

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS  
PADA WANITA USIA SUBUR DI PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN  
2017 (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

**SKRIPSI**



**OLEH :**

**BEBBY ALFIERA RIYANDINA HARDJA**

**NIM. 0801172150**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA  
MEDAN  
TAHUN 2021**

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS  
PADA WANITA USIA SUBUR DI PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN  
2017 (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

**SKRIPSI**

**Diajukan Dalam Rangka Memenuhi Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana  
Kesehatan Masyarakat (S.K.M)**

**OLEH :**

**BEBBY ALFIERA RIYANDINA HARDJA**

**NIM. 0801172150**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA  
MEDAN  
TAHUN 2021**

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS  
PADA WANITA USIA SUBUR DI PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN  
2017 (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

**BEBBY ALFIERA RIYANDINA HARDJA**

**NIM. 0801172150**

**ABSTRAK**

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global. Salah satu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS adalah dengan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang HIV/AIDS secara umum. Informasi HIV/AIDS Komprehensif merupakan salah satu bentuk pemberantasan dan pemberantasan kasus HIV/AIDS. Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017, pengetahuan komprehensif HIV/AIDS pada kelompok usia 15-49 tahun masih relatif rendah yaitu 15%, dengan target tahun 2014 sebesar 95%. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang paling mempengaruhi pengetahuan HIV/AIDS pada wanita usia subur berdasarkan data SDKI 2017. Jenis penelitian ini adalah penelitian epidemiologi deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Analisis dilakukan dengan multivariat regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan HIV/AIDS dengan pendidikan terakhir, status ekonomi, tempat tinggal, dan keterpaparan media massa Wanita usia subur di Sumatera Utara tahun 2017. Pengetahuan HIV/AIDS wanita usia subur di Sumatera Utara memiliki dampak terbesar pada keterpaparan media massa dengan OR 1.839. Oleh karena itu, diharapkan pemerintah untuk lebih sering melakukan promosi Kesehatan dan penyuluhan terkait HIV/AIDS baik itu disekolah ataupun ditempat umum.

**Kata Kunci:** HIV/AIDS; wanita usia subur; faktor pengetahuan.

**FACTORS AFFECTING KNOWLEDGE ABOUT HIV/AIDS IN WOMEN OF  
NORTH SUMATRA PROVINCE IN 2017 (2017 IDHS DATA ANALYSIS)**

**BEBBY ALFIERA RIYANDINA HARDJA**

**NIM. 0801172150**

**ABSTRACT**

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* continues to be a health problem in communities, especially on the global problem. One of the efforts made in preventing and treating HIV/AIDS is by promoting an overall increase in public knowledge about HIV/AIDS. Comprehensive knowledge of HIV/AIDS is a form of resisting and suppressing the HIV/AIDS case. Based on a 2017 Indonesian demographic and health survey, comprehensive knowledge of HIV/AIDS in people ages 15-49 is still at a low rate of 15%, with 2014 targets reaching 95%. The purpose of this study is to know what factors most influence a knowledge of HIV/AIDS in women of childbearing age based on human resources in 2017. This type of research is a descriptive epidemiology study using a quantitative approach using the 2017 demographic and health survey data (SDKI). The data were analyzed with a multivariate regression logistic. Research has found a significant link between knowledge of HIV/AIDS of women of fertile age in the 2017 northern province of Sumatra and recent education, economic status, shelter, and media presence. The most significant factor affecting knowledge of HIV/AIDS in women of childbearing age in the northern province of Sumatra is mass media proficiency with a ratio of 1,839. Therefore, it is hoped that governments will promote health and counseling HIV/AIDS related to schools and public areas more often.

**Keywords:** HIV/AIDS; women of childbearing age; knowledge factor.

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama : Bebbby Alfiera Riyandina hardja  
NIM : 0801172150  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Epidemiologi  
Tempat/Tanggal Lahir : Medan/ 08 September 1999  
Judul Skripsi : Faktor Yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Pada Wanita Usia Subur Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 (Analisis Data SDKI 2017)

**Dengan ini menyatakan bahwa:**

1. Skripsi ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Strata 1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

**Medan, 08 November 2021**

Materai 10000
------------------

Bebby Alfiera Riyandina Hardja  
NIM. 0801172150

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Nama : Bebbly Alfiera Riyandina Hardja

NIM : 0801172150

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS  
PADA WANITA USIA SUBUR DI PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN  
2017 (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

Dinyatakan bahwa skripsi dari mahasiswa ini telah disetujui, diperiksa dan  
dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.

Medan, 08 November 2021

Disetujui,

Pembimbing Umum

Pembimbing Integrasi Keislaman



dr. Nofi Susanti, M.Kes  
NIP. 198311292019032002



Dr. Jufri Naldo, M.A  
NIP. 198606262015031007

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi Dengan Judul :

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS  
PADA WANITA USIA SUBUR DI PROVINSI SUMATERA UTARA TAHUN  
2017 (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

Yang Dipersiapkan dan Dipertahankan Oleh :

**BEBBY ALFIERA RIYANDINA HARDJA**

**NIM. 0801172150**

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Skripsi  
Pada Tanggal 25 Oktober 2021 dan  
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

**TIM PENGUJI**

**Ketua Penguji**



**dr. Nofi Susanti, M.Kes**

NIP. 198311292019032002

**Penguji I**



**dr. Nofi Susanti, M.Kes**

NIP. 198311292019032002

**Penguji II**



**Tri Bayu Purnama, S.K.M., M.Med.Sci.**

NIP. 199210142019031011

**Penguji III**



**Dr. Jufri Naldo, M.A.**

NIP. 198606262015031007

Medan, November 2021

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Univeritas Islam Negeri Sumatera Utara

**Dekan,**



**Prof. Dr. Syafaruddin, M.Pd**

NIP. 196207161990031004

## **RIWAYAT HIDUP PENULIS**

Nama : Beby Alfiera Riyandina Hardja  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat, Tanggal Lahir : Medan, 08 September 1999  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Pahlawan Gg. Anom No. 17/34, Medan Perjuangan  
Telepon : 082276645599  
Email : alfierabebby@gmail.com

### **Pendidikan Formal**

Tahun 2005 – 2007 : SD Husni Thamrin  
Tahun 2007 – 2010 : SD 02 Dendang Belitung  
Tahun 2010 – 2011 : SD 104203 Tembung  
Tahun 2011 – 2014 : MTS Ar-Raushatul Hasanah  
Tahun 2014 – 2017 : MA Ar-Raudhatul Hasanah  
Tahun 2017 – 2021 : Universitas Islam Negeri Sumatera Utara (UINSU),  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi Ilmu  
Kesehatan Masyarakat, Peminatan Epidemiologi



## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*What you think, you become.*

*What you feel, you attract*

*What you imagine, you creat*

*Cause, when you really want something, the entire universe conspires to help you  
achieve it !!!*

*\_Miracle Word by Paulo & Gautama\_*

Penulis persembahkan :

\*Umi dan Ayah tercinta

\*Adik tersayang

\*Keluarga dan orang terkasih

\*Seluruh rekan seperjuangan

\*Almamaterku, UIN Sumatera Utara Medan

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Dengan menyebut nama Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Alhamdulillah atas izin Allah subhanahu wa ta'ala, penulis mengucapkan rasa syukur yang amat bahagia kepada Allah subhanahu wa ta'ala yang telah memberikan banyak nikmat, rahmat, pertolongan, kesempatan, serta kasih sayang-Nya sehingga penulis bisa berada di titik sekarang ini. Shalawat serta salam tak lupa penulis ucapkan kepada Nabi Muhammad shallallahu 'alaihi wasallam, yang telah membawa perubahan dari kegelapan menuju zaman yang terang benderang yang disinari oleh ilmu pengetahuan seperti saat ini.

Alhamdulillah, berkat izin serta rahmat Allah subhanahu wa ta'ala penulis bisa menyelesaikan tugas akhir yaitu skripsi yang berjudul **“Faktor Yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Pada Wanita Usia Subur Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 (Analisis Data SDKI 2017)”** untuk meraih gelar sarjana. Ada begitu banyak doa yang penulis panjatkan kepada Allah subhanahu wa ta'ala hingga akhirnya penulis bisa menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.

Ucapan terimakasih sebanyak-banyaknya, kasih dan sayang setulus-tulusnya, serta apresiasi dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis tujukan kepada kedua orang tua tercinta, **umi (Endang Sri Hastuti Harahap, SE)** dan **ayah (Rebo Pansuyadi, SE)** atas doa, dukungan, kasih sayang, nasihat, motivasi, cinta, dan kekuatan yang tidak pernah ada habisnya yang diberikan kepada penulis sehingga

penulis bisa menyelesaikan pendidikan dan tetap semangat hingga saat ini. *Love you to the moon and back ayah dan umi.*

Penulis juga mengucapkan banyak terimakasih yang tak terhingga kepada pihak-pihak yang mendukung dan membantu proses pengerjaan skripsi ini baik secara langsung maupun tidak langsung hingga akhirnya penulis bisa menyelesaikan skripsi ini.

1. Kepada Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (UINSU), Bapak **Prof. Dr. Syahrin Harahap, M.A.**
2. Kepada Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (FKM UINSU Medan), Bapak **Prof. Dr. Syafruddin, M.Pd.**
3. Kepada Ketua Program Studi Strata 1 (S1) Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UINSU Medan, Ibu **Susilawati, S.K.M., M.Kes.**
4. Kepada seluruh **Staff** dan **Dosen Pengajar** di FKM UINSU. Penulis sangat mengucapkan terimakasih atas ilmu, pengalaman, serta kesempatan yang telah diberikan dan diajarkan.
5. Kepada Ibu **dr. Nofi Susanti, M.Kes** selaku Dosen Pembimbing Umum skripsi. Penulis mengucapkan banyak terimakasih karena berkat doa, arahan, bimbingan, dukungan, dan motivasi yang luar biasa yang diberikan kepada penulis.
6. Kepada Bapak **Dr. Jufri Naldo, M.A** selaku Dosen Pembimbing Integrasi Keislaman. Penulis mengucapkan ribuan terimakasih atas doa, dukungan, masukan, serta ilmu yang luar biasa yang diberikan kepada penulis demi kelancaran dalam proses pembuatan skripsi ini.

7. Kepada Bapak **Tri Bayu Purnama, S.K.M., M.Med.Sci** selaku Dosen Penguji. Penulis mengucapkan ribuan terimakasih atas doa, dukungan, ilmu, kesempatan, bimbingan, dan masukan yang luar biasa yang diberikan kepada penulis.
8. Kepada Ibu **Zata Ismah, S.K.M., M.K.M** selaku ketua peminatan Epidemiologi FKM UINSU Medan yang telah memberikan banyak bimbingan, bantuan dan arahan kepada penulis, hingga akhirnya penulis bisa memiliki banyak kesempatan, kenangan, serta pengalaman selama masa perkuliahan.
9. Kepada Adik sayang **Bobby Alfiero Riyandino Hardja**, yang selalu mendukung, mendoakan, dan memberi semangat untuk apapun yang dilakukan oleh penulis. *Sukses terus ya buat kita.*
10. Kepada **Saidah Fatimah Sari Simanjuntak**, sahabat yang baik hatinya yang senantiasa membantu dan menyemangati penulis untuk terus semangat dalam perkuliahan hingga perskripsian. *Saranghae Jong.*
11. Kepada **Dini Pratiwi**, yang selalu mau direpotkan dan selalu bersedia menemani penulis dimanapun berada. Makasih Dini Cantik.
12. Kepada seluruh sahabat tercinta **Zuhrotunnisa Saragih, Salsabila Risyah, Salsabila Noviawan, Aura Tania Rozika, Mistla Fatinah, Safira Aini, Siti Nurhariza, Suci Elyda Ramadhan, Rahma Sarita, Ruin Alfi Rohmah**, dan **Afrillia Demonica** yang senantiasa mendoakan, mensupport, menyemangati, dan menghibur penulis sampai saat ini. *Love u Guys.*

13. Kepada teman seperjuangan dari awal perkuliahan **Dwi Sania Sinaga, Ainun Jariah, Nina Damayanti, Nurul Mutiah Fitriani, Feby Ayu Rahmanda, Muhammad Fiqih Julianda, Muhammad Syahreza,** dan **Dwichy Augie** yang selalu mendukung dan selalu memberikan semangat kepada penulis. *Thank u Guys.*
14. Kepada teman tersayang **Tania Ulfa Rahmayani, Nurul Aini, Dirayati Annisa, Muhammad Pani Khalafi** yang selalu semangat mendukung dan menghibur penulis selama perkuliahan. *Saranghae Guys.*
15. Kepada **23 teman** seperjuangan di **Peminatan Epidemiologi FKM UINSU Medan Angkatan 2.** Terimakasih untuk segala kesempatan dan pengalaman yang sangat istimewa selama masa perkuliahan.
16. Kepada seluruh pihak yang telah membantu penulis dengan sangat baik walaupun tidak dapat disebutkan satu per satu.

Dengan segala kerendahan hati, penulis sangat menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan masih banyak kekurangan didalamnya, namun penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan skripsi ini.

***Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.***

Medan, 08 November 2021

*Penulis*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL DENGAN SPESIFIKASI</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENEGSAHAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>vii</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	9
1.4.2 Manfaat Praktis .....	9
1.4.2.1 Bagi Peneliti .....	9
1.4.2.2 Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat .....	9
1.4.2.3 Bagi Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan .....	9

<b>BAB II LANDASAN TEORITIS.....</b>	<b>10</b>
2.1 HIV/AIDS .....	10
2.1.1 Definisi HIV/AIDS .....	10
2.1.2 Epidemi HIV/AIDS .....	12
2.1.3 Etiologi HIV/AIDS .....	14
2.1.4 Patogenesis HIV/AIDS .....	16
2.1.5 Fase-Fase perkembangan Infeksi HIV .....	18
2.1.6 Gejala Klinis HIV/AIDS .....	20
2.1.7 Faktor Risiko HIV/AIDS .....	24
2.1.8 Cara Penularan HIV/AIDS .....	29
2.1.9 Kelompok Resiko Tinggi Tertular HIV/AIDS .....	33
2.1.10 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan HIV/AIDS .....	34
2.1.11 Pencegahan dan penanggulangan Infeksi HIV .....	37
2.1.12 Pengobatan/Terapi untuk HIV/AIDS .....	41
2.2 Integrasi Keislaman .....	45
2.3 Kerangka Teori .....	52
2.4 Kerangka Konsep .....	53
2.5 Hipotesis .....	54
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>55</b>
3.1 SDKI 2017 .....	55
3.2 Jenis Penelitian .....	56
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	56
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian .....	57
3.3.1 Populasi .....	57
3.3.2 Sampel .....	58
3.4 Definisi Operasional .....	59
3.5 Pengumpulan Data dan Instrumen .....	63
3.6 Pengolahan Data .....	65
3.7 Analisis Data .....	72

<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>74</b>
4.1 Hasil Penelitian .....	74
4.1.1 Distribusi Gambaran Pengetahuan dan Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 .....	74
4.1.2 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Faktor- Faktor yang Memengaruhi pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 .....	80
4.1.3 Gambaran Determinan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dengan Analisis Regresi Logistik Berganda .....	87
4.2 Pembahasan .....	90
4.2.1 Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur di Provinsi Sumatera Utara .....	90
4.2.2 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur di Provinsi Sumatera Utara .....	92
4.3 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dalam Perspektif Islam .....	102
4.4 Keterbatasan Penelitian .....	110
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>111</b>
5.1 Kesimpulan .....	111
5.2 Saran .....	112
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>113</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>126</b>



## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1</b>	Definisi Operasional.....	59
<b>Tabel 3.2</b>	Cleaning Data .....	65
<b>Tabel 3.3</b>	Filter Data.....	66
<b>Tabel 3.4</b>	Recode Data.....	69
<b>Tabel 4.1</b>	Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wania Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 .....	74
<b>Tabel 4.2</b>	Distribusi Responden berdasarkan Umur pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	75
<b>Tabel 4.3</b>	Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	76
<b>Tabel 4.4</b>	Distribusi Responden berdasarkan Status Pernikahan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	76
<b>Tabel 4.5</b>	Distribusi Responden berdasarkan Status Pekerjaan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	77
<b>Tabel 4.6</b>	Distribusi Responden berdasarkan Tempat Tinggal pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	77
<b>Tabel 4.7</b>	Distribusi Responden berdasarkan Status Ekonomi pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	78
<b>Tabel 4.8</b>	Distribusi Responden berdasarkan Keterpaparan Media Massa pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	78
<b>Tabel 4.9</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Umur pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	80
<b>Tabel 4.10</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Pendidikan Terakhir pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017.....	81

<b>Tabel 4.11</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Status Pernikahan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	82
<b>Tabel 4.12</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Status Pekerjaan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	83
<b>Tabel 4.13</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Tempat Tinggal pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	84
<b>Tabel 4.14</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Status Ekonomi pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	85
<b>Tabel 4.15</b>	Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Keterpaparan Media Massa pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 .....	86
<b>Tabel 4.16</b>	Signifikasi Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen .....	88
<b>Tabel 4.17</b>	Analisis Multivariat Faktor Pengetahuan tentang HIV/AIDS.....	89

## DAFTAR ISTILAH

- HIV : *Human Immunodeficiency Virus* merupakan virus yang menyerang dan menurunkan kekebalan tubuh manusia yang menyebabkan munculnya berbagai gejala penyakit yang disebut AIDS (Lawler & Naby, 2020)
- AIDS : *Acquired Immunodeficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat virus HIV (Kementrian Kesehatan, 2014)
- SDKI : Survei Dasar Kesehatan Indonesia adalah survey nasional yang dilakukan dan dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yang bekerjasama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementrian Kesehatan dan United States Agency for International Development (USAID)

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b>	Kuesioner Penelitian.....	126
<b>Lampiran 2</b>	Output Hasil Analisis Data.....	133

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Human Immunodeficiency Virus (HIV) / Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* terus menjadi masalah Kesehatan di masyarakat khususnya masalah global (WHO, 2016). Penyebaran HIV/AIDS bukan hanya dilema kesehatan tetapi juga memiliki respons untuk politik, ekonomi, sosial, etnis, agama, hukum, dan bahkan adanya dampak secara konkret yang hampir menyentuh seluruh aspek kehidupan manusia (Ansyori, 2016).

Menurut penelitian, HIV/AIDS merupakan suatu masalah pandemi global karena terjadinya kasus HIV di banyak negara (Cohen et al., 2008). Namun, *World Health Organization (WHO)* menggambarkan HIV masih menjadi suatu epidemi global (WHO, 2020). HIV adalah virus yang menjadi salah satu tantangan kesehatan yang paling serius di dunia sejak kasus pertama dilaporkan pada tahun 1981 (UNAIDS, 2020). Sebuah laporan dari *The Lancet* memperkirakan bahwa terjadinya kejadian global infeksi HIV memuncak di tahun 1997 dengan jumlah kasus 3,3 juta pertahun (H. Wang et al., 2016).

Menurut studi *Global Burden of Disease*, yang merupakan studi global utama tentang penyebab kematian dan penyakit yang diterbitkan dalam jurnal medis bahwa hampir satu juta (954.000) orang yang meninggal dikarenakan HIV/AIDS pada tahun 2017 (Roser & Ritchie, 2018). Angka ini lebih tinggi 50% dibandingkan jumlah

kematian akibat malaria pada tahun 2017. HIV/AIDS menjadi penyakit menular kedua yang sangat fatal dan berbahaya (Roser & Ritchie, 2018).

Berdasarkan data statistik HIV global tahun 2020, 38 juta orang diseluruh dunia hidup dengan HIV pada tahun 2019, dengan 1,7 juta kasus baru terinfeksi HIV di tahun 2019 dan 690.000 orang meninggal karena penyakit AIDS di tahun 2019 (UNAIDS, 2020). Kumulatif jumlah kasus HIV di tahun 2019 yang mencapai 38 juta orang dimana 24% bagian merupakan kasus yang masih ada dari tahun 2010 (World Health Organization, 2020). Karakteristik orang yang hidup dengan HIV di tahun 2019 ialah dewasa dengan jumlah 36,2 juta orang dengan kasus baru di tahun 2019 sebanyak 1,5 juta orang dan yang meninggal ialah 600.000 orang (UNAIDS, 2020). Dengan perempuan sebanyak 19,2 juta orang, laki-laki sebanyak 17 juta orang, dan anak-anak (<15 tahun) sebanyak 1,8 juta orang yang menderita kasus HIV (UNAIDS, 2020). Diantara seluruh penderita HIV di dunia hanya 81% orang yang mengetahui bahwa status mereka HIV dan sebanyak 7,1 juta orang tidak mengetahui bahwasanya mereka HIV (UNAIDS, 2020).

Menurut wilayah WHO, Afrika menjadi wilayah yang paling banyak mempunyai kasus HIV dengan 25,7 juta orang, yang diikuti oleh Amerika sebanyak 3,7 juta orang, Asia Tenggara sebanyak 3,7 juta orang, Eropa sebanyak 2,6 juta orang, Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta orang, dan wilayah Mediterania Timur sebanyak 420.000 orang (World Health Organization, 2020). Setiap minggunya, terdapat 5.500 perempuan muda dengan rentang usia 15-24 tahun terinfeksi HIV (UNAIDS, 2020). Afrika sebagai penyumbang terbanyak kasus HIV dimana perempuan terdeteksi dua kali lebih mungkin untuk hidup dengan HIV dibandingkan dengan laki-laki pada rentang usia

(15-24 tahun) dengan 5 dari 6 infeksi baru dikalangan remaja berusia dari (15-19 tahun) terjadi pada anak perempuan (UNAIDS, 2020). Di Sub-Sahara Afrika, wanita dan anak perempuan menyumbang 59% dari semua infeksi HIV baru (UNAIDS, 2020).

HIV/AIDS merupakan penyebab utama terjadinya morbiditas dan mortalitas di Afrika (James et al., 2018). Walaupun banyaknya penggunaan ART (Anti-Retroviral) untuk pengobatan kasus HIV/AIDS namun kasus penyakit ini masih menjadi masalah utama kematian paling umum di Afrika (Teeraananchai et al., 2017). 34% orang di Afrika Timur dan Selatan dan 60% orang di Afrika Barat dan Tengah yang hidup dengan HIV tidak menerima pengobatan apapun (Roth et al., 2018). Sehingga, Beban penyakit HIV di Afrika tidak sebanding dengan pengobatan yang ada di Afrika, dimana pada 2017 terdapat 75% kematian dan 65% infeksi baru yang terjadi dimana 71% orang tinggal dengan penderita HIV (James et al., 2018; Roth et al., 2018).

Indonesia sebagai negara yang berkembang dengan populasi yang cukup besar membuat Indonesia memiliki tantangan khusus dalam penanggulangan masalah HIV/AIDS (Badan Pusat Statistik, 2017). Pada tahun 2013, Indonesia menjadi negara dengan urutan ke-5 yang paling berisiko terkena HIV/AIDS (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Laporan kasus HIV terus mengalami peningkatan dengan kasus pertama kali dilaporkan pada tahun 1987 (Kemenkes.RI, 2018). Pada tahun 2017 kasus HIV dilaporkan sebanyak 48.300 kasus dengan Jawa Timur menjadi daerah terbanyak kasus HIV yaitu 8.204 kasus (Kemenkes.RI, 2018). Sedangkan kasus AIDS di Indonesia pada tahun 2017 mencapai 9.280 kasus dengan Jawa tengah sebagai daerah terbanyak penderita AIDS yaitu 1.719 kasus (Kemenkes.RI, 2018).

Menurut laporan data Kementerian Kesehatan terjadinya kasus HIV di Indonesia terus mengalami peningkatan dari tahun ketahun mencapai 50.282 kasus pada tahun 2019, dengan Jawa Timur sebagai daerah tertinggi yaitu sebanyak 8.935 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Data kasus HIV di tahun 2019 menjadi kasus tertinggi di Indonesia sejak sebelas tahun terakhir (Kementerian kesehatan RI, 2020). Sedangkan data AIDS mengalami penurunan di Indonesia dari tahun sebelumnya yaitu 7.036 kasus dengan daerah Jawa Tengah sebagai daerah terbanyak penderita AIDS yaitu 1.613 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Namun, tetap saja angka ini masih menjadi permasalahan di Indonesia (Kementerian kesehatan RI, 2020). Target prevalensi HIV/AIDS Indonesia di *Millennium Development Goals* (MDGs) mengalami penurunan dibandingkan dengan target yang ditetapkan oleh MDGs (Bappenas, 2010). Hal ini berarti menandakan bahwa penanganan HIV/AIDS di Indonesia masih memerlukan perhatian khusus (Bappenas, 2010).

Berdasarkan karakteristiknya HIV/AIDS lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, dimana penderita HIV laki-laki sebanyak 64,50% dan perempuan sebanyak 35,50% (Kementerian kesehatan RI, 2020). Sedangkan laki-laki penderita AIDS sebanyak 68,60% dan perempuan sebanyak 31,40% (Kementerian kesehatan RI, 2020). Hasil laporan HIV berdasarkan jenis kelamin sejak tahun 2008-2019, dimana persentase penderita laki-laki selalu lebih tinggi dari perempuan (Kementerian kesehatan RI, 2020). Sesuai data SIHA tentang jumlah infeksi HIV tahun 2010-2019 yang dilaporkan berdasarkan kelompok umur 25-49 tahun atau usia produktif artinya umur dengan jumlah penderita infeksi HIV terbanyak setiap tahunnya dengan persentase 70,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2020).



