

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah upaya persuasif atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakantindakan untuk memelihara,dan meningkatkan taraf kesehatannya. Pendidikan Kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (*literacy*) serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya (*life skills*) demi kepentingan kesehatannya (Aji, Nugroho, & Budhi, 2023)

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses dan Hasil Belajar Pendidikan Kesehatan.

Di dalam kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok, yakni masukan (*input*), proses, dan keluaran (*output*). persoalan masukan menyangkut subjek atau sasaran belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri subjek belajar. Di dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar, pengajar, dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran

merupakan hasil belajar itu sendiri, yang terdiri dari kemampuan baru atau perubahan baru pada subjek belajar. Tujuan Pendidikan Kesehatan :

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada (Widyawati, 2020).

c. Sasaran Pendidikan Kesehatan Menurut (Siregar, 2018) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia, berdasarkan kepada program pembangunan di Indonesia :

- 1) Masyarakat umumnya dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
- 2) Masyarakat pada kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja.
- 3) Termasuk dalam kelompok khusus seperti instansi pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi swasta maupun negeri
- 4) Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individu.
- 5) Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011, dalam Damayanti 2023)

mengemukakan tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan adalah:

a) Tahap sensitisasi

Pada tahapan ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai masalah kesehatan seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit, imunisasi.

b) Tahap publisitas

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan dari tahap sensitisasi.

Bentuk kegiatan berupa *press release* yang dikeluarkan Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan.

c) Tahap edukasi

Tahap ini kelanjutan pula dari tahap sensitisasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan pada perilaku yang diinginkan. Contoh: ibu hamil memahami bahwa pentingnya pemeriksaan secara rutin mengenai masalah kehamilannya pada bidan atau dokter. Cara yang digunakan adalah teori dengan metode belajar mengajar.

d) Tahap motivasi tahap kelanjutan dari tahap edukasi

Masyarakat setelah mengikuti benar-benar kegiatan pendidikan kesehatan benarbenar mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan. Contoh: setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang gosok gigi yang benar masyarakat mampu melaksanakan kegiatan gosok gigi pada saat yang dianjurkan oleh kesehatan. Kegiatan ini dilakukan secara berurutan tahap demi tahap, oleh karena itu pelaksana harus memahami ilmu komunikasi untuk tahap sensitisasi dan publisitas serta edukasi atau ilmu belajar mengajar untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pada tahap edukasi dan motivasi.

e) Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain : dimensi sasaran pendidikan kesehatan, tempat pelaksanaan dan tingkat pelayanan kesehatan.

(1) Sasaran pendidikan kesehatan

- (a) Pendidikan kesehatan individual
- (b) Pendidikan kesehatan kelompok
- (c) Pendidikan kesehatan Masyarakat

(2) Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan

- (a) Pendidikan kesehatan di sekolah
- (b) Pendidikan kesehatan di pelayanan Kesehatan
- (c) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja

(3) Tingkat pelayanan pendidikan kesehatan berdasarkan *five levels of prevention* (leavel & clark), yaitu:

- (a) Promosi kesehatan (*health promotion*), misal : peningkatan gizi.
- (b) Perlindungan khusus (*specific protection*), misal : immunisasi, perlindungan kecelakaan tempat kerja.
- (c) Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), misal : pencarian kasus, *surveillance*, pencegahan penyebaran penyakit menular.

(d) Pembatasan kecacatan (*disability limitation*) misal :

perawatan untuk menghentikan penyakit, pencegahan komplikasi lebih lanjut.

(e) Pemulihan (*rehabilitation*), misal : latihan penderita patah tulang, pendidikan masyarakat utk menggunakan tenaga cacat (Widyawati, 2020).

d. Media Pendidikan Kesehatan

Media Pendidikan Kesehatan Menurut Naimatul dan Irma (2023)

yang dimaksud pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan Kesehatan. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media) dibagi menjadi 3, yakni :

1) Media Cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain:

a) *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.

b) *Leaflet* adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.

c) *Flyer* (selebaran) adalah seperti leaflet tetapi, tidak dalam bentuk lipatan.

- d) *Flip chart* (lembar balik) adalah penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik seperti dalam bentuk buku.
- e) *Rubrik* atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f) *Poster* adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g) Foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.
- 2) Media Elektronik
- Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan antara lain:
- a) Televisi adalah penyampaian pesan atau informasi Kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwaras, forum diskusi, diskusi masalah kesehatan dan sebagainya.
 - b) Radio adalah penyampaian informasi atau pesan Kesehatan melalui radio dalam bentuk obrolan, ceramah dan sebagainya.
 - c) Video adalah penyampaian informasi atau pesan kesehatan dapat melalui video.
 - d) *Slide* juga dapat digunakan menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

e) Media Papan (*Bill board*) Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus atau taksi).

e. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu (Ichsan Trisutrisno et.al, 2022) :

1) Metode pendidikan kesehatan individual

Metode ini digunakan apabila antara promoter kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misal telepon. Cara ini paling efektif, karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespon dalam waktu yang bersamaan. Dalam menjelaskan masalah kesehatan bagi kliennya petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang relevan dengan masalahnya. Metode dan teknik pendidikan kesehatan yang individual ini yang terkenal adalah “*counselling*”.

2) Metode pendidikan kesehatan kelompok

Teknik dan metode pendidikan kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi 2 yaitu: kelompok kecil kalau kelompok sasaran terdiri antara 6-15 orang dan kelompok besar, jika sasaran tersebut di atas 15 sampai dengan 50 orang. Oleh karena itu metode pendidikan Kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi 3 yaitu :

- a) Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brainstorming*), bola salju (*snowball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya lembar balik (*flip chart*), alat peraga, *slide*, dan sebagainya.
- b) Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, lokakarya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*, *slide projector*, *film*, *sound system*, dan sebagainya.
- c) Metode pendidikan kesehatan massa, Apabila sasaran pendidikan kesehatan misal atau publik, maka metode-metode dan teknik pendidikan kesehatan tersebut tidak akan efektif, karena itu harus

digunakan metode pendidikan Kesehatan massa. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah :

- (1) Ceramah umum, misalnya di lapangan terbuka dan tempat tempat umum.
- (2) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi. Penyampaian pesan melalui radio atau TV ini dapat dirancang dengan berbagai bentuk, misalnya *talk show*, dialog interaktif, simulasi, dan sebagainya.
- (3) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, *leaflet*, selebaran poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam-macam, antara lain artikel tanya jawab, komik, dan sebagainya. Penggunaan media di luar ruang, misalnya *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

f. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Widyawati, 2020) yaitu :

1) Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

2) Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

3) Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

4) Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampaian informasi.

