



**PERILAKU PELAJAR SMA YANG TELAH TERPAPAR INFORMASI  
HIV/AIDS TERHADAP INTENSI PENGGUNAAN LAYANAN VCT  
DI KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Aminatul Laila**  
**NIM 122110101089**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**



**PERILAKU PELAJAR SMA YANG TELAH TERPAPAR INFORMASI  
HIV/AIDS TERHADAP INTENSI PENGGUNAAN LAYANAN VCT  
DI KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

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

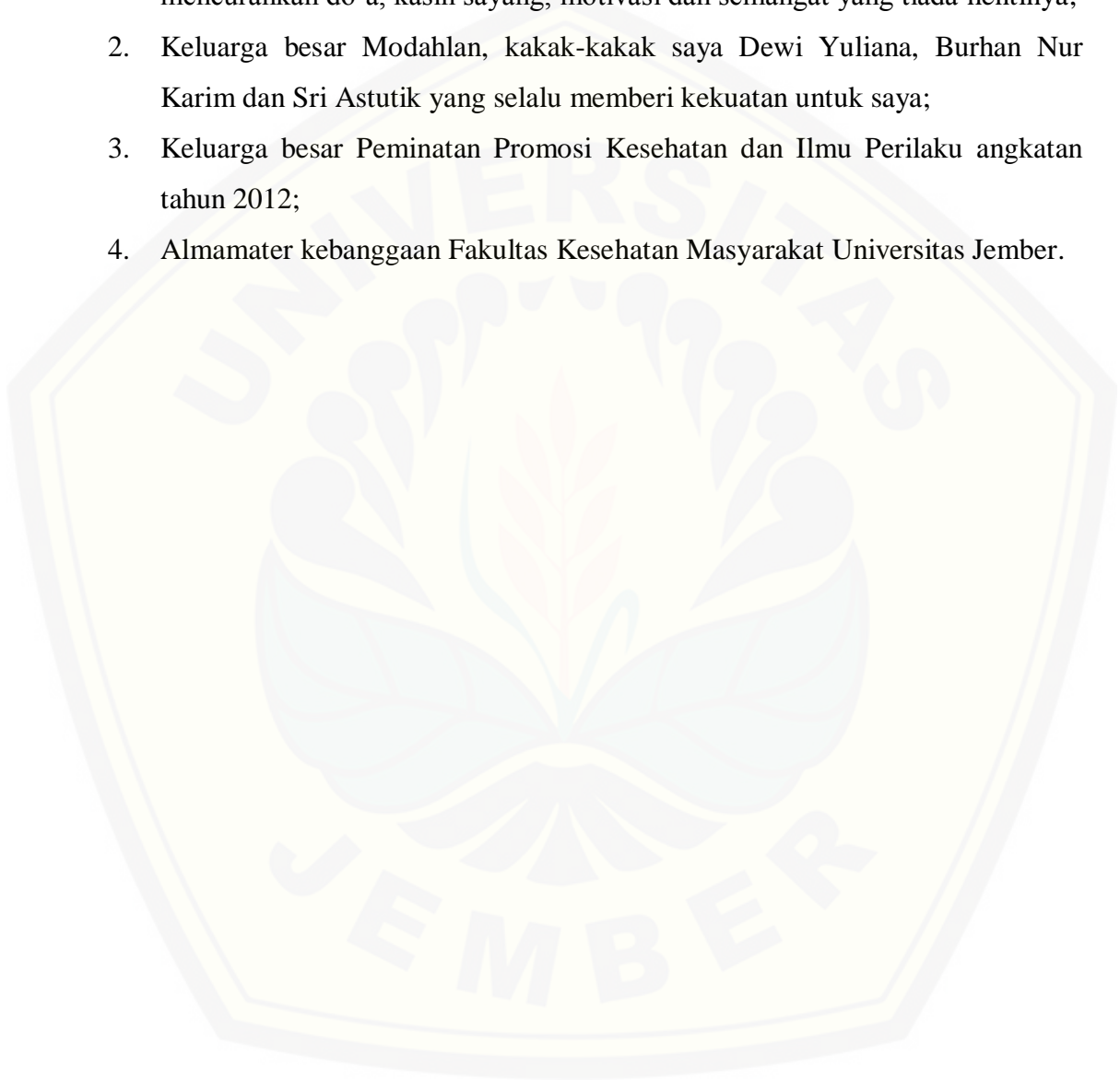
Oleh  
**Aminatul Laila**  
**NIM 122110101089**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orangtua tercinta Ibu Mu'awiyah dan Bapak Masrin yang senantiasa mencurahkan do'a, kasih sayang, motivasi dan semangat yang tiada hentinya;
2. Keluarga besar Modahlan, kakak-kakak saya Dewi Yuliana, Burhan Nur Karim dan Sri Astutik yang selalu memberi kekuatan untuk saya;
3. Keluarga besar Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku angkatan tahun 2012;
4. Almamater kebanggaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



**MOTTO**

Barang siapa yang menapaki suatu jalan dalam rangka mencari ilmu maka Allah akan memudahkan baginya jalan ke Syurga.

(*HR. Muslim*)<sup>1</sup>



---

\* Almath, Muhammad Faiz. 2008. *1100 Hadits terpilih sinar Ajaran Muhammad*. Jakarta: Gema Insani Press.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Aminatul Laila

NIM : 122110101089

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Perilaku Pelajar SMA yang Telah Terpapar Informasi HIV/AIDS terhadap Intensi Penggunaan Layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 9 Mei 2017

Yang menyatakan,

Aminatul Laila  
NIM 122110101089

**SKRIPSI**

**PERILAKU PELAJAR SMA YANG TELAH TERPAPAR INFORMASI  
HIV/AIDS TERHADAP INTENSI PENGGUNAAN LAYANAN VCT DI  
KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER**

Oleh  
Aminatul Laila  
NIM 122110101089

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Perilaku Pelajar SMA yang Telah Terpapar Informasi HIV/AIDS terhadap Intensi Penggunaan Layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 9 Mei 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP.198310272010122003

2. DPA : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP. 198311132010122006

Tim Penguji

1. Ketua : Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP. 198012172005012002

2. Sekretaris : Prehatin Trihayu Ningrum, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP. 198505152010122003

3. Anggota : Hariyati, S.KM. (.....)

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

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



## RINGKASAN

**Perilaku Pelajar SMA yang Telah Terpapar Informasi HIV/AIDS terhadap Intensi Penggunaan Layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember;**  
Aminatul Laila, 122110101089; 2017; 81 Halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Angka penularan HIV saat ini semakin meningkat. Jumlah penderita HIV di dunia tercatat sebanyak 35 juta orang hidup dengan HIV pada akhir 2013. Menurut Ditjen PP dan PL Kemenkes RI 2015 menyatakan bahwa kasus HIV di Indonesia sebesar 160.138 kasus. Jumlah kumulatif AIDS menurut golongan umur tertinggi pada usia reproduktif yaitu umur 20-29 tahun sebanyak 24,537 kasus. Jumlah kasus HIV dan AIDS tertinggi di Indonesia terjadi di Jakarta (39,347 kasus), diikuti Jawa Timur (24,916 kasus) dan Papua (20,859 kasus). Sementara itu, Jember menduduki peringkat ketiga jumlah penderita HIV/AIDS se-Jawa Timur setelah Kota Surabaya dan Malang. Data dinkes Jember hingga Februari 2016 mencapai angka 2.250 kasus HIV dan banyak ditemukan pada usia reproduktif dimana pada usia tersebut terdapat usia remaja. Permasalahan yang paling menonjol pada usia remaja adalah masalah kesehatan reproduksi yaitu NAPZA, HIV/AIDS dan perilaku seksual remaja.

Upaya pengendalian HIV/AIDS sejak dini dapat dilakukan melalui konseling dan testing HIV/AIDS sukarela atau VCT. Namun penggunaan layanan VCT masih belum maksimal. Menurut Harian Tempo tahun 2010 hanya ada 192.000 dari 300.000 penduduk yang memeriksakan diri ke klinik VCT. Menurut data dari Dinkes Jember, jumlah orang yang di tes HIV atau yang menggunakan layanan VCT hingga Mei 2016 berdasarkan kelompok umur menunjukkan bahwa masih rendahnya penggunaan layanan VCT pada kelompok usia remaja. Kasus tertinggi HIV/AIDS terjadi di Kecamatan Puger dibandingkan dengan daerah lain di Kabupaten Jember.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di



Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2016 dengan jenis penelitian analitik kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa tingkat SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS di Kecamatan Puger Kabupaten Jember, dengan jumlah sampel sebanyak 100 responden. Teknik pengambilan sampel dengan sampel acak stratifikasi proporsional dan pengambilan data dilakukan melalui wawancara dengan kuesioner. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji statistic *chi-square* dengan derajat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ).

Responden penelitian sebagian besar berusia 17 tahun, berjenis kelamin perempuan, responden terbanyak kelas XI dan semua reponden beragama islam. Responden penelitian mayoritas memiliki pengetahuan, keyakinan, sikap dan intensi yang tinggi untk menggunakan layanan VCT. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan keyakinan menggunakan layanan VCT, tidak ada hubungan antara keyakinan dengan sikap menggunakan layanan VCT, dan tidak ada hubungan antara sikap dengan intensi untuk menggunakan layanan VCT. Namun hasil dari uji crosstab menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan tinggi dan yakin menggunakan layanan VCT lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan tinggi namun tidak yakin menggunakan layanan VCT. Responden yang yakin dan memiliki sikap positif lebih besar dibandingkan dengan responden yang yakin namun sikapnya negatif. Responden yang memiliki sikap positif dan berniat lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap positif namun tidak berniat.

Saran yang diberikan oleh peneliti bagi sekolah yaitu guru dapat meningkatkan layanan informasi kesehatan reproduksi dengan sosialisasi mengenai dampak HIV/AIDS serta manfaat dan alur layanan VCT. Pihak sekolah dapat melakukan kerjasama dengan puskesmas atau Komisi Penanggulangan AIDS dalam bentuk penyuluhan atau sosialisasi rutin di sekolah minimal 2 kali dalam setahun. Bagi Puskesmas Puger untuk diadakan penyuluhan atau sosialisasi HIV/AIDS dan layanan VCT tidak hanya ketika MOS saja melainkan rutin minimal 2 kali dalam setahun. Pihak puskesmas juga disarankan untuk

memberikan motivasi dan mendorong niat pelajar untuk memeriksakan status HIV sejak dini dengan memanfaatkan layanan VCT.



## SUMMARY

**The Behaviour of the High School Students Who Have HIV / AIDS Information on the Intention of Using VCT Services in Puger Sub-district, Jember District;** Aminatul Laila, 122110101089; 81 pages; Departement of Health Promotion and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, University of Jember.

The current rate of HIV transmission is on the rise. The number of people living with HIV in the world is 35 million people by the end of 2013. According to *Ditjen PP dan PL Kemenkes RI* in 2015, HIV cases in Indonesia were as much as 160,138 cases. The highest cumulative number of AIDS by the age group at the reproductive age of 20-29 years was 24,537 cases. The highest number of HIV and AIDS cases in Indonesia occurred in Jakarta (39,347 cases), followed by East Java (24,916 cases) and Papua (20,859 cases). Meanwhile, Jember was ranked as the third highest of HIV / AIDS sufferers in the East Java after Surabaya and Malang. The data from Jember's Health Office up to February 2016 reached 2,250 cases of HIV and many were found at their reproductive age where there were some teenagers. The most prominent problem of the teenagers is the reproductive health issues, namely drugs, HIV / AIDS and the adolescents' sexual behaviour.

Early HIV / AIDS control efforts can be done through HIV / AIDS Voluntary Counselling and Testing or VCT. However, the use of VCT services is still not maximal. According to the *Tempo Daily* in 2010, in Indonesia there were only 192,000 of the 300,000 residents who went to the VCT clinic. According to the data from the Jember Health Office, the number of people tested for HIV or used VCT services by May 2016 showed that the use of VCT services in adolescent age groups was still low. Compared to the other areas in Jember District, Puger sub-district has the highest case of HIV / AIDS.

This study aims to analyze the behaviour of high school students who have been given HIV / AIDS information on the intention of using VCT service in Puger Sub-district, Jember District. This research was conducted in November

2016 with analytical research method and cross sectional approach. The population in this study was all the high school students who have been given the information about HIV / AIDS information in Puger District Jember District. The number of sample was 100 respondents. The sampling technique with random sample of proportional stratification and data collection was done through interview with questionnaire. The data analysis in this study used statistical test of chi-square with degree of significance 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

The study respondents were mostly 17 years old female, the highest respondent was from the eleventh grade and all the respondents were Moslem. The major research respondents have high knowledge, confidence, attitudes and intentions to use the VCT services. The analysis showed that there was no relationship between HIV / AIDS knowledge and the use of VCT services, no relationship between beliefs and attitudes of the use of VCT services, and no relationship between attitudes and the intention to use the VCT services. However, the results of the crosstab test showed that respondents who have high knowledge and were confident of using VCT services were greater than those with the high knowledge but were not sure of using VCT services. The respondents who believe and have positive attitude were greater than the respondents who believe but the attitude was negative. The respondents who have positive attitude and intention were greater than the respondents who have positive attitude but do not intend.

Suggestions that can be provided by the researcher to the school are teachers should improve the information services of reproduction health with the socialization about the impact of HIV / AIDS as well as the benefits and the steps of the VCT services. The school should cooperate with *Puskesmas* or AIDS Commission in the form of counselling or routine socialization at school at least 2 times a year. The suggestion for *Puskesmas Puger* is to give the counselling or dissemination of HIV / AIDS and VCT services not only when *MOS* but it should be given routine at least 2 times a year. *Puskesmas* is also advised to motivate and encourage the students' intentions to check their HIV status early by using the VCT services.

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Perilaku Pelajar SMA yang Telah Terpapar Informasi HIV/AIDS terhadap Intensi Penggunaan Layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Mury Ririanty, S. KM., M. Kes. dan Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing dan orangtua kedua yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi serta saran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Penulis juga ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Mury Ririanty, S. KM., M. Kes. selaku Ketua Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku dan Dosen Pembimbing Utama (DPU) yang telah memberikan bimbingan, motivasi, dan saran sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik. Terimakasih atas ilmu kesabaran yang diajarkan;
3. Erdi Istiaji, S.Psi., M.Psi., Psikolog., dan Dr. Elfian Zulkarnain S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memberikan nasihat bermanfaat selama menjadi mahasiswa;
4. Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. yang telah memberikan semangat, motivasi, bimbingan, saran, pengarahan dan ilmu kesabaran yang sangat bermanfaat.
5. Tim penguji skripsi, Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes., Prehatin Trihayu Ningrum, S.KM., M.Kes., dan Hariyati, S.KM. terimakasih atas saran dan masukan kepada penulis;
6. Semua guru dan siswa SMK Puger, SMK Nurul Hikmah, SMK Perikanan dan Kelautan, SMA PGRI Kasiyan Puger serta seluruh dosen FKM beserta



staf-stafnya yang dengan senang hati memberikan ilmu bermanfaat dan membatu proses kelancaran skripsi ini;

7. Kedua orangtua saya tercinta, Ibu Mu'awiyah dan Bapak Masrin sosok yang selalu memberikan motivasi bagi saya. Terimakasih yang tidak terhingga atas do'a, dukungan, cinta dan kasih sayang yang tulus serta pengorbanan yang tidak terhingga serta tiada henti untuk saya.
8. Keluarga besar Modahlan, kakak-kakak saya Dewi Yuliana, Burhan Nur Karim dan Sri Astutik yang selalu memberi kekuatan untuk saya;
9. Teman-teman seperjuangan PKIP 2012 FKM UNEJ dan seluruh teman-teman Efkaemrolas yang telah menjadi teman baik yang mengajarkan saya tentang banyak hal, dukungan, do'a, saran dan kritik dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Keluarga tercinta UKM Lentera, Ash-Shihah, PSM dan LDK atas pengalaman dan ilmu organisasi yang sangat bermanfaat bagi saya.
11. Teman-teman PBL 13 Keramat Baratan, Ibu Miati dan Ibu Supiyati terimakasih atas pelajaran berharga, dukungan dan motivasinya.
12. Sahabat saya Moh. Agus Salim, Rafdi Kasyful Warits, Fajriyah Rizqiaisyah, Septiana Farahdiba, dan Normariyanti terimakasih karena kalian aku bisa memiliki mimpi besar, semangat, dan pengalaman hidup yang luar biasa.
13. Sahabat Alicia (Nurin dan Silvi), Naichi, SOV, Rubin Baiti Jannati, kosan 77B Kalimantan IV dan kosan Kalimantan 49B terimakasih atas kekeluargaan, do'a, dorongan dan semangat dalam penyelesaian skripsi ini.
14. Akhwat fillah Liko' Rumaisyoh, Mentoring Adz-Dzakkiyah yang selalu mengajak pada kebaikan dan tiada lelah saling mengingatkan.
15. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis telah berupaya dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 9 Mei 2017

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN.....</b>	<b>viii</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xi</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xx</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xxi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI .....</b>	<b>xxii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	6
1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>7</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Perilaku .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Remaja.....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Pengertian Remaja.....	11



2.2.2 Tahap Perkembangan Remaja .....	11
2.2.3 Karakteristik Remaja .....	13
<b>2.3 HIV/AIDS .....</b>	<b>14</b>
2.3.1 Pengertian HIV/AIDS .....	14
2.3.2 Cara Penularan HIV/AIDS .....	15
2.3.3 Pencegahan HIV/AIDS .....	15
<b>2.4 Klinik VCT .....</b>	<b>16</b>
2.4.1 Pengertian VCT .....	16
2.4.2 Prinsip Layanan VCT .....	17
2.4.3 Model Layanan VCT .....	20
2.4.4 Tahapan Pelayanan VCT .....	21
<b>2.5 Intensi .....</b>	<b>21</b>
<b>2.6 Theory of Planned Behavior (TPB) .....</b>	<b>22</b>
<b>2.7 Kerangka Teori .....</b>	<b>26</b>
<b>2.8 Kerangka Konsep .....</b>	<b>27</b>
<b>2.9 Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>28</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>29</b>
3.2.1 Tempat Penelitian.....	29
3.2.2 Waktu Penelitian .....	29
<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>30</b>
3.3.1 Populasi Penelitian .....	30
3.3.2 Sampel Penelitian .....	30
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	31
3.3.4 Penentuan Ukuran Sampel .....	31
<b>3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....</b>	<b>33</b>
3.4.1 Variabel Penelitian .....	33
3.4.2 Definisi Operasional .....	34
<b>3.5 Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data .....</b>	<b>37</b>
3.5.1 Sumber Data .....	37