Dari 34 provinsi yang ada di Indonesia, Sumatera Utara memasuki peringkat 10 besar untuk kasus HIV dengan posisi ke 6 di tahun 2019 dengan jumlah kasus 2.463 kasus (Kementerian kesehatan RI, 2020). Berdasarkan karakteristiknya Penderita HIV positif di Sumatera Utara pada laki-laki sebesar 73,2% dan pada perempuan sebesar 26,8% (Kemenkes RI, 2018). Sedangkan penderita AIDS di Sumatera Utara pada laki-laki sebesar 79,80% dan pada perempuan sebesar 24,4% (Kemenkes RI, 2018). Sedangkan, Jumlah terbesar masalah HIV serta AIDS masih didominasi pada penduduk usia produktif (25-49 tahun), dimana kemungkinan penularan terjadi pada usia remaja (Kemenkes RI, 2018).

Menurut penelitian Susilowati, faktor risiko yang ditunjukkan dalam penelitian ini untuk mempengaruhi kejadian HIV dan AIDS adalah: riwayat penyakit menular seksual, riwayat keluarga HIV/AIDS, tingkat pendidikan rendah, tingkat pengetahuan rendah, status kesehatan, penggunaan narkoba suntik, riwayat tindik, dan hubungan heteroseksual (Susilowati et al., 2019). Faktor informasional, termasuk kondisi sosial, ekonomi, budaya/etnis dan demografi, mempengaruhi munculnya HIV/AIDS (Susilowati et al., 2019).

alah satu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS adalah dengan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang HIV/AIDS secara umum. Informasi HIV/AIDS yang komprehensif merupakan salah satu cara untuk memerangi dan mencegah kasus HIV/AIDS (Van Son et al., 2020). Semakin banyak masyarakat memahami dan memahami HIV/AIDS, semakin banyak pula masyarakat yang mengetahui dampak dan akibat HIV/AIDS (Van Son et al., 2020). Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017, pengetahuan HIV/AIDS secara keseluruhan

pada penduduk atau kelompok usia 15-49 tahun masih relatif rendah, yaitu 15%, dengan target 95% pada tahun 2014 (Bappenas, 2010).

Menurut peneliti HIV/AIDS, penyebaran HIV/AIDS telah mencapai tahap bahaya umum (al-Dharar al-'Am) yang dapat membahayakan siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, usia, atau pekerjaan (Majelis Ulama Indonesia, 2017). Oleh karena itu peneliti berkomitmen untuk melibatkan semua pihak untuk pencegahan dengan berbagai cara yang dapat dilakukan secara agama, budaya, sosial dan akal, atau dilakukan secara individu maupun kolektif (Majelis Ulama Indonesia, 2017).

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka peneliti ingin mengetahui dan membahas lebih lanjut tentang faktor risiko yang memengaruhi kejadian HIV/AIDS di Sumatera Utara dikarenakan masih kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS di Provinsi Sumatera Utara. Berdasarkan acuan inilah yang menjadi membuat peneliti ingin mengangkat penelitian mengenai “Faktor Risiko Yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Pada Wanita usia subur Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 (Analisis Data Sdki 2017)”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian data dan fakta yang ada pada latar belakang, dapat diketahui bahwa permasalahan penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut : “Apa saja faktor yang memengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 (analisis data SDKI 2017)?”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor yang memengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur berdasarkan data SDKI tahun 2017.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
2. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan umur pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
3. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan Pendidikan terakhir pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
4. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan status pernikahan pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
5. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan status pekerjaan pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.

6. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan tempat tinggal pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
7. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan status ekonomi pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
8. Untuk mengetahui gambaran faktor determinan keterpaparan media massa pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI 2017.
9. Untuk mengetahui faktor yang paling memengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SDKI tahun 2017.

## **1.4 Manfaat penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi aset ilmiah, pengetahuan dan sumber referensi bagi peneliti lain.

### **1.4.2. Manfaat Praktis**

#### **1.4.2.1. Bagi Peneliti**

Diharapkan dapat menambah wawasan mengenai karakterisasi faktor risiko yang mempengaruhi pengetahuan HIV/AIDS dan pengembangan diri sesuai dengan pengetahuan yang diperoleh dalam perkuliahan dan kajian pemecahan masalah.

#### **1.4.2.2. Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan atau referensi untuk penelitian selanjutnya dan dapat dijadikan bahan penelitian untuk menyempurnakan dan mempermudah proses belajar mengajar di lembaga pendidikan dan untuk menunjang kegiatan membaca di perpustakaan.

#### **1.4.2.3. Bagi Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan**

Memberikan informasi kepada pemegang dan pemangku kebijakan mengenai factor pengetahuan tentang HIV/AIDS yang diharapkan dapat menjadi acuan dalam merencanakan program dan mengambil kebijakan.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORITIS**

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

##### **2.1.1 Definsi HIV/AIDS**

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang bisa menyerang dan menurunkan kekebalan tubuh pada manusia serta menimbulkan berbagai gejala penyakit yang dikenal dengan AIDS (Lawler & Naby, 2020). Menurut Kepala P2PL RI, human immunodeficiency virus (HIV) adalah virus yang dapat menyerang sel darah putih (white blood cell) di dalam tubuh, menurunkan daya tahan tubuh dan rentan terhadap berbagai penyakit. sulit untuk diobati dapat menyebabkan banyak infeksi oportunistik dan kematian (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Sementara Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang dapat menginfeksi sistem kekebalan tubuh manusia, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sindrom kekebalan yang disebabkan oleh infeksi HIV (Nana, 2013). Perjalanan penyakitnya lambat, dan gejala AIDS muncul 10 tahun atau lebih setelah infeksi. Virus masuk ke dalam tubuh manusia melalui darah, air mani dan cairan vagina. Sebagian besar (75%) penularan terjadi melalui kontak seksual (Nana, 2013). Secara umum sistem imun melindungi tubuh dari penyakit yang akan datang, namun ketika tubuh terinfeksi HIV, sistem imun otomatis menurun hingga tubuh tidak mampu lagi melawan penyakit dan mudah sakit (Elisanti, 2018). Bila ini terjadi, penyakit yang biasanya tidak berbahaya dapat menyebabkan penyakit serius atau kematian (Elisanti, 2018).

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah gejala yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi HIV (Kementrian Kesehatan, 2014). AIDS adalah tahap infeksi HIV yang parah yang menyebabkan banyak infeksi lainnya. Virus ini melemahkan sistem kekebalan tubuh dan penderita HIV/AIDS akan meninggal dalam 5-10 tahun tanpa pengobatan yang memadai. HIV merupakan organisme patogen penyebab AIDS, retrovirus penyebab HIV ditularkan melalui darah, serum, air mani, jaringan tubuh dan cairan tubuh lainnya (Najmah, 2016). Perjalanan penyakit lambat, gejala AIDS muncul hanya 10 tahun sebelum infeksi dan dapat bertahan lebih lama. Infeksi memasuki tubuh manusia melalui darah, air mani dan cairan vagina. Sebagian besar (75%) penularan terjadi melalui kontak seksual (Sitepu, 2017).

HIV adalah infeksi yang menyerang sel CD4 dan membantunya berkembang biak, kemudian menghancurkannya sehingga tidak dapat digunakan lagi (WHO, 2008). Seperti yang kita semua tahu, sel darah putih sangat penting untuk sistem kekebalan tubuh. Ketika tubuh kita terinfeksi tanpa kekebalan, tubuh kita menjadi lemah dan tidak mampu melawan penyakit, dan akibatnya kita bisa mati bahkan dengan pilek atau influenza (WHO, 2008). Orang dengan HIV tidak langsung berkembang menjadi AIDS, tetapi bisa memakan waktu bertahun-tahun, bahkan bertahun-tahun, agar infeksi HIV menjadi fatal (WHO, 2008).

## **2.1.2 Epidemi HIV/AIDS**

### **a. Epidemi HIV/AIDS Global**

HIV/AIDS pertama kali dijelaskan pada tahun 1981 dengan ditemukannya infeksi oportunistik dan limfadenopati pada homoseksual, kemudian penyebabnya ditemukan pada tahun 1983 dan masih meningkat pesat (Moir et al., 2011). Menurut statistik HIV global pada tahun 2020, ada 38 juta orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia pada tahun 2019, dengan 1,7 juta infeksi HIV baru dan 690.000 kematian akibat AIDS pada tahun 2019 (UNAIDS, 2020).

Jumlah kumulatif kasus HIV pada tahun 2019 adalah 38 juta, di mana 24 % di antaranya merupakan kasus yang bertahan sejak 2010 (World Health Organization, 2020). Karakteristik orang yang terinfeksi HIV pada tahun 2019 adalah orang dewasa mengalami 36,2 juta infeksi baru pada tahun 2019, meningkat menjadi 1,5 juta orang dan 600.000 kematian. Dengan 19,2 juta wanita, 17 juta pria, dan 1,8 juta anak-anak (berusia 15 tahun) terinfeksi HIV (UNAIDS, 2020). Dari semua orang yang hidup dengan HIV di dunia, hanya 81% yang tahu statusnya HIV dan hingga 7,1 juta orang tidak tahu bahwa mereka mengidap HIV (UNAIDS, 2020).

### **b. Epidemi HIV/AIDS di Indonesia**

Pada tahun 2013, Indonesia menjadi negara dengan risiko infeksi HIV/AIDS tertinggi ke-5 (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Laporan infeksi HIV terus meningkat, dengan kasus pertama dilaporkan pada tahun 1987 (Kemenkes.RI, 2018). Pada tahun 2017, tercatat 48.300 kasus HIV, dengan



Jawa Timur menjadi wilayah dengan kasus HIV terbanyak, dengan 8.204 kasus. Sedangkan kasus AIDS di Indonesia pada tahun 2017 mencapai 9.280, dengan Jawa Tengah menjadi wilayah dengan penderita AIDS terbanyak dengan 1.719 kasus (Kemenkes.RI, 2018).

Menurut data Kementerian Kesehatan, angka kasus HIV di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun, mencapai 50.282 kasus pada 2019, di mana Jawa Timur merupakan wilayah tertinggi, dengan 8.935 kasus. Data kasus HIV tahun 2019 menjadi yang tertinggi di Indonesia dalam 11 tahun terakhir (Kementerian kesehatan RI, 2020). Sementara itu, angka AIDS di Indonesia menurun dari tahun ke tahun menjadi 7.036 kasus, dengan Jawa Tengah menjadi wilayah dengan jumlah kasus AIDS tertinggi, dengan 1.613 kasus. Namun jumlah tersebut masih menjadi masalah di Indonesia (Kementerian kesehatan RI, 2020). Target MDGs Indonesia untuk prevalensi HIV/AIDS masih tertinggal dari target MDG. Artinya, penanganan HIV/AIDS di Indonesia masih perlu mendapat perhatian khusus (Bappenas, 2010).

Berdasarkan karakteristik tersebut, HIV/AIDS lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan, dengan 64,50% laki-laki HIV-positif dan 35,50% perempuan HIV-positif. Sementara itu, 68,60% pria mengidap AIDS dan 31,40% wanita mengidap AIDS. Hasil laporan HIV berdasarkan jenis kelamin didasarkan pada periode 2008-2019, di mana proporsi laki-laki yang terkena secara konsisten lebih tinggi daripada perempuan (Kementerian kesehatan RI, 2020). Menurut data SIHA, jumlah penderita HIV yang dilaporkan pada tahun 2010-2019 menurut kelompok umur, kelompok umur 25-49 tahun atau usia

reproduksi merupakan kelompok usia terinfeksi HIV tertinggi dengan angka 70,4% setiap tahunnya (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

### **2.1.3 Etiologi HIV/AIDS**

*Human immunodeficiency virus* pertama kali ditemukan oleh Montagnier (Institute Pasteur, Paris 1983), seorang ilmuwan Perancis yang mengisolasi virus dari pasien dengan gejala limfadenopati. Saat itu virus ini masih dikenal sebagai *lymph node-associated virus (LAV)* (Veronica, 2016). Gallo (National Institutes of Health, USA 1984) menemukan bahwa human T-lymphoid virus (HTLIII) juga merupakan penyebab AIDS. Penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa LAV dan HTLIII adalah virus yang sama, sehingga WHO secara resmi menamakannya HIV dalam International Committee on Virus Taxonomy (1986) (Veronica, 2016).

Human immunodeficiency virus (HIV) adalah subkelompok dari genus Lentivirus dari subfamili Orthoretrovirinae dari keluarga Retroviridae (Seitz, 2016). HIV diklasifikasikan sebagai tipe 1 dan tipe 2 (HIV1, HIV2) berdasarkan karakteristik genetik dan perbedaan antigen virus. Non-human primate immunodeficiency virus (SIV) juga termasuk dalam genus Lentivirus. Analisis epidemiologi dan filogenetik yang tersedia menunjukkan bahwa HIV hadir pada populasi manusia dari tahun 1920 hingga 1940 (Faria et al., 2014; Sharp & Hahn, 2011).

HIV adalah retrovirus limfatik manusia dari keluarga filamen yang ditularkan secara seksual dari ibu ke anak melalui kontak dengan darah yang terinfeksi selama kehamilan, persalinan, dan menyusui. HIV1 adalah penyebab umum infeksi HIV dan

HIV2 terjadi terutama di Afrika Barat. Etiologi HIV/AIDS ditandai dengan penurunan berat badan, menyebabkan diare kronis yang berlangsung selama lebih dari 1 bulan, demam yang berlangsung lebih dari 1 bulan, dan penyakit saluran pernapasan bawah yang parah atau persisten infeksi. HIV/AIDS adalah penyakit yang dikarenakan oleh retrovirus dan menyerang sel darah putih (white blood cell) dan menurunkan sistem kekebalan tubuh (Ruterlin & Tandi, 2014).

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), disebabkan oleh HIV (human immunodeficiency virus), adalah virus RNA dari keluarga retrovirus dan subfamili Lentiviridae. Ada dua serotipe HIV yang diketahui, HIV1 dan HIV2. Secara morfologi, HIV1 berbentuk lingkaran yang terdiri dari inti (tengah) dan cangkang (Nasronuddin, 2014). Molekul RNA dikelilingi oleh lapisan ganda dan lapisan protein. Komponen membran luar terdiri dari gambar lipid dan mengandung glikoprotein berbentuk jarum spesifik, termasuk gp120, yang dapat berinteraksi dengan reseptor CD, serta reseptor CXCR4 dan CCR5 yang ditemukan pada sel target dan mendorong fusi gp41 dari sebagian besar HIV dengan membran sel target (Nasronuddin, 2014).

Glikoprotein ini berperan penting dalam infeksi karena memiliki afinitas yang tinggi terhadap reseptor CD dan reseptor CXCR4 dan CCR5 pada sel target. Inti HIV terdiri dari urutan protein template p17, urutan protein inti p2, protein genom inti RNA, dan enzim reverse transcriptase yang mengubah RNA menjadi DNA selama replikasi. Genom HIV terdiri dari sRNA (2 untai identik, masing-masing 9,2 kb). Ada gen dalam genom HIV yang mengontrol sintesis protein inti, mengkode enzim reverse transcriptase, dan aktivitas glikoprotein mantel.

Ada dua kelompok virus HIV, HIV1 dan HIV2. Setiap kelompok memiliki banyak subspecies yang berbeda, dan setiap subspecies berubah dengan cepat seiring dengan perkembangannya. Dari kedua kelompok tersebut, HIV1 merupakan kelompok paling mematikan dan anomali di dunia (Brooks et al., 2010).

#### **2.1.4 Patogenesis HIV/AIDS**

Fase klinis HIV/AIDS berlangsung selama 10 tahun. Selama waktu ini, beberapa replikasi infeksi HIV terjadi. Durasi infeksi dalam plasma adalah sekitar 6 bulan, dan siklus infektivitas (dari infeksi hingga produksi keturunan baru yang menginfeksi sel lain) rata-rata adalah 26 hari. Limfosit CD4+, target utama infeksi, memiliki tingkat daur ulang yang sama. Akhirnya, pasien akan datang dengan tanda dan kondisi klinis seperti infeksi oportunistik atau kanker.

Dalam tubuh orang yang terinfeksi HIV, partikel infeksi bergabung dengan DNA sel pasien yang ada, sehingga orang yang terinfeksi HIV tetap menular seumur hidup. Nyeri tertentu seperti demam, kesulitan menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare atau batuk tidak khas selama 36 minggu setelah infeksi. Ketika daya tahan tubuh melemah, tanda-tanda infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam yang memburuk, lecet, infeksi jamur, herpes, dll) mulai muncul pada orang dengan HIV (Nursalam, 2018).

HIV menginfeksi sel reseptor CD4+, terutama sel T dan monosit/makrofag, tetapi juga menginfeksi sel lain seperti megakariosit, sel epidermis Langerhans, dendrit, mukosa rektum, mukosa usus, serviks, astrosit, mikroorganisme, astrosit, astrosit, astrosit, Kelenjar, epitel ginjal (Tanto et al., 2014).

Dengan konstruksi gp120, HIV berikatan dengan reseptor CD4+. Pengikatan dapat dilakukan oleh reseptor sel inang, yaitu reseptor kemokin CCR5 dan reseptor CXCR4. Pengikatan ko-reseptor diperlukan untuk memasukkan infeksi ke dalam membran sel untuk mengirimkan infeksi ke sel inang. Setelah berikatan dengan kulit, terjadi infeksi fusi membran dan semua komponen HIV masuk ke dalam inti sel inang kecuali kulit (Tanto et al., 2014).

Di sel inang, ssRNA yang terinfeksi ditranskripsi oleh reverse transcriptase untuk membentuk cDNA melingkar. DNA yang dihasilkan kemudian ditransfer dari sitoplasma ke inti sel inang dan diintegrasikan ke dalam DNA sel dengan mengintegrasikan enzim atau virus. Provirus tetap dalam keadaan laten atau dalam keadaan replikasi yang sangat lambat, tergantung pada aktivitas dan diferensiasi sel inang yang terinfeksi. Sampai saat ini, ada stimulan baru dengan infektivitas tinggi serta efek dari berbagai sitokin proinflamasi (Tanto et al., 2014).

Provirus yang dimasukkan ke dalam DNA sel target berpartisipasi dalam transkripsi sel inang. Transkripsi yang dihasilkan memiliki dua peran: RNA genomik, yang kemudian dimasukkan ke dalam virion, dan mRNA yang mengkode protein infeksius. Infeksi RNA dan genom protein akan menyebabkan infeksi HIV baru (Tanto et al., 2014).

### **2.1.5 Fase – Fase Perkembangan Infeksi HIV**

Perjalanan infeksi HIV selalu kronis, berakhir dengan kematian tanpa terapi antiretroviral. Kerusakan sel CD4 dan gejala klinis dapat diperlambat atau ditekan oleh terapi antiretroviral selama beberapa dekade (Broder, 2010). Pada infeksi HIV-1 yang tidak diobati, gejala terdefinisi AIDS muncul setelah rata-rata sekitar 10 tahun, dengan kisaran 2-25 tahun. AIDS yang disebabkan oleh HIV2 muncul setelah rata-rata 15 tahun. Dengan terapi antiretroviral, adalah mungkin untuk memperpanjang periode asimtomatik atau ringan selama bertahun-tahun (Brockmeyer, 2003; Jaffar et al., 2004).

Perkembangan klinis pasien terinfeksi HIV dalam fase pemulihan konsisten dengan penurunan kekebalan pasien, terutama kekebalan seluler, dan menyajikan gambaran "penyakit kronis". Gangguan imun sering dikaitkan dengan peningkatan risiko dan keparahan infeksi oportunistik dan keganasan.

Perjalanan penyakit HIV dibagi menjadi beberapa tahap menurut status klinis dan jumlah CD4. Secara umum, infeksi HIV dapat dibagi menjadi empat tahap yang berbeda (ZAINUL, 2012):

#### **a. Stadium 1: Infeksi Akut**

Langkah ini terjadi setelah masa inkubasi 3 sampai 6 minggu. Gejala berlanjut selama 1-2 minggu. Selama waktu ini, gejala seperti flu berkembang, seperti demam, nyeri sendi, gelisah, dan kehilangan nafsu makan. Ada juga gejala kulit (bintik merah, urtikaria), gejala neurologis (sakit kepala, leher kaku), dan gangguan gastrointestinal (mual, muntah, diare, sakit perut). Gejala-gejala ini sesuai dengan

produksi awal antibodi untuk melawan infeksi. Bahkan jika infeksi ditemukan di sel lain yang terinfeksi, gejala akan hilang saat respon imun mulai mengecilkan partikel infeksi. Tahap ini sangat menular. Pada tahap ini, ada sejumlah besar HIV dalam darah tepi dan sistem kekebalan mulai merespons infeksi dengan memproduksi antibodi terhadap HIV dan limfosit sitotoksik. Pada tahap ini, infeksi serosa dan antibodi dapat dideteksi 3-6 bulan setelah infeksi (ZAINUL, 2012).

**b. Stadium 2: Stadium Asintomatik Klinis**

Fase ini bisa berlangsung lebih dari 10 tahun. Tahap ini, seperti namanya, tidak menunjukkan gejala, meskipun tidak ada reproduksi infeksi yang lambat di dalam tubuh. Limfadenopati sistemik persisten (LGP) juga dapat terjadi. Pada tahap ini, jumlah CD4 mulai menurun tetapi tetap pada 500/ml. Jumlah HIV dalam darah tepi sangat rendah, tetapi orang yang terinfeksi dan memiliki antibodi HIV yang terdeteksi dalam darahnya harus dites positif untuk antibodi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada tahap ini, HIV tidak dorman, sangat aktif di kelenjar getah bening (ZAINUL, 2012).

**c. Stadium 3: Infeksi HIV Simtomatik**

Pada tahap ini, terjadi kehilangan sel CD4 secara bertahap. Penyakit kronis tidak mematikan. Seiring waktu, sistem kekebalan HIV rusak parah. Ada tiga alasan utama untuk ini:

1. Jaringan dan kelenjar getah bening rusak setelah bertahun-tahun.
2. HIV bermutasi dan menjadi patogen, yang berarti lebih kuat dan lebih beragam.
3. Tubuh tidak bisa mengganti sel T penolong yang hilang.

Gejala berkembang karena sistem kekebalan yang melemah. Sebagian besar gejala ini tidak serius, tetapi memburuk ketika sistem kekebalan tubuh melemah. Infeksi HIV tanpa gejala terutama karena kanker dan infeksi oportunistik, seringkali karena sistem kekebalan yang tertekan (ZAINUL, 2012).

**d. Stadium 4: Perkembangan dari HIV ke AIDS**

AIDS adalah tahap akhir dari infeksi HIV. Pasien dianggap mendapat manfaat jika mereka mengembangkan infeksi oportunistik dan kanker yang mengancam jiwa selama perkembangan infeksi selanjutnya dan jumlah CD4 mereka <200/ml. Semakin banyak penyakit menyebabkan AIDS karena sistem kekebalan yang terganggu (ZAINUL, 2012).

**2.1.6 Gejala Klinis HIV/AIDS**

HIV merupakan virus yang dapat menginfeksi dan melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga membuat pengidap HIV sangat rentan terhadap penyakit menular. Gejalanya termasuk penurunan berat badan permanen, sering demam, dan banyak gejala lain yang menyebabkan kematian.

Seseorang dengan HIV dianggap seropositif jika mereka ditemukan seropositif dan memiliki setidaknya 2 efek samping utama dan 1 efek samping yang dapat dideteksi. Menurut KPA (2007), gejala klinis meliputi 2 gejala yaitu gejala utama (umum) dan gejala ringan (jarang) (KPA, 2007).

**a. Gejala Utama**

- 1) Penurunan berat badan >10% dalam 1 bulan
- 2) Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan



3) Penurunan kesadaran atau gangguan saraf

4) Demensia/ensefalopati HIV

b. Gejala Ringan

1) Batuk terus menerus >1 bulan

2) Dermatitis umum

3) Adanya herpes zoster multifocal dan herpes zoster berulang

4) Kandidiasis orofaringeal

5) Perkembangan kronis herpes simpleks

6) Pembengkakan kelenjar getah bening di seluruh tubuh

7) Retinitis sitomegalovirus

Virus berkembang biak dengan cepat dalam waktu 2-6 minggu setelah terpapar dan menyebabkan tanda-tanda klinis yang menunjukkan mononukleosis akut (penyakit yang mirip dengan mononukleosis akut) seperti demam, sakit kepala, koma, ruam, dan limfadenopati. Masa inkubasi yang dibutuhkan adalah sekitar 15-35 hari, dan gejala klinis bertahan selama beberapa hari atau bahkan berminggu-minggu sesudahnya. Pada awal infeksi, beberapa pasien mengalami gejala awal beberapa tahun setelah virus masuk ke dalam tubuh.

Pada awal infeksi, beberapa pasien tidak memiliki gejala pertama sampai beberapa tahun setelah virus masuk ke dalam tubuh, sementara yang lain mungkin mengalami gejala seperti flu, demam, sakit kepala, koma dan pembesaran kelenjar getah bening selama satu sampai dua bulan.

