

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA
MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA HIV/AIDS BERDASARKAN
PRECEDE MODEL DI DESA MASARAN, TRENGGALEK**

PENELITIAN *CROSS-SECTIONAL*

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

**LINDA MASRUROH
NIM. 131711133060**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2021

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat, rahmat dan bimbingan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul “**Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan PRECEDE Model di Desa Masaran, Trenggalek**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang tulus kepada Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku dosen pembimbing ketua dan Ibu Dr. Eka Mishbahatul Mar'ah Has., S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen pembimbing kedua, yang telah dengan sabar dan ikhlas bersedia meluangkan waktu, membimbing, dan memberikan arahan, semangat, dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.

Selanjutnya peneliti juga mengucapkan terimakasih dengan tulus kepada:

1. Prof. Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatan;
2. Dr. Ika Yuni Widayati, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatan;

3. Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP, selaku penguji skripsi yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat demi perbaikan penyusunan skripsi ini;
4. Ibu Lailatun Ni'mah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji proposal skripsi yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat terhadap penelitian ini;
5. Bapak dan Ibu dosen serta staf Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah membantu dalam penyelesaian penelitian ini;
6. Kepala Kesbangpol Kabupaten Trenggalek, Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek, dan Kepala Desa Masaran yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik;
7. Para Responden Desa Masaran yang telah bersedia meluangkan waktu dalam memberikan data melalui pengisian kuesioner peneliti;
8. Keluarga, terkhusus untuk kakak penulis yang selalu sedia meluangkan waktunya untuk berdiskusi, dan untuk kedua orang tua penulis, terimakasih atas do'anya sehingga kemudahan selalu ada di setiap langkah penulis selama menempuh Program Studi S1 Keperawatan;
9. Teman-teman terkasih: Suci Erawati, Neiska Galuh Mudha W, Ely Ayu Andira, Alfia Nuriil Firdaus, yang selalu memberi semangat kepada penulis;
10. Teman-teman seperjuangan Program Studi S1 Keperawatan Angkatan 2017 (A17). Kebersamaan dan kekompakan kalian selama ini akan menjadi sebuah kebahagiaan tersendiri yang dikenang penulis;

11. Semua pihak yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah terlibat dan membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna perbaikan skripsi ini. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 19 Juli 2021

Penulis

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH STIGMA ATTITUDE AGAINST PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS AMONG COMMUNITIES BASED ON PRECEDE MODEL IN MASARAN VILLAGE, TRENGGALEK

Cross-Sectional Study

By : Linda Masruroh

Introduction: People living with HIV/AIDS (PLWHA) tend to be stigmatized by community, so that HIV/AIDS is increasingly recognized as social problem. The determinants of HIV-related stigma are multifactorial. This study was aimed to analyze the factors associated with stigma attitude against PLWHA among communities based on PRECEDE model. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in Masaran Village, Trenggalek. A total of 110 general individuals with age 20–60 years were drawn using two stage cluster sampling. Standardized questionnaire were administered. The independent variables were predisposing factor (knowledge, perception), enabling factor (availability of resources), and reinforcing factor (community leaders support, health workers support). The dependent variable was stigma. Univariate and bivariate Spearman's-rho were performed to assess factors affecting stigma. **Results:** The result of this study showed that variables associated with the stigma against PLWHA were knowledge ($p=0.000$; $r=-0,425$), perception ($p=0.000$; $r=-0,635$), availability of resources ($p=0.034$; $r=-0,202$), and community leaders support ($p=0.000$; $r=-0,369$). Meanwhile, the health workers support ($p=0.070$) was not associated with stigma. **Discussion:** The results concluded that the using PRECEDE model in analyzing factors related to stigma shows that there was significant association between predisposing factor (knowledge, perception), enabling factor (availability of resources), and reinforcing factor (community leaders support). It is necessary to involve the role of community leaders in HIV education program by local nurses. Therefore, more research with different design is needed to explain the causal-effect relationship of stigma.

Keywords: enabling factor, HIV/AIDS, predisposing factor, reinforcing factor, stigma

ABSTRAK

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA
MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA HIV/AIDS BERDASARKAN
PRECEDE MODEL DI DESA MASARAN, TRENGGALEK**

Penelitian *Cross-Sectional*

Oleh : Linda Masruroh

Pendahuluan: Penderita HIV/AIDS cenderung mendapat stigma dari masyarakat, sehingga HIV/AIDS semakin dikenal sebagai masalah sosial. Determinan stigma terhadap penderita HIV/AIDS bersifat multifaktorial. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model*. **Metode:** Jenis penelitian *cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah masyarakat usia 20-60 tahun di Desa Masaran menggunakan teknik *two stage cluster sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 110. Alat ukur yang digunakan berupa kuesioner. Variabel independen penelitian adalah faktor predisposisi (pengetahuan, persepsi), faktor pendukung (ketersediaan sumber informasi), dan faktor pendorong (dukungan tokoh masyarakat, dukungan petugas kesehatan). Sedangkan, variabel dependen penelitian adalah stigma. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan uji *Spearman's-rho*. **Hasil:** Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan ($p=0,000$; $r= -0,425$), persepsi ($p=0,000$; $r= -0,635$), ketersediaan sumber informasi ($p=0,034$; $r= -0,202$), dan dukungan tokoh masyarakat ($p=0,000$; $r= -0,369$) dengan stigma. Sedangkan dukungan petugas kesehatan ($p=0,070$) tidak memiliki hubungan dengan stigma. **Diskusi:** Dapat disimpulkan bahwa penggunaan *PRECEDE model* dalam menganalisis faktor yang berhubungan dengan stigma menunjukkan ada hubungan signifikan dan tidak searah antara faktor predisposisi (pengetahuan, persepsi), faktor pendukung (ketersediaan sumber informasi), dan faktor pendorong (dukungan tokoh masyarakat) dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Diperlukan adanya peningkatan program penyuluhan HIV dengan melibatkan tokoh masyarakat oleh perawat setempat. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggunakan desain pendekatan penelitian yang berbeda, untuk menjelaskan hubungan sebab-akibat stigma secara lebih mendalam.

Kata kunci: faktor predisposisi, faktor pendukung, faktor pendorong, HIV/AIDS, stigma

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL DAN PRASYARAT GELAR.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
MOTTO.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRACT.....	x
ABSTRAK.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Stigma.....	8
2.1.1 Pengertian Stigma.....	8
2.1.2 Komponen Stigma.....	9
2.1.3 Dimensi Stigma.....	10
2.1.4 Proses Pemberian Stigma.....	11
2.1.5 Stigma Berkaitan dengan HIV/AIDS.....	12
2.1.6 Faktor Penyebab Stigma Terhadap Penderita HIV/AIDS.....	13
2.1.7 Akibat Stigma HIV/AIDS.....	18
2.2 Konsep HIV/AIDS.....	19
2.2.1 Pengertian HIV/AIDS.....	19
2.2.2 Epidemiologi HIV/AIDS.....	20
2.2.3 Etiologi HIV/AIDS.....	20
2.2.4 Patogenesis HIV/AIDS.....	21
2.2.5 Manifestasi Klinis HIV/AIDS.....	22
2.2.6 Penularan HIV/AIDS.....	24
2.2.7 Kriteria Diagnosis.....	25
2.2.8 Penatalaksanaan HIV/AIDS.....	27
2.2.9 Pencegahan Penularan HIV.....	27

2.3	<i>PRECEDE Model</i>	28
2.4	Keaslian Penelitian	35
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		41
3.1	Kerangka Konseptual.....	41
3.2	Hipotesis Penelitian	42
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		44
4.1	Desain Penelitian	44
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling	44
4.2.1	Populasi	44
4.2.2	Sampel.....	44
4.2.3	Besar Sampel.....	45
4.2.4	Sampling	46
4.3	Variabel Penelitian.....	47
4.3.1	Variabel Independen	47
4.3.2	Variabel Dependen.....	48
4.4	Definisi Operasional	48
4.5	Instrumen Penelitian	52
4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	58
4.6.1	Uji Validitas	58
4.6.2	Uji Reliabilitas	61
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian	62
4.8	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data	62
4.9	Analisis Data.....	64
4.10	Kerangka Operasional/Kerja.....	68
4.11	Masalah Etik (<i>Ethical Clearance</i>)	69
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		71
5.1	Hasil Penelitian.....	71
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	71
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	72
5.1.3	Deskripsi Variabel Penelitian.....	73
5.1.4	Analisis Hasil Uji Hipotesis	82
5.2	Pembahasan	86
5.2.1	Hubungan Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS	87
5.2.2	Hubungan Persepsi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS	90
5.2.3	Hubungan Ketersediaan Sumber Informasi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS	92
5.2.4	Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS	94
5.2.5	Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS	96

5.3 Keterbatasan Penelitian.....	98
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	99
6.1 Simpulan	99
6.2 Saran	100
DAFTAR PUSTAKA	102

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Stadium Klinis HIV	23
Tabel 2.2 Gejala Mayor dan Gejala Minor HIV	26
Tabel 2.3 <i>Keyword Development</i>	35
Tabel 2.4 Keaslian Penelitian.....	36
Tabel 4.1 Definisi Operasional	48
Tabel 4.2 <i>Blueprint</i> Kuesioner Pengetahuan HIV/AIDS	52
Tabel 4.3 Nilai Pertanyaan Pengetahuan HIV/AIDS	53
Tabel 4.4 <i>Blueprint</i> Kuesioner Persepsi.....	53
Tabel 4.5 Nilai Pertanyaan Persepsi.....	54
Tabel 4.6 <i>Blueprint</i> Kuesioner Ketersediaan Sumber Informasi	54
Tabel 4.7 Nilai Ketersediaan Sumber Informasi.....	55
Tabel 4.8 <i>Blueprint</i> Kuesioner Dukungan Tokoh Masyarakat	55
Tabel 4.9 Nilai Pertanyaan Dukungan Tokoh Masyarakat	56
Tabel 4.10 <i>Blueprint</i> Kuesioner Dukungan Petugas Kesehatan	56
Tabel 4.11 Nilai Pertanyaan Dukungan Petugas Kesehatan	56
Tabel 4.12 <i>Blueprint</i> Kuesioner Stigma.....	57
Tabel 4.13 Nilai Pertanyaan Stigma.....	57
Tabel 4.14 Hasil Uji Validitas Kuesioner Ketersediaan Sumber Informasi	59
Tabel 4.15 Hasil Uji Validitas Kuesioner Dukungan Tokoh Masyarakat	59
Tabel 4.16 Hasil Uji Validitas Kuesioner Dukungan Petugas Kesehatan	59
Tabel 4.17 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner	61
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Demografi Responden Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	72
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021	74
Tabel 5.3 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Pengetahuan tentang HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021	74
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Penderita HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021.....	75
Tabel 5.5 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Persepsi Terhadap Penderita HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021	76
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Sumber Informasi dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021.....	77
Tabel 5.7 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Ketersediaan Sumber Informasi dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	77
Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan	

	<i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	78
Tabel 5.9	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	78
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Petugas Kesehatan dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	79
Tabel 5.11	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Dukungan Petugas Kesehatan dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	79
Tabel 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	80
Tabel 5.13	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	80
Tabel 5.14	Hubungan Antara Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	82
Tabel 5.15	Hubungan Antara Persepsi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	83
Tabel 5.16	Hubungan Antara Ketersediaan Sumber Informasi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	84
Tabel 5.17	Hubungan Antara Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	85
Tabel 5.18	Hubungan Antara Dukungan Petugas Kesehatan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan <i>PRECEDE Model</i> Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Framework PRECEDE-PROCEED Model</i> oleh Lawrence Green ...	30
Gambar 2.2 <i>Framework PRECEDE model</i> oleh Lawrence Green bersumber dari Jahangiry et al. (2019).....	31
Gambar 2.3 <i>Framework</i> faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan menurut <i>PRECEDE Model</i> (Notoatmodjo, 2012).....	33
Gambar 3.1 Kerangka konseptual analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan <i>PRECEDE Model</i>	41
Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan <i>PRECEDE model</i> di Desa Masaran, Trenggalek	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Pengambilan Data Awal	108
Lampiran 2 Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian	110
Lampiran 3 Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol	112
Lampiran 4 Surat Pengantar Dinkesdalduk dan KB	113
Lampiran 5 Surat Komisi Etik Penelitian Kesehatan.....	114
Lampiran 6 Lembar Penjelasan Penelitian Bagi Responden	115
Lampiran 7 Permohonan Menjadi Responden.....	118
Lampiran 8 <i>Informed Consent</i>	119
Lampiran 9 Kuesioner Penelitian	120
Lampiran 10 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	129
Lampiran 11 Data Distribusi Penelitian.....	131
Lampiran 12 Hasil Uji Statistik.....	134

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
AVERT	: <i>AIDS Virus Education Research Trust</i>
CDC	: <i>Central of Disease Control</i>
COVID-19	: <i>Corona Virus Disease 19</i>
DNA	: <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
Kemenkes RI	: <i>Kementrian Kesehatan Republik Indonesia</i>
ODHA	: <i>Orang dengan HIV/AIDS</i>
P2PL	: <i>Pengendalian Penyakit dan Penyehat Lingkungan</i>
PITC	: <i>Provider Initiated Testing and Counselling</i>
PRECEDE	: <i>Predisposing, Reinforcing, Enaling Construts in Education/ Environtmental Diagnosis and Evaluation</i>
PROCEED	: <i>Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environtmental Development</i>
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Programme on HIV and AIDS</i>
VCT	: <i>Voluntary Counselling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPSK	: <i>Wanita Pekerja Seks Komersial</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sejak diidentifikasi pertama kali di Indonesia, HIV terus menjadi krisis kesehatan yang signifikan (Sen *et al.*, 2021). Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) terus mengalami stigma dari masyarakat, sehingga HIV/AIDS semakin dikenal bukan hanya sebagai masalah medis, tetapi juga masalah sosial (Sahoo *et al.*, 2020). Stigma HIV mengacu pada prasangka dan diskriminasi yang ditujukan kepada ODHA. Stigma tidak hanya menjadi salah satu hambatan terbesar dalam pencegahan dan pengendalian infeksi HIV, tetapi juga secara negatif memengaruhi kesejahteraan fisik, mental, dan emosional dari ODHA (Sahoo *et al.*, 2020). Survei menunjukkan bahwa Indonesia termasuk negara tertinggi ke-2 dari 8 negara di Asia Pasifik dengan presentase 68,7% orang dewasa cenderung mendiskriminasikan ODHA (UNAIDS, 2020c), yang mana stigma dan diskriminasi masih banyak terjadi di masyarakat pedesaan dibandingkan di daerah perkotaan (IDHS, 2017).

Masyarakat desa masih memegang teguh aturan dan tabu sosial yang ketat. Walaupun kontrol sosial tersebut mengurangi kemungkinan perilaku seksual yang menyimpang dan rendahnya penularan HIV/AIDS, disisi lain anggapan tabu terhadap pengetahuan seks, dapat menyebabkan kesalahpahaman tentang HIV/AIDS pada masyarakat pedesaan (Handayani and Mahmud, 2019). Desa Masaran Kecamatan Munjungan adalah *rural area* Kabupaten Trenggalek yang jauh dari pusat kota dan fasilitas program dari Dinas Kesehatan, sehingga penting fungsi dari petugas kesehatan puskesmas setempat untuk memberikan informasi

yang benar terkait HIV. Tetapi, hasil dari observasi studi pendahuluan ditemukan belum adanya *platform* edukasi HIV dari puskesmas, terutama melalui sosial media resmi yang mudah dijangkau oleh masyarakat pada masa pandemi COVID-19. Masyarakat juga cenderung memiliki pemikiran konservatif, dengan memberikan label bahwa ODHA adalah akibat dari perilaku yang gemar “jajan” (kegiatan memanfaatkan jasa prostitusi untuk melakukan seks). Anggapan ini didukung dengan masih adanya tempat hiburan WPSK (wanita pekerja seks komersial) di wilayah pantai. Kelompok ini dapat membuat masyarakat menolak dan membenci ODHA (Handayani and Mahmud, 2019). Hasil kuesioner studi pendahuluan pada 15 Februari 2021 menunjukkan bahwa sebanyak 12 dari 17 masyarakat memiliki tingkat stigma yang tinggi (70,6%) menganggap bahwa HIV/AIDS adalah bentuk hukuman karena perilaku yang buruk dan penyakit yang menjijikan sehingga harus dijaui. Mayoritas masyarakat menyatakan tidak bersedia merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV/AIDS. Perilaku keluarga yang memberikan stigma ODHA dapat memperkuat penolakan dari masyarakat (Handayani and Mahmud, 2019) dan kemungkinan menjadi penyebab kuat mengapa ODHA di Desa Masaran memilih untuk menutupi status HIV positif mereka.

Banyak penelitian menjelaskan faktor stigma di perkotaan karena kasus HIV yang tinggi dibandingkan dengan pedesaan, sedangkan disisi lain banyak pula penelitian dari sisi demografi yang menunjukkan bahwa masyarakat desa lebih berisiko tinggi melakukan stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Calderón *et al.*, 2015; Handayani and Mahmud, 2019; Sahoo *et al.*, 2020). Munculnya stigma pada masyarakat di pedesaan juga merupakan salah satu kendala yang dihadapi

dalam penanganan kasus HIV/AIDS (Handayani and Mahmud, 2019) dan sampai saat ini faktor-faktor yang berhubungan dengan tingginya tingkat stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran belum dapat dijelaskan.

Secara Global prevalensi kasus HIV di dunia mencapai 38 juta pada akhir tahun 2019 (UNAIDS, 2020b). Kasus HIV/AIDS terus meningkat dari tahun ke tahun di Indonesia. Terdapat sebanyak 50.282 kasus pada tahun 2019. Jawa Timur menempati posisi tertinggi untuk HIV (8.935 kasus) dan ketiga tertinggi kasus AIDS (958) (Kemenkes RI, 2020a). Trenggalek adalah salah satu kabupaten di Jawa Timur yang mengalami rata-rata kenaikan 50 kasus baru tiap tahunnya dengan jumlah kumulatif mencapai 449 dari tahun 2013 sampai 2020 (P2PL Dinkes Trenggalek, 2021). Salah satu penyumbang kasus HIV di Kabupaten Trenggalek adalah Kecamatan Munjungan yang selama dua tahun terakhir menyumbang 10 kasus baru HIV/AIDS.

Penelitian sebelumnya oleh Shaluhiyah *et al* (2015) menjelaskan bahwa stigma masyarakat terhadap ODHA disebabkan oleh banyak faktor. Stigma seringkali terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS. Stigma terhadap ODHA muncul berkaitan dengan kesalahan memahami tentang mekanisme penularan HIV karena tidak tahunya masyarakat tentang informasi HIV. Hal ini kemudian berdampak pada ketakutan masyarakat dan penolakan terhadap ODHA. Persepsi negatif terhadap penularan HIV melalui anggapan bahwa HIV/AIDS merupakan penyakit kutukan akibat perilaku amoral juga dapat menyebabkan stigma terhadap ODHA.

Hati *et al* (2017) menyatakan bahwa stigma masyarakat terbentuk karena adanya penguat (*reinforce*) melalui sikap pihak yang menjadi panutan masyarakat seperti tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Tokoh masyarakat berperan penting dalam menurunkan terjadinya stigma karena tokoh tersebut merupakan *role model* atau contoh yang biasanya menjadi panutan masyarakat, terutama bagi masyarakat di daerah pedesaan (Handayani and Mahmud, 2019). Tindakan dan sikap mereka dijadikan referensi oleh masyarakat dalam mengubah perilaku mereka, termasuk yang terkait dengan penularan HIV dan menurunkan stigma terhadap ODHA. Pemberian informasi yang komprehensif tentang HIV/AIDS juga sangat penting dilakukan oleh petugas kesehatan, agar dapat menyebarkan informasi yang benar kepada masyarakat, termasuk tentang menghilangkan stigma terhadap ODHA.

Mengatasi stigma HIV adalah hal mendasar untuk mengatasi epidemi HIV (Kumar *et al.*, 2017), sehingga sebagai langkah awal perlu diketahui penyebab atau faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Melakukan analisis faktor yang berhubungan dengan stigma adalah penting dalam mengatasi stigma HIV, karena dengan mengetahui faktor stigma maka dapat diketahui bagian mana yang memerlukan intervensi untuk diubah ke arah yang lebih positif, sehingga tercipta dukungan dari masyarakat. Dukungan sosial membuat penderita HIV/AIDS tidak merasa sendiri, lebih berpeluang untuk menggunakan pelayanan kesehatan, dan meningkatkan kepatuhan pengobatan. Keterbukaan yang dirasakan ODHA membuat mereka lebih mudah untuk menerima informasi (Handayani and Mahmud, 2019). Faktor yang berhubungan dengan stigma dapat dijelaskan oleh konsep Lawrence Green, *PRECEDE model*.

PRECEDE adalah bagian dari *PRECEDE-PROCEED model* yang menyediakan kerangka kerja untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mendasari masalah terkait kesehatan. Penerapan *PRECEDE model* dipilih karena kemampuannya melihat faktor perilaku dari berbagai sisi yang sesuai dengan premis bahwa penyebab perilaku terkait kesehatan bersifat multifaktorial (Windsor, 2015). *PRECEDE* menjelaskan bahwa faktor perilaku terjadi karena suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan perilaku tertentu. Perilaku menurut *PRECEDE model* terbentuk dari tiga faktor utama diantaranya: faktor predisposisi (*predisposing factor*) yaitu faktor internal individu; faktor pendukung (*enabling factor*) terwujud dalam ketersediaan fasilitas; serta faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang menguatkan perilaku, terwujud dalam sikap kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Pakpahan *et al.*, 2021).

Uraian data diatas menjelaskan bahwa masalah dalam penelitian ini adalah tingginya tingkat stigma masyarakat Desa Masaran terhadap penderita HIV/AIDS ditandai dengan anggapan, sikap negatif dan penolakan masyarakat terhadap ODHA. Diharapkan dengan penelitian ini dapat menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS, dan dapat menyediakan informasi dalam rangka mengatasi faktor penentu stigma yang berimplikasi pada realisasi program nasional *Three Zero 2030* dan meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS.

1.2 Rumusan Masalah

Faktor-faktor apa yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model* di Desa Masaran, Trenggalek?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model* di Desa Masaran, Trenggalek.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek.
2. Menganalisis hubungan antara persepsi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek.
3. Menganalisis hubungan antara ketersediaan sumber informasi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek.
4. Menganalisis hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek.
5. Menganalisis hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu Keperawatan Komunitas yang dapat memberikan informasi tentang faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model*.

1.4.2 Praktis

1. Bagi masyarakat diharapkan setelah penelitian ini dapat memperoleh informasi tentang HIV/AIDS dan tidak melakukan stigma terhadap ODHA
2. Bagi penderita HIV/AIDS dapat memperoleh informasi tentang penyakit HIV/AIDS dan membantu dalam memahami penyebab stigma di masyarakat
3. Bagi perawat di wilayah setempat dapat dijadikan pertimbangan dalam upaya mengembangkan intervensi yang komprehensif dalam mengatasi faktor penentu terkait dengan stigma masyarakat terhadap ODHA
4. Bagi peneliti selanjutnya, dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menganalisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap ODHA berdasarkan *PRECEDE model*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep dan teori-teori yang mendukung pada BAB 2 untuk memperjelas bahasan penelitian berdasarkan latar belakang yang telah dituliskan, yaitu:

2.1 Konsep Stigma

2.1.1 Pengertian Stigma

Stigma adalah suatu sikap yang digunakan untuk menandai seseorang atau sekelompok orang sebagai suatu hal yang tidak layak (UNAIDS 2015 dalam Alshouibi and Alaqil, 2019). Stigma diartikan sebagai perilaku memberikan label, cap atau pandangan yang buruk dengan tujuan mendeskreditkan seseorang atau sekelompok orang. Stigma terjadi karena persepsi dan anggapan sebagai musuh, penyakit, dan elemen masyarakat yang memalukan. Stigma dalam praktiknya dapat menyebabkan diskriminasi, yaitu tindakan tidak mengakui hak dasar individu sebagaimana selayaknya manusia yang bermartabat (Depkes RI, 2012).

Goffman (1963) mendefinisikan stigma sebagai suatu atribut yang mendeskreditkan terhadap seseorang karena dianggap tidak biasa atau berbeda. Stigma juga diartikan sebagai alat kontrol sosial yang diterapkan untuk mengucilkan, meminggirkan dan menjalankan kekuasaan atas individu yang memiliki karakteristik tertentu, yang dianggap sebagai suatu ancaman (UNAIDS, 2000). Sedangkan Deacon (2005) menjelaskan stigma sebagai ideologi yang mengidentifikasi dan menghubungkan penyakit biologis dengan perilaku negatif.

Stigma sosial dalam konteks kesehatan adalah pengaitan negatif antara seseorang atau sekelompok orang yang memiliki kesamaan ciri dan penyakit tertentu. Dalam suatu wabah, stigma sosial berarti orang-orang yang diberi label,

distereotipkan, didiskriminasi, diperlakukan secara berbeda, dan/atau mengalami kehilangan status karena dianggap memiliki keterkaitan dengan suatu penyakit (WHO, 2020b). Literatur stigma seringkali membahas karakteristik perilaku, fisik, dan yang terkait dengan penyakit seperti HIV/AIDS (Jeffrey and Phelan, 2014).