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	37
<b>3.6 Validitas dan Reliabilitas .....</b>	<b>38</b>
3.6.1 Validitas .....	38
3.6.2 Reliabilitas Instrumen .....	38
<b>3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data .....</b>	<b>39</b>
3.7.1 Teknik Pengolahan Data .....	39
3.7.2 Teknik Penyajian Data .....	40
<b>2.8 Teknik Analisis Data .....</b>	<b>40</b>
<b>2.9 Alur Penelitian .....</b>	<b>42</b>
<b>BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>43</b>
4.1.1 Proses Pengerjaan Lapangan .....	43
4.1.2 Karakteristik Responden Penelitian .....	44
4.1.3 Pengetahuan Pelajar SMA tentang HIV/AIDS dan Layanan VCT.....	45
4.1.4 Keyakinan Pelajar SMA terhadap Penggunaan Layanan VCT.....	45
4.1.5 Sikap Pelajar SMA terhadap Penggunaan Layanan VCT .....	46
4.1.6 Intensi Pelajar SMA terhadap Penggunaan Layanan VCT ...	46
4.1.7 Analisis Hubungan Pengetahuan Pelajar SMA tentang HIV/ AIDS dengan Keyakinan Penggunaan Layanan VCT .....	48
4.1.8 Analisis Hubungan Keyakinan dengan Sikap Penggunaan Layanan VCT .....	48
4.1.9 Analisis Hubungan Sikap dengan Intensi Penggunaan Layanan VCT .....	48
<b>4.2 Pembahasan .....</b>	<b>49</b>
4.2.1 Karakteristik Responden Penelitian .....	49
4.2.2 Pengetahuan Pelajar SMA tentang HIV/AIDS dan Layanan VCT.....	50
4.2.3 Keyakinan Pelajar SMA terhadap Penggunaan Layanan VCT .....	50

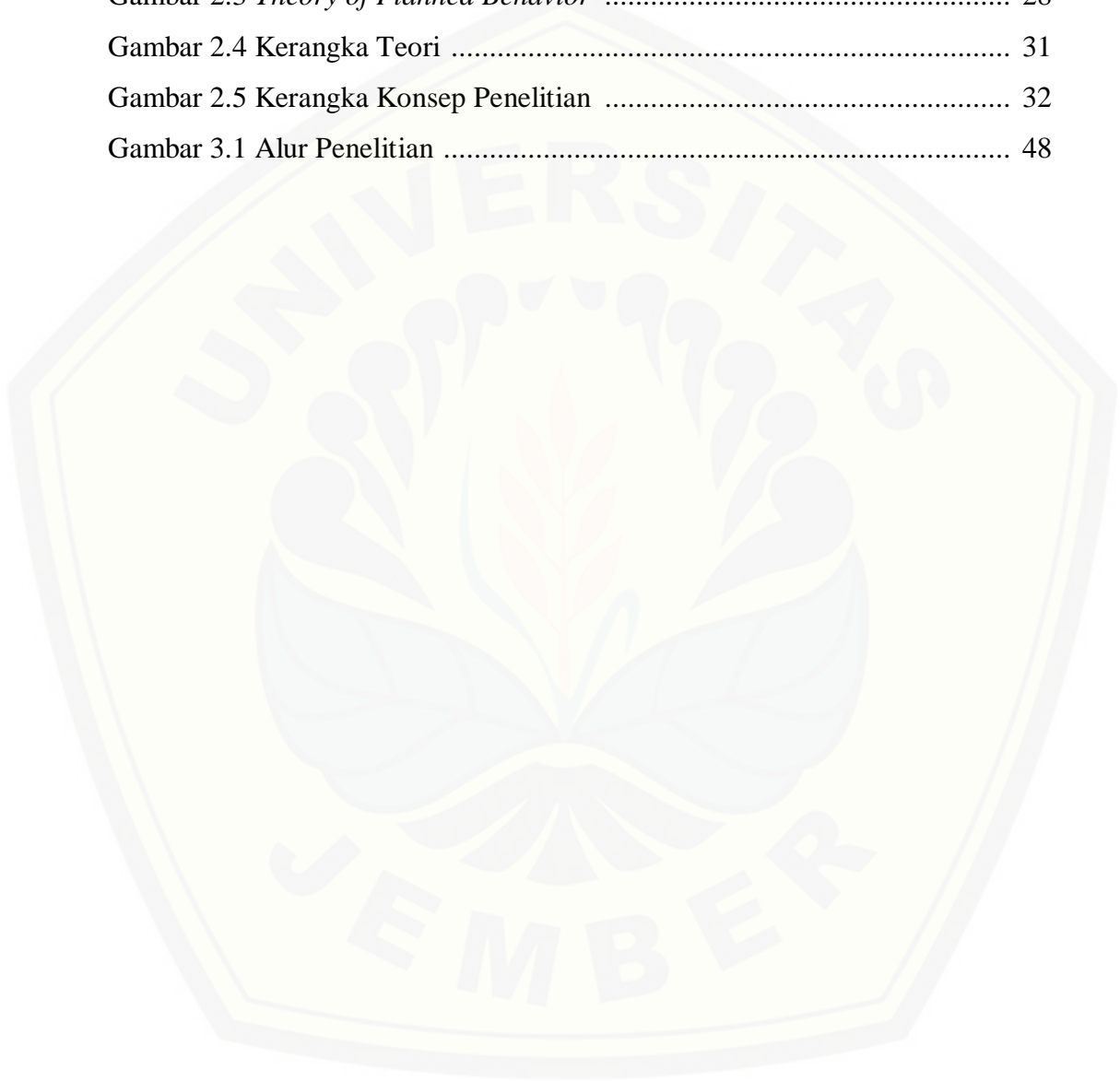
4.2.4 Sikap Pelajar SMA terhadap Penggunaan Layanan VCT .....	51
4.2.5 Intensi Pelajar SMA terhadap Penggunaan Layanan VCT ...	52
4.2.6 Analisis Hubungan Pengetahuan Pelajar SMA tentang HIV/ AIDS dengan Keyakinan Penggunaan Layanan VCT .....	53
4.2.7 Analisis Hubungan Keyakinan dengan Sikap Penggunaan Layanan VCT .....	54
4.2.8 Analisis Hubungan Sikap dengan Intensi Penggunaan Layanan VCT .....	56
<b>BAB 5. PENUTUP .....</b>	<b>59</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>59</b>
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>60</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>62</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>65</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut SMA .....	33
Tabel 3.2 Distribusi Besar sampel Menurut Kelas Pelajar .....	33
Tabel 3.3 Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Data .....	34
Tabel 4.1 Karakteristik Responden .....	44
Tabel 4.2 Pengetahuan Pelajar SMA tentang HIV/AIDS dan Layanan VCT..	45
Tabel 4.3 Keyakinan terhadap Penggunaan Layanan VCT .....	46
Tabel 4.4 Sikap terhadap Penggunaan Layanan VCT .....	46
Tabel 4.5 Intensi terhadap Penggunaan Layanan VCT .....	47
Tabel 4.6 Hubungan Pengetahuan Pelajar SMA yang telah Terpapar Informasi HIV/AIDS dengan Keyakinan Penggunaan Layanan VCT .....	47
Tabel 4.7 Hubungan Keyakinan dengan Sikap Penggunaan Layanan VCT ...	48
Tabel 4.8 Hubungan Sikap dengan Intensi Penggunaan Layanan VCT .....	48

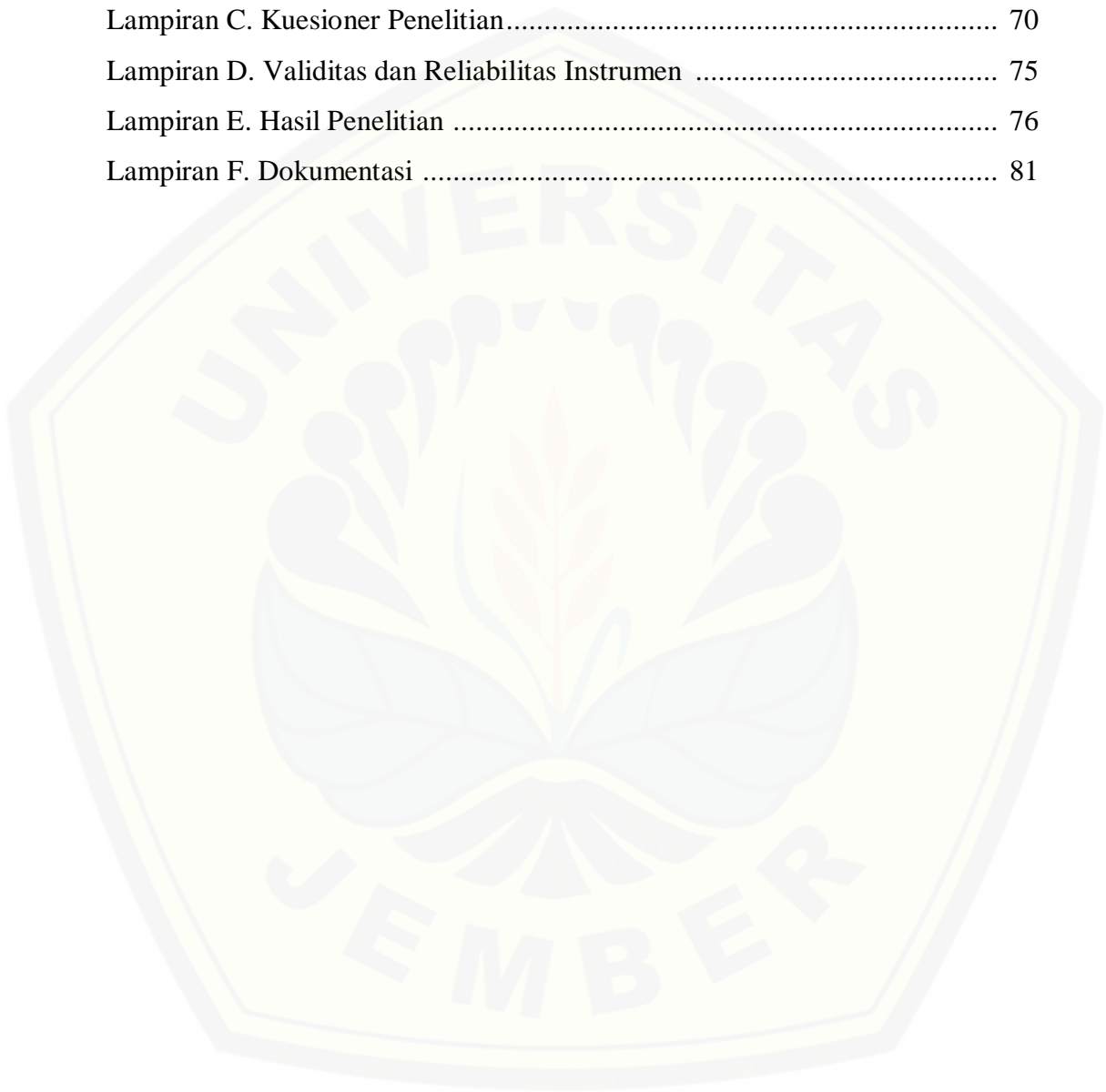
**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Alur Konseling dan Tes HIV (KTHIV) .....	26
Gambar 2.2 <i>Theory of Reasoned Action</i> .....	27
Gambar 2.3 <i>Theory of Planned Behavior</i> .....	28
Gambar 2.4 Kerangka Teori .....	31
Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian .....	32
Gambar 3.1 Alur Penelitian .....	48



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran A. Pengantar .....	68
Lampiran B. <i>Informed Consent Penelitian</i> .....	69
Lampiran C. Kuesioner Penelitian.....	70
Lampiran D. Validitas dan Reliabilitas Instrumen .....	75
Lampiran E. Hasil Penelitian .....	76
Lampiran F. Dokumentasi .....	81



## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### Daftar Singkatan

ABCD	= <i>Abstinence, be Faithful, Condom, and Drugs</i>
AIDS	= <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BKKBN	= Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS	= Badan Pusat Statistik
BKR	= Bina Ketahanan Remaja
Dinkes	= Dinas Kesehatan
Ditjen	= Direktorat Jenderal
GenRe	= Generasi Berencana
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	= Infeksi Menular Seksual
KB	= Keluarga Berencana
Kemenkes	= Kementerian Kesehatan
KTS	= Konseling dan Tes HIV Sukarela
KPA	= Komisi Penanggulangan AIDS
LKB	= Layanan Komprehensif Berkesinambungan
LSL	= Laki Suka Laki
MA	= Madrasah Aliyah
NAPZA	= Narkotika, Psikotropika dan Zat Aditif lainnya
PBC	= <i>Perceived Behavioral Control</i>
PKHS	= Pendidikan dan Keterampilan Hidup Sehat
PKPR	= Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PIK-R/M	= Pusat Informasi Kesehatan Remaja/Mahasiswa
PKVHI	= Perhimpunan konselor VCT HIV Indonesia
PL	= Penyehatan Lingkungan
PP	= Pengendalian Penyakit
Riskesdas	= Riset Kesehatan Dasar
SDKI	= Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMA	= Sekolah Menengah Atas



S-O-R	= Stimulus Organisme Respon
SMK	= Sekolah Menengah Kejuruan
TPB	= <i>Theory of Planned Behavior</i>
TRA	= <i>Theory of Reasoned Action</i>
UKS	= Usaha Kesehatan Sekolah
VCT	= <i>Volluntary Counseling and Testing</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>

**Daftar Notasi**

>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
$\geq$	= Lebih dari sama dengan
$\leq$	= Kurang dari sama dengan
=	= Sama dengan
%	= Persen
$\alpha$	= Alfa
N	= Total populasi secara keseluruhan
n	= Jumlah sampel penelitian
$n'$	= Koreksi sampel penelitian
F	= Persentase kemungkinan <i>droup out</i>

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Angka penularan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) saat ini semakin meningkat. Menurut laporan Epidemi HIV Global sampai dengan tahun 2014 menunjukkan bahwa di seluruh dunia terdapat 36,9 juta orang dengan HIV. Menurut Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP & PL), Kemenkes RI (2015) menyatakan bahwa jumlah kumulatif kasus HIV di Indonesia sampai Desember 2015 sebanyak 191,073 kasus dan jumlah AIDS sebanyak 77,112 kasus. Jumlah kumulatif AIDS menurut golongan umur tertinggi terjadi pada usia reproduktif yaitu umur 20-29 tahun sebanyak 24,537 kasus. Di Indonesia jumlah kasus HIV & AIDS tertinggi terjadi di Jakarta (39,347), diikuti Jawa Timur (24,916) dan Papua (20,859) (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2015). Sementara itu, Kabupaten Jember menduduki peringkat ketiga jumlah penderita HIV/AIDS se-Jawa Timur setelah Kota Surabaya dan Malang. Penemuan kasus HIV banyak ditemukan pada usia reproduktif, termasuk di dalamnya usia remaja.

Masa remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 sebanyak 237,6 juta jiwa dan 26,67% diantaranya adalah remaja. Sementara di Jawa Timur jumlah penduduk usia remaja sebanyak 11,9 juta jiwa (BPS, 2015). Permasalahan paling menonjol di kalangan remaja adalah masalah kesehatan reproduksi yaitu NAPZA (Narkotika, psikotropika dan zat aditif lainnya), HIV/AIDS dan perilaku seksual remaja (BKKBN, 2011). Berdasarkan survei dari Komnas Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) di 33 provinsi dari Januari-Juni 2008 didapatkan 62,7% remaja putri SMA tidak perawan (Amri, 2013:3). Survei BKKBN pusat tahun 2009, menunjukkan 22,6% remaja pernah melakukan seks bebas. Hasil penelitian *Drammen Kommunale Trikk* (DKT) Indonesia tahun 2005, menunjukkan bahwa perilaku seksual remaja di 4 kota yaitu Jabotabek, Bandung, Surabaya dan Medan yaitu 82% remaja melakukan seks pranikah, dan 66% remaja hamil sebelum menikah (Amri, 2013:3).

Berdasarkan survei nasional yang dilakukan terhadap para remaja menyebutkan bahwa perilaku seksual remaja lebih banyak dijumpai pada remaja sekolah menengah atas dan mahasiswa daripada remaja awal. Prevalensi tertinggi yaitu usia 19 tahun remaja laki-laki sebesar 85% dan remaja perempuan sebesar 76% pernah melakukan hubungan seksual (Santrock, 2007 dalam Negara, 2013:4). Data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menyebutkan bahwa remaja yang berumur 10-24 tahun yang berstatus belum menikah sebanyak 86,7%. Kelompok remaja yang belum menikah tersebut ditemukan 3% laki-laki dan 1,1% perempuan menjawab pernah melakukan hubungan seksual. Hal ini menunjukkan bahwa masih tingginya perilaku seksual remaja berisiko.

Upaya-upaya pencegahan HIV/AIDS telah gencar dilakukan oleh pemerintah termasuk di kalangan remaja. Hasil SDKI tahun 2012 menunjukkan bahwa sebanyak 55,3% remaja laki-laki dan 41,2% remaja perempuan mengetahui bahwa penularan HIV/AIDS dapat dikurangi dengan tidak berganti-ganti pasangan. Ditemukan sebanyak 60,8% remaja laki-laki dan 46,5% remaja perempuan mengetahui bahwa penularan HIV/AIDS dapat dikurangi dengan menggunakan kondom (SDKI, 2013). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS di kota Pekalongan cukup besar yaitu 56,73% (Wibowo dan Marom, 2014:21). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa setelah dilakukan *action learning* pada siswa SMK menunjukkan sebanyak 69% siswa SMK memiliki pengetahuan baik tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT, sedangkan sebanyak 65,5% responden memiliki sikap positif terhadap HIV/AIDS dan Klinik VCT (Negara, 2013). Hal ini menunjukkan bahwa banyak upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan layanan VCT.

Program kesehatan reproduksi remaja juga telah dilakukan sebagai upaya peningkatan pengetahuan remaja terhadap HIV/AIDS. Kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja terdapat dalam Program Generasi Berencana (GenRe) yang diselenggarakan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Program GenRe dilaksanakan melalui pendekatan kepada remaja dan pendekatan kepada keluarga yang memiliki remaja.

Pendekatan kepada remaja dilakukan melalui pengembangan Pusat Informasi dan Konseling Remaja/Mahasiswa (PIK-R/M), sedangkan pendekatan kepada keluarga dilakukan melalui pengembangan kelompok Bina Ketahanan Remaja (BKR) (Kemenkes RI, 2015:6). PIK-R/M adalah salah satu wadah yang dikembangkan dalam program GenRe guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang pendewasaan usia perkawinan, delapan fungsi keluarga, TRIAD KRR (seksualitas, HIV dan AIDS serta NAPZA), keterampilan hidup (*life skills*), gender dan keterampilan advokasi dan KIE (BKKBN, 2012:7). Program ini sangat membantu untuk memberikan pemahaman terhadap remaja tentang kesehatan reproduksi khususnya HIV/AIDS.