Menurut (Soedarto, 2012), virus HIV selama ini banyak terdapat di cairan kelamin, sehingga sangat menular. Berbagai komplikasi dimulai dengan melemahnya sistem imun atau daya tahan tubuh, yaitu:

- a. Pembesaran kelenjar getah bening terbentuk dalam 3 bulan
- b. Badan terasa lemas
- c. Penurunan berat badan terus menerus
- d. Demam berulang dan berkeringat
- e. Infeksi jamur berulang (dimulut dan vagina)
- f. Penyakit radang panggul wanita yang tidak pernah membaik
- g. Kehilangan memori jangka pendek
- h. Infeksi herpes disertai dengan nyeri saraf

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (Nursalam, 2013) mengklasifikasi klinis pada remaja ataupun dewasa sebagai berikut:

- a. Kategori 1:  $\geq 500$  sel/ $\mu$ l

Kelas A (subklinis): Bahkan ketika seorang pasien baru didiagnosis dengan HIV, sering ada periode "keterlambatan klinis" antara infeksi HIV dan tanda dan gejala klinis AIDS, replikasi HIV, dan sistem kekebalan pejamu. Pada awal infeksi, sistem rusak. Orang dengan HIV tidak akan memiliki tanda atau gejala infeksi HIV. Pada orang dewasa yang terinfeksi HIV, tahap ini berlangsung selama 810 tahun. HIVELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) dan western blot atau IFA (immunofluorescence assay) positif untuk target CD4+ > 500 sel/ $\mu$ l.

b. Kategori 2 : 200-499 sel/ $\mu$ l.

Kelas Klinis B (Tanda dan Gejala HIV Dini): Orang dengan HIV dapat hidup dengan baik selama beberapa tahun dan mulai mengalami tanda dan gejala infeksi HIV. Individu mulai mengembangkan kandidiasis, limfadenopati, kanker rahim, herpes zoster, dan neuropati perifer. Jumlah CD4+ yang turun menjadi 500 sel/l, jumlah virus dalam darah untuk sementara meningkat. Orang dengan tipe B tetap dengan tipe B. Namun, karena kondisinya tidak permanen, jika kondisinya memburuk, mereka bisa pindah ke tipe C dan tidak bisa kembali ke tipe A tanpa gejala.

c. Kategori 3 : <200 sel/ $\mu$ l

Klasifikasi Klinis C (Tanda dan Gejala Lanjutan HIV): Orang dengan HIV mengembangkan infeksi dan keganasan yang mengancam jiwa. Perkembangan pneumonia (*Pneumocystis carinii*), toksoplasmosis, kriptosporidiosis dan infeksi oportunistik lainnya sering terjadi. Seseorang dapat mengalami penurunan berat badan atau penurunan berat badan, jumlah virus tetap tinggi, jumlah limfosit CD4+ turun menjadi 200 sel/l, dan dalam hal ini, orang tersebut dinyatakan AIDS (Nursalam, 2008). Perkembangan AIDS pada orang dewasa. Bayi dan anak-anak seringkali memiliki jumlah CD4+ yang lebih tinggi daripada orang dewasa. Nilai normal bervariasi berdasarkan usia tetapi sama untuk orang dewasa 6 tahun ke atas. CDC (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit) telah mengembangkan sistem klasifikasi HIV untuk anak-anak berdasarkan klasifikasi klinis dan imunologis. Klasifikasi klinis dan imunologi ini dapat digunakan untuk menilai status HIV anak dan menentukan terapi yang tepat.

### **2.1.7 Faktor Risiko HIV/AIDS**

Salah satu konsep yang paling banyak digunakan terkait dengan faktor risiko infeksi HIV adalah yang dikembangkan oleh J. Ties Boerma dan Sharon S. Weir, yaitu “Framework of Approximate Determinants” (Boerma & Weir, 2005). Konsep ini meliputi usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, perilaku seksual berisiko (usia pertama kali berhubungan, penggunaan kondom), lateks, riwayat penyakit menular seksual, dan perilaku penggunaan narkoba, dengan uraian sebagai berikut:

#### **a. Umur**

Sebagaimana dinyatakan dalam konteks (Boerma & Weir, 2005), usia merupakan salah satu penentu dasar penularan HIV. 85% dari usia 14-30 tahun terdiagnosis IMS. Ini mungkin karena gairah seksual dimulai pada remaja dan dewasa muda. Pada saat yang sama, pengetahuan mereka tentang penyakit dan cara mencegah IMS masih sedikit dan belum matang. Dalam hal ini, usia dapat dianggap sebagai faktor risiko potensial (Boerma & Weir, 2005).

Banyak penelitian telah meneliti hubungan antara usia dan infeksi HIV, dengan hasil yang beragam. Antara tahun 1991 dan 1994, penelitian populasi secara acak dilakukan di Mwanze, Tanzania, untuk mengukur layanan pengobatan IMS. Data dari penelitian ini, yang menggunakan desain studi kasus-kontrol terpadu untuk mengukur faktor risiko HIV, menunjukkan bahwa pria berusia 20-34 dan 35-54 memiliki risiko lebih tinggi daripada pria berusia 15-19 tahun (Todd et al., 2006). Hasil penelitian STBP yang dilakukan di India pada tahun 2007 menunjukkan bahwa usia dikaitkan dengan prevalensi HIV (Pandey et al., 2012).

## b. Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu karakteristik individu yang sering dikaitkan dengan penyakit, termasuk penyakit menular seksual dan HIV. Penelitian (Abhinaja & Astuti, 2014) menunjukkan bahwa semakin terdidik seseorang, semakin diperlakukan dengan baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah bagi orang untuk menerima, memproses, dan mengasimilasi informasi yang mereka terima, sehingga pengetahuan ditransfer dan kerangka acuan ditetapkan untuk menilai masalah waktu. Menurut penelitian (Purwaningsih et al., 2017) semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula kesadaran kesehatannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah seseorang untuk mempelajari, mengolah dan mengasimilasi informasi tentang HIV/AIDS, sehingga meningkatkan pengetahuan dan menjadi sistem acuan untuk menilai masalah topik HIV/AIDS. Meskipun ada responden yang berpendidikan SMA, namun persepsinya negatif. Hal ini mungkin karena informasi yang diterima belum tentu benar, akurat dan lengkap, yang dapat mempengaruhi pemahaman dan persepsi mereka menjadi negatif.

## c. Pekerjaan

Bekerja berasal dari kata “work” yang artinya bekerja adalah suatu perbuatan melakukan pekerjaan; sesuatu yang dibuat untuk mencari nafkah (Haryono, 2009). Sedangkan “pekerja” berarti setiap orang yang bekerja untuk mendapatkan gaji atau bentuk pembayaran lainnya (Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2005). Pekerjaan berisiko adalah pekerjaan dengan faktor risiko penularan penyakit, antara lain pekerja di fasilitas perawatan, pengemudi jarak jauh, nelayan,

pelaut, pekerja seks, polisi, pekerja kesehatan, dan pekerja di luar negeri, sedangkan kategori pekerjaan tidak termasuk pekerjaan yang tergolong berisiko (Allworth, *et al.*, 2004; Komisi penanggulangan AIDS 2016).

Dalam kasus HIV/AIDS yang melibatkan pekerja, yang dimaksud dengan “pekerja HIV/AIDS” adalah pekerja atau pekerja yang terinfeksi HIV dan/atau memiliki gejala AIDS (Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2005) Pekerjaan merupakan salah satu aspek sosial yang menentukan jenis penyakit yang akan dideritanya akibat pekerjaannya.

d. Perilaku seksual berisiko

1. Pemakaian Kondom

Salah satu faktor risiko HIV yang paling banyak diteliti adalah penggunaan kondom. Kondom sendiri awalnya berfungsi sebagai alat kontrasepsi bagi pria dan mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita. Data menunjukkan bahwa sekitar 90% infeksi HIV di seluruh dunia ditularkan secara seksual. Ini tidak berarti bahwa kita harus menghindari seks sama sekali, karena itu adalah bagian alami dari kebutuhan biologis. Namun, ada beberapa tindakan pencegahan yang bisa dilakukan, seperti menunda hubungan seks sampai usia tertentu (menghindari seks) atau mencari tanggal yang cocok untuk belajar tentang monogami, suami dan kesehatan seksual (kesetiaan). Namun, jika hubungan seksual ditunda dan tidak ada jaminan kepercayaan, penularan penyakit menular seksual atau HIV dapat dicegah dengan menggunakan kondom yang baik dan benar.

Kondom tidak hanya untuk pria, tapi juga untuk wanita. Kondom pria adalah kondom tipis yang diletakkan di luar penis sebagai tempat penyimpanan sperma

untuk mencegah sperma masuk ke dalam vagina saat berhubungan seksual dan bersentuhan dengan pria. Cara kerja kondom adalah mencegah penumpukan sperma dan sel telur. Jenis kondom lainnya adalah kondom wanita. Kondom wanita merupakan salah satu alternatif untuk mencegah penularan penyakit menular seksual dan mencegah kehamilan ketika kondom pria tidak dapat digunakan.

Di Amerika Serikat, kondom wanita pertama disetujui oleh FDA pada tahun 1993. Sebuah penelitian terhadap 150 wanita yang menggunakan kondom wanita selama 6 bulan menemukan bahwa 26 dari mereka hamil, tapi itu hanya kebenaran. jangan gunakan kondom setiap kali berhubungan seks (mungkin). Efektivitas kondom pria khusus wanita adalah antara 98% dan 95% (AIDS Update, 2011). Penelitian tentang kondom berfokus pada hubungan antara penggunaan kondom dan penularan HIV. Hasil dari studi STBP 2010 dengan kondom dengan pasangan tetap di Nigeria cenderung lebih buruk daripada hasil dengan pasangan lain (Federal Ministry of Health, 2010).

## 2. Riwayat Penyakit

WHO memperkirakan bahwa 340 juta kasus baru penyakit menular seksual, seperti sifilis, gonore, klamidia dan trikomoniasis, terjadi di seluruh dunia pada pria dan wanita berusia 15-49 tahun. Hal ini tidak hanya berkontribusi pada peningkatan jumlah orang yang hidup dengan HIV, tetapi juga penyebaran virus herpes, human papillomavirus (HPV) dan hepatitis B. Infeksi menular seksual (IMS) adalah penyakit menular. . hubungan. Transfer. Komunikasi. Kontak orang ke orang selama lebih dari 30 tahun Spesies bakteri, virus dan parasit (WHO, 2012). Ada hubungan erat antara penularan IMS dan penularan HIV. Secara keseluruhan, IMS

dapat meningkatkan risiko tertular HIV saat berhubungan seks sebesar 3 hingga 5 persen. Secara khusus, IMS ulseratif dapat meningkatkan risiko penularan HIV hingga 300 kali lipat jika bebannya tidak dipertahankan (Dirjend PP & PL, 2009).

### 3. Perilaku penggunaan narkoba

Hasil penelitian yang dilakukan di Semarang pada tahun 2008 menunjukkan bahwa 34,7% dari 75 obat suntik yang disurvei telah mengubah konsumsi jarum suntiknya dalam 6 bulan terakhir (H. Winarno, 2008). Tingkat distribusi jarum tertinggi ditemukan di Bangladesh dan India. Sementara itu, tingkat distribusi jarum suntik di Kathmandu dan Nepal menurun dari 56% pada tahun 2002 menjadi 7% pada tahun 2009 (WHO SEARO, 2010). Hasil penelitian Penasun yang dilakukan di Lembah Pokhara pada tahun 2009 menunjukkan hubungan yang signifikan antara fragmen jarum suntik dan penularan HIV (FHI 360, 2009). Hasil survei penggunaan napza tahun 2009 di Lembah Pokhara menunjukkan bahwa prevalensi HIV di antara pengguna napza suntik yang telah menggunakan napza selama lebih dari 5 tahun lebih tinggi dibandingkan pengguna napza suntik (5%). Pecandu telah menggunakan zat kurang dari 5 tahun (3,1%) (FHI, 2009).

### 4. Pasangan Memiliki Pasangan Seks Lain

Orang dengan pasangan jangka panjang (suami/istri) dengan pasangan seksual lain termasuk dalam kelompok risiko. Laporan Dinas Kesehatan Sumut menunjukkan bahwa 47,2% kasus HIV/AIDS di Sumut adalah perempuan. Di antara populasi ini, mereka dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah ibu rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ibu rumah tangga tidak memiliki perilaku berisiko, jika suaminya memiliki pasangan seksual lain, istri juga berisiko



tertular HIV. Penelitian Butt, Numbery dan Morin juga menemukan bahwa dari mereka yang pernah melakukan hubungan seks, hanya 45% yang menikah. Dari jumlah tersebut, 53% mengatakan mereka hidup bersama tanpa ikatan.

#### 5. Riwayat Transfusi Darah

Meskipun efisiensi penularan HIV melalui transfusi darah mencapai 90%, angka infeksi di seluruh dunia hanya 3% (WHO/UNAIDS, 2016). Diperkirakan 90 hingga 100 persen orang yang menerima transfusi darah dengan HIV akan terinfeksi. Transfusi darah utuh (whole blood), sel darah merah (eritrosit konsentrat), trombosit, sel darah putih, dan plasma semuanya mampu menularkan HIV. Menurut laporan Dirjen PP&PL Depkes RI (2012), angka penularan HIV melalui transfusi darah di Indonesia pada tahun 2011 adalah 0,4%. Transfusi darah yang terinfeksi HIV juga termasuk dalam risiko penularan HIV, dimana lebih dari 90% orang terinfeksi HIV ketika mengambil darah dari pendonor yang belum dites HIV (Sofa, 2013).

#### **2.1.8 Cara Penularan HIV/AIDS**

HIV masuk ke dalam tubuh melalui selaput lendir, kulit, atau bagian tubuh yang terluka. Selama penularan seksual, HIV pertama kali menempel pada sel dendritik (misalnya sel Langerhans) atau makrofag/monosit dimana HIV menggunakan CCR5 (virus R5) sebagai koreseptor setelah itu akan berlipat ganda (Demirkhanyan et al., 2013). Virus HIV yang ada di dalam tubuh diambil oleh makrofag dan terjadi replikasi virus (Pauls et al., 2013). Mayoritas infeksi HIV baru masih ditularkan secara seksual.

Rute lain dari relevansi epidemiologi adalah pemberian parenteral serta inhalasi selama epistaksis.

Dalam satu sampai dua hari, infeksi HIV dapat dideteksi di jaringan limfatik regional dan dalam 5 hingga 6 hari dapat dideteksi di kelenjar getah bening regional (Maher et al., 2005). Setelah 10-14 hari terinfeksi, virus terdeteksi di seluruh tubuh, termasuk sistem saraf. Tingkat penyebaran HIV secara *in vivo* tergantung pada sel target utama yang terinfeksi, misalnya di amandel atau di mukosa dubur (Grivel et al., 2007). Organ yang terlibat dalam HIV adalah darah dan sistem serebrospinal dan genitourinari (cairan ejakulasi atau vagina) (Seitz, 2016).

Penularan HIV dapat terjadi melalui darah atau transplantasi organ, termasuk tulang, dan dapat terinfeksi sekitar 56 hari setelah infeksi dari donor. Penularan dari ibu ke anak telah ditunjukkan sejak usia kehamilan 12 minggu, tetapi penularan paling sering terjadi (>90%) pada trimester ketiga dan sesaat sebelum atau selama persalinan, dan HIV juga umum terjadi (Grosch-Wörner et al., 2000; Seitz, 2016).

Pada awal respon imun humoral terhadap HIV setelah 36 minggu, berbagai gejala klinis dapat diamati pada sebagian besar individu yang terinfeksi (JA, 2007), dengan demam, limfadenopati, kelelahan, kesulitan menanggung, ruam kecil, lesi sedikit menonjol. dan/atau gejala gastrointestinal. Gejala ini tidak spesifik dan juga ditemukan pada infeksi virus lain seperti mononukleosis atau influenza yang disebabkan oleh EBV dan CMV. Neuropati akut biasanya muncul pada fase akut. Gejala bertahan selama 26 minggu. Periode gejala awal ini sering diikuti oleh periode

tanpa gejala atau periode dengan gejala yang jarang terjadi yang dapat bertahan selama bertahun-tahun (Seitz, 2016).

Menurut Obi Andaret pada tahun 2015, AIDS ditularkan melalui dua cara, yaitu melalui kontak langsung dan tidak langsung:

- a. Kontak langsung adalah kontak dekat dengan penderita AIDS melalui vagina atau anus
- b. Kontak tidak langsung adalah penularan AIDS, yang dapat terjadi dengan cara sebagai berikut:
  - 1) Transfusi darah bagi penderita HIV/AIDS
  - 2) Berbagi jarum suntik dengan pasien AIDS
  - 3) Wanita hamil dengan HIV/AIDS dapat menularkan kepada bayinya
  - 4) Ibu menyusui dengan AIDS

Menurut (Nana, 2013), penularan HIV ke manusia terjadi melalui 3 cara:

1. Dari ibu yang terinfeksi HIV ke anaknya.

Bayi yang baru lahir terinfeksi HIV dari ibu yang menderita HIV dan anaknya yang belum lahir melalui kehamilan, persalinan, dan menyusui pascapersalinan. Tingkat penularan selama kehamilan adalah sekitar 51%, 100% pada saat partus dan 100% selama menyusui. Virus ini ditemukan didalam ASI, sehingga ASI merupakan wahana penularan HIV dari ibu ke bayi. Menyusui ibu yang terinfeksi harus dihindari jika memungkinkan.

2. Secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual)

Seks adalah salah satu jalur utama penularan HIV di banyak bagian dunia. Virus dapat ditemukan pada air mani, cairan vagina, dan cairan rahim. Virus akan

menumpuk di sperma, terutama bila jumlah limfosit dalam cairan meningkat, misalnya pada penyakit radang alat kelamin seperti uretritis, epididimitis, dan gangguan terkait lainnya, menyebabkan penyakit menular seksual. Seks anal memudahkan penularan HIV karena hanya selaput tipis di rektum yang mudah robek, membuat anus rentan.

3. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi. Darah adalah mediator penularan HIV yang sangat baik. Agar cairan tubuh berdifusi, mereka harus memasuki aliran darah secara langsung. HIV telah ditemukan di dalam atau di air liur, tetapi sejauh ini tidak ada bukti bahwa HIV dapat ditularkan melalui air liur. Hal yang sama berlaku untuk ASI untuk orang dengan HIV/AIDS. HIV juga tidak ditemukan dalam urin, feses dan muntahan. Hal ini dapat terjadi pada orang yang telah menerima transfusi darah atau yang telah menerima produk darah yang belum dites HIV. Diperkirakan 90% sampai 100% orang yang menerima transfusi darah terinfeksi HIV. Penularan ini juga dapat terjadi pada pengguna narkoba yang menyuntikkan melalui jarum suntik/kelompok terpisah yang tidak mengikuti prinsip sterilisasi.

Beberapa hal dibawah ini merupakan edukasi yang belum banyak diketahui di masyarakat:

1. HIV tidak menular melalui kontak sosial seperti :
  - a. Paparan dengan orang HIV
  - b. Berjabat tangan dengan ODHA
  - c. Berciuman, bersin dan batuk
  - d. Makanan dan minuman

- e. Nyamuk dan serangga penyangat lainnya
  - f. Berenang di kolam bersama ODHA
2. HIV mudah mati diluar tubuh bila terkena air panas, sabun, dan deterjen
  3. Modus seks yang paling rentan terhadap HIV dan AIDS adalah :
    - a. *Anogenital Pasif*. Penis pasangan yang terinfeksi HIV memasuki anus pasangan seksnya
    - b. *Anogenital Aktif*. Penis masuk ke anus pasangan yang terinfeksi HIV
    - c. *Genetia – genetia pasif*. Penis dari pasangan yang terinfeksi HIV memasuki vagina
    - d. *Genetia – genetia Aktif*. Penis memasuki vagina pasangan yang terinfeksi HIV
    - e. Hubungan seks intermiten dengan pasangan HIV/AIDS
    - f. Hubungan antara mulut pelaku seksual dan HIV pasangannya (saluran kelamin)

### **2.1.9 Kelompok Resiko Tinggi Tertular HIV/AIDS**

Menurut (Maryunani & Aeman, 2009) kelompok resiko tertinggi yang tertular HIV/AIDS ialah :

1. Mereka yang kliennya memiliki banyak pasangan seksual (gay dan heteroseksual), seperti mucikari, pria gay, biseksual dan kelompok transgender. Semua orang menduga bahwa AIDS adalah penyakit yang umumnya menyerang laki-laki gay "laki-laki". Namun, sekarang diketahui bahwa virus

ini dapat menginfeksi semua orang melalui banyak jalur penularan yang berbeda.

2. Penderita hemophilia dan penerima transfusi darah atau produk darah lainnya.
3. Bayi/anak yang dilahirkan dari ibu pengidap HIV/AIDS.
4. Pengguna narkoba suntik/IDU
5. Perempuan yang mempunyai pasangan laki-laki pengidap virus HIV
6. Laki-laki atau perempuan penguat seks bebas.

#### **2.1.10 Faktor - faktor yang Memengaruhi Pengetahuan HIV/AIDS**

##### **a. Umur**

Usia berkorelasi dengan pengetahuan, hal ini karena efektivitas daya ingat pada setiap usia berbeda. Durasi memori juga sepenuhnya berkorelasi dengan usia. Menurut penelitian, perempuan berusia 15 hingga 49 tahun membutuhkan informasi lebih lanjut tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS (Efendi et al., 2020). Hal ini dikarenakan jumlah kasus penularan HIV/AIDS pada perempuan di Indonesia telah menurun (Efendi et al., 2020).

##### **b. Pendidikan**

Peluang memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang komprehensif bagi mereka yang memiliki gelar sarjana dibandingkan dengan mereka yang tidak (Kefale et al., 2020). Hal ini dimungkinkan karena pendidikan membantu orang menjadi lebih proaktif tentang kesehatan mereka sendiri dan mencari informasi untuk melindungi diri dari HIV/AIDS (Kefale et al., 2020). Pendapatan yang lebih tinggi, dan

terutama pendidikan tinggi, dikaitkan dengan kemungkinan yang lebih tinggi untuk memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV dibandingkan dengan pendapatan yang lebih rendah dan pendidikan yang lebih rendah (E et al., 2018).

c. Status Pernikahan

Menurut penelitian, wanita yang belum menikah akan memiliki tingkat pengetahuan yang lebih rendah tentang HIV/AIDS dibandingkan wanita yang sudah menikah (Efendi et al., 2020). Dalam budaya Indonesia, pada umumnya membicarakan kesehatan seksual atau aktivitas seksual dengan wanita lajang atau lajang adalah topik yang sangat tabu (sangat tidak pantas) (Efendi et al., 2020). Oleh karena itu, kebanyakan orang memilih untuk tidak membahas masalah seksual, terutama topik yang berkaitan dengan penularan dan pencegahan HIV/AIDS (Efendi et al., 2020). **Akibatnya, perempuan lajang akan memiliki sedikit atau tidak ada informasi tentang HIV/AIDS** (Efendi et al., 2020). Sebuah penelitian juga menjelaskan bahwa wanita yang sudah menikah memiliki pengetahuan yang lebih tinggi karena mereka cenderung dapat mengumpulkan dan mendiskusikan informasi ini secara mandiri atau dengan pasangan (Efendi et al., 2020).

d. Status Pekerjaan

Pekerjaan memiliki hubungan positif dengan kedalaman pengetahuan tentang HIV/AIDS (Kefale et al., 2020). Salah satu alasan yang mungkin untuk ini adalah bahwa pekerja memiliki pendidikan yang lebih baik, standar hidup yang lebih baik,

dan akses yang lebih baik ke informasi, pendidikan dan komunikasi daripada mereka yang tidak memiliki gelar (Kefale et al., 2020).

e. Tempat Tinggal

Masyarakat yang tinggal di perkotaan memiliki peluang yang lebih tinggi untuk memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang komprehensif dibandingkan yang tinggal di pedesaan (Kefale et al., 2020). Salah satu alasannya mungkin karena penduduk kota sering menjalani gaya hidup yang lebih baik dengan akses yang lebih mudah ke informasi kesehatan, pendidikan, media, dan fasilitas kesehatan (Kefale et al., 2020). Masyarakat yang tinggal di perkotaan juga lebih rentan terhadap intervensi pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS seperti kampanye konseling dan tes HIV, sesi pelatihan dan kampanye komunikasi (Kefale et al., 2020).

Menurut penelitian, wanita yang tinggal di perkotaan memiliki pengetahuan 1,62 kali lebih banyak daripada wanita yang tinggal di pedesaan (Mach, 2017). Hal ini dikarenakan, akses baik dalam segi elektronik maupun tertulis seingkali memiliki keterbatasan ataupun mungkin bahkan tidak bisa diakses (Mach, 2017). Wanita lebih percaya pada keyakinan berbasis adat tentang kesehatan, kinerja seksual, dan reproduksi (Rumata, 2017).

f. Status Ekonomi

Status ekonomi ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS di Indonesia (Efendi et al., 2020). Memang, status ekonomi yang lebih baik dikaitkan dengan akses yang lebih mudah bagi perempuan untuk mendapatkan informasi yang lebih baik tentang HIV/AIDS dan kesempatan untuk mengejar tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Efendi et al., 2020).



Penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan status ekonomi yang baik cenderung lebih sadar akan status kesehatannya dan lebih siap untuk mengambil keputusan tentang perilaku kesehatan dengan berkonsultasi langsung dengan para ahli (Efendi et al., 2020).

g. Keterpaparan Media Massa

Orang dengan paparan media yang tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih mendalam tentang HIV/AIDS dibandingkan mereka yang tidak terpapar media (Kefale et al., 2020). Ini mungkin karena media memiliki pengaruh besar pada pendidikan dan transmisi pengetahuan yang tepat, yang mengurangi kesalahpahaman yang sudah ada sebelumnya tentang HIV/AIDS (Kefale et al., 2020).

### **2.1.11 Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi HIV**

Cara paling efektif untuk mencegah penularan HIV adalah dengan memutus mata rantai penularan. Pencegahan adalah tentang penularan HIV. HIV/AIDS adalah penyakit kuno tanpa pengobatan yang efektif. Oleh karena itu, pencegahan dan penularan sangat penting, terutama melalui pendidikan kesehatan dan peningkatan kesadaran tentang patofisiologi HIV dan cara penularannya.

Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2019) pencegahan yang bisa dilakukan untuk mencegah HIV dengan :

## 1. Pencegahan penularan infeksi HIV dengan pengobatan ARV

Studi 052 oleh HIV Prevention Trials Network (HPTN) menunjukkan bahwa ART saat ini merupakan metode yang paling efektif untuk mencegah penularan HIV. Penggunaan awal obat antiretroviral dapat mengurangi penularan HIV pada pasangan seks HIV-negatif sebesar 93%. Penekanan viral load ARV telah terbukti berhubungan dengan penurunan viral load dan penurunan sekresi genital. Pencegahan ARV merupakan bagian dari pengobatan sebagai pencegahan (TasP). Perlu dipahami bahwa untuk menggunakan ARV perlu memadukan dosis yang tepat, kondom yang tepat, seks yang aman, dan penggunaan obat antiretroviral untuk menurunkan viral load dan mengurangi perilaku berisiko. . Pengobatan penyakit menular seksual mutlak diperlukan sesuai dengan pedoman pencegahan penularan HIV. Upaya ini disebut pencegahan aktif (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

## 2. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak

Penularan vertikal adalah cara HIV ditularkan dari ibu ke anak selama salah satu tahap, selama kehamilan, saat lahir atau setelah melahirkan (saat menyusui). Penularan vertikal adalah jalur utama (92%) infeksi HIV pada anak yang lebih tua; 13 tahun. Migrasi intrauterin terjadi melalui pelepasan darah dari plasenta atau melalui infeksi pada kantung dan selaput ketuban. Penularan selama kelahiran terjadi melalui kontak kulit-mukosa antara bayi dan darah ibu, sistem cairan ketuban, dan sekret vagina saat melewati jalan lahir. Penularan juga dapat terjadi selama persalinan, karena infeksi serviks menyebar dari ibu ke janin saat rahim berkontraksi saat melahirkan.

Sebelum intervensi pencegahan yang efektif, tingkat penularan HIV longitudinal pada bayi yang tidak disusui adalah 15-30% dan pada neonatus 25-45%. Penularan intrauterin melalui leher memberikan risiko 5% hingga 10% dan risiko 10% hingga 20% saat lahir. Risiko penularan HIV selama menyusui pada populasi menyusui adalah 520%. Intervensi yang efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak dapat mengurangi tingkat penularan vertikal hingga kurang dari 2%.

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) didefinisikan sebagai intervensi untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Intervensi pencegahan ini mencakup perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan untuk ibu yang terinfeksi HIV sebelum dan sesudah kehamilan, serta perawatan untuk bayi baru lahir yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV.

Empat pendekatan komprehensif untuk mencegah penularan HIV vertikal adalah:

- a. Pencegahan primer infeksi HIV pada wanita usia subur
- b. Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita terinfeksi HIV
- c. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak secara vertikal
- d. Memberikan terapi, perawatan dan dukungan yang baik kepada ibu, anak dan keluarganya yang hidup dengan HIV (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

### 3. Pencegahan transmisi HIV pasca-pajanan

Profilaksis pasca pajanan mencakup penggunaan ART jangka pendek untuk mengurangi risiko penularan HIV setelah pajanan di tempat kerja atau serangan seksual. Terapi antiretroviral dapat mengurangi risiko infeksi HIV. Studi ART

profilaksis pertama dilakukan pada hewan. AZT hewan profilaksis dapat mengurangi risiko penularan hingga 81% segera setelah terpapar HIV. Penelitian pada hewan menunjukkan bahwa ART selama 28 hari diperlukan untuk mencegah serokonversi HIV secara maksimal. Efektivitas ART profilaksis semakin ditingkatkan dengan keberhasilannya dalam mencegah penularan HIV jangka panjang dari ibu ke anak. Dalam semua kasus, orang yang terpapar harus dievaluasi oleh profesional kesehatan yang berkualifikasi.

Untuk setiap pajanan yang membawa risiko penularan HIV, profilaksis pajanan harus dimulai sesegera mungkin, idealnya dalam 72 jam setelah pajanan. Namun, profilaksis pasca pajanan (PPP) masih dapat dipertimbangkan jika orang yang terpapar memiliki akses ke layanan setelah 72 jam. Beban berisiko tinggi mungkin termasuk cairan tubuh (darah, konsentrasi darah, ASI, cairan genital, cairan serebrospinal, cairan ketuban, cairan peritoneal, cairan sinovial, cairan perikardial, atau cairan pleura). Titik kontak adalah mukosa dan tempat suntikan.

Penilaian kebutuhan untuk profilaksis pasca pajanan (PEP) harus didasarkan pada status HIV dari sumber pajanan (jika ada) dan epidemiologi tempat dan prevalensi HIV. Profilaksis pasca pajanan (PPP) tidak dilakukan jika orang tersebut sebenarnya berisiko HIV, memiliki sumber pajanan HIV-negatif, atau telah terpajan dengan cairan tubuh berisiko rendah. Misalnya, air liur tidak mengandung air mata, darah, urin, atau keringat. Pilihan profilaksis pasca pajanan (PPP) harus didasarkan pada kombinasi ART lini pertama, dengan mempertimbangkan potensi resistensi ARV pada sumber pajanan. Oleh karena itu, sebelum memulai profilaksis

pasca pajanan (PPP), sebaiknya mengetahui jenis dan riwayat ART dari sumber pajanan, termasuk inhalasi.

Tes HIV pada individu yang terpajan, seperti tes hepatitis B dan hepatitis C, dilakukan segera setelah pajanan. Namun, hasil tes tidak boleh menunda inisiasi profilaksis pasca pajanan (PPP). Manajemen pajanan HIV harus dilakukan sebagai bagian dari manajemen pajanan untuk infeksi melalui darah lainnya seperti hepatitis B dan hepatitis C (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

#### **2.1.12 Pengobatan/Terapi untuk HIV/AIDS**

##### **1. Terapi Antiretroviral**

Terapi antiretroviral (ART) adalah penatalaksanaan medis untuk mengatasi penyakit HIV. ART menghambat replikasi atau penggandaan dari HIV. Kombinasi Beberapa obat bertujuan untuk mengurangi jumlah virus dalam darah.

Tujuan Terapi Antiretroviral :

- Mengurangi mordibitas martalius terkait HIV.
- Memperbaiki mutu hidup
- Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan
- menekan replikasi semaksimal mungkin dalam waktu yang lama.

Saat ini 3 golongan ART yang tersedia di Indonesia:

##### **a. *Necleouside Reverse Trancriptase Inkibitur* (NRTI)**

Obat ini menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA, obat dalam golongan ini : *Ziduvudin* (ZDV atau AZT), *Lamivudin* (3TC), *Didonosin* (ddl), *Zalcitabine* (ddc), *Stavudin* (ABC).

b. *Non Nucleoside Reverse Trascriptase Inkibitur* (NNRTI)

Obat ini menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA termasuk kedalam golongan ini: *Nevirapine* (NVP), *Efavitenz* (EFV) dan *delavirdine* (DLV)

c. Protease inhibitor

Obat ini menghambat enzim protease yang memegang rantai panjang asam amini menjadi protein yang lebih kecil. Obat-obatan dalam golongan ini adalah *Indinavir* (IDV), *Amprenavir* (APV) dan *lopinavir/litonavir* (LPV/r).

ARV dapat dipakai untuk mencegah infeksi pasca pajanan (misalnya pada petugas kesehatan yang tertusuk jarum suntik bekas). Dalam pemakaian ARV akan memberi dampak menurunkan, orbiditas, mortalitas serta pemulihan sistem kekebalan tubuh (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

## 2. Terapi Informasi

Klien yang terdiagnosis HIV/AIDS akan merasa dunia atau hidupnya sudah berakhir, merasa suram dan tanpa masa depan. Banyak pertanyaan bertanya pada diri sendiri seperti apa AIDS itu, apa bedanya dengan HIV, bagaimana penularannya, apakah ada pengobatannya, apa gejalanya, dll. Informasi diperlukan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan ini. Informasi ini akan mengobati depresi ringan, memulihkan, dan menyelamatkan nyawa. Informasi pasien yang akurat membantu pasien tetap tenang dalam menghadapi HIV/AIDS (Green & Setyowati, 2016).

### 3. Terapi Spiritual

Perawatan dan perawatan harus mempertimbangkan fungsi aspek biopsikologis. Amalan ini menempatkan spiritualitas sebagai sarana penyembuhan dalam upaya penyembuhan. Dalam psikoterapi, klien yang hidup dengan HIV/AIDS membutuhkan pendeta yang memahami HIV/AIDS dengan baik. Pengalaman keagamaan dan kegiatan spiritual dapat meningkatkan motivasi ODHA untuk mengatasi masa-masa sulit dalam hidupnya (Green & Setyowati, 2016).

### 4. Terapi Alam (Green & Setyowati, 2016)

### 5. Terapi Fisik

Terapi fisik merupakan upaya yang dapat digunakan sebagai alternatif komplementer untuk memperbaiki disfungsi fisik yang disebabkan oleh virus HIV penyebab AIDS. Ada beberapa jenis terapi fisik yang dapat dilakukan. Termasuk makanan dan terapi fisik. Pada prinsipnya pengobatan tertentu dapat meningkatkan kondisi fisik atau kekebalan tubuh penderita HIV dan juga dapat melatih tubuhnya menjadi lebih sehat. Misalnya, penderita AIDS yang sering kehilangan massa otot akan menurunkan berat badan. Begitu seseorang mulai menunjukkan gejala, massa otot dan lemak berkurang perlahan tapi pasti. Jika Anda tidak memperhatikan massa otot Anda, penampilan dan kondisi Anda akan berpengaruh besar. Bahkan dengan makanan. Gejala pertama yang terjadi pada orang dengan HIV seringkali disertai dengan kekurangan gizi. Oleh karena itu, fisioterapi dan fisioterapi mutlak diperlukan (Green & Setyowati, 2016).

6. Terapi Musik (Green & Setyowati, 2016)

7. Kelompok Dukungan

HIV dan AIDS, kesehatan, keuangan, kematian, pernikahan, seks, anak-anak, dll. membawa banyak masalah pribadi dan pertanyaan sulit untuk dijawab. Prasangka dan diskriminasi terhadap orang lain bisa membuat stres. Akibatnya, banyak orang dengan HIV juga ingin bertemu dengan orang lain dengan HIV. Ada keinginan untuk berbagi pengalaman, mengurangi perasaan terisolasi, dan mencari dukungan emosional. (Bahkan, kita sangat terbiasa berbagi perasaan dan mencoba memecahkan masalah dengan orang lain dalam kehidupan sehari-hari) (Green & Setyowati, 2016).

Banyak orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia membentuk dan kemudian membentuk kelompok mereka sendiri. Ada banyak istilah untuk ini: support group, peer support group, self-help group, peer support group, atau sekadar "support group". Kelompok pendukung dapat mencakup keluarga dan pasangan seksual orang yang hidup dengan HIV atau dapat dibentuk secara individu. Peran utama kelompok pendukung adalah untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dan rahasia di mana orang yang hidup dengan HIV dapat bertemu, berbicara secara terbuka, mendengarkan dan mendapatkan dukungan (Green & Setyowati, 2016).



## 2.2 Integrasi Keislaman

Di dunia penyakit merupakan suatu hal yang dapat dialami oleh setiap orang, kadang-kadang bahkan satu orang dapat memiliki banyak penyakit pada waktu yang sama. Ingatlah hal-hal yang tidak boleh dilakukan oleh pasien dan jangan membuat kata-kata atau tindakan yang menunjukkan ketidaksabaran terhadap ketetapan Allah, karena kesabaran seorang Muslim berarti imannya kepadanya (ZAINUL, 2012)

HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan yang sangat mengkhawatirkan. Dari sudut pandang umat Islam, topik HIV/AIDS sering dihadirkan oleh Allah SWT sebagai hukuman atau kutukan atas perbuatan yang melanggar perintah Allah dan menyimpang dari ajaran-Nya. HIV/AIDS masih dianggap sebagai akibat dari aktivitas seksual atau manusia, baik dalam perkawinan yang tidak sah maupun dalam hubungan sesama jenis. Namun kenyataannya, banyak dari mereka yang terinfeksi virus, bahkan tidak melakukan hal-hal yang seharusnya tidak mereka lakukan, seperti ibu yang terinfeksi HIV dapat melahirkan, sehingga bayi yang lahir terinfeksi juga di atas ibunya.

Menurut Fatwa MUI, penyebaran HIV/AIDS merupakan ancaman yang meluas yang dapat membahayakan siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, usia atau pekerjaan (al-Dharar al'Am). Menghadapi bahaya HIV/AIDS, dari segi agama, budaya, sosial dan kesehatan, semua pihak, baik secara individu maupun kolektif, berusaha untuk mencegah hal ini terjadi. Sebagai doktrin kepribadian (rahmatan lil ‘alamin), Islam dijadikan sebagai pedoman dalam berbagai jenis kehidupan bermasyarakat, terutama dalam beberapa upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, sumber daya manusia dalam negeri, termasuk manusia (MUI, 1995).

Para ulama, khususnya cendekiawan Indonesia, ahli waris dan pengikut perjuangan Nabi (warasatul anbiya) dengan tulus ingin mengambil bagian dalam tindakan mulia untuk memperkuat hak asasi manusia di Indonesia. Para peneliti juga berkomitmen untuk mengatasi hambatan yang kami temui dalam penelitian ini, khususnya risiko terhadap kesehatan masyarakat karena kecenderungan kuat penyebaran HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan fitrah ajaran Islam yang menekankan pada pemersatu prinsip keutamaan dan ketakwaan (ta'awun alalbirri wattaqwa) (MUI, 1995).

Sebagian besar faktor risiko HIV untuk AIDS terjadi pada penjahat. Meski tahu apa yang mereka lakukan salah, Allah SWT justru menghukum AIDS berupa HIV.

Pesan Islam yang dibawa oleh Nabi Muhammad SAW. da agama bagi manusia untuk memberi manfaat, membesarkan dan membesarkan manusia yang berkualitas, yang konon membawa segala esensi dan ajarannya dari Al-Qur'an dan peri, memberikan petunjuk dalam berbagai aspek kehidupan manusia. Mencari. Ini termasuk belajar bagaimana tetap sehat. Menurut Islam, penyakit adalah musibah yang bisa menimpa siapa saja, termasuk yang memiliki penyakit taqwa dan taqwa. Artinya orang yang sakit belum tentu sakit karena dosa-dosanya, tetapi bisa menjadi korban perbuatan orang lain. Allah (swt) memperingatkan hamba-hamba-Nya untuk menghindari perbuatan maksiat. Karena perbuatannya sendiri dapat menimbulkan penyakit yang menyiksanya. peringatan QS. Al-Anfal / 8:25 sebagai berikut:

وَاتَّقُوا فِتْنَةً لَا تُصِيبَنَّ الَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْكُمْ خَاصَّةً وَعَلَّمُوا أَنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ

Terjemahnya :

“Dan lindungi diri Anda dari rasa sakit dan bukan hanya ketidakadilan di antara Anda berdua. Dan ketahuilah bahwa Allah telah dihukum berat.”

Pada dasarnya, ajaran Islam sarat dengan pedoman menjalani hidup yang sehat baik jasmani maupun rohani. Diantaranya, Islam mengajarkan untuk menjauhi penyakit dan berobat jika sakit, bersabar dan banyak-banyak memohon ampun jika mendapat musibah, pantang menyerah, dan berbuat baik kepada orang sakit. Pada saat terjadi bencana, walaupun sedang sakit, kami mohon untuk bersabar saat berusaha/berobat. Hal ini dinyatakan dalam QS.Luqman/31:17 yang berbunyi sebagai berikut:

وَأَصْبِرْ عَلَىٰ مَا أَصَابَكَ ۖ إِنَّ ذَٰلِكَ مِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ

Terjemahnya :

“Dan bersabarlah atas apa yang menimpa kamu, sesungguhnya yang demikian itu termasuk hal-hal yang diwajibkan (oleh Allah).”

Islam juga mengajarkan kita untuk lebih banyak membaca, karena Allah SWT sangat menghargai umat-Nya yang memiliki ilmu pengetahuan, seperti yang disebutkan oleh QS. Az-Zumar ayat 9 yang berbunyi :

أَمْ مَنْ هُوَ قَانِتٌ أَنَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الْأَجْرَةَ وَيَرْجُوا رَحْمَةَ رَبِّهِ ۗ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ  
وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۗ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولَٰئِكَ الْأَلْبَابِ

Terjemahnya :

(Apakah Anda seorang musyrik yang lebih bahagia) atau orang yang sujud dan beribadah di malam hari, takut akan apa yang akan terjadi selanjutnya dan berharap

mendapat karunia dari Tuhannya? Katakanlah: "Yang tahu dan yang tidak tahu itu sama?" Faktanya, hanya orang yang berakal yang dapat mengambil pelajaran.

Dari kalimat di atas dijelaskan bahwa sangat penting bagi seseorang untuk memiliki ilmu, karena Allah SWT sangat membedakan orang yang berilmu dengan yang tidak berilmu. Allah SWT menyebutkan bahwa orang yang menggunakan akal dan jiwanya dengan jernih dan baik untuk menuntut ilmu adalah orang-orang yang dapat menerima pelajaran dan hidayah.

Islam juga menganjurkan agar Anda selalu membaca. Kata-kata (Iqra') dalam Al-Qur'an terdiri dari 8 huruf dan diulang sebanyak 16 kali. Iqra', yang biasa diterjemahkan sebagai 'membaca', adalah kata pertama dan ayat pertama dari wahyu yang diberikan Allah kepada Nabi Muhammad. Ini, tentu saja, merupakan kejutan bagi Nabi, karena dia adalah seorang yang buta huruf. Baca apa?, "Ma'aqra? Apakah pertanyaan Oracle setelah Jibril mengulangi perintahnya. Kami juga tidak dapat menemukan penjelasan tentang objek yang harus dibaca sebagai kata iqra' sehingga ada pendapat yang beragam dari para komentator.

Menurut Quraisy Shihab, kata *Iqra'* berarti membaca, mempelajari, berkomunikasi, dsb. berarti. Karena topiknya bersifat universal, maka topik pembicaraan mencakup segala sesuatu yang dapat dicapai, baik bacaan ilahi dari Tuhan maupun tidak. berupa syair tertulis maupun tidak tertulis. Membaca dalam Islam adalah perintah Allah SWT.

Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan hal yang sangat penting yang harus dipahami oleh seseorang. Dengan pengetahuan yang cukup, seseorang akan dapat mengetahui lebih baik apa yang baik dan apa yang buruk baginya. Jadi lebih atau

kurang kerusakan akan dilakukan. Sama halnya dengan HIV/AIDS, jika seseorang dapat memiliki pemahaman yang baik tentang HIV/AIDS, lebih sedikit orang yang akan terkena HIV/AIDS karena dia mengetahui penyebab dan akibat dari HIV/AIDS.

Menurut Islam, AIDS adalah penyakit kelamin yang disebabkan oleh perzinahan dan merupakan hukuman Allah. Sebelum ditemukannya AIDS, kita sudah mengetahui penyakit lain seperti gonore (kerajaan), rosacea dan sifilis. Karena menikmati kesenangan dunia, orang tidak pernah berpikir bahwa apapun yang mereka lakukan, baik zina atau apapun, dapat menyebabkan AIDS. Rasulullah SAW menginformasikan kepada umatnya bahwa zina adalah penyebab hukuman yang diberikan oleh Allah SWT, sebagaimana dinyatakan dalam ayat berikut:

إِذَا ظَهَرَ الرَّثَا وَالرَّبَا فِي قَرْيَةٍ ، فَقَدْ أَحَلُّوا بِأَنْفُسِهِمْ عَذَابَ اللَّهِ

Artinya :

" Ketika perzinahan dan keajaiban terjadi di bumi, mereka (penduduk asli) mengambilnya sendiri untuk membenarkan hukuman Tuhan "(HR.At Tabrani dan Al-Hakim).

Sebagian besar firman Allah dalam Al-Qur'an tidak hanya melarang seks di luar nikah, tetapi juga menjelaskan aspek moral dan etika yang mengajarkan orang untuk tidak melanggar hukum atau melanggar perintah. Pandemi AIDS mengikuti pola globalisasi dan dominasi dunia. Penyakit yang masih belum terdeteksi itu menghancurkan rumah-rumah penduduk dan menyebabkan penderitaan. Islam memiliki cara untuk menyingkirkan prostitusi dan mencegah HIV/AIDS. Tentu saja, menanamkan nilai-nilai Islami merupakan kebutuhan yang besar, dan dengan

mengedepankan akidah Islami dan Syariat, masyarakat dapat menyesuaikan perilakunya dengan cara yang tidak disengaja.

Quran, yang merupakan firman Allah swt, mengingatkan manusia untuk tidak mendekati zina karena itu adalah perbuatan buruk. Oleh karena itu, Islam sangat melarang perzinahan. Sebagaimana dijelaskan dalam QS. Al-Isra'/ 17:32).

وَلَا تَقْرُبُوا الزُّنَىٰ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلٌ

Terjemahnya:

“Dan jangan berzina; Sesungguhnya, perzinahan adalah perbuatan keji dengan cara yang tidak baik”

Berdasarkan kutipan di atas, meskipun dekat dengan zina dilarang, apalagi jika Anda melakukannya dilarang. Karena zina dalam hukum Allah adalah perbuatan keji, maka perilaku yang sangat buruk tidak dapat diterima akhlak, akal dan hukum syariat. Zina adalah cara terburuk yang dapat berdampak buruk dan merusak mereka, yaitu merusak reputasi mereka.

