

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem imun tubuh dan jika terus berkembang akan menyebabkan AIDS.^{1,2}

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah sekelompok gejala yang ditimbulkan karena kerusakan sistem imun tubuh oleh infeksi HIV.^{1,3}

Pada tahun 2018 secara global ada 37,9 juta orang yang hidup dengan HIV. Yakni didapatkan 36,2 juta orang dewasa dan 1,7 juta anak-anak (<15 tahun). Ada 79% dari semua orang yang hidup dengan HIV mengetahui status HIV mereka dan sekitar 8,1 juta orang tidak tahu bahwa mereka hidup dengan infeksi HIV.⁴

Dari data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018 didapatkan sebanyak 25,7 juta mengidap HIV di Afrika, di kawasan Asia Pasifik didapatkan 3,8 juta jiwa, kemudian sebanyak 3,5 juta jiwa pengidap HIV di Amerika, didapatkan 400.000 jiwa di Mediterania Timur dan 1,9 juta jiwa di kawasan Pasifik Barat. Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk dalam Kawasan Asia Pasifik. Kawasan ini menduduki peringkat kedua sebagai wilayah dengan pengidap HIV/AIDS terbanyak. Indonesia mencapai angka 620.000 pengidap HIV/AIDS.⁵

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) menyebutkan bahwa jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 1987 sampai dengan tahun 2018 di Indonesia mengalami kenaikan setiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 yaitu 327.282 jiwa. Terdapat 5 provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah DKI Jakarta (58.877), diikuti Jawa Timur (48.241), Jawa Barat (34.149), Papua (32.629) dan Jawa Tengah (27.629). Dan jumlah kumulatif penderita AIDS yang dilaporkan dari tahun 1987 sampai dengan tahun 2018 sebanyak 114.065 jiwa. Persentase

kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (32.3%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (30.9%), 40-49 tahun (13.4%), 50-59 tahun (5%) dan 15-19 tahun (3.3%). Persentase penderita AIDS pada laki-laki (58%) dan perempuan (33%). Sementara itu, yang tidak melaporkan jenis kelamin sebanyak 9%. Dan 5 provinsi dengan jumlah AIDS terbanyak adalah Papua (22.538), Jawa Timur (19.829), Jawa Tengah (10.111), DKI Jakarta (9.932) dan Bali (7.990).⁶

Dengan jumlah di atas secara nasional dari 34 provinsi penderita HIV/AIDS di Sumatera Utara menempati peringkat ke tujuh. Dari kasus yang dilaporkan, yakni penderita HIV hingga Desember 2018 mencapai 16.890 jiwa dan penderita AIDS mencapai 4.064 jiwa di Sumatera Utara. Hal ini disebabkan karena adanya kasus yang tidak terdeteksi sehingga penyebaran HIV/AIDS terus terjadi melalui warga yang mengidap HIV/AIDS.⁶

Dari data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) pada tahun 2017 kabupaten/kota di Sumatera Utara dengan penderita baru HIV/AIDS tertinggi, yaitu Kota Medan dengan 1.336 kasus HIV dan jumlah kumulatif AIDS yakni 3.296 kasus, Kabupaten Deli Serdang dengan 173 kasus HIV dan jumlah kumulatif AIDS dengan 152 kasus dan Kota Pematang Siantar dengan 91 kasus HIV dan jumlah kumulatif AIDS dengan 84 kasus. Dengan demikian, Kabupaten Deli Serdang masuk ke dalam peringkat kedua setelah kota Medan.⁷

Penderita HIV/AIDS yang menunjukkan gejala infeksi oportunistik dikenal dengan sebutan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Dampak negatif yang dialami bukan saja didapatkan dari fisik namun, pada psikologinya juga. Maka mereka akan merasa takut melakukan tes HIV karena bila hasilnya diketahui positif menderita HIV maka mereka akan dikucilkan. Hal ini yang memicu mereka untuk tidak berobat apabila menderita HIV yang dampaknya akan menurunkan tingkat kesehatan mereka dan juga meningkatkan penularan infeksi pada masyarakat. Hal demikian terjadi akibat kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS dan cara penularannya yang menimbulkan stigma dan diskriminasi yang cenderung melekat pada ODHA.⁸

Stigma adalah sikap negatif yang timbul dikarenakan seseorang dianggap ternoda atau tercela di lingkungan hidupnya.⁹ Menurut Link dan Phelan dalam Scheid & Brown mengemukakan bahwa stigma juga berarti fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan *labeling*, *stereotip*, *separation* dan mengalami diskriminasi. Stigma dapat dialami sebagai rasa malu atau bersalah atau secara luas dapat dinyatakan sebagai diskriminasi. Hal ini dapat menyebabkan penurunan percaya diri, kehilangan motivasi, penarikan diri dari kehidupan sosial, menghindari pekerjaan, interaksi dalam kesehatan dan kehilangan perencanaan masa depan.^{10,11}

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya stigma pada ODHA di masyarakat. Pendidikan kesehatan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan mengenai HIV/AIDS dalam banyak penelitian dibuktikan sebagai salah satu faktor yang paling mempengaruhi terjadinya pengurangan stigma. Orang yang memiliki pengetahuan cukup tentang faktor risiko, transmisi, pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS cenderung tidak takut dan tidak memberikan stigma terhadap ODHA.^{8,12}

Stigma dan diskriminasi ODHA ini sendiri juga berdampak pada anak. Pada persoalan anak adalah hal yang tidak mudah untuk menyampaikan tentang sikap masyarakat yang menolak kehadiran mereka. Ketika status HIV anak dibuka maka bisa jadi stigma yang ada akan semakin kuat dan perilaku diskriminatif juga semakin nyata. Namun, apabila tidak disampaikan akan dapat menimbulkan dampak negatif pada anak dan lingkungan di sekitar anak (terutama teman-teman bermain dan lingkungan sekolah). Dari sini jelas bahwa stigma bukanlah hal yang mudah untuk dihadapi apalagi ditangani.¹³

Dari hasil penelitian Colti Sistiarani dkk yang berjudul “Peran Keluarga dalam Pencegahan HIV/AIDS di Kecamatan Purwokerto Selatan” bahwa masih ada yang belum memahami penyebab dan cara penularan serta pencegahan HIV/AIDS serta tidak mengetahui tentang istilah stigma HIV dan AIDS namun menyatakan akan menjauhi/membatasi diri jika berhadapan dengan orang dengan HIV/AIDS. Sosialisasi dan pemberian informasi tentang apa itu HIV/AIDS,

pencegahan serta penularannya belum banyak dilakukan dan bahkan jarang sehingga upaya pemberdayaan di masyarakat masih kurang.¹⁴

Menurut penelitian Berliana Situmeang dkk yang berjudul “Hubungan Pengetahuan HIV/AIDS dengan Stigma terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kalangan Remaja 15-19 Tahun di Indonesia” menyatakan bahwa pengetahuan yang kurang lebih berisiko mempunyai stigma terhadap ODHA dibandingkan dengan pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS.¹⁵

Penelitian tentang pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS masih belum maksimal dalam pengupayaan untuk memahami seperti apa penularan HIV/AIDS terutama dalam pendidikan dan di lingkungan sekolah. Oleh karena itu, penelitian diperlukan untuk mengetahui aspek pengetahuan serta psikososial orangtua terhadap stigma HIV/AIDS untuk membantu mengurangi pandangan negatif terhadap orang dengan HIV/AIDS.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah berdasarkan latar belakang di atas adalah “Apakah terdapat hubungan pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS di lingkungan sekolah?”

