



**GAMBARAN *HEALTH LITERACY* PADA IBU RUMAH TANGGA  
DENGAN HIV/AIDS DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh

**Nunung Ratna Sari**

**NIM 152310101219**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**



**GAMBARAN *HEALTH LITERACY* PADA IBU RUMAH TANGGA  
DENGAN HIV/AIDS DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Nunung Ratna Sari**  
**NIM 152310101219**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN *HEALTH LITERACY* PADA IBU RUMAH TANGGA  
DENGAN HIV/AIDS DI KABUPATEN JEMBER**

oleh

Nunung Ratna Sari

NIM 152310101219

**Pembimbing :**

**Dosen Pembimbing Utama : Ns. Ahmad Rifai, M.S.**

**Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep.**

## PERSEMBAHAN

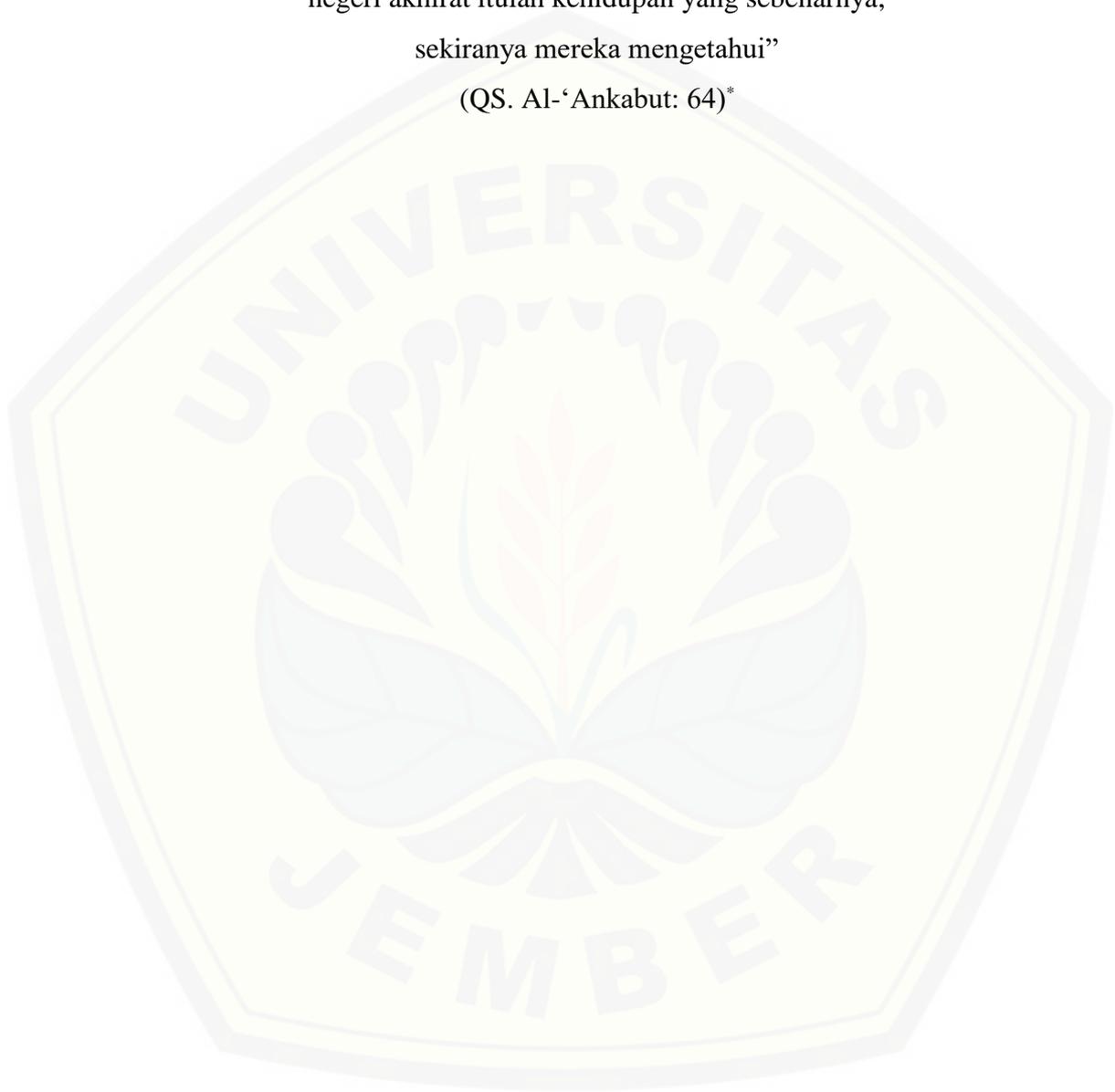
Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Tulatman, Ibunda Suwarni dan Kakak saya Anik, Arif, Aninta, Heru, Wuri yang telah mendidik, membimbing, memberikan dukungan dan doa tanpa lelah demi kesuksesan dan keberhasilan saya;
2. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember serta seluruh dosen; seluruh guru MAN 1 Wonogiri; SMPN 1 Giritontro; SDN III Paranggupito yang telah membimbing dan memberikan banyak ilmu pengetahuan yang dapat bermanfaat bagi masadepanku kelak;
3. Bapak Khamid, Bapak Imron, Bu Wiwik dan Anggota LSM LASKAR lain yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama proses penelitian;
4. Ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini;
5. Sahabat-sahabat tercinta yang selalu memberikan dukungan, doa, dan bantuan selama proses pembuatan skripsi ini;
6. Semua pihak yang telah membantu, dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.

**MOTO**

“Dan kehidupan dunia ini hanya senda gurau dan permainan. Dan sesungguhnya negeri akhirat itulah kehidupan yang sebenarnya, sekiranya mereka mengetahui”

(QS. Al-‘Ankabut: 64)\*



---

\* Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al-Qur'an dan Terjemahan*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

– Nama : Nunung Ratna Sari

NIM : 152310101219

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya sendiri kecuali kutipan yang sumbernya telah saya tulis. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebesar-besarnya, tanpa adanya tekanan dari pihak manapun.

Jember, Juli 2019

Yang Menyatakan



Nunung Ratna Sari

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember” karya Nunung Ratna Sari telah diuji dan disahkan, pada:

hari, tanggal : Rabu, 17 Juli 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



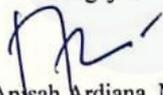
Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S  
NIP 19850207 201504 1 001

Dosen Pembimbing Anggota



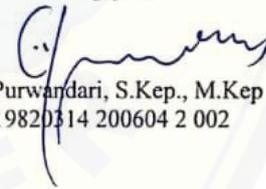
Ns. Dicky Endrian K., S.Kep., M.Kep.  
NRP 760016846

Penguji I



Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D.  
NIP. 19800417 200604 2 002

Penguji II



Ns. Retno Purwardari, S.Kep., M.Kep  
NIP 19820314 200604 2 002

Mengesahkan,



Ns. Lamin Sulistyoni, S.Kep., M.Kes  
NIP 19780323 200501 2 002

**Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/ AIDS di Kabupaten Jember** (*Health Literacy Among Housewife with HIV/AIDS in Jember*)

Nunung Ratna Sari

*Faculty of Nursing, University of Jember*

**ABSTRACT**

*HIV is the main cause of death among fertile women in the world. The high number of HIV / AIDS cases in these housewives is not accompanied by adequate health literacy, because health literacy is often ignored among people living with HIV/AIDS. Housewives living with HIV/AIDS (HLWH) with low levels of health literacy can have poor self-efficacy related to their health condition, do not want to be involved in providing care, show a greater risk of hospitalization, do not know about welfare determinants, and death. The purpose of this study was to identify the health literacy of housewives living with HIV / AIDS since April to June 2019 in Jember. This research used descriptive quantitative research design. The study sample was taken as many as 100 respondent with consecutive sampling technique. This study used an HIV-Literacy test with the Indonesian version as an instrument. The results showed that the average value of health literacy of HLWH in Jember was 66.68, wich means that HLWH in Jember have good health literacy in every dimension. a broader view of health literacy is needed to know how to assist HLWH to achieve the best possible health outcomes and expand their knowledge of health literacy. Therefore, it is incumbent on nurses and health providers including social workers to continue to be a bastion of accurate health information and to correct misinformation that patients may have heard or seen elsewhere.*

**Keywords:** *health literacy, housewives, HIV/AIDS*

## RINGKASAN

**Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/ AIDS di Kabupaten Jember:** Nunung Ratna Sari, 152310101219; 2019; xviii + 97 Halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan kasus yang mendunia, kasus ini terjadi terjadi disetiap tahun dan selalu mengalami fluktuasi yang tidak signifikan serta tidak dapat diprediksi. Secara global HIV/AIDS adalah penyebab utama kematian wanita subur. Tingginya jumlah kasus HIV/AIDS pada ibu rumah tangga ini dikarenakan secara biologis ibu rumah tangga mempunyai faktor risiko tinggi terkena penularan HIV dari suaminya yang sering melakukan hubungan seksual berganti-ganti pasangan tanpa menggunakan pengaman, atau menjadi pecandu narkoba suntik, serta kurangnya pengetahuan dan kesadaran ibu rumah tangga terkait dengan penularan HIV/AIDS.

Pendidikan kesehatan memainkan peran penting dalam memperluas pengetahuan, tetapi penelitian menunjukkan bahwa berbagai keterampilan dan kompetensi diperlukan untuk memahami dan memanfaatkan pengetahuan kesehatan. Keterampilan dan kompetensi ini termasuk membaca dan memahami label obat, menghitung interval pengobatan, dan mengikuti instruksi perawatan mandiri dasar, yang semuanya bergabung untuk menunjukkan *Health Literacy*. *Health literacy* mencakup lebih dari pengetahuan dan informasi, hal ini mencakup keterampilan untuk menerapkan pengetahuan dan mempertimbangkan persepsi dan budaya yang dapat memengaruhi cara informasi kesehatan dipahami, ditafsirkan, dan diterapkan. *Health literacy* juga tergantung pada kemahiran literasi dan berhitung serta kesadaran sosial, dan pada akhirnya mengarah pada otonomi dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan.

Tujuan dilakukannya penelitian ini untuk mengetahui gambaran karakteristik demografi dan *health literacy* ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS sejak bulan

April 2019 – bulan Juni 2019 di Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kuantitatif. Pengambilan sampel penelitian sebanyak 100 orang, dengan teknik consecutive sampling dengan instrument *HIV-Literacy Test* versi Indonesia. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dengan hasil gambaran atau deskripsi dari distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember tergolong variatif. Dimana Suku paling banyak adalah suku Jawa (84%) dengan usia rata-rata 35,59 dan bahasa yang sering digunakan bahasa Jawa (87%). Responden yang terbanyak memiliki pendapatan perbulan kurang atau sama dengan upah minimum kabupaten (90%) dengan pendidikan terakhir SMP (37%). Responden terbanyak lama mulai pengobatan selama 15-30 bulan (33%) dengan hampir dari separuhnya memiliki kepatuhan terhadap pengobatan ARV (45%). Media informasi yang sering digunakan oleh responden untuk mencari tahu mengenai kesehatan dan penyakitnya adalah petugas kesehatan, 70% responden menyatakan bahwa akses ke fasilitas pelayanan kesehatan mereka cukup mudah. *health literacy* ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember memiliki nilai skor rata-rata 66,68 dengan sebanyak 55% responden memiliki skor nilai diatas nilai skor rata-rata.

Kesimpulan yang dapat ditarik yaitu lebih dari separuh responden ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember memiliki *health literacy* yang cukup. Adanya penelitian ini dapat menjadi evaluasi khususnya bagi penyedia fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam meningkatkan promosi kesehatan/penyuluhan terkait informasi yang diperlukan masyarakat.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir pendidikan strata satu (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

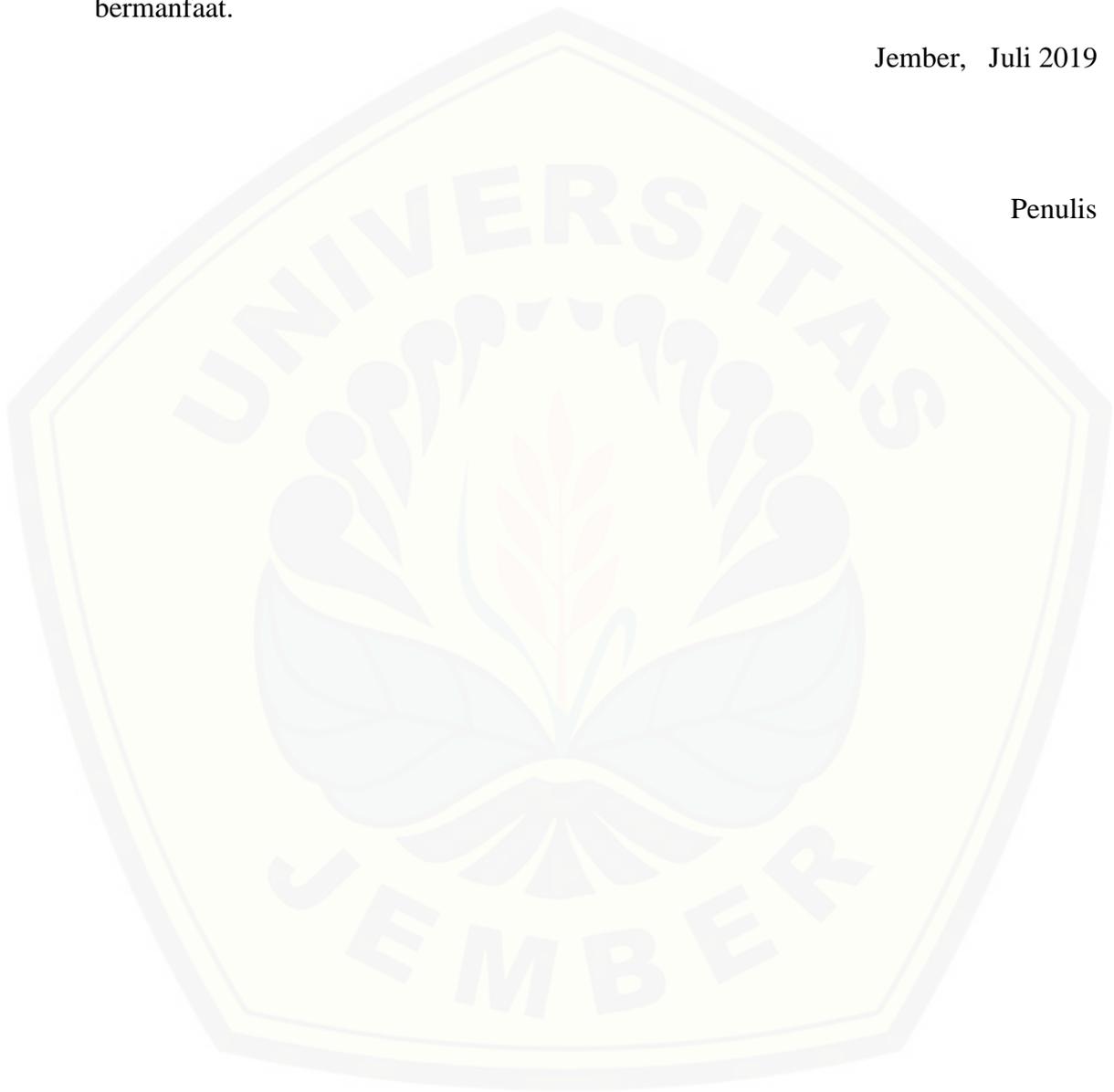
1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Ahmad Rifai, M.S., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
5. Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D., selaku Dosen Penguji I yang telah memberikan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
6. Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Penguji II yang telah membimbing dan memberikan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
7. Ibu Suwarni, Ayah Tulatman, kakak Anik, kakak Aninta, dan kakak Wuri yang selalu memberikan dukungan semangat dan do’anya demi terselesaikannya skripsi ini;
8. Teman dekat Ahmad Rizal, Sahabat-sahabatku (Tila, Ekfatil, Nuril, Nia, Febri, Lia, Adit, Salis, Nada, Bayu, Puspita, Umil, Regita, Riska, Pungki), BPM periode 2018/2019, dan teman-teman angkatan 2015 khususnya kelas D;

9. Dan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Juli 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PEMBIMBING .....	ii
PERSEMBAHAN .....	iii
MOTO .....	iv
PERNYATAAN.....	Error! Bookmark not defined.
PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
<i>ABSTRACT</i> .....	vii
RINGKASAN .....	viii
PRAKATA.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang Masalah</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah Penelitian</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti .....	6
1.4.2 Manfaat Bagi Instituti Pendidikan Keperawatan.....	6
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan .....	6
<b>1.5. Keaslian Penelitian</b> .....	<b>7</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 Konsep Dasar <i>Health Literacy</i></b> .....	<b>12</b>
2.1.1 Definisi <i>Health Literacy</i> .....	12
2.1.2 Konsep <i>Health Literacy</i> .....	12

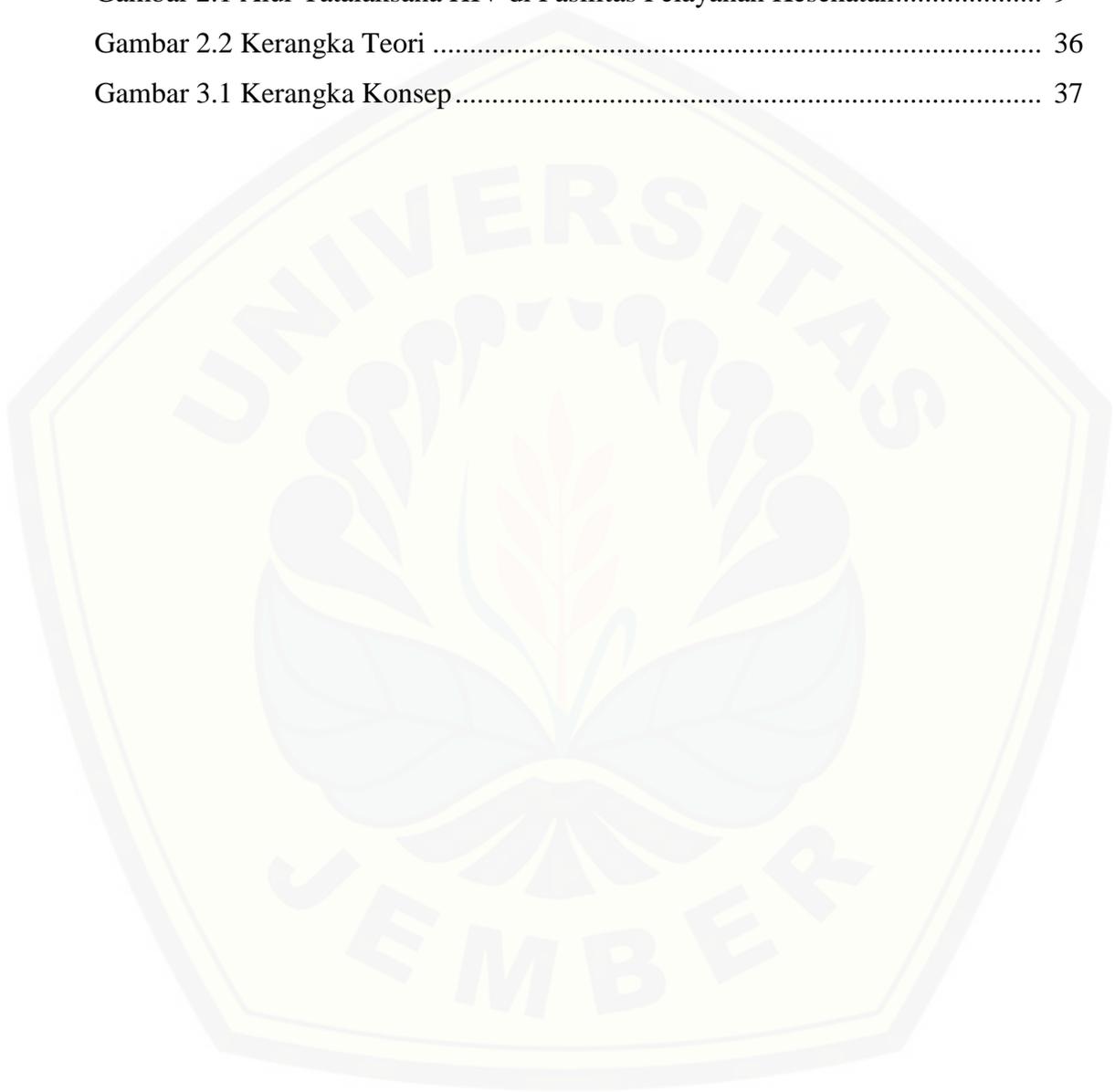
2.1.3	Tingkatan <i>Health Literacy</i> .....	15
2.1.4	Dimensi <i>Health Literacy</i> .....	15
2.1.5	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Health Literacy</i> .....	17
2.1.6	Pengukuran <i>Health Literacy</i> .....	23
<b>2.2</b>	<b>Konsep Dasar HIV/AIDS</b> .....	<b>26</b>
2.2.1	Pengertian HIV/AIDS.....	26
2.2.2	Cara Penularan HIV .....	27
2.2.3	Fase Alamiah dan Stadium Infeksi HIV .....	28
2.2.4	Konseling dan Tes HIV .....	30
2.2.5	Tatalaksana HIV/AIDS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	32
2.2.6	Pengobatan HIV .....	33
2.2.7	Pencegahan HIV/AIDS.....	36
2.2.8	Strategi Pemerintah Terkait Penanggulangan HIV dan AIDS .....	37
<b>2.3</b>	<b>Ibu Rumah Tangga</b> .....	<b>39</b>
2.3.1	Definisi Ibu Rumah Tangga .....	39
2.3.2	Faktor-Faktor yang Menyebabkan Meningkatnya HIV/AIDS pada Ibu Rumah Tangga .....	39
<b>2.4</b>	<b>Gambaran <i>Health Literacy</i> pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS Positif</b> .....	<b>43</b>
<b>2.5</b>	<b>Kerangka Teori</b> .....	<b>46</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>KERANGKA KONSEP</b> .....	<b>47</b>
<b>BAB 4.</b>	<b>METODE PENELITIAN</b> .....	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>Desain Penelitian</b> .....	<b>48</b>
<b>4.2</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian</b> .....	<b>49</b>
4.2.1	Populasi Penelitian .....	49
4.2.2	Sampel Penelitian .....	49
4.2.3	Teknik Pengambilan Sampel .....	49
4.2.4	Kriteria Subjek Penelitian.....	50
<b>4.3</b>	<b>Lokasi Penelitian</b> .....	<b>50</b>
<b>4.4</b>	<b>Waktu Penelitian</b> .....	<b>50</b>
<b>4.5</b>	<b>Definisi Operasional</b> .....	<b>51</b>
<b>4.6</b>	<b>Pengumpulan Data</b> .....	<b>54</b>