Pengendalian HIV/AIDS sejak dini dapat dilakukan melalui konseling dan testing HIV/AIDS sukarela atau *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) (Kepmenkes RI, 2005). Dilansir melalui Harian Tempo tahun 2010, menurut perhimpunan Konselor VCT HIV Indonesia (PKVHI), pada tahun 2010 hanya ada 192.000 dari 300.000 penduduk yang seharusnya memeriksakan diri di klinik VCT. Klinik VCT bertujuan untuk menyediakan tes HIV pada seluruh penduduk termasuk pada remaja, namun terbukti bahwa efektifitas layanannya masih belum maksimal dilihat dari rendahnya cakupan peminatnya (Hendrastuti, 2014:6). Apabila hal ini tidak segera di atasi akan berdampak pada resiko penyebaran HIV/AIDS pada remaja.

Data penderita HIV/AIDS dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember hingga Februari 2016 mencapai angka 2.250 kasus. Penemuan kasus HIV banyak ditemukan pada kelompok usia reproduktif termasuk usia remaja yaitu sebesar 1.495 kasus. Berdasarkan data dari KPA Kabupaten Jember, penderita HIV/AIDS positif di Kabupaten Jember pada tahun 2014 hingga Desember 2015 pada kelompok umur 5-14 tahun terdapat sebanyak 14 kasus, diikuti kelompok umur 15-19 tahun sebanyak 72 kasus dan kelompok umur 20-24 tahun sebanyak 336 kasus. Berdasarkan kelompok umur tersebut jumlah tertinggi yaitu umur 20-24 tahun, namun jumlah penderita pada kelompok umur remaja yaitu 15-19 tahun juga cukup tinggi. Pada kelompok umur 15-19 tahun kasus HIV/AIDS tahun 2015 di Kabupaten Jember sebanyak 19 kasus, kelompok umur tersebut merupakan



kelompok umur remaja pada jenjang pendidikan SMA. Jumlah orang yang di tes HIV atau yang menggunakan layanan VCT berdasarkan kelompok umur hingga Mei 2016 terendah pada usia 5-14 tahun sebanyak 15 orang diikuti oleh kelompok umur 15-19 tahun sebanyak 66 orang dan tertinggi dilakukan oleh kelompok umur 25-49 tahun sebanyak 1.029 orang (Dinkes Jember, 2016).

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa masih rendahnya penggunaan layanan VCT oleh kelompok umur remaja khususnya pelajar SMA. Hal ini disebabkan karena mereka merasa tidak ada gejala, merasa tidak berperilaku beresiko terinfeksi HIV/AIDS dan khawatir jika hasilnya positif. Padahal, target sasaran layanan VCT salah satunya adalah remaja yang termasuk kelompok rentan yaitu kelompok masyarakat yang karena lingkup lingkungan, rendahnya ketahanan dan kesejahteraan keluarga, serta status kesehatan sehingga mudah tertular HIV (Suriyani, 2014:2). Akses informasi yang kurang komprehensif tentang layanan VCT menjadi alasan mereka enggan menggunakan layanan VCT. Manfaat penggunaan layanan VCT bagi remaja sebagai upaya pencegahan dini yaitu agar tidak tertular (jika negatif) dan tidak menularkan ke orang lain (jika positif).

Data hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Dinkes Jember diperoleh data kasus tertinggi HIV/AIDS tahun 2016 di Kecamatan Puger. Ditemukan sebanyak 273 kasus hingga September 2015 di Kecamatan Puger lebih tinggi dibandingkan dengan daerah lain di Kabupaten Jember (KPA, 2015), oleh sebab itu masyarakat di Kecamatan Puger rentan terhadap penularan HIV/AIDS. Berdasarkan penelitian sebelumnya, bahwa terdapat kasus *drop out* karena kehamilan, berciuman, dan minum-minuman keras dari salah satu sekolah SMK di Kecamatan Puger (Negara, 2013:9). Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya di SMA Sultan Agung Puger mendapatkan fakta bahwa dari 138 siswa SMA terdapat 73% sudah mempunyai pacar, 5% dari 60 siswa bersedia melakukan hubungan seksual bersama pacar. Data tentang perilaku menyimpang dari 138 siswa remaja yang rata-rata berusia 15-18 tahun tersebut adalah 40% merokok, 9% pernah memakai narkoba (Hendrastuti, 2014). Hasil dari penelitian tersebut

menunjukkan bahwa masalah yang terjadi sangat serius di kalangan remaja di Kecamatan Puger.

Terdapat 14 sekolah sederajat SMA/MA/SMK di Kecamatan Puger, terdiri dari 4 SMA, 4 MA dan 6 SMK yang semuanya berstatus swasta. Setelah dilakukan teknik pemilihan SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terdiri dari informasi dasar HIV/AIDS serta informasi tentang layanan VCT maka terpilihlah SMK Puger, SMK Nurul Hikmah, SMK Perikanan dan Kelautan serta SMA PGRI Kasiyan Puger sebagai tempat penelitian. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti masih sangat sedikit jumlah siswa SMA yang menggunakan layanan VCT untuk mengakses layanan VCT.

Berdasarkan masalah tersebut, penulis ingin meneliti tentang perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Penelitian ini diharapkan dapat membantu pemerintah untuk mengurangi angka penyebaran HIV/AIDS dan diharapkan remaja untuk sadar pentingnya pemanfaatan layanan VCT sebagai upaya pencegahan dini penularan HIV/AIDS.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan beberapa variabel terkait (pengetahuan, keyakinan dan sikap) terhadap intensi penggunaan layanan VCT sesuai teori TPB (*Theory of Plan Behavior*) di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, agama dan tingkat pendidikan) yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan, keyakinan, sikap dan intensi pelajar yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis hubungan pengetahuan pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS dengan keyakinan penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan keyakinan tentang penggunaan layanan VCT dengan sikap penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember.
- e. Menganalisis hubungan sikap dengan intensi untuk menggunakan layanan VCT di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah khasanah ilmu pengetahuan di bidang kesehatan, khususnya berkaitan dengan masalah perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT. Selain itu, sebagai referensi bagi peneliti lain yang ingin mengkaji masalah yang sama dengan cakupan yang lebih luas.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### a. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti yaitu menambah pengalaman dan pengetahuan terkait perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT.

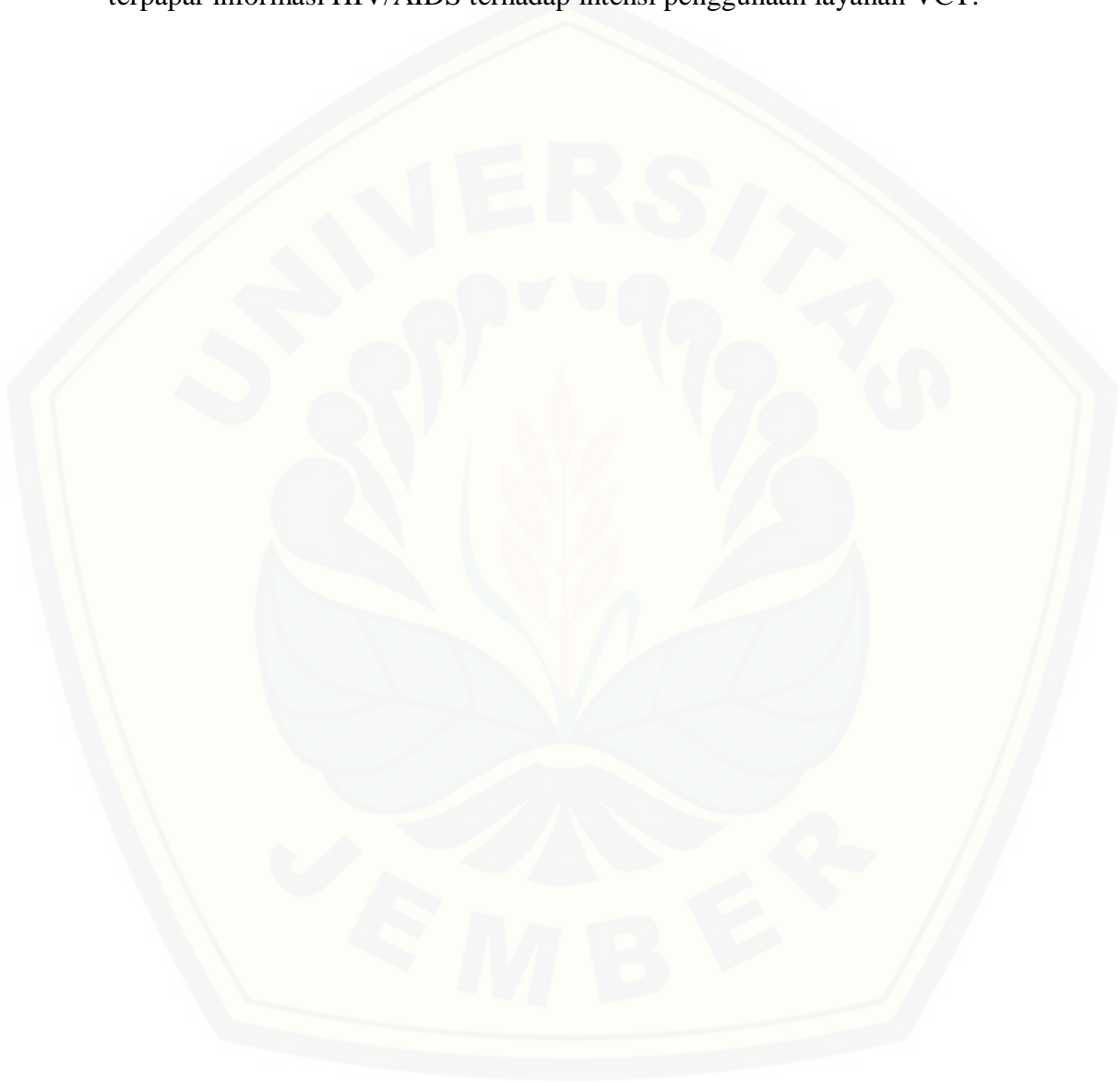
#### b. Bagi Remaja

Sebagai bahan informasi atau masukan kepada pelajar SMA untuk memanfaatkan layanan VCT sebagai upaya pencegahan dini HIV/AIDS.



c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi kepustakaan di bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku serta sebagai informasi untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut mengenai perilaku remaja SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Perilaku

Pengertian perilaku dari segi biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri (Luthviatin, 2012:59). Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoadmodjo, 2015:131). Menurut ensiklopedi Amerika (dalam Luthviatin, 2012:59) bahwa perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungan. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi yakni yang disebut rangsangan, dengan demikian satu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi perilaku tertentu.

Dari uraian tersebut, dapat dirumuskan bahwa perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultant* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Benyamin Bloom (dalam Notoatmodjo, 2012:138) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu dalam tiga domain sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*).

Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni (Luthviatin, 2012:74-79):

#### a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni penciuman, penglihatan, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

- 1) Tahu, diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan masyarakat dalam mengingat

kembali sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

- 2) Memahami, diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat mempraktikkan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).
- 4) Analisis, adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis, menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- 6) Evaluasi, berkaitan dengan kemampuan melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

#### b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian antara reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap derajat sosial. Newcomb (dalam Luthvian, 2012:62), salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku, sikap masih merupakan reaksi tertutup bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap suatu objek. Sikap terdiri dari berbagai tindakan yaitu :

- 1) Menerima, diartikan bahwa seseorang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.
- 2) Merespon, diartikan memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap.
- 3) Menghargai, diartikan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- 4) Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanya bagaimana pendapat atau pertanyaan respon terhadap suatu objek. Secara langsung dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden.

c. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap yang belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Selain faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain. Praktik mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

- 1) Persepsi, diartikan dapat mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat I.
- 2) Respon terpimpin, diartikan dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat II.
- 3) Mekanisme, diartikan apabila seseorang telah dapat melaksanakan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah menjadi kebiasaan, maka ia telah mencapai praktik tingkat III.
- 4) Adopsi, merupakan suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikan tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

## 2.2 Remaja

### 2.2.1 Pengertian Remaja

Istilah remaja *adolescence* berasal dari kata *adolescere* yang memiliki arti “tumbuh” atau “tumbuh menjadi dewasa”. Masa remaja merupakan masa transisi dari masa anak-anak menuju dewasa yang ditandai dengan berbagai perubahan fisik, emosi, psikis, dan perubahan sosial. Berikut adalah beberapa definisi remaja yang dikemukakan oleh Soetjiningsih (2004) (dalam Susanti, 2012:7) yaitu:

- a. Menurut Undang-undang No.4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.
- b. Kalangan pediatric mengatakan remaja adalah bila seorang anak telah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki.
- c. Menurut Undang-undang perkawinan No. 1 tahun 1974, anak dianggap remaja apabila cukup matang untuk menikah, yaitu umur 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk laki-laki.
- d. Menurut Diknas, anak dianggap remaja bila sudah berumur 18 tahun, yaitu sesuai dengan saat lulus sekolah menengah.
- e. Menurut WHO, remaja bila anak telah mencapai umur 10-18 tahun.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut BKKBN rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Sifat khas remaja mempunyai rasa keingintahuan yang besar, menyukai petualangan, dan tantangan serta cenderung berani menanggung risiko atas perbuatannya tanpa didahului oleh pertimbangan yang matang. Apabila keputusan yang diambil dalam menghadapi konflik tidak tepat, mereka akan jatuh ke dalam perilaku berisiko dan mungkin harus menanggung akibat jangka pendek dan jangka panjang dalam berbagai masalah kesehatan fisik dan psikososial (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

### 2.2.2 Tahap Perkembangan Remaja

Perkembangan merupakan suatu proses seorang individu dalam aspek keterampilan dan fungsi yang kompleks. Dalam proses penyesuaian diri menuju



kedewasaan (Sarwono, 2006:2014) membagi 3 tahap perkembangan remaja, yakni:

a. Remaja awal (*early adolescent*)

Tahapan usia remaja awal ini antara usia 13-14 tahun. Pada tahap ini, seorang remaja masih terheran-heran dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan dorongan yang menyertai perubahan itu. Mereka mengembangkan pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis, dan mudah terangsang secara erotis. Apabila dipegang bahunya saja oleh lawan jenis ia sudah berfantasi erotis. Kepekaan yang berlebih-lebihan ini ditambah dengan berkurangnya kendali terhadap ego menyebabkan para remaja awal ini sulit dimengerti orang dewasa.

b. Remaja madya (*middle adolescent*)

Tahapan usia remaja madya ini antara usia 15-17 tahun. Pada tahap ini seorang remaja sangat membutuhkan kawan-kawan. Ia senang kalau banyak teman yang mengakuinya. Ada kecenderungan narsistis yaitu mencintai diri sendiri dengan menyukai teman-teman yang sama dengan dirinya, serta mereka berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu memilih yang mana peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimistis atau pesimistis, idealis atau materialistis, dan sebagainya. Remaja pria harus membebaskan diri dari *oedipus complex* (perasaan cinta pada ibu sendiri pada masa anak-anak) dengan mempererat hubungan dengan kawan-kawan.

c. Remaja akhir (*late adolescent*)

Tahapan usia remaja akhir ini antara usia 18-21 tahun. Tahap ini adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian lima hal, yaitu:

- 1) Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek.
- 2) Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dalam pengalaman-pengalaman baru.
- 3) Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- 4) Egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain.

5) Tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya (*private self*) dan masyarakat umum.

### 2.2.3 Karakteristik Remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju masa dewasa. Pada masa tersebut remaja akan banyak mengalami perubahan baik fisik (biologis), mental, kognitif, dan sosial (APA dalam Susanto, 2011). Perubahan-perubahan tersebut merupakan ciri khas pada masa remaja. Menurut Santrock (2003:91), karakteristik pertumbuhan dan perkembangan remaja mencakup perubahan 3 hal, yaitu:

#### a. Transisi Biologis

Perubahan fisik yang terjadi pada remaja dapat terlihat nampak pada masa pubertas yaitu meningkatnya tinggi dan berat badan serta kematangan sosial. Diantara perubahan fisik itu, yang besar pengaruhnya pada perkembangan jiwa remaja adalah pertumbuhan tubuh (badan menjadi semakin panjang dan tinggi). Selanjutnya, mulai berfungsinya alat-alat reproduksi (ditandai dengan haid pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki) dan tanda-tanda seksual sekunder yang tumbuh.

#### b. Transisi Kognitif

Menurut Piaget (dalam Santrock, 2003:15) pemikiran operasional formal berlangsung antara usia 11-15 tahun. Pemikiran operasional formal lebih abstrak, idealis, dan logis daripada pemikiran operasional konkret. Menurut Piaget secara lebih nyata pemikiran operasional formal bersifat lebih abstrak dibandingkan dengan anak-anak, misalnya dapat menyelesaikan persamaan aljabar abstrak. Remaja juga lebih idealistis dalam berpikir seperti memikirkan karakteristik ideal dari diri sendiri, orang lain, dan dunia. Remaja berfikir secara logis seperti ilmuwan, menyusun berbagai rencana untuk memecahkan masalah dan secara sistematis menguji cara pemecahan yang terpikirkan. Dalam perkembangan kognitif, remaja tidak terlepas dari lingkungan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa pentingnya interaksi sosial dan budaya dalam perkembangan kognitif remaja.



### c. Transisi Sosial

Menurut Santrock (2003:24) mengungkapkan bahwa pada transisi sosial remaja mengalami perubahan dalam hubungan individu dengan manusia lain, yaitu dalam emosi, kepribadian, dan dalam peran serta konteks sosial dalam perkembangan. Membantah pada orangtua, serangan agresif terhadap teman sebaya, perkembangan sikap asertif, kebahagiaan remaja dalam peristiwa tertentu serta peran gender dalam masyarakat merefleksikan peran proses sosial-emosional dalam perkembangan remaja. Menurut John Flavel (dalam Santrock, 2003:125) juga menyebutkan bahwa kemampuan remaja untuk membantu kognisi sosial mereka secara efektif merupakan petunjuk penting mengenai adanya kematangan dan kompetensi sosial mereka. Dalam hal ini nampak berkurangnya sikap egosentrisme. Perkembangan sosial ini berkenaan dengan pengetahuan dan keyakinan mereka tentang masalah-masalah hubungan pribadi dan sosial.

## 2.3 HIV/AIDS

### 2.3.1 Pengertian HIV/AIDS

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang dapat menyebabkan penyakit AIDS yang termasuk dalam kelompok retrovirus. Kebanyakan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tetap asimtomatik (tanpa tanda dan gejala dari suatu penyakit) untuk jangka waktu lama. Meski demikian, sebetulnya mereka telah dapat menularkan orang lain.

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. "*Acquired*" artinya tidak diturunkan, tetapi didapat; "*Immune*" adalah sistem daya tangkal atau kekebalan tubuh terhadap penyakit; "*Deficiency*" artinya tidak cukup atau kurang; dan "*Syndrome*" adalah kumpulan tanda dan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV berjalan sangat progresif merusak sistem kekebalan tubuh, sehingga penderita tidak dapat menahan serangan infeksi jamur, bakteri atau virus. Kebanyakan orang dengan HIV akan meninggal dalam beberapa tahun setelah tanda pertama AIDS muncul bila tidak ada pelayanan dan terapi yang diberikan (Kementerian Kesehatan RI, 2012:9).