1.3. Hipotesis

- a. H_0 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS di lingkungan sekolah.
- b. H_a : Ada hubungan antara pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS di lingkungan sekolah.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS di lingkungan sekolah.

1.4.2. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui tingkat pengetahuan orangtua terhadap stigma HIV/AIDS.
2. Mengetahui sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS.

1.5. Manfaat penelitian

a. Bagi Instansi Pendidikan

Menambah referensi penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen Medan dan juga dapat digunakan sebagai rujukan bagi penelitian selanjutnya.

b. Bagi Organisasi Kemanusiaan dan Kelompok pendukung lainnya

Sebagai media untuk meluruskan stigma negatif terhadap sekelompok orang dengan HIV/AIDS terutama dalam lingkungan sekolah.

c. Bagi Peneliti

Memberi pengetahuan dan pengalaman dalam melaksanakan penelitian khususnya mengenai hubungan pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma
HIV/AIDS.

d. Bagi Masyarakat

Membantu masyarakat memahami dan mengerti tentang bagaimana tentang infeksi HIV/AIDS sehingga dapat mengurangi persepsi negatif pada penderita HIV/AIDS serta mengetahui bagaimana cara penularan dan penanggulangannya.

e. Bagi Penelitian Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai bahan perbandingan bagi penelitian yang ingin melanjutkan maupun penelitian yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap orangtua terhadap stigma HIV/AIDS.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. HIV/AIDS

2.1.1. Epidemiologi HIV/AIDS

Infeksi HIV telah menyebar di seluruh dunia kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual atau parenteral. Infeksi paling sering terjadi pada pasien yang berisiko tinggi mengalami penyakit menular seksual terutama sering ditemukan di ulkus genitalia.²

Dari data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018 didapatkan sebanyak 25,7 juta mengidap HIV di Afrika, di kawasan Asia Pasifik didapatkan 3,8 juta jiwa, kemudian sebanyak 3,5 juta jiwa pengidap HIV di Amerika, didapatkan 400.000 jiwa di Mediterania Timur dan 1,9 juta jiwa di kawasan Pasifik Barat. Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk dalam Kawasan Asia Pasifik. Kawasan ini menduduki peringkat kedua sebagai wilayah dengan pengidap HIV/AIDS terbanyak. Indonesia menyumbang angka 620.000 pengidap HIV/AIDS.⁵

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) menyebutkan bahwa jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 1987 sampai dengan tahun 2018 mengalami kenaikan setiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 jiwa. Terdapat 5 provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah DKI Jakarta (58.877), diikuti Jawa Timur (48.241), Jawa Barat (34.149), Papua (32.629) dan Jawa Tengah (27.629). Dan jumlah kumulatif penderita AIDS yang dilaporkan dari tahun 1987 sampai dengan tahun 2018 sebanyak 114.065 jiwa. Persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (32.3%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (30.9%), 40-49 tahun (13.4%), 50-59 tahun (5%) dan 15-19 tahun (3.3%). Persentase penderita AIDS pada laki-laki (58%) dan perempuan (33%). Sementara itu, yang tidak melaporkan jenis kelamin sebanyak 9%.

Terdapat 5 provinsi dengan jumlah AIDS terbanyak adalah Papua (22.538), Jawa Timur (19.829), Jawa Tengah (10.111), DKI Jakarta (9.932) dan Bali (7.990).⁶

Dengan jumlah di atas secara nasional dari 34 provinsi penderita HIV/AIDS di Sumatera Utara menempati peringkat ke tujuh. Dari kasus yang dilaporkan yakni penderita HIV hingga Desember 2018 mencapai 16.890 jiwa dan penderita AIDS mencapai 4.064 jiwa di Sumatera Utara. Hal ini disebabkan karena adanya kasus yang tidak terdeteksi sehingga penyebaran HIV/AIDS terus terjadi melalui warga yang mengidap HIV/AIDS.⁶

Dari data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2017 kabupaten/kota di Sumatera Utara dengan penderita baru HIV/AIDS tertinggi yaitu Kota Medan dengan 1.336 kasus HIV dan jumlah kumulatif AIDS yakni 3.296 kasus, Kabupaten Deli Serdang dengan 173 kasus HIV dan jumlah kumulatif AIDS dengan 152 kasus dan Kota Pematang Siantar dengan 91 kasus HIV dan jumlah kumulatif AIDS dengan 84 kasus. Dengan demikian, Kabupaten Deli Serdang masuk ke dalam peringkat kedua setelah kota Medan.⁷

2.1.2. Etiologi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) atau disebut retrovirus yang memiliki nama lain sebelumnya yaitu *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) atau *Human T-Cell Leukemia Virus III* (HTLV-III). LAV ditemukan oleh Montagnier dkk pada tahun 1983 di Perancis, sedangkan HTLV-III ditemukan di Gallo dan di Amerika Serikat pada tahun selanjutnya. Virus yang sama ini ternyata banyak ditemukan di Afrika Tengah. Sebuah penelitian pada 200 monyet hijau Afrika 70% dalam darahnya mengandung virus tersebut tanpa menimbulkan penyakit. Nama lain virus tersebut ialah HIV.¹⁶

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) disebabkan oleh HIV yakni suatu retrovirus manusia *nontransforming* (tidak disebabkan transformasi sel) yang termasuk dalam famili *lentivirus*. Virus yang termasuk ke dalam kelompok ini adalah *feline immunodeficiency virus*, *simian immunodeficiency virus*, virus visna pada domba, virus imunodefisiensi pada sapi dan *equine infectious anemia virus*.¹⁷

