

SKRIPSI

**PENGARUH *BRIEF PSYCHOEDUCATION* TENTANG
HIV/AIDS TERHADAP STIGMA PADA ODHA DI SEKAA
TERUNA TUNAS MUDA BANJAR DUKUH MERTAJATI
DESA SIDA KARYA
TAHUN 2018**



I KADEK RENDRA NUGRAHA

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI
DENPASAR
2019**

SKRIPSI

**PENGARUH *BRIEF PSYCHOEDUCATION* TENTANG
HIV/AIDS TERHADAP STIGMA PADA ODHA DI SEKAA
TERUNA TUNAS MUDA BANJAR DUKUH MERTAJATI
DESA SIDAKARYA
TAHUN 2018**



I KADEK RENDRA NUGRAHA

NIM.17C10238

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI
DENPASAR
2019**

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi penelitian dengan judul “Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018”, telah mendapatkan persetujuan pembimbing untuk dapat dilaksanakan ujian skripsi tanggal 7 Februari 2019.

Denpasar, 6 Februari 2019

Pembimbing I



(Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep.,MNS)

NIDN.0806048001

Pembimbing II



(Ns. I Made Rismawan, S.Kep., MNS)

NIDN. 0820018101

LEMBAR PENETAPAN PANITIA UJIAN SKRIPSI

Skripsi ini telah Diuji dan Dinilai oleh Panitia Penguji pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali pada Tanggal 7 Februari 2019


Panitia Penguji Skripsi Berdasarkan SK Ketua STIKES BALI

Nomor: DL.02.02.0631.TU.V.18

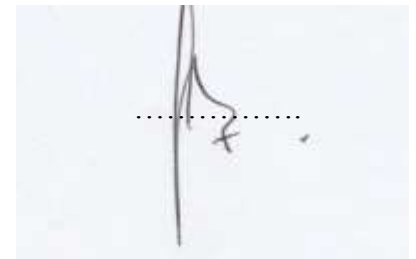
Ketua : Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep.,MNS
NIDN. 0806048001



Anggota :
1. Ns. Ni Luh Putu Dina Susanti, S.Kep.,M.Kep
NIDN.0808117701



2. Ns. I Made Rismawan, S.Kep., MNS
NIDN. 0820018101



LEMBAR PERNYATAAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018”, telah disajikan di depan dewan penguji pada tanggal 1 Februari 2019 dan diterima serta disahkan oleh Dewan Penguji Skripsi dan Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali.

Denpasar, 22 Februari 2019

Disahkan oleh:
Dewan Penguji Skripsi

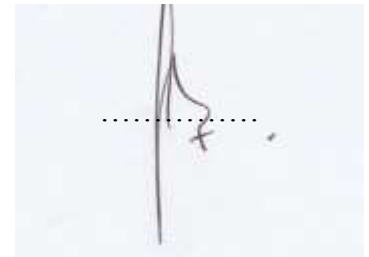
1. Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep.,MNS
NIDN. 0806048001



2. Ns. Ni Luh Putu Dina Susanti, S.Kep.,M.Kep
NIDN.0808117701



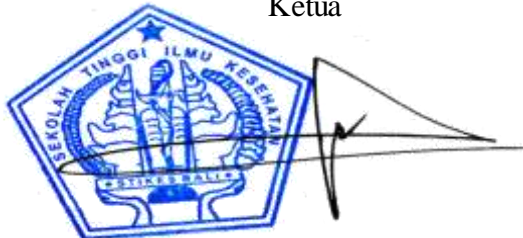
3. Ns. I Made Rismawan, S.Kep., MNS
NIDN. 0820018101



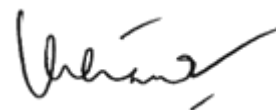
Mengetahui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali
Ketua

Program Studi Ilmu Keperawatan
Ketua



I.G.P Darma Suyasa, S.Kp., M.Ng., Ph.D
NIDN.0823067802



AAA.Yuliati Darmini, S.Kep.,Ns.,MNS
NIDN. 0821076701

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha

NIM : 17C10238

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi yang berjudul “Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018”, yang saya tulis ini adalah benar-benar hasil karya saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya cantumkan dengan benar. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Skripsi adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Dibuat di : Denpasar

Pada tanggal : 4 Februari 2019

Yang menyatakan

(I Kadek Rendra Nugraha)



**PERNYATAAN PERSETUJUAN
PUBLIKASI SKRIPSI
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha
NIM :17C10238
Program Studi : S1 Keperawatan
JenisKarya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui memberikan kepada STIKES Bali Hak Bebas Royalty Noneklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya saya yang berjudul : “Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018”

Dengan Hak Bebas Royalty Noneklusif ini STIKES Bali berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan Skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Denpasar

Pada tanggal : 4 Februari 2019

Yang menyatakan

(I Kadek Rendra Nugraha)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat-Nya sehingga penulis bisa menyelesaikan proposal yang berjudul ‘Pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018’.

Dalam penyusunan proposal ini, penulis banyak mendapat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari semua pihak sehingga proposal ini bisa diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp., M.Ng., Ph.D. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis menyelesaikan proposal ini.
2. Ibu A.A.A. Yuliati Darmi, S.Kep., Ns., MNS selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang memberikan dukungan moral dan perhatian kepada penulis.
3. Ibu Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep., MNS selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan proposal ini.
4. Bapak Ns. I Made Rismawan, S.Kep., MNS selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan proposal ini.
5. Bapak Ns. I Putu Gde Yudara Sandra Putra, S.Kep.,M.Kep.selaku wali kelas Konversi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Bali yang telah memberikan motivasi kepada penulis.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staf STIKES Bali atas izin dan dukungannya dalam penyusunan proposal ini.
7. Perpustakaan STIKES Bali yang telah menyediakan buku-buku sebagai referensi dalam penyusunan proposal ini.
8. Seluruh keluarga terutama Bapak dan Ibu yang banyak memberikan dorongan moral dan materiil hingga terselesainya proposal ini.
9. Seluruh teman-teman dan sahabat yang banyak membantu dan memberikan dukungan moral kepada penulis.

10. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam proses penyusunan proposal ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan proposal ini masih belum sempurna, untuk itu dengan hati terbuka, penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya konstruktif untuk kesempurnaan proposal ini.

Denpasar, Februari 2018

Penulis

PENGARUH *BRIEF PSYCHOEDUCATION* TENTANG HIV/AIDS TERHADAP STIGMA PADA ODHA DI SEKAA TERUNA TUNAS MUDA BANJAR DUKUH MERTAJATI DESA SIDAKARYA TAHUN 2018

I Kadek Rendra Nugraha
Program Studi Ilmu Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali
Email: rendraseduk93@gmail.com

ABSTRAK

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *brief psychoeducation* tentang HIV/AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018.

Metode: Desain penelitian ini adalah *Pra-eksperimental design* dengan rancangan *pre-post test* dalam satu kelompok dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel penelitian sebanyak 22 responden yang diambil melalui teknik *simple random sampling*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner stigma. Data dianalisa dengan uji statistik *Paired t-test*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan stigma sebelum dilakukan psikoedukasi sebagian besar memiliki stigma sedang sebanyak 12 orang (54,5%) dan setelah perlakuan semua responden memiliki stigma rendah sebanyak 22 orang (100%) *p-value* $0,001 < \alpha = 0,05$ artinya terdapat pengaruh yang signifikan dari pemberian *brief psychoeducation* terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Desa Sidakarya.

Kesimpulan: *Brief psychoeducation* terbukti dapat menurunkan stigma pada ODHA. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi layanan kesehatan dan yayasan penanggulangan HIV/AIDS untuk bisa digunakan sebagai rujukan dalam penanganan HIV/AIDS khususnya untuk menurunkan stigma pada ODHA di masyarakat, sehingga ODHA tidak mengalami diskriminasi didalam lingkungannya.

Kata Kunci : *Brief Psychoeducation*, HIV/AIDS, Stigma, ODHA

THE EFFECT OF BRIEF PSYCHOEDUCATION ABOUT HIV/AIDS TOWARD STIGMA AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS IN TUNAS MUDA YOUTH GENERATION, BANJAR DUKUH MERTAJATI DESA SIDAKARYA IN 2018

I Kadek Rendra Nugraha
Bachelor of Nursing Program
Institute of Health and Sciences Bali
Email: rendraseduk93@gmail.com

ABSTRACT

Aim: To determine the effect of brief psychoeducation about HIV/AIDS toward stigma among people living with HIV/AIDS in Tunas Muda youth generation, Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya in 2018.

Method: This study employed pre-experimental design with one group pre-test post-test design. Cross-sectional approach also employed in this study. There were 22 respondents involved in this study which were selected through simple random sampling. The data were collected by using stigma questionnaire and analyzed statistically by using *Paired t-test*.