### 2.3.2 Cara Penularan HIV/AIDS

Cara penularan HIV/AIDS dapat terjadi melalui berbagai cara, menurut Zein Umar (dalam Amin, 2013:14), yaitu:

- a. Kontak seksual, kontak dengan darah atau secret yang infeksius, ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan dan pemberian ASI (Air Susu Ibu).
- b. Penularan melalui hubungan seksual, heteroseksual adalah yang paling dominan, penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi selama senggama laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki.
- c. Melalui transfusi darah atau produk darah yang sudah tercemar dengan virus HIV.
- d. Melalui jarum suntik atau alat kesehatan lain yang ditusukkan atau tertusuk ke dalam tubuh yang terkontaminasi dengan virus HIV, seperti jarum tato atau pengguna narkoba suntik secara bergantian.
- e. Melalui transplantasi organ pengidap HIV.
- f. Penularan dari ibu ke anak kebanyakan infeksi HIV pada anak didapat dari ibunya saat ia dalam kandungan, dilahirkan dan sesudah lahir.

### 2.3.3 Pencegahan HIV/AIDS

Upaya pencegahan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan memutus mata rantai penularan terutama pada populasi rawan tertular dan menularkan. Upaya tersebut memerlukan strategi agar dapat berjalan maksimal. Strategi untuk pencegahan HIV/AIDS yang efektif dapat dilakukan apabila faktor risiko utama penularan HIV/AIDS telah diidentifikasi dengan baik. Dalam usaha mengurangi infeksi HIV, berbagai kaedah telah diterapkan, salah satunya adalah kaedah ABCD, yaitu (KPA, 2011 dalam Ginting 2014:20):

- a. *Abstinence*, yaitu menunda atau tidak melakukan kegiatan seksual sebelum menikah.
- b. *Be faithful*, yaitu saling setia pada pasangannya.
- c. *Condom*, yaitu menggunakan kondom bagi orang yang melakukan perilaku seks berisiko.

- d. *Drugs*, tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian secara bersama-sama dalam penggunaan napza.
- e. *Equipment*, jangan bergantian atau berbagi menggunakan alat seperti jarum suntik atau alat potong kuku, tato atau alat-alat lainnya yang dapat berhubungan dengan darah.

WHO memiliki peranan dalam usaha menanggulangi infeksi HIV/AIDS dengan berbagai cara. Berikut adalah beberapa langkah yang dianjurkan oleh WHO, yaitu:

- a. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja.
- b. Program penyuluhan rekan sebaya (*peer group*) untuk kelompok sasaran.
- c. Program kerjasama dengan media cetak dan media elektronik.
- d. Pencegahan komprehensif untuk pengguna narkoba, narkotika, termasuk program jarum suntik steril.
- e. Pendidikan agama.
- f. Program pelayanan Infeksi Menular Seksual (IMS).
- g. Program promosi kondom di lokasi pelacuran.
- h. Pelatihan keterampilan hidup.
- i. Program pengadaan tempat-tempat untuk tes HIV dan konseling.
- j. Dukungan untuk anak jalanan dan pemberantasan prostitusi anak.

## 2.4 Klinik VCT

### 2.4.1 Pengertian VCT

*Voluntary Counseling and Testing* atau biasa disingkat sebagai VCT adalah konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS) dan rahasia yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium. Sukarela artinya klien/pasien melakukan tes darah HIV atas keinginannya sendiri tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Tes HIV hanya dilakukan setelah klien menandatangani lembar persetujuan atau *informed consent* untuk dilakukan tes darah HIV. Tujuan VCT adalah mempromosikan perubahan perilaku sehingga diharapkan dapat mengurangi risiko penularan dan penyebaran HIV/AIDS (Depkes RI dalam Negara, 2013:27).

Proses konseling VCT meliputi evaluasi risiko personal penularan HIV dan mendiskusikan bagaimana untuk mencegah infeksi (FHI dalam Negara, 2013:27). Tujuan dari tes konseling HIV yaitu memberikan informasi tentang HIV/AIDS dan meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan pribadi berkaitan dengan tes HIV. Pada dasarnya ada tiga tujuan tes HIV yaitu penapisan darah donor; survei, surveilans untuk kepentingan program dan penegakan diagnosis klinis (Kemenkes RI, 2013:9).

#### 2.4.2 Prinsip Layanan VCT

Tes HIV dan konseling merupakan pintu masuk utama pada layanan pencegahan, perawatan, dan pengobatan bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Berikut adalah prinsip dari layanan VCT (Kemenkes, 2013:19-):

##### a. Informasi sebelum Tes (Pra-Tes) HIV dan Persetujuan Pasien

###### 1) Sesi Informasi pra-Tes secara kelompok

Sesi ini dapat dilaksanakan sebagai pilihan bila sarana memungkinkan. Semua pasien atau klien yang datang ke layanan kesehatan dapat diberikan KIE secara kelompok di ruang tunggu sebelum bertatap muka dengan petugas yang bersangkutan sambil menunggu gilirannya dilayani. Metode penyampaiannya dapat berupa edukasi dengan alat audio-visula seperti TV, video atau bahkan KIE lain seperti poster maupun brosur atau lembar balik oleh petugas kesehatan. Informasi yang diberikan kepada pasien meliputi:

- a) Informasi dasar HIV, tentang cara penularannya.
- b) Upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom secara konsisten, mengurangi jumlah pasangan seksual dan lainnya.
- c) Keuntungan dan pentingnya tes HIV sedini mungkin.
- d) Informasi tentang proses pemeriksaan laboratorium HIV.
- e) Membahas konfidensialitas, dan konfidensialitas bersama.
- f) Membahas pilihan untuk tidak menjalani tes HIV.
- g) Tawaran untuk menjalani tes pada masa mendatang bila klien menolak.
- h) Pentingnya pemeriksaan gejala dan tanda penyakit TB selama konseling pra dan pasca tes.

i) Rujukan ke layanan yang terkait dengan HIV, seperti misalnya konsultasi gizi, pemeriksaan CD4, tatalaksana infeksi oportunistik dan stadium klinis.

## 2) Sesi Informasi pra-Tes Individual

Pada sesi ini klien mendapatkan informasi edukasi dari konselor tentang HIV untuk menguatkan pemahaman klien atas HIV dan implikasinya agar ia mampu menimbang perlunya pemeriksaan. Edukasi itu meliputi:

- a) Informasi dasar tentang HIV dan AIDS
- b) Penularan dan pencegahan
- c) Tes HIV dan konfidensialitas
- d) Alasan permintaan tes HIV
- e) Ketersediaan pengobatan pada layanan kesehatan yang dapat diakses.
- f) Keuntungan membuka status kepada pasangan dan atau orang dekatnya.
- g) Arti tes dan penyesuaian diri atas status baru.
- h) Mempertahankan dan melindungi diri serta pasangan/keluarga agar tetap sehat.

Edukasi ini juga disertai dengan diskusi, artinya tersedia kesempatan klien bertanya dan mendalami pemahamannya tentang HIV dan status HIV. Konselor juga wajib memberi dukungan terhadap keadaan psikologis klien. Setelah edukasi dan menimbang suasana mental emosional, klien dimintai persetujuan untuk tes HIV (*informed consent*) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan laboratorium darah yang diperlukan secara “*option out*”. Informasi dalam edukasi ini akan memudahkan pasien menimbang dan memutuskan menjalani tes serta memberikan persetujuannya untuk tes HIV (*informed consent*) yang harus dicatat oleh petugas kesehatan. Dengan demikian penerapan tes 5C (*informed consent, confidentiality, counseling, correct testing and connection/linkage to prevention, care and treatment services*) dapat terpenuhi.

## 3) Pemberian Informasi pra-Tes pada Kelompok Khusus

Ada beberapa kelompok masyarakat yang lebih rentan terhadap dampak buruk seperti diskriminasi, pengucilan, tindak kekerasan, atau penahanan. Berikut adalah kelompok khusus yang diberikan informasi pra-tes (Kemenkes, 2013:21):

- a) Perempuan hamil
- b) Bayi, anak dan remaja



- c) Individu dalam kondisi khusus
  - d) Pasien dengan kondisi kritis
  - e) Pasien TB
  - f) Kelompok berisiko (penasun, pekerja seks, waria, LSL)
- 4) Persetujuan tentang Tes HIV (*Informed Consent*)

*Informed consent* bersifat universal yang berlaku pada semua pasien apapun penyakitnya karena semua tindakan medis pada dasarnya membutuhkan persetujuan pasien. *Informed consent* di fasilitas pelayanan kesehatan dapat diberikan secara lisan tidak perlu secara tertulis. Semua informasi pasien apapun penyakitnya, yang berdasarkan undang-undang bersifat konfidensial tidak diberikan pada pihak yang tidak berkepentingan. Konfidensial berarti seorang konselor tidak diperkenankan menyampaikan hasil kepada siapapun di luar kepentingan kesehatan klien tanpa seizin klien.

5) Penolakan untuk Menjalani Tes HIV

Penolakan untuk melakukan tes HIV tidak boleh mengurangi kualitas layanan lain yang tidak terkait dengan status HIV-nya. Pasien yang menolak menjalani tes perlu ditawarkan kembali pada kunjungan berikutnya atau ditawarkan untuk menjalani sesi konseling di klinik VCT oleh seorang konselor terlatih di masa yang akan datang jika memungkinkan. Penolakan tersebut harus dicatat di lembar catatan medis agar diskusi dan tes HIV diprakarsai kembali pada kunjungan yang akan datang.

b. Pemeriksaan Laboratorium HIV atau Tes HIV

Tes HIV dilakukan di laboratorium yang tersedia di fasilitas layanan kesehatan. Jika layanan tes tidak tersedia di fasilitas tersebut, maka tes dapat dilakukan di laboratorium rujukan. Metode tes HIV yang digunakan sesuai dengan pedoman pemeriksaan laboratorium HIV Kementerian Kesehatan. Sebaiknya, tes HIV menggunakan tes cepat HIV yang sudah dievaluasi oleh Kementerian Kesehatan. Tes cepat dapat dilakukan di luar sarana laboratorium, tidak memerlukan peralatan khusus dan dapat dilaksanakan di sarana kesehatan primer (Kemenkes, 2013:25).

### c. Konseling Pasca Tes

Semua klien/pasien yang menjalani tes HIV perlu menerima konseling pasca tes tanpa memandang apapun hasilnya. Hasil tes HIV tersebut disampaikan kepada klien/pasien sesegera mungkin secara individual dengan informasi singkat, jelas dan terkait dengan pengobatan dan perawatan selanjutnya. Petugas yang memberikan konseling pasca tes sebaiknya orang yang sama dengan orang yang memberikan konseling atau informasi pra tes.

### 2.4.3 Model Layanan VCT

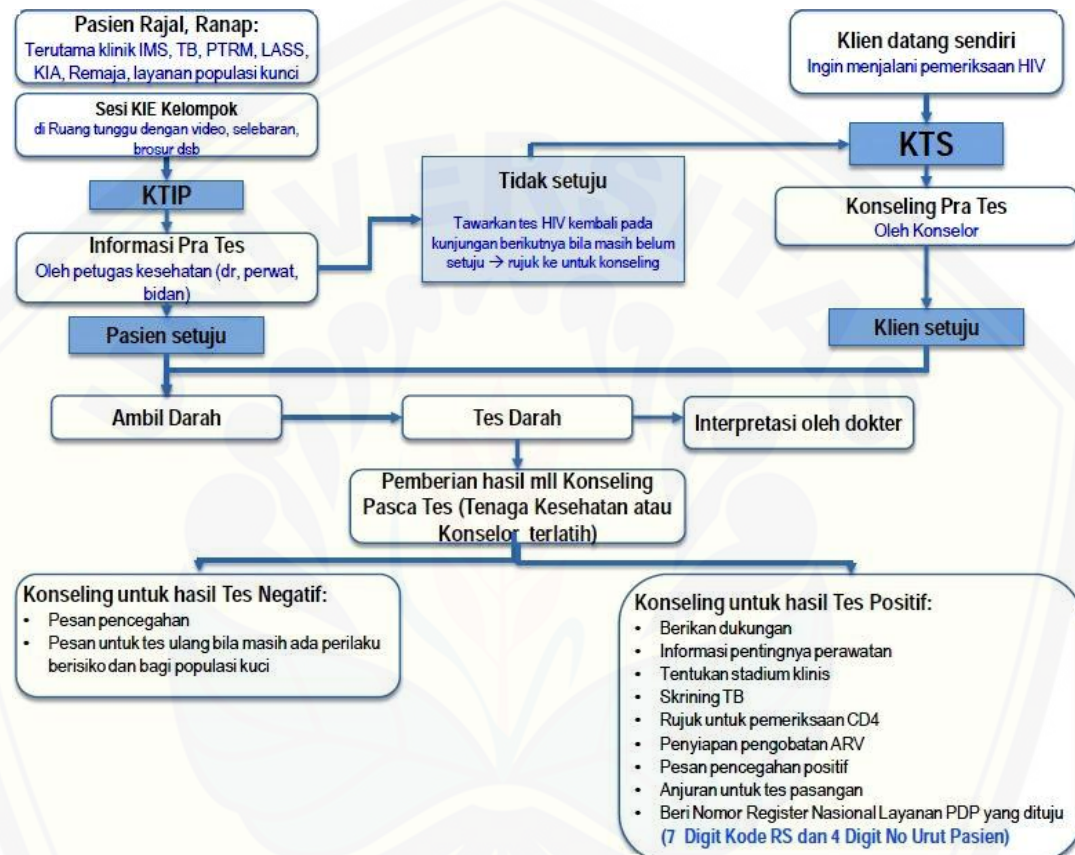
Layanan VCT di fasilitas pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan di berbagai tatanan komunitas, baik dengan cara menjangkau klien potensial dan mendorong mereka datang (layanan statis), atau pun dengan menyelenggarakan layanan ke tempat mereka berada (layanan bergerak/*mobile*). Model layanan bergerak ini dapat bersifat sementara tetapi dilaksanakan secara berkala di tempat komunitas, dapat pula diselenggarakan sewaktu-waktu sesuai kebutuhan. Model ini perlu dukungan dan koordinasi secara kuat dengan layanan penjangkauan (*outreach*) dan pendukung sebaya (*peer educator-PE*). Model layanan bergerak diselenggarakan mengikuti sistem penjangkauan yang ada, misalnya mengikuti jadwal posyandu, jadwal pemeriksaan terhadap para populasi kunci yang jauh dari layanan kesehatan dengan tim yang terdiri dari petugas kesehatan, konselor, teknisi laboratorium, tenaga administrasi dan pembantu umum.

Model layanan bergerak ini cocok diterapkan bagi komunitas di tempat yang sulit dijangkau atau komunitas yang termarginalisasi ataupun populasi kunci yang kurang mendapat akses layanan kesehatan formal, misalnya pasien/klien tidak mengetahui adanya layanan atau klien yang belum tersedia akses pada layanan kesehatan (Permenkes, 2014:14-15). VCT yang berkualitas tinggi tidak saja membuat orang mempunyai akses terhadap berbagai layanan, tetapi juga efektif bagi pencegahan terhadap HIV. Layanan VCT dapat digunakan untuk mengubah perilaku berisiko dan memberikan informasi tentang pencegahan HIV (Kemenkes RI dalam Fauriza, 2014).



#### 2.4.4 Tahapan Pelayanan VCT

Layanan VCT didahului dengan dialog antara klien/pasien dengan konselor/petugas kesehatan dengan tujuan memberikan informasi HIV/AIDS dan meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan berkaitan dengan tes HIV. Berikut alur pelaksanaan layanan VCT (Permenkes, 2014:13):



Gambar 2.1 Alur konseling dan tes HIV (VCT)  
(Sumber: Permenkes RI tahun 2014:13)

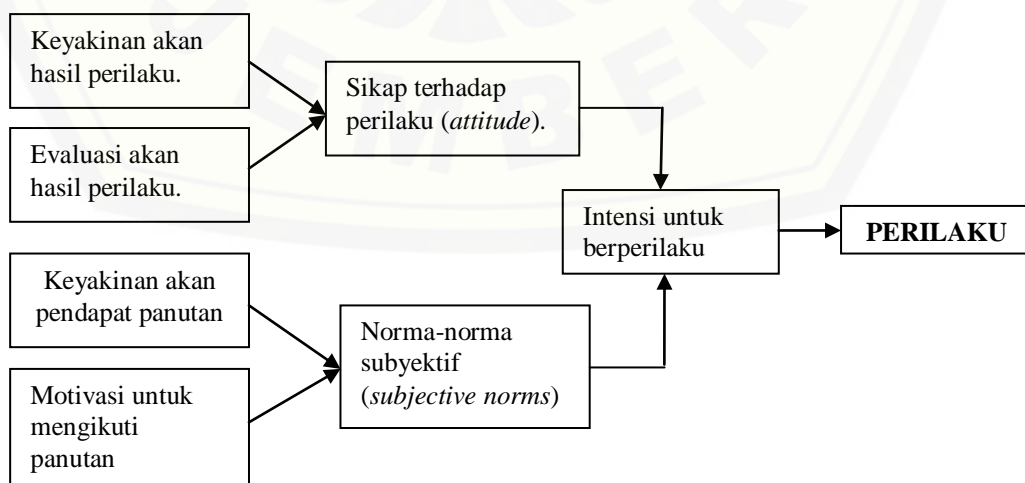
#### 2.5 Intensi

Menurut Fisbein dan Ajzen (dalam Halima, 2015:7) intensi/niat adalah kemungkinan seseorang bahwa ia akan menampilkan suatu tingkah laku. Intensi (niat) perilaku dapat ditentukan oleh sikap, norma subjektif dan pengendalian perilaku yang disadari. Kecenderungan untuk memilih melakukan tindakan atau tidak, intensi/niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memilih untuk melakukan perilaku menurut Albery dan Munafo (dalam Dyah, 2014:9).

Perilaku manusia tidak semata-mata terbentuk dengan sendirinya, melainkan didahului oleh seberapa besar intensi yang dimiliki. Hampir dari setiap perilaku manusia didahului oleh adanya intensi (niat), namun juga ada beberapa perilaku yang tidak terbentuk karena adanya niat misalnya perilaku spontan atau tidak disengaja. Menurut Ajzen dan Fishben (dalam Halima, 2015:7) menyatakan bahwa intensi mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap terbentuknya perilaku-perilaku tertentu khususnya sasaran, tindakan, konteks dan waktunya tepat atau sesuai. Intensi merupakan prediktor paling dekat dengan terbentuknya suatu perilaku.