Dari penderita AIDS dapat dibagi menjadi dua bentuk HIV yang berkaitan tetapi berbeda secara genetik yang disebut HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 adalah jenis tersering yang menyebabkan AIDS di Amerika Serikat, Eropa dan Afrika Tengah, sedangkan HIV-2 menyebabkan penyakit yang sama terutama di Afrika Barat dan India. Meskipun berbeda HIV-1 dan HIV-2 memiliki beberapa antigen yang sama. Akan tetapi, pemeriksaan spesifik untuk HIV-2 kini telah tersedia dan darah yang dikumpulkan untuk transfusi secara rutin diperiksa untuk mengetahui seropositivitas HIV-1 dan HIV-2.¹⁷

2.1.3. Patogenesis

Walaupun banyak menginfeksi banyak jaringan namun ada dua sasaran utama dari virus HIV yakni sistem imun dan susunan saraf pusat. Gangguan pada sistem imun mengakibatkan kondisi imunodefisiensi pada *cell mediated immunity* yang mengakibatkan penurunan sel CD4+ dan ketidakseimbangan fungsi ketahanan sel T Helper. Selain sel tersebut, makrofag dan sel dendritik juga merupakan sasaran dari infeksi HIV. Virus HIV masuk ke dalam tubuh melalui jaringan mukosa dan darah lalu sel akan menginfeksi sel T, sel dendritik dan makrofag. Infeksi kemudian berkembang di jaringan limfoid dimana virus akan menjadi laten pada periode yang lama. Replikasi aktif virus menyebabkan bertambahnya sel yang terinfeksi dan perkembangan penyakit menuju ke AIDS.¹⁷

HIV menginfeksi sel dengan mengikat permukaan sel sasaran yang memiliki molekul reseptor CD4. Sasaran utama virus HIV adalah limfosit T CD4+. Gp120 HIV berikatan kuat dengan limfosit CD4+ sehingga gp41 menjadi perantara fusi membran virus ke membran sel. Agar glikoprotein gp120 dan gp41 dapat berikatan dengan reseptor CD4+ diperlukan koreseptor permukaan sel yaitu CCR5 atau CXCR4. Koreseptor ini menyebabkan perubahan-perubahan konformasi sehingga gp41 dapat masuk ke membran sel sasaran.¹⁸

Sel-sel lain yang mungkin rentan terhadap infeksi HIV mencakup monosit dan makrofag. Monosit dan makrofag yang terinfeksi dapat berfungsi sebagai reservoir untuk HIV, tetapi tidak dapat dihancurkan oleh virus. HIV dapat menginfeksi beragam sel manusia seperti sel NK (*natural killer*), Limfosit B, sel

Endotel, sel Epitel, sel Langerhan, sel Dendritik, sel Mikroglia dan berbagai jaringan tubuh.¹⁸

Setelah virus berfusi dengan limfosit T CD4+ maka terjadilah serangkaian proses kompleks yang menyebabkan terbentuknya partikel-partikel virus yang baru dari sel terinfeksi. Limfosit T CD4+ yang terinfeksi mungkin tetap laten dalam keadaan provirus atau mungkin mengalami siklus-siklus replikasi sehingga menghasilkan banyak virus. Infeksi pada CD4+ juga dapat menimbulkan sitopatogenesitas melalui beragam mekanisme termasuk apoptosis (kematian sel terprogram), anergi (pencegahan fusi sel lebih lanjut) atau pembentukan sintisium (fusi sel).¹⁸

Setelah terjadi fusi sel-virus RNA virus masuk ke bagian tengah sitoplasma limfosit T CD4+. Setelah nukleokapsid dilepas maka terjadi transkripsi terbalik (reverse transcription) dari satu untai-tunggal RNA menjadi DNA salinan (Cdna) untai-ganda virus. Integrase HIV membantu insersi cDNA virus ke dalam inti sel pejamu. Apabila sudah menyatu ke dalam kromosom sel pejamu maka dua untai DNA sekarang menjadi provirus. Provirus menghasilkan RNA *messenger* (mRNA) yang meninggalkan inti sel dan masuk ke dalam sitoplasma. Protein-protein virus dihasilkan dari mRNA lengkap dan yang telah mengalami penggabungan (*splicing*) setelah RNA genom dibebaskan ke dalam sitoplasma. Tahap akhir produksi virus membutuhkan suatu enzim virus yang disebut HIV protease yang memotong dan menata protein virus menjadi segmen-segmen kecil yang mengelilingi RNA virus membentuk partikel virus menular yang menonjol dari sel pejamu. Partikel-partikel virus tersebut akan terbungkus oleh sebagian dari membran sel yang terinfeksi. HIV yang baru terbentuk sekarang dapat menyerang sel-sel rentan lainnya di seluruh tubuh.¹⁸

Replikasi virus HIV berlanjut sepanjang periode latensi klinis bahkan saat hanya terjadi aktivitas virus yang minimal di dalam darah. HIV ditemukan dalam jumlah besar di dalam limfosit T CD4+ dan makrofag di seluruh sistem limfoid pada semua tahap infeksi. Partikel-partikel virus juga telah dihubungkan dengan sel-sel dendritik folikular yang mungkin memindahkan infeksi ke sel-sel selama migrasi melalui folikel-folikel limfoid.¹⁸

Walaupun selama masa latensi klinis tingkat viremia (virus berada didalam aliran darah) dan replikasi virus di sel-sel mononukleus darah perifer rendah namun, pada infeksi ini tidak ada latensi yang sejati. HIV secara terus-menerus terakumulasi dan bereplikasi di organ-organ limfoid. Terjadi replikasi dalam jumlah sangat besar dan pertukaran sel yang sangat cepat dengan waktu paruh virus dan sel penghasil virus di dalam plasma sekitar 2 hari yang menunjukkan bahwa terjadi perlawanan terus-menerus antara virus dan sistem imun.¹⁸

2.1.4. Penularan Penyakit

Penularan HIV dapat terjadi melalui beberapa faktor diantaranya kontak seksual, homoseksual dan heteroseksual, melalui darah atau produk darah, oleh ibu yang terinfeksi kepada bayi secara perinatal atau melalui Air Susu Ibu (ASI) maupun melalui pekerjaan khususnya pada pekerja kesehatan.¹⁹

Penularan seksual adalah cara utama penularan di seluruh dunia. Penularan secara homoseksual merupakan penyebab tersering di Amerika, sedangkan penyebab tersering penularan HIV di dunia adalah penularan secara heteroseksual terutama di negara berkembang. Virus HIV ditemukan di dalam cairan semen, baik dalam sel mononukleus yang terinfeksi maupun dalam cairan seminalis bebas sel. Virus HIV ada pada cairan seminalis yang memiliki konsentrasi limfosit tinggi, seperti pada kondisi peradangan genitalia misalnya uretritis dan epididimitis.¹⁹