5) Ketersediaan waktu di Masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2. HIV dan AIDS

a. Definisi HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Penderita HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral (ARV)* untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS, sedangkan penderita AIDS

membutuhkan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya (Pusdatin Kemkes, 2020).

AIDS merupakan penyakit yang ditandai sejumlah gejala dan infeksi yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh virus HIV. Sedangkan, HIV merupakan virus yang menginfeksi serta menghancurkan sel darah putih manusia (sel T CD4-positif) yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sistem kekebalan tubuh manusia dianggap berkurang (deficient) ketika tak lagi dapat berfungsi untuk memerangi infeksi dan penyakit. Orang dengan sistem kekebalan tubuh yang berkurang akan lebih rentan terhadap infeksi virus dan kanker (Chryshna, 2020).

b. Etiologi HIV AIDS

Kelainan imun AIDS disebabkan adanya suatu agen viral yang disebut HIV dari kelompok virus yang dikenal sebagai retrovirus sering juga disebut *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) (Nururrif & Hardhi, 2016). Orang dengan HIV AIDS atau yang disingkat dengan (ODHA) mudah terinfeksi berbagai penyakit karena sistem imunitas tubuh yang melemah sehingga gagal melawan kuman yang masuk ke dalam tubuh dan mulai timbul infeksi oportunistik. Penyakit oportunistik ini dapat berasal dari virus, bakteri, jamur, dan parasit yang dapat menyerang organ penderitanya. Pada kasus penderita HIV kira-kira membutuhkan waktu antara 2-15 tahun hingga menimbulkan gejala dan akan berkembang menjadi AIDS jika tidak diberi pengobatan ARV.

Berikut adalah tahapan infeksi dari HIV yang berkembang menjadi AIDS (Adhi, 2020) :

1) *Window periode* atau masa jendela

Periode masa jendela ini adalah periode dimana hasil test antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif walaupun sudah ada virus yang masuk kedalam tubuh. Hal ini dikarenakan antibodi yang terbentuk dalam tubuh belum cukup untuk mendeteksi adanya virus. Fase ini terjadi kurang lebih 2 minggu sampai 3 bulan setelah terjadinya infeksi. Pada masa ini penderita tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain dan menjadi masa emas untuk melakukan test HIV terhadap orang yang berisiko tertular (Adhi, 2020).

2) Fase infeksi laten

Hasil tes menunjukkan hasil positif. Pada fase ini terperangkapnya virus dalam *Sel Dendritik Folikuler* (SDF) dipusat germinativum kelenjar limfa dapat menyebabkan virion dapat dikendalikan, pada masa ini dapat tanpa gejala berlangsung 2-3 tahun sampai gejala ringan yang berlangsung 5-8 tahun. Pada tahun ke delapan setelah terinfeksi, penderita mungkin akan mengalami berbagai gejala klinis berupa demam, banyak berkeringat dimalam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10%, adanya diare, terdapat lesi pada mukosa dan kulit berulang, penyakit infeksi kulit berulang. Gejala-gejala tersebut merupakan tanda awal munculnya infeksi oportunistik (Adhi,2020).

3) Fase infeksi kronis AIDS

Pada tahapan ini kelenjar limfa terus mengalami kerusakan akibat adanya replikasi virus yang terus menerus diikuti kematian banyak SDF. Terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan sehingga sistem imun tubuh tidak mampu meredam mengakibatkan penurunan sel limfosit yang dapat menurunkan sistem imun tubuh dan penderita semakin rentan terhadapbagai penyakit sekunder seperti *pneumonia, tuberkulosis, sepsis, toxoplasma encefalitis, diare* akibat *criptosporidiasis, herpes, infeksi sitomegalovirus, kandidiasis trachea* dan *bronchus*, terkadang ditemukan juga kanker. Perjalanan penyakit kemudian semakin progresif yang mendorong ke arah AIDS. Pada tahap ini penderita harus segera mendapatkan penanganan medis dan menjalani terapi ARV sehingga dampak infeksi dapat ditekan (Adhi, 2020).

c. Patofisiologi HIV AIDS

Menurut Najmah (2016), patofisiologi terjadinya HIV adalah virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen dan sekret vagina, sebagian besar 75% penularan terjadi melalui kontak seksual dan virus ini cenderung menyerang sel jenis tertentu, yaitu sel-sel yang mempunyai antigen permukaan CD4, terutama limfosit T yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh.

Pada tahap awal infeksi, virus HIV menginfeksi permukaan mukosa dan selanjutnya dapat menyebar ke jaringan lain. Pada jaringan penderita terdapat reseptor CD4 atau co-reseptor kemungkinan terutama sel T dan makrofag. Sel dendrit dan mukosa sel T diduga menyebarkan infeksi ke organ limfe perifer yang dapat menginfeksi sel T. Sel penjamu yang terinfeksi oleh HIV waktu hidupnya sangat pendek, HIV akan terus menerus menggunakan sel penjamu untuk mereplikasi diri untuk menghasilkan sepuluh miliar virus setiap harinya. Serangan pertama pada 24 jam pertama setelah paparan HIV akan tertangkap oleh sel dendrit oleh membrane mukosa dan kulit. Siklus hidup HIV dapat dibagi menjadi lima fase (berikatan, penetrasi membran, fusi membran, transkripsi pembalik, integrasi bakal virus ke dalam genom sel inang atau penderita) sintesis protein dan praktikan kembali ke inti virus serta virus mulai berkembang. Tahap akhir pada siklus hidup HIV adalah pelepasan virus yang matur atau dewasa (Nursalam dkk, 2018).

d. Tanda dan gejala HIV AIDS

Menurut Katiandagho (2017) mengatakan bahwa waktu dari terjadinya infeksi sampai munculnya gejala yang pertama pada pasien. Infeksi HIV sulit untuk diketahui, dari sebagian besar kasus dikatakan masa inkubasi rata-rata 5 – 10 tahun. Tanda dan gejala seseorang penderita AIDS sulit untuk diidentifikasi karena symptomasi yang ditunjukkan pada umumnya adalah gejala-gejala umum yang lazim didapatkan pada penderita penyakit lain seperti :

- 1) Rasa lelah dan lesu.
- 2) Berat badan menurun secara drastis.
- 3) Demam yang sering dan berkeringat diwaktu malam.
- 4) Diare dan kurang nafsu makan.
- 5) Bercak-bercak putih pada lidah dan didalam mulut.
- 6) Pembengkakan leher dan lipatan paha.
- 7) Radang paru.
- 8) Kanker

Menurut Situmorang (2018) manifestasi klinis HIV dibedakan menjadi empat stadium yaitu :

- 1) Stadium satu
 - a) Tidak ada gejala
 - b) *Limfadenopati generalisata persisten*
- 2) Stadium dulu
 - a) Penurunan berat badan bersifat sedang yang tak diketahui penyebabnya (<10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya).
 - b) Infeksi saluran pernapasan yang berulang (*sinusitis, tonsilitis, otitis media, faringitis*).
 - c) *Herpes zoster*.
 - d) *Keilitis angularis*.
 - e) Ulkus mulut yang berulang.
 - f) Ruam kulit berupa papul yang gatal (*papular pruritic eruption*).

