



Partisipasi Masyarakat dalam Pencegahan HIV/AIDS

**Andi Asrina
Fairus Prihatin Idris
Muhammad Ikhtiar**



**Partisipasi Masyarakat
dalam Pencegahan
HIV/AIDS**



Sanksi Pelanggaran Hak Cipta
**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA**

**Ketentuan Pidana
Pasal 113**

- 1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- 2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- 3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- 4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).



Partisipasi Masyarakat dalam Pencegahan HIV/AIDS

**Andi Asrina
Fairus Prihatin Idris
Muhammad Ikhtiar**

Diterbitkan Oleh
PT. Nas Media Indonesia
Tahun 2023

PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENCEGAHAN HIV/AIDS

**Andi Asrina
Fairus Prihatin Idris
Muhammad Ikhtiar**

*Copyright A. Asrina, F. P. Idris, M. Ikhtiar 2023
All rights reserved*

Layout : Muh Taufik
Desain Cover : Muh Taufik
Image Cover : Freepik.com

Terbitan Ebook, Agustus 2023
viii + 58 hlm; 15.5 x 23 cm

ISBN 978-623-155-182-5
E-ISBN 978-623-155-183-2 (PDF)

Diterbitkan oleh Penerbit Nasmedia
PT. Nas Media Indonesia
Anggota IKAPI
No. 018/SSL/2018
Jl. Sidorejo, Prambanan, Klaten 55584
Jl. Batua Raya No. 3, Makassar 90233
Telp. 0812-1313-3800
redaksi@nasmedia.id
www.nasmedia.id
Instagram : @nasmedia.id
Fanspage : nasmedia.id
Youtube: nasmedia entertainment





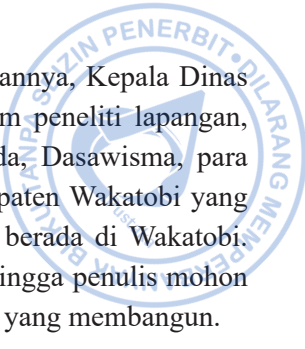
KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kepada Allah SWT karena atas berkenaan-Nya, sehingga buku dengan judul “Partisipasi Masyarakat dalam Pencegahan HIV/AIDS” dapat diselesaikan. Buku ini merupakan kajian mengenai upaya pencegahan dan pengendalian yang telah dan sementara dilakukan oleh pemerintah setempat bersama kelompok-kelompok strategis pada masyarakat di kabupaten Wakatobi, dinas kesehatan, KPA dan unsur-unsur masyarakat.

Buku ini ditulis berdasarkan penelusuran yang telah dilakukan dengan menggunakan kajian empirik dan data-data sekunder dari berbagai sumber. Data-data yang telah dikumpulkan kemudian dijadikan dasar dalam melakukan pemberdayaan dan penguatan komitmen serta deklarasi warga peduli HIV/AIDS. Antusias dan animo warga yang tinggi akan kegiatan karena didukung langsung oleh pemerintah kabupaten Wakatobi dan ketua tim penggerak PKK Kabupaten Wakatobi bersama jajarannya. Buku ini diharapkan dapat menjadi salah satu acuan dalam memecahkan masalah terkait HIV/AIDS di Indonesia khususnya di kabupaten Wakatobi.

Tim penulis menghaturkan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi (Kemendikbudristek) yang telah memberikan dana hibah untuk kajian ini, kepada Universitas Muslim Indonesia yang senantiasa mendukung dan memotivasi dalam menjalankan Tridharma perguruan tinggi, pemerintah Kabupaten Wakatobi bersama jajarannya, Ketua Tim



Penggerak PKK Kabupaten Wakatobi bersama jajarannya, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Wakatobi dan jajarannya, Tim peneliti lapangan, Generasi berencan, Forum anak, komunitas pemuda, Dasawisma, para kader, majelis taklim serta semua masyarakat Kabupaten Wakatobi yang telah menerima dan membantu tim penulis selama berada di Wakatobi. Tentu saja, buku ini tidak luput dari kekurangan sehingga penulis mohon maaf dan berharap dukungan berupa saran dan kritik yang membangun.

Makassar, September 2023

Tim Penulis

DAFTAR ISI



KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I	
SITUASI HIV AIDS	1
BAB II	
PERILAKU TERHADAP UPAYA PENCEGAHAN HIV/AIDS.....	10
A. Pengetahuan mengenai HIV	10
B. Sikap terhadap HIV	12
C. Tindakan terkait HIV.....	14
BAB III	
STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA.....	17
A. Stigma	18
B. Diskriminasi	25
C. Upaya Mengatasi Stigma dan Diskriminasi Pada ODHA	29
BAB IV	
PEMBERDAYAAN DAN PENGUATAN WARGA	
PEDULI HIV/AIDS	31
A. Strategi Promosi Kesehatan	31
B. Pemberdayaan warga peduli HIV/AIDS	47
BAB V	
KESIMPULAN	50
Daftar pustaka.....	51
Dokumentasi.....	58





BAB I

SITUASI HIV AIDS

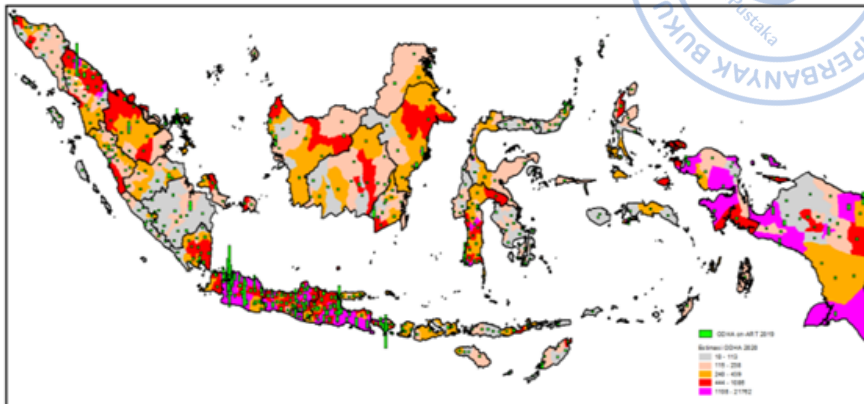
Pemerintah bersama masyarakat memiliki komitmen yang kuat dalam upaya pengendalian HIV AIDS untuk mencapai eliminasi HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) pada tahun 2030. Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, salah satu arah kebijakan dan strategi adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta. Peningkatan pengendalian penyakit, dimana HIV AIDS dan PIMS menjadi bagian dari arah kebijakan tersebut(1).

Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS tahun 2020-2024 di Indonesia merupakan bagian dari upaya akselerasi menuju berakhirnya epidemi AIDS pada tahun 2030 melalui jalur cepat (*fast track*) 95-95-95 untuk target ending AIDS 95% orang dengan HIV mengetahui statusnya, 95% ODHIV mendapatkan pengobatan ARV dan 95% ODHIV on ARV tersupresi. Rencana Aksi Nasional HIV AIDS dan PIMS tahun 2020-2024 menjadi acuan dan pedoman pemerintah dan pemangku kepentingan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota terutama yang bekerja di sektor kesehatan untuk menyusun rencana spesifik masing masing.

Berdasarkan perhitungan estimasi yang dilakukan pada tahun 2020, diperkirakan akan terdapat 543.100 orang dengan HIV AIDS (ODHA). Laporan Sistim Informasi HIV AIDS (SIHA) pada bulan Desember 2019 menunjukkan terdapat sekitar 377.564 ODHA yang telah mengetahui

status terinfeksi HIV, dan terdapat 319.618 kasus Penyakit Infeksi Menular Seksual / PIMS(2).

Distribusi Proyeksi Jumlah ODHA tahun 2020



Sumber: Laporan Pemodelan Epidemi dan SIHA, Kemenkes 2020

HIV sangat berkaitan dengan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS), karena merupakan pintu masuk terjadinya HIV begitupun dengan penularannya. Dalam suatu populasi, distribusi penyebaran IMS tidaklah bersifat statis. Dari waktu ke waktu, epidemi berkembang melalui berbagai fase yang ditandai dengan perubahan pola distribusi dan transmisi patogen IMS inter dan antar populasi. Secara umum, pada awal suatu epidemi di suatu daerah, patogen IMS mulai ditularkan dari atau di dalam populasi risiko tinggi dengan laju infeksi yang tinggi dan pertukaran pasangan yang cepat (*core group*). Seiring dengan berkembangnya epidemi, patogen mulai disebarkan kepada populasi dengan risiko lebih rendah (*bridging population*), yang merupakan penghubung seksual penting antara *core group* dengan populasi (2-4).

Faktor risiko di Indonesia yang dapat mempercepat penyebaran HIV/AIDS antara lain meningkatnya penggunaan napza suntik, perilaku berisiko seperti penggunaan jarum suntik bersama, tingginya penyakit seksual menular pada anak jalanan, keengganan pelanggan seks pria untuk menggunakan kondom, tingginya angka migrasi dan perpindahan penduduk, serta kurangnya pengetahuan dan informasi pencegahan HIV/AIDS. Upaya pencegahan merupakan prioritas dalam penanggulangan

HIV/AIDS. Hal ini berkaitan erat dengan situasi penularan HIV/AIDS yang ada di masyarakat. Pencegahan penyakit dilakukan melalui upaya kampanye yang meliputi pemberian informasi, edukasi, dan komunikasi (KIE) sesuai dengan budaya dan agama setempat(6).

Dukungan Direktorat P2PML terhadap Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan pencapaian tujuan Direktorat P2PML yaitu terselenggaranya pengendalian penyakit menular langsung secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya antara lain melalui : Pengendalian penyakit HIV/AIDS dan PIMS yang ditandai dengan meningkatkan Persentase ODHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV sebesar 95% di akhir tahun 2024. Kebijakan pengendalian HIV-AIDS mengacu pada kebijakan global:

Getting To Zeros, yaitu:

1. Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru HIV;
2. Menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS;
3. Meniadakan diskriminasi terhadap ODHA;

Berbagai rancangan Strategi pemerintah dalam program pengendalian HIV dan PIMS, antara lain:

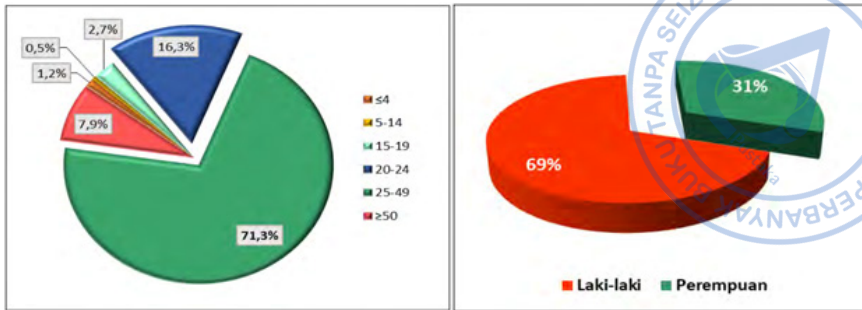
- a. Bekerja sama dengan populasi kunci, komunitas dan masyarakat umum untuk meningkatkan kegiatan penjangkauan dan memberikan edukasi tentang manfaat tes HIV dan terapi ARV.
- b. Bekerja sama dengan komunitas yang ada untuk meningkatkan upaya pencegahan melalui layanan PIMS dan PTM.

Berdasarkan informasi awal, maka upaya pencegahan difokuskan untuk melakukan intervensi perubahan perilaku kepada kelompok usia produktif yang diharapkan sebagai perpanjangan tangan dalam melakukan edukasi teman sebaya. Hal ini penting karena masih banyak kelompok usia tersebut masih rendah pengetahuannya terkait HIV/ AIDS. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, secara nasional pengetahuan

tentang HIV dan AIDS pada penduduk umur 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV dan AIDS adalah 75,1%, sedangkan pengetahuan komprehensif dan “benar” tentang penularan dan pencegahan HIV dan AIDS secara nasional masih rendah yaitu 7,6% pada laki-laki dan 7,3% pada perempuan(5).

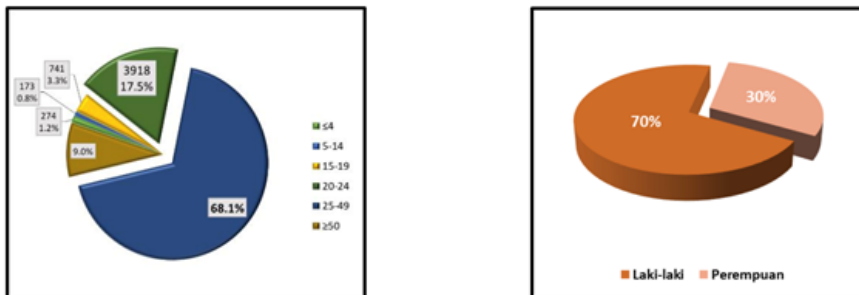
Disisi lain, kelompok usia tersebut sangat rentan terinfeksi apalagi pergaulan sosialnya lebih terbuka dan cenderung berisiko. Diharapkan dukungan pemerintah dan stake holders dalam program pencegahan dan pengendalian HIV terutama dalam peningkatan pengetahuan kelompok produktif usia 15-24 tahun mengenai HIV dan AIDS sehingga mereka tahu, mau dan mampu untuk mengadopsi perilaku sehat sebagai upaya pencegahan IMS termasuk HIV DAN AIDS. Dalam pencegahan PIMS, Pemerintah memberikan Perhatian pada kelompok usia produktif begitupun berdasarkan Laporan Perkembangan pencapaian tujuan pembangunan millennium Indonesia pada tujuan 6 *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015, yakni Mengendalikan penyebaran dan menurunnya kasus baru HIV dan AIDS pada 2015 dengan indikator prevalensi HIV di kalangan ibu hamil yang berusia 15-24 tahun dan presentasi anak muda usia 15-24 tahun yang meningkat pengetahuan komprehensif tentang HIV yang dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* pada tahun 2030 yakni mengakhiri epidemi AIDS(7).