2.1.2 Komponen Stigma

Link and Phelan (2001) yang mengacu pada pemikiran Goffman menjelaskan bahwa komponen-komponen dari stigma adalah gabungan dari elemen berikut:

1. *Labeling* (Pelabelan)

Labeling adalah komponen stigma yang bertujuan untuk memberikan label atau penamaan yang cenderung negatif berdasarkan perbedaan yang dimiliki oleh individu sebagai anggota masyarakat. Pelabelan adalah perkembangan sebagai hasil dari proses sosial untuk menentukan jenis perbedaan yang penting untuk diidentifikasi dalam masyarakat (Ahmedani, 2011). Perbedaan yang dimiliki dianggap tidak relevan secara sosial dan dapat sebagai karakteristik yang menonjol dari suatu kelompok. Pemberian label yang dianggap normal dalam masyarakat merupakan salah satu dari komponen stigma.

2. *Stereotypes* (Stereotip)

Stereotip adalah kerangka berpikir yang terdiri dari pengetahuan dan keyakinan tentang kelompok sosial dan budaya tertentu. Stereotip terjadi ketika karakteristik atau perilaku individu dipandang menyimpang dari norma masyarakat. Komponen stereotip muncul sebagai akibat dari pelabelan yang menghubungkan individu ke sekumpulan karakteristik yang tidak diinginkan, yang kemudian dapat distereotipkan (Ahmedani, 2011). Link and Phelan (2001)

mendefinisikan stereotip sebagai perilaku yang menghubungkan perbedaan dengan atribut negatif.

3. *Separating* (Pemisahan “Kita” dan “Mereka”)

Pemisahan “kita” (pihak pemberi stigma) dan “mereka” (kelompok yang mendapatkan stigma) adalah hasil dari proses pelabelan dan stereotip. Hal ini terjadi karena masyarakat tidak ingin dikaitkan dengan karakteristik ataupun atribut negatif (Ahmedani, 2011). Pemisahan akan menjadi pembenaran ketika individu yang dilabeli percaya bahwa dirinya memang berbeda. Misalnya pada ODHA dapat melihat diri mereka sebagai dasarnya berbeda dengan orang lain (Link and Phelan, 2001).

4. *Status Loss and Discrimination* (Kehilangan Status dan Diskriminasi)

Konsekuensi dari pelabelan dan stereotip yang berhasil adalah penempatan individu di posisi bawah dalam status hierarki sosial. Individu dengan karakteristik yang tidak diinginkan akan kehilangan statusnya di mata masyarakat. Kehilangan posisi dalam hierarki status dapat berdampak pada peluang hidup seseorang karena menjadi dasar diskriminasi. Diskriminasi adalah komponen *behaviour* dari perilaku negatif yaitu merendahkan orang lain karena menjadi anggota suatu kelompok tertentu (Link and Phelan, 2001).

2.1.3 Dimensi Stigma

Jones *et al* (1984 dalam Ahmedani, 2011) mengidentifikasi enam dimensi stigma meliputi *concealability*, *course*, *disruptiveness*, *peril*, *origin*, dan *aesthetics*.

1. *Concealability* atau visibilitas, adalah dimensi stigma yang menentukan sejauh mana masyarakat dapat melakukan stigma berdasarkan visibilitas dari perbedaan yang ada.
2. *Course*, menunjukkan kondisi *reversible* atau *irreversible*. Individu dengan kondisi *irreversible* cenderung mendapat stigma.
3. *Disruptiveness* adalah dimensi yang melihat seberapa besar stigma memengaruhi interaksi sosial.
4. *Peril* atau bahaya merujuk pada ancaman atau perasaan tidak nyaman yang dialami.
5. *Origin* adalah kondisi yang menyebabkan stigma.
6. *Aesthetics* adalah persepsi seseorang terhadap suatu hal atau kondisi. Misalnya perilaku yang dipersepsikan menyimpang dari norma masyarakat, maka akan cenderung mendapatkan stigma.

2.1.4 Proses Pemberian Stigma

Pfuhl (dalam Simanjuntak, 2005) menjelaskan bahwa proses pemberian stigma yang dilakukan masyarakat terjadi melalui 3 tahap yaitu:

1. Proses interpretasi, pelanggaran normal yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai suatu penyimpangan perilaku yang akan menimbulkan stigma;
2. Proses pendefinisian individu yang dianggap berperilaku menyimpang. Setelah tahap pertama dilakukan, dimana terjadinya interpretasi terhadap perilaku yang menyimpang, maka akan dilanjutkan pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang oleh masyarakat; dan

3. Perilaku diskriminatif, yaitu memberikan perilaku membedakan dari masyarakat.

2.1.5 Stigma Berkaitan dengan HIV/AIDS

Stigma dalam konteks HIV/AIDS dijelaskan sebagai proses untuk merendahkan orang yang terinfeksi HIV (Bunn et al., 2007 dalam Judgeo and Moalusi, 2014). Stigma merupakan suatu sikap, prasangka dan keyakinan negatif tentang ODHA dengan memberikan label sebagai bagian dari kelompok yang diyakini tidak dapat diterima secara sosial (CDC, 2020). Bentuk stigma terhadap penderita HIV/AIDS meliputi:

- a. Percaya bahwa hanya kelompok orang tertentu yang dapat tertular HIV;
- b. Membuat penilaian moral sebagai langkah untuk mencegah penularan HIV;
- c. Merasa bahwa ODHA pantas tertular atau terinfeksi penyakit HIV karena pilihannya sendiri.

Stigma terjadi ketika seorang diidentifikasi sebagai sesat, terkait dengan stereotip yang menimbulkan sikap prasangka, yang ditolak lebih lanjut dalam perilaku diskriminatif. Diskriminasi HIV adalah tindakan memperlakukan orang yang hidup dengan HIV secara berbeda. Bentuk-bentuk diskriminasi tersebut dapat berupa rasisme, *homophobia* atau kebencian terhadap wanita-wanita yang bekerja di tempat-tempat seperti pelacur atau pengguna narkoba. Bentuk diskriminasi HIV menurut Depkes RI (2012) yaitu.

- a. Keluarga yang mengusir anggota yang terinfeksi karena dipandang sebagai suatu aib;
- b. Atasan yang memberhentikan karyawan karena status HIV-nya;
- c. Masyarakat menolak keberadaan ODHA;

- d. Mengkarantina atau meminggirkan ODHA karena anggapan bahwa HIV/AIDS adalah bentuk kutukan atau hukuman dari Tuhan;
- e. Sekolah yang tidak mau menerima anak dengan HIV karena takut murid lain ketakutan.

2.1.6 Faktor Penyebab Stigma Terhadap Penderita HIV/AIDS

Faktor yang dapat menyebabkan stigma terhadap penderita HIV/AIDS diantaranya:

1. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata). Setiap individu memiliki intensitas pengetahuan yang berbeda. Adapun faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang menurut Notoatmodjo (2012) adalah sarana informasi atau media massa, lingkungan, pengalaman, sosial dan budaya. Proses penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan juga sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Menurut Gitosudarmo (2000) perhatian seseorang juga dipengaruhi oleh frekuensi, yang berarti semakin sering frekuensi stimulus disampaikan maka akan semakin besar kemungkinan hal tersebut untuk diperhatikan. Oleh karena itu, pengetahuan seseorang dibagi menjadi 6 tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2012) :

- a. Tahu (*Know*) adalah mengingat kembali memori yang didapatkan dari proses pengamatan;

- b. Memahami (*Comprehension*) adalah kemampun menjelaskan dan kemampuan menginterpretasikan suatu hal yang diketahui secara benar;
- c. Aplikasi (*Application*) adalah kemampuan mempraktikkan hal yang dipelajari pada kondisi nyata;
- d. Analisis (*Analysis*) adalah kemampuan menjabarkan materi secara runtut dan saling berkaitan;
- e. Sintesis (*Synthesis*) adalah kemampun menghubungkan banyak bagian menjadi satu keseluruhan yang baru; dan
- f. Evaluasi (*Evaluation*) adalah kemampuan untuk menilai suatu materi.

Pengetahuan yang kurang terkait cara penularan HIV akan mengakibatkan rasa ketakutan terinfeksi melalui kontak yang tidak memiliki risiko penularan HIV (misalnya bersentuhan, berjabat tangan) (Stangl *et al.*, 2019). Green and Kreuter (2000 dalam Putri *et al.*, 2017) menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan faktor yang memengaruhi perilaku seseorang terhadap kesehatan karena pengetahuan memengaruhi keputusan seseorang dalam melakukan perilaku kesehatan, selain itu pengetahuan tentang kesehatan diperlukan sebelum terjadinya transformasi perilaku kesehatan.

2. Persepsi Negatif

Persepsi adalah proses untuk menyeleksi, mengatur, menginterpretasikan stimuli berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera sampai menjadi gambaran yang logis (Pakpahan *et al.*, 2021). Persepsi juga didefinisikan sebagai proses pengetahuan atau mengenali objek atau kejadian objektif dengan bantuan indera. Berdasarkan persepsi atau pemberian arti dari apa yang ditangkap oleh panca indera itulah maka seseorang melakukan aktivitas atau melakukan sikap-

sikap tertentu. Notoatmodjo (2012) menyatakan persepsi sebagai praktik tingkat pertama dengan cara mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

Persepsi negatif akan mendorong individu melakukan stigma. Persepsi negatif diwujudkan melalui anggapan bahwa HIV/AIDS adalah sebagai akibat perilaku asusila dari kelompok tertentu, seperti homoseksual, pengguna narkoba, dan pekerja seks (AVERT, 2019). Penderita HIV/AIDS seringkali mendapatkan stigma dari masyarakat ketika HIV dipandang sebagai penyakit perilaku. HIV dikaitkan sebagai perilaku buruk yang melanggar norma sehingga ODHA mengalami penolakan dari masyarakat. HIV sebagai hukuman atas perilaku buruk sehingga masyarakat percaya bahwa ODHA seharusnya merasa malu pada dirinya sendiri (Yeo and Chu, 2017)

3. Sumber Informasi HIV/AIDS Kurang Tersedia

Notoatmodjo (2003) mendefinisikan sumber informasi sebagai asal dari suatu informasi atau data yang diperoleh. Sumber informasi adalah segala sesuatu yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi, memengaruhi kemampuan dan semakin banyak sumber informasi yang diperoleh maka semakin banyak pengetahuan yang dimiliki. Hal tersebut karena sumber informasi yang mudah untuk diakses akan meningkatkan frekuensi paparan terhadap pendidikan HIV. Sumber informasi dapat diperoleh secara langsung yang berarti bersumber langsung dari narasumber dan secara tidak langsung yaitu informasi yang mengalami perbuahan kata-kata dari informan (contoh media koran, majalah, buku).

Kesalahpahaman terkait mekanisme penularan HIV dapat pula disebabkan karena kurang terpaparnya informasi akibat sumber informasi mengenai pendidikan HIV kurang tersedia. Sumber informasi merupakan hal yang penting dalam menentukan pengetahuan seseorang. Pemberian informasi mengenai kesehatan ataupun penyakit dapat meningkatkan pengetahuan yang dimiliki masyarakat. Selanjutnya dengan pengetahuan tersebut akan timbul kesadaran dan perilaku yang dilakukan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki dan bersifat langsung bukan karena paksaan (Notoatmodjo, 2012).

4. Kurang Dukungan Tokoh Panutan Masyarakat

Selain miskonsepsi transmisi HIV dapat menyebabkan stigma terhadap ODHA, faktor pendorong lain yaitu sikap kelompok referensi yang dijadikan panutan dapat memengaruhi bagaimana masyarakat berperilaku terhadap ODHA. Sikap tokoh panutan masyarakat yang dapat menjadi penentu tingkat stigma terhadap penderita HIV/AIDS yaitu:

a. Kurang Dukungan Tokoh Masyarakat

Dukungan tokoh masyarakat adalah dukungan yang diperoleh dari hubungan interpersonal yang mengacu pada kesenangan, ketenangan, bantuan manfaat, yang berupa informasi verbal yang diterima seseorang atau masyarakat dari tokoh masyarakat yang membawa efek perilaku. Dukungan tokoh masyarakat dibedakan menjadi menjadi dukungan emosional (mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian), dukungan penghargaan (mencakup ungkapan hormat dan dorongan untuk maju), dukungan instrumental (mencakup bantuan langsung sesuai kebutuhan masyarakat), dan dukungan

informatif (mencakup nasehat, petunjuk, saran dan umpan balik) (Sarafino and Smith, 2014).

Penelitian mengungkapkan bahwa dukungan dari tokoh masyarakat (penentu kebijakan daerah, pemuka agama, tokoh desa) dapat menentukan masyarakat untuk melakukan stigma terhadap penderita HIV/AIDS. Seorang tokoh masyarakat yang memberikan stigma, memungkinkan masyarakat sekitarnya akan terpengaruh untuk melakukan hal yang sama. Hal ini karena tokoh masyarakat merupakan *role model* yang biasanya menjadi panutan masyarakat, terutama bagi masyarakat di daerah pedesaan. Tindakan tokoh masyarakat dijadikan referensi oleh masyarakat dalam mengubah perilaku, termasuk yang terkait dengan persepsi penularan HIV (Handayani and Mahmud, 2019). Oleh karena itu, pemberian informasi yang komprehensif tentang HIV/AIDS kepada tokoh masyarakat menjadi sangat penting dilakukan oleh petugas kesehatan, supaya tokoh masyarakat dapat menyebarkan informasi yang benar kepada masyarakat, termasuk tentang menghilangkan stigma terhadap ODHA. Selain itu, pengamatan seseorang terhadap keadaan dan kejadian sekitar dapat memengaruhi minat. Aspek minat dapat meliputi sikap umum terhadap aktivitas (perasaan suka atau tidak suka), arti penting dari aktivitas, dan keputusan untuk berpartisipasi dalam aktivitas (Pintrich and Schunk, 1996).

b. Kurang Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan adalah kenyamanan fisik dan psikologis, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterima individu dari petugas kesehatan. Dukungan petugas kesehatan dapat berwujud

dukungan emosional (afeksi, kepercayaan, perhatian dan perasaan didengarkan), penghargaan (pengakuan, umpan balik, dan perbandingan sosial), instrumental (berupa pemberian bantuan alat, keuangan dan peluang waktu, serta semua kebutuhan konkret yang diperlukan), dan informasi (berupa penyediaan informasi dan pengetahuan yang dapat membantu seseorang untuk meningkatkan efisiensi dalam menyelesaikan suatu masalah) (Smet, 1994).

Dukungan petugas kesehatan juga dapat menentukan perilaku masyarakat terhadap ODHA. Hal ini berkaitan dengan peran petugas kesehatan sebagai edukator yang dapat menjalankan suatu program pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan dan penanganan HIV, serta meluruskan kesalahpahaman penularan HIV/AIDS pada masyarakat (Nawangwulan, 2020)

2.1.7 Akibat Stigma HIV/AIDS

Dampak stigmatisasi HIV/AIDS telah mengakibatkan beberapa analisis menyebutnya sebagai '*silent killer*' (Novignon *et al.*, 2014). Dampak dari stigma masyarakat terhadap ODHA meliputi (UNAIDS, 2020):

1. Menghambat serapan skrining tes dini HIV

Kelompok berisiko akan cenderung menolak untuk dilakukan tes HIV dan bersikap tertutup karena khawatir kemungkinan mendapat stigma terkait HIV dibandingkan takut mengetahui status HIV mereka.

2. Menghambat perawatan dan menurunkan kepatuhan ODHA dalam pengobatan

Stigma dapat menyebabkan kurangnya dukungan masyarakat sehingga menghambat kepatuhan terhadap pengobatan dan manajemen HIV

3. Meningkatkan perilaku berisiko HIV

Peningkatan perilaku berisiko dapat terjadi ketika adanya pelabelan. Sebagai contoh pekerja seks tidak lagi membawa kondom karena takut ditandai bahwa seseorang yang memiliki banyak kondom adalah “bukti” sebagai pekerja seks

4. Menurunkan kualitas hidup ODHA dan meningkatkan morbiditas, mortalitas, serta insiden HIV

Stigma masyarakat dapat memengaruhi harga diri dan kesejahteraan mental ODHA. Stigma dapat menyebabkan depresi dan memicu percobaan bunuh diri pada ODHA

2.2 Konsep HIV/AIDS

2.2.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu infeksi penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh (imunitas) yang meliputi infeksi primer dengan atau tanpa sindrom akut, stadium asimtomatik, dan stadium lanjut (Hidayati, 2020). Orang yang telah terinfeksi HIV dalam beberapa tahun pertama belum menunjukkan gejala apapun, secara fisik kelihatan tidak berbeda dengan orang lain. Namun, dia sudah bisa menularkan HIV pada orang lain. HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas menyerang infeksi. Sel darah putih tersebut terutama limfosit yang memiliki CD4 sebagai sebuah penanda yang berada di permukaan sel limfosit. Berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan bahwa sel-sel darah putih atau limfosit yang

seharusnya berperan dalam mengatasi infeksi yang masuk ke tubuh manusia menjadi lemah.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah tahap akhir infeksi disertai dengan kumpulan beberapa gejala yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat virus HIV (WHO, 2020a). AIDS merupakan bentuk lanjut dari HIV yang merupakan kumpulan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh.

2.2.2 Epidemiologi HIV/AIDS

Sejarah tentang HIV/AIDS dimulai ketika tahun 1979 di Amerika Serikat ditemukan seorang gay muda dengan *Pneumocystis Carinii* dan dua orang gay muda dengan *Sarcoma Kaposi*. Seorang gay muda ditemukan mengalami kerusakan sistem kekebalan tubuh pada tahun 1981. Negara Amerika Utara dan Inggris, epidemik pertama terjadi pada kelompok laki-laki homoseksual, selanjutnya pada saat ini epidemik terjadi juga pada pengguna obat suntikan dan pada populasi heteroseksual. Sejak permulaan epidemi terjadi sampai 2020 terdapat 75,7 juta orang terinfeksi HIV dan 32,7 juta kematian akibat HIV/AIDS. Pada akhir tahun 2019 prevalensi kasus HIV di dunia mencapai 38 juta (UNAIDS, 2020b). Kasus HIV di Indonesia pertama kali dilaporkan di Bali pada bulan April 1987, terjadi pada orang berkebangsaan Belanda. Jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS meningkat menjadi 543.100 pada Juni 2020 (Kemenkes RI, 2020b)

2.2.3 Etiologi HIV/AIDS

Human ImmunodeficiencyVirus (HIV) adalah virus penyebab AIDS. HIV tergolong retrovirus yang mempunyai materi genetik RNA. Ketika virus masuk ke dalam tubuh penderita (sel hospes), maka RNA virus diubah menjadi DNA oleh enzim reverse transcriptase yang dimiliki oleh HIV. DNA pro-virus tersebut

kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus (Daili, 2009).

Terdapat dua tipe yang berbeda dari virus AIDS manusia, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Kedua tipe dibedakan berdasarkan susunan genom dan hubungan filogenetik (evolusioner) dengan lentivirus primata lainnya. Mengacu pada deretan *gen env*, HIV-1 meliputi tiga kelompok virus yang berbeda yaitu M (*main*), N (*new* atau non-M, non-O), dan O (*outlier*). Kelompok M yang dominan terdiri dari 11 subtipe atau *clades* (A-K), telah teridentifikasi 6 subtipe HIV-2 yaitu sub tipe A-F. HIV-1 lebih mematenkan, mudah masuk ke dalam tubuh, dan sumber infeksi paling banyak di dunia (Ardhiyanti *et al*, 2015).

2.2.4 Patogenesis HIV/AIDS

Perjalanan penyakit dapat dipantau dengan mengukur jumlah virus dalam serum pasien dan menghitung jumlah sel T CD4 dalam darah tepi. Sistem kekebalan tubuh pada awalnya mampu mengendalikan infeksi HIV, akan tetapi perjalanan dari waktu ke waktu virus HIV menyebabkan sel limfosit CD4 semakin turun. Perjalanan infeksi HIV melalui 3 fase (Nasronudin, 2020).

1. Fase infeksi akut

Setelah virus HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan virion (virus baru). Viremia dari virion tersebut memicu munculnya gejala yang menyerupai sindrom seperti flu yang mirip dengan infeksi mononukleosa. Fase infeksi akut terjadi selama 3-6 minggu dan terjadi penurunan limfosit T yang dramatis dan kemudian terjadi kenaikan limfosit T akibat aktifnya respons imun. Jumlah limfosit T pada fase akut yaitu 500/mm³.

2. Fase infeksi laten

Fase laten dimulai ketika terjadi pementukan respons imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam Sel Dendritik Folikuler (SDF) di pusat germinativum kelenjar limfe yang menyebabkan virion dapat dikendalikan dan gejala menghilang. Fase ini jumlah virion dalam plasma mengalami penurunan karena sebagian besar virus terakumulasi pada kelenjar limfe. Jumlah limfosit T-CD4 menurun sekitar 500-200/mm³. Fase ini dapat berlangsung selama 8-10 tahun.

3. Fase infeksi kronis

Virus terus mengalami replikasi didalam kelenjar limfe diikuti dengan kerusakan SDF, sehingga fungsi kelenjar limfe sebagai penangkap virus menurun. Jumlah virion yang berlebihan menyebabkan limfosit semakin tertekan dan respons imun tidak bekerja optimal. Fase kronis perjalanan penyakit semakin progresif yang mengarah pada kondisi AIDS. Akibatnya penderita rentan terhadap berbagai macam penyakit infeksi sekunder. Penurunan jumlah limfosit T-CD4 pada fase kronis adalah dibawah 200/mm³.

2.2.5 Manifestasi Klinis HIV/AIDS

Manifestasi klinis adalah gejala dan tanda pada tubuh akibat adanya intervensi virus HIV. Manifestasi dapat berupa gejala dari tanda virus akut, asimtomatis berkepanjangan dan manifestasi AIDS (Nasronudin, 2020)

1. Tahap infeksi akut adalah tahapan yang muncul dalam 6 minggu pertama. Gejala yang muncul tidak spesifik, berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan serta pembesaran KGB.

2. Tahap asimtomatis berlangsung dalam 6 minggu hingga beberapa bulan setelah terinfeksi. Tahapan ini terjadi internalisasi HIV ke intraseluler dan aktivitas penderita masih normal, karena keluhan dari gejala HIV menghilang
3. Tahap simtomatis ditandai dengan adanya keluhan dalam derajat sedang hingga berat. Terjadi penurunan BB (<10%), sariawan berulang, radang pada sudut mulut, dan infeksi bakteri pada saluran napas atas.
4. Tahap AIDS ditandai dengan adanya infeksi sekunder pada penderita.

WHO (2020a) menjelaskan bahwa tanda dan gejala yang muncul tergantung pada stadium dari infeksi HIV. Sistem WHO untuk dewasa membagi stadium klinis HIV menjadi 4 tahapan, mulai dari stadium 1 (asimtomatik) hingga stadium 4 (AIDS):

Tabel 2.1 Stadium Klinis HIV

Stadium klinis 1
Asimtomatik Limfadenopati generalisata persisten
Stadium klinis 2
Penurunan berat badan derajat sedang yang tidak dapat dijelaskan (<10% bb) Infeksi saluran napas atas berulang (episode saat ini, ditambah 1 episode atau lebih dalam 6 bulan) Herpes zoster Keilitis angularis Sariawan berulang (2 episode lebih dalam 6 bulan) Erupsi <i>papular pruritic</i> Dermatitis seboroik Infeksi jamur pada kuku
Stadium klinis 3
Diare kronik selama >1 bulan yang tidak dapat dijelaskan Demam persisten yang tidak dapat dijelaskan (> 37,6 ⁰ C intermiten atau konstan, >1 bulan) Kandidiasis oral persisten <i>Oral hairy leukoplakia</i> TB paru Infeksi bakterial berat Stomatitis, gingivitis, atau periodontitis elseratif nekrotikans akut Anemia yang tidak dapat dijelaskan (<8g/dl), neutropenia (<1000/mm ³) dan atau trombositopenia kronik (<50.000/mm ³ , >1 bulan)

Stadium klinik 4

HIV wasting syndrome

Pneumonia Pneumocystis (PCP)

Pneumonia bakterial berulang

Infeksi herpes simpleks kronik (orolabial, genital atau anorektal) selama > 1 bulan, atau viseral tanpa melihat lokasi ataupun durasi

Kandidiasis esophageal

TB ekstra paru

Sarkoma kaposi

Taksoplasmosis otak

Ensefalopati HIV

Kriptokokosis ekstrapulmonar (termasuk meningitis)

Infeksi mikobakteria non-tuberkulosis diseminata

Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)

Kriptosporidiosis kronik

Isosporiasis kronik

Mikosis diseminata (histoplasmosis, *coccidiomycosis*)

Septisemia berulang (termasuk salmonella nontifoid)

Karsinoma serviks invasif

HIV-associated nephropathy (HIVAN) atau kardiomiopati terkait HIV simtomatis

Sumber: WHO (2007)

2.2.6 Penularan HIV/AIDS

Cara penularan HIV dapat terjadi melalui berbagai alur secara seksual, horizontal, dan vertikal (Hidayati, 2020)

1. Cairan genital yaitu penularan melalui cairan sperma dan cairan vagina pengidap HIV dalam jumlah virus yang tinggi dan cukup untuk memungkinkan terjadinya penularan, terutama jika disertai dengan adanya IMS. Hubungan seksual baik secara genital, oral maupun anal dapat berisiko menularkan HIV
2. Kontaminasi darah atau jaringan adalah penularan melalui kontaminasi darah seperti tranfusi darah, transplantasi organ yang terinfeksi virus HIV, atau melalui peralatan medis yang tidak steril, seperti suntikan yang tidak aman: penggunaan alat suntik bersama pada penasun, tindik tidak steril, dan tato

3. Perinatal adalah penularan dari ibu ke janin/bayi. Penularan pada janin terjadi selama kehamilan melalui plasenta yang terinfeksi. Sedangkan penularan ke bayi terjadi melalui darah atau cairan genital saat persalinan dan ASI pada masa laktasi.