- g) *Dermatitis seboroik.*
 - h) Infeksi jamur pada kuku.
- 3) Stadium tiga
- a) Penurunan berat badan bersifat berat yang tak diketahui penyebabnya (lebih dari 10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya)
 - b) Diare kronis yang tak diketahui penyebabnya selama lebih dari satu bulan.
 - c) Demam menetap yang tak diketahui penyebabnya
 - d) *Kandidiasis* pada mulut yang menetap
 - e) *Tuberkulosis* paru
 - f) *Stomatitis nekrotikans ulceratif akut, gingivitis atau periodontitis.*
- 4) Stadium empat
- a) Sindrom *wasting* HIV.
 - b) *Pneumonia* bakteri berat yang berulang.
 - c) Infeksi *herpes simpleks* kronis (*orolabial, genital, atau anorectal* selama lebih dari 1 bulan atau *viseral* di bagian manapun).
 - d) *Tuberkulosis* ekstra paru.
 - e) *Nefropati* atau *kardiomiopati* terkait HIV yang simptomatis.
 - f) *Septikemia* yang berulang
- Manifestasi utama dari penderita AIDS pada umumnya ada 2 hal antara lain tumor dan infeksi oportunistik:

1) Manifestasi tumor diantaranya:

a) *Sarkoma kaposi* : Kanker pada semua bagian kulit dan organ tubuh.

Frekuensi kejadiannya 36-50% biasanya terjadi pada kelompok homoseksual, dan jarang terjadi pada heteroseksual dan jarang menjadi penyebab kematian primer.

b) *Limfosa ganas* : Terjadi setelah *sarkoma kaposi* dan menyerang saraf, dan bertahan kurang lebih 1 tahun.

2) Manifestasi oportunistik diantaranya

a) Manifestasi pada paru

(1) *Pneumonia pneumocystis* (PCP)

Pada umumnya 85% infeksi oportunistik pada AIDS merupakan infeksi paru PCP dengan gejala sesak nafas, batuk kering, sakit bernafas dalam dan demam.

(2) *Cytomegalovirus* (CMV)

Pada manusia 50% virus ini hidup sebagai komensial pada paru-paru tetapi dapat menyebabkan *pneumocystis*. CMV merupakan penyebab kematian pada 30% penderita AIDS.

(3) *Mycobacterium Avilum*

Menimbulkan pneumoni difus, timbul pada stadium akhir dan sulit di sembuhkan.

(4) *Mycobacterium Tuberculosis*

Biasanya timbul lebih dini, penyakit cepat menjadi miliar dan cepat menyebar ke organ lain di luar paru.

(5) Manifestasi pada *gastrointestinal*

Tidak ada nafsu makan, diare kronis, berat badan turun lebih 10% per bulan.

(6) Manifestasi *neurologis*

Sekitar 10% kasus AIDS menunjukkan manifestasi *neurologis*, yang biasanya timbul pada fase akhir penyakit. Kelainan saraf yang umum adalah *encefalitis*, *meningitis*, *demensia*, *mielopati*, dan *neuropari perifer*.

e. Gejala klinis HIV/AIDS

Gejala klinis HIV/AIDS terdiri dari 2 gejala yaitu gejala *major* dan gejala *minor* :

1) Gejala *major* :

- a) Menurunnya berat badan >10% dalam waktu satu bulan
- b) Mengalami diare > dari satu bulan
- c) Mengalami demam berkepanjangan

2) Gejala *minor* :

- a) Mengalami batuk > dari satu bulan
- b) Mengalami *dermatitis*
- c) Mengalami *herpes zoster*
- d) Mengalami *candidias orofaringeal*
- e) Mengalami *herpes simpleks* (KPAP, 2014).

f. Cara penularan HIV AIDS

Menurut Masriadi (2014) penularan infeksi HIV dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1) Transmisi melalui kontak seksual

Kontak seksual menjadi salah satu cara utama transmisi HIV diberbagai belahan dunia. Virus ini dapat ditemukan dalam cairan semen, cairan vagina, cairan *serviks*. Transmisi infeksi melalui hubungan seksual melalui anus lebih mudah karena hanya terdapat *membran mukosa rektum* yang tipis dan mudah robek.

2) Transmisi melalui darah atau produk darah

Diperkirakan bahwa 90 – 100% orang yang mendapat transfusi darah yang tercemar HIV akan mengalami infeksi. Pemeriksaan antibody HIV pada donor darah sangat mengurangi transmisi melalui transfuse darah dan produk darah.

3) Transmisi secara vertikal

Transmisi vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya yang didalam kandungan, persalinan dan setelah melahirkan melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI). Angka penularan selama kehamilan sekitar 5 – 10 %, pada waktu persalinan sekitar 10 - 20%, dan saat pemberian ASI 10 – 20%. Ibu yang positif HIV-1 tidak diperbolehkan menyusui bayinya karena dapat menambah penularan perinatal.

4) Transmisi pada petugas kesehatan dan pegawai laboratorium

Resiko penularan HIV setelah tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3% sedangkan resiko penularan HIV ke membrane *mukosa* atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09%.