Berdasarkan laporan perkembangan HIV AIDS dan penyakit menular seksual (PIMS) Triwulan 1 tahun 2021 bahwa jumlah kumulatif ODHA ditemukan (kasus HIV) yang dilaporkan sampai dengan bulan Maret 2021 berjumlah 427.201 orang dan jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan hingga Maret 2021 sejumlah 131.417 Orang. Jumlah ODHA yang ditemukan pada periode Januari-Maret 2022, Sebagian besar pada kelompok umur 25-49 tahun (71,3%), umur 20-24 tahun (16,3%), dan kelompok umur 50 tahun keatas (7,9%) Presentasi ODHA yang ditemukan 69% berjenis kelamin laki-laki, perempuan sebanyak 31% (8).



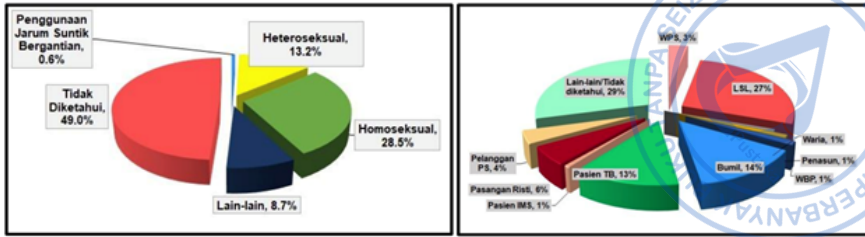
Gambar 2. Jumlah ODHA yang ditemukan periode Januari-Maret 2022

Sedangkan laporan eksekutif perkembangan HIV AIDS HIV AIDS dan PIMS triwulan II tahun 2022 bahwa kasus ODHIV yang sudah dilaporkan oleh 34 propinsi sampai Juni 2022 sebanyak 22.3331 orang dari 2.018.641 yang dites HIV dan 18.749 orang mendapatkan pengobatan ARV. Jumlah ODHIV yang ditemukan pada periode Januari – Juni 2022, sebagian besar terdapat pada kelompok umur 25 - 49 tahun (68,1%) diikuti kelompok umur 20-24 tahun (17,5%), dan kelompok umur ≥ 50 tahun (9,0%). Berdasarkan jenis kelamin, persentase penemuan kasus HIV pada laki-laki sebesar 70% dan perempuan sebesar 30% dengan rasio laki-laki dan perempuan adalah 2:1 (9).



Gambar 3. Distribusi ODHIV berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin berdasarkan Laporan TW 2 tahun 2022

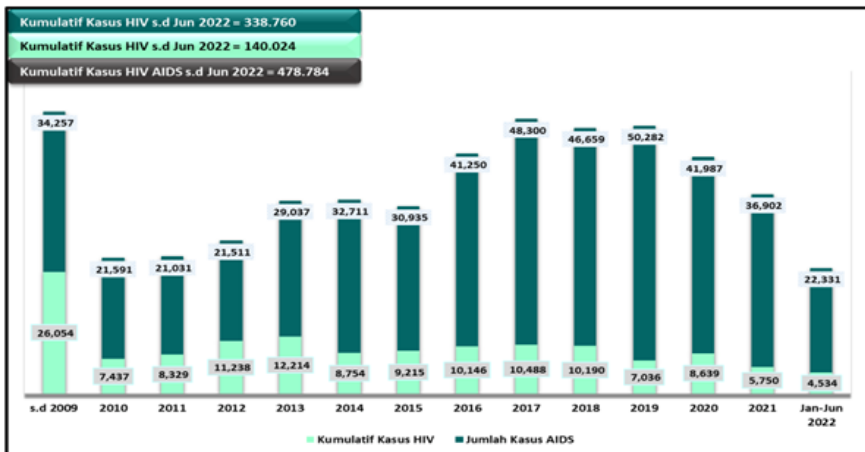
Masih berdasarkan Laporan TW II tahun 2022, jumlah ODHA yang ditemukan berdasarkan faktor risiko: Persentase faktor risiko tidak diketahui besar (49,0%) disusul 28,5% homoseksual yang merupakan kelompok populasi LSL (27%) dan Waria (1%).



Sumber Data: SIHA Laporan KT Jan – Jun 2022

Gambar 4. Jumlah ODHA yang ditemukan berdasarkan faktor risiko berdasarkan Laporan TW II-2022

Untuk jumlah kumulatif ODHIV yang ditemukan dan yang dilaporkan hingga September 2022 sebanyak 338.760 kasus/orang. Sedangkan jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan sampai Juni 2022 sebanyak 140.024.



Sumber Data: SIHA Laporan KT 2004 s.d Jun 2022

Gambar 5. Jumlah kumulatif temuan ODHIV dan AIDS Januari-Juni 2022 berdasarkan Lap TW 2-2022

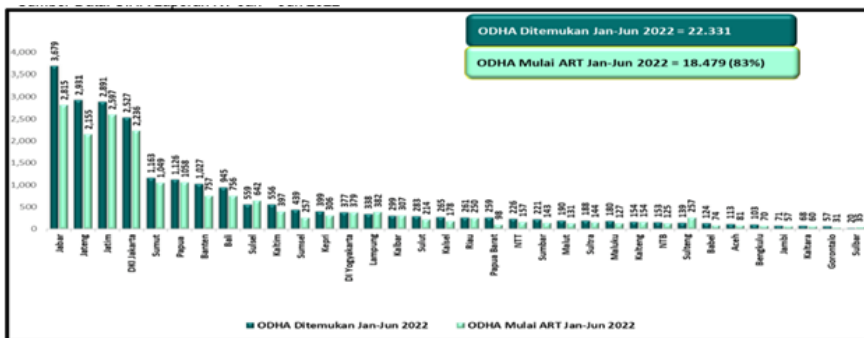
Temuan kasus baru HIV terutama pada usia produktif memicu kita untuk selalu peduli akan bahaya HIV AIDS, sehingga sangat penting adanya perubahan yang dilakukan dalam lingkungan masyarakat seperti menerapkan pola hidup sehat dan edukasi yang maksimal dalam pencegahan HIV. Dalam Prioritas Program Rencana Pembangunan Jangka Menengah

Nasional IV tahun 2020-2024 terdapat 7 prioritas dimana Kementerian Kesehatan berfokus pada Kegiatan Prioritas (KP)(10):

1. Peningkatan kesehatan ibu, anak, KB dan Kesehatan Reproduksi
2. Percepatan perbaikan gizi masyarakat
3. Peningkatan pengendalian penyakit
4. Peningkatan pelayanan kesehatan dan pengawasan obat dan makanan
5. Penguatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Adanya kegiatan prioritas tersebut dapat menjadi acuan untuk senantiasa melakukan promosi Kesehatan untuk pencegahan penyakit terutama penyakit menular termasuk IMS, HIV dan AIDS serta penguatan promosi Gerakan masyarakat sehat. Upaya promosi Kesehatan dan juga memberdayakan masyarakat menjadi proyek salah satu kegiatan prioritas dalam mendukung program Kesehatan pemerintah. Diperlukan adanya strategi yang mendukung terciptanya adopsi perilaku sehat yang disarankan mengingat jumlah deteksi kasus baru meningkat tiap tahun di Indonesia.

Berdasarkan laporan perkembangan HIV AIDS dan PIMS TW-2 tahun 2022, penemuan kasus dan pengobatan HIV di Indonesia dapat dilihat pada tabel berikut:



Gambar 6. Penemuan Kasus dan Pengobatan HIV Periode Januari – Juni 2022 berdasarkan Laporan TW I1-2022

Berdasarkan gambar 4, jumlah kasus HIV baru yang ditemukan pada periode Januari-Juni 2022, kasus HIV terbanyak adalah Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, DKI Jakarta, Sumatera Utara dan Papua. Sedangkan kasus HIV baru terendah yang ditemukan pada periode Januari-Juni 2022

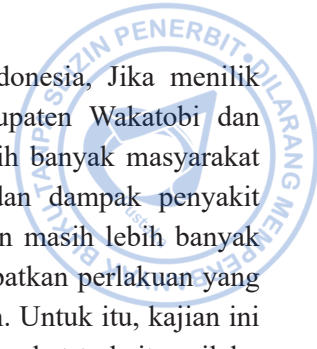
berdasarkan Laporan TW-II adalah Bengkulu, Jambi, Kaltara, Gorontalo dan Sulawesi Barat. Meskipun 5 Propinsi tersebut ditemukan kasus HIV yang rendah, namun estimasi kasus yang berisiko terinfeksi bahkan jauh lebih banyak sehingga perlu mendapatkan perhatian.

Sulawesi Utara merupakan salah satu propinsi yang melaporkan temuan kasus HIV pada periode Januari – Juni 2022 sebanyak 188 orang dan mulai ART sebanyak 144 orang. Kabupaten Wakatobi salah satu daerah di wilayah sultra yang melaporkan kasus HIV pada tahun 2021 terdapat 11 kasus baru HIV, sedangkan untuk jumlah kasus baru AIDS di Tahun 2021 sebanyak 1 kasus. Jika dilihat berdasarkan proporsi kelompok umur, maka penderita HIV terbanyak pada kelompok umur 25 - 49 tahun yaitu sebesar 9 kasus.

JUMLAH KASUS HIV MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR
KABUPATEN WAKATOBI
TAHUN 2021

NO	KELOMPOK UMUR	HIV			PROPORSI KELOMPOK UMUR
		L	P	L+P	
1	2	3	4	5	6
1	≤ 4 TAHUN	0	0	0	0.0
2	5 - 14 TAHUN	1	0	0	9.1
3	15 - 19 TAHUN	0	0	0	0.0
4	20 - 24 TAHUN	1	0	1	9.1
5	25 - 49 TAHUN	4	5	9	81.8
6	≥ 50 TAHUN	0	0	0	0.0
JUMLAH (KAB/KOTA)		6	5	11	
PROPORSI JENIS KELAMIN		54.5	45.5		
Jumlah estimasi orang dengan risiko terinfeksi HIV					1437
Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar					1219
Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar					84.8

Data terbaru tahun 2022 yang didapatkan dari Dinas Kesehatan melalui Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) dan KPAD Kabupaten Wakatobi terdapat 16 kasus baru HIV. Adapun Upaya pencegahan dan penanggulangan dilakukan melalui penyuluhan masyarakat, penjangkauan dan pendampingan kelompok resiko tinggi dan intervensi perubahan perilaku, layanan konseling dan testing HIV, layanan Harm Reduction, pengobatan dan pemeriksaan berkala penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), pengamanan darah donor dan kegiatan lain yang menunjang pemberantasan HIV/AIDS (11).



Kasus HIV terjadi di semua tempat di Indonesia. Jika menilik adanya penambahan kasus setiap tahun di Kabupaten Wakatobi dan adanya kasus kematian, dapat diduga apabila masih banyak masyarakat yang belum memahami mengenai pencegahan dan dampak penyakit HIV yang rendah. Jumlah yang terdeteksi mungkin masih lebih banyak karena ada kekhawatiran bagi ODHA akan mendapatkan perlakuan yang diskriminatif jika mengetahui status HIV orang lain. Untuk itu, kajian ini menekankan pada pentingnya pemberdayaan masyarakat terkait perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) mengenai upaya pencegahan HIV dan AIDS bersumberdaya lokal. Pembahasan dalam kajian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi dalam upaya pencegahan HIV AIDS.

Pada tahun 2022 Kasus HIV ditemukan sebanyak 16 kasus di Kabupaten Wakatobi dengan rincian 9 kasus (56,25%) adalah laki-laki dan perempuan 7 kasus (43,75%), pada jenis kelamin perempuan didominasi oleh ibu rumah tangga, 1 diantaranya ibu hamil.



BAB II

PERILAKU TERHADAP UPAYA PENCEGAHAN HIV/AIDS

Berdasarkan survey kuantitatif yang telah dilakukan pada pemuda (i) / remaja awal dan remaja akhir (15-25 tahun) di kecamatan Wangi-wangi untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap serta tindakan mengenai penyakit HIV dan AIDS didapatkan sebagai berikut:

A. Pengetahuan mengenai HIV

Pengetahuan merupakan result dari proses indrawi berdasarkan pengalaman manusia selama hidupnya. Pengetahuan dalam bahasan ini adalah mengenai pengertian HIV, pola penularan, Gejala, pencegahan, pengobatan HIV AIDS serta terkait stigma dan diskriminasi ODHA. Berdasarkan data didapatkan bahwa rata-rata pengetahuan responden adalah 56,12. Masih banyak masyarakat yang belum mengetahui jika penularan HIV dapat terjadi diluar populasi kunci, begitupun dengan kelompok usia yang rentan terinfeksi (15-49 tahun), gejala serta masih belum memahami kaitan IMS dan HIV. Terkait kebijakan three zero pada tahun 2030, responden masih belum familiar dengan program pemerintah tersebut, hal ini karena sebelumnya mereka belum menemukan informasi baik dari media maupun dari sekelilingnya. Jawaban kurang tepat pada bagian penularan HIV seperti tinggal serumah dengan ODHA dapat tertular HIV, berjabat tangan dan berpelukan dapat menyebabkan orang tertular HIV. Namun pada upaya

pencegahan, responden menjawab tepat pada tidak melakukan seksual berisiko dan seksual ora nikah, tidak menggunakan narkoba dan upaya pencegahan lainnya. Responden menjawab benar bahwa stigma dan diskriminasi terjadi akibat ketidaktahuan masyarakat mengenai penyakit HIV dan AIDS.

Pengetahuan merupakan salah satu factor penting yang membentuk tindakan seseorang termasuk pada ODHA. Karena pengetahuan adalah proses pengindraan sehingga sangat dibutuhkan informasi-informasi terkait HIV AIDS diberikan pada masyarakat baik melalui media maupun secara penyuluhan langsung pada sasaran. Pengetahuan dipengaruhi oleh latar belakang seseorang seperti Pendidikan, pekerjaan, pengalaman, keyakinan dan sosial budaya (12).

Pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat mengenai HIV dapat membantu untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang ada disekitarnya, selain itu akan menghilangkan stigma dan diskriminasi sehingga partisipasi populasi berisiko dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan semakin meningkat dan penularan virus HIV dapat ditekan. Pendidikan sangat berperan dalam mengolah dan menganalisa informasi yang ada, dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan berdampak pada pengetahuan dan tindakan yang lebih baik tentang penyakit HIV AIDS. Pengetahuan juga sangat mempengaruhi pembentukan persepsi seseorang terkait HIV, terjadinya perubahan sosial menuntut setiap orang untuk mengikuti perubahan tersebut termasuk pola pikir masyarakat mengenai HIV dan AIDS. Namun pengetahuan bisa menjadi keliru jika informasi yang didapatkan tidak lengkap dan salah sehingga menyebabkan persepsi yang keliru mengenai HIV. Informasi yang salah berkembang dimasyarakat dan menjadi mitos berupa persepsi dan kepercayaan yang salah terkait HIV AIDS serta menimbulkan stigma negative dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA dan keluarganya (13).

Merujuk pada Taksonomi Bloom (14), responden ini berada pada tingkatan mengingat dan memahami yang merupakan tingkatan pertama dan kedua pada domain kognitif setelah mendapatkan materi. Didapatkan rerata pengetahuan sebanyak 76,59 yang telah

mampu mengingat dan memahami stimulus yang diberikan seputar HIV/AIDS. Peningkatan pengetahuan ini selain karena usia mereka yang masih muda dan mudah menerima informasi terutama terkait isu-isu terkini, mereka juga diberikan kasus untuk merangsang proses berpikirnya untuk mengingat dan menjelaskan kembali materi yang sudah didapatkan. Mengingat dan mengenali Kembali materi merupakan tahapan paling dasar dan mampu memaknai pesan yang diterima serta mampu menjelaskannya kembali merupakan tingkatan kedua dari dimensi kognitif (15).

B. Sikap terhadap HIV

Menurut Notoatmodjo (12), sikap merupakan respon tertutup dari individu terhadap suatu objek. Objek dalam hal ini terkait HIV berupa tanggapan-tanggapan individu namun belum dalam bentuk tindakan. Sikap rata-rata responden mengenai HIV adalah 40,47. Pernyataan sikap yang terdiri dari 20 item, tanggapan responden bervariasi misalnya ada yang setuju jika menghindari ODHA namun ada juga yang kurang setuju dengan pernyataan tersebut. Begitupun dengan pernyataan menghindari berjabat tangan dengan ODHA karena takut terinfeksi. Namun Semua setuju untuk tidak melakukan perilaku berisiko seperti seks bebas dan narkoba suntik. Sikap responden terkait pencegahan HIV AIDS ini dapat membantu untuk mereduksi kasus baru HIV. Sebaliknya, Sikap remaja yang masih ragu dan cenderung berasumsi negative terhadap ODHA berpotensi mempengaruhi perilakunya. Sikap negative atau positif seseorang tergantung dari pemahamannya mengenai HIV begitupun upaya pencegahan yang dilakukan (16, 17).

Sikap seseorang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, salah satunya adalah pengetahuan (18), Sikap seseorang terbentuk di dalam tubuh dan dikendalikan oleh pikiran. Pengetahuan yang tepat yang sudah tersimpan sebagai memori dalam otak memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap seseorang dalam mengambil suatu tindakan sikap. Pengetahuan yang tepat sangat berkontribusi dalam pembentukan sikap yang tepat dan memberikan ruang untuk adanya pemikiran

lebih dalam terhadap keputusan yang akan dilakukan. Pengetahuan mempunyai peran vital dalam menentukan sikap seseorang dan factor predisposisi dalam membentuk sikap termasuk mengenai HIV.

Allport, 1954 (12) mengungkapkan bahwa terdapat tiga komponen dalam pembentukan sikap: 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap objek; 2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek; 3) kecenderungan untuk berindak. Ketiga komponen ini kemudian membentuk sikap yang utuh. Contohnya, jika seseorang telah terpapar informasi tentang HIV terkait factor risiko, penyebab, pencegahan dan lainnya, maka hal yang telah diketahuinya tersebut menjadikannya berpikir dan berupaya untuk melakukan pencegahan agar tidak terinfeksi dan akan berupaya pula agar orang yang berperilaku berisiko dapat melakukan hal yang sama termasuk *screening* untuk mengetahui statusnya.

Menurut Theory Reasoned Action (TRA) yang diperkenalkan oleh Martin Fishbein dan Ajzen (19), menyatakan bahwa kehendak seseorang ditentukan oleh sikap dan norma subyektif (subjective norms) orang tersebut. Sikap adalah hasil pertimbangan untung dan rugi dari perilaku dan pertimbangan konsekuensi yang akan terjadi bagi individu (evaluation regarding the outcome). Norma subyektif merupakan keyakinan individu terhadap pikiran orang-orang didalam lingkungan dimana orang tersebut berada yang menjadi referensi untuk berperilaku. Sikap dan norma subyektif inilah yang membentuk niat untuk mengikuti pikiran yang berlaku dalam lingkungannya. Konsep yang penting menurut TRA adalah focus perhatian (salience) yang mengacu pada intervensi efektif. Diawali dengan menentukan hasil dan menentukan kelompok referensi yang penting untuk populasi yang menjadi pertimbangan. Perilaku populasi tersebut berbeda dengan populasi lainnya berdasarkan pada norma nilai dan norma-norma dari kelompok sosial yang dievaluasi perilakunya. Misalnya, terdapat kelompok sosial yang memfokuskan pada upaya pencegahan infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS yang menyarankan dan percaya jika menggunakan kondom dapat mencegah terinfeksi

penyakit seksual, namun pada kelompok sosial lain berpendapat bahwa pengguna kondom akan menyebarkan dan berperilaku seksual bebas.

Theory of Reasoned Action (TRA) sangat cocok dalam meramalkan perilaku pencegahan HIV dan AIDS karena adanya norma subyektif yang berlaku dan dapat menjadi acuan untuk berperilaku sehat. Jika nilai dan norma yang berlaku dalam lingkungan masyarakat tidak memberikan stigma negative dan diskriminasi pada orang-orang yang berisiko dalam memeriksakan diri, akan membuat orang lain termotivasi untuk mengikuti perilaku tersebut yaitu melakukan *screening* untuk mengetahui statusnya. Senada yang diungkapkan oleh Mahyarni dalam kajiannya bahwa norma subyektif berfungsi meyakinkan seseorang dalam menyetujui atau tidak suatu perilaku. Factor lingkungan dapat mempengaruhi perilaku orang lain, seseorang akan bertindak sesuai dengan yang dipersepsikan oleh orang lain dalam lingkungannya (20). Tidak dapat dipungkiri bahwa sikap terbentuk karena terjadinya interaksi sosial yang membentuk sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Azwar (18) mengungkapkan bahwa berbagai factor dapat mempengaruhi terbentuknya sikap, yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, *significant other*, media massa, Lembaga Pendidikan atau Lembaga agama serta faktor emosi dalam diri seseorang.

C. Tindakan terkait HIV

Pengetahuan yang baik dan sikap positif belum tentu teraplikasi dalam bentuk Tindakan atau praktek. Pengetahuan dan sikap merupakan factor yang mempredisposisi seseorang untuk bertindak, namun masih membutuhkan dukungan berupa fasilitas dan orang-orang dalam lingkungan terdekatnya. Pengetahuan dan sikap positif ibu hamil untuk melakukan *screening* harus mendapatkan persetujuan suaminya yang merupakan factor penguat serta terdapat fasilitas yang memadai dan memungkinkan terwujudnya suatu tindakan.

Notoatmodjo (12) mengemukakan tindakan terdiri dari beberapa tingkatan: a) Respons terpimpin, yaitu melakukan sesuatu dengan benar sesuai dengan contoh yang diberikan; b) Mekanisme, seseorang

telah dapat melakukan suatu hal secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan tanpa diberikan saran atau contoh. Misalnya, ibu hamil akan memeriksakan kehamilannya tanpa diperintah orang lain; c) Adopsi, Tindakan atau praktik telah berkembang dengan baik, misalnya seseorang akan sukarela melakukan *screening* karena mengetahui manfaatnya.

Tindakan atau praktek (overt behavior) dalam hal ini terkait perwujudan pengetahuan dan sikap responden terhadap kejadian HIV/ AIDS. Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi perilaku untuk melakukan pencegahan agar tidak terinfeksi HIV serta tidak ada persepsi negatif yang menimbulkan stigma dan diskriminasi kepada ODHA dan keluarganya. Becker (1979) (12), mengklasifikasikan perilaku kesehatan, yaitu:

- a. Perilaku hidup sehat (Healthy Behavior) merupakan perilaku yang terkait upaya seseorang dalam meningkatkan derajat kesehatannya, dengan cara: Makan dengan menu seimbang (appropriat diet), olahraga teratur, tidak merokok, tidak minum minuman keras dan tidak menggunakan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stres, perilaku atau gaya hidup yang positif bagi kesehatan seperti tidak berganti-ganti pasangan seksual berisiko.
- b. Perilaku sakit (Illness Behavior) adalah respon seseorang terhadap penyakit. Misalnya, pengetahuan tentang HIV AIDS, penyebab, gejala, factor risiko dan pengobatan penyakit HIV AIDS.
- c. Perilaku peran sakit (The Sick Role Behavior) mencakup hak dan kewajiban orang sakit. Meliput: cara mendapatkan kesembuhan, mengenal fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang layak, mengetahui hak sebagai pasien dan kewajibannya sebagai orang sakit dengan terbuka tentang penyakit yang dideritanya terutama pada petugas kesehatan dan tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain.

Petugas kesehatan, pendanaan dan sarana prasarana merupakan faktor penguat dalam mempengaruhi tindakan positif dari orang yang berperilaku berisiko untuk sukarela melakukan *screening*. Tersedianya sumber daya dalam hal ini staf yang memadai, keterbukaan dalam

pemberian informasi dan menjamin kerahasiaan pasien serta tidak ada stigma dan diskriminasi memberikan rasa aman dan nyaman bagi orang yang berniat untuk memeriksakan diri. Begitupun sarana prasarana yang lengkap dalam melakukan screening, pengobatan dan penanganan kasus sangat menunjang terlaksananya upaya pencegahan HIV/ AlerDS. Mulai tingkat pusat hingga daerah telah terdapat Struktur Birokrasi yang dibuktikan dengan adanya SOP dalam melaksanakan kegiatan serta struktur organisasi yang jelas. Kebijakan penanggulangan HIV/ AIDS diharapkan dapat memberikan perlindungan terhadap semua upaya penanggulangan HIV/AIDS.

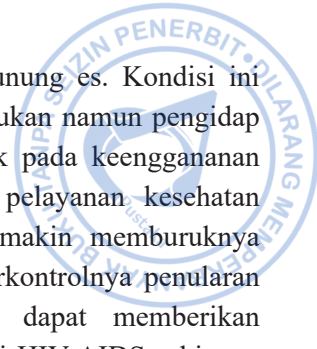


BAB III

STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA

Mengacu pada analisis situasi yang telah dilakukan sebelumnya mengenai masih kurangnya pemahaman masyarakat mengenai PIMS termasuk HIV dan AIDS. Maka, dilakukan pemberdayaan melalui pelatihan pada tahun sebelumnya dengan menyasar kelompok-kelompok strategis yaitu perwakilan komunitas yang ada di Wakatobi. Komunitas ini diharapkan dapat menjadi role model bagi anak muda lainnya dan menjadi penyampai pesan mengenai infeksi menular seksual. Pada tahun ini pemberdayaan akan dilanjutkan dengan penguatan kelompok dukungan sebaya yang belum ada di Wakatobi bekerja sama dengan PKK, dinas kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS. Selain itu, penyebarluasan informasi dilakukan dalam bentuk seminar, pembagian brosur dan spanduk serta baligho terkait pencegahan HIV/AIDS melalui media setempat terutama mengenai stigma dan diskriminasi pada ODHIV.

Penemuan kasus baru melalui *screening* secara sukarela terhambat karena adanya stigma dan diskriminasi yang didapatkan oleh pengidap HIV karena masyarakat menganggap HIV adalah penyakit yang disebabkan karena pelanggaran norma, seks bebas, mudah menular melalui sentuhan, HIV dan AIDS adalah hukuman dsb., sehingga terjadi pengucilan. Hal tersebut menyebabkan ketakutan pada seseorang yang ingin memeriksakan dirinya, dampaknya memilih menutup diri dan melakukan pengobatan



tradisional dan semakin membentuk fenomena gunung es. Kondisi ini pula yang menyebabkan banyak kasus yang ditemukan namun pengidap tidak melanjutkan pengobatan. Stigma berdampak pada keengganan ODHA untuk berkonsultasi dan memanfaatkan pelayanan kesehatan serta menyembunyikan statusnya, berdampak semakin memburuknya kesehatan ODHA dan lebih parah adalah tidak terkontrolnya penularan HIV(18,19). Pentingnya sosialisasi diharapkan dapat memberikan pemahaman yang benar pada masyarakat mengenai HIV AIDS sehingga dapat mereduksi kasus baru dan stigma serta diskriminasi. Beberapa factor yang mempengaruhi terjadinya stigma dan diskriminasi adalah rendahnya pengetahuan, persepsi tingkat Pendidikan, usia, jenis kelamin, pendapatan, serta minimnya informasi yang didapatkan masyarakat mengenai HIV AIDS (20).

Stigma berbeda dengan diskriminasi tetapi dampaknya sama buruknya pada ODHA. Berikut dapat dijelaskan perbedaannya:

A. Stigma

Dalam bahasa Yunani, stigma berarti “tato”, merupakan tanda yang dibuat menggunakan besi panas dan ditempelkan pada tubuh yang menunjukkan bahwa subjek telah melakukan tindakan yang tidak bermoral sehingga memberikan kesan bahwa orang tersebut tidak mengikuti aturan yang berlaku dalam lingkungan mereka (20). Goffman menjelaskan bahwa stigma merupakan atribut yang mendiskreditkan yang dapat terlihat seperti jika mengetahui status HIV seseorang, hal ini akan memperburuk kehidupan sosial karena akan diremehkan dan dikucilkan sehingga mengalami kesulitan dalam berinteraksi (21). Goffman dalam tulisannya membagi stigma menjadi tiga jenisnya, yaitu: a) stigma yang berhubungan dengan kerusakan tubuh manusia; b) stigma yang terkait dengan cacat karakter individu atau penyimpangan perilaku; dan c) stigma terkait suku, ras, dan agama.

