

Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun di Puskesmas Kalibobo Nabire

Abdul Muis¹, Darwin Safiu²

^{1,2} Teknik Keselamatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Tri Tunas Nasional

ABSTRAK

HIV/AIDS pada pekerja bangunan di Proyek World Class University. Salah satu kontributor utama penyebaran global HIV adalah migrant workers. Tujuannya untuk mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku berisiko HIV/AIDS. Penelitian ini dilakukan dengan desain Cross Sectional dengan pendekatan kuantitatif. Populasi penelitian adalah remaja usia 12-15 tahun yang ada berjumlah 102 orang, dan sampel yang diambil berjumlah 36 orang. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Agustus- September tahun 2020. Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik individu, perilaku remaja $p=0,486$, sumber informasi $p=0,680$, pengetahuan $p= 0,003$ dan sikap $p= 0,589$ hubungan dengan perilaku remaja terhadap HIV/AIDS. Pengetahuan dengan $p=0,865$ yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku berisiko terhadap HIV/AIDS.

Kata Kunci : HIV/AIDS, Perilaku Remaja, Informasi, Pengetahuan, Sikap, Puskesmas Kalibobo

PENDAHULUAN

Pada saat kekebalan tubuh kita mulai lemah, maka timbulah masalah kesehatan. Gejala yang umumnya timbul antara lain demam, batuk, atau diare yang terus-menerus. Kumpulan gejala penyakit akibat lemahnya sistem kekebalan tubuh inilah yang disebut AIDS (Yayasan Spiritia,2016). HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan kemampuan tubuh kita untuk melawan segala penyakit yang datang. Penyakit berbahaya yang disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui cairan tubuh, terutama karena hubungan seksual dan penggunaan narkoba suntikan (kelly, 2016). Paparan bahaya biologis dapat disebabkan oleh berbagai cara termasuk konsumsi,

inokulasi, gigitan, inhalasi, melalui kontak dengan luka lecet di kulit dan melalui percikan dari darah (Daly & Dickson, 2017).

Menurut WHO (*World Health Organization*) (2016), jumlah kematian HIV / AIDS di kalangan remaja yang berusia 10-19 tahun di seluruh dunia yang meningkat sebesar 42 persen antara tahun 2012 dan 2015 dan terdapat 3,1 juta remaja di usia 10-19 tahun di dunia dengan HIV/ AIDS pada tahun 2016. Dalam waktu lebih kurang 10 tahun akan menjadi AIDS tanpa terapi antiretroviral yang efektif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa, pasien yang awalnya didiagnosis HIV sebanyak 70,3% dalam jangka 1 tahun menjadi AIDS. Lainnya 3,7% 1 sampai 3 tahun setelah diagnosis HIV. Pengujian komprehensif program HIV yang mencakup baik pemeriksaan rutin dari remaja yang berusia 10-19 tahun dan pengujian lebih sering untuk orang yang beresiko untuk tes HIV periodik (MMWR, 2017).

Laporan badan PBB (*Perserikatan Bangsa-Bangsa*) yang menangani masalah anak-anak UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*) sekitar 289.000 remaja berusia antara 10 dan 19 tahun meninggal dunia karena virus HIV pada tahun 2015. Jumlah itu meningkat menjadi 364.000 jiwa pada tahun 2016 Dibandingkan tahun 2017 sampai dengan bulan juni jumlah komulatif pengidap HIV sebanyak 435.078 orang dan penderita AIDS sebanyak orang. Hal ini menunjukan bahwa terdapat peningkatan kasus HIV/AIDS setiap tahunnya di Indonesia. (UNICEF,2017).

Berdasarkan Ditjen PP & PL Kemenkes RI 2017, prevalensi kasus AIDS per 300.000 penduduk berdasarkan propinsi, terdapat 40.56% di Indonesia. Jumlah kumulatif kasus AIDS adalah sebanyak 1.000 lebih orang dan Jumlah kumulatif kasus HIV adalah sebanyak 1.090orang.Data yang diperoleh dari Ditjen PP & PL Kemenkes RI 2014, yaitu angka kejadian AIDS tertinggi pada rentang usia 20-29 tahun. Hal ini berarti HIV positif terjadi 5- 10 tahun sebelum dinyatakan AIDS, yaitu usia 10- 19 tahun (Dinkes,2017).

Laporan pada tahun 2016 sebuah penyakit baru mematikan yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Agen penyebabnya adalah *human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 1981 - 2017, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan bahwa, dalam 14 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu terapi antiretroviral yang sangat aktif, diagnosis AIDS dan kematian menurun secara substansial dari 2016

hingga 2018 dan tetap stabil 2018-2019 mencapai rata-rata 38.279 diagnosis AIDS dan 17.489 kematian per tahun. Pada akhir 2018, 1.178.350 orang diperkirakan hidup dengan HIV, dan 236.400 (20,1%) infeksi yang tidak terdiagnosis (Resikdes,2019).

Tahun 2015, jumlah kasus infeksi HIV di seluruh dunia mencapai 34 juta dan sekitar 5,4 juta adalah bayi dan anak. Estimasi terkini UNAIDS (2016), jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkisar 31,4 – 35,3 juta orang, prevalensi tertinggi dilaporkan di Benua Afrika bagian selatan (1528%). (Nasrin & Desy, 2016).