Finding: The finding showed that there were 12 respondent (54,5%) had moderate stigma before brief psychoeducation and there were 22 respondents (100%) had good stigma after brief psychoeducation. There was a significant effect of brief psychoeducation about HIV/AIDS toward stigma among people living with HIV/AIDS in Tunas Muda youth generation, Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya (p -value < 0.001, α = 0.05).

Conclusion: Brief psychoeducation can reduce stigma among people living with HIV/AIDS. This study are expected to be useful for health practitioners and the HIV-AIDS prevention foundation to be used as a reference in handling HIV-AIDS, specifically to reduce stigma on PLWHA in the community. So that PLWHA do not experience discrimination in their environment.

Key Words : *Brief Psychoeducation, HIV/AIDS, Stigma, PLWHA*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DENGAN SPESIFIKASI	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
PERNYATAAN PENETAPAN PANITIA UJIAN SKRIPSI	iv
LEMBAR PERNYATAAN PENGESAHAN	v
LEMBAR KEASLIAN TULISAN	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Psikoedukasi.....	7
B. Konsep HIV/AIDS	20
C. Tinjauan Tentang ODHA.....	31
D. Sigma Terhadap ODHA	31
E. Penelitian Terkait	34
BAB III KERANGKA KONSEP DAN VARIABEL PENELITIAN	37
A. Kerangka Konsep	37

B. Hipotesis	38
C. Variabel Penelitian.....	39
D. Definisi Operasional Variabel	40
BAB IV METODE PENELITIAN.....	42
A. Desain Penelitian	42
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	43
C. Populasi, Sampel, Sampling	43
D. Pengumpulan Data.....	46
E. Rencana Analisa Data	49
F. Etika Penelitian	52
BAB V HASIL PENELITIAN	50
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	50
B. Hasil Penelitian	51
BAB VI PEMBAHASAN.....	57
A. Identifikasi Lingkar Pinggang Lansia	57
B. Identifikasi Kejadian Hipertensi Lansia	59
C. Hubungan Lingkar Pinggang Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia	62
D. Keterbatasan Penelitian.....	65
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN.....	66
A. Simpulan.....	66
B. Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Siklus pembelajaran eksperensial.....	11
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	32
Gambar 4.1 Skema Kerja Penelitian	42

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	51
Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan pekerjaan pada anggota Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati	55
Tabel 5.2 Distribusi Frekwensi Stigma pada ODHA sebelum diberikan <i>Brief Psychoeducation</i> tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018	56
Tabel 5.3 Distribusi Frekwensi Stigma pada ODHA setelah diberikan <i>Brief Psychoeducation</i> tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Penelitian
- Lampiran 2. Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 3. Instrumen Penelitian
- Lampiran 4. Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6. Lembar Pernyataan Uji Content Validity
- Lampiran 7. Lembar Pernyataan Uji Content Validity
- Lampiran 8. Lembar Pernyataan Analisa Data
- Lampiran 9. Surat Rekomendasi Penelitian dari Ketua Stikes Bali
- Lampiran 10. Surat Rekomendasi Penelitian dari Badan Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali
- Lampiran 11. Surat Rekomendasi Penelitian dari Kesbangpolinmas Kota
Denpasar
- Lampiran 12. Surat Rekomendasi Penelitian dari Perbekel Desa Sidakarya
- Lampiran 13. Master Tabel
- Lampiran 14. Hasil Analisa Data
- Lampiran 15. Lembar Pernyataan *Abstract Translation*
- Lampiran 16. Lembar Bimbingan Skripsi

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ART	: <i>Anti Retroviral Therapy</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTLV-III	: <i>Human T Lymphotropic Virus Type III</i>
LAV	: <i>Lymphadenopathy Associated Virus</i>
ODHA	: <i>Orang Dengan HIV/AIDS</i>
PMS	: <i>Penyakit Menular Seksual</i>
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solution</i>
VCT	: <i>Voluntary Conseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Beberapa masalah kesehatan di dunia yang hingga saat ini belum bisaterselesaikan. Salah satu permasalahan kesehatan yang sekarang masih menjadi Global Issues adalah HIV dan AIDS. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah retrovirus yang menginfeksi sel sistem kekebalan tubuh, menghancurkan atau merusak fungsi mereka. Orang yang terinfeksi HIV, cepat atau lambat (2 sampai 10 tahun) akan menderita AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) jika tidak berobat secara teratur. Salah satu tujuan dari Millenium Development Goals (MDGs) yaitu memerangi *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Deficiency Syndrome (AIDS)* dengan target mengendalikan penularan jumlah kasus baru (*newly infected*) pada tahun 2015 (Aristo, 2016).

Masyarakat internasional telah merespon kejadian pandemi HIV dan AIDS, penyebaran HIV terus meningkat dan menyebabkan lebih dari 14.000 infeksi baru setiap hari. Saat ini AIDS menjadi penyebab kematian utama di Afrika dan di seperempat belahan dunia (WHO, 2011). Bila dilihat dari jumlah populasi menurut (WHO, 2017) Jumlah pengidam HIV/AIDS dari jumlah populasi terbesar yaitu di Afrika Selatan sebanyak 7.100.000 dengan persentase 18,90%. Di Dunia jumlah pengidam HIV/AIDS di Indonesia termasuk sedikit kalau dilihat dari persentasenya yaitu 0,4% tetapi kalau dilihat dari populasinya termasuk banyak sekitar 620.000 orang (WHO, 2017).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2017) melaporkan jumlah kasus HIV yang dilaporkan pada tahun 2015 (30.935), tahun 2016 (41.250) dan tahun 2017 yang dilaporkan sampai dengan Maret (10.376).Jumlah kumulatif infeksi HIV dilaporkan sampai dengan Maret 2017 sebanyak 242.699 orang.Sedangkan jumlah kasus AIDS yang dilaporkan pada tahun 2015 (7.185), tahun 2016 (7.491) dan tahun 2017 yang dilaporkan sampai dengan Maret (673). Jumlah kumulatif infeksi AIDS dilaporkan sampai dengan Maret 2017 sebanyak 87.453 orang. Hal ini membuktikan bahwa jumlah penderita HIV dan AIDS di

Indonesia semakin bertambah. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dari Januari-Maret 2017 Provinsi yang melaporkan jumlah AIDS Case Rate tertinggi sampai Maret 2017 adalah Provinsi Papua (416,91) dan Provinsi Bali berada di posisi ke-3 sebanyak (66,15) dimana Case Rate Nasional (28,45). Dari data di atas Provinsi Bali masih di atas Cas Rate Nasional. Provinsi pertama kali ditemukan adanya kasus HIV dan AIDS adalah di Provinsi Bali (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014).

Dinas Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2017 melaporkan situasi temuan kasus HIV/AIDS menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bali kumulatif dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2016 total 15.839 dengan kasus terbanyak di Kota Denpasar 6180 (39,0%), Badung 2546 (16,1%), Buleleng 2544 (16,1%), Gianyar 1149 (7,3%), Tabanan 997 (6,3%) Jembrana 809 (5,1%), Karangasem 607 (3,8%), Klungkung 343 (2,2%), Bangli 296 (1,9%) dan di Luar Bali 368 (2,3%). Dari data di atas Kota Denpasar menempati urutan pertama dengan kasus HIV/AIDS terbanyak yang ada di Bali.

Dinas Kesehatan Kota Denpasar melaporkan jumlah tes HIV dan HIV positif per-layanan kesehatan di Kota Denpasar yang dilaporkan tahun 2017, pada layanan kesehatan Denpasar Utara dari 339 orang yang melakukan tes 9 diantaranya positif HIV, pada layanan kesehatan Denpasar Timur dari 152 orang yang melakukan tes 5 diantaranya positif HIV, pada layanan kesehatan Denpasar Barat dari 296 orang yang melakukan tes 38 diantaranya positif HIV, dan pada layanan kesehatan Denpasar Selatan dari 365 orang yang melakukan tes 93 orang diantaranya positif HIV. Hasil data dan kasus yang telah di uraikan di atas, masyarakat Kota Denpasar memiliki potensi yang cukup besar untuk meningkatnya virus HIV dan AIDS, termasuk di wilayah Denpasar Selatan karena berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Denpasar menunjukkan jumlah ODHA tertinggi pada bulan Oktober 2017 sebanyak 1060 orang berada di wilayah Denpasar Selatan (Dinas Kesehatan Kota Denpasar, 2017).