HIV dapat ditularkan dengan mudah melalui trauma saat melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual melalui anus lebih rentan mengalami penularan dikarenakan mukosa rektum lebih tipis dibandingkan dengan mukosa vagina.¹⁹

Penularan virus HIV melalui darah dapat terjadi pada individu yang sering tukar-menukar jarum suntik yang sudah terpapar HIV yang digunakan untuk menyuntik obat-obatan terlarang dan penularan melalui produk darah, yaitu pada saat individu yang menerima transfusi darah. Diperkirakan 90-100% orang yang menerima transfusi dari darah yang tercemar virus tersebut akan mengalami infeksi.¹⁹

Penularan HIV dari ibu kepada janin atau anak dapat terjadi sewaktu ibu hamil ataupun sewaktu persalinan. Infeksi HIV dapat terjadi pada kehamilan di

trimester pertama dan kedua. Hal tersebut didasari dari temuan analisis virologi atas janin yang mengalami abortus. Namun, diperkirakan penularan maternal kepada janin atau bayi terutama pada masa perinatal. Hal ini didasari saat identifikasi *polymerase chain reaction* (PCR) pada bayi baru lahir negatif dan positif pada beberapa bulan kemudian. Angka penularan HIV dari ibu kepada janin atau bayinya diperkirakan sekitar 30% dengan angka terendah 12.9% pada penelitian bersama di Eropa dan tertinggi 45% di Nairobi, Kenya. Walaupun jarang namun, penularan HIV melalui kolostrum dan Air Susu Ibu (ASI) dapat terjadi maka dari itu ASI dari ibu yang terinfeksi sebaiknya tidak diberikan kepada anak.¹⁹

Ditemukan risiko penularan HIV melalui pekerjaan, seperti pekerja kesehatan, petugas laboratorium dan orang lain yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV terutama saat menggunakan benda tajam. Infeksi HIV tersebut menular melalui luka atau erosi yang ada pada pekerja yang bekerja dengan spesimen HIV. Penularan infeksi HIV melalui luka atau erosi hanya sebesar 0.3%. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) melaporkan pada tahun 1990 seorang dokter gigi yang terinfeksi HIV menularkan infeksi HIV kepada lima pasiennya sewaktu melakukan tindakan gigi invasif. Walaupun mekanisme penularannya tidak pernah jelas diketahui diduga infeksi terjadi melalui instrumen yang terkontaminasi HIV. Virus HIV yang ditularkan melalui petugas kesehatan terhadap pasiennya masih sangat rendah kasusnya.¹⁹

2.1.5. Klasifikasi dan Stadium Klinis HIV/AIDS

Central for Diseases Control and Prevention (CDC) membagi klasifikasi HIV/AIDS menjadi kategori laboratorium dan klinis, yaitu:²⁰

a. Kategori Laboratorium

1. Kategori 1: >500 μ l limfosit T CD4+/ μ l
2. Kategori 2: 200-499 μ l limfosit T CD4+/ μ l
3. Kategori 3: <200 μ l limfosit T CD4+/ μ l

b. Kategori Klinis

1. Kategori A

Kategori A terdiri dari satu atau lebih penyakit berikut pada seorang remaja (13 tahun) atau dewasa yang terbukti terinfeksi HIV.

Penyakit-penyakit yang tercantum di bawah ini tidak tercantum dalam kategori B dan C, yaitu:

- 1) Infeksi HIV asimtomatik.
- 2) Limfadenopati generalisata persisten (PGL).
- 3) Infeksi HIV akut (primer) disertai gejala penyakit atau riwayat infeksi HIV akut.

2. Kategori B

Kategori B terdiri dari penyakit-penyakit simtomatik pada seorang remaja atau dewasa yang terinfeksi HIV yang tidak tercantum dalam kategori C dan memenuhi paling sedikit satu dari kriteria berikut:

1. Penyakit yang disebabkan oleh infeksi HIV atau menunjukkan defek imunitas selular atau keduanya.
2. Penyakit yang dianggap oleh dokter perjalanan atau penatalaksanaannya yang dipersulit oleh infeksi HIV.

Contoh-contoh penyakitnya:

- a) Meningitis, pneumonia, sepsis atau endocarditis bakterialis
- b) Kandidiasis, vulvovaginal, persisten lebih dari 1 bulan
- c) Displasia serviks, berat atau karsinoma
- d) Gejala konstitusional seperti demam atau diare lebih dari 1 bulan
- e) Leukoplakia berambut (oral)
- f) Herpes zoster (*shingles*), paling sedikit dua episode terpisah atau lebih dari satu dermatom
- g) Purpura trombositopenia idiopatik
- h) Listeriosis
- i) Infeksi *mycobacterium tuberculosis* paru
- j) Penyakit radang panggul
- k) Neuropati perifer

3. Kategori C

Penyakit-penyakit dalam kategori C berkaitan erat dengan imunodefisiensi berat sering terjadi pada pasien yang terinfeksi oleh HIV dan menimbulkan morbiditas dan mortalitas yang serius. Menurut sistem klasifikasi yang ditawarkan pasien yang terinfeksi HIV diklasifikasikan berdasarkan:

1. Hitung limfosit T CD4+ akurat yang terendah (tidak harus yang terakhir).
2. Penyakit yang paling parah yang pernah diderita apapun kondisi pasien sekarang.^{20,21}

Menurut *World Health Organization* (WHO) stadium HIV/AIDS dapat dibagi menjadi 4 berdasarkan gejala yang muncul seperti pada tabel 2.1.²²

Tabel 2.1. Stadium Klinis Infeksi HIV

Stadium	Gejala yang timbul
Stadium 1	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada gejala • Limfadenopati generalisata persisten (LGP)
Stadium 2	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan berat badan bersifat sedang yang tak diketahui penyebabnya (<10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya) • Infeksi saluran pernapasan yang berulang (sinusitis, tonsilitis, otitis media, faringitis) • Herpes zoster • Keilitis angularis • Ulkus mulut yang berulang • Ruam kulit berupa papul yang gatal (<i>papular pruritic eruption</i>) • Dermatitis seboroik • Infeksi jamur pada kuku