Salah satu kontributor utama penyebaran global HIV adalah laki-laki 75.457 pada tahun 2016 dan 50.628 pada tahun 2017. Dengan diperkenalkannya *migrant workers*. Dimana keadaan ekonomi menyebabkan pria muda untuk bekerja jauh dari rumah dan keluarga mereka, di tempat mereka berada ada kemungkinan untuk melakukan hubungan seksual dengan pekerja seks komersial tanpa kondom. Migrasi tenaga kerja di Asia, yang juga melaporkan tingkat pertumbuhan tercepat HIV / AIDS di dunia.

Pada tahun 2017, Tufts-New England Medical Center (TNEMC), dengan bantuan Kedokteran Rescue Medicine (RM), membentuk tim kesehatan pada pekerja konstruksi klinik di Takoradi, Ghana, adapun hasil yang didapatkan adalah beberapa perilaku berisiko bagi pekerja tersebut antara lain tentang penggunaan alkohol, 44% (14 alkohol total mereka belum berubah selama mereka tinggal di barat Ghana, sedangkan 34% (11 dari 32) melaporkan peningkatan konsumsi dan 22% (7 dari 32) melaporkan penggunaan alkohol berkurang. Hanya 38% (15 dari 39) menerima pendidikan tentang bagaimana mengurangi risiko HIV. Hampir seperempat (24%, 10 dari 42: sembilan pria dan seorang wanita) dari ekspatriat dilaporkan melakukan hubungan seksual dengan mitra lokal. Setengah (5 dari 10) dari mereka yang berhubungan seks dengan mitra lokal tidak menggunakan kondom (Hamer et al, 2017).

HIV adalah singkatan dari Human Immunodeficiency Virus, yaitu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Orang yang mengidap HIV positif atau pengidap HIV. Orang yang telah terinfeksi HIV dalam beberapa tahun pertama belum menunjukkan gejala apapun, secara fisik kelihatan tidak berbeda dengan orang lain. Namun, dia sudah bisa menularkan HIV pada orang lain. (Noorhidayah,2015)

a. Pengertian AIDS

AIDS adalah singkatan dari Acquired Immunodeficiency Syndrome. Syndrome dalam bahasa Indonesia adalah sindroma yang berarti kumpulan gejala penyakit.

Deficiency dalam bahasa Indonesia adalah kekurangan. Immune berarti kekebalan tubuh, sedangkan acquired berarti diperoleh atau didapat. Dalam hal ini, "diperoleh" mempunyai pengertian bahwa AIDS bukan penyakit keturunan, tetapi karena ia terinfeksi virus penyebab AIDS. Dengan demikian, AIDS dapat diartikan sebagai sekumpulan gejala penyakit akibat hilangnya/ menurunnya sistem kekebalan tubuh. AIDS merupakan fase terminal (akhir) dari infeksi HIV Human immunodeficiency virus (HIV). Virus ini yang awalnya menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, menyebabkan penyakit HIV dan akhirnya AIDS. *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) penyakit berbahaya yang disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui cairan tubuh, terutama karena hubungan seksual dan penggunaan narkoba suntikan (kelly, 2015).

Sistem kekebalan tubuh melindungi tubuh terhadap penyakit. Kalau sistem kekebalan tubuh dirusak virus AIDS, maka serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun akan menyebabkan sakit dan meninggal. Penderita AIDS yang meninggal bukan semata-mata disebabkan oleh virus, tetapi oleh penyakit lain yang sebenarnya bisa ditolak, (Depkes.RI, 2015).

b. Epidemiologi HIV/AIDS

Kasus AIDS pertama kali dilaporkan pada tahun 1981 di Los Angeles, Amerika Serikat. Sejak saat itu kasus HIV/AIDS mulai banyak dilaporkan diberbagai belahan dunia dan menjadi permasalahan kesehatan global, karena hampir semua negara memiliki laporan mengenai kasus HIV/AIDS. Selain karena angka penularannya sangat cepat, sampai saat ini obat untuk menyembuhkan penderita HIV/AIDS. (Rianawati, NA, 2016).

Laporan pada tahun 2012 sebuah penyakit baru mematikan yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Agen penyebabnya adalah *human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 2012-2014, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan bahwa, dalam 11 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu 75.457 pada tahun 1992 dan 50.628 pada tahun 2011. Dengan diperkenalkannya terapi *human immunodeficiency virus* (HIV). Karakterisasi infeksi HIV dan AIDS di Amerika Serikat selama tahun 2011, laporan ini merangkum hasil bahwa analisis, yang menunjukkan

bahwa, dalam 14 tahun pertama, jumlah diagnosis AIDS baru dan kematian di antara orang yang berusia > 13 tahun, pencapaian tertinggi yaitu 75.457 pada tahun 2012 dan 105.628 pada tahun 2013. Dengan diperkenalkannya terapi antiretroviral yang sangat aktif, diagnosis AIDS dan kematian menurun secara substansial dari 2010 hingga 2012 dan tetap stabil 2012-2014 mencapai rata-rata 45.279 diagnosis AIDS dan 54.489 kematian per tahun. Pada akhir 2014, 2.178.350 orang diperkirakan hidup dengan HIV, dan 436.400 (40,1%) infeksi yang tidak terdiagnosa (MMWR,2015).

Tahun 2014, jumlah kasus infeksi HIV di seluruh dunia mencapai 28juta dan sekitar 2,4 juta adalah bayi dan anak. Estimasi terkini UNAIDS (2015), jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkisar 31,4– 35,3 juta orang, prevalensi tertinggi dalaporkan di Benua Afrika bagian selatan (15-28%). (Nasrin & Desy, 2016).

