

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG HIV DAN AIDS  
DENGAN RESPON MASYARAKAT TERHADAP ODHA**

**(Skripsi)**

**Oleh**

**ANDRIA NEFERI**



**JURUSAN SOSIOLOGI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2016**

## **ABSTRACT**

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE OF HIV AND AIDS BY THE PUBLIC RESPONSE TO PLWHA**

By

ANDRIA NEFERI

This study aims to determine the relationship between knowledge of HIV and AIDS by the public response to PLWHA (People Living with HIV AIDS). The study was conducted on people in Panjang Selatan village, Panjang district, Bandar Lampung city. This type of research used explanatory research with quantitative approach, information in this study consisted of 96 respondents. Data collection techniques used were spread questionnaires, secondary data, literature, and documentation. While the relationship test was performed using Chi Square correlation test. The result of Chi Square correlation calculation shows that there is a significant correlation between the knowledge of HIV and AIDS by the public response to PLWHA. The overall direction of the relationship between the two variables is positive. This show that the better public knowledge about HIV and AIDS, then the better the response given society towards PLWHA. So expect the role of government to socialize the HIV nd AIDS to the community and hopefully people realize that the importance of knowledge about HIV and AIDS in order to avoid an icrease in patients with HIV and AIDS for the future.

**Keywords: knowledge about HIV AIDS, response to PLWHA, public**

## ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG HIV DAN AIDS DENGAN  
RESPON MASYARAKAT TERHADAP ODHA

Oleh

ANDRIA NEFERI

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS). Penelitian dilakukan pada masyarakat di Kelurahan Panjang Selatan, Kecamatan Panjang, Kota Bandar Lampung. Tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *explanatory* dengan pendekatan secara kuantitatif. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 96 responden. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebar kuesioner, data sekunder, studi pustaka, dan dokumentasi, sedangkan uji hubungan dilakukan menggunakan uji korelasi Chi Square. Hasil perhitungan korelasi Chi Square menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA. Secara keseluruhan arah hubungan antara kedua variabel tersebut positif. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS maka semakin baik pula respon yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Sehingga diharapkan peran pemerintah untuk melakukan sosialisasi tentang HIV dan AIDS kepada masyarakat dan diharapkan pula masyarakat menyadari bahwa pentingnya pengetahuan tentang HIV dan AIDS agar tidak terjadi bertambahnya penderita HIV dan AIDS untuk ke depannya.

**Kata Kunci: pengetahuan tentang HIV AIDS, respon terhadap ODHA, masyarakat**

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG HIV DAN AIDS  
DENGAN RESPON MASYARAKAT TERHADAP ODHA**

**Oleh**

**Andria Neferi**

Skripsi

Sebagai salah satu Syarat untuk Mencapai Gelar  
**SARJANA SOSIOLOGI**

Pada

Jurusan Sosiologi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2016**

Judul Skripsi : **HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN  
TENTANG HIV DAN AIDS DENGAN  
RESPON MASYARAKAT TERHADAP  
ODHA**

Nama Mahasiswa : *Andria Neferi*

Nomor Pokok Mahasiswa : 1016011084

Jurusan : Sosiologi

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

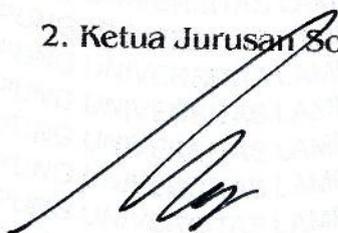
**MENYETUJUI**

1. Komisi Pembimbing



**Dr. Sindung Haryanto, M.Si.**  
NIP 19690304 199556 1 002

2. Ketua Jurusan Sosiologi



**Drs. Susetyo, M.Si.**  
NIP 19581004 198902 1 001

## MENGESAHKAN

### 1. Tim Penguji

Ketua : **Dr. Sindung Haryanto, M.Si.**

  
.....

Penguji : **Drs. Gunawan Budi Kahono, M.Si.**

  
.....

### 2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**Drs. Hi. Agus Hadiawan, M.Si.**  
NIP. 19580109 198603 1 002

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **23 Juni 2016**

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya tulis saya, Skripsi / Laporan akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Sarjana / Ahli Madya), baik di Universitas Lampung maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan Tinggi ini.

Bandar Lampung, 21 Juni 2016  
Yang membuat pernyataan,



Andria Neferi  
1016011084

## RIWAYAT HIDUP



Penulis dilahirkan pada tanggal 20 Februari 1992 di Desa Belu Kecamatan Kotaagung Barat, Tanggamus. Penulis merupakan anak dari pasangan Bapak Kusairi S.Pd. dan Ibu Masyana S.Pd, dan merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, kakak bernama Riangga Derisa Putra dan adik bernama Tri Rizki Handayani.

Riwayat pendidikan formal yang telah ditempuh oleh penulis, antara lain:

1. TK Tsanawiyah Wonosobo Tanggamus yang diselesaikan pada tahun 1998
2. SD Negeri 1 Belu Kotaagung Barat Tanggamus yang diselesaikan pada tahun 2004
3. SMP Negeri 1 Kotaagung Tanggamus yang diselesaikan pada tahun 2007
4. SMA Negeri 6 Bandar Lampung Kota Bandar Lampung yang diselesaikan pada tahun 2010.

Pada tahun 2010 penulis diterima sebagai mahasiswa Universitas Lampung di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Sosiologi. Pada bulan Januari 2013, penulis mengikuti KKN Tematik dengan penempatan di Desa Labuhan Ratu 6, Kecamatan Labuhan Ratu, Kabupaten Lampung Timur. Selama menjadi mahasiswi Universitas Lampung, penulis pernah mengikuti beberapa organisasi kemahasiswaan, diantaranya sebagai anggota Himpunan Mahasiswa Jurusan (HMJ) Sosiologi, sebagai anggota Forum Studi Pengembangan Islam (FSPI), sebagai anggota Forum Silaturahmi Lembaga Dakwah Kampus (FSLDK) dari perwakilan jurusan Sosiologi, dan sebagai anggota Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Universitas Lampung.

## **MOTTO**

“Sebaik-baiknya manusia adalah orang yang paling bermanfaat bagi manusia lain”.

**(HR. Thabrani dan Daruquthni)**

“Bila kamu tak tahan penatnya belajar, maka kamu akan menanggung perihnya  
kebodohan”.

**(Imam Asy-Syafi'i)**

“Bersegeralah karena waktu tak akan kembali dan tak akan sama, berusahalah karena  
kesuksesan takkan tercapai tanpa usaha, dan yakinlah akan ide dan potensi dalam  
diri karena orang sukses percaya diri dengan ide dan potensi dalam diri yang terus  
digali”.

**(Penulis)**

## PERSEMBAHAN

**Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat dan karunianya sehingga saya bisa menyelesaikan karya ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk diwisuda. Saya persembahkan karya ilmiah ini untuk orang-orang yang saya sayangi dan sangat berarti dalam kehidupan saya.**

*Kepada orangtua yang telah memaklumi, bersabar, dan berharap dalam menanti jawaban dari keinginan Emak dan Ayah untuk melihat Andria lulus kuliah dan diwisuda, terimakasih atas segala dukungannya. Sekarang sudah saatnya untuk mengakhiri penantian ini, walau harus susah payah mengumpulkan semangat dan usaha untuk menggapainya, semoga Emak dan Ayah bangga dan senang atas apa yang saya gapai sekarang. Buat Khaja Angga, Adek Tri, dan Khadin Eka, terimakasih atas dukungan, semangat, dan perhatiannya. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan keluarga kita umur panjang, kesehatan, kekuatan, rezeki, petunjuk, dan keimanan yang tak tergoyahkan. Amiin...*

## SANWACANA

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah dan inayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Tidak lupa sholawat serta salam kita curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang menjadi panutan hidup saya dan umat Islam sampai akhir zaman. Aamiin...

Skripsi yang berjudul **“Hubungan Antara Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS dengan Respon Masyarakat Terhadap ODHA”** merupakan sebuah karya ilmiah penulis dan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sosiologi pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik di Universitas Lampung. Dalam penulisan skripsi ini banyak pihak yang telah memberikan bimbingan, motivasi serta dukungan kepada penulis. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Drs. Hi. Agus Hadiawan, M.Si., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
2. Bapak Drs. Pairulsyah, M.H selaku Wakil Dekan III Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung dan selaku Pembimbing Akademik.

Terimakasih Bung Pay atas keramahan dan kepeduliannya terhadap mahasiswa.

3. Bapak Drs. Susetyo, M.Si., selaku Ketua Jurusan Sosiologi
4. Bapak Dr. Sindung Haryanto, M.Si., selaku Pembimbing Utama.  
Terimakasih banyak pak, atas segala saran, bimbingan, dan kesabarannya dalam membimbing saya. Semoga kesuksesan dan kebahagiaan selalu menyertai keluarga bapak.
5. Bapak Drs. Gunawan Budi Kahono selaku Dosen Pembahas. Terima kasih atas semua masukan serta saran-saran yang telah diberikan pak Gun dalam proses penyempurnaan skripsi ini.
6. Terimakasih banyak kepada seluruh dosen-dosen sosiologi yang telah banyak memberikan ilmu dan inspirasi besar dalam hidup penulis, Ibu Anita, Ibu Paraswati, Ibu Dewi, Ibu Erna, Ibu Vivit, Ibu Yuni, Ibu Endry, Pak Ben, Pak Ikram, Pak Syani, Pak Sus, Pak Gede, Pak Bintang, Pak Suwarno, Bung Pay, serta Pak Fahmi. Terimakasih untuk setiap pengetahuan dan motivasi baru yang penulis peroleh setiap harinya selama kuliah.
7. Seluruh staff dan karyawan FISIP Universitas Lampung yang telah membantu keperluan administrasi selama penulis menjadi mahasiswi di FISIP Universitas Lampung.
8. Seluruh keluargaku yang tiada henti-hentinya memberikan semangat dan dukungan, terutama kepada Ayah dan Emak (terimakasih atas segala doa, kasih sayang, dan dorongan yang selalu menjadi kekuatanku dalam menjalani hidup, sehat selalu ya Yah, Mak), Khaja Angga, Adek Tri, dan

Khadin Eka (terimakasih sudah perhatian dan peduli kepadaku ini, terlebih lagi kepeduliannya mengingatkan saya kapan wisuda.

9. Sahabat GAMIS; Komang Ariyanti alias Wak Geng GAMIS yang hampir selalu sama kesukaannya denganku pada masa-masa kuliah, Ria Ayu Ningsih alias Jangkung yang baiknya gak ketulungan (dikasih contekan saat ngerjain tugas atau ujian malah ditolak), Jani Sulistiana yang aktif di kelas dan suka berorasi sampai akhirnya membeli TOA untuk menyalurkan hobinya ini, Yeksi Wira Hartadi yang juga aktif dikelas dan sebagai pendengar yang baik disaat teman-temannya berkeluh kesah atau meminta pendapat (paling jago menyimak/dengerin teman bercerita), Neli Susanti yang setia menghampiriku ke kosan setiap mau berangkat kuliah dan atas bantuannya terhadap skripsiku sehingga judul skripsi ini yang akhirnya berlabuh padaku. Kalianlah teman terbaikku sampai saat ini, bukan hanya teman tapi sahabat. Terima kasih atas kebaikan kalian padaku tanpa terbebani dengan kekurangan-kekuranganku, bersyukur memiliki sahabat seperti kalian GAMIS.
10. My Subur Makmur Nurul, Rahma, Maya, Putri, Cahya, dan Rana pertemanan yang bermula dari satu kontrakan dan sampai sekarang hubungan pertemanan ini masih awet. Terimakasih anggota SM yang sudah mewarnai kehidupanku, berteman dengan kalian membuatku bertambah dewasa dengan adanya hal-hal yang terjadi dalam SM. I Love You
11. Sosiologi 2010, dari awal hingga akhir perjalanan di kampus hijau ini kita tetap bersama dan pada akhirnya kita satu-persatu keluar dari kampus ini

untuk memulai hidup baru dan mengarungi dunia luar. Terimakasih telah mewarnai hidupku di dunia kampus.

12. Kawan-kawan KKN Labuhan Ratu 6; Riska, Eva, Oyen, Shinta, Anggew, Bang Hadi, Erick, Moch, dan Bang Mario. Kawan-kawan dadakan yang pertama kali bertemu langsung satu tempat tinggal, satu visi misi dalam 40 hari menjalankan program bersama. Terimakasih untuk kebersamaan kita, kekompakkan kita, canda tawa, saling membantu, diskusi, berbeda pendapat dan konflik yang kita buat. Perbedaan mengajarkan banyak cinta yang sebenarnya sangat besar, termasuk dalam hal perbedaan karakter kita
13. Seluruh pihak yang berperan besar dalam perjalanan penulis mencapai semua ini, penulis ucapkan terimakasih sebesar-besarnya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, penulis mohon maaf dan semoga skripsi ini dapat diterima di masyarakat. Harapan penulis semoga skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan informasi untuk seluruh pihak. Semoga kita semua selalu dalam lindungan-Nya dan senantiasa menjadi orang-orang yang istiqomah berada di jalan-Nya. Amin.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Bandar Lampung, Agustus 2016  
Penulis,

**Andria Neferi**

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
ABSTRAK.....	ii
HALAMAN JUDUL.....	iv
HALAMAN PESETUJUAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
PERNYATAAN.....	vii
RIWAYAT HIDUP.....	viii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	ix
MOTTO.....	x
SANWACANA.....	xi
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xxi

### **I. PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	13
C. Tujuan Penelitian.....	13
D. Kegunaan Penelitian.....	13

### **II. TINJAUAN PUSTAKA**

A. Tinjauan Tentang HIV dan AIDS.....	14
1. Pengertian HIV dan AIDS.....	14
2. Sejarah HIV dan AIDS.....	14
3. Penyebab HIV dan AIDS.....	16
4. Gejala Klinis HIV dan AIDS.....	16
5. Cara Penularan Virus HIV dan AIDS.....	17

6. Pengobatan dan Pencegahan HIV dan AIDS.....	18
7. Program Pemberantasan HIV dan AIDS.....	19
B. Tinjauan Tentang ODHA.....	21
C. Tinjauan Tentang Pengetahuan.....	22
1. Pengertian Pengetahuan.....	22
2. Sumber Pengetahuan.....	24
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	24
4. Cara Memperoleh Pengetahuan.....	28
5. Tingkatan Pengetahuan.....	29
D. Tinjauan Tentang Respon.....	30
1. Pengertian Respon.....	30
2. Macam-Macam Respon.....	31
E. Hubungan HIV dan AIDS dan Teori Sosiologi.....	33
F. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS dengan Respon Masyarakat Terhadap ODHA.....	34
G. Kerangka Pikir.....	37
H. Hipotesis.....	39