Berdasarkan data tingginya ODHA di Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) terus bergerak mencari akar permasalahan dan

solusi dari permasalahan HIV di Indonesia. Pada akhirnya disimpulkan bahwa permasalahan HIV di Indonesia berkuat pada kurangnya pengetahuan sejak dini tentang keadaan diri yang telah terinfeksi, keengganan melakukan tes karena malas dan takut stigma terhadap ODHA (depkes.go.id, 2016). Stigma dianggap sebagai salah satu akar permasalahan yang sangat memengaruhi penularan HIV di Indonesia terus tumbuh subur ke berbagai kalangan. Hal ini mendorong Kemenkes RI memasukkan penghapusan stigma sebagai salah satu dari 6 langkah nyata penanggulangan HIV (depkes.go.id, 2016). Sebagai sebuah pergerakan nasional, strategi ini menyoar pada organisasi profesi yang terkait, organisasi kemasyarakatan dan juga organisasi keagamaan (depkes.go.id, 2016).

Sejak tahun 1987 di dunia, respon terhadap penyakit HIV/AIDS seperti ketakutan, penolakan, stigma, dan diskriminasi telah muncul bersamaan dengan terjadinya epidemik. Stigma dan diskriminasi telah tersebar secara cepat, menyebabkan terjadinya kecemasan dan prasangka terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) (Sosodoro dkk, 2012). Stigma sering tidak didefinisikan secara eksplisit, melainkan sepintas disebut "tanda aib". Erving Goffman mendefinisikan stigma sebagai atribut yang mendiskreditkan secara signifikan. Penyimpangan label sosial memaksa individu untuk melihat stigma pada dirinya dan orang lain sebagai tidak diinginkan (Goffman dalam Situmeang, 2017). Salah satu hambatan paling besar dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) (Shaluyah dkk, 2015).

Studi pendahuluan wawancara yang dilakukan terhadap salah satu ODHA yang masih beranggota di dalam organisasi Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Desa Sidakarya mengatakan bahwa semenjak ia sakit dirinya merasa dijauhi oleh teman-teman di sekaa truna, dan tidak dilibatkan lagi dalam kepanitiaan kegiatan-kegiatan sekaa truna, padahal dirinya merupakan mantan pengurus inti sekaa truna truni tersebut. Tingginya penolakan masyarakat dan lingkungan akan kehadiran orang yang terinfeksi HIV/AIDS menyebabkan sebagian ODHA harus hidup dengan menyembunyikan status. Stigma terhadap ODHA memiliki dampak yang besar bagi program pencegahan dan

penanggulangan HIV/AIDS termasuk kualitas hidup ODHA (Suffering dalam Shaluyah dkk, 2015).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada remaja Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Desa Sidakarya melibatkan 10 orang yang diwawancarai 8 orang memiliki pandangan negatif terhadap ODHA, mereka mengatakan “takut” bergaul pada orang dengan AIDS karena khawatir jika bergaul dengan mereka akan tertular. Saat ditanyakan jika salah satu anggota keluarga tertular virus HIV/AIDS, apakah saudara merahasiakannya?. Semua menjawab akan merahasiakannya karena itu merupakan “Aib”. Saat ditanya apakah saudara akan membeli sayuran segar dari penderita yang saudara ketahui terinfeksi HIV/AIDS? dari 10 yang ditanyakan 9 orang menjawab tidak akan membeli, karena takut tertular HIV/AIDS. Hasil penelitian Parut (2016) dilakukan pada remaja siswa kelas XI SMK menunjukkan bahwa terdapatnya hubungan yang signifikan antara pengetahuan mengenai HIV/AIDS dengan stigma terhadap ODHA, dimana siswa yang memiliki pengetahuan yang rendah memiliki stigma yang tinggi terhadap ODHA.

Brown et al, (2003) mengatakan salah satu cara menurunkan stigma terhadap HIV/AIDS adalah memberikan pengetahuan yang cukup kepada orang-orang yang dekat dengan ODHA tentang HIV/AIDS itu sendiri. Tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS dinilai menjadi faktor utama terjadinya stigma terhadap ODHA (Paryati, dkk, 2013). Pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat mempengaruhi bagaimana individu tersebut akan bersikap terhadap penderita HIV/AIDS (Bradley, 2009). Stigma terhadap ODHA muncul berkaitan dengan ketidaktahuan tentang mekanisme penularan HIV, perkiraan risiko tertular yang berlebihan melalui kontak biasa dan sikap negatif terhadap kelompok sosial yang tidak proporsional yang dipengaruhi oleh epidemi HIV/AIDS (Herek, 2002). Salah satu penyebab terjadinya stigma adalah kesalahan informasi terkait cara HIV ditransmisikan (Chase & Aggleton, 2001).

Terdapat beragam cara penyampaian informasi yang dapat digunakan dalam rangka memberikan pengetahuan tentang HIV dan AIDS. Salah satu bentuk yang dinilai efektif dalam memberikan pengetahuan adalah psikoedukasi (Bhattacharjee *et al*, 2011). Psikoedukasi dinilai berdampak positif dalam

meningkatkan pengetahuan dan sikap pesertanya (Al- yahya, 2014), memperbaiki kesadaran (Al-yahya, 2014), serta efektif dalam mendukung perubahan sikap menjadi lebih baik (Chaiyajan, dkk., 2009). Beberapa penelitian juga membuktikan bahwa, psikoedukasi dapat berperan dalam mereduksi stigma (Pomeroy *et al*, 2015). Tujuan utama psikoedukasi adalah menyediakan informasi yang beragam tentang tanda dari penyakit, gejala, pemahaman tentang penyakit, dampaknya serta kemungkinan sehat kembali (Bhattacharjee, dkk, 2011) juga memodifikasi sikap dan perilaku secara langsung melalui keterlibatan peserta secara penuh dalam sebuah program pendidikan (Gazda dalam Supratiknya, 2011).

Berdasarkan paparan masalah diatas mendorong penulis untuk melakukan penelitian tentang “pengaruh *brief psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan diatas dan agar penelitian tidak terlalu luas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Apakah ada pengaruh *brief psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh *brief psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya Tahun 2018 sebelum diberikan intervensi *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS.
- b. Mengetahui gambaran stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya Tahun 2018 sesudah diberikan intervensi *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS.

- c. Menganalisa pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya Tahun 2018.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, wawasan serta mengetahui stigma pada ODHA di lingkungan masyarakat dan dapat dijadikan referensi untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Dapat digunakan sebagai panduan implementasi dalam rangka meminimalkan stigma pada ODHA di masyarakat.

b. Bagi Insitusi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan atau bahan rujukan bagi pengambil kebijakan dalam menanggulangi persoalan HIV dan AIDS, khususnya petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan kesehatan dan intervensi kepada masyarakat.

c. Bagi Masyarakat

- 1) Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS agar tidak terjadi stigma pada ODHA.
- 2) Dapat mengurangi stigma masyarakat terhadap ODHA
- 3) ODHA yang berada di lingkungan masyarakat tidak merasa terisolasi, dan tidak merasa dirinya dijauhi sehingga ODHA menjadi termotifasi untuk tetap melakukan program pengobatan.
- 4) Membuka wawasan masyarakat tentang HIV/AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Psikoedukasi

1. Pengertian Psikoedukasi

Pendidikan psikologis (dalam bahasa Inggris, *psychological education* atau *psycho-education*) atau psikoedukasi sering juga disebut pendidikan pribadi dan sosial atau pendidikan pribadi dan sosial adalah gerakan yang relatif baru lingkungan psikologi konseling. Hakikatnya adalah "perluasan peran konselor di luar aktivitas konseling individu dan kelompok tradisional" (Nelson-Jones, 1982, h. 475 dalam Suratiknya, 2008). Psikoedukasi adalah sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, M.E. 2007). Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya proses pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan yang baru, sikap, serta ketrampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu, serta diarahkan untuk meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan status kesehatan, pencegahan penyakit dan membantu individu mengatasi efek serta dampak dari penyakit (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009)

Psikoedukasi dianggap tepat jika diberikan kepada pasien atau orang-orang yang terlibat dengan pasien (Lakshmi & Sampathkumar, 2013). Psikoedukasi terbukti efektif dan memberikan perubahan yang signifikan terhadap pemahaman penerimanya (Bhattacharjee, dkk, 2011). Hal ini dikarenakan psikoedukasi dilandaskan pada pemikiran bahwa edukasi adalah sebuah usaha perawatan yang bukan hanya pengetahuan yang disebarkan dalam proses kelompok tetapi juga karena perubahan persepsi yang berdampak pada perubahan perilaku pada akhirnya (Liem & Adiyanti, 2013). Psikoedukasi adalah salah satu diantara beberapa bentuk intervensi yang dapat mereduksi stigma dalam jangka waktu menengah hingga jangka panjang (Thornicroft et al, 2015).

