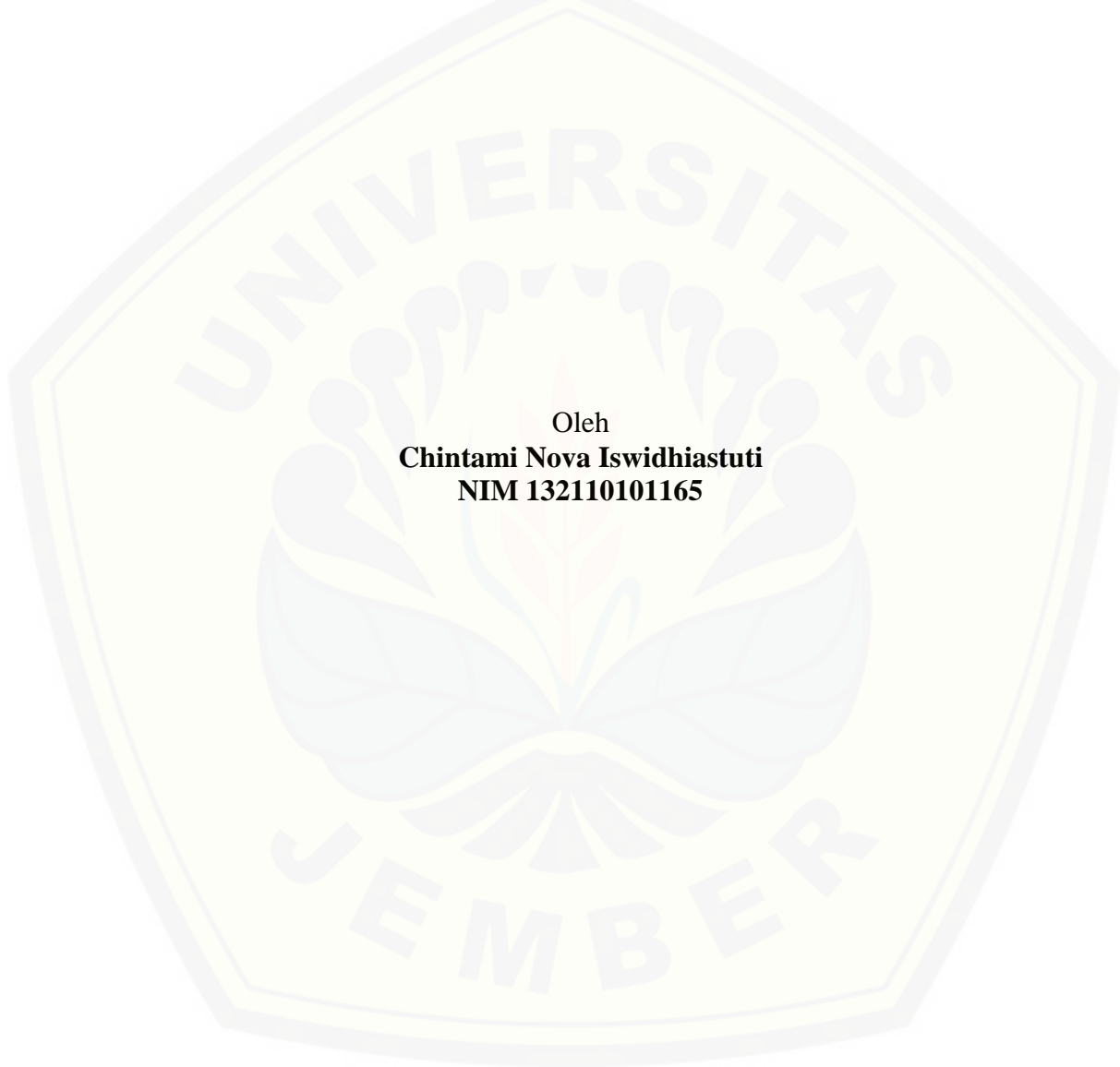
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari lain pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata pada kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2018  
Yang Menyatakan

Chintami Nova Iswidhiastuti  
NIM. 132110101165

**SKRIPSI**

**DETERMINAN KESEDIAAN IBU HAMIL MELAKUKAN KONSELING  
DAN TES HIV ATAS INISIASI PETUGAS KESEHATAN (TIPK)  
DI PUSKESMAS PUGER**



Oleh  
**Chintami Nova Iswidhiastuti**  
**NIM 132110101165**

**Pembimbing**

Dosen Pembimbing Utama : Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Determinan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) Di Puskesmas Puger* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu  
Tanggal : 24 Januari 2018  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

1. DPU : Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes.  
NIP. 198005162003122002

2. DPA : Ni'mal Baroya, S.KM.,M.PH.  
NIP. 197701082005122004

Penguji

3. Ketua : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes  
NIP. 198008252006041005

4. Sekretaris : Mury Ririanty, S.KM.,M.Kes.  
NIP. 198310272010122003

4. Anggota : Dyah Kusworini I, S.KM., M.Si  
NIP. 196809291992032014

Tanda Tangan



Mengetahui

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat



Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 198005162003122002

## RINGKASAN

**Determinan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) di Puskesmas Puger;** Chintami Nova Iswidhiastuti; 132110101165; 2017; 80 halaman; Bagian Epidemiologi Dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Layanan TIPK adalah salah satu upaya dari PPIA yang dilakukan pemerintah untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak guna menurunkan angka kejadian HIV. TIPK di klinik KIA wajib diberikan dan ditawarkan oleh petugas kesehatan pada setiap ibu hamil yang datang ke layanan. Cakupan TIPK pada ibu hamil di suatu layanan kesehatan diperoleh dari total ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV dibanding dengan total ibu hamil yang ada pada wilayah layanan kesehatan setempat. Angka kejadian HIV masih cukup tinggi di Kabupaten Jember ini, sehingga cakupan TIPK khususnya pada ibu hamil perlu ditingkatkan agar penularan HIV dapat dicegah. Salah satu Puskesmas di Kabupaten Jember yang masih memiliki angka cakupan TIPK dibawah target Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2016 ialah Puskesmas Puger. Rendahnya cakupan tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor dari penyedia layanan TIPK dan faktor dari individu yaitu ibu hamil.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap ibu hamil untuk bersedia melakukan TIPK selama kehamilan di Puskesmas Puger. Metode penelitian yang digunakan adalah observasional, analitik, dengan desain *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang pernah berkunjung dan terdaftar pada buku register kunjungan ibu hamil Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Sampel penelitian ini berjumlah 79 responden. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik sapling *Simple Random Sampling*. Variabel bebas pada penelitian ini adalah



faktor sosiodemografi (usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan), faktor struktural yaitu pengetahuan, kerentanan yang dirasakan, keseriusan infeksi, manfaat, hambatan, dan faktor pencetus tindakan. Sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah kesediaan melakukan TIPK. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung menggunakan kuisioner untuk mendapatkan informasi tentang variabel – variabel yang diteliti. Penelitian ini menggunakan analisis data univariabel dan bivariabel dengan uji *Chi – square*, derajat kepercayaan yang digunakan (CI = 95%), dan dilanjutkan dengan uji OR untuk mengetahui besar risiko.

Hasil uji univariat dari hasil penelitian melalui wawancara diperoleh sebagian besar ibu hamil telah bersedia melakukan TIPK saat pemeriksaan kehamilan. Berdasarkan faktor sosiodemografi dan struktural, dapat diketahui bahwa ibu hamil yang bersedia melakukan TIPK paling banyak pada ibu hamil berusia remaja akhir, memiliki usia kehamilan trimester 2 pada saat melakukan pemeriksaan HIV. Sebagian besar ibu hamil berpengetahuan tinggi, pendapatan keluarga <UMK, dan tidak bekerja. Faktor lain yang dirasakan ibu hamil sehingga ibu hamil bersedia melakukan TIPK yaitu mayoritas pada ibu hamil yang merasa dampak dari HIV merupakan hal yang serius, pemeriksaan HIV merupakan sesuatu yang bermanfaat, tidak ada hambatan dalam melakukan pemeriksaan HIV, mendapatkan faktor pencetus tindakan yang baik, dan merasa rentan terhadap penularan HIV.

Faktor struktural yang menjadi faktor pendorong ibu untuk melakukan TIPK ialah pengetahuan, dan faktor sosiodemografi yaitu pendidikan dan usia kehamilan ibu hamil. Faktor yang dirasakan ibu hamil yang menjadi faktor pendorong untuk bersedia melakukan TIPK ialah faktor keseriusan infeksi HIV yang dirasakan ibu hamil, manfaat TIPK yang dirasakan ibu hamil, dan hambatan yang dirasakan ibu hamil untuk melakukan TIPK. Pemerintah diharapkan dapat meningkatkan kegiatan supervisi dan monitoring terhadap petugas TIPK mengenai upaya lanjutan pencegahan penularan HIV yaitu pelaksanaan konseling pasca tes dan terapi ARV.

*SUMMARY*

**Determinans of Pregnant Women Willingness to Participate Provider Initiated HIV Testing and Counseling (PITC) at Puger Primary Health Center;** Chintami Nova Iswidhiastuti; 132110101165; 80 pages; Departement of Epidemiology, Biostatistic and Population, Faculty of Public health, University of Jember.

Provider Initiated HIV Testing and Counselling service is one of PMTCT efforts conducted by the government to prevent mother-to-child transmission of HIV order to reduce the incidence of HIV. PITC service in health of maternal and child clinics should be provided and offered by health workers to every pregnant woman who comes to the service. PITC coverage in pregnant women in a health service was obtained from the total number of pregnant women who performed the HIV test compared to the total number of pregnant women in the local healthcare area. The HIV incidence rate is still quite high in Jember District, so coverage of PITC especially in pregnant women needs to be increased so that HIV transmission can be prevented. One of the health centers in Jember District that still has coverage under the target of District Health Office of Jember in 2016 is Puger Primary Health Center. The low coverage can be influenced by several factors, such as PITC service providers and individual factors of pregnant women.

This study aims to determine the factors that affect pregnant women to be willing to do PITC during pregnancy in Puger Public Health Center. The study method was observational, analytic, and cross-sectional design. The population in this study were all pregnant women registered in cohort register book of primary health center of Puger which has been done inclusion and exclusion. The sample of this study were 79 respondents. The technique of sampling was simple random sampling. The independent variables in this study are the modification factors of HBM theory that are socio-demographic factors (age, education, knowledge, occupation, income, and gestational age),

perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, and cues to action. While the dependent variable in this research is the willingness to do PITC. Data was collected by direct interview using a questionnaire to get the information about the variables studied. This study used univariable and bivariable data analysis with Chi-square test, the degree of confidence used (CI = 95%), and by OR test to know the risk.

Univariate test results from the results of research through interviews obtained most of pregnant women have been willing to do PITC during pregnancy examination. Based on sociodemographic and structural factors, it can be seen that pregnant women who beresdia do PITC most in pregnant women late adolescents, have the age of 2nd trimester pregnancy at the time of HIV testing. Most high-knowledge pregnant women, have low income of families, and do not work. Other factors that pregnant women feel that pregnant women are willing to do PITC, the majority in pregnant women who feel the impact of HIV is a serious thing, HIV testing is something useful, there is no obstacle in doing HIV testing, get the trigger factors of good action, and feel vulnerable to HIV transmission.

The structural factors that are the factors driving the mother to do PITC are knowledge, and socio-demographic factor that is education and pregnancy age of pregnant woman. Factors perceived pregnant women who become the driving factor to be willing to do PITC is the seriousness of HIV infection perceived pregnant women, the benefits of PITC perceived pregnant women, and obstacles perceived pregnant women to do PITC. The government is expected to improve the supervision and monitoring activities of PITC officers on the continued efforts to prevent HIV transmission, namely the implementation of post-test counseling and antiretroviral therapy.

## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulisan skripsi dengan judul “Determinan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) di Puskesmas Puger” dapat diselesaikan. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S-1) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis dalam menyelesaikan skripsi ini telah banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bantuan serta meluangkan waktu, pikiran, dan perhatiannya guna memberikan bimbingan serta pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini. Kedua kepada Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Bagian Epidemiologi Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bantuan serta meluangkan waktu, pikiran, dan perhatiannya guna memberikan bimbingan serta pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada :

1. Andrei Ramani, S.KM., M.Kes selaku ketua penguji, Mury Ririanty, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji, dan Dyah Kusworini I, S.KM., M.Si selaku anggota penguji yang telah memberikan bantuan serta pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini.
2. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bimbingan dan ilmu pengetahuan kepada penulis.

3. Seluruh staf dan karyawan di Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bantuan informasi, sarana, dan prasarana kepada penulis.
4. dr. Yayuk Mardiani, selaku Plt. Puskesmas Puger Kabupaten Jember yang telah memberikan ijin penelitian di Puskesmas Puger kepada penulis demi terselesaikannya skripsi ini.
5. Sujiati, Amd., Keb selaku Kepala Bidang KB & KIA di Puskesmas Puger yang telah memberikan banyak informasi kepada penulis demi terselesaikannya skripsi ini.
6. Ibu saya dan Alm. Ayah saya yang tiada henti selalu mendo'akan serta memberikan dukungan dan nasihat.
7. Kedua kakak kandung saya yang selalu menghibur dan memberikan dukungan.
8. Keluarga besar Arkesma FKM Unej dan Amarin Kos yang selalu menjadi tempat mencurahkan keluh dan kesah, serta memberikan semangat selama mengerjakan skripsi ini.
9. Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes dan A2BI (Anak-anak Bunda Iken) yang memberi semangat dan dukungan selama mengerjakan skripsi.
10. Semua teman-teman kelompok PBL Kaliglagah dan kelompok Magang Diskes Lantamal yang memberi dukungan dan semangat
11. Semua teman-teman di Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2013 yang telah bersama-sama berjuang.
12. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan laporan magang ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis telah menyusun skripsi ini dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu, penulis dengan tangan terbuka menerima kritik dan saran yang membangun. Semoga tulisan ini dapat berguna bagi pihak-pihak yang memanfaatkan.

Jember, Januari 2018

Chintami Nova Iswidhiastuti

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>x</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xx</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xxi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI</b> .....	<b>xxii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan masalah</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 HIV dan AIDS</b> .....	<b>7</b>
2.1.2 Definisi HIV .....	7
2.1.2 Definisi AIDS .....	8
2.1.3 Etiologi dan Patogenesis .....	8

2.1.4	Transmisi.....	9
2.1.5	Tahap Infeksi.....	11
2.1.6	Kelompok Berisiko .....	12
<b>2.2</b>	<b>Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) .....</b>	<b>14</b>
2.2.1	Definisi TIPK.....	14
2.2.2	Pengkategorian penerapan TIPK .....	14
2.2.3	Penerapan TIPK diberbagai tingkat Epidemi.....	15
2.2.4	Proses TIPK bagi ibu hamil .....	16
<b>2.3</b>	<b>HIV Pada Kehamilan .....</b>	<b>19</b>
2.3.1	Definisi Kehamilan .....	19
2.3.2	Cara Penularan HIV Pada Kehamilan.....	20
2.3.3	Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak.....	21
2.3.4	Frekuensi Tes HIV Pada Ibu Hamil.....	22
<b>2.4</b>	<b>Faktor Yang Mempengaruhi Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil.....</b>	<b>22</b>
2.4.1	<i>Health Belief Model</i> (HBM) Teori.....	23
2.4.2	Faktor Sosiodemografi.....	25
<b>2.4</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>34</b>
<b>2.5</b>	<b>Kerangka Konsep .....</b>	<b>35</b>
<b>2.6</b>	<b>Hipotesis.....</b>	<b>36</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>38</b>
<b>3.3</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>39</b>
3.3.1	Populasi Penelitian.....	39
3.3.2	Sampel Penelitian.....	40
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel .....	41
<b>3.4</b>	<b>Variabel dan Definisi Operasional .....</b>	<b>42</b>
3.4.1	Variabel Penelitian .....	42
3.4.2	Definisi Operasional .....	42

<b>3.5 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>45</b>
<b>3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian.....</b>	<b>45</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	45
3.6.2 Intrumen Penelitian .....	47
<b>3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>48</b>
3.7.1 Teknik Penyajian Data .....	48
<b>3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen .....</b>	<b>50</b>
3.8.1 Uji Validitas .....	50
3.8.2 Uji Reliabilitas .....	51
<b>3.9 Alur Penelitian .....</b>	<b>52</b>
<b>BAB 4. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>53</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>53</b>
4.1.1 Gambaran Kesiediaan Ibu hamil Melakukan TIPK di Puskesmas Puger .....	53
4.1.2 Gambaran Faktor Sosial Demografi (usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan) dan Pengetahuan .....	54
4.1.3 Gambaran Faktor Kerentanan, Kesiuruan infeksi, Manfaat, Hambatan, dan Pencetus tindakan yang Dirasakan Ibu Hamil .....	55
4.1.4 Hubungan Faktor Sosial Demografi (usia, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan) dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	56
4.1.5 Hubungan Kerentanan dan Kesiuruan Infeksi yang dirasakan dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	58
4.1.6 Hubungan Manfaat dan Hambatan Melakukan TIPK yang Dirasakan dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	60



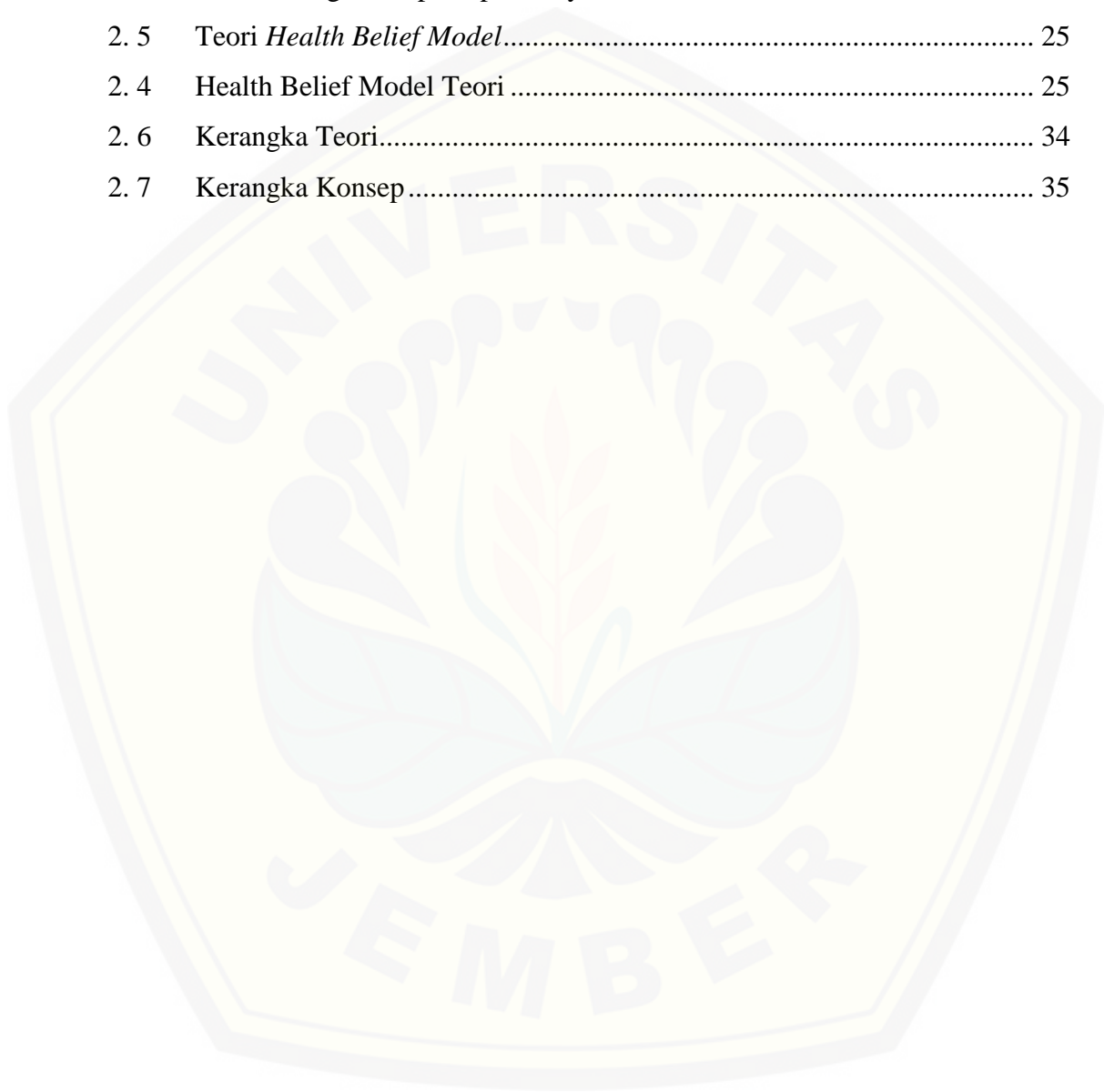
4.1.7	Hubungan faktor pencetus tindakan melakukan TIPK yang dirasakan ibu hamil dengan kesediaan ibu hamil melakukan TIPK. ....	61
<b>4.2</b>	<b>Pembahasan.....</b>	<b>62</b>
4.2.1	Kesediaan Ibu hamil Melakukan TIPK di Puskesmas Puger Kabupaten Jember .....	62
4.2.2	Faktor Sosial Demografi (usia, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan).....	63
4.2.3	Faktor Kerentanan, Keseriusan Infeksi, Manfaat, Hambatan, dan Pencetus Tindakan yang Dirasakan Ibu Hamil.....	65
4.2.4	Hubungan Sosial Demografi (usia, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan) dengan Kesediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	66
4.2.5	Hubungan Kerentanan dan Keseriusan Infeksi yang Dirasakan Ibu Hamil dengan Kesediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	71
4.2.6	Hubungan Manfaat dan Hambatan Melakukan TIPK yang Dirasakan Ibu Hamil dengan Kesediann Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	72
4.2.7	Hubungan Faktor Pencetus Tindakan yang Dirasakan Ibu Hamil dengan Kesediann Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	74
<b>BAB 5.</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>75</b>
5.1	<b>Kesimpulan.....</b>	<b>75</b>
5.2	<b>Saran .....</b>	<b>75</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>77</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>85</b>