### **III. METODE PENELITIAN**

A. Tipe Penelitian.....	40
B. Definisi Konsep.....	40
C. Definisi Operasional dan Indikator Variabel.....	41
D. Populasi dan Sampel.....	42
1. Populasi.....	42
2. Sampel.....	43
E. Lokasi Penelitian.....	44
F. Jenis dan Sumber Data.....	44
1. Jenis Data.....	44
2. Sumber Data.....	45
G. Teknik Pengumpulan Data.....	45

1. Kuesioner.....	46
2. Pengumpulan Data Sekunder.....	46
3. Studi Pustaka.....	46
H. Teknik Pengolahan Data.....	46
I. Teknik Analisis Data.....	47
1. Pengujian Hipotesis.....	47

#### **IV. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN**

A. Sejarah Terbentuknya.....	49
B. Keadaan Geografis.....	51
C. Pemerintahan.....	51
D. Keadaan Demografis.....	53
1. Komposisi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin.....	53
2. Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian.....	53
3. Komposisi Penduduk Berdasarkan Agama.....	54
E. Sarana Sosial, Kondisi Sarana Prasarana Sosial dan Masalah yang dihadapi.....	55
1. Sarana Sosial Budaya.....	55
2. Kondisi Prasarana dan Sarana Perhubungan.....	56
F. Bidang Kebersihan dan Manajemen SOKLI (Swadaya Masyarakat).....	57
G. Tempat Hiburan Malam atau Lokalisasi.....	57
H. Data Narkoba.....	58
I. Data HIV dan AIDS.....	59

#### **V. HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian.....	61
1. Identitas Responden.....	61
2. Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS.....	65
3. Respon Masyarakat Terhadap ODHA.....	78
B. Pembahasan.....	80

1. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS dengan Respon Masyarakat Terhadap ODHA.....	81
2. Analisis Teori Etnometodologi.....	124
<b>VI. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	127
B. Saran.....	128
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>129</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar</b>	<b>Halaman</b>
1. Perkembangan Kasus HIV dan AIDS di Indonesia Tahun 2009-2014 .....	3
2. Bagan Kerangka Pikir.....	38
3. Struktur Organisasi Pemerintahan Kelurahan Panjang Selatan Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.....	52
4. Distribusi Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian.....	54
5. Komposisi Penduduk Kelurahan Panjang Selatan Berdasarkan Agama.....	55
6. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	63
7. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pendidikan.....	64

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1. Sarana Sosial Budaya Kelurahan Panjang Selatan .....	56
2. Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin.....	62
3. Pengetahuan Tentang Hakekat Penyakit HIV dan AIDS.....	68
4. Pengetahuan Tentang Cara Penularan HIV dan AIDS.....	70
5. Pengetahuan Tentang Cara Pencegahan HIV dan AIDS.....	74
6. Pengetahuan Responden Tentang HIV dan AIDS.....	77
7. Respon Responden Terhadap ODHA di Kelurahan Panjang Selatan.....	79
8. Hubungan Antara Pengetahuan Hakekat HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berinteraksi Langsung dengan ODHA.....	84
9. Hubungan Antara Pengetahuan Hakekat HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berkunjung ke Tempat ODHA.....	86
10. Hubungan Antara Pengetahuan Hakekat HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berjabat Tangan dengan ODHA.....	87
11. Hubungan Antara Pengetahuan Hakekat HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Memberikan Informasi Tentang HIV dan AIDS Kepada ODHA.....	89
12. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penularan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berinteraksi Langsung dengan ODHA.....	92
13. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penularan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berkunjung ke Tempat ODHA.....	94

14. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penularan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berjabat Tangan dengan ODHA.....	96
15. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penularan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Memberikan Informasi Tentang HIV dan AIDS Kepada ODHA.....	98
16. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berinteraksi Langsung dengan ODHA.....	101
17. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berkunjung ke Tempat ODHA.....	103
18. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berjabat Tangan dengan ODHA.....	104
19. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Pencegahan Terhadap HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Memberikan Informasi Tentang HIV dan AIDS Kepada ODHA.....	107
20. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penanggulangan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berinteraksi Langsung dengan ODHA.....	109
21. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penanggulangan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berkunjung ke Tempat ODHA.....	111
22. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penanggulangan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Berjabat Tangan dengan ODHA.....	113
23. Hubungan Antara Pengetahuan Cara Penanggulangan HIV dan AIDS dengan Respon Responden yang Memberikan Informasi Tentang HIV dan AIDS Kepada ODHA.....	115
24. Hasil-Hasil Korelasi <i>Chi Square</i> Hubungan Antar Variabel.....	119

## 1. PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

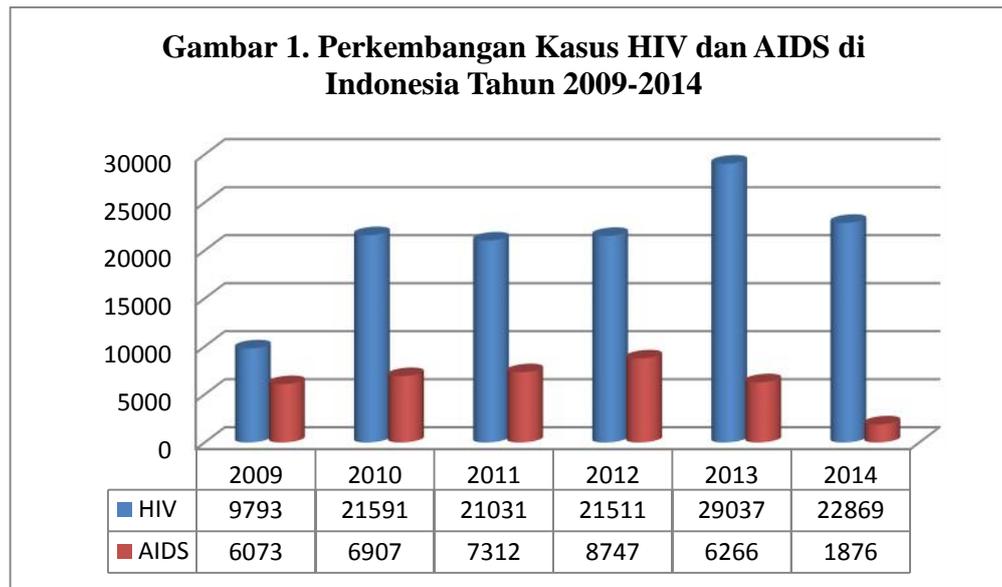
Terdapat beberapa masalah kesehatan di dunia yang hingga saat ini belum bisa terselesaikan. Salah satu permasalahan kesehatan yang sekarang menjadi *Global Issues* adalah HIV dan AIDS. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menyerang daya tahan tubuh manusia sehingga seseorang mudah terserap penyakit. Orang yang terinfeksi HIV, cepat atau lambat (2 sampai 10 tahun) akan menderita AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) jika tidak berobat secara teratur. Sementara AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi imun yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi HIV (Merati dalam Noer, 2004).

HIV pertama kali dilaporkan terjadi pada tahun 1981 di Amerika Serikat. Pada awalnya tampak seperti penyakit yang hanya ditularkan oleh laki-laki homoseksual. Semakin lama penyebaran virus ini semakin meluas terutama kepada kelompok-kelompok masyarakat lain seperti pengguna obat-obatan narkotika melalui jarum suntik dan para imigran Haiti. Apabila seseorang positif tertular HIV dan AIDS merupakan persoalan besar karena sampai sekarang penyakit AIDS belum ada obatnya dan belum ada vaksin yang dapat mencegah

serangan virus HIV. Hal tersebut didukung oleh Sarafino yang mengungkapkan bahwa sekarang tidak ada obat untuk menyembuhkan AIDS (Osborn & Young dalam Sarafino, 1994:456).

Meskipun masyarakat internasional telah merespon kejadian pandemi HIV dan AIDS, penyebaran HIV terus meningkat dan menyebabkan lebih dari 14.000 infeksi baru setiap hari. Saat ini AIDS menjadi penyebab kematian utama di Afrika dan di seperempat belahan dunia (WHO, 2011).

Sejak kasus pertama kali terjadi pada tahun 1987 sampai dengan bulan September 2014, HIV dan AIDS di Indonesia tersebar di 381 (76%) dari 498 kabupaten atau kota diseluruh provinsi di Indonesia. Provinsi pertama kali ditemukan adanya kasus HIV dan AIDS adalah di Provinsi Bali, sedangkan yang terakhir melaporkan adalah Provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2011. Jumlah penderita AIDS tertinggi adalah pada ibu rumah tangga (6.539), diikuti wiraswasta (6.203), tenaga non-profesional atau karyawan (5.638), petani/peternak/nelayan (2.324), buruh kasar (2.169), penjaja seks (2.052), pegawai negeri sipil (1.658), dan anak sekolah atau mahasiswa (1.295). Faktor risiko penularan terbanyak melalui heteroseksual (61,5%), penasun (15,2%), diikuti penularan melalui perinatal (2,7%), dan homoseksual (2,4%). Angka kematian (CFR) menurun dari 3,79% pada tahun 2012 menjadi 0,46% pada bulan September tahun 2014. Jumlah penderita HIV dan AIDS di Indonesia semakin meluas setiap tahunnya, seperti yang terlihat pada gambar 1 (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014).



*Sumber: Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014*

Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa jumlah penderita HIV yang mengalami peningkatan tertinggi di Indonesia berada di tahun 2013. Sedangkan jumlah penderita AIDS yang mengalami peningkatan tertinggi berada di tahun 2012. Data di atas menunjukkan bahwa dari tahun 2009 sampai dengan 2014 jumlah penderita HIV dan AIDS semakin meningkat. Hal ini membuktikan bahwa setiap tahun jumlah penderita HIV dan AIDS semakin bertambah. Jumlah kumulatif kasus AIDS di Indonesia dari 33 provinsi, provinsi yang memiliki penderita terbanyak adalah Papua dan yang berada di urutan terakhir adalah provinsi Sulawesi Barat, sedangkan provinsi Lampung berada diposisi ke-20 (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung di tahun 2013 bahwa jumlah penderita HIV tertinggi di Indonesia menurut jenis kelamin adalah pada jenis kelamin laki-laki sebesar 16.758 yang mengalami peningkatan dari tahun 2012 sebesar 57,7% dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan yang

berjumlah 12.279 yang juga mengalami peningkatan dari tahun 2012 sebesar 42,3%. Besar kemungkinan jumlah penderita perempuan akan semakin meningkat karena dilihat dari faktor resiko, yang paling banyak jumlah penderitanya berasal dari resiko heteroseksual pada tahun 2013 berjumlah 14.793. Komisi Penanggulangan AIDS juga menyatakan dalam data per Juni 2011, bahwa sebesar 76,3% kasus AIDS baru disebabkan melalui hubungan seks heteroseksual (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2011).

Hasil penelitian Nurkholis (2008), menunjukkan bahwa penularan HIV dan AIDS didominasi oleh orang yang melakukan seks beresiko, karena seks beresiko dapat menyebabkan luka atau cedera di bagian alat reproduksi baik perempuan maupun laki-laki sehingga luka dan cedera di bagian tersebut menyebabkan mudahnya virus HIV masuk kedalam tubuh melalui cairan sperma. Bergonta-ganti pasangan sangat memungkinkan virus HIV dapat masuk kedalam tubuh manusia terutama pada WPS (Wanita Penjaja Sek). Selama ini telah banyak kasus kematian yang disebabkan oleh virus HIV dan AIDS. Hal ini sesuai dengan media penularan AIDS yang sudah diketahui adalah melalui darah, sperma dan cairan vagina atau serviks. Oleh karena itu hubungan seksual antara WPS dan pelanggannya tanpa menggunakan kondom merupakan perilaku yang berisiko tinggi terhadap penularan HIV.

Penelitian yang dilakukan oleh Budiono (2012) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang secara signifikan mempengaruhi praktik penggunaan kondom pada WPS maupun pelanggannya adalah pengetahuan WPS tentang IMS serta HIV dan AIDS, akses informasi tentang IMS dan HIV dan AIDS, dan sikap WPS terhadap

penggunaan kondom. Faktor pemungkin yang mempengaruhi praktik penggunaan kondom adalah akses informasi tentang IMS dan HIV dan AIDS. Sedangkan faktor penguatnya adalah persepsi pelanggan tentang kemampuan untuk melakukan perilaku seks secara aman serta dukungan germo atau mucikari terhadap penggunaan kondom di kalangan WPS maupun pelanggannya.

Penelitian lain yang dilakukan juga oleh Dewi (2013) menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan (wanita pekerja seks) mengakui jarang menggunakan kondom secara konsisten ketika melakukan hubungan seksual. Beberapa alasan yang mendasari ketidak-konsistenan penggunaan kondom tersebut seperti tidak mengetahui tentang kondom dan manfaatnya, kondom dapat mengurangi kenikmatan, tidak tersedia kondom ketika hubungan seksual, malu membeli kondom serta pasangan tidak mau menggunakan kondom. Perilaku berisiko lain yang meningkatkan kerentanan perempuan mengalami IMS dan HIV dan AIDS adalah hubungan seksual dalam keadaan terpaksa karena merasa lemah dan mendapat tekanan dari pasangan.

Bila pada awalnya kelompok yang berisiko tinggi HIV ialah mereka dengan perilaku seksual tertentu, yaitu kelompok homoseksual, kelompok heteroseksual yang berganti-ganti pasangan, pekerja seksual, dan mereka yang menggunakan jarum suntik tidak steril, antara lain para pengguna narkoba suntik. Kini HIV AIDS juga menginfeksi perempuan, istri atau ibu rumah tangga yang setia pada suami atau pasangannya. Jadi paparnya pun tidak lagi hanya pada kelompok yang selama ini telah terstigma, atau yang dianggap “pantas diberi cap buruk”,

tapi juga telah merambah luas ke kelompok paling rentan, yaitu perempuan dan bayi-bayi (Arifin, 2005).

Hasil penelitian Aditya (2005) menunjukkan bahwa peran dan relasi gender secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi tingkat risiko individu dan kerentanan infeksi HIV. Perbedaan gender memunculkan ketidaksetaraan seksualitas laki-laki dan perempuan. Perempuan dituntut pasif, penurut, setia, dan tidak memahami seks. Sementara laki-laki adalah pihak dominan, agresif, faham, dan berpengalaman. Akibat konstruksi ini, perempuan tidak dapat menolak hubungan seks atau menuntut seks aman, meskipun tahu pasangannya berisiko menularkan penyakit. Ketidaksetaraan ini juga menganggap wajar bila laki-laki mempunyai lebih dari satu pasangan.