2. Makna dan cakupan psikoedukasi

Dalam kenyataannya psikoedukasi sebagai gerakan pemberi layanan publik di bidang konsultasi psikologi tidak bermakna tunggal. Menurut Nelson-Jones 1982 , h. 39 dalam Suratiknya, (2008), ada enam pengertian tentang psikoedukasi, masing-masing representasi gerakan tertentu, masing-masing akan berefleksi secara bersama-sama, mengacu pada uraian Nelson-Jones.

a. Melatih orang mempelajari keterampilan *life skills*

Di kalangan psikolog-konselor mendukung gerakan ini, psikoedukasi dimaknai sebagai usaha membantu klien mengembangkan berbagai keterampilan hidup atau keterampilan hidup program-program yang berbeda-beda yang disusun berdasarkan kelompok.

b. Pendekatan akademik / *eksperiensial* dalam mengajarkan psikologi.

Secara garis besar ada dua pendekatan dalam pembelajaran disiplin ilmu atau pengetahuan, yaitu pendekatan akademik dan pendekatan eksperiensial. Yang pertama menekankan pemerolehan pengetahuan-pengertian lewat keterampilan intelektual atau keterampilan atau olah pikir. Yang kedua menekankan pembentukan pengetahuan-pengertian melalui pengalaman atau sering disebut belajar dengan *learning by doing*.

c. Pendidikan humanistik.

Mengambil inspirasi dari pemikiran tokoh-tokoh filsuf dan psikolog beraliran humanistik, seperti John Dewey, Carl Rogers, dan Abraham Maslow, pendidikan yang humanistik menekankan sang pribadi siswa atau pelajar sebagai subjek secara utuh serta memandang bahwa tujuan konseling khususnya dan pendidikan umumnya adalah menghasilkan pribadi-pribadi yang mampu mengaktualisasikan dirinya.

d. Melatih tenaga paraprofesional di bidang keterampilan konseling.

Mengingat keterbatasan jumlah psikolog konselor di satu pihak dan banyaknya klien yang harus dilayani di pihak lain, jika kita mengikuti pandangan baru tentang konseling secara konsekuen, maka untuk

meningkatkan keefektifan dan memperluas jangkauan layanan mereka, para psikolog konselor perlu memberikan pelatihan di bidang keterampilan konseling kepada baik awam maupun tenaga paraprofesional.

e. Serangkaian kegiatan pelayanan kepada masyarakat.

Kegiatan ini lazimnya meliputi pelatihan life skills pada berbagai kelompok klien, seperti siswa-siswi sekolah, karyawan-karyawati lembaga atau perusahaan pemerintah maupun swasta, perkumpulan ibu-ibu PKK atau Dharma Wanita, dan sebagainya; pelatihan keterampilan konseling bagi tenaga paraprofesional di berbagai lingkungan hidup, khususnya yang bersifat marjinal seperti lingkungan pemukiman kumuh di perkotaan, lingkungan pemukiman buruh migran, komunitas buruh di kawasan industri, dan sebagainya; pemberian layanan konsultasi kepada lembaga atau komunitas tertentu; serta pemberian layanan informasi psikologis secara individual untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi berbagai problem kehidupan sehari-hari (*psychological self-help information*) melalui berbagai media seperti pertemuan tatap muka, pembicaraan telepon, layanan SMS, atau e-mail.

f. Memberikan pendidikan tentang psikologi kepada publik

Akhirnya, istilah psikoedukasi kadangkala juga diartikan sebagai pendidikan publik atau pendidikan kepada masyarakat luas tentang berbagai konsep atau keterampilan psikologis yang berguna untuk menghadapi aneka problem kehidupan sehari-hari melalui berbagai jenis media massa seperti koran majalah, radio, televisi, dan sebagainya; atau melalui berbagai bentuk tindakan nyata yang bersifat advokasi dalam rangka mempengaruhi perumusan kebijakan atau pengambilan keputusan tindakan publik dengan memperhatikan prinsip-prinsip psikologis yang benar.

3. Tiga wilayah layanan psikoedukasi

Demi mudahnya, wilayah penyelenggaraan layanan psikoedukasi bisa dibedakan menjadi tiga, yaitu

a. Psikoedukasi di lingkungan sekolah

Psikoedukasi mulai dari jenjang Sekolah Dasar sampai perguruan tinggi. Dalam Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional antara lain dinyatakan bahwa "pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab".

b. Psikoedukasi di lingkungan industri

Setiap organisasi khususnya yang berupa industri di bidang penyediaan jasa atau produksi barang tertentu senantiasa mengharapkan agar tingkah laku para pegawainya dalam rangka menjalankan tugas pokok mereka dalam pekerjaan mendukung pencapaian tujuan utama organisasi atau perusahaan, yaitu menghasilkan produk secara optimal baik dari segi jumlah maupun mutunya. Psikoedukasi di lingkungan industri kiranya secara khusus sangat relevan dengan upaya peningkatan aspek kesejahteraan para karyawan, secara lebih khusus lagi menyangkut aspek kesejahteraan psikologis-sosial mereka.

c. Psikoedukasi di lingkungan komunitas

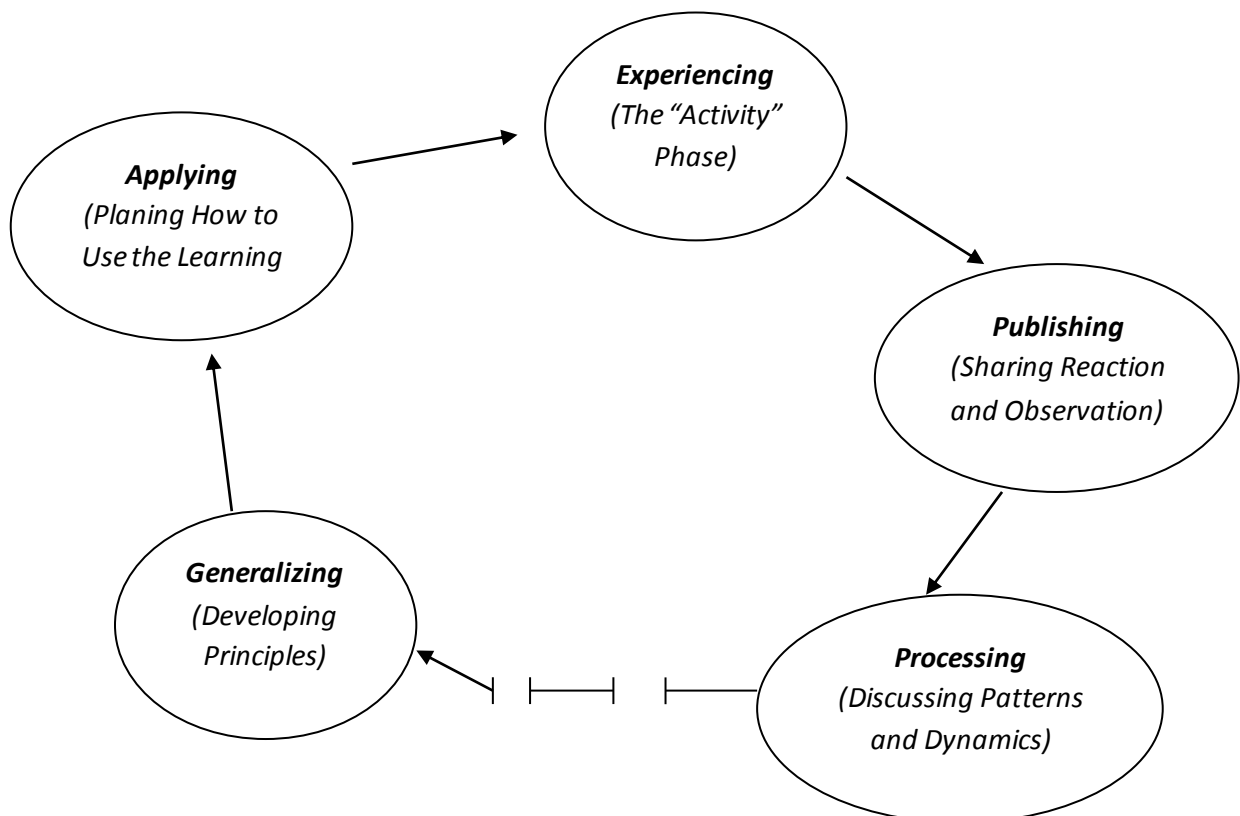
Psikoedukasi di lingkungan komunitas, mulai dari perkumpulan remaja atau muda-mudi sampai berbagai jenis komunitas yang bergerak di bidang layanan atau pengembangan diri yang bersifat nonformal dan informal. Selain itu, ada paling tidak dua jenis lembaga yang bisa menjadi ajang pemberian layanan psikoedukasi di lingkungan komunitas di Tanah Air.