Menurut Nursalam & Kurniawati (2018), hal-hal yang tidak dapat menularkan HIV/AIDS yaitu :

- 1) Peralatan makanan
- 2) Pakaian
- 3) Handuk
- 4) Toilet yang dipakai bersama-sama
- 5) Berpelukan
- 6) Berjabat tangan
- 7) Hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS
- 8) Gigitan nyamuk
- 9) Hubungan sosial yang lain

g. Pencegahan HIV AIDS

Upaya pencegahan HIV/AIDS dapat berjalan efektif apabila adanya komitmen masyarakat dan pemerintah untuk mencegah atau mengurangi perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV. Terdapat beberapa upaya pencegahan HIV/AIDS yang dapat dilakukan yaitu:

- 1) Tidak melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan atau hanya berhubungan seks dengan satu orang saja yang diketahui tidak terinfeksi HIV.
- 2) Menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual, penggunaan kondom yang benar saat melakukan hubungan seks secara vaginal, anal dan oral dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual. Fakta menunjukkan bahwa penggunaan kondom lateks pada laki-laki memberikan perlindungan yang lebih besar terhadap penyebaran infeksi menular seksual lainnya sebanyak 5%.
- 3) Menyediakan fasilitas konseling dan tes HIV sukarela.
Konseling dan tes ini secara sukarela ini sangat disarankan untuk semua orang yang terkena salah satu faktor sehingga mereka mengetahui status infeksi serta dapat melakukan pencegahan dan pengobatan dini.
- 4) Melakukan sunat bagi laki-laki, sunat pada laki-laki yang dilakukan oleh profesional kesehatan terlatih dan sesuai dengan aturan medis dapat mengurangi risiko infeksi HIV melalui hubungan heteroseksual sekitar 60%.
- 5) Menggunakan *Antiretroviral* (ARV), sebuah percobaan yang dilakukan pada tahun 2011 telah mengkonfirmasi bahwa orang HIV positif yang telah mematuhi pengobatan ARV, dapat mengurangi risiko penularan HIV kepada pasangan seksual HIV negatif sebesar 96%.
- 6) Pengurangan dampak buruk bagi pengguna narkoba suntikan, penggunaan narkoba suntikan dapat melakukan pencegahan terhadap

infeksi HIV dengan menggunakan alat suntik steril untuk setiap injeksi atau tidak berbagi jarum suntik kepada pengguna lainnya.

- 7) Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan dan menyusui yaitu dengan pemberian ARV untuk ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan serta memberikan pengobatan untuk wanita hamil dengan HIV positif.
- 8) Melakukan tindakan kewaspadaan universal bagi petugas kesehatan, petugas kesehatan harus berhati-hati dalam menangani pasien, memakai dan membuang jarum suntik agar tidak tertusuk, menggunakan APD (Najmah, 2016).

Menurut Murwanto (2014) ada beberapa upaya pencegahan HIV AIDS yang dapat dilakukan untuk mencegah terinfeksi penyakit HIV AIDS adalah dengan menerapkan prinsip “ABCDE”. Untuk menghindari penularan HIV, dikenal konsep “ABCDE” sebagai berikut:

- 1) A (*Abstinence*) artinya Absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.
- 2) B (*Be faithful*) artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- 3) C (*Condom*) artinya Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
- 4) D (*Drug*) artinya Dilarang menggunakan narkoba.

- 5) E (*Education*) artinya pemberian Edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatannya (Pusdatin Kemkes, 2020).

h. Pengobatan HIV/AIDS

Menurut Mahendra (2018) alur pelayanan apabila pasien positif HIV adalah :

- 1) Pelayanan lebih lanjut dapat dilakukan di PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan).
- 2) Pasien yang berada di Puskesmas PDP harus memenuhi syarat-syarat untuk dapat mengakses pengobatan ARV. Misalnya harus sudah melakukan test rontgen, fungsi hati dan fungsi ginjal. Hal ini penting dilakukan karena pengobatan ARV memiliki dosis tinggi dengan intensitas diminum sehari 2x setiap 12 jam dan dilakukan seumur hidup.
- 3) Jika sudah mendapatkan pengobatan secara intensif, pasien dapat kembali dirujuk ke LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat). LSM memiliki tugas untuk mendampingi pasien yang telah positif HIV. Dalam LSM tersebut terdapat kelompok dukungan sebaya, yakni kelompok yang sama-sama terinfeksi HIV. Harapannya setelah berkumpul dan berdiskusi dengan orang yang terinfeksi HIV, maka akan mendapatkan dukungan moril dan solusi yang lebih realistik.

- 4) Hal ini terus dilakukan sampai pasien berdaya kembali, baik secara kesehatan, sosial maupun ekonomi meskipun menyandang status HIV positif.

- i. Kelompok Risiko Tinggi HIV/AIDS

Menurut WHO (2017) kelompok populasi kunci yang berisiko tinggi dapat meningkatkan mata rantai penularan HIV/AIDS di Indonesia yaitu :

- 1) Wanita Pekerja Seks (WPS)

Pekerja seks memiliki banyak pasangan, seringkali dalam waktu yang sangat singkat, meningkatkan pajanan mereka terhadap HIV dan infeksi menular seksual. Pekerja seks sering dirugikan dalam menegosiasikan penggunaan kondom karena pasangan mereka membayar untuk layanan mereka (Unaids, 2017).

- 2) Pelanggan Penjaja Seks (PPS)

Pelanggan penjaja seks juga berisiko lebih tinggi terhadap infeksi karena tingginya penularan dari mitra seks. Pelanggan penjaja seks sering bertindak sebagai jembatan ke populasi berisiko rendah, yang berarti mereka sering menjadi penghubung antara populasi dengan perilaku yang menempatkan mereka pada peningkatan risiko untuk terkena HIV/AIDS. Misalnya, pelanggan penjaja seks menjadi jembatan yang dapat menularkan HIV ke pasangan tetapnya (Unaids, 2017).

3) Pengguna Napza Suntik (Penasun)

Orang yang menyuntikkan narkoba berisiko terhadap penularan HIV yang tinggi, karena ketika jarum suntik atau alat suntik lainnya digunakan bersama, darah dari injektor pertama seringkali masih berada di dalam alat tersebut, Ketika disuntikkan ke tubuh pengguna berikutnya dapat dijadikan sebagai perantara penularan HIV atau hepatitis B dan C (Unaids, 2017).

4) Lelaki Seks dengan Lelaki

LSL adalah istilah kesehatan masyarakat yang inklusif digunakan untuk menjelaskan perilaku orientasi seksual laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki tanpa melihat identitas gender, motivasi terlibat dalam hubungan seks dan identifikasi dirinya dengan komunitas tertentu (Lestari, 2015).