**DAFTAR TABEL**

2. 1	Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak.....	22
3. 2	Definisi Operasional.....	42
4.3	Gambaran Kesiediaan Ibu hamil melakukan TIPK di Puskesmas Puger.....	53
4.4	Gambaran Kesiediaan Melakukan TIPK Berdasar Usia Kehamilan.....	53
4.5	Gambaran Faktor Sosial Demografi dan Struktural (usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan).....	54
4.6	Gambaran Faktor Kerentanan, Keseriusan infeksi, Manfaat, Hambatan..	55
4.7	Hubungan Faktor Sosial Demografi (usia, pengetahuan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan) dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK .....	57
4.8	Hubungan Faktor Kerentanan dan Keseriusan Infeksi yang Dirasakan Ibu Hamil dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK .....	59
4.9	Hubungan Faktor Manfaat dan Hambatan Melakukan TIPK yang Dirasakan Ibu Hamil dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	60
4.10	Hubungan Faktor Pencetus Tindakan Melakukan TIPK yang Dirasakan Ibu Hamil dengan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan TIPK.....	61

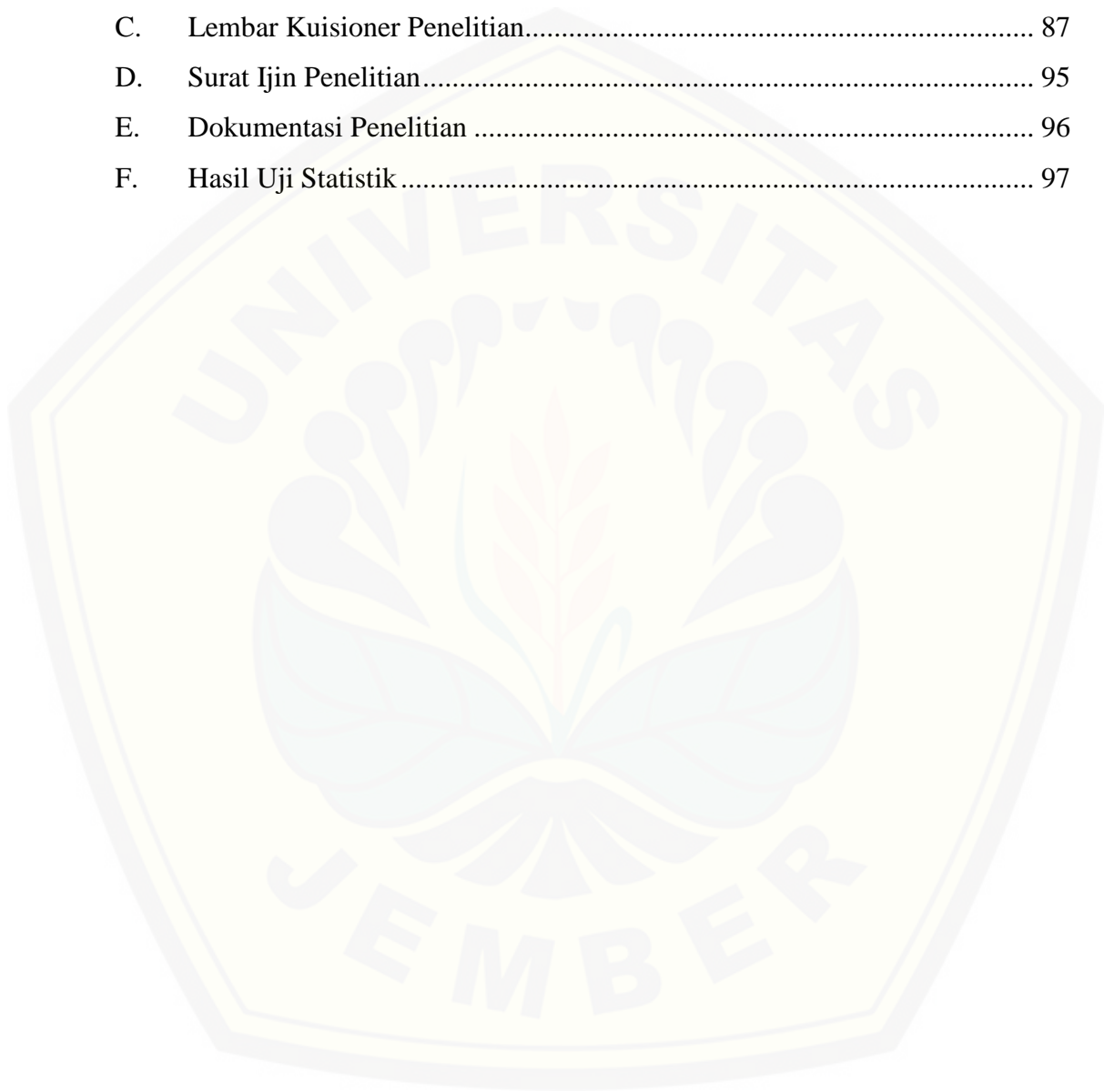
**DAFTAR GAMBAR**

2. 1	Struktur Morfologi Virus HIV .....	7
2. 2	Alur Pelaksanaan TIPK.....	19
2. 3	Faktor Yang Mempercepat Penyebaran HIV .....	21
2. 5	Teori <i>Health Belief Model</i> .....	25
2. 4	Health Belief Model Teori .....	25
2. 6	Kerangka Teori.....	34
2. 7	Kerangka Konsep .....	35



**DAFTAR LAMPIRAN**

A.	Lembar Pernyataan.....	85
B.	Lembar Pernyataan Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ) .....	86
C.	Lembar Kuisisioner Penelitian.....	87
D.	Surat Ijin Penelitian.....	95
E.	Dokumentasi Penelitian .....	96
F.	Hasil Uji Statistik.....	97



## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### Daftar Singkatan

AIDS	: <i>Aquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
CST	: <i>Care, Support, and Treatment</i>
HBM	: <i>Health Belief Mode</i>
HIV	: <i>Human ImmunodeficiencyVirus</i>
IDU	: <i>Intravenous Drug Use</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KPA	: Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS
KTS	: Konseling dan Tes HIV Sukarela
LSL	: Laki – laki Suka Laki – laki
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif
Penasun	: Pengguna Narkoba Suntik
TIPK	: Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan
PMTCT	: <i>Prevention Mother to Child Transmission</i>
RNA	: <i>Ribonucleat Acid</i>
TB	: Tuberkulosis
WHO	: <i>World Health Organization</i>

### Daftar Notasi

%	: Persentase
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari

$\geq$	: Lebih dari sama dengan
$\alpha$	: Alpha
$n$	: Besar sampel
$N$	: Besar populasi
%	: Persen



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* merupakan virus yang menyerang kekebalan tubuh manusia yang dapat ditularkan dan menyebabkan suatu kumpulan gejala atau yang disebut *Aquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)* (Kemenkes RI, 2014 : 9). Salah satu cara penularan virus HIV adalah melalui ibu terhadap anaknya. Penularan HIV dari ibu ke anak merupakan penyebab utama infeksi HIV pada anak usia di bawah 15 tahun. Sebanyak 17,8 juta kasus HIV diantaranya adalah wanita di atas usia 15 tahun dan 1,8 juta anak berusia kurang dari 15 tahun, dan mengalami penambahan kasus baru yaitu sebesar 1,9 juta wanita usia diatas 15 tahun dan 150.000 anak dibawah usia 15 tahun pada tahun 2015 (WHO, 2016).

Angka yang cukup besar tersebut akan memperbesar kemungkinan terjadinya penularan HIV dari ibu hamil kepada bayi yang dikandung. Menurut laporan triwulan Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal P2P (2017) terdapat 10.376 kasus HIV, dengan kelompok usia tertinggi 25-49 tahun (69,6%) yaitu merupakan usia produktif (Kemenkes RI, 2017). Lebih 6,5 juta perempuan di Indonesia menjadi populasi rawan tertular dan menularkan, dan 9.000 lebih perempuan hamil dengan HIV+ dalam setiap tahunnya dan lebih dari 30% (3000 ibu hamil) diantaranya akan melahirkan bayi yang tertular (Budisuari dan Mirojab, 2011 : 412) .

Jawa Timur menempati urutan kedua tertinggi setelah DKI Jakarta sebagai provinsi yang melaporkan kasus HIV dalam kurun waktu 1987 hingga 2016 yaitu sebanyak 26.052 kasus. Terjadi peningkatan HIV hingga Maret 2017, yakni menjadi 33.043 kasus HIV (Ditjen PP Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan kelompok berisiko, bahwa 90% HIV/AIDS terjadi pada ibu hamil (Kemenkes RI, 2013). Peningkatan jumlah perempuan usia reproduktif yang terinfeksi HIV akan berdampak pada peningkatan kasus HIV/AIDS pada bayi dan anak (Saputri, 2013:136).

Jumlah total kasus HIV/AIDS di Kabupaten Jember 3.186 kasus, dengan jenis pekerjaan ibu rumah tangga sebanyak 775 kasus (Dinkes Jember, 2017). Sebagian besar penularan terjadi secara heteroseksual pada kelompok usia reproduktif. Penularan juga terjadi pada kelompok usia belum aktif secara seksual yaitu pada usia 0-14 tahun. Pada kelompok ini penularan terjadi secara prenatal atau pada waktu kehamilan. Tercatat 52 kasus kasus pada penularan prenatal (Farkhanani, 2016 : 2). Hingga September 2016, KPA Jember mencatat terdapat 72 bayi baru lahir dan 62 balita tertular HIV/AIDS karena ibunya positif HIV (KPA Jember, 2016). Kenaikan kasus terjadi pada kelompok umur balita, hingga Juni 2017 tercatat 68 kasus dan kelompok risiko tertular yaitu pada kelompok prenatal terdapat 81 kasus (KPA Jember, 2017). Penularan HIV secara prenatal tersebut dapat dicegah melalui program penanggulangan HIV dari Ibu ke anak.

Program Penanggulangan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT) pada dasarnya adalah suatu usaha untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu kepada bayinya. Hal ini tentunya dapat menekan terjadinya kelahiran bayi dengan status HIV positif. Dalam pelaksanaan program pengendalian HIV dari ibu ke anak ini memiliki empat pilar, yaitu mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduktif, mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV, mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV kepada bayi yang dikandungnya, dan memberikan dukungan psikologi, sosial, dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta bayi dan keluarganya (Kemenkes R1, 2012 : 15). Kegiatan yang dilakukan dalam program penanggulangan HIV dari ibu ke anak diantaranya adalah pelaksanaan tes HIV pada ibu hamil secara dini.

Konseling dan tes HIV atas inisiasi petugas kesehatan (TIPK) atau *Provider Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC) serta Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) merupakan bagian dari program pencegahan HIV yang dilaksanakan di layanan kesehatan dasar salah satunya di puskesmas. Layanan TIPK tersebut dilakukan di poliklinik KIA/KB dengan sasaran ibu hamil (Depkes R1, 2016 : 5). Dalam praktiknya dilakukan oleh petugas kesehatan kepada ibu



hamil yang datang di pelayanan kesehatan pada layanan *antenatal care* (ANC) di klinik KIA yang terdapat di puskesmas.

Puskesmas merupakan unit layanan kesehatan terdepan. Penawaran tes HIV bagi ibu hamil dilakukan saat melakukan kunjungan ANC. Dengan diberlakukannya program PPIA, tes HIV sudah secara rutin dilakukan di klinik antenatal baik di rumah sakit maupun puskesmas. Ibu hamil akan ditawarkan untuk melakukan tes HIV secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Akan tetapi tidak semua ibu hamil yang melakukan kunjungan ke klinik antenatal melakukan tes HIV. Jika penawaran tes HIV secara aktif telah diterapkan pada layanan TIPK di klinik KIA puskesmas oleh petugas maka harapan untuk penemuan dan pengobatan kasus HIV/AIDS menjadi lebih besar dan risiko penularan dari ibu ke bayi dapat dicegah (Kemenkes RI, 2012 : 4).

Kecamatan Puger Kabupaten Jember merupakan wilayah dengan angka kasus HIV/AIDS tertinggi. Berdasarkan data Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Kabupaten Jember jumlah kasus HIV/AIDS di Puger mencapai 357 kasus dan paling banyak berdasarkan jenis pekerjaan pada ibu rumah tangga tahun 2017 (KPA Jember, 2017). Kelompok umur tertinggi yang mengalami HIV/AIDS di Kecamatan Puger ialah usia 20 – 49 tahun, dan ditemukan 3 kasus HIV positif pada ibu hamil di tahun 2016 (Puskesmas Puger, 2016). Risiko penularan HIV/AIDS di wilayah ini lebih besar karena terdapat eks lokalisasi di salah satu desa di Kecamatan Puger. Sehingga penularan virus HIV perlu dicegah sedini mungkin, terutama pada kelompok berisiko perempuan usia reproduktif, salah satunya yaitu ibu hamil.

Puskesmas Puger merupakan salah satu Puskesmas yang telah memiliki fasilitas untuk melakukan pemeriksaan HIV. Selain itu, Puskesmas Puger telah menjalankan program TIPK dan tes HIV di layanan ANC klinik KIA dan wajib menyarankan tes HIV untuk ibu hamil pada kunjungan ANC sebesar 100%. Sesuai data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Puskesmas Puger merupakan puskesmas dengan jumlah ibu hamil yang melakukan tes paling rendah yaitu pada tahun 2016 dari 998 ibu hamil, 620 yang menerima layanan TIPK atau sebesar

62%. Dibandingkan dengan puskesmas lain yang sama-sama memiliki fasilitas tes HIV, Puskesmas Puger memiliki angka capaian paling rendah. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, rendahnya angka capaian tersebut dikarenakan ibu hamil yang diberikan konseling kemudian disarankan untuk melakukan tes HIV menolak. Mayoritas ibu hamil menolak dengan alasan takut dengan hasilnya maupun takut diambil darah, dan akan minta ijin terlebih dahulu kepada suami.

Pada praktiknya penerapan TIPK disesuaikan dengan tingkat epidemi HIV pada masing-masing wilayah. Kabupaten Jember merupakan wilayah epidemi terkonsentrasi. Mulai tahun 2014, semua ibu hamil yang datang ke layanan kesehatan wajib mendapatkan inisiasi melakukan tes. Dari semua ibu hamil yang datang hanya 35% ibu hamil bersedia melakukan tes (Farkhanani, 2016 : 2). Berdasarkan studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember target cakupan TIPK di Kabupaten Jember meningkat menjadi 65% pada tahun 2016. Dampak dari belum tercapainya target tersebut, penularan HIV dari ibu ke anak tidak dapat dicegah karena tidak diketahui lebih awal pada saat kehamilan, sehingga jumlah kasus HIV pada bayi dan balita terus meningkat. Angka kematian bayi akibat HIV juga akan meningkat.

Dalam buku Notoatmodjo disebutkan bahwa sering kali masyarakat gagal dalam menerima usaha pencegahan penyakit yang diselenggarakan *provider*, sehingga muncul teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit yang dikembangkan menjadi teori model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) (Notoatmodjo, 2014 : 115). Penerapan HBM digunakan untuk pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis dan mencakup berbagai perilaku seperti pemeriksaan pencegahan, *skrining*, dan imunisasi (Maryam, 2014:53). Penelitian Moges dan Amberbir (2011 : 111), juga menggunakan teori *Health Belief Model* untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemeriksaan HIV selama kehamilan. Hasil dari penelitian Mulyanti (2012 : 71) menyatakan bahwa penggunaan teori HBM yaitu kerentanan tertular HIV dan sumber informasi dapat mempengaruhi kontribusi ibu hamil dalam pemeriksaan HIV, sedangkan faktor pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan manfaat tes HIV tidak berhubungan dengan kontribusi ibu dalam pemeriksaan HIV. Terdapat

beberapa faktor lain yang mempengaruhi ibu menerima tes HIV antara lain pendidikan dan pengetahuan ibu, usia ibu, paritas, psikologi, dan juga *provider* (Fernandez, *et al.* 2000 : 463).

Berdasarkan latar belakang tersebut, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan ibu hamil dalam menerima TIPK selama melakukan pemeriksaan kehamilan di klinik KIA Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Peneliti menggunakan *Teori Health Belief Model* sebagai pendekatan untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi ibu hamil melakukan TIPK. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai faktor yang mempengaruhi ibu hamil menerima layanan TIPK, sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan cakupan tes HIV khususnya pada layanan TIPK.

## **1.2 Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Apa saja faktor yang berhubungan dengan kesediaan ibu hamil dalam melakukan TIPK di Puskesmas Puger?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan kesediaan ibu hamil dalam melakukan konseling dan tes HIV atas inisiasi petugas kesehatan (TIPK) di Puskesmas Puger.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi kesediaan ibu hamil melakukan TIPK di Puskesmas Puger
- b. Mengidentifikasi faktor sosial demografi (usia, usia kehamilan, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan), faktor struktural (pengetahuan), kerentanan terhadap penularan HIV dan keseriusan infeksi yang dirasakan,

manfaat dan hambatan yang dirasakan, dan pencetus tindakan (media masa, saran orang lain, dan pengalaman sebelumnya) untuk tes HIV pada ibu hamil.

- c. Menganalisis hubungan faktor sosial demografi (usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, usia kehamilan, dan pengetahuan) dengan kesediaan melakukan TIPK oleh ibu hamil selama pemeriksaan kehamilan.
- d. Menganalisis hubungan kerentanan yang dirasakan ibu hamil terhadap penularan HIV dan keseriusan infeksi dengan kesediaan melakukan TIPK oleh ibu hamil selama pemeriksaan kehamilan.
- e. Menganalisis hubungan antara manfaat dan hambatan tes HIV yang dirasakan ibu hamil dengan kesediaan melakukan TIPK selama pemeriksaan kehamilan.
- f. Menganalisis hubungan antara faktor pencetus tindakan (media massa, saran orang lain, dan pengalaman sebelumnya) untuk tes HIV dengan kesediaan melakukan TIPK selama pemeriksaan kehamilan.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang ilmu epidemiologi penyakit menular yang berkaitan dengan HIV/AIDS, serta dapat digunakan sebagai salah satu referensi untuk pengembangan penelitian yang terkait di masa yang akan datang.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS  
Sebagai informasi mengenai faktor yang mempengaruhi penerimaan TIPK bagi ibu hamil, agar dapat dilakukan intervensi dengan tepat.
- b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Sebagai bahan evaluasi terhadap peningkatan cakupan tes HIV dan terapi ARV pada ibu hamil di Kabupaten Jember.

c. Bagi Puskesmas Kabupaten Jember

Sebagai bahan masukan bagi Petugas Layanan TIPK di Puskesmas Puger untuk berperan lebih aktif dalam memberi informasi dan konseling pra tes.



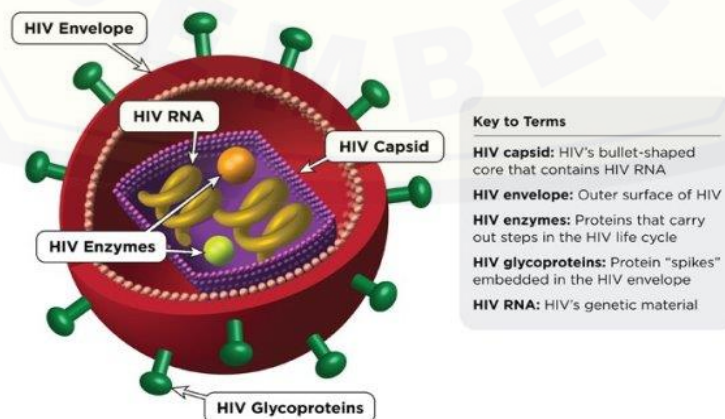
## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 HIV dan AIDS

#### 2.1.2 Definisi HIV

*Human Immunodeficiency Virus* atau yang disingkat dengan HIV merupakan sejenis retrovirus RNA yang memiliki kemampuan menginfeksi secara selektif sistem kekebalan tubuh yang kemudian akan melemahkan sistem tersebut. Setelah menyerang sistem kekebalan tubuh, beberapa waktu kemudian virus akan mengacaukan sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh tidak lagi mampu bertahan melawan infeksi oportunistik, yaitu infeksi yang dalam kondisi normal tidak akan menyebabkan penyakit. Target dari virus ini ialah sel T4 limfosit (T CD4+) (Irianto, 2014:60).

Secara struktur morfologi, bentuk dari HIV terdiri atas sebuah silinder yang dikelilingi pembungkus lemak yang melingkar – melebar. Pada pusat lingkaran terdapat untaian RNA. HIV mempunyai tiga gen yang merupakan komponen fungsional dan struktural. Tiga gen tersebut ialah *gag*, *pol*, dan *env*. *Gag* berarti grup, *pol* mewakili polymerase, dan *env* adalah kepanjangan dari *envelope*. Gen *gag* mengode protein inti. Gen *pol* mengode enzim *reverse*, transcriptase, protease, dan *integrase*. Gen *env* mengode komponen struktural HIV yang dikenal dengan glikoprotein. Gen lain yang ada dan juga penting dalam replikasi virus yaitu : *rev*, *nef*, *vif*, *vpu*, dan *vpr* (Ardhiyanti, *et al.*, 2015:8)



Gambar 2. 1 Struktur Morfologi Virus HIV

Sumber : <https://rebanas.com>

### 2.1.2 Definisi AIDS

AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang (Kemenkes RI, 2014 : 4). Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh, maka semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh dengan mudah (infeksi oportunistik). Oleh karena itu, sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, maka penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya (Ardhiyanti, *et al.*, 2015: 9).