4. Model pengembangan program psikoedukasi

a. Model *skill-deficit* atau *life-skills*

Model *skills deficit* atau yang kemudian juga disebut model *life-skills* ini memusatkan diri pada pelatihan keterampilan secara terstruktur (*structured skills training*), baik untuk tujuan preventif maupun remedial. Secara khusus pelatihan keterampilan hidup ini ditujukan untuk primary prevention atau prevensi dini. Sasarannya adalah individu-individu yang masih berada dalam proses perkembangan. Penekanan pada aspek pendidikan ini diwujudkan lewat sebuah kurikulum pelatihan keterampilan hidup, khususnya dalam konteks pendidikan sekolah. Namun tentu saja bisa juga diterapkan dalam konteks lain, khususnya lingkungan industri dan komunitas.

Model pembelajaran yang lazim diterapkan dalam *life-skill* training adalah Model Pembelajaran *Eksperiensial*, model pembelajaran ini meliputi suatu siklus belajar dari pengalaman seperti dilukiskan dalam Gambar 1 (Pfeiffer & Jones, 1979).



Gambar 2.1. Siklus pembelajaran eksperiensial

- 1) Mengalami (*Experiencing*). Peserta terlibat dalam kegiatan tertentu, melakukan, mengamati, mengungkapkan sesuatu entah sendiri atau bersama satu atau lebih peserta atau anggota kelompok lain.
- 2) Membagikan pengalaman (*Publising*). Peserta membagikan reaksi pribadi dan hasil pengamatannya atas kegiatan yang dilakukan kepada peserta lain.
- 3) Memproses pengalaman (*Processing*). Peserta mendiskusikan pola dan dinamika yang muncul dari pengalaman dan hasil sharing-nya bersama peserta lain.
- 4) Merumuskan kesimpulan (*Generalizing*). Peserta menyimpulkan prinsip-prinsip, merumuskan makna, hikmah atau manfaat berdasarkan hasil penafsirannya atas data.
- 5) Menerapkan (*Applying*). Peserta membentuk tekad dan merencanakan cara menerapkan hasil belajarnya dalam kehidupan sehari-hari.

Beberapa metode khas pembelajaran Eksperiensial, yaitu :

- 1) Metode latihan gugus tugas

Inti dari metode ini adalah bahwa dalam kelompok-kelompok terdiri atas 3-8 orang, peserta diminta mengerjakan tugas tertentu, dan mempresentasikan hasilnya kepada seluruh kelas. Metode ini bertujuan memberi kesempatan kepada peserta untuk mengerjakan isi pembelajaran dalam kelompok yang cukup kecil agar masing-masing bisa melibatkan diri dan berkontribusi secara aktif.

- 2) Metode diskusi kasus

Studi kasus adalah deskripsi tentang suatu situasi yang disajikan entah secara tertulis, lewat rekaman audio, atau lewat rekaman video. Tugas peserta adalah mempelajari dan mendiskusikannya dengan panduan pertanyaan-pertanyaan yang disiapkan oleh fasilitator. Lazimnya diskusi difokuskan pada isu-isu yang terdapat di dalam situasi yang dideskripsikan: tindakan apa yang perlu dilakukan atau pelajaran-pelajaran apa yang bisa dipetik, serta cara

mengatasi atau mencegah agar situasi sejenis tidak terjadi di masa mendatang. Tujuan latihan ini adalah melatih peserta mampu merumuskan sendiri pelajaran-pelajaran dari situasi itu, tidak sekadar menerimanya dari fasilitator. Peserta dilatih menerapkan proses berpikir yang diperlukan untuk menganalisis sebuah situasi nyata serta mengidentifikasi berbagai alternatif tindakan. Metode ini tidak bertujuan mengajarkan solusi yang benar untuk menghadapi situasi problematik tertentu, melainkan melatih peserta menganalisis dan menemukan solusi atas suatu situasi yang bermasalah.

3) Simulasi dan Games

Game atau permainan adalah aktivitas bermain yang diformalkan, lazimnya tidak terkait langsung dengan lingkungan kehidupan nyata. Peserta diharapkan mencapai tujuan tertentu dalam batas-batas yang ditetapkan lewat serangkaian aturan main. Aturan main ini menentukan jenis aktivitas yang harus dilakukan dan kapan permainan harus diakhiri. Simulasi merepresentasikan situasi kehidupan nyata tertentu tetapi komponen-komponen dan saling hubungan antarkomponen itu ditampilkan sedemikian rupa sehingga bisa dimanipulasikan atau dikendalikan oleh peserta mengikuti kerangka waktu yang ditentukan. Simulasi atau permainan sama-sama bertujuan menciptakan atau menghadirkan kembali proses, kejadian, atau serangkaian situasi, biasanya bersifat kompleks, sehingga peserta bisa menghayati dan memanipulasikan situasi itu tanpa perlu menanggung risiko yang biasanya timbul, dan selanjutnya bisa menganalisis apa yang terjadi.

4) Latihan bermain peran (Role-Play)

Dalam latihan bermain peran, peserta mensimulasikan sebuah situasi interaktif nyata atau hipotetis. Biasanya diikuti diskusi dan analisis, untuk mengetahui bagaimana interaksi itu dirasakan atau dihayati, apa yang terjadi, dan mengapa demikian. Peserta bisa

memperoleh umpan balik tentang tingkah akunya selama bermain peran. Permainan peran bertujuan memberikan kesempatan kepada peserta untuk menghayati sebuah interaksi, dengan menggunakan cara yang sudah biasa dilakukannya atau dengan cara baru. Jika memang menggunakan cara baru, maka metode ini juga memberi kesempatan kepada peserta untuk mempraktikkan cara baru itu dan memberinya umpan balik tentang tingkah lakunya dalam interaksi itu.

5) Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok peserta diberi kesempatan untuk secara bebas bertukar gagasan atau pendapat, bisa dalam kelas besar atau dalam subkelompok. Aturan main dalam berdiskusi kelompok disampaikan kepada peserta. Fasilitator bertanggung jawab membuat hidup diskusi yang berlangsung lewat pertanyaan pertanyaan, menyatukan berbagai gagasan dan pendapat yang muncul, dan akhirnya membantu membuat kesimpulan. Diskusi kelompok bertujuan memberikan kesempatan kepada peserta untuk saling mengungkapkan dan saling bertukar gagasan tentang pokok persoalan yang sedang dibahas. Metode ini bisa dipakai sebagai "pemanasan" sebelum memulai aktivitas tertentu, sebagai penutup kegiatan, atau sebagai kegiatan mandiri.

6) Latihan Individual

Dalam latihan individual setiap peserta diminta bekerja sendiri-sendiri, lazimnya berupa tugas mentransfer atau menerapkan isi atau hasil pelajaran dari program kegiatan yang baru diikutinya ke dalam situasi kehidupan masing-masing. Tujuan latihan individual adalah memberi kesempatan kepada peserta untuk menerapkan hasil-hasil pelajaran (learning points,) yang diperoleh dari program pendidikan psikologis yang baru dijalani ke dalam situasi kehidupan masing-masing untuk menguji pemahamannya atau memeriksa sejauh mana hasil pembelajaran itu bisa diterapkan dalam situasi kehidupannya.

7) Presentasi

Presentasi atau lekturet adalah bentuk komunikasi atau penyampaian terstruktur atau yang disiapkan dan bersifat satu arah dari pihak penyaji atau penceramah kepada khalayak peserta. Khalayak memang bisa mengajukan pertanyaan, namun partisipasi interaktif dari pihak khalayak pada dasarnya dibatasi. Seringkali, alat-alat bantu visual digunakan untuk mendukung presentasi. Presentasi atau lekturet bertujuan menyampaikan informasi (lazimnya berupa pengetahuan, pandangan, atau pendekatan baru yang penting) kepada peserta dalam situasi di mana interaksi atau diskusi dipandang kurang sesuai.

8) *Modelling* Perilaku

Dalam *modelling* perilaku peserta diberi contoh cara bertingkah laku dalam menghadapi interaksi tertentu langkah demi langkah. Contoh langkah-langkah tersebut biasanya didemonstrasikan dengan menggunakan rekaman video. Kemudian peserta diminta berlatih menerapkan langkah-langkah yang diajarkan. Sesudah itu sebagai umpan balik kepada peserta ditunjukkan dalam hal apa saja mereka sudah berhasil menerapkan contoh langkah-langkah secara efektif, dan dalam hal lain apa saja mereka masih perlu meningkatkan diri. *Modeling* perilaku bertujuan mengajarkan kepada peserta cara spesifik tertentu dalam menghadapi sebuah situasi interaksi serta memberikan kesempatan untuk melatih bentuk-bentuk tingkah laku baru, sehingga mereka percaya diri mampu menghadapi sebuah situasi.