5) Transgender (Waria)

Di Indonesia, kata ‘Waria’ pertama kali dicetuskan oleh Alamsyah Ratu Perwiranegara yang menjabat sebagai Menteri agama pada tahun 1978-1983. Penggunaan kata ‘waria’ ini adalah untuk mengganti kata wadam, yang menuai kontroversi sebagai akronim dari hawa-adam. Pengertian waria menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah pria yang bersifat dan bertingkah laku seperti wanita. Waria berasal dari akronim wanita-pria menjadi wanita, yang biasanya diikuti oleh Upaya untuk merubah alat kelamin, menumbuhkan payudara, menghilangkan kumis atau jenggot melalui operasi (Galerina, 2016).

3. Stigma

a. Pengertian stigma

Stigma merupakan bentuk prasangka yang mendiskreditkan atau menolak seseorang atau kelompok karena mereka dianggap berbeda dengan diri kita atau kebanyakan orang. Stigma negative yang sudah melekat pada penderita HIV/AIDS, biasanya dapat mengakibatkan tingkat stres dalam menghadapi suatu penyakit yang berbahaya memang membutuhkan perhatian yang khusus. Orang yang sudah terinfeksi HIV akan membuat dirinya berada dalam suatu tekanan yang sulit untuk keluar dari tekanan tersebut (Panjukang dkk, 2020).

Stigma adalah tindakan memberikan label sosial yang bertujuan untuk memisahkan atau mendiskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Dalam prakteknya, stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi, yaitu tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak-hak sadar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya sebagai manusia yang bermanfaat. Stigma dan diskriminasi terjadi disebabkan karena persepsi bahwa mereka dianggap sebagai musuh, penyakit elemen masyarakat yang memalukan atau mereka yang tidak taat norma masyarakat dan agam yang berlaku (Pradana, 2017).

Stigma adalah ekstremnya ketidaksetujuan seseorang maupun sekelompok orang berdasarkan karakteristik tertentu yang membedakan atau keberadaan mereka menjadi tidak diinginkan di lingkungan masyarakat. Stigma juga merupakan seperangkat keyakinan negatif yang

dimiliki seseorang untuk mendasari ketidakadilan yang dimiliki sekelompok orang tentang sesuatu (Merriam-Webster, 2019).

Stigma terkait HIV adalah suatu keyakinan, perasaan, dan sikap negatif ditujukan terhadap seseorang yang hidup dengan HIV/AIDS, keluarga mereka, dan orang-orang terdekat mereka. Stigma terkait AIDS adalah segala perasangka buruk yang berasal dari pikiran sendiri maupun orang lain dengan bentuk diskriminasi maupun penghinaan yang ditujukan kepada orang yang hidup dengan HIV/AIDS serta kelompok komunitas yang berhubungan langsung dengan ODHA (Maharani, 2017).

b. Jenis-jenis stigma

1) *Perceived stigma*

Perceived stigma adalah keyakinan orang lain yang memiliki pemikiran negatif terhadap mereka yang dirasakan sepenuhnya. Secara subyektif, terbatas dari pengecualian dan berdampak pada isolasi yang mencerminkan cara orang dengan suatu penyakit sehingga memandang diri mereka sebagai stigmatisasi dan mereka menerima perilaku diskriminatif dari Masyarakat dan di kucilkan.

2) *Self stigma*

Self stigma adalah perasaan takut dengan kondisi sendiri yang berasal dari pandangan negatif masyarakat, mereka merasa keberadaannya merupakan golongan yang tidak disukai akibat terinfeksi HIV, cap buruk masyarakat dianggap benar, serta bentuk internalisasi dari masyarakat mengakibatkan ODHA menerapkan

stigma untuk diri sendiri yang dapat merusak kesejahteraan mental orang dengan HIV/AIDS.

3) *Felt stigma*

Felt stigma adalah perasaan negatif dari kekhawatiran yang dirasakan pada dirinya dan memilih untuk menjauh dari lingkungan kelompok masyarakat. Misalnya perempuan lebih memilih untuk tidak mencari pekerjaan dikarenakan jika status HIV mereka diketahui oleh orang lain atau rekan kerjanya mereka akan mendapat perlakuan yang berbeda dan dijauhi oleh orang-orang.

4) *Public stigma*

Public stigma adalah reaksi negatif berasal dari keluarga, orang terdekat, dan masyarakat terhadap mereka yang mengalami stigmanisasi. Salah satu contoh kata-kata yang sering di lontarkan adalah “saya tidak mau tinggal bersama orang dengan HIV”.

5) *Enacted stigma*

Enacted stigma (ES) adalah pengalaman diskriminasi seperti ditolak, diperlakukan secara tidak pantas karena status HIV positif (Ardani & Handayani, 2017).

c. Faktor-faktor terbentuknya stigma

Terbentuknya stigma dipengaruhi faktor-faktor sebagai berikut :

1) Usia

Perilaku stigma meningkat dengan bertambahnya usia.

Berdasarkan kelompok usia dari semua domain stigma yang dirasakan

sangat tinggi dialami oleh remaja pertengahan sampai dewasa muda (Subedi dkk, 2019). Usia dapat mempengaruhi kinerja fisik dan perilaku seseorang (Safitri, 2017).

2) Jenis kelamin

Perempuan memiliki peringkat stigma yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan beresiko menerima stigma sehingga perempuan tidak pernah melakukan pemeriksaan dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu Stigma dan diskriminasi terkait gender dapat mengganggu Kesehatan mental dan mempengaruhi kesejahteraan hidup orang dengan HIV/AIDS (Logie,dkk, 2018).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan rendah dapat mempengaruhi seseorang kurang pengetahuan menyebabkan stigma dan diskriminasi yang banyak terjadi dikalangan masyarakat. Semakin tinggi tingkat pendidikannya semakin sedikit perilaku stigma dibanding dengan mereka yang berpendidikan dasar atau menengah lebih banyak menyimpan perilaku stigma dan diskriminasi Seseorang dengan tingkat pendidikan lebih kebanyakan dari mereka tinggal di perkotaan, sehingga banyak terpapar informasi tentang HIV/AIDS dengan begitu memungkinkan mereka lebih terpengaruh terhadap penerimaan diagnosis HIV positif (Li & Sheng, 2014).

4) Tingkat pengetahuan

Stigma terbentuk karena ketidaktahuan, kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS, dan kesalahpahaman tentang penularan HIV. Hal-hal tersebut dikarenakan rendahnya Tingkat pengetahuan seseorang tentang mekanisme penularan HIV, membuat orang bersikap negative terhadap kelompok social yang tidak profesional terhadap HIV/AIDS (Safitri, 2017).