Secara epidemiologis, masalah HIV/AIDS sebenarnya di Indonesia sudah cukup gawat karena Indonesia cukup rentan terhadap epidemi HIV/AIDS, dimana penyebaran kasus ini berlangsung dengan kecepatan yang cukup tinggi. Penyebaran yang cukup tinggi tersebut disebabkan oleh faktor risiko yang mendorong terjadinya epidemi saat ini di Indonesia, antara lain (Abednego, 1993 dan Berita AIDS Indonesia: Media Komunikasi & Informasi, 2011, dalam Rianawati, NA, 2015) :

1. Adanya kelompok dengan perilaku risiko tinggi yang terkait dengan prostitusi, seperti : WTS, PTS, waria, homoseks dan lain-lain.
2. Adanya penduduk berperilaku risiko tinggi yang tidak terkait dengan prostitusi, seperti : hubungan seks ekstra marital, kumpul kebo, mitra seks ganda, tukar pasangan, remaja, narapidana, supir truk dan bus antar kota/provinsi.
3. Kualitas pelayanan kesehatan yang belum memadai seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik yang belum melaksanakan kewaspadaan secara umum yang cukup handal untuk mencegah penularan HIV antara lain dengan tidak dipatuhi prosedur pemberian suntikan secara steril.
 1. Kualitas dan jangkauan pemeriksaan donor darah yang belum memadai.
 2. Kualitas dan kuantitas penyuluhan kesehatan yang belum menyeluruh.
 3. Promosi kondom yang masih kontroversial.
 4. Prevalensi dan insidens PMS yang cukup tinggi.

5. Sikap tidak peduli dan sanggahan berdasar argumentasi yang tidak logis terhadap kemungkinan timbulnya epidemi AIDS besar dan luas di Indonesia.
6. Transfusi darah dan skrining darah masih rawan, sebab belum menyeluruh sama pengertian dan mutunya diantara pihak yang terkait yaitu PUTD PMI, Rumah Sakit, petugas kesehatan, pedonor dan keluarga pasien sehingga terdapat kemungkinan terjadi transfusi darah yang tidak steril.
7. Pelabuhan laut yang disinggahi warga asing, para pelaut maupun nelayan asing yang tergolong mempunyai risiko tinggi untuk terinfeksi HIV.
8. Tenaga kerja asing yang makin banyak bekerja di Indonesia, dimana mereka cenderung memiliki perilaku yang meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS.
9. Tingginya prevalensi hepatitis B, yang jalur penularannya sama dengan HIV.
10. Pecandu obat bius yang jika tidak segera diatasi dengan serius dapat menimbulkan wabah AIDS dikalangan para pecandu obat narkotika suntikan dan selanjutnya dapat menjalar ke masyarakat umum.
11. Keberadaan bandara internasional yang merupakan pintu gerbang masuknya orang asing dan orang Indonesia yang sudah bermukim di negara-negara dengan prevalensi HIV tinggi.
12. Perbatasan geografis langsung dengan negara-negara tetangga seperti Thailand, Singapura, dan Malaysia yang ternyata telah memiliki sebuah prevalensi HIV lebih tinggi dibanding prevalensi HIV di Indonesia
13. Meningkatnya insidens dan prevalensi penyakit kelamin di Indonesia tidak saja di kota-kota besar tapi juga merambah ke desa-desa.
14. Semakin berkembangnya praktik seks bebas terutama dikalangan remaja.
15. Pemakaian kondom pada kelompok risiko tinggi terhadap HIV/AIDS seperti WTS, orang yang berganti pasangan, dan sebagainya di masyarakat yang relatif rendah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross- sectional. Dalam penelitian cross-sectional peneliti melakukan pengukuran variabel pada satu saat tertentu pada setiap subyek yang hanya diobsevasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sostroasmoro & Ismael, 2015). Dimana penelitian ini memiliki tujuan untuk menggambarkan hubungan pengetahuan dan sikap terhadap remaja yang beresiko HIV/AIDS Pengukuran dilakukan secara bersamaan kemudian dianalisa korelasi dari kedua variabel tersebut.yang bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku beresiko HIVS/AIDS di Puskesmas Kali Bobo Nabire.

Instrument adalah alat pada waktu penelitian menggunakan sesuatu metode (Arikunto, 2015). Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan menggunakan angket atau kuesioner. Data dikumpulkan dengan cara menyebarkan kuesioner kepada para responden. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya sesuai dengan permintaan pengguna (Ridwan, 2015).

a. Kuesioner karakteristik Responden

Kuesioner ini berisi data umum responden dan merupakan hubungan pengetahuan dan sikap antara lain meliputi usia, pendidikan, dan status pernikahan.

b. Kuesioner Tingkat Pengetahuan Peneliti menggunakan alat akur yaitu kuesioner yang berisikan manifestasi klinis pengetahuan kuesioner ini dikembangkan peneliti dari kuesioner yang ditulis oleh Prof. Dr. dr. Dadang Hawari, Psikiater. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, untuk mengukur derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali peneliti menggunakan alat ukur kecemasan yang di kenal dengan nama Hamilton Rating For Anxiety (HRS-A). Alat ukur ini terdiri dari 9 pertanyaan gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan dengan gejala yang lebih spesifik. Masingmasing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara 0 dan 2, yang artinya adalah: Nilai 0= yang jawab salah dan yang jawab benar nilai =2.

c. Kuesioner Sikap

Kuesioner ini disusun oleh peneliti untuk mengukur sikap responden mengenai resiko HIV/AIDS, kuesioner pada penelitian ini terdiri dari 8 pertanyaan dengan alternatif jawaban Sangat Setuju,Setuju, Tidak Setuju, Sangat Tidak Setujuh. Responden dianggap tahu jika

menjawab pertanyaan tertulis dengan benar dan dianggap tidak tahu jika jawaban responden salah atau menjawab tidak tahu.