4.6.1 Sumber Data .....	54
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	54
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	55
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	57
<b>4.7 Pengolahan Data .....</b>	<b>58</b>
4.7.1 <i>Editing</i> .....	58
4.7.2 <i>Coding</i> .....	59
4.7.3 <i>Entry</i> .....	61
<b>4.8 Analisa Data .....</b>	<b>61</b>
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>62</b>
4.9.1 Asas kerahasiaan ( <i>confidentially</i> ) .....	62
4.9.2 Asas keadilan ( <i>justice</i> ) .....	63
4.9.3 Asas kemanfaatan ( <i>beneficiency</i> ) .....	63
4.9.4 Asas otonomi ( <i>autonomy</i> ) .....	64
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>65</b>
5.1.1 Karakteristik Responden .....	65
5.1.2 Kepatuhan ARV .....	67
5.1.3 Akses Informasi Kesehatan .....	68
5.1.4 Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	69
5.1.5 <i>Health Literacy</i> .....	71
<b>5.2 Pembahasan .....</b>	<b>74</b>
5.2.1 Gambaran Karakteristik Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember .....	74
5.2.2 Gambaran <i>Health Literacy</i> Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember .....	81
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>84</b>
<b>5.4 Implikasi Keperawatan .....</b>	<b>84</b>
<b>BAB 6. PENUTUP .....</b>	<b>86</b>
<b>6.1 Kesimpulan .....</b>	<b>86</b>
<b>6.2 Saran .....</b>	<b>87</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>89</b>



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Alur Tatalaksana HIV di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	9
Gambar 2.2 Kerangka Teori .....	36
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	37



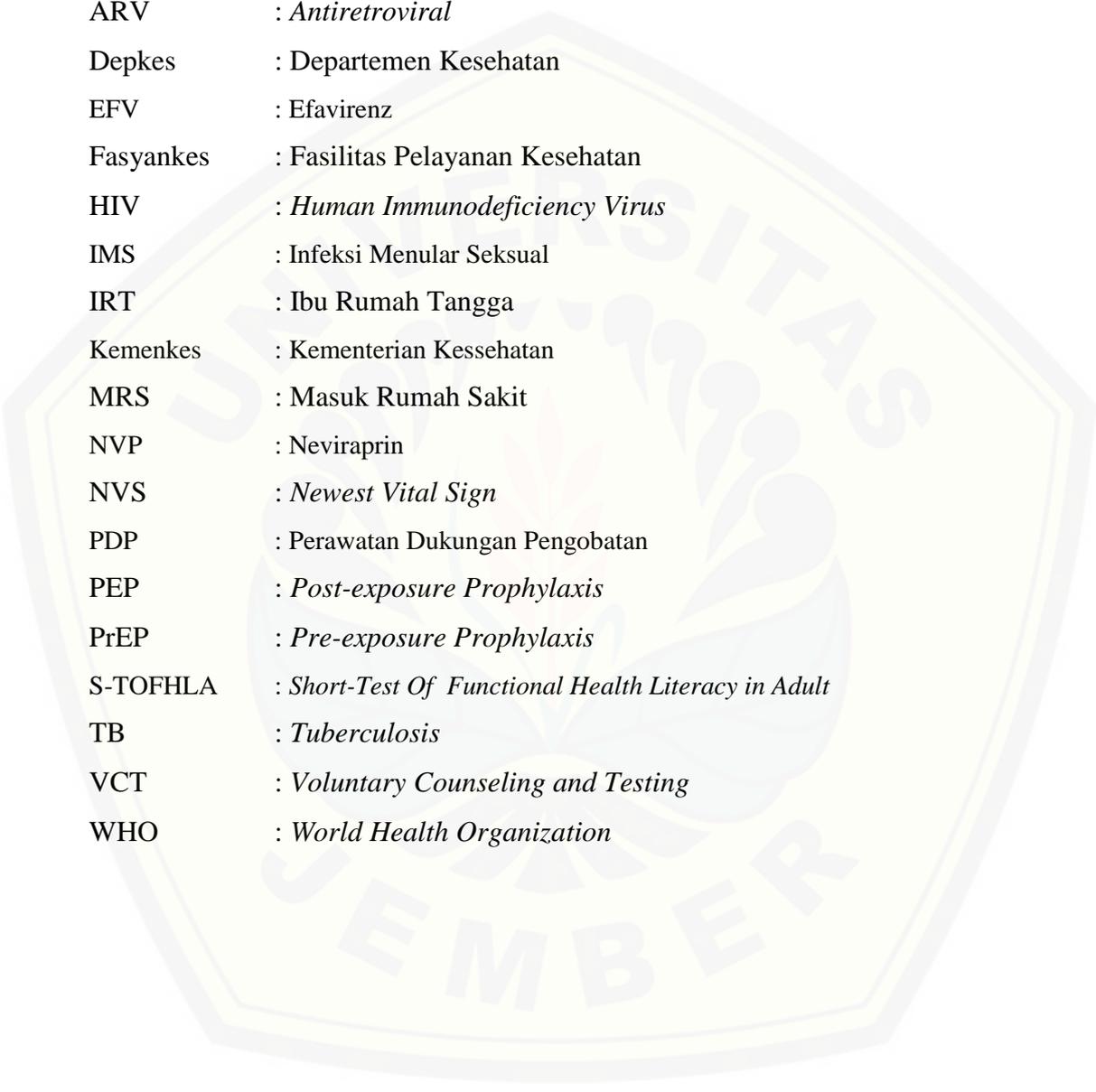
**DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian .....	6
Tabel 2.1 Matriks empat dimensi <i>health literacy</i> diterapkan pada tiga domain kesehatan .....	14
Tabel 2.2 Panduan Pengobatan ARV Lini Pertama HIV .....	27
Tabel 2.3 Panduan Pengobatan ARV Lini Kedua HIV .....	27
Tabel 2.4 Panduan Pengobatan ARV Lini Ketiga HIV .....	27
Tabel 2.5 Efek Samping ARV .....	28
Tabel 2.6 Perbedaan <i>Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)</i> dan <i>Post-exposure Prophylaxis (PEP)</i> .....	29
Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	42
Tabel 5.1 Distribusi Usia Responden.....	50
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember .....	52
Tabel 5.3 Kepatuhan terhadap Pengobatan ARV dalam Satu Bulan Terakhir ...	53
Tabel 5.4 Banyaknya Hari yang Terlewat ARV Tabel 5.5 Distribusi Media Informasi yang Digunakan Satu Bulan Terakhir.....	53
Tabel 5.5 Distribusi Media Informasi yang digunakan Satu Bulan Terakhir .....	53
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Setiap Indikator Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	54
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Setiap Skor Nilai Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	55
Tabel 5.8 Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	55
Tabel 5.9 <i>Health Literacy</i> .....	56
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Setiap Skor Nilai <i>Health Literacy</i> (n=100) ....	57
Tabel 5.11 Deskripsi Statistik <i>Health Literacy</i> .....	57

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i> .....	78
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i> .....	79
Lampiran 3. Lembar Data Demografi.....	80
Lampiran 4. Lembar Kuesioner HIVLT-10.....	82
Lampiran 5. Lembar Surat Ijin Melaksanakan Penelitian .....	85
Lampiran 6. Lembar Bukti Konsul .....	86
Lampiran 7. Lembar Bukti Uji Etik.....	88
Lampiran 8. Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian.....	89
Lampiran 9. Hasil Uji Statistik .....	90
Lampiran 10. Surat Pernyataan Asisten Penelitian.....	97

**DAFTAR SINGKATAN**



AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
EFV	: Efavirenz
Fasyankes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IRT	: Ibu Rumah Tangga
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NVP	: Neviraprin
NVS	: <i>Newest Vital Sign</i>
PDP	: Perawatan Dukungan Pengobatan
PEP	: <i>Post-exposure Prophylaxis</i>
PrEP	: <i>Pre-exposure Prophylaxis</i>
S-TOFHLLA	: <i>Short-Test Of Functional Health Literacy in Adult</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan kasus yang mendunia yang kejadiannya menyerupai gunung es. Kasus ini terjadi disetiap tahun dan selalu mengalami fluktuasi yang tidak signifikan serta tidak dapat diprediksi. Secara global HIV/AIDS adalah penyebab utama kematian wanita subur (WHO, 2009). Pada akhir 2016, setengah dari 36,9 juta penderita HIV positif di dunia merupakan wanita yang sebagian besar tinggal di negara berkembang (UNAIDS, 2018).

Prevalensi risiko tertular HIV tertinggi pada saat ini adalah wanita dengan rentang usia 15-24 tahun, 26% infeksi HIV pada wanita muda disumbang oleh Afrika timur dan selatan pada tahun 2016, kemudian 22% dan 17% infeksi baru pada wanita muda terjadi di Afrika bagian barat dan tengah serta Karibia (UNAIDS, 2017). Pada tahun 2017 laki-laki memiliki prevalensi infeksi HIV lebih besar daripada perempuan, yakni laki-laki sebanyak 30.721 dan perempuan sebanyak 17.579, namun jumlah AIDS di Indonesia yang dilaporkan menurut jenis pekerjaannya, ibu rumah tangga memiliki jumlah tertinggi terinfeksi AIDS yakni sebanyak 14.721, kemudian yang kedua sebanyak 14.116 dari tenaga non profesional (karyawan) dan yang ke tiga dari karyawan yang mempunyai usaha sendiri sebanyak 13.610 (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Menurut data hasil dari

pemetaan faktor risiko kejadian HIV dan AIDS di Kabupaten Jember yang dilakukan oleh Arif dkk. (2015) penderita HIV/AIDS di Kabupaten Jember pada tahun 2015 berdasarkan kelompok pekerjaan, ditemukan jumlah paling banyak pada kelompok pekerjaan ibu rumah tangga yaitu dengan jumlah penderita sebanyak 153 orang, dan penderita terbanyak kedua yakni pada kelompok pekerjaan wiraswasta/ usaha sendiri dengan jumlah penderita sebanyak 148 orang.

Menurut penelitian Yulianti (2013) tingginya jumlah kasus HIV/AIDS pada ibu rumah tangga ini dikarenakan secara biologis ibu rumah tangga mempunyai faktor risiko tinggi terkena penularan HIV dari suaminya yang sering melakukan hubungan seksual berganti-ganti pasangan tanpa menggunakan pengaman, atau menjadi pecandu narkoba suntik, serta kurangnya pengetahuan dan kesadaran ibu rumah tangga terkait dengan penularan HIV/AIDS.

Beberapa penelitian tentang pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga tentang HIV/AIDS yang telah dilakukan di Indonesia ditemukan berbagai hasil, diantaranya penelitian oleh Abhinaja dan Astuti (2013) di Bali, menyebutkan bahwa sebanyak 20,7% ibu rumah tangga memiliki pengetahuan mengenai IMS dan HIV/AIDS yang tinggi, 54,0% memiliki pengetahuan yang sedang, dan 25% memiliki nilai pengetahuan yang rendah. Sedangkan dari aspek sikap, terhadap hasil bahwa sikap ibu rumah tangga terhadap IMS termasuk HIV/AIDS memiliki rata-rata sebesar 71,3 dan sebanyak 59 (67,8%) mempunyai sikap sedang, hal ini semua disebabkan karena ketimpangan sosial antara suami dan istri.

Ketimpangan sosial antara laki-laki (suami) terhadap wanita (istri) dalam masyarakat membuat kondisi ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS menjadi buruk,

walau kenyataannya mereka terinfeksi oleh suaminya sendiri (Yulianti, 2013). Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Sitepu (2018) pekerjaan suami secara signifikan berpengaruh terhadap kejadian HIV pada ibu rumah tangga, karena suami memiliki akses keuangan yang lebih baik serta mobilitas yang tinggi diluar rumah sehingga beresiko bagi suami untuk melakukan hubungan seksual multipartner dengan alasan mencari hiburan. Namun dalam beberapa kasus, bagi ibu rumah tangga positif HIV/AIDS juga mempunyai beban ganda seperti merawat suami yang sakit, merawat anaknya yang tidak terlepas dari kemungkinan tertular HIV/AIDS dan membuat keputusan terkait kesehatan untuk keluarga mereka (Yulianti, 2013).

Terlepas dari dampak signifikan yang ditimbulkan oleh HIV/AIDS pada populasi perempuan, kesenjangan dalam pengetahuan dasar tentang HIV dan penularannya juga menjadi penyebabnya. Kurang dari 50% ibu rumah tangga memiliki pengetahuan kurang lengkap dan akurat tentang HIV/AIDS (Rahmah, 2017). Pendidikan kesehatan memainkan peran penting dalam memperluas pengetahuan, tetapi penelitian menunjukkan bahwa berbagai keterampilan dan kompetensi diperlukan untuk memahami dan memanfaatkan pengetahuan kesehatan. Keterampilan dan kompetensi ini termasuk membaca dan memahami label obat, menghitung interval pengobatan, dan mengikuti instruksi perawatan mandiri dasar, yang semuanya bergabung untuk menunjukkan *Health Literacy* (Zarcadoolas dkk., 2005).

*Health Literacy* mengacu pada kemampuan membaca terkait materi kesehatan, memperoleh dan menerapkan informasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan serta memfasilitasi proses pengambilan keputusan terkait kesehatan (Finset & Lie,

dalam Thompson dkk., 2015). Zarcadoolas dkk. (2005) menjelaskan bahwa *Health Literacy* tergantung pada aspek melek huruf yang mendasar seperti membaca, berbicara, menulis dan interpretasi, tetapi juga bergantung pada kesadaran akan perkembangan terkini dalam masalah kesehatan, sains, dan publik. Kebiasaan dan kepercayaan seseorang, yang memengaruhi kemampuan mereka untuk menafsirkan dan bertindak berdasarkan informasi kesehatan, juga dianggap berperan dalam *health literacy*. *Health literacy* mencakup lebih dari pengetahuan dan informasi, hal ini mencakup keterampilan untuk menerapkan pengetahuan dan mempertimbangkan persepsi dan budaya yang dapat memengaruhi cara informasi kesehatan dipahami, ditafsirkan, dan diterapkan. *Health literacy* juga tergantung pada kemahiran literasi dan berhitung serta kesadaran sosial, dan pada akhirnya mengarah pada otonomi dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan (Thompson dkk., 2015). Otonomi tercermin dalam pengembangan pengetahuan dan keterampilan yang memungkinkan pengambilan keputusan independen dalam perawatan kesehatan. Otonomi ini sangat penting bagi perempuan yang hidup dengan *HIV / AIDS* untuk meningkatkan taraf kesehatan mereka dan keluarga mereka, serta masyarakat yang lebih luas (Zarcadoolas dkk., 2005).

Cunha dkk., (2017) mengatakan bahwa analisis mengenai *health literacy* untuk orang yang hidup dengan *HIV/AIDS* sangat penting dilakukan, karena berguna sebagai pedoman bagi mereka untuk bertahan hidup dalam keadaan *HIV/AIDS*-nya serta berguna bagi tenaga kesehatan dalam strategi implementasi pendidikan kesehatan yang dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Berdasarkan penjelasan mengenai *HIV/ AIDS* dan *health literacy* diatas membuktikan bahwa

penelitian mengenai *health literacy* pada tataran ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS sangat penting dilakukan. Untuk itu peneliti menjadi berniat untuk mengetahui bagaimana *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember, dengan jumlah penderita HIV/ AIDS terbanyak menurut kelompok pekerjaannya adalah ibu rumah tangga.

## **1.2 Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu bagaimanakah gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember;

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS;
- b. Mengidentifikasi *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang ada dari pelaksanaan penelitian yang berjudul gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan *HIV/AIDS* di Kabupaten Jember, antara lain:

### 1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mengenai cara penelitian secara baik dan benar serta mampu mengasah cara berpikir kritis dan ilmiah. Selain itu, dengan adanya penelitian ini dapat mengetahui gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan *HIV/AIDS* di Kabupaten Jember.