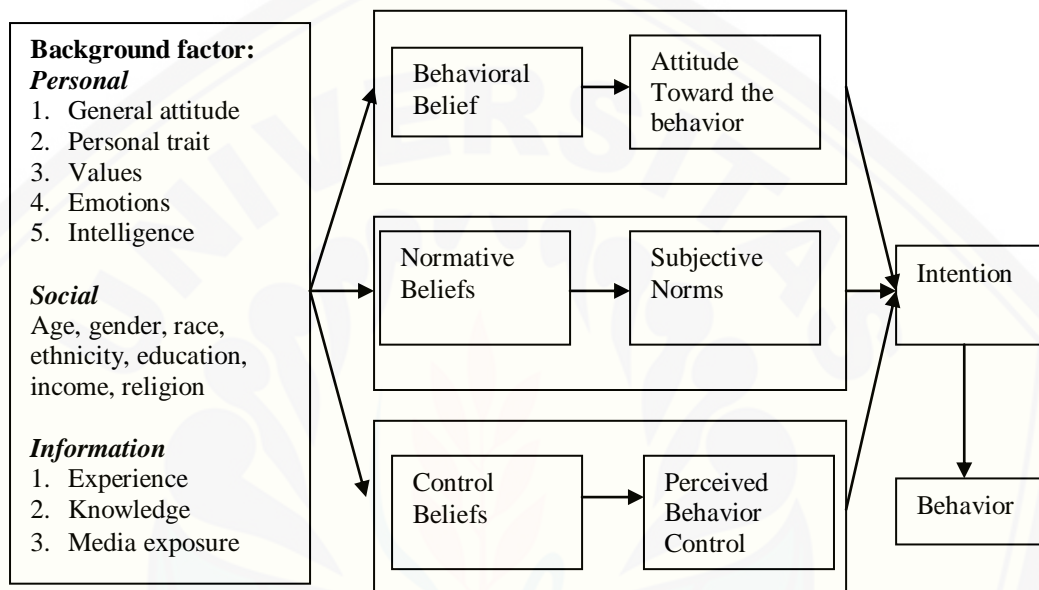
## 2.6 Theory of Planned Behavior (TPB)

*Theory of Planned Behavior* (TPB) merupakan pengembangan dari *theory of Reasoned Action*. Dalam TRA, sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang diteliti dan beralasan, dan dampaknya terbatas hanya tiga hal. Pertama, perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tetapi sikap yang spesifik terhadap sesuatu. Kedua, perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh sikap tetapi oleh norma-norma subyektif (*subjective norms*) yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat. Ketiga, sikap terhadap suatu perilaku bersama norma-norma subyektif membentuk suatu intensi atau niat untuk berperilaku tertentu (Ajzen dalam Christ Novalita, 2008:13).



Gambar 2.2 Theory of Reasoned Action (Ajzen dalam Christ Novalita, 2008:13)

Pada teori TPB terdapat empat pemisahan variabel yaitu keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), intensi (*intention*), dan perilaku (*behavior*). Pemisahan ini dapat mengeliminasi berbagai ketidakkonsistenan yang diakibatkan oleh ketidakseragaman fokus para peneliti terhadap sikap atau variabel yang berkaitan ketika meneliti masalah penelitian yang sama menurut Fishbein dan Ajzen (dalam Adhika, 2009).



Gambar 2.3 *Theory of Planned Behavior* (Fishbein dan Ajzen dalam Adhika, 2009)

Pada teori TPB terdapat tambahan faktor yang tidak ada dalam teori TRA yaitu *perceived behavioural control* (PBC). PBC ditentukan oleh dua faktor yaitu faktor *control beliefs* (kepercayaan mengenai kemampuan dalam mengendalikan) dan *perceived power* (persepsi mengenai kekuasaan yang dimiliki untuk melakukan suatu perilaku). Dalam PBC ini motivasi seseorang dapat dipengaruhi oleh cara pandang seseorang terhadap tingkat kesulitan maupun kemudahan dalam terbentuknya suatu perilaku tertentu. Jika seseorang memiliki *control beliefs* yang kuat maka dia juga akan memiliki persepsi yang tinggi dan sebaliknya. Seseorang dapat memikirkan implikasi dari tindakan mereka sebelum mereka memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 2005). Pada gambar 2.3 dijelaskan bahwa teori TPB memiliki implikasi motivasi terhadap intensi. Seseorang yang tidak memiliki sumberdaya dan kesempatan untuk menunjukkan perilaku tertentu kemungkinan tidak akan membentuk intensi

perilaku yang kuat untuk melakukan suatu perilaku meskipun ia memiliki sikap yang positif terhadap perilaku dan keyakinan.

Selain tiga dasar determinan yang membentuk intensi, terdapat faktor latar belakang yang dapat berpengaruh terhadap intensi. Dalam TPB, faktor latar belakang mempunyai peran yang penting yaitu sebagai dasar informasi dari intensi dan perilaku (Ajzen, 2005). Berikut adalah tiga determinan dasar serta latar belakang yang berpengaruh terhadap intensi:

a. Latar Belakang

Faktor latar belakang merupakan semua faktor yang dapat mempengaruhi keyakinan *behavioral*, *normative*, dan kontrol diri serta hasilnya akan dapat mempengaruhi intensi dan tindakan yang kita lakukan. Faktor latar belakang dibagi menjadi tiga yaitu, pertama personal yang terdiri dari sikap secara umum, keperibadian, nilai-nilai, emosi dan intelegensi, kedua yaitu *social* yang didalamnya termasuk umur, jenis kelamin, agama, ras, etnis, pendidikan dan yang ketiga yaitu *informasional* termasuk di dalamnya pengalaman, pengetahuan dan penayangan media.

b. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan sebuah disposisi atau kecenderungan untuk menanggapi hal-hal yang bersifat evaluatif, disenangi atau tidak disenangi terhadap objek, orang, institusi atau peristiwa. Karakteristik paling utama yang membedakan sikap dengan variabel lain adalah sikap memiliki sifat evaluatif atau kecenderungan efektif. Sikap terhadap tingkah laku ditentukan oleh keyakinan (*belief*) akibat dari tingkah laku yang akan dilakukan. Keyakinan ini disebut sebagai *behavioral belief*. Setiap *behavioral belief* dapat menghubungkan tingkah laku dengan konsekuensi tertentu dari munculnya tingkah laku tersebut, atau kepada beberapa atribut lain seperti kerugian yang mungkin dapat timbul ketika melakukan tingkah laku tersebut. *Behavioral belief* merupakan keyakinan tentang kemungkinan hasil dari perilaku dan evaluasi dari hasil. *Behavioral belief* mengacu pada konsekuensi positif dan negatif yang dirasakan serta nilai-nilai subjektif atau evaluasi dari konsekuensi ini. *Behavioral belief* mengarah pada pembentukan sikap positif atau negatif.



$$A_B = \sum b_i e_i$$

Berdasarkan rumus tersebut sikap terhadap perilaku ( $A_B$ ) didapat dari penjumlahan hasil kali antara kekuatan *belief* terhadap *outcome* yang dihasilkan ( $b_i$ ) dengan melakukan evaluasi terhadap *outcome* I ( $e_i$ ). Sikap sebagai intensi/niat terdiri dari 4 elemen yaitu perilaku itu sendiri, target tingkah laku, dan waktu tingkah laku tersebut dilakukan.

c. Norma Subjektif (*subjective norm*)

Norma subjektif merupakan persepsi seseorang akan tekanan sosial untuk menunjukkan atau tidak menunjukkan tingkah laku dengan pertimbangan tertentu. Individu dan kelompok tertentu setuju atau tidak setuju, terlibat atau tidak terlibat bila dirinya melakukan suatu tingkah laku tertentu. Individu/ kelompok tersebut disebut *referent*. Referent yaitu orang atau kelompok sosial yang berpengaruh bagi individu, baik itu orangtua, pasangan, rekan kerja, teman dekat atau yang lain tergantung tingkah laku yang terlibat. Keyakinan yang mendasari norma subjektif ini disebut dengan *normative belief*.

$$S_N = \sum n_i m_i$$

Pada rumus di atas dapat dilihat bahwa norma subjektif ( $S_N$ ) didapat dari hasil penjumlahan hasil kali dari keyakinan normatif tentang tingkah laku I ( $n_i$ ) dengan motivasi untuk mengikutinya  $m_i$ .

d. *Perceived Behavioral Control* (PBC)

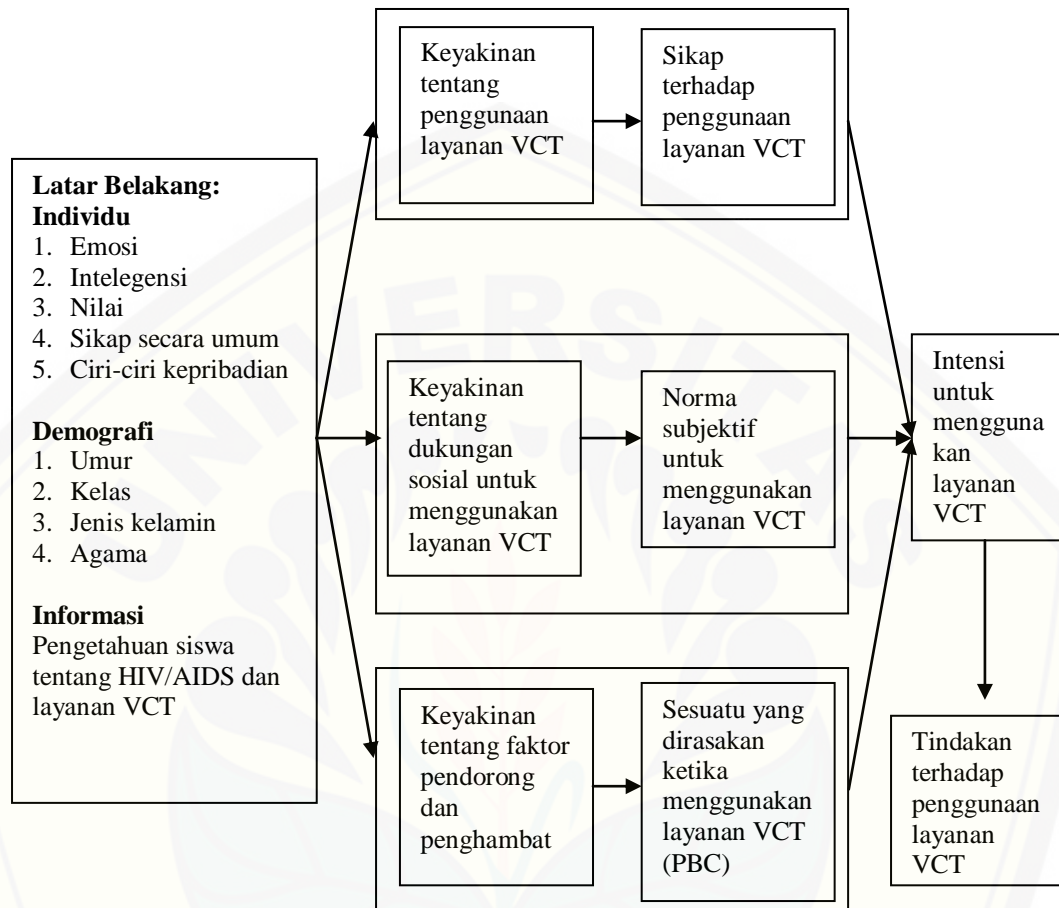
PBC merupakan perasaan *self efficacy* atau kesanggupan seseorang untuk menunjukkan tingkah laku yang diinginkan. PBC juga dianggap sebagai fungsi dari keyakinan, yaitu keyakinan individu akan ada atau tidaknya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi munculnya tingkah laku (*control belief*). PBC dibentuk oleh dua komponen yaitu *control beliefs* dan *perceived power*.

$$PBC = \sum c_i p_i$$

Pada rumus di atas, disimpulkan bahwa PBC dapat diperoleh dari penjumlahan hasil kali dari *control belief* tentang hadir/tidaknya faktor  $c_i$  dengan kekuatan faktor I dalam memfasilitasi ataupun menghambat tingkah laku ( $p_i$ ).

## 2.7 Kerangka Teori

Berikut adalah kerangka TPB yang digunakan dalam penelitian:

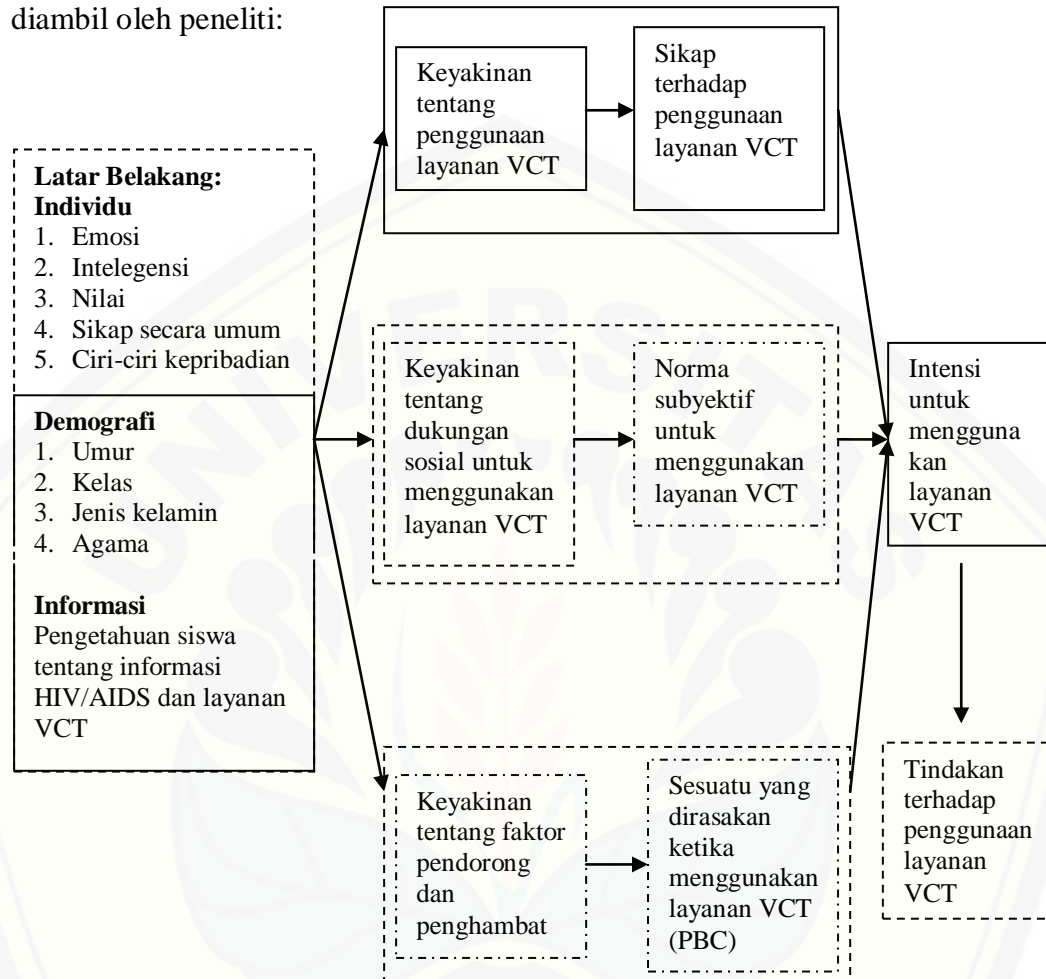


Gambar 2.4 Kerangka teori modifikasi Ajzen & Klobas (2013); Wagner & Wanyenze (2013); Loutfy *et al.* (2009); Getachew *et al.* (2010); Asfaw & Gashe (2014)



## 2.8 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori, berikut adalah kerangka konsep penelitian yang diambil oleh peneliti:



Keterangan:

———— = diteliti

----- = tidak diteliti

Gambar 2.5 Kerangka konsep penelitian

Berdasarkan kerangka konseptual tersebut, maka peneliti ingin meneliti tentang perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Terdapat 3 komponen yang mempengaruhi intensi penggunaan layanan VCT yaitu latar belakang, keyakinan, dan sikap terhadap intensi penggunaan layanan VCT. Latar belakang yang akan diteliti meliputi faktor demografi dan pengetahuan

siswa tentang HIV/AIDS dan layanan VCT. Berdasarkan kerangka konsep tersebut peneliti ingin meneliti faktor demografi yang terdiri dari umur, kelas, jenis kelamin, dan agama namun faktor demografi tersebut tidak dianalisis secara statistik. Peneliti juga ingin meneliti tentang hubungan pengetahuan siswa tentang HIV/AIDS dan layanan VCT dengan keyakinan tentang penggunaan VCT. Kemudian, keyakinan tentang penggunaan layanan VCT akan dihubungkan dengan sikap terhadap penggunaan layanan VCT. Selanjutnya, sikap terhadap penggunaan layanan VCT akan dihubungkan dengan intensi untuk menggunakan layanan VCT.

## **2.9 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- a. Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dan layanan VCT dengan keyakinan siswa tentang penggunaan layanan VCT.
- b. Ada hubungan antara keyakinan tentang penggunaan layanan VCT dengan sikap penggunaan layanan VCT.
- c. Ada hubungan sikap penggunaan layanan VCT dengan intensi untuk menggunakan layanan VCT.

### **BAB 3. METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik. Penelitian analitik merupakan penelitian yang digunakan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan variabel-variabel bebas dengan variabel terikat (Notoatmodjo, 2012:37). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, artinya variabel independen atau faktor risiko dan variabel dependen atau efek diukur satu kali dalam waktu yang bersamaan (Sastroasmoro, 2014:130).

#### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Puger Kabupaten Jember yang merupakan kecamatan dengan jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi di Kabupaten Jember. Setelah dilakukan pengambilan sampel sesuai dengan kriteria inklusi yaitu sekolah yang pernah mendapat penyuluhan tentang HIV/AIDS dan layanan VCT maka terpilihlah SMK Puger, SMK Nurul Hikmah, SMK Perikanan dan Kelautan serta SMA PGRI Kasiyan Puger sebagai tempat penelitian. SMK Puger terletak di Jl. Kencong No. 117 Kasiyan Timur, SMK Nurul Hikmah terletak di Jl. Raya Puger no. 63 Kasiyan Timur, SMK Perikanan dan Kelautan terletak di Jl. A. Yani No. 05 Mlokorejo Puger, dan SMA PGRI Kasiyan terletak di Jl. Kencong 05 Kasiyan Timur, Puger.

##### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian tentang perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember dilaksanakan pada bulan November 2016 sampai Desember 2016.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:119). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa/siswi tingkat SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS di Kecamatan Puger Kabupaten Jember yang berjumlah 1059 orang. Populasi didapatkan dengan cara peneliti melakukan studi pendahuluan ke semua sekolah tingkat SMA sebanyak 14 sekolah di Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Kemudian dari 14 sekolah tersebut hanya terdapat 4 sekolah yang pernah mendapatkan penyuluhan tentang HIV/AIDS dan layanan VCT. Selanjutnya, dari ke-4 sekolah tersebut dipilih kelas yang pernah mendapatkan penyuluhan HIV/AIDS dan layanan VCT. Berdasarkan studi pendahuluan tersebut peneliti bisa menentukan jumlah populasi penelitian.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian diartikan sebagai bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014:120). Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi sehingga dalam pengambilan sampel dibutuhkan teknik tertentu agar hasil penelitian valid (Notoatmodjo, 2012:115). Sampel dalam penelitian ini adalah siswa/siswi SMK Puger, SMK Nurul Hikmah, SMK Perikanan dan Kelautan serta SMA PGRI Kasiyan Puger di Kecamatan Puger Kabupaten Jember yang memiliki kriteria inklusi yaitu:

- a. Siswa/siswi SMA sederajat yang telah terpapar informasi HIV/AIDS dan layanan VCT;
- b. Sehat fisik pada saat pengumpulan data.
- c. Mampu berkomunikasi dengan baik.
- d. Bersedia menjadi responden.