Peneliti mengkategorikan tingkat pengetahuan dalam 4 katagori yaitu Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat Tidak Setuju. Jawaban yang kurang baik jika skor < 55%, sedang jika skor 56%-75% dan dikatakan baik jika > 75%.

d. Kuesioner Perilaku

Kuesioner ini disusun oleh peneliti untuk mengukur sikap responden mengenai resiko HIV/AIDS, kuesioner pada penelitian ini terdiri dari 10 pertanyaan dengan alternatif jawaban Ya dan Tidak. Responden dianggap tahu jika menjawab pertanyaan tertulis dengan benar dan dianggap tidak tahu jika jawaban responden salah atau menjawab tidak.

Peneliti mengkategorikan tingkat pengetahuan dalam 2 katagori yaitu Ya dan Tidak. Jawaban tidak jika skor < 55%, dan dikatakan Ya jika > 75%.

e. Kuesioner Sumber Informasi

Kuesioner ini disusun oleh peneliti untuk mengukur sikap responden mengenai resiko HIV/AIDS, kuesioner pada penelitian ini terdiri dari 10 pertanyaan dengan alternatif jawaban Ya dan Tidak. Responden dianggap tahu jika menjawab pertanyaan tertulis dengan benar dan dianggap tidak tahu jika jawaban responden salah atau menjawab tidak yang berisi Media Cetak: Buku, Koran, Majalah, Leaflet.

Media Elektronik: Televisi, Internet. Langsung: Guru, Tenaga Kesehatan, Teman, Orang Tua.

HASIL PENELITIAN

Hasil

Berdasarkan hasil dari pengolahan data yang telah dilakukan kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi analisa univariat dan bivariat sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden

a. Analisa Univariat

Pada bagian ini akan dijelaskan deskripsi data hasil penelitian dari masing-masing variabel dari 36 responden yaitu variabel karakteristik responden Perilaku Remaja, Sumber Informasi, Tingkat Pengetahuan, Sikap.

❖ Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pasien

Table 5.1.
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pasien

Di Puskesmas Kalibobo Nabire

No Variabel	Jumlah	Persentase (n)	%
1. Umur			
1) 15-29	24	66,7	
2) 30-45	12	33,3	
Total	36	100	
2. Jenis Kelamin			
1) Laki-laki	21	58,3	
2) Perempuan	15	41,7	
Total	36	100	
3. Pendidikan			
1) SMA	16	44,5	
2) D3	12	33,3	
3) S1	8	22,2	
Total	36	100	
4. Status Pernikahan			
1) Belum Menikah	14	38,9	
2) Menikah	22	61,1	
Total	36	100	

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan distribusi responden yang tertinggi pada kelompok umur yaitu ber umur 15 – 29 tahun dengan 24 (66,7%) responden, sedangkan yang paling rendah adalah kelompok umur 30 – 45 tahun dengan 12 (33,3%) responden. Pada kelompok jenis kelamin yang tertinggi pada kelompok

jenis kelamin laki-laki dengan 21 (58,3%) responden, sedangkan yang paling rendah adalah jenis kelamin perempuan dengan 15 (41,7%) responden. Pada kelompok pendidikan yang paling tinggi adalah pendidikan SMA yaitu 16 (44,5%) responden dan yang rendah adalah pendidikan S1 yaitu 14 (22,2%) responden. Pada kelompok status pernikahan yang paling tinggi adalah status sudah menikah yaitu 22 (61,1%) responden dan yang paling rendah adalah status belum menikah yaitu 14 (38,9%) responden.

b. Analisis Univariat

Gambaran karakteristik responden analisa univariat dapat dilihat pada table berikut :

1) Pengetahuan

**Table 5.2.
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pasien
Di Puskesmas Kalibobo Nabire**

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persen %
1	Rendah	15	41,7
2	Tinggi	21	58,3
	Total	36	100,0

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan Tabel 5.2 menunjukan bahwa dari 36 responden, terdapat responden yang tingkat pengetahuannya rendah sebanyak 15 responden (41,7%), hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden bahwa tingkat pengetahuan pada kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun merupakan penilaian intelektual terhadap suatau bahaya HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun. Namun hampir semua merasa bahwa tingkat pengetahuan remaja yang berusia 12-15 tahun ini yang tingkat pengetahuannya tinggi sebanyak 21 responden (58,3%), hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden dengan tingkat pengetahuan pada kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun ini adalah tingkat pengetahuannya sangat tinggi mengenai HIV/AIDS.

2) Perilaku Remaja

**Table 5.3.
Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Remaja
Pasien Di Puskesmas Kalibobo Nabire**

No	Perilaku	Frekuensi	Persen %
1	Tidak Beresiko	20	55,6
2	Beresiko	16	44,4
	Total	36	100,0

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukan bahwa dari 36 responden, terdapat responden yang perilaku tidak beresiko sebanyak 20 responden (55,6%), hal ini sesuai dengan hasil observasi yang dijawab oleh responden bahwa perilaku merupakan penilaian dan suatu etika yang dapat mencerminkan suatu perbuatan baik atau buruknya suatu tindakan. Namun perilaku remaja yang beresiko sebanyak 16 responden (44,4%), hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden bahwa perilaku beresiko pada kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun ini sangatlah tidak mempunyai resiko tinggi.