Hal lain juga terjadi, menurut penelitian Gabriella (2012), beberapa penasun dan mantan penasun yang kini positif HIV serta telah menikah, mereka takut dan enggan memberitahu istri mereka mengenai status HIV pada diri mereka, karena takut ditinggalkan oleh istrinya. Salah satu mantan penasun yang kini positif HIV mengaku bahwa kebanyakan temannya yang positif HIV ditinggalkan oleh istrinya setelah mengakui status HIV positifnya kepada istrinya tersebut. Salah seorang mantan penasun lain menyatakan ia takut mengakui berstatus HIV positif kepada istrinya karena khawatir telah menulari istrinya sehingga istrinya akan sangat marah dan kecewa kepadanya. Selanjutnya, mantan penasun lainnya mengaku takut memberitahu istrinya mengenai status HIV positifnya karena takut istrinya akan menjauhinya serta memperlakukannya secara diskriminatif. Ketiga mantan penasun ini mengakui bahwa istri mereka sudah mengetahui

penggunaan narkoba suaminya. Bahkan, dua diantaranya mengakui istrinya sudah pernah menyinggung masalah infeksi HIV dan AIDS kepada mantan penasun ini, tetapi ketiga mantan penasun ini tetap takut memberitahu istri mereka. Akhirnya, tanpa diketahui kejadian ini akan membuat sang istri menularkan virus tersebut kepada bayinya disaat sedang hamil.

Pengidap sindrom penurunan daya tahan tubuh HIV dan AIDS di Indonesia paling banyak adalah kelompok usia produktif, berdasarkan data Kementerian Kesehatan dari 2013 hingga 2014. Kelompok usia produktif yaitu kelompok usia 25 sampai 49 tahun yang melalui transmisi heteroseksual berjumlah hampir 61,5%. Kementerian Kesehatan mengatakan dari total pengidap baru HIV dan AIDS, rata-rata adalah kelompok usia produktif, khususnya penularan melalui perilaku seks bebas, baik dengan pasangannya atau Pekerja Seks Komersial (PSK). Akibat dari perilaku tersebut, kelompok usia produktif menyumbang 61,5% penularan HIV dan AIDS terbanyak di Indonesia (Kementerian Kesehatan 2013-2014).

Mengingat bahwa HIV lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada umur produktif, kontribusi yang diharapkan dari penderita HIV/AIDS pada ekonomi nasional dan perkembangan sosial menjadi semakin kecil dan kurang dapat diandalkan. Hal ini menjadi masalah yang penting karena hilangnya individu yang terlatih dalam jumlah besar tidak akan mudah dapat digantikan. Biaya yang berhubungan dengan kehilangan seperti itu menyebabkan meningkatnya pekerja yang tidak hadir, meningkatnya biaya pelatihan untuk pekerja baru, pendapatan yang berkurang, dan sumberdaya yang seharusnya dipakai untuk aktivitas produktif terpaksa dialihkan pada perawatan kesehatan,

waktu yang terbuang untuk merawat anggota keluarga yang sakit, kehilangan pekerja yang berpengalaman lebih cepat dari yang seharusnya, meningkatnya permintaan untuk biaya perawatan medis dari pusat pelayanan kesehatan para pekerja, dan lainnya.

HIV dan AIDS dapat menyerang siapa saja, orang yang terinfeksi virus HIV akan menjadi pembawa dan penular virus HIV selama hidupnya. Selain hal yang diuraikan tersebut, orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) masih mendapat stigma dan perlakuan diskriminasi oleh masyarakat. Mengidap HIV dan AIDS di Indonesia dianggap aib, sehingga dapat menyebabkan tekanan psikologi terutama pada penderitanya maupun pada keluarga dan lingkungan disekeliling penderita (Nursalam & Kurniawati, 2007:2). Stigma adalah ciri negatif yang menempel pada seseorang karena pengaruh lingkungannya. Stigma dalam hal ini adalah stigma yang diberikan masyarakat terhadap penderita HIV dan AIDS (Green dalam Cholil, 1997). Ketakutan tertular AIDS karena penyakit tersebut sering dikaitkan dengan homoseksual dan pemakaian narkoba di negara yang sedang berkembang sehingga penderita AIDS dan keluarganya beserta juga pacarnya sering merasa stigmatis (Flaskerud dkk, dalam Sarafino,1994:458).

Pengalaman mengalami suatu penyakit akan membangkitkan berbagai perasaan dan reaksi stres, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, berduka, dan ketidak pastian dengan adaptasi terhadap penyakit (Nursalam & Kurniawati, 2007:15). Hingga saat ini sikap dan pandangan masyarakat terhadap ODHA amatlah buruk sehingga melahirkan permasalahan serta tindakan yang melukai fisik maupun mental bagi ODHA tak terkecuali keluarga dan orang-

orang terdekatnya. Meskipun penyakit HIV dan AIDS sangat ditakuti, namun data di Indonesia menunjukkan bahwa jumlah penderita semakin meningkat.

Hasil penelitian Sosodorol e.t al (2009) menunjukkan bahwa penyakit HIV dan AIDS tidak saja menjadi fenomena biologis ataupun medis, akan tetapi juga telah menjadi fenomena sosial di masyarakat. Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berdampak pada terbukanya penyebaran penyakit AIDS. Hal ini karena stigma dan diskriminasi akan mematahkan semangat orang untuk berani melakukan tes dan bahkan akan juga membuat orang merasa enggan untuk mencari informasi dan cara perlindungan terhadap penyakit AIDS. Stigma dan diskriminasi juga akan memunculkan komunitas yang terisolir atau terpinggirkan. Diskriminasi akan menyebabkan ODHA merasa telah dilanggar hak-hak dasarnya, khususnya dalam hak kebebasan dari perlakuan diskriminasi. Stigma ODHA akan berdampak pada ketidakmauan orang untuk menunjukkan statusnya sebagai penderita HIV dan AIDS. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan terhadap ODHA berhubungan erat dengan berkembangnya stigma ODHA. Adapun ketidaktahuan tentang mekanisme penularan, over estimasi tentang resiko penularan, dan sikap negatif terhadap ODHA yang tidak semestinya berhubungan dengan berkembangnya stigma ODHA. Kata lainnya yaitu, semakin rendah tingkat pengetahuan tentang HIV dan AIDS maka semakin besar kemungkinan berkembang stigma diantara mereka.

Hasil penelitian Herani et. al (2012), bentuk diskriminasi yang diterima oleh ODHA dari lingkungan adalah penolakan keluarga (dijauhi keluarga), pemisahan peralatan makan, dikucilkan, dan penolakan dari lingkungan sekitar seperti warga

kampung dan lingkungan kerja partisipan. Diskriminasi ini terjadi karena adanya ketakutan lingkungan akan tertular penyakit HIV dan AIDS dan menyebabkan ODHA menarik diri dari lingkungan. ODHA memiliki pandangan negatif tentang diri sendiri dan merasa tertolak lingkungan sekitar karena sakit yang dideritanya sehingga ODHA memiliki pemikiran negatif, sikap putus asa, depresi, perasaan tertekan dan keinginan mengakhiri kehidupan. Label negatif dan diskriminasi yang diterima membuat ODHA cenderung memiliki konsep diri negatif (merasa tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya, menurunnya motivasi untuk menjalani kehidupan dan menarik diri dari lingkungan).

Stigma dan diskriminasi tidak saja dilakukan oleh masyarakat awam yang tidak mempunyai pengetahuan yang cukup tentang penyakit HIV dan AIDS, tetapi dapat juga dilakukan oleh petugas kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andrewin et. al (2008) di Belize, diketahui bahwa petugas kesehatan (dokter dan perawat) mempunyai stigma dan melakukan diskriminasi pada ODHA. Hasil penelitian Chen (2004) menunjukkan bahwa 64,1% perawat memiliki simpati kepada pasien dengan HIV positif. Penelitian ini juga mengatakan bahwa lebih dari 50% perawat yang memiliki simpati tersebut, mengaku menghindari untuk kontak atau berhubungan dengan pasien-pasien ini, dan secara umum petugas kesehatan kurang mendukung terhadap ODHA dan kelompok terstigma.

Persepsi negatif masyarakat terhadap HIV dan AIDS berdasarkan informasi yang mereka terima tentang HIV dan AIDS, sehingga terbentuk stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap penderita HIV dan AIDS.

Hasil penelitian Ida Penelitian Baroroh et. al (2014) menunjukkan bahwa pengetahuan WRSE (Wanita Rawan Sosial Ekonomi) tentang PMS, HIV dan AIDS serta gambaran penyakit HIV dan AIDS masih sangat terbatas. Terbatasnya pengetahuan masyarakat salah satunya disebabkan oleh kurangnya sosialisasi.

Indonesia telah berupaya keras untuk menanggulangi HIV dan AIDS tetapi hasilnya belum memuaskan. Telah dilakukan survey Riskesdas dan Susesnas tahun 2007 yang dalam penelitian ini mengumpulkan data terkait dengan pengetahuan dan sikap tentang HIV dan AIDS. Dilihat dari programnya, pemerintah sendiri telah membuat kebijakan terhadap pengidap HIV dan AIDS. Salah satunya dengan mengubah sebutan terhadap pengidap HIV dan AIDS dengan sebutan orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Ini sudah termasuk upaya untuk memberi penghargaan terhadap ODHA. Selain itu, upaya intensifikasi penurunan kasus HIV dan AIDS juga dilakukan dengan lahirnya Perpers Nomor 75 Tahun 2006 (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2003).

Upaya yang dilakukan oleh Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS di pusat hingga daerah memang belum optimal dalam menurunkan jumlah kasus HIV dan AIDS. Hal tersebut disebabkan pekerjaan penanggulangan HIV dan AIDS merupakan pekerjaan multi sektoral dan membutuhkan waktu yang panjang, sama halnya dengan lamanya masa inkubasi virus tersebut dalam tubuh pasien HIV dan AIDS. Pemerintah juga harus tetap memberi pengawasan terhadap komisi yang dibentuk tersebut karena program yang digalakkan selama ini tidak optimal. Hal ini disebabkan karena yang bergerak hanyalah lapisan masyarakat menengah ke bawah dan tidak ditopang secara serius oleh para pemimpin, baik yang ada di

eksekutif, legislatif, serta organisasi kemasyarakatan dan keagamaan. Serta secara umum diakui bahwa kesadaran masyarakat terhadap bahaya HIV dan AIDS belum sepenuhnya terbentuk, sehingga berbagai perilaku berisiko tertular maupun menularkan terus terpelihara.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi 2013, pada tahun 2009 jumlah penderita HIV di Lampung berjumlah 27, tahun 2010 (93), tahun 2011 (295), tahun 2012 (335), tahun 2013 (189), dan tahun 2014 berjumlah 256. Sedangkan penderita AIDS pada tahun 2010 berjumlah 37, tahun 2011 (11), tahun 2012 (137), tahun 2013 (94), dan tahun 2014 berjumlah 81. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, diketahui penderita HIV di Bandar Lampung berjumlah 251, dan penderita AIDS diketahui dengan jumlah 43 orang. Sedangkan pada tahun 2015 (Januari-Maret) penderita HIV di Kota Bandar Lampung diketahui berjumlah 71 Orang (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2015). Hasil data dan kasus yang telah di uraikan di atas, masyarakat Provinsi Lampung memiliki potensi yang cukup besar untuk meningkatnya virus HIV dan AIDS, termasuk di wilayah Kota Bandar Lampung. Oleh sebab itu mendorong penulis untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Antara Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS dengan Respon Masyarakat Terhadap ODHA”.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan diatas dan agar penelitian tidak terlalu luas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.
2. Bagaimana hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

1. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.
2. Untuk mengetahui bagaimana hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

## **D. KEGUNAAN PENELITIAN**

1. Secara teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelasan yang lebih lengkap mengenai hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

2. Secara Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan atau bahan rujukan bagi pengambil kebijakan dalam menanggulangi persoalan HIV dan AIDS.

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tinjauan tentang HIV dan AIDS**

#### **1. Pengertian HIV dan AIDS**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sebuah retrovirus yang menginfeksi sel sistem kekebalan manusia terutama CD4+T cell dan *macrophage*, komponen vital dari sistem-sistem kekebalan tubuh dan menghancurkan atau merusak fungsi mereka. Infeksi dari HIV menyebabkan pengurangan cepat dari sistem kekebalan tubuh yang menyebabkan kekurangan imun. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit atau suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh, bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan yang disebabkan oleh HIV (Widoyono, 2011).

#### **2. Sejarah HIV dan AIDS**

Sejarah tentang HIV dan AIDS dimulai ketika tahun 1979 di Amerika Serikat ditemukan seorang gay muda dengan *Pneumocystis carini* dan dua orang gay muda dengan *Sarcoma Kaposi*. Pada tahun 1981 ditemukan seorang gay muda dengan kerusakan sistem kekebalan tubuh. Pada tahun 1980 WHO mengadakan pertemuan yang pertama tentang AIDS. Penelitian mengenai AIDS telah

dilaksanakan secara intensif, dan informasi mengenai AIDS sudah menyebar dan bertambah dengan cepat. Selain berdampak negatif pada bidang medis, AIDS juga berdampak negatif pada bidang lainnya seperti ekonomi, politik, etika, dan moral (Widoyono, 2011).

Istilah HIV telah digunakan sejak 1986 sebagai nama untuk retrovirus yang diusulkan pertama kali sebagai penyebab AIDS oleh Luc Montagnier dari Perancis, yang awalnya menamakannya LAV (*lymphadenopathy-associated virus*) dan oleh Robert Gallo dari Amerika Serikat, yang awalnya menamakannya HTLV-III (*human T lymphotropic virus type III*). HIV adalah anggota dari *genus lentivirus*, bagian dari keluarga *retroviridae* yang ditandai dengan periode latensi yang panjang dan sebuah sampul *lipid dai selhost* awal yang mengelilingi sebuah pusat protein atau RNA. Dua spesies HIV menginfeksi manusia: HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 adalah yang lebih “*virulent*” dan lebih mudah menular, dan merupakan sumber dari kebanyakan infeksi HIV di seluruh dunia; HIV-2 kebanyakan masih tekurung di Afrika Barat. Kedua spesies berawal di Afrika Barat, melompat dari primata ke manusia dalam sebuah proses yang dikenal sebagai *zoonosis* (Widoyono, 2011).