<p>Stadium 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan berat badan bersifat berat yang tak diketahui penyebabnya (lebih dari 10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya) • Diare kronis yang tak diketahui penyebabnya selama lebih dari 1 bulan • Demam menetap yang tak diketahui penyebabnya • Kandidiasis pada mulut yang menetap <i>oral hairy leukoplakia</i> • Tuberkulosis paru • Infeksi bakteri yang berat (contoh pneumonia, empiema, meningitis, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, bakteremia, penyakit inflamasi panggul yang berat) • Stomatitis nekrotik ulseratif akut, gingivitis atau periodontitis • Anemia yang tak diketahui penyebabnya (<8g/dL), netropenia (<0,5 x 10⁹/L) dan/atau trombositopenia kronis (<50 x 10⁹/L)
<p>Stadium 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrom <i>wasting</i> HIV • Pneumonia <i>Pneumocystis Jiroveci</i> • Pneumonia bakteri berat yang berulang – Infeksi herpes simpleks kronis (orolabial, genital, atau anorektal selama lebih dari 1 bulan atau viseral di bagian manapun)

	<ul style="list-style-type: none">• Kandidiasis esofageal (atau kandidiasis trakea, bronkus atau paru)• Tuberkulosis ekstra paru• Sarkoma Kaposi• Penyakit <i>cytomegalovirus</i> (retinitis atau infeksi organ lain, tidak termasuk hati, limpa dan kelenjar getah bening)• Toksoplasmosis di sistem saraf pusat• Ensefalopati HIV• Pneumonia kriptokokus ekstrapulmoner, termasuk meningitis• Infeksi <i>mycobacterium non-tuberculosis</i> yang menyebar• <i>Leukoencephalopathy multifocal</i> progresif• Cryptosporidiosis kronis• Isosporiasis kronis• Mikosis diseminata (histoplasmosis, coccidiomycosis)• Septikemia yang berulang (termasuk <i>Salmonella non-tifoid</i>)• Limfoma (serebral atau Sel B non-Hodgkin)• Karsinoma serviks invasif• Leishmaniasis diseminata atipikal• Nefropati atau kardiomiopati terkait HIV yang simptomatis
--	---

2.1.6. Diagnosis HIV/AIDS

a. Diagnosis dini infeksi HIV

Diagnosis dini untuk menemukan infeksi HIV saat ini harus dilihat dari kemajuan-kemajuan yang diperoleh dalam hal patogenesis dan perjalanan penyakit dan juga perkembangan pengobatan. Keuntungan menemukan diagnosis dini yaitu:

1. Intervensi pengobatan fase infeksi asimtomatik dapat diperpanjang.
2. Menghambat perjalanan penyakit ke arah AIDS.
3. Pencegahan infeksi oportunistik.
4. Konseling dan pendidikan untuk kesehatan umum penderita.
5. Penyembuhan (bila mungkin) hanya dapat terjadi bila pengobatan pada fase dini.

Diagnosis dini ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium dengan petunjuk gejala-gejala klinis atau dari adanya perilaku risiko tinggi individu tertentu. Diagnosis laboratorium dapat dilakukan dengan 2 metode, yaitu:

- a. Langsung: isolasi virus dari sampel yang umumnya dilakukan dengan menggunakan mikroskop elektron dan deteksi antigen virus. Salah satu cara deteksi antigen virus yang makin populer belakangan ini ialah *Polymerase Chain Reaction* (PCR).
- b. Tidak langsung: dengan melihat respon zat anti spesifik misalnya dengan *Enzyme-linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Western blot*, *Immunofluorescent Assay* (IFA) atau *Radioimmunoprecipitation Assay* (RIPA).
- c. Untuk diagnosis HIV yang sering dilakukan dan efektif, yaitu:
 1. *Enzyme-linked Immunosorbent Assay* (ELISA): sensitivitas tinggi (98.1%-100%). Biasanya memberikan hasil positif 2-3 bulan sesudah infeksi. Hasil positif harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan *Western blot*. Akhir-akhir ini tes ELISA telah menggunakan *recombinant antigen* yang sangat spesifik terhadap *envelope* dan *core*. Antibodi terhadap *envelope* ditemukan pada semua stadium infeksi HIV, sedangkan antibodi terhadap p24 (*protein core*) bila positif menunjukkan bahwa penderita sedang mengalami kemunduran.

2. *Western blot*: spesifitas tinggi (99.6%-100%). Namun, pemeriksaannya cukup sulit, mahal dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam. Mutlak diperlukan untuk konfirmasi hasil pemeriksaan ELISA yang positif.

3. PCR (*Polymerase Chain Reaction*)

Penggunaan PCR antara lain untuk:

- 1) Tes HIV pada bayi. Dimana zat anti maternal masih ada pada bayi dan menghambat pemeriksaan secara serologis.
- 2) Menetapkan status individu yang seronegatif pada kelompok risiko tinggi.
- 3) Tes pada kelompok risiko tinggi sebelum terjadi serokonversi.
- 4) Tes konfirmasi untuk HIV-2, sebab ELISA sensitivitasnya rendah untuk HIV-2.

b. **Diagnosis AIDS**

AIDS merupakan stadium akhir infeksi HIV. Penderita dinyatakan sebagai AIDS bila dalam perkembangan infeksi HIV selanjutnya menunjukkan infeksi-infeksi dan kanker oportunistik yang mengancam jiwa penderita. Selain infeksi dan kanker dalam penetapan CDC (1993) yang juga termasuk, yaitu: ensefalopati, sindrom kelelahan yang berkaitan dengan AIDS dan hitungan CD4+ <200/ μ l. CDC menetapkan kondisi dimana infeksi HIV sudah dinyatakan sebagai AIDS.³

2.2. **Pengetahuan**

Pengetahuan, yakni hasil dari tahu dan terjadi setelah orang menggunakan pancaindra yang dimiliki berupa penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba terhadap objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia didapat dari mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran).²³

Menurut Notoatmodjo pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behaviour*). Tingkat pengetahuan tersebut mempunyai enam tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu dapat diartikan suatu materi yang diingat setelah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau sesuatu

yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami yakni suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar dan baik tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang mengerti terhadap objek atas materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan lainnya tentang objek yang telah dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada keadaan atau kondisi sebenarnya. Adapun aplikasi ini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk memaparkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi dan masih berkaitan satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis berupa suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu objek keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1. Faktor Internal meliputi:

a. Umur

Semakin dewasa seseorang tingkat kematangan dan kekuatannya akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang yang belum cukup dewasa. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa.

b. Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experience is the best teacher*) pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai cara untuk mendapatkan pengetahuan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengulang kembali (*recall*) pengetahuan yang diterima dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lampau.

c. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya, jika pendidikan semakin berkurang maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru.