Dalam Q.S An-Nur/ 24 :30-31 yang berbunyi :

قُلْ لِلْمُؤْمِنِينَ يَغُضُّوا مِنْ أَبْصَارِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ ذَلِكَ أَزْكَىٰ لَهُمْ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا يَصْنَعُونَ (30) وَقُلْ لِّلْمُؤْمِنَاتِ يَغْضُضْنَ مِنْ أَبْصَارِهِنَّ وَيَحْفَظْنَ فُرُوجَهُنَّ وَلَا يُبْدِينَ زِينَتَهُنَّ إِلَّا مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَلَا يَضْرِبْنَ بِخُمُرِهِنَّ عَلَىٰ جُيُوبِهِنَّ وَلَا يُبْدِينَ زِينَتَهُنَّ إِلَّا لِبُعُولَتِهِنَّ أَوْ آبَائِهِنَّ أَوْ أَبْنَاءِ بُعُولَتِهِنَّ أَوْ إِخْوَانِهِنَّ أَوْ بَنِي إِخْوَانِهِنَّ أَوْ بَنِي أَخَوَاتِهِنَّ أَوْ نِسَابِهِنَّ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَانُهُنَّ أَوِ التَّابِعِينَ غَيْرِ أُولَىٰ الْإِرْبَةِ مِنَ الرِّجَالِ أَوِ الطِّفْلِ الَّذِينَ لَمْ يَظْهَرُوا عَلَىٰ عَوْرَاتِ النِّسَاءِ وَلَا يَضْرِبْنَ بِأَرْجُلِهِنَّ لِيُعْلَمَ مَا يُخْفِينَ مَنْ زَيْنَنَّهُنَّ وَتَوَبُوا إِلَى اللَّهِ جَمِيعًا إِلَيْهِ الْمُؤْمِنُونَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ (31)

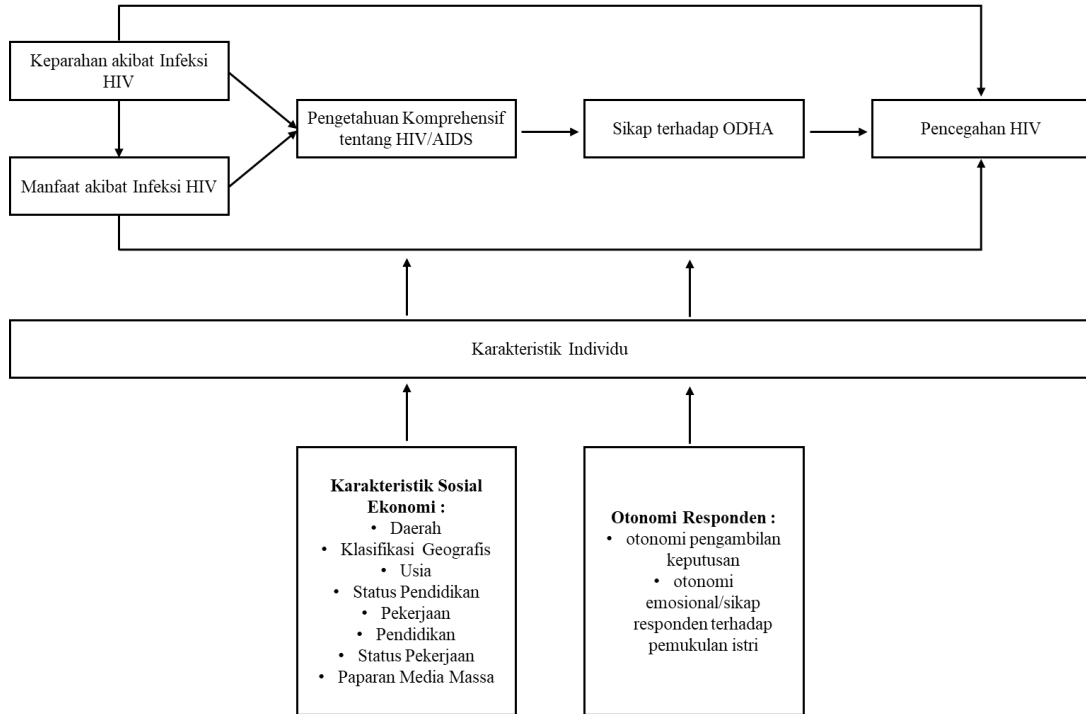
Terjemahnya:

Beri tahu orang yang Anda cintai: Biarkan mereka merawat penampilan mereka dan melindungi area pribadi mereka. Ini lebih bersih bagi mereka, karena Allah mengetahui apa yang mereka kerjakan. (30) Beritahu wanita tepercaya: Biarkan mereka memperhatikan penampilan luar dan ketelanjangan mereka, dan hanya melihat hal-hal yang nyata. Dan hendaklah mereka menutupi dada mereka dan memperlihatkan rias wajah mereka di depan suami atau ayah mereka atau ayah mereka atau putra mereka atau suami mereka atau sepupu atau sepupu mereka. - anak mereka. atau saudara perempuan mereka, diri mereka sendiri atau wanita Muslim, atau budak yang mereka miliki, atau hamba laki-laki (wanita) yang tidak dicintai atau anak-anak yang tidak memahami kodrat wanita. Dan mereka tidak meninggalkan dekorasi yang tidak mereka ketahui. Dan di antara kamu yang berlindung kepada Allah, kamu akan mencapai kesuksesan (31).

Berawal dari pandangan yang merupakan salah satu sarana setan menggoda manusia kepada kejahatan, pandangan yang tidak sah hanya akan mendekatkan manusia pada dosa perzinahan. Dimulai dengan mata, akan mengarah pada seks bebas, sehingga meningkatkan risiko HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya.

### 2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini mengacu pada kerangka teori dari (Iqbal et al., 2019).

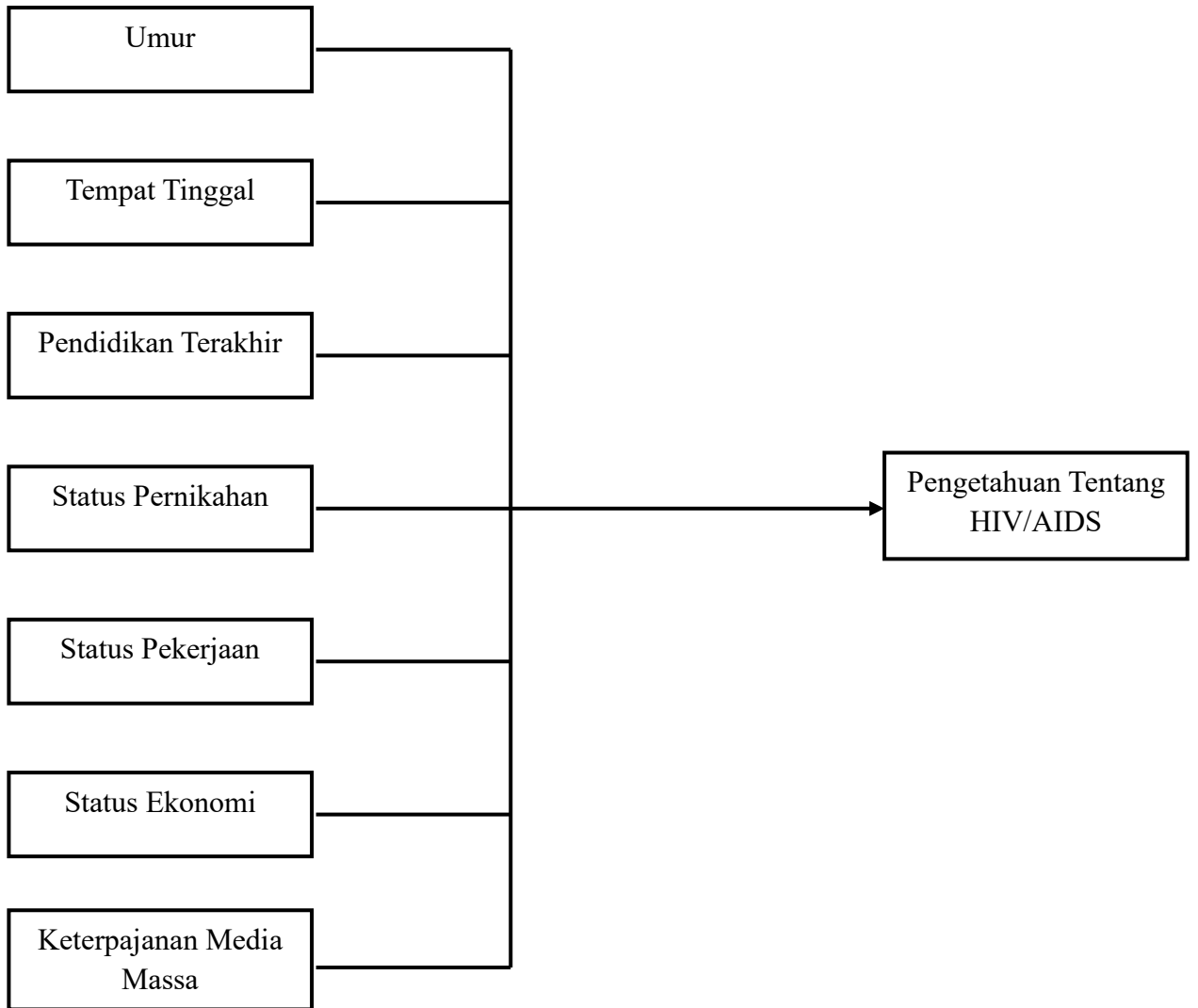




## 2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual mencakup variabel-variabel yang diteliti dalam penelitian.

Variabel-variabel tersebut dapat dilihat pada grafik di bawah ini:



## 2.5 Hipotesis

1. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara umur dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.
2. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara Pendidikan terakhir dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.
3. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara status pernikahan dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.
4. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara status pekerjaan dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.
5. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara tempat tinggal dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.
6. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara status ekonomi dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.
7. Ada korelasi pada alpha 5% yang signifikan antara keterpaparan media massa dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 SDKI 2017**

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 merupakan survei nasional yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerjasama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementerian Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Badan Internasional untuk Implementasi dan Kerjasama. Pembangunan (USAID).

Sensus Kesehatan dan Demografi Indonesia bertujuan untuk memberikan perkiraan terkini tentang indikator kesehatan dan demografi dasar, serta memberikan gambaran yang komprehensif tentang penduduk Indonesia dan kesehatannya, ibu dan anak. Pendataan terkait perkawinan, fertilitas, mortalitas, KB, kesehatan reproduksi, kesehatan anak, gizi dan HIV/AIDS pada wanita usia subur (15-49 tahun).

Rencana pengambilan sampel yang digunakan dalam SDKI 2017 adalah pengambilan sampel dua tahap. Langkah pertama dilakukan dengan memilih sejumlah blok sensus menggunakan metode probabilistic systematic size (PPS). Langkah kedua dicapai dengan memilih 25 rumah tangga normal di setiap blok sensus secara sistematis dari hasil pemutakhiran rumah tangga di setiap blok sensus.

### **3.2 Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian epidemiologi deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

### **3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan data sekunder dari raw data SDKI tahun 2017 yang berfokus pada Provinsi Sumatera Utara. Kemudian pengolahan data dilakukan pada bulan Januari – Oktober 2021. Data SDKI tahun 2017 didapatkan dengan Langkah sebagai berikut :

1. Mengakses [sdki.bkkbn.go.id](http://sdki.bkkbn.go.id)
2. Memilih menu “Daftar” setelah itu akan terbuka halaman “Form Registrasi”
3. Peneliti mengisi lengkap form registrasi
4. Memilih topik penelitian dan menuliskan tujuan registrasi
5. Melengkapi isian tentang penelitian diantaranya judul penelitian beserta abstrak
6. Melengkapi data instansi asal diantaranya nama, alamat, e-mail, dan nomor telepon instansi
7. Setelah melengkapi data seluruhnya, sekitar 2 minggu BKKBN akan mengirimkan e-mail balasan yang berisi password untuk dapat mengakses akun di web SDKI

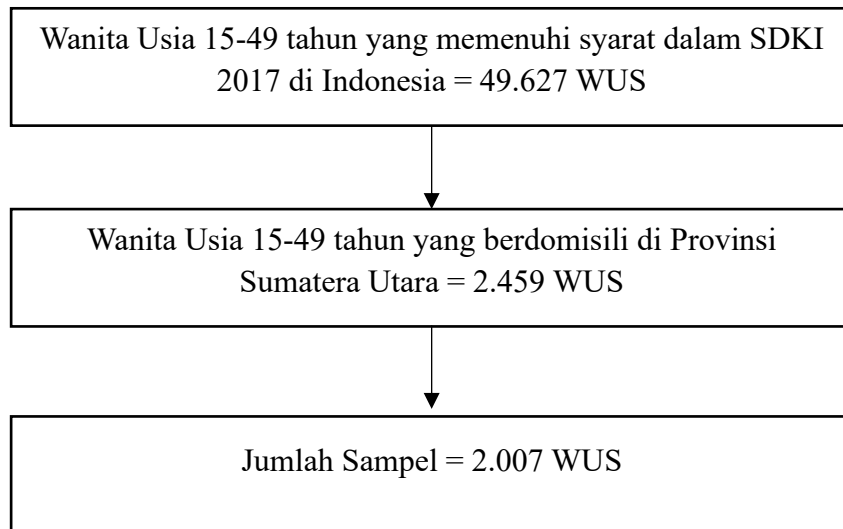
### **3.4 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **3.3.1 Populasi**

Populasi didalam penelitian ini mengacu pada populasi yang ada di SDKI 2017 yaitu seluruh rumah tangga yang meliputi 34 provinsi di Indonesia. Survey ini dilaksanakn secara nasional dengan target 49.250 rumah tangga. Dari seluruh rumah tangga tersebut yang berhasil di wawancarai adalah 47.483 rumah tangga. Selanjutnya, dalam wawancara rumah tangga ditemukan 50.181 wanita usia subur dan yang berhasil diwawancarai sebanyak 49.627 wanita usia subur. Populasi dalam penelitian ini adalah semua usia subur (WUS) di Indonesia dengan usia 15-49 tahun.

### 3.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua Wanita usia subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara dengan kategori usia 15-49 tahun. Berdasarkan hal tersebut didapatkan sampel sebesar 2.007 wanita usia subur. Berikut alur pengambilan sampel wanita usia subur dengan kategori umur 15-49 tahun di Provinsi Sumatera Utara:



### 3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Label Variabel	Skala Ukur
1.	Pengetahuan tentang HIV/AIDS	Merupakan gabungan dari jawaban 3 komponen pengetahuan HIV/AIDS yaitu pengetahuan penularan dan pencegahan.	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 10 HIV/AIDS No. 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1006A, 1007, 1008ABC	1. Buruk (<8) 2. Baik (≥8)	Ordinal

2.	Umur	Lama hidup responden yang dihitung dalam tahun sampai dengan tahun responden diwawancarai	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 1 (latar belakang responden) No. 106	0. 15-35 tahun 1. 36-49 tahun	Ordinal
3.	Pendidikan Terakhir	Jenjang pendidikan tertinggi yang pernah/sedang diduduki/ditamatkan oleh responden.	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 1 (latar belakang responden) No. 108	0. Dasar 1. Tinggi	Ordinal
4.	Status Pernikahan	Status pernikahan sesuai jawaban / pengakuan responden saat wawancara berlangsung	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 7 (perkawinan dan	0. Tidak Menikah 1. Menikah	Ordinal



			aktivitas seksual) No. 701		
5.	Status Pekerjaan	Suatu hubungan yang melibatkan dua pihak antara perusahaan dengan karyawan.	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 9 (Latar belakang suami dan pekerjaan perempuan) No. 913	0. Tidak Bekerja 1. Bekerja	Ordinal
6.	Tempat Tinggal	Tipe daerah tempat tinggal responden	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 1 (pengenalan tempat) No. 5	0. <i>Urban</i> 1. <i>Rural</i>	Ordinal

7.	Status Ekonomi	menggambarkan tentang kondisi seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi ekonomi	Kuesioner WUS SDKI 2017 Karakteristik rumah tangga No. 101-123	0. Miskin 1. Kaya	Ordinal
8.	Keterpaparan Media Massa	Sumber informasi yang responden dapatkan tentang HIV/AIDS	Kuesioner WUS SDKI 2017 Bagian 10 HIV/AIDS no. S1001 AD s/d AX	0. Kurang Baik (<2) 1. Baik (≥2)	Ordinal

### 3.6 Pengumpulan Data dan Instrumen

Penelitian ini menggunakan data sekunder SDKI tahun 2017. Data SDKI dikumpulkan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner khusus Wanita usia subur. Adapun pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

a. Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS

Variabel pengetahuan komprehensif HIV/AIDS adalah variabel dependen didalam penelitian ini. Variabel ini dibuat dari beberapa gabungan variabel yang berkaitan dengan cara pencegahan dan penularan HIV/AIDS. Variabel tersebut ada pada kuesioner WUS no. 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1006A, 1007, 1008.

b. Umur

Variabel usia diperoleh dari kuesioner WUS bagian 1 (latar belakang responden) pertanyaan nomor 106 tentang usia responden pada saat survei dilakukan

c. Pendidikan Terakhir

Variabel Pendidikan terakhir diperoleh dari kuesioner WUS bagian 1 (latar belakang responden) nomor 108

d. Status Pernikahan

Variabel status pernikahan diperoleh dari kuesioner WUS bagian 7 perkawinan dan aktivitas seksual no. 701

e. Status Pekerjaan

Variabel status pekerjaan diperoleh dari kuesioner WUS bagian 9 (latar belakang suami) dan pekerjaan perempuan no. 913

f. Indeks kesejahteraan

Variabel indeks kesejahteraan diperoleh dari semua pertanyaan dibagian 4 (keadaan tempat tinggal pada kuesioner karakteristik rumah tangga yang menanyakan tentang kepemilikan asset tertentu oleh rumah tangga.

g. Keterpaparan Media Massa

Variabel keterpaparan media massa diperoleh dari pertanyaan dibagian 10 tentang HIV/AIDS no. 1001AD s/d AX

h. Tipe Daerah Rumah Tinggal

Variabel tempat tinggal diperoleh dari kuesioner WUS bagian tempat dipertanyaan nomor 5 tentang daerah tempat tinggal responden.

### 3.7 Pengolahan Data

Peneliti melakukan beberapa tahapan sebelum dilakukanny analisis data :

#### 1. Cleaning

Tahapan ini dilakukan dengan tujuan membersihkan data yang missing. Pembersihan dimulai dengan melihay distribusi frekuensi pada setiap variabel. Data yang missing dan data tidak masuk akal, tidak akan diikutsertakan dalam analisis data. Cara membersihkan data yang missing dengan melakukan select data pada data yang tidak missing. Berikut jumlah data missing pada setiap variabel :

**Tabel 3.2 Cleaning Data**

<b>NO</b>	<b>Variabel</b>	<b>Jumlah Missing</b>
1	Pengetahuan tentang HIV/AIDS	452
2	Umur	0
3	Pendidikan Terakhir	0
4	Status Pernikahan	0
5	Status Pekerjaan	0
6	Tempat Tinggal	0
7	Status Ekonomi	0
8	Keterpaparan Media Massa	0

## 2. Filter

Pada proses filter dilakukan dengan cara memilih pertanyaan/variabel apa yang akan digunakan pada penelitian ini melalui penyesuaian antara tujuan penelitian dengan dataset yang tersedia di SDKI 2017. Berikut daftar pertanyaan yang digunakan:

**Tabel 3.3 Filter Data**

No	Variabel	Kode	Kuesioner
1.	Pengetahuan Komprehensif HIV/AIDS	V751, S1001AX, V754CP, V754DP, V754WP, V823, S1006A, V756, V774A, V774B, V774C	Bagian 10 HIV/AIDS No. 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1006A, 1007, 1008ABC
2.	Umur	V012	Bagian 1 (latar belakang responden) No. 106
3.	Pendidikan Terakhir	V106	Bagian 1 (latar belakang responden) No. 108

4.	Status Pernikahan	V501	Bagian 7 (perkawinan dan aktivitas seksual) No. 701
5.	Status Pekerjaan	V714	Bagian 9 (Latar belakang suami dan pekerjaan perempuan) No. 913
6.	Tipe Daerah Tempat Tinggal	V025	Bagian 1 (pengenalan tempat) No. 5
7.	Status Ekonomi	V190	Karakteristik rumah tangga No. 101-123
8.	Keterpaparan Media Massa	S1001AD S.D AX	Bagian 10 HIV/AIDS no. S1001 AD s/d AX

### 3. Skoring

Skoring dilakukan untuk memberikan skor/nilai pada variabel dependen yang akan diteliti (pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS) dan variabel independen (keterpaparan media massa). Jawaban yang benar akan diberi skor 1, jawaban salah dan tidak tahu akan diberi skor 0. Variabel dependen yang dilakukan skoring mengenai pengetahuan komprehensif HIV/AIDS yaitu ada pada kuesioner Wanita No. 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1006A, 1007, 1008. Peneliti akan mengcompute variabel skor pengetahuan dengan menjumlahkan variabel 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1006A, 1007, 1008, 1008, 1008. Kemudian hasil tersebut dianalisis untuk melihat kenormalan data variabel tersebut. Setelah dilakukannya uji normalitas, diketahui bahwa data tidak normal. Dikarenakan data tidak normal, maka data akan dikategorikan menjadi variabel skor pengetahuan yang dibagi menjadi dua, yaitu baik dan buruk berdasarkan nilai median yang didapat yaitu 8.

Kemudian skoring dilakukan pada variabel independen (keterpaparan media massa). Variabel keterpaparan media massa yang dilakukan skoring ada pada kuesioner Wanita No. S1001 AA s/d AX. Peneliti akan mengcompute variabel dengan menjumlahkan variabel S1001 AA s/d AX. Setelah diketahui hasil penjumlahannya, peneliti melakukan analisis untuk melihat kenormalan data dari variabel keterpaparan media massa. Dikarenakan data tidak normal, maka data akan dikategorikan menjadi variabel keterpaparan media massa yang dibagi menjadi dua, yaitu baik dan buruk berdasarkan nilai median yang didapat yaitu 2.



#### 4. Recode

Recoding merupakan tahapan yang dilakukan dengan tujuan memberikan kode ulang terhadap variabel yang terdapat dalam raw data SDKI. Berikut ini merupakan kode yang diberikan untuk variabel-variabel yang berkaitan dengan penelitian:

**Tabel 3.4 Recode Data**

<b>Variabel Lama</b>	<b>Kode Variabel Lama</b>	<b>Variabel Baru</b>	<b>Kode Variabel Baru</b>
V751, S1001AX, V754CP, V754DP, V754WP, V823, S1006A, V756, V774A, V774B, V774C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> <li>3. Tidak Tahu</li> </ol>	Pengetahuan tentang HIV/AIDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 8 (Buruk)</li> <li>2. ≥ 8 (Baik)</li> </ol> <p>Berdasarkan nilai median skor pengetahuan HIV/AIDS</p>
V012	Numerik (15-49 tahun)	Umur	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. 15-35 tahun</li> <li>1. 36-49 tahun</li> </ol>

V106	0. Tidak Sekolah 1. Primer 2. Sekunder 3. Tinggi	Pendiidkan Terakhir	0. Dasar 1. Tinggi
V501	0. Belum Pernah Menikah 1. Menikah 2. Tinggal dengan Pasangan 3. Janda 4. Cerai 5. Berpisah	Status Pernikahan	0. Tidak Menikah 1. Menikah
V714	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja	Status Pekerjaan	0. Tidak Bekerja 1. Bekerja
V025	1. <i>Urban</i> 3. <i>Rural</i>	Tempat Tinggal	0. <i>Urban</i> 2. <i>Rural</i>

V190	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Miskin</li> <li>2. Miskin</li> <li>3. Menengah</li> <li>4. Kaya</li> <li>5. Sangat Kaya</li> </ol>	Status Ekonomi	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Miskin</li> <li>1. Kaya</li> </ol>
S1001AA S.D AX	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tidak</li> <li>1. Ya</li> </ol>	Keterpaparan Media Massa	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. <math>&lt; 2</math> (Kurang Baik)</li> <li>1. <math>\geq 2</math> (Baik)</li> </ol> <p>Berdasarkan nilai median keterpaparan media massa</p>

### **3.8 Analisis Data**

#### **1. Analisis Univariat**

Analisis univariat bertujuan menggambarkan distribusi frekuensi pengetahuan komprehensif pada Wanita usia subur tahun 2017 di Provinsi Sumatera Utara yang meliputi umur, Pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, status ekonomi, tempat tinggal, dan keterpaparan media massa. Setiap variable dianalisis dalam bentuk persentase atau proporsi maupun nilai tengah variabel yang masih dalam bentuk numerik.

#### **2. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui kemaknaan hubungan masing-masing variabel independen (umur, Pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, status ekonomi, tempat tinggal, dan keterpaparan media massa) dengan variabel dependen (pengetahuan HIV/AIDS). Output yang dikeluarkan berupa tabung silang yang berisi frekuensi dan persentase Wanita usia subur yang memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang baik dan burul berdasarkan umur, pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, status ekonomi, tempat tinggal, dan keterpaparan media massa.

### 3. Analisis Multivariat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pengetahuan HIV/AIDS menggunakan analisis statistik multivariat menggunakan regresi logistik. Model multidimensi dilakukan pada semua variabel independen. Faktor risiko utama dalam penelitian ditentukan dengan melihat nilai eksponensial berdasarkan persamaan regresi logistik nilai OR (Odds Ratio) (Hastono, 2017).

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Distribusi Gambaran Pengetahuan dan Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017

Distribusi gambaran pengetahuan dan faktor – faktor yang memengaruhi pengetahuan merupakan hasil dari analisis univariat untuk melihat distribusi pengetahuan tentang HIV/AIDS, distribusi umur, Pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, status ekonomi, tempat tinggal, dan keterpaparan media massa pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017. Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan, didapatkan sebagai berikut:

**Tabel 4.1 Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017**

<b>Pengetahuan Tentang HIV/AIDS</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Buruk</b>	786	39,2%
<b>Baik</b>	1221	60,8%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara yang memiliki pengetahuan yang buruk mengenai HIV/AIDS mencapai 786 orang (39,2%) dari 2007 responden pada tahun 2017. Kategori baik dan buruk didalam penelitian ini didasarkan oleh skoring pada aplikasi spss untuk dilakukan uji normalitas data. Berdasarkan hasil yang didapatkan, diketahui bahwa data tidak normal. Sehingga

skor baik dan buruk diambil berdasarkan nilai median yaitu 8. Pada bagian pengetahuan HIV/AIDS, peneliti didasarkan oleh pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner SDKI khusus wanita yaitu mengenai cara mengungari risiko tertular virus HIV/AIDS, HIV/AIDS tertular melalui gigitan nyamuk, pemakaian kondom, menggunakan piring yang sama dengan orang yang terinfeksi virus HIV/AIDS, ditularkan melalui dukun, ditularkan melalui jarum suntik, penampilan, ditularkan melalui ibu ke anaknya selama hamil, melahirkan, dan menyusui.

**Tabel 4.2 Distribusi Responden berdasarkan Umur pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Umur</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>15-35 tahun</b>	1294	64,5%
<b>36-49 tahun</b>	713	35,5%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar wanita usia subur berada pada kategori umur 15-35 tahun sebanyak 1294 (64,5%) dan pada kategori 36-49 tahun sebanyak 713(35,5%).

**Tabel 4.3 Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Pendidikan Terakhir</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Dasar</b>	1571	78,3%
<b>Tinggi</b>	436	21,7%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwasanya wanita usia subur dengan kategori Pendidikan terakhir lebih banyak didominasi oleh kategori dasar sebanyak 1571 (78,3%), dilanjutkan dengan kategori Pendidikan tinggi sebanyak 436 (21,7%).

**Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan Status Pernikahan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Status Pernikahan</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Belum Menikah</b>	622	31%
<b>Menikah</b>	1385	69%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa wanita usia subur dengan variabel status pernikahan dengan status menikah sebanyak 1385(69%) dan wanita usia subur yang belum menikah sebanyak 622(31%).



**Tabel 4.5 Distribusi Responden berdasarkan Status Pekerjaan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Status Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Tidak Bekerja</b>	849	42,3%
<b>Bekerja</b>	1158	57,7%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa responden pada penelitian ini yaitu wanita usia subur lebih didominasi oleh wanita yang bekerja sebanyak 1158(57,7%) dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja sebanyak 849(42,3%).

**Tabel 4.6 Distribusi Responden berdasarkan Tempat Tinggal pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Tempat Tinggal</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<i>Urban</i>	1237	61,6%
<i>Rural</i>	770	38,4%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa responden yaitu wanita usia subur berdasarkan tempat tinggal lebih banyak didominasi oleh wanita yang tinggal di *Urban* sebanyak 1237(61,6%) dan wanita yang tinggal di *Rural* sebanyak 770(38,4%).

**Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Status Ekonomi pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Status Ekonomi</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Miskin</b>	701	34,9%
<b>Kaya</b>	1306	65,1%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan bahwa wanita usia subur dengan status ekonomi miskin sebanyak 701(34,9%), dan wanita dengan status ekonomi kaya sebanyak 1306(65,1%).

**Tabel 4.8 Distribusi Responden berdasarkan Keterpaparan Media Massa pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

<b>Keterpaparan Media Massa</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Kurang Baik</b>	722	36%
<b>Baik</b>	1285	64%
<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.8 diketahui bahwa wanita usia subur dengan kategori variabel keterpaparan media massa lebih banyak didominasi oleh responden yang memiliki keterpaparan yang baik terhadap media massa sebanyak 1285(64%) dan responden dengan keterpaparan yang kurang baik terhadap media massa sebanyak 722(36%). Kategori kurang baik dan baik didalam penelitian ini didasarkan oleh skoring pada aplikasi spss untuk dilakukan uji normalitas data. Berdasarkan hasil yang

didapatkan, diketahui bahwa data tidak normal. Sehingga skor kurang baik dan baik diambil berdasarkan nilai median yaitu 2. Pada bagian pengetahuan HIV/AIDS, peneliti didasarkan oleh pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner SDKI khusus wanita yaitu mengenai informasi tentang HIV/AIDS.

**4.1.2 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Faktor-Faktor yang Memengaruhi pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017**

Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap faktor-faktor yang memengaruhi pada wanita Usia Subur (WUS) merupakan hasil dari analisis bivariat untuk melihat adanya hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS terhadap variabel independent yaitu faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan pada wanita usia subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017. Berdasarkan analisis yang dilakukan, didapatkan hasil seperti berikut:

**Tabel 4.9 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Umur pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Umur	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
<b>15-35 tahun</b>	497(24,8%)	797(39,7%)	1294(64,5%)	0,351	0,915 (0,759- 1,103)
<b>36-49 tahun</b>	289(14,4%)	424(21,1%)	713(35,5%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Berdasarkan tabel 4.9 diketahui wanita yang berada pada rentang umur 15-35 tahun dan 36-49 tahun dominan memiliki pengetahuan yang baik dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan yang buruk. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai *P-Value* sebesar 0,351 yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

**Tabel 4.10 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Pendidikan Terakhir pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Pendidikan Terakhir	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
Dasar	642(32%)	929(46,3%)	221(78,3%)	0,003	1,401 (1,121- 1,752)
Atas	144(7,2%)	292(14,5%)	436(21,7%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Berdasarkan tabel 4.10 diketahui bahwa responden yaitu wanita yang memiliki status Pendidikan terakhir dasar lebih banyak yang memiliki pengetahuan yang buruk dibandingkan dengan wanita yang memiliki status Pendidikan terakhir atas yang memiliki pengetahuan yang baik. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai *P-Value* sebesar 0,003 yang menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara status pendidikan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

**Tabel 4.11 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Status Pernikahan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Status Pernikahan	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
<b>Belum Menikah</b>	236(11,8%)	386(19,2%)	622(31%)	0,453	0,928 (0,764- 1,127)
<b>Menikah</b>	550(27,4%)	835(41,6%)	1385(69%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Berdasarkan tabel 4.11 diketahui bahwa responden yaitu wanita yang memiliki status belum menikah dan menikah lebih dominan memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang baik dibandingkan yang buruk. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai *P-Value* sebesar 0,453 yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

**Tabel 4.12 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Status Pekerjaan pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Status Pekerjaan	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
<b>Tidak Bekerja</b>	339(16,9%)	510(25,4%)	849(42,3%)	0,547	1,057 (0,882- 1,267)
<b>Bekerja</b>	447(22,3%)	711(35,4%)	1158(57,7%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Berdasarkan tabel 4.12 diketahui bahwa responden yaitu wanita yang memiliki status pekerjaan yaitu bekerja dan tidak bekerja lebih banyak yang mengetahui pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan kategori baik. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai *P-Value* sebesar 0,547 yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

**Tabel 4.13 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Tempat Tinggal pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Tempat Tinggal	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
<i>Urban</i>	462(23%)	775(38,6%)	1237(61,6%)	0,035	0,821 (0,683- 0,986)
<i>Rural</i>	324(16,1%)	446(22,2%)	770(38,4%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Berdasarkan tabel 4.14 diketahui wanita yang bertempat tinggal di daerah *Urban* dan *Rural* lebih dominan memiliki pengetahuan yang baik dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan yang buruk. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai *P-Value* sebesar 0,035 yang artinya terdapat hubungan yang bermakna antara tempat tinggal dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.



**Tabel 4.14 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Status Ekonomi pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Status Ekonomi	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
<b>Miskin</b>	307(15,3%)	394(19,6%)	701(34,9%)	0,002	1,345 (1,116- 1,622)
<b>Kaya</b>	479(23,9%)	827(41,2%)	858(65,1%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Berdasarkan tabel 4.13 diketahui bahwa responden yaitu wanita yang memiliki status ekonomi dengan kategori miskin dan kaya lebih banyak yang memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan kategori baik. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai *P-Value* sebesar 0,002 yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

**Tabel 4.15 Distribusi Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS terhadap Variabel Keterpaparan Media Massa pada Wanita Usia Subur (WUS) di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017**

Keterpaparan Media Massa	Pengetahuan Tentang HIV/AIDS			P Value	OR 95% CI
	Buruk	Baik	Total		
<b>Kurang Baik</b>	356(17,7%)	366(18,2%)	722(36%)	0,000	1,934 (1,605- 2,330)
<b>Baik</b>	430(21,4%)	855(42,6%)	1285(64%)		
<b>Total</b>	<b>786(39,2%)</b>	<b>1221(60,8%)</b>	<b>2007(100%)</b>		

Pada variabel keterpaparan media massa didapatkan responden Wanita usia subur pada kategori kurang baik dalam menerima keterpaparan media massa lalu memiliki pengetahuan yang baik sebesar (18,2%) dibandingkan dengan yang buruk sebesar (17,7%), sedangkan responden dengan keterpaparan media massa yang baik dan memiliki pengetahuan yang baik sebesar (42,6%) dan buruk sebesar (21,4%). Berdasarkan hasil uji analisis statistik didapatkan nilai *P-Value* sebesar 0,000 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara keterpaparan media massa terhadap pengetahuan responden mengenai HIV/AIDS.

### **4.1.3 Gambaran Determinan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dengan Analisis Regresi Logistik Berganda**

Proses uji multivariat pada penelitian ini menggunakan uji regresi logistik berganda untuk melihat adanya hubungan antara variabel independen yang diteliti dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada Wanita usia subur (WUS) di Indonesia tahun 2017 yang dilakukan secara multivariable. Berikut merupakan proses pada penelitian ini:

#### **1. Seleksi Kandidat**

Pada hasil bivariat didapatkan nilai signifikansi antara variabel umur, tempat tinggal, Pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, status ekonomi, dan keterpaparan media massa dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada Wanita usia subur (WUS) di Indonesia tahun 2017. Uji bivariat dilakukan dengan melakukan uji chi-square test yang signifikan hubungan antara variabel independent dengan variabel dependen dilihat dari angka nilai *P-Value*. Apabila besar *P-Value*  $\leq 0,25$  maka variabel tersebut layak untuk masuk kedalam kandidat multivariat. Berikut ini adalah tabel hasil seleksi kandidat :

**Tabel 4.16 Signifikansi Hubungan Variabel Independen dengan Variabel  
Dependen**

<b>Variabel</b>	<b>P Value</b>	<b>Keterangan</b>
Umur	0,351	Bukan Kandidat
Pendidikan Terakhir	0,003	Kandidat
Status Pernikahan	0,453	Bukan Kandidat
Status Pekerjaan	0,547	Bukan Kandidat
Status Ekonomi	0,002	Kandidat
Tempat Tinggal	0,035	Bukan Kandidat
Keterpaparan Media Massa	0,000	Kandidat

Berdasarkan tabel 4.16 dapat diketahui bahwa variabel independent yang diteliti (tempat tinggal, Pendidikan terakhir, status pekerjaan, dan keterpaparan media massa) merupakan variabel yang akan diikutsertakan dalam analisis multivariat karena memiliki  $P\text{-Value} \leq 0,25$ . Sedangkan untuk variabel independent (umur, status pernikahan, dan status ekonomi) tidak dapat diikutsertakan untuk analisis multivariat dikarenakan memiliki  $P\text{-Value} \geq 0,25$ .

2. Analisis Regresi Logistik Berganda

**Tabel 4.17 Analisis Multivariat Faktor Pengetahuan tentang HIV/AIDS**

Variabel	B	S.E.	Wald	df	P Value	OR	95% Confident Interval	
							Lower	Upper
Pendidikan Terakhir	0,111	0,120	0,848	1	0,357	1,117	0,882	1,415
Status Ekonomi	0,191	0,099	3,759	1	0,053	1,211	0,998	1,470
Keterpaparan Media Massa	0,609	0,099	38,061	1	0,000	1,839	1,515	2,232

Berdasarkan analisis multivariat yang telah dilakukan pada tabel 4.17, diketahui bahwa variabel yang berhubungan dengan pengetahuan HIV/AIDS adalah Pendidikan terakhir, status ekonomi, dan keterpaparan media massa. Berdasarkan nilai Exp.(B) ataupun OR, faktor risiko yang paling memengaruhi terhadap pengetahuan HIV/AIDS adalah keterpaparan media massa (*P-Value* 0,000; OR 1,839).

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur di Provinsi Sumatera Utara**

HIV/AIDS menjadi salah satu penyakit yang berkontribusi pada beban penyakit utama global. Meskipun pencegahan dan juga pengobatan telah dibuat dan dilakukan (Haidong Wang et al., 2016). Kurangnya pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan dan pengobatan menjadikan tingginya risiko HIV/AIDS di masyarakat (Alwafi et al., 2018). Pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS merupakan bentuk dalam melawan dan menekan kasus HIV/AIDS (Van Son et al., 2020). Semakin banyak orang memahami dan memahami tentang HIV/AIDS, semakin banyak pula masyarakat yang mengetahui dampak dan akibat dari HIV/AIDS (Van Son et al., 2020). menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017, pengetahuan komprehensif HIV/AIDS pada kelompok usia 15-49 tahun masih relatif rendah, yaitu 15%, dengan target skor 95% (Bappenas, 2010). meskipun peningkatan pengetahuan dari survei sebelumnya, hasil ini masih kurang optimal dan kurang dari target saat ini.

Berdasarkan hasil yang diperoleh oleh peneliti, bahwasanya dari 2007 wanita usia subur yang menjadi responden, terdapat 1221 (60,8%) wanita usia subur yang memiliki pengetahuan yang baik dan sebanyak 786 (39,2%) wanita usia subur memiliki pengetahuan yang buruk. Hal ini menunjukkan bahwa anak perempuan yang tinggal di Sumatera Utara memiliki hampir semua informasi yang baik. Namun, 39,2% wanita usia subur masih belum memiliki informasi yang cukup.

angka penularan HIV/AIDS cenderung meningkat tajam dari tahun ke tahun bahkan tidak menurun, meskipun pemerintah, LSM dan masyarakat terus meningkatkan upaya

penanggulangan HIV dan AIDS (Harahap & Andayani, 2014). Awalnya, pasien HIV ditemukan terutama di kalangan pengguna narkoba suntik, namun pada tahun berikutnya pasien HIV ditargetkan pada kelompok heteroseksual, ibu rumah tangga dan bayi (Harahap & Andayani, 2014). Hal ini menunjukkan peningkatan kasus HIV dan AIDS setiap tahun karena faktor risiko heteroseksual dan penurunan kasus berdasarkan faktor risiko penggunaan narkoba suntik (Harahap & Andayani, 2014).

Penelitian ini sejalan dengan (Nurwati & Rusyidi, 2019) yang menyatakan bahwa pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS sangat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Orang yang tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS akan bertindak seolah-olah penyakit itu tidak berbahaya atau mematikan, dan dengan demikian orang yang berperilaku buruk akan menulari orang lain jika itu bukan penyakit, penyakit serius (Nurwati & Rusyidi, 2019). Sedangkan, apabila pengetahuannya baik maka wanita usia subur tersebut akan lebih mengerti tentang penularan, pencegahan, serta sikap yang harus dilakukan (Nurwati & Rusyidi, 2019).

## **4.2.2 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS pada Wanita**

### **Usia Subur di Provinsi Sumatera Utara**

#### 1) Umur

Menurut hasil penulis, rata-rata usia anak dalam penelitian ini mencapai 64,5% pada kelompok usia 15-35 tahun. Pada kelompok usia 36-49, bahkan 35,5%. Di bawah kategori wanita dewasa, peserta termuda berusia 15 tahun dan tertua 49 tahun.

Wanita usia subur dalam penelitian ini dengan pengetahuan HIV/AIDS paling rendah berada pada kelompok usia 15-35 tahun. Meskipun banyak wanita usia subur memiliki pengetahuan yang baik, namun masih banyak wanita usia subur yang tidak memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS. Berdasarkan hasil analisis statistik didapatkan nilai P sebesar 0,351 yaitu tidak ada hubungan bermakna antara usia dengan pengetahuan HIV/AIDS pada wanita usia subur dalam penelitian ini.

Penelitian ini memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan. Menurut penelitian Berek dkk (2019) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dan tingkat pengetahuan yang konsisten dengan penelitian ini (Berek et al., 2019). Menurut penelitian Safitri (2016), juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dan pengetahuan tentang HIV/AIDS, dan nilai P adalah 0,749 (Safitri & Anggarini, 2016). Namun, menurut penelitian Martilova (2020) terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan pengetahuan remaja (Martilova, 2020).



Sementara sebagian wanita usia subur sudah berpendidikan baik, masih banyak wanita usia subur yang kurang berpengetahuan. Dalam penelitian ini, wanita usia subur dengan kategori 15-35 tahun lebih banyak memiliki pengetahuan yang buruk. Menurut penelitian Pradnyani (2019) kelompok usia 15-19 berisiko memiliki pengetahuan yang rendah tentang HIV/AIDS karena mereka masih berpendidikan dan akan sangat terbatas jika mereka meninggalkan sekolah lebih awal (Pradnyani et al., 2019). Namun diketahui juga, kategori usia kedua yang paling banyak memiliki pengetahuan yang buruk dalam penelitian ini adalah 36-49 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian Yaya (2016), yang menyatakan bahwa wanita usia subur yang lebih muda ditemukan lebih sadar akan HIV/AIDS dibandingkan yang lebih tua karena generasi muda seringkali lebih komunikatif dengan jejaring sosial dan sarana lain dalam memberikan informasi HIV (Yaya et al., 2016).

Usia memegang peranan penting dalam tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS (Okeke et al., 2012). Wanita usia 36-49 tahun sudah pasti merupakan orang dewasa yang aktif secara seksual, namun masih banyak yang kurang memiliki pengetahuan atau pemahaman umum tentang pencegahan dan pengendalian penularan penyakit khususnya HIV/AIDS karena kurangnya kesadaran update informasi (Ama et al., 2016).

Pemahaman yang lebih baik tentang informasi HIV/AIDS pada populasi orang dewasa diperlukan untuk meningkatkan informasi HIV/AIDS sebanyak mungkin untuk menginformasikan intervensi kesehatan yang relevan dan

menjadikannya lebih bermanfaat bagi populasi, keluarga dan masyarakat sebagai orang tua (Ama et al., 2016).

## 2) Pendidikan Terakhir

Dalam studi ini, hingga 78,3% dari peserta menyelesaikan pendidikan dasar terakhir mereka dan 21,7% dengan gelar universitas. Responden dengan pengetahuan rendah lebih umum di antara orang-orang dengan pendidikan dasar yaitu 32%, diikuti oleh mereka yang berpendidikan terakhir sebesar 7,2%. Subyek utama dalam penelitian ini adalah perempuan yang tidak bersekolah, SD, SD, dan SMP.

Banyaknya wanita usia subur yang memiliki pengetahuan yang baik tapi tidak menutup kemungkinan bahwa masih adanya responden yang memiliki pengetahuan yang buruk. Berdasarkan hasil analisis uji statistik menunjukkan bahwa nilai P-Value sebesar 0,003 yang membuktikan adanya hubungan yang bermakna antara status pendidikan terakhir dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017. Nilai OR terbesar (95% CI) yang didapatkan sebesar 1,401 (1,121-1,752) pada kategori pendidikan terakhir atas menandakan bahwa wanita usia subur yang memiliki pendidikan dasar akan berisiko 1,401 kali lebih besar untuk memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang buruk dibandingkan dengan wanita usia subur dengan kategori pendidikan terakhir yang lainnya. Nilai OR tersebut bermakna bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor determinan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur.

Penelitian sebelumnya telah menggambarkan pendidikan sebagai “vaksin sosial” terhadap HIV/AIDS, dan temuan ini dikuatkan oleh temuan penelitian yang menunjukkan bahwa pendidikan secara signifikan berhubungan dengan pengetahuan, kesadaran tentang HIV/AIDS (Mwamwenda, 2014). Oleh karena itu, pendidikan merupakan cara penting untuk mencapai prioritas tertinggi dalam memerangi HIV/AIDS (Mwamwenda, 2014). Menurut penelitian, pendidikan perempuan memiliki dampak yang lebih luas dan meningkatkan kemungkinan mereka memiliki pengetahuan yang lebih tinggi tentang HIV/AIDS (Yaya et al., 2016).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Pradnyani (2019) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS dan memiliki nilai  $P < 0,001$ . Tingkat pendidikan yang lebih tinggi membantu perempuan memperoleh pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS, karena pendidikan yang lebih tinggi membuat perempuan lebih aktif dalam perawatan kesehatan dan mencari pengetahuan untuk melindungi diri dari HIV/AIDS (Pradnyani et al., 2019).

Banyaknya wanita usia subur dengan kategori Pendidikan terakhir pada kelompok akhir sekolah menengah yang tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS lebih cenderung putus sekolah dan tidak melanjutkan pendidikan tinggi, sehingga memiliki aksesibilitas yang sangat terbatas (Pradnyani et al., 2019).

Oleh karena itu, pendidikan tinggi merupakan faktor penting bagi perempuan untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasannya, khususnya tentang HIV/AIDS.

### 3) Status Pernikahan

Dalam penelitian ini, 69% wanita usia subur sudah menikah, 31% berstatus belum menikah. Berdasarkan hasil yang didapatkan responden dengan pengetahuan yang buruk lebih banyak terjadi pada wanita usia subur dengan status menikah sebanyak 27,4% sedangkan wanita usia subur yang belum menikah dan memiliki pengetahuan yang buruk sebanyak 11,8%. Hasil analisis yang didapatkan menunjukkan bahwa nilai P-Value sebesar 0,453 yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna dan juga signifikan antara status pernikahan dengan pengetahuan wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tentang HIV/AIDS.

Penelitian ini memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan. Menurut Mardhikawati (2017), status perkawinan memiliki hubungan penting dengan pemahaman tentang HIV/AIDS (Mardhikawati, 2017). Namun menurut penelitian yang dilakukan peneliti, status perkawinan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS. Penelitian ini sesuai dengan Laporan Khusus PBB tahun 2009 tentang HIV/AIDS dan WHO, yang menemukan bahwa wanita menikah lebih mungkin terinfeksi HIV daripada wanita yang belum menikah (PBB, 2009).

#### 4) Status Pekerjaan

Responden pada penelitian ini didominasi oleh wanita usia subur yang bekerja sebanyak 57,7% dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja 42,3%. Responden yang memiliki pengetahuan yang buruk didominasi oleh wanita yang bekerja sebanyak 22,3% lalu wanita yang tidak bekerja sebanyak 16,9%. Berdasarkan hasil analisis statistik menunjukkan bahwasanya P-Value sebesar 0,547 yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

Menurut penelitian Simorangkir (2021), status pekerjaan juga tidak berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS (Simorangkir et al., 2021). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Mardhikawati (2017) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan prevalensi HIV/AIDS (Mardhikawati, 2017)

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa wanita yang bekerja memiliki pengetahuan yang lebih sedikit dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja. Menurut Simorangkir (2021), hal ini dapat dilakukan oleh non-konsultan ketika program lapangan HIV/AIDS dilaksanakan dan hal ini mungkin disebabkan oleh ketersediaan waktu, metode Kenyamanan dan jadwal penerbangan yang bertentangan dengan perpanjangan waktu (Simorangkir et al., 2021).

## 5) Tempat Tinggal

Wanita usia subur yang menjadi subjek penelitian didalam penelitian ini didominasi oleh wanita yang bertempat tinggal di *Urban* sebanyak 61,6% dan wanita yang tinggal di *Rural* sebanyak 38,4%. Responden yang memiliki pengetahuan yang buruk juga lebih banyak didominasi oleh responden yang bertempat tinggal di *Urban* sebanyak 23% dan responden yang tinggal *Rural* sebanyak 16,1%. Hasil uji analisis statistik didapatkan bahwasanya nilai P-Value sebesar 0,035 dengan nilai OR 0,942 (0,770 – 1,152). Hasil ini membuktikan bahwasanya adanya hubungan yang signifikan antara tempat tinggal dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia subur di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017. Wanita usia subur yang bertempat tinggal di daerah *Urban* akan berisiko 0,942 kali lebih berisiko untuk memiliki pengetahuan yang buruk tentang HIV/AIDS dibandingkan dengan wanita usia subur yang tinggal di daerah *Rural*.

Namun, menurut responden untuk setiap tipe tempat tinggal, daerah pedesaan masih menjadi fokus atau masyarakat yang mengetahui tentang HIV/AIDS lebih sedikit daripada masyarakat perkotaan. Menurut Haque (2018) tingkat informasi HIV/AIDS yang buruk di daerah pedesaan disebabkan oleh kurangnya pengungkapan publik yang memadai tentang informasi HIV/AIDS yang baik, kecuali akses masyarakat pedesaan terhadap metode perawatan kesehatan, fasilitas media yang lebih buruk (Haque et al., 2018).

Setelah penelitian, pengetahuan masyarakat tentang lingkungan terpengaruh, yang sebagian tercermin dalam sosio-demografis (Pradnyani et al.,

2019). Tinggal di perkotaan meningkatkan kemungkinan perempuan memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS, karena kehidupan perkotaan memberikan akses yang lebih baik kepada perempuan ke sumber informasi HIV/AIDS (Pradnyani et al., 2019). Menurut penelitian Schafer (2017), residensi dijelaskan sebagai bentuk ketidakseimbangan yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, terutama dalam hal akses terhadap informasi atau layanan kesehatan (KR et al., 2017).

Menurut penelitian Mardhikawati (2017) juga konsisten dikatakan bahwa tempat tinggal merupakan faktor yang berhubungan dengan pengetahuan anak tentang HIV/AIDS, dengan nilai P sebesar 0,000 (Mardhikawati, 2017). Masyarakat yang tinggal di pedesaan cenderung memiliki pengetahuan yang kurang dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di perkotaan (Mardhikawati, 2017). Rendahnya informasi disebabkan kurangnya infrastruktur di pedesaan, sehingga sulit untuk mengumpulkan informasi (Mardhikawati, 2017). ebagian masyarakat perkotaan juga cenderung menerima informasi yang jelas dan mudah tentang HIV/AIDS dibandingkan dengan mereka yang tinggal di pedesaan (Mardhikawati, 2017).

Tidak mengherankan jika tingkat pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS di perkotaan lebih tinggi daripada di perdesaan. Oleh karena itu, perlu diciptakan pemberdayaan bagi masyarakat pedesaan untuk mengetahui dan memahami lebih baik tentang HIV/AIDS, terutama tentang pengetahuan dan keterampilan perempuan.

#### 6) Status Ekonomi

Responden dengan status ekonomi yang kaya lebih mendominasi pada penelitian ini sebanyak 65,1%, dilanjutkan dengan responden dengan status ekonomi miskin sebanyak 34,9%. Responden yang memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang buruk lebih didominasi oleh responden dengan status ekonomi yang kaya, namun dalam kategori ini peneliti menggabungkan kategori kaya dengan menengah. Sehingga, berdasarkan hasil kategori miskin tetap menjadi concern dalam mempunyai pengetahuan HIV/AIDS yang buruk sebanyak 15,3%. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai P-Value sebesar 0,002 yang menandakan adanya hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS.