### 1.4.2 Manfaat Bagi Instituti Pendidikan Keperawatan

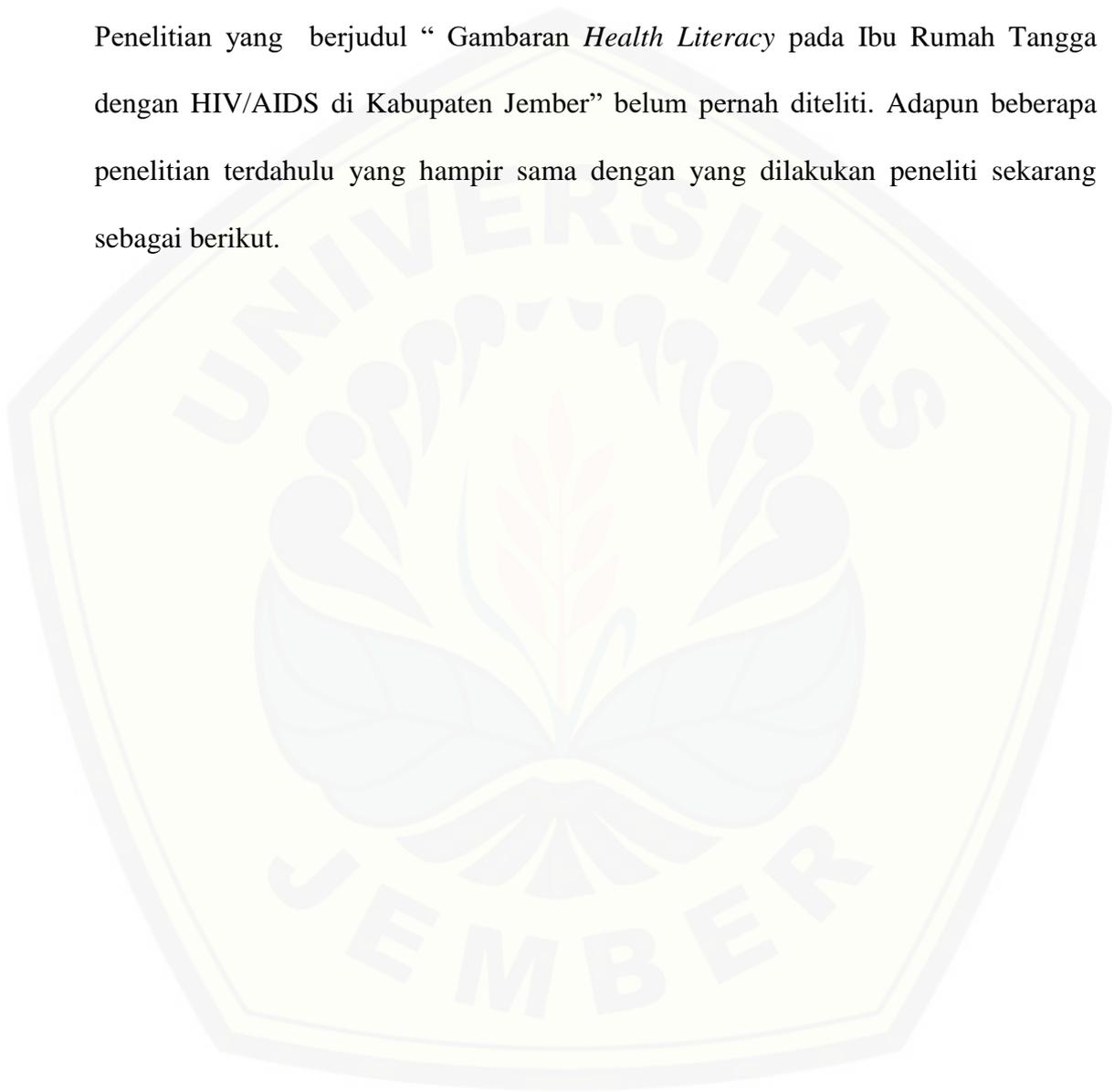
Sebagai sumber pustaka tambahan yang dapat melengkapi wawasan dan ilmu pengetahuan dalam proses pembelajaran bagi para calon perawat, khususnya pada keperawatan *HIV/AIDS*. Serta sebagai literatur dalam melakukan pengabdian masyarakat.

### 1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi evaluasi dan masukan untuk memperbaiki serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang sudah ada, khususnya pada sektor *health promotion*. Mengidentifikasi mereka yang memiliki *health literacy* tentang *HIV* yang terbatas adalah langkah pertama dalam pengembangan strategi yang lebih baik untuk mengembangkan *health promotion* secara berpusat pada pasien.

### 1.5. Keaslian Penelitian

Peneliti telah melakukan penelusuran terkait tema penelitian yang sama. Pada penelitian sebelumnya dan penelitian sekarang, terdapat perbedaan atau perbaharuan. Penelitian yang berjudul “ Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember” belum pernah diteliti. Adapun beberapa penelitian terdahulu yang hampir sama dengan yang dilakukan peneliti sekarang sebagai berikut.



Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Perbedaan	Penelitian I	Penelitian II	Penelitian III	Penelitian IV	Penelitian V	Penelitian Sekarang
Judul Penelitian	<i>The Health Literacy Needs of Women Living With HIV/AIDS</i>	<i>Health Literacy and Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adolescents</i>	<i>Measuring Health Literacy among People Living with HIV who attend a Community-Based Ambulatory Clinic in Puerto Rico</i>	<i>Measuring Health Literacy Among Adults with HIV Infection in Mozambique: Development and Validation of the HIV Literacy Test</i>	<i>Seeking information about HIV/AIDS: a qualitative study of health literacy among people living with HIV/AIDS in a low prevalence context</i>	Gambaran <i>Health Literacy</i> pada Ibu Rumah Tangga dengan <i>HIV/AIDS</i> di Kabupaten Jember
Tempat penelitian	Sub-Sahara Africa	Amerika Serikat	San Juan, Puerto Rico	Maputo, Mozambique	Oregon, Amerika Serikat	Jember
Peneliti	Judy Thompson; Yolanda Havenga; dan Susan Naude.	Debra A. Murphy; Phebe Lam; Sylvie Naar-King; D. Robert Harris, Jeffrey T. Parsons, Larry R. Muenz	Marta Rivero-Mendez RN., DNS., Erick L. Suarez Perez, MSc., PhD.; and Solymar S. Solís-Baez, PhDc.	Jose A. Tique; Leigh M. Howard; Sandra Gaveta; Mohsin Sidat; Russell L. Rothman; Sten H. Vermund; Philip J. Ciampa.	Ann P. Zukoski , Sheryl Thorburn, and Josh Stroud	Nunung Ratna Sari
Tahun	2015	2010	2015	2016	2011	2018
Sampel penelitian	8 Partisipan	186 Partisipan	200 partisipan	319 partisipan	16 partisipan	100 responden
Variabel penelitian	<i>Health Literacy</i>	Variabel independen: <i>health literacy</i>	Variabel independen: <i>health literacy</i>	<i>HIV Literacy Test</i>	<i>Health Literacy</i>	<i>Health Literacy</i>

		Variabel dependen: kepatuhan pengobatan arv	Variabel dependen: kepatuhan pengobatan arv			
Jenis penelitian	Kualitatif, eksploratif, deskriptif, dan kontekstual	Kuantitatif	Kuantitatif	Kuantitatif	Kualitatif	Kuantitatif
Instrumen penelitian	Observasi dan wawancara	s-TOFHLA ( <i>short-Test Of Functional Health Literacy in Adult</i> )	s-TOFHLA ( <i>short-Test Of Functional Health Literacy in Adult</i> )	HIV literacy test (HIV-LT)	Observasi dan wawancara	Kuesioner
Tujuan Penelitian	Mengeksplorasi dan menggambarkan kebutuhan melek kesehatan bagi perempuan yang hidup dengan HIV	Menyelidiki tingkat <i>health literacy</i> di kalangan remaja HIV-positif dan menyelidiki apakah <i>health literacy</i> pada remaja HIV-positif berhubungan dengan kepatuhan pengobatannya	Menentukan tingkat <i>health literacy</i> fungsional (FHL) dan hubungannya dengan kepatuhan pengobatan, gejala, serta untuk menentukan strategi manajemen di PLWH.	Mengetahui validitas dan realibilitas HIV literacy test untuk mengetahui tingkat <i>health literacy</i> pada orang dengan HIV	(1) Mengeksplorasi bagaimana orang dengan HIV positif yang berada di daerah pedesaan dalam mencari informasi tentang HIV / AIDS dan membuat keputusan tentang menjaga kesehatan mereka; (2) mengidentifikasi hambatan kontekstual atau sosial yang berdampak pada perilaku melek kesehatan mereka	Mengetahui gambaran <i>health literacy</i> pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember

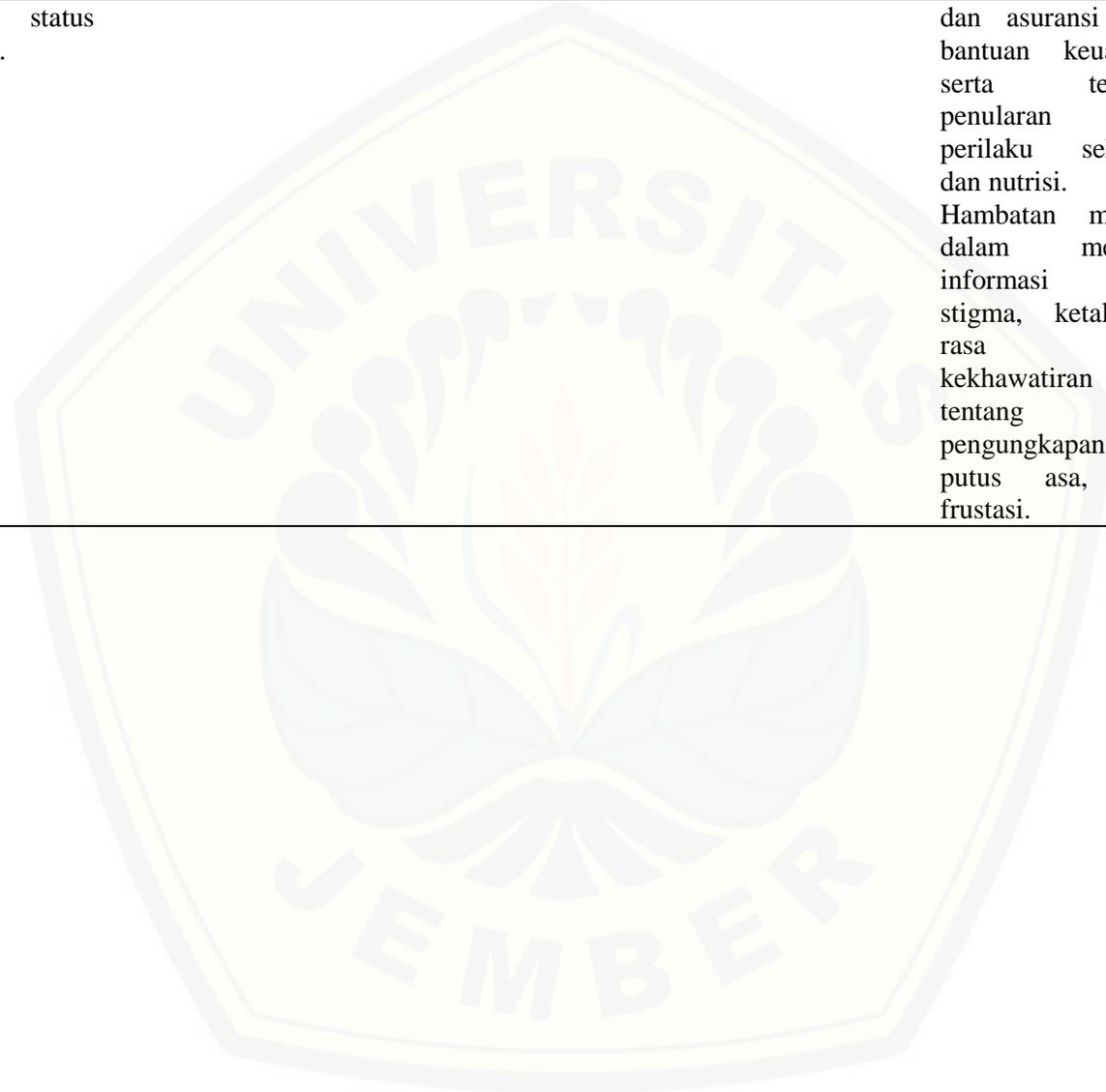
Hasil Penelitian	Terdapat beberapa temuan mengenai kebutuhan <i>health literacy</i> diantara perempuan HIV/AIDS yakni patofisiologi dan perkembangan penyakit, penularan dan pencegahannya, perawatan diri dan penggunaan ARV yang efektif, kesehatan reproduksi, bagaimana menerima status HIV serta bagaimana menjaga hubungan dengan pasangan mereka dengan	11,8% responden memiliki <i>health literacy</i> rendah, 2,7% sedang, dan 85,5% memiliki <i>health literacy</i> yang cukup. Peserta yang memiliki <i>health literacy</i> yang cukup menunjukkan 35,7% patuh, 23,8% tidak patuh, dan 40,5% sama sekali tidak patuh. Di antara peserta dengan <i>health literacy</i> sedang/rendah, menunjukkan 23,5% patuh, 41,2% kurang patuh, dan 35,3% sama sekali tidak patuh	47% peserta memiliki tingkat <i>health literacy</i> yang marginal dan sebanyak 21,5% peserta memiliki <i>health literacy</i> rendah. Kepatuhan pengobatan secara signifikan mempunyai keterkaitan dengan tingkat <i>health literacy</i> seseorang ( $p < 0,05$ ).	HIV literacy test terbukti valid digunakan untuk mengukur keterampilan literasi peserta.	Mayoritas peserta menggunakan empat sumber utama untuk mencari informasi. Pertama, dokter sebagai sumber utama informasi tentang aspek medis perawatan mereka. Sumber informasi yang kedua adalah Internet. Yang ketiga yakni satu orang dari komunitas yang menghubungi mereka. Yang keempat, petugas kesehatan dari departemen kesehatan mereka. Jenis informasi yang mereka cari yakni tentang rejimen obat, efek samping obat, atau penelitian obat. manajemen, perkembangan penyakit mereka,	<i>health literacy</i> ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember memiliki nilai skor rata-rata 66,68 dengan sebanyak 55% responden memiliki skor nilai diatas nilai skor rata-rata
------------------	---	---	---	--	---	---

---

adanya status  
tersebut.

dan asuransi atau  
bantuan keuangan  
serta tentang  
penularan HIV,  
perilaku seksual,  
dan nutrisi.  
Hambatan mereka  
dalam mencari  
informasi yakni  
stigma, ketakutan,  
rasa malu,  
kekhawatiran  
tentang  
pengungkapan,  
putus asa, dan  
frustasi.

---



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Dasar *Health Literacy*

#### 2.1.1 Definisi *Health Literacy*

*Health Literacy* atau Literasi kesehatan didefinisikan sebagai berbagai keterampilan dan kompetensi yang dikembangkan orang untuk mencari, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi dan konsep kesehatan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi, mengurangi risiko kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup (Zarcadoolas dkk., 2005). *Health Literacy* berkaitan dengan literasi yang melibatkan pengetahuan, motivasi, dan kompetensi orang untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi untuk membentuk penilaian dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari dalam hal perawatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup (Sorensen, 2015).

#### 2.1.2 Konsep *Health Literacy*

Konsorsium *health literacy* Eropa mengembangkan kerangka kerja konseptual untuk menggambarkan bagaimana *health literacy* dapat dipahami sebagai penentu kesehatan sosial. Hal ini berfokus pada pengembangan *health literacy* melalui kemampuan untuk mengakses dan memperoleh informasi; untuk memahami informasi; untuk menilai dan mengevaluasi informasi; serta

menerapkan informasi dalam segala bentuk ketika sedang sakit, ketika mencoba menghindari risiko dan ketika mencoba untuk tetap sehat selama hidup. *health literacy* dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial dan lingkungan yang personal, situasional, dan lebih luas sebagaimana diuraikan dalam piagam Ottawa dan dielaborasi oleh Komisi Penentu Sosial Kesehatan. Pada gilirannya, diilustrasikan bagaimana *health literacy* berdampak pada penggunaan layanan kesehatan, perilaku kesehatan, partisipasi aktif dalam masyarakat serta untuk keberlanjutan sosial ekonomi (Sorensen dkk., 2012). Model konseptual memperhitungkan perspektif individu dan sistem, karenanya mengakui bahwa *health literacy* berkaitan dengan kapasitas individu untuk membuat keputusan kesehatan yang sehat dalam konteks kehidupan sehari-hari di rumah, di masyarakat, di tempat kerja, di sistem perawatan kesehatan, di pasar, dan di arena politik (Kickbusch, 2008) dan *health literacy* terkait erat dengan desain organisasi dan sistem dan bagaimana mereka dikelola untuk menanggapi kebutuhan dan tuntutan orang (Brach dan Dreyer, 2012)

Sebelumnya, penelitian *health literacy* telah banyak dilakukan, yang didasarkan pada teori pendidikan berdasarkan tiga kualitas *health literacy* Nutbeam: *health literacy* fungsional; *health literacy* interaktif; dan *health literacy* kritis (Nutbeam, 2000) . Namun, penelitian terbaru menunjukkan bahwa *health literacy* mencakup atribut yang lebih kompleks yang terkait dengan memiliki informasi yang cukup untuk mengelola kesehatan sendiri, mampu secara aktif mengelola kesehatan sosial dan kesehatan seseorang, dukungan untuk kesehatan, penilaian informasi kesehatan, keterlibatan aktif dengan penyedia layanan

kesehatan, menavigasi sistem perawatan kesehatan, kemampuan untuk menemukan dan memahami informasi kesehatan yang baik untuk mengetahui apa yang harus dilakukan (Osborne dkk., 2013).

Menurut NANDA (2018), Seseorang dikatakan mempunyai kesiapan dalam meningkatkan *health literacy* jika mempunyai batasan-batasan sebagai berikut:

1. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan kemampuan membaca, menulis, bicara serta memahami angka-angka untuk kebutuhan kesehatan setiap hari;
2. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan kesadaran tentang proses warga negara dan/ atau pemerintah yang mempengaruhi kesehatan publik;
3. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan komunikasi kesehatan dengan pemberi layanan kesehatan;
4. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan pengetahuan tentang determinan terkini kesehatan pada lingkungan sosial dan fisik;
5. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan personal;
6. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan dukungan sosial untuk kesehatan;
7. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan pemahaman mengenai adat dan keyakinan untuk membuat keputusan perawatan kesehatan;
8. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan pemahaman informasi kesehatan untuk membuat pilihan perawatan kesehatan;

9. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan usaha dalam mendapatkan informasi yang cukup untuk mengarahkan sistem pelayanan kesehatan.

### 2.1.3 Tingkatan *Health Literacy*

Nutbeam (2000) memaparkan tiga tingkat yang menyatakan *health literacy* bukan hanya sebagai tolak ukur keterampilan membaca dan menulis, namun juga sebagai suatu strategi pemberdayaan. Nutbeam menyatakan bahwa *health literacy* terdiri dari:

1. *Basic/ functional health literacy* merupakan keterampilan dasar yang cukup dalam membaca dan menulis informasi kesehatan agar dapat digunakan secara efektif dalam kegiatan sehari-hari;
2. *Communicative/interactive health literacy* merupakan keterampilan kognitif, keterampilan sosial dan literasi yang lebih maju untuk berpartisipasi aktif dari berbagai bentuk komunikasi serta mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari;
3. *Critical health literacy* merupakan keterampilan kognitif dengan keterampilan sosial yang lebih maju untuk dapat diterapkan secara kritis dalam menganalisis informasi dan menggunakan informasi ini untuk kontrol yang lebih besar terhadap suatu peristiwa. misalnya program pengkaderan masyarakat.

### 2.1.4 Dimensi *Health Literacy*

Menurut National Assesment of Adult Literacy dalam White (2008) *health literacy* dibagi menjadi 3 dimensi, yaitu:

1. *Proses literacy* yaitu pengetahuan dan keahlian yang diperlukan untuk mencari, memahami dan menggunakan informasi dari bacaan (rangkaihan kalimat dalam paragraf). Contohnya mengumpulkan informasi kesehatan melalui media cetak maupun media internet;
2. *Document literacy*, merujuk pada pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki individu untuk dapat memahami dan menggunakan teks, brosur, bacaan dalam berbagai jenis format (daftar, baris, kolom, matriks, dan grafik). Contohnya seperti mengisi formulir pendaftaran saat berobat, dan mencari lokasi fasilitas kesehatan pada peta;
3. *Quantitative literacy*, merupakan pengetahuan dan kemampuan yang diperlukan untuk menghitung, menggunakan informasi dan angka bentuk cetak. Contohnya adalah jika seorang pasien dihadapkan pada biaya asuransi yang berbeda dan mereka dapat membandingkannya, menghitung informasi gizi pada label makanan, memahami waktu minum obat dan menyesuaikan dosis obat jika terjadi perkembangan kondisi.

Sedangkan menurut (Sorensen dkk., 2012), *Health literacy* dibagi dalam 4 dimensi yakni memperoleh informasi yang relevan tentang kesehatan, memahami informasi yang relevan tentang kesehatan, menilai informasi yang relevan tentang kesehatan, dan menggunakan informasi yang relevan tentang kesehatan. Dimensi tersebut kemudian diterapkan dalam tiga domain kesehatan.