Selain faktor penularan diatas, HIV tidak dapat ditularkan. HIV juga tidak dapat ditularkan melalui kontak sosial sehari-hari seperti sentuhan atau bersenggolan, berjabat tangan, berpelukan, tinggal serumah dengan ODHA, melalui keringat, bersin dan batuk, menggunakan toilet yang sama, menggunakan perlengkapan yang sama, berenang bersama dan melalui gigitan nyamuk atau serangga (Kemenkes, 2018).

2.2.7 Kriteria Diagnosis

Terdapat dua pendekatan untuk tes HIV (Nasronudin, 2020):

1. Konseling dan tes HIV sukarela (*VCT/ Voluntary Counseling and Testing*); dan
2. Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (*PITC/ Provider-Initiated Testing and Counseling*)

Diagnosis HIV ditegakkan berdasarkan manifestasi klinis dan pemeriksaan laboratorium (Nasronudin, 2020). CDC menyusun definisi kasus AIDS dan disetujui oleh WHO demi keperluan surveilans, menyatakan bahwa diagnosis AIDS ditetapkan apabila terdapat dua gejala mayor dan satu gejala minor tanpa disertai sebab immunosupresi seperti kanker, malnutrisi dan etiologi yang lain.

Tabel 2.2 Gejala Mayor dan Gejala Minor HIV

Gejala	Karakteristik
Mayor	BB turun >10% dalam 1 bulan Diare kronis >1 bulan Demam berkepanjangan > 1 bulan Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis Ensefalopati HIV
Minor	Batuk menetap >1 bulan Dermatitis generalisata Herpes zoster multisegmental berulang Kandidiasis orofaringeal Herpes simpleks kronis progresif Limfadenopati generalisata Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita Retinitis oleh sitomegalovirus

Sumber: Nasronudin (2020)

Diagnosis HIV dapat menggunakan 2 metode pemeriksaan, yaitu pemeriksaan serologis dan virologis (Permenkes, 2019). Pemeriksaan dilakukan pada orang dengan gejala klinis mengarah pada HIV/AIDS dan juga pada skrining kelompok risiko.

1. Pemeriksaan Serologis

Pemeriksaan serologis dapat mendeteksi antibodi dan antigen. Terdapat 2 metode pemeriksaan serologis yang sering digunakan yaitu (Permenkes, 2019) :

- a. *Rapid immunochromatography test* (tes cepat) dilakukan untuk keperluan skrining dengan reagen yang dapat mendeteksi antibodi terhadap HIV-1 maupun HIV-2;
- b. EIA (*Enzyme immunoassay*) juga berguna sebagai skrining dengan mendeteksi antibodi untuk HIV-1 dan HIV-2.

Sedangkan metode *western blot* sudah tidak digunakan sebagai standar konfirmasi diagnosis HIV di Indonesia (Permenkes, 2019).

2. Pemeriksaan Virologis

Pemeriksaan virologis adalah pemeriksaan yang dilakukan pada DNA HIV dan RNA HIV. Tes virologis terdiri dari (Fearon, 2005):

- a. HIV DNA kualitatif (EID) mendeteksi virus dan tidak tergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini digunakan untuk penegakan diagnosis pada bayi;
- b. HIV RNA kuantitatif memeriksa jumlah virus didalam darah dan dapat digunakan untuk memantau terpai ARV pada dewasa dan diagnosis pada bayi apabila HIV DNA tidak tersedia;
- c. Tes virologis *Polymerase Chain Reaction* (PCR) direkomendasikan untuk mendiagnosis anak (<18 bulan).

2.2.8 Penatalaksanaan HIV/AIDS

Tatalaksana pada semua penderita HIV/AIDS adalah anjuran istirahat sesuai kondisi tubuh atau derajat sakit, dukungan nutrisi berbasis makronutrien dan mikronutrien, konseling pendekatan psikologis dan psikososial dan membiasakan hidup sehat (Hidayati, 2020). Terapi ARV adalah metode utama untuk mencegah perburukan sistem imun dengan menekan replikasi virus, sehingga kadar HIV dalam plasma <50 kopi/ml (Nasronudin, 2020). Pemberian ARV menggunakan kombinasi 3 jenis obat dalam dosis terapeutik yang disebut dengan *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART) atau disingkat ART (*Antiretroviral Therapy*).

2.2.9 Pencegahan Penularan HIV

Pencegahan penularan HIV yang dilakukan oleh masyarakat atau kelompok berisiko terhadap penyakit tertentu disebut dengan *specific protection* (perlindungan khusus). Tindakan dalam perlindungan khusus adalah upaya

pengecahan penularan HIV yang dikenal dengan konsep ABCDE, sebagai berikut (Kemenkes, 2018; Alamsyah *et al.*, 2021):

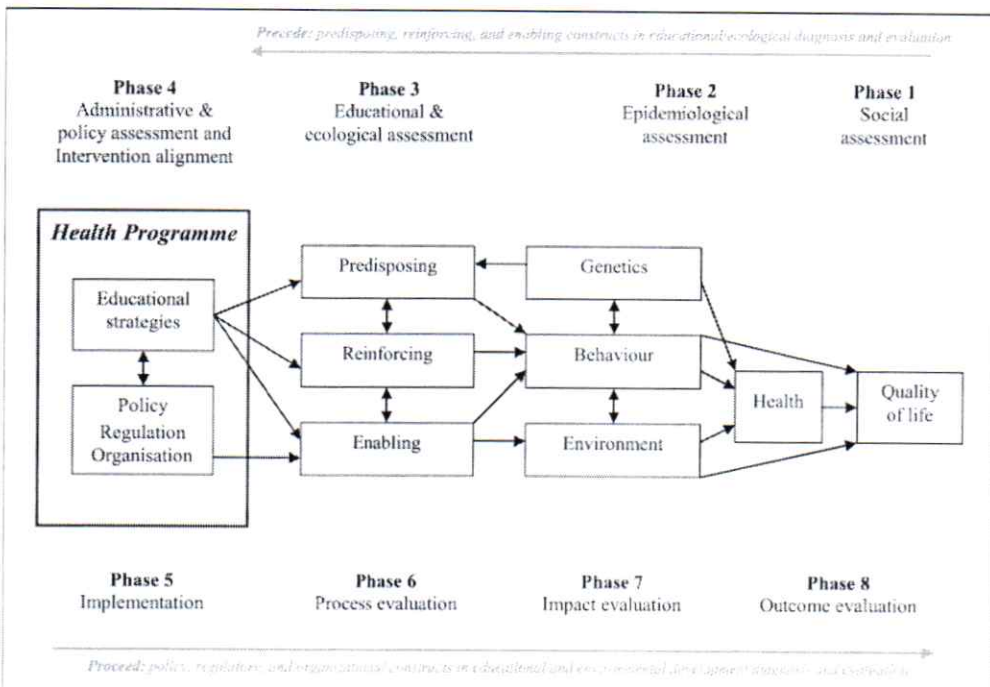
- a. *Abstinence* artinya absen, yaitu tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah;
- b. *Be faithful* artinya bersikap setia kepada satu pasangan seksual atau tidak berganti-ganti pasangan;
- c. *Condom* artinya mencegah penularan HIV yang berisiko dengan menggunakan kondom;
- d. *Don't use drug* artinya dilarang menggunakan narkoba, terutama yang menggunakan suntikan;
- e. *Education* artinya menambah edukasi dan informasi yang benar tentang HIV terkait penularan, pencegahan dan pengobatannya. E juga berarti *Equipment* dalam konsep pencegahan ABCDE yang artinya tidak bergantian atau berbagi alat-alat yang berhubungan dengan darah, seperti jarum suntik, jarum tato, pisau cukur dan alat sejenis lainnya.

2.3 PRECEDE Model

Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor lingkungan (*non-behavior causes*). Konsep ini dijelaskan melalui *PRECEDE model*. *PRECEDE* adalah model yang menyediakan kerangka kerja untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mendasari masalah terkait kesehatan. *PRECEDE* adalah bagian dari *PRECEDE-PROCEED model* (Clarke *et al.*, 1997).

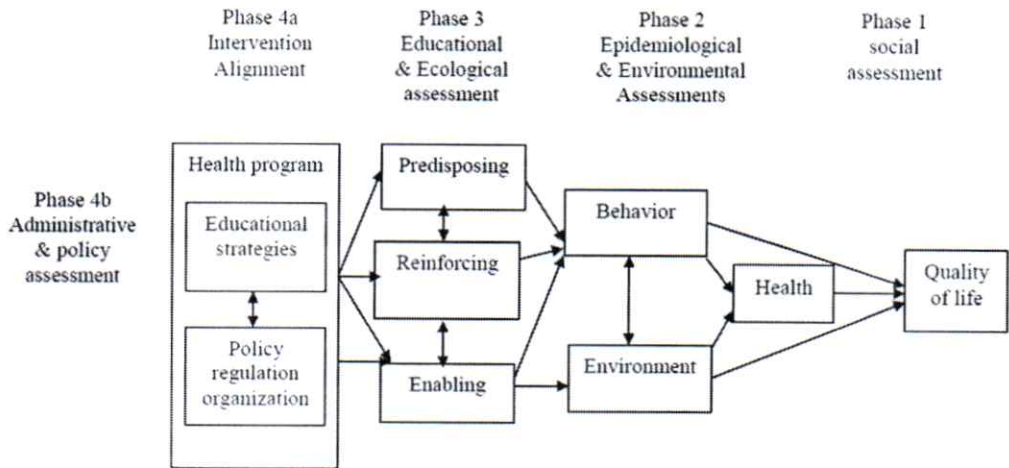
PRECEDE-PROCEED model berasal dari suatu perspektif epidemiologis tentang promosi kesehatan dengan harapan memberantas faktor penyebab utama kematian (Green and Kreuter, 1991 dalam Bastable, 2003). Teori ini disebut juga model perubahan perilaku *PRECEDE-PROCEED* dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu dan lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian utama yang berbeda, yaitu bagian pertama adalah *PRECEDE* dan bagian kedua adalah *PROCEED* (Fertman, 2010 dalam Pakpahan *et al.*, 2021). Model perubahan perilaku bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menentukan penerapan perilaku kesehatan tertentu yang selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar strategi untuk mengubah faktor-faktor tersebut (Fisher *et al.*, 2018).

PRECEDE-PROCEED model pertama kali diterbitkan oleh Lawrence Green pada tahun 1974, meskipun akronim *PRECEDE* pertama kali digunakan pada tahun 1980. Selama lebih dari 40 tahun, model ini telah diuji, disempurnakan, dan diterapkan dalam banyak konteks, populasi, dan masalah terkait kesehatan (Green *et al.*, 1980 dalam Kahan *et al.*, 2014). Model *PRECEDE* merupakan kepanjangan dari *Predisposing, Reinforcing and Enable Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*, yang pertama kali dikembangkan oleh Green (1980). Green dan Kreuter (1991) lebih lanjut memasukkan model kedua yaitu *PROCEED* yang berarti *Policy, Regulatory and Organisational Constructs in Educational and Environmental Development* (Bastable, 2003).



Gambar 2.1 *Framework PRECEDE-PROCEED Model* oleh Lawrence Green

Dalam edisi terbaru, *PRECEDE-PROCEED model* dikatakan memiliki delapan fase (Green and Kreuter, 2005 dalam Porter, 2016). *PRECEDE* memiliki empat fase (fase 1-4) penilaian dalam memilih masalah apa yang akan ditangani dan memeriksa penyebab yang mendasarinya. *PROCEED* di sisi lain mencakup empat fase implementasi (fase 5) dan evaluasi (fase 6-8). *PRECEDE-PROCEED* adalah model yang dikenalkan oleh Green & Kreuter (2000 dalam Putri *et al.*, 2017) untuk menemukan faktor-faktor yang memengaruhi seseorang dalam melakukan perilaku kesehatan. Kerangka kerja dari *PRECEDE-PROCEED model* telah menjadi pemimpin dalam mendorong praktisi untuk melihat isu kesehatan dan menganalisis perilaku serta faktor atau determinan kesehatan yang berpengaruh untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Green & Keuter, 1999 dalam Porter, 2016).



Gambar 2.2 *Framework PRECEDE model* oleh Lawrence Green bersumber dari Jahangiry et al. (2019)

Bagian dari model yang berfokus pada analisis faktor masalah yang berkaitan dengan perilaku kesehatan adalah *PRECEDE model*. Model ini telah diterapkan secara luas, dengan lebih dari 500 aplikasi yang diterbitkan dalam literatur. Efektivitas *PRECEDE model* juga dikonfirmasi dalam sebuah penelitian yang meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku yang mempromosikan kesehatan mental pada orang dewasa di Hong Kong (Mo and Mak, 2008).

1. Fase 1 *social assessment*

Fase ini membantu masyarakat menilai kualitas hidupnya. Adapun untuk melakukan diagnosis sosial dilaksanakan dengan mengidentifikasi masalah kesehatan melalui *review literature* (hasil-hasil penelitian), data dan *group method*. Inti pada fase ini adalah mengidentifikasi dan menilai area potensial untuk tindakan kesehatan. Melibatkan komunitas untuk mencari informasi dalam mengidentifikasi prioritas masyarakat dalam meningkatkan kehidupan mereka.

2. Fase 2 *epidemiological assessment*

Fase untuk menentukan prioritas masalah kesehatan dan menetapkan tujuan perubahan. Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, baik langsung maupun tidak langsung. Penelusuran masalah-masalah kesehatan yang dapat menjadi penyebab dari diagnosis sosial yang telah diprioritaskan. Derajat kesehatan adalah suatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan menggambarkan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan

3. Fase 3 *the educational and ecological assessment*

Mengidentifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan yang status kesehatan atau kualitas hidup dengan memperhatikan faktor-faktor penyebabnya. Mengidentifikasi faktor-faktor yang harus diubah untuk kelangsungan perubahan perilaku dan lingkungan merupakan target atau tujuan dari program.

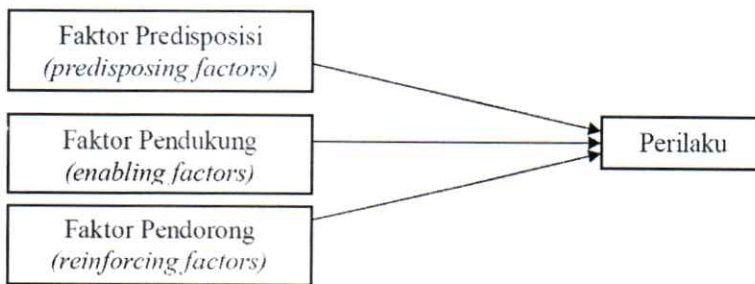
4. Fase 4 *Administrative policy assessment*

Fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan kejadian-kejadian dalam organisasi yang mendukung atau menghambat perkembangan promosi kesehatan serta memilih intervensi yang paling mungkin berhasil.

PRECEDE model menguraikan empat fase analitis utama: *social assesment*, *epidemiological assesment*, *behavioral* dan *educational assesment*. Fase *epidemiological assesment* dapat menganalisis faktor mana yang paling penting dalam menyebabkan atau memengaruhi suatu masalah. Penyebab masalah dalam teori ini dirujuk sebagai faktor (Green and Kreuter 2005 dalam Kahan *et al.*, 2014). Mengikuti fase ini, *PRECEDE model* mengarah ke fase ketiga (*educational*

and ecological assessments), yaitu mengidentifikasi perilaku aktual yang mengarah pada permasalahan (Windsor, 2015).

Fase ketiga yaitu *educational and ecological assessments*, penyebab atau faktor utama masalah kesehatan dianalisis. Penerapan model didasarkan pada premis bahwa penyebab perilaku terkait kesehatan bersifat multifaktorial (Windsor, 2015). Fase ketiga merupakan upaya untuk mengidentifikasi tiga macam faktor kritis yang memengaruhi masalah perilaku kesehatan, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*), dan faktor pendorong (*reinforcing factor*) (Glanz *et al.*, 2008; Lindahl *et al.*, 2015 dalam Jahangiry *et al.*, 2019)



Gambar 2.3 *Framework* faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan menurut *PRECEDE Model* (Notoatmodjo, 2012)

Perilaku menurut Lawrence Green ditentukan oleh tiga faktor (Pakpahan *et al.*, 2021)

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor internal yang mempermudah atau memotivasi terjadinya suatu perilaku. Dapat dikategorikan sebagai faktor predisposisi melalui pertimbangan personal dari individu yang memengaruhi terjadinya suatu perilaku tertentu. Pertimbangan tersebut dapat mendukung ataupun menghambat terjadinya

perilaku. Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, persepsi, budaya, dan lain-lain.

2. Faktor pendukung (*enabling factor*) adalah faktor yang memfasilitasi terjadinya perilaku dan juga termasuk kondisi yang berlaku sebagai hambatan dari tindakan tersebut, misalnya aksesibilitas ke pelayanan kesehatan. Faktor pendukung juga meliputi keterampilan baru untuk membuat suatu perubahan perilaku misalnya adanya sumber daya seperti ketersediaan sumber informasi, baik melalui media massa (cetak, sosial media) ataupun adanya sumber informan.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) adalah faktor penguat. Faktor pendorong merupakan konsekuensi tindakan yang menentukan apakah perilaku mendapatkan umpan balik positif atau dukungan sosial. Terwujud dalam sikap dan perilaku kelompok referensi dari perilaku masyarakat seperti petugas kesehatan, tokoh masyarakat, keluarga, teman dan tetangga.

Ada tiga langkah untuk membantu memilih faktor predisposisi, pendukung, dan pendorong mana yang harus ditargetkan, yaitu:

1. Mengidentifikasi dan memilah faktor menjadi tiga kategori;
2. Menetapkan prioritas di antara kategori;
3. Menetapkan prioritas dalam kategori.

Pertimbangan pemilihan faktor harus memberikan tiga kriteria meliputi prevalensi (seberapa luas faktor tersebut), kesegeraan/*immediacy* (urgensi dari faktor) dan kebutuhan/*necessity* yang memberikan pertimbangan pada faktor-faktor yang prevalensinya rendah, namun perlu untuk diubah (Windsor, 2015).

2.4 Keaslian Penelitian

Pencarian sumber ilmiah yang digunakan sebagai keaslian dalam penelitian ini menggunakan kata kunci (*keyword*), sebagai berikut:

Tabel 2.3 *Keyword Development*

Faktor	Stigma	Penderita HIV/AIDS
OR	OR	OR
<i>Factor</i>	Stigma masyarakat	Orang dengan HIV/AIDS
OR	OR	OR
<i>Determinant</i>	<i>Public stigma</i>	ODHA
	OR	OR
	<i>Social stigma</i>	<i>People Living with HIV/AIDS</i>
		OR
		PLWHA

Pencarian artikel ilmiah dengan menggunakan alternatif kata kunci pada tabel di atas digunakan tiga database yaitu Scopus, PubMed dan Google Scholar untuk mencari sumber ilmiah yang memiliki kemiripan sebagai literatur pendukung utama dalam penelitian ini. Hasil yang ditemukan kemudian dipilih berdasarkan judul, abstrak, dan hasil penelitian dengan cara memasukkan kata kunci, *full text*, dan *publication date time* yang diinginkan. Berdasarkan hasil pencarian tersebut didapatkan keaslian penelitian pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.4 Keaslian Penelitian

No.	Judul	Metode	Hasil Penelitian
1.	<i>Public Stigma to People Living with HIV/AIDS</i> (Shaluhiyah et al, 2015)	Desain: <i>explanatory</i> dengan pendekatan potong lintang Sampel: 300 kepala keluarga di Kelurahan Purwodadi, Kelurahan Danyang, Kelurahan Kuripan, Grobogan Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV Variabel Independen: Pengetahuan, persepsi, akses informasi, sikap tetangga, sikap keluarga, sikap tokoh masyarakat Instrumen: Kuesioner Analisis data: Analisis univariat dan bivariat menggunakan kai kuadrat Analisis multivariat menggunakan regresi logistik	Adanya hubungan antara sikap keluarga ($p=0,000$) dan persepsi ($p=0,048$) dengan stigma terhadap ODHA. Responden yang memiliki persepsi negatif berkemungkinan 2 kali lebih besar memberikan stigma terhadap ODHA.
2.	<i>Factors Associated with Stigma Attitude Towards People Living with HIV Among General Individuals in Heilongjiang, Northeast China</i> (Li et al., 2017)	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 4050 orang (usia 15-69 tahun) Variabel: Variabel Dependen: stigma terhadap ODHA Variabel Independen: Pengetahuan dan faktor sosiodemografi Instrumen: Kuesioner Analisis data: Regresi binomial log univariat	Adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap ODHA. Responden yang lebih paham tentang miskonsepsi penularan HIV menunjukkan tingkat stigma yang rendah.

No.	Judul	Metode	Hasil Penelitian
3.	Stigma Masyarakat Terhadap ODHA di Kota Kupang Provinsi NTT (Hati <i>et al.</i> , 2017)	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 382 kepala keluarga Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV Variabel Independen: Pengetahuan, persepsi, sikap, sikap tetangga, sikap keluarga, sikap tokoh masyarakat Instrumen: Kuesioner Analisis data: Regresi logistik	Hasil temuan menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh pada stigma terhadap ODHA adalah pengetahuan tentang HIV/AIDS dan sikap kelompok referensi (keluarga besar, tenaga kesehatan, tetangga dan tokoh masyarakat). Sikap tokoh masyarakat adalah faktor yang memiliki hubungan paling signifikan dengan stigma dengan nilai <i>EXP.B(OR)</i> 4,834 artinya sikap tokoh masyarakat yang negatif akan memiliki kemungkinan masyarakat untuk memberikan stigma sebesar 4,834 kali lebih tinggi
4.	<i>Social-cultural factors of HIV-related stigma among the Chinese general population in Hong Kong</i> (Yeo and Chu, 2017)	Desain: <i>cross-sectional</i> Sampel: 1.080 orang dewasa Tionghoa berusia 18–94 yang dipilih secara acak (<i>simple random sampling</i>) Variabel Variabel Dependen: Stigma Variabel Independen: faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, homofobia, kesesuaian dengan norma) Instrumen: Kuesioner Analisis Data: Analisis regresi berganda	Hasilnya menunjukkan terdapat stigma publik yang cukup besar terhadap ODHA. Lebih dari 40% menghubungkannya pada persepsi bahwa HIV adalah akibat dari perilaku yang tidak bertanggung jawab dan sekitar 20% menganggap HIV sebagai hukuman atas perilaku buruk dan percaya bahwa ODHA harus merasa malu pada diri sendiri.