5) Persepsi

Persepsi masyarakat terhadap ODHA memberikan pengaruh terhadap sikap dan perilaku stigma. Wanita dan gadis remaja yang hidup dengan HIV/AIDS sering dijauhi oleh keluarga dan teman sebaya mereka (Shaluhiyah dkk, 2014).

d. Pengaruh stigma

Stigma dapat mempengaruhi berbagai domain seperti masyarakat, komunitas, keluarga sehingga perilaku menstigma menjadikan seseorang lebih rentan terinfeksi HIV (Balaji dkk, 2017). Stigma terkait HIV diantara orang dengan HIV/AIDS juga dapat menjadi faktor penghalang utama peningkatan partisipasi pencegahan perilaku risiko penularan HIV (Subedi dkk, 2019).

Kelompok beresiko enggan melakukan tes HIV dikarenakan jika hasil tes dinyatakan positif mereka akan dikucilkan. ODHA memilih enggan mengungkapkan status HIV dan memilih untuk menunda pengobatan, sehingga berdampak pada penurunan Tingkat kesehatan dan memperburuk

proses pencegahan semakin tidak dapat terkontrol lagi (Shaluhiyah dkk, 2014).

e. Pencegahan stigma

Dalam kebijakan yang diatur dalam pasal 51 ayat (4) permenkes No 21 tahun 2013 tentang penanggulangan HIV/AIDS untuk mencegah stigma dan diskriminasi terhadap ODHA serta populasi kunci adalah dengan :

- 1) Memahami dengan benar secara lengkap tentang cara pencegahan HIV dan penularannya.
- 2) Memberdayakan orang dengan terinfeksi HIV sebagaimana anggota masyarakat lainnya tanpa pengecualian.
- 3) Menggerakan masyarakat untuk tidak mendiskriminasi orang terinfeksi HIV baik dari segi pelayanan kesehatan, pekerjaan, Pendidikan, dan bagi semua aspek kehidupan lainnya (Rahmawati, 2019).

f. Cara pengukuran stigma

Adanya stigma HIV bagaikan memiliki dinding pemisah antara orang HIV dengan upaya pencegahan dan pengobatan HIV dari pelayanan kesehatan. Maka dari itu, stigma HIV memiliki alat pengukuran untuk mengetahui seberapa banyak stigma HIV yang terjadi di lingkungan masyarakat maupun di pelayanan kesehatan. Pengukuran stigma HIV ada berbagai macam, yaitu HIV and AIDS Stigma *Instrument-PLWA (HASI-P)* dari *Holzemer et al*, *internalized stigma scale* dari *Sayles et al*, dan *measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff* dari *Nyblade et al* yang dikembangkan *Health Policy Project*. Alat ukur stigma

dari Nyblade et al memiliki beberapa indikator sebagai berikut (Damalita, 2014) :

- 1) Tenaga kesehatan takut terinfeksi HIV (termasuk di dalamnya pengetahuan tentang cara penularan).
- 2) Sikap terhadap ODHA (stereotip dan prasangka).
- 3) Enacted Stigma (Stigma yang berlaku dan dapat diamati).
- 4) Diskriminasi yang diantisipasi (meliputi stigma sekunder yang dialami oleh staf fasilitas kesehatan).

Kebijakan di tingkat kelembagaan dan lingkungan.

g. Aspek-aspek Stigma

Menurut Katiandagho (2017) mengatakan bahwa ada beberapa aspek stigma diuraikan sebagai berikut :

1) Perspektif

Perspektif merupakan pandangan orang dalam menilai orang lain. Misalnya, seseorang yang memberikan stigma dengan orang lain. Perspektif yang dimaksudkan dalam stigma berhubungan dengan pemberi stigma (*perceiver*) dan penerima stigma (*target*). Seseorang yang memberikan stigma pada orang lain termasuk dalam golongan *nonstigmatized* atau dalam bahasa sehari-hari disebut dengan orang normal. Seseorang yang memberikan stigma ini melibatkan aktivitas persepsi, ingatan atau pengalaman, interpretasi, dan pemberian atribut. Proses perilaku ini dapat menegaskan dan memperburuk seseorang yang dikenai stigma. Sub aspek berikutnya adalah target atau orang

yang menerima stigma. Perilaku orang menerima stigma tidaklah bersifat pasif. Mereka juga sama dengan perilaku pemberi stigma . Orang yang menjadi penerima stigma dapat memikirkan dan memberikan respon atas stigma yang telah diberikan pada mereka.

2) Identitas

Aspek stigma yang berikutnya adalah identitas. Identitas ini terdiri dari dua hal, yakni identitas pribadi dan identitas kelompok. Stigma dapat diberikan pada orang yang memiliki ciri-ciri pribadi. Misalnya perbedaan warna kulit, cacat fisik, dan hal lain yang menimbulkan kenegatifan. Hal yang lain adalah identitas kelompok. Seseorang dapat diberi stigma karena dia berada di dalam kelompok yang memiliki ciri khusus dan berbeda dengan kelompok kebanyakan.

3) Reaksi

Aspek reaksi terdiri dari 3 sub aspek yang prosesnya berjalan bersamaan. Aspek tersebut yakni aspek kognitif, afektif, dan behavior. Aspek kognitif prosesnya lebih lambat dikarenakan ada pertimbangan dan tujuan yang jelas. Aspek kognitif ini meliputi pengetahuan mengenai tanda-tanda orang yang dikenai stigma. Misalnya, pada orang dengan HIV/AIDS cenderung dipersepsiakan membahayakan, merugikan, sehingga dalam kognisi orang yang memberi stigma penderita HIV/AIDS harus dihindari. Aspek berikutnya adalah aspek afektif. Sifat dari aspek afektif yakni primitif spontan, mendasar dan tidak dipelajari. Aspek afektif pada orang yang memberikan stigma ini

misalnya adalah perasaan-perasaan tidak suka, merasa terancam, dan jijik. Sehingga pada prakteknya dimungkinkan seseorang yang merasa demikian akan menunjukkan perilaku menghindar. Hasil akhir dari kedua proses tersebut adalah aspek *behavior*. Aspek *behavior* didasarkan oleh kognitif dan afektif. Pada kenyataannya seseorang yang memiliki pikiran buruk dan perasaan terancam pada orang yang terkena stigma kan menunjukkan perilaku penghindaran dan tidak bersedia berinteraksi.

h. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

ODHA adalah singkatan dari Orang Dengan HIV/AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif didiagnosa terinfeksi HIV/AIDS. Di Indonesia, istilah ODHA telah disepakati sebagai istilah untuk mengartikan orang yang terinfeksi positif mengidap HIV/AIDS menurut Nurbani (2013, dalam Andayani 2019). Ada tiga unsur terjadinya stigma terhadap ODHA, yaitu :

- 1) Ketakutan, masyarakat berpikir bahwa HIV/AIDS adalah penyakit infeksimenular yang mematikan dan belum dapat diobati sampai kondisi orang tersebut dapat sembuh seperti semula.
- 2) Fakta tentang penyakit HIV/AIDS sering dihubungan dengan perilaku seks tidak sehat, pengguna narkotika, kutukan tuhan sehingga ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dianggap merupakan orang yang tidak taat terhadap norma agama yang ada.