### 2.1.3 Etiologi dan Patogenesis

Mekanisme infeksi HIV yang menyebabkan penurunan sel CD4<sup>+</sup> ini tidak pasti, meskipun kemungkinan mencakup infeksi litik sel CD4<sup>+</sup> itu sendiri induksi apoptosis melalui antigen viral, yang dapat bekerja sebagai superantigen; penghancuran sel yang terinfeksi melalui mekanisme imun antiviral penjamu dan kematian atau disfungsi precursor limfosit atau sel asesorius pada timus dan kelenjar getah bening. HIV dapat menginfeksi jenis sel selain limfosit. Infeksi HIV pada monosit, tidak seperti infeksi pada limfosit CD4<sup>+</sup>, tidak menyebabkan kematian sel. Monosit yang terinfeksi dapat berperang seagai reservoir virus laten tetapi tidak dapat diinduksi, dan dapat membawa virus ke organ, terutama otak, dan menetap di otak. Patologi terkait HIV melibatkan banyak organ, meskipun sering sulit untuk mengetahui apakah kerusakan terutama disebabkan oleh infeksi virus lokal atau komplikasi infeksi lain atau autoimun (Ardhiyanti,*et al.*,2015: 11).

Infeksi HIV biasanya secara klinis tidak bergejala saat terakhir, meskipun “periode inkubasi” atau interval sebelum muncul gejala infeksi HIV, secara umum lebih singkat pada infeksi prenatal dibandingkan pada infeksi HIV dewasa. Selama fase ini, gangguan regulasi imun sering tampak pada saat tes, terutama berkenaan dengan fungsi sel B, hipergameglobulinemia dengan produksi antibodi nonfungsional lebih universal diantara anak-anak yang terinfeksi HIV daripada dewasa, sering meningkat pada usia 3 sampai 6 bulan. Ketidakmampuan untuk berespon terhadap antigen baru ini dengan produksi immunoglobulin secara klinis mempengaruhi bayi tanpa pajanan antigen sebelumnya, berperang pada infeksi

dan keparahan infeksi bakteri yang lebih berat pada infeksi HIV pediatrik. Depleksi limfosit CD4<sup>+</sup> sering merupakan temuan lanjutan, dan mungkin tidak berkorelasi dengan status simptomatik. Bayi dan anak-anak dengan infeksi HIV sering memiliki jumlah limfosit yang normal, dan 15% pasien AIDS pediatrik mungkin memiliki risiko limfosit CD4<sup>+</sup> terhadap CD8 yang normal. Penjamu yang berkembang untuk beberapa alasan menderita imunopatologi yang berbeda dengan dewasa, dan kerentanan perkembangan sistem syaraf pusat menerangkan frekuensi relative ensefalopati yang terjadi pada infeksi HIV anak (Ardhiyanti, 2015: 12).

#### 2.1.4 Transmisi

Pada dasarnya, cara penularan HIV dimana-mana sama yaitu melalui hubungan seksual, darah, dan prenatal (Irianto, 2014 : 64). Dari pustaka tersebut dapat disimpulkan bahwa penularan HIV dapat melalui dua cara yaitu transmisi seksual dan transmisi non seksual .

##### 1) Transmisi Seksual

Penularan HIV/AIDS dengan cara transmisi seksual paling sering terjadi, penularannya terjadi melalui hubungan seks (homoseksual dan heteroseksual) melalui mani (semen), cairan vagina, dan serviks (Ardhiyanti, *et al.*, 2015: 15). Hubungan seksual baik vaginal maupun oral merupakan cara transmisi yang paling sering terjadi pada pasangan seksual pasif. Dalam buku Irianto (2014 : 62) dijelaskan berbagai aktivitas seksual memberikan risiko penularan HIV dari yang paling tinggi sampai rendah pada berbagai aktivitas seksual adalah sebagai berikut:

- a. *Receptive anal intercourse*
- b. *Receptive vaginal intercourse*
- c. *Insertive anal intercourse*
- d. *Oral contact*
- e. *Sexual intercourse with condom*
- f. *Wet kissing or deep (tounge kiss)*



## 2) Transmisi Non Seksual

Transmisi melalui jalur non seksual dapat terjadi melalui transfusi darah atau produk darah, jarum suntik atau alat lain yang dapat melukai kulit, melalui plasenta dari ibu pengidap HIV kepada bayi yang dikandungnya. HIV tidak menular melalui peralatan makanan, pakaian, handuk, sapu tangan, toilet yang dipakai secara bersama-sama, ciuman pipi, berjabat tangan, hidup serumah dengan penderita HIV yang bukan mitra seksual dan hubungan sosial lainnya. Air susu ibu pengidap HIV, saliva/air liur, air mata, urin serta gigitan nyamuk belum terbukti dapat menularkan HIV/AIDS (Irianto, 2014 : 64).

Cara penularan HIV/AIDS menurut (Nursalam dan Kurniawati, 2007: 51-53) dapat ditularkan melalui :

### a. Ibu pada bayinya

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% sampai 0,7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkina mencapai 50%. Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi fotomaternal atau kontak antara kulit dan memberan mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan, semakin lama proses melahirkan, semakin besar risiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa dipersingkat dengan operasi *section caesaria*. Transmisi lain terjadi selam periode *post partum* melalui ASI. Risiko bayi tertular melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10%.

### b. Transfusi darah, produk darah dan organ donor

Sangat cepat menularkan HIV karena virus langsung masuk ke pembuluh darah dan menyebar keseluruh tubuh, risiko penularan melalui jalur transfusi darah tidak dapat dihilangkan sepenuhnya oleh karena teknologi saat ini belum mampu mendeteksi RNA HIV dalam kurun waktu 1-2 minggu setelah terinfeksi karena rendahnya jumlah virus dalam darah, selain itu HIV juga dapat menular melalui transplantasi organ.

c. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti speculum, tenakulum dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV di kutip dari.

d. Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau silet yang tidak disterilkan dulu dapat menularkan HIV.

e. Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (*injecting Drug User-IDU*) sangat berpotensi menular HIV. Selain jarum suntik, pada para pemakai IDU secara bersama-sama juga menggunakan tempat penyampuran, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV.

### 2.1.5 Tahap Infeksi

Setelah terinfeksi HIV maka untuk sampai pada fase AIDS terdapat tahap – tahap yang harus dilalui (Kemenkes RI, 2018:1), yaitu :

Tahapan perjalanan HIV menjadi AIDS :

a. Periode Jendela

Virus masuk ke dalam tubuh dan berkembang, kalo kita melakukan tes, virus belum tentu bisa terdeteksi dengan pemeriksaan antibodi darah. Tidak ada gejala yang muncul namun sudah bisa menularkan ke orang lain.

b. Tanpa Gejala

Di tahap ini virus sudah bisa terdeteksi jika melakukan tes HIV dengan tes darah. Namun, di tahap ini tidak ada gejala apapun dan tampak sehat, tergantung juga pada daya tahan tubuh. Biasanya 5-10 tahun. Orang yang sudah terinfeksi disebut dengan ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS).

c. Muncul Gejala

Demam berkepanjangan, penurunan berat badan, diare terus menerus tanpa sebab yang jelas, batuk, dan sesak nafas lebih dari satu bulan terus menerus, kulit

gatal-gatal dan muncul bercak merah kebiruan adalah gejala-gejala yang muncul pada tahap ini.

Gejala-gejala tersebut menunjukkan sudah ada kerusakan pada sistem kekebalan tubuh.

#### d. AIDS

Tahap ini merupakan tahap akhir dimana kekebalan tubuh sudah sangat menurun sehingga terserang berbagai macam penyakit, seperti:

radang paru-paru (TBC/Tuberculosis),

- 1) radang karna jamur di mulut dan kerongkongan,
- 2) gangguan saraf (toxoplasmosis),
- 3) kanker kulit,
- 4) infeksi usus,

### 2.1.6 Kelompok Berisiko

Kelompok berisiko terhadap ancaman HIV dan AIDS dapat terbagi menjadi beberapa kelompok dibawah ini, dimana adanya pembagian kelompok berisiko ini dapat pula dijadikan dasar intervensi bagi program pencegahan HIV/AIDS (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2011) :

#### a. Kelompok Tertular (*infected people*)

Kelompok tertular ialah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010). Perempuan dan remaja putri tertular 2,5 kali lebih besar dibandingkan laki-laki dan remaja putra.

#### b. Kelompok berisiko tertular atau rawan tertular (*high – risk people*)

Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penjaja seks,penyalahguna NAPZA suntik, waria penjaja seks dan pelanggannya serta laki-laki suka laki-laki (LSL). Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku bersiko menjadi perilaku aman.

c. Kelompok Rentan (*vulnerable people*)

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfusi darah dan petugas pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan – kegiatan yang berisiko tertular HIV dengan upaya menghambat menuju kelompok berisiko.

d. Masyarakat umum (*general population*)

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok sebelumnya. Pencegahan ditujukan untuk peningkatan kewaspadaan, kepedulian, dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya.

Selain itu menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2011 bahwa risiko tinggi tertular HIV dan AIDS adalah :

- 1) Kelompok yang aktif melakukan hubungan seksual dengan berganti – ganti pasangan
- 2) Kelompok homoseksual
- 3) Kelompok biseksual (yang dilakukan baik sesama jenis maupun berlawanan jenis)
- 4) PSK dan pelanggannya
- 5) Penerima transfusi darah yang asal darahnya tidak dipastikan berstatus HIV-terlebih dahulu
- 6) Bayi dari ibu pengidap HIV/AIDS
- 7) Pengguna narkoba suntik

Ibu hamil dengan status HIV/AIDS akan berdampak pada status HIV pada bayi dan anak yang akan dilahirkan, sehingga bayi yang terinfeksi HIV saat prenatal akan mengalami progresivitas penyakit pada awal bulan kehidupannya dan mampu mengakibatkan kematian (Permenkes RI, 2013:8).

## **2.2 Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK)**

### **2.2.1 Definisi TIPK**

*Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan dan Konseling (TIPK)* adalah layanan tes dan konseling HIV terintegrasi di sarana kesehatan, yaitu tes dan konseling yang diprakarsai oleh petugas kesehatan ketika pasien mencari layanan kesehatan (Permenkes RI, 2013 : 5). Tes dan konseling HIV yang diinisiasi penyedia layanan harus disertai dengan paket yang direkomendasikan untuk layanan pencegahan, perawatan, dan perawatan terkait HIV. Meskipun tidak semua layanan perlu tersedia di fasilitas yang sama seperti di mana tes HIV dilakukan, tetapi harus tersedia rujukan lokal. Profilaksis antiretroviral dan konseling pemberian ASI pada bayi adalah intervensi penting untuk pencegahan penularan dari HIV dari ibu ke bayinya. Intervensi ini harus tersedia sebagai bagian dari standar perawatan untuk wanita hamil yang didiagnosis HIV positif melalui tes dan konseling HIV yang diprakarsai oleh penyedia layanan (WHO, 2007 : 8).

TIPK merupakan kebijakan pemerintah untuk dilaksanakan di layanan kesehatan sehingga semua petugas kesehatan harus menganjurkan tes HIV setidaknya pada ibu hamil, pasien TB, pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis diduga terinfeksi, pasien dari kelompok berisiko (Penasun, WPS, LSL), pasien IMS dan seluruh pasangan seksualnya. Pelaksanaan tes HIV perlu disesuaikan dengan prinsip bahwa pasien sudah mendapatkan informasi yang cukup dan menyetujui untuk tes HIV dan semua pihak menjaga kerahasiaan. Salah satu sebab meningkatnya cakupan tes HIV pada ibu hamil adalah meningkatnya Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) di layanan/klinik antenatal dan persalinan serta layanan kesehatan lainnya (Permenkes RI, 2013 : 5).

### **2.2.2 Pengkategorian penerapan TIPK**

Terdapat beberapa tingkatan kategori penerapan TIPK yang digolongkan menjadi beberapa epidemi, yaitu :

### 1. Epidemio HIV tingkat rendah

Meskipun HIV mungkin telah ada selama bertahun-tahun, namun HIV tidak pernah menyebar ke tingkat substansial di sub populasi manapun. Infeksi yang tercatat sebagian besar terbatas pada individu dengan perilaku berisiko tinggi, misalnya pekerja seks, penyuntik narkoba, dan LSL. Secara angka, prevalensi HIV tidak secara konsisten melebihi 5% pada sub populasi yang ditentukan (WHO, 2007 : 6).

### 2. Epidemio HIV terkonsentrasi

HIV telah menyebar dengan cepat di sub populasi yang ditentukan, namun belum menetap pada populasi umum. Keadaan epidemio ini menunjukkan kelompok berisiko di dalam sub-populasi. Masa depan epidemio ini ditentukan oleh frekuensi dan sifat hubungan antara sub populasi yang sangat terinfeksi dan populasi umum. Prevalensi HIV secara konsisten melebihi 5% pada setidaknya satu subpopulasi yang ditentukan namun di bawah 1% pada wanita hamil di daerah perkotaan (WHO, 2007 : 6).

### 3. Epidemio umum atau meluas

Meskipun sub-populasi berisiko tinggi dapat berkontribusi secara tidak proporsional terhadap penyebaran HIV, jaringan seksual pada populasi umum cukup untuk mempertahankan epidemio yang independen terhadap sub-populasi dengan risiko infeksi yang lebih tinggi. Proksi angka: Prevalensi HIV secara konsisten lebih dari 1% pada wanita hamil (WHO, 2007 : 6).

## 2.2.3 Penerapan TIPK diberbagai tingkat Epidemio

Penerapan TIPK pada masing-masing tingkat epidemio ialah sebagai berikut:

### 1. Penerapan TIPK pada semua Jenis Epidemio

Petugas kesehatan dianjurkan untuk menawarkan tes HIV dan konseling sebagai bagian dari prosedur baku perawatan kepada semua pasien seperti berikut tanpa memandang tingkat epidemio daerahnya :

- a) Semua pasien dewasa atau anak yang berkunjung ke sarana kesehatan dengan gejala dan tanda atau kondisi medis yang mengindikasikan pada AIDS.
- b) Bayi baru lahir dari ibu HIV reaktif sebagai perawatan lanjutan yang rutin pada bayi tersebut

c) Anak yang dibawa ke sarana kesehatan dengan menunjukkan tanda tumbuh kembang yang kurang optimal atau gizi kurang dan tidak memberikan respon pada terapi gizi yang memadai (Kemenkes RI, 2010: 6)

## 2. Penerapan di Daerah Epidemi Meluas

Di daerah dengan tingkat epidemi yang meluas dengan lingkungan yang memungkinkan atau kondusif serta tersedia sumber daya yang memadai termasuk ketersediaan paket layanan pencegahan, pengobatan, dan perawatan HIV maka petugas kesehatan menginisiasi HIV dan konseling kepada semua pasien yang berkunjung atau berobat di semua sarana kesehatan. Hal tersebut diterapkan di layanan medis atau bedah, sarana pemerintah atau swasta, pasien rawat inap dan rawat jalan serta layanan medis tetap dan bergerak. Tawaran tes HIV dan konseling merupakan bagian dari prosedur layanan baku dari petugas kesehatan kepada pasiennya tanpa memandang adanya gejala atau tanda yang terkait dengan AIDS pada pasien yang berobat di sarana kesehatan (Kemenkes RI 2010 : 6).

## 3. Penerapan TIPK di Epidemi Terkonsentrasi atau Tingkat Rendah

Di daerah dengan tingkat epidemi rendah atau terkonsentrasi tidak semua pasien ditawarkan konseling dan tes HIV karena pada umumnya orang berisiko rendah tertular HIV. Pada daerah tersebut prioritas ditunjukkan hanya kepada semua pasien dewasa atau anak yang berobat di sarana kesehatan dengan menunjukkan gejala atau tanda klinis yang mengindikasikan AIDS, termasuk tuberkulosis dan pada pasien anak yang diketahui lahir dari ibu HIV reaktif. Data yang menunjukkan bahwa prevalensi HIV pada pasien TB bukan merupakan prioritas. Keputusan atau pemilihan sarana kesehatan untuk menerapkan TIPK di daerah dengan tingkat epidemi HIV yang terkonsentrasi rendah harus didasarkan atas penilaian epidemiologi dan kontak sosial (Kemenkes RI, 2010:7).

### 2.2.4 Proses TIPK bagi ibu hamil

Tahapan proses penerapan TIPK terdapat beberapa tahapan sebagai berikut :

#### 1. Informasi *pra tes* (termasuk penawaran tes) bagi ibu hamil

Kegiatan ini dilakukan sebelum tes pada ibu hamil yang belum diketahui. Kegiatan ini dilakukan pada saat pemeriksaan ANC pertama sampai menjelang persalinan. Melalui informasi diharapkan ibu hamil dapat manfaat tes bagi dirinya

serta janin yang kandungannya dan mengurangi kecemasannya sehingga ibu dapat memutuskan apakah ibu akan memutuskan apakah akan melakukan tes atau tidak. Pendekatan yang digunakan dalam TIPK adalah pendekatan *option out*. Pendekatan *Option Out* berarti pasien harus jelas menyatakan penolakan dilaksanakannya tes HIV setelah menerima *pra* tes yang biasa diberikan pada *Care Support and Treatment (CST)* disederhanakan tanpa sesi edukasi dan konseling yang lengkap. Informasi pra tes meliputi :

- a. Risiko penularan penyakit – penyakit tertentu, seperti TBC, malaria, hepatitis HIV, dan sifilis dari ibu kepada bayinya selama kehamilan, saat persalinan dan menyusui.
- b. Risiko penyakit lainnya seperti anemia, hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal pada kehamilan yang akan berdampak bagi ibu dan bayi yang akan dilahirkannya.
- c. Keuntungan diagnosis dari penyakit – penyakit tersebut bagi ibu dan bayi yang akan dilahirkan dan layanan yang tersedia dan pengobatan bagi pasien yang hasil tesnya positif.
- d. Informasi bahwa hasil tes akan diperlukan secara konfidensial dan tidak diungkapkan tanpa seijin pasien kepada orang lain selain petugas kesehatan yang terkait langsung dengan perawatan pasien.
- e. Pasien mempunyai hak untuk menolak menjalani tes laboratorium rutin tes akan dilakukan sesuai dengan standar prosedur yang berlaku, kecuali pasien menggunakan hak tolaknya tersebut. Bila menolak, pasien perlu membuat pernyataan tertulis.

Penolakan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium tidak akan memengaruhi layanan selanjutnya bagi klien/ibu hamil. Pasien yang menolak menjalani tes perlu ditawarkan kembali pada kunjungan berikutnya atau ditawarkan untuk menjalani sesi konseling di bagian KTS seorang konselor terlatih. Penolakan tersebut harus dicatat di lembar catatan medis, agar diskusi dan tes HIV diprakarsai kembali pada kunjungan yang akan datang (Kemenkes RI, 2014 : 25).



## 2. Tes HIV bagi ibu Hamil

Tes HIV dilakukan di laboratorium yang tersedia di fasilitas layanan kesehatan. Jika layanan tes tidak tersedia di fasilitas tersebut, maka tes tersebut di laboratorium rujukan. Metode tes HIV yang digunakan sesuai dengan Pedoman Pemeriksaan Laboratorium HIV Kementerian Kesehatan. Tes cepat yang sesuai prosedur sangat layak dilakukan dan memungkinkan untuk mendapatkan hasil secara cepat serta meningkatkan jumlah orang yang mengambil hasil, meningkatkan kepercayaan akan hasil serta terhindar dari kesalahan pencatatan atau tertukarnya hasil antar pasien. Tes cepat dapat dilakukan diluar sarana laboratorium, tidak memerlukan peralatan khusus dan dapat dilaksanakan di sarana kesehatan primer (Kemenkes RI, 2014 : 25). Secara ideal konseling dan tes HIV juga dilakukan kepada pasangan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan .

## 3. Konseling *Pasca* Tes HIV

WHO (2007 : 41) menyebutkan Selain informasi yang digambarkan , pasca-tes konseling bagi ibu hamil yang hasil uji positif HIV harus dilakukan sebagai berikut:

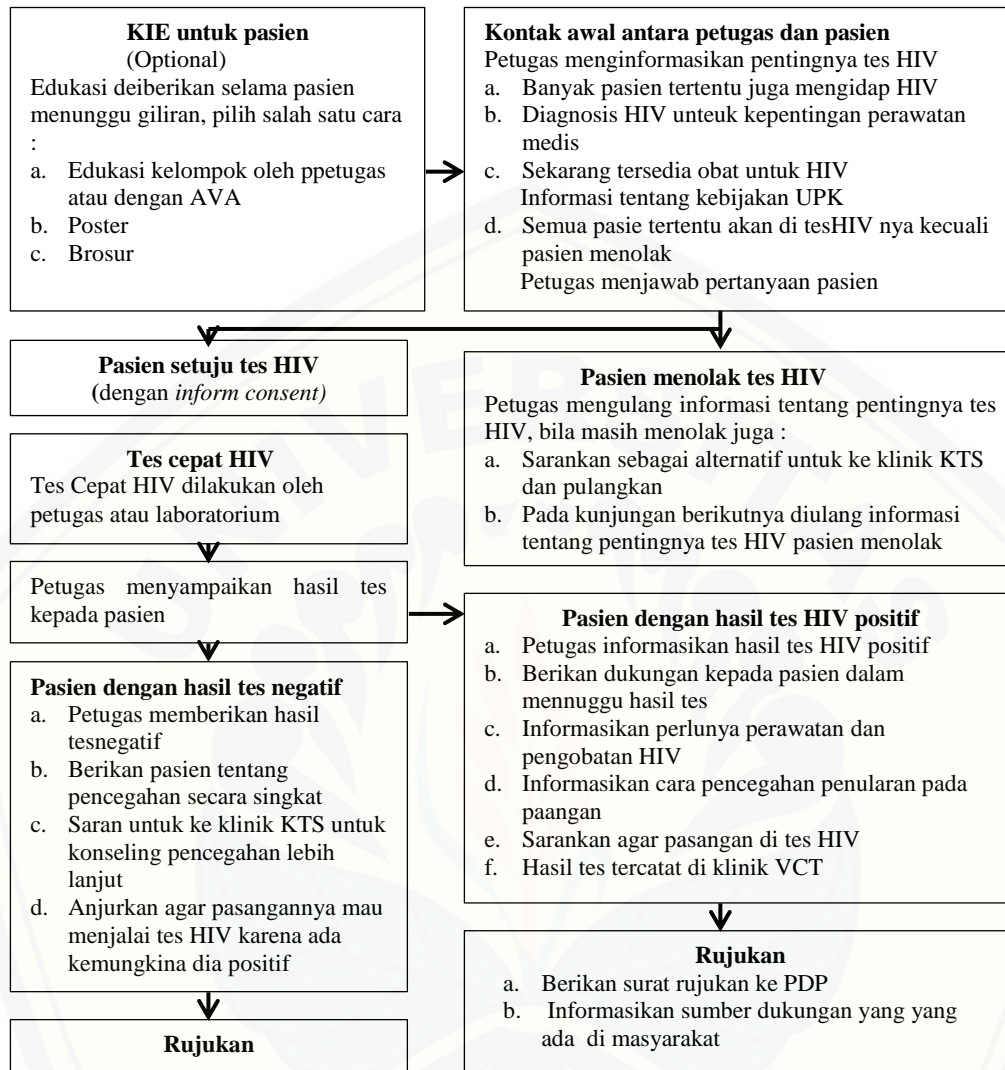
- a. Rencana melahirkan
- b. Penggunaan obat ARV
- c. Gizi ibu yang memadai
- d. Pilihan pemberian makanan bayi
- e. Tes HIV untuk bayi

Konseling pasca Tes merupakan bagian integral dari proses Tes HIV. Semua pasien yang menjalani Tes HIV harus mendapatkan konseling pasca Tes pada saat hasil tes disampaikan, tanpa memandang hasil Tes HIV. Konseling pasca Tes harus diberikan secara individual dan oleh petugas yang sama yang menginisiasi Tes HIV semula. Konseling tidak layak diberikan secara berkelompok. Ibu hamil maupun pasangannya yang mendapatkan hasil positif maupun negatif harus mendapatkan konseling *pasca testing* (Kemenkes RI, 2014:11).

## 4. Rujukan

Semua pasien dengan hasil tes reaktif harus dirujuk untuk mendapatkan akses pengobatan ARV, pengobatan penyakit terkait HIV dan perawatan lainnya. Pasien dengan hasil non reaktif perlu dirujuk untuk mendapatkkan informasi lanjut tentang pencegahan. Semua informasi mengenai pasien perlu ditulis dalam catatan

medis untuk dapat dijadikan bukti legal dan untuk dapat tindak lanjut oleh tim kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2014 : 12).



Gambar 2. 2 Alur Pelaksanaan TIPK

Sumber : Pedoman Nasional Tes HIV Dan AIDS Tahun 2013

## 2.3 HIV Pada Kehamilan

### 2.3.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan ialah suatu rangkaian peristiwa yang dimulai dengan *konsepsi* (pembuahan) antara sperma terhadap sel telur yang terjadi di dalam atau di luar rahim, dan berakhir dengan persalinan. Berdasarkan usianya kehamilan dibagi dalam (Isa. A & Hairunisa. A, 2008 : 32) :

- a. Kehamilan trimester I yaitu, usia kehamilan 0 – 14 minggu

- b. Kehamilan trimester II yaitu, usia kehamilan 14 – 28 minggu
- c. Kehamilan trimester III yaitu, usia kehamilan 28 – 42 minggu

Usia kehamilan dimana dianjurkan untuk dilakukan tes HIV ialah mulai pada usia kehamilan trimester I, karena jika terbukti terjangkit virus HIV maka harus sesegera mungkin diketahui dan menjalani terapi ARV secara rutin (Dinkes Jember, 2016).

### 2.3.2 Cara Penularan HIV Pada Kehamilan

Banyak penelitian membuktikan bahawa penularan HIV terjadi pada masa *intrauterin* dan *intrapartum* (Setiawan, 2009). Virus dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama hamil, saat persalinan, dan menyusui. Tanpa pengobatan yang tepat dan sedini mungkin, akan menyebabkan risiko bayi tertular dan kematian bayi (Kemenkes RI, 2013 : 14). Sebelum penularan virus HIV dari Ibu ke anak, terdapat faktor-faktor lain yang mempercepat penularan HIV pada perempuan yang dapat ditelusuri melalui tiga jenjang penyebab pada setiap tahap kehidupan yaitu penyebab langsung, tak langsung, dan mendasar. Ketiga jenjang tersebut melibatkan unit sosial yang berbeda yaitu, individu, sosial, dan masyarakat :

- a. Pada tingkat individu

Penyebab langsung dari penyebaran ialah terjadinya penularan infeksi virus HIV, kerentanan pada IMS dan tidak adanya ketahanan psikososial, karena hak-hak dan keamanan sosial tidak terjamin.

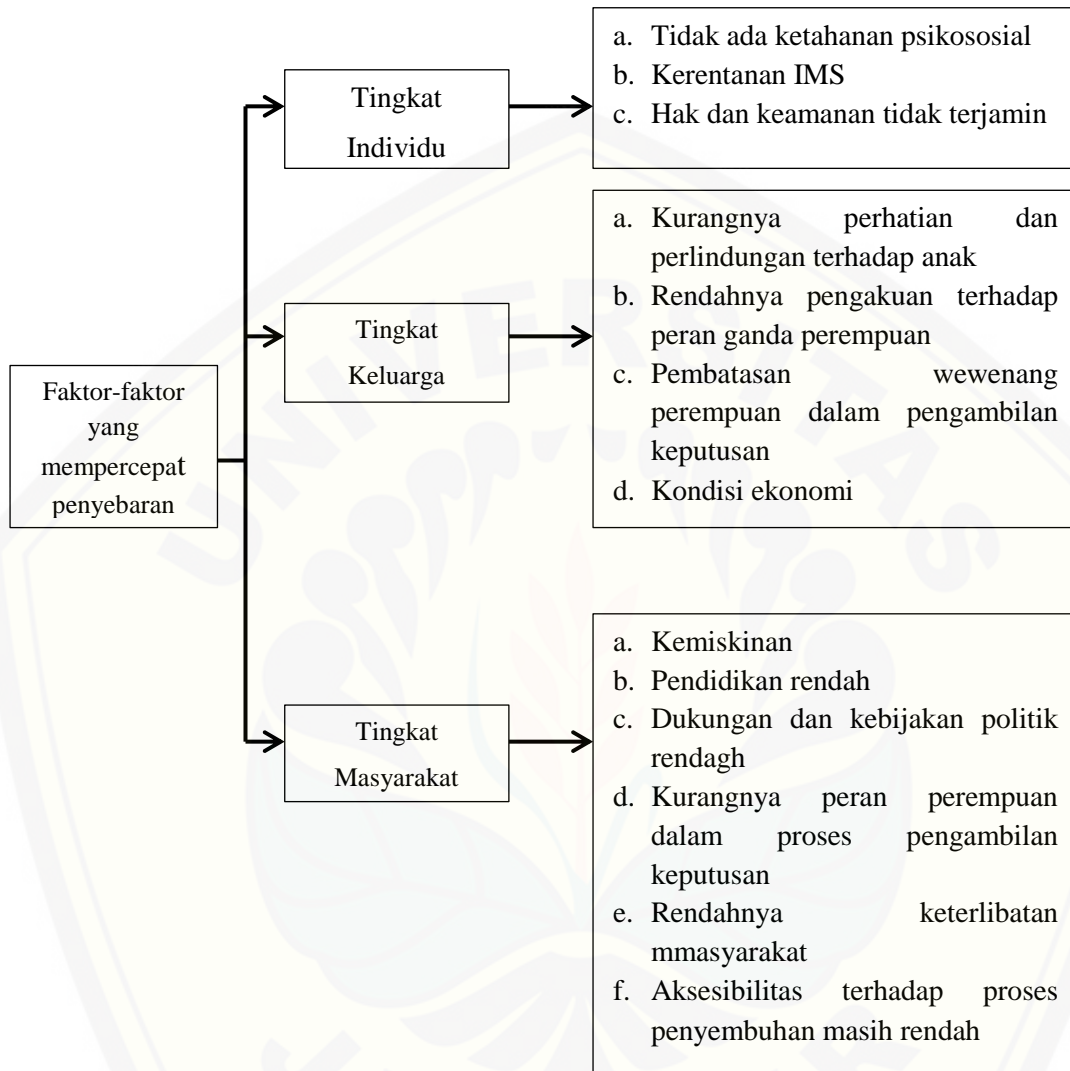
- b. Pada tingkat keluarga

Penyebab tidak langsung meliputi faktor-faktor yang berkaitan dengan kurangnya perhatian dan perlindungan terhadap perempuan dan anak-anak sehingga muncul permasalahan gender. Kondisi ekonomi, pembatasan wewenang dalam mengambil keputusan di tingkat keluarga, tidak memadainya tingkat kesehatan perempuan dan kurangnya akses terhadap kebutuhan hidup besar.

- c. Pada tingkat masyarakat

Penyebab tidak langsung meliputi faktor-faktor kemiskinan, pendidikan yang rendah, rendahnya dukungan kebijakan dan politik, kurangnya peran

perempuan dalam proses pengambilan keputusan, rendahnya keterlibatan masyarakat, dan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap upaya penyembuhan.



Gambar 2. 3 Faktor Yang Mempercepat Penyebaran HIV

Sumber : Kementerian Pemberdayaan Perempuan

### 2.3.3 Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui. Risiko penularan HIV pada ibu yang tidak mendapat penanganan PPIA saat hamil diperkirakan sekitar 15 – 45%. Risiko penularan 15 – 30% terjadi pada saat hamil dan bersalin, sedangkan peningkatan

risiko transmisi HIV sebesar 10 – 20% dapat terjadi pada masa nifas dan menyusui (Kemenkes RI, 2013 : 16).

Tabel 2. 1 Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Waktu	Risiko
Selama hamil	5 – 10%
Bersalin	10 – 20%
Menyusui (ASI)	5 – 20%

Sumber : Permenkes RI No. 21 Tahun 2013

#### 2.3.4 Frekuensi Tes HIV Pada Ibu Hamil

Anjuran untuk melakukan tes HIV ulang sangat tergantung pada perilaku berisiko yang masih terus berlangsung pada pasien. Tes HIV ulang setiap 6-12 bulan akan bermanfaat bagi individu berisiko tinggi untuk mendapat pajanan HIV. Perempuan dengan hasil HIV negatif sebaiknya di tes ulang sedini mungkin pada setiap kehamilan baru. Tes HIV ulangan pada usia lanjut sangat dianjurkan pada semua perempuan hamil di daerah dengan tingkat epidemi meluas (Dirjen P2PL Kemenkes RI, 2010 : 13).

#### 2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil

Faktor yang mempengaruhi penerimaan tes hiv oleh ibu hamil antara lain karakteristik ibu hamil yang meliputi usia, pengetahuan, pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan dan status kesehatan. Selain beberapa faktor karakteristik tersebut, pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh perilaku individu. Menurut penelitian Moges dan Amberbir, faktor yang dapat memengaruhi perilaku seseorang dapat dianalisis menggunakan teori model perubahan perilaku menurut *Health Belief Model (HBM)*.

### 2.4.1 *Health Belief Model (HBM) Teori*

*Health Belief Model* merupakan salah satu teori pertama perilaku kesehatan, dan tetap menjadi salah satu yang paling dikenal luas di lapangan yang dikembangkan pada tahun 1950 oleh sekelompok psikolog sosial Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat yang ingin menjelaskan mengapa begitu sedikit orang yang berpartisipasi dalam program untuk mencegah dan mendeteksi penyakit (Notoatmodjo, 2014 : 114).

Unsur Teori *Health Belief Model (HBM)* lebih menjelaskan pada kurangnya partisipasi publik dalam melakukan pemeriksaan dan program pencegahan. Model ini diadaptasi untuk mengeksplorasi berbagai perilaku kesehatan jangka panjang dan jangka pendek. Model kepercayaan ini mencakup lima unsur penting, yaitu :

#### 1. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*)

Unsur ini merupakan kerentanan yang dirasakan. Kerentanan merupakan pendapat subjektif seseorang dari risiko tertular penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut. Hal ini membuat model kepercayaan kesehatan bergantung dari pendapat yang dirasakan individu. Berkaitan dengan evaluasi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan apakah menerima konsekuensi terhadap pelayanan medis dan klinis.

Berdasarkan penelitian Fernandez *et al.*, (2000 : 463, 465) bahwa salah satu variabel yang berpengaruh terhadap ibu hamil menerima tes HIV ialah faktor risiko, seperti narkoba dengan jarum suntik yang tidak steril, dan berganti – ganti pasangan sex. Tetapi dari hasil penelitiannya variabel tersebut tidak signifikan atau tidak ada hubungan. Sedangkan pada penelitian Moges dan Amberbir (2011) bahwa variabel dari HBM yaitu *perceived susceptibility*, *perceived benefit*, dan *perceived barrier* berhubungan secara signifikan terhadap kesiapan ibu hamil dalam melakukan VCT.

## 2. Keseriusan yang dirasakan

Keseriusan yang dirasakan merupakan pandangan individu tentang keparahan penyakit (*Perceived severity*) atau parahnya kondisi penyakit seseorang. Keseriusan penyakit yang dirasakan merupakan perasaan yang serius akan tertular penyakit atau meninggal karena tidak diobati. Seseorang akan melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan bila diancam oleh penyakit yang dirasakan lebih parah dibandingkan dengan penyakit yang dirasakan lebih ringan. Hal ini menjadi stigma bagi penderita. Dapat dikatakan bahwa tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Pada penelitian Ni Ketut Arniti (2014) dihasilkan bahwa keparahan penyakit HIV yang diderita masyarakat dapat mempengaruhi ibu hamil dalam menerima tes HIV. Sama dengan penelitian Wakhida (2016) yang menyatakan bahwa keseriusan infeksi dapat mempengaruhi ibu hamil dalam melakukan VCT.

## 3. Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*Perceive benefit and barriers*)

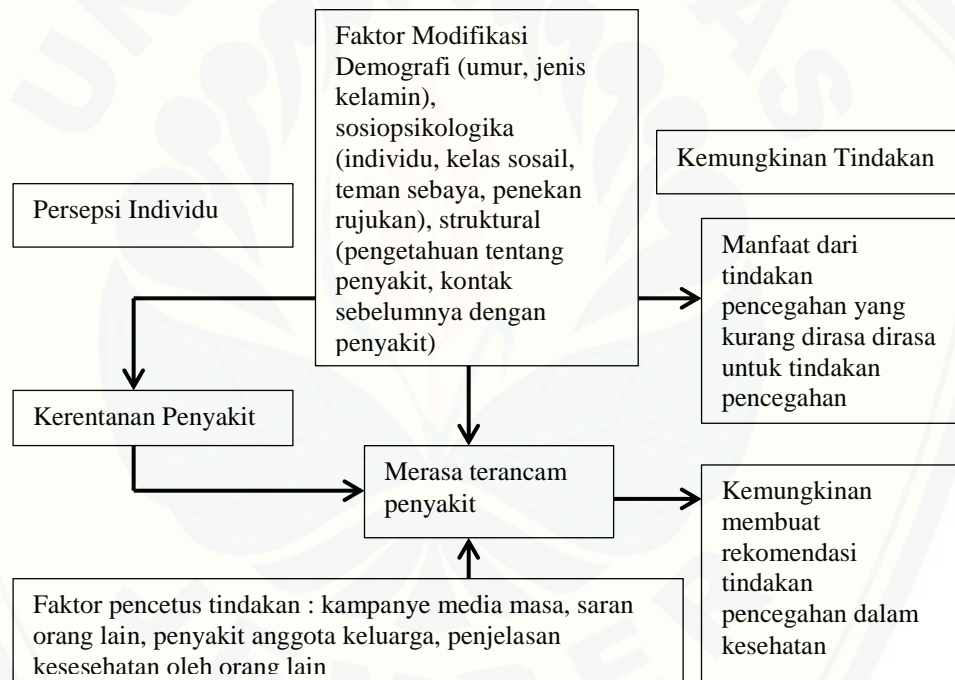
Manfaat yang dirasakan mengungkapkan kepercayaan akan efektifnya sebuah strategi yang dirancang dalam menanggulangi ancaman penularan penyakit. Tindakan yang dilakukan akan tergantung pada manfaat yang dirasakan setelah mengambil keputusan tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian Fernandez *et al.*, (2000 : 466) menyatakan ibu hamil mempercayai bahwa tes HIV pada saat kehamilan memiliki manfaat meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Sama dengan hasil penelitian Arniti (2014 : 46) bahwa tes HIV memiliki manfaat pada ibu hamil. Tetapi berbeda dengan hasil penelitian Mulyani (2012 : 67) manfaat tidak berhubungan dengan faktor ibu menerima tes hiv pada saat kehamilan, karena ibu hamil masih mempertimbangkan berbagai manfaat lain yang diperolehnya. Sedangkan untuk hambatan yang dirasakan menurut penelitian Wakhida (2016) juga merupakan faktor yang berhubungan dengan kesediaan ibu hamil melakukan VCT. Penelitian lain yang juga menyatakan bahwa hambatan merupakan faktor yang berhubungan dengan kesediaan melakukan

pemeriksaan HIV ialah penelitian Mulyanti (2012), Moges dan Amberbir (2011).

#### 5. *Cues to action* atau faktor pencetus tindakan

*Cues to action* atau faktor pencetus tindakan bisa sebagai isyarat atau tanda-tanda dengan melakukan aksi kegiatan sehubungan dengan mempromosikan pelayanan kesehatan melalui media tertentu yang benar, saran orang lain, dan penyakit anggota keluarga. Dalam hal ini penyakit yang dimaksud ialah penyakit HIV/AIDS yang diderita anggota keluarga. Dikarenakan penyakit HIV/AIDS sangat terjamin kerahasiaanya sebab bersifat sangat sensitif, maka peneliti mengabaikan variabel ini. Menggantikan dengan variabel pengalaman yang pernah dilalui yaitu tes HIV pada kehamilan sebelumnya, dan pengalaman sesama ibu hamil lain yang telah menjalankan tes HIV.



Gambar 2. 5 Health Belief Model Teori

Sumber : Breker dan Lewin (1974-1954) dalam Notoatmodjo 2010

#### 2.4.2 Faktor Sosiodemografi

Beberapa gabungan keputusan individu berperilaku menurut teori HBM tersebut masih dipengaruhi faktor lain atau yang disebut faktor antara. Dalam HBM faktor antara yang mempengaruhi perilaku individu antara lain variabel jenis kelamin, umur, ras/suku, kepribadian, pekerjaan, dan pengetahuan (Mulyanti,



2012 : 31). Pada penelitian Fernandez *et al.*, (2000 : 464) usia, ras, pendidikan, paritas dan status pernikahan juga berpengaruh terhadap ibu hamil melakukan tes HIV saat kehamilan.

#### 1) Usia

Usia atau umur adalah lama hidup responden yang dihitung dalam tahun sejak lahir sampai penelitian dilakukan. Umur merupakan salah satu aspek sosial yang mempengaruhi status kesehatan seseorang (Notoatmodjo, 2003 : 82). Umur seseorang juga demikian besarnya dalam mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku. Menurut Depkes RI tahun 2009 tahapan usia dikelompokkan menjadi masa remaja awal 12 – 16 tahun, remaja akhir 17 – 25 tahun, dewasa awal 26 – 35 tahun dan dewasa akhir usia 36-45 tahun.

Dalam beberapa penelitian sebelumnya, usia juga berpengaruh terhadap sikap ibu dalam menerima tes hiv dalam layanan TIPK klinik ANC pada saat kehamilan. Terdapat hubungan antara usia dengan sikap ibu menerima tes hiv pada penelitian Thior *et al.*, (2006), dalam penelitian Arniti (2014) juga menyatakan bahwa tes HIV secara sosiodemografi dipengaruhi oleh usia ibu. Hasil penelitiannya menemukan bahwa ibu dengan usia 21 tahun atau lebih muda mungkin untuk menerima tes HIV daripada ibu dengan usia 32 tahun atau lebih tua. Hasil penelitiannya juga didapatkan bahwa ibu hamil dengan usia lebih muda dari 25 tahun proporsi yang melakukan tes HIV lebih besar daripada usia yang sama atau lebih dari 25 tahun, hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang menjelaskan semakin tua usia seseorang, maka akan semakin baik pula perilakunya.

Penelitian oleh Bajunirwe dan Muzoora, (2005) di Uganda dengan menganalisis usia sebagai dikotomis variabel menggunakan 25 tahun sebagai *cut of*, usia tidak terkait dengan kesediaan untuk menerima tes HIV. Sama halnya dengan beberapa penelitian lain yaitu penelitian Jannah (2016) tentang karakteristik ibu hamil yang melakukan TIPK bahwa frekuensi ibu hamil dalam penelitian ini didominasi oleh kelompok umur dewasa awal 26 -35 tahun, bukan lagi usia dibawah 25 tahun. Didukung dengan penelitian Saputri (2012:8) menyatakan bahwa perilaku ibu hamil untuk mengikuti tes HIV tidak hanya

berhubungan dengan umur, namun dapat juga dipengaruhi oleh pekerjaan, pengetahuan, persepsi risiko, persepsi manfaat, dan keterlibatan suami.