AIDS menarik perhatian komunitas kesehatan pertama kali pada tahun 1981 setelah terjadi secara tidak lazim, kasus-kasus *pneumocystis carini* (PPC) dan *Sarkoma Kaposi* (SK) pada laki-laki muda homoseks di California (Gottlieb, 1981) dalam (Silvia Anderson, 2006: 225). Kasus pertama AIDS di Indonesia dilaporkan secara resmi oleh Departemen Kesehatan pada tahun 1987 yaitu pada seorang warga Negara Belanda di Bali. Sebenarnya sebelum itu telah ditemukan

kasus pada bulan Desember 1985 yang secara klinis sesuai dengan diagnosis AIDS dan hasil tes Elisa tiga kali diulang, menyatakan positif. Hanya hasil tes Western Blot, yang saat itu dilakukan di Amerika Serikat, hasilnya negatif sehingga tidak dilaporkan sebagai kasus AIDS. (Djoerban, 2006 : 1803).

### **3. Penyebab HIV dan AIDS**

Penyebab AIDS adalah golongan virus retro yang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV yang dulu disebut virus limfotrofik sel T manusia tipe III (HTLV-III) atau virus *limfadenopati* (LAV), adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari *family lentivirus*. Retrovirus merubah asam *ribonukleat* (RNA) menjadi asam *deoksiribonukleat* (DNA) setelah masuk kedalam sel penjamu, HIV-1 dan HIV-2 adalah lentivirus sitopatik, dengan HIV-1 menjadi penyebab utama AIDS di seluruh dunia. (Silvia Anderson, 2006: 224).

### **4. Gejala Klinis HIV dan AIDS**

Gejala-gejala klinis HIV dan AIDS (Widoyono, 2011):

- a. Masa inkubasi 6 bulan-5 tahun.
- b. *Window period* selama 6-8 minggu, adalah waktu saat tubuh sudah terinfeksi HIV tetapi belum terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium.
- c. Seseorang dengan HIV dapat bertahan sampai dengan 5 tahun. Jika tidak diobati, maka penyakit ini akan bermanifestasi sebagai AIDS.
- d. Gejala klinis muncul sebagai penyakit yang tidak khas seperti:
  - 1) Diare kronis
  - 2) Kandidiasis mulut yang luas
  - 3) *Pneumocystis carinii*

4) *Pneumonia interstitialis limfositik*

5) *Ensefalopati kronik.*

## 5. Cara Penularan Virus HIV dan AIDS

Penyakit ini menular melalui berbagai cara, antara lain melalui cairan tubuh seperti darah, cairan genitalia, dan ASI. Virus juga terdapat dalam saliva, air mata, dan urin (sangat rendah). HIV tidak dilaporkan terdapat dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah disunat memiliki resiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan pria yang tidak disunat (Widoyono, 2011).

Selain melalui cairan tubuh, HIV juga ditularkan melalui (Widoyono, 2011):

- a) Ibu hamil
- b) Secara *intrauterine*, *intrapartum*, dan *postpartum* (ASI).
- c) Angka transmisi mencapai 20-50%.
- d) Angka transmisi melalui ASI dilaporkan lebih dari sepertiga.
- e) Laporan lain menyatakan resiko penularan melalui ASI adalah 11-29%.
- f) Sebuah studi meta-analisis prospektif yang melibatkan penelitian pada dua kelompok ibu, yaitu kelompok ibu yang menyusui sejak awal kelahiran bayi dan kelompok ibu yang menyusui setelah beberapa waktu usia bayinya, melaporkan bahwa angka penularan HIV pada bayi yang belum disusui adalah 14% (yang diperoleh dari penularan melalui mekanisme kehamilan dan persalinan), dan angka penularan HIV meningkat menjadi 29% setelah bayinya disusui. Bayi normal dengan ibu HIV bisa memperoleh antibodi HIV dari ibunya selama 6-15 bulan.

g) Jarum Suntik

- 1) Prevalensi 5-10%.
- 2) Penularan HIV pada anak dan remaja biasanya melalui jarum suntik karena penyalahgunaan obat. Diantara tahanan (tersangka atau terdakwa tindak pidana) dewasa, pengguna obat suntik di Jakarta sebanyak 40% terinfeksi HIV, di Bogor 25%, dan di Bali 53%.

h) Transfusi Darah

- 1) Resiko penularan sebesar 90%.
- 2) Prevalensi 3-5%.

i) Hubungan Seksual

- 1) Prevalensi 70-80%.
- 2) Kemungkinan tertular adalah 1 dalam 200 kali hubungan intim.
- 3) Model penularan ini adalah yang tersering di dunia. Akhir-akhir ini dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat untuk menggunakan kondom, maka penularan melalui jalur ini cenderung menurun dan digantikan oleh penularan melalui jalur penusun (Pengguna Narkoba Suntik).

## **6. Pengobatan dan Pencegahan HIV dan AIDS**

Pengobatan dan pencegahan HIV dan AIDS yang harus dilakukan sebagai berikut

(Widoyono, 2011):

a) Pengobatan pada penderita HIV dan AIDS meliputi:

- 1) Pengobatan suportif
- 2) Penanggulangan penyakit oportunistik

- 3) Pemberian obat antivirus
  - 4) Penanggulangan dampak psikososial.
- b) Pencegahan penyakit HIV dan AIDS antara lain:
- 1) Menghindari hubungan seksual dengan penderita AIDS atau tersangka penderita AIDS.
  - 2) Mencegah hubungan seksua dengan pasangan yang berganti-ganti atau dengan orang yang mempunyai banyak pasangan.
  - 3) Menghindari hubungan seksual dengan pecandu nakotika obat suntik.
  - 4) Melarang orang-orang yang termasuk ke dalam kelompok berisiko tinggi untuk melakukan donor darah.
  - 5) Memberikan transfusi darah hanya untuk pasien yang benar-benar memerlukan.
  - 6) Memastikan sterilitas alat suntik.

## **7. Progam Pemberantasan HIV dan AIDS**

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) tahun 2014 menentukan kebijakan penanggulangan penyakit HIV dan AIDS tahun 2014 di Provinsi, Kabupaten, dan kota, serta kebijakan nasional sebagai berikut :

### **a) Kebijakan di Provinsi, Kabupaten dan Kota**

Upaya penanggulangan AIDS yang efektif membutuhkan dukungan kebijakan yang kuat terutama untuk Provinsi, Kabupaten, dan Kota, hingga tahun 2014 tercatat 102 kebijakan penanggulangan AIDS yang telah terbit, terdiri dari 27 Perda tingkat Provinsi dan 75 Perda tingkat Kabupaten dan Kota.

b) Kebijakan Nasional

Pada tingkat nasional, pada tahun 2014 tengah dirancang beberapa kebijakan Kementerian atau Lembaga yaitu:

- 1). Draft kebijakan Dirjen Pemerintahan Umum (Dirjen PUM) Kemendagri tentang Pedoman Peran Satpol PP dalam penanggulangan AIDS.
- 2). Draft kebijakan Dirjen Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan, Kemenakertrans tentang Pedoman penapisan HIV di tempat kerja.
- 3). Draft Kebijakan Sekretaris Jenderal Kementerian Pariwisata tentang Pedoman Penanggulangan AIDS Sektor Pariwisata.
- 4). Draft Revisi Pemendagri Nomor 20 tahun 2007.

Prinsip dan Dasar Kebijakan yaitu strategi dan rencana aksi dibuat berdasarkan peraturan perundangan terkait dengan masalah dan atau faktor-faktor yang berpengaruh dan mewarnai upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Prinsip-prinsip utama dalam strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebagai berikut:

- a) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama, budaya, norma kemasyarakatan, menghormati harkat dan martabat manusia, serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
- b) HIV dan AIDS merupakan masalah sosial kemasyarakatan dan pembangunan, oleh sebab itu upaya penanggulangannya harus diintegrasikan ke dalam program pembangunan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten atau kota.
- c) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit,

perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA dan orang-orang terdampak HIV dan AIDS.

- d) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan oleh masyarakat sipil dan pemerintah secara bersama berdasarkan prinsip kemitraan.
  - e) Populasi kunci dan odHa serta orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS berperan aktif secara bermakna dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.
6. Dukungan yang diberikan kepada ODHA dan orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS yang miskin bertujuan untuk pemberdayaan dan mempertahankan kehidupan sosial ekonomi yang layak dan produktif.
7. Peraturan perundang-undangan diusahakan untuk dapat mendukung dan selaras dengan upaya penanggulangan HIV dan AIDS disemua tingkat.

## **B. Tinjauan Tentang ODHA**

Orang yang terinfeksi HIV dan AIDS dalam Bahasa Inggris disebut PLWHA (*People Living with HIV/AIDS*), sedangkan di Indonesia kategori ini diberi nama ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS) dan OHIDA (Orang yang hidup dengan HIV dan AIDS) baik keluarga serta lingkungannya (Kristina dalam Syaiful, 2000). Demikian, ODHA merupakan sebutan bagi orang yang menderita HIV dan AIDS.

ODHA merupakan singkatan dari Orang Dengan HIV dan AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif didiagnosa terinfeksi HIV. HIV adalah kepanjangan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu suatu virus yang menyerang kekebalan

tubuh. Kekebalan tubuh yang dimaksud adalah suatu sistem tubuh yang secara alamiah berfungsi melawan penyakit dan infeksi.

## **C. Tinjauan tentang Pengetahuan**

### **1. Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhyul (*superstitions*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*). Misalnya dikalangan orang-orang Marindanim di Irian Barat ada suatu kepercayaan bahwa sebelum mereka berburu harus diadakan upacara, didatangkan seorang dukun, dibacakan mantera-mantera dan dikeluarkan pula jimat-jimat supaya perburuan mereka berhasil. Kepercayaan tersebut yang yang tidak dapat dibuktikan kebenarannya menimbulkan ketidakpastian, sedangkan pengetahuan bertujuan untuk mendapatkan kepastian serta menghilangkan prasangka sebagai akibat ketidakpastian tersebut (Soekanto, 2002).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “Tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan

bahwa pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Kesimpulan yang dapat diambil dari uraian di atas bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang didapatkan melalui penggunaan panca indera dan dapat dibuktikan kebenarannya sehingga menghilangkan prasangka, dan pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang. Pengetahuan dalam hal ini adalah pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS didapatkan melalui panca indera yang mereka gunakan dan pengetahuan tersebut dapat dibuktikan kebenarannya. Sehingga pengetahuan yang dimiliki masyarakat tentang HIV dan AIDS akan mendukung respon atau tindakan masyarakat terhadap penderita HIV dan AIDS. Pengetahuan tentang HIV dan AIDS yang dimaksud adalah pengetahuan tentang hakekat, penularan, maupun cara pencegahan penyakit HIV dan AIDS.

Sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri orang tersebut menjadi proses berurutan (Rogers dalam Notoadmojo: 2003):

- a) *Awarenes*, dimana orang tersebut menyadari pengetahuan terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b) *Interest*, dimana orang mulai tertarik pada stimulus.
- c) *Evaluation*, merupakan suatu keadaan mempertimbangkan terhadap baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- d) *Trial*, dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- e) *Adaptation*, dimana orang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap.

Pengetahuan berbeda dengan buah pikiran (*ideas*), oleh karena tidak semua buah pikiran merupakan pengetahuan. Pernah ada buah pikiran yang mengatakan bahwa suatu pemerintah atau negara tunggal yang mencakup seluruh dunia akan mencegah terjadinya perang, namun tidak pernah diketahui dengan pasti apakah buah pikiran tadi benar (Soekanto, 2002).

## **2. Sumber Pengetahuan**

Sumber pengetahuan dapat dibedakan atas dua bagian besar yaitu bersumber pada daya indrawi dan (budi) intelektual manusia. Pengetahuan indrawi dimiliki oleh manusia melalui kemampuan indranya tetapi bersifat relasional. Pengetahuan diperoleh manusia juga karena ia juga mengandung kekuatan psikis, daya indra memiliki kemampuan menghubungkan hal-hal konkret material dalam ketunggalannya. Pengetahuan indrawi bersifat parsial disebabkan oleh adanya perbedaan kemampuan tiap indra. Pengetahuan intelektual adalah pengetahuan yang hanya dicapai oleh manusia melalui rasio intelegensia. Pengetahuan intelektual mampu menangkap bentuk atau kodrat objek dan tetap menyimpannya di dalam dirinya (Notoadmojo, 2005).

## **3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah (Notoatmodjo, 2003):

### **a) Pendidikan**

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan

seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Melalui pendidikan tinggi, maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan.

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dipendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

#### b) Informasi atau Media Massa

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap

pembentukan opini dan kepercayaan orang. Tugas pokoknya dalam penyampaian informasi, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c) Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi

masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

f) Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup : Pertama, semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya. Kedua, tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori

berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia.

#### **4. Cara Memperoleh Pengetahuan**

Pengetahuan dapat diperoleh melalui beberapa faktor yang dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu cara tradisional dan cara modern (Notoatmodjo, 2003).

##### a) Cara Tradisional

- 1) Cara coba-coba (*Trial and error*). Cara coba-coba ini dengan menggunakan kemungkinan dalam memecakan masalah, apabila kemungkinan itu tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lain.
- 2) Cara kekuasaan atau otoritas. Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang disampaikan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji atau membuktikan kebenarannya terlebih dahulu baik secara empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri.
- 3) Berdasarkan pengalaman pribadi. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam pemecahan permasalahan yang dihadapi pada masa-masa yang lalu.
- 4) Melalui Jalan Pikiran. Seiring dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Bermula dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan, baik melalui cara berpikir deduksi ataupun induksi.

b) Cara Modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian. Melalui metode ini selanjutnya menggabungkan cara berpikir deduktif, induktif, dan verifikatif yang selanjutnya dikenal dengan metode penelitian ilmiah.

## 5. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003:3) :

a) Tahu (*Know*)

Kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari, dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Cara kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain : menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan mengatakan.

b) Memahami (*Comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c) Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai pengguna hukum-hukum, rumus, metode, prinsip-prinsip dan sebagainya.

d) Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek dalam suatu komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari

penggunaan kata kerja seperti kata kerja mengelompokkan, menggambarkan, dan memisahkan.

e) Sintesis (*Sinthesis*)

Kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek tersebut berdasarkan suatu cerita yang sudah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

## **D. Tinjauan tentang Respon**

### **1. Pengertian Respon**

Respon adalah istilah yang digunakan oleh psikologi untuk menamakan reaksi terhadap rangsang yang diterima oleh panca indera. Respon biasanya diwujudkan dalam bentuk perilaku yang dimunculkan setelah dilakukan perangsangan (Qumariyah, 2012:8). Sedangkan menurut Sarlito (1995), respon adalah setiap tingkah laku pada hakekatnya merupakan tanggapan atau balasan (respon) terhadap rangsangan atau stimulus. Respon yang dimaksud dalam penelitian ini adalah respon dari Masyarakat terhadap orang dengan HIV dan AIDS (ODHA).