Meskipun penularan virus HIV melalui beberapa cara namun tidak dapat dipungkiri jika kejadian HIV selalu identik dengan perilaku seksual yang berisiko baik pada heteroseksual, homoseksual maupun

biseksual sehingga pengidap HIV dianggap layak untuk dijaui. Stigma dan diskriminasi pada pengidap HIV berkaitan erat dengan seksualitas karena banyak kasus ditemukan pengidap terinfeksi melalui hubungan seksual, hal serupa diungkapkan pada laporan Kemenkes bahwa infeksi HIV ditemukan pada pasangan heteroseksual maupun orientasi seksual lainnya (22,23). Banyak ahli dan studi mengenai stigma namun pada umumnya bermakna serupa, yaitu persepsi yang negative, penolakan, penyimpangan norma akibat perilaku yang immoral dari individu berujung pada diskriminasi.

1. Penyebab terbentuknya stigma

Faktor-faktor yang menyebabkan stigma, di antaranya (24, 25):

- Pengetahuan,

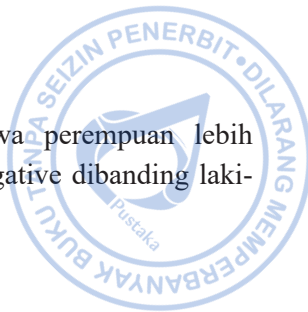
Terbentuknya Stigma disebabkan minimnya pengetahuan masyarakat mengenai HIV dan AIDS terkait pencegahan, pola penularan, pengobatan, populasi berisiko danlainnya. Hal ini dapat dipengaruhi pula dari lingkungan, Pendidikan seseorang, pekerjaan, pengalaman dan sumber pengetahuan lainnya sehingga terbentuk persepsi yang negative dan teraplikasi pada sikap dan tindakan orang tersebut kepada oranglain dalam hal ini pengidap HIV yang diketahui statusnya.

- Tingkat Pendidikan

Salah satu pemicu terjadinya stigma adalah tingkat Pendidikan seseorang. Idealnya, semakin baik atau tinggi pendidikan seseorang maka tidak akan memberikan stigma yang buruk pada ODHA.

- Usia

Usia berpengaruh dengan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia maka akan semakin banyak pengalaman dan semakin baik cara berpikirnya dan mempengaruhi sikapnya.



- Jenis Kelamin

Beberapa studi mengungkapkan bahwa perempuan lebih cenderung mempunyai stigma yang negative dibanding laki-laki (26, 24)

- Dukungan Institusi

Masih banyak tempat pelayanan Kesehatan yang memberikan Tindakan kepada ODHA namun sesuai SOP (Standart Operational Procedure) seperti pemberian kode pada pasien ODHA, APD yang berlebihan, perbedaan perlakuan, dll dalam penanganan pasien HIV/AIDS (28, 29, 30)

- Kepatuhan Agama

Kepatuhan terhadap agama dapat menghindarkan seseorang dari pengaruh buruk dan menjadi kontrol sosial dalam bermasyarakat.

Proses Stigma Menurut seorang peneliti, Pfuhl, proses terjadinya stigma di masyarakat dapat terjadi melalui tiga tahapan, yaitu:

- * Proses interpretasi:

Tidak semua pelanggaran norma mendapat stigma masyarakat, tapi hanya pelanggaran norma yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai penyimpangan perilaku yang dapat menimbulkan stigma.

- * Proses pendefinisian

Setelah tahap interpretasi, selanjutnya adalah proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang oleh masyarakat.

- * Perilaku diskriminasi

Setelah proses pendefinisian, selanjutnya masyarakat akan memberikan perlakuan yang bersifat membedakan (diskriminasi).

2. Komponen Stigma

Menurut (Mahajan et al., 2010) (30) stigma yang dirasakan orang dengan HIV/AIDS berkaitan dengan empat komponen penting yang mencakup *stereotype*, separasi, labeling, diskriminasi dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Stereotip

Stereotip adalah faktor kognitif yang mengandung keyakinan tentang sifat- sifat yang dimiliki oleh orang-orang yang termasuk dalam kategori kelompok sosial tertentu. Keyakinan budaya bahwa orang berlabel mungkin diasosiasikan dengan sifat yang tidak diinginkan adalah praktik stereotip negatif.

b. Diskriminasi

Diskriminasi adalah tindakan pelabelan. Hal ini menyebabkan penerima label kehilangan statusnya dalam kelompok sosial yang berperilaku negatif. Mereka yang kehilangan status sosial dan menerima diskriminasi mengalami konsekuensi yang tidak setara dalam hal kekuasaan sosial, ekonomi dan politik.

c. Separasi

Separasi adalah proses stigmatisasi yang terjadi ketika label sosial memisahkan ‘kita’ (kelompok yang terstigmatisasi) dari ‘mereka’ (kelompok yang terstigma karena dianggap berbeda). Label ini membantu membedakan pemberi stigma dari penerima stigma. Mengaitkan label dengan atribut negatif dibenarkan jika orang yang menerima label percaya bahwa itu sebenarnya berbeda dari label.

d. Labeling

Labeling adalah pilihan sosial di mana orang memberi atau menanamkan label negatif berdasarkan perbedaan individu mereka sebagai anggota komunitas sosial. Ada perbedaan yang dianggap tidak relevan secara sosial, tetapi dapat didefinisikan secara sosial karena perbedaan antar individu

dan antar manusia. Preferensi gender ditekankan. Ciri khas dapat menyebabkan mengklasifikasikan individu sebagai kelompok elemen kunci dari stigma.

3. Bentuk-bentuk stigma

Stigmatisasi merupakan fenomena sosial yang mengarah pada marginalisasi individu tertentu ataupun kelompok dalam masyarakat (31).

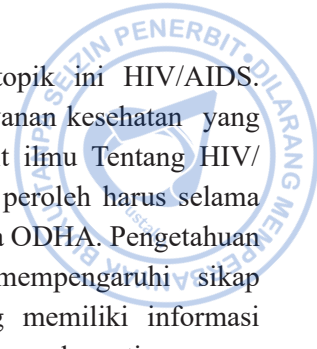
Ada 6 jenis bentuk stigma, yaitu :

- a. *Public Stigma*, reaksi negative masyarakat terhadap orang-orang yang dianggap buruk misalnya mengidap HIV
- b. *Structural stigma*, adanya sebuah institusi, hukum, atau perusahaan atau kantor yang menolak orang yang memiliki penyakit.
- c. *Self-stigma*, adanya penurunan harga diri serta kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit.
- d. *Felt or perceived stigma*, dimana individu tersebut dapat merasakan bahwa ada yang berstigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan masyarakat
- e. *Experienced stigma*, dimana individu tersebut pernah mengalami diskriminasi dari masyarakat.
- f. *Label avoidance*, dimana individu tidak mampu berperan dalam pelayanan kesehatan serta menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit

a. Stigma Terhadap ODHA pada Pelayanan Kesehatan

1) Stigma di pelayanan Kesehatan

Stigmatisasi di pelayanan kesehatan kadang juga terjadi, bagian pelayanan kesehatan yang seharusnya mengetahui dan peduli kepada orang yang sakit sebagai manusia dengan HIV/AIDS. Stigma terkait HIV/AIDS dapat terjadi di pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan. Meskipun biasanya semuanya tenaga kesehatan khususnya pasti pernah bekerja di rumah sakit



mendapatkan informasi tentang topik ini HIV/AIDS. Stigma itulah yang terjadi di pelayanan kesehatan yang seharusnya tidak terjadi dan terkait ilmu Tentang HIV/AIDS dan transmisi yang mereka peroleh harus selama studi akan dapat mengurangi stigma ODHA. Pengetahuan seseorang tentang HIV/AIDS mempengaruhi sikap dan persepsinya. Seseorang yang memiliki informasi yang benar dan cukup biasanya merupakan stigma yang baik mengenai penyakit HIV/AIDS. Stigma yang baik juga mempengaruhi bagaimana seseorang menerima keberadaan virus HIV di lingkungannya. Pengetahuan yang cukup atas dasar kognitif mana dimungkinkan untuk diperoleh seseorang dengan berbagai cara, terutama melalui pendidikan formal (32).

2) Dampak Stigma pada pelayanan Kesehatan

Meskipun ODHA tidak mendapatkan stigma dari petugas Kesehatan, bahkan ODHA dijaga identitasnya agar tidak mendapatkan perlakuan buruk dari lingkungan sekitarnya. Namun perlu dijelaskan bahwa Stigma yang terjadi di pelayanan Kesehatan memberikan dampak yang semakin buruk pada ODHA karena menjadi kendala dalam pencegahan dan penanggulangan HIV serta dapat menyebabkan peningkatan jumlah kasus HIV. Petugas Kesehatan diharapkan dapat memberikan semangat dan dukungan pada ODHA agar dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan, namun akan menjadi hambatan jika petugas kesehatan merasa cemas berlebihan jika berhadapan dengan ODHA.

Stigma yang didapatkan berdampak ODHA mengalami depresi dan kecemasan, kesedihan, rasa bersalah dan ketidakberdayaan. Stigmatisasi petugas kesehatan mempengaruhi ketersediaan dan penggunaan layanan kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan pada obat antiretroviral (ARV) atau berakibat *loss to follow*

up sehingga mereka dapat melakukannya memperburuk kualitas hidup mereka yang terinfeksi HIV. ODHA yang terstigma akan merasa takut, tertutup, menarik diri dan malu untuk memulai pdan melanjutkan pengobatan serta enggan untuk menerima informasi mengenai HIV (33, 28).

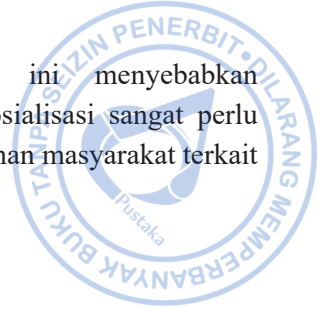
b. Stigma Terhadap ODHA di Lingkungan Masyarakat

Stigma pada ODHA yang terjadi di masyarakat berpotensi menyebabkan penolakan dan pengucilan, hal ini akan menghambat aktifitas sosial ODHA padahal penerimaan pada lingkungan sosial merupakan salah satu koping yang baik untuk kualitas hidup ODHA. Berbagai factor yang menyebabkan terbentuknya persepsi negative masyarakat pada ODHA, antara lain ketidaktahuan mengenai pencegahan, pola penularan dan penanganan HIV AIDS selain itu, factor predisposisi seperti agama, nilai dan norma sangat mempengaruhi persepsi masyarakat (34, 35, 19).

Determinan stigma masyarakat terhadap ODHA,yaitu (36):

- a. Pengetahuan: terjadinya stigma karena masih banyak masyarakat yang tidak mendapatkan informasi yang benar dan lengkap terkait HIV AIDS, seperti pola penularan, gejala dan factor risiko penularan. Pengetahuan merupakan pemicu yang paling dasar terjadinya stigma negative pada ODHA.
- b. Sikap: Sikap negative masyarakat terhadap ODHA memungkinkan empat kali lebih besar menyebabkan terjadinya stigma. Sikap negative dapat berupa ketakutan, ketidaknyamanan, prasangka negative, menjaga jarak, penghindaran, isolasi dan penolakan jika ada yang diketahui status HIV AIDS nya.
- c. Persepsi: Persepsi negative muncul karena minimnya informasi yang didapatkan masyarakat sehingga terjadi penolakan pada ODHA.

Determinan kejadian stigma ini menyebabkan diskriminasi, sehingga edukasi dan sosialisasi sangat perlu dilakukan agar dapat merubah pemahaman masyarakat terkait HIV AIDS.



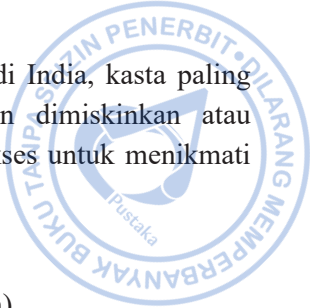
B. Diskriminasi

Diskriminasi diawali dengan adanya prasangka negative kepada seseorang atau kelompok sehingga menjadi penilaian buruk yang akhirnya berbentuk perilaku yang ditampakkan. Diskriminasi adalah perbedaan perlakuan terhadap orang lain atau kelompok, biasanya bersifat kategorikal ataupun berdasarkan atribut / ciri khas seperti ras, sukubangsa, agama, atau keanggotaan kelas-kelas sosial (37). Diskriminasi terhadap ODHA sangat berhubungan dengan stigma negative terhadap HIV dan AIDS, yang mendorong seseorang atau kelompok melakukan diskriminasi, pada akhirnya menjadi pelanggaran HAM pada ODHA maupun keluarganya atau Orang yang Hidup dengan pengidap HIV/AIDS (38).

Jenis-jenis diskriminasi yang sering terjadi

Berbagai jenis diskriminasi yang sering terjadi di masyarakat antara lain tapi tidak terbatas pada (39):

- a. Diskriminasi berdasarkan suku/etnis, ras, dan agama/keyakinan
- b. Diskriminasi berdasarkan jenis kelamin dan gender (peran sosial karena jenis kelamin). Contohnya, anak laki-laki diutamakan untuk mendapatkan akses pendidikan dibanding perempuan; perempuan dianggap hak milik suami setelah menikah; dan lain-lain (dll).
- c. Diskriminasi terhadap penyandang cacat. Contoh: penyandang cacat dianggap sakit dan tidak diterima bekerja di instansi pemerintahan.
- d. Diskriminasi pada penderita HIV/AIDS. Contoh: penderita HIV/AIDS dikucilkan dari masyarakat dan dianggap sampah masyarakat

- 
- e. Diskriminasi karena kasta sosial, Contoh: di India, kasta paling rendah dianggap sampah masyarakat dan dimiskinkan atau dimarjinalkan sehingga kurang memiliki akses untuk menikmati hak asasinya.