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan dalam mencukupi kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan keluarganya. Menurut Thomas (2007) menyatakan bahwa pekerjaan bukanlah sumber kebahagiaan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan berulang, banyak tantangan dan menguras tenaga serta pikiran.

e. Jenis Kelamin

Jenis kelamin ini merupakan suatu sifat yang melekat pada manusia yang dibedakan menjadi kaum laki-laki maupun perempuan secara sosial maupun kultural.

2. Faktor eksternal meliputi:

a. Informasi

Menurut Long (1996) memaparkan jika informasi itu merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Seseorang yang mendapat informasi akan mempertinggi tingkat pengetahuan terhadap suatu hal.

b. Lingkungan

Hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi yang terjadi di lapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan diawali dengan pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non-fisik).

c. Sosial Budaya

Semakin tinggi tingkat status sosial seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin baik pula.²³

2.3. Sikap

Sikap yaitu respon seseorang terhadap suatu objek yang mencakup emosi/perasaan dan pendapat yang bersangkutan (senang atau tidak, setuju atau tidak, baik atau tidak dan sebagainya).²³

Menurut Allport (1954) sikap memiliki 3 komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi seseorang terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak terhadap objek tersebut.

Sikap juga memiliki beberapa tingkatan, yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima dapat diartikan dimana suatu individu memiliki kemauan untuk menerima suatu objek.

2. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan pendapat dan jawaban terhadap pertanyaan ataupun objek tersebut.

3. Menghargai (*valving*)

Menghargai dapat diartikan sebagai respon positif seseorang terhadap suatu objek.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Hal ini merupakan tingkatan paling tertinggi dari suatu sikap. Dimana bertanggung jawab dapat diartikan suatu pertanggungjawaban terhadap apa yang sudah diyakininya atau dilakukannya.²³

2.4. Stigma

2.4.1. Pengertian dan Jenis-Jenis Stigma

a. Pengertian Stigma

Stigma dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yaitu ciri negatif yang menempel pada diri individu yang dikarenakan pengaruh lingkungan sekitarnya.⁹ Menurut Erving Goffman stigma adalah perjalanan menuju ke dalam kondisi dimana orang-orang yang tidak dianggap masyarakat dan tidak termasuk dalam standar masyarakat normal. Diasingkan dari penerimaan sosial penuh adalah orang-orang yang mendapatkan diskriminasi. Citra mereka tentang diri mereka sendiri setiap hari harus berhadapan dan dihina oleh citra yang diberikan orang lain kepada mereka.²⁴

Adapun pendapat lain tentang stigma oleh Link dan Phelan dalam Scheid & Brown yang mengatakan bahwa stigma juga berarti fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan *labeling*, *stereotip*, *separation* dan mengalami diskriminasi. Stigma dapat dialami sebagai rasa malu atau bersalah atau secara luas dapat dinyatakan sebagai diskriminasi. Hal ini dapat menyebabkan penurunan percaya diri, kehilangan motivasi, penarikan diri dari kehidupan sosial, menghindari pekerjaan, interaksi dalam kesehatan dan kehilangan perencanaan masa depan.^{10,11}

b. Jenis-Jenis Stigma

Jenis-jenis stigma menurut beberapa orang berbeda-beda, yakni:

1. Menurut Erving Goffman

- a. Stigma yang muncul berhubungan dengan orang yang cacat fisik.
- b. Stigma yang terjadi berhubungan dengan pekerjaan dan karakteristik seseorang yang umumnya diketahui seperti mantan pasien sakit jiwa, pecandu obat-obatan terlarang (narkoba), Pekerja Seks Komersial (PSK) dan lainnya.

- c. Stigma yang muncul berhubungan dengan suku, ras, keyakinan (agama) serta bangsa. Stigma ini akan terus berlangsung dari generasi ke generasi melalui keluarga.²⁴

2. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Stigma dibagi berdasarkan tindakan menstigma atau stigmatisasi terjadi melalui beberapa proses yang berbeda, yaitu:

1. Stigma Aktual (*actual*) atau stigma yang dialami (*experienced*)

Dimana seseorang diketahui melakukan tindakan nyata, baik melalui *verbal* (perkataan atau ucapan) maupun *non-verbal* yang menyebabkan orang lain diasingkan dan disingkirkan.

2. Stigma Potensial atau yang dirasakan (*felt*)

Jika tindakan stigma masih belum terjadi tetapi sudah ada tanda atau perasaan kurang nyaman sehingga seseorang cenderung tidak mengakses layanan kesehatan.

3. Stigma Internal atau stigmatisasi diri

Dimana seseorang menghakimi dirinya sendiri sebagai orang yang tidak layak atau tidak disukai masyarakat dan lingkungannya.²⁵

2.4.2. Hubungan Pengetahuan dan Sikap terhadap Stigma ODHA

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Menurut Lawrence Green dan Marshall Kreuter pengetahuan seseorang merupakan salah satu faktor yang cenderung dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang.²⁶

Selain itu, terjadinya stigma berdampak terhadap tindakan penanggulangan HIV/AIDS, yaitu orang yang mempunyai risiko terkena HIV/AIDS menjadi takut untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Karena kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat dalam setiap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS mengakibatkan munculnya stigma dan diskriminasi. Stigma dan diskriminasi dapat terjadi karena tidak memahami dan mendapatkan informasi yang tepat tentang HIV/AIDS khususnya dalam pemahaman bagaimana penularan HIV/AIDS tersebut. Perilaku diskriminasi pada ODHA tidak hanya melanggar

hak asasi manusia namun, juga mempersulit upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.²⁷

Selain pengetahuan ada pula faktor lain yang mempengaruhi stigma dan diskriminasi yaitu sikap terhadap ODHA. Penelitian oleh Wati dkk menunjukkan bahwa seseorang yang mempunyai sikap positif atau tidak mendukung adanya sikap diskriminatif pada ODHA memiliki kemungkinan lebih besar untuk tidak terjadinya perilaku diskriminatif pada ODHA dibandingkan dengan seseorang yang memiliki sikap negatif atau mendukung adanya sikap diskriminatif pada ODHA.²⁷

Hal diatas juga didukung oleh penelitian Shaluhayah dkk dimana mereka menyimpulkan bahwa prevalensi responden yang memberikan persepsi negatif dan menimbulkan stigma tinggi sebesar 58.9% dibandingkan pada persepsi positif.²⁸

Menurut hasil penelitian Sri Wahyuni dan Sudarto Ronoatmdjo yang berjudul “Hubungan Antara Pengetahuan HIV/AIDS Dengan Sikap Penolakan Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Pada Masyarakat Indonesia” menyatakan bahwa sikap penolakan terhadap ODHA pada masyarakat Indonesia masih memiliki tingkat yang cukup tinggi. Hal ini disebabkan karena rendahnya tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada masyarakat Indonesia. Hasil analisis penelitian ini menyimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan HIV/AIDS dengan sikap terhadap ODHA dimana variabel tingkat pendidikan menjadi suatu pengaruh terhadap sikap diskriminasi terhadap ODHA dan pengetahuan HIV/AIDS.²⁹

Maka apabila tingkat pengetahuan baik setidaknya dapat mendorong untuk mempunyai sikap dan perilaku yang baik pula begitu pun sebaliknya.