Sampel yang diambil dalam penelitian ini dapat diketahui dengan perhitungan sebagai berikut:

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

$$n = \frac{(1,96^2)(0,5)(1 - 0,5)(1059)}{(0,1^2)(1059 - 1) + (1,96^2)(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{1017,0636}{10,58 + 0,96}$$

$$n = 88,1307$$

Berdasarkan perhitungan tersebut dapat diketahui bahwa sampel yang diperlukan sejumlah 89 orang, namun untuk mengantisipasi kemungkinan subjek penelitian terpilih yang *drop out*, *loss to follow up* atau subjek yang tidak taat pada penelitian perlu dilakukan antisipasi. Tindakan antisipasi tersebut dapat dilakukan dengan penetapan koreksi terhadap besar sampel dengan penambahan jumlah subjek agar besar sampel tetap terpenuhi (Sastroasmoro, 2011:376). Sampel koreksi tersebut dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

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

Keterangan:

$n'$  = koreksi sampel penelitian

$n$  = sampel penelitian

$f$  = presentase kemungkinan subjek penelitian yang *drop out*

$$n' = \frac{89}{1 - 0,1}$$

$$n' = 98,89$$

$$n' = 99$$

Besar anggota sampel yang diambil pada setiap SMA sesuai dengan rumus:

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan:

$nh$  : besar sampel untuk sub populasi

$n$  : besarnya sampel

$Nh$  : total masing-masing populasi

$N$  : total populasi secara keseluruhan



Berdasarkan rumus tersebut, maka besar anggota sampel di tiap SMA dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut SMA

No.	SMA	Nh	N	n	Besar Sampel
1.	SMK Puger	314	1059	99	30
2.	SMK Nurul Hikmah	34	1059	99	4
3.	SMK Perikanan dan Kelautan	469	1059	99	43
4.	SMA PGRI Kasiyan	242	1059	99	23
				Total	100

Selanjutnya besar sampel tiap kelompok pelajar yang ada juga dihitung menggunakan rumus yang sama dan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2 Distribusi Besar Sampel Menurut Kelas Pelajar

No.	SMA	Kelas	Nh	N	n	Besar Sampel		
1.	SMK Puger	X	152	314	30	14		
		XI	88	314	30	9		
		XII	77	314	30	7		
2.	SMK Nurul Hikmah	XI	34	34	4	4		
		3.	SMK Perikanan dan Kelautan	X	226	469	43	20
				XI	163	469	43	14
4.	SMA PGRI Kasiyan	XII	80	469	43	8		
		Puger	X	86	242	23	8	
			XI	83	242	23	9	
XII	73		242	23	7			
				Total	100			

### 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah segala sesuatu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:63). Variabel juga merupakan sebuah konsep yang memiliki bermacam-macam nilai (Nazir, 2013:123). Adapun variabel dalam penelitian ini sebagai berikut:

##### a. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel bebas sering disebut dengan variabel independen, *predictor*, risiko, determinan atau kausa. Variabel bebas merupakan variabel yang apabila mengalami perubahan maka akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, keyakinan, dan sikap dengan catatan pengetahuan ketika dihubungkan dengan keyakinan, keyakinan ketika dihubungkan dengan sikap dan sikap dihubungkan dengan intensi terhadap penggunaan layanan VCT.

b. Variabel tergantung (*dependent variable*)

Variabel tergantung sering disebut dengan variabel dependen, efek, hasil, *outcome*, respon, atau *event*. Variabel tergantung akan mengalami perubahan akibat perubahan variabel bebas. Variabel tergantung dalam penelitian ini yaitu keyakinan, sikap dan intensi untuk menggunakan layanan VCT dengan catatan keyakinan menjadi variabel tergantung ketika dihubungkan dengan pengetahuan, sikap menjadi variabel tergantung ketika dihubungkan dengan keyakinan dan intensi menjadi variabel tergantung ketika dihubungkan dengan sikap terhadap layanan VCT.

### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2013:126).

Tabel 3.3 Variabel, Definisi Operasional dan Skala Data

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Hasil Pengukuran	Skala Data
1.	Karakteristik responden				
	Umur	Lama waktu hidup responden atau sejak responden dilahirkan terhitung sampai saat dilakukan wawancara	Kuesioner dan Observasi (KTP/SIM/Kartu Pelajar)		Rasio
	Jenis kelamin	Ciri khas biologi responden yang dinyatakan sebagai laki-laki dan perempuan.	Kuesioner dan Observasi (KTP/SIM/Kartu Pelajar)	Dikategorikan menjadi: 0= Laki-laki 1=Perempuan	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Hasil Pengukuran	Skala Data
	Agama	Kepercayaan yang dianut oleh responden	Kuesioner dan Observasi (KTP/SIM/Kartu Pelajar)	Dikategorikan menjadi: 1. Islam 2. Kristen 3. Katholik 4. Hindu 5. Budha 6. Kepercayaan Konghucu	Nominal
	Kelas	Jenjang pendidikan yang sedang di tempuh oleh responden saat wawancara.	Kuesioner	Dikategorikan menjadi: 0= kelas X 1= kelas XI 2= kelas XII	Ordinal
2.	Perilaku				
	Komponen perilaku:				
	a. Pengetahuan pelajar SMA tentang HIV/AIDS dan layanan VCT	Kemampuan berfikir pelajar SMA secara komprehensif tentang HIV/AIDS dan layanan VCT	Kuesioner	Diukur dengan 17 pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif (nomor 1-4,7-13) dengan jawaban: a. Benar : 1 b. Salah: 0 Pernyataan negatif (nomor 5,6 dan 14) dengan jawaban: a. Salah: 1 b. Benar: 0 Penentuan skor: Nilai minimal: 0 Nilai maksimal: 17 Rentang:8,5 Kategori: 0= rendah (0- 9) 1= tinggi (10-17)	Ordinal
	b. Keyakinan siswa SMA terhadap layanan VCT	Pendapat responden terhadap penggunaan layanan VCT.	Kuesioner	Diukur dengan 5 pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif (nomor 1-3) dengan jawaban: a. Tidak Yakin : 0 b. Yakin : 1 Pernyataan negatif (nomor 4,5) dengan jawaban: a. Tidak Yakin : 1 b. Yakin : 0 Penentuan skor :	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Hasil Pengukuran	Skala Data
				Nilai minimal= 0 Nilai maksimal= 5 Rentang :2,5 Kategori: 0 = Tidak yakin (rentang skor 0-3) 1= Yakin (Rentang skor 4-5)	
c.	Sikap pelajar SMA tentang penggunaan layanan VCT	Derajat positif atau negatif responden terhadap penggunaan layanan VCT .	Kuesioner	Diukur dengan 11 pernyataan positif dan negatif. pernyataan positif (nomor 2,4,6,7,8,10 dan 11) dengan jawaban: a. Sangat Tidak Setuju (STS):1 b. Tidak Setuju (TS): 2 c. Setuju (S): 3 d. Sangat Setuju (SS):4 Pernyataan negatif (nomor 1,3,5,9) dengan jawaban: a. Sangat Tidak Setuju (STS):4 b. Tidak Setuju (TS): 3 c. Setuju (S): 2 d. Sangat Setuju (SS):1 Penentuan skor: Nilai minimum=0 Nilai maksimum=44 Rentang = 22 Kategori: 0= rendah (rentang skor 0-22) 1=tinggi (rentang skor 23-44)	Ordinal
d.	Intensi untuk menggunakan layanan VCT	Keyakinan responden untuk menggunakan layanan VCT.	Kuesioner	Diukur dengan 4 pernyataan dengan jawaban: a. Sangat Tidak Mungkin : 1 b. Tidak Mungkin:2 c. Mungkin : 3 d. Sangat Mungkin:4	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Hasil Pengukuran	Skala Data
				Penentuan skor: Nilai minimum: 0 Nilai maksimum: 16 Rentang :8 Kategori: 0= tidak yakin (rentang skor 0-8) 1= yakin (rentang skor 9-16)	

### 3.5 Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data

#### 3.5.1 Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu atau perseorangan. Biasanya data primer didapatkan melalui angket, wawancara, pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2013:50). Data primer dalam penelitian ini adalah semua data berdasarkan dari variabel penelitian yang diperoleh melalui hasil wawancara dengan bantuan kuesioner mengenai data karakteristik responden dan hasil kuesioner perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS pada kelompok sampel terpilih. Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung baik dari buku-buku literatur, arsip-arsip dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan. Data sekunder dapat digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap, atau diproses lebih lanjut (Nazir, 2013:50). Data sekunder dalam penelitian ini yaitu diperoleh dari data jumlah pelajar SMA sederajat di Kecamatan Puger Kabupaten Jember yang telah terpapar informasi HIV/AIDS dan layanan VCT.

#### 3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini yaitu dengan kuesioner dan laporan jumlah pelajar di Kecamatan Puger Kabupaten Jember yang telah terpapar informasi HIV/AIDS dan layanan VCT. Kuesioner adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya, dapat diberikan langsung



atau melalui pos atau internet (Sugiyono, 2014:193). Penelitian ini menggunakan kuesioner karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, agama dan jenjang pendidikan juga kuesioner perilaku yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan intensi terhadap penggunaan layanan VCT. Kuesioner dibacakan oleh peneliti satu per satu yang mengisi adalah responden. Apabila responden kebingungan segera menanyakan kepada peneliti maksud dari pertanyaan/ Pernyataan dalam kuesioner.

### 3.6 Validitas dan Reliabilitas

#### 3.6.1 Validitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012:164). Dasar penentuan keputusan adalah valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dan tidak valid jika  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel. Masing-masing nilai signifikan dari item pertanyaan dibandingkan nilai  $r$  tabel pada tingkat kemakanaan 5%. Penentuan validitas dilakukan dengan membandingkan nilai *correlated item-total correlation* dengan hasil perhitungan  $r$  tabel = 0,361. Jika  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka butir pertanyaan indikator tersebut dinyatakan valid (Sugiyono, 2009:179).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di SMKN 1 Jember dengan jumlah sampel yang diambil sebanyak 30 orang. Sekolah tersebut dipilih karena merupakan sekolah sederajat SMA dan lokasinya dekat dengan klinik VCT di Rumah Sakit dr. Soebandi Jember dimana jika dikaitkan dengan tempat penelitian di Kecamatan Puger juga memiliki layanan klinik VCT yaitu di Puskesmas Puger. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa instrumen penelitian valid karena hasil  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel. Uji validitas kuesioner dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus *pearson* yang diuji dengan bantuan IBM SPSS *statistic 23* dan didapatkan hasil semua pertanyaan dan pernyataan valid.

#### 3.6.2 Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh



mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012:168). Item instrumen penelitian yang valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan rumus *alpha cronbach* dan diukur berdasarkan skala 0 sampai 1. Jika skala tersebut dikelompokkan dalam lima kelas range yang sama, maka ukuran kemantapan *alpha* dapat diinterprestasikan sebagai berikut:

- 1) Nilai *Alpha Cronbach* 0,00 sampai 0,20 berarti kurang reliabel.
- 2) Nilai *Alpha Cronbach* 0,21 sampai 0,40 berarti agak reliabel.
- 3) Nilai *Alpha Cronbach* 0,41 sampai 0,60 berarti cukup reliabel.
- 4) Nilai *Alpha Cronbach* 0,61 sampai 0,80 berarti reliabel.
- 5) Nilai *Alpha Cronbach* 0,81 sampai 1,00 berarti sangat reliabel.

Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan metode *Alpha Cronbach* untuk menentukan apakah setiap instrumen reliabel atau tidak. Apabila koefisien reliabilitas mendekati angka 1,00 berarti semakin tinggi reliabilitasnya. Uji reliabilitas instrumen dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach* yang diuji dengan bantuan IBM SPSS *statistic* 23. Hasil uji reliabilitas terhadap 17 pernyataan pengetahuan diperoleh nilai sebesar 0,924 yang berarti kuesioner sangat reliabel, 5 pernyataan tentang keyakinan diperoleh nilai sebesar 0,79 yang berarti kuesioner reliabel, 11 pernyataan sikap diperoleh nilai sebesar 0,98 yang berarti kuesioner sangat reliabel, dan 4 pernyataan tentang intensi diperoleh hasil sebesar 0,747 yang berarti kuesioner reliabel.

### **3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data**

#### **3.7.1 Teknik Pengolahan Data**

Menurut Notoatmodjo (2012:174-176) tahapan setelah pengumpulan data, maka data perlu diolah untuk memudahkan analisis data perlu dilakukan:

##### **a. Pemeriksaan data (*editing*)**

*Editing* merupakan kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai melakukan pengumpulan data. Data yang telah dikumpulkan dari studi dokumentasi diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah. Proses *editing*

dalam penelitian ini dilakukan setelah responden dapat menjawab semua pertanyaan dari penelitian, tujuannya untuk menilai kelengkapan data yang sudah terkumpul.

b. Pemberian skor (*scoring*)

*Scoring* merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner. *Scoring* dilakukan dengan memberikan skor atas jawaban dari setiap pertanyaan sesuai dengan penetapan skor yang telah didefinisi-operasionalkan. *Scoring* dalam penelitian ini dilakukan pada setiap jawaban responden.

c. Tabulasi (*tabulating*)

*Tabulating* adalah langkah memasukkan data pada tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel yang sesuai dengan variabel yang diteliti.

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diharapkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Penyajian data dalam penelitian ini bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data penelitian dilakukan dengan berbagai bentuk. Dalam penelitian ini hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabel tabulasi silang yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks.

## 3.8 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data tersebut dapat memberikan arti dan makna yang bermanfaat dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara analisis univariat, dan bivariat menggunakan bantuan *software* statistika.

a. Analisis univariat

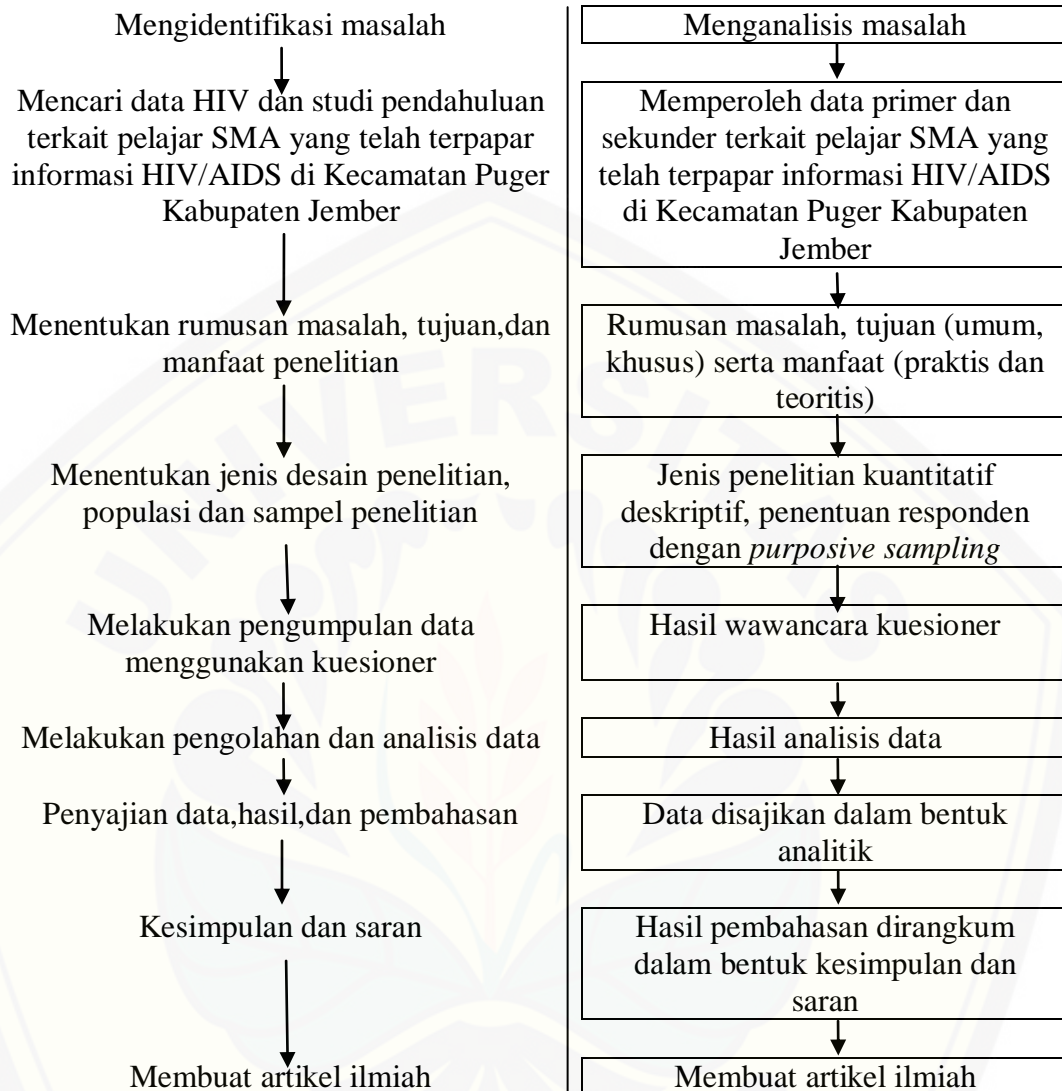
Analisis univariat menunjukkan distribusi frekuensi atau proporsi dari setiap variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat (Notoatmodjo, 2012:183). Analisis univariat dalam penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel, yaitu variabel bebas dan variabel terikat yang digambarkan dalam bentuk tabel.

b. Analisis bivariat

Setelah mengetahui karakteristik masing-masing variabel dapat diteruskan dengan analisis lebih lanjut yaitu hubungan antara 2 variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2012:183). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, keyakinan, dan sikap dengan catatan pengetahuan menjadi variabel bebas ketika dihubungkan dengan keyakinan, keyakinan menjadi variabel bebas ketika dihubungkan dengan sikap dan sikap menjadi variabel bebas ketika dihubungkan dengan intensi terhadap penggunaan layanan VCT. Variabel tergantung dalam penelitian ini yaitu keyakinan, sikap dan intensi untuk menggunakan layanan VCT dengan catatan keyakinan menjadi variabel tergantung ketika dihubungkan dengan pengetahuan, sikap menjadi variabel tergantung ketika dihubungkan dengan keyakinan dan intensi menjadi variabel tergantung ketika dihubungkan dengan sikap terhadap layanan VCT.