Tabel 2.1 Matriks empat dimensi *health literacy* diterapkan pada tiga domain kesehatan

	<b>Memperoleh informasi yang relevan tentang kesehatan</b>	<b>Memahami informasi yang relevan tentang kesehatan</b>	<b>Menilai informasi yang relevan tentang kesehatan</b>	<b>Menggunakan informasi yang relevan tentang kesehatan</b>
<b>Pelayanan kesehatan</b>	Kemampuan untuk mengakses informasi mengenai masalah medis atau klinis	Kemampuan untuk memahami informasi medis dan memaknainya	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi medis	Kemampuan untuk membuat keputusan mengenai masalah medis
<b>Pencegahan penyakit</b>	Kemampuan untuk mengakses informasi tentang faktor-faktor risiko	Kemampuan untuk memahami informasi tentang faktor risiko dan memaknainya	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi tentang faktor risiko kesehatan	Kemampuan untuk menilai informasi yang relevan tentang faktor risiko
<b>Promosi kesehatan</b>	Kemampuan untuk memperbaharui diri dalam masalah kesehatan	Kemampuan untuk memahami informasi kesehatan dan memaknainya	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi terkait kesehatan	Kemampuan untuk mengatakan pendapat tentang masalah kesehatan

Sumber: Sorensen dkk., 2012

### 2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Health Literacy*

#### 1. Usia

Menurut Shah dkk., (2010) *health literacy* dapat berubah seiring dengan bertambahnya usia. Kaadaan seperti ini dapat diakibatkan oleh kemampuan berfikir dan sensoris yang menurun, serta rentang waktu setelah lulus pendidikan terakhir. Penurunan kemampuan berfikir ini dapat memengaruhi

kemampuan seseorang dalam membaca dan memahami informasi (Ng dan Omariba, 2010);

## 2. Bahasa

Menurut Santosa (2012) *health literacy* membutuhkan keahlian untuk dapat membaca dan menulis dalam bahasa nasional, serta berhitung, berpikir kritis, dan membuat keputusan. Bahasa dan budaya yang melatarbelakanginya dapat mempengaruhi cara seseorang dalam mendapatkan dan mengaplikasikan kemampuan ini. Dalam sistem kesehatan di era modern seperti ini, seseorang harus mampu membaca dalam banyak hal, seperti membaca buku, brosur terkait pendidikan kesehatan, tagihan obat, informasi gizi, instruksi minum obat, form asuransi, serta informed consent. Seseorang akan mengalami kesulitan memahami informasi kesehatan, jika mereka belum menguasai bahasa resmi yang dipakai di negaranya. Kendala ini juga akan mereka alami saat berkomunikasi dengan petugas kesehatan (Singleton dalam Santosa, 2012);

## 3. Etnis

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kelompok etnis minoritas dalam suatu populasi memiliki tingkat *health literacy* yang rendah. Hal ini dapat diakibatkan oleh ketidakseimbangan sosial dan ekonomi serta berbagai deskriminasi yang terjadi pada saat ini maupun masa lampau. Budaya yang dimiliki oleh berbagai etnis juga mempengaruhi dalam hal kepercayaan kesehatan, konsep sehat sakit, dan cara menginterpretasi pesan-pesan kesehatan yang mereka dapat. Pola pencarian pelayanan kesehatan dan cara

berkomunikasi dengan petugas kesehatan juga dipengaruhi oleh budaya yang berada dalam etnis tersebut (Singleton dalam Santosa, 2012);

#### 4. Jenis kelamin

Jenis kelamin menyatakan perbedaan pria dan wanita secara biologis, namun yang berperan sebagai determinan dalam *health literacy* adalah karakteristik, peran, tanggung jawab, serta atribut pria dan wanita yang secara sosial dikenal dengan istilah gender (World Health Organization, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan gender ini menurut Buvini dkk., (2009) dalam penelitiannya yang berjudul “*Gender Differentials in Health*” yaitu perbedaan biologis dan fisiologis; perbedaan usia harapan hidup; norma budaya, kepercayaan religious, dan aturan keluarga dalam masyarakat; perbedaan tingkat pendidikan; perbedaan pendapatan; interaksi antara etnis.

Rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan pada wanita ditemukan di banyak daerah di Thailand, India serta Negara-negara Amerika Latin (Santosa, 2012). Selain itu penelitian di Amerika, Turki, dan Serbia menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara gender dengan tingkat *health literacy* yang rendah, dalam penelitian tersebut menunjukkan bahwa wanita memiliki tingkat *health literacy* yang rendah (Jovic-Vranes dkk., 2009; Ozdemir dkk., 2010; Schillinger dkk., 2002)

#### 5. Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi pekerjaan dan pendapatan seseorang secara tak langsung hingga akhirnya dapat mempengaruhi pula pada tingkat *health literacy*-nya (Canadian Council on learning, 2008). Namun suatu hal

yang harus diingat adalah tingkat pendidikan tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya tolak ukur tingkat *health literacy* seseorang, karena tingkat pendidikan mengukur lamanya seseorang mengikuti pendidikan, tapi tidak selalu dapat mengukur berapa banyak hal yang dipelajari di sekolah, terlebih kualitas sekolah yang berbeda-beda antar daerah (Santosa, 2012).

Namun secara langsung, pendidikan memengaruhi kemampuan seseorang dalam menguasai berbagai hal serta memengaruhi kemampuan seseorang dalam mengumpulkan serta menginterpretasikan informasi yang ia dapat, termasuk dalam hal ini informasi kesehatan. Pada akhirnya kemampuan ini memengaruhi preferensi dan pilihan-pilihan perilaku serta gaya hidup seseorang tersebut. Selain itu, pendidikan juga membentuk kompetensi atau keahlian yang seseorang butuhkan untuk pembelajaran kesehatan (Santosa, 2012). Seperti pada hasil *National Assessment of Adult Literacy* di Amerika Serikat yang menunjukkan bahwa 52% responden yang telah menyelesaikan sekolah menengah atas memiliki tingkat *health literacy* yang rendah (White, 2008);

## 6. Pekerjaan

Status pekerjaan memengaruhi kemampuan ekonomi seseorang, sehingga menentukan kemampuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan serta mendapatkan sumber-sumber informasi kesehatan lainnya. Dengan bekerja

maka kemungkinan lebih besar bagi seseorang untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari tempat seseorang tersebut bekerja. Ng & Omariba, (2010) menjelaskan bahwa dengan bekerja, seseorang akan lebih terlibat dalam kegiatan-kegiatan membaca menulis serta berhitung didalam konteks pekerjaannya, hal ini akan meningkatkan kemampuan mereka dalam memahami angka, istilah, teks, dan konteks kesehatan.

#### 7. Penghasilan

Penelitian yang dilakukan di berbagai Negara menunjukkan keterkaitan antara penghasilan dengan tingkat *health literacy*, dengan hasil bahwa *health literacy* seseorang rendah berkaitan dengan pendidikannya yang rendah pula (Ng & Omariba, 2010; Ozdemir dkk., 2010).

Faktor ekonomi mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan pendidikan serta pelayanan kesehatan, hingga akhirnya mempengaruhi kemampuan dalam memperoleh, memahami dan menggunakan informasi kesehatan (Pawlak dalam Santosa, 2012);

#### 8. Akses ke pelayanan kesehatan

Akses pelayanan kesehatan dapat memengaruhi kemampuan seseorang dalam mendapatkan informasi kesehatan. Hal ini dibuktikan dalam penelitian yang dilakukan oleh White (2008) di Amerika yang menunjukkan keterkaitan antara salah satu bagian akses kesehatan yaitu asuransi kesehatan dengan tingkat *health literacy*, yaitu sejumlah 53% penduduk yang tidak memiliki asuransi kesehatan memiliki tingkat *health literacy* kesehatan yang rendah. Hasil penelitian yang sama yg dilakukan oleh Bains & Egede (2011)

menunjukkan bahwa proporsi tingkat *health literacy* rendah yang lebih besar dialami oleh orang yang tidak memiliki jaminan kesehatan.

#### 9. Akses informasi kesehatan

*National Assessment of Adult Literacy* menunjukkan bahwa lebih banyak penduduk yang memiliki tingkat *health literacy* rendah melaporkan bahwa mereka tidak mendapatkan informasi kesehatan dari sumber informasi tertulis ataupun tercetak dibandingkan dengan mereka yang memiliki tingkat *health literacy* tinggi. Penelitian yang sama juga menyatakan bahwa mereka tidak mendapat informasi dari media ataupun internet (White, 2008).

Factor yang mendahului *health literacy* menurut Speros (2005) adalah literasi atau melek huruf serta pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan. Speros juga mengungkapkan bahwa melek huruf merupakan kemampuan metakognitif yang melibatkan kemampuan membaca, menghitung dan memahami. Pengalaman kesehatan dimana individu terpapar bahasa atau istilah kesehatan dan kerangka kognitif yang membuat informasi kesehatan yang terlihat logis juga harus ada untuk melengkapi kemampuan tersebut.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh White (2008) bahwa *health literacy* meliputi kemampuan melek huruf yang ditambah pengetahuan tentang istilah dan singkatan dalam dunia kesehatan. *Health literacy* membutuhkan familiaritas terhadap struktur dan jenis informasi kesehatan. Paparan ini membentuk sebuah kemampuan yang baru atau lebih canggih dibanding kemampuan literasi atau melek huruf secara umum. Hal ini menunjukkan

bahwa akses informasi kesehatan dapat menjadi faktor yang terpenting dalam pembentukan kemampuan *health literacy*.

#### 2.1.6 Pengukuran *Health Literacy*

Tingkat *health literacy* seseorang dapat diidentifikasi melalui beberapa alat ukur yang pernah dibuat dan digunakan oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Masing-masing alat ukur dapat mencakup, dan memfasilitasi seseorang yang memiliki *health literacy* rendah untuk berkembang dengan cara-cara yang efektif serta meningkatkan status kesehatan individu maupun masyarakat (Fransen dkk., 2011). Beberapa instrumen yang telah dikembangkan merupakan instrumen yang terstandarisasi untuk mengukur *health literacy* (Ozdemir dkk., 2010). Instrumen-instrumen yang sering digunakan diantaranya:

##### 1. *Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA)*

TOFHLA mulai di publikasi pada tahun 1995. instrumen ini terdiri dari dua bagian, pada bagian pertama berisikan dengan informasi medis yang selanjutnya akan dibaca responden untuk kemudian menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ada didalamnya. Pada bagian yang kedua, dengan metode *cloze* (mengisi bagian yang rumpang), responden diberikan beberapa pernyataan yang rumpang untuk kemudian mereka isi dengan memilih kata yang tepat pada pilihan berganda. Item pertanyaan terdiri dari 50 item untuk menguji pemahaman bacaan dan 17 item untuk menguji kemampuan berhitung. Nilai hasil dibagi dalam tiga tingkatan, nilai 0-59 menunjukkan *health literacy* kurang, nilai 60-74 menunjukkan *health literacy* marginal, dan nilai 75-100 menunjukkan *health literacy* tinggi. Namun untuk mengisi instrumen ini membutuhkan waktu yang

cukup lama (22-25 menit), hingga pada akhirnya dikembangkan versi yang pendek yang kemudian disebut dengan S-TOFHLA (DeWalt dan Pignone, 2018; Haun, 2012)

S-TOFHLA atau *Short- Test of Functional Health Literacy in Adult* dipublikasi pada tahun 1999. Instrumen ini terdiri dari 36 pertanyaan dari versi lengkapnya, 7 item untuk menguji kemampuan menghitung dan 36 item untuk menguji pemahaman membaca. Untuk mengisi instrumen ini hanya membutuhkan waktu 7-12 menit. Rentang nilai hasil untuk menilai tingkatan *health literacy* pada instrumen ini terdiri dari tiga rentang nilai. Nilai 0-53 menyatakan *health literacy* rendah, nilai 54-66 menyatakan *health literacy* sedang atau marginal, dan nilai 67-100 menyatakan *health literacy* tinggi (Haun, 2012; DeWalt dan Pignone, 2018).

## 2. *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*

Instrumen ini menguji kemampuan berhitung dan pemahaman membaca yang terdiri dari 66 item istilah kesehatan yang digunakan untuk menguji kemampuan dalam membaca dan mengucapkan istilah-istilah kesehatan yang biasa digunakan. Istilah-istilah tersebut disusun dengan urutan tingkat kesulitan yang semakin meningkat. Rentang skor 0-44 menunjukkan tingkat *health literacy* rendah, nilai 45-60 menunjukkan *health literacy* sedang atau marginal, dan skor 61-66 menunjukkan *health literacy* tinggi. Untuk mengisi instrumen ini dibutuhkan waktu sekitar 3-6 menit (Haun, 2012; DeWalt dan Pignone, 2018).

### 3. *Newest Vital Sign (NVS)*

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Shah dkk., (2010) tentang penggunaan NVS dalam pelayanan primer dapat memberikan kesimpulan bahwa NVS atau *new vital sign* merupakan instrumen yang akurat, obyektif, dan mudah dilakukan untuk menilai pasien dengan tingkat *health literacy* rendah.

NVS mulai dipublikasi pada tahun 2007, instrumen ini terdiri dari 6 item pertanyaan yang membutuhkan kemampuan pemahaman bacaan dan berhitung, kemampuan ini berkaitan dengan pemahaman informasi kesehatan. Kemampuan ini terdiri dari pemahaman dan pemakaian kata, angka, dan teks. Baik dalam membaca label nutrisi atau mengikuti petunjuk pengobatan, pasien perlu mengingat angka-angka, membuat perhitungan matematis, mengidentifikasi dan memperhatikan berbagai bahan yang berbahaya bagi mereka serta membuat keputusan berdasarkan informasi yang diberikan. Untuk jawabannya diberi skor 1 ketika jawaban benar. Jumlah skor < 4 menunjukkan tingkat *health literacy* rendah (Ozdemir dkk., 2010; Haun, 2012).

### 4. *HIV Literacy Test*

Pada awal di publikasi, instrumen ini terdapat 35 item yang terdiri dari pernyataan klinis. Namun dirasa waktu yang dibutuhkan untuk mengisi instrumen ini sangat lama, kemudian instrumen ini dikembangkan dalam bentuk yang lebih singkat yakni menjadi 16 item yang valid untuk menilai berbagai keterampilan literasi yang diperlukan untuk perawatan HIV. Kemudian

intrumen ini dikembangkan kedalam instrumen yang lebih pendek lagi yang disebut dengan HIV-LT (*HIV-Literacy Test*) yakni terdiri dari 10 item. Instrumen ini menggunakan model yang spesifik yang mengandung faktor-faktor yang terkait dengan *health literacy* pada HIV (Gaveta dkk., 2016).

Item-item yang terdapat dalam instrumen ini menilai kemampuan responden untuk menerapkan serangkaian keterampilan pemahaman bacaan dan kemampuan menghitung untuk kegiatan kesehatan yang berkaitan dengan perawatan HIV termasuk didalamnya kemampuan menentukan dosis obat oral, menentukan jadwal kontrol ulang, memperkirakan resiko penularan HIV, dan memahami efek samping pengobatan (Gaveta dkk., 2016).

## **2.2 Konsep Dasar HIV/AIDS**

### **2.2.1 Pengertian HIV/AIDS**

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* yaitu sejenis virus yang menginfeksi/ menyerang sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sedangkan AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala atau sindrom penyakit yang timbul akibat turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV ( Kementrian Kesehatan RI, 2014). Orang yang telah terkena HIV positif dinyatakan AIDS saat adanya sindrom atau gejala penyakit tertentu yang umumnya infeksius yang ditandai dengan penurunan daya tahan tubuh secara progresif setelah dilakukan pemeriksaan

laboratorium tes darah menunjukkan hasil CD4 atau sel darah putih kurang dari  $200/mm^3$  (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

### 2.2.2 Cara Penularan HIV

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2015) cara penularan HIV dapat terjadi melalui alur sebagai berikut:

1. Cairan genital: melalui cairan sperma atau cairan vagina pengidap HIV yang memiliki jumlah virus tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan, terlebih jika diikuti oleh infeksi menular seksual lainnya. Oleh sebab itu, semua hubungan seksual yang berisiko dapat menularkan HIV baik genital, maupun anal;
2. Kontaminasi darah atau jaringan: dapat terjadi melalui transplantasi organ yang tercemar virus HIV, dan kontaminasi darah (transfusi darah dan produknya), atau melalui penggunaan peralatan medis yang tidak steril. Seperti suntikan yang tidak aman contohnya penggunaan peralatan injeksi bersama penasun, tato, dan tindik yang tidak steril;
3. Perinatal, yaitu penularan dari ibu ke bayi. Penularan pada saat masih janin terjadi selama kehamilan melalui plasenta yang terinfeksi, sedangkan pada saat bayi melalui darah atau cairan genital saat persalinan dan melalui ASI pada saat menyusui.

### 2.2.3 Fase Alamiah dan Stadium Infeksi HIV

Dalam Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, RI (2015), dijelaskan bahwa fase alamiah dan stadium infeksi HIV terbagi dalam tiga fase atau stadium yakni:

- 1) Fase I atau disebut juga masa Jendela (*window period*), dalam fase ini tubuh telah terinfeksi HIV, tetapi pada pemeriksaan darahnya belum ditemukan adanya antibodi anti-HIV. Fase ini berlangsung sekitar 2 minggu-3 bulan sejak infeksi awal. Gejala infeksi akut berupa demam, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri sendi, sakit kepala, bisa disertai batuk seperti gejala flu pada umumnya yang akan mereda dan sembuh dengan atau tanpa pengobatan akan dialami oleh sekitar 30%-50% orang. Fase “flu-like syndrome” ini. Fase ini terjadi akibat serokonversi dalam darah, karena virus bereplikasi sangat hebat;
- 2) Fase II atau fase laten yang bisa tanpa gejala (asimtomatik) hingga terjadi gejala ringan. Tes darah terhadap HIV menunjukkan hasil yang positif, meskipun gejala penyakit belum tentu timbul. Penderita pada stadium ini tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa tanpa gejala rata-rata berlangsung selama 2-3 tahun; sedangkan masa dengan gejala ringan dapat berlangsung selama 5-8 tahun, dengan ditandai oleh berbagai radang kulit seperti folikulitis, dan ketombe yang hilang timbul meskipun telah diobati;
- 3) Fase III atau fase AIDS yaitu fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang sudah menurun drastis sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai

infeksi oportunistik. Infeksi ini dapat berupa peradangan berbagai mukosa, misalnya infeksi jamur di mulut, kerongkongan dan paru-paru. Infeksi TB banyak ditemukan di paru-paru dan organ lain di luar paru-paru. Fase terminal ini sering ditemukan diare kronis dan penurunan berat badan hingga lebih dari 10% dari berat awal.

Sedangkan stadium klinis infeksi HIV menurut WHO dalam (Kementerian Kesehatan RI, 2015) terdapat 4 stadium. Stadium klinis ini dapat digunakan untuk memandu tatalaksana penderita HIV secara komprehensif berkesinambungan jika *rapid test* HIV dengan metode strategi tiga serial menunjukkan reaktif. Stadium ini terdiri dari:

1. Stadium pertama, disebut juga fase asimtomatik. Dimulai dari masuknya HIV pada individu yang diikuti dengan perubahan serologis pada pemeriksaan antibody, manifestasi yang terjadi belum ada dan biasanya hanya terdapat limfadenopati generalisata persisten. Dalam fase ini berat badan juga belum mengalami penurunan;
2. Stadium kedua, yakni disebut juga fase sakit ringan. Fase ini berat badan sudah mulai mengalami penurunan 5-10%. Gejala yang ditimbulkan berupa luka disekitar bibir, ruam kulit yang gatal dan herpes zoster selama kurang lebih lima tahun terakhir. Gejala lain yang dialami dapat berupa ISPA (misalnya sinusitis atau otitis) dan ulkus mulut yang berulang;
3. Stadium ketiga, atau disebut juga fase sakit sedang. Fase ini berat badan sudah mengalami penurunan lebih dari 10%, gejala yang ditimbulkan seperti stadium

kedua namun lebih kompleks. Kandidiasis oral atau vaginal, *oral hairy leukoplakia* mulai muncul, dan diare serta demam yang dirasakan selama lebih dari satu bulan yang tidak diketahui penyebabnya. Infeksi bacterial yang berat juga mulai menyerang seperti TB paru dalam satu tahun terakhir, TB limfadenopati, dan Gingivitis/ periodontitis ulseratif nekrotika akut;

4. Stadium empat, atau fase sakit berat (AIDS). AIDS dapat diketahui dalam tahap ini dari semakin menurunnya system imun pada orang dengan HIV dengan ditandai CD4 dibawah  $200/mm^3$ , serta adanya berbagai macam komplikasi diantaranya pneumonia pnemosistis, TB ekstra-paru, abses otak toksoplasmosis, meningitis kriptokokus, ensefalopati HIV, dan gangguan fungsi neurologis yang tidak disebabkan oleh penyebab lain serta seringkali membaik dengan ARV.