Penelitian ini sependapat dengan Pradnyani (2019) dengan nilai  $P < 0,001$ , yang menyatakan bahwa status ekonomi juga mempengaruhi pengetahuan perempuan tentang HIV/AIDS (Pradnyani et al., 2019). Penelitian ini sejalan dengan Mardhikawati (2017) yang menyatakan bahwa status ekonomi memiliki hubungan yang signifikan dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS dan memiliki P-value sebesar 0,000 (Mardhikawati, 2017). Menurut penelitian, perempuan dari latar belakang ekonomi rendah 1,64 kali lebih mungkin memiliki pengetahuan yang kurang tentang HIV/AIDS dibandingkan perempuan dari latar belakang ekonomi miskin (Mardhikawati, 2017).

Peserta dengan status ekonomi tinggi umumnya lebih berpengetahuan dan berpendidikan dibandingkan dengan yang berstatus ekonomi rendah, sehingga memiliki keterampilan dan peluang yang lebih baik untuk memperoleh,



mengetahui dan memahami informasi dibandingkan peserta berpenghasilan rendah (Mardhikawati, 2017).

#### 7) Keterpaparan Media Massa

Responden pada penelitian ini didominasi dengan memiliki keterpaparan media massa yang baik sebanyak 64% dibandingkan yang buruk sebanyak 36%. Responden dengan pengetahuan yang buruk lebih banyak terjadi pada responden dengan keterpaparan media massa yang baik 21,4% dibandingkan yang buruk sebesar 17,7%. Namun, tidak menutup kemungkinan bahwa responden dengan keterpaparan media massa yang baik dan memiliki pengetahuan yang buruk itu lebih mendominasi. Hal ini dikarenakan, jumlah responden yang memiliki keterpaparan media massa yang kurang baik dengan pengetahuan HIV/AIDS yang buruk serta baik memiliki perbandingan 1:1, beda halnya dengan responden dengan keterpaparan media massa yang baik dengan pengetahuan HIV/AIDS yang buruk serta baik memiliki perbandingan 1:2. Hal ini menandakan bahwasanya responden dengan keterpaparan media massa yang buruk sebenarnya lebih harus diperhatikan dan difokuskan pada penelitian ini dibandingkan dengan responden yang memiliki keterpaparan media massa yang baik.

Berdasarkan hasil uji analisis statistik didapatkan nilai P-Value sebesar 0,000 dengan OR 1,724 (1,415 – 2,100). Hal ini menandakan bahwasanya keterpaparan media massa memiliki hubungan yang signifikan terhadap pengetahuan tentang HIV/AIDS. Serta, responden dengan keterpaparan media

massa yang buruk akan berisiko 1,724 kali lebih berisiko memiliki pengetahuan HIV/AIDS yang buruk dibandingkan dengan responden dengan keterpaparan media massa yang baik.

Menurut penelitian Haque (2018), akses media berperan penting dalam mengidentifikasi informasi tentang HIV/AIDS (Haque et al., 2018). Penelitian ini sependapat dengan Mardhikawati (2017) yang menunjukkan hubungan yang signifikan antara paparan media dan pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan P-Value sebesar 0,000 (Mardhikawati, 2017).

Wanita usia subur yang rutin terpapar informasi di media seperti televisi, jejaring sosial dan media lainnya secara alami akan memiliki informasi yang lebih baik daripada partisipan yang tidak menerima sumber informasi atau memiliki sedikit informasi sebagai wadah untuk mencari informasi tentang HIV/AIDS (Mardhikawati, 2017). Penelitian Hakim (2016) juga menunjukkan bahwa informasi yang baik dikaitkan dengan berbagai sumber media (Hakim & Kadarullah, 2016).

#### **4.3 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dalam Perspektif Islam**

Kajian peneliti menemukan bahwa ada 4 faktor yang mempengaruhi pengetahuan HIV/AIDS pada wanita usia subur di Sumatera Utara. Empat faktor risiko yang terkait adalah usia, tempat tinggal, pendidikan terakhir, status ekonomi, dan keterpaparan media massa. Pembahasan “perspektif” keempat faktor risiko tersebut dijelaskan sebagai berikut:.

## 1) Pendidikan Terakhir

Pendidikan dalam agama islam merupakan bagian dari kegiatan dakwah yang tidak pernah dilupakan. Pendidikan dapat memberikan efek untuk membentuk kepribadian seseorang, keluarga, dan masyarakat. Dengan adanya Pendidikan diharapkan agar terbentuknya akhlak mulia menyangkut aspek pribadi, keluarga, masyarakat, khususnya dalam memahami tentang pengetahuan HIV/AIDS.

Islam juga mengingatkan kita untuk lebih banyak membaca, karena Allah SWT sangat menghargai umat-Nya yang memiliki ilmu pengetahuan, seperti yang disebutkan oleh QS. Az-Zumar ayat 9 yang berbunyi :

أَمَّنْ هُوَ قَانِتٌ آنَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الْآخِرَةَ وَيَرْجُوا رَحْمَةَ رَبِّهِ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ  
وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الْأَلْبَابِ

Terjemahnya :

(Apakah Anda seorang musyrik yang lebih bahagia) atau orang yang sujud dan beribadah di malam hari, takut akan apa yang akan terjadi selanjutnya dan berharap mendapat karunia dari Tuhannya? Katakanlah: "Yang tahu dan yang tidak tahu itu sama?" Faktanya, hanya orang yang berakal yang dapat mengambil pelajaran.

Pada kalimat sebelumnya dikatakan bahwa sangat penting bagi individu untuk memiliki pengetahuan, karena Allah SWT telah memisahkan yang benar-benar tahu dari yang tidak benar-benar tahu. Allah SWT juga berfirman bahwa

orang yang menggunakan akal dan jiwanya secara terbuka dan baik untuk menimba ilmu adalah orang yang menyerap pelajaran dan nasehat.

Tanpa ilmu, kehidupan manusia akan sengsara dan gelap. Al-Qur'an mendorong orang untuk mencari informasi seperti Allah SWT dalam Q.S At-Taubah/9: 122:

وَمَا كَانَ الْمُؤْمِنُونَ لِيَنفِرُوا كَآفَّةً ۚ فَلَوْلَا نَفَرَ مِن كُلِّ فِرْقَةٍ مِّنْهُمْ طَائِفَةٌ لِّيَتَفَقَّهُوا فِي الدِّينِ  
وَلِيُنذِرُوا قَوْمَهُمْ إِذَا رَجَعُوا إِلَيْهِمْ لَعَلَّهُمْ يَحْذَرُونَ

Dapat dipahami bahwa pengetahuan sangat penting bagi kelangsungan hidup manusia. Dengan ilmu, manusia dapat mengetahui apa yang baik dan apa yang buruk, apa yang benar dan apa yang salah, apa yang bermanfaat dan apa yang berbahaya bagi mereka. Selain itu, mereka yang berilmu tinggi juga termasuk dalam Al-Qur'an. Orang yang beriman dan berilmu akan naik ke derajat Allah SWT dalam hal status, manfaat dan keutamaan makhluk lain (Djunaid, 2014).

وَمَنْ سَأَلَ طَرِيقًا يَلْتَمِسْ فِيهِ عِلْمًا سَهَّلَ اللَّهُ لَهُ بِهِ طَرِيقًا إِلَى الْجَنَّةِ

Artinya: *“Siapa yang menempuh jalan untuk mencari ilmu, maka Allah akan mudahkan baginya jalan menuju surga.”* (HR. Muslim, no. 2699)

Dari dalil di atas dikatakan bahwa wajib bagi umat Islam untuk menuntut ilmu, karena Allah SWT dalam Al-Qur'an siapa yang pergi mencari ilmu, Allah akan mengangkat derajatnya, dan nabi juga mengatakan jika kita bisa mencari ilmu maka Allah memudahkan jalan ke surga.

Di dalam kata-kata mutiara juga menjelaskan tentang belajar:

أَطْلُبِ الْعِلْمَ مِنَ الْمَهْدِ إِلَى اللَّحْدِ

Artinya: “Tuntutlah ilmu dari buaian (*bayi*) hingga liang lahat.”

Kewajiban menuntut ilmu adalah kewajiban seumur hidup sejak lahir hingga akhir hayat kita. Misi ini harus dilanjutkan dan dia tidak akan dibebaskan seumur hidupnya. Panggilan untuk belajar dilakukan pada usia muda. Hal ini menunjukkan bahwa mengasuh anak dimulai dari pohon pada usia dini, pohon dapat mudah diluruskan ketika muda, pohon keras ketika tua, juga dapat patah jika ingin mengubahnya.

طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ

Umat Islam menjelaskan bahwa menuntut ilmu adalah “*faridhah*”, artinya adalah suatu keharusan yang tidak dapat ditinggalkan oleh semua umat Islam tanpa kecuali. Sebab, melalui pekerjaan, umat Islam dapat menunaikan kewajibannya di muka bumi dengan membangun peradaban manusia yang mulia.

## 2) Status Ekonomi

Allah SWT telah menciptakan alam semesta untuk kepentingan dan dapat digunakan oleh semua. Tuhan secara alami menyediakan sumber daya bagi manusia untuk digunakan, dibentuk, dan disesuaikan dengan kebutuhan mereka. Pada dasarnya, orang terlibat dalam pekerjaan atau kegiatan yang berbeda untuk memenuhi kebutuhan mereka di dunia. Jadi lebih baik manfaatkan ekonomi yang ada, baik itu untuk pekerjaan atau hal-hal bermanfaat lainnya.

Allah SWT dalam Q.S. Al-Baqarah (2): 168:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ

Yang artinya :

Wahai manusia! Makan (makanan) yang halal dan baik, tetap di bumi dan jangan mengikuti jejak setan. Faktanya, Setan adalah musuh Anda yang sebenarnya.

Nabi Shallallahu 'alaihi wa sallam mengimbau umatnya untuk mencari kekayaan yang halal. Pada dasarnya ada dua masalah yang berkaitan dengan dan terkait dengan kekayaan dan dari situlah kekayaan berasal dan bagaimana orang membelanjakannya. Abu Barzah Al Aslami mengatakan dalam hadits Radhiyallahu 'anhu:

لَا تَزُولُ قَدَمَا عَبْدٍ يَوْمَ الْقِيَامَةِ حَتَّى يُسْأَلَ عَنْ أَرْبَعٍ عَنْ عُمُرِهِ فِيمَا أَفْنَاهُ وَعَنْ جَسَدِهِ فِيمَا أَبْلَاهُ  
وَعَنْ مَالِهِ مِنْ أَيْنَ اكْتَسَبَهُ وَفِيمَا وَضَعَهُ وَعَنْ عِلْمِهِ مَاذَا عَمِلَ فِيهِ

Pada hari kebangkitan, langkah kaki tidak berubah, kecuali pelayan itu menanyakan empat hal pada dirinya sendiri. (Artinya): Usia sesuai dengan apa yang dia belanjakan, tubuhnya sesuai dengan apa yang dia gunakan, harta miliknya, dari mana dia mendapatkannya dan dia berikan, pengetahuannya dari apa yang dia kerjakan “. [HR At Tirmidzi dan Ad Darimi].

Islam mengajarkan jalan yang halal dan baik dalam mencari perawatan sebagaimana Allah SWT telah memerintahkan semua yang meliputi aspek materi dan lebih seperti yang dinyatakan dalam ayat di atas. Dengan demikian, makanan yang digunakan untuk segala kebutuhan akan menjadi berkah dan ditopang oleh Anda (Darwis, 2013).

### 3) Tempat Tinggal

Al-Qur'an mengatakan bahwa Allah menciptakan manusia, suku dan suku untuk terikat satu sama lain. Perbedaan negara dan suku bangsa dengan perbedaan ciri fisik, warna kulit, bahasa, adat istiadat, dan budaya bukanlah faktor yang membedakan kelas dan reputasi orang lain. Karena pada dasarnya semua orang sama dihadapan Allah kecuali orang-orang yang bertakwa seperti dalam Al-Hujurat ayat 13:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا ۗ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ  
أَتْقَىٰكُمْ ۗ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ

Yang artinya :

Wahai manusia! Sesungguhnya Kami menjadikan kamu laki-laki dan perempuan, kemudian Kami ciptakan berbangsa-bangsa dan bersuku-suku agar kamu saling mengenal. Sesungguhnya orang-orang yang paling jujur di antara kamu di sisi Allah adalah yang paling bertakwa. Sungguh, Allah Maha Mengetahui, Maha Mengetahui.

Kelangsungan hidup lingkungan sosial pada umumnya tergantung pada sikap hidup dan tindakan orang-orang di lingkungan ini. Dalam hal ini, Islam selalu belajar untuk berpegang teguh pada agama Allah, tidak berhamburan, dan selalu mensyukuri nikmat-Nya. Manusia menjadi pikiran. Manusia diharapkan mampu berpikir rasional, memilih yang benar dan yang salah, memilih yang baik dan yang jahat, dan manusia juga dapat memperbaiki kehidupannya dengan bijaksana. Selain indera utama pendengaran dan penglihatan, pikiran adalah sesuatu yang jauh lebih unggul dari manusia dibandingkan dengan makhluk hidup lainnya (MUI, 1991).

Individu atau orang dibentuk oleh lingkungan tempat tinggalnya, kondisi lingkungan tempat tinggalnya, dan kondisi individu yang tinggal di daerah tersebut. Jika lingkungan tempat Anda tinggal tidak baik atau tidak baik, kehidupan individu akan dirugikan..

عَنْ سَعِيدِ بْنِ رَافِعِ بْنِ خَدِيجٍ ، عَنْ أَبِيهِ ، عَنْ جَدِّهِ ، قَالَ : قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ : التَّمَسُّوا  
الْجَارَ قَبْلَ الدَّارِ ، وَالرَّفِيقَ قَبْلَ الطَّرِيقِ



Dari Said bin Rofi' bin Khodij dari ayahnya dari kakeknya, Nabi Shallallahu 'alaihi wa sallam bersabda, "Pilihlah tetangga sebelum Anda memutuskan untuk tinggal di sana dan pilihlah pendamping sebelum memutuskan suatu arah" (HR Thabrani dalam al Mu'jam al Kabir no 4257, dalam al Majmauz Zawaid no 1353)

#### 4) Keterpajanan Media Massa

Komunikasi adalah hal penting yang tidak mengalir dari semua bidang kehidupan. Karena manusia adalah makhluk sosial. Dengan kata lain, ini adalah metode dan alat yang sering digunakan untuk tetap berhubungan dengan media saat ini. Media banyak digunakan sebagai fungsi penyediaan informasi kepada publik (Mildad, 2018).

Namun, berita yang diperoleh haruslah diperiksa keabsahan informasi tersebut, agar tidak ada terjadinya pemahaman yang salah. Hal seperti ini sesuai perintah tabayyun dalam Al-Qur'an Surat An-Nisa ayat 94:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا ضَرَبْتُمْ فِي سَبِيلِ اللَّهِ فَتَبَيَّنُوا وَلَا تَقُولُوا لِمَنْ أَلْفَى إِلَيْكُمْ السَّلَامَ لَسْتَ  
مُؤْمِنًا تَبْتَغُونَ عَرَصَ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا عِنْدَ اللَّهِ مَغَانِمٌ كَثِيرَةٌ كَذَلِكَ كُنْتُمْ مِنْ قَبْلُ فَمَنَّ اللَّهُ عَلَيْكُمْ  
فَتَبَيَّنُوا إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرًا

Yang artinya :

Wahai orang-orang yang beriman! Jika kamu pergi (berperang) di jalan Allah, berhati-hatilah (mencari informasi) dan jangan katakan kepada orang yang mengucapkan "Salam" kepadamu, "Kamu bukan orang yang beriman"

(Maka bunuhlah dia). dari mencari harta karun dunia ini. tapi di sisi Allah banyak harta. Sebelum Anda seperti ini, Tuhan telah memberkati Anda, jadi berhati-hatilah. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan.

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِن جَاءَكُمْ فَاسِقٌ بِنَبَأٍ فَتَبَيَّنُوا أَن تُصِيبُوا قَوْمًا بِجَهْلَةٍ فَتُصْحِرُوا عَلَى مَا فَعَلْتُمْ لُدْمِينَ

Artinya: “Orang-orang yang beriman, ketika orang jahat membawakan Anda sesuatu, pertimbangkan dengan hati-hati agar Anda tidak menyakitinya tanpa mengetahui apa yang telah Anda lakukan yang akan Anda sesali.” (QS. Al-Hujurat [49]:6)

Telah dijelaskan di atas bahwa kehati-hatian harus dilakukan ketika memperoleh informasi dari media untuk menghindari kesalahpahaman dan kesalahan informasi. Ini sama dengan tabayyun, yang artinya dengan cermat, teliti dan hati-hati mengungkap kebenaran tentang hakikat sesuatu atau tentang kebenaran. Adanya perintah untuk ditaati merupakan perintah yang sangat penting, apalagi belakangan ini banyak sekali pesan-pesan yang tidak benar (Mildad, 2018).

#### **4.4 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah data survei disesuaikan dengan data SDKI 2017 bersifat raw, karena peneliti menggunakan data sekunder dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, sehingga peneliti tidak dapat memasukkan variabel lain yang mungkin penting dan informasi terkait HIV/AIDS pada wanita usia subur di Sumatera Utara.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Faktor risiko pengetahuan tentang HIV/AIDS yang paling dominan adalah keterpaparan media massa, pendidikan terakhir, status ekonomi, dan tempat tinggal.
2. Tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel umur dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,351) pada tingkat alpha 5%.
3. Ada hubungan yang signifikan antara variabel Pendidikan terakhir dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,003) pada tingkat alpha 5%.
4. Tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel status pernikahan dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,453) pada tingkat alpha 5%.
5. Tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel status pekerjaan dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,547) pada tingkat alpha 5%.
6. Ada hubungan yang signifikan antara variabel status ekonomi dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,002) pada tingkat alpha 5%.

7. Ada hubungan yang signifikan antara variabel tempat tinggal dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,035) pada tingkat alpha 5%.
8. Ada hubungan yang signifikan antara variabel keterpaparan media massa dengan faktor pengetahuan tentang HIV/AIDS pada wanita usia di Provinsi Sumatera Utara (P-Value 0,000) pada tingkat alpha 5%.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Pemerintah**

Berdasarkan hasil dari penelitian ini, diharapkan pemerintah untuk lebih sering melakukan promosi Kesehatan dan penyuluhan terkait HIV/AIDS baik itu disekolah ataupun ditempat umum. Promosi dan penyuluhan juga bisa dilakukan melalui media sosial mengingat banyaknya wanita usia subur dizaman sekarang yang menggunakan media sosial.

Diharapkan untuk lebih menegaskan program wajib belajar 12 tahun, agar masyarakat Indonesia khususnya wanita usia subur bisa mendapatkan Pendidikan yang merata dan memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang baik.

### **5.2.2 Peneliti Selanjutnya**

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi sumber referensi bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti faktor yang memengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS yang mungkin belum dianalisis oleh peneliti.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abhinaja, I. G. W., & Astuti, P. A. S. (2014). Pengetahuan, Sikap Ibu Rumah Tangga Mengenai Infeksi Menular Seksual Termasuk HIV/AIDS Serta Perilaku Pencegahannya Di Kelurahan Sanur, Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar Tahun 2013. *Community Health*.
- Altman, K., Vanness, E., & Westergaard, R. P. (2015). Cutaneous Manifestations of *Human Immunodeficiency Virus*: a Clinical Update. In *Current Infectious Disease Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11908-015-0464-y>
- Alwafi, H. A., Meer, A. M. T., Shabkah, A., Mehdawi, F. S., El-haddad, H., Bahabri, N., & Almoallim, H. (2018). Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS among the general population of Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, *11*(1), 80–84. <https://doi.org/10.1016/J.JIPH.2017.04.005>
- Ama, N. O., Shaibu, S., & Burnette, J. D. (2016). HIV-related knowledge and practices: a cross-sectional study among adults aged 50 years and above in Botswana. *Http://Dx.Doı.Org/10.1080/20786190.2016.1167310*, *58*(3), 100–107. <https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1167310>
- Ansyori, M. A. (2016). *STRATEGI KOMISI PENANGGULANGAN AIDS (KPA) DALAM PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI KOTA SAMARINDA*. *2016*(1), 331–344.
- Badan Pusat Statistik. (2017). Jumlah Penduduk Miskin, Persentase Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan, 1970-2017. *BPS Indonesia*.
- Bappenas. (2010). LAPORAN PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM DI INDONESIA 2010. *Bappenas*.

- Berek, P. A. L., Be, M. F., Rua, Y. M., & Anugrahini, C. (2019). Hubungan Jenis Kelamin Dan Umur Dengan Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Hiv/Aids Di Sman 3 Atambua Nusa Tenggara Timur 2018. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 1(01), 4–13. <https://doi.org/10.32938/jsk.v1i01.85>
- Boerma, J. T., & Weir, S. S. (2005). Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: The proximate-determinants framework. *Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1086/425282>
- Brockmeyer, N. H. (2003). German-Austrian guidelines for antiretroviral therapy of HIV infection. (July, 2002, update). *Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946)*, 128 Suppl. <https://doi.org/10.1055/s-2003-39115>
- Broder, S. (2010). Twenty-five years of translational medicine in antiretroviral therapy: Promises to keep. In *Science Translational Medicine* (Vol. 2, Issue 39). Sci Transl Med. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3000749>
- Brooks, G. F., Butel, J. S., & Morse, S. A. (2010). Mikrobiologi kedokteran Jawetz, Melnick, dan Adelberg edisi 25. *Jakarta: EGC*.
- Cohen, M. S., Hellmann, N., Levy, J. A., Decock, K., & Lange, J. (2008). The spread, treatment, and prevention of HIV-1: Evolution of a global pandemic. In *Journal of Clinical Investigation* (Vol. 118, Issue 4, pp. 1244–1254). American Society for Clinical Investigation. <https://doi.org/10.1172/JCI34706>
- Darwis, R. (2013). Konsep dan Dasar Keuangan Dalam Islam. *Tahkim*, 9(2), 1–26. <https://core.ac.uk/download/pdf/229360553.pdf>
- Demirkhanyan, L., Marin, M., Lu, W., & Melikyan, G. B. (2013). Sub-Inhibitory Concentrations of Human  $\alpha$ -defensin Potentiate Neutralizing Antibodies against

- HIV-1 gp41 Pre-Hairpin Intermediates in the Presence of Serum. *PLoS Pathogens*, 9(6). <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1003431>
- Djunaid, H. (2014). KONSEP PENDIDIKAN DALAM ALQURAN (Sebuah Kajian Tematik). *Lentera Pendidikan*, 17(0411), 145.
- E, Z., R, K., M, T., & S, N. (2018). Knowledge of and attitudes toward HIV/AIDS among Iranian women. *Epidemiology and Health*, 40, e2018037–e2018030. <https://doi.org/10.4178/EPIH.E2018037>
- Efendi, F., Pratama, E. R., Hadisuyatmana, S., Indarwati, R., Lindayani, L., & Bushy, A. (2020). HIV-related knowledge level among Indonesian women between 15 years and 49 years of age. *African Health Sciences*, 20(1), 83–90. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.13>
- Elisanti, A. D. (2018). Buku HIV-Aids, Ibu Hamil Dan Pencegahan Pada Janin - Deepublish. *E- Book*.
- Faria, N. R., Rambaut, A., Suchard, M. A., Baele, G., Bedford, T., Ward, M. J., Tatem, A. J., Sousa, J. D., Arinaminpathy, N., P  pin, J., Posada, D., Peeters, M., Pybus, O. G., & Lemey, P. (2014). The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. *Science*, 346(6205), 56–61. <https://doi.org/10.1126/science.1256739>
- Green, C. W., & Setyowati, H. (2016). *Terapi Penunjang*.
- Grivel, J. C., Elliott, J., Lisco, A., Biancotto, A., Condack, C., Shattock, R. J., McGowan, I., Margolis, L., & Anton, P. (2007). HIV-1 pathogenesis differs in rectosigmoid and tonsillar tissues infected ex vivo with CCR5- and CXCR4-tropic HIV-1. *AIDS*, 21(10), 1263–1272.

<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3281864667>

Grosch-Wörner, L., Schäfer, A., Obladen, M., Maier, R. F., Seel, K., Feiterna-Sperling, C., & Weigel, R. (2000). An effective and safe protocol involving zidovudine and caesarean section to reduce vertical transmission of HIV-1 infection. *AIDS*, *14*(18), 2903–2911. <https://doi.org/10.1097/00002030-200012220-00012>

Hakim, A., & Kadarullah, O. (2016). PENGARUH INFORMASI MEDIA MASSA TERHADAP PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA SISWA SMA. *Psycho Idea*, *14*(1). <https://doi.org/10.30595/PSYCHOIDEA.V14I1.1574>

Haque, M. A., Hossain, M. S. N., Chowdhury, M. A. B., & Uddin, M. J. (2018). Factors associated with knowledge and awareness of hiv/aids among married women in bangladesh: Evidence from a nationally representative survey. *Sahara J*, *15*(1), 121–127. <https://doi.org/10.1080/17290376.2018.1523022>

Harahap, J., & Andayani, L. S. (2014). *INTEGRASI UPAYA PENANGGULANGAN HIV & AIDS KE DALAM SISTEM KESEHATAN*.