2.4.3. Kebijakan dan Undang-Undang tentang Hak atas Pendidikan ODHA

Penderita HIV/AIDS adalah salah satu kelompok yang paling rentan mendapatkan stigma dan diskriminasi karena kondisi kesehatan mereka yang buruk. Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS terjadi pada hampir semua bidang termasuk dalam bidang pendidikan. Diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS adalah pelanggaran hak asasi manusia karena

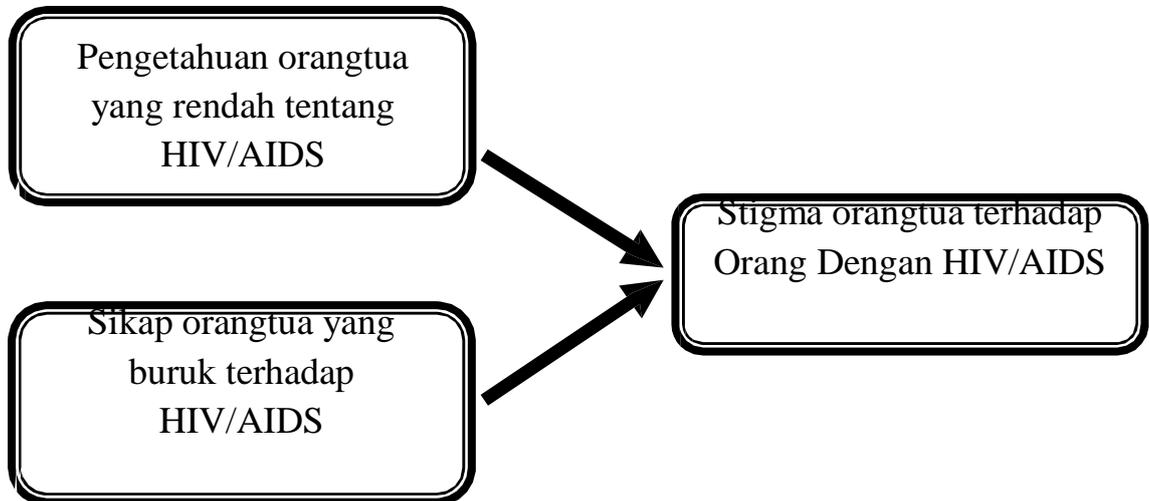
menghambat mereka atas hak untuk memperoleh pendidikan. Hak atas pendidikan bukanlah hak yang muncul tanpa alasan karena pendidikan itu membuka jalan bagi pemenuhan hak-hak lainnya. Pendidikan berperan penting dalam pemberdayaan kelompok masyarakat rentan dan upaya penghapusan kemiskinan. Dari hal itu pendidikan akan menaikkan harkat dan martabat manusia.³⁰

Komentar Umum PBB (Perserikatan Bangsa-Bangsa) Nomor 13 tentang Hak atas Pendidikan, Paragraf 6 menyebutkan empat prinsip dalam pemenuhan hak atas pendidikan, yaitu:

- a. Ketersediaan yang berarti bahwa institusi pendidikan formal maupun non-formal harus tersedia dalam kuantitas yang cukup.
- b. Keterjangkauan yang berarti semua orang bisa mengakses pendidikan tanpa diskriminasi. Prinsip ini memiliki empat dimensi yaitu:
 - 1) Non-diskriminasi: pendidikan tanpa diskriminasi harus dijamin dalam legislasi negara. Negara juga harus secara aktif mempromosikan prinsip non-diskriminasi. Selain itu, negara juga harus memastikan tidak ada praktik diskriminasi dalam dunia pendidikan.
 - 2) Keterjangkauan fisik: insitusi pendidikan harus terjangkau secara jarak dan dapat dijangkau secara aman.
 - 3) Keterjangkauan ekonomi: pendidikan harus bisa diakses semua orang secara ekonomi. Pendidikan dasar harus tersedia secara gratis, sedangkan pendidikan menengah dan menengah atas harus secara bertahap dibuat terjangkau ataupun gratis.
- c. Keberterimaan yang berarti bentuk dan substansi dari pendidikan harus dapat diterima oleh siswa dan orang tua berdasarkan budaya setempat.
- d. Adaptabilitas yang berarti pendidikan harus fleksibel agar dapat beradaptasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Dari hal di atas kita dapat menganalisis jaminan hak atas pendidikan bagi penderita HIV/AIDS khususnya pada anak, baik dalam peraturan perundang-undangan maupun kebijakan serta implementasi dari peraturan yang ada.³⁰

2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2.1. Kerangka Konsep

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain penelitian *cross-sectional* yang menekankan pada proses pengambilan data variabel independen dan dependen yang dilakukan hanya satu kali pada hari yang sama.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember 2019-Januari 2020.

3.2.2. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di SMP Negeri Kecamatan Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang.

3.3. Populasi Penelitian

3.3.1. Populasi Target

Populasi pada penelitian ini adalah semua orangtua di Deli Serdang.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Semua orangtua siswa di SMP Negeri Kecamatan Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang.

3.4. Sampel dan Estimasi Besar Sampel

3.4.1. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang karakteristiknya hendak diteliti.³¹ Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *cluster sampling* (area sampling) yang dimana sampel dipilih dari populasi yang dibagi menjadi beberapa kelompok kemudian dipilih secara acak dan sampel bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