Analisis hubungan dalam penelitian ini terdiri dari 3 analisis hubungan yaitu antara pengetahuan dengan keyakinan, keyakinan dengan sikap, dan sikap dengan intensi. Hubungan variabel bebas dan variabel terikat dapat diketahui dengan menggunakan uji statistik. Uji statistik antara variabel bebas dan variabel terikat yang digunakan pada 3 analisis hubungan tersebut menggunakan uji *chi-square*. Analisis uji *chi-square* ini didasarkan pada derajat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah  $H_0$  diterima jika  $p\text{-value} > \alpha$  (0,05), dan  $H_0$  ditolak jika  $p\text{-value} < \alpha$  (0,05) (Notoatmodjo, 2010:182).

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang telah dilakukan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden penelitian sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Pelajar SMA yang menjadi responden penelitian mayoritas berusia 17 tahun dan semua responden beragama islam (muslim). Responden terbanyak duduk di kelas XI SMA.
- b. Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan layanan VCT termasuk dalam kategori tinggi. Keyakinan responden terhadap penggunaan layanan VCT termasuk dalam kategori yakin untuk menggunakan layanan VCT. Sikap responden terhadap penggunaan layanan VCT sebagian besar bersikap positif untuk menggunakan layanan VCT. Intensi penggunaan layanan VCT oleh responden yang telah terpapar informasi HIV/AIDS dan layanan VCT sebagian besar menyatakan berniat untuk menggunakan layanan VCT.
- c. Hasil uji analisis *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS dengan keyakinan menggunakan layanan VCT.
- d. Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara keyakinan dengan sikap menggunakan layanan VCT.
- e. Hasil uji analisis *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap dengan intensi untuk menggunakan layanan VCT.

### 5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka penulis mengajukan saran yang diharapkan dapat menjadi bahan masukan. Adapun saran tersebut yaitu:



a. Bagi Puskesmas Puger

Diadakan kerjasama puskesmas dengan pihak sekolah melalui penyuluhan atau sosialisasi tentang HIV/AIDS dan layanan VCT yang komprehensif secara rutin di sekolah-sekolah tidak hanya ketika MOS melainkan minimal 3 bulan sekali. Pihak puskesmas disarankan untuk memberikan pemahaman yang menyeluruh kepada siswa untuk memanfaatkan layanan VCT meskipun mereka tidak melakukan hal-hal yang berisiko sebagai upaya pencegahan dini penularan HIV/AIDS. Puskesmas juga diharapkan untuk memberikan motivasi dan mendorong niat pelajar untuk menggunakan layanan VCT. Pihak puskesmas disarankan untuk melakukan advokasi kepada pemerintah terkait kebijakan standar minimal penggunaan layanan VCT bagi kelompok rentan yaitu kelompok yang tidak berisiko namun tinggal di daerah dengan angka HIV/AIDS yang tinggi khususnya remaja. Puskesmas juga diharapkan bekerjasama dengan fakultas kesehatan terkait penggunaan media seperti diadakannya penyuluhan dalam bentuk pentas/drama atau seminar memperingati Hari AIDS Sedunia dengan menekankan pada manfaat dari penggunaan layanan VCT sebagai upaya pencegahan penyebaran HIV/AIDS sejak dini.

b. Bagi Remaja

- 1) Remaja diharapkan memanfaatkan pelayanan yang terdapat di layanan VCT meskipun tidak melakukan hal-hal berisiko HIV/AIDS .
- 2) Remaja diupayakan untuk meningkatkan kesertaan dalam berbagai kegiatan sosial remaja khususnya kegiatan preventif HIV/AIDS seperti ikut terlibat dalam kegiatan PIK-R (Pusat Informasi dan Konseling Remaja).
- 3) Remaja yang sudah mengetahui informasi tentang HIV/AIDS dan telah menggunakan layanan VCT hendaknya aktif dalam kegiatan *peer group* untuk memotivasi teman sebayanya untuk menggunakan layanan VCT.
- 4) Remaja yang melakukan hal-hal berisiko terkena HIV hendaknya rutin memeriksakan diri minimal 3 bulan sekali sedangkan bagi remaja yang

tidak melakukan hal berisiko HIV hendaknya rutin ke layanan VCT minimal 6 bulan sekali.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

- 1) Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap intensi penggunaan layanan VCT seperti faktor norma subjektif dan faktor PBC (sesuatu yang dirasakan ketika menggunakan layanan VCT ).
- 2) Peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian dengan populasi yang lebih besar yaitu mencakup semua SMA sederajat yang terdapat di Kabupaten Jember terutama di daerah dengan jumlah HIV/AIDS yang tinggi.
- 3) Peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian terkait perilaku remaja yang berisiko terhadap intensi penggunaan layanan VCT.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Adhika, T. 2009. *Pengaruh Sikap, Norma Subjektif, dan Perceived Behavioral Control terhadap Intensi Menggunakan Transjakarta untuk Pergi ke Tempat Kerja*. Jakarta: FPsi UI.
- Agistin, W. 2013. Peranan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Samarinda. *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, volume 1 (4):1434-1443.
- Ajzen, I. 1991. *Organizational Behavior and Human Decision Processes 50: The Theory of Planned Behavior*. Massachusetts state: Academic Press. Vol. 50:179-211.
- Ajzen, I. 2005. *Attitude, Personality and Behavior*. Maidenhead: Open University Press.
- Ajzen, I dan Klobas. 2013. *Fertility Intentions: an Approach Based on the Theory of Planned Behavior*. <http://demographic-research.org/volume/vol29/8/pdf>. [13 September 2016]
- Amin, T. P. 2013. *Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Perilaku Seksual di SMA Swasta Pasca Budi*. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/41236>. [31 Juli 2016]
- Amri, M. U. 2013. "Perbedaan Perilaku Seksual Remaja yang Mengikuti dan Tidak Mengikuti Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) pada Remaja SMU di Kabupaten Jember". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Arimoerti, P. H., Utami, M. S., dan Winarno, A. R. D. 2000. Intensi Menggunakan Jasa Psikolog Masyarakat Kota Ditinjau dari Sikap dan Norma Subyektif tentang Pelayanan Jasa Psikolog. *Psikodimensia* Vol.1 No.1 (1-50)
- Asfaw, Hussen M dan Gashe, Fikre E. 2004. *Fertility Intention among HIV Positive Women Aged 18-49 Years in Addis Ababa Ethiopia: a Cross Sectional Study*. *Reproductive Health*. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/36>. [13 September 2016].
- Azwar, S. 2012. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Belajar.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2011. *Kajian Profil Penduduk Remaja (10-24 tahun)*. [serial online]. <http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/Hasil%20Penelitian/Karakteristik%2>

0Demografis/2011/Kajian%20Profil%20Penduduk%20Remaja%20(10%20-%2024%20tahun).pdf. [1 Agustus 2016].

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2012. *Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (PIK R/M)*. Jakarta: Direktorat Bina Ketahanan Remaja.

Badan Pusat Statistik. 2015. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Provinsi Jawa Timur.[serial online]. <http://jatim.bps.go.id/LinkTabelStatistis/view/id/342>. [8 Agustus 2016].

Bem, D. 1972. *Self-Perception Theory in Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 6, ed. Leonard Berkowitz, 1-63. Academic Press: New York.

Bishop G. D., Oh H. M. L., and Swee, H. Y. 1997. Attitudes and Beliefs of Singapore Health Care Professionals Concerning HIV/AIDS. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11063203>. [3 Maret 2017].

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. Laporan Jumlah Penderita HIV/AIDS Kabupaten Jember Tahun 2016. Jember.

Dyah, C. & Tesinia. 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Intensi (Niat) Remaja Putri dalam Mengonsumsi Tablet Fe di SMP Negeri 1 Karangawen Kabupaten Demak. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.

Eriyanto. 2007. *Teknik Analisis Opini Publik*. Yogyakarta: PT LKiS Pelangi Aksara.

Fauriza, T. C. M. I. 2014. Analisis Persepsi Penyakit dan Nilai Syariat Islami terhadap Minat Memanfaatkan Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) di Kota Langsa. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Fausiah *et al.* 2013. Pengaruh Sikap, Norma Subyektif, dan Persepsi Kontrol Perilaku terhadap Intensi Karyawan untuk Berperilaku K3 di Unit PLTD PLN (Persero) Sektor Tello Wilayah Suselbar (Aplikasi TPB). *Jurnal Online Bagian Kesehatan dan Keselamatan Kerja FKM Unhas*. <http://repository.unhas.ac.id>. Diakses tanggal 9 Januari 2017.

Glanz, K. B., Rimer, B. K., dan Viswanath, K. 2008. *Health Behavior and Health Education (Theory, Research, and Practice)* 4<sup>th</sup> Edition. United States of America: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Getachew, M. Alemseged, F. Abera, M. dan Deribew, A. 2010. Factors Affecting Fertility Decisions of Married Men and Women Living with HIV in South Wollo Zone, Northeast Ethiopia. *Ethiop J Health*. Vol.24 (23): Hal. 214-220.



- Ginting, Br Liani. 2014. Perilaku Remaja tentang Pencegahan HIV/AIDS di SMA Negeri 17 Medan. *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatera Utara [serial Online]. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/46138>. [31 Juli 2016].
- Halima, N. 2015. Intensi Kehamilan pada Perempuan dengan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Handika, M., F., D. & Sudaryanti, D. 2017. Analisis faktor-Faktor yang Mempengaruhi Niat Mahasiswa Melakukan Tindakan *Whistleblowing* (Studi pada Mahasiswa Akuntansi STIE Asia Malang). *Jibeka* Vol. 11 Nomor 1 Februari 2017: 56-63.
- Hendrastuti, R. 2014. Pengaruh Pendidikan Kesehatan pada Remaja terhadap Stigma tentang Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di SMA Sultan Agung Kecamatan Puger Kabupaten Jember. *Skripsi*. Universitas Jember.
- Kemeterian Kesehatan RI. 2012. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) Edisi Kedua. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemeterian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS. Jakarta: Kemeterian Kesehatan.
- Kemeterian Kesehatan. 2014. *Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2014 Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemeterian Kesehatan RI. 2015. Infodatin: Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20reproduksi%20remaja-ed.pdf>. [30 Juli 2016].
- Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember. 2014. *Laporan Jumlah Penderita HIV/AIDS Kabupaten Jember Komisi Penanggulanagn AIDS Jember Desember 2014*. Jember: Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember. 2015. *Laporan Jumlah Penderita HIV/AIDS Kabupaten Jember Komisi Penanggulanagn AIDS Jember September 2015*. Jember: Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember. 2016. *Data Kasus HIV/AIDS Kabupaten Jember*. Jember: KPA Kabupaten Jember.
- Loutfy, M. R., Hart, T. A., Mohammad, S. S., DeSheng Su D., Ralph, E. D., Walmsley, S. L., Soje, L. C., Rachlis, A. R., Smaill FM., Angel JB., Raboud JM., Silverman MS., Tharao, WE., Gough, K., Yudin, M. H. 2009. *Fertility*



*Desires and Intentions of HIV Positive Women of Reproductive Age in Ontario, Canada: a Crosssectional Study.* PLoS ONE 4 (12): e7925. Doi:10.1371/journal.pone.0007925.

Luthviatin, N., Zulkarnain E., Istiaji E., Rokhmah D. 2012. *Dasar-dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jember: Jember University Press.

Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan.* Yogyakarta : Graha Ilmu.

Muzayin, A. 2013. "Hubungan Antara Pengetahuan, Keyakinan, dan Sikap Tenaga Kesehatan terhadap Sikap Upaya Penanggulangan HIV-AIDS di Kabupaten Boyolali. Tidak Diterbitkan. Tesis. Surakarta: Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.

Nazir. 2013. *Metode Penelitian.* Jakarta: Ghalia Indonesia.

Negara, M. P. 2013. Pengaruh Action Learning terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang HIV/AIDS dan Klinik VCT di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember. Skripsi. Jember: Univeritas Jember.

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

Notoadmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

Novalita, C. 2008. *Menggunakan Alat Kontrasepsi setelah Kelahiran Anak Pertama pada Wanita Usia Subur yang Sudah Menikah Ditinjau dari Theory of Reasoned Action.* Semarang: Universitas Soegijapranata.

Pratiwi, N. L. dan Basuki, H. 2011. Hubungan Karakteristik Remaja Terkait Risiko Penularan HIV-AIDS dan Perilaku Seks Tidak Aman di Indonesia.

Pradono, J. dan Mujiati. 2014. Faktor Persepsi dan Sikap dalam Pemanfaatan Layanan Vouluntary Counseling and Testing (VCT) oleh Kelompok Berisiko HIV/AIDS di Kota Bandung Tahun 2013. [serial online]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/download/3882/3727>. Diakses tanggal 5 Maret 2017.

Permenkes. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV.* Jakarta: Menkes RI.

Safrina, L., Sari, K., dan Mawarpury, M. 2016. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Wanita Dewasa Muda terhadap Kanker Leher Rahim. *Jurnal Mediapsi.* Vol. 2 (1):19-28.

- Sarwono. 2010. *Psikologi Remaja, Edisi Revisi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Sastroasmoro, S., dan Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-5*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 2013. *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Susanti. 2012. "Hubungan Jenis Kelamin, Keterpaparan Media dan Pengaruh Teman Sebaya dengan Perilaku Seksual Remaja di SMPN 6 Palolo Sulawesi Tengah". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia.
- Susanto, T. 2011. "Model Remaja untuk Remaja dalam Pemenuhan Kesehatan Reproduksi pada Agregate Remaja di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok". Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Depok: Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Keperawatan Depok.
- Riset Kesehatan Dasar. 2010. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*. Jakarta: Depkes RI.
- Wagner, G.J dan Wanyenze, R. 2013. *Fertility Desires and Intensions and the relationship to Consistent Condom Use and Provider Communication Regarding Childbearing among HIV Clients in Uganda*. ISRN Infections Diseases. Artikel 478192. [serial online]. <http://dx.doi.org/10.5402/2013/478192>. [1 Desember 2015].
- Wibowo, D. E. dan Marom, S. 2014. *Tingkat Pengetahuan Remaja tentang HIV/AIDS di Kota Pekalongan*. Pekalongan: Universitas Pekalongan.

**LAMPIRAN****LAMPIRAN A. Pengantar****KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN  
PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT****Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995, 322996  
Fax. (0331) 337878 Jember 68121**

---

**PENGANTAR**

Dengan hormat,

Dalam upaya menyelesaikan Program Pendidikan S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melaksanakan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku pelajar SMA yang telah terpapar informasi HIV/AIDS terhadap intensi penggunaan layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

Maka, untuk mencapai tujuan tersebut peneliti dengan hormat meminta kesediaan anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan untuk penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesediaan anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember, 11 November 2016

Peneliti

Aminatul Laila

**LAMPIRAN B. Informed Consent Penelitian**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN  
PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp.(0331)322995,322996  
Fax. (0331) 337878 Jember 68121**

---

**Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Umur : .....

Bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul **“Perilaku Pelajar SMA yang Telah Terpapar Informasi HIV/AIDS terhadap Intensi Penggunaan Layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember”**.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau risiko apapun pada saya sebagai informan. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Jember,

Informan

(.....)

**LAMPIRAN C. Kuesioner Penelitian**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN  
PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331)322995, 322996  
Fax. (0331) 337878 Jember 68121**

---

**Judul: Perilaku Pelajar SMA yang Telah Terpapar Informasi HIV/AIDS terhadap Intensi Penggunaan Layanan VCT di Kecamatan Puger Kabupaten Jember.**

**Petunjuk :**

- a. Isilah pertanyaan di bawah ini
- b. Berilah tanda checklist (√) pada kotak yang tersedia sesuai dengan jawaban anda

**A. Karakteristik Responden**

1. Umur anda saat ini.....tahun
2. Kelas .....
3. Jenis kelamin
  - Perempuan
  - Laki-laki
4. Agama
  - Islam
  - Kristen
  - Katholik
  - Hindu
  - Budha
  - Kepercayaan konghucu



### B. Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Layanan VCT

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang merupakan jawaban yang menurut anda paling benar pada kolom benar dan salah.

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	HIV merupakan singkatan dari <i>Human Immunodeficiency Virus</i> .		
2.	HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia.		
3.	AIDS merupakan singkatan dari <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> .		
4.	Menggunakan narkoba jenis jarum suntik berisiko terkena HIV/AIDS.		
5.	Berciuman dengan bibir mengandung risiko menularkan virus HIV/AIDS.		
6.	Melakukan hubungan seksual sekali saja tidak akan berisiko terkena HIV/AIDS.		
7.	Layanan VCT merupakan tempat yang digunakan tempat untuk pemeriksaan HIV/AIDS.		
8.	Tes HIV/AIDS di layanan VCT dilakukan oleh petugas kesehatan.		
9.	Sebelum melakukan tes HIV/AIDS di layanan VCT, pasien mengisi <i>informed consent</i> (lembar persetujuan).		
10.	Lembar <i>informed consent</i> diberikan kepada pasien yang datang ke layanan VCT sebagai prosedur persyaratan sebelum dilakukan konseling dan tes darah.		
11.	Layanan VCT tidak hanya dilakukan di puskesmas atau rumah sakit tetapi bisa dengan layanan VCT keliling.		
12.	VCT memegang peranan penting sebagai strategi untuk dapat mengurangi angka kejadian HIV/AIDS dengan cara mengurangi penyebaran penularan HIV/AIDS.		
13.	Hasil tes VCT sangat dijaga kerahasiaannya oleh petugas kesehatan dari orang lain.		
14.	VCT perlu dikenalkan kepada populasi kunci yaitu populasi yang berisiko tinggi menularkan HIV/AIDS seperti pekerja seks komersial (PSK) saja.		
15.	Virus HIV dapat menular melalui ASI (Air Susu Ibu).		

16.	Hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, laki-laki seks laki-laki, dan seks anal akan berisiko tinggi tertular HIV/AIDS.		
17.	Pemeriksaan HIV/AIDS di layanan VCT adalah gratis.		

### C. Keyakinan tentang Penggunaan Layanan VCT

Pada beberapa pertanyaan berikut ini, anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

TY = Tidak Yakin      Y = Yakin

Cara menilainya adalah dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang ada di sebelah kanan pernyataan.

Contoh:

No.	Pernyataan	TY	Y
1.	Bagi saya, jika saya pergi ke layanan VCT saya dapat terbebas dari HIV/AIDS.		√

Jawaban tersebut berarti: bagi anda, jika pergi ke layanan VCT saya dapat terbebas dari HIV/AIDS.

Berikut adalah pernyataannya. Kerjakan dengan cermat dan teliti.

No.	Pernyataan	TY	Y
1.	Bagi saya, dengan periksa ke layanan VCT maka saya akan mengetahui status HIV/AIDS saya.		
2.	Bagi saya, jika periksa ke layanan VCT maka saya dapat mencegah penularan HIV/AIDS sejak dini.		
3.	Bagi saya, di layanan VCT disediakan penyuluhan sebelum dan sesudah melakukan tes HIV/AIDS.		
4.	Bagi saya, teman-teman saya akan mengira saya terkena HIV/AIDS ketika saya mengunjungi layanan VCT.		
5.	Bagi saya, saya akan dikucilkan oleh teman-teman saya jika saya pergi ke layanan VCT.		