5. Beberapa prinsip dalam menyusun program kecil atau modul

Yang dimaksud program kecil atau modul psikoedukasi adalah satuan kegiatan psikoedukasi atau *life skill training* untuk membantu kelompok klien sasaran mengembangkan satu atau serangkaian ketrampilan hidup tertentu. Program kecil atau modul semacam ini berfokus pada satu topik tertentu dan yang dipetik atau diturunkan dari program besar atau kurikulumnya. Setiap modul tersusun atas komponen-

komponen tertentu yang bisa diibaratkan membentuk struktur tubuhnya, serta mencakup kelima fase pembelajaran eksperiensial (*experiential learning*) yang bisa diibaratkan membentuk roh atau jiwanya. Komponen-komponen program kecil atau modul psikoedukasi meliputi: topik, tujuan, materi, prosedur, media, evaluasi, dan sumber. Masing-masing komponen akan diuraikan secara berturut-turut sebagai berikut.

a. Topik.

Komponen ini secara padat melukiskan jenis ketrampilan hidup yang akan disajikan dalam program kecil atau modul kegiatan ini. Karena lazimnya sekaligus dipakai sebagai judul, maka perlu dibuat atau dirumuskan secara menarik

b. Tujuan.

Komponen ini mendeskripsikan secara lebih spesifik jenis atau jenis-jenis ketrampilan hidup yang akan dijadikan tujuan program kecil atau modul ini; artinya, melukiskan hasil atau hasil-hasil yang diharapkan dicapai oleh peserta pada akhir kegiatan atau sesudah mengikuti kegiatan ini, berupa dikuasainya satu atau lebih ketrampilan hidup tertentu Tujuan atau tujuan-tujuan ini bisa dirumuskan secara umum sebagai tujuan umum, atau dirumuskan secara umum dan dilanjutkan dengan rumusnya secara lebih spesifik sebagai tujuan khusus. Di lingkungan pendidikan sekolah dan sejalan dengan konsep pengembangan kurikulum berbasis kompetensi konon kini digunakan terminologi baru untuk merumuskan tujuan. Istilah tujuan dalam arti tujuan umum diganti dengan istilah standar kompetensi dan kompetensi dasar. Yang disebut terakhir pada hakikatnya merupakan sejenis operasionalisasi dari yang disebut pertama. Istilah tujuan khusus dalam terminologi lama diganti dengan istilah indikator, yaitu penjabaran dari kompetensi dasar ke dalam jenis-jenis operasi atau tindakan yang lebih spesifik. Secara pribadi penulis lebih suka menggunakan istilah tujuan, baik tujuan umum maupun tujuan khusus, sebab makna istilah itu lebih lugas melukiskan maksud atau manfaat yang hendak diraih lewat penyelenggaraan modul ini.

c. Waktu.

Komponen ini melukiskan keseluruhan waktu dinyatakan dalam jam atau menit yang diperlukan untuk menyelenggarakan program kecil atau modul ini secara tuntas, mulai dari kegiatan ice breaking di awal sampai kegiatan evaluasi di akhir.

d. Tata Ruang.

Komponen ini melukiskan kondisi ruang, perabotan dan perlengkapan, serta pengaturan isi ruangan yang diperlukan untuk penyelenggaraan program kecil. Kondisi ruang meliputi jenis ruang (indoor atau outdoor), ukuran, dan karakteristik lain seperti penerangan dan pengaturan udara, misalnya. Perabotan dalam ruang (indoor) meliputi tempat duduk, apakah memerlukan pasangan meja-kursi untuk masing-masing peserta, atau kursi yang dilengkapi papan untuk menulis, atau cukup kursi biasa. Atau, cukup disediakan ruang berkarpet dilengkapi atau tanpa bantal tempat alas duduk untuk masing-masing peserta. Jika program kecil dilaksanakan di luar ruang atau di alam terbuka (outdoor), perabotan apa yang diperlukan: apakah perlu disediakan tempat duduk berupa sejumlah tikar untuk keseluruhan peserta atau karpet-karpet kecil sebanyak jumlah peserta. Pengaturan isi ruangan terkait dengan bagaimana meja-kursi, atau tikar-karpet harus disusun: apakah membentuk setengah lingkaran, satu lingkaran penuh, atau diusahakan agar mudah diubah-ubah susunannya sesuai kebutuhan. Rincian lebih spesifik tentang pengaturan isi ruang ini lazimnya perlu disertakan dalam uraian tentang komponen proses atau prosedur kegiatan, sekaligus dilengkapi dengan keterangan tentang alokasi waktu yang diperlukan.

e. Materi.

Komponen ini memaparkan secara konseptual dan bernas, jenis atau jenis-jenis ketrampilan hidup yang akan dijadikan tujuan penyelenggaraan program kecil atau modul. Paparan lebih lengkap materi ini bisa disajikan secara tertulis (misal, dalam bentuk handouts), audio (contoh, petikan rekaman pidato), audiovisual

(contoh, film), atau media lain dan lazimnya disertai dengan penjelasan lisan oleh fasilitator dalam lekturet.

f. Prosedur.

Pengarang lain menggunakan istilah proses (Pfeiffer, 1974). Apa pun istilahnya, inilah intisari dari program kecil atau modul. Komponen ini secara rinci dan cermat memaparkan skenario kegiatan, yaitu langkah-langkah yang harus ditempuh oleh peserta (dan fasilitator) dalam rangka mencapai tujuan didasarkan pada alur progresi tertentu dari awal sampai akhir mengikuti siklus experiential learning. Langkah-langkah yang dimaksud biasanya dilaksanakan dengan menggunakan metode pembelajaran tertentu. Uraian tentang langkah-langkah yang menggunakan metode pembelajaran tertentu tersebut secara implisit atau eksplisit perlu dikaitkan dengan fase-fase dalam siklus experiential learning, mulai dari fase mengalami atau melakukan aktivitas tertentu, fase mempublikasikan atau membagikan aneka reaksi dan pengamatan pribadi atas pengalaman yang baru dialami, fase memroses atau mendiskusikan aneka pola dan dinamika yang ditemukan dari reaksi dan pengamatan atas pengalaman yang baru dihayati tadi, fase menggeneralisasi atau merumuskan prinsip-prinsip berdasarkan keseluruhan pengalaman yang sudah dijalani sebagai hasil belajar, dan fase mengaplikasikan atau membangun tekad dan rencana untuk menerapkan hasil belajarnya itu dalam situasi kehidupan sehari-hari. Uraian tentang masing-masing langkah juga perlu dilengkapi dengan penjelasan tentang penataan ruang dan alokasi waktu yang diperlukan. Seperti sudah disinggung, inilah roh atau jiwa dari program kecil atau modul psikoedukasi. Tanpa kehadiran siklus pembelajaran ini secara utuh, program kecil atau modul psikoedukasi ini akan kehilangan makna bahkan sia-sia. Dalam praktik penyelenggaraan modul psikoedukasi seringkali hanya terfokus pada fase aktivitas. Akibatnya, bisa terjadi bahwa dalam satu modul yang mengolah satu topik disajikan lebih dari satu aktivitas, yang kadang-kadang mengusung tema atau learning points berlainan

yang kurang relevan dengan topik yang sedang dibahas. Atau sebaliknya, sebuah aktivitas yang mengusung learning points persis seperti yang dimaksudkan dalam topik modul kegiatan justru hanya disajikan sebagai selingan. Lazimnya peserta memang gembira ria menjalani modul kegiatan yang penuh aktivitas semacam itu, namun sebenarnya tanpa menangkap satu pun learning points atau memperoleh tambahan khazanah pengetahuan-ketrampilan sebagai hasil belajar yang semestinya mereka capai. Seperti dinyatakan Pfeiffer (1974), jika hal itu terjadi, artinya seluruh modul kegiatan hanya berhenti pada fase aktivitas belaka, maka program psikoedukasi semacam itu sesungguhnya mengalami degradasi serius dan terperosok menjadi sekadar "fun and games".

g. Media.

Perlu diidentifikasi berbagai media dan sarana pembelajaran lain yang diperlukan untuk melaksanakan atau mendukung pelaksanaan berbagai langkah kegiatan, meliputi:

- 1) Handouts berisi paparan materi
- 2) Aneka lembar kerja, seperti Lembar Kerja Pribadi dan Lembar Kerja Kelompok.
- 3) Slides, film, rekaman audio berisi pidato, nyanyian, musik, beserta alat pemutar masing-masing, dan sebagainya.
- 4) Gambar, teks puisi, teks nyanyian, dan benda-benda tertentu.
- 5) Koran bekas, majalah bekas, barang-barang bekas lain.
- 6) Overhead projector, laptop computer, dan viewer.
- 7) Alat-alat seperti kertas flap, kertas HVS, kertas gambar, pensil warna, spidol, gunting, lem, dan sebagainya.

h. Evaluasi.