Sebab-sebab diskriminasi menurut Yahya (40):

- a. Mekanisme pertahanan psikologi (projection)
- b. Kekecewaan
- c. Mengalami rasa tidak selamat (tidak aman) dan rendah diri
- d. Sejarah
- e. Persaingan dan eksploitasi
- f. Corak sosialisasi

Pettigrew mengungkapkan terdapat dua tipe diskriminasi (41):

- a. Diskriminasi Langsung Tindakan membatasi suatu wilayah tertentu, seperti pemukiman, jenis pekerjaan, fasilitas umum, dan sebagainya dan juga terjadi manakala pengambil keputusan diarahkan oleh prasangka-prasangka terhadap kelompok tertentu.
- b. Diskriminasi Tidak Langsung Diskriminasi tidak langsung dilaksanakan melalui penciptaan kebijakan-kebijakan yang menghalangi ras/etnik tertentu untuk berhubungan secara bebas dengan kelompok ras/etnik lainnya.

Diskriminasi pada pengidap HIV AIDS berdampak besar karena mereka akan menyembunyikan status HIV AIDS nya karena adanya pandangan negative dari masyarakat. Sering kita mendengar ataupun membaca bahwa jauhi virusnya bukan orangnya, namun ketidaktahuan mengenai HIV mendorong tindakan irasional yang berakibat terjadinya beban fisik dan psikis pada ODHA. Akumulasi dari stigma menyebabkan serangkaian konsekuensi, seperti tidak diketahuinya jumlah pasti kasus HIV AIDS, tidak terbukanya ODHA tentang statusnya, terjadinya pengucilan, masalah kesehatan mental seperti depresi dan putus asa, sebagai akibat ketakutan jika ada ODHA disekitarnya (42,43).

1. Penyebab Diskriminasi ODHA Di Kalangan Masyarakat

Penyebab dari diskriminasi ataupun stigma terhadap ODHA yaitu kurangnya pengetahuan masyarakat tentang cara penularan dan pengobatan akan menimbulkan misinformasi dan menimbulkan mitos tentang HIV dan AIDS. Mitos-mitos tersebut kemudian menjadi dasar stigma terhadap orang dengan HIV positif. Beberapa mitos yang berkembang di masyarakat antara lain (44):

- a. Mitos: HIV dan AIDS adalah penyakit kutukan Tuhan.

Faktanya: HIV dapat menyerang siapa saja tanpa memandang suku, agama, ras, orientasi seksual, usia, profesi, maupun jenis kelamin.

- b. Mitos: HIV dan AIDS merupakan penyakit pada komunitas gay, pada umumnya disebut GRIDS (Gay-Related Immune Deficiency Syndrome). Faktanya, bahwa penyakit HIV berasal dari kelompok heteroseksual yang berhubungan seks dengan banyak pasangan tanpa menggunakan kondom.

- c. Mitos: HIV dan AIDS adalah penyakit barat.

Faktanya, kasus HIV pertama kali ditemukan di Afrika dan Amerika, namun kini penyebarannya sangat luas bahkan sudah menyebar di seluruh provinsi di Indonesia.

- d. Mitos: HIV hanya menular melalui hubungan seks dan hanya menjangkiti pekerja seks.

Faktanya: Bahwa indikasinya HIV juga dapat menular melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan berbagi, penularan dari ibu ke anak, atau transfusi darah yang tidak steril. Pekerja seks memang termasuk salah satu kelompok yang berisiko jika tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks, namun selain itu, petugas kesehatan juga berisiko tertular HIV jika tidak melakukan

prosedur dengan benar, seperti menutup jarum suntik dengan dua tangan (seharusnya hanya satu tangan).

- e. Mitos: HIV dapat menular melalui gigitan nyamuk.

Faktanya: Indikasinya bahwa HIV hanya dapat hidup dalam darah manusia dan nyamuk menghisap darah manusia, bukan menyuntikkannya kembali.

- f. Mitos: Terjangkit penyakit HIV berarti hukuman mati, dan seorang ibu yang positif HIV harus memiliki anak yang juga terinfeksi.

Faktanya, orang yang terinfeksi HIV jika memiliki pola hidup sehat, nutrisi yang baik, dan lingkungan sosial yang mendukung, akan memiliki rentang hidup yang sama dengan orang tanpa HIV. Sementara itu, bayi yang lahir dari ibu hamil yang positif HIV tidak selalu otomatis tertular. Dengan teknologi medis seperti program bayi tabung, operasi caesar, atau pemberian ASI eksklusif, risiko bayi tertular HIV dari ibunya akan menjadi lebih kecil (Prevention of Mother to Child HIV Transmission [PMTCT]).

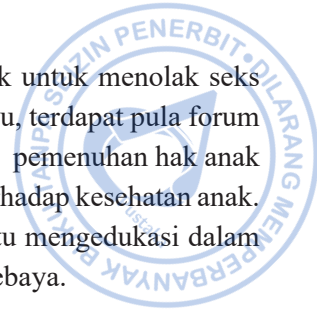
- g. Mitos: HIV dapat menyebar melalui kontak sosial seperti bersalaman, berpelukan, menggunakan peralatan makan yang sama, menggunakan toilet atau kolam renang yang sama, atau terpapar keringat atau air liur seseorang yang positif HIV.

Fakta: HIV hanya ditularkan melalui darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu, asalkan cairan tersebut tidak bersentuhan dengan udara dan dengan PH yang seimbang.

C. Upaya Mengatasi Stigma dan Diskriminasi Pada ODHA

Stigma dan diskriminasi menjadi hambatan besar dalam menurunkan kasus baru HIV, padahal pemerintah telah menargetkan three zero pada tahun 2023 yaitu zero infeksi baru, zero kematian dengan AIDS serta zero stigma dan diskriminasi untuk Indonesia bebas AIDS 2030. Upaya pemerintah memperbanyak testing pada populasi berisiko membutuhkan partisipasi masyarakat dalam mengkampanyekan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV serta merubah cara pandang atau persepsi masyarakat terhadap ODHA. Pemerintah tidak bisa bekerja sendiri tanpa adanya peran serta masyarakat, namun masyarakat tidak akan berpartisipasi jika prasangka negative pada ODHA akibat minimnya pengetahuan. Semakin baik pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang HIV maka orang yang berperilaku berisiko akan sukarela melakukan *screening* untuk mengetahui status HIV nya dan memudahkan pengobatan ARV. Untuk itu diperlukan upaya yang massif dalam mengubah pemahaman masyarakat berupa edukasi atau pemberdayaan agar orang yang berperilaku berisiko memanfaatkan fasilitas *screening* dan ODHA merasa aman melakukan pengobatan dan tidak menularkan virusnya kepada orang lain.

Kegiatan berbasis masyarakat sangat penting dilakukan dengan melibatkan kelompok-kelompok strategis seperti, komunitas lokal termasuk kelompok-kelompok yang berisiko terpapar infeksi menular seksual. Selain itu adanya kelompok dukungan sebaya (KDS) dapat membantu program pemerintah dalam upaya promotive, preventif, kuratif serta rehabilitative. KDS telah banyak terbentuk di beberapa daerah yang merupakan perpanjangan tangan program-program pemerintah terkait infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS. Saat ini di Kabupaten Wakatobi belum terdapat kelompok khusus peduli HIV, namun telah dilakukan pendayagunaan dalam bentuk pelatihan pada perwakilan kelompok-kelompok pemuda mengenai pencegahan dan penanganan HIV dan AIDS selain itu terdapat kelompok Genre (Generasi berencana) yang merupakan program yang dikembangkan oleh BKKBN dengan sasaran kelompok usia 10-24 tahun dan belum menikah. Salah satu program genre adalah bertugas untuk memberikan



edukasi terkait Kesehatan reproduksi, mengajak untuk menolak seks pranikah, pernikahan dini dan narkoba. Selain itu, terdapat pula forum anak yang bertugas sebagai pelopor dan pelapor pemenuhan hak anak termasuk praktik-praktik yang dampak buruk terhadap kesehatan anak. kedua kelompok ini diharapkan dapat membantu mengedukasi dalam hal upaya pencegahan HIV AIDS pada teman sebaya.

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS pada masyarakat yang masih termasuk tradisional pemahamannya melalui intervensi pemberdayaan akan berpengaruh tindakan masyarakat dalam mencegah dan mengurangi angka kejadian HIV serta stigma dan diskriminasi pada ODHA. Stigma dan diskriminasi penting menjadi perhatian karena akan menghalangi orang untuk melakukan screening sehingga berdampak pada penyebaran HIV sulit untuk dikendalikan.



BAB IV

PEMBERDAYAAN DAN PENGUATAN WARGA PEDULI HIV/AIDS

A. Strategi Promosi Kesehatan

Sebagai upaya pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS, pemerintah setempat melalui dinas Kesehatan Wakatobi dan KPAD senantiasa melakukan pendekatan dengan strategi Promosi Kesehatan:

1. Advokasi: kebijakan pemerintah mengakhiri epidemi AIDS di tahun 2030 dengan berbagai program-program pencegahan dan penanganan HIV/AIDS. Melalui advokasi, masyarakat dapat berupaya meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang HIV/AIDS. Hal ini juga yang dilakukan oleh penanggung jawab program penyakit menular di Wakatobi dengan melakukan advokasi kepada penentu kebijakan dalam hal ini pemerintah Kabupaten Wakatobi untuk mendapatkan dukungan dalam upaya pencegahan HIV dan AIDS, antara lain *screening* pada kelompok berisiko. Bentuk lainnya berupa sosialisasi dan pemaparan data.



Gambar 7. Petugas Kesehatan melakukan deteksi dini penyakit menular pada ibu hamil

Gambar 7 dapat terlihat kegiatan petugas kesehatan dalam melaksanakan salah satu program dalam mendeteksi kasus penyakit menular termasuk HIV dan AIDS pada ibu hamil di Kabupaten wakatobi. Deteksi dini ini diharapkan dapat memutus mata rantai penyakit menular seksual terutama HIV, jika dari hasil deteksi yang didapatkan ada yang positif maka akan ditindak lanjuti dengan pemberian pengobatan ataupun dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai seperti ke RS di Kendari dan Baubau.

2. Social support: mengkondisikan lingkungan sosial yang mendukung untuk terciptanya perilaku pencegahan IMS, HIV dan AIDS. Bentuknya dapat berupa Penyusunan dan penyebarluasan pesan-pesan pengendalian HIV dan AIDS sesuai konteks kabupaten/kota melalui:
 - Produksi dan penayangan TV spot (bagi kabupaten/kota yang ada stasiun TV lokalnya).
 - Produksi dan penyiaran Radio spot, talkshow dan obrolan, Penulisan dan penerbitan Advertorial dan Artikel di surat kabar lokal.
3. Empowerment: penguatan pemberdayaan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS dengan melakukan:

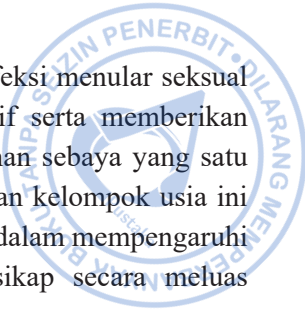
- Intervensi/edukasi/pelatihan pada kelompok usia 15-49 tahun baik dalam lingkup Pendidikan maupun pada luar sekolah
- Penguatan kelompok *peer leader* melalui deklarasi komitmen warga peduli HIV AIDS



Gambar 8. Tanda tangan komitmen bersama warga peduli HIV/AIDS

4. Kemitraan: bekerjasama dengan kelompok PKK Kabupaten, KPAD, Dharma Wanita, Kader, Dasawisma, Majelis Taklim, komunitas anak dan remaja serta media massa yang ada di Kabupaten wakatobi

Strategi promosi Kesehatan tersebut diharapkan menjadi pencegahan primer dalam perubahan perilaku seksual melalui Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) yang dilakukan dalam bentuk *empowerment* atau pemberdayaan masyarakat atau komunitas terutama pada kelompok usia 15- 49 tahun yang berisiko tinggi terinfeksi IMS, tetapi mudah menerima informasi yang berdampak pada adopsi perilaku yang disarankan. Pendekatan pada populasi ini yang dianggap sebagai target perubahan perilaku karena telah mampu



mengetahui dan melindungi dirinya terhadap infeksi menular seksual serta diharapkan dapat menjadi perilaku positif serta memberikan efek bola salju, yaitu edukasi ke kelompok teman sebaya yang satu ke yang lainnya begitu seterusnya. Pemberdayaan kelompok usia ini juga diharapkan sebagai bentuk psikologi social dalam mempengaruhi peningkatan pengetahuan dan pembentukan sikap secara meluas mengenai pencegahan dan penularan IMS.

Pemberdayaan masyarakat dengan penguatan komunitas peduli HIV dan AIDS pada kelompok usia 15-49 tahun, merupakan salah satu cara mereduksi kasus baru di Indonesia khususnya di Kabupaten Wakatobi. Kelompok usia tersebut lebih mampu mempengaruhi sebayanya karena satu pergaulan dan bahasa serta model komunikasi lebih terbuka apalagi dengan pilihan media yang digunakan lebih tepat sehingga pesan dapat tersampaikan dengan mudah.

Hakikat pemberdayaan untuk pencegahan PIMS bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesadaran masyarakat untuk berperilaku sehat. Menurut Kemenkes RI(45), bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan segala upaya memfasilitasi yang bersifat musyawarah guna meningkatkan kemampuan dan pengetahuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapinya, serta mampu merencanakan dan menyelesaikan masalah drngan memanfaatkan potensi yang dimiliki masyarakat setempat. Slamet(46), menjelaskan bahwa pemberdayaan adalah usaha membuat masyarakat mampu mebangun dirinya dan memperbaiki kehidupannya sendiri. Mampu maksudnya: berdaya, paham, termotivasi, memiliki kesempatan, melihat dan memanfaatkan peluang, berenergi, mampu bekerjasama, tahu sebagai alternatif, mampu mengambil keputusan, berani mengambil risiko, mampu mencari dan menangkap informasi serta mampu bertindak sesuai insiatif. Dari uraian tersebut, tersirat bahwa pemberdayaan adalah upaya merubah perilaku dengan memicu potensi yang dimiliki oleh individu agar dapat berdaya dan mengatasi masalahnya. Sepaham dengan hal tersebut, Oos M. Anwas dalam tulisannnya mengatakan bahwa pemberdayaan juga memiliki makna

menghidupkan Kembali tatanan nilai, budaya, dan kearifan lokal dalam membangun jati dirinya sebagai individu dan masyarakat (47).