Menurut Azwar (1988), individu manusia berperan serta sebagai pengendali antara stimulus dan respon sehingga yang menentukan bentuk respon individu terhadap stimulus adalah stimulus dan faktor individu itu sendiri. Interaksi antara

beberapa faktor dari luar berupa objek, orang-orang dan dalam berupa sikap, mati dan emosi pengaruh masa lampau dan sebagiannya akhirnya menentukan bentuk perilaku yang ditampilkan seseorang. Respon seseorang dapat dalam bentuk baik atau buruk, positif atau negative. Apabila respon positif maka orang yang bersangkutan cenderung untuk menyukai atau mendekati objek, sedangkan respon negative cenderung untuk menjauhi objek tersebut.

## **2. Macam-Macam Respon**

Macam-macam respon yaitu sebagai berikut:

- a) Respon menurut indra yang mengamati, yaitu:
  - 1) Respon auditif yaitu respon terhadap apa yang telah didengarnya.
  - 2) Respon visual yaitu respon terhadap segala sesuatu yang dilihatnya.
- b) Respon perasaan yaitu respon terhadap sesuatu yang dialami oleh dirinya.
- c) Respon menurut terjadinya, yaitu:
  - 1) Respon ingatan atau respon masa lampau yaitu respon terhadap kejadian yang sudah berlalu.
  - 2) Respon fantasi atau respon masa kini yaitu respon terhadap sesuatu yang kini terjadi.
- d) Respon pikiran atau respon masa datang yaitu respon terhadap sesuatu yang akan datang.
- e) Respon menurut lingkungannya, yaitu:
  - 1) Respon benda yaitu respon terhadap benda-benda yang ada disekitarnya.
  - 2) Respon kata-kata yaitu respon terhadap ucapan atau kata-kata yang dilontarkan oleh lawan bicara. (Qomariyah, 2012).

Pembagian macam-macam respon diatas dapat menunjukkan bahwa panca indra sebagai modal dasar pengamatan yang sangat penting. Selain dari panca indra, respon juga akan didasari oleh adanya perasaan yang mendalam atau sesuatu pengetahuan dan ingatan serta cara respon tersebut diungkapkan dalam kata-kata. Oleh karena itulah respon menjadi sesuatu yang perlu dilihat dan diukur guna mengetahui gambaran atau pengamatan seseorang terhadap sesuatu objek. Pada penelitian ini respon yang dimaksud bagaimana respon masyarakat terhadap orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dengan pengetahuan tentang HIV dan AIDS. Adapun macam-macam respon (Chaffe dalam Muzni: 2014) tersebut yaitu:

- a) Respon kognitif yaitu respon yang berhubungan dengan pengetahuan, keterampilan, dan informasi seseorang mengenai sesuatu.
- b) Respon afektif yaitu respon yang berhubungan dengan sikap, emosi dan penilaian seseorang terhadap sesuatu.
- c) Respon konatif yaitu respon yang berhubungan dengan perilaku nyata yang meliputi tindakan, kegiatan dan kebiasaan.

Respon masyarakat adalah tanggapan-tanggapan dari masyarakat, reaksi-reaksi dari masyarakat, dan jawaban-jawaban dari masyarakat yang ikut serta menyuarakan suaranya berupa pendapat atau tanggapan baik secara tertulis maupun tidak tertulis. Pengertian respon masyarakat tersebut, dapat dikatakan bahwa respon masyarakat merupakan tanggapan yang dilakukan oleh masyarakat yang ikut menyuarakan suaranya berupa pendapat baik secara tertulis maupun tidak tertulis yang masyarakat ketahui. (Triyono dalam Irawan, 2013: 29).

Respon masyarakat merupakan suatu reaksi atau jawaban seseorang atau masyarakat yang ikut berperan berupa sikap, emosi pengaruh masa lampau dan sebagiannya yang akhirnya menentukan bentuk perilaku yang ditampilkan seseorang. Dari pengertian respon masyarakat tersebut, dapat dikatakan bahwa respon masyarakat merupakan proses reaksi sikap masyarakat yang ikut berperan yang selanjutnya ditampilkan dihadapan seseorang. (Mansour dalam Irawan, 2013: 30).

### **E. Hubungan HIV dan AIDS dan Teori Sosiologi**

Etnometodologi adalah salah satu cabang ilmu sosiologi yang mempelajari tentang berbagai upaya, langkah, dan penerapan pengetahuan umum pada kelompok komunitas untuk menghasilkan dan mengenali subyek, realitas, dan alur tindakan yang bisa dipahami bersama-sama (Kuper dalam Basrowi dan Soenyono, 2004). Etnometodologi merupakan suatu studi empiris tentang bagaimana orang menanggapi pengalaman dunia sosialnya sehari-hari. Etnometodologi mempelajari realitas sosial atas interaksi yang berlangsung sehari-hari. Etnometodologi menekankan bahwa realitas sosial merupakan hasil dari agen-agen yang telah ada sebelumnya yang mengarahkan tindakan mereka dengan menggunakan alasan-alasan pengetahuan umum yang ada.

Berdasarkan penjelasan teori etnometodologi di atas, dapat dikaitkan dengan masalah HIV dan AIDS. Masalah HIV dan AIDS merupakan realitas sosial yang ada di kehidupan masyarakat. Masyarakat menganggap bahwa seseorang yang dinyatakan positif terkena HIV dan AIDS dikarenakan kebiasaan dan perilaku penderita yang tidak baik. Stigma yang diberikan masyarakat terhadap penderita

HIV dan AIDS tersebut akan menentukan tindakan yang akan diberikan masyarakat terhadap penderita HIV dan AIDS. Penderita HIV dan AIDS akan dijauhi, dikucilkan, dan disingkirkan oleh masyarakat. Tindakan diskriminatif yang diberikan masyarakat terhadap ODHA ini merupakan hasil dari tindakan masyarakat yang telah ada sebelumnya berdasarkan pengetahuan atau informasi yang mereka terima, dimana informasi yang diterima belum tentu benar adanya, sehingga masih terdapat kesalahpahaman atas informasi yang didapatkan oleh masyarakat tentang HIV dan AIDS.

#### **F. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS dengan Respon Masyarakat Terhadap ODHA**

Terdapat beberapa jurnal penelitian yang juga membahas pengetahuan tentang HIV dan AIDS. Berikut ini hasil-hasil jurnal penelitian tersebut sehingga dapat kita dapat menarik kesimpulan dari hasil penelitian terdahulu, yaitu :

1. Hubungan pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan perilaku pencegahan berisiko HIV dan AIDS pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta oleh Wulandari (2013). Berdasarkan hasil penelitiannya didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan HIV dan AIDS dengan perilaku pencegahan berisiko HIV dan AIDS di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Hal ini disebabkan karena adanya faktor-faktor lain diluar pengetahuan yang memberi pengaruh yang sangat besar pada perilaku pencegahan berisiko HIV dan AIDS. Seperti hubungan individu dengan keluarga dan kehidupan sosial masyarakat, dukungan sikap dan perilaku petugas kesehatan, tersedianya alat peraga untuk penyuluhan kesehatan, konseling dan kemudahan prosedur seperti pengobatan gratis untuk

keluarga yang tidak mampu. Penelitian ini meneliti mengenai hubungan pengetahuan tentang HIV dan AIDS dan perilaku berisiko HIV dan AIDS pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, dimana perilaku pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Ketergantungan Jakarta yang dimaksud merupakan bentuk dari respon konatif.

2. Hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku pencegahan penularan dari klien HIV dan AIDS diruangmelati1 RSUD Dr. Moewardi Surakarta oleh Mahardini dan Maliya (2009). Berdasarkan hasil penelitiannya adalah ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku pencegahan penularan dari klien HIV dan AIDS di Ruang Melati1 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai HIV dan AIDS kemungkinan disebabkan oleh mudahnya akses terhadap informasi-informasi terbaru yang disediakan oleh klinik VCT (*Voluntary Concelling and Testing*) merupakan proses konseling pra testing memberikan pengetahuan tentang HIV dan manfaat testing. Konseling VCT itu sendiri merupakan kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, tentang informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencega penularannya, pengobatan dan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV dan AIDS. Hampir selalu adanya klien HIV dan AIDS yang dirawat diruang Melati 1 sehingga pengalaman pemberian asuhan keperawatan kepada mereka cukup. Selain itu, tingkat pendidikan responden (DIII dan SI) juga mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka. Walaupun belum ada prosedur tetap khusus tentang perawatan kepada klien HIV dan AIDS, namun dalam pelaksanaan perilaku pencegahan penularan, sebagian

besar responden masuk kedalam kategori baik (16 orang atau 69,6%). Hal ini kemungkinan disebabkan oleh pengetahuan mereka yang rata-rata juga baik, adanya prosedur tetap terhadap infeksi secara umum, dan ketakutan akan tertular jika tidak menerapkan perilaku pencegahan penularan. Adapun penelitian tersebut meneliti mengenai hubungan pengetahuan perawat dengan perilaku pencegahan penularan dari klien HIV dan AIDS di ruang melati 1 RSUD Dr. Moewardi Surakarta, dimana perilaku pencegahan penularan klien HIV dan AIDS tersebut merupakan bentuk dari respon konatif.

3. Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS oleh Shaluhyah et. al (2015) tentang. Hasil penelitian menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian stigma HIV/AIDS dengan pengalaman seseorang dalam berinteraksi dengan ODHA, juga berhubungan dengan pengalaman tentang adanya rasa malu dan menyalahkan yang berhubungan dengan penyakit AIDS. Demikian juga persepsi terhadap penderita AIDS akan sangat memengaruhi cara orang tersebut bersikap dan berperilaku terhadap ODHA.

Stigma muncul karena tidak tahunya masyarakat tentang informasi HIV yang benar dan lengkap, khususnya dalam mekanisme penularan HIV, kelompok orang berisiko tertular HIV dan cara pencegahannya termasuk penggunaan kondom. Kesalahpahaman atau kurangnya pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS sering kali berdampak pada ketakutan masyarakat terhadap ODHA, sehingga memunculkan penolakan terhadap ODHA. Pemberian informasi lengkap, baik melalui

penyuluhan, konseling maupun sosialisasi tentang HIV dan AIDS kepada masyarakat berperan penting untuk mengurangi stigma.

Pemberian pengetahuan atau informasi terkait HIV adalah salah satu cara yang efektif untuk menjelaskan tentang pencegahan dan penularan HIV. Seseorang dengan pengetahuan yang baik dan benar terkait HIV diharapkan dapat menurunkan bahkan menghilangkan stigma pada ODHA. Persepsi masyarakat terhadap ODHA memiliki pengaruh terhadap sikap dan perilaku memberikan stigma.

### **G. Kerangka Pikir**

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhyul (*superstitions*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*). Pengetahuan berbeda dengan buah pikiran (*ideas*), oleh karena tidak semua buah pikiran merupakan pengetahuan. Pernah ada buah pikiran yang mengatakan bahwa suatu pemerintah atau negara tunggal yang mencakup seluruh dunia akan mencegah terjadinya perang, namun tidak pernah diketahui dengan pasti apakah buah pikiran tadi benar.

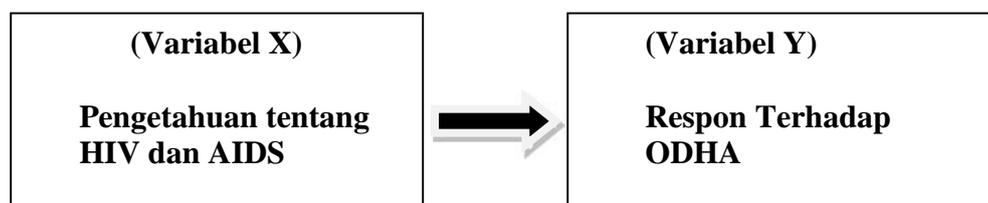
Respon bagian tanggapan-tanggapan dari masyarakat, reaksi-reaksi dari masyarakat, dan jawaban-jawaban dari masyarakat yang ikut serta menyuarakan suaranya berupa pendapat atau tanggapan baik secara tertulis maupun tidak tertulis. Respon masyarakat tersebut, dapat dikatakan bahwa respon masyarakat merupakan tanggapan yang dilakukan oleh masyarakat yang ikut menyuarakan

suaranya berupa pendapat baik secara tertulis maupun tidak tertulis. yang masyarakat ketahui.

HIV dan AIDS adalah satu penyakit gangguan kekebalan tubuh yang paling ditakuti oleh banyak orang sekarang ini. Seiring dengan semakin berkembangnya teknologi dan inovasi di bidang kesehatan maka telah diyakini bahwa orang yang hidup dengan HIV dan AIDS juga semakin bertambah. Orang yang sudah terjangkit penyakit ini tentu saja gerak hidupnya menjadi terhambat. Penyakit ini telah menjadi masalah internasional karena dalam waktu yang relatif singkat terjadi peningkatan jumlah pasien dan semakin melanda banyak negara. Sampai saat ini belum ditemukan vaksin atau obat yang relatif efektif untuk AIDS sehingga menimbulkan keresahan di dunia.

ODHA adalah singkatan dari Orang Dengan HIV dan AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif didiagnosa terinfeksi HIV. HIV adalah kepanjangan dari *Human Immunodeficiency Virus*, suatu virus yang menyerang kekebalan tubuh, yaitu suatu sistem tubuh yang secara alamiah berfungsi melawan penyakit dan infeksi.

**Gambar 2. Bagan Kerangka Pikir**



## H. Hipotesis

Hipotesis berasal dari dua suku kata yaitu *hypo* yang artinya di bawah dan *thesa* yang artinya kebenaran. Hipotesis kemudian disesuaikan dengan ejaan Bahasa Indonesia menjadi hipotesa dan berkembang menjadi hipotesis. Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2002).

Berdasarkan definisi diatas, hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H0 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

H1 : Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

### **BAB III. METODE PENELITIAN**

#### **A. Tipe Penelitian**

Penelitian ini menggunakan bentuk penelitian kuantitatif kausal yaitu meneliti hubungan sebab-akibat antara dua variabel atau lebih (Sugiyono, 2007:107). Pada dasarnya dalam menguraikan suatu maksud tertentu, perlu ada cara atau jalan yang jelas, teratur, dan terarah melalui pola pikir yang logis. Penelitian ini menggunakan tipe penelitian *explanatory*, yaitu penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara variabel-variabel penelitian dan menguji hipotesa yang telah dirumuskan sebelumnya (Singarimbun & Efendi, 2008).