Pada akhir kegiatan lazimnya perlu dilakukan evaluasi. Ada paling tidak dua macam evaluasi, yaitu evaluasi hasil dan evaluasi proses. Evaluasi hasil bertujuan mengetahui sejauh mana peserta telah mengalami perubahan seperti direncanakan. Tergantung dari kebutuhan, hasil bisa dievaluasi pada taraf kognitif, afektif, perilaku,

atau ketiganya. dealnya evaluasi bisa dilaksanakan sampai ke taraf tingkalkh laku. Namun pada tahap selesai menjalani kegiatan, seringkali dianggap memadai jika evaluasi dilaksanakan lewat apa yang disebut I learned statements atau pernyataan tentang hasil belajarku (Lampiran H). Evaluasi hasil wajib dilakukan pada akhir setiap modul.

Evaluasi proses bertujuan mengungkap kesan atau penilaian peserta terhadap berbagai aspek penyelenggaraan kegiatannya, meliputi antara lain :

- 1) Organisasi kegiatan (pengaturan waktu, tempat, fasilitas, dsb.)
- 2) Performance fasilitator (dan peer facilitator, jika ada)
- 3) Manfaat kegiatan.
- 4) Komentar pribadi dan/atau saran

Jika program psikoedukasi yang diselenggarakan dalam rangka menggarap topik tertentu terdiri dari sejumlah modul, evaluasi proses tidak harus dilakukan pada akhir setiap modul melainkan bisa digabung dan dilaksanakan pada akhir modul terakhir. Sebaliknya, jika hanya terdiri atas satu modul, maka evaluasi proses tersebut juga perlu dilakukan pada akhir modul yang bersangkutan.

i. Sumber.

Komponen ini mencantumkan berbagai sumber pustaka dan atau sumber lain yang dipakai sebagai acuan dalam menyusun aneka langkah dalam program kecil atau modul psikoedukasi ini.

B. Konsep HIV/AIDS

1. Pengertian HIV dan AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sebuah retrovirus yang menginfeksi sel sistem kekebalan manusia terutama CD4+T cell dan macrophage, komponen vital dari sistem-sistem kekebalan tubuh dan menghancurkan atau merusak fungsi mereka. Infeksi dari HIV menyebabkan pengurangan cepat dari sistem

kekebalan tubuh yang menyebabkan kekurangan imun. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit atau suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh, bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan yang disebabkan oleh HIV (Widoyono,2011).

2. Sejarah HIV dan AIDS

Sejarah tentang HIV dan AIDS dimulai ketika tahun 1979 di Amerika Serikat ditemukan seorang gay muda dengan *Pneumocystis carini* dan dua orang gay muda dengan *Sarcoma Kaposi*. Pada tahun 1981 ditemukan seorang gay mudadengan kerusakan sistem kekebalan tubuh.Pada tahun 1980 WHO mengadakanpertemuan yang pertama tentang AIDS.Penelitian mengenai AIDS telahdilaksanakan secara intensif, dan informasi mengenai AIDS sudah menyebar danbertambah dengan cepat. Selain berdampak negatif pada bidang medis, AIDS jugaberdampak negatif pada bidang lainnya seperti ekonomi, politik, etika, dan moral(Widoyono, 2011).Istilah HIV telah digunakan sejak 1986 sebagai nama untuk retrovirus yangdiusulkan pertama kali sebagai penyebab AIDS oleh Luc Montagnier dariPerancis, yang awalnya menamakannya LAV (*lymphadenopathy-associated virus*)dan oleh Robert Gallo dari Amerika Serikat, yang awalnya menamakannyaHTLV-III (*human T lymphotropic virus type III*). HIV adalah anggota dari genuslentivirus, bagian dari keluarga retroviridae yang ditandai dengan periode latensiyang panjang dan sebuah sampul lipid dai selhost awal yang mengelilingi sebuahpusat protein atau RNA. Dua spesies HIV menginfeksi manusia: HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 adalah yang lebih “virulent” dan lebih mudah menular, dan merupakan sumber dari kebanyakan infeksi HIV di seluruh dunia; HIV-2 kebanyakan masihtekurung di Afrika Barat. Kedua spesies berawal di Afrika Barat, melompat dariprimata ke manusia dalam sebuah proses yang dikenal sebagai zoonosis(Widoyono, 2011).

AIDS menarik perhatian komunitas kesehatan pertama kali pada tahun 1981 setelah terjadi secara tidak lazim, kasus-kasus pneumocystis carini (PPC) dan Sarkoma Kaposi (SK) pada laki-laki muda homoseks di California (Gottlieb, 1981) dalam (Silvia Anderson, 2006: 225). Kasus pertama AIDS di Indonesia dilaporkan secara resmi oleh Departemen Kesehatan pada tahun 1987 yaitu pada seorang warga Negara Belanda di Bali. Sebenarnya sebelum itu telah ditemukannya kasus pada bulan Desember 1985 yang secara klinis sesuai dengan diagnosis

AIDS dan hasil tes Elisa tiga kali diulang, menyatakan positif. Hanya hasil tes Western Blot, yang saat itu dilakukan di Amerika Serikat, hasilnya negatif sehingga tidak dilaporkan sebagai kasus AIDS. (Djoerban, 2006 : 1803).

3. Epidemiologi

Meskipun kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Amerika Serikat, dewasa ini kasus terbanyak dijumpai di Afrika. Di Asia jumlah kasus infeksi HIV terus bertambah dan diperkirakan di masa depan, jumlah infeksi HIV terbanyak akan terdapat di Asia. Sampai akhir tahun 2005, 28 juta orang meninggal karena AIDS. Angka harapan hidup di daerah yang sangat terkena HIV, adalah 49 orang (Maryunani, 2009).

HIV/AIDS merupakan info kesehatan yang cukup sensitive untuk dibicarakan. Kasusnya diumpakan seperti gunung es, yang terungkap sedikit namun sangat banyak yang masih tersembunyi. Berdasarkan laporan dari tahun ketahun menunjukkan peningkatan yang signifikan. Menurut laporan WHO (*World Health Organization*) 2009, sebanyak 33,3 juta orang hidup dengan HIV dan 1,8 juta orang meninggal karenanya. Data dari Ditjen PP dan PL Kemerdekaan RI juga menunjukkan hasil kumulatif kasus AIDS di Indonesia sampai dengan akhir juni 2011 sebanyak 26.483 kasus (Ardhiyanti, Lusiana 2015).

4. Penyebab HIV dan AIDS

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

Irianto, 2014 mengatakan walaupun sudah jelas dikatakan bahwa HIV sebagai penyebab AIDS, tetapi asal – usul virus ini masih belum diketahui secara pasti. Mula – mula dinamakan LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Ini ditemukan oleh ilmuwan institut Pasteur Paris, Dr. L. Montagnier pada tahun 1983 dari seorang penderita dengan gejala Lymphadenopathy syndrome. Pada tahun 1984, Dr. R. Gallo dari national institute of health, USA menemukan virus lain yang disebut HTLV-III (human lymphotropic virus tipe III). Kedua virus ini oleh masing – masing penemunya dianggap sebagai penyebab AIDS, karena dapat diisolasi dari penderita AIDS/ARC di Amerika, Eropa dan Afrika tengah. Penyelidikan lebih lanjut akhirnya membuktikan bahwa kedua virus ini sama. WHO kemudian member nama HIV (Human Immunodeficiency Virus) sesuai dengan pertemuan “*International Committee on Taxonomy of Viruses*” tahun 1962.

HIV mempunyai tendensi spesifik yaitu menyerang dan merusak sel limfosit T (sel T4 penolong) yang mempunyai peranan penting dalam system kekebalan seluler tubuh. HIV dapat pula ditemukan sel monosit, makrofag dan sel glia jaringan otak. Virus ini dapat berkembang di dalam sel limfosit T dan seperti retrovirus yang lain tetap hidup dalam sel yang inaktif. Virus dalam tubuh pengidap HIV selalu dianggap “*infectious*” yang dapat aktif kembali dan dapat ditularkan selama hidup pengidap HIV (Irianto, 2014).