3) Sumber Informasi

Table 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Informasi
Pasien Di Puskesmas Kalibobo Nabire

No	Perilaku	Frekuensi	Persen %
1	Ya	19	52,8
2	Tidak	17	47,2
	Total	36	100,0

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukan bahwa dari 36 responden, terdapat responden yang menjawab ya beresiko sebanyak 19 responden (52,8%), hal ini sesuai dengan hasil observasi yang dijawab oleh responden bahwa sumber informasi merupakan penilaian dan suatu media yang berperan penting bagi seseorang dalam menentukan sikap dan keputusan untuk bertindak. Namun yang memiliki sumber informasi yang kurang atau yang menjawab tidak sebanyak 17 responden (47,2%), hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden bahwa sumber informasi tersebut dapatlah membantu seseorang untuk mengetahui tentang suatu hal atau suatu kabar/berita.

4) Sikap

Table 5.5.
Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Pasien
Di Puskesmas Kalibobo Nabire

No	Sikap	Frekuensi	Persen %
1	Setuju	26	72,2
2	Tidak Setuju	10	27,8
	Total	36	100,0

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukan bahwa dari 36 responden, terdapat responden yang bersikap setuju sebanyak 26 responden (72,2%), hal ini sesuai dengan hasil observasi yang dijawab oleh responden bahwa sikap merupakan penilaian dan segala perbuatan dan tindakan yang berdasarkan pada pendirian dan keyakinan yang dimiliki. Namun yang memiliki sikap yang tidak setuju sebanyak 10 responden (27,2%), hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden bahwa suatu sikap Sikap mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu.

c. Analisa Bivariat

Adapun variabel yang akan dianalisis hubungan dan presentasenya adalah sebagai berikut:

1) Perilaku Remaja

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kejadian HIV/AIDS pada remaja pada usia 12-15 tahun di Puskesmas Kalibobo Nabire dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6
Hubungan Perilaku Remaja Dengan Kejadian HIV/AIDS
Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire

Perilaku Remaja	Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15				Total	P Value		
	Ya		Tidak					
	N	%	n	%				
Beresiko	11	24,6	8	28,2	19	52,8		
Tidak Bersesiko	14	38,9	3	8,3	17	47,2		

Total	25	67,3	11	32,7	36	100,0
-------	----	------	----	------	----	-------

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan Tabel 5.6 menunjukan bahwa pada tingkat perilaku remaja yang beresiko sebanyak 19 responden, dengan persentase yang mengalami kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun yang mengatakan ya sebanyak 11 responden (24,6%) dan yang mengatakan tidak sebanyak 18 responden (28,2%). Sedangkan yang tidak beresiko sebanyak 17 responden, dengan persentase yang mengatakan ya sebanyak 14 responden (38,9%) yang menjawab tidak sebanyak 3 (8,3%) yang berperilaku beresiko yang paling banyak. Sehingga dapat diartikan bahwa tingkat perilaku pada remaja mengenai HIV/AIDS tersebut sangatlah beresiko.

Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik *chi-square*, diperoleh nilai $p=0,486(\alpha>0,05)$, hal ini berarti H_a diterima dan H_0 ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara perilaku remaja dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

2) Sumber Informasi

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kejadian HIV/AIDS pada remaja pada usia 12-15 tahun di Puskesmas Kalibobo Nabire dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.7
Hubungan Sumber Informasi Dengan Kejadian HIV/AIDS
Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire

Sumber Informasi	Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15				Total	P Value		
	Ya		Tidak					
	N	%	n	%				
Langsung	17	47,2	8	22,2	25	62,8		
Tidak Langsung	5	13,9	6	16,7	11	47,2		
Total	25	67,3	16	32,7	36	100,0		

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukan bahwa pada sumber informasi yang langsung sebanyak 25 responden, dengan persentase yang mengalami kejadian

HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun yang menagatakan ya sebanyak 17 responden (47,2%) dan yang mengatakan tidak sebanyak 8 responden (22,2%). Sedangkan yang tidak langsung sebanyak 11 responden, dengan persentase yang mengatakan ya sebanyak 5 responden (13,9%) yang menjawab tidak sebanyak 6 (16,7%). Sehingga dapat diartikan bahwa sumber informasi pada remaja mengenai HIV/AIDS tersebut secara langsung.

Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik chi-square, diperoleh nilai $p=0,680(\alpha>0,05)$, hal ini berarti H_a ditolak dan H_0 diterima. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara sumber informasi dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

3) Tingkat Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kejadian HIV/AIDS pada remaja pada usia 12-15 tahun di Puskesmas Kalibobo Nabire dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.8
Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kejadian HIV/AIDS
Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire

Tingkat Pengetahuan	Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15				Total	P Value
	Ya	Tidak	N	%		
Tinggi	20	55,6	11	30,6	31	86,2
Rendah	2	5,6	3	8,3	5	13,8
Total	22	61,1	14	38,9	36	100,0

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan Tabel 5.8 menunjukan bahwa pada tingkat pengetahuan yang tinggi sebanyak 31 responden, dengan persentase yang mengalami kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun yang menagatakan ya sebanyak 20 responden (55,6%) dan yang mengatakan tidak sebanyak 11 responden (30,6%). Sedangkan yang rendah sebanyak 5 responden, dengan persentase yang mengatakan ya sebanyak 2 responden (5,6%) yang menjawab tidak sebanyak 3

(8,3%). Sehingga dapat diartikan bahwa tingkat pengetahuan remaja mengenai HIV/AIDS tersebut sangatlah tinggi.

Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik *chi-square*, diperoleh nilai $p=0,003(\alpha>0,05)$, hal ini berarti H_a diterima dan H_0 ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

4) Sikap

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kejadian HIV/AIDS pada remaja pada usia 12-15 tahun di Puskesmas Kalibobo Nabire dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.9
Hubungan Sikap Dengan Kejadian HIV/AIDS
Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire

Sikap	Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15				Total	P Value
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%	N	%
Setujuh	17	47,2	7	19,4	24	66,6
Tidak Setujuh	9	5,6	3	8,3	12	33,4
Total	26	67,3	10	32,7	36	100,0

Sumber : data primer 2020

Berdasarkan Tabel 5.9 menunjukan bahwa pada sikap yang menagatakan setujuh sebanyak 24 responden, dengan persentase yang mengalami kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun yang menagatakan ya sebanyak 17 responden (47,2%) dan yang mengatakan tidak sebanyak 7 responden (19,4%). Sedangkan yang mengatakan tidak setujuh sebanyak 12 responden, dengan persentase yang mengatakan ya sebanyak 9 responden (5,6%) yang menjawab tidak sebanyak 3 (8,3%). Sehingga dapat diartikan bahwa sikap remaja mengenai HIV/AIDS tersebut sangatlah setujuh.

Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik chi-square, diperoleh nilai $p=0,589$, ($\alpha>0,05$), hal ini berarti H_a ditolak dan H_0 diterima. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat

pengetahuan dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Pembahasan

Berdasarkan analisis dan interpretasi data penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang usia 12-15 tahun yang kejadian HIV/AIDS Pada remaja di Puskesmas Kalibobo Nabire antara 15-29 tahun sebanyak 24 orang (66,7%), dan lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki 21 orang (58,3%). Dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa responden yang tertinggi atau dominan adalah umur 15-29 tahun dan berjenis kelamin laki-laki.

Dari hasil penelitian variabel perilaku remaja, didapatkan bahwa perilaku remaja yang ada di Puskesmas Kalibobo Nabire adalah yang mengatakan beresiko yang mengatakan ya , yaitu responden dengan kelakuan yang sangat baik dan paham tidak gugup dan grogi menghadapi petugas kesehatan terutama dokter dan perawat di Puskesmas Kalibobo Nabire. (Beresiko 19 responden (52,8%), Tidak beresiko 17 responden (47,2%)).

Dari hasil penelitian variabel sumber informasi didapatkan bahwa sumber informasi tersebut dari 36 responden, terdapat responden yang mengatakan langsung sebanyak 25 responden (62,8%), hal ini sesuai dengan hasil observasi yang dijawab oleh responden bahwa sumber informasi merupakan penilaian dan merupakan cara seseorang mendapat suatu kabar atau berita baik secara langsung dan tidak langsung. Namun hampir semua merasa bahwa sumber informasi mempengaruhi suatu kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun adalah mengatakan langsung sebanyak 25 responden (62,8%).

Dari hasil penelitian variabel kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun, hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden bahwa pada remaja usia 12-15 tahun ini merupakan penilaian dan perawatan pada remaja. Namun hampir semua merasa bahwa kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun yang menjawab adalah ya sebanyak 26 responden (72,8%), hal ini sesuai dengan hasil kuesioner yang dijawab oleh responden bahwa kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun.

Setelah data dikumpulkan, diolah dan disajikan, berikut ini akan dijelaskan pembahasan hasil penelitian hubungan variabel independen dengan dependen:

1. Hubungan Perilaku Remaja dengan Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan perilaku remaja dengan kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun dengan kriteria objektif beresiko dan tidak beresiko didapatkan hasil bahwa Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik *chi-square*, diperoleh nilai $p=0,486(\alpha>0,05)$, hal ini berarti Ha diterima dan Ho ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara perilaku remaja dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Menurut Muscari (2016), selama Hal tersebut sesuai dengan teori anak perilaku remaja di rumah dan diluar Nelson (2016), bahwa pada dasarnya sama, mereka akan mengalami dukungan orang tua yang diberikan distress, baik distress psikologis terhadap anaknya merupakan suatu maupun fisik. Anak takut dan cemas sikap, tindakan dan penerimaan berpisah dengan orang tua dan terhadap anggota keluarga yang sakit menginterpretasikan perpisahan sehingga anak yang sakit dapat dengan orang tua sebagai kehilangan dibantu untuk memberikan support kasih sayang. Kecemasan perpisahan atau meringankan penyakitnya, tersebut akan semakin meningkatkan dengan tujuan untuk memperbaiki kecemasan anak usia pra sekolah status fisik dan mental sehingga anak terhadap lingkungan rumah sakit yang dapat berkembang dalam dianggap asing.

Pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa pada perilaku remaja yang akan di puskesmas kalibobo nabire, hal ini dapat menunjukkan bahwa ada hubungan antara perilaku remaja dengan kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun.

Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Novita (2018) di RSUD Bitung Manado bahwa perilaku remaja dapat mempengaruhi kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun. Perilaku remaja merupakan hal terpenting dalam hal buat remaja terutama kejadian HIV/AIDS dalam menentukan pergaulan dengan orang lain terutama pada seseorang yang terkena virus HIV/AIDS.