## 2) Jenis Kelamin

Kata gender berasal dari bahasa Inggris yang berarti jenis kelamin. Menurut Cixous dalam Tong (2004:41) gender diartikan sebagai “perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan yang dilihat dari segi nilai dan tingkah laku”. Sedangkan menurut Kristeva dalam Tong (2004:42) dijelaskan bahwa gender adalah “suatu konsep kultural yang merujuk pada karakteristik yang membedakan antara laki-laki dan perempuan baik secara biologis, perilaku, mentalitas, dan sosial budaya”.

## 3) Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Beberapa unsur – unsur pendidikan yaitu, input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidik (pelaku pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku). Sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2003 : 16).

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal – hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Menurut Notoatmodjo dalam Wawan (2010 : 17) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah menerima informasi. Selain itu pendidikan kesehatan juga dilakukan dengan tujuan untuk mencapai perilaku kesehatan (*health behavior*). Kesehatan bukan hanya diketahui atau disadari (*knowledge*) dan disikapi (*attitude*), melainkan harus dikerjakan atau dilaksanakan dalam kehidupan sehari – hari (*practice*). Hal ini berarti bahwa tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktikkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat, atau masyarakat dapat berperilaku hidup sehat (*health life style*) (Notoatmodjo, 2003 : 10).

Sedangkan menurut Undang – undang No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Menurut UU No. 20 Tahun 2003 tersebut pendidikan memiliki jalur dan jenjang. Jenjang pendidikan untuk jalur formal antara lain yaitu, pendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tidak tamat SMP, tamat SMP), pendidikan menengah (tidak tamat SMA, tamat SMA), pendidikan tinggi (lulusan akademik D1, D2, D3, S1, S2, S3) (UU No. 20, 2003 : 6-7). Pada penelitian Malaju dan Alene (2012) tentang pemanfaatan TIPK oleh intervensi PPIA pada perempuan hamil dihasilkan bahwa tingkat pendidikan semakin tinggi dapat mempengaruhi dalam penerimaan TIPK.

#### 4) Pekerja

Pekerja adalah aktivitas yang dilakukan sehari - hari, jenis pekerja yang dilakukan dapat dikategorikan adalah tidak bekerja, wiraswata, pegawai negeri, dan pegawai swasta dalam semua bidang pekerja pada umumnya diperlukan adanya hubungan sosial dengan baik. Pekerja memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas manusia, pekerja membatasi kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu untuk menghindari masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2007:34). Berdasarkan hasil penelitian Moges dan Amberbir (2011 : 109) menyatakan pekerja berhubungan secara signifikan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil. Hal ini disebabkan oleh karena ibu yang bekerja lebih banyak terpapar oleh informasi tentang HIV/AIDS. Sedangkan berdasar hasil penelitian oleh Halif *et al.*, (2016 : 399) menyatakan tidak ada hubungan antara pekerja dengan perilaku pemeriksaan HIV oleh ibu hamil. Penelitian Sri Mulyanti (2012 : 78) juga menyatakan bahwa pekerja tidak berhubungan secara signifikan dengan kontribusi ibu hamil dalam pemeriksaan HIV. Penelitian Paoli *et al.*, (2004) yang mengatakan bahwa penerimaan ibu hamil terhadap tes HIV tidak hanya berhubungan dengan pekerja, namun berhubungan dengan persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi halangan, petunjuk berperilaku dan

keterlibatan suami. Penelitian Jannah (2016:8) menyebutkan frekuensi ibu hamil yang melakukan tes HIV lebih banyak pada ibu yang tidak bekerja. Hal ini dikarenakan ibu hamil yang tidak bekerja lebih banyak mempunyai waktu untuk melakukan tes HIV dibandingkan ibu hamil yang bekerja.

#### 5) Pendapatan

Pendapatan seseorang sangat berpengaruh terhadap kemampuan membelanjakan keuangan, terutama untuk memenuhi kebutuhan akan kesehatan. Pendapatan keluarga dapat menentukan derajat sosial ekonominya dalam masyarakat. Pendapatan keluarga menggambarkan kemampuan ekonomi seseorang yang secara luas berpengaruh terhadap aspek-aspek kehidupan lainnya, seperti perilaku sehat, pendidikan, perumahan, dan lainnya. Dari aspek kesehatan, seseorang dengan pendapatan yang tinggi akan memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, seperti kebutuhan gizi, tempat tinggal yang sehat, dan pemeliharaan kesehatan, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit. Pada keluarga dengan golongan ekonomi rendah cenderung berpendapat bahwa kebutuhan primer sehari-hari lebih penting daripada pemeliharaan kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2017). Dari uraian tersebut peneliti beranggapan bahwa pendapatan seseorang dapat berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam upaya pemeriksaan kesehatan untuk pencegahan penyakit, semakin rendah pendapatan seseorang mereka akan semakin takut mengetahui status kesehatannya karena memikirkan biaya pengobatan dan perawatan selanjutnya. Pada penelitian Wulandari *et al.*, (2016 : 6-7) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendaat keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Berbeda dengan penelitian oleh Pulungan (2014) sebagian besar responden yang datang ke layanan kesehatan dan melakukan tes HIV ialah responden memiliki pendapatan keluarga <UMR.

#### 6) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan hidup yaitu kondisi yang menggambarkan kelahiran sekelompok atau beberapa kelompok wanita selama masa reproduksi (BKKBN, 2006). Seorang wanita yang pernah melahirkan bayi satu kali yang mencapai tahap mampu hidup disebut primipara dan wanita yang

telah melahirkan bayi dua atau lebih yang mencapai tahap mampu hidup disebut multipara (Levono *et al.*, 2009).

Menurut penelitian Arniti (2014 : 60) ibu hamil dengan paritas lebih dari satu memiliki pengalaman dan pengetahuan lebih banyak tentang kehamilan, sehingga berusaha untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik untuk diri dan janin yang dikandungnya. Namun pada penelitian Setiawan, *et al.*, (2012) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara paritas ibu hamil dengan perilaku ibu untuk tes HIV.

#### 7) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tau seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh dari indra pendengar (telinga) dan indra penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek memiliki tingkat yang berbed-beda (Notoatmodjo, 2014 : 27). Selain itu pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh pengalaman seseorang, tetapi tidak berarti orang dengan pengetahuan rendah selalu orang yang memiliki pengalaman rendah. Hal tersebut bisa saja dikarenakan jika orang tersebut sedang pada tahap proses. Sesuai yang disampaikan Benyamin Blomm (1908) dalam Notoatmodjo (2010 : 24) menyatakan bahwa pengetahuan akan diperoleh dari proses penginderaan, mengaplikasikan (*application*), memahami (*analysis*), merangkum (*synthesis*) serta mengevaluasi (*evaluation*) yang pada akhirnya akan menimbulkan perilaku tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam proses terbentuknya tindakan atau perilaku seseorang (*open behavior*) (Sasmita, 2015 : 4). Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain. Pengetahuan juga dapat ditingkatkan melalui penyuluhan individu, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Penelitian Fernandez, *et al.*, (2000 : 467) dan penelitian Moge dan Amberbir (2011 : 110) menyatakan bahwa pengetahuan memiliki signifikansi atau berhubungan dengan ibu hamil melakukan tes HIV. Halim *et al.*, (2016 : 400) dalam penelitiannya juga mengatakan bahwa terdapat hubungan statistik yang signifikan antara pengetahuan individu dengan perilaku pemeriksaan HIV pada ibu hamil. Yaitu proporsi ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan HIV

46,4% pada ibu hamil yang memiliki pengetahuan rendah. Berbeda dengan penelitian Nurmasari, *et al.*,(2015) tentang tingkat pengetahuan HIV dengan perilaku pemeriksaan TIPK di Yogyakarta bahwa tingkat pengetahuan tidak berhubungan langsung dengan perilaku ibu hamil melakukan tes HIV.

#### 8) Psikologis/Kepribadian

Psikologis adalah faktor internal individu yang sangat besar pengaruhnya terhadap terjadinya perilaku, psikologi seseorang terdiri dari beberapa faktor yang membangun yaitu sikap, emosi, kepercayaan, kebiasaan dan kemauan (Notoatmodjo, 2014 : 13). Pada penelitian Fernandez, *et al.*, (2000 : 465) menyatakan bahwa dukungan orang terdekat mempengaruhi psikologis seseorang untuk penerimaan tes HIV ibu selama kehamilan.

#### 9) Usia Kehamilan

Usia kehamilan atau usia gestasi (*gestational age*) adalah ukuran lama waktu seorang janin berada dalam rahim. Usia janin dihitung dalam minggu dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) ibu sampai hari kelahiran. Periode ini 2 minggu lebih lama dari usia pembuahan (Kamus Kesehatan : 2017). Berdasarkan usianya kehamilan dibagi dalam (Isa. A & Hairunisa. A, 2008 : 32) :

- a. Kehamilan trimester I yaitu, usia kehamilan 0 – 14 minggu
- b. Kehamilan trimester II yaitu, usia kehamilan 14 – 28 minggu
- c. Kehamilan trimester III yaitu, usia kehamilan 28 – 42 minggu

Berdasar penelitian Mogezi dan Amberbir (2011 : 110) ibu melakukan tes HIV pada usia kehamilan pada trimester dua memiliki presentase paling banyak. Hasil signifikansi juga menunjukkan bahwa usia kehamilan memiliki hubungan dengan ibu hamil menerima tes HIV.

#### 10) Pengalaman Sebelumnya

Berdasarkan pendekatan *psycometric* dijelaskan bahwa salah satu yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap risiko yang ada pada sebuah bahaya adalah pengalaman terhadap risiko tersebut. Orang yang memiliki pengalaman dengan HIV akan bersikap lain terhadap HIV dibanding orang yang tidak memiliki pengalaman ini. Dalam penelitian ini dianggap semua responden belum memiliki pengalaman karena peneliti tidak memperhatikan status HIV responden. Maka peneliti mengartikan pengalaman sebelumnya ini merupakan pengalaman

dalam menerima informasi dan anjuran tes HIV pada kehamilan sebelumnya, selain itu juga pengalaman pemeriksaan HIV pada sesama ibu hamil lain.

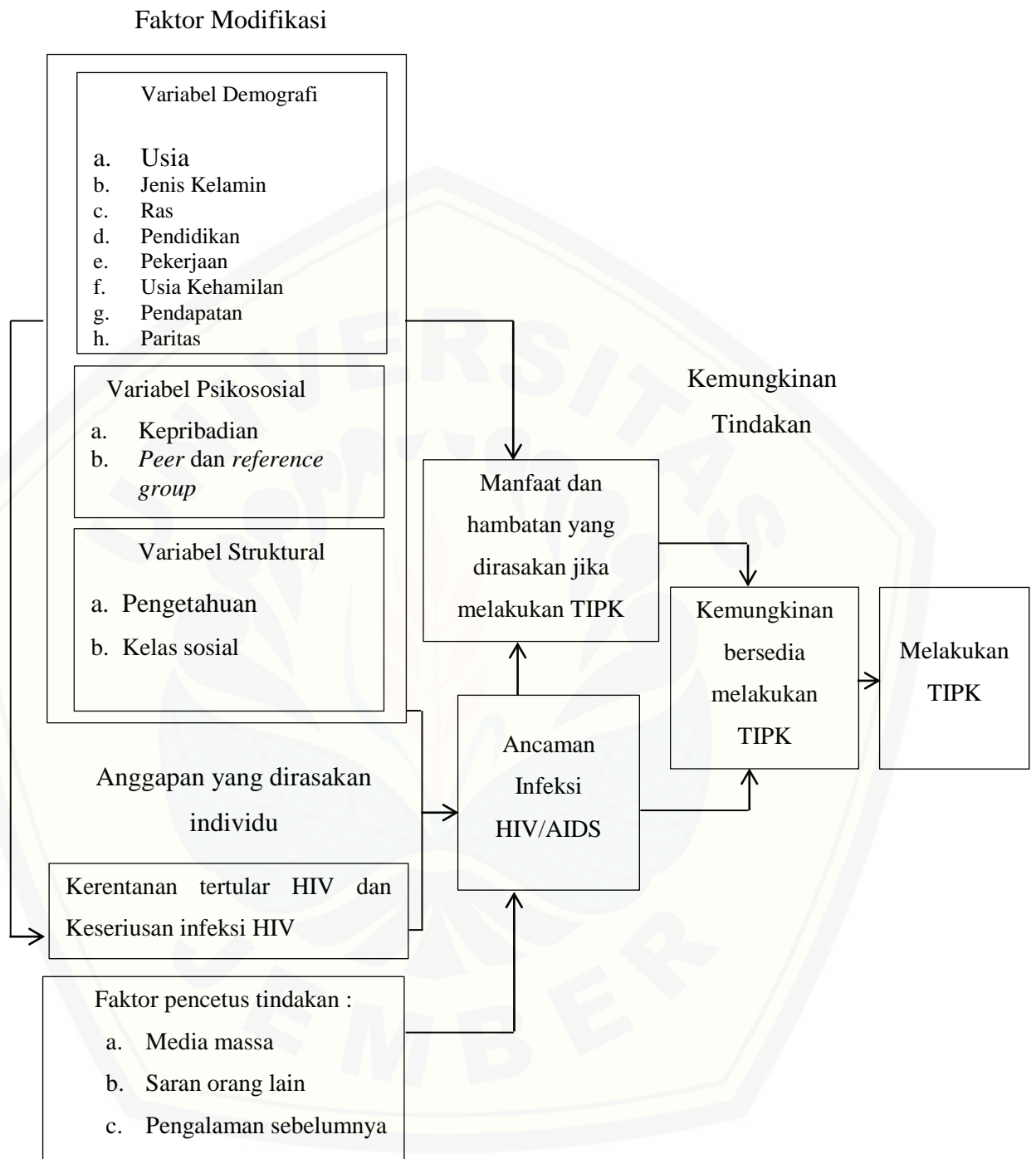
11) *Peer and reference group*

Menurut Suwarna, dkk. (2005: 93) interaksi adalah pengaruh timbal balik atau saling mempengaruhi satu sama lain, yang terjadi antara dua pihak atau lebih. Sugono, dkk. (2008: 542) berpendapat bahwa interaksi merupakan proses saling melakukan aksi, berhubungan, dan saling mempengaruhi. Proses interaksi terjadi karena adanya aksi dan hubungan antarmanusia. Hubungan yang terjadi akan saling memberikan pengaruh bagi masing-masing pelaku interaksi. Pengaruh yang diberikan dapat berupa dampak positif dan negatif.

12) Kelas Sosial

Kelas atau status sosial adalah kedudukan seseorang dalam satu kelompok dan hubungannya dengan anggota lain dalam kelompok itu, atau kedudukan sesuatu kelompok berbanding dengan kelompok lain yang lebih banyak jumlahnya. Oleh karena kedudukan seseorang dalam satu kelompok itu berkaitan dengan apa yang dilakukannya, atau yang diharapkan dilakukannya, maka status adalah berkaitan erat dengan peranan. Status biasanya adalah apa yang dikatakan sebagai kedudukan seseorang apabila dibandingkan dengan orang lain yaitu sejalan dengan martabatnya, lebih atau kurang pertinggian-perendahan dan lain-lain (Roucek dan Warren, 1984:79). Hal ini yang dapat mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan untuk berperilaku sehat.

## 2.4 Kerangka Teori

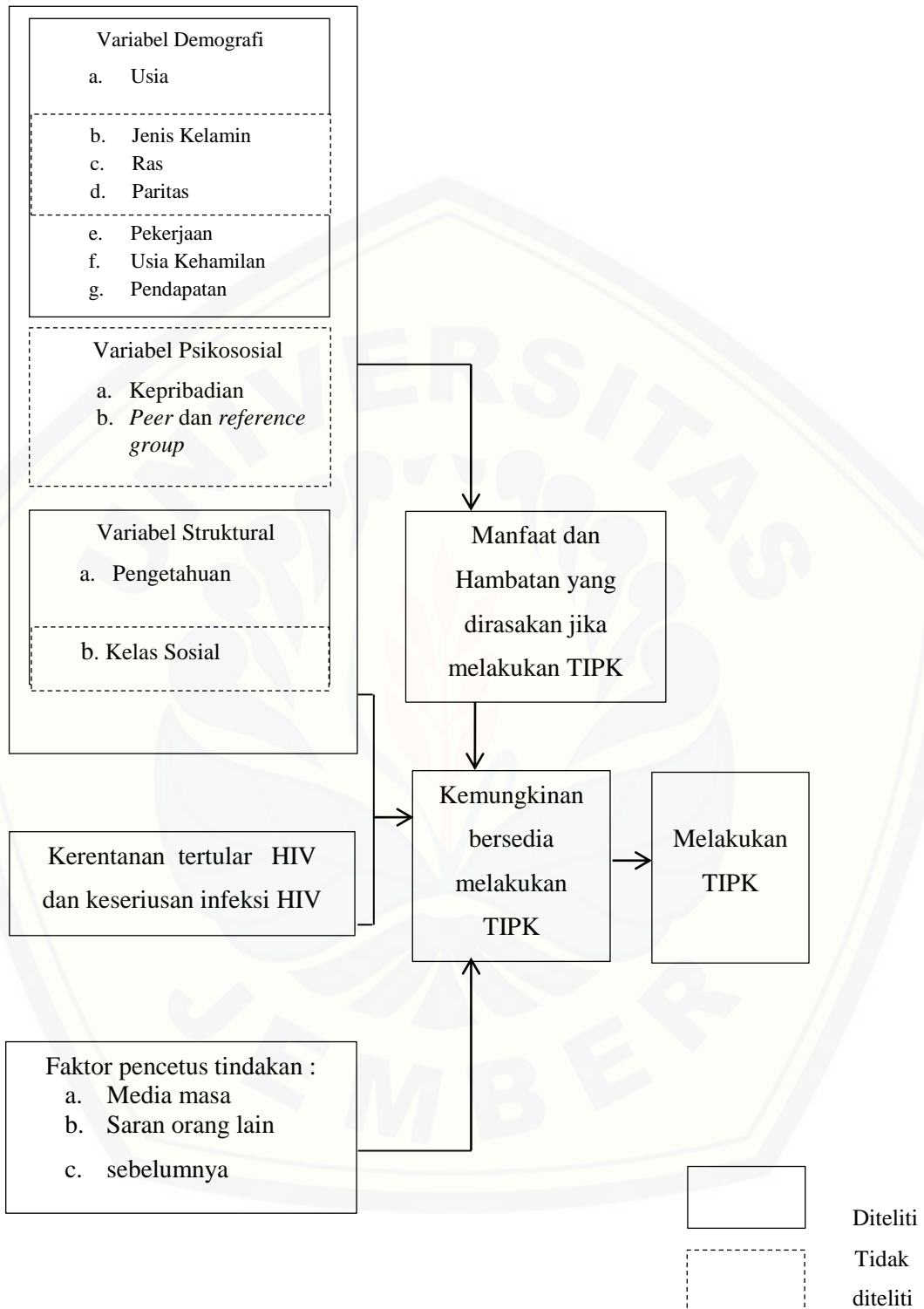


Gambar 2.6 Kerangka Teori

Modifikasi Teori HBM oleh Becker & Lewin (1974 – 1988) dalam Notoatmodjo (2010 : 115), Malaju & Alene (2012), I Ketut Arniti (2014)



**2.5 Kerangka Konsep**



Gambar 2. 7 Kerangka Konsep

Sesuai dengan 3 faktor esensial dari Teori *Health Belief Model* oleh Becker & Lewin (1974 – 1988) dalam Notoatmodjo yaitu kemungkinan seseorang dalam mengambil tindakan dipengaruhi kesiapan seseorang dalam merubah perilaku untuk menghindari penyakit, adanya dorongan dari lingkungan, dan perilaku itu sendiri (Priyoto, 2014:136). Dari kerangka teori diketahui seseorang melakukan suatu tindakan dipengaruhi oleh faktor modifikasi, sehingga secara tidak langsung faktor modifikasi mempengaruhi kemungkinan seseorang berperilaku kesehatan. Tindakan seseorang selain dipengaruhi persepsi juga dipengaruhi oleh dukungan lingkungan. Jika diuraikan faktor yang mempengaruhi penerimaan tes HIV adalah faktor modifikasi terdiri dari variabel demografi individu, psikososial individu dan variabel struktural yang meliputi pengetahuan, kelas sosial, dan akses ke pelayanan kesehatan, manfaat tes yang dirasakan jika menerima TIPK, kerentanan tertular HIV yang dirasakan, dan faktor pencetus tindakan yang membentuk suatu ancaman yang dirasakan.

Beberapa variabel yang tidak diteliti seperti jenis kelamin, karena semua ibu hamil berjenis kelamin perempuan, variabel ras juga tidak diteliti karena dalam penelitian Mulyanti, 2012 bahwa ras tidak berpengaruh terhadap penyebaran dan penularan HIV, variabel psikososial tidak diteliti karena perlu penelitian khusus yang berkaitan dengan keilmuan psikologis. Penelitian tidak meneliti variabel *peer and group*, dan kelas sosial.

## 2.6 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2015 : 64). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- a. Ibu hamil yang melakukan TIPK lebih banyak pada Ibu hamil yang memiliki usia lebih muda, pendidikan lebih tinggi, pengetahuan baik, usia kehamilan muda, memiliki pendapatan >UMK dan bekerja.
- b. Ibu hamil yang melakukan TIPK lebih banyak pada ibu hamil yang merasa rentan tertular HIV dan merasa infeksi HIV merupakan hal yang serius.