Hastono, S. P. (2017). *Analisis Data pada Bidang Kesehatan*. Rajawali Pers.

Iqbal, S., Maqsood, S., Zafar, A., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2019). Determinants of overall knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS transmission among ever-married women in Pakistan: Evidence from the Demographic and Health Survey 2012-13. *BMC Public Health*, *19*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7124-3>

JA, R. (2007). *HIV dan patogenesis AIDS*. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19952004104>

Jaffar, S., Grant, A. D., Whitworth, J., Smith, P. G., & Whittle, H. (2004). The natural



- history of HIV-1 and HIV-2 infections in adults in Africa: A literature review. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 82, Issue 6, pp. 462–469). World Health Organization. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862004000600013>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Kefale, B., Damtie, Y., Yalew, M., Adane, B., & Arefaynie, M. (2020). Predictors of Comprehensive Knowledge of HIV/AIDS Among People Aged 15–49 Years in Ethiopia: A Multilevel Analysis. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 12, 449. <https://doi.org/10.2147/HIV.S266539>
- Kemenkes.RI. (2018). Situasi Umum HIV/AIDS dan Tes HIV. In *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan* (pp. 1–10).
- Kemenkes RI. (2018). Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9, pp. 1689–1699). [http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com\\_dbook&task=readonline&book\\_id=13650&page=73&chkhas hk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component](http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chkhas hk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component)

- Kementerian kesehatan RI. (2020). Infodatin HIV AIDS. *Kesehatan*, 1–8.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/InfodatinAIDS.pdf>
- Kementrian Kesehatan. (2014). *Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV*.  
[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/perpu/files/1047189525\\_996944330\\_1803979905.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/perpu/files/1047189525_996944330_1803979905.pdf)
- Kementrian Kesehatan RI. (2012). Pedoman Layanan Konprehensif HIV/AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas. In *Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS. In *Aids*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2019). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2020). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS & Penyakit Menular Seksual (PMS) Triwulan III Tahun 2020*.
- KPA. (2007). *Strategi nasional penanggulangan HIV dan AIDS, 2007-2010*.  
<https://catalogue.nla.gov.au/Record/4582110>
- KR, S., H, A., R, D., RS, H., D, J., K, K., M, L., LJ, M., KA, M., KA, O., SD, R., H, S., S, S., CJ, S., S, W., & ME, O. (2017). The Continuum of HIV Care in Rural Communities in the United States and Canada: What Is Known and Future Research Directions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 75(1), 35–44. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001329>
- Lawler, M., & Naby, F. (2020). Opportunistic infections. In *HIV Infection in Children*

- and Adolescents*. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-35433-6\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-030-35433-6_14)
- Mach, B. S. (2017). Hiv/Aids Knowledge, Attitudes and Practices Among Women in South Sudan Based on Multiple Indicator Cluster Survey. *Journal of Health Research, 31*(1), S65–S74. <https://doi.org/10.14456/jhr.2017.69>
- Maher, D., Wu, X., Schacker, T., Horbul, J., & Southern, P. (2005). HIV binding, penetration, and primary infection in human cervicovaginal tissue. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102*(32), 11504–11509. <https://doi.org/10.1073/pnas.0500848102>
- Majelis Ulama Indonesia. (2017). *Penanggulangan penularan hiv/aids*.
- Mardhikawati, B. R. (2017). Determinan Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS pada Wanita Usia Subur di Indonesia tahun 2017 (Analisis Data Survey Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2017). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat UIN Jakarta, 4*(2), 11–12.
- Martilova, D. (2020). Faktor Pengetahuan Remaja Dalam Pencegahan Hiv Aids. *JOMIS (Journal of Midwifery Science), 4*(1), 63–68.
- Maryunani, A., & Aeman, U. (2009). *Buku Saku Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Bayi Penatalaksanaan Di Pelayanan Kebidanan*. Trans Info Media.
- Mildad, J. (2018). KOMUNIKASI MASSA DALAM PERSPEKTIF ISLAM (Kajian Terhadap Alquran pada Ayat-ayat Tabayyun). *SOURCE: Jurnal Ilmu Komunikasi, 2*(2). <http://jurnal.utu.ac.id/jsourc/article/view/300>
- Moir, S., Chun, T. W., & Fauci, A. S. (2011). Pathogenic mechanisms of HIV disease. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*. <https://doi.org/10.1146/annurev-pathol-011110-130254>

- MUI. (1991). *Ajaran Islam Dan Lingkungan Hidup / Majelis Ulama Indonesia LPLH SDA*. <https://mui-lplhsda.org/ajaran-islam-dan-lingkungan-hidup/>
- MUI. (1995). *HIMPUNAN FATWA MAJELIS ULAMA INDONESIA*.
- Mwamwenda, T. S. (2014). Education level and *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*/acquired immune deficiency syndrome (AIDS) knowledge in Kenya. *Journal of AIDS and HIV Research*, 6(2), 28–32. <https://doi.org/10.5897/JAHR2013.0279>
- Najmah. (2016). *Epidemiologi penyakit menular* (T. Ismail (ed.)). Trans Info Media. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1059444>
- Nana, N. (2013). *Catatan Kuliah Kesehatan Reproduksi dan HIV-AIDS*. Trans Info Media (TIM). [https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as\\_sdt=0,5&cluster=10809696371294995642,17641020958566586305,4342561196073002228](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0,5&cluster=10809696371294995642,17641020958566586305,4342561196073002228)
- Nursalam. (2013). Nursalam. In *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.
- Nursalam. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV AIDS 2018. Edisi2. - Ners Unair Repository* (2nd ed.). <http://eprints.ners.unair.ac.id/1078/>
- Nurwati, N., & Rusyidi, B. (2019). Pengetahuan Remaja Terhadap Hiv-Aid. *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(3), 288. <https://doi.org/10.24198/jppm.v5i3.20607>
- Okeke, C. E., Onwasigwe, C., & Ibegbu, M. (2012). The effect of age on knowledge of HIV/AIDS and risk related behaviours among army personnel. *African Health Sciences*, 12(3), 291. <https://doi.org/10.4314/AHS.V12I3.7>
- Pandey, A., Sahu, D., Bakkali, T., Reddy, D. C. S., Venkatesh, S., Kant, S.,

- Bhattacharya, M., Raj, Y., Haldar, P., Bhardwaj, D., & Chandra, N. (2012). Estimate of HIV prevalence and number of people living with HIV in India 2008-2009. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-000926>
- Pauls, E., Jimenez, E., Ruiz, A., Permanyer, M., Ballana, E., Costa, H., Nascimiento, R., Parkhouse, R. M., Peña, R., Riveiro-Muñoz, E., Martinez, M. A., Clotet, B., Esté, J. A., & Bofill, M. (2013). Restriction of HIV-1 Replication in Primary Macrophages by IL-12 and IL-18 through the Upregulation of SAMHD1. *The Journal of Immunology*, *190*(9), 4736–4741. <https://doi.org/10.4049/jimmunol.1203226>
- PBB. (2009). *Pembaruan epidemi AIDS*, 2009. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20113097979>
- Pradnyani, P. E., Wibowo, A., & Mahmudah. (2019). The Effects of Socio-demographic Characteristics on Indonesian Women’s Knowledge of HIV/AIDS: A Cross-sectional Study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *52*(2), 109. <https://doi.org/10.3961/JPMPH.18.256>
- Purwaningsih, Misutarno, & Imamah, S. N. (2017). Analisis Faktor Pemanfaatan Vct Pada Orang Risiko Tinggi HIV/AIDS. *Jurnal Ners*.
- Roser, M., & Ritchie, H. (2018). *HIV / AIDS - Dunia Kita dalam Data*. <https://ourworldindata.org/hiv-aids>
- Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, H. T., Abebe, M., Abebe, Z., Abejie, A. N., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and

- national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Rumata, V. M. (2017). Perilaku Pemenuhan dan Penyebaran Informasi Publik Bagi Masyarakat Kota dan Desa. *Jurnal Penelitian Komunikasi*, 20(1), 91–106. <https://doi.org/10.20422/JPK.V20I1.146>
- Ruterlin, V., & Tandi, J. (2014). Pengaruh Pengobatan ARV terhadap Peningkatan Limfosit Pasien HIV-AIDS di Rumah Sakit Pemerintah Kota Palu. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*.
- Safitri, M., & Anggarini, I. M. (2016). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS PADA SISWA/I DI SMA KHARISMAWITA TANJUNG BARAT JAKARTA SELATAN TAHUN 2016. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2).
- Seitz, R. (2016). *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*, 43(3), 203–222. <https://doi.org/10.1159/000445852>
- Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1(1). <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>
- Simorangkir, T. L., Sianturi, S., & Supardi, S. (2021). HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK, TINGKAT PENGETAHUAN DAN STIGMA PADA PENDERITA HIV/AIDS. 12(2), 208–214.
- Sitepu, A. (2017). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEJADIAN INFEKSI

*HIV PADA IBU RUMAH TANGGA DI RSUP H. ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2017.*

- Soedarto. (2012). *Alergi dan Penyakit Sistem Imun*. Sagung Seto.
- Susilowati, T., Sofro, M. A., Bina Sari, A., Permata Indonesia, P., dr Karyadi Semarang, R., & Tinggi Analisis Bakti Asih Bandung, S. (2019). *FAKTOR RISIKO YANG MEMENGARUHI KEJADIAN HIV/AIDS DI MAGELANG*. 85–95.
- Tanto, C., Liwang, F., Hanifan, S., & Pradipta, E. A. (2014). *Kapita Selekta Kedokteran Edisi IV*. In *Jakarta : Media Aesculapius*.
- Teeraananchai, S., Kerr, S., Amin, J., Ruxrungtham, K., & Law, M. (2017). Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Medicine*, *18*(4), 256–266. <https://doi.org/10.1111/hiv.12421>
- Todd, J., Grosskurth, H., Changalucha, J., Obasi, A., Mosha, F., Balira, R., Orroth, K., Hugonnet, S., Pujades, M., Ross, D., Gavyole, A., Mabey, D., & Hayes, R. (2006). Risk factors influencing HIV infection incidence in a rural African population: A nested case-control study. *Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1086/499313>
- UNAIDS. (2020). *Statistik HIV & AIDS Global - Lembar Fakta 2020 | UNAIDS*. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Van Son, N., Luan, H. D., Tuan, H. X., Cuong, L. M., Duong, N. T. T., & Kien, V. D. (2020). Trends and factors associated with comprehensive knowledge about HIV among women in Vietnam. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, *5*(2), 1–11. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5020091>

Veronica. (2016). *INFEKSI HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS DAN ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY* .

[https://simdos.unud.ac.id/uploads/file\\_penelitian\\_1\\_dir/d5ff4e390bc5e7c52fb3d21689f6f9e5.pdf](https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/d5ff4e390bc5e7c52fb3d21689f6f9e5.pdf)

Wang, H., Wolock, T. M., Carter, A., Nguyen, G., Kyu, H. H., Gakidou, E., Hay, S. I., Msemburi, W., Coates, M. M., Mooney, M. D., Fraser, M. S., Sligar, A., Larson, H. J., Friedman, J., Brown, A., Dandona, L., Fullman, N., Haagsma, J., Khalil, I., ... Zuhlke, L. J. (2016). Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet HIV*, 3(8), e361–e387. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30087-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X)

Wang, Haidong, Wolock, T. M., Carter, A., Nguyen, G., Kyu, H. H., Gakidou, E., Hay, S. I., Mills, E. J., Trickey, A., Msemburi, W., Coates, M. M., Mooney, M. D., Fraser, M. S., Sligar, A., Salomon, J., Larson, H. J., Friedman, J., Abajobir, A. A., Abate, K. H., ... Murray, C. J. L. (2016). Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet HIV*, 3(8), e361–e387. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30087-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X)

WHO. (2008). *THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE*.

WHO. (2016). *HIV/AIDS*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

WHO. (2020). *Data dan Statistik HIV/AIDS WHO*. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and->



statistics

- World Health Organization. (2020). *Latest HIV estimates and updates on HIV policies uptake , July 2020 Global HIV , Hepatitis and STI Programmes. July*, 40. [https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/latest-hiv-estimates-and-updates-on-hiv-policies-uptake-november2020.pdf?sfvrsn=10a0043d\\_12](https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/latest-hiv-estimates-and-updates-on-hiv-policies-uptake-november2020.pdf?sfvrsn=10a0043d_12)
- Yaya, S., Bishwajit, G., Danhoundo, G., Shah, V., & Ekholuenetale, M. (2016). Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh. *BMC Public Health 2016 16:1*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-3512-0>
- ZAINUL, A. A. (2012). *GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEJADIAN HIV-AIDS PADA USIA PRODUKTIF DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU DAN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE MEI 2011 – APRIL 2012. Agustus*, 142.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1: Kuesioner Penelitian

Berikut kuesioner penelitian yang disusun berdasarkan Kuesioner Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

<b>NO</b>	<b>Variabel</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Nomor di Kuesioner SDKI Wanita Usia Subur</b>
1	Pengetahuan tentang HIV/AIDS	Bisakah seseorang mengurangi risiko tertular virus HIV/AIDS dengan membatasi hubungan seks hanya dengan seseorang yang tidak terinfeksi virus HIV/AIDS dan tidak mempunyai pasangan lain? 1.Ya 2.Tidak 8.Tidak Tahu	No. 1002 Bagian 10 tentang HIV/AIDS
		Bisakah seseorang tertular virus HIV/AIDS melalui gigitan nyamuk? 1.Ya 2.Tidak	No. 1003 Bagian 10 tentang HIV/AIDS

	8.Tidak Tahu	
	<p>Bisakah seseorang mengurangi risiko tertular virus HIV/AIDS dengan memakai kondom setiap melakukan hubungan seks?</p> <p>1.Ya</p> <p>2.Tidak</p> <p>8.Tidak Tahu</p>	No. 1004 Bagian 10 tentang HIV/AIDS
	<p>Bisakah seseorang tertular virus HIV/AIDS dengan makan sepiring bersama orang yang terinfeksi virus HIV/AIDS?</p> <p>1.Ya</p> <p>2.Tidak</p> <p>8.Tidak Tahu</p>	No. 1005 Bagian 10 tentang HIV/AIDS
	<p>Bisakah seseorang tertular virus HIV/AIDS karena diguna-guna atau didukuni atau disantet?</p> <p>1.Ya</p> <p>2.Tidak</p>	No. 1006 Bagian 10 tentang HIV/AIDS

	8.Tidak Tahu	
	<p>Bisakah seseorang tertular virus HIV/AIDS karena menggunakan jarum suntik yang sama secara bergantian?</p> <p>1.Ya</p> <p>2.Tidak</p> <p>8.Tidak Tahu</p>	<p>No. 1006 A Bagian 10 tentang HIV/AIDS</p>
	<p>Apakah mungkin seseorang yang penampilannya tampak sehat ternyata ia telah tertular virus HIV/AIDS?</p> <p>1.Ya</p> <p>2.Tidak</p> <p>8.Tidak Tahu</p>	<p>No. 1007 Bagian 10 tentang HIV/AIDS</p>
	<p>Apakah virus HIV/AIDS dapat ditularkan dari seorang ibu ke anaknya selama hamil?</p> <p>1.Ya</p> <p>2.Tidak</p>	<p>No. 1008 Bagian 10 tentang HIV/AIDS</p>

		8.Tidak Tahu	
		Apakah virus HIV/AIDS dapat ditularkan dari seorang ibu ke anaknya saat melahirkan?  1.Ya  2.Tidak  8.Tidak Tahu	No. 1008 Bagian 10 tentang HIV/AIDS
		Apakah virus HIV/AIDS dapat ditularkan dari seorang ibu ke anaknya saat menyusui?  1.Ya  2.Tidak  8.Tidak Tahu	No. 1008 Bagian 10 tentang HIV/AIDS
2	Umur	Berapa umur Ibu/Saudari pada ulang tahun terakhir?	No. 106 Bagian 1 (Latar Belakang Responden)

3	Pendidikan Terakhir	<p>Apakah jenjang Pendidikan tertinggi yang pernah/sedang Ibu/Saudari duduki : sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, akademi, atau universitas?</p> <p>1.SD/MI Sederajat 2.SMP/MTs Sederajat 3.SMA/SMK/MA Sederajat 4.AKADEMI/DI/DII/DIII 5.Diploma IV/Universitas</p>	No. 108 Bagian 1 (Latar Belakang Responden)
4	Status Pernikahan	<p>Apakah Ibu//Saudari sekarang berstatus kawin atau hidup bersama?</p> <p>1.Ya, Kawin 2.Ya, Hidup Bersama 3.Tidak</p>	No. 701 Bagian 7 (Perkawinan dan Kegiatan Seksual)
5	Status Pekerjaan	<p>Dalam 12 hari terakhir, apakah Ibu/Saudari pernah bekerja?</p> <p>1.Ya 2.Tidak</p>	No. 912 Bagian 9 (Latar Belakang Suami/Pasangan dan

			Pekerjaan Responden)
6	Status Ekonomi	Indeks Kekayaan Gabungan 1.Termiskin 2.Lebih Miskin 3.Menengah 4.Lebih Kaya 5.Terkaya	No. 190 (Data SDKI 2017)
7	Tempat Tinggal	Daerah Tempat Tinggal 1.Perkotaan 2.Pedesaan	No.5 Bagian 1 (Pengenalan Tempat)
8	Keterpaparan Media Massa	Dari mana Ibu/Saudari mengetahui tentang HIV/AIDS? A.Radio B.Televisi C.Surat Kabar/Majalah	No. 1001A Bagian 10 tentang HIV/AIDS

		D.Selebaran/Poster E.Petugas Kesehatan F.Perkumpulan Keagamaan G.Sekolah/Guru H.Pertemuan Masyarakat I.Teman/Keluarga J.Tempat Kerja K.Internet X.Lainnya	
--	--	---	--



## Lampiran 2: Output Hasil Analisis Data

### ANALISIS UNIVARIAT

#### Pengetahuan HIV/AIDS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	786	39,2	39,2	39,2
	Baik	1221	60,8	60,8	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

#### Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-35 tahun	1294	64,5	64,5	64,5
	36-49 tahun	713	35,5	35,5	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

#### Pendidikan Terakhir Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dasar	1571	78,3	78,3	78,3
	Atas	436	21,7	21,7	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

### Status Pernikahan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	622	31,0	31,0	31,0
	Menikah	1385	69,0	69,0	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

### Status Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	849	42,3	42,3	42,3
	Bekerja	1158	57,7	57,7	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

### Tempat Tinggal Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Urban	1237	61,6	61,6	61,6
	Rural	770	38,4	38,4	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

### Status Ekonomi Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Miskin	701	34,9	34,9	34,9
	Kaya	1306	65,1	65,1	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

### Keterpaparan Media Massa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	722	36,0	36,0	36,0
	Baik	1285	64,0	64,0	100,0
	Total	2007	100,0	100,0	

### ANALISIS BIVARIAT

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tempat Tinggal Responden * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%
Umur Responden * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%
Pendidikan Terakhir Responden * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%
Status Pernikahan Responden * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%
Status Pekerjaan * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%
Status Ekonomi Responden * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%
Keterpaparan Media Massa * Pengetahuan HIV/AIDS	2007	100,0%	0	0,0%	2007	100,0%

USIA

**Crosstab**

		Pengetahuan HIV/AIDS		Total	
		Buruk	Baik		
Umur Responden	15-35 tahun	Count	497	797	1294
		% of Total	24,8%	39,7%	64,5%
	36-49 tahun	Count	289	424	713
		% of Total	14,4%	21,1%	35,5%
Total	Count	786	1221	2007	
	% of Total	39,2%	60,8%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,871 <sup>a</sup>	1	,351		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,784	1	,376		
Likelihood Ratio	,870	1	,351		
Fisher's Exact Test				,364	,188
Linear-by-Linear Association	,871	1	,351		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 279,23.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur Responden (15-35 tahun / 36-49 tahun)	,915	,759	1,103
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	,948	,847	1,060
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	1,036	,962	1,116
N of Valid Cases	2007		

## PENDIDIKAN TERAKHIR

### Crosstab

		Pengetahuan HIV/AIDS		Total
		Buruk	Baik	
Pendidikan Terakhir Responden	Dasar	Count	642	1571
		% of Total	32,0%	78,3%
	Atas	Count	144	436
		% of Total	7,2%	21,7%
Total	Count	786	2007	
	% of Total	39,2%	60,8%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	8,800 <sup>a</sup>	1	,003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,474	1	,004		
Likelihood Ratio	8,942	1	,003		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	8,796	1	,003		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 170,75.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan Terakhir Responden (Dasar / Atas)	1,401	1,121	1,752
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	1,237	1,069	1,432
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	,883	,817	,954
N of Valid Cases	2007		

## STATUS PERNIKAHAN

### Crosstab

		Pengetahuan HIV/AIDS			
		Buruk	Baik	Total	
Status Pernikahan Responden	Belum Menikah	Count	236	386	622
		% of Total	11,8%	19,2%	31,0%
	Menikah	Count	550	835	1385
		% of Total	27,4%	41,6%	69,0%
Total		Count	786	1221	2007
		% of Total	39,2%	60,8%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,564 <sup>a</sup>	1	,453		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,492	1	,483		
Likelihood Ratio	,565	1	,452		
Fisher's Exact Test				,459	,242
Linear-by-Linear Association	,564	1	,453		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 243,59.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Pernikahan Responden (Belum Menikah / Menikah)	,928	,764	1,127
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	,955	,848	1,077
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	1,029	,955	1,109
N of Valid Cases	2007		

## STATUS PEKERJAAN

### Crosstab

		Pengetahuan HIV/AIDS		Total	
		Buruk	Baik		
Status Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	339	510	849
		% of Total	16,9%	25,4%	42,3%
	Bekerja	Count	447	711	1158
		% of Total	22,3%	35,4%	57,7%
Total		Count	786	1221	2007
		% of Total	39,2%	60,8%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,363 <sup>a</sup>	1	,547		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,309	1	,578		
Likelihood Ratio	,363	1	,547		
Fisher's Exact Test				,548	,289
Linear-by-Linear Association	,363	1	,547		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 332,49.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	1,057	,882	1,267
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	1,034	,927	1,155
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	,978	,911	1,051
N of Valid Cases	2007		

## TEMPAT TINGGAL

### Crosstab

		Pengetahuan HIV/AIDS			
		Buruk	Baik	Total	
Tempat Tinggal Responden	Urban	Count	462	775	1237
		% of Total	23,0%	38,6%	61,6%
	Rural	Count	324	446	770
		% of Total	16,1%	22,2%	38,4%
Total	Count	786	1221	2007	
	% of Total	39,2%	60,8%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4,456 <sup>a</sup>	1	,035		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,259	1	,039		
Likelihood Ratio	4,443	1	,035		
Fisher's Exact Test				,039	,020
Linear-by-Linear Association	4,453	1	,035		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 301,55.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tempat Tinggal Responden (Urban / Rural)	,821	,683	,986
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	,888	,795	,991
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	1,082	1,005	1,165
N of Valid Cases	2007		



## STATUS EKONOMI

### Crosstab

		Pengetahuan HIV/AIDS		Total	
		Buruk	Baik		
Status Ekonomi Responden	Miskin	Count	307	394	701
		% of Total	15,3%	19,6%	34,9%
	Kaya	Count	479	827	1306
		% of Total	23,9%	41,2%	65,1%
Total	Count	786	1221	2007	
	% of Total	39,2%	60,8%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	9,700 <sup>a</sup>	1	,002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9,403	1	,002		
Likelihood Ratio	9,649	1	,002		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	9,695	1	,002		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 274,53.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi Responden (Miskin / Kaya)	1,345	1,116	1,622
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	1,194	1,070	1,333
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	,888	,822	,959
N of Valid Cases	2007		

## KETERPAJANAN MEDIA MASSA

### Crosstab

		Pengetahuan HIV/AIDS		Total	
		Buruk	Baik		
Keterpaparan Media Massa	Kurang Baik	Count	356	366	722
		% of Total	17,7%	18,2%	36,0%
	Baik	Count	430	855	1285
		% of Total	21,4%	42,6%	64,0%
Total	Count	786	1221	2007	
	% of Total	39,2%	60,8%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	48,708 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	48,046	1	,000		
Likelihood Ratio	48,350	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	48,684	1	,000		
N of Valid Cases	2007				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 282,76.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Keterpaparan Media Massa (Kurang Baik / Baik)	1,934	1,605	2,330
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Buruk	1,473	1,324	1,640
For cohort Pengetahuan HIV/AIDS = Baik	,762	,702	,827
N of Valid Cases	2007		

## ANALISIS MULTIVARIAT

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step	Status Ekonomi	,191	,099	3,759	1	,053	1,211	,998	1,470
1 <sup>a</sup>	Responden(1)								
	Keterpaparan	,609	,099	38,061	1	,000	1,839	1,515	2,232
	Media Massa(1)								
	Pendidikan	,111	,120	,848	1	,357	1,117	,882	1,415
	Terakhir								
	Responden(1)								
	Constant	-,087	,092	,901	1	,343	,916		

a. Variable(s) entered on step 1: Status Ekonomi Responden, Keterpaparan Media Massa, Pendidikan Terakhir Responden.