#### 2.2.4 Konseling dan Tes HIV

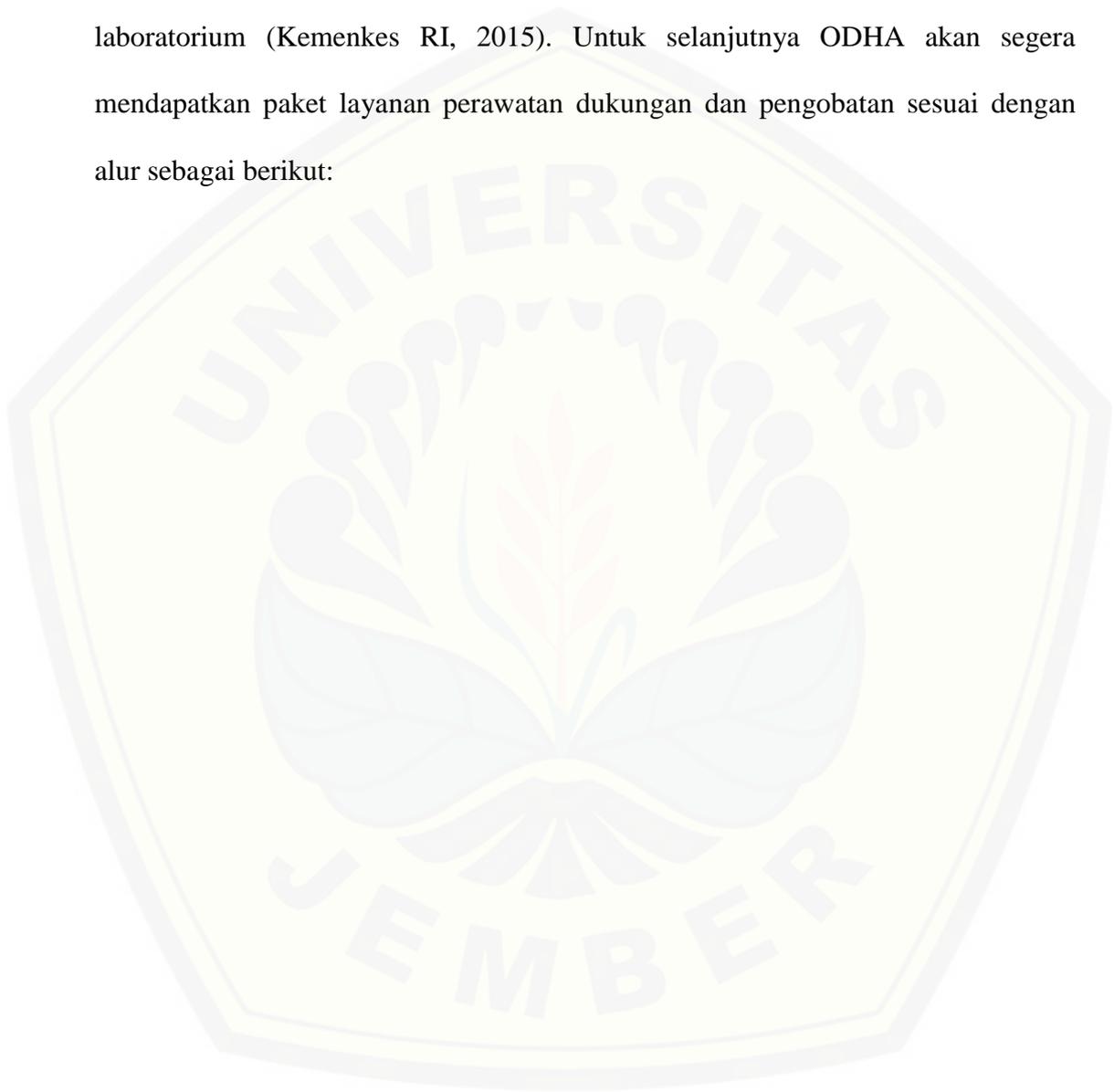
Konseling dan tes HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global melalui 5 komponen dasar yang disebut 5C (Kemenkes RI, 2015). Prinsip 5C tersebut harus diterapkan pada semua model layanan Konseling dan Tes HIV. 5C tersebut diantaranya yaitu:

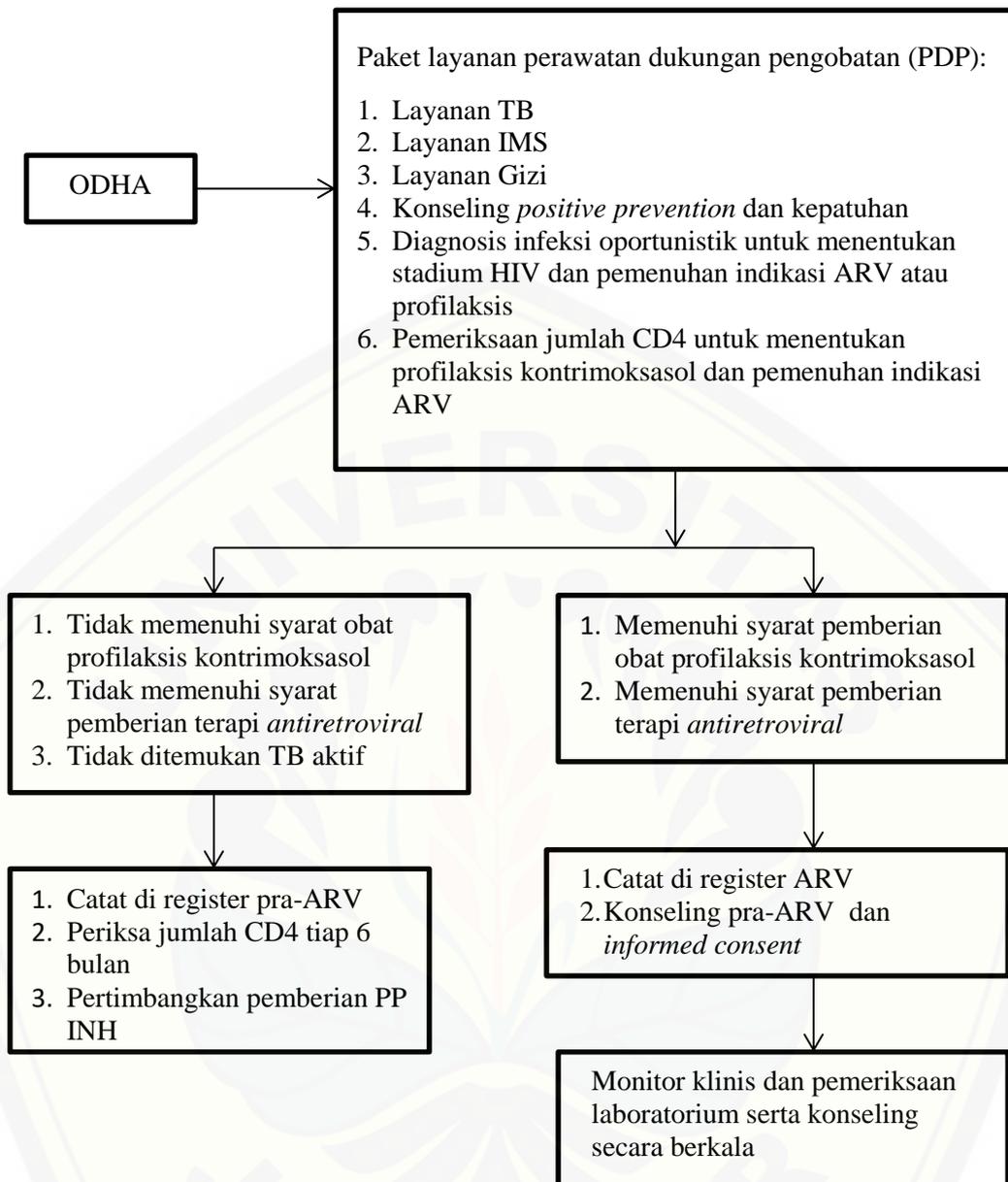
1. *Informed Consent*, merupakan persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali/pengampu setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang telah diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.

2. *Confidentiality*, adalah Semua informasi atau konseling antara klien dengan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa adanya persetujuan pasien/ klien. *Konfidensialitas* dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien tersebut.
3. *Counselling*, yaitu merupakan proses dialog antara konselor dengan klien yang bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas serta dapat dimengerti klien atau pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaannya, serta mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, serta konseling, pra-konseling dan Tes pasca-tes yang berkualitas baik.
4. *Correct test results* (hasil tes harus akurat) yaitu layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa pasien tersebut.
5. *Connections to care, treatment and prevention service* yaitu pasien/klien harus dirujuk ke layanan perawatan, dukungan, pencegahan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.

### 2.2.5 Tatalaksana HIV/AIDS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Sesudah dinyatakan positif HIV, selanjutnya dilakukan pemeriksaan guna mendiagnosis adanya penyakit penyerta atau infeksi oportunistik, dan pemeriksaan laboratorium (Kemenkes RI, 2015). Untuk selanjutnya ODHA akan segera mendapatkan paket layanan perawatan dukungan dan pengobatan sesuai dengan alur sebagai berikut:





gambar 2. 1 Alur Tatalaksana HIV di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI, 2015)

### 2.2.6 Pengobatan HIV

Pengobatan pada penderita HIV/AIDS meliputi perawatan (*care*), dukungan (*support*), dan pengobatan (*treatment*). Jika pasien telah ditetapkan positif HIV/AIDS maka langkah selanjutnya yakni dilakukan pemeriksaan guna

mendiagnosis adanya penyakit penyerta atau infeksi oportunistik, dan pemeriksaan laboratorium (Kemenkes RI, 2015). Pemeriksaan CD4 untuk menentukan PPK (pengobatan pencegahan kontrimoksazol) dan ARV. Pemberian PPK dilakukan jika tidak tersedia pemeriksaan CD4, identifikasi kepatuhan, serta *positive prevention* dan konseling.

Setelah langkah-langkah tersebut dilakukan, selanjutnya pasien akan terbagi menjadi pasien yang memenuhi syarat ARV dan pasien belum memenuhi syarat ARV. Untuk pasien yang tidak memenuhi syarat obat ARV selanjutnya dilakukan register pra-ARV serta pemeriksaan CD4 tiap 6 bulan dan pertimbangan pemberian PP INH. Sedangkan yang memenuhi syarat pemberian ARV maka selanjutnya akan dilakukan register ARV, konseling pra ARV dan *informed consent*, serta monitor klinis dan pemeriksaan laboratorium. Adapun pengobatan yang dilakukan bagi penderita yang memenuhi syarat ARV yaitu:

Tabel 2. 1 Panduan Pengobatan ARV Lini Pertama HIV(Kemenkes RI, 2015).

ARV lini pertama untuk dewasa		
Panduan pilihan	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT	
Panduan Alternatif	AZT + 3TC + EFV (atau NVP) TDF + 3TC (atau FTC) + NVP	
ARV Lini pertama pada anak <5 tahun		
Pilihan NRTI ke-1	Pilihan NRTI ke-2	Pilihan NRTI
Zidovudin (AZT)		Neviraprin (NVP)
Stavudin (d4T)	Lamivudin (3TC)	
Tenofovir (TDF)		Efavirenz (EFV)

Tabel 2.2 Panduan Pengobatan ARV Lini Kedua HIV (Kemenkes RI, 2015)

ARV lini kedua untuk dewasa		
Populasi target	Panduan ARV yang digunakan pada lini pertama	Panduan lini kedua pilihan
Dewasa dan remaja ( $\geq 10$ tahun)	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r
HIV dan koinfeksi TB	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r dosis ganda
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r dosis ganda
HIV dan HBV koinfeksi	Berbasis TDF	AZT + TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r
ARV lini kedua untuk Anak		
	Lini Pertama	Lini Kedua
	AZT (atau d4T) + 3TC + NVP (atau EFV)	ABC (atau TDFa ) + 3TC (atau FTC) + LPV/r
	TDF + 3TC (atau FTC) + NVP (atau EFV)	AZT + 3TC + LPV/r
	ABC + 3TC + NVP (atau EFV)	

Tabel 2.3 Panduan Pengobatan ARV Lini Ketiga HIV (Kemenkes RI, 2015)

Rekomendasi paduan ARV lini ketiga	
Dewasa	ETR + RAL + DRV/r
Anak <5	ETR + RAL + DRV/r

Tabel 2.4 Efek Samping ARV Lini Ketiga (Kemenkes RI, 2015)

ARV	Tipe Toksisitas
Etravirin (ETR)	Mual Ruam, reaksi hipersensitivitas, termasuk sindrom StevensJohnson, kadang disertai disfungsi organ seperti gagal hati
Raltegravir (RAL)	Ruam, reaksi hipersensitivitas, termasuk sindrom StevensJohnson dan toxic epidermal necrolysis, Mual, diare, nyeri kepala, insomnia, demam Kelemahan otot dan rabdomiolisis
Darunavir/Ritonavir (DRV/r)	Ruam, reaksi hipersensitivitas, termasuk sindrom StevensJohnson dan eritema multiformis Hepatotoksisitas Diare, mual, nyeri kepala Perdarahan pada hemofilia Hiperlipidemia, peningkatan transaminase, hiperglikemia, maldistribusi lemak

### 2.2.7 Pencegahan HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV/AIDS dapat berupa pengobatan bagi yang beresiko tinggi dan berupa pencegahan melalui perilaku bagi yang kurang beresiko. Pencegahan berupa perilaku dapat dilakukan menggunakan rumus ABCDE (Kementrian Kesehatan RI, 2015), ABCDE tersebut yaitu:

1. A: *Abstinence*, adalah bentuk pencegahan penularan dengan tidak melakukan hubungan seksual, terlebih pada pasangan yang belum memiliki status perkawinan;
2. B: *Be Faithful*, atau sikap setia yaitu mencegah penularan dengan tidak bergonta-ganti mitra seksual atau saling setia dengan pasangannya sendiri (suami/istri);
3. C: *Condom* (cegah dengan menggunakan kondom); merupakan pencegahan terhadap penularan HIV dengan menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seksual berisiko;
4. D: *Drug No* (tidak menggunakan narkoba); larangan untuk tidak menggunakan narkoba bahkan jarum suntik secara bersamaan dan bergantian, terutama pada kelompok pengguna narkoba suntik (penasun) ataupun *injecting drugs users* (IDU);
5. E: *Education* (Edukasi); yaitu memberikan pendidikan dini kepada anak-anak agar tidak terjerumus kedalam pergaulan yang salah.

Pencegahan bagi kelompok beresiko tinggi melalui pengobatan *Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)* dan *Post-exposure Prophylaxis (PEP)*. Berikut perbedaan

*Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)* dan *Post-exposure Prophylaxis (PEP)* menurut CDC (2019) dan HIV gov (2018):

Tabel 2.6 Perbedaan *Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)* dan *Post-exposure Prophylaxis (PEP)*

	<i>Pre-exposure Prophylaxis</i>	<i>Post-exposure Prophylaxis</i>
Kapan digunakan	<i>Pre-exposure Prophylaxis</i> diminum setiap hari sebelum kemungkinan terpapar	Dalam situasi darurat, <i>Post-exposure Prophylaxis</i> mulai di dalam 72 jam (3 hari) setelah kemungkinan terpapar
Untuk siapa pengobatan dilakukan	PrEP adalah untuk orang yang tidak terinfeksi HIV namun: <ol style="list-style-type: none"> <li>Memiliki pasangan seks yang positif HIV;</li> <li>Berhubungan seks dengan orang yang status HIV-nya tidak diketahui;</li> <li>Berbagi peralatan injeksi.</li> </ol>	PEP adalah untuk orang yang tidak terinfeksi HIV tetapi mungkin telah terpajan: <ol style="list-style-type: none"> <li>Saat berhubungan seks;</li> <li>Kecelakaan di tempat kerja melalui jarum suntik atau cedera lainnya;</li> <li>Berbagi peralatan injeksi</li> </ol>
Seberapa efektif pengobatan tersebut	PrEP dapat mengurangi risiko tertular HIV melalui sex lebih dari 90% dan mengurangi resiko lebih dari 70% dari penggunaan narkoba suntikan yang berbagi alat injeksi.	PEP dapat mencegah infeksi HIV bila digunakan dengan benar, tetapi itu tidak selalu efektif. Mulai menggunakan PEP sesegera mungkin setelah terpajan untuk mendapatkan keefektifan obat yang tinggi.

### 2.2.8 Strategi Pemerintah Terkait Penanggulangan HIV dan AIDS

Strategi pemerintah terkait dengan program pengendalian HIV/AIDS dan IMS (Kemenkes RI, 2016):

1. Meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini;
2. Meningkatkan cakupan pemberian retensi terapi ARV, serta perawatan kronis;
3. Memperluas akses pemeriksaan CD4 dan viral load (VL) termasuk early infant diagnosis (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHA yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV

sesegera mungkin, melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan;

4. Peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP;
5. Mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV-AIDS.

Penerapan Permenkes nomor 21 tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS ( Kemenkes RI, 2016):

1. Penerapan KTHIV di seluruh fasilitas kesehatan;
2. Tes HIV masuk dalam Standar Pelayanan Medis (SPM ) seperti tes-tes laboratorium lainnya, sesuai Permenkes nomor 37 tahun 2012 tentang “Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat” beserta lampirannya;
3. Pada daerah dengan tingkat epidemi meluas, tes HIV ditawarkan pada semua pasien yang berkunjung ke fasilitas kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan;
4. Pada daerah dengan tingkat epidemi terkonsentrasi tes HIV ditawarkan pada semua ibu hamil (secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan) , penderita TB, penderita hepatitis, penderita IMS, serta pasangan ODHA dan populasi kunci;
5. Persetujuan tes dari pasien cukup dilakukan secara lisan (tidak perlu tertulis);
6. Pasien diperkenankan menolak tes HIV. Namun jika pasien menolak, maka pasien diminta untuk menandatangani surat penolakan tes secara tertulis

## 2.3 Ibu Rumah Tangga

### 2.3.1 Definisi Ibu Rumah Tangga

Ibu rumah tangga menurut Kamus besar Bahasa Indonesia (KBBI) dapat diartikan sebagai seorang perempuan yang mengatur berbagai penyelenggaraan pekerjaan rumah tangga (dalam hal ini mereka tidak bekerja dikantor). Ibu rumah tangga adalah perempuan yang banyak menghabiskan waktunya dirumah dan menyediakan waktunya tersebut seluruhnya untuk mengasuh serta mengurus anak-anaknya menurut pola yang diberikan masyarakat umum, atau dalam bahasa lain ibu rumah tangga adalah perempuan yang lebih banyak waktunya dipergunakan untuk mengajarkan dan memelihara anak-anaknya dengan pola asuh yang baik lagi benar (Kartono dalam Junaidi, 2017).

### 2.3.2 Faktor-Faktor yang Menyebabkan Meningkatnya HIV/AIDS pada Ibu Rumah Tangga

#### 1. Umur

Menurut Marr dalam Sitepu (2018) umur merupakan salah satu *underlying determinan* terhadap terjadinya infeksi HIV. Pada beberapa penelitian menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan infeksi HIV. Salah satunya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2014) menyatakan bahwa data HIV/AIDS berdasarkan kelompok umur di kabupaten Jember di dominasi oleh mereka yang berusia produktif dan usia seksual aktif yaitu pada usia 20-49 tahun, usia produktif serta seksual aktif dapat menularkan HIV/AIDS secara lebih mudah.

## 2. Tingkat pendidikan

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Sitepu (2018) menyatakan bahwa ibu rumah tangga yang berpendidikan rendah memiliki 2,5 kali untuk menderita HIV dibandingkan mereka yang berpendidikan tinggi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Abhinaja dan Astuti (2013) yang menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin positif pula persepsi seseorang tersebut. Hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah seseorang tersebut untuk menerima, mengolah, dan menyerap informasi mengenai HIV/AIDS sehingga menambah pengetahuan serta menjadi kerangka rujukan dalam menilai masalah HIV/AIDS.