- c. Ibu hamil yang melakukan TIPK lebih banyak pada ibu hamil yang merasa bahwa tes HIV merupakan hal yang bermanfaat dan tidak ada hambatan dalam melakukan TIPK.
- d. Ibu hamil yang melakukan TIPK lebih banyak pada ibu hamil yang faktor pencetus tindakannya baik.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah penelitian analitik observasional karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian tanpa memberi perlakuan terhadap subjek penelitian (Sugiyono, 2014 : 6). Pendekatan yang digunakan ialah kuantitatif, yaitu penelitian yang menghasilkan data berupa angka – angka yang kemudian diolah dan dianalisis menggunakan statistik untuk diambil kesimpulan.

Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Menurut Notoatmodjo (2012 : 36) penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk memperoleh korelasi antara faktor risiko dengan efek melalui pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada waktu yang bersamaan, sehingga subjek penelitian hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmojo, 2012 : 37).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas penyedia layanan tes HIV dengan cakupan tes HIV pada ibu hamil rendah. Berdasarkan data skunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember bagian Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Puskesmas Puger merupakan Puskesmas penyedia layanan tes HIV dengan cakupan ibu hamil yang melaksanakan tes HIV terendah. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober – Desember 2017.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah semua Ibu hamil yang terdaftar pada buku register kunjungan bumil bulan Januari – September tahun 2017 di Puskesmas Puger yaitu sejumlah 211 ibu hamil. Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya, maka sebelum pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi (Notoatmodjo, 2012:130).

##### a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012 : 130).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ibu hamil yang terdaftar pada buku register kunjungan bumil dan melakukan pemeriksaan di Puskesmas Puger bulan Januari – September tahun 2017
- 2) Ibu hamil yang dalam keadaan dapat diwawancara saat penelitian dilakukan

##### b. Kriteria Eksklusi

Menurut Notoatmodjo (2012 : 130) kriteria eksklusi adalah ciri – ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ibu hamil yang telah melahirkan pada saat penelitian dilakukan.
- 2) Ibu hamil yang bukan atau telah berpindah dari wilayah kerja puskesmas Puger

Jadi jumlah populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan setelah dikeluarkan dari kriteria eksklusi menjadi 113 ibu hamil.

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili seluruh populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010 : 130). Sampel pada penelitian ini adalah ibu hamil. Formula yang digunakan peneliti untuk menghitung besar sampel menggunakan rumus *Lemeshow* dalam Notoatmodjo (2010 : 127), sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot P(1-P)}$$

$$n = \frac{(113)(1,96)(0,62)(1-0,62)}{(113-1)(0,05)^2 + (1,96)(0,62)(1-0,62)}$$

$$n = \frac{52,180688}{0,28 + 0,461776}$$

$$n = 70,34$$

$$n \approx 71$$

#### Keterangan

N : Besar populasi, yaitu sebesar 113 ibu hamil

n : Besar sampel minimum

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$  : Nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% ( $1 - \alpha$ ), yaitu 0.05 sebesar 1.96

p : Proporsi ibu hamil yang menerima tes HIV = 62% = 0,62

q :  $(1 - p) = 1 - 0.675 = 0.38$

d : Kesalahan (absolut yang dapat ditolerir yaitu 5%)

Berdasarkan perhitungan diatas diketahui besar sampel minimal yang dapat mewakili populasi adalah 71 ibu hamil, akan tetapi peneliti antisipasi kemungkinan subjek terpilih yang *drop respon rate* atau orang yang keluar dari sampel yaitu ibu hamil yang sudah melahirkan, dan tidak taat pada penelitian perlu diperhatikan. Sastroasmoro dan Ismail (2013 : 376) menyatakan bahwa tindakan antisipasi tersebut dapat dilakukan dengan penetapan koreksi terhadap

besar sampel dengan penambahan jumlah subjek agar besar sampel tetap terpenuhi. Sampel koreksi dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

$$n' = \frac{71}{1 - 0,1}$$

$$n' = 78,8 \approx 79$$

Keterangan

$n'$  : koreksi sampel penelitian

$n$  : sampel penelitian

$f$  : kesalahan (*absolute*) yang dapat ditoleransi yaitu 10%

Jadi besar sampel koreksi yang didapat terhadap besar sampel untukantisipasi *drop respon* sebesar 79 responden atau sebanyak 8 responden tambahan untukantisipasi angka *drop respons rate*.

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *Simple Random Sampling* yaitu pengambilan sampel dengan cara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi (Nursalam, 2003 : 92). Pengambilan sampel dilakukan dengan mencatat nama seluruh populasi, kemudian membuat kertas undian yang diberi nomor sejumlah populasi. Melakukan pengambilan kertas secara acak satu persatu sampai dengan jumlah sampel yang ditentukan yakni 79 ibu hamil.

### 3.4 Variabel dan Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010 : 39), variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kesiediaan melakukan TIPK oleh ibu Hamil. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini ialah karakteristik ibu hamil meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, usia kehamilan, pendapatan, pengetahuan ; manfaat dan hambatan tes yang dirasakan ; kerentanan tertular HIV dan keseriusan infeksi yang dirasakan, dan faktor pencetus tindakan yaitu informasi dari media masa, saran orang lain, dan pengalaman sebelumnya.

#### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstanta atau variabel tersebut (Nazir, 2011:126). Menurut Notoatmodjo ( 2010 : 85 ) definisi operasional ini juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (alat ukur). Definisi operasional yang diberikan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Klasifikasi	Skala Data
Kesiediaan ibu hamil melakukan TIPK	Ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan, dan melakukan layanan TIPK	1 = Tidak Melakukan 2 = Melakukan	Nominal
Usia	Lama waktu hidup ibu hamil mulai dari lahir hingga dilakukan wawancara dalam hitungan tahun.	1. 12-16 tahun = remaja awal 2. 17-25 tahun = remaja akhir 3. 26-35 tahun = dewasa awal 4. 36-45 tahun = dewasa akhir  Depkes RI 2009	Ordinal



Variabel	Definisi Operasional	Klasifikasi	Skala Data
Pendidikan	Jenjang sekolah formal yang terakhir ditempuh oleh responden	Pendidikan dinyatakan berdasarkan jenjang pendidikan yang ditempuh : 1. Pendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tidak tamat SMP, tamat SMP) = 0 2. Pendidikan menengah (tidak tamat SMA, tamat SMA) = 1 3. Pendidikan tinggi (lulusan akademi D1, D2, D3, S1, S2, S3) = 2 (UU No. 20 tahun 2003)	Ordinal
Pengetahuan tentang HIV	Kemampuan yang dimiliki responden dalam menjawab pernyataan dengan benar terkait TIPK, pengertian HIV, penyebab HIV, prnularan HIV dan pencegahan HIV. Dengan menggunakan kuisisioner	Semakin tinggi skor jawaban benar, semakin tinggi pengetahuan. 1. Rendah, jika skor total jawaban benar $\leq$ median 2. Tinggi, jika total skor jawaban benar $\geq$ median	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan formal atau informal responden yang dapat menghasilkan pendapatan tetap atau non tetap	1. Tidak bekerja (Ibu rumah tangga) 2. Bekerja (PNS, TNI/POLRI, wiraswasta/swasta, buruh, lain-lain ) (Wulansari, 2014)	Nominal
Pendapatan	Jumlah pendapatan keluarga yang dihitung perbulan berasal dari penghasilan tetap dan sampingan	1. UMK ( $<1.763.392,50$ ) 2. UMK ( $\geq 1.763.392,50$ ) (Peraturan Gubernur Jatim No. 121 2016)	Ordinal
Usia Kehamilan	Jumlah trimester kehamilan yang telah dilewati hingga saat TIPK dilakukan pertama kali	1. Trimester I 2. Trimester II 3. Trimester III (Moges & Amberbir, 2011)	Ordinal
Manfaat melakukan TIPK	Anggapan yang dirasakan responden akan manfaat yang di dapat dari pelayanan TIPK	Semakin tinggi skor, semakin besar manfaatnya. 1. Bermanfaat, jika total skor $\geq$ median 2. Tidak, jika total skor $\leq$ median	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Klasifikasi	Skala Data
Hambatan melakukan TIPK	Halangan yang dirasakan ibu hamil melakukan TIPK yang mencakup ketidaktahuan informasi, tempat dan cara, dukungan suami, kecemasan hasil, kecemasan kerahasiaan, stigma keluarga dan masyarakat	Semakin tinggi skor, semakin besar hambatan. 1. Tidak ada, jika total skor $\leq$ median 2. Ada, jika total skor $\geq$ median	Nominal
Kerentanan terhadap penularan penyakit HIV	Pendapat ibu hamil tentang besarnya risiko untuk terkena HIV/AIDS, dengan jawaban pertanyaan : a. sangat tidak setuju b. tidak setuju c. setuju d. sangat setuju	Skor i tem dijumlahkan. Semakin tinggi skor semakin merasa rentan tertular HIV Skor untuk jawaban positif : a. Sangat setuju : 4 b. Setuju : 3 c. Tidak setuju : 2 d. Sangat tidak setuju : 1 Skor jawaban negatif : a. Sangat setuju : 1 b. Setuju : 2 c. Tidak setuju : 3 d. Sangat tidak setuju : 4 Sehingga diperoleh ketentuan skor : 1. Nilai maksimal : $4 \times 10 = 40$ 2. Nilai minimal : $1 \times 10 = 10$ Nilai max – nilai min : $40 - 10 = 30$ Interval : $30 / 2 = 15$ Kategori kerentanan : 1 = Tidak, jika total skor 1-14 2 = Ya, jika total skor 15-30	Nominal
Keseriusan penyakit HIV	Pandangan ibu hamil terhadap keparahan penyakit HIV/AIDS	Skor i tem dijumlahkan. Semakin tinggi skor, penyakit HIV/AIDS memiliki keseriusan yang tinggi. 1 = Tidak, jika total skor $\leq$ median 2 = Ya, jika total skor $\geq$ median	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Klasifikasi	Skala Data
Faktor pencetus tindakan	Pendapat yang dirasakan ibu hamil mengenai informasi TIPK Yang pernah dilihat atau diterima, dan kuantitas informasi yang dirasa pernah diterima, saran orang lain, dan kehamilan sebelumnya.	Menjumlahkan seluruh skor jawaban, semakin tinggi skor semakin baik faktor pencetus tindakan. 1. Baik, jika total skor $\geq$ median 2. Buruk, jika total skor $\leq$ median	Nominal

### 3.5 Data dan Sumber Data

Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini ada dua macam, yakni data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama yaitu individu atau perorangan (Nazir, 2011:153). Data primer diperoleh melalui hasil wawancara menggunakan kuesioner dengan responden yaitu ibu hamil di Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Data primer meliputi variabel sosiodemografi (usia, usia kehamilan, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan), variabel struktural (pengetahuan), kerentanan, keseriusan infeksi, manfaat, hambatan, dan pencetus tindakan. Data sekunder adalah data yang diperoleh dengan cara membaca, mempelajari, dan memahami media lain yang bersumber dari literatur, buku-buku, serta dokumen perusahaan (Sugiyono, 2011:137). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data HIV pada ibu hamil dari Dinas Kesehatan Kabuapten Jember, dan data ibu hamil pada buku registrasi kohort Puskesmas Puger tahun 2017.

### 3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data berupa wawancara, dan dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, peneliti mendapat keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau berbincang-bincang berhadapan muka dengan responden tersebut. Wawancara dilakukan dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara) (Nazir, 2005:193; Notoatmodjo, 2012:139-141). Teknik pengumpulan data ini mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri atau *self report*, atau setidaknya pengetahuan dan atau keyakinan pribadi (Sugiyono, 2011:139). Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data mengenai karakteristik ibu hamil, manfaat dan hambatan melakukan tes HIV yang dirasakan oleh ibu hamil, kerentanan dan keseriusan infeksi yang dirasakan ibu hamil terhadap penularan penyakit HIV/AIDS, dan faktor pencetus tindakan.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi digunakan untuk mendapat informasi tambahan dalam penelitian ini. Metode dokumentasi adalah metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian. Teknik pengumpulan data ini mendasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, notulen rapat, agenda, dan sebagainya (Arikunto, 2010 : 99). Dokumentasi yang dilakukan dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Puger Kabupaten Jember yaitu dari buku registrasi kohort dan buku KIA responden.

c. Observasi

Observasi memiliki ciri-ciri yang spesifik dibandingkan dengan teknik wawancara yang selalu berkomunikasi dengan orang yang tidak hanya terbatas pada orang tetapi juga objek-objek lainnya. Teknik pengumpulan data dengan observasi digunakan apabila berkenan dengan perilaku manusia, proses kerja, dan gejala-gejala alam (Sugiyono, 2015:145). Data yang dikumpulkan melalui observasi ialah usia kehamilan ibu pada saat melakukan TIPK.

### 3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat pengumpul data yang digunakan untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan suatu penelitian (Notoatmodjo, 2012:152). Pada penelitian ini kegiatan wawancara dengan responden dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai panduan dalam memperoleh data yang dibutuhkan untuk penelitian. Kuesioner atau angket merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2011:142). Berikut merupakan alat pengumpulan data berupa kuisisioner, yaitu :

b. Kuisisioner Data responden

Kuisisioner yang diberikan yaitu kuisisioner bagian A untuk mengumpulkan data responden yang digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden penelitian yang meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pendapatan, dan usia kehamilan.

c. Alat Pengukuran Pengetahuan

Kuisisioner B mengukur tentang pengetahuan, yang terdiri dari 20 pertanyaan dimana setiap item jawaban yang benar diberi nilai 1, yang salah dan tidak tahu nilai 0. Sehingga total skor kuisisioner pengetahuan antara 0 - 20.

d. Alat Pengukuran kerentanan terhadap penularan HIV

Kuisisioner C mengukur tentang kerentanan, yang terdiri dari 10 pernyataan. Setiap item jawaban sangat tidak yakin diberi nilai 1, tidak yakin nilai 2, yakin 3, dan sangat yakin nilai 4. Sehingga total skor kuisisioner kerentanan antara 10 - 40.

e. Alat Pengukur Keseriusan Penyakit

Kuisisioner D mengukur tentang keseriusan infeksi, terdiri dari 5 pernyataan. Setiap item jawaban “ya” diberi nilai 1 dan item jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sehingga total skor kuisisioner manfaat antara 0 - 5.

f. Alat Pengukuran manfaat jika melakukan TIPK

Kuisisioner E mengukur tentang manfaat, terdiri dari 7 pernyataan. Setiap item jawaban “ya” diberi nilai 1 dan item jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sehingga total skor kuisisioner manfaat antara 0 - 7.

- g. Alat Pengukur Hambatan yang Dirasakan  
Kuisisioner F mengukur tentang hambatan yang dirasakan, terdiri dari 10 pernyataan. Setiap item jawaban “ya” diberi nilai 1 dan item jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sehingga total skor kuisisioner hambatan yang dirasakan antara 0 - 10.
- h. Alat Pengukuran Faktor Pencetus Tindakan  
Kuisisioner G mengukur tentang informasi dari media masa, informasi dari petugas kesehatan, dan pengalaman sebelumnya. Terdiri dari 10 pernyataan. Setiap item jawaban “ya” diberi nilai 1 dan item jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sehingga total skor kuisisioner faktor pencetus tindakan antara 0 - 10.

### 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmojo, 2010 : 194). Teknik penyajian data dalam penelitian ini berupa teks atau narasi tabel yang diperoleh dari hasil wawancara dan dokumentasi. Teknik penyajian data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

- a. Pemeriksaan data (*editing*)  
Hasil wawancara dan dokumentasi dikumpulkan kemudian diperiksa (*edit*) terlebih dahulu. Data yang telah didapatkan kemudian diperiksa telah kelengkapan dan dapat digunakan dalam analisis data.
- b. Pemeriksaan Kode (*Coding*)  
Mengubah bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2010 : 177).
- c. *Tabulasi*  
Tabulasi adalah memasukan data pada Tabel tertentu dan mengukur serta menghitungnya (Notoatmodjo, 2012).

d. *Entry data*

Memasukkan data yang diperoleh ke dalam *software* pengolah data.

### 3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Menganalisis data tidak sekedar mendiskripsikan dan menginterpretasikan data yang telah diolah. Keluaran akhir dari analisis data kita harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut (Notoatmojo, 2012 : 180). Analisis data dalam penelitian ini berupa analisis data univariabel, dan bivariabel.

a. Analisis Univariabel

Analisis univariabel bertujuan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi baik secara angka – angka mutlak maupun secara persentase disertai dengan penjelasan kualitatif. Analisis univariabel bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012 : 182). Analisis ini bertujuan untuk menunjukkan jumlah dan persentase dari tiap variabel data yaitu mengidentifikasi karakteristik responden, manfaat dan habatan, kerentanan dan keseriusan infeksi, dan *cues to action*.

b. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012:183). Untuk mengetahui hubungan antara variabel dilakukan dengan analisis uji statistik *Chi Square* pada taraf kepercayaan 95%. Hasil yang menunjukkan *p-value* <0,05, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Hasil uji *p-value* >0,05 artinya tidak terdapat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis selanjutnya yaitu untuk melihat variabel independen termasuk faktor risiko atau tidak dengan melihat nilai *Odds Ratio* (OR). Apabila OR < 1 maka variabel yang diteliti bukan merupakan faktor risiko

atau sebagai faktor protektif. Jika nilai  $OR > 1$  maka variabel yang diteliti merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan efek. Jika nilai  $OR = 1$  maka variabel tersebut bukan faktor risiko yang menimbulkan efek.

### 3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

#### 3.8.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu langkah pengujian yang dilakukan terhadap isi (*content*) dari suatu instrumen, dengan tujuan untuk mengukur ketepatan instrumen yang digunakan dalam suatu penelitian (Notoatmojo, 2012 : 164). Pertanyaan yang tidak valid dilakukan validitas isi dengan cara memperbaiki pertanyaan yang tidak jelas dengan membuat kalimat yang singkat dan jelas sesuai dengan isi atau makna pertanyaan. Validitas isi dilakukan dengan berkonsultasi kepada pembimbing dan membaca literatur atau kepastakaan. Kemudian untuk mengetahui nilai korelasi setiap pertanyaan yang signifikan yaitu dengan membandingkan dengan  $r$  Tabel (Sugiyono, 2015:134).

Variabel pengetahuan tentang HIV dengan menggunakan kuisisioner *The HIV Knowledge Questionnaire : Development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. Aids and Behavior*) telah dilakukan uji validitas dan didapat nilai korelasi 0,864 sehingga dikatakan signifikan dan valid digunakan dalam penelitian. Variabel kerentanan, manfaat, hambatan, dan informasi menggunakan kuisisioner yang dikembangkan dari teori HBM oleh peneliti sebelumnya. Kuisisioner tersebut telah dilakukan uji validitas oleh peneliti sebelumnya (Mulyanti, 2012 : Lampiran 3). Pertanyaan yang tidak valid yaitu  $r$  hasil kurang dari  $r$  Tabel (0,258) telah dikeluarkan. Sehingga pertanyaan yang digunakan ialah pertanyaan yang telah valid yaitu nilai  $r$  hitung lebih dari  $r$  Tabel = 0,258. Peneliti menambahkan beberapa pertanyaan tambahan mengenai pengetahuan tentang TIPK untuk melengkapi kuisisioner.

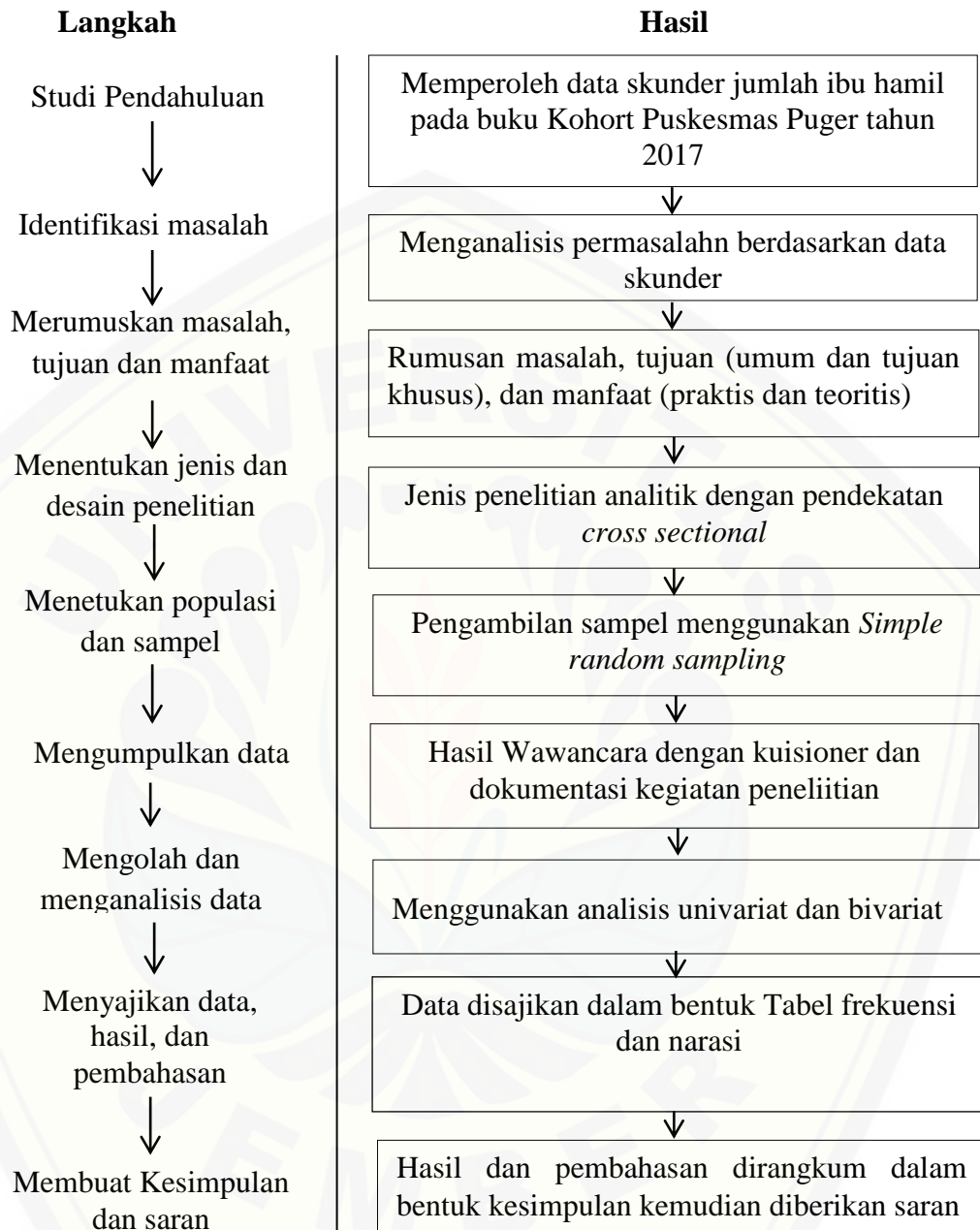


### 3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan suatu alat ukur yang dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Sehingga pertanyaan pada kuisisioner yang sudah valid setelah dilakukan uji validitas harus diuji coba dahulu untuk mengetahui reliabilitasnya. Untuk mengetahui hasil uji coba maka dilakukan tes menggunakan rumus korelasi *product moment* (Notoatmodjo, 2010 : 168).

Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara pengukuran sekali saja. Suatu alat ukur dapat dinyatakan reliabel apabila nilai  $\alpha$  adalah 0,70 – 0,90 (Sekaran, 2006 : 40). Nilai *Crobach's Alpha* variabel kerentanan = 0,844 , variabel manfaat = 0,602 dengan r Tabel 0,258 sehingga dikatakan signifikan dan memenuhi syarat reliabilitas (Mulyanti, 2012:113).

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian, dan hasil penelitian maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Sebagian besar ibu hamil bersedia melakukan TIPK pada saat pemeriksaan kehamilan di klinik KIA Puskesmas Puger Kabupaten Jember.
- b. Pengetahuan yang tinggi, pendidikan menengah, dan usia kehamilan merupakan faktor sosial demografi yang mendorong ibu hamil untuk bersedia melakukan TIPK.
- c. Berdasarkan faktor sosial demografi dan struktural, sebagian besar ibu hamil usia 17 – 25 tahun, mayoritas ibu hamil pada usia kehamilan trimester 2, berpendidikan rendah, tidak bekerja, pendapatan keluarga rendah), berpengetahuan rendah.
- d. Kerentanan yang dirasakan ibu hamil terhadap penularan HIV bukan merupakan faktor pendorong ibu untuk bersedia melakukan TIPK, sedangkan dampak dari HIV merupakan hal yang serius yang dirasakan ibu merupakan salah satu faktor pendorong ibu hamil untuk melakukan TIPK.
- e. Manfaat TIPK dan hambatan yang dirasakan untuk melakukan pada ibu hamil merupakan faktor yang mendorong ibu hamil untuk bersedia melakukan TIPK.
- f. Pencetus tindakan bukan merupakan faktor pendorong ibu untuk bersedia melakukan TIPK.

### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS (KPA)

- a. Penyebarluasan informasi melalui media atau penyuluhan tentang HIV/AIDS khususnya pada kalangan kelompok ibu-ibu rumah tangga.
  - b. Pembentukan warga peduli HIV/AIDS untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga keluarga terhindar dari HIV/AIDS.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Meningkatkan kegiatan supervisi dan monitoring terhadap petugas TIPK mengenai upaya lanjutan untuk pencegahan penularan HIV yaitu pelaksanaan terapi ARV. Dan penyebarluasan informasi pada kalangan ibu-ibu yang memiliki status tidak bekerja.
  3. Bagi Puskesmas Puger
    - a. Meningkatkan pemberian informasi dan pendekatan kepada ibu hamil untuk meningkatkan pengetahuan ibu sehingga mudah dilakukan intervensi untuk meminta agar bersedia melakukan pemeriksaan HIV pada saat kehamilan.
    - b. Meningkatkan cakupan TIPK pada ibu hamil melalui kegiatan ANC terpadu agar dapat menjangkau ibu hamil lebih banyak bahkan keseluruhan.
  4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian dapat dikembangkan dengan melaksanakan penelitian mengenai Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) pada provider yang menjalankan TIPK di Layanan Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardhiyanti, Y., Lusiana, N., dan Megasari, K. 2015. *Bahan Ajar AIDS pada Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepblish.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Arniti, N. K. 2014. Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil di Puskesmas Wilayah Denpasar. *Tesis*. Denpasar. Universitas Udayana.  
[http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf\\_thesis/unud-1123-2109428737-tesis%20arniti.pdf](http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-1123-2109428737-tesis%20arniti.pdf) [25 Januari 2017]
- Bajunirwe, F. dan Muzoora, M. 2005. Barriers to the Implementation of Programs For The Prevention of Mother to Child Ttransmission of HIV : a Cross sectional Survey in Rural and Urban Uganda. Uganda : *AIDS Research and Therapy*. Vol 2 :10  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1277814/> [5 Mei 2017]
- Budisuari, M. A. & Mirojab, A. 2011. Kebijakan Pencegahan Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak (Studi Kasus di Kota Surabaya). Surabaya : *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol 14, No. 4 : 411-421.  
<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/1386> [25 Januari 2017]
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV/AIDS Dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* , Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003. *Surveilans Epidemiologi Penyakit*, Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewanti, M. I. 2010. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Formal Terhadap Penerimaan Program Provider Initiated Testing And Counseling (PITC) di Surakarta. *Skripsi*. Surakarta : Universitas Sebelas Maret  
<https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjUkdLE5NjYAhWLVrvwKHT8iCJIQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fdigilib.uns.ac.id%2Fdokumen%2Fdowload%2F13086%2FMjc2Nm%3D%2FHubungan-antara-tingkat-pendidikan-formal-terhadap-penerimaan-program-Provider-Initiated-Testing-and-Counseling-PITC-di-Surakarta->

[abstrak.pdf&usg=AOvVaw2BO1C6nRzo5VmA8\\_8jW0fO](#) [27 Januari 2017]

Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Jawa Timur 2014*. Surabaya : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Dinas Kesehatan Jember. 2014. *Laporan Surveilans Penyakit HIV/AIDS tahun 2015*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Jember. 2014. *Laporan Prevalensi ibu Hamil di Puskesmas tahun 2015*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Jember. 2014. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Jember. 2016. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Jember. 2017. *Laporan Cakupan TIPK Ibu Hamil tahun 2016*. Jember : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Info Data dan Informasi*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Fakharnani, F. T. 2016. Implementasi Pelayanan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan dan Konseling (TIPK) bagi Ibu Hamil di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember. Universitas Jember

Fernandez., M. I., Wilson, E. T., Ethier, A. K., Walter, B. E., Gay, L. C., More, J. 2000. Acceptance of HIV Testing During Prenatal Care. *Public Health Report*. 115 : 460-468.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308602/> [5 Mei 2017]

Halim, Y., Syamsyuhda, BM., Kusumawati, A. 2016. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu Hamil dalam Pemeriksaan HIV di Wilayah Kerja Puskesmas Halmahera Kota Semarang : *Jurnal Kesmas(e-journal)* FKM Undip. Vol 4, No. 5: 395-405.

<https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/14634> [26 September 2017]

Isa & Hairunnisa. 2008. *Ensiklopedia Kehamilan : Panduan Lengkap Hamil Sehat*. Yogyakarta : Familia.

- Jannah, H. 2016. Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Yang Melakukan Pemanfaatan *Provider Initiated HIV Testing And Counselling* (TIPK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Duren Kabupaten Semarang Tahun 2015. *Skripsi*. Ungaran : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan.  
<http://perpusnwu.web.id/karyailmiah/documents/4713.pdf> [25 September 2017]
- Kamila, N & Siwiendrayanti, A. 2010. Persepsi Orang Dengan HIV dan AIDS Terhadap Peran Kelompok Dukungan Sebaya. Semarang : *Jurnal Kesmas UNES*. Vol 6, No. 1: 36-43.  
[https://journal.unnes.ac.id/artikel\\_nju/kemas/1750](https://journal.unnes.ac.id/artikel_nju/kemas/1750) [27 Januari 2017]
- Kholid, A. 2015. *Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2011. *Panduan Penyusunan Peraturan Daerah Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Komisi Penanggulagn AIDS.
- Komisi Penanggulangan AIDS Daerah. 2016. *Laporan Kasus HIV/AIDS Tahun 2016*. Jember : Komisi Penanggulagn AIDS.
- Komisi Penanggulangan AIDS Daerah. 2017. *Laporan Kasus HIV/AIDS Tahun 2017*. Jember : Komisi Penanggulagn AIDS.
- Malaju, M. T., Alene, G. D. 2012. Assesment of Utilization of Provider Initiated HIV Testing and Counseling as an Intervention for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV and Associated Factors Among Pregnant Women in Godar Town, North West Ethiopia. Ethiopia : *BMC Public Health*. Vol.12 : 226.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22440018> [5 Mei 2017]
- Manuaba, I. G. B., Manuaba, I. A. C., dan Manuaba, I. B. G. F. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Menteri Kesehatan Indonesia. 2010. *Pedoman Penerapan Tes Dan Konseling HIV Terintegrasi Di Sarana Kesehatan/TIPK*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV/AIDS*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Pedoman Nasional Tes HIV Dan AIDS Tahun 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 51 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pencegahan Penularan Hiv dari Ibu ke Anak*. . Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014 Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV* . Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Keseatan Republik Indonesia. 2017. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Keseatan Republik Indonesia. 2018. Stop HIV AIDS. *Artikel*. [29 Januari 2018]  
<http://www.kemkes.go.id/development/site/depkes/pdf.php?id=1-17042500008>

Moges, Z., Amberbir, A. 2011. Factors Associated with Readiness to VCT Service Utilization Among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Northwestern Ethiopia : A Health Belife Model Approach. Ethiopia : *J Health Sci*. Vol 21 : 107-115.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22435013> [5 Mei 207]

Mulyanti, S. 2012. Faktor – faktor yang Berkontribusi pada Perilaku Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dalam Pemeriksaan HIV di Empat Puskesmas Kota Pontianak 2012. *Skripsi*. Depok. Universitas Indonesia.  
<https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjguK7Z6djYAhXIFJQKHdeAAXkQFggwMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.lib.ui.ac.id%2Fabstrakpdf%3Fid>



[%3D20315101%26lokasi%3Dlokal&usg=AOvVaw2yW\\_nUM-C0KmHEfEEC1dOg](#) [27 Januari 2017]

Muninjaya, G. 1998. *Aids di indonesia : Masalah dan Kebijakan Penanggulangannya*. Jakarta : EGC.

Nazir, M. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S.2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2012. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Nursalam dan Kurniawati, N. D. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Nurmasari, A., Fatimah, F., Sucihati, F. 2015. Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang HIV/AIDS Dengan Perilaku Pemeriksaan Test PITC (*Provider Initiated HIV Testing And Counselling*) di Puskesmas Sleman Yogyakarta. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 3(1):48-52.  
<http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/view/100>  
[25 September 2017]

Paoli, Manongi, R., Klepp,K.I.. 2004. Factors Influencing Acceptability of Voluntary Counselling and HIV-Testing Among Pregnant Women in Northern Tanzania. *AIDS CARE*. Vol. 16 No.4 :411-425.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203410> [15 November 2017]

Pulungan, A., Putri, S.W., Muchlis, A.U.S. Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu Hamil di Klinik Antenatal RSUP Dr. Kariadi, Puskesmas Ngresep, dan Puskesmas Halmahera Semarang Terhadap Tes HIV. 2014. *Jurnal Media Medika Muda*.  
[http://download.portalgaruda.org/article.php?article=280227&val=4695&title=PENGETAHUAN,%20SIKAP,%20DAN%20PERILAKU%20IBU%](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=280227&val=4695&title=PENGETAHUAN,%20SIKAP,%20DAN%20PERILAKU%20IBU%20HAMIL)

20HAMIL%20DI%20KLINIK%20ANTENATAL%20CARE%20RSUP%20DR%20KARIADI,%20PUSKESMAS%20NGESREP,%20DAN%20PUSKESMAS%20HALMAHERA%20SEMARANG%20TERHADAP%20TES%20HIV [15 November 2017]

Puskesmas Puger. 2016. *Register Kohort Ibu Hamil*. Jember : Puskesmas Puger.

Puskesmas Puger. 2017. *Register Kohort Ibu Hamil*. Jember : Puskesmas Puger.

Priyoto. 2014. *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Roucek dan Warren. 1984. *Pengantar Sosiologi (diterjemahkan: Sahat Simamora)*. PT. Bina Aksara : Jakarta.

Saputri, L.O. 2012. Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PIIA) di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2007-2011. *Skripsi*. Denpasar. Universitas Udayana.  
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=127273&val=961> [25 Januari 2017]

Sasmita, A. 2015. Hubungan antara Pengetahuan dengan Pemilihan Kontrasepsi Pria (Vasektomi) di UPTD Puskesmas Kampung Bali Kecamatan Pontianak Kota Tahun 2012. *Skripsi*. Palembang : Universitas Sriwijaya.  
[https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjcd-rV6tjYAhVKJZQKHTwODZMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fjurnal.untan.ac.id%2Findex.php%2FjmkeperawatanFK%2Farticle%2Fdownload%2F11038%2F10506&usg=AOvVaw2Wkl9\\_t0xK1IaKXTcQJSZJ](https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjcd-rV6tjYAhVKJZQKHTwODZMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fjurnal.untan.ac.id%2Findex.php%2FjmkeperawatanFK%2Farticle%2Fdownload%2F11038%2F10506&usg=AOvVaw2Wkl9_t0xK1IaKXTcQJSZJ) [15 November 2017]

Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2014. *Dasar – dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-5. Jakarta : Mandar Maju.

Sekaran, U. 2006. *Metodologi Penelitian Untuk Bisnis*. Jakarta : Salemba Empat.

Setiawan, P. 2009. Tata Laksana Pencegahan dan Penularan Vertikal dari Ibu Terinfeksi HIV ke Bayi yang Dilahirkan Tahun 2009. *Jurnal Kedokteran Indonesia*. Vol. 59 : 488-499.  
<https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjF5v->

[I7NjYAhWBMZQKHe5FA\\_gQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Flib.ui.ac.id%2Ffile%3Ffile%3Ddigital%2F20316142-T31511-Faktor-faktor.pdf&usg=AOvVaw32hwrH-RLPcfieCQSVkCuk](http://file.flib.ui.ac.id/file/digital/20316142-T31511-Faktor-faktor.pdf) [27 Januari 2017]

Setiyawati, N & Niken, M. Determinan Perilaku Tes HIV Pada Ibu Hamil. 2015. *Kesmas National Public Health Journal*. Vol. 3 No. 3 :201-206.  
<http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/565/448> [5 November 2017]

Sidebang, P. 2011. Karakteristik Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Tanjung Morawa Agustus 2006 – Mei 2010. *Skripsi*. Medan. Universitas Sumatera Utara.  
<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/23458> [25 September 2017]

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

Syafitri, L. 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan TIPK Bagi Tahanan dan Warga Binaan Masyarakat (WBP) Berisiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Klas I Cipinang Tahun 2012. *Tesis*. Jakarta. Universitas Indonesia.  
<https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEw7KXE7NjYAhVHm5QKHyr1AlgQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Flib.ui.ac.id%2Ffile%3Ffile%3Ddigital%2F20316142-T31511-Faktor-faktor.pdf&usg=AOvVaw32hwrH-RLPcfieCQSVkCuk> [27 Januari 2017]

Thior, I., Lesago, G., Grimes, J., Shaporo, R., Lockman, S., Kim, S., Kabaabetswe, P., Garmey, E., Montono, M., Peter, T., Chang, S.Y., Marlink, R., Essex, M. 2006. Voluntary counseling and testing among postpartum women in Botswana. *National Institutes of Health Patient Educ Couns*. Vol. 65 No.3: 296-302.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868467/> [5 Mei 2017]

Tim CHPSC. *Tantangan Program HIV/AIDS Bagi Kelompok dengan Perilaku Berisiko*. Yogyakarta : Graha Yudhistira.

Wakhida, S. W. 2016. *Health Belief Model* tentang Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan VCT pada Ibu Hamil di Puskesmas Kota Malang. *Tesis*. Solo. Universitas Sebelas Maret.  
<https://digilib.uns.ac.id/dokumen/detail/55785/Health-Belief-Model-Tentang-Faktor-Faktor-yang-Mempengaruhi-Penggunaan-VCT-pada-Ibu-Hamil-di-Puskesmas-Kota-Malang> [29 Januari 2017]

Wawan, A & Dewi. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.

WHO. 2007. *Guidance on Provider-Initiated Hiv Testing And Counselling in Healt Facilities*. Geneva : WHO Publication.

WHO. 2016. *Global Summary of the AIDS Academic*. Geneva : WHO Pers.

Wulandari, N. Partisipasi Pria dalam Penggunaan Alat Kontrasepsi”. Tidak dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.

Wulansari, A. 2014. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Niat Ibu Hamil untuk Memanfaatkan Layanan VCT (Voluntary Conseling and Testing) di Wilayah Kerja Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan Provinsi Banten. *Skripsi*. Jakarta. Universitas Islam Negeri Jakarta.  
<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25576/1/AYU%20WULAN%20SARI%20-%20FKIK.pdf> [27 Januari 2017]

## LAMPIRAN

### Lampiran A. Lembar Pernyataan

#### LEMBAR PERNYATAAN

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjan Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjan Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melaksanakan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang dapat mempengaruhi ibu hamil dalam menerima layanan TIPK.

Peneliti dengan hormat meminta kesediaan responden dalam pengisian kuisisioner yang peneliti ajukan dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan kepentingan ilmiah. Peneliti mengucapkan terimakasih atas kesediaan anda menjawab pertanyaan yang peneliti ajukan.

Jember, Januari 2018

Peneliti

(Chintami Nova Iswidhiastuti)

**Lampiran B. Lembar Pernyataan Persetujuan (*Inform Consent*)**Pernyataan Persetujuan (*Inform Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

No. Telp : .....

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek penelitian (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Chintami Nova Iswidhiastuti

NIM : 132110101165

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Determinan Kesiediaan Ibu Hamil Melakukan Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) di Puskesmas Puger

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,.....2018

Responden

(.....)