No.	Judul	Metode	Hasil Penelitian
5.	<i>A generation at risk: a cross-sectional study on HIV/AIDS knowledge, exposure to mass media, and stigmatizing behaviors among young women aged 15–24 years in Ghana</i> (Asamoah <i>et al.</i> , 2017)	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 3.573 Wanita usia 15–24 tahun Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV Variabel Independen: Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan frekuensi terapar media massa Instrumen: Kuesioner Analisis data: Uji chi-squared dan regresi logistik ganda	Penelitian menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan yang meningkat tentang HIV/AIDS dan sering terpapar media massa (televisei dan radio) memiliki kecenderungan lebih rendah untuk menstigmatisasi terhadap ODHA
6.	<i>Stigmatizing Attitudes Toward People Living With HIV Among Adults and Adolescents in the United States</i> (Pitasi <i>et al.</i> , 2018)	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 6809 dewasa dan 885 remaja dari data survei konsumen online Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV Variabel Independen: Rasa takut, presepsi Instrumen: Kuesioner Analisis data: Rao-Scott Chi Square	Mayoritas responden menyatakan ketakutan berada di dekat/sekitar ODHA. Banyak prasangka dan diskriminasi yang terjadi pada ODHA diikuti dengan dukungan pernyataan yang menunjukkan persepsi negatif seperti ODHA adalah individu yang melakukan perilaku haram atau asusila
7.	<i>Association between HIV knowledge and stigmatizing attitudes towards people living with HIV in Afghanistan: findings from the 2015 Afghanistan</i>	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 11.930 rumah tangga (data sekunder dari Survey Demografi dan Kesehatan Afganishtan) Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV	Analisis multivariat menunjukkan bahwa pengetahuan yang benar terkait dengan kesalahpahaman tentang pencegahan dan penularan HIV secara signifikan berhubungan dengan stigma HIV yang lebih rendah

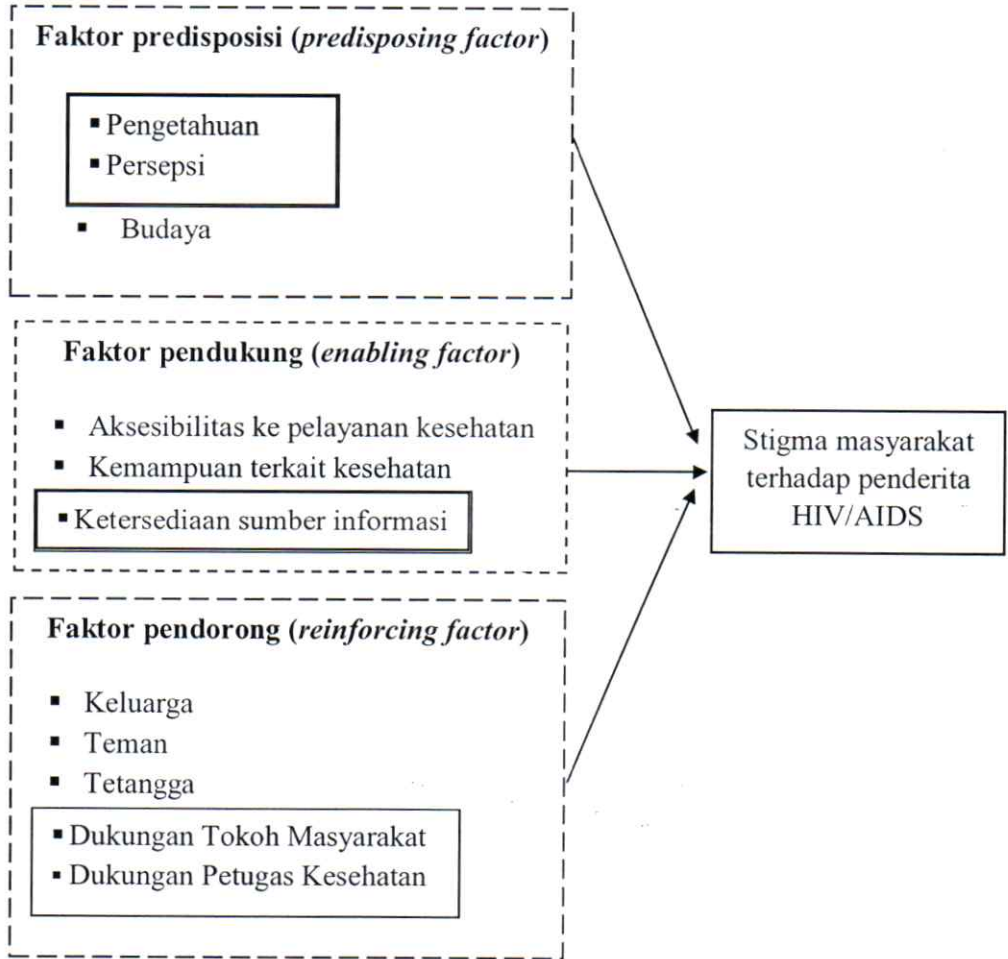
No.	Judul	Metode	Hasil Penelitian
	<i>Demographic and Health Survey</i> (Alemi and Stempel, 2019)	Variabel Independen: Pengetahuan tentang HIV/AIDS Instrumen: Kuesioner Analisis data: Analisis bivariat menggunakan koefisien korelasi spearman dan pearson. Kemudian dilakukan uji analisis regresi linier	
8.	<i>Trends and Determinants of Attitudes Towards People Living with HIV/AIDS Among Women of Reproductive Age in Tajikistan</i> (Zainiddinov, 2019)	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 5.453 WUS Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV Variabel Independen: Pengetahuan tentang pencegahan dan penularan HIV/ AIDS dan status tes HIV / AIDS. Instrumen: Kuesioner Analisis data: Regresi logistik biner	Penelitian menunjukkan bahwa stigma dikaitkan dengan kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS terutama terkait pencegahan dan penularan HIV/AIDS ($p \leq 0.001$).
9.	<i>Factors Influencing Young Korean Men's Knowledge and Stigmatizing Attitudes about HIV Infection</i> (Shim and Kim, 2020)	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 208 pria berusia 20-an Variabel: Variabel Dependen: Pengetahuan dan stigma HIV Variabel Independen: norma subjektif untuk perilaku seksual yang aman, karakteristik terkait HIV dan karakteristik umum	Faktor yang memengaruhi tingkat pengetahuan yaitu frekuensi paparan informasi tentang HIV, pengalaman pendidikan tentang HIV, dan norma subjektif untuk perilaku seksual yang aman. Sedangkan faktor yang memengaruhi stigma HIV yaitu pengalaman bertemu dengan ODHA dan norma subjektif

No.	Judul	Metode	Hasil Penelitian
		Instrumen: Kuesioner Analisis data: T test dan ANOVA	untuk perilaku seksual yang aman. Responden yang memiliki norma subjektif tinggi, akan lebih menstigmatisasi terhadap ODHA. Karena adanya anggapan bahwa HIV ditularkan melalui praktik seksual yang tidak normal seperti homoseksualitas atau pergaulan bebas.
10.	<i>The Correlation Between Knowledge Level and Perception with the Community Stigma on PLWH in Pandowoharjo Village, Sleman</i>	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel: 150 responden (usia 15-49 tahun) Variabel: Variabel Dependen: stigma HIV Variabel Independen: Tingkat pengetahuan dan persepsi Instrumen: Kuesioner Analisis data: Chi-square	Terdapat hubungan antara persepsi negatif dengan stigma terhadap ODHA ($p=0,000$). Tetapi tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap ODHA ($p=0,684$). Hal ini diduga karena pengetahuan bukan satu-satunya faktor penentu stigma. Terdapat faktor pendorong (<i>reinforcing factor</i>) yaitu kader desa dan tokoh masyarakat, sebagai panutan masyarakat yang tidak ikut serta dalam kegiatan HIV/AIDS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan:

: Diteliti : Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE Model*

Penelitian ini menggunakan konsep Lawrence Green: *PRECEDE model* dalam menjelaskan faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Stigma terhadap penderita HIV/AIDS dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor internal dari masyarakat yang terwujud dalam tingkat pengetahuan dan persepsi terkait HIV/AIDS. Selain faktor internal, stigma masyarakat juga dapat dipengaruhi oleh faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik yaitu ketersediaan sumber informasi. Faktor yang ketiga disebut dengan faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap kelompok yang menjadi referensi perilaku di dalam masyarakat, yaitu tokoh masyarakat dan petugas kesehatan, kemudian pada kelompok referensi ini dilihat ada tidaknya dukungan yang diberikan kepada masyarakat untuk tidak melakukan stigma terhadap penderita HIV/AIDS. Faktor yang dijelaskan tersebut kemudian dianalisis untuk membuktikan ada tidaknya hubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah:

H1

1. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS;
2. Ada hubungan antara persepsi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS;
3. Ada hubungan antara ketersediaan sumber informasi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS;

4. Ada hubungan antara dukungan sikap tokoh masyarakat dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS;
5. Ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian korelasional mengkaji dan menguji hubungan antara variabel berdasarkan teori yang ada. Jenis penelitian *cross-sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali waktu pada satu saat, dinilai secara simultan tanpa adanya intervensi lebih lanjut (Nursalam, 2020). Penelitian ini menggunakan kuesioner yang akan diisi langsung oleh masyarakat Desa Masaran dan diukur dalam sekali waktu, sehingga akan diperoleh prevalensi atau efek fenomena stigma masyarakat (variabel dependen) dihubungkan dengan faktor-faktor penyebab (variabel independen).

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah penduduk Desa Masaran Kecamatan Munjungan Kabupaten Trenggalek yaitu berjumlah 8.894.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2020). Sampel dalam penelitian ini adalah penduduk Desa Masaran Kecamatan Munjungan Kabupaten Trenggalek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Usia dewasa (Batasan usia dewasa menurut WHO adalah 20-60 tahun)
2. Pernah mendengar tentang HIV/AIDS
3. Bisa membaca dan menulis
4. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Penduduk dengan status HIV positif (data diperoleh dari Puskesmas Munjungan)

4.2.3 Besar Sampel

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus dari Taro Yamane

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

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Jumlah populasi

d = Presisi yang ditetapkan (10%)

Populasi penelitian ini berjumlah 8.894, maka besar sampel yang akan diteliti didapatkan berdasarkan rumus sebagai berikut.

$$n = \frac{8894}{8894 (0,1)^2 + 1}$$

$$n = \frac{8894}{88,94 + 1}$$

$$n = 98,9 \approx \text{dibulatkan menjadi } 99 \text{ orang}$$

Peneliti mengantisipasi apabila ada *drop out sample* sebesar 10%, maka digunakan formula yang digunakan untuk mengoreksi jumlah sampel, yaitu:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' = Besar sampel setelah dikoreksi

n = Besar sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f = Prediksi presentase sampel *drop out*

Besar sampel sebelumnya berjumlah 99, maka besar sampel setelah dikoreksi berdasarkan rumus sebagai berikut.

$$n' = \frac{99}{1 - 0,1}$$

$$n = 110$$

Jadi besar sampel yang akan diteliti pada penelitian ini setelah dikoreksi yaitu 110 orang.

4.2.4 Sampling

Teknik *sampling* adalah cara dalam pengambilan sampel sehingga perolehan sampel dapat mewakili keseluruhan subjek penelitian. Penelitian ini menggunakan jenis *sampling probability sampling*, yaitu setiap subjek populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel. Teknik yang digunakan adalah *two stage cluster sampling*. *Cluster Sampling* adalah teknik

sampling dengan pengelompokan sesuai wilayah atau lokasi populasi (Nursalam, 2020). *Two stage cluster sampling* atau disebut juga *two stage sampling* memiliki tahapan sebagai berikut (Levy & Lemeshow, 2008) :

Tahap pertama : Membagi populasi studi dalam N kluster yang disebut dengan *primary sampling unit* (PSU) dan kemudian memilih n kluster (sampel) dari N kluster secara acak;

Tahap kedua : Dari n kluster terpilih dibagi lagi menjadi unit yang lebih kecil, dilambangkan sebagai M elemen yang disebut dengan *secondary sampling unit* (SSU) dan kemudian memilih m sampel dari M elemen secara acak.

Populasi pada penelitian ini adalah penduduk Desa Masaran sehingga PSU pada tahap pertama adalah dusun. Terdapat 6 Dusun dan dipilih 3 dusun secara acak yaitu Dusun Galih, Dusun Kajang dan Dusun Singgihan. Tahap kedua, SSU yang diambil yaitu RT dan diambil 4 RT dari setiap Dusun secara acak: Dusun Galih terpilih RT 23, 24, 26, 28; Dusun Kajang terpilih RT 30, 31, 33, 35; dan Dusun Singgihan terpilih RT 15, 17, 18, 21. Selanjutnya dari setiap RT akan diambil 10 responden penelitian.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang memengaruhi atau menentukan variabel lain (Nursalam, 2020). Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor predisposisi (pengetahuan, persepsi), faktor pendorong (ketersediaan sumber informasi) dan faktor penguat (dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan).

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Dalam ilmu perilaku, variabel dependen adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenai stimulus (Nursalam, 2020). Variabel dependen pada penelitian ini adalah stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional, dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2020). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini seperti pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
Variabel Independen	Pemahaman masyarakat tentang transmisi, pencegahan dan tes diagnosis HIV/AIDS	1. Definisi HIV/AIDS 2. Penularan HIV/AIDS 3. Tanda dan Gejala HIV/AIDS 4. Pencegahan HIV/AIDS 5. Pemeriksaan Tes HIV/AIDS	Kuesioner	Ordinal	Jawaban benar (sesuai kunci) = 1 Jawaban salah (tidak sesuai kunci)=0 Kriteria Pengetahuan Baik, skor > 80%. Cukup, skor = 60-80% Kurang Baik, skor <60%

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
Variabel Independen Faktor Predisposisi: Persepsi	Reaksi responden terhadap ODHA melalui bayangan mental atau membayangkan bagaimana responden melihat ODHA yang kemudian akan memilih, memperhatikan / mengabaikan.	1. Persepsi Penularan HIV/AIDS 2. Persepsi Pengobatan/ Perawatan HIV/AIDS 3. Persepsi Faktor Risiko HIV/AIDS	Kuesioner	Ordinal	Seluruh penilaian menggunakan pertanyaan negatif (<i>unfavorable</i>): Sangat Setuju (STS)=5 Tidak Setuju (TS)=4 Tidak dapat Menentukan (TM)=3 Setuju (S)=2 Sangat Setuju (SS)=1 Hasil kriteria persepsi . Persepsi positif: penilaian individu sesuai dengan yang diharapkan dari objek yang di-persepsikan. Skor > <i>mean</i> (43,01) . Persepsi negatif: pandangan individu berlawanan dengan yang diharapkan dari objek yang di-persepsikan Skor ≤ <i>mean</i> (43,01)

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
Variabel Independen Faktor Pendukung: Ketersediaan sumber informasi	Ketersediaan media informasi (media elektronik, media sosial, dan media cetak) yang dapat menurunkan tingkat stigma terhadap penderita HIV/AIDS pada responden	1. Sumber informasi langsung 2. Sumber informasi tidak langsung	Kuesioner	Ordinal	Seluruh penilaian menggunakan pertanyaan positif (<i>favorable</i>) Ya = 1 Tidak = 0 Kategori penilaian Ketersediaan Sumber Informasi: Mudah, skor \geq 50% Sulit, skor $<$ 50%
Variabel Independen Faktor Pendorong: Dukungan tokoh masyarakat	Suatu tindakan yang dilakukan oleh tokoh masyarakat seperti ketua RT, ketua RW, lurah, camat, dan tokoh agama di lingkungan sekitar yang dapat menurunkan tingkat stigma terhadap penderita HIV/AIDS pada responden	1. Dukungan emosional 2. Dukungan penghargaan 3. Dukungan instrumental 4. Dukungan informatif	Kuesioner	Ordinal	Penilaian pertanyaan positif (<i>favorable</i>) Ya = 1 Tidak = 0 Pertanyaan negatif (<i>unfavorable</i>) Tidak = 1 Ya = 0 Kategori penilaian Dukungan Tokoh Masyarakat: Mendukung, skor \geq 50% Kurang mendukung, skor $<$ 50%

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
Variabel Independen Faktor Pendorong: Dukungan petugas kesehatan.	Suatu tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang dapat menurunkan tingkat stigma terhadap penderita HIV/AIDS pada responden	1. Dukungan emosional dan penghargaan 2. Dukungan instrumental 3. Dukungan informatif	Kuesioner	Ordinal	Seluruh penilaian untuk pertanyaan positif (<i>favorable</i>) Ya = 1 Tidak = 0 Kategori penilaian Dukungan petugas kesehatan: Mendukung, skor $\geq 50\%$ Kurang mendukung, skor $< 50\%$
Variabel Dependen Stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS	Cap dan perlakuan buruk yang diterima oleh seseorang dari orang lain karena status HIV positif	1. Diskriminasi 2. Labeling 3. Stereotip	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan positif (<i>favorable</i>) Sangat setuju = 1 Setuju = 2 Tidak setuju=3 Sangat tidak setuju=4 Pertanyaan negatif (<i>unfavorable</i>) Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju=2 Sangat tidak setuju =1 Hasil: Stigma tinggi, skor ≥ 56 Stigma rendah, Skor < 56

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen penelitian dalam penelitian ini adalah kuesioner (angket) berupa *closed ended-multiple choice* artinya kuesioner telah disediakan beberapa jawaban, sehingga responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang tersedia.

- 1) Tingkat Pengetahuan tentang HIV/AIDS dinilai menggunakan kuisoner Carey and Schroder (2002) diterjemahkan oleh Finnajakh *et al.*, (2020) dan terdapat 17 item pertanyaan. Responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang tersedia.

Tabel 4.2 *Blueprint* Kuesioner Pengetahuan HIV/AIDS

No	Domain	Nomor Item Soal	Jumlah
1.	Definisi HIV/AIDS	1, 2, 7	3
2.	Penularan HIV/AIDS	3,4,5,6,11,12	6
3.	Tanda Dan Gejala HIV/AIDS	8	1
4.	Pencegahan HIV/AIDS	9,13,14,15,16,17	6
5.	Pemeriksaan Tes HIV/AIDS	10	1
Total Item			17

Instrumen ini diukur dengan menggunakan skala *Guttman* yang terdiri dari pertanyaan dengan pilihan jawaban “Benar-Salah”. Bila responden menjawab benar (sesuai kunci jawaban) mendapat skor 1, bila responden menjawab pertanyaan salah (tidak sesuai kunci jawaban) mendapat skor 0, kemudian skor setiap responden dijumlahkan lalu dihitung dan didapatkan hasil dalam bentuk persentase.

Tabel 4.3 Nilai Pertanyaan Pengetahuan HIV/AIDS

Jawaban	Nilai	Nomor Item Soal
Benar	1	7,17
Salah	0	
Salah	1	1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16
Benar	0	

Kategori penilaian tingkat pengetahuan:

Baik, skor > 80%.

Cukup, skor = 60-80%

Kurang Baik, skor < 60%.

- 2) Penilaian persepsi dalam bentuk kuesioner dari Ebot (2009) yang telah diterjemahkan oleh Finnajakh *et al.*, (2020). Kuesioner persepsi memiliki 16 item pertanyaan. Persepsi dinilai dengan menggunakan skala Likert kemudian responden diminta untuk menyatakan kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap isi pertanyaan dalam lima macam kategori jawaban yaitu Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Tidak dapat Menentukan (TM), Setuju (S) dan Sangat Setuju (SS). Pertanyaan yang diajukan menggunakan pertanyaan negatif (*unfavorable*) dan responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (✓) pada pilihan jawaban yang tersedia.

Tabel 4.4 *Blueprint* Kuesioner Persepsi

No	Domain	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1.	Penularan HIV/AIDS	-	1,2,3,6,7,16	6
2.	Pengobatan/Perawatan HIV/AIDS	-	4,8,9,10	4
3.	Faktor Risiko HIV/AIDS	-	5,11,12,13,14,15	6
Total Item				16

Adapun teknis penilaian untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*), Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 5, Tidak Setuju (TS) bernilai 4, Tidak dapat Menentukan (TM) bernilai 3, Setuju (S) bernilai 2 dan Sangat Setuju (SS) bernilai 1.

Tabel 4.5 Nilai Pertanyaan Persepsi

Pertanyaan	Nilai	Keterangan
<i>Unfavorable</i>	5	Sangat Tidak Setuju (STS)
	4	Tidak Setuju (TS)
	3	Tidak dapat Menentukan (TM)
	2	Setuju (S)
	1	Sangat Setuju (SS)

Kategori penilaian persepsi ditentukan berdasarkan uji kenormalan data. Hasil uji berdistribusi normal maka menggunakan nilai *mean*

Persepsi positif: Skor > *mean* (43,01)

Persepsi negatif: Skor ≤ *mean* (43,01)

- 3) Kuesioner ketersediaan sumber informasi menggunakan kuesioner dari Nawangwulan (2020) yang telah dilakukan uji reliabilitas dan validitas. Kuesioner ini berisi 7 item pertanyaan yang harus dijawab responden. Pertanyaan yang diajukan menggunakan pertanyaan positif (*favorable*) dan responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (✓) pada pilihan jawaban yang tersedia.

Tabel 4.6 *Blueprint* Kuesioner Ketersediaan Sumber Informasi

No	Domain	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1.	Sumber Informasi Langsung	4,5,6,7	-	4
2.	Sumber Informasi Tidak Langsung	1,2,3	-	3
Total Item				7

Instrumen ini terdiri dari pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Teknisi penilaian untuk pertanyaan positif (*favorable*) untuk jawaban Ya bernilai 1 dan Tidak bernilai 0.

Tabel 4.7 Nilai Ketersediaan Sumber Informasi

Pertanyaan	Nilai	Keterangan
<i>Favorable</i>	1	Ya
	0	Tidak

Kategori penilaian Ketersediaan Sumber Informasi:

Mudah, skor $\geq 50\%$

Sulit, skor $< 50\%$

- 4) Kuesioner dukungan tokoh masyarakat menggunakan kuesioner dari Nawangwulan (2020) yang telah dilakukan uji reliabilitas dan validitas. Kuesioner ini berisi 9 item pertanyaan yang harus dijawab responden. Responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (\surd) pada pilihan jawaban yang tersedia.

Tabel 4.8 *Blueprint* Kuesioner Dukungan Tokoh Masyarakat

No	Domain	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1.	Dukungan Emosional	2,4	-	2
2.	Dukungan Penghargaan	-	5,6,7,9	4
3.	Dukungan Instrumental	3,8	-	2
4.	Dukungan Informatif	1	-	1
Total Item				9

Instrumen ini terdiri dari pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Teknisi penilaian untuk pertanyaan positif (*favorable*) untuk jawaban Ya bernilai 1 dan Tidak bernilai 0. Sedangkan untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*), untuk jawaban Tidak bernilai 1 dan Ya bernilai 0.

Tabel 4.9 Nilai Pertanyaan Dukungan Tokoh Masyarakat

Pertanyaan	Nilai	Keterangan
<i>Favorable</i>	1	Ya
	0	Tidak
<i>Unfavorable</i>	1	Tidak
	0	Ya

Kategori penilaian Dukungan Tokoh Masyarakat:

Mendukung, skor $\geq 50\%$

Kurang mendukung, skor $< 50\%$

- 5) Kuesioner dukungan petugas kesehatan menggunakan kuesioner dari Nawangwulan (2020) yang telah dilakukan uji reliabilitas dan validitas. Kuesioner ini berisi 10 item pertanyaan yang harus dijawab responden. Pertanyaan yang diajukan menggunakan pertanyaan positif (*favorable*) dan responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (\surd) pada pilihan jawaban yang tersedia.

Tabel 4.10 *Blueprint* Kuesioner Dukungan Petugas Kesehatan

No	Domain	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1.	Dukungan Emosional dan Penghargaan	8	-	1
2.	Dukungan Instrumental	1,5,6,7	-	4
3.	Dukungan Informatif	2,3,4,9,10	-	5
Total Item				10

Instrumen ini terdiri dari pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Teknisi penilaian untuk pertanyaan positif (*favorable*) untuk jawaban Ya bernilai 1 dan jawaban Tidak bernilai 0.

Tabel 4.11 Nilai Pertanyaan Dukungan Petugas Kesehatan

Pertanyaan	Nilai	Keterangan
<i>Favorable</i>	1	Ya
	0	Tidak

Kategori penilaian Ketersediaan Sumber Informasi:

Mendukung, skor $\geq 50\%$

Kurang mendukung, skor $< 50\%$

- 6) Variabel stigma diukur menggunakan kuisisioner stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS: *Development of a Brief Scale to Measure AIDS-Related Stigma* (Kalichman 2004) yang diterjemahkan oleh Fauzan (2015). Responden tinggal memilih jawaban yang sesuai dengan memberi tanda *check list* (\surd) pada pilihan jawaban yang tersedia.

Tabel 4.12 *Blueprint* Kuesioner Stigma

No	Domain	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1.	Diskriminasi	-	1,3,5,7	4
2.	Labeling	2,4	6,9	4
3.	Stereotip	8,11,12	10	4
Total Item				12

Kuisisioner ini menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 pilihan yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Teknisi penilaian untuk pertanyaan positif (*favorable*) adalah untuk jawaban sangat setuju (SS)= 1, setuju (S)= 2, tidak setuju (TS)= 3, dan sangat tidak setuju (STS)= 4. Sedangkan untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*), untuk jawaban sangat setuju (SS)= 4, setuju (S)= 3, tidak setuju (TS)= 2, dan sangat tidak setuju (STS)= 1.

Tabel 4.13 Nilai Pertanyaan Stigma

Pertanyaan	Nilai	Keterangan
<i>Favorable</i>	1	Sangat Setuju (SS)
	2	Setuju (S)
	3	Tidak Setuju (TS)
	4	Sangat Tidak Setuju (STS)
<i>Unfavorable</i>	1	Sangat Tidak Setuju (STS)
	2	Tidak Setuju (TS)
	3	Setuju (S)
	4	Sangat Setuju (SS)

Kategori penilaian tingkat stigma:

Tinggi, skor $T \geq 56\%$

Rendah, Skor $T < 56\%$

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum kuesioner digunakan pada penelitian, maka perlu dilakukan uji coba kuesioner untuk mencegah terjadinya kesalahan sistematis. Pengumpulan data penelitian diperlukan alat yang baik sehingga data yang diperoleh adalah data yang aktual, valid dan reliabel (Nursalam, 2020).

4.6.1 Uji Validitas

Prinsip validitas adalah pengukuran yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Instrumen yang dilakukan uji coba oleh peneliti sendiri adalah kuesioner ketersediaan sumber informasi, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan petugas kesehatan melalui *google form* melalui tautan (https://gg.gg/Uji_kuesioner) pada masyarakat Desa Munjungan. Pertimbangan memilih Desa Munjungan karena lokasinya berbatasan dengan Desa Masaran yang juga dekat dengan pantai yang menjadi tempat kelompok WPSK.

Uji dilakukan pada 20 orang dewasa, supaya diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas menggunakan korelasi *product moment*, dan dinyatakan valid jika $r \geq 0,25$. Batas kriteria dari 0,30 menjadi 0,25 diturunkan karena jumlah item yang lolos masih tidak mencukupi jumlah yang diinginkan (Azwar, 2008).

Tabel 4.14 Hasil Uji Validitas Kuesioner Ketersediaan Sumber Informasi

Pertanyaan ke-	r Hitung	Keterangan
1	0,588	Valid
2	0,644	Valid
3	0,694	Valid
4	0,336	Valid
5	0,365	Valid
6	0,256	Valid
7	0,312	Valid

Tabel diatas dari hasil uji validitas menunjukkan bahwa terdapat 7 item pertanyaan valid dengan $r \geq 0,25$ untuk mengukur ketersediaan sumber informasi.