## 3. Pekerjaan suami

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sitepu (2018) menunjukkan bahwa pekerjaan suami berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian HIV pada ibu rumah tangga, ibu rumah tangga yang memiliki suami dengan pekerjaan berisiko memiliki kemungkinan 6 kali menderita HIV dibandingkan ibu rumah tangga yang memiliki suami dengan pekerjaan tidak berisiko. Dalam hal ini ibu rumah tangga atau memiliki pekerjaan selingan dan hanya tinggal di rumah untuk mengurus rumah tangga, berbeda halnya dengan para suami yang memiliki akses keuangan yang jauh lebih baik serta mobilitas yang tinggi di luar rumah. Hal ini menyebabkan para suami ini sangat berisiko untuk melakukan hubungan seksual multipartner dengan alasan mencari hiburan. Dengan demikian akan tampak ibu rumah tangga dengan pekerjaan yang tidak ada

hubungan dengan risiko penularan infeksi HIV, justru memiliki risiko besar terinfeksi HIV yang diduga berasal dari suami mereka (Duflo dkk., 2014).

#### 4. Penggunaan narkoba

Pengguna narkoba melalui jarum suntik berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian HIV pada ibu rumah tangga, ibu rumah tangga yang menggunakan narkoba jarum suntik memiliki 3 kali kemungkinan menderita HIV dibandingkan ibu rumah tangga yang tidak menggunakan narkoba (Sitepu, 2018). Tidak hanya penggunaan narkoba suntik yang dapat meningkatkan risiko infeksi HIV, dalam penelitian yang dilakukan oleh Faridho (2012) menyatakan bahwa pengguna narkoba non suntik juga dapat meningkatkan risiko infeksi HIV, dengan terganggunya penilaian mereka terhadap kepuasan yang mereka pilih penggunaan narkoba non suntik seperti sabu memiliki efek yang dapat menstimulus libido sehingga membuat seseorang mengalami hilang kesadaran yang pada akhirnya akan membuat seseorang gampang melakukan hubungan seks tanpa menggunakan kondom, terutama tidak menggunakan kondom saat berhubungan seksual serta berganti-ganti pasangan sehingga menjadi perilaku seksual yang berisiko.

#### 5. Riwayat penyakit menular seksual pada suami

Ibu rumah tangga yang memiliki suami dengan riwayat PMS 3,5 kali kemungkinan untuk menderita HIV dibandingkan ibu rumah tangga yang memiliki suami dengan tidak ada riwayat PMS. Hal ini berarti variabel riwayat penyakit menular seksual suami dapat berpengaruh secara signifikan terhadap

terjadinya HIV pada ibu rumah tangga (Sitepu, 2018). Hal ini dikarenakan secara biologis perempuan lebih rentan terinfeksi HIV yang disebabkan jumlah virus di dalam air mani lebih banyak dibandingkan jumlah virus di dalam cairan vagina. Dengan demikian jika perempuan melakukan hubungan seks dengan laki-laki yang mengidap HIV kemungkinan perempuan terinfeksi HIV dua sampai empat kali lebih besar, bahkan kemungkinan terinfeksi akan lebih besar lagi jika adanya IMS yang tidak terobati pada suami (Pratiwi, 2015)

Systemic overview yang dilakukan oleh Chen dkk., (2007) dari 68 studi epidemiologi tentang faktor-faktor risiko seksual terhadap infeksi HIV di Sub-Sahara Afrika menunjukkan bahwa, perempuan dengan riwayat IMS non herpes genitalis berisiko 2,4 kali untuk tertular HIV, sedangkan mereka dengan herpes genital memiliki 4,6 kali berisiko, pada kelompok laki-laki dengan riwayat IMS non herpes genital berisiko 3,05 kali, sedangkan laki-laki dengan riwayat herpes memiliki risiko 7 kali untuk tertular HIV.

#### 6. Pasangan memiliki pasangan seks lain

Suami memiliki pasangan seks lain secara signifikan berpengaruh terhadap kejadian HIV pada ibu rumah tangga, bahwa ibu rumah tangga yang memiliki suami mempunyai pasangan seks lain memiliki kemungkinan 6,8 kali untuk menderita HIV dibandingkan ibu rumah tangga yang memiliki suami yang tidak mempunyai pasangan seks lain selain istri (Sitepu, 2018). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Msuya dkk., (2006) di Tanzania, bahwa mereka yang memiliki pasangan seks lain berisiko 15 kali

untuk terinfeksi HIV dibandingkan dengan mereka yang pasangannya memang tidak memiliki pasangan seks lain.

## 2.4 Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS

### Positif

*Health literacy* adalah fenomena kompleks yang melibatkan akses ke penggunaan informasi kesehatan yang terampil untuk menginformasikan dan meningkatkan pengambilan keputusan, perilaku, dan hasil kesehatan. *Health literacy* terkait erat dengan status sosial ekonomi dan pendidikan, sehingga risiko *health literacy* yang rendah meningkat di antara kelompok yang paling rentan. HIV/AIDS secara tidak proporsional berdampak pada kelompok-kelompok beresiko tinggi ini (misalnya orang miskin dan anggota ras dan etnis minoritas) menjadikan tingkat *health literacy* yang rendah sebagai faktor yang mempersulit perawatan kesehatan mereka (Zukoski dkk., 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Mooss dkk., (2013) di Miami menunjukkan bahwa dari 694 partisipan, 42% partisipannya memiliki tingkat *health literacy* di bawah menengah, lebih dari sepertiga klien tidak dapat memberikan jumlah CD4 atau viral load mereka, dan sepertiga juga memiliki keyakinan yang salah tentang bagaimana virus ditularkan. Hasil penelitian yang sama juga didapatkan dari penelitian Ciampa dkk., (2012) di Mozambique bahwa disana terdapat keterampilan *health literacy* yang buruk terkait pengetahuan mengenai HIV pada wanita yang terkena HIV/AIDS.

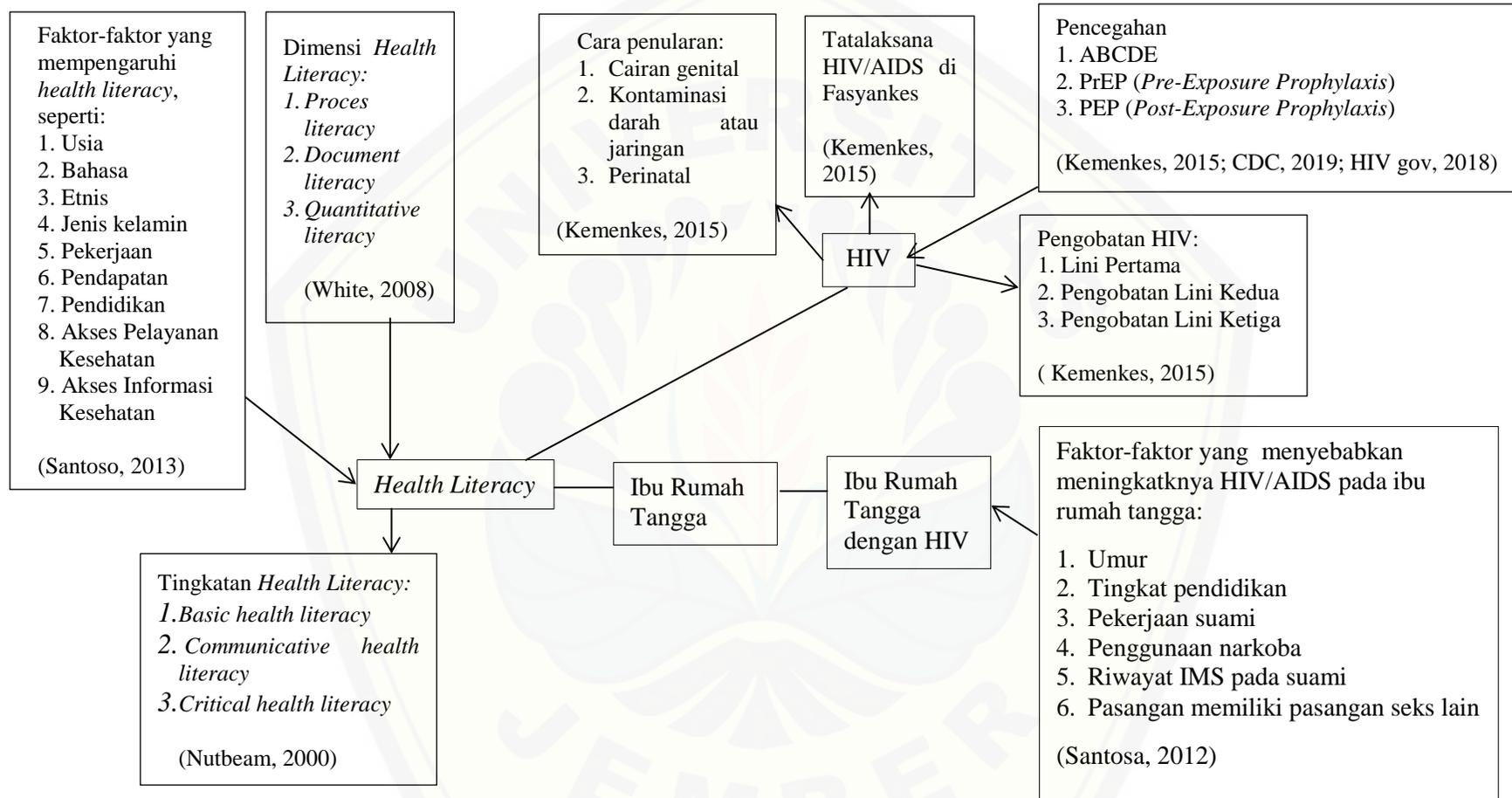
Penelitian yang dilakukan oleh Thompson dkk., (2015) yang berjudul “*The health literacy needs of women living with HIV/AIDS*” menggambarkan bahwa disana terdapat beberapa kebutuhan *health literacy* bagi perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS, diantaranya yakni patofisiologi dan penyakit perkembangan HIV / AIDS, mode penularan HIV dan pencegahan penularan HIV, perawatan diri dan penggunaan ARV yang efektif serta beberapa dari sub tema keterampilan psikososial yakni pengetahuan terkait penerimaan terhadap status hiv dan bagaimana mereka harus tetap bertahan dalam kondisi tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Zukoski dkk., (2011) menggambarkan bagaimana Orang dengan HIV mencari informasi. Mereka mengatakan menggunakan banyak sumber informasi, namun mayoritas mengidentifikasi empat sumber utama. Pertama, sekitar dua pertiga peserta melaporkan dokter mereka sebagai sumber utama informasi mereka tentang aspek medis perawatan mereka. Sumber utama informasi kedua adalah Internet. Yang ketiga yakni satu orang dari komunitas yang menghubungi mereka secara individu, yang memberi mereka buletin, majalah, dan informasi lainnya tentang perawatan HIV. Keempat, Peserta juga menjadikan petugas kesehatan dari departemen kesehatan mereka sebagai sumber informasi penting dan mudah dihubungi. Namun terdapat hambatan yang sering dijumpai yang menyebabkan *health literacy* mereka buruk diantaranya yakni stigma, ketakutan, rasa malu, kesia-siaan, dan frustrasi.

Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebenarnya *health literacy* merupakan hal yang sangat penting dalam kaitannya dengan perawatan kesehatan mereka, *health literacy* yang diperlukan oleh mereka cukup luas dan beragam,

namun stigma, ketakutan, rasa malu, kesia-siaan, dan frustrasi masih menjadi hambatan yang akhirnya menyebabkan *health literacy* mereka buruk.

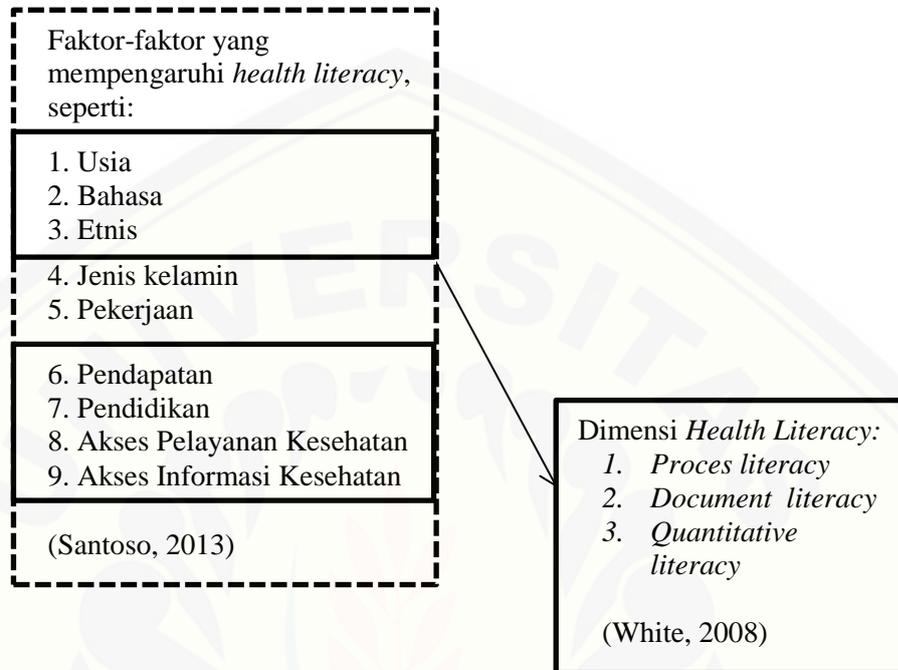


2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

**BAB 3. KERANGKA KONSEP**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan:



: Diteliti



: Berpengaruh



: Tidak Diteliti

## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang terdiri dari beberapa komponen yang telah menyatu satu sama lain untuk memperoleh data atau fakta guna menjawab pertanyaan penelitian (Lapau, 2013). Peneliti menggunakan desain penelitian deskriptif kuantitatif. Penelitian ini mendeskripsikan serta menggambarkan suatu fenomena yang ada pada suatu tempat untuk menguji teori-teori yang telah ada (Lapau, 2013). Metode penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember.

Subjek dalam penelitian diobservasi menggunakan pemberian kuesioner guna dilakukan pengukuran terkait karakter serta variabel yang diteliti. Peneliti melakukan pengukuran dan analisa variabel sehingga dapat menggambarkan *health literacy* yang dinilai hanya satu kali yaitu pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember.

## 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS yang berada di Kabupaten Jember selama periode penelitian.

### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi penelitian (Notoatmodjo, 2012). Penentuan jumlah sampel pada penelitian ini berdasarkan teori Fraenkel dkk. (1932) yang menyarankan bahwa besar sampel minimum untuk penelitian deskriptif sebanyak 100 sampel. Sehingga peneliti menetapkan jumlah sampel minimal sebanyak 100 sampel dalam penelitian ini.

### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*. Teknik *consecutive sampling* merupakan pengambilan sampel dengan menetapkan subjek penelitian yang memenuhi kriteria penelitian dalam kurun waktu tertentu sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2015). Kurun waktu yang digunakan oleh peneliti untuk melakukan pengambilan sampel yaitu selama satu bulan.

#### 4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

Kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan yang akan diteliti. Berbagai pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi pada penelitian ini:

1. Ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS;
2. Dapat membaca dan mengisi kuesioner sendiri;
3. Sedang menggunakan terapi ARV (Rivero mendez dkk., 2015).

#### 4.3 Lokasi Penelitian

Tempat pengambilan data dilakukan di Kabupaten Jember.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang digunakan peneliti dalam pengambilan sampel ditetapkan selama satu bulan yakni bulan April sampai dengan Mei. Namun pada pelaksanaannya mengalami hambatan sehingga pengambilan data penelitian dilakukan sampai dengan Juni 2019. Hambatan tersebut dikarenakan letak dari satu responden ke responden yang lainnya cukup jauh dan tidak semua responden yang dituju selalu berada ditempat.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati atau diukur itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau memungkinkan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2015). Peneliti menggunakan satu variabel yaitu *health literacy*. Berikut ini adalah penjelasan definisi operasional penelitian yang dapat dilihat dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Faktor-faktor mempengaruhi health literacy:	yang health	faktor sosio demografi yang dapat mempengaruhi health literacy			
1.Usia		Tingkat usia pasien $\geq$ 17 tahun.		Rasio	
2.Bahasa		Bahasa utama yang sering digunakan oleh responden menurut pengakuan responden.		Nominal	
3.Suku		Budaya yang dimiliki responden.		Nominal	
4.Pendidikan		Tingkat pendidikan yang telah ditempuh oleh responden.		Ordinal	
5.Pendapatan		Upah kerja/ uang saku yang didapatkan setiap bulan		Nominal	
6.Mulai ARV		Lama responden dalam mengonsumsi ARV		Nominal	
7.Kepatuhan ARV		Mengikuti aturan pengobatan ARV dengan		Nominal	

		benar			
8. Akses Kesehatan	Informasi	Akses informasi kesehatan yang didapatkan responden.			Nominal
9. Akses ke Pelayanan Kesehatan	Fasilitas	Akses responden menuju pelayanan kesehatan	Skor minimal 0 dan skor maksimal 5		Ordinal Skor < mean menunjukkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan sulit, skor > mean menunjukkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan mudah
<i>Health literacy</i> ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS		Berbagai keterampilan, dan kompetensi yang dikembangkan ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS untuk mencari, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi serta konsep kesehatan HIV/AIDS untuk membuat pilihan berdasarkan informasi, mengurangi risiko kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup	Sub skala <i>health literacy</i> : a. <i>Proses Literacy</i> b. <i>Document Literacy</i> c. <i>Quantitative Literacy</i>	HIV <i>Health Literacy Test-10</i>  (Gaveta dkk., 2016)	Interval Nilai minimal dalam kuesioner ini yakni 0 sedangkan nilai maksimalnya yakni 10.

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer yaitu data asli atau data baru yang didapatkan oleh peneliti melalui wawancara atau pengisian kuesioner (Notoatmodjo, 2012). Data primer yang digunakan peneliti yaitu data yang diperoleh dari responden secara langsung.

#### b. Data Sekunder

Peneliti menggunakan data sekunder meliputi data jumlah ibu rumah tangga di Kabupaten Jember melalui data laporan triwulan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

- 1) Peneliti mengidentifikasi calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi di wilayah Kabupaten Jember;
- 2) Peneliti menjelaskan kepada responden tentang maksud, tujuan penelitian, dan prosedur pengisian kuesioner;
- 3) Peneliti memberikan lembar *informed* dan lembar *consent* serta membacakannya, peneliti juga menjelaskan jika responden bersedia untuk menjadi subjek peneliti maka responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* dengan jaminan kerahasiaan atas jawaban yang mereka berikan;

- 4) Peneliti memberikan instrumen A yang berisi tentang informasi pribadi dan instrumen B yang berisi tentang *health literacy* responden. Peneliti memfasilitasi responden untuk bertanya ketika responden merasa kesulitan dalam mengisi kuesioner;
- 5) Peneliti mengumpulkan kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden serta memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner untuk dilakukan pengolahan data dan analisis data;
- 6) Peneliti melakukan terminasi kepada responden.
- 7) Peneliti juga menggunakan asisten penelitian dalam mengumpulkan data, sebanyak 30 data responden diperoleh melalui asisten peneliti, dalam hal ini asisten peneliti telah *capable* dalam pengumpulan data dan mempunyai komitmen yang tinggi dalam pengambilan data untuk penelitian ini serta tidak ada subyektifitas dalam pelaksanaannya. Sampel benar-benar dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu menggunakan lembar kuesioner. Menurut Nursalam (2015) kuesioner adalah daftar pertanyaan yang telah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden tinggal memberikan jawaban atau memberikan tanda-tanda tertentu. Pentingnya kuesioner adalah untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan penelitian tersebut karena kuesioner merupakan penjabaran dari variabel-variabel yang terlibat dalam tujuan penelitian itu sendiri. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan dua kuesioner, yaitu:

### 1. Kuesioner data demografi

Instrumen yang diberikan yaitu kuesioner karakteristik demografi responden HIV yang disusun sendiri oleh peneliti. Tujuan dari kuesioner ini adalah untuk menemukan gambaran karakter responden HIV. Kuesioner ini berisi informasi pribadi, informasi *health literacy*, dan informasi HIV. Adapun informasi tersebut meliputi; umur, pendidikan terakhir, pendapatan, etnis, bahasa, kapan mulai ARV, kepatuhan ARV, akses informasi kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan. Pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner ini berbentuk pilihan.