Lampiran C. Lembar Kuisisioner Penelitian

**KUISISIONER**

**DETERMINAN KESEDIAAN IBU HAMIL MELAKUKAN KONSELING  
DAN TES HIV ATAS INISIASI PETUGAS KESEHATAN (TIPK)  
DI PUSKESMAS PUGER**

<b>No. Kuisisioner</b>		<b>Tanggal Penelitian</b>	
<b>Interviewer</b>			

<b>Identitas Responden</b>			
<b>Nama</b>			
<b>Alamat</b>			
<b>No. Hp</b>			
<b>Tanggal lahir</b>		<b>A1.Usia</b>	
<b>No. Telp</b>			

<b>No.</b>	<b>A. Faktor Sosio-Demografi</b>	
A2	Pendidikan Terakhir	g. tidak sekolah, h. tidak tamat SD, i. tidak tamat SMP, j. tamat SMP, k. tidak tamat SMA, l. tamat SMA, m. lulusan akademi D1, D2, D3, S1, S2, S3
A3	Pekerjaan	a. Tidak bekerja b. PNS c. TNI/POLRI d. Wiraswasta/Swasta e. Buruh f. Lain-lain.....
A4	Pendapatan	Rp
A5	Jumlah anak yang pernah dilahirkan	..... anak
A6	Usia Kehamilan saat pertama kali dilakukan	..... bulan

B. Pengetahuan tentang TIPK dan HIV/AIDS			
No	Pertanyaan	Jawaban	Kode
B1	Apakah ibu pernah mendengar informasi tentang tes HIV bagi ibu hamil yang disarankan oleh petugas kesehatan?	a. Ya b. Tidak	
B2	Apakah ibu pernah disarankan untuk melakukan TIPK/TIPK ketika pemeriksaan kehamilan? <i>Jika tidak lanjut nomer B4</i>	a. Ya b. Tidak	
B3	Siapa yang pertama kali pernah menyarankan ibu untuk melakukan tes darah untuk pemeriksaan HIV pada saat pemeriksaan kehamilan?	a. Bidan b. Dokter c. Kader Posyandu d. Suami e. LSM HIV/AIDS f. Lain.....	
B4	Apakah ibu mengetahui dimana tempat dilakukan tes darah untuk pemeriksaan HIV?	a. Puskesmas b. Klinik c. Rumah sakit d. Lain-lain.....	
B5	Apakah ibu sudah melakukan tes darah yang ditawarkan petugas kesehatan untuk pemeriksaan status HIV? <i>Jika belum, lanjut nomer B10</i>	a. Sudah b. Belum	
B6	Apakah petugas menyampaikan informasi tentang HIV, tes darah untuk HIV, dan tahapan melakukan tes darah untuk HIV?	a. Ya b. Tidak	
B7	Apakah petugas kesehatan memberikan konseling sebelum ibu melakukan tes HIV?	a. Ya b. Tidak	
B8	Apakah petugas kesehatan memberikan konseling setelah ibu melakukan tes HIV?	a. Ya b. Tidak	
B9	Apakah ibu mengkhawatirkan atau takut jika hasil tes tidak dapat dirahasiakan?	a. Ya b. Tidak	
B10	Apakah petugas kesehatan meminta ibu menulis pernyataan tidak bersedia jika ibu menolak untuk tes HIV? <i>Jika menolak untuk tes HIV</i>	a. Ya b. Tidak	
B11	Apakah ibu mengetahui tentang infeksi HIV/AIDS?	a. Ya b. Tidak	
B12	Apakah HIV merupakan sesuatu yang dapat ditularkan?	a. Ya b. Tidak	



B13	Seseorang dapat tertular HIV jika berhubungan dengan orang yang terinfeksi HIV bahkan hanya satu kali	a. Benar b. Salah	
B14	HIV dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk	a. Benar b. Salah	
B15	HIV dapat ditularkan melalui peralatan makan yang digunakan secara bersamaan	a. Benar b. Salah	
B16	HIV dapat ditularkan melalui penggunaan toilet secara bersamaan	a. Benar b. Salah	
B17	HIV dapat ditularkan melalui jabat tangan dengan penedrita HIV	a. Benar b. Salah	
B18	Semua wanita hamil yang terinfeksi HIV akan melahirkan bayi dengan HIV positif	a. Benar b. Salah	
B19	Ibu hamil yang positif HIV dapat menularkan virusnya kepada bayi yang dikandungnya	a. Benar b. Salah	
B20	Seorang ibu yang positif HIV dapat menularkan virus HIV kepada bayinya melalui asi atau menyusui	a. Benar b. Salah	
B21	Seorang iu yang positif HIV dapat menularkan kepada bayinya pada saat persalinan yang tidak aman	a. Benar b. Salah	
B22	Seseorang dapat tertular HIV melalui alat makan yang digunakan bersamaan	a. Benar b. Salah	
B23	Seseorang dapat tertular HIV dengan menerima transfusi darah dari orang lain yang terinfeksi	a. Benar b. Salah	
B24	Orang yang terinfeksi HIV dengan cepat menunjukkan tanda-tanda serius yang terinfeksi	a. Benar b. Salah	
B25	Salah satu cara pemeriksaan HIV ialah melalui tes HIV yang disarankan oleh petugas kesehatan (TIPK)	a. Benar b. Salah	
B26	Tes HIV pada ibu hamil wajib ditawarkan oleh petugas kesehatan pada ibu hamil saat melakukan pemeriksaan kehamilan	a. Benar b. Salah	
B27	Tahapan sebelum petugas kesehatan menawarkan tes HIV pada ibu hamil, petugas menyampaikan informasi terlebih dahulu tentang HIV, tes HIV, dan tahapan tes	a. Benar b. Salah	
B28	Ibu hamil yang menolak tes, diminta untuk menuliskan surat penolakan dan akan ditawarkan tes HIV kembali pada pemeriksaan kehamilan	a. Benar b. Salah	

	berikutnya		
B29	Petugas kesehatan memberikan konseling setelah tes HIV, dan menyampaikan hasil tes HIV secara individu	a. Benar b. Salah	
B29	Hasil dari Tes HIV bersifat rahasia yaitu hanya petugas dan ibu atau suami dan keluarga yang mengetahui	a. Benar b. Salah	



C. Kerentanan Terhadap Penularan HIV					
No	Pertanyaan	Jawaban			
		Sangat Tidak Yakin	Tidak Yakin	Sangat Yakin	Yakin
C1	Saya pernah mempunyai pengalaman masalah menggunakan narkoba jarum suntik				
C2	Saya pernah mendapatkan transfusi darah selama enam bulan terakhir				
C3	Suami saya pernah memiliki pengalaman masalah dalam menggunakan narkoba jarum suntik				
C4	Saya adalah istri pertama dari suami saya				
C5	Suami saya adalah suami pertama saya				
C6	Suami saya pernah mendapatkan transfusi darah dalam 6 bulan terakhir				
C7	Suami saya pernah mempunyai pengalaman masa lalu dalam menggunakan narkoba jarum suntik				
C8	Saya pernah memiliki pengalaman masa lalu dalam hubungan seksual tidak aman selain dengan suami ibu saat ini				
C9	Saya atau suami saya pernah menggunakan atau membuat tato				
C10	Pekerjaan suami saya mengharuskan untuk meninggalkan rumah lebih dari 3 hari				

<b>D. Keseriusan Infeksi HIV</b>			
Setujukah ibu, dengan dampak yang disebutkan dibawah ini jika ibu melakukan pemeriksaan HIV dan positif terinfeksi HIV?			
<b>No</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>	
		<b>Setuju</b>	<b>Tidak</b>
D1	Ibu akan kehilangan pekerjaan		
D2	Biaya pengobatan mahal dan tidak bisa disembuhkan		
D3	Dikucilkan keluarga dan teman-teman		
D4	Merasa malu		
D5	Kehilangan masa depan		

<b>E. Manfaat Jika Melakukan Tes HIV</b>			
<b>No</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>	
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
E1	Pemeriksaan HIV dapat membantu saya untuk mengetahui apakah saya terinfeksi HIV		
E2	Pemeriksaan HIV membuat saya merasa aman dan tenang menjalani kehamilan		
E3	Saat masa kehamilan saya melakukan pemeriksaan HIV agar dapat menentukan pengobatan dan pencegahan pada bayi yang saya lahirkan		
E4	Permeriksaan HIV saat saya melakukan pemeriksaan kehamilan dapat mengganggu waktu saya		
E5	Pemeriksaan HIV tidak akan berpengaruh terhadap saya dan bayi saya		
E6	Pemeriksaan HIV dapat saya gunakan untuk pengambilan keputusan mengenai proses persalinan saya		
E7	Pemeriksaan HIV dapat saya gunakan untuk pengambilan keputusan mengenai pemberian ASI pada bayi saya		

F. Hambatan Melakukan Tes HIV			
No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
F1	Apakah ibu pernah memperoleh informasi tentang pemeriksaan HIV dari petugas kesehatan?		
F2	Apakah ibu mengetahui tempat pemeriksaan HIV? (jika tidak, lanjut pertanyaan no. 4)		
F3	Bagaimana jarak tempat pemeriksaan HIV jauh atau lebih dari 10km dari tempat tinggal ibu?		
F4	Apakah keadaan jalan dari rumah ibu menuju tempat pemeriksaan HIV susah ditempuh (seperti jalan berbatu, jalan naik turun)?		
F5	Apakah biaya pemeriksaan HIV mahal?		
F6	Apakah ibu mendapatkan izin dari suami untuk melakukan pemeriksaan HIV?		
F7	Apakah ibu merasa takut melakukan pemeriksaan HIV?		
F8	Apakah ibu merasa hasil pemeriksaan HIV terjamin kerahasiaanya?		
F9	Apakah ibu merasa cemas jika melakukan pemeriksaan HIV, orang disekitar ibu akan mencurigai ibu terinfeksi HIV?		
F10	Apakah ibu belum membawa persyaratan untuk melakukan pemeriksaan HIV?		

G. Pencetus Tindakan Melakukan Tes HIV			
No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
G1	Saya pernah mendapatkan informasi tentang pemeriksaan HIV pada ibu hamil dari petugas kesehatan		
G2	Apakah yang disampaikan petugas ialah penyebab, cara penularan, tanda dan gejala serta pencegahan HIV?		
G3	Petugas kesehatan ramah terhadap saya dalam menyampaikan informasi tes HIV pada ibu hamil		
G4	Petugas kesehatan menjelaskan prosedur pemeriksaan tes HIV terhadap saya		
G5	Petugas kesehatan mengkhawatirkan kesehatan saya dan kehamilan saya		
G6	Petugas kesehatan selalu menjawab pertanyaan saya jika saya tidak mengetahui penjelasan tentang tes HIV		
G7	Saya pernah mendapat informasi pemeriksaan HIV dari media cetak seperti koran, leaflet, majalah atau banner		
G8	Saya pernah mendapat informasi pemeriksaan HIV dari radio dan televisi		
G9	Saya pernah mendapatkan informasi dan saran untuk tes HIV pada kehamilan saya sebelumnya		
G10	Saya mengetahui tes HIV dari pengalaman ibu hamil lainnya yang sudah melakukan tes		

## Lampiran D. Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 9 Oktober 2017

Nomor : 440/42172/311/2017  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
Dinas Kesehatan Kab. Jember  
2. Plt. Kepala Puskesmas Puger

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/3824/314/2016, Tanggal 2 Oktober 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Chintami Nova I  
NIM : 132110101165  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :  
➤ Determinan Ketersediaan Ibu Hamil yang melakukan  
Konseling dan Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan  
(TIPK) Puskesmas Puger  
Waktu Pelaksanaan : 9 Oktober 2017 s/d 9 Desember 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**



dr. SITI NURUL UMARIYAH, M.Kes  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

Lampiran E. Dokumentasi Penelitian



Wawancara dengan responden



Wawancara dengan responden



Wawancara dengan responden



Pengisian *Informed Consent* oleh responden



## Lampiran F. Hasil Uji Statistik

## HASIL ANALISIS UJI UNIVARIABEL

KESEDIAAN TIPK					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK TES	28	35.9	35.9	35.9
	MELAKUKAN TES	50	64.1	64.1	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

USIA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	REMAJA AKHIR	45	57.7	57.7	57.7
	DEWASA AWAL	29	37.2	37.2	94.9
	DEWASA AKHIR	4	5.1	5.1	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

PENDIDIKAN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RENDAH	43	55.1	55.1	55.1
	MENENGAH	32	41.0	41.0	96.2
	TINGGI	3	3.8	3.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

PENEGETAHUAN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RENDAH	47	60.3	60.3	60.3
	TINGGI	31	39.7	39.7	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

PEKERJAAN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK BEKERJA	71	91.0	91.0	91.0
	BEKERJA	7	9.0	9.0	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

<b>PENDAPATAN</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< UMK	57	73.1	73.1
	≥ UMK	21	26.9	100.0
	Total	78	100.0	100.0

<b>USIA KEHAMILAN</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TRIMESTER 1	6	12.0	12.0
	TRIMESTER 2	27	54.0	54.0
	TRIMESTER 3	17	34.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0

<b>KERENTANAN</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK RENTAN	76	97.4	97.4
	RENTAN	2	2.6	100.0
	Total	78	100.0	100.0

<b>KESERIOUSAN PENYAKIT</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SERIOUS	56	71.8	71.8
	TIDAK SERIOUS	22	29.2	100.0
	Total	78	100.0	100.0

<b>MANFAAT</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK BERMANFAAT	6	7.7	7.7
	BERMANFAAT	72	92.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0

<b>HAMBATAN</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK ADA HAMBATAN	68	87.2	87.2	87.2
	ADA HAMBATAN	10	12.8	12.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

<b>CUES TO ACTION</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BURUK	16	20.5	20.5	79.5
	BAIK	62	79.5	79.5	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

## HASIL ANALISIS BIVARIABEL

### 1. USIA \* KESEDIAAN TIPK

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia* Kesiediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Usia * Kesiediaan Tes Crosstabulation					
			Kesiediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Usia	Remaja akhir	Count	17	28	45
		Expected Count	16.2	28.8	45.0
		% of Total	21.8%	35.9%	57.7%
	Dewasa awal	Count	11	22	33
		Expected Count	11.8	21.2	33.0
		% of Total	14.1%	28.2%	42.3%
Total		Count	28	50	78
		Expected Count	28.0	50.0	78.0
		% of Total	35.9%	64.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.163 <sup>a</sup>	1	.686		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.027	1	.869		
Likelihood Ratio	.164	1	.686		
Fisher's Exact Test				.812	.436
Linear-by-Linear Association	.161	1	.688		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.85.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia2a (Remaja akhir / Dewasa awal)	1.214	.473	3.114
For cohort Kesiediaan Tes = Tidak tes	1.133	.615	2.088
For cohort Kesiediaan Tes = Melakukan tes	.933	.670	1.300
N of Valid Cases	78		

## 2. PENDIDIKAN \* KESEDIAAN TIPK

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Pendidikan * Kesediaan Tes Crosstabulation					
			Kesediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Pendidikan 2	Rendah	Count	20	23	43
		Expected Count	15.4	27.6	43.0
		% of Total	25.6%	29.5%	55.1%
Menengah	Count	8	27	35	
	Expected Count	12.6	22.4	35.0	
	% of Total	10.3%	34.6%	44.9%	
Total	Count	28	50	78	
	Expected Count	28.0	50.0	78.0	
	% of Total	35.9%	64.1%	100.0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.692 <sup>a</sup>	1	.030	.035	.026
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.720	1	.045		
Likelihood Ratio	4.812	1	.028		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.632	1	.031		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.56.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan 2 (Rendah / Menengah)	2.935	1.090	7.904
For cohort Kesediaan Tes = Tidak tes	2.035	1.023	4.048
For cohort Kesediaan Tes = Melakukan tes	.693	.497	.966
N of Valid Cases	78		

### 3. PENGETAHUAN \* KESEDIAAN TIPK

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Pengetahuan * Kesediaan Tes Crosstabulation					
			Kesediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Pengetahuan	Rendah	Count	24	23	47
		Expected Count	16.9	30.1	47.0
		% of Total	30.8%	29.5%	60.3%
	Tinggi	Count	4	27	31
		Expected Count	11.1	19.9	31.0
		% of Total	5.1%	34.6%	39.7%
Total		Count	28	50	78
		Expected Count	28.0	50.0	78.0
		% of Total	35.9%	64.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	11.821 <sup>a</sup>	1	.001	.001	.000
Continuity Correction <sup>b</sup>	10.221	1	.001		
Likelihood Ratio	12.865	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	11.670	1	.001		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Rendah / Tinggi)	7.043	2.131	23.285
For cohort Kesediaan Tes = Tidak tes	3.957	1.521	10.299
For cohort Kesediaan Tes = Melakukan tes	.562	.407	.775
N of Valid Cases	78		

#### 4. PEKERJAAN \* KESEDIAAN TIPK

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Kesiediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Pekerjaan * Kesiediaan Tes Crosstabulation					
			Kesiediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Pekerjaan	Tidak bekerja	Count	27	44	71
		Expected Count	25.5	45.5	71.0
		% of Total	34.6%	56.4%	91.0%
Bekerja	Bekerja	Count	1	6	7
		Expected Count	2.5	4.5	7.0
		% of Total	1.3%	7.7%	9.0%
Total		Count	28	50	78
		Expected Count	28.0	50.0	78.0
		% of Total	35.9%	64.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.561 <sup>a</sup>	1	.212	.411	.206
Continuity Correction <sup>b</sup>	.700	1	.403		
Likelihood Ratio	1.783	1	.182		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.541	1	.214		
N of Valid Cases	78				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.51.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Tidak bekerja / Bekerja)	3.682	.420	32.264
For cohort Kesiediaan Tes = Tidak tes	2.662	.423	16.740
For cohort Kesiediaan Tes = Melakukan tes	.723	.508	1.029
N of Valid Cases	78		

**5. PENDAPATAN \* KESEDIAAN TIPK**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendapatan * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Pendapatan * Kesediaan Tes Crosstabulation					
			Kesediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Pendapatan < UMK	Count		22	35	57
	Expected Count		20.5	36.5	57.0
	% of Total		28.2%	44.9%	73.1%
Pendapatan ≥ UMK	Count		6	15	21
	Expected Count		7.5	13.5	21.0
	% of Total		7.7%	19.2%	26.9%
Total	Count		28	50	78
	Expected Count		28.0	50.0	78.0
	% of Total		35.9%	64.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.670 <sup>a</sup>	1	.413	.595	.294
Continuity Correction <sup>b</sup>	.305	1	.581		
Likelihood Ratio	.686	1	.408		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.662	1	.416		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.54.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kesediaan2 (bersedia / tidak bersedia)	1.571	.530	4.658
For cohort Pendapatan = < UMK	1.400	.613	3.198
For cohort Pendapatan = ≥ UMK	.891	.683	1.161
N of Valid Cases	78		



**6. USIA KEHAMILAN \* KESEDIAAN TIPK**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Kehamilan * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Usia Kehamilan * Kesediaan Tes Crosstabulation						
				Kesediaan Tes		Total
				Tidak tes	Melakukan tes	
Usia Kehamilan	Trimester 2	Count	25	33	58	
		Expected Count	20.8	37.2	58.0	
		% of Total	32.1%	42.3%	74.4%	
	Trimester 3	Count	3	17	20	
		Expected Count	7.2	12.8	20.0	
		% of Total	3.8%	21.8%	25.6%	
Total	Count	28	50	78		
	Expected Count	28.0	50.0	78.0		
	% of Total	35.9%	64.1%	100.0%		

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.104 <sup>a</sup>	1	.024	.031	.020
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.956	1	.047		
Likelihood Ratio	5.634	1	.018		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.039	1	.025		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Kehamilan 2 (Trimester 2 / Trimester 3)	4.293	1.132	16.278
For cohort Kesediaan Tes = Tidak tes	2.874	.972	8.499
For cohort Kesediaan Tes = Melakukan tes	.669	.501	.895
N of Valid Cases	78		

**7. KERENTANAN \* KESEDIAAN TIPK**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kerentanan * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Kerentanan * Kesediaan Tes Crosstabulation					
			Kesediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Kerentanan	Tidak rentan	Count	28	48	76
		Expected Count	27.3	48.7	76.0
		% of Total	35.9%	61.5%	97.4%
	Rentan	Count	0	2	2
		Expected Count	.7	1.3	2.0
		% of Total	0.0%	2.6%	2.6%
Total		Count	28	50	78
		Expected Count	28.0	50.0	78.0
		% of Total	35.9%	64.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.149 <sup>a</sup>	1	.284	.534	.408
Continuity Correction <sup>b</sup>	.106	1	.745		
Likelihood Ratio	1.808	1	.179		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.135	1	.287		
N of Valid Cases	78				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .72.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Kesediaan Tes = Melakukan tes	.632	.532	.750
N of Valid Cases	78		

**8. KESERIUAN \* KESEDIAAN TIPK**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Keseriusan penyakit * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

keseriusan penyakit * Kesediaan Tes Crosstabulation						
				Kesediaan Tes		Total
				Tidak tes	Melakukan tes	
Keseriusan penyakit	Tidak serius	Count	20	2	22	
		Expected Count	24.4	6.4	22.0	
		% of Total	25.6%	2.6%	29.2%	
	Serius	Count	8	48	56	
		Expected Count	3.6	43.6	56.0	
		% of Total	10.3%	61.5%	71.8%	
Total	Count	28	50	78		
	Expected Count	28.0	50.0	78.0		
	% of Total	35.9%	64.1%	100.0%		

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.696 <sup>a</sup>	1	.002	.003	.003
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.622	1	.006		
Likelihood Ratio	9.444	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.571	1	.002		
N of Valid Cases	78				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.59.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for keseriusan (serius / tidak)	9.600	1.872	49.240
For cohort Kesediaan Tes = Tidak tes	2.720	1.681	4.401
For cohort Kesediaan Tes = Melakukan tes	.283	.081	.988
N of Valid Cases	78		

## 9. MANFAAT \* KESEDIAAN TIPK

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Manfaat * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Manfaat * Kesediaan Tes Crosstabulation					
			Kesediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Manfaat	Tidak bermanfaat	Count	6	0	6
		Expected Count	2.2	3.8	6.0
		% of Total	7.7%	0.0%	7.7%
	Bermanfaat	Count	22	50	72
		Expected Count	25.8	46.2	72.0
		% of Total	28.2%	64.1%	92.3%
Total		Count	28	50	78
		Expected Count	28.0	50.0	78.0
		% of Total	35.9%	64.1%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.607 <sup>a</sup>	1	.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8.785	1	.003		
Likelihood Ratio	13.209	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.458	1	.001		
N of Valid Cases	78				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.15.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Kesediaan Tes = Tidak tes	3.273	2.310	4.636
N of Valid Cases	78		

**10. HAMBATAN \* KESEDIAAN TIPK**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hambatan * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Hambatan * Kesediaan Tes Crosstabulation					
			Kesediaan Tes		Total
			Tidak tes	Melakukan tes	
Hambatan	Tidak terhambat	Count	19	49	68
		Expected Count	24.4	43.6	68.0
		% of Total	24.4%	62.8%	87.2%
Terhambat	Count	9	1	10	
	Expected Count	3.6	6.4	10.0	
	% of Total	11.5%	1.3%	12.8%	
Total	Count	28	50	78	
	Expected Count	28.0	50.0	78.0	
	% of Total	35.9%	64.1%	100.0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.591 <sup>a</sup>	1	.000	.000	.000
Continuity Correction <sup>b</sup>	12.019	1	.001		
Likelihood Ratio	14.773	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14.404	1	.000		
N of Valid Cases	78				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.59.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Hambatan2 (tidak ada / ada)	23.211	2.751	195.863
For cohort Kesediaan Tes = Tidak tes	3.221	2.087	4.972
For cohort Kesediaan Tes = Melakukan tes	.139	.021	.896
N of Valid Cases	78		

**11. CUES TO ACTION \* KESEDIAAN TIPK**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cues to action * Kesediaan Tes	78	100.0%	0	0.0%	78	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.022 <sup>a</sup>	1	.881	1.000	.550
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.022	1	.881		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.022	1	.882		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.74.  
 b. Computed only for a 2x2 table

Kesediaan Tes * cues to action Crosstabulation					
			cues to action 2		Total
			buruk	baik	
Kesediaan Tes	Tidak tes	Count	6	22	28
		Expected Count	5.7	22.3	28.0
		% of Total	7.7%	28.2%	35.9%
	Melakukan tes	Count	10	40	50
		Expected Count	10.3	39.7	50.0
		% of Total	12.8%	51.3%	64.1%
Total		Count	16	62	78
		Expected Count	16.0	62.0	78.0
		% of Total	20.5%	79.5%	100.0%

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kesediaan Tes (Tidak tes / Melakukan tes)	1.091	.350	3.404
For cohort cues to action 2 = buruk	1.071	.436	2.636
For cohort cues to action 2 = baik	.982	.774	1.246
N of Valid Cases	78		