- 3) Kurang pedulinya media masa untuk ikut mengedukasi, sehingga masih terbentuknya pemikiran dan ketakutan pembaca mengenai HIV/AIDS.
 - i. Stigma terhadap ODHA

Stigma terhadap ODHA, disebabkan oleh tiga hal yaitu :

 - 1) Fungsi ODHA di lingkungan masyarakat.

Dalam hal ini ODHA dianggap sudah tidak dapat melakukan hal-hal yang bersifat produktif oleh karena itu mereka dipandang dapat merugikan masyarakat. Produktifitas merupakan norma sosial yang ada dalam masyarakat.
 - 2) ODHA dapat menjadi ancaman bagi Masyarakat karena penderita HIV/AIDS dianggap potensial membahayakan masyarakat yang disebabkan karena penyakit yang dideritanya sehingga masyarakat berpikir ODHA dapat dengan mudah menularkan penyakitnya kepada orang lain disekitar mereka.
 - 3) Persepsi masyarakat terhadap penderita AIDS atau ODHA, bahwa ODHA harus bertanggung jawab secara pribadi atas penyakit yang dideritanya terhadap kelompok yang beresiko tinggi tertular HIV/AIDS.
 - j. Dampak yang ditimbulkan dari stigma dan diskriminasi terhadap ODHA

Menurut Goo (2010, dalam Andayani 2019) stigma dan diskriminasi terhadap ODHA akan menyebabkan ODHA menjadi enggan membuka diri, takut mendapat perlakuan buruk dari masyarakat, timbul perasaan tertekan

dan depresi, populasi berisiko akan merasa takut untuk melakukan tes HIV apabila hasilnya reaktif akan menyebabkan mereka dikucilkan, orang dengan HIV positif akan merasa takut mengungkapkan status HIV dan memutuskan untuk menunda pengobatan, sehingga berdampak pada penurunan tingkat kesehatan mereka dan penularan HIV tidak dapat dikontrol. Selain itu berdampak pada perempuan ODHA yang sedang hamil, mereka akan enggan pergi berobat untuk mencegah penularan ke bayinya.

k. Solusi permasalahan stigma terhadap ODHA

Menurut Sofro (2015) mengatakan bahwa kegiatan pokok yang bisa dilakukan untuk menurunkan stigma dan diskriminasi yaitu :

- 1) Mempromosikan perlindungan terhadap hak asasi manusia dan memonitor terjadinya pelanggaran hak asasi manusia.
- 2) Meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap HIV/AIDS.
- 3) Menyediakan sumber-sumber informasi yang diperlukan untuk mengubah persepsi dan perilaku masyarakat terhadap ODHA.
- 4) Meningkatkan pelayanan dukungan terhadap ODHA.
- 5) Memberikan pemahaman yang benar mengenai hak asasi manusia.

Masyarakat mempunyai peran yang besar dalam Upaya menurunkan stigma dan diskriminasi pada ODHA diantaranya :

- 1) Bersedia mendapatkan informasi yang benar mengenai HIV/AIDS.
- 2) Jika masyarakat sudah memahami HIV/AIDS harus mampu menjadi contoh bagi orang lain yang belum memahaminya.

- 3) Jika ada salah satu dari anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS hendaknya tetap memberikan kasih sayang yang tulus.

4. Remaja

a. Definisi remaja

Menurut Menurut WHO remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Jumlah kelompok usia 10-19 tahun di Indonesia menurut Sensus Penduduk 2012 sebanyak 43,5 juta atau sekitar 18% dari jumlah penduduk. Di dunia diperkirakan kelompok remaja berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia (KEMENKES RI, 2019).

Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa anak- anak yang dimulai saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara usia 11 tahun sampai dengan 20 tahun, yaitu masa menjelang dewasa muda (Sofia & Adiyanti, 2016). Pada remaja penyebab terjadinya HIV/AIDS adalah remaja yang menjadi pecandu narkoba khususnya pengguna jarum suntik, dapat menjadi sarana penularan HIV/AIDS.

Secara tidak langsung, narkoba dan minuman keras bisa terkait erat dengan pengguna seks bebas (Mahfudli dan Efendi, 2015). Dalam lingkungan sosial tertentu, sering terjadi perubahan perilaku terhadap remaja laki-laki dan perempuan. Bagi laki-laki, masa remaja adalah saat

diperbolehkannya kebebasan sementara pada perempuan saat dimulainya segala bentuk pembatasan. Agar masalah kesehatan remaja dapat ditangani dengan tuntas, diperlukan kesetaraan perlakuan terhadap remaja laki-laki dan perempuan. Tahap-tahap perkembangan remaja dalam proses penyesuaian diri menuju kedewasaan, ada tiga tahap perkembangan remaja:

1) Masa remaja awal : 12-15 tahun

Remaja pada fase ini masih terkesima dengan perubahan tubuh dan dorongan yang menyertai perubahan tersebut. Remaja akan mengembangkan pemikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis, dan mudah terangsang secara erotis. Remaja menjadi individu yang sulit dipahami oleh orang dewasa karena kepekaan yang berlebihan dan egois (Sarwono, 2019).

2) Masa remaja pertengahan : 15-18 tahun

Remaja usia 15-18 tahun sangat membutuhkan teman dan merasa senang jika banyak teman yang menyukai dirinya. Remaja cenderung akan berteman dengan teman yang mempunyai sifat yang dengan dirinya. Selain itu remaja merasa bingung jika dihadapkan dengan pilihan antara solidaritas atau tidak, berkumpul atau sendirian, optimis atau pesimis, idealis atau materialistik dan lain-lain. Remaja akan mencari jati diri, keinginan berkencan, dan mengembangkan kemampuan berpikir abstrak (Monks, Knoers & Haditono, 2019).