Keterjangkauan akses pelayanan kesehatan pada penelitian ini dinilai dari keterjangkauan jarak ke klinik, sarana dan biaya transportasi untuk mencapai ke klinik, biaya pengobatan di klinik, serta ketersediaan petugas kesehatan. Responden diminta memberikan respon tertutup berupaya atau tidak atas pertanyaan-pertanyaan mengenai akses pelayanan kesehatan yang telah disediakan. Kuesioner keterjangkauan akses pelayanan kesehatan merupakan kuesioner yang peneliti adopsi dari kuesioner keterjangkauan akses pelayanan kesehatan dari penelitian yang dilakukan oleh Karina Samaria Santosa pada penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta” pada tahun 2012.

## 2. Kuesioner HIVLT-10

Instrumen yang digunakan untuk mengukur *health literacy* dalam penelitian ini yaitu kuesioner HIVLT-10 yang berisi beberapa item pertanyaan sesuai indikator yang ditentukan. Kuesioner HIV *health literacy* test (HIVLT-10) yang terdiri dari 10 item pertanyaan ini merupakan kuesioner yang peneliti adopsi dari kuesioner HIVLT-10 versi bahasa Inggris dalam penelitian Jose A. Tique, Leigh M. Howard, Sandra Gaveta, Mohsin Sidat, Russell L. Rothman, Sten H. Vermund, dan Philip J. Ciampa. HIVLT-10 sendiri mengukur *health literacy* seseorang berdasarkan dimensi dari health literacy yaitu pemakaian kata (*proses literacy*), teks (*documents literacy*), dan angka (*numeracy*). Kuesioner HIV *Health Literacy Test* 10 ini menggunakan skala *interval* dengan 0-1 dalam setiap item pertanyaan. Salah/tidak menjawab diberi skor 0 dan jawaban benar diberi nilai 1. Nilai minimal dalam kuesioner ini yakni 0 sedangkan nilai maksimalnya yakni 10. Kuesioner HIVLT-10 ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelumnya di Mozambik namun masih menggunakan bahasa Inggris, oleh karena itu peneliti akan melakukan uji CVI terhadap kuesioner ini karena kuesioner ini diubah dengan menggunakan bahasa Indonesia.

### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur. Sedangkan reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal tersebut berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran

tersebut tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012).

Peneliti menggunakan kuesioner HIV-LT (*HIV literacy test*) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya di Mozambik. Uji validitas dalam kuesioner ini menggunakan validitas construct yang disesuaikan dengan 16 item pertanyaan di kuesioner sebelumnya, dimana didapatkan hasil yang sangat kuat dengan nilai ( $p = 0.96$ ,  $P = 0.0001$ ). Uji reliabilitas dalam kuesioner ini menggunakan rumus KR-20 (Kudder Richardson 20), kuesioner dikatakan reliabel tinggi ketika nilai KR 20 = 0,600-0,800; dan dikatakan sangat tinggi ketika nilai KR 20 = 0,800-1,000 (Amru, 2014). Nilai uji reliabilitas dalam kuesioner ini didapatkan hasil KR 20 = 0,87, dengan demikian dapat dikatakan bahwa kuesioner ini mempunyai nilai reliabilitas sangat tinggi.

#### **4.7 Pengolahan Data**

Pengolahan data adalah proses manipulasi data yang telah didapat dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menjadi suatu informasi yang dibutuhkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012). setelah instrumen terkumpul maka dilakukan beberapa tahapan yang meliputi *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning*.

##### **4.7.1 Editing**

*Editing* adalah kegiatan untuk melakukan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner (Notoatmodjo, 2012). Pada proses ini, peneliti memeriksa

kembali kelengkapan setiap jawaban, keterbacaan tulisan, dan hasil pemeriksaan data dari kuesioner.

#### 4.7.2 Coding

*Coding* merupakan kegiatan untuk merubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2012). Pemberian kode pada penelitian ini meliputi:

1. Kode bahasa
  - a. Bahasa Indonesia diberi kode 1
  - b. Bahasa Jawa diberi kode 2
  - c. Bahasa Madura diberi kode 3
  - d. Bahasa lainnya diberi kode 4
2. Kode Suku
  - a. Jawa diberi kode 1
  - b. Madura diberi kode 2
  - c. Lainnya diberi kode 3
3. Kode Pendidikan
  - a. Tidak sekolah diberi kode 1
  - b. Tidak tamat SD diberi kode 2
  - c. SD diberi kode 3
  - d. SMP diberi kode 4
  - e. SMA diberi kode 5
  - f. Perguruan Tinggi diberi kode 6.
4. Pendapatan

- a.  $\leq$  Upah Minimum Kabupaten ( $\leq$  Rp.2.170.000) diberi kode 1
- b.  $>$  Upah Minimum Kabupaten ( $>$  Rp. 2.170.000) diberi kode 2
- a. Mulai ARV
  - c.  $\leq 6$  bulan diberi kode 1
  - d. 7-12 bulan diberi kode 2
  - e. 13-18 bulan diberi kode 3
  - f. 19-24 bulan diberi kode 4
  - g. 24-30 bulan diberi kode 5
  - h.  $> 30$  bulan diberi kode 6
  - i. Lupa diberi kode 7
- b. Kepatuhan ARV
  - a. Dalam satu bulan ada hari yang terlewat ARV diberi kode 7a
  - b. Dalam satu bulan tidak ada hari yang terlewat ARV diberi kode 7b
  - c. Responden menyatakan lupa diberi kode 7c
- c. Akses informasi kesehatan
  - a. Tenaga kesehatan diberi kode 8a
  - b. Televisi diberi kode 8b
  - c. LSM/PDP diberi kode 8c
  - d. Koran/ Majalah cetak diberi kode 8d
  - e. Internet diberi kode 8e
  - f. Lainnya diberi kode 8f
- d. Akses ke pelayanan kesehatan
  - a. Jarak fasilitas kesehatan jauh diberi kode 9a

- b. Sarana transportasi sulit diberi kode 9b
- c. Biaya transportasi mahal diberi kode 9c
- d. Biaya pengobatan mahal diberi kode 9d
- e. Petugas kesehatan selalu ditempat diberi kode 9e

#### 4.7.3 Entry

*Entry* merupakan kegiatan guna memasukkan data kedalam program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2012). Seluruh karakteristik responden dan jawaban dari kuesioner HIV-LT dimasukkan dalam variable sheet sesuai dengan pemberian kode pada tahap sebelumnya kedalam software komputer. Penelitian ini menggunakan program komputer melalui uji statistik dalam memasukkan data dan melakukan analisis data sejumlah 100 data. Proses analisis data diawali dengan *analyze, descriptive statistic, dan frequencies* lalu memilih variabel yang digunakan secara bergantian.

#### 4.8 Analisa Data

Analisa univariat dilakukan untuk melihat gambaran data secara deskriptif. Data yang digunakan merupakan data kategorik dan numerik. Data kategorik, yang dilihat adalah frekuensi dan persentase atau proporsi dari variabel. Data numerik, yang dilihat adalah nilai rata-rata, *median, standar deviasi*, dan nilai *maksimal-minimal* dari masing-masing variabel (Hartono, 2007; Dahlan, 2009 dalam Santosa, 2012). Deskripsi variabel kategorik frekuensi dan persentase atau proporsi dari variabel digunakan pada variabel karakteristik responden yaitu

pendidikan, pendapatan, Suku, bahasa, kepatuhan ARV, akses informasi kesehatan. Penyajian data pendidikan, pendapatan, etnis, bahasa, kepatuhan ARV, dan akses informasi kesehatan dalam bentuk frekuensi dan presentase, sedangkan umur disajikan dalam *mean*, *standar deviasi* dan *minimal-maksimal*. Pada variabel akses ke pelayanan kesehatan dan *health literacy*, penyajian data dalam bentuk *mean*, *standar deviasi* dan *minimal-maksimal* serta frekuensi dan presentase skor disetiap item pertanyaannya.

#### **4.9 Etika Penelitian**

Peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian, hal tersebut dilakukan agar tidak melanggar hak-hak atau otonomi seseorang yang kebetulan sebagai klien (Nursalam, 2015). Peneliti telah melakukan uji etik di Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Jember dengan nomor sertifikat 399/UN25.8/KEPK/DL/2019. Prinsip-prinsip etis dalam penelitian ditunjukkan melalui etika penelitian yang di terapkan pada kegiatan penelitian mulai dari proposal penelitian hingga publikasi hasil penelitian. Sikap ilmiah harus ditunjukkan oleh peneliti yang berpegang teguh pada etika penelitian, meskipun penelitian yang dilakukan tidak merugikan atau menimbulkan bahaya bagi subyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012)

##### **4.9.1 Asas kerahasiaan (*confidentially*)**

Responden pada penelitian memiliki hak untuk merahasiakan data yang diberikan, sehingga nama responden menggunakan inisial (*anonymity*) dan rahasia

(*confidentially*) (Nursalam, 2015). Peneliti menjaga kerahasiaan informasi responden selama proses penelitian sampai selesai. Peneliti juga menjamin bahwa tidak akan menyebarkan informasi yang didapatkan dari responden kepada orang lain dan tidak digunakan untuk hal-hal yang dapat merugikan responden terkecuali untuk pengembangan ilmu. Peneliti merahasiakan identitas responden menggunakan kode responden.

#### 4.9.2 Asas keadilan (*justice*)

Keadilan menuntut perlakuan yang adil terhadap orang lain. Keadilan dalam penelitian memiliki arti bahwa harus terjadi pemerataan manfaat penelitian, semua responden memiliki hak yang sama dalam penelitian baik hak yang sama sebagai sampel maupun hak mendapatkan manfaat dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012). Peneliti memperlakukan semua responden sama dan tidak memandang siapa, seperti apa dan bagaimana responden. Berperilaku sopan, menghormati setiap keputusan responden dan memberi penjelasan atau informasi yang sama.

#### 4.9.3 Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Peneliti harus mengetahui manfaat dan resiko yang dapat muncul dari penelitian yang dilakukan. Penelitian dapat dilakukan apabila manfaat lebih 40 besar dari dampak negatif yang ditimbulkan. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur yang dianjurkan agar tidak membahayakan responden dan mendapatkan manfaat semaksimal mungkin (Notoatmodjo, 2012). Peneliti telah menjelaskan mengenai manfaat yang didapat dari penelitian, hasil dari penelitian ini dapat digunakan responden untuk mengetahui tingkat *health literacy* dan faktor-faktor yang kemungkinan dapat mempengaruhi.

#### 4.9.4 Asas otonomi (*autonomy*)

Etika keperawatan mengacu pada asas menghormati otonomi pasien. Hak dan kebebasan pasien sangat dijunjung tinggi dalam dunia keperawatan. Misalnya, hak untuk mengetahui keputusan yang akan dihadapi jika mendapatkan pelayanan keperawatan. Hak untuk mendapatkan informasi tersebut adalah otonomi pasien yang harus dijunjung tinggi oleh seorang perawat, dan institusi yang menaunginya. Pelaksanaan asuhan keperawatan seorang perawat tidak boleh melanggar hak pasien. Asas ini sangat diperlukan dalam tindakan adanya *informed consent*. Sehingga pasien dengan mandiri dapat menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk dirinya. Keputusan yang diambil oleh pasien mengenai tindakan keperawatan pada dirinya tidak boleh diikut campuri oleh pihak manapun, baik itu dari petugas kesehatan.

## BAB 6. PENUTUP

Bab ini menjelaskan tentang simpulan dan saran mengenai gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember. Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian maka dapat ditarik simpulan dan saran penelitian yang telah dilakukan sebagai berikut.

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember, dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember tergolong variatif. Dimana Suku paling banyak adalah suku Jawa dengan usia rata-rata produktif dan bahasa yang sering digunakan bahasa Jawa. Responden yang terbanyak memiliki pendapatan perbulan kurang atau sama dengan upah minimum kabupaten dengan pendidikan terakhir SMP. Responden terbanyak lama mulai pengobatan selama 15-30 bulan dengan hampir dari separuhnya memiliki kepatuhan terhadap pengobatan ARV. Media informasi yang sering digunakan oleh responden untuk mencari tahu mengenai kesehatan dan penyakitnya adalah petugas kesehatan, lebih dari separuh responden menyatakan bahwa akses ke fasilitas pelayanan kesehatan mereka cukup mudah.

- b. Lebih dari separuh (55%) ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember memiliki *health literacy* yang baik.

## 6.2 Saran

Penelitian ini memiliki beberapa saran yang dapat diberikan, guna pengembangan penelitian selanjutnya, antara lain:

a. Bagi instansi pelayanan kesehatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai evaluasi khususnya bagi penyedia fasilitas kesehatan dalam meningkatkan promosi kesehatan/penyuluhan terkait informasi yang diperlukan masyarakat khususnya terkait dengan HIV/AIDS.

b. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran mengenai *health literacy* pasien HIV/AIDS sehingga perawat perlu melakukan pendidikan kesehatan atau penyuluhan mengenai pengobatan pada pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian juga dapat dijadikan gambaran bahwasanya media dalam bentuk gambar efektif dilakukan sebagai media penyampaian promosi kesehatan.

c. Bagi Instansi pendidikan:

- 1) Melakukan sosialisasi mengenai pentingnya pemberian materi *health literacy* dalam bidang keperawatan dalam pendidikan keperawatan mungkin bisa dimasukkan dalam mata kuliah promosi kesehatan dan keperawatan HIV/AIDS.

- 2) Melakukan kerjasama dengan puskesmas, perawat komunitas, perawat klinik untuk meningkatkan peran dan fungsi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan salah satunya dengan memberikan pendidikan kesehatan khususnya terkait dengan HIV/AIDS.

d. Bagi penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi peneliti untuk mengembangkan penelitian terkait hubungan atau pengaruh karakteristik responden terhadap *health literacy* pada Orang dengan HIV/AIDS. Selain itu, saran untuk penelitian selanjutnya mengenai media yang paling efektif yang dapat mempengaruhi *health literacy*.

e. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini disarankan kepada para seluruh lapisan masyarakat untuk lebih peduli dan sadar akan kondisi keihatannya dengan memperbanyak bacaan informasi kesehatan, literatur kesehatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abhinaja, I. G. W. dan P. A. S. Astuti. 2013. Pengetahuan, sikap ibu rumah tangga mengenai infeksi menular seksual termasuk hiv/aids serta perilaku pencegahannya di kelurahan sanur, kecamatan denpasar selatan, kota denpasar tahun 2013. *Community Health*. I(3):218–228.
- American college of physicians. 2010. RACIAL and ethnic disparities in health care , updated 2010. *American College of Physicians*
- Amru, A. 2014. *Penerapan Metode Kuder-Richardson (k-r 20) Dan Naive Bayes Classifier Dalam Analisis Butir Soal Hasil Ujian Tengah Semester*. Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim.
- Arif, A., Y. Ariyanto, dan A. Ramani. 2015. *Pemetaan faktor risiko kejadian hiv dan aids di kabupaten jember tahun 2015 hiv and aids risk factors mapping in kabupaten jember on 2015*. Universitas Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat
- Astuti, H., F. 2018. Penggunaan poster sebagai media komunikasi kesehatan. *Komunikologi*. 15(1)
- Bains, S. S. dan L. E. Egede. 2011. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 11(1):138.
- Brach, C. dan B. Dreyer. 2012. Attributes of a health literate organization. institute of medicine of a health literate organization. *Institute of Medicine*

- Buvini, M., A. Medici, E. Fernández, dan A. C. Torres. 2009. Chapter 10. gender differentials in health. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*. 195–210.
- CDC. 2019. *Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)*.  
<https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>
- Chen, L., P. Jha, B. Stirling, S. K. Sgaier, T. Daid, R. Kaul, dan N. Nagelkerke. 2007. Sexual risk factors for hiv infection in early and advanced hiv epidemics in sub-saharan africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. *PLoS ONE*. 2(10)
- Ciampa, P. J., L. M. E. Vaz, M. Blevins, M. Sidat, R. L. Rothman, S. H. Vermund, dan A. E. Vergara. 2012. The association among literacy, numeracy, hiv knowledge and health-seeking behavior: a population-based survey of women in rural mozambique. *PLoS ONE*. 7(6):1–8.
- Council, C., T. S. Murray, J. Hagey, D. Willms, R. Shillington, dan R. Desjardins. 2008. *Health Literacy in Canada*. Canada.
- Cunha, G. H. da, M. T. G. Galvão, P. N. da C. Pinheiro, dan N. F. C. Vieira. 2017. Health literacy for people living with hiv/aids: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(1):180–188.
- Dalimonthe, L. 2011. Perempuan dalam cengkeraman hiv/aids: kajian sosiologis feminis perempuan ibu rumah tangga. *Komunitas*. 5 (1):41-4
- DeWalt, D. dan M. Pignone. 2018. Identifying Low Health Literacy.  
<http://hsl.lib.unc.edu/wp-content/uploads/2018/08/Literacy-Measurement.pdf>
- Dewi, R. 2014. Implikasi mobilitas penduduk dan gaya hidup seksual terhadap

penularan hiv aids. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 9(2):183–190.

Duflo, E., P. Dupas, M. Kremer, A. Al-Sabah, J. Guo, R. Meager, S. Saavedra, Z. Wang, J. Leino, J. Morgan, O. Ozier, I. Tomb, P. Wang, W. Friedman, A. Singh, J. Koola, J. Leight, B. Michel, S. Hernandez, dan T. Ginn. 2014. Education, hiv, and early fertility: experimental evidence from kenya \*. 02142

Duong dan T. Van. 2017. A new comprehensive short-form health literacy survey tool for patients in general. *Asian Nursing Research*

Faridho, fikrifar rizky. 2012. *Prevalensi Hiv / Aids Pada Pecandu Napza Di Rsko Jakarta Tahun 2010-2011*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Fraenkel, J. R., N. E. Wallen, dan H. H. Hyun. 1932. *How to Design and Evaluate Research in Education*. Connect Learn Succeed.

Fransen, M. P., T. M. Van Schaik, T. B. Twickler, dan M. L. Essink-Bot. 2011. Applicability of internationally available health literacy measures in the netherlands. *Journal of Health Communication*. 16(SUPPL. 3):134–149.

Gaveta, S., M. Sidat, R. L. Rothman, L. M. Howard, S. H. Vermund, P. J. Ciampa, dan J. A. Tique. 2016. Measuring health literacy among adults with hiv infection in mozambique: development and validation of the hiv literacy test. *AIDS and Behavior*. 21(3):822–832.

Haun, J. 2012. *How Do We Measure Health Literacy?* <http://hsl.lib.unc.edu/wp-content/uploads/2018/08/Literacy-Measurement.pdf>

Hidayati, A. N., A. N. Rosyid, cahyo W. Nugroho, T. P. Asmarawati, A. O. Ardiansyah, A. Bakhtiar, M. Amin, dan Nasronudin. 2019. *Manajemen HIV/AIDS: Terkini, Komprehensif Dan Multidisiplin*. Surabaya: Airlangga

University Press.

HIV gov. 2018. *Post-Exposure Prophylaxis*. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/using-hiv-medication-to-reduce-risk/post-exposure-prophylaxis>

Jovic-Vranes, A., V. Bjegovic-Mikanovic, dan J. Marinkovic. 2009. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the belgrade pilot study. *Journal of Public Health*. 31(4):490–495.

Junaidi, H. 2017. Ibu rumah tangga : streotype perempuan pengangguran. *An Nisa'a : Kajian Gender Dan Anak*. 12(01):77–88.

Kalichman, S. C. dan T. Grebler. 2010. Stress and poverty predictors of treatment adherence among people with low-literacy living with hiv/aids. *Psychosomatic Medicine*. 72(8):810–816.

Kemendes RI, 2014. 2015. Peraturan menteri kesehatan ri no 87 tahun 2014 tentang pedoman pengobatan antiretroviral. *Kementrian Kesehatan RI*. 1–122.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Program pengendalian hiv aids dan pims. *Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV AIDS Dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*

Kementrian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV Dan Sifilis Dari Ibu Ke Anak Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta

Kementrian Kesehatan RI, D. P. 2014. *InfoDATIN Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI: Situasi Dan Analisis HIV/AIDS*. Jakarta

Kementrian Kesehatan RI, D. P. 2018. *Laporan HIV AIDS TW 4 Tahun 2017 1*. Pdf. 2018.