2. Hubungan Sumber Informasi dengan Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan sumber informasi dengan kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun diperoleh nilai $p=0,680(\alpha>0,05)$,

hal ini berarti Ha ditolak dan Ho diterima. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara sumber informasi dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Pada hasil penelitian tabel 5.7 menunjukan bahwa sumber informasi ini sangatlah penting dalam mencari suatu berita baik secara langsung maupun secara tidak langsung untuk mendapatkan sumber berita yang akurat dan terpercaya. Hal ini dapat menunjukkan bahwa bahwa tidak ada hubungan antara sumber informasi dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Noordiansah (2015) di RS.Muhammadiyah Jomban bahwa sumber informasi khususnya secara langsung dapat mempengaruhi sistem pikiran suatu remaja untuk mendapatkan suatu kabar atau berita. Sumber informasi merupakan suatu kabar atau berita yang dapat dipercaya adanya suatu kejadian atau hal-hal yang akan terjadi.

Menurut peneliti sumber informasi yang dialami pada remaja usia 12-15 tahun ini dapat berkembang atau meningkat setelah dilakukan suatu penelitian mengenai sumber informasi baik secara langsung dan tidak langsung. Sehingga remaja dapat menerima suatu keadaan dimana mereka menetap dengan suasana lingkungan tempat tinggalnya sehingga remaja dapat meluapkan emosinya terhadap suatu berita dan membuat perasaan mereka kembali rileks sehingga pikiran mereka dapat bertambah lauas dengan adanya sumber berita ini. tetapi dengan sumber informasi dia dapatkan dapat membuat remaja memiliki wawasan untuk beraktivitas dan memberikan kesempatan untuk anak remaja lain menceritakan tentang pengalamannya dan apa yang dirasakannya. Mengekspresikan perasaan dan pikiran pada remaja yang diharapkan menimbulkan perasaan rileks, emosi menjadi baik dan menyebabkan peningkatan respon adaptif sehingga pada remaja akan menambah ilmu yang dia dapat. (Suprapto, 2017).

3. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik chi-square, diperoleh nilai $p=0,003(\alpha>0,05)$, hal ini berarti Ha diterima dan Ho ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada hubungan

antara tingkat pengetahuan dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Pada hasil penelitian tabel 5.8 menunjukan bahwa tingkat pengetahuan ini sangatlah penting dalam ilmu mereka dapat untuk mendapatkan ilmu yang mereka dapat dari pengetahuan mereka masing-masing. Hal ini dapat menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire. hubungan pengetahuan dengan kejadian terhadap penyakit tersebut HIV/AIDS kategori remaja usia 12-15 tahun yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS sebesar 86 %, dan yang belum banyak mengetahui tentang penyakit tersebut hanya berjumlah 14 %. Hasil analisis hubungan pengetahuan dengan perilaku terhadap penyakit HIV/AIDS diperoleh ada sebanyak 31 (86,3%) yang pengetahuan tinggi dalam kejadian HIV/AIDS. Sedangkan yang pengetahuan rendah 5 (13,7%) yang mempunyai tingkat pengetahuan rendah terhadap penyakit HIV/AIDS.

Hasil uji statistik diperoleh nilai diperoleh nilai $p=0,003$ hal maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan tinggi dan rendah dengan terhadap penyakit HIV/AIDS (ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keadan HIV/AIDS terhadap remaja usia 12-15 tahun). Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Green bahwa pengetahuan merupakan faktor penting namun tidak memadai dalam perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan tindakan. (Menurut Bloom, 2016).

Menurut Notoatmodjo, 2015 (dalam Mutia, 2015) pengetahuan itu mempunyai enam tingkatan. Responden yang memiliki informasi cukup tetapi perilakunya justru berisiko kemungkinan di keranakan tingkat pengetahuan yang dimilikinya baru mencapai tahap tahu (know) yang merupakan tingkat pengetahuan paling rendah sehingga belum mampu mendorong responden untuk tidak melakukan kejadian HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan penelitian Angreani (2016) yang dilakukan di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian terinfeksi HIV/AIDS.

4. Hubungan Sikap dengan Kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan sikap dengan kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji

statistik chi-square, diperoleh nilai $p=0,589$, ($\alpha>0,05$), hal ini berarti H_a ditolak dan H_0 diterima. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Pada hasil penelitian tabel 5.9 menunjukan bahwa sikap ini sangatlah penting dalam ilmu mereka dapati, sikap dapat berubah-ubah sesuai dengan keadaan lingkungan di sekitar individu yang bersangkutan pada saat-saat dan tempat yang berbeda. Sikap dinyatakan dalam tiga domain ABC, yaitu affect, behaviour dan cognition. Affect adalah perasaan yang timbul (senang, tidak senang), behaviour adalah perilaku yang mengikuti persaan itu (mendekat, menghindar) dan cognition adalah penilaian terhadap objek sikap (bagus, tidak bagus) (Sarwono, 2016).

Seperti contoh orang yang mengerti tentang risiko penyakit HIV/AIDS (cognition) maka dia akan merasa takut terkena penyakit tersebut (affect) dan akan bersikap untuk menghindarinya (behaviour).

Menurut Kirscht dalam Green. L (2015) menyebutkan bahwa sikap menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif sehingga sikap selalu dapat di ukur dalam bentuk baik dan buruk atau positif dan negatif.