3.4.2. Estimasi Besar Sampel

$$\left(\frac{\sqrt{\quad} + \sqrt{\quad}}{\quad} \right)$$

n = jumlah sampel minimal

Z = nilai standar alpha 5%, yaitu 1,645

Z = nilai standar beta 20%, yaitu 0,842

P1 = nilai P dari yang ingin diteliti = 0,9

P2 = nilai P dari pustaka = 0,740

P = proporsi total = $(P1+P2)/2 = (0,9+0,740)/2 = 0,82$

Q1 = $1-P1 = 1-0,9 = 0,1$

Q2 = $1-P2 = 1-0,740 = 0,26$

Q = $1-P$

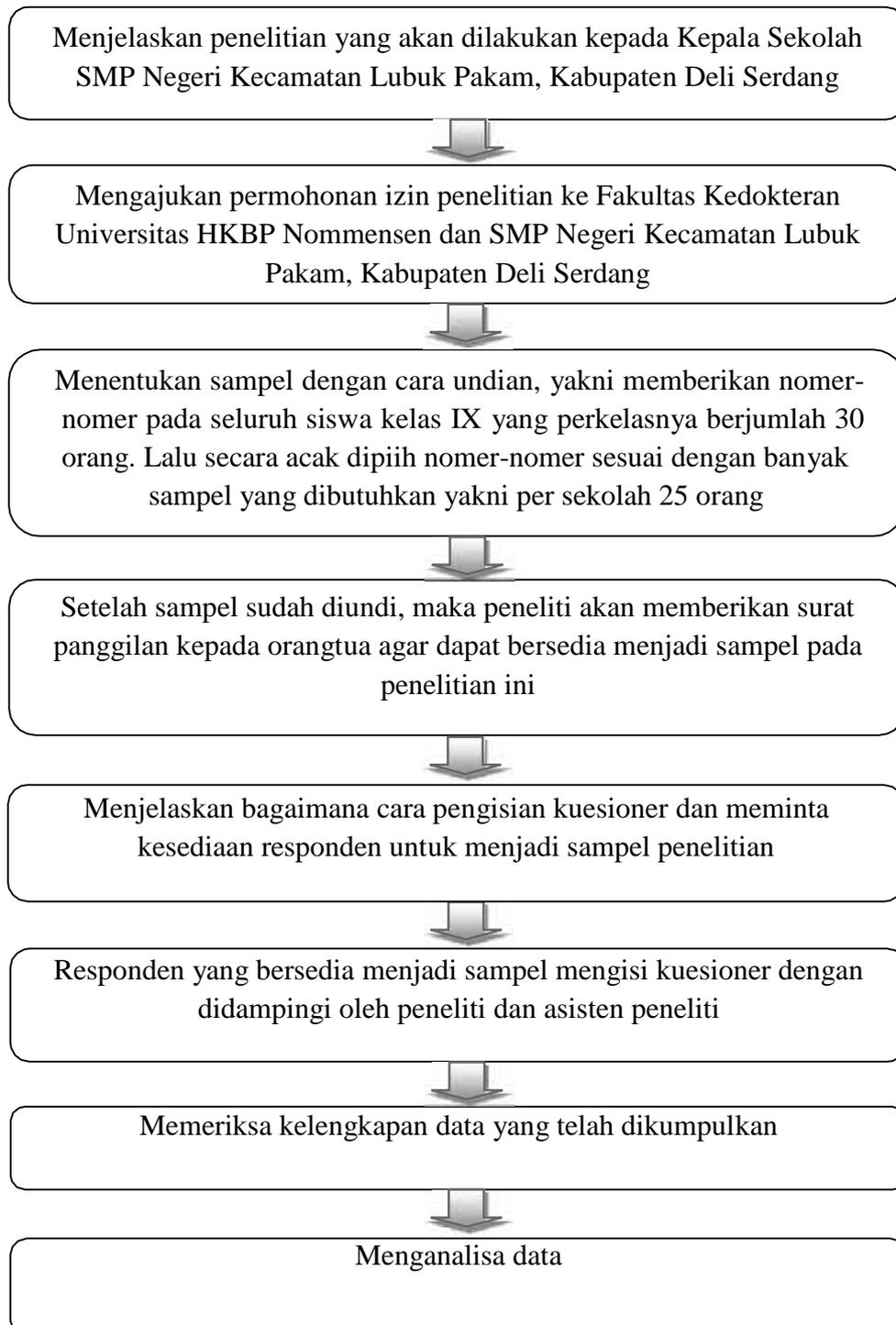
= $1-0,82 = 0,18$

Perhitungan minimal besar sampel yaitu:

$$\left(\frac{\sqrt{\quad} + \sqrt{\quad}}{\quad} \right)$$

= 80 sampel

3.5. Cara Kerja



Gambar 3.1. Cara Kerja

3.6. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.6.1. Kriteria Inklusi

1. Orangtua siswa yang bersedia menjadi responden.
2. Orangtua yang dapat membaca dan menulis.

3.6.2. Kriteria Eksklusi

1. Orangtua dalam kondisi fisiologis dan psikologis yang tidak memungkinkan menjadi responden.
2. Orangtua dalam keadaan sakit.

3.7. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada orangtua siswa SMP Negeri Kecamatan Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang.

3.8. Identifikasi Variabel

1. Variabel bebas : Pengetahuan dan Sikap Orangtua tentang HIV/AIDS.
2. Variabel terikat : Stigma terhadap HIV/AIDS di Lingkungan Sekolah.

3.9. Definisi Operasional

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner dari penelitian “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS Pada Pekerja Bangunan di Proyek *World Class University* Tahun 2012” oleh Yuni Luthfiana, FKM UI, 2012.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Penelitian	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pengetahuan	Pemahaman tentang HIV/AIDS yakni pengertian, etiologi, cara penularan, tanda dan gejala, serta pencegahannya	Kuesioner	1.Tinggi: median 2.Rendah: <median	Kategorik

Pendidikan	Ada tidaknya pendidikan terakhir responden saat pengisian kuesioner	Kuesioner	1.Tinggi (jika tamat SMA dan perguruan tinggi) 2.Rendah (jika tidak sekolah ataupun tidak tamat SMA)	Kategorik
Usia	Lama masa hidup responden terhitung dari kelahirannya sampai saat berlangsungnya kegiatan penelitian	Kuesioner	1. 22 tahun 2.23-44 tahun 3. 45 tahun	Kategorik
Jenis Kelamin	Perbedaan antara pria dan perempuan secara biologis	Kuesioner	1.Laki-laki 2.Perempuan	Kategorik
Sikap	Sikap responden terhadap HIV/AIDS	Kuesioner	1.Baik: median 2.Buruk: >median	Kategorik
Stigma	Stigma responden terhadap orang dengan HIV/AIDS	Kuesioner	1.Baik: median 2.Buruk: >median	Kategorik

3.10. Analisis Data

Analisa data pada penelitian itu dilakukan dengan cara univariat dan bivariat.

3.10.1. Analisis Data Univariat

Analisis univariat yakni analisis ideal yang dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik sampel penelitian.

3.10.2. Analisis Data Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap orangtua (*variabel dependen*) dengan stigma tentang HIV/AIDS (*variabel independen*). Pada data yang didapatkan uji hipotesa digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi-square*.