Pemberdayaan dengan melakukan intervensi telah dilakukan sejak dahulu termasuk dalam pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS, namun upaya tersebut terus dilakukan dengan meningkatkan kualitas intervensi karena banyak tantangan yang muncul oleh ketidakpahaman masyarakat. Sulitnya mengatasi stigma yang muncul secara liar terhadap pengidap HIV yang melahirkan diskriminasi karena anggapan yang buruk terkait perilaku kelompok berisiko tersebut yang menyebabkan meningkatnya jumlah pengidap HIV dan banyaknya jumlah yang tidak terdeteksi.

Pemberdayaan masyarakat berbasis budaya di Wakatobi dalam menurunkan kasus HIV dan AIDS merupakan intervensi perubahan perilaku dengan meningkatkan serta mempertahankan perilaku positif dengan berpusat pada upaya promotif dan preventif. Untuk itu, tahapan pemberdayaan dilakukan berdasarkan tahapan yang dikemukakan oleh Adi sebagai berikut(48):

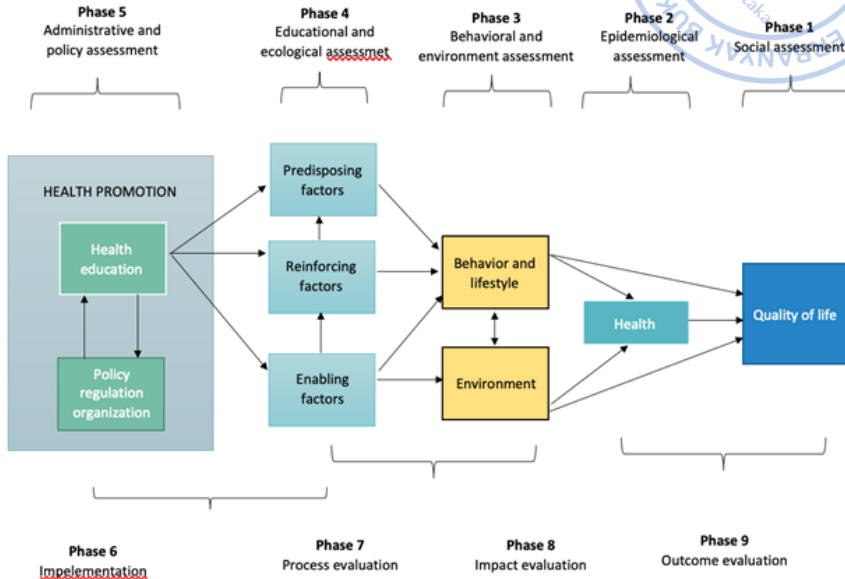
1. Tahap Persiapan

Pada tahap ini, telah dilakukan studi sebelumnya dimulai dengan perizinan pemerintah dan berdiskusi dengan petugas Kesehatan, tokoh agama, tokoh masyarakat setempat serta pemilik *Café*.

2. Tahap Pelaksanaan

Proses Pengkajian pada tahap ini dengan mengidentifikasi masalah dan memprioritaskan masalah berdasarkan informasi mengenai PIMS dalam hal ini HIV dan AIDS, fasilitas dan sarana prasarana yang dimiliki Kabupaten Wakatobi dalam upaya pencegahan dan pengendalian PIMS. Pelibatan masyarakat dalam tahap ini seperti melakukan *Focus Group Discussion* (FGD), dengan menghadirkan unsur pengambil keputusan dan *stake holders* dengan mendiskusikan permasalahan, menyusun prioritas masalah untuk ditindaklanjuti pada tahap selanjutnya. Menggunakan pendekatan Green tahun 1980, yaitu kerangka PRECEDE

(Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) yang terdiri dari lima diagnosis yaitu secara Sosial, Epidemiologi, Perilaku dan Lingkungan, Pendidikan dan organisasional serta administrasi kebijakan.



Gambar 10. Skema Teori PRECEDE-PROCEED oleh Green and Kreuter, 1999(16)

Kesimpulan yang didapatkan saat identifikasi masalah melalui FGD, penelusuran informasi, observasi dan dokumentasi adalah:

a. **Diagnosis Sosial (Social Needs Assesment)**

Diagnosis social merupakan prosedur penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau kualitas hidupnya, Penentuan diagnosis social berdasarkan indicator pada kerangka PRECEDE-PROCEED (49). Data ini didapatkan langsung dari informan dan saat Focus Group Discussion, sebagai berikut:

- Masyarakat Wakatobi banyak yang bekerja sebagai pedagang pakaian bekas dengan berdagang ke beberapa wilayah di Indonesia hingga sampai keluar negeri seperti Malaysia, Singapura, Brunai dalam waktu lama tanpa mengikuti

keluarga (istri).

- Diduga infeksi menular seksual terjadi karena melakukan hubungan seksual berisiko saat diperantauan dan menginfeksi pasangan seksual lainnya.
- Pengetahuan dan pemahaman yang minim terkait Infeksi Menular Seksual
- Stigma dan diskriminasi
- Masih Minim pelibatan komunitas
- Edukasi pada remaja SMP dan SMA namun masih insidentil

b. Diagnosis Epidemiologi (Epidemiological Assesment)

Pada fase ini dilakukan identifikasi masalah Kesehatan yang terkena atau terdeteksi kasus HIV berdasarkan usia, jenis kelamin, dll. Begitupun dampak dari kasus tersebut yang mengakibatkan kesakitan, kematian, kecacatan termasuk tanda dan gejala yang dirasakan. Pada fase ini juga diidentifikasi upaya penanganan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan KPAD Wakatobi (pencegahan, pengobatan, perawatan serta perubahan lingkungan maupun perilaku.

- Data dari Dinas Kesehatan dan KPAD Wakatobi menunjukkan kasus HIV tahun 2018 sebanyak 16 kasus, 2019 terdapat 20 kasus, tahun 2022 ditemukan 16 kasus.
- Pengobatan ARV pada pengidap HIV
- Terjadi loss to follow up pada beberapa kasus
- Screening pada THM-THM dilakukan secara berkala setiap 6 bulan

c. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan (Behavioral dan Environment Assesment)

Mengidentifikasi masalah perilaku dan non perilaku yang mempengaruhi atau penyebab timbulnya masalah Kesehatan, perilaku dapat mencegah timbulnya masalah Kesehatan, dan perilaku yang berhubungan dengan pengobatan atau perawatan. Untuk non perilaku dalam hal ini lingkungan yang berpengaruh terhadap masalah Kesehatan.

- Pemanfaatan fasilitas kesehatan yang rendah meski fasilitas telah memadai
- Jika merasakan gejala IMS, suspek tidak segera memeriksakan diri
- Kepatuhan melakukan *screening* yang rendah
- Kepatuhan untuk melakukan terapi yang rendah
- Masih melakukan alternatif pengobatan secara personalistic (tradisional)
- Terdapat pengidap HIV yang kurang memadai secara ekonomi

d. Diagnosis Pendidikan dan Organisasional

Pada fase ini dilakukan identifikasi determinan factor yang mempengaruhi Kesehatan masyarakat berdasarkan factor predisposisi/predisposing factors yang (meliputi pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan dan nilai) yang diyakini oleh masyarakat; factor pemungkin (factor yang memfasilitasi perilaku) antara lain tersedia fasilitas dan sarana prasarana pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri dan melakukan terapi ARV serta adanya dukungan social dari keluarga; factor Penguat / reinforcing factors (tokoh agama, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, orang tua, pengambil keputusan serta kebijakan atau aturan) yang menjadi factor pendorong untuk berperilaku.

Faktor Predisposisi:

- Masih banyak masyarakat di Kabupaten Wakatobi tidak memahami gejala dan pola penularan HIV AIDS
- ODHA dan keluarganya menganggap HIV bisa disembuhkan dengan pengobatan tradisional
- Keluarga menutup diri karena kekhawatiran stigma dan diskriminasi

Faktor Enabling:

- Terdapat populasi rentan / berisiko namun menyembunyikan diri
- Petugas promosi kesehatan yang terbatas

- Tersedia fasilitas *screening* dan pengobatan yang memadai
- Minim pelibatan media

Faktor Reinforce:

- Pemerintah Kabupaten, Dinas Kesehatan dan dinas terkait, PKK Kabupaten, Tokoh agama, tokoh masyarakat dan tokoh adat mendukung upaya pencegahan dan penanganan HIV AIDS namun belum ada upaya mandiri ataupun pengorganisasian yang dilakukan.
 - Tidak tersedia data dari dinas ketenagakerjaan terkait tenaga kerja yang keluar masuk Wakatobi
 - KPAD belum maksimal menjalankan fungsinya karena berbagai keterbatasan (SDM, Anggaran, Fasilitas)
 - Jarak tempuh rujukan yang jauh ke fasilitas Kesehatan yang lebih memadai (Kendari dan Baubau)
- e. Diagnosis Administrasi Kebijakan
- Keterbatasan anggaran pencegahan HIV AIDS
 - Petugas programmer yang terbatas tidak menetap
 - Telah dilakukan pemberdayaan komunitas pada kelompok anak muda muda



Gambar 11. Pelatihan upaya pencegahan HIV-AIDS pada perwakilan komunitas dan upaya Dinas Kesehatan dalam pemeriksaan ANC termasuk screening penyakit menular seksual



Gambar 12. Edukasi dan sosialisasi pencegahan HIV-AIDS pada sekolah serta FGD penguatan HIV-AIDS

- Belum ada komunitas peduli HIV AIDS

Menjawab hal tersebut telah dilakukan penguatan warga peduli HIV telah dideklarasikan melalui komitmen warga peduli HIV AIDS dengan pelibatan kelompok-kelompok strategis seperti, PKK, Dharma Wanita, dasawisma, kader, Genre, forum anak serta majelis Taklim.

3. Penguatan Komitmen bersama peduli HIV/AIDS

Pemberdayaan dengan melibatkan masyarakat lokal dan kelompok-kelompok strategis dalam masyarakat sebagai pelaku pencegahan HIV dan AIDS. Perannya kelompok-kelompok tersebut diharapkan memberikan perhatian pada masalah-masalah sosial terutama terkait kesehatan. Pemikiran-pemikiran dan masukan dari perwakilan masyarakat diakomodir oleh tim dengan mengelaborasi program yang ada dan dicetuskan dalam komitmen bersama dalam penguatan warga peduli HIV AIDS yang dipusatkan di Desa Tindoi kecamatan Wangi-wangi sebagai salah satu desa binaan.

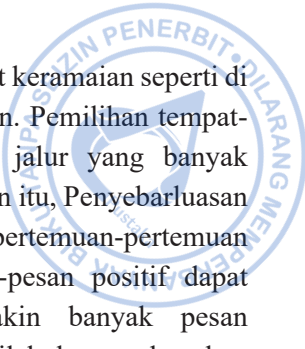
Belum masifnya pemberian informasi dan edukasi terkait IMS termasuk HIV dan AIDS kepada populasi rentan menjadi salah satu pertimbangan dilakukannya pemberdayaan. Upaya yang dilakukan selama ini masih sebatas informasi umum dan dilakukan secara *incidental*, sehingga perlu intervensi yang

menyentuh sesuai dengan kebiasaan dan budaya setempat agar mereka merasa jika komunikasi, Informasi dan Edukasi yang diberikan memang diperuntukkan untuk mereka yang berefek pada partisipasi aktif dalam upaya pencegahan PIMS. Bentuk kegiatan adalah pemberdayaan dengan pelatihan mengenai PIMS termasuk HIV dan AIDS pada kelompok usia remaja tahun yang merupakan perwakilan dari remaja dan pemuda. Remaja ini masih usia sekolah menengah atas yang merupakan sasaran strategis untuk dijadikan kelompok representative. Secara psikologis, usia remaja masih labil, masih tahap pencarian jati diri sehingga dengan pelibatan kelompok tersebut dapat merubah pengetahuan, sikap dan berwujud dalam perilaku sehat sehingga menjadi kelompok referensi bagi remaja lainnya. Secara data, umumnya kasus HIV terjadi pada kelompok muda/produktif sehingga program-program pencegahan sangat tepat melibatkan kelompok usia 15-45 tahun. Selanjutnya kampanye “Akhir AIDS dan Cegah HIV” dilakukan dengan peran serta pada acara-acara khusus yang sifatnya lokalitas, seperti pawai 1 Muharram 1445 memperingati tahun baru islam yang merupakan kegiatan rutin tahunan yang melibatkan semua SKPD di Kabupaten Wakatobi. Pelibatan forum anak dan duta Generasi berencana sekaligus penyebaran brosur pencegahan HIV AIDS.



Gambar 13. Kampanye peduli HIV/AIDS

Untuk mengakomodir belum masifnya pesan-pesan tentang HIV/AIDS, maka dipasang spanduk dan baliho dalam ukuran



besar pada tempat-tempat yang menjadi pusat keramaian seperti di pasar, Pelabuhan, pusat kota dan desa binaan. Pemilihan tempat-tempat tersebut merupakan pertimbangan jalur yang banyak dilalui ataupun dikunjungi masyarakat. Selain itu, Penyebarluasan informasi melalui pembagian brosur pada pertemuan-pertemuan rutin harus tetap dilakukan agar pesan-pesan positif dapat tersampaikan kepada masyarakat. Semakin banyak pesan yang diberikan, semakin sering edukasi dilakukan maka akan memberikan perubahan pengetahuan dan sikap pada sasaran karena keterpaparan informasi yang sesuai karakteristik masyarakat akan memberikan dampak perubahan pola pikir khususnya mengenai infeksi menular seksual.

Komunikasi, informasi dan edukasi dalam berbagai bentuk merupakan salah satu cara perolehan pengetahuan non formal yang sejatinya memberikan dampak yang positif terhadap perilaku sasaran. Dengan pendekatan tersebut, masyarakat tidak merasa digurui, tidak memaksa karena terjadi proses *feedback* atas informasi yang diterima. Sebagai pelaku perubahan dalam pemberdayaan, kegiatan-kegiatan yang dilakukan bertujuan mendorong masyarakat agar tahu, mau dan mampu untuk meningkatkan derajat kesehatannya dan mau memberdayakan dirinya khususnya dalam upaya pencegahan penyakit seperti infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.