Hubungan sikap dengan kejadian terhadap penyakit HIV/AIDS kategori remaja usia12-15 tahun yang mempunyai sikap tidak setuju (negatif) terhadap HIV/AIDS yaitu 64 %, dan yang setuju yaitu tetap bersikap positif terhadap HIV/AIDS seperti tidak menstigmatis Kejadian HIV/AIDS Pada Remaja Usia 12-15 Tahun Di Puskesmas Kalibobo Nabire.

Hasil uji statistik diperoleh nilai 0,589 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan sikap setuju dan tidak setuju dengan kejadian terhadap penyakit HIV/AIDS (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan terhadap penyakit HIV/AIDS). Hubungan antara sikap dengan kejadian HIV/AIDS tidak sepenuhnya di mengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak (Green) tetapi pada penelitian ini tidak di temukan adanya hubungan antara sikap dengan kejadian HIV/AIDS. Pada penelitian ini yang dimaksud dengan sikap tidak setuju merupakan sikap remaja yang tidak setuju adalah yang mendiskriminasi orang dengan HIV/AIDS. Menurut (ILO, 2016) tidak dibolehkan adanya tindak diskriminasi terhadap remaja

berdasarkan status HIV/AIDS atau dianggap sebagai orang terinfeksi HIV. Diskriminasi dan stigmatisasi justru menghalangi upaya promosi pencegahan HIV/AIDS. Penelitian Mutia (2016) yang dilakukan di Jakarta menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan kejadian HIV/AIDS pada remaja usia 12-15 tahun.

Oleh karena itu peneliti beramsumsi bahwa Hal ini menunjukan tidak semua responden yang memiliki tingat pengetahuan dan sikap responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang sangat kurang akan mengalami kekurang tauan, hal ini mungkin tergantung terhadap persepsi atau penerimaan responden itu sendiri terhadap sumber informasi yang akan dijalankannya, mekanisme pertahanan diri dan mekanisme coping yang digunakan. Pada sebagian orang yang mengetahui informasi secara baik justru akan meningkatkan pengetahuan sikap dan sebaliknya pada responden yang mengetahui informasi yang kurang yang minim justru membuatnya santai menghapi remaja yang lagi diterkena HIV/AIDS, karna menurut Asmadi (2017) setiap ada stresor yang menyebabkan individu merasa takut maka secara otomatis muncul upaya untuk mengatasinya dengan berbagai mekanisme coping.

DAFTAR PUSTAKA

- Angreani, S. 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku Seksual Berisiko Terinfeksi HIV/AIDS pada Supir dan Kernet Truk Jarak Jauh di Jakarta Timur tahun 2015.*
- BNN, 2015. *Model Advokasi Program P4GN Bidang Pencegahan.* Direktorat Advokasi Deputi Bidang pencegahan Badan Narkotika Nasional, 2011
- Daly, T. And Dickson, K. 2015, Oct 7-Oct 13. *Biological hazards. Nursing Standard* 3,43-46
- Depkes RI. 2016. *Konseling dan Tes HIV Sukarela (Voluntary Counseling and Testing).* Pusat promosi kesehatan.
- Depkes, RI. *Pedoman Penyuluhan AIDS menurut Agama Islam.* Jakarta; Departemen Kesehatan & Departemen Agama, 2016.
- El-Sayyed.N, Kabbash.A, and El-Guenedy.M.(2017). Knowledge, attitude and practices of Egyptian industrial and tourist workers towards HIV/AIDS. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 14, No. 5, 2016, p.1127
- Green et al. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik,* Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan RI.

- Hamer et al. Knowledge and Use of Measures to Reduce Health Risks by Corporate Expatriate Employees in Western Ghana. *Journal of Travel Medicine*, Volume 15, Issue 4, 2016, 237–242
- ILO. *Kaidah ILO tentang HIV/AIDS di Tempat Kerja*. 2016 Kelly F.Gary. 2015. *Sexuality Today*, Clarkson University
- Kementrian Kesehatan RI. (2016) Kepmenkes RI nom 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen kesehatan Dan Keselamatan Kerja(K3) Di Rumah Sakit.
- Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan NO.369/Menkes/SK/III/2017 tentang Standar Profesi Bidan
- Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan NO.938/Menkes/VIII/2017 tentang Standar Asuhan kebidanan.
- Kodim N, and Hiryani, D. 2016, februari. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, volume 5, nomor 4 hal 147-152.
- MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report (MMWR MORB MORTAL WKLY REP), 2015 Jun 3; 60(21): 689-93
- Notoadmodjo, S. 2015. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta; Rineka Cipta.
- Ramli, S. 2016. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja OHSAS 18001. Jakarta; Dian Rakyat.
- Rianawati, NA. 2016. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Berisiko Terhadap HIV/AIDS pada Mahasiswa Indekost Belum Menikah di Kecamatan Depok Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2016. Skripsi FKM UI.
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.Jakarta; Sagung Seto 2016.
- Stanhope, M & Knollmueler, R.N. 2015. Keperawatan Komunitas & Kesehatan Rumah penerbir buku kedokteran.
- Wawan.A, and M.Dewi. Teori Dan Pengukuran Pengetahuan Sikap Dan Perilaku Manusia: Yogyakarta, Nuha Medika, 2017.
- Weine.S, Bahromov.M and Mirzoev.A. Unprotected Tajik Male Migrant Workers in Moscow at Risk for HIV/AIDS. *J Immigrant Minority Health* (2015) 10:461–468.
- WHO. 2002. Fact Sheets On HIV/AIDS For Nurses And Midwives, New Delhi.