#### **B. Definisi Konsep**

Definisi konsep merupakan batasan terhadap masalah variabel yang akan dijadikan pedoman dalam penelitian, sehingga tujuan dan arahnya tidak menyimpang. Konsep ini digunakan untuk menggambarkan secara abstrak: kejadian, keadaan, kelompok atau individu yang menjadi pusat perhatian ilmu sosial (Singarimbun dan Efendi, 2008). Konsep sangat diperlukan dalam penelitian agar dapat menjaga masalah atau menjadi pembatasan masalah dan menghindarkan timbulnya kesalahan-kesalahan definisi yang dapat mengaburkan. Beberapa konsep yang dibatasi dengan pendefinisian secara operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel X (Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS)

Kesan yang ada didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya dan melalui berbagai sumber informasi yang diterima.

2. Variabel Y (Respon Terhadap ODHA)

Suatu hal yang menentukan respon dari suatu eaksi atau jawaban yang ikut berperan berupa sikap, emosi perbuatan masalalu, sekarang maupun perbuatan yang akan datang. Batasan respon sebagai suatu kesadaran individu yang menentukan perbuatan-perbuatan yang nyata ataupun yang mungkin akan terjadi didalam kegiatan-kegiatan sosial, dan respon seseorang selalu diarahkan terhadap sesuatu hal atau suatu objek tertentu.

### **C. Definisi Operasional dan Indikator Variabel**

Definisi operasional adalah petunjuk tentang bagaimana variabel diukur. Adanya definisi operasional variabel suatu penelitian, maka seorang peneliti akan dapat mengetahui suatu variabel yang akan diteliti (Singarimbun dan Efendi, 2008: 46).

Definisi operasional adalah definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut (Nazir, 1988: 52).

Berdasarkan permasalahan dan definisi konsep yang dikemukakan sebelumnya, maka definisi operasional dan indikator variabel yang digunakan adalah:

1. Pengetahuan Tentang HIV dan AIDS

Pengetahuan tentang HIV dan AIDS adalah hasil dari tahu seseorang mengenai hakekat, penularan, dan cara pencegahan atau penanggulangan penyakit HIV dan

AIDS. Indikator variabel yang digunakan untuk mengukur pengetahuan seseorang tentang HIV dan AIDS adalah:

- a) Pengetahuan tentang hakekat penyakit HIV dan AIDS
- b) Pengetahuan tentang cara penularan HIV dan AIDS
- c) Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV dan AIDS
- d) Pengetahuan tentang cara penanggulangan HIV dan AIDS.

## 2. Respon Masyarakat terhadap ODHA

Respon masyarakat terhadap ODHA adalah respon penerimaan dan dukungan sosial seseorang terhadap ODHA dalam bentuk memberikan saran kepada ODHA untuk periksa kesehatan, berinteraksi, berkunjung, menjaga jarak, berjabat tangan, memberikan informasi, dan memberikan bantuan kepada ODHA.

Indikator variabel yang digunakan untuk mengukur respon seseorang terhadap ODHA adalah:

- a) Berkunjung ke tempat ODHA
- b) Memberikan informasi tentang HIV dan AIDS kepada ODHA
- c) Berinteraksi langsung dengan ODHA
- d) Berjabat tangan dengan ODHA

## **D. Populasi dan Sampel**

### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2000:108). Dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan populasi adalah sejumlah individu

yang dijadikan subjek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah ODHA dan seluruh masyarakat Desa Pantai Harapan kecamatan yang berjumlah 2.717 KK.

## 2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Suharsimi Arikunto, 2010:174). Sampel penelitian adalah bagian dari populasi yang memiliki karakteristik yang sama dengan populasi. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random, atau daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu (Suharsimi Arikunto, 2010: 183). Teknik *purposive sampling* dilakukan karena beberapa pertimbangan tertentu, sehingga penentuan sampel dalam penelitian ini antara lain umur 17-50 tahun, menempati tempat tinggal minimal lima tahun, berencana tinggal menetap, setiap responden mewakili setiap KK. Berdasarkan pertimbangan diatas, maka yang akan dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kelurahan Panjang Selatan Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

Salah satu metode yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel adalah menggunakan rumus *slovin* (Sevilla et. al., 1960: 182), sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{Nd^2 + 1}$$

Keterangan:

n = Sampel

N = Populasi

d = Presisi (10%)

Untuk menggunakan rumus ini, pertama ditentukan berapa batasan toleransi kesalahan. Batasan toleransi kesalahan ini dinyatakan dengan persentase. Semakin kecil toleransi kesalahan, semakin akurat sampel menggambarkan populasi. Batasan toleransi kesalahan dalam penelitian ini adalah 1 % atau 0,01. Maka dapat ditentukan sampel yang akan diambil adalah:

$$n = \frac{N}{Nd^2 + 1}$$

$$n = \frac{2.717}{2.717 \times 0,1^2 + 1}$$

Jadi,  $n = 96.45$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, maka dapat diketahui bahwa sampel dalam penelitian ini adalah berjumlah 96 orang.

## **E. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Panjang Selatan Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung. Alasan dalam memilih lokasi tersebut dikarenakan berdasarkan informasi dan data tahun 2015 yang diberikan oleh Lembaga Kesehatan Nahdatul Ulama (LKNU) Provinsi Lampung bahwa di kelurahan Panjang Selatan terdapat ODHA. Sehingga peneliti ingin mengetahui bagaimana respon masyarakat sekitar terhadap ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS).

## **F. Jenis dan Sumber Data**

### **1. Jenis Data**

- a) Data primer adalah data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak perantara) yang secara khusus dikumpulkan oleh peneliti

untuk menjawab permasalahan dalam penelitian (Rosadi: 2004). Data primer merupakan data-data yang didapatkan melalui cara memberikan kuesioner penelitian kepada responden yaitu warga Panjang Selatan.

- b) Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung yang diusahakan sendiri pengumpulannya oleh peneliti. Melainkan data yang berupa studi kepustakaan, yaitu dengan jalan mempelajari majalah, koran, artikel dan lain sebagainya, atau bisa juga berupa tentang catatan adanya suatu peristiwa, ataupun catatan-catatan yang jaraknya telah “jauh” dari sumber orisinal (Nazir: 1988). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data-data yang mendukung yang berkaitan dengan judul penelitian yakni data-data mengenai obyek penelitian dan mengenai lokasi penelitian.

## **2. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah subyek dimana data dapat diperoleh dari sumber data yang ditetapkan oleh peneliti melalui wawancara dengan beberapa informan. Merujuk kepada (Moleong: 1999) peneliti menetapkan informan sebagai sumber data dengan menggunakan pertimbangan diantaranya untuk mendapatkan data tambahan yang mendukung data primer.

## **G. Teknik Pengumpulan Data**

Untuk memperoleh data yang lengkap, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan kebenaran ilmiahnya, maka peneliti mempergunakan metode pengumpulan data sebagai berikut:

### **1. Kuesioner**

Kuesioner ini juga sering disebut sebagai angket dimana dalam kuesioner tersebut terdapat beberapa macam pertanyaan yang berhubungan erat dengan masalah penelitian yang hendak dipecahkan, disusun, dan disebarakan ke responden untuk memperoleh informasi di lapangan. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang ia ketahui (Arikunto, 2002: 127).

### **2. Pengumpulan Data Sekunder**

Adalah mengumpulkan data tambahan yang mendukung penelitian ini agar dapat memperkuat data primer, misalnya data monografi kelurahan.

### **3. Studi Pustaka**

Teknik ini dilakukan dengan mencari literatur dan referensi dari buku-buku, jurnal-jurnal, internet, keterangan atau laporan yang berhubungan dengan penelitian ini.

## **H. Teknik Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer dengan tahap sebagai berikut :

#### **1. *Editing* (pemeriksaan data)**

Kuesioner yang dikembalikan kepada peneliti, dilakukan pengecekan (*editing*) kelengkapan data diantaranya kelengkapan identitas pengisi, kelengkapan lembar kuesioner dan kelengkapan isian. Editing dilakukan ditempat pengumpulan data sehingga apabila terdapat ketidak sesuaian dapat dilengkapi dengan segera.

#### **2. *Coding* (pengkodean data)**

Setelah melakukan pengecekan lalu peneliti mengkode data untuk memudahkan pengolahan data.

### 3. *Tabulating*

Tabulating, adalah merumuskan data dalam tabel berdasarkan berdasarkan kategori jawaban yang sama, untuk mengetahui frekuensi dan resenase jawaban. Setelah dilakukan pengkodean, selanjutnya peneliti memasukan data kekomputer agar dapat dianalisis dengan menggunakan aplikasi program SPSS.

### 4. *Prossesing* dan *output* data

## I. Teknik Analisis Data

Teknik analisa data yang dalam penelitian ini menggunakan *crosstab*. Penggunaan *crosstab* dicirikan dengan data *input* yang berskala nominal atau ordinal. Praktek pembuatan *crosstab* juga dapat disertai dengan penghitungan tingkat keeratan hubungan (asosiasi) antar isi *crosstab*. Alat statistik yang sering digunakan untuk mengukur asosiasi pada sebuah *crosstab* adalah *chi-square*. Alat ini pada praktek statistik bisa diterapkan untuk menguji ada tidaknya hubungan antara baris dan kolom dari sebuah *crosstab* (Santoso, 2012: 218).

## 1. Pengujian Hipotesis

Prosedur korelasi bertujuan untuk mengetahui dua hal pada hubungan antar dua variabel (Santoso, 2012: 224).

- a) Apakah kedua variabel tersebut saling berhubungan.
- b) Jika terbukti saling berhubungan, bagaimana arah hubungan kedua variabel tersebut.

Sesuai dengan jenis data yang ada, yaitu nominal, ordinal, interval, dan rasio maka SPSS 16.0 menyediakan menu untuk mengukur korelasi variabel-variabel yang memiliki data berbeda-beda.

Hipotesis:

H0: Tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

H1: Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.

Pengambilan keputusan dalam membandingkan Chi Square tabel:

- 1) Jika Chi-Square Hitung  $<$  Chi-Square tabel, maka H0 diterima dan H1 ditolak.
- 2) Jika Chi-Square Hitung  $>$  Chi-Square tabel, maka H0 ditolak dan H1 diterima.

Dasar pengambilan keputusan berdasarkan probabilitas:

- 1) Jika probabilitas  $<$  0,01, maka hubungan kedua variabel signifikan
- 2) Jika probabilitas  $>$  0,01, maka hubungan kedua variabel tidak signifikan.

## **IV. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN**

### **A. Sejarah Terbentuknya**

Sebelum terbentuknya Kelurahan Panjang Selatan, awalnya Kelurahan Panjang Selatan merupakan bagian dari Desa Panjang. Pada tahun 1957 Desa Panjang pada waktu itu merupakan suatu tempat yang banyak ditumbuhi pepohonan dan hutan belantara, mayoritas penduduk berasal dari luar daerah antara lain: dari Jawa, Madura, Sumatera, Sulawesi Selatan, dan Timor dengan mata pencaharian sebagian besar nelayan, buruh, berdagang di Pelabuhan Panjang yang sejak saat itu dermaga atau Pelabuhan Panjang memang sudah ada.

Pada tahun 1957 dengan keputusan musyawarah diadakan Pemilihan Kepala Kampung Panjang yang pertama secara demokrasi dan terpilih saudara Dul Mahad asal dari Jawa, jabatan Kepala Kampung hanya kurang lebih 2 tahun (1957-1959) dan dilanjutkan oleh:

1. Sdr. Romli (1959-1964)
2. Sdr. Imam Chaironi (1964-1972)
3. Sdr. Sidik Noeh (1972-1974)
4. Sdr. Zainal Arifin (1974-1975)
5. Sdr. Abdul Mukti (1975-1976)
6. Sdr. Amir Nurdin (1976-1980)

Visi atau tujuan yang ingin dicapai oleh instansi atau organisasi berdasarkan potensi dan sumberdaya yang dimiliki sebagai salah satu ujung tombak Pemerintah Kota Bandar Lampung. Upaya yang dilakukan Kelurahan Panjang Selatan dengan mengoptimalkan Potensi SDM dan Sumber Daya Alam yang ada.

Kemudian berdasarkan hasil musyawarah Uspika, para Kepala Kampung dan Lembaga Sosial Desa (LSD) serta masyarakat Kampung Panjang pada tahun 1980 dibagi menjadi 2 (dua) desa: Kampung Panjang Selatan dan Panjang Utara.

Pada waktu itu belum ada pejabat Kepala Kampung yang terpilih, untuk mengisi kekosongan sementara Kepala Kampung Panjang Selatan dijabat oleh Sdr. Makmun Hadi. Pada tahun yang sama diadakan pemilihan Kepala Kampung oleh panitia maka terpilihlah Sdr. M. Noer Djahir yang masa jabatannya sampai dengan 25 Desember 1985.

Setelah menjadi Kelurahan selanjutnya dijabat oleh:

1. Drs. Basid (1986-2002)
2. Hi. Abdul Muin (2002-2005)
3. Erman Dani (PLT) (Bln. Maret-Juni 2005)
4. Hasan Basri, S.Sos (Bln. Juni 2005-Juli 2006)
5. Yudhi Sarmani (Bln. Agustus 2006-2010)
6. M. Wajdi Hasan, BA (2010-2011)
7. Bramana S, S.Sos, SE (2011-2012)
8. Herwansyah, S.Sos (Bln. Juni 2012 s.d sekarang)

## **B. Keadaan Geografis**

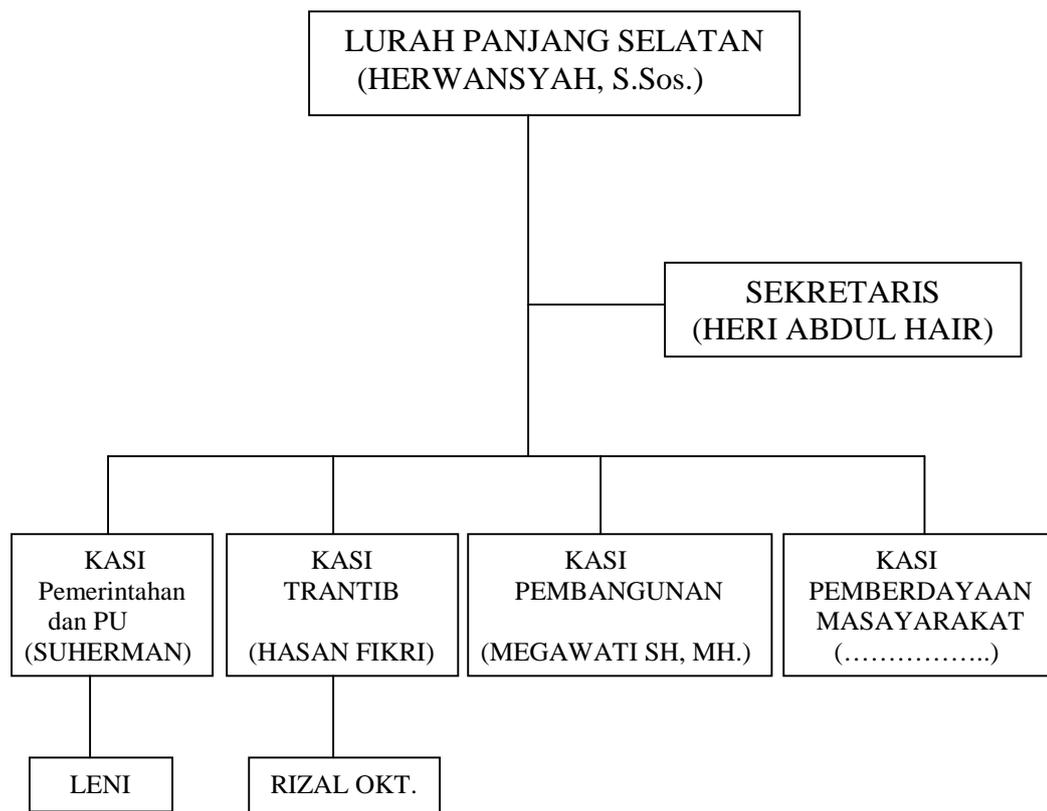
Kelurahan Panjang Selatan secara geografis terletak dibagian selatan Kecamatan Panjang yang memiliki luas 111 Ha terdiri dari 3 lingkungan dan 37 RT dengan batas wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Panjang Utara
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Karang Maritim
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Teluk Lampung
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Merbau Mataram Lampung Selatan.