Gambar 14. Pemasangan spanduk dan baligho di tempat – tempat strategis

Penguatan KIE juga dilakukan pada kelompok-kelompok atau komunitas yang ada di masyarakat seperti PKK, Dasawisma, majelis taklim, kader, genre dan forum remaja. Pelibatan forum remaja dan Genre merupakan representative anak muda yang akan memberikan edukasi kepada teman sebayanya, sehingga pemberdayaan yang dilakukan akan berdampak luas. Rhodes, dkk; Arakawa, mengungkapkan bahwa strategi yang terbaik untuk pelibatan masyarakat dalam pencegahan penyakit menular seksual adalah dengan memberdayakan kaum yang lebih muda antara usia 15-16 tahun karena pada usia tersebut remaja belum aktif secara seksual (50,51). Pada usia tersebut sangat efektif untuk diberikan Pendidikan seks yang tepat, diberikan pemahaman yang menyeluruh mengenai seksualitas yang bertujuan meningkatkan kesadaran akan risiko infeksi menular seksual.

Edukasi mengenai kesehatan seksual atau Kesehatan reproduksi juga dilakukan pada orang-orang yang mempunyai pekerjaan berisiko seperti di tempat hiburan malam agar mereka memiliki pengetahuan dan sadar bahwa pencegahan IMS sangat penting untuk dilakukan. Kunjungan berkala oleh petugas kesehatan dalam memberikan edukasi dan *screening* dapat mendorong upaya preventif sehingga dapat mereduksi penyebaran IMS. Demikian halnya pemberian edukasi pada masyarakat luas dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi sehingga orang yang berperilaku berisiko bisa sadar untuk melakukan pencarian pengobatan dan perawatan jika terinfeksi.

Peran masyarakat luas berdampak efektif dalam pencegahan IMS, jika orang yang berisiko terinfeksi ataupun ODHA merasa aman dalam melakukan pemeriksaan pada pelayanan kesehatan, maka pola penularan IMS dapat dimaksimalkan. Tentu saja hal tersebut merupakan membutuhkan upaya kolaborasi antara masyarakat dan pemerintah dalam hal ini instansi terkait disertai pengetahuan dan kesadaran untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dalam mencegah penyakit menular seksual, memutus stigma dan diskriminasi sehingga derajat Kesehatan meningkat.

Pelibatan kelompok PKK, dasawisma, kader dan majelis taklim bertujuan agar kelompok-kelompok tersebut dapat memberikan edukasi dalam keluarganya. Peran keluarga sangat penting dalam pembentukan perilaku anak terutama jika informasi tersebut berasal dari orang terdekat seperti ibu, keterbukaan dalam komunikasi dapat membantu pemberian informasi yang benar akan keingintahuan anak terkait kesehatan reproduksinya. Lou CH, dkk (2004) (52) mengungkapkan bahwa keluarga dan orangtua berperan sebagai agen pembentuk karakter dan nilai-nilai dalam kehidupan anak-anak mereka. Pendidikan seksual yang benar dan tepat pada tahapan usia yang sesuai, dapat membantu anak-anak memahami risiko dan konsekuensi dari penyakit menular seksual sehingga bertanggung jawab dengan kesehatan reproduksinya. Selain itu, komunikasi yang terbuka tentang seksualitas dan kesehatan

seksual dengan anak-anak juga akan membantu mereka merasa nyaman untuk mencari informasi dan bimbingan dari orangtua saat menghadapi pertanyaan atau tantangan terkait seksualitas. Dukungan dan pengawasan yang tepat dari keluarga dalam hal ini orangtua dapat mengajarkan anak-anak menjaga Kesehatan reproduksinya. Pentingnya peran keluarga dan orangtua menjadi kunci dalam membentuk perilaku positif dan kesadaran yang tinggi tentang pencegahan penyakit menular seksual pada generasi muda dan membantu menciptakan lingkungan yang mendukung serta menjaga kesehatan seksual.

Dalam skala yang lebih besar, dengan pemberdayaan masyarakat akan memberikan individu, kelompok dan masyarakat memiliki kendali yang kuat atas pengaruh lingkungan sosialnya. Dosch, etc., mengungkapkan bahwa pemberdayaan masyarakat mendorong terbentuknya kelompok-kelompok dan inisiatif lokal yang fokus pada pencegahan penyakit menular seksual. Dengan adanya kelompok-kelompok tersebut, informasi dan dukungan dapat saling terbagi, dan individu yang terinfeksi merasa lebih didukung dalam mencari perawatan dan mengatasi stigma sosial terkait penyakit menular seksual. Pemberdayaan masyarakat juga memfasilitasi akses mudah ke layanan kesehatan seksual yang berkualitas, termasuk tes dan pengobatan penyakit menular seksual, sehingga membantu mengurangi penyebaran infeksi dan meningkatkan kesehatan seksual secara keseluruhan (53,54). Lebih lanjut Frederick, etc., menjelaskan bahwa pemberdayaan masyarakat juga dapat menggalang dukungan dan partisipasi aktif dalam program-program pencegahan penyakit menular seksual yang didukung oleh masyarakat itu sendiri. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat berperan penting dalam membentuk budaya kesehatan seksual yang positif dan berkontribusi secara nyata dalam usaha pencegahan penyakit menular seksual (55, 56,57).

B. Pemberdayaan warga peduli HIV/AIDS

Tujuan pemberdayaan adalah terjadinya peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku baru mengenai PIMS, HIV dan AIDS. Diharapkan masyarakat terutama kalangan muda dapat berperan aktif dalam penyebarluasan informasi terkait IMS dan upaya pencegahan serta penanganannya. Sikap yang positif dari informasi yang tepat pada masyarakat akan berdampak positif dalam upaya pencegahan penyakit menular seksual dapat memutus stigma dan diskriminasi (58,59,60,61). Penerimaan dan pemberian kesempatan pada remaja atau kaum muda di Kabupaten Wakatobi dalam peran sebagai pelopor dan pelapor serta bertugas sebagai educator teman sebaya merupakan salah satu trigger yang baik dalam penyebarluasan informasi terkait HIV dan AIDS.

Peran komunitas seperti PKK, Dasawisma, majelis taklim, kader, kelompok-kelompok pemuda dan lainnya merupakan agen perubah (*agent of changes*) yang dapat berperan penting dalam memberikan edukasi kepada masyarakat akan kesadaran dalam mencegah HIV/AIDS seperti edukasi yang diberikan agar masyarakat dapat mencegah HIV/AIDS mencakup informasi dan pemahaman tentang berbagai aspek terkait virus ini.

Perubahan perilaku terhadap komunitas yang menjadi pemberdaya dalam buku Oos M. Anwas yang mengutip falsafah Prof. Dr. Pang S. Angsari dari IPB Bogor, menggunakan falsafah membakar sampah (47). dijelaskan bahwa dalam membakar sampah diawali dengan memilih sampah kering, jika yang kering telah terbakar, sampah yang masih basah serta merta akan mengering dan ikut terbakar pula. Apabila sampah tersebut basah semua, maka dibutuhkan bantuan minyak tanah untuk membakar. Filosofi membakar sampah tersebut dapat diterapkan ketika agen pemberdaya dalam hal ini komunitas yang telah dipilih melakukan perubahan secara terencana kepada sasaran. Pada tahap awal, memilih sasaran yang mudah dipengaruhi untuk melakukan perubahan seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, kelompok-kelompok strategis seperti PKK, kader, majelis taklim, komunitas remaja/muda. Setelah itu dilakukan pendekatan

dan diberikan penjelasan tentang kegiatan yang akan dilaksanakan beserta tujuannya, seperti upaya pencegahan HIV dan manfaatnya untuk sasaran. Ketika sasaran strategis tersebut sudah mau dan mampu menerima perubahan maka diharapkan dapat mempengaruhi sasaran yang lainnya. Namun jika ada kelompok atau lingkungan sosial tertentu yang sulit untuk dipengaruhi, maka diperlukan bantuan dalam bentuk lain yang sifatnya sebagai stimulus. Misalnya penghargaan kepada kelompok masyarakat yang telah berhasil melakukan perubahan meskipun masih relative kecil. Prinsipnya, perubahan sekececil apapun wajib untuk dihargai karena perubahan berjangka panjang yang menjadi harapan dimulai dari tahapan tahu, mau dan mampu untuk berubah dan berwujud adopsi perilaku berupa pola hidup sehat dan komitmen untuk peduli pada HIV/AIDS.

Pendekatan pada masyarakat harus berdasarkan akar masalah/ penyebab, jangan hanya lebih berfokus pada penanganan. Dengan mengelola aspek sosial sebagai co-kausalitas masalah HIV dan AIDS berarti berorientasi pada akar masalah yang akan memberikan efek permanen. Pemberian informasi yang akan mengkonstruksi pengetahuan sasaran yang berdampak pada perilaku positif akan memberikan ruang terjadinya proses transformasi yang sesuai dengan nilai, norma serta kebiasaan masyarakat setempat. Adanya sikap acuh tak acuh masyarakat bisa jadi karena metode pendekatan yang selama ini dilakukan belum tuntas dan tidak sistematis sehingga berefek perubahan bersifat sementara saja dan tidak ada tanggung jawab dari masyarakat untuk memelihara dan melanjutkan hasil yang telah diterima (63).

Disepakatinya penguatan komunitas masyarakat dengan bersumberdaya lokal yang diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek kelompok pemungkin yang dapat memberikan pengaruh dalam adopsi perilaku, yaitu dengan adanya komitmen bersama warga peduli HIV/AIDS.

- a. dapat berperan sebagai *peer Leader* pada pelatihan pencegahan penyakit menular seksual (PIMS, HIV, AIDS) sesuai kompetensinya.



b. Fungsi:

Dalam melaksanakan perannya, peserta mempunyai fungsi melakukan penyebaran informasi melalui Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) pada teman sebaya

c. Kompetensi:

1. Melaksanakan pelatihan mengenai pencegahan penyakit menular seksual (PIMS, HIV, AIDS) kepada teman sebaya
2. Memberikan informasi mengenai PIMS kepada teman sebaya
3. Melaksanakan edukasi tentang pencegahan PIMS kepada teman sebaya
4. Melakukan fasilitasi pendampingan KIE

Terjadinya perubahan pengetahuan masyarakat mengenai upaya promotive, preventif dan kuratif terkait HIV AIDS dengan melestarikan social budaya Buton yang menjunjung tinggi nilai-nilai kesucian (kangkilo) dan selalu memegang teguh norma dan aturan adat dan agama (toro), sehingga pemberdayaan dapat mencapai tujuan:

1. Terlaksananya pencegahan penyakit menular seksual (PIMS, HIV, AIDS) kepada teman sebaya dan masyarakat luas
2. Melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi tentang pencegahan PIMS , HIV dan AIDS kepada teman sebaya dan masyarakat luas
3. Melakukan fasilitasi pembentukan perilaku positif
4. Status Kesehatan masyarakat dipertahankan dan mendukung pencapaian target *three zero* HIV pada tahun 2030



BAB V

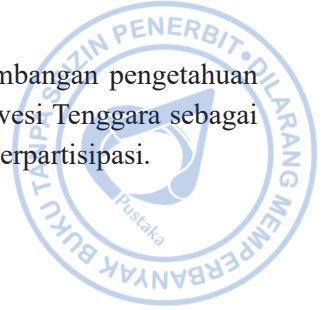
KESIMPULAN

Peningkatan jumlah kasus baru HIV dapat dicegah dengan adanya kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat. Upaya pencegahan dengan Pendayagunaan masyarakat dapat berjalan jika mendapatkan dukungan dari penentu kebijakan dari tingkat atas sampai pemerintah lurah/desa setempat yang menjadi sasaran advokasi. Begitupun dukungan yang didapatkan dari tokoh agama dan tokoh masyarakat serta kelompok-kelompok strategis seperti Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten, kader, dasawisma, dharma Wanita serta komunitas remaja/anak muda yang ada yang ada di masyarakat yang turut berpartisipasi dalam komitmen bersama warga peduli HIV/AIDS. Informasi terkait HIV dan AIDS yang benar, adekuat dan berkelanjutan dapat mengubah pandangan masyarakat untuk terbuka dalam menerima ODHA, mendorong untuk melakukan screening pada kelompok-kelompok berisiko sehingga target *three zero* pada tahun 2030 dapat tercapai.

Penutup

Buku ini merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan para pemerhati HIV dan AIDS dengan harapan dapat membantu program pemerintah dalam mewujudkan Zero kasus HIV pada tahun 2030. Tentu saja penulis sangat berterima kasih kepada Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi yang telah mendanai studi multi tahun ini, kepada pihak Universitas Muslim Indonesia yang senantiasa

memberikan motivasi dan dukungan dalam pengembangan pengetahuan dan kepada Pemerintah Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara sebagai lokasi serta semua masyarakat yang telah bersedia berpartisipasi.



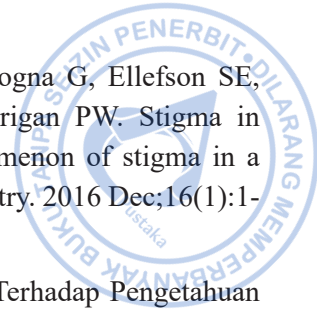
DAFTAR PUSTAKA



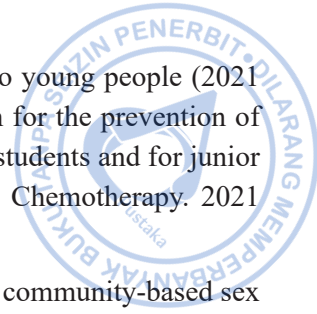
1. Kemenkes. Progam Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Kementerian Kesehat RI. 2017;4247608(021):613–4.
2. Kemenkes RI. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2020-2024. RAN_AIDS 2020-2024. 2020.
3. Mayaud P, McCormick D. Interventions against sexually transmitted infections (STI) to prevent HIV infection. Br Med Bull. 2001;58(1):129–53.
4. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: Old problems and modern challenges. Sex Transm Infect. 2004;80(3):174–82.
5. (CDC) C for DC and P. Sexually Transmitted Infections in Developing Countries. Curr Concepts Strateg Improv STI Prev Treat Control. 2008;
6. Kemenkes RI. Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS. 2015;1–89.
7. Bappenas. Ringkasan Metadata Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/ Indikator Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia [Internet]. Kementerian PPN / Bappenas. 2017. 106 p. Available from: http://sdgs.bappenas.go.id/wp-content/uploads/2017/09/Buku_Ringkasan_Metadata_Indikator_TPB.pdf
8. Direktur Jenderal P2P. Laporan Perkembangan HIV AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2021. Kementerian Kesehat RI [Internet]. 2021;4247608(021):613–4. Available from: https://siha.kemkes.go.id/portal/perkembangan-kasus-hiv-aids_pims#
9. (P2P) Direktur Jendral. Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan II Tahun 2022. Kementrian Kesehatan RI. 2022;4247608(021), PP. 613-614.