Tabel 4.15 Hasil Uji Validitas Kuesioner Dukungan Tokoh Masyarakat

Pertanyaan ke-	r Hitung	Keterangan
1	0,584	Valid
2	0,606	Valid
3	0,265	Valid
4	0,689	Valid
5	0,701	Valid
6	0,252	Valid
7	0,347	Valid
8	0,393	Valid
9	0,529	Valid

Tabel diatas dari hasil uji validitas menunjukkan bahwa terdapat 9 item pertanyaan valid dengan $r \geq 0,25$ untuk mengukur dukungan tokoh masyarakat.

Tabel 4.16 Hasil Uji Validitas Kuesioner Dukungan Petugas Kesehatan

Pertanyaan ke-	r Hitung	Keterangan
1	0,584	Valid
2	0,945	Valid
3	0,945	Valid
4	0,802	Valid
5	0,841	Valid
6	0,557	Valid
7	0,592	Valid
8	0,757	Valid
9	0,485	Valid
10	0,659	Valid

Tabel diatas dari hasil uji validitas menunjukkan bahwa terdapat 10 item pertanyaan valid dengan $r \geq 0,25$ untuk mengukur dukungan petugas kesehatan.

Kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan, persepsi dan stigma masyarakat telah dilakukan uji validitas oleh peneliti sebelumnya dan peneliti telah mendapatkan ijin tertulis untuk menggunakan kuesioner tersebut.

Tingkat pengetahuan HIV/AIDS diukur dengan kuesioner Carey and Schroder (2002) yang telah dilakukan uji validitas oleh Finnajakh *et al.*, (2020). Uji validitas menggunakan analisis butir korelasi *Pearson Product-moment*, jika $r > 0,361$ maka dikatakan valid. Kuesioner awal tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS terdiri dari 25 item, diketahui bahwa terdapat 16 item bersifat tidak valid. Tetapi item soal tersebut telah dikonsultasikan oleh pakar ahli dibidang HIV/AIDS mengungkapkan bahwa item soal dengan hasil perhitungan statistik r hitung $\geq 2,00$ dapat bersifat valid, serta telah dilakukan uji validitas isi oleh pakar ahli bidang psikologi klinis dan telah dilakukan perhitungan dengan menggunakan rumus *Alkens's V* menyimpulkan bahwa item soal tersebut bersifat valid. Hasil uji validitas tersebut didapatkan 17 item pertanyaan yang bersifat valid.

Persepsi diukur dengan kuesioner Ebot (2009) yang telah dilakukan uji validitas oleh Finnajakh *et al.*, (2020). Uji validitas menggunakan analisis butir korelasi *Pearson Product-moment*, jika $r > 0,361$ maka dikatakan valid. Terdapat 4 item soal bersifat tidak valid dan item soal yang tidak valid tidak digunakan karena sudah terwakili oleh item kuisoner lain, sehingga kuesioner akhir untuk mengukur persepsi didapatkan 16 pertanyaan valid.

Variabel stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS diukur dengan kuisoner *Development of a Brief Scale to Measure AIDS-Related Stigma* (Kalichman, 2004) yang telah dilakukan uji validitas oleh Fauzan (2015). Kuesioner diuji validitas dengan teknik rumus korelasi *pearson* dan dikatakan

valid jika $p > 0,05$. Hasil didapatkan 5 item soal tidak valid dan item yang tidak valid tidak dipakai karena sudah terwakilkan item kuisioner yang lain, sehingga kuesioner akhir untuk mengukur stigma didapatkan 12 pertanyaan valid.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen dapat dikatakan reliabel jika nilai *cronbach's alpha* $> 0,60$. Instrumen yang dilakukan uji coba oleh peneliti sendiri adalah kuesioner ketersediaan sumber informasi, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan petugas kesehatan dengan teknik yang sama dengan uji validitas. Kuesioner lain seperti pengetahuan dan persepsi telah dilakukan uji reliabilitas oleh peneliti sebelumnya, yaitu Finnajakh *et al.*, (2020), sedangkan kuesioner stigma telah dilakukan uji reliabilitas oleh Fauzan (2015). Peneliti telah mendapatkan ijin tertulis untuk menggunakan kuesioner tersebut.

Tabel 4.17 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Variabel	r Hitung	Keterangan
Pengetahuan	0,737	Reliabel
Persepsi	0,867	Reliabel
Ketersediaan sumber informasi	0,728	Reliabel
Dukungan tokoh masyarakat	0,786	Reliabel
Dukungan petugas kesehatan	0,924	Reliabel
Stigma	0,738	Reliabel

Tabel diatas dari hasil uji reliabilitas dari instrumen yang akan digunakan pada penelitian untuk variabel pengetahuan, persepsi, ketersediaan sumber informasi, dukungan tokoh masyarakat, dukungan petugas kesehatan dan stigma menghasilkan hasil reliabel.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Masaran Kecamatan Munjungan Kabupaten Trenggalek. Penelitian ini diperkirakan dimulai pada bulan Juni-Juli 2021 dari mulai pengumpulan sampai pengolahan data

4.8 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2020). Setelah mendapatkan ijin penelitian, maka proses pengumpulan data dapat dimulai.

1. Prosedur Administrasi

Pengumpulan data administrasi dimulai dari mendapatkan perijinan dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga ditujukan kepada kepala Kesbangpol Kabupaten Trenggalek, selanjutnya meminta tembusan dari surat ijin dari Kesbangpol ke Dinkesdalduk dan KB, Kepala Puskesmas Munjungan, dan Kepala Desa Masaran untuk meminta izin pengambilan data awal dan melakukan penelitian.

2. Prosedur Teknis

- 1) Pengambilan data jumlah populasi di kantor Desa Masaran.
- 2) Peneliti melakukan penyeleksian sampel menggunakan *two stage cluster sampling* dibantu oleh perangkat desa.

Penelitian ini dikelompokkan sesuai jumlah dusun sebagai PSU dan RT terpilih dari 3 Dusun (Galih, Kajang, Singgihan) sebagai SSU.

- 3) Peneliti melakukan pengambilan data dengan sistem *door to door*, yaitu menyebar kuesioner dengan mendatangi rumah warga.

Pertimbangan memilih sistem *door to door* dikarenakan tidak semua RT terpilih memiliki grup sosial media dan hanya kelompok umur tertentu yang dapat menggunakan *smartphone*. Peneliti juga telah melakukan pengecekan bahwa lokasi kecamatan masih tergolong aman jika penelitian dilakukan secara *offline*, dimana per tanggal 28 Mei 2021 lokasi penelitian termasuk dalam zona kuning yang artinya tanpa kelompok penularan komunitas dan tingkat kesembuhan yang tinggi yaitu sebanyak 138 dari 155 kasus COVID-19. Penelitian tetap dilakukan sesuai protokol kesehatan, seperti pengecekan suhu tubuh, memastikan memakai masker dan teknik pengumpulan data dilakukan secara *door to door* sehingga tidak menimbulkan kerumunan.

- 4) Kemudian peneliti melakukan validasi kepada responden, memperkenalkan diri kemudian menjelaskan maksud dan tujuan peneliti termasuk menjelaskan tentang etika penelitian.

Validasi responden mengacu pada kriteria inklusi dan eksklusi dengan cara memberikan pertanyaan singkat, meliputi:

- a. Apakah Anda pernah mendengar penyakit HIV/AIDS?
- b. Apakah Anda bisa membaca dan menulis?

Responden dengan jawaban pernah mendengar penyakit HIV/AIDS serta bisa membaca dan menulis akan dimintai kesediaan menjadi subjek penelitian. Pihak peneliti kemudian memberikan surat persetujuan kepada responden untuk dibaca dan diberikan tanda tangan sebagai bukti persetujuan keterlibatannya dalam penelitian.

- 5) Setelah responden menyetujui untuk dijadikan subjek penelitian, maka lembar kuesioner dapat diisi sendiri oleh responden didampingi oleh peneliti.
- 6) Setelah responden selesai melakukan pengisian kuesioner, peneliti memeriksa kelengkapan jawaban, apabila ada hal-hal yang kurang atau perlu diklarifikasi bisa dimintakan kembali kepada responden untuk diisi. Usai data yang diperoleh lengkap, peneliti mengumpulkan kembali lembar kuesioner dan lembar persetujuan. Selanjutnya, peneliti melakukan pengolahan data dari hasil kuesioner yang telah terkumpul.

4.9 Analisis Data

A. Pengolahan data

Setelah data terkumpul, selanjutnya melakukan pengolahan data, dengan tahapan sebagai berikut:

1) *Editing* (penyuntingan data)

Editing merupakan upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh. Peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan data, jika ada data yang salah, maka data tersebut tidak dipakai.

2) *Coding*

Coding yaitu klarifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban. *Coding* dilakukan pada data untuk memudahkan dalam penyajian data. Peneliti pada penelitian ini memberi kode terhadap variasi variabel yang diteliti pada perangkat lunak komputer yang digunakan, yaitu:

1. Pengetahuan HIV/AIDS
 - a. Pengetahuan baik diberi kode 3
 - b. Pengetahuan cukup diberi kode 2
 - c. Pengetahuan kurang baik diberi kode 1
 2. Persepsi HIV/AIDS
 - a. Persepsi positif diberi kode 1
 - b. Persepsi negatif diberi kode 0
 3. Ketersediaan sumber informasi
 - a. Mudah diberi kode 1
 - b. Sulit diberi kode 0
 4. Dukungan tokoh masyarakat
 - a. Mendukung diberi kode 1
 - b. Tidak mendukung diberi kode 0
 5. Dukungan petugas kesehatan
 - a. Mendukung diberi kode 1
 - b. Tidak mendukung diberi kode 0
 6. Stigma masyarakat pada penderita HIV/AIDS
 - a. Rendah diberi kode 1
 - b. Tinggi diberi kode 0
- 3) *Entry Data* (Memasukkan Data)

Data yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program komputer

4) *Cleaning* (Pembersihan Data)

Cleaning adalah pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* (apakah ada kesalahan atau tidak).

B. Analisis Data

1) Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis secara deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan terakhir, dan status pernikahan. Analisis juga untuk mengetahui data yang relatif homogen bila proporsi dari salah satu kategorinya < 15%. Analisis univariat dirumuskan sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{\sum n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = persentase

f = frekuensi

$\sum n$ = jumlah responden

Hasil analisis diinterpretasikan sebagai berikut (Arikunto, 2010):

0%	: tak seorangpun responden
1 - 19%	: sangat sedikit responden
20 - 39%	: sebagian kecil responden
40 - 59%	: sebagian responden
60 - 79%	: sebagian besar responden
80 - 99%	: hampir seluruh responden
100%	: seluruh responden

2) Analisis bivariat

Analisis bivariat untuk menganalisis korelasi/hubungan dua variabel berskala ordinal menggunakan *Corelation Spearman rho* berdasarkan pada sistem komputerisasi. Derajat kemaknaan ditentukan oleh nilai ρ . Jika hasil perhitungan dengan taraf signifikan $\rho \leq 0,05$ berarti ada hubungan yang bermakna dari variabel yang diukur. Bila $\rho \geq 0,05$ maka tidak ada hubungan dari variabel yang diukur. Kemudian hubungan antar variabel tersebut dinyatakan dalam koefisien korelasi dan tingkat kekuatan hubungan antara dua variabel digunakan pedoman sebagai berikut:

(1) Kriteria Tingkat Kekuatan Korelasi

- a. Nilai koefisien korelasi sebesar $0,00 - 0,25$ = hubungan sangat lemah
- b. Nilai koefisien korelasi sebesar $0,26 - 0,50$ = hubungan cukup
- c. Nilai koefisien korelasi sebesar $0,51 - 0,75$ = hubungan kuat
- d. Nilai koefisien korelasi sebesar $0,76 - 0,99$ = hubungan sangat kuat
- e. Nilai koefisien korelasi sebesar $1,00$ = hubungan sempurna

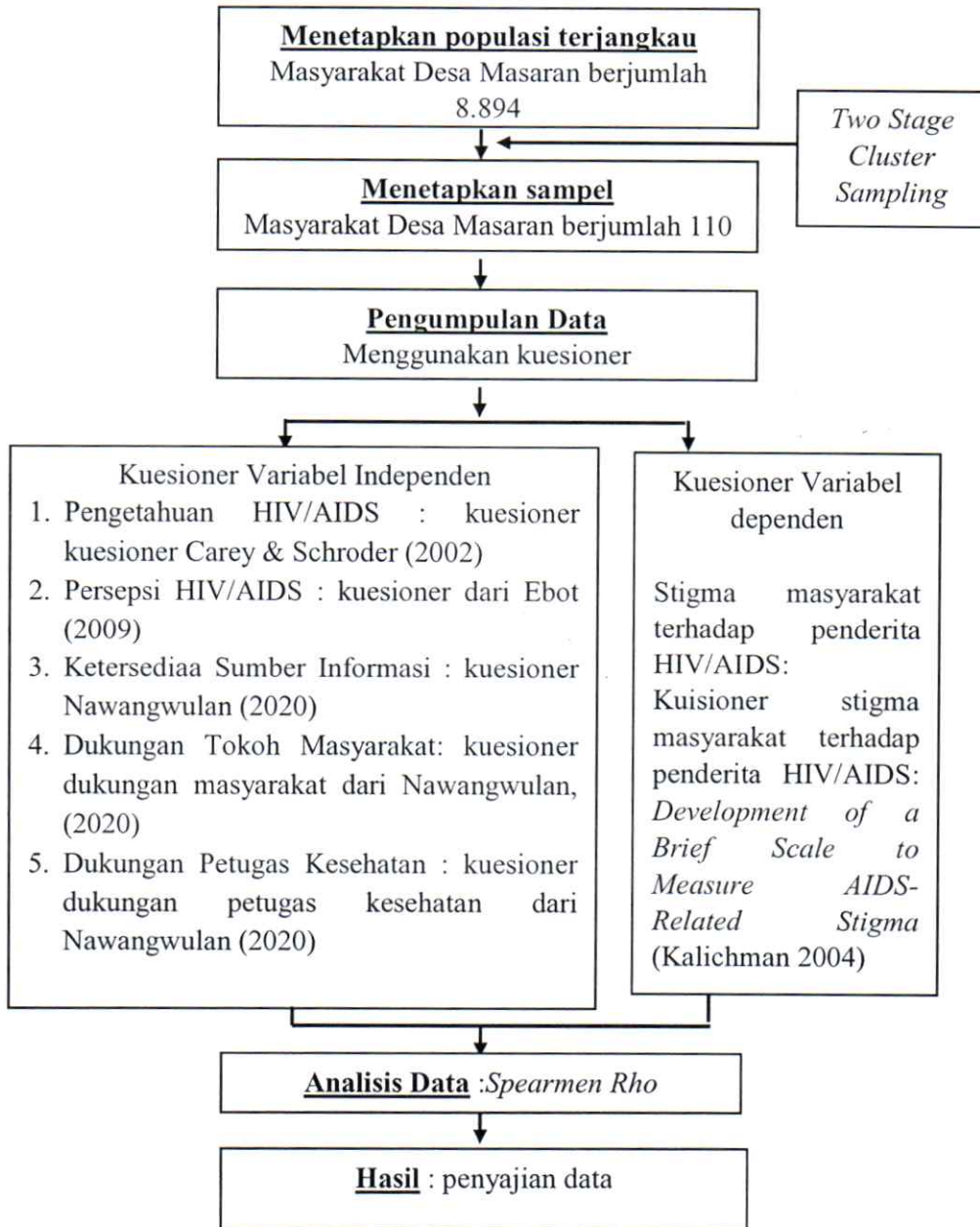
(2) Kriteria Arah Korelasi

Arah korelasi dilihat pada angka koefisien korelasi sebagaimana tingkat kekuatan korelasi. Besar nilai koefisien korelasi tersebut terletak antara $+1$ sampai dengan -1 . Jika koefisien korelasi bernilai positif maka hubungan antar kedua variabel dikatakan searah. Sebaliknya, jika koefisien korelasi bernilai negative maka hubungan antar kedua variabel tidak searah.

(3) Kriteria Signifikansi Korelasi

Kekuatan dan arah hubungan akan mempunyai arti jika hubungan antar variabel tersebut bernilai signifikan, dikatakan ada hubungan yang signifikan

4.10 Kerangka Operasional/Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model* di Desa Masaran, Trenggalek

4.11 Masalah Etik (*Ethical Clearance*)

Peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian, karena subjek dalam penelitian ini adalah manusia, sehingga peneliti mengajukan uji etik dan telah dinyatakan layak etik oleh komite etik penelitian kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor sertifikat etik No: 2262-KEPK. Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian, meliputi:

1. *Informed Consent*

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden dengan tujuan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Apabila subjek menolak untuk dijadikan responden, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati. Dalam melakukan pengisian *informed consent/informed assent*, diawasi langsung oleh peneliti. Sebelum diberikan lembar *informed consent*, peneliti menjelaskan kepada seluruh responden bahwa: 1) Dokumen tidak akan ditunjukkan kepada pihak lain, 2) Peneliti akan mengunci tempat dokumen penelitian dan dibuka hanya pada saat peneliti membutuhkan, 3) Responden yang bersedia mengikuti survei/mengisi kuesioner sejujurnya, sesuai dengan kenyataan di lapangan maka ikut serta berperan terhadap kesehatan.

2. *Anonimity*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008). Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak akan

mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberi nomor responden, jenis angka arab barat.

3. *Confidentiallity*

Merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2008). Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan masalah penelitian. Untuk menjamin kerahasiaan identitas responden: 1) Setelah dilakukan penelitian, peneliti menyimpan dokumen responden dalam satu tempat (tas) yang dikunci dan disaksikan oleh responden, 2) Peneliti akan memusnahkan dengan cara dibakar maksimal dua tahun setelah peneliti melakukan sidang penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini dibahas mengenai hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik demografi responden, yaitu umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, status pernikahan, 3) deskripsi variabel penelitian yaitu variabel independen terdiri dari pengetahuan, persepsi, ketersediaan sumber informasi, dukungan tokoh masyarakat, dukungan petugas kesehatan dan variabel dependen yaitu stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Pembahasan selanjutnya dilakukan sesuai dengan tujuan penelitian dan untuk mendeskripsikan, mengetahui tingkat signifikansi, dan menganalisis hubungan antar variabel yang diteliti menggunakan uji statistik *spearman's rho* dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$.

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 8 sampai 13 Juni 2021 di Desa Masaran Kecamatan Munjungan Kabupaten Trenggalek. Data didapatkan dengan pengisian kuesioner yang telah dipersiapkan kepada 110 masyarakat dengan umur 20-60 tahun yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di Desa Masaran Kecamatan Munjungan Kabupaten Trenggalek.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian berada di Desa Masaran Kecamatan Munjungan yang merupakan *rural area* Kabupaten Trenggalek yang jauh dari pusat kota dan fasilitas program dari Dinas Kesehatan, sehingga mayoritas masyarakatnya memiliki pemikiran konservatif. Kecamatan Munjungan merupakan kecamatan yang berada dibalik pegunungan, sehingga perjalanan ke pusat kota yang berjarak

52 km memerlukan waktu sekitar 1-2 jam. Keadaan topografi Kecamatan Munjungan sendiri sebagian besar berupa bukit-bukit dan salah satu dari dua desa yang berupa dataran adalah Desa Masaran. Desa Masaran memiliki 6 Dusun, 12 RW dan 56 RT. Luas wilayah Desa Masaran adalah 7.057 Ha dan merupakan desa yang dekat serta berbatasan dengan Pantai Blado, yang terdapat kafe di mana terdapat kelompok WPSK. Hal ini membuat masyarakat desa yang masih memegang teguh aturan dan tabu sosial yang ketat menganggap bahwa HIV/AIDS adalah bentuk hukuman karena perilaku yang buruk dan penyakit yang menjijikan sehingga harus dijaui. Hasil tersebut diperoleh dari survei awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 15 Februari 2021 terhadap 17 masyarakat secara acak, didapatkan 70,6% masyarakat dengan stigma tinggi dan 24,4% masyarakat dengan stigma rendah.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Pada bagian ini diuraikan karakteristik 110 responden berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan status pernikahan.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Demografi Responden Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

No	Karakteristik Demografi Responden	F	%
1	Usia		
	Kelompok umur 20-30 tahun	29	26,4
	Kelompok umur 31-40 Tahun	32	29,1
	Kelompok umur 41-50 Tahun	28	25,5
	Kelompok umur 51-60 Tahun	21	19,1
	Total	110	100
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	42	38,2
	Perempuan	68	61,8
	Total	110	100

No	Karakteristik Demografi Responden	F	%
3	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja	31	28,2
	PNS	1	0,9
	Guru	3	2,7
	Wiraswasta	30	27,3
	Nelayan	3	2,7
	Petani	35	31,8
	Lain-lain	7	6,4
	Total	110	100
4	Pendidikan Terakhir		
	Tidak Sekolah	1	0,9
	SD	21	19,1
	SLTP	29	26,4
	SLTA	44	40
	Perguruan Tinggi	15	13,6
	Total	110	100
5	Status Pernikahan		
	Sudah Menikah	94	85,5
	Janda	2	1,8
	Duda	0	0
	Belum Menikah	14	12,7
	Total	110	100

Berdasarkan tabel 5.1 tentang karakteristik demografi responden dilihat dari usia, kelompok umur 31-40 tahun memiliki jumlah responden yang paling tinggi yaitu sebanyak 32 orang (29,1%). Sebagian besar responden adalah perempuan sebanyak 68 orang (61,8%) dan jenis pekerjaan sebagian responden adalah petani sebanyak 35 orang (31,8%). Sebagian pendidikan responden adalah SLTA yaitu sebanyak 44 orang (40%) dan hampir seluruh responden berstatus sudah menikah yaitu sebanyak 94 orang (85,5%).

5.1.3 Deskripsi Variabel Penelitian

Pada bagian ini diuraikan faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model* di Desa Masaran, Trenggalek tahun 2021. Berikut uraian masing-masing variabel dalam bentuk tabel.

1. Pengetahuan

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021

Variabel yang Diukur	Kategori	F	%
Pengetahuan	Baik	12	10,9
	Cukup	18	16,4
	Kurang baik	80	72,7
Total		110	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang baik tentang HIV/AIDS yaitu sebanyak 80 orang (72,7%), sedangkan pengetahuan baik hanya mencapai 12 orang (10,9%) dan sisanya, yaitu 18 responden (16,4%) memiliki pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS.

Tabel 5.3 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Pengetahuan tentang HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021

Parameter	Kategori			Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban	
	Kurang Baik (%)	Cukup (%)	Baik (%)		Salah (%)	Benar (%)
Definisi HIV/AIDS	52,7	31,8	15,5	1	59,1	40,9
				2	37,3	62,7
				7	57,3	42,7
Penularan HIV/AIDS	52,7	21,8	25,5	3	28,2	71,8
				4	19,1	80,9
				5	57,3	42,7
				6	60,9	39,1
				11	43,6	56,4
				12	54,5	45,5
Tanda Gejala HIV/AIDS	62,7	0	37,3	8	62,7	37,3
Pencegahan HIV/AIDS	41,8	29,1	29,1	9	26,4	73,6
				13	32,7	67,3
				14	32,7	67,3
				15	48,2	51,8
				16	37,3	62,7
				17	68,2	31,8
Pemeriksaan Tes HIV/AIDS	67,3	0	32,7	10	67,3	32,7

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang kurang baik pada setiap parameter. Pemeriksaan tes HIV adalah parameter dengan presentase pengetahuan kurang baik tertinggi (67,3%), yang mana rata-rata jawaban responden adalah membenarkan bahwa hasil tes HIV akan akurat apabila dilakukan satu minggu setelah berhubungan seksual. Parameter kurang baik kedua adalah tanda dan gejala HIV/AIDS (62,7%). Responden percaya bahwa seseorang yang terinfeksi HIV akan muncul gejala serius dengan cepat. Selain itu, jawaban mayoritas responden menganggap bahwa HIV sama halnya dengan AIDS (59,1%), seseorang dengan status HIV positif tidak akan terlihat sehat (57,3%), berbagi segelas air minum (57,3%), kontak dengan air liur, air mata dan keringat (54,5%) dapat menularkan HIV, sedangkan mandi setelah berhubungan seksual dipahami dapat mencegah penularan HIV (60,9%).

2. Persepsi

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Penderita HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021

Variabel yang Diukur	Kategori	F	%
Persepsi	Positif	51	46,4
	Negatif	59	53,6
Total		110	100

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS sebagian termasuk dalam kategori negatif yaitu sebanyak 59 responden (53,6%).

Tabel 5.5 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Persepsi Terhadap Penderita HIV/AIDS pada Bulan Juni 2021

Parameter	Kategori		Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban				
	Positif (%)	Negatif (%)		SS (%)	S (%)	TM (%)	TS (%)	STS (%)
Persepsi penularan HIV/AIDS	44,5	55,5	1	22,7	33,6	2,7	34,5	6,45
			2	27,3	52,7	8,2	10	1,8
			3	9,1	38,2	13,6	34,9	3,7
			6	17,3	52,7	20,9	6,4	2,7
			7	11,8	47,3	10,9	27,3	2,7
			16	10	15,5	15,5	42,7	16,4
Persepsi pengobatan/perawatan HIV/AIDS	54,5	45,5	4	10	22,7	21,8	40	5,5
			8	12,7	22,7	32,7	28,2	3,6
			9	5,5	7,3	16,4	45,5	25,5
			10	11,8	45,5	15,5	22,7	4,5
Persepsi faktor risiko HIV/AIDS	50,9	49,1	5	26,4	51,8	11,8	6,4	3,6
			11	18,2	40	32,7	9,1	0
			12	13,6	33,6	32,7	16,4	3,6
			13	9,1	30,	34,5	21,8	4,5
			14	19,1	34,5	30,9	11,8	3,6
15	15,5	47,3	18,2	12,7	6,4			

Dapat dilihat pada tabel 5.5 bahwa persepsi negatif pada responden paling tinggi terletak pada penularan HIV/AIDS (55,5%). Jawaban responden rata-rata menyatakan setuju akan merasa lebih simpati pada penderita yang tertular melalui kontak darah dibandingkan melalui hubungan seksual (52,7%), setuju jika seharusnya ODHA dirawat di ruang tersendiri (52,7%), dan setuju merasa tidak nyaman berurusan dengan anak penderita HIV/AIDS (47,3%). Pada parameter lain jawaban mayoritas responden menyatakan setuju merasa tidak nyaman berurusan dengan biseksual (51,8%), setuju jika homoseksual pantas menderita HIV/AIDS (40%), setuju merasa tidak nyaman berteman dengan orang yang dikenal sebagai homoseksual maupun heteroseksual yang melakukan hubungan seks dengan beberapa orang (47,3%).