Wilayah Kelurahan Panjang Selatan terletak pada ketinggian 0-10 M diatas permukaan laut dengan daerah yang terdiri dari daerah pantai dan bukit. Daerah Kelurahan Panjang Selatan terdapat terminal regional Bandar Lampung yang menjadi daerah translit kendaraan dari Bandar Lampung ke Lampung Selatan atau sebaliknya.

## **C. Pemerintahan**

Pemerintahan Kelurahan Panjang Selatan pada saat ini dipimpin oleh Lurah yang ditunjuk pada tahun 2012. Berikut ini struktur organisasi pemerintahan Kelurahan Panjang Selatan Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.



**Gambar 3. Struktur Organisasi Pemerintahan Kelurahan Panjang Selatan Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.**

**Sumber: Monografi Kelurahan Panjang Selatan 2015**

Sama halnya dengan struktur organisasi lainnya, Kelurahan Panjang Selatan memiliki kepengurusan yang meliputi Sekretaris maupun Kasi diberbagai bidang atau bagian untuk membantu Lurah dalam menjalankan tugas di kelurahan. Masing-masing staf juga memiliki tugas yang berbeda-beda di kelurahan sesuai dengan bidangnya masing-masing dan menangani masalah sesuai dengan tugas yang telah ditetapkan. Salah satu fungsi dari Struktur Organisasi Pemerintahan ini adalah untuk melayani keperluan masyarakat terutama masyarakat Kelurahan Panjang Selatan.

## **D. Keadaan Demografis**

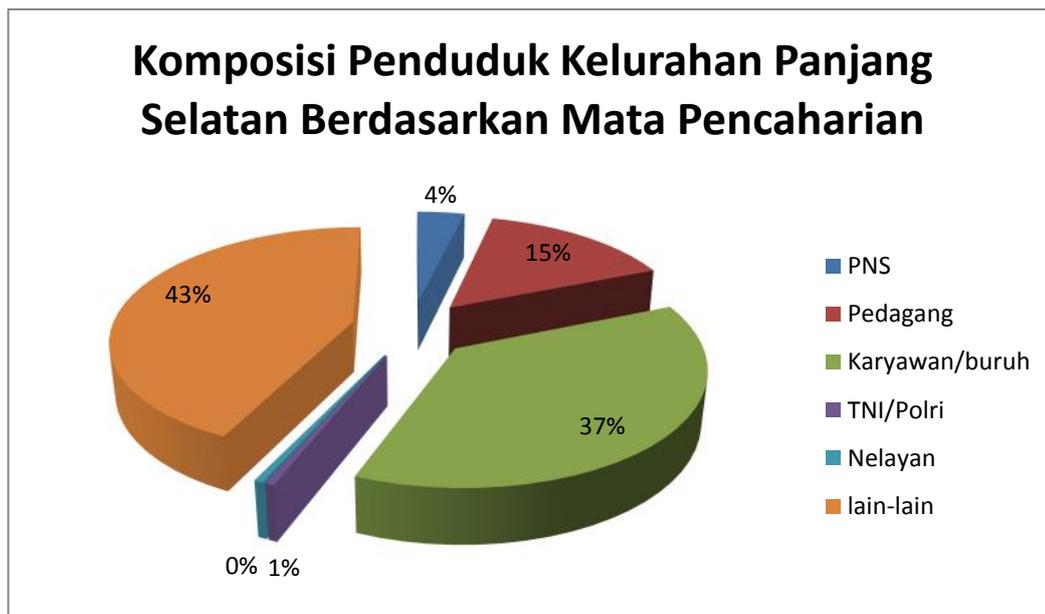
### **1. Komposisi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin**

Penduduk Kelurahan Panjang Selatan berasal dari berbagai suku bangsa. Pada tahun 2015, jumlah penduduk Kelurahan Panjang Selatan tercatat 12.107 yang terdiri dari 5.989 pria dan 6.118 wanita, dengan jumlah 2.717 Kepala Keluarga dan terbagi dalam 3 Lingkungan dan 37 RT.

Berdasarkan jumlah penduduk, diketahui bahwa penduduk Kelurahan Panjang Selatan yang tersebar di 2 lingkungan dan di 37 RT terdiri atas 2.717 Kepala Keluarga, didominasi oleh jenis kelamin perempuan yang terdiri atas 6.118 atau 52% penduduk dan yang penduduk berjenis kelamin laki-laki terdiri atas 5.989 atau sebesar 49%.

### **2. Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian**

Sebagian besar penduduk Kelurahan Panjang Selatan memiliki mata pencaharian sebagai wiraswasta, pedagang dan nelayan. Secara rinci jumlah penduduk berdasarkan pekerjaan adalah sebagai berikut: PNS berjumlah 415 jiwa, Pedagang 1.674 jiwa, Karyawan atau Buruh 4.111 jiwa, TNI atau Polri 60 jiwa, Nelayan 57 jiwa, dan lain-lain berjumlah 4.744 jiwa, yaitu wiraswasta dan ibu rumah tangga.



**Gambar 4 . Distribusi Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian**

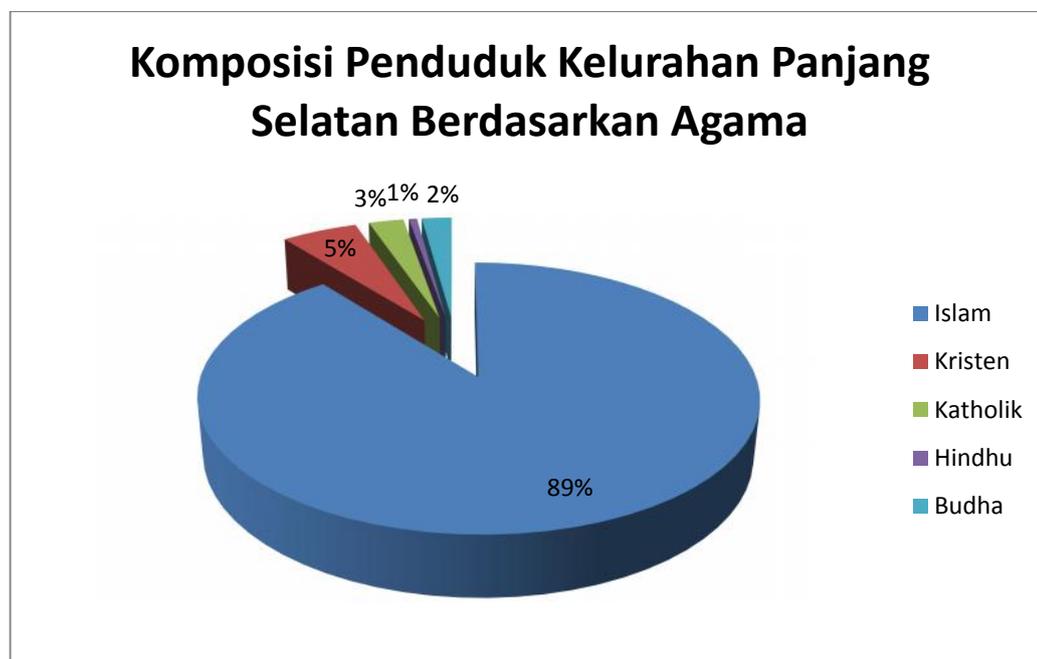
**Sumber: Monografi Kelurahan Panjang Selatan, 2015**

Penduduk Kelurahan Panjang Selatan memiliki beragam mata pencarian sesuai dengan kemampuan dan tingkat pendidikan serta keterampilan. Jumlah penduduk bermata pencaharian sebagai PNS sebesar 415 orang atau 4 %, sebagai pedagang 1.674 orang atau 15%, sebagai karyawan atau buruh 4.111 orang atau 37%, sebagai TNI/Polri sebesar 1%, sebagai nelayan 57 orang atau 0% dan 4.744 orang atau 43% bermata pencaharian lainnya, yaitu wiraswasta dan ibu rumah tangga.

### **3. Komposisi Penduduk Berdasarkan Agama**

Kelurahan Panjang Selatan memiliki beragam agama. Berdasarkan agama yang ada, masyarakat mayoritas beragama Islam karena jumlah penduduk agama Islam lebih banyak dibandingkan agama lainnya. Hal ini dapat dilihat pada gambar 4 di bawah ini berdasarkan jumlah penduduk Kelurahan Panjang Selatan menurut agama. Jumlah penduduk menurut agama sebesar 12.107 dengan rincian sebagai

sebagai berikut: Islam 10824 jiwa, Kristen 653 jiwa, Katholik 302 jiwa, Hindhu 70 jiwa, dan Budha 258 jiwa.



**Gambar 5 . Distribusi Penduduk Berdasarkan Agama**

**Sumber: Monografi Kelurahan Panjang Selatan, 2015**

## **E. Sarana Sosial dan Kondisi Sarana Prasarana Sosial**

### **1. Sarana Sosial Budaya**

Kesejahteraan masyarakat Kelurahan Panjang Selatan tentunya harus didukung dengan adanya sarana umum yang memiliki peran untuk mensejahterakan masyarakat sesuai dengan kebutuhan dan keperluan. Fasilitas atau sarana yang diperlukan oleh masyarakat Kelurahan Panjang Selatan tergambar dari terdapatnya beberapa sarana sosial diantaranya yaitu: sarana agama, sekolah, tempat layanan kesehatan, dan lain-lain. Beberapa jenis sarana sosial budaya akan disebutkan dalam tabel 1 berikut ini:

Tabel 1. Sarana Sosial Budaya Kelurahan Panjang Selatan

Kategori	Sarana Ibadah	Jumlah
Sarana Agama	Masjid	4 unit
	Musholla	9 unit
	Gereja	4 unit
	Wihara	1 unit
Sarana Pendidikan	PAUD	1 unit
	TK	2 unit
	SD	2 unit
	SMP	1 unit
Sarana Kesehatan	Posyandu	5 unit
	Posyandu Lansia	1 unit
	Puskesmas	1 unit
Sarana Lain-Lain	BKB	1 unit
	B2LDT	1 unit
	PSI	1 unit

**Sumber: Monografi Kelurahan Panjang Selatan, 2015**

Melihat tabel sarana agama, menunjukkan bahwa tingkat kesadaran beragama di Kelurahan Panjang Selatan cukup tinggi. Hal yang sama juga terjadi pada sarana pendidikan, tabel 1 menunjukkan bahwa tingkat kesadaran masyarakat dalam hal pendidikan juga cukup tinggi. Sedangkan pada sarana kesehatan menunjukkan kecenderungan yang sama bahwa sarana kesehatan Kelurahan Panjang Selatan sudah cukup dan sarana lain-lain pun juga sudah mencukupi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

## **2. Kondisi Prasarana dan Sarana Perhubungan**

Sarana dan prasarana yang ada di Kelurahan Panjang Selatan: Jalan Kelurahan 1 KM, Jalan Kota 3 KM dan Jalan Provinsi 1 KM, 2 buah jembatan 0.01 KM. Kondisi sarana cukup baik namun yang perlu menjadi perhatian adalah: Jalan Masuk atau yang sering disebut dengan Gang atau Jalan kecil bagi yang tinggal di atas laut perlu sedikit perbaikan seperti di paving blok atau diaspal.

#### **F. Bidang Kebersihan dan Manajemen SOKLI (Swadaya Masyarakat)**

Dalam rangka menciptakan lingkungan yang sehat dan bersih telah dilakukan penanganan yang serius oleh Pemerintah Kelurahan Panjang Selatan dengan Pamong masyarakat (Swadaya), melalui SOKLI dan kegiatan Jumat Bersih serta Gotong Royong pada hari Jumat.

#### **G. Tempat Hiburan Malam atau Lokalisasi**

Menurut informasi dari salah satu warga Kelurahan Panjang Selatan, warga tersebut membenarkan adanya tempat hiburan malam di tempat ia tinggal. Tempat hiburan ini hanya dibuka dan beroperasi pada saat malam hari dan tempat hiburan ini merupakan tempat dimana wanita penghibur menawarkan dirinya kepada laki-laki yang datang dan ingin dilayani oleh wanita tersebut.

Adanya tempat hiburan malam, tidak mengganggu kegiatan warga yang tinggal di daerah tersebut. Warga Kelurahan Panjang Selatan melakukan aktivitas sehari-harinya seperti masyarakat pada umumnya. Perbedaannya hanya pada tempat hiburan malam yang ada di Kelurahan Panjang Selatan, dimana tempat hiburan ini beroperasi hanya di ruang lingkup kecil saja yang masih berada di dalam bagian Kelurahan Panjang Selatan.

Sebelumnya, kawasan yang lebih dikenal dengan Pantai Harapan itu pernah dilegalkan oleh pemerintah sebagai salah satu perkampungan lokalisasi. Pada saat kepemimpinan Wali Kota Bandar Lampung Nurdin Muhyat, telah dikeluarkannya Perda Kota Bandarlampung Nomor 15 Tahun 2002 tentang Larangan Pembuatan Prostitusi dan Tunasusila dalam Wilayah Kota Bandarlampung, sehingga

menjadikan kawasan lokalisasi itu harus ditutup secara resmi. Namun aktivitas transaksi seks diantaranya melibatkan pekerja seks anak dan remaja masih terus berlangsung secara diam-diam hingga kini (Antaraneews, pekerja seks anak di eks lokalisasi panjang, diakses tanggal 28 desember 2015).