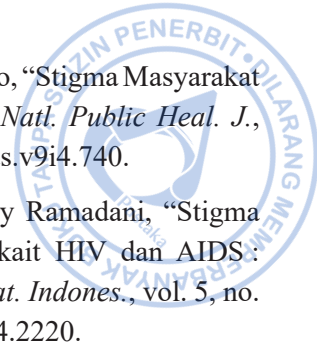
- 
10. Margaresa RA, Astuti W. Rencana Aksi Kegiatan Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2020-2024. GERMAS - Gerak Masy Sehat . 2020;1–49.
 11. Dinas Kesehatan Kabupaten Wakatobi. Profil Kesehatan Kabupaten Wakatobi. 2021;(8):100.
 12. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: rineka cipta. 2010
 13. Oktarina O, Hanafi F, Budisuari MA. Hubungan antara karakteristik responden, keadaan wilayah dengan pengetahuan, sikap terhadap HIV/AIDS pada masyarakat Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2009 Oct;12(4):21288.
 14. Utari R, Madya W, Pusdiklat KN. Taksonomi bloom. Jurnal: Pusdiklat KNPK. 2011;766(1):1-7.
 15. Darmawan IP, Sujoko E. Revisi taksonomi pembelajaran benyamin s. bloom. Satya Widya. 2013 Jun 5;29(1):30-9.
 16. Lestyani U, Rokhanawati D. *Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Sikap dalam Menghadapi Menarche pada Siswi Kelas V di SD Wilayah Kec. Karangnongko Kab. Sleman* (Doctoral dissertation, STIKES'Aisyiyah Yogyakarta).
 17. Azizah N, Sarumpaet SM, Lubis R. Analisis Pengetahuan dan Sikap tentang HIV/AIDS dan Bahaya Narkoba pada Siswa Laki-laki MAN 1 Medan Tahun 2016.
 18. Azwar S. Sikap dan perilaku dalam: sikap manusia teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2011:3-22.
 19. Ajzen I, Albarracin D, Hornik R, editors. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Psychology Press; 2007 Mar 13.
 20. Mahyarni M. Theory of reasoned action dan theory of planned behavior (Sebuah kajian historis tentang perilaku). Jurnal El-Riyasah. 2013;4(1):13-23.

- 
21. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon and schuster; 2009 Nov 24.
 22. Gunawan R, Septi AP. Fuji Aotari| Maret 2018.
 23. Kementerian Kesehatan, Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017, PM.02.02/3/1508/2017, 24 Mei 2017
 24. Paryati T, Raksanagara AS, Afriandi I, Kunci K. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan: kajian literatur. Univ Padjajaran Bandung. 2012.
 25. Stigma dalam Perspektif. <https://rsj.babelprov.go.id/content/stigma-dalam-perspektif>. Diakses tanggal 10 Juni 2023.
 26. Berek PA, Bubu W. Hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan stigmatisasi terhadap orang dengan hiv/aids di rsud MGR. GABRIELMANEK, SVD ATAMBUA. Jurnal Sahabat Keperawatan. 2019 Jul 1;1(02):36-43.
 27. Kemenkes RI. Buku pedoman penghapusan stigma dan diskriminasi bai pengelola program, petugas layanan kesehatan dan kader. Bakti Husada. 2012.
 28. Hasibuan EK, Aryani N, Simanjuntak GV. Stigma dan diskriminasi serta strategi koping pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di kota Medan, Sumatera Utara. Holistik Jurnal Kesehatan. 2019 Dec;13(4):396-401.
 29. Maharani R. Stigma dan diskriminasi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada pelayanan kesehatan di Kota Pekanbaru tahun 2014. Jurnal Kesehatan Komunitas. 2014 Nov 1;2(5):225-32.
 30. Mahajan AP, Kinsler JJ, Cunningham WE, James S, Makam L, Manchanda R, Shapiro MF, Sayles JN. Does the centers for disease control and prevention's recommendation of opt-out HIV screening impact the effect of stigma on HIV test acceptance?. AIDS and Behavior. 2016 Jan;20:107-14.

- 
31. Pingani L, Catellani S, Del Vecchio V, Sampogna G, Ellefson SE, Rigatelli M, Fiorillo A, Evans-Lacko S, Corrigan PW. Stigma in the context of schools: Analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. *BMC psychiatry*. 2016 Dec;16(1):1-7.
 32. Wilandika A. Pengaruh Case-Based Learning Terhadap Pengetahuan HIV/AIDS, Stigma Dan Penerimaan Mahasiswa Keperawatan Pada ODHA. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2017;3(1):1-2.
 33. Haerati H, Asrina A, Suriah S, Gobel FA. Loss To Follow Up Pada Orang Dengan Hiv Dan Aids Yang Menerima Terapi Antiretroviral Di Kabupaten Bulukumba. In *Prosiding Seminar Nasional Sinergitas Multidisiplin Ilmu Pengetahuan dan Teknologi 2018 Jul 31 (Vol. 1, pp. 326-331)*.
 34. Balfour L, Corace K, Tasca GA, Plummer WB, MacPherson PA, Cameron DW. High HIV knowledge relates to low stigma in Pharmacists and University Health Science Students in Guyana, South America. *International Journal of Infectious Diseases*. 2010; 14 (10): e881-7.
 35. Li L, Wu Z, Wu S, Zhaoc Y, Jia M, Yan Z. HIV-related stigma in health care settings: a survey of service providers in China. *AIDS patient care and STDs*. 2007 Oct 1;21(10):753-62.
 36. Yani F, Sylvana F, Hadi AJ. Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Kabupaten Aceh Utara. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*. 2020 Jan 15;3(1):56-62.
 37. Theodorson, G.A., & Theodorson, A.G. 1979. *A Modern Dictionary of Sociology*. London: Barnes & Noble Books.
 38. MAITSA DI, Aritonang AN, Oktilia H. DISKRIMINASI YANG DIALAMI ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DAMPINGAN YAYASAN SEHAT PANGHURIPAN SUKOWATI KABUPATEN SRAGEN. *Indonesian Journal of Social Work*. 2021 Feb 28;4(02).

- 
39. Fulthoni RA, Aminah S, Sihombing UP. Memahami Diskriminasi: Buku Saku Untuk Kebebasan Beragama. Jakarta Selatan: The Indonesia Legal Resource Center. 2009.
 40. bin Yahya A. Psikologi sosial alam remaja. PTS Professional; 2006.
 41. Liliweri A. Prasangka dan konflik; komunikasi lintas budaya masyarakat multikultur. LKiS Pelangi Aksara; 2005.
 42. Darmawan BA, Permatasari I. Upaya Penurunan Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA Menuju Indonesia Bebas HIV/AIDS 2030.
 43. Stackpool-Moore L, Nkosi S, Zulu PK, Presley J, Ferguson L. Addressing stigma and discrimination at scale: uniting for a common vision while acknowledging local realities. *Journal of the International AIDS Society*. 2022 Mar;25(3).
 44. Tuba S, Syaripudin A, Chalim A, Manullang SO, Sari AL. Removing The Stigma and Discrimination for People with HIV/AIDS: The Main Role of Civil Society. *HIV Nursing*. 2023 Jan 29;23(3):47-56.
 45. RI K. Health Statistics. In: Data dan Informasi: Profil Kesehatan Indonesia. 2018.
 46. Slamet M. Membentuk pola perilaku manusia pembangunan. Bogor: IPB Press; 2003.
 47. Anwas OM. Pemberdayaan masyarakat di era global. Alfabeta; 2013.
 48. Adi IR. Pemberdayaan, pengembangan masyarakat dan intervensi komunitas:(pengantar pada pemikiran dan pendekatan praktis). Lembaga Penerbit, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia; 2003.
 49. Green LW. Health program planning. An Educ Ecol approach. 2005;
 50. Rhodes SD, Daniel-Ulloa J, Wright SS, Mann-Jackson L, Johnson DB, Hayes NA, Valentine JA. Critical elements of community engagement to address disparities and related social determinants of health: the centers of disease control and prevention community approaches to reducing sexually transmitted disease initiative. *Sexually transmitted diseases*. 2021 Jan;48(1):49

- 
51. Arakawa S. Education for prevention of STIs to young people (2021 version) Standardized slides in youth education for the prevention of sexually transmitted infections-for high school students and for junior high school students. *Journal of Infection and Chemotherapy*. 2021 Oct 1;27(10):1375-83.
 52. Lou CH, Wang B, Shen Y, Gao ES. Effects of a community-based sex education and reproductive health service program on contraceptive use of unmarried youths in Shanghai. *Journal of Adolescent Health*. 2004 May 1;34(5):433-40.
 53. Dosch A, Rochat L, Ghisletta P, Favez N, Van der Linden M. Psychological factors involved in sexual desire, sexual activity, and sexual satisfaction: A multi-factorial perspective. *Archives of sexual behavior*. 2016 Nov;45:2029-45.
 54. Gobel, F.A. and Asrina, A., 2020. Pengaruh Edukasi Penyakit Menular Seksual Dan HIV/AIDS Terhadap Pengetahuan Siswa SMU Negeri 1 Kabupaten Jenepono. *Paulus Journal of Society Engagement*, 1(2), pp.36-42.
 55. Frederick H, Wade J, Parker S, Wilson D, Wiley B, Taylor K. Understanding Openness to Involvement in Sexual Health Care Research: Narratives from a Sample of Black College Women in the United States. *J Sex Res*. 2022 Nov-Dec;59(9):1122-1132. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1994515>.
 56. Andi Asrina SK, Idris FP, Muhammad Ikhtiar SK. Pendekatan Komunitas Sebagai Upaya Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Wakatobi. *Nas Media Pustaka*; 2021 Sep 1.
 57. Asrina A, Ikhtiar M, Idris FP. Intervensi Media Promosi Kesehatan Terhadap Perubahan Sikap Anggota OSIS mengenai Pencegahan HIV AIDS. *Jurnal Keperawatan*. 2022 Aug 1;14(3):703-8.
 58. N. Eka, S. Deni K, and A. Irvan, "Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA di Kota Bandung," pp. 1–10, 2012.

- 
59. Z. Shaluhayah, S. B. Musthofa, and B. Widjanarko, "Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS," *Kesmas Natl. Public Heal. J.*, vol. 9, no. 4, p. 333, 2015, doi: 10.21109/kesmas.v9i4.740.
60. Aris Tristanto, Afrizal, Sri Setiawati, and Mery Ramadani, "Stigma Masyarakat dan Stigma pada Diri Sendiri terkait HIV dan AIDS: Tinjauan Literatur," *Media Publ. Promosi Kesehat. Indones.*, vol. 5, no. 4, pp. 334–342, 2022, doi: 10.56338/mppki.v5i4.2220.
61. Asrina, A., Yusriani, Y., Idris, F.P., Ikhtiar, M. and Amir, H., 2023. Path Analysis of The Influence Of Knowledge on Clean and Healthy Living Behavior Through Perceived Susceptibility as an Intervening Variable In HIV AIDS Prevention. *Health Education and Health Promotion*, 11(2), pp.1001-1007.
62. Arlin Adam. Meretas Problematika AIDS. Orbit Publishing jakarta. 2011

DOKUMENTASI





HIV sangat berkaitan dengan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS), karena merupakan pintu masuk terjadinya HIV begitupun dengan penularannya. Dalam suatu populasi, distribusi penyebaran IMS tidaklah bersifat statis. Dari waktu ke waktu, epidemi berkembang melalui berbagai fase yang ditandai dengan perubahan pola distribusi dan transmisi patogen IMS antar populasi. Secara umum, pada awal suatu epidemi di suatu daerah, patogen IMS mulai ditularkan dari atau di dalam populasi risiko tinggi dengan laju infeksi yang tinggi dan pertukaran pasangan yang cepat (core group). Seiring dengan berkembangnya epidemi, patogen mulai disebarkan kepada populasi dengan risiko lebih rendah (bridging population), yang merupakan penghubung seksual penting antara core group dengan populasi.

Faktor risiko di Indonesia yang dapat mempercepat penyebaran HIV/AIDS antara lain meningkatnya penggunaan narkoba suntik, perilaku berisiko seperti penggunaan jarum suntik bersama, tingginya penyakit seksual menular pada anak jalanan, keengganan pelanggan seks pria untuk menggunakan kondom, tingginya angka migrasi dan perpindahan penduduk, serta kurangnya pengetahuan dan informasi pencegahan HIV/AIDS. Upaya pencegahan merupakan prioritas dalam penanggulangan HIV/AIDS. Hal ini berkaitan erat dengan situasi penularan HIV/AIDS yang ada di masyarakat. Pencegahan penyakit dilakukan melalui upaya kampanye yang meliputi pemberian informasi, edukasi, dan komunikasi (KIE) sesuai dengan budaya dan agama setempat.

Dukungan Direktorat P2PML terhadap Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan pencapaian tujuan Direktorat P2PML yaitu terselenggaranya pengendalian penyakit menular langsung secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya antara lain melalui : Pengendalian penyakit HIV/AIDS dan PIMS yang ditandai dengan meningkatkan Persentase GDHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV sebesar 95% di akhir tahun 2024.

nasmedia
Penerbit Anggota IKAPI

Sidorejo, Prambanan, Klaten 55584
Batua Raya No.3 Makassar 90233
☎62812 1313 3800
redaksi@nasmedia.id
www.nasmedia.id