3. Ketersediaan Sumber Informasi

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Sumber Informasi dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Variabel yang Diukur	Kategori	F	%
Ketersediaan Sumber Informasi	Mudah	43	39,1
	Sulit	67	60,9
Total		110	100

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yaitu sebanyak 67 orang (60,9%) menyatakan kesulitan untuk menemukan sumber informasi terkait HIV/AIDS.

Tabel 5.7 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Ketersediaan Sumber Informasi dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Parameter	Kategori		Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban	
	Sulit (%)	Mudah (%)		Tidak (%)	Ya (%)
Sumber Informasi Langsung	70,9	29,1	4	79,1	20,9
			5	80	20
			6	76,4	23,6
			7	64,5	35,5
Sumber Informasi Tidak Langsung	40	60	1	29,1	70,9
			2	43,6	56,4
			3	41,8	58,2

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa mayoritas responden (70,9%) menyatakan kesulitan untuk memperoleh sumber informasi langsung terkait HIV/AIDS. Mayoritas responden tidak pernah melakukan diskusi (80%) dan menyampaikan informasi kepada orang lain (79,1%) serta tidak pernah membahas masalah HIV/AIDS dengan keluarga (76,4%). Sebagian responden (40%) kesulitan dalam mengakses sumber informasi tidak langsung seperti media elektronik, media cetak dan sosial media.

4. Dukungan Tokoh Masyarakat

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Variabel yang Diukur	Kategori	F	%
Dukungan Tokoh Masyarakat	Tidak Mendukung	68	61,8
	Mendukung	42	38,2
Total		110	100

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 68 responden (61,8%) merasa bahwa tokoh masyarakat di lingkungan responden menunjukkan sikap tidak mendukung dalam menurunkan tingkat stigma terhadap penderita HIV/AIDS.

Tabel 5.9 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Parameter	Kategori		Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban	
	Tidak Mendukung (%)	Mendukung (%)		Tidak (%)	Ya (%)
Dukungan Emosional	59,1	40,9	2 4	70 68,2	30 31,8
Dukungan Penghargaan	27,3	72,7	5	80	20
			6	40,1	50,9
			7	40,9	59,1
Dukungan Instrumental	36,4	63,6	8	40	60
			9	74,5	25,5
Dukungan Informatif	78,2	21,8	1	78,2	21,8

Hasil pada tabel 5.9 menyatakan bahwa sebagian besar responden tidak mendapatkan dukungan informatif dari tokoh masyarakat (78,2%). Mayoritas responden (59,1%) juga menyatakan tidak ada dukungan emosional, yang mana tokoh masyarakat tidak memberikan dukungan terhadap ODHA (70%) dan

responden merasa tidak mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat untuk tidak memberikan stigma negatif kepada penderita HIV/AIDS (68,2%).

5. Dukungan Petugas Kesehatan

Tabel 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Petugas Kesehatan dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Variabel yang Diukur	Kategori	F	%
Dukungan Petugas Kesehatan	Tidak Mendukung	43	39,1
	Mendukung	67	60,9
Total		110	100

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa mayoritas responden yaitu sebanyak 67 orang (60,9%) menyatakan adanya dukungan dari petugas kesehatan dalam upaya menurunkan tingkat stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

Tabel 5.11 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Parameter Dukungan Petugas Kesehatan dalam Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Parameter	Kategori		Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban	
	Tidak Mendukung (%)	Mendukung (%)		Tidak (%)	Ya (%)
Dukungan Emosional dan Penghargaan	44,5	55,5	8	43,5	56,5
Dukungan Instrumental	52,7	47,3	1	38,9	61,1
			5	53,7	46,3
			6	68,5	31,5
			7	62	38
Dukungan Informatif	34,5	65,5	2	35,2	64,8
			3	34,3	65,7
			4	35,2	64,8
			9	54,6	45,4
			10	32,4	67,6

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa mayoritas responden (65,5%) mendapat dukungan informatif dari petugas kesehatan seperti informasi tentang penularan HIV/AIDS (65,7%), penyebab HIV (64,8%), pencegahan HIV/AIDS (64,8%) dan adanya saran agar saling setia dengan pasangan untuk meminimalisir terhindar dari penyakit HIV (67,6%). Pertanyaan nomor 9 adalah satu-satunya item yang menunjukkan kurang adanya dukungan informatif, yaitu responden menyatakan petugas kesehatan tidak memberikan penjelasan bahwa penyakit HIV/AIDS tidak mudah menular (54,6%).

6. Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Tabel 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Variabel yang Diukur	Kategori	F	%
Stigma	Tinggi	91	82,7
	Rendah	19	17,3
Total		110	100

Berdasarkan tabel 5.12 dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden memiliki tingkat stigma yang tinggi terhadap penderita HIV/AIDS yaitu sebanyak 91 responden (82,7%).

Tabel 5.13 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Parameter	Kategori		Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban			
	Tinggi (%)	Rendah (%)		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
Diskriminasi	71,8	28,2	1	19,1	32,7	43,6	4,5
			3	11,8	51,8	33,6	2,7
			5	4,5	32,7	43,6	19,1
			7	12,7	50	31,8	5,5
Labeling	75,5	24,5	2	18,2	51,8	24,5	5,5
			4	16,4	59,1	21,8	2,7
			6	14,5	41,8	30,9	12,7
			9	17,3	39,1	34,5	9,1

Parameter	Kategori		Pertanyaan Kuesioner ke-	Hasil Jawaban			
	Tinggi (%)	Rendah (%)		SS (%)	S (%)	TS (%)	STS (%)
Stereotip	88,2	11,8	8	1,8	16,4	60	21,8
			10	2,7	19,1	60,9	17,3
			11	10,9	22,7	49,1	17,3
			12	17,3	58,2	17,3	7,3

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat stigma yang tinggi pada setiap parameter stigma. Parameter stereotip adalah parameter dengan tingkat stigma tertinggi (88,2%). Distribusi jawaban sebagian besar responden (60%) setuju merasa tidak nyaman berada di sekitar ODHA. Pada parameter labeling dengan tingkat stigma tinggi 75,5%, mayoritas responden setuju untuk tidak berhubungan dengan kelompok wanita tuna susila (59,1%), dan sebagian responden berpikir bahwa seseorang yang terinfeksi HIV adalah hukuman dari perilaku yang buruk (41,8%). Pada parameter diskriminasi, mayoritas responden memiliki tingkat sigma tinggi (71,8%), dengan distribusi jawaban mayoritas responden setuju untuk tidak berteman dengan kelompok waria, karena beranggapan bahwa perilaku seksual mereka dapat menularkan HIV (51,8%), dan sebagian responden (50%) menyatakan tidak ingin berteman dengan ODHA serta menganggap bahwa HIV merupakan penyakit menakutkan dan menjijikkan sehingga harus dijauhi.

5.1.4 Analisis Hasil Uji Hipotesis

1. Hubungan Antara Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Tabel 5.14 Hubungan Antara Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Pengetahuan	Stigma				Total	
	Tinggi		Rendah		Jumlah	%
	f	%	f	%		
Kurang Baik	73	66,3	7	6,4	80	72,7
Cukup	14	12,8	4	3,6	18	16,4
Baik	4	3,6	8	7,3	12	10,9
Total	91	82,7	19	17,3	110	100
Hasil Uji Statistik Spearman's Rho p = 0,000					r = -0,425	

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang terkait HIV/AIDS yaitu sebanyak 80 orang (72,7%), dengan 73 orang (66,3%) memiliki tingkat stigma yang tinggi terhadap penderita HIV/AIDS dan 7 orang (6,4%) memiliki tingkat stigma yang rendah. Sedangkan, jumlah responden paling sedikit terdapat pada pengetahuan dalam tingkat baik, yakni hanya mencapai 12 orang (10,9%), dengan 4 orang (3,6%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 8 orang (7,3%) memiliki tingkat stigma yang rendah terhadap penderita HIV/AIDS.

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,000$ sehingga H_1 diterima, yang artinya terdapat hubungan antara pengetahuan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Koefisien korelasi ditunjukkan pada nilai $r = -0,425$ yang berarti derajat kekuatan hubungan cukup kuat dan dengan arah hubungan negatif atau tidak searah yang artinya semakin rendah pengetahuan maka akan semakin tinggi tingkat stigma.

2. Hubungan Antara Persepsi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Tabel 5.15 Hubungan Antara Persepsi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Persepsi	Stigma				Total	
	Tinggi		Rendah		Jumlah	%
	f	%	f	%		
Negatif	57	51,8	2	1,8	59	53,6
Positif	34	30,9	17	15,5	51	46,4
Total	91	82,7	19	17,3	110	100
Hasil Uji Statistik Spearman's Rho $p = 0,000$					$r = -0,635$	

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki persepsi negatif terhadap penderita HIV/AIDS yaitu sebanyak 59 orang (53,6%), dengan 57 orang (51,8%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 2 orang (1,8%) memiliki tingkat stigma yang rendah. Sedangkan, sebagian responden yang lain memiliki persepsi yang positif yaitu sebanyak 51 orang (46,4%), dengan 34 orang (30,9%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 17 lainnya (15,5%) memiliki tingkat stigma yang rendah.

Analisis uji statistik menggunakan *spearman's rho* didapatkan hasil nilai $p = 0,000$ maka H_1 diterima. Artinya adalah ada hubungan antara persepsi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Koefisien korelasi ditunjukkan pada nilai $r = -0,635$ yang berarti derajat kekuatan hubungan cukup kuat dan dengan arah hubungan negatif atau tidak searah yang artinya semakin rendah (negatif) persepsi maka tingkat stigma akan semakin tinggi.

3. Hubungan Antara Ketersediaan Sumber Informasi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Tabel 5.16 Hubungan Antara Ketersediaan Sumber Informasi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Ketersediaan Sumber Informasi	Stigma				Total	
	Tinggi		Rendah		Jumlah	%
	f	%	f	%		
Sulit	60	54,5	7	6,4	67	60,9
Mudah	31	28,2	12	10,9	43	39,1
Total	91	82,7	19	17,3	110	100
Hasil Uji Statistik <i>Spearman's Rho</i> p = 0,034					r = -0,202	

Hasil tabel 5.16 didapatkan bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 67 orang (60,9%) menyatakan kesulitan untuk menemukan sumber informasi terkait HIV/AIDS, dengan 60 orang (54,5%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 7 orang (6,4%) memiliki tingkat stigma yang rendah. Sedangkan, sebagian responden yang lain yaitu 43 orang (39,1%) menyatakan ketersediaan sumber informasi tentang HIV/AIDS adalah mudah, dengan 31 responden (28,2%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 12 responden (10,9%) memiliki tingkat stigma yang rendah terhadap penderita HIV/AIDS.

Uji statistik menggunakan *spearman's rho* didapatkan hasil nilai $p = 0,034$ yang artinya H_1 diterima, sehingga terdapat hubungan antara ketersediaan sumber informasi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS, dengan nilai koefisien korelasi menunjukkan tingkat hubungan sangat lemah ($r = -0,202$) dan dengan arah hubungan negatif atau tidak searah, yang artinya semakin rendah (sulit) ketersediaan sumber informasi maka tingkat stigma akan semakin tinggi.

4. Hubungan Antara Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Tabel 5.17 Hubungan Antara Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Dukungan Tokoh Masyarakat	Stigma				Total	
	Tinggi		Rendah		Jumlah	%
	f	%	f	%		
Tidak Mendukung	57	51,8	11	10	68	61,8
Mendukung	34	30,9	8	7,3	42	38,2
Total	91	82,7	19	17,3	110	100
Hasil Uji Statistik Spearman's Rho p = 0,000					r = -0,369	

Berdasarkan tabel 5.17 mayoritas responden yaitu sebanyak 68 orang (61,8%) yang menyatakan tidak ada dukungan dari tokoh masyarakat, didapatkan 57 orang diantaranya (51,8%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 11 orang (10%) memiliki tingkat stigma yang rendah. Sedangkan, 42 responden (38,2%) yang menyatakan adanya dukungan dari tokoh masyarakat, terdapat 34 responden (30,9%) yang memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 8 lainnya (7,3%) memiliki tingkat stigma yang rendah.

Hasil analisis uji statistik menggunakan *spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,000$ yang artinya H_1 diterima, sehingga terdapat hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Koefisien korelasi ditunjukkan pada nilai $r = -0,369$ yang berarti derajat kekuatan hubungan cukup kuat dan dengan arah hubungan negatif atau tidak searah yang artinya semakin rendah dukungan tokoh masyarakat maka tingkat stigma akan semakin tinggi.

5. Hubungan Antara Dukungan Petugas Kesehatan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Tabel 5.18 Hubungan Antara Dukungan Petugas Kesehatan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan PRECEDE Model Di Desa Masaran, Trenggalek pada Bulan Juni 2021

Dukungan Petugas Kesehatan	Stigma				Total	
	Tinggi		Rendah		Jumlah	%
	f	%	f	%		
Tidak Mendukung	38	34,6	5	4,5	43	39,1
Mendukung	53	48,2	14	12,7	67	60,9
Total	91	82,7	19	17,3	110	100

Hasil Uji Statistik Spearman's Rho $p = 0,070$

Tabel 5.18 menunjukkan bahwa mayoritas responden yaitu sebanyak 67 orang (60,9%) yang menyatakan petugas kesehatan memberikan dukungan untuk menurunkan stigma, didapatkan 53 orang (48,2%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 14 orang (12,7%) memiliki tingkat stigma yang rendah. Sedangkan, 43 responden (39,1%) yang menyatakan tidak ada dukungan dari petugas kesehatan, didapatkan 38 responden (34,6%) memiliki tingkat stigma yang tinggi dan 5 responden (4,5%) memiliki tingkat stigma yang rendah. Hasil analisis uji statistik menggunakan *spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,070$ maka H_1 ditolak, yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 9 sampai 13 Juni 2021 menunjukkan bahwa *PRECEDE model* yang meliputi faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan dan persepsi, faktor pendukung terwujud dalam ketersediaan sumber informasi dan faktor pendorong terwujud dalam dukungan tokoh masyarakat memiliki hubungan dengan stigma masyarakat terhadap

penderita HIV/AIDS, sedangkan faktor pendorong: dukungan petugas kesehatan tidak memiliki hubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS.

5.2.1 Hubungan Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Hasil analisis dari penelitian ini menggunakan uji *spearman's rho* menunjukkan ada hubungan signifikan yang cukup kuat dan tidak searah antara pengetahuan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek. Hubungan antara kedua variabel bersifat tidak searah artinya apabila semakin rendah pengetahuan maka akan semakin tinggi tingkat stigma. Hasil data distribusi responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat memiliki pengetahuan kurang terkait HIV/AIDS, juga memiliki stigma yang tinggi terhadap ODHA. Hasil ini juga ditemukan pada kelompok responden dengan pengetahuan yang cukup, di mana sebagian besar memiliki tingkat stigma yang tinggi. Kelompok responden dengan tingkat pengetahuan baik adalah satu-satunya kelompok dengan hasil di mana sebagian besar masyarakat memiliki stigma dengan tingkat yang rendah.

Hasil analisis penelitian ini sejalan dengan penelitian milik Hati *et al.*, (2017) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap penderita HIV/AIDS. Hati *et al.*, (2017) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah salah satu faktor yang dapat menentukan tingkat stigma pada masyarakat. Pengetahuan yang kurang tentang HIV/AIDS akan berpengaruh memberikan stigma 2 kali lebih besar dibandingkan dengan masyarakat yang berpengetahuan baik. Hal ini juga didukung oleh penelitian milik Li *et al.*, (2017)

yang mengungkapkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan HIV dengan stigma terhadap ODHA, terutama individu dengan pengetahuan lebih baik terkait miskonsepsi penularan HIV secara signifikan dapat menurunkan tingkat stigma.

Lawrence Green dalam teorinya yaitu *PRECEDE model* menjelaskan bahwa faktor predisposisi memengaruhi seseorang dalam berperilaku. Faktor predisposisi adalah faktor yang berasal dari internal individu, yang salah satunya terwujud dalam pengetahuan. Green (1980 dalam Notoatmodjo, 2012) mendefinisikan pengetahuan sebagai hasil tahu dan terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian, minat dan persepsi terhadap objek. Fungsi dari pengetahuan adalah mendorong individu untuk mengerti dengan pengalaman-pengalamannya untuk memperoleh pengetahuan. Elemen-elemen dari pengalamannya yang tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun kembali atau diubah sedemikian rupa hingga menjadi konsisten (Notoatmodjo, 2010). Dengan demikian, pengetahuan juga dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti masyarakat dan sarana yang tersedia, sehingga intensitas pengetahuan seseorang terhadap suatu objek berbeda-beda. Intensitas tersebut dibagi dalam enam tingkatan domain pengetahuan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Green and Kreuter (2000 dalam Putri *et al.*, 2017) mengungkapkan tanpa adanya pengetahuan, maka individu tidak memiliki dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap suatu masalah. Pengetahuan tentang kesehatan diperlukan sebelum terjadinya transformasi perilaku kesehatan.

Menurut Alemi and Stempel (2019) stigma akan cenderung lebih rendah pada masyarakat yang paham tentang penularan HIV dengan benar. Peneliti berhipotesis bahwa tingkat stigma yang tinggi terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran sebagian besar disebabkan oleh ketakutan terhadap penularan. Parameter pengetahuan penularan HIV/AIDS menjadi item kunci yang menunjukkan tingginya miskonsepsi pada masyarakat. Masyarakat masih percaya bahwa kontak sosial biasa seperti berbagi segelas air minum, kontak dengan air liur, air mata dan keringat dapat menularkan HIV. Kesalahpahaman yang menganggap HIV sama dengan AIDS, sehingga membenarkan bahwa orang yang terinfeksi HIV akan muncul gejala yang serius dengan cepat, membuat masyarakat akan semakin menghindari kontak sosial dan menyetujui supaya ODHA dipinggirkan. Rendahnya tingkat pengetahuan pada masyarakat di Desa Masaran kemungkinan dapat berhubungan dengan kondisi topografi wilayah, yang jauh dari pusat informasi yang berada di wilayah perkotaan, sehingga sulit untuk mendapatkan sumber informasi dan tingkat paparan terkait pendidikan HIV menjadi rendah. Lokasi desa yang termasuk dalam *rural area* dipercaya masih memegang teguh aturan sosial yang ketat seperti pengetahuan seks yang masih dianggap tabu, sehingga menyebabkan kesalahpahaman dalam pencegahan dan penularan HIV/AIDS pada masyarakat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Lawrence Green bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang. Tingkat pengetahuan sangat berpengaruh terhadap proses menerima atau menolak inovasi. Pengetahuan seseorang termasuk dalam faktor predisposisi yang memberikan dasar rasional atau motivasi terhadap perilaku (Notoatmodjo, 2012).

5.2.2 Hubungan Persepsi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Hasil analisis penelitian ini menggunakan uji *spearman's rho* menunjukkan ada hubungan signifikan yang kuat dan tidak searah antara persepsi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek. Hubungan antara kedua variabel bersifat tidak searah artinya apabila semakin rendah (negatif) persepsi maka akan semakin tinggi tingkat stigma. Hasil data distribusi responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian responden (53,6%) memiliki persepsi negatif dan sebagian yang lain (46,4%) memiliki persepsi positif terhadap penderita HIV/AIDS.

Penelitian ini sejalan dengan teori *PRECEDE model* dari Lawrence Green yang menyatakan bahwa ada tiga faktor utama yang memengaruhi suatu perilaku. Salah satunya adalah faktor predisposisi yang tercermin dalam persepsi. Berdasarkan persepsi atau pemberian arti dari apa yang ditangkap oleh panca indera maka seseorang melakukan aktivitas atau melakukan sikap-sikap tertentu.

Analisis penelitian ini memperkuat penelitian-penelitian sebelumnya. Finnajakh, *et al.*, (2020) menyatakan bahwa persepsi responden terhadap ODHA adalah faktor yang berhubungan terhadap tingginya tingkat stigma. Penelitian ini sejalan dengan milik Shaluhayah *et al.*, (2015) yang membuktikan bahwa persepsi memiliki hubungan bermakna dengan stigma terhadap ODHA, yang mana responden dengan persepsi negatif memiliki kemungkinan dua kali lebih besar memberikan stigma terhadap ODHA dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi positif.

Persepsi adalah proses untuk menginterpretasikan stimuli berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera sampai menjadi gambaran yang logis (Pakpahan *et al.*, 2021). Notoatmodjo (2012) menyatakan persepsi sebagai praktik tingkat pertama dengan cara mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Persepsi negatif akan mendorong individu melakukan stigma. AVERT (2019) menjelaskan bahwa persepsi HIV/AIDS yang dikaitkan sebagai penyakit perilaku akan mewujudkan stigma. Peneliti menduga bahwa munculnya persepsi negatif terhadap penderita HIV/AIDS pada masyarakat Desa Masaran, karena tingginya tingkat kepatuhan terhadap aturan dan norma sebagai kontrol sosial untuk mengurangi perilaku seksual yang menyimpang. Persepsi ini terwujud melalui anggapan bahwa HIV adalah akibat dari perilaku asusila kelompok tertentu. Hal ini ditunjukkan oleh jawaban responden pada parameter persepsi tentang penularan HIV, di mana responden lebih merasa kasihan pada penderita yang tertular melalui kontaminasi darah, bukan melalui hubungan seksual. Masyarakat juga merasa tidak nyaman jika berteman ataupun berurusan dengan kelompok homoseksual dan biseksual. Peneliti berpendapat adanya kemungkinan dimana masyarakat desa percaya bahwa kelompok tersebut adalah contoh bentuk penyimpangan, sehingga mayoritas responden merasa bahwa “mereka” pantas apabila positif terinfeksi HIV/AIDS.

Kemungkinan adanya persepsi tentang anggapan tabu terhadap perilaku seksual, maka diperlukan penjelasan lebih lanjut tentang persepsi masyarakat secara mendalam meliputi tabu dan kontrol sosial yang berkaitan dengan norma dan budaya atau *way of life* yang diyakini oleh masyarakat Desa Masaran.

5.2.3 Hubungan Ketersediaan Sumber Informasi dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Hasil analisis penelitian ini menggunakan uji *spearman's rho* menunjukkan ada hubungan signifikan dan tidak searah antara ketersediaan sumber informasi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek. Hubungan antara kedua variabel bersifat tidak searah artinya apabila semakin sulit ketersediaan sumber informasi maka akan semakin tinggi tingkat stigma. Hasil data distribusi responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden kesulitan untuk memperoleh sumber informasi langsung terkait HIV/AIDS, dan sebagian responden kesulitan dalam mengakses sumber informasi tidak langsung. Responden yang menyatakan bahwa ketersediaan sumber informasi sulit, baik dari sumber informasi langsung maupun tidak langsung, memiliki tingkat stigma yang tinggi terhadap penderita HIV/AIDS.

Hasil analisis ini mendukung penelitian-penelitian sebelumnya. Nawangwulan (2020) menyatakan bahwa ketersediaan informasi memengaruhi stigma masyarakat terhadap anak dengan HIV/AIDS. Sumber informasi yang lebih mudah diakses akan menurunkan stigma masyarakat terhadap anak HIV/AIDS. Penelitian dari Asamoah *et al.*, (2017) mengungkapkan sering terpapar media massa seperti TV dan radio akan menurunkan perilaku stigma perempuan muda Ghana terhadap penderita HIV/AIDS. Ketersediaan sumber informasi yang memadai akan mempermudah akses masyarakat terkait informasi HIV yang benar, sehingga tersedianya sumber informasi merupakan hal yang penting dalam menentukan tingkat pengetahuan seseorang.

Menurut Notoatmodjo (2012) tingkat pengetahuan akan menimbulkan kesadaran dan perilaku yang sesuai dengan pengetahuan yang individu tersebut miliki dan bersifat langsung, bukan karena paksaan. Sumber informasi yang tersedia dengan mudah akan meningkatkan frekuensi paparan pada masyarakat. Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa sumber informasi adalah asal dari suatu informasi. Sumber informasi adalah suatu perantara untuk menyampaikan informasi yang dapat memengaruhi kemampuan. Peneliti berpendapat bahwa wilayah dari Desa Masaran yang jauh dan batasnya berupa pegunungan untuk harus ke perkotaan, dapat membuat ketersediaan sumber informasi lebih rendah. Sumber informasi yang belum diperluas dan belum tersedia, seperti halnya ke media massa seperti media sosial oleh puskesmas setempat, dapat menurunkan aksesibilitas masyarakat terhadap informasi HIV.