Kemungkinan tempat ini juga merupakan tempat transaksi narkoba, dimana tempat ini memudahkan orang-orang yang ingin melakukan transaksi narkoba. Hal ini didukung berdasarkan data dari Polresta Bandar Lampung yang menyatakan bahwa sebagian tersangka narkoba yang ada di Kelurahan Panjang Selatan bertempat tinggal dekat tempat hiburan malam.

#### **H. Data Narkoba**

Permasalahan tentang narkoba sekarang sudah tidak asing lagi didengar oleh masyarakat. Seringkali berita tentang narkoba disiarkan melalui media massa, baik melalui media elektronik ataupun melalui media lainnya. Salah satu media elektronik yang sering kita dengar berita tentang narkoba adalah media televisi. Tidak jarang media televisi yang hampir setiap rumah mempunyai barang elektronik ini memberitakan narkoba, bahkan bisa dikatakan setiap hari kita mendengar berita tentang narkoba melalui media ini. Banyak sekali orang-orang yang terlibat dalam masalah narkoba, orang-orang yang terlibat dalam hal narkoba bukannya semakin berkurang bahkan semakin bertambah. Tidak sedikit penggunaan narkoba berdampak pada masalah kesehatan. Salah satu dampak yang ditimbulkan dalam penggunaan narkoba adalah seseorang bisa terkena penyakit

HIV dan AIDS, karena penggunaan narkoba merupakan salah satu cara penularan seseorang terhadap HIV dan AIDS.

Sama halnya dengan permasalahan yang ada di Kelurahan Panjang Selatan. Berdasarkan data dari Polresta Bandar Lampung tahun 2015, diketahui jumlah tersangka narkoba yang berada di Kelurahan Panjang Selatan sebanyak 19 orang. Para tersangka ini terdiri dari laki-laki dan perempuan dan usianya pun beragam dari 22-44 tahun. Para tersangka dalam hal ini tidak hanya sebagai pengguna narkoba, tetapi ada juga sebagai distribusi, pengedar, maupun sebagai Bandar narkoba. Narkoba yang dimiliki para tersangka terdiri dari dua macam, yaitu ganja dan sabu-sabu.

### **I. Data HIV dan AIDS**

Kesejahteraan masyarakat Kelurahan Panjang Selatan tentunya tidak hanya berhubungan dengan kemampuan dalam hal ekonomi atau kebutuhan yang harus dipenuhi masyarakat, tetapi dalam hal kesehatan pun juga berhubungan dengan kesejahteraan masyarakat. Begitu banyak masalah yang dihadapi setiap orang, tak terkecuali dengan masalah kesehatan. Mengenai masalah kesehatan, berbagai macam penyakit banyak kita temui dimasyarakat, baik pada orang lain maupun orang terdekat kita sendiri.

Salah satu penyakit yang perlu kita hindari adalah HIV dan AIDS. HIV merupakan virus yang menyerang daya tahan tubuh manusia sehingga seseorang mudah terserap penyakit. Sedangkan AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi imun yang berat dan merupakan manifestasi

stadium akhir infeksi HIV. Seseorang yang sudah terinfeksi HIV, cepat atau lambat akan menderita AIDS jika tidak berobat secara teratur (Merati dalam Noer, 2004). Jika seseorang telah terkena HIV dan AIDS, maka orang tersebut akan dengan mudah terkena penyakit lainnya.

Berdasarkan data dari Puskesmas Panjang Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung tahun 2015, diketahui bahwa jumlah penderita HIV di Kecamatan Panjang sebanyak 8 orang dan berdasarkan data dari LKNU (Lembaga Kesehatan Nahdatul Ulama) Provinsi Lampung diketahui bahwa jumlah penderita HIV di Kelurahan Panjang Selatan Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung sebanyak 5 orang. Menurut informasi yang didapatkan oleh peneliti, bahwa kebanyakan dari penderita HIV tersebut berasal dari penduduk pendatang yang menempati dan tinggal di wilayah tersebut.

Terkait masalah penderita HIV dan AIDS, dari survei ke lapangan peneliti juga mendapatkan informasi bahwa ada suatu kegiatan yang dilakukan oleh Dinas Sosial Provinsi Lampung bekerja sama dengan LKNU Provinsi Lampung mengadakan kegiatan Permakan untuk ODHA setiap tahun sekali. Maksud dari kegiatan Permakan untuk ODHA tersebut adalah memberikan bantuan kepada setiap ODHA berupa kebutuhan pokok, seperti beras, telur, minyak sayur, susu, dan yang lainnya.

## **VI. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan, antara lain:

1. Sebagian besar masyarakat mengetahui tentang HIV dan AIDS dengan jumlah 57,78% dan sebagiannya lagi tidak mengetahui tentang HIV dan AIDS dengan jumlah 42,22%, baik pengetahuan hakekat HIV dan AIDS, cara penularan, cara pencegahan, maupun cara penanggulangan terhadap HIV dan AIDS.
2. Respon yang ditunjukkan sebagian besar masyarakat terhadap ODHA cukup baik dan sebagiannya lagi tidak merespon baik. Respon yang ditunjukkan masyarakat dalam hal ini adalah respon dalam bentuk berinteraksi langsung dengan ODHA, berkunjung ke tempat ODHA, berjabat tangan dengan ODHA, dan memberikan informasi tentang HIV dan AIDS kepada ODHA. Respon yang ditunjukkan masyarakat terhadap ODHA dalam hal ini berkaitan dengan pengetahuan yang dimiliki masyarakat tentang HIV dan AIDS.
3. Terdapat hubungan signifikan positif antara variabel pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan variabel respon masyarakat terhadap ODHA. Hal ini menunjukkan

bahwa semakin baik pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS, maka semakin baik juga respon masyarakat terhadap ODHA. Masyarakat dalam penelitian ini kebanyakan masih salah mengartikan HIV dan AIDS yaitu tentang penularan HIV dan AIDS, sehingga respon yang diberikan masyarakat terhadap ODHA menjadi tidak baik. Hasil penelitian ini juga diketahui terdapat beberapa masyarakat yang sama sekali belum pernah mendengar tentang HIV dan AIDS.

## **B. SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang diuraikan di atas, peneliti memberikan saran yaitu:

1. Pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS perlu ditingkatkan lagi dengan cara mencari tahu informasi tentang HIV dan AIDS, karena berdasarkan penelitian oleh peneliti diketahui bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan respon masyarakat terhadap ODHA.
2. Peran pemerintah dibutuhkan untuk melakukan sosialisasi tentang HIV dan AIDS kepada masyarakat di kelurahan Panjang Selatan. Sosialisasi dari pemerintah diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS agar tidak terjadi salah paham di masyarakat dalam mengartikan HIV dan AIDS, sehingga tidak terjadi diskriminasi terhadap ODHA.
3. Masyarakat perlu menyadari bahwa pentingnya pengetahuan tentang HIV dan AIDS agar tidak terjadi bertambahnya penderita HIV dan AIDS untuk ke depannya.

## DAFTAR PUSTAKA

### A. Buku

- Ahmadi, Abu. 2009. *Psikologi Sosial*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Arikunto, Suharsimi. 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Azwar, Saifuddin. 1988. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta. Liberty.
- Cholil, A. 1997. *Pendekatan Jender dalam Kebijakan Publik (pokok pikiran), disampaikan dalam ilmu kesehatan dan kongres persiapan asosiasi ilmu sosial kesehatan Indonesia*. Jakarta: LIPI.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2014. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d September 2014*. Jakarta. Kemenkes RI.
- Irawan, Bambang. 2013. *Komparasi respon masyarakat terhadap Perjanjian Perdamaian Pasca Konflik Komunal*. Skripsi. Universitas Lampung. Bandar Lampung.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2011. *Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006-2011: Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No.75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional*.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2003. *Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007*.
- Lexy, Moleong. 1999. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosda karya.
- Mathers, CD and Loncar, D. 2006. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. Jakarta: PT Rineka Cipta

- Muzni, Imam. 2014. *Respon Ja,ah Majelis Taklim Walisongo terhadap Pesan Dakwah KH. Kholili Ridhoimdi Kebayoran Jakarta*. Skripsi. UIN. Syarif Hidayat Tullah. Jakarta.
- Nazir, Muhammad. 1988. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Noer, HMS jaifoellah. 2004. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam JilidI Edisi 3*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoadmojo, Soekidjo. 2005. *Pengetahuan Untuk Kesehatan*. Jakarta. PT. Rineka Cipta
- Nursalam & Kurniawati, 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Price, Sylvia Anderson. 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Qomariyah, Nurul. 2012. *Pengaruh Respon Pendidikan pada Penggunaan Metode Demonstrasi Kuliner terhadap Hasil Belajar Fisika Materi Pokok Kalor Kelas VII Miftahul Ulum Tambakromo Pati Tahun Pelajaran 2011/2012*. Skripsi. Institut Agama Islam Negeri Walisongo. Semarang.
- Rosadi, Ruslan. 2004. *Metode Penelitian Public Relation dan Komunikasi*. Jakarta: Raja Gravindo Persada.
- Santoso, Singgih. 2012. *Panduan Lengkap SPSS*. Jakarta. PT Elex Media Komputindo
- Sarafino, EP. 1994. *Health Psychology Biopsycho social Interactions*. NewYork: John Wiley & Sons Inc.
- Singarimbun, Masri dan Efendi, Sofian. 2008. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: Pustaka LP3S Indonesia.
- Soekanto, Soerjono. 1990. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: Radjawali Press.
- Soekanto, Soerjono. 2002. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Syaiful, P. 2000. *Pes Meliput AIDS*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga

Djoerban, Zubairi & Djauzi, Samsuridjal. 2006. HIV/AIDS di Indonesia dalam A.W. Sudoto, B. Setiyohadi, I. Alwi, M. Simadibrata K, S. Setiati: *Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam jilid III*. Edisi IV. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UI.

## **B. Jurnal**

Aditya, BJ. 2005. *Ketidakadilan Gender Picu Perempuan Positif HIV AIDS*. Jurnal Perempuan. 3 (2): 33

Adnyani, Ni Wayan Krisyanti. 2013. *Hubungan Pengetahuan Wanita Pekerja Seks Mengenai Voluntary Counseling And Testing (VCT) dengan Sikap Melakukan Pemeriksaan VCT Studi dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Selatan Tahun 2012*. Jurnal Ilmiah Kebidanan. 1 (1): 48

Andrewin, Aish L-YC. 2008. *Stigmatization of Patients with HIV/AIDS Among Doctors and Nurses in Belize*. AIDS Patient Care and STDs. 22 (11): 211

Arifin, Nurul. 2005. *Membuka Mata Masyarakat: Menghapus Diskriminasi dan Stigma Perempuan dengan HIV/AIDS*. Jurnal Perempuan No.43 (3): 111

Baroroh, Ida. Hidayati, Nur. Kusumawardani, Dian. 2014. *Pengetahuan dan Sikap Wanita Rawan Sosial Ekonomi (WRSE) Tentang Pencegahan Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Pekalongan Tahun 2014*. Jurnal LITBANG Kota Pekalongan. 2 (1): 121

Budiono, Irwan. 2012. *Konsistensi Penggunaan Kondom Oleh Wanita Pekerja Seks/Pelanggannya*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 7 (2): 97

Chen, WT. Han, M. & Holze, W. Lmer. 2004. *Nurses attitudes and practice related to HIV transmission in north eastern China*. AIDS patient care & Stds. Quoted in: Webber, GC. 19 (5): 91.

Dewi, DM Sintha Kurnia. 2013. *Kerentanan Perempuan Terhadap Penularan IMS dan HIV: Gambaran Perilaku Seksual Berisiko di Kota Denpasar*. Jurnal Public Health and Preventive Medicine Archive. 1 (1): 40

Gabriella, Aninditia. 2012. *Gambaran Konseling Berbasis Reality Therapy Pada Pria HIV Positif yang Belum Membuka Status Kepada Istri*. Jurnal Perkotaan. 4 (2): 103

Herek, d. HIV. 2012. *Related Stigma and Knowledge in the United States : Prevalence and trends 1991- 1999*. American Journal of Public Health. 92 (3): 151

Herani, Ika. Sarikusuma, Hasna. Hasanah, Nur. 2012. *Konsep Diri Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang Menerima Label Negatif dan Diskriminasi dari Lingkungan Sosial*. Jurnal Psikologia. 7 (1): 29

Mukarom, Ribut Siti. 2012. *Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Wanita Tuna Susila Terhadap Infeksi HIV/AIDS di Lokalisasi Kopeng Kabupaten Semarang*. Jurnal Kebidanan Panti Wilasa. 3 (1): 49

Mahardini, Fina dan Maliya, Ariya. 2013. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Perilaku Pencegahan Penularan dari Klien HIV/AIDS di Ruang Melati1 RSUD Dr Moewardi Surakarta*. 2 (2): 70

Nurkholis, A.B. Istiarti, T. Syamsulhuda, B.M. 2008. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Wanita Penjaja Seks (WPS) Jalanan dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS di Sekitar Alun-Alun, dan Candi Prambanan Kabupaten Klaten*. Jurnal Promosi Kesehatan. 3 (2): 51

Rahmayani. 2014. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pencegahan Penularan HIV-AIDS pada Waria di Kota Padang Tahun 2013*. 3 (2): 31

Sosodoro, Ossie. Emilia, Ova. Wahyuni, Budi. 2009. *Hubungan Pengetahuan Tentang HIV/Aids dengan Stigma Orang dengan HIV/AIDS di Kalangan Pelajar Sma*. Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat. 25 (4): 210

Sriadnyani, G.A. 2013. *Hubungan Pengetahuan Orang Tua Tentang Perawatan Bayi dengan Sikap dalam Memberikan Perawatan Bayi Pada Ibu dengan HIV dan AIDS*. Jurnal Ilmiah Kebidanan. 1 (1): 37

Shaluhiah, Zahroh. Musthofa, Syamsulhuda Budi. Widjanarko, Bagoes. 2015. *Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 9 (4): 336-337.

Wulandari, Yani. 2013. *Hubungan Pengetahuan Tentang Perilaku Pencegahan Berisiko HIV & Aids pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta*. Jurnal forum ilmiah. 10 (2): 220

### C. Website

WHO. 2010. Annex 2 Country Progress Indikator and Data, 2004 to 2010. <http://www.unaids.org/documents/2010> diakses tanggal 3 Januari 2015

<http://www.antaraneews.com/berita/330597/pekerja-seks-anak-di-eks-lokalisasi-panjang> diakses tanggal 28 Desember 2015