- Kickbusch, I. 2008. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*
- Kowala-Piaskowska, A., A. Mania, G. Barańkiewicz, J. Zeromski, dan I. Mozer-Lisewska. 2010. Woman living with hiv/aids and her child - epidemiological data. *HIV and AIDS Review*. 9(3):72–78.
- Lapau, B. 2013. *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, Dan Desertasi*. Edisi kedua. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Mooss, A., P. Brock-Getz, R. Ladner, dan T. Fiaño. 2013. The relationship between health literacy, knowledge of health status, and beliefs about hiv/aids transmission among ryan white clients in miami. *Health Education Journal*. 72(3):292–299.
- Msuya, S. E., E. Mbizvo, A. Hussain, J. Uriyo, N. E. Sam, dan B. Stray-Pedersen. 2006. HIV among pregnant women in moshi tanzania: the role of sexual behavior, male partner characteristics and sexually transmitted infections. *AIDS Research and Therapy*. 3(1):1–10.
- NANDA. 2018. *Nursing Diagnoses: Definition and Classification 2018-2020*. Edisi eleventh. New York.
- Ng, E. dan D. W. R. Omariba. 2010. Health literacy and immigrants in canada: determinants and effects on health outcomes. (March):76.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi revisi cet. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjanah, S. Soenaryati, dan E. Rachmani. 2016. Health literacy pada mahasiswa kesehatan, sebuah indikator kompetensi kesehatan yang penting. *VisiKes*

*Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 15(2):135–142.

Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4.

Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*

Osborne, R. H., R. W. Batterham, G. R. Elsworth, M. Hawkins, dan R. Buchbinder. 2013. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (hlq). *BMC Public Health*

Ozdemir, H., Z. Alper, Y. Uncu, dan N. Bilgel. 2010. Health literacy among adults: a study from turkey. *Health Education Research*. 25(3):464–477.

Pandaraga, U. A. C. D. 2013. Keefektifan penggunaan media gambar pada pembelajaran keterampilan menulis bahasa

Pratiwi, D. widya kangkin. 2015. Pencegahan penularan hiv perempuan pasangan pengguna narkoba suntik di kota semarang. *Jurnal Permata Indonesia*. 6:9–20.

Priharwanti, A. dan B. B. Raharjo. 2017. Problems focused coping penderita hiv positif abstrak. 2(2):131–139.

Rahmah, M. N. 2017. Hubungan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dengan sikap tentang pencegahan hiv/aids di rw 15 kelurahan umbulmartani ngemplak sleman yogyakarta. 1–8.

Rivero mendez, M., E. L. Suarez Perez, dan S. S. Solias Baez. 2015. Measuring

health literacy among people living with hiv who attend a community-based ambulatory clinic in puerto rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*. 34(1):31–37.

Santosa, K. S. 2012. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien di klinik dokter keluarga fakultas kedokteran universitas indonesia kiara, DKI Jakarta. Universitas Indonesia: Fakultas Kesehatan Masyarakat

Schillinger, D., K. Grumbach, J. Piette, F. Wang, D. Osmond, C. Daher, J. Palacios, G. D. Sullivan, dan A. B. Bindman. 2002. With diabetes outcomes. *Jama*. 288(4):475–482.

Shah, L. C., P. West, K. Bremmeyr, dan R. T. Savoy-Moore. 2010. Health literacy instrument in family medicine: the “newest vital sign” ease of use and correlates. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 23(2):195–203.

Sitepu, A. B. 2018. *Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Infeksi Hiv Pada Ibu Rumah Tangga Di Rsup H . Adam Malik Medan*. Universitas Sumatera Utara: Master In Public Health Science Study Program Faculty

Sørensen, K. 2015. *Health Literacy*. Dalam *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*

Sorensen, K., S. Van Den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, dan H. Brand. 2012. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*. 2012.

Speros, C. 2005. Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 50(6):633–640.

- Thompson, J., Y. Havenga, dan S. Naude. 2015. The health literacy needs of women living with hiv/aids. *Health SA Gesondheid*. 20(1):11–21.
- UNAIDS. 2017. *Report on The Global AIDS Epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.
- White, S. 2008. Assessing the nation’s health literacy key concepts and findings of the national assessment of adult literacy. *Chicago, American Medical Association Foundation*
- WHO. 2009. *Executive Summary Women and Health, Today’s Evidence Tomorrow’s Agenda*
- World Health Organization. 2014. Gender, women and health: what do we mean by “sex” and “gender”. 23.
- Yulianti, A. P. 2013. Kerentanan perempuan terhadap penularan hiv & aids : *Palastren*. 6(1):185–200.
- Zarcadoolas, C., A. Pleasant, dan D. S. Greer. 2005a. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 20(2):195–203.
- Zarcadoolas, C., A. Pleasant, dan D. S. Greer. 2005b. Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promotion International*. 2005.
- Zukoski, Thorburn, dan Stroud. 2011. Seeking information about hiv/aids: a qualitative study of health literacy among people living with hiv/aids in a low prevalence context. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 23(11):1505–1508.

**Lampiran 1. Lembar *Informed***

Kode Responden :
------------------

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada:

Calon Responden

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nunung Ratna Sari

NIM : 152310101219

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jl. Danau Toba no. 41B, Tegalgede, Sumbersari, Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan *HIV/AIDS* di Kabupaten Jember”. Penelitian ini sebagai kepentingan ilmiah untuk menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan dan bertujuan untuk mengetahui gambaran *health literacy* pada ibu rumah tangga dengan *HIV/AIDS* di Kabupaten Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Nunung Ratna Sari

NIM 152310101219

**Lampiran 2. Lembar Consent**

Kode Responden :
------------------

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari :

Nama : Nunung Ratna Sari

NIM : 152310101219

Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan *HIV/AIDS* di Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu sebagai kepentingan ilmiah untuk menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember,.....2019

(.....)

nama terang dan tandatangan

**Lampiran 3. Lembar Data Demografi**

Kode Responden :
------------------

**Kuesioner Data Demografi****Petunjuk pengisian:**

- 1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini;**
- 2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar;**
- 3. Isilah jawaban yang menurut Anda paling benar.**

**A. Karakteristik Demografi Responden**

- Umur :
- Pendidikan terakhir :  
 Tidak sekolah     SD     SMA  
 Tidak tamat SD     SMP     Perguruan Tinggi
- Pendapatan (perbulan) :  
 ≤ Upah Minimum Kabupaten (Rp. 2.170.000)  
 > Upah Minimum Kabupaten (Rp. 2.170.000)
- Etnis :  
 Jawa     Madura     Osing     lainnya...
- Bahasa :  
 Indonesia     Jawa     Madura     lainnya...
- Kapan mulai ARV :  
 ≤ 6 bulan     19 – 24 bulan  
 17 – 12 bulan     25 – 30 bulan  
 13 – 18 bulan     lupa
- Kepatuhan ARV  
dalam 1 bulan terakhir apakah ada hari yang terlewat ARV?  
 Ada     Tidak     Lupa

Jika ada, apakah anda mengingat jumlah hari yang terlewati?

- Ya                       Tidak

Jika ingat, berapa hari lamanya \_\_\_\_\_ hari

8. Akses Informasi Kesehatan:

- Tenaga Kesehatan                       Koran/Majalah cetak  
 Televisi                                       Internet  
 LSM/PDP                                       lainnya...

9. Akses ke pelayanan kesehatan:

- a. Jarak fasilitas kesehatan jauh  
 Ya                       Tidak
- b. Sarana transportasi sulit  
 Ya                       Tidak
- c. Biaya transportasi mahal  
 Ya                       Tidak
- d. Biaya pengobatan mahal  
 Ya                       Tidak
- e. Petugas kesehatan selalu ditempat  
 Ya                       Tidak

**Lampiran 4. Lembar Kuesioner HIVLT-10**

Kode Responden :

**Tes Literasi Kesehatan HIV**

Bacalah dengan seksama. Tulis jawaban Anda di tempat yang disediakan untuk setiap pertanyaan.

- Perhatikan tabel jadwal kunjungan klinis dibawah ini. Sesuai jadwal tersebut, kapan anda akan melaksanakan kunjungan klinis ?

<b>Waktu dan tanggal</b>	<b>Tindakan</b>
15 april 2019 Jam 9 pagi	Kunjungan klinis
20 april 2019 Jam 9 pagi	Kunjungan laboratorium

JAWABAN: \_\_\_\_\_

- Setiap pagi, Anda minum 2 pil kotrimoksazol dan 1 pil duovir-N. Berapa banyak pil yang Anda minum setiap pagi?

JAWABAN: \_\_\_\_\_

- Anda minum 2 pil obat antiretroviral setiap hari. Akan habis berapa hari ketika anda mempunyai 10 pil?

JAWABAN: \_\_\_\_\_

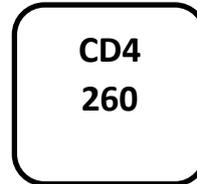
- Anda minum 2 pil untuk mencegah TBC setiap hari. Berapa banyak pil yang perlu Anda bawa untuk perjalanan 14 hari?

JAWABAN: \_\_\_\_\_

- Dokter Anda memberi Anda obat antiretroviral. Dia menyuruh anda minum 1 pil setiap 12 jam. Anda minum pil pertama jam 8 pagi. Jam berapa Anda harus minum pil kedua?

JAWABAN: \_\_\_\_\_

6. Anda harus mulai ARV jika jumlah CD4 Anda di bawah 250. Lihatlah kotak-kotak di bawah ini yang menunjukkan jumlah sel darah CD4. Lingkari nilai CD4 yang berarti Anda harus mulai ARV?



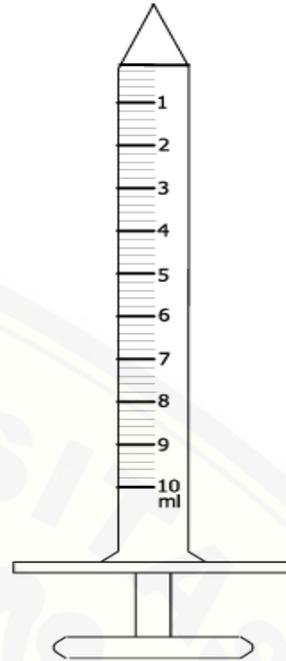
7. Perawat memberikan obat berupa sirup yang ditujukan untuk anak anda. Dia memberi tahu Anda untuk memberi kepada anak Anda 7,5 ml per hari. Pada gambar di bawah ini, tandai dengan tanda garis menggunakan pena tepat di mana Anda akan mengisi cangkir dengan 7,5 ml sirup?



8. Anak Anda minum  $\frac{1}{2}$  tablet obat antiretroviral di pagi hari. Lihatlah gambar-gambar obat di bawah ini. Lingkari gambar yang menunjukkan dosis obat yang tepat untuk diberikan kepada anak Anda.



9. Perawat memberikan obat berupa sirup yang ditujukan untuk anak anda. Dia memberitahu Anda untuk memberikan kepada anak anda 3 ml per hari. Pada gambar di samping ini, tandai dengan tanda garis menggunakan pena, di mana Anda akan mengisi jarum suntik dengan 3 ml sirup?



10. Lihatlah kartu obat di bawah ini. Anda sarapan pada jam 7 pagi. Jam berapa Anda akan minum pil pagi?

RUMAH SAKIT JEMBER SEHAT				
Poli: Rawat Jalan		Tgl: 15 april 2019	12/027	
Tn/Ny/Nn..... .....		Usia.....th	Alamat.....	
Nama jenins obat                      sediaan		dosis	Lama pemberian	Jumlah yang ditentukan
Duovir-N                                      pil			30 hari	#60
Minum 1 pil di pagi hari, dan 1 pil di malam hari. 30 menit sebelum makan				
		Total		

JAWABAN: \_\_\_\_\_

**Lampiran 5. Lembar Surat Ijin Melaksanakan Penelitian**

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp/ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 2493/UN25.1.14/LT/2019 Jember, 07 May 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M  
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Nunung Ratna Sari  
N I M : 152310101219  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Gambaran Health Literacy pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember  
lokasi : LSM Laskar  
waktu : satu bulan  
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.  
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



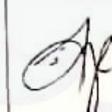
Ns. ~~Fantia~~ Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002

## Lampiran 6. Lembar Bukti Konsul

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN**

Nama : Nunung Ratna Sari

Dosen Pembimbing I : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
11/7 2019	- Bab 4-5	- Perbaiki judul kerdik. - Perbaiki penyajian data	
9/7 2019	- bab 5	- Perbaikan penulisan - perbaiki tabel - Catatan bab 6, abstrak.	
12/7 2019	Abstrak BAB 5-6	1.2.1.1.1.1 - say p... - Perbaiki penulisan paragraf - perbaiki keanggotaan/sum.	
14/7 2019	abstrak - BAB 4-6	- Perbaiki abstrak - berikan penjelasan yang lebih pada penulisan → pada menggunakan diagram.	
15/7 2019	-	- Ace sidang - Cek format ke DPA	

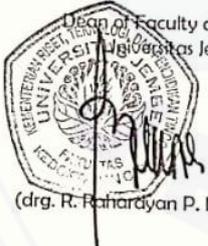
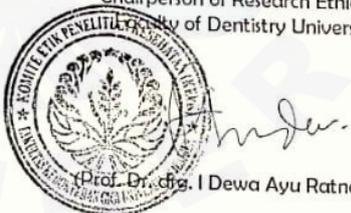
**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Nama : Nunung Ratna Sari

Dosen Pembimbing I : Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
10/7 2019	Bab 5-6	Bab 4 bahasa Inggris Materi & pembahasan dicantumkan.	
15/7 2019	Draft	Lengkap draft Petajema pembahasan.	
18/7 2019	Draft	Cek format Acc sidang	

## Lampiran 7. Lembar Bukti Uji Etik

	KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)
<b>ETHIC COMMITTEE APPROVAL</b> <u>No.399/UN25.8/KEPK/DL/2019</u>	
Title of research protocol	: "Health Literacy Among Housewives Living With HIV/AIDS In Jember"
Document Approved	: Research Protocol
Principal investigator	: Nunung Ratna Sari
Member of research	: -
Responsible Physician	: Nunung Ratna Sari
Date of approval	: Mei-Juni <sup>th</sup> , 2019
Place of research	: Kabupaten Jember
The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.	
Jember, May 03 <sup>rd</sup> , 2019	
 Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember (drg. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros)	 Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember (Prof. Dr. drg. I Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si)

**Lampiran 8. Lembar Surat Keterangan Selesai Penelitian**

YAYASAN LASKAR  
"LANGKAH SEHAT DAN BERKARYA"  
Jin. Moh Seruji No 36 Dukuh Dempok Wuluhan-Jember Telp. 085204973822

**SURAT KETERANGAN**Nomor: *Sgl/Laskar/V/1209*

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : M. Nur Khamid, S.KM., M.Kes.  
Jabatan : Ketua  
Unit Kerja : Yayasan Laskar (Langkah Sehat dan Berkarya) Kabupaten Jember

Dengan ini menerangkan bahwa sesungguhnya:

Nama : Nunung Ratna Sari  
NIM : 152310101219  
Fakultas : Keperawatan, Universitas Jember

Telah selesai melaksanakan kegiatan penelitian di Yayasan LASKAR Kabupaten Jember dengan judul "Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember" pada tanggal 5 Mei 2019 s/d 15 Juni 2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 17 Juni 2019

Ketua Yayasan LASKAR

  
M. Nur Khamid, S.KM., M.Kes

## Lampiran 9. Hasil Uji Statistik

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		umur
N		100
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	35.59
	Std. Deviation	8.936
Most Extreme Differences	Absolute	.107
	Positive	.107
	Negative	-.092
Kolmogorov-Smirnov Z		1.073
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200

a. Test distribution is Normal.

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=umur
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

## Descriptives

[DataSet2] F:\skripsweet\normalitas.sav

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
umur	100	20	74	35.59	8.936
Valid N (listwise)	100				

**pendidikanterakhir**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak sekolah	4	4.0	4.0	4.0
tidak tamat SD	8	8.0	8.0	12.0
SD	34	34.0	34.0	46.0
SMP	37	37.0	37.0	83.0
SMA	16	16.0	16.0	99.0
perguruan tinggi	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**pendapatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang dari UMK	81	81.0	81.0	81.0
Lebih dari UMK	19	19.0	19.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**suku**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jawa	84	84.0	84.0	84.0
madura	13	13.0	13.0	97.0
lainnya	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**bahasa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid indonesia	4	4.0	4.0	4.0
jawa	87	87.0	87.0	91.0
madura	9	9.0	9.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**lamaarv**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <6bln	8	8.0	8.0	8.0
7-12 bulan	5	5.0	5.0	13.0
13-18 bulan	5	5.0	5.0	18.0
19-24 bulan	9	9.0	9.0	27.0
25-30 bulan	33	33.0	33.0	60.0
> 30 bulan	15	15.0	15.0	75.0
lupa	25	25.0	25.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**kepatuhan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	26	26.0	26.0	26.0
tidak	45	45.0	45.0	71.0
lupa	29	29.0	29.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=rata2harilewatarv
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

→ **Descriptives**

[DataSet1] F:\skripsweet\172019.sav

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
rata2harilewatarv	19	1	5	2.89	1.560
Valid N (listwise)	19				

**jarak fasilitas kesehatan jauh**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	25	25.0	25.0	25.0
	tidak	75	75.0	75.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Sarana transportasi sulit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	19	19.0	19.0	19.0
	tidak	81	81.0	81.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Biaya transportasi mahal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	21	21.0	21.0	21.0
	tidak	79	79.0	79.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Biaya pengobatan mahal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	23	23.0	23.0	23.0
	tidak	77	77.0	77.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Petugas kesehatan selalu ditempat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	97	97.0	97.0	97.0
	tidak	3	3.0	3.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**skortotalaksespelayanankesehataan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	16.0	16.0	16.0
2	4	4.0	4.0	20.0
3	3	3.0	3.0	23.0
4	7	7.0	7.0	30.0
5	70	70.0	70.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
skortotalaksespelayanankesehataan	100	1	5	4.11	1.530
Valid N (listwise)	100				

**soal1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid salah	46	46.0	46.0	46.0
benar	54	54.0	54.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**soal2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid salah	32	32.0	32.0	32.0
benar	68	68.0	68.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**soal3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid salah	12	12.0	12.0	12.0
benar	88	88.0	88.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**soal4**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid salah	56	56.0	56.0	56.0
benar	44	44.0	44.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**soal5**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salah	48	48.0	48.0	48.0
	benar	52	52.0	52.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**soal6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salah	55	55.0	55.0	55.0
	benar	45	45.0	45.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**soal7**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salah	19	19.0	19.0	19.0
	benar	81	81.0	81.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**soal8**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salah	7	7.0	7.0	7.0
	benar	93	93.0	93.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**soal9**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salah	18	18.0	18.0	18.0
	benar	82	82.0	82.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**soal10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	salah	39	39.0	39.0	39.0
	benar	61	61.0	61.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		skortotalhivlt
N		100
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	6.68
	Std. Deviation	2.049
Most Extreme Differences	Absolute	.124
	Positive	.124
	Negative	-.112
Kolmogorov-Smirnov Z		1.238
Asymp. Sig. (2-tailed)		.093

a. Test distribution is Normal.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
skortotalhivlt	100	3	10	6.68	2.049
Valid N (listwise)	100				

**Lampiran 10. Surat Pernyataan Asisten Penelitian**

PERNYATAAN

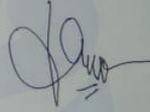
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Shohibul Imron (Anggota LSM Laskar)

Alamat : Tembokrejo, Gumukmas, Jember

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya sebagai asisten peneliti pada penelitian yang berjudul “Gambaran *Health Literacy* pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Jember” telah melakukan pengumpulan data secara langsung pada responden sejumlah 30orang.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebesar-besarnya, tanpa adanya tekanan dari pihak manapun.

Jember, Juni 2019  
Yang Menyatakan  
  
Shohibul Imron