Masyarakat juga menyatakan bahwa sumber informasi langsung contohnya melalui diskusi keluarga juga sulit. Anggapan tabu dapat menjadi dasar mengapa mayoritas masyarakat tidak menyampaikan informasi sekalipun sudah mendapatkan pendidikan terkait HIV ke orang terdekat. Melihat adanya kesulitan untuk berdiskusi dengan keluarga, maka diperlukan adanya edukasi pada keluarga untuk menghilangkan anggapan tabu terkait informasi HIV. Pemberdayaan keluarga untuk dapat lebih terbuka terkait informasi HIV adalah penting sebagai sumber informasi pertama individu.

Ketersediaan sumber informasi tentang HIV yang terbatas dapat menyebabkan frekuensi paparan dan menyebarnya informasi di kalangan masyarakat lebih rendah. Kuantitas akses informasi yang rendah dapat memengaruhi kurangnya pengetahuan masyarakat dan menyebabkan miskonsepsi

terkait penularan HIV, serta memiliki pengaruh pada persepsi masyarakat terhadap ODHA.

Penelitian ini searah dengan teori perilaku *PRECEDE model* yang dikemukakan oleh Lawrence Green. Green (2000) menjelaskan bahwa faktor pendukung (*enabling factors*) dapat terwujud dalam ketersediaan sumber informasi untuk terjadinya suatu perilaku (Notoatmodjo, 2012). Media massa memiliki pengaruh terhadap persepsi dan perilaku. Media massa dapat memberikan informasi HIV dari berbagai metode pendekatan yang dapat menambah pengetahuan dan pendidikan kepada masyarakat, sehingga diperlukan adanya perluasan fasilitas sumber informasi oleh instansi kesehatan setempat, terutama melalui media massa seperti media cetak *leaflet* dan media sosial yang lebih mudah diakses pada masa pandemi COVID-19.

5.2.4 Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Hasil analisis penelitian ini menggunakan uji *spearman's rho* menunjukkan ada hubungan signifikan yang cukup kuat dan tidak searah antara dukungan tokoh masyarakat dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek. Hubungan antara kedua variabel bersifat tidak searah artinya apabila semakin rendah dukungan tokoh masyarakat maka akan semakin tinggi tingkat stigma. Hasil data distribusi responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden menyatakan tidak ada dukungan dari tokoh masyarakat, terutama pada parameter dukungan informatif dan emosional. Mayoritas responden menyatakan tidak pernah mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS dan merasa tidak mendapat dukungan untuk tidak memberikan stigma

kepada penderita HIV/AIDS dari tokoh masyarakat. Sebagian besar masyarakat yang menyatakan tidak mendapatkan dukungan juga memiliki tingkat stigma yang tinggi.

Hasil analisis ini searah dengan penelitian milik Hati *et al.*, (2017), yang menunjukkan bahwa stigma terhadap ODHA juga dipengaruhi oleh sikap tokoh masyarakat. Peluang memberikan stigma akan menjadi empat kali lebih besar, jika tokoh masyarakat memiliki sikap yang kurang baik terhadap ODHA. Hal ini juga sejalan dengan penelitian dari Nawangwulan (2020) tentang stigma terhadap anak dengan HIV/AIDS, dimana salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah dukungan dari tokoh masyarakat.

Penelitian ini sejalan dengan teori Lawrence Green, *PRECEDE model*. Perilaku terbentuk karena adanya dorongan (*reinforce*) yang dapat memperkuat terjadinya perilaku. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) tercermin dalam sikap dari kelompok yang dijadikan referensi perilaku oleh masyarakat, salah satunya adalah dukungan tokoh masyarakat. Dukungan tokoh masyarakat adalah dukungan yang diperoleh dari hubungan interpersonal, yang berupa informasi verbal yang diterima seseorang atau masyarakat dari tokoh masyarakat yang membawa efek perilaku. Desa Masaran termasuk dalam wilayah pedesaan Kabupaten Trenggalek. Sebagaimana ciri khas tata sosial masyarakat pedesaan, yaitu hubungan yang erat, tidak bersifat individualisme dan patuh terhadap tradisi, membuat pemuka atau tokoh masyarakat memiliki peranan yang penting. Menurut Handayani and Mahmud (2019) tokoh masyarakat merupakan *role model* atau contoh yang biasanya menjadi panutan masyarakat, terutama bagi masyarakat di daerah pedesaan. Peneliti melihat adanya kemungkinan dimana kurangnya

dukungan tokoh masyarakat, baik melalui informasi, anjuran ataupun tindakan, dijadikan sebagai tanda oleh masyarakat desa bahwa sikap dan perilaku stigmatisasi terhadap ODHA bukanlah sesuatu yang salah. Selain itu, tanpa adanya dukungan dari tokoh masyarakat, mitos-mitos tentang HIV/AIDS akan terus berkembang dan membentuk persepsi negatif terhadap ODHA.

Tokoh masyarakat berperan penting dalam menurunkan terjadinya stigma terhadap penderita HIV/AIDS, karena tokoh lokal merupakan contoh yang biasanya menjadi panutan masyarakat desa. Tindakan dan sikap tokoh masyarakat dijadikan referensi oleh masyarakat dalam mengubah perilaku mereka, termasuk yang terkait dengan penularan HIV dan menurunkan stigma terhadap ODHA.

5.2.5 Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS

Hasil analisis penelitian ini menggunakan uji *spearman's rho* menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek. Hasil data distribusi responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden (60,9%) menyatakan petugas kesehatan memberikan dukungan untuk menurunkan stigma, dan sebagian kecil (39,1%) menyatakan tidak ada dukungan dari petugas kesehatan. Meskipun mayoritas masyarakat menyatakan terdapat dukungan, sebagian besar dari kelompok tersebut tetap memiliki tingkat stigma yang tinggi terhadap penderita HIV/AIDS.

Hasil dari penelitian ini berlawanan dengan penelitian sebelumnya dari Nawangwulan (2020), yang menunjukkan bahwa dukungan tenaga kesehatan adalah faktor yang berhubungan dengan stigma terhadap anak dengan HIV/AIDS.

Menurut Nawangwulan (2020) tenaga kesehatan adalah sumber informasi kesehatan yang benar dan memiliki kekuatan bagi anak dengan HIV/AIDS supaya tetap semangat dalam mengontrol kesehatannya. Penelitian dari Hati *et al.*, (2017) juga menjelaskan bahwa sikap tenaga kesehatan memiliki pengaruh dalam menentukan stigma masyarakat terhadap ODHA.

Green (2000) dalam teorinya, *PRECEDE model* mengungkapkan bahwa dukungan dari petugas kesehatan adalah faktor pendorong (*reinforce*) terhadap perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Dukungan petugas kesehatan didefinisikan sebagai kenyamanan fisik dan psikologis, perhatian, penghargaan, bantuan dalam bentuk lainnya yang diterima individu dari petugas kesehatan.

Peneliti berhipotesis bahwa tidak adanya hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS, dapat disebabkan karena petugas kesehatan bukan satu-satunya faktor *reinforce* dari perilaku masyarakat desa. Peran dari *role model* masyarakat pedesaan yang tidak seimbang, yaitu tokoh masyarakat, berkemungkinan memiliki pengaruh pada minat dalam upaya memahami penyakit HIV/AIDS, meskipun petugas kesehatan telah memberikan dukungan untuk menurunkan stigma. Hal ini dapat dikaitkan dengan karakteristik tata sosial masyarakat pedesaan yang memiliki hubungan erat antar tiap elemen atau hirarki, sehingga sikap dari tokoh masyarakat yang tidak mendukung memiliki kemungkinan memberikan dampak lebih untuk ditiru oleh masyarakat. Selain itu, media informasi yang terbatas dapat menjadi salah satu yang mempengaruhi hasil tersebut. Informasi tentang HIV seringkali hanya diberikan sewaktu masyarakat melakukan pemeriksaan langsung ke puskesmas, sehingga frekuensi paparan tentang informasi HIV sangat rendah dan tidak bisa

berulang. Peneliti berpendapat bahwa hal tersebut tidak dapat begitu saja mengubah mitos HIV yang telah dipercaya, karena frekuensi paparan memengaruhi intensitas perhatian yang dapat menentukan tingkatan pengetahuan.

Petugas kesehatan memiliki peranan yang penting dalam menurunkan tingkat stigma masyarakat, melalui peran mereka sebagai kolaborator dan edukator. Penerapan program edukasi sebaiknya menggunakan strategi pemberdayaan melalui penetapan sasaran kepada pihak-pihak yang memiliki *power* dalam tatanan masyarakat, yaitu tokoh masyarakat. Diperlukan adanya keterlibatan tokoh masyarakat secara langsung dalam program yang dijalankan untuk mengubah persepsi masyarakat terhadap penyakit HIV dan penderita HIV/AIDS.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini antara lain.

1. Kuesioner tidak mencantumkan pertanyaan secara spesifik tentang rentang waktu pada dukungan petugas kesehatan. Hal ini perlu dijadikan pertimbangan karena penelitian dilaksanakan pada masa pandemi COVID-19, di mana petugas kesehatan sebagai penanggungjawab program HIV masih berfokus pada penanganan pandemi dan dapat memengaruhi frekuensi dukungan yang diberikan, sehingga kontinuitas program HIV dan apakah selama pandemi dukungan masih intens diberikan oleh petugas kesehatan tidak dapat dijelaskan.
2. Kejujuran dan keterbukaan responden dalam menjawab pertanyaan dalam kuesioner penelitian merupakan hal-hal yang berada di luar jangkauan peneliti untuk mengontrolnya.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan tentang simpulan dan saran dari hasil penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE model* di Desa Masaran, Trenggalek.

6.1 Simpulan

1. Pengetahuan berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Semakin baik pengetahuan masyarakat tentang HIV, maka akan semakin rendah tingkat stigma dan sebaliknya.
2. Persepsi memiliki hubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Semakin positif persepsi seseorang terhadap HIV dan penderita HIV/AIDS, maka tingkat stigma akan semakin rendah dan sebaliknya.
3. Ketersediaan sumber informasi berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Ketersediaan sumber informasi yang semakin mudah seperti melalui diskusi keluarga ataupun media massa, maka akan menurunkan tingkat stigma dan sebaliknya.
4. Dukungan tokoh masyarakat memiliki hubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Semakin tinggi dukungan tokoh masyarakat, maka tingkat stigma akan semakin rendah dan sebaliknya.

5. Dukungan petugas kesehatan tidak memiliki hubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS. Sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan, akan tetapi masih memiliki tingkat stigma yang tinggi.

6.2 Saran

1. Bagi Responden

Masyarakat diharapkan lebih aktif dalam mengakses informasi dari berbagai sumber, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan yang diharapkan dapat mengubah persepsi dan menurunkan tingkat stigma.

2. Bagi Perawat

Perawat puskesmas setempat diharapkan dapat meningkatkan penyuluhan kesehatan tentang HIV secara berkelanjutan dengan melibatkan tokoh masyarakat, sebagai *role model* perilaku masyarakat pedesaan dan memiliki *power* dalam tatanan sosial, supaya dapat membantu mengurangi kesalahpahaman, persepsi negatif dan mitos yang dipercaya masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS.

3. Bagi Instansi Kesehatan

Diharapkan puskesmas selaku instansi kesehatan setempat, dapat selalu mensosialisasikan program HIV/AIDS, terutama dalam mewujudkan tidak ada stigma terhadap penderita HIV/AIDS melalui program edukasi. Pendidikan HIV seharusnya lebih mudah diakses, terutama pada masa pandemi COVID-19, sehingga puskesmas diharapkan dapat menyediakan fasilitas sumber informasi melalui *platform online*, seperti media sosial.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian lebih lanjut dengan rancangan penelitian kualitatif untuk menjelaskan *way of life* yang dipercaya oleh masyarakat tentang perilaku seksual, atau menambahkan variabel yang sesuai untuk menentukan tingkat frekuensi dukungan yang optimal, atau membuat eksperimen edukasi dengan metode pengembangan model pendidikan keluarga, sebagai sumber informasi pertama supaya diskusi domestik lebih terbuka tanpa adanya anggapan tabu.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, A. *et al.* (2021) *Mengkaji HIV/AIDS dari Teoritik Hingga Praktik*. Edited by M. B. Muvid. Indramayu, Jawa Barat: Penerbit Adab.
- Alemi, Q. and Stempel, C. (2019) 'Association between HIV knowledge and stigmatizing attitudes towards people living with HIV in Afghanistan: Findings from the 2015 Afghanistan Demographic and Health Survey', *International Health*, 11(6), pp. 440–446. doi: 10.1093/inthealth/ihz013.
- Alshouibi, E. and Alaqil, F. (2019) 'HIV-related discrimination among senior dental students in Jeddah', *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 9(3), p. 219. doi: 10.4103/jispcd.jispcd_420_18.
- Ardhiyanti, Y. Lusiana, N. Megasari, K. (2015) *Bahan Ajar AIDS pada Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Arikunto Suharsini (2010) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asamoah, C. K., Asamoah, B. O. and Agardh, A. (2017) 'A generation at risk: A cross-sectional study on HIV/AIDS knowledge, exposure to mass media, and stigmatizing behaviors among young women aged 15–24 years in Ghana', *Global Health Action*, 10(1). doi: 10.1080/16549716.2017.1331538.
- AVERT (2019) *HIV Stigma and Discrimination*. Diakses pada 18 Februari 2021 <<https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination>>
- Bastable, S. B. (2003) *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 2nd edn. Jones & Bartlett Learning.
- Bunn, J. Y. *et al.* (2007) 'Measurement of stigma in people with HIV: A reexamination of the HIV stigma scale', *AIDS Education and Prevention*, 19(3), pp. 198–208. doi: 10.1521/aeap.2007.19.3.198.
- Calderón, C. T. *et al.* (2015) 'Knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia', *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 19(4), pp. 369–375. doi: 10.1016/j.bjid.2015.04.002.

- CDC (2020) *Facts about HIV Stigma*. Diakses pada 18 Februari 2021 <<https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html>>
- Clarke, V. A., Frankish, C. J. and Green, L. W. (1997) 'Understanding suicide among indigenous adolescents: A review using the PRECEDE model', *Injury Prevention*, 3(2), pp. 126–134. doi: 10.1136/ip.3.2.126.
- Fauzan, M. I. (2015) *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Stigma Masyarakat Pada Penderita HIV & AIDS Berdasarkan Teori Health Belief Model*. Universitas Airlangga.
- Finnajakh, A., Meilani, N. and Setiyawati, N. (2020) 'The Correlation Between Knowledge Level and Perception with the Community Stigma on PLWH in Pandowoharjo Village , Sleman', *PROC. INTERNAT. CONF. SCI. ENGIN*, 3(April), pp. 685–690.
- Fisher, E. B. et al. (2018) *Principles and Concepts of Behavioral Medicine: A Global Handbook*. Springer.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Simon & Schuster Inc.
- Green, L. (2000) *Health Promotion Planning An Aducational And Environmental Approach*. 2nd edn. London: Mayfield Publishing Company.
- Handayani, S. and Mahmud, A. (2019) 'Stigma and Discrimination of People With HIV / AIDS Between Urban and Rural Communities in South Sulawesi', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(3), pp. 133–141.
- Harriet Deacon (2005) *Understanding HIV/AIDS Stigma: A Theoretical and Methodological Analysis*. Cape: HSRC Press.
- Hati, K., Shaluhiyah, Z. and Suryoputro, A. (2017) 'Stigma Masyarakat Terhadap ODHA Di Kota Kupang Provinsi NTT', *Jurnal Promosi Promosi Kesehatan Indonesia*, 12(1), pp. 62–77.
- Hidayat, A. . (2008) *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayati, A. N. (2020) *Manajemen HIV/AIDS: Terkini, Komprehensif, dan Multidisiplin*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Jahangiry, L. *et al.* (2019) 'Preventive factors related to brucellosis among rural population using the PRECEDE model: an application of path analysis', *Tropical Animal Health and Production*, 51(2), pp. 419–428. doi: 10.1007/s11250-018-1708-2.
- Judgeo, N. and Moalusi, K. P. (2014) 'My secret: The social meaning of HIV/AIDS stigma', *Sahara J*, 11(1), pp. 76–83. doi: 10.1080/17290376.2014.932302.
- Kahan, S. *et al.* (2014) *Health Behavior Change in Populations*. JHU Press.
- Kemenkes (2018) *NO HIV AIDS, NO STIGMA*. Diakses pada 18 Februari 2021 <<https://promkes.kemkes.go.id/?p=8979>>
- Kemenkes RI (2020) *Puncak Peringatan Hari AIDS Sedunia, Kemenkes: Jangan Ada Lagi Stigma dan Diskriminasi Pada ODHA*. Diakses pada 26 Februari 2021 <<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201201/>>
- Kumar, N. *et al.* (2017) 'Stigmatization and Discrimination toward People Living with HIV/AIDS in a Coastal City of South India', *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 16(3), pp. 226–232. doi: 10.1177/2325957415569309.
- Levy, P. S. and Lemeshow, S. (2008) *Sampling of populations: methods and application*. 4th edition. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Li, Xin *et al.* (2017) 'Factors associated with stigma attitude towards people living with HIV among general individuals in Heilongjiang, Northeast China', *BMC Infectious Diseases*, 17(1), pp. 1–6. doi: 10.1186/s12879-017-2216-0.
- Link, B. G. and Phelan, J. C. (2001) 'Conceptualizing stigma', *Annual Review of Sociology*, 27(2001), pp. 363–385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Mo, P. K. H. and Mak, W. W. S. (2008) 'Application of the PRECEDE model to understanding mental health promoting behaviors in Hong Kong', *Health Education and Behavior*, 35(4), pp. 574–587. doi: 10.1177/1090198108317409.
- Nasronudin (2020) *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler Klinis & Sosial*. 2nd edn. Surabaya: Airlangga University Press.
- National Population and Family Planning Board (BKKBN), Statistics Indonesia (BPS), Ministry of Health (Kemenkes), and ICF. (2018). 'Indonesia Demographic and Health Survey 2017'. Jakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes, and ICF.

- Nawangwulan, A. T. (2020) 'Stigma Anak dengan HIV/AIDS pada Masyarakat', *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 4(4), pp. 621–631. doi: <https://doi.org/10.15294/higeia/v4i4/34615>.
- Notoatmodjo (2010) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novignon, J. *et al.* (2014) 'HIV/AIDS-related stigma and HIV test uptake in Ghana: Evidence from the 2008 demographic and health survey', *Etude de la Population Africaine*, 28(3), pp. 1362–1379. doi: 10.11564/0-0-626.
- Nursalam (2020) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 5th edn. Edited by Peni Puji Lestari. Jakarta: Salemba Medika.
- Pakpahan, M. *et al.* (2021) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Edited by R. Watrianthos. Yayasan Kita Menulis.
- Pintrich, R. P. and Schunk, H. D. (1996) *Motivation in Education, Theory Research and Application*. New Jersey: Prentice Hall.
- Pitasi, M. A. *et al.* (2018) 'Stigmatizing Attitudes Toward People Living with HIV Among Adults and Adolescents in the United States', *AIDS Behav*, 22(12), pp. 3887–3891. doi: 10.1007/s10461-018-2188-0. Stigmatizing.
- Porter, C. M. (2016) 'Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion', *Health Education Journal*, pp. 1–12. doi: 10.1177/0017896915619645.
- Sahoo, S. S. *et al.* (2020) 'Social stigma and its determinants among people living with HIV/AIDS: A cross-sectional study at ART center in North India', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(11), pp. 5646–5651. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_981_20.
- Sarafino, E. P. and Smith, T. W. (2014) *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 8th edn. John Wiley & Sons.
- Sen, L. T. *et al.* (2021) 'Scrutinizing the knowledge and stigma of HIV/AIDS in the community level in Indonesia and the correlation to risk groups aversion to screening', *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 716(1), p. 012089. doi: 10.1088/1755-1315/716/1/012089.

- Shaluhayah, Z., Musthofa, S. B. and Widjanarko, B. (2015) 'Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS', *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 9(4), pp. 333–339. doi: 10.21109/KESMAS.V9I4.740.G469.
- Shim, M. S. and Kim, G. S. (2020) 'Factors influencing young Korean men's knowledge and stigmatizing attitudes about HIV infection', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), pp. 1–13. doi: 10.3390/ijerph17218076.
- Smet, B. (1994) *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT.Grasindo.
- Stangl, A. L. *et al.* (2019) 'The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas', *BMC Medicine*, 17(31), pp. 1–13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>.
- UNAIDS (2000) 'Stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants Research studies from Uganda and India', *Unaids*, p. 44.
- UNAIDS (2020a) 'Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination'.
- UNAIDS (2020b) *Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet*. Diakses pada 26 February 2021 <<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>>
- W. Lucas, J. and Phelan, J. C. (2014) 'Stigma and Status: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives Jeffrey', *Soc Psychol Q*, 75(4), pp. 1–26. doi: 10.1177/0190272512459968.
- WHO (2007) 'WHO clinical staging of HIV disease in adults', *World Health Organization*, pp. 1–2.
- WHO (2020a) *HIV/AIDS*. Diakses pada 18 Februari 2021 <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>
- WHO (2020b) 'Panduan untuk mencegah dan mengatasi stigma sosial', *Unicef*, pp. 1–5.
- Windsor, R. A. (2015) *Evaluation of Health Promotion and Disease Prevention Programs: Improving Population Health through Evidence-Based Practice*. 5th edn. Oxford University Press.

- Yeo, T. E. D. and Chu, T. H. (2017) 'Social-cultural factors of HIV-related stigma among the Chinese general population in Hong Kong', *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 29(10), pp. 1255–1259. doi: 10.1080/09540121.2017.1282601.
- Zainiddinov, H. (2019) 'Trends and Determinants of Attitudes Towards People Living with HIV/AIDS Among Women of Reproductive Age in Tajikistan', *Central Asian Journal of Global Health*, 8(1). doi: 10.5195/cajgh.2019.349.

Lampiran 1 Surat Permohonan Pengambilan Data Awal



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5913756, Fax. 031-5913752
Laman : <http://ners.unair.ac.id> email : dekan@fkip.unair.ac.id


Nomor : 455/UN3.1.13/DL/2021 10 Februari 2021
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Survey Pengambilan Data Awal**

Kepada Yth.: Kepala Kantor Kesbangpol
Kabupaten Trenggalek

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Linda Masruroh
NIM : 131711133060
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Stigma Masyarakat Terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Trenggalek
Pembimbing Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
Pembimbing : Eka Mishbahatul Mar'ah Has., S.Kep.,Ns., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

 Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP. 197806052008122001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5913756, Fax. 031-5913752
Laman : <http://ners.unair.ac.id> email : dekan@fkip.unair.ac.id

Nomor : 456/UN3.1.13/DL/2021
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Fasilitas**
Survey Pengambilan Data Awal

10 Februari 2021

Kepada Yth.: Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan
Keluarga Berencana
Kabupaten Trenggalek

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Linda Masruroh
NIM : 131711133060
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Stigma Masyarakat
Terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten
Trenggalek
Pembimbing Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
Pembimbing : Eka Mishbahatul Mar'ah Has., S.Kep., Ns., M.Kep.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP. 197806052008122001

Lampiran 2 Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5913756, Fax. 031-5913752
Laman : <http://ners.unair.ac.id> email : dekan@fkip.unair.ac.id

Nomor : 1896/UN3.1.13/DL/2021
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

02 Juni 2021

Kepada Yth.: Kepala Kantor Kesbangpol
Kabupaten Trenggalek

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Linda Masruroh
NIM : 131711133060
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* di Desa Masaran, Trenggalek

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP. 197806052008122001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5913756, Fax. 031-5913752
Laman : <http://ners.unair.ac.id> email : dekan@fkip.unair.ac.id

Nomor : 1897/UN3.1.13/DL/2021
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

02 Juni 2021

Kepada Yth.: Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk
dan Keluarga Berencana
Kabupaten Trenggalek

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Linda Masruroh
NIM : 131711133060
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE Model* di Desa Masaran, Trenggalek

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP. 197806052008122001

Lampiran 3 Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jln. HOS. Cokroaminoto No. 1 Telp. (0355) 796547
 TRENGGALEK Kode Pos. 66316

Trenggalek, 3 Juni 2021

Nomor : 070/213/406.030/2021
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Penelitian/Survey/Research

Kepada :
 Yth. 1. Kepala Dinkesdaldud Dan KB
 2. Camat Munjungan
 di

TRENGGALEK

Menunjuk surat : Universitas Airlangga Surabaya
 Nomor : 1896/UN3.1.12/DL/2021
 Tanggal : 2 Juni 2021

Bersama ini memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : LINDA MASRUROH
 Alamat : RT 018 RW 004 Kel./Ds. Masaran Kec. Munjungan
 Kab. Trenggalek
 Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa
 Kebangsaan : WNI

Bermaksud mengadakan Penelitian/Survey/Research:

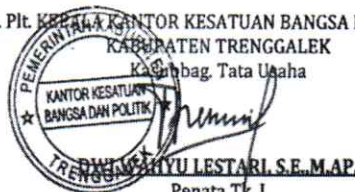
Judul : ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA
 MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA HIV/AIDS
 BERDASARKAN PRECEDE MODEL DI DESA MASARAN
 TRENGGALEK
 Bidang Penelitian : Kesehatan / Keperawatan
 Tujuan : Penyusunan Skripsi
 Status Penelitian : Swadaya
 Penanggung Jawab : Dr. Ika Yani Widyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep. MB.
 Pengikut : -
 Waktu : 3 Juni s/d 30 Juli 2021
 Lokasi : Ds. Masaran Kec. Munjungan Kab. Trenggalek

Sehubungan dengan hal tersebut, diharapkan dukungan dan kerjasama pihak terkait untuk memberikan bantuan yang diperlukan. Adapun kepada peneliti agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di lokasi penelitian/survey/research;
2. Pelaksanaan penelitian/survey/research agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di lokasi penelitian/survey/research;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Kantor Kesbangpol Kabupaten Trenggalek.