### D. Sikap tentang Penggunaan Layanan VCT

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang merupakan jawaban yang menurut anda benar.

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Jika saya tidak pernah melakukan aktivitas berisiko, saya tidak perlu periksa HIV/AIDS ke layanan VCT.				
2.	Karena tempat tinggal saya banyak penderita HIV/AIDS-nya maka saya perlu periksa ke layanan VCT.				
3.	Saya tidak perlu mengikuti penyuluhan layanan VCT karena saya tidak terkena HIV/AIDS.				
4.	Saya akan meyebarkan informasi tentang manfaat layanan VCT kepada orang lain.				
5.	Saya tidak perlu periksa ke layanan VCT hanya karena saya pernah melakukan hubungan seksual.				
6.	Saya akan mengajak teman untuk memeriksakan diri ke layanan VCT.				
7.	Saya akan mencari informasi yang banyak kepada teman-teman untuk mengetahui tentang layanan VCT.				
8.	Saya beranggapan bahwa sasaran layanan VCT bukan hanya PSK (pekerja seks komersial) yang ada di lokalisasi, tetapi juga semua masyarakat yang tinggal di daerah dengan angka kejadian HIV/AIDS tinggi.				
9.	Jika saya tahu teman saya positif HIV/AIDS maka saya akan memberitahunya kepada teman-teman yang lain.				
10.	Jika ada informasi yang diberikan oleh pihak puskesmas mengenai prinsip layanan VCT saya akan memperhatikan dengan baik.				
11.	Saya harus harus paham tentang layanan VCT sebagai layanan utama untuk HIV/AIDS karena saya tinggal di daerah dengan angka kejadian HIV/AIDS tinggi.				





LAMPIRAN D. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1. Hasil Uji Validitas

a. Pengetahuan

Correlations

	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	JUMLAH	
item 1	Pearson Correlation	1	.802**	.193	.239	.271	.222	.239	.802**	.254	.802**	.239	.271	.802**	.288	.239	.254	1.000**	.640**
	Sig. (2-tailed)		.000	.307	.203	.147	.238	.203	.000	.176	.000	.203	.147	.000	.122	.203	.176	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 2	Pearson Correlation	.802**	1	.241	.149	.338	.277	.149	.630**	.316	.630**	.149	.338	.630**	.196	.149	.316	.802**	.579**
	Sig. (2-tailed)	.000		.200	.432	.068	.138	.432	.000	.088	.000	.432	.068	.000	.299	.432	.088	.000	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 3	Pearson Correlation	.193	.241	1	.162	.776**	.900**	.323	.241	.814**	.241	.323	.776**	.241	.283	.162	.814**	.193	.775**
	Sig. (2-tailed)	.307	.200		.394	.000	.000	.082	.200	.000	.200	.082	.000	.200	.129	.394	.000	.307	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 4	Pearson Correlation	.239	.149	.162	1	.133	.212	.760**	.447*	.106	.149	.760**	.133	.447*	.877**	1.000**	.265	.239	.520**
	Sig. (2-tailed)	.203	.432	.394		.482	.260	.000	.013	.577	.432	.000	.482	.013	.000	.000	.156	.203	.003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 5	Pearson Correlation	.271	.338	.776**	.133	1	.857**	.293	.139	.949**	.338	.293	1.000**	.139	.222	.133	.949**	.271	.755**
	Sig. (2-tailed)	.147	.068	.000	.482		.000	.115	.463	.000	.068	.115	.000	.463	.238	.482	.000	.147	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 6	Pearson Correlation	.222	.277	.900**	.212	.857**	1	.372*	.277	.901**	.277	.372*	.857**	.277	.326	.212	.901**	.222	.825**
	Sig. (2-tailed)	.238	.138	.000	.260	.000		.043	.138	.000	.138	.043	.000	.138	.079	.260	.000	.238	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 7	Pearson Correlation	.239	.149	.323	.760**	.293	.372*	1	.447*	.265	.149	.760**	.293	.447*	.877**	.760**	.425*	.239	.603**
	Sig. (2-tailed)	.203	.432	.082	.000	.115	.043		.013	.156	.432	.000	.115	.013	.000	.000	.019	.203	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 8	Pearson Correlation	.802**	.630**	.241	.447*	.139	.277	.447*	1	.119	.630**	.447*	.139	1.000**	.523**	.447*	.316	.802**	.630**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.200	.013	.463	.138	.013		.532	.000	.013	.463	.000	.003	.013	.088	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 9	Pearson Correlation	.254	.316	.814**	.106	.949**	.901**	.265	.119	1	.316	.265	.949**	.119	.198	.106	.894**	.254	.762**
	Sig. (2-tailed)	.176	.088	.000	.577	.000	.000	.156	.532		.088	.156	.000	.532	.295	.577	.000	.176	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 10	Pearson Correlation	.802**	.630**	.241	.149	.338	.277	.149	.630**	.316	1	.149	.338	.630**	.196	.149	.316	.802**	.579**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.200	.432	.068	.138	.432	.000	.088		.432	.068	.000	.299	.432	.088	.000	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 11	Pearson Correlation	.239	.149	.323	.760**	.293	.372*	.760**	.447*	.265	.149	1	.293	.447*	.877**	.760**	.425*	.239	.603**
	Sig. (2-tailed)	.203	.432	.082	.000	.115	.043	.000	.013	.156	.432		.115	.013	.000	.000	.019	.203	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 12	Pearson Correlation	.271	.338	.776**	.133	1.000**	.857**	.293	.139	.949**	.338	.293	1	.139	.222	.133	.949**	.271	.755**
	Sig. (2-tailed)	.147	.068	.000	.482	.000	.000	.115	.463	.000	.068	.115		.463	.238	.482	.000	.147	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 13	Pearson Correlation	.802**	.630**	.241	.447*	.139	.277	.447*	1.000**	.119	.630**	.447*	.139	1	.523**	.447*	.316	.802**	.630**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.200	.013	.463	.138	.013	.000	.532	.000	.013	.463		.003	.013	.088	.000	.000



	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item 14	Pearson Correlation	.288	.196	.283	.877**	.222	.326	.877**	.523**	.198	.196	.877**	.222	.523**	1	.877**	.372*	.288	.620**
	Sig. (2-tailed)	.122	.299	.129	.000	.238	.079	.000	.003	.295	.299	.000	.238	.003	.000	.043	.122	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
item 15	Pearson Correlation	.239	.149	.162	1.000**	.133	.212	.760**	.447*	.106	.149	.760**	.133	.447*	.877**	1	.265	.239	.520**
	Sig. (2-tailed)	.203	.432	.394	.000	.482	.260	.000	.013	.577	.432	.000	.482	.013	.000	.156	.203	.003	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
item 16	Pearson Correlation	.254	.316	.814**	.265	.949**	.901**	.425*	.316	.894**	.316	.425*	.949**	.316	.372*	.265	1	.254	.803**
	Sig. (2-tailed)	.176	.088	.000	.156	.000	.000	.019	.088	.000	.088	.019	.000	.088	.043	.156	.176	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
item 17	Pearson Correlation	1.000**	.802**	.193	.239	.271	.222	.239	.802**	.254	.802**	.239	.271	.802**	.288	.239	.254	1	.640**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.307	.203	.147	.238	.203	.000	.176	.000	.203	.147	.000	.122	.203	.176	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
JUMLAH	Pearson Correlation	.640**	.579**	.775**	.520**	.755**	.825**	.603**	.630**	.762**	.579**	.603**	.755**	.630**	.620**	.520**	.803**	.640**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

b. Keyakinan

Correlations

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	jumlah	
Item 1	Pearson Correlation	1	.272	.802**	.523**	-.050	.692**
	Sig. (2-tailed)		.146	.000	.003	.792	.000
	N	30	30	30	30	30	30
Item 2	Pearson Correlation	.272	1	.218	.120	-.031	.573**
	Sig. (2-tailed)	.146		.247	.527	.872	.001
	N	30	30	30	30	30	30
Item 3	Pearson Correlation	.802**	.218	1	.681**	.161	.789**
	Sig. (2-tailed)	.000	.247		.000	.395	.000
	N	30	30	30	30	30	30
Item 4	Pearson Correlation	.523**	.120	.681**	1	.237	.728**
	Sig. (2-tailed)	.003	.527	.000		.208	.000
	N	30	30	30	30	30	30
Item 5	Pearson Correlation	-.050	-.031	.161	.237	1	.467**
	Sig. (2-tailed)	.792	.872	.395	.208		.009
	N	30	30	30	30	30	30
jumlah	Pearson Correlation	.692**	.573**	.789**	.728**	.467**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.009	
	N	30	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

c. Sikap

Correlations

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Jumlah
Item 1	Pearson Correlation	1	.339	.476**	.290	.476**	.867**	.437*	.335	.931**	.512**	.942**	.880**
	Sig. (2-tailed)		.067	.008	.119	.008	.000	.016	.070	.000	.004	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 2	Pearson Correlation	.339	1	.210	.191	.210	.462*	.026	.118	.450*	.243	.447*	.490**
	Sig. (2-tailed)	.067		.266	.313	.266	.010	.890	.535	.012	.195	.013	.006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 3	Pearson Correlation	.476**	.210	1	.226	.929**	.308	.520**	.207	.570**	.933**	.427*	.710**
	Sig. (2-tailed)	.008	.266		.231	.000	.098	.003	.272	.001	.000	.019	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 4	Pearson Correlation	.290	.191	.226	1	.141	.382*	.658**	.853**	.309	.201	.281	.526**
	Sig. (2-tailed)	.119	.313	.231		.457	.037	.000	.000	.097	.286	.132	.003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 5	Pearson Correlation	.476**	.210	.929**	.141	1	.254	.520**	.290	.521**	.933**	.480**	.702**
	Sig. (2-tailed)	.008	.266	.000	.457		.176	.003	.120	.003	.000	.007	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 6	Pearson Correlation	.867**	.462*	.308	.382*	.254	1	.252	.357	.848**	.372*	.921**	.811**
	Sig. (2-tailed)	.000	.010	.098	.037	.176		.180	.053	.000	.043	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 7	Pearson Correlation	.437*	.026	.520**	.658**	.520**	.252	1	.714**	.438*	.464**	.382*	.638**
	Sig. (2-tailed)	.016	.890	.003	.000	.003	.180		.000	.015	.010	.037	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 8	Pearson Correlation	.335	.118	.207	.853**	.290	.357	.714**	1	.238	.268	.388*	.552**
	Sig. (2-tailed)	.070	.535	.272	.000	.120	.053	.000		.204	.152	.034	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 9	Pearson Correlation	.931**	.450*	.570**	.309	.521**	.848**	.438*	.238	1	.570**	.915**	.902**
	Sig. (2-tailed)	.000	.012	.001	.097	.003	.000	.015	.204		.001	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 10	Pearson Correlation	.512**	.243	.933**	.201	.933**	.372*	.464**	.268	.570**	1	.512**	.739**
	Sig. (2-tailed)	.004	.195	.000	.286	.000	.043	.010	.152	.001		.004	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Item 11	Pearson Correlation	.942**	.447*	.427*	.281	.480**	.921**	.382*	.388*	.915**	.512**	1	.892**
	Sig. (2-tailed)	.000	.013	.019	.132	.007	.000	.037	.034	.000	.004		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Jumlah	Pearson Correlation	.880**	.490**	.710**	.526**	.702**	.811**	.638**	.552**	.902**	.739**	.892**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.006	.000	.003	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

d. Intensi

**Correlations**

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Jumlah
Item 1	Pearson Correlation	1	.677**	.385*	.711**	.927**
	Sig. (2-tailed)		.000	.036	.000	.000
	N	30	30	30	30	30
Item 2	Pearson Correlation	.677**	1	.142	.405*	.754**
	Sig. (2-tailed)	.000		.454	.026	.000
	N	30	30	30	30	30
Item 3	Pearson Correlation	.385*	.142	1	.199	.568**
	Sig. (2-tailed)	.036	.454		.292	.001
	N	30	30	30	30	30
Item 4	Pearson Correlation	.711**	.405*	.199	1	.755**
	Sig. (2-tailed)	.000	.026	.292		.000
	N	30	30	30	30	30
Jumlah	Pearson Correlation	.927**	.754**	.568**	.755**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000	
	N	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**2. Hasil Uji Reliabilitas**

a. Pengetahuan

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.924	17

b. Keyakinan

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.924	17

c. Sikap

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.908	11

d. Intensi

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.924	17



**LAMPIRAN E. HASIL PENELITIAN**

**a. Karakteristik Responden**

**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15	9	9.0	9.0	9.0
16	37	37.0	37.0	46.0
17	47	47.0	47.0	93.0
18	6	6.0	6.0	99.0
19	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Kelas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kelas X	26	26.0	26.0	26.0
kelas XI	56	56.0	56.0	82.0
kelas XII	18	18.0	18.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Jenis kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	46	46.0	47.4	47.4
perempuan	51	51.0	52.6	100.0
Total	97	97.0	100.0	
Missing System	3	3.0		
Total	100	100.0		

**agama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muslim	100	100.0	100.0	100.0



**pengetahuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	1	1.0	1.0	1.0
tinggi	99	99.0	99.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Keyakinan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidakyakin	32	32.0	32.0	32.0
yakin	68	68.0	68.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Sikap**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	12	12.0	12.0	12.0
positif	88	88.0	88.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Intensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak berniat	22	22.0	22.0	22.0
berniat	78	78.0	78.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**b. Analisis Hubungan**

**1) Hubungan antara pengetahuan dengan keyakinan**

**Case Processing Summary**

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * keyakinan	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

**pengetahuan \* keyakinan Crosstabulation**

Count

		keyakinan		Total
		tidakyakin	yakin	
pengetahuan	rendah	0	1	1
	tinggi	32	67	99
Total		32	68	100

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.475 <sup>a</sup>	1	.491		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.776	1	.378		
Fisher's Exact Test				1.000	.680
Linear-by-Linear Association	.471	1	.493		
N of Valid Cases	100				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .32.

b. Computed only for a 2x2 table

2) Hubungan keyakinan dengan sikap

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.011 <sup>a</sup>	1	.916		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.011	1	.916		
Fisher's Exact Test				1.000	.576
Linear-by-Linear Association	.011	1	.916		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.84.

b. Computed only for a 2x2 table

3) Hubungan sikap dengan intensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap * intensi	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

sikap \* intensi Crosstabulation

Count

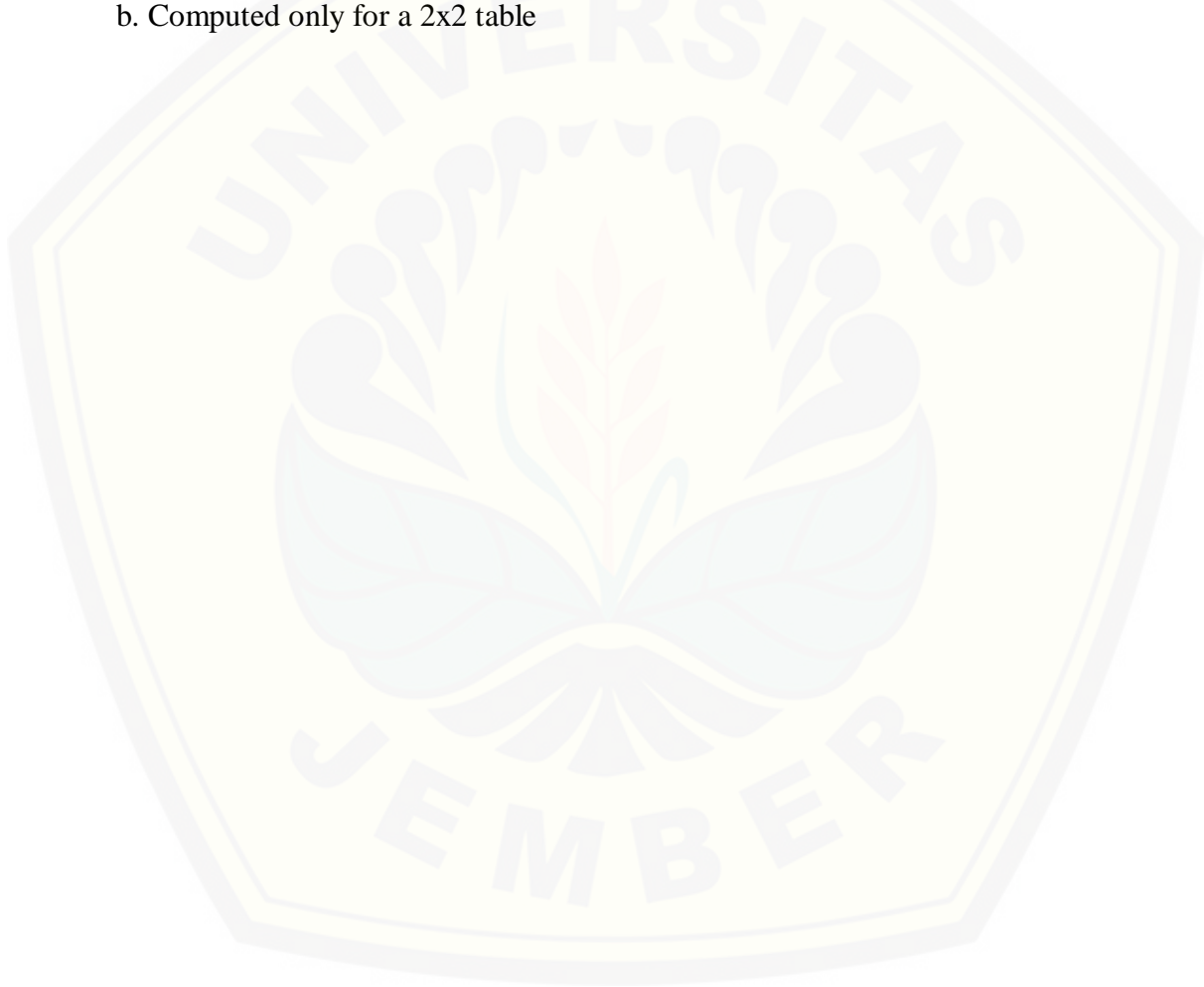
		intensi		Total
		tidakberniat	berniat	
sikap	negatif	3	9	12
	positif	19	69	88
Total		22	78	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.072 <sup>a</sup>	1	.789		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.070	1	.792		
Fisher's Exact Test				.723	.519
Linear-by-Linear Association	.071	1	.790		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.64.

b. Computed only for a 2x2 table



**LAMPIRAN F. DOKUMENTASI**



Gambar 1. Penelitian di SMA PGRI Kasiyan



Gambar 2. Penelitian di SMK Puger



Gambar 3. Penelitian di SMK Nurul Hikmah



Gambar 4. Penelitian di SMK Perikanan dan Pelayaran Puger