3) Masa remaja akhir : 18-21 tahun

Tahap ini adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian lima hal, yaitu minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek, egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman baru; terbentuk identitas seksual yang

tidak akan berubah lagi, egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain, dan tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya dan Masyarakat umum (Sarwono 2019).

b. Ciri-ciri remaja

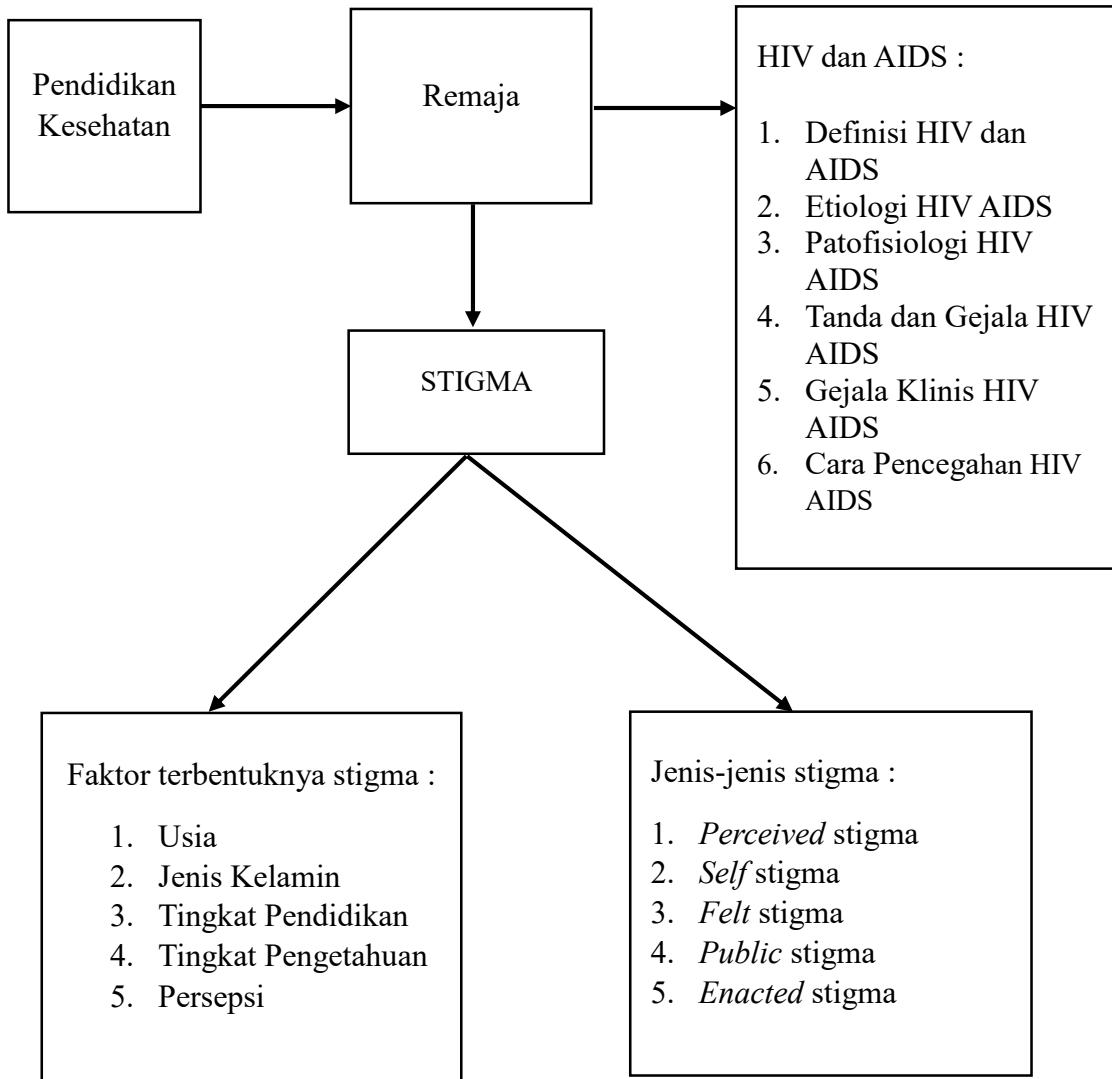
Remaja memiliki ciri-ciri yang membedakan kehidupan remaja dengan masa-masa sebelum dan sesudahnya yaitu :

- 1) Remaja mulai menyampaikan kebebasannya dan haknya untuk mengemukakan pendapatnya sendiri. Tidak terhindarkan, ini dapat menciptakan ketegangan dan perselisihan, dan bias menjauhkan remaja dari keluarganya.
- 2) Remaja lebih mudah dipengaruhi oleh teman-temannya dari pada ketika mereka masih kanak-kanak. Ini berarti bahwa pengaruh orangtua semakin lemah. Anak remaja berperilaku dan mempunyai kesenangan yang berbeda bahkan bertentangan dengan perilaku dan kesenangan keluarga. Contoh-contoh yang umum adalah dalam hal mode pakaian, potongan rambut, kesenangan musik yang kesemuanya harus mutakhir.

- 3) Remaja mengalami perubahan fisik yang signifikan, baik pertumbuhannya maupun seksualitasnya. Perasaan seksual yang mulai muncul bisa menakutkan, membingungkan dan menjadi sumber perasaan salah dan frustrasi.
- 4) Meningkatnya percaya diri (*over confidence*) pada remaja yang diikuti dengan meningkatnya emosi dan mengakibatkan remaja sulit diberikan nasihat dari orang tua (Saputro, 2018).

Ciri-ciri perubahan ini sangat penting diketahui agar penanganan masalah dapat dilakukan dengan baik. Dari segi kesehatan reproduksi, perilaku ingin mencoba hal-hal baru didorong oleh rangsangan seksual yang jika tidak dibimbing dengan baik dapat membawa remaja, khususnya remaja perempuan terjerumus dalam hubungan seks pranikah dengan segala akibatnya.

B. Kerangka teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Aji, Nugroho, & Budhi (2023)Shaluhiyah dkk (2014), Li & Sheng (2014), Subedi dkk (2019), Logie dkk (2018), Armstrong-mensah dkk (2019), Pusdatin Kemkes (2020), Chryshna (2020), Nurrarif & Hardhi (2016), Najmah (2016), Nursalam dkk (2018), Kusmiran (2012), (Ardani & Handayani, 2017)