Demikian untuk menjadi maklum.

a.n. Plt. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kab. Subag. Tata Usaha



DWI WIDYAWATI, S.E., M.A.P.
 Penata Tk. I
 NIP. 19750110200701 2 008

Tembusan:
 Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan
 UNAIR Surabaya;
 2. Yang Bersangkutan.

Lampiran 4 Surat Pengantar Dinkesdalduk dan KB



**PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA**

Jl. Dr. Soetomo No.4 Telp. 0355-791270
TRENGGALEK 66312

+

Trenggalek, 3 - 6 - 2021

Nomor : 420/406.010/2021
Sifat : segera
Lampiran : (-) bendel
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Desa Masaran Kec. Munjungan
Kab. Trenggalek

di
TRENGGALEK

Menindaklanjuti surat dari UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA tanggal 2 Juni 2021 Nomor 1897/UN3.1.13/DL/2021 dan surat rekomendasi dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Trenggalek tanggal 3 Juni 2021 nomor 070/213/406.030/2021 perihal tersebut pada pokok surat, maka kami tidak keberatan dan dapat menerima Mahasiswa sebagai berikut :

Nama : LINDA MASRUROH
NIM : 131711133060
Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan PRECEDE Model di Desa Masaran, Trenggalek
Tempat : Desa Masaran Kec. Munjungan Kab. Trenggalek
Lamanya : 3 Juni 2021 s/d 30 Juli 2021

Untuk melaksanakan Penelitian guna untuk menyusun Tugas Akhir dan mohon bantuannya guna mendukung kelancaran kegiatan tersebut, dengan dikenakan retribusi sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Trenggalek No. 24 tahun 2016.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA
KABUPATEN TRENGGALEK



TEMBUSAN : disampaikan kepada
Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian
Penduduk Dan Keluarga Berencana
Kab. Trenggalek
(Sebagai Laporan)
2. Sdr. LINDA MASRUROH

Dr. SAERONIMMRS
Pembina Tk.1
NIP. 19711114 200212 1 002

Lampiran 5 Surat Komisi Etik Penelitian Kesehatan



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 2262-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, carefully reviewed the research protocol entitled :

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA HIV/AIDS BERDASARKAN PRECEDE MODEL DI DESA MASARAN, TRENGGALEK”

Peneliti utama : **Linda Masruroh**
Principal Investigator
Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Desa Masaran Kecamatan Munjungan Kabupaten Trenggalek
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.



Surabaya, 2 Juni 2021
Iskates (CHAIRMAN)
Enhal Qur'aniati, S.Kep.Ns.,M.Ng.,PhD
 NIP. 1978 0208 2014 09 2001

**Masa berlaku 1 tahun*
1 year validity period

Lampiran 6 Lembar Penjelasan Penelitian Bagi Responden

Penjelasan Penelitian Bagi Responden

1. Judul Penelitian

Analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE* model di Desa Masaran, Trenggalek

2. Tujuan

Tujuan Umum

Menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE* model di Desa Masaran, Trenggalek

Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek
- 2) Menganalisis hubungan antara persepsi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek
- 3) Menganalisis hubungan antara ketersediaan sumber informasi dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek
- 4) Menganalisis hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek
- 5) Menganalisis hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS di Desa Masaran, Trenggalek

3. Perlakuan yang Diterapkan Pada Subjek

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, sehingga tidak ada perlakuan apapun untuk subjek. Subjek hanya terlibat sebagai responden yang akan diberikan pertanyaan melalui kuesioner dengan waktu pengisian selama 15 menit.

4. Waktu Pelaksanaan

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni-Juli 2021

5. Manfaat

Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu Keperawatan Komunitas yang dapat memberikan informasi tentang faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE* Model

Manfaat Praktis

- 1) Bagi masyarakat diharapkan setelah penelitian ini dapat memperoleh informasi tentang HIV/AIDS sehingga tidak terjadi miskonsepsi, serta dalam jangka panjang dapat mengaplikasikan perilaku pencegahan dan penularan HIV sebagaimana mestinya, sehingga diharapkan subjek memiliki derajat kesehatan yang baik terutama dalam mencegah tertular dari infeksi HIV
- 2) Bagi penderita HIV/AIDS dapat memperoleh informasi tentang penyakit HIV/AIDS dan membantu dalam memahami penyebab stigma di masyarakat
- 3) Bagi perawat di wilayah setempat dapat dijadikan pertimbangan dalam upaya mengembangkan intervensi yang komprehensif dalam mengatasi faktor penentu terkait dengan stigma masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA)
- 4) Bagi peneliti selanjutnya, dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menganalisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap ODHA berdasarkan *PRECEDE* Model

6. Bahaya Potensial

Tidak terdapat bahaya potensial yang dapat mengancam jiwa responden.

7. Hak untuk Undur Diri

Keikutsertaan dan keadaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun apabila tidak

bersedia untuk meneruskan partisipasinya dalam penelitian sesuai dengan alasan yang dikemukakan, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

8. Jaminan Kerahasiaan Data

Semua data dan informasi identitas responden penelitian akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden dan nama responden akan diubah dalam bentuk nomor, jenis angka arab barat. Data akan disimpan dalam satu tempat (tas) yang dikunci dan akan dimusnahkan dengan cara dibakar maksimal dua tahun setelah melakukan sidang penelitian

9. Adanya Insentif untuk Subjek

Keikutsertaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga tidak ada insentif berupa uang yang akan diberikan kepada responden. Tetapi peneliti memberikan poster edukasi tentang HIV/AIDS kepada seluruh responden.

10. Informasi Tambahan

Subjek penelitian dapat menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Nama/ Email : Linda Masruroh/ linda.masruroh-2017@fkip.unair.ac.id

Trenggalek,..... 2021

Linda Masruroh

Lampiran 7 Permohonan Menjadi Responden**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Para responden di Desa Masaran Kecamatan Munjungan

Assalamualaikum Wr.Wb

Saya Linda Masruroh mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Dengan ini saya akan melakukan penelitian dengan judul “Analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE* model di Desa Masaran, Trenggalek”. Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan responden untuk bersedia mengisi kuesioner.

Saya menjamin kerahasiaan dan identitas diri dari semua data yang dikumpulkan. Informasi yang diberikan digunakan sebagai sarana untuk peningkatan kesehatan komunitas dan tidak ada maksud lain. Saudara/i berhak untuk mengundurkan diri apabila tidak berkenan menjadi responden penelitian.

Sebagai bukti kesediaan Saudara/i menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan yang telah saya siapkan. Atas partisipasi Saudara/i dalam penelitian ini saya sampaikan banyak terimakasih.

Nomor yang dapat dihubungi: Linda Masruroh/ 081249970575

Trenggalek,2021

Hormat Saya

Linda Masruroh

Lampiran 8 Informed Consent**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**
(*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan/ Jabatan :

Telah mendapatkan keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Analisis faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS berdasarkan *PRECEDE* model di Desa Masaran, Trenggalek”
2. Tujuan penelitian
3. Perlakuan yang akan diberikan kepada subjek penelitian
4. Manfaat bagi subjek penelitian
5. Bahaya potensial
6. Hak untuk undur diri dari penelitian
7. Jaminan kerahasiaan data

Berdasarkan penjelasan yang telah saya terima dari peneliti, maka dengan ini saya menyatakan bersedia/ tidak bersedia *) secara sukarela untuk menjadi partisipan dalam penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Trenggalek,2021

Peneliti

Responden

Linda Masruroh

.....

*)Coret salah satu

Lampiran 9 Kuesioner Penelitian

LEMBAR KUESIONER

Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita HIV/AIDS Berdasarkan *PRECEDE* Model Di Desa Masaran, Trenggalek”

Kode Responden:

A. Data Demografi

Petunjuk pengisian: Isilah pertanyaan pada tempat yang disediakan. Untuk pertanyaan dengan pilihan, berikan tanda centang (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda.

1. Umur

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20- 30 tahun | <input type="checkbox"/> 41-50 tahun |
| <input type="checkbox"/> 31- 40 tahun | <input type="checkbox"/> 51- 60 tahun |

2. Jenis kelamin

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laki-laki | <input type="checkbox"/> Perempuan |
|------------------------------------|------------------------------------|

3. Pekerjaan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja | <input type="checkbox"/> Nelayan |
| <input type="checkbox"/> PNS | <input type="checkbox"/> Petani |
| <input type="checkbox"/> Guru | <input type="checkbox"/> Lain-lain, Sebutkan:..... |
| <input type="checkbox"/> Wiraswasta | |

4. Pendidikan terakhir

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tidak Sekolah | <input type="checkbox"/> SD |
| <input type="checkbox"/> SLTP | <input type="checkbox"/> SLTA |
| <input type="checkbox"/> Perguruan tinggi | |

5. Status pernikahan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sudah menikah | <input type="checkbox"/> Belum menikah |
| <input type="checkbox"/> Janda | <input type="checkbox"/> Duda |

LEMBAR KUESIONER B
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA
MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA HIV/AIDS
BERDASARKAN *PRECEDE* MODEL DI DESA MASARAN,
TRENGGALEK

KUESIONER PENGETAHUAN HIV/AIDS

Berilah tanda checklist (√) pada jawaban yang sesuai dengan kemampuan saudara yang sebenarnya		
Pernyataan	Benar	Salah
1. HIV sama halnya dengan AIDS		
2. AIDS dapat disembuhkan		
3. Seseorang bisa terkena HIV dari toilet duduk		
4. HIV dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk		
5. HIV dapat ditularkan dengan berbagi segelas air minum bersama ODHA (Orang dengan HIV/ AIDS)		
6. Mandi, atau mencuci alat kelamin setelah berhubungan seks dapat mencegah seseorang terkena HIV		
7. Seseorang yang menyandang status dengan HIV positif akan terlihat sehat seperti halnya...		
8. Seseorang yang telah terinfeksi HIV maka akan muncul tanda dan gejala serius HIV dengan cepat		
9. Ada vaksin yang dapat mencegah penularan HIV		
10. Melakukan tes untuk HIV satu minggu setelah berhubungan seks akan memberikan hasil yang akurat		
11. Penularan HIV dapat terjadi dengan cara berenang di dalam sebuah kolam renang dengan seseorang yang positif HIV		
12. Seseorang bisa terkena HIV melalui kontak dengan air liur, air mata, keringat, atau air seni.		
13. Mengonsumsi vitamin dapat mencegah seseorang terkena HIV		
14. Seseorang TIDAK akan terkena HIV jika dia		

menggunakan antibiotik.		
15. Makan makanan sehat dapat mencegah seseorang terkena HIV.		
16. Menggunakan Vaginal douching (seuah alat untuk menyemprotkan cairan pada area kemaluan perempuan) setelah berhubungan sex dapat mencegah penularan HIV		
17. Menarik penis (alat kelamin pria) keluar sebelum puncak kenikmatan seks pada pria akan mencegah wanita dari HIV saat berhubungan seks.		

KUESIONER PERSEPSI

Berilah tanda checklist (✓) pada salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi saudara yang sebenarnya pada kolom "Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak dapat Menentukan (TM), Tidak Setuju (TS) atau Sangat Tidak Setuju (STS)"						
No	Pernyataan	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak dapat Menentukan (TM)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
1.	Saya harus menolak untuk berurusan dengan orang dengan HIV atau AIDS					
2.	Orang dengan HIV atau AIDS seharusnya dirawat di ruang tersendiri.					
3.	Perasaan saya akan berkata "Akankah saya terkena HIV dan apakah saya akan matikarena AIDS?" jika saya berurusan (berteman, kerja bareng dll) dengan orang yang dengan positif HIV					

4.	Diri Saya merasa tidak berharga ketika menghabiskan waktu dan tenaga saya untuk merawat orang dengan AIDS yang sekarat					
5.	Saya merasa tidak nyaman berurusan dengan seorang biseksual (sesama jenis kelamin melakukan hubungan seksual) yang memiliki HIV atau AIDS.					
6.	Saya merasa lebih kasian terhadap orang yang tertular HIV melalui transfusi darah (donor darah) dari pada orang yang tertular HIV melalui hubungan seksual.					
7.	Saya akan merasa tidak nyaman berurusan dengan seorang anak penderita HIV atau AIDS					
8.	Saya akan menolak untuk merawat seseorang dengan HIV atau AIDS.					
9.	Fasilitas pelayanan kesehatan seharusnya					

	berhak untuk menolak memberikan perawatan kepada pasien dengan positif HIV atau AIDS					
10.	Jika saya berurusan dengan seseorang dengan HIV atau AIDS, saya akan khawatir dengan prasangka buruk keluarga saya, teman, dan rekan kerja saya.					
11.	Seseorang laki-laki yang melakukan hubungan seksual dengan seorang laki-laki yang positif HIV/AIDS maka layak mendapatkannya.					
12.	Pasangan homoseksual (laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki) harus tidak diberikan rasa hormat sama halnya dengan pasangan heteroseks(laki-laki/perempuan yang melakukan hubungan seks dengan beberapa orang)					
13.	Sikap saya menjadi lebih buruk terhadap homoseksual (laki-laki					

	berhubungan seks dengan laki-laki) dan terhadap heteroseks (laki-laki/perempuan yang melakukan hubungan seks dengan beberapa orang) sejak saya mengetahui penyakit HIV dan AIDS					
14.	Dengan HIV / AIDS atau tanpa HIV / AIDS, saya tidak akan berurusan dengan orang homoseksual (laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki) dan terhadap heteroseks (laki-laki/perempuan yang melakukan hubungan seks dengan beberapa orang)					
15	Saya tidak akan merasa nyaman berteman dengan seseorang dikenal sebagai homoseksual (laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki) dan heteroseksual (laki-laki/perempuan yang melakukan hubungan seks dengan beberapa orang)					

16	Mengurangi hubungan seksual dengan pasangan suami istri yang sah akan mengurangi risiko saya terkena HIV					
----	--	--	--	--	--	--

KUESIONER KETERSEDIAAN SUMBER INFORMASI

Berilah tanda checklist (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi/keadaan saudara yang sebenarnya		
Pernyataan	Ya	Tidak
Apakah Anda pernah mendapatkan informasi dari media elektronik mengenai HIV/AIDS?		
Apakah Anda pernah mendapatkan informasi dari media cetak mengenai HIV/AIDS?		
Apakah Anda pernah mendapatkan informasi dari media sosial mengenai HIV/AIDS?		
Apakah Anda pernah menyampaikan informasi mengenai HIV/AIDS kepada orang lain?		
Apakah Anda pernah melakukan diskusi mengenai informasi HIV/AIDS dengan orang lain?		
Apakah keluarga Anda pernah membahas tentang masalah mengenai HIV/AIDS?		
Apakah Anda pernah mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS dari petugas kesehatan?		

KUESIONER DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT

Berilah tanda checklist (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi/keadaan saudara yang sebenarnya			
No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya pernah mendapatkan informasi mengenai penderita HIV/AIDS dari tokoh masyarakat seperti Ketua RT, Ketua RW, Lurah, tokoh agama, tokoh masyarakat lainnya		
2	Tokoh masyarakat selalu memberikan dukungan kepada ODHA di lingkungan saya		
3	Saya pernah mengikuti diskusi mengenai penyakit HIV/AIDS dengan tokoh masyarakat		
4	Saya merasa mendapat dukungan dari tokoh masyarakat untuk tidak memberikan stigma negatif kepada penderita HIV/AIDS		
<i>Menurut Anda apakah tokoh masyarakat Anda berpendapat seperti dibawah ini</i>			

5	Jika ada salah satu anggota keluarga yang terinfeksi HIV maka harus dikucilkan di masyarakat		
6	Jika ada salah satu anggota keluarga yang terinfeksi HIV akan merusak citra baik nama masyarakat		
7	Jika ada salah satu anggota keluarga yang terinfeksi HIV akan mengganggu kenyamanan didalam masyarakat		
8	Tokoh masyarakat memberikan anjuran kepada keluarga untuk tidak menjauhi penderita HIV		
9	Jika ada penderita HIV maka harus dikucilkan dari masyarakat		

KUESIONER DUKUNGAN PETUGAS KESEHATAN

Berilah tanda checklist (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi/keadaan saudara yang sebenarnya			
No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Petugas kesehatan berperan dalam peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS untuk meminimalisir kejadian stigma		
2	Petugas kesehatan memberikan informasi mengenai penyebab HIV/AIDS		
3	Petugas kesehatan memberikan informasi tentang penularan HIV/AIDS		
4	Petugas kesehatan memberikan informasi tentang pencegahan HIV/AIDS		
5	Petugas kesehatan sudah pernah memberikan media (brosur, poster, leaflet, baliho) tentang HIV/AIDS		
6	Saya pernah mengikuti kegiatan diskusi tentang HIV/AIDS dengan petugas kesehatan		
7	Petugas kesehatan pernah mengadakan sosialisasi tentang HIV/AIDS		
8	Petugas kesehatan memberikan informasi bahwa penyakit HIV/AIDS harus dihindari bukan menghindari orangnya		
9	Petugas kesehatan memberikan penjelasan bahwa penyakit HIV/AIDS tidak mudah menular		
10	Petugas kesehatan menyarankan agar saling setia dengan pasangan untuk meminimalisir penyakit HIV		

KUESIONER STIGMA TERHADAP PENDERITA HIV/AIDS

Berilah tanda checklist (√) pada salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi saudara yang sebenarnya pada kolom “Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) atau Sangat Tidak Setuju (STS)”					
No	Pernyataan	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
1.	Seseorang yang mengidap HIV harus dipisahkan dari masyarakat				
2.	Orang dengan HIV tidak bisa menularkan penyakitnya dengan berjabat tangan atau makan bersama				
3.	Saya tidak ingin berteman akrab dengan waria, karena perilaku seksualnya dapat menularkan HIV				
4.	Jika saya tidak berhubungan seksual dengan WTS (Wanita Tuna Susila) saya tidak akan terkena HIV				
5.	Orang dengan HIV tidak boleh dipekerjakan karena dapat menularkan HIV				
6.	Saya pikir orang yang terkena HIV adalah hukuman karena perilakunya yang buruk				
7.	Saya tidak ingin berteman dengan orang HIV				
8.	Saya merasa nyaman apabila berada disekitar orang HIV				
9.	HIV adalah penyakit menakutkan dan menjijikkan sehingga harus dijauhi				
10.	Saya memandang rendah seseorang karena mengidap HIV				
11.	Menurut saya setiap orang pemakai narkoba akan terkena HIV				
12.	Orang dengan HIV berhak mendapat pengakuan seperti orang normal lainnya				

Lampiran 10 Uji Validitas dan Reliabilitas**1) VARIABEL KETERSEDIAAN SUMBER INFORMASI****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	3,70	3,063	,588	,660
P2	3,75	2,934	,644	,644
P3	3,55	3,208	,694	,652
P4	3,90	3,358	,336	,722
P5	3,95	3,313	,365	,715
P6	3,85	3,503	,256	,741
P7	3,70	3,484	,312	,725

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,728	7

2) VARIABEL DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	4,50	5,211	,584	,748
P2	4,60	5,200	,606	,745
P3	4,70	6,011	,265	,793
P4	4,35	5,082	,689	,733
P5	4,15	5,503	,701	,742
P6	4,50	5,947	,252	,797
P7	4,55	5,734	,347	,784
P8	4,45	5,629	,393	,777
P9	4,20	5,642	,529	,759

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,786	9

3) VARIABEL DUKUNGAN PETUGAS KESEHATAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,924	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	5,85	10,871	,584	,923
P2	5,90	9,779	,945	,903
P3	5,90	9,779	,945	,903
P4	5,95	10,050	,802	,911
P5	5,95	9,945	,841	,909
P6	6,20	10,695	,557	,926
P7	6,20	10,589	,592	,924
P8	5,80	10,589	,757	,915
P9	5,90	11,042	,485	,929
P10	5,75	11,039	,659	,920

Lampiran 11 Data Distribusi Penelitian

1. Demografi

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelompok umur 20-30 tahun	29	26,4	26,4	26,4
	Kelompok umur 31-40 tahun	32	29,1	29,1	55,5
	Kelompok umur 41-50 tahun	28	25,5	25,5	80,9
	Kelompok umur 51-60 tahun	21	19,1	19,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	42	38,2	38,2	38,2
	Perempuan	68	61,8	61,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	31	28,2	28,2	28,2
	PNS	1	,9	,9	29,1
	Guru	3	2,7	2,7	31,8
	Wiraswasta	30	27,3	27,3	59,1
	Nelayan	3	2,7	2,7	61,8
	Petani	35	31,8	31,8	93,6
	Lain-lain	7	6,4	6,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	1	,9	,9	,9
	SD	21	19,1	19,1	20,0
	SLTP	29	26,4	26,4	46,4
	SLTA	44	40,0	40,0	86,4
	Perguruan Tinggi	15	13,6	13,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sudah menikah	94	85,5	85,5	85,5
	Janda	2	1,8	1,8	87,3
	Belum menikah	14	12,7	12,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

2. Pengetahuan

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	80	72,7	72,7	72,7
	Cukup	18	16,4	16,4	89,1
	Baik	12	10,9	10,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

3. Persepsi

Persepsi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	59	53,6	53,6	53,6
	Positif	51	46,4	46,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Uji normalitas data persepsi

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Persepsi
N		110
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	43,01
	Std. Deviation	10,099
Most Extreme Differences	Absolute	,076
	Positive	,074
	Negative	-,076
Kolmogorov-Smirnov Z		,796
Asymp. Sig. (2-tailed)		,550

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

4. Ketersediaan Sumber Informasi

Ketersediaan Sumber Informasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sulit	67	60,9	60,9	60,9
	Mudah	43	39,1	39,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

5. Dukungan Tokoh Masyarakat

Dukungan Tokoh Masyarakat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak mendukung	68	61,8	61,8	61,8
	Mendukung	42	38,2	38,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

6. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan Petugas Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak mendukung	43	39,1	39,1	39,1
	Mendukung	67	60,9	60,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

7. Stigma

Stigma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	91	82,7	82,7	82,7
	Rendah	19	17,3	17,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Lampiran 12 Hasil Uji Statistik

1. Analisis pengetahuan berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS dengan *spearman's rho*

Pengetahuan * Stigma Crosstabulation

Count

		Stigma		Total
		Tinggi	Rendah	
Pengetahuan	Kurang baik	73	7	80
	Cukup	14	4	18
	Baik	4	8	12
Total		91	19	110

Correlations

			Pengetahuan	Stigma
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	-,425**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	110	110
	Stigma	Correlation Coefficient	-,425**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	110	110

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2. Analisis persepsi berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS dengan *spearman's rho*

Persepsi * Stigma Crosstabulation

Count

		Stigma		Total
		Tinggi	Rendah	
Persepsi	Negatif	57	2	59
	Positif	34	17	51
Total		91	19	110

Correlations

			Persepsi	Stigma
Spearman's rho	Persepsi	Correlation Coefficient	1,000	-,635**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	110	110
	Stigma	Correlation Coefficient	-,635**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	110	110

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. Analisis ketersediaan sumber informasi berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS dengan *spearman's rho*

Ketersediaan Sumber Informasi * Stigma Crosstabulation

Count

		Stigma		Total
		Tinggi	Rendah	
Ketersediaan Sumber Informasi	Sulit	60	7	67
	Mudah	31	12	43
Total		91	19	110

Correlations

			Ketersediaan Sumber Informasi	Stigma
Spearman's rho	Ketersediaan Sumber Informasi	Correlation Coefficient	1,000	-,202*
		Sig. (2-tailed)	.	,034
		N	110	110
	Stigma	Correlation Coefficient	-,202*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,034	.
		N	110	110

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4. Analisis dukungan tokoh masyarakat berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS dengan *spearman's rho*

Dukungan Tokoh Masyarakat * Stigma Crosstabulation

Count

		Stigma		Total
		Tinggi	Rendah	
Dukungan Tokoh Masyarakat	Tidak mendukung	57	11	68
	Mendukung	34	8	42
Total		91	19	110

Correlations

			Dukungan Tokoh Masyarakat	Stigma
Spearman's rho	Dukungan Tokoh Masyarakat	Correlation Coefficient	1,000	-,369**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	110	110
	Stigma	Correlation Coefficient	-,369**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	110	110

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. Analisis dukungan petugas kesehatan berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS dengan *spearman's rho*

Dukungan Petugas Kesehatan ^ Stigma Crosstabulation

Count

		Stigma		Total
		Tinggi	Rendah	
Dukungan Petugas Kesehatan	Tidak mendukung	38	5	43
	Mendukung	53	14	67
Total		91	19	110

Correlations

			Dukungan Petugas Kesehatan	Stigma
Spearman's rho	Dukungan Petugas Kesehatan	Correlation Coefficient	1,000	-,174
		Sig. (2-tailed)	.	,070
		N	110	110
	Stigma	Correlation Coefficient	-,174	1,000
		Sig. (2-tailed)	,070	.
		N	110	110