5. Faktor Resiko HIV

HIV hanya dapat hidup di dalam darah dan akan membeku di luar darah manusia. HIV tidak akan menular melalui udara, sentuhan/berpegangan, berpelukan, berciuman, batuk, bersin, gigit nyamuk, memakai fasilitas umum bersama orang HIV, dan menggunakan alat rumah tangga bersama orang HIV (Spiritia, 2009). Menurut Nursalam dan Kurniawati (2011) cara penularan HIV melalui beberapa hal berikut :

- a. Hubungan seksual dengan orang terinfeksi HIV, baik biseksual, heteroseksual, maupun homoseksual. Selain itu, penyebaran HIV juga bisa lewat hubungan seksual secara anal, oral, dan vaginal dengan penderita.
- b. Ibu yang terinfeksi HIV ketika hamil dapat menularkan kepada janinnya jika ibu tidak menggunakan terapi ARV (anti retroviral). Selain itu, proses persalinan normal juga beresiko menularkan HIV dari ibu kepada anaknya, makanya disarankan oleh tenaga kesehatan untuk melakukan persalinan secara caesar agar meminimalisir resiko penularan HIV. Persalinan caesar dapat mengurangi resiko penularan HIV dari ibu kepada bayi hingga 80% (Nursalam dan Kurniawati, 2013).
- c. Alat kesehatan yang tidak steril (alat terkena darah HIV) dapat beresiko menularkan kepada orang lain. Alat tajam yang berhubungan dengan kulit, seperti jarum, pisau, silet, alat sirkumsisi dan alat membuat tato tanpa disterilkan juga akan beresiko menular kepada orang lain.
- d. Penggunaan jarum suntik yang bergantian dapat beresiko menularkan HIV kepada orang lain. Biasanya ini terjadi pada orang yang sering menggunakan narkoba atau jarum suntik yang digunakan bersama

6. Kelompok resiko tinggi

Menurut Irianto, 2014, terdapat dua kelompok resiko tinggi terkena HIV/AIDS yaitu :

a. Penyalahgunaan Narkotika

Pemindahan darah yang mengandung virus AIDS dapat terjadi melalui transfuse darah dan penggunaan jarum suntik bekas pakai yang tidak disterilkan terlebih dahulu. Kemungkinan penularan AIDS juga masih bias melalui darah dan terjadi diantara para penyalahguna obat/narkotika karena mengingat penularan AIDS yang cepat sekali, maka penyalahgunaan narkotika harus dilihat sebagai kelompok resiko tinggi AIDS yang memerlukan perhatian khusus dari para petugas kesehatan.

b. Penyalahguna Seks

Jalur penularan AIDS yang relative lebih luas jangkauannya adalah melalui hubungan seks. Tetapi jalur inipun tidak seluas jalur penularan penyakit menular seksual (PMS) lainnya oleh karena AIDS hanya menular jika terjadi perpindahan virus dari sperma ke darah. Jadi hanya Teknik hubungan seks tertentu saja yang merupakan perilaku seksual beresiko tinggi.

7. Gejala Klinis HIV dan AIDS

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

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

- 3) *Pneumocystis carinii*
- 4) Pneumonia interstitialis limfositik
- 5) Ensefalopati kronik.

8. Cara Penularan Virus HIV dan AIDS

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

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

a. Ibu hamil

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

b. Jarum Suntik

- 1) Prevalensi 5-10%.
- 2) Penularan HIV pada anak dan remaja biasanya melalui jarum suntik karena penyalahgunaan obat. Diantara tahanan (tersangka atau terdakwa tindak pidana) dewasa, pengguna obat

suntik di Jakarta sebanyak 40% terinfeksi HIV, di Bogor 25%, dan di Bali 53%.

c. Transfusi Darah

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

d. Hubungan Seksual

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

9. Efektifitas penularan HIV/AIDS

Menurut Sofro 2015: 40 berikut adalah efektifitas penularan HIV/AIDS :

- a. Transfusi : > 90 %
- b. Perinatal : 25% - 45%
- c. Seksual : 0,1 % - 1%
- d. Injection drug use : 0,5 % - 15%
- e. Transmisi perinatal :
 - 1) Dalam kandungan 5% - 10% terutama pada trimester III
 - 2) Waktu persalinan 10% - 20%
 - 3) Waktu menyusui atau menyusui 10% - 15%
- f. Penularan seksual : 80%

Cara hubungan seksual : heteroseksual, homoseksual, biseksual, status PMS, pelindung kondom, man having sex with man (MSM).

10. HIV tidak menular melalui kegiatan social

- a. Gigitan serangga
- b. Bersalaman atau bersentuhan
- c. Berpelukan bahkan berciuman

- d. Menggunakan peralatan makan Bersama
- e. Tinggal serumah dengan orang yang terinfeksi HIV

11. Penatalaksanaan medis atau pengobatan

HIV menyebabkan terjadinya penurunan system kekebalan tubuh sehingga pasien rentan terhadap serangan oportunistik. Antiretroviral (ARV) bias diberikan pada pasien untuk menghentikan aktifitas virus, memulihkan system immune dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup dan menurunkan kecacatan. ARV tidak dapat menyembuhkan pasien HIV namun bias memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV/AIDS. Obat ARV terdiri atas beberapa golongan seperti *nucleoside reverse, transcribe inhibitor, nucleotide reserve transcriptase inhibitor, non-nucleoside reserve transcriptase inhibitor* dan *inhibitor protase* (Ardhiyanti, lusiana2015).

Untuk memulai anti retroviral therapy (ART), ada beberapa syarat yang harus dipenuhi oleh penderita. Syarat yang dipenuhi untuk mencegah putus obat dan menjamin efektifitas pengobatan antara lain adalah infeksi HIV telah dikonfirmasi dengan hasil tes (positif) yang tercatat, memiliki indikasi medis dan tidak memulai ART jika tidak memenuhi indikasi klinis, mengulangi pemeriksaan CD4 dalam 4 bulan jika memungkinkan, pasien yang memenuhi kriteria dapat memulai di pelayanan kesehatan, jika infeksi oportunistic telah diobati dan sudah stabil maka pasien telah siap untuk pengobatan ART, adanya tim medis AIDS yang mampu memberikan perawatan kronis dan menjamin persediaan obat yang cukup (Ardhiyanti&Lusiana, 2015).

12. Pencegahan HIV/AIDS

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2012) dalam Bely, 2016. untuk menghindari perilaku seksual yang beresiko upaya mencegah penularan HIV menggunakan strategi “ABCD”.

- a. A (Abstinence), yaitu Absen seks atau tidak melakukan hubungan seksual bagi orang yang belum menikah.

- b. B (Be Faithful), yaitu Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- c. C (Condom), yaitu Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
- d. D (Drug No), yaitu Dilarang menggunakan narkoba.

13. Progam Pemberantasan HIV dan AIDS

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

a. Kebijakan di Provinsi, Kabupaten dan Kota

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

b. Kebijakan Nasional

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

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

Prinsip dan Dasar Kebijakan yaitu strategi dan rencana aksi dibuat berdasarkanperaturan perundangan terkait dengan masalah dan atau faktor-faktor yangberpengaruh dan mewarnai upaya penanggulangan HIV dan AIDS di indonesia.

Prinsip-prinsip utama dalam strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebagai berikut:

- a) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama, budaya, norma kemasyarakatan, menghormati harkat dan martabat manusia, serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
- b) HIV dan AIDS merupakan masalah sosial kemasyarakatan dan pembangunan, oleh sebab itu upaya penanggulangannya harus diintegrasikan ke dalam program pembangunan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten atau kota.
- c) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA dan orang-orang terdampak HIV dan AIDS.
- d) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan oleh masyarakat sipil dan pemerintah secara bersama berdasarkan prinsip kemitraan.
- e) Populasi kunci dan ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS berperan aktif secara bermakna dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.
- f) Dukungan yang diberikan kepada ODHA dan orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS yang miskin bertujuan untuk pemberdayaan dan mempertahankan kehidupan sosial ekonomi yang layak dan produktif.
- g) Peraturan perundang-undangan diusahakan untuk dapat mendukung dan selaras dengan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di semua tingkat.

C. Tinjauan Tentang ODHA

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

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

D. Stigma Terhadap ODHA

1. Pengertian Stigma

Dalam kamus besar bahasa Indonesia, Stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Menurut Ardhiyanti & Lusiana (2015) stigma adalah bentuk prasangka (prejudice) yang menolak seseorang atau kelompok karena mereka dianggap berbeda dengan diri kita atau kebanyakan orang. Stigma berhubungan dengan kekuasaan atau dominasi di masyarakat. Pada puncaknya, stigma akan menciptakan ketidaksetaraan sosial. Ini menyebabkan beberapa kelompok menjadi kurang dihargai dan merasa malu, sedangkan kelompok lainnya merasa superior.

2. Faktor-Faktor Terbentuk Stigma

Menurut penelitian di Amerika Serikat (2000) dalam (Sofro, 2015) menunjukkan beberapa faktor yang menjadi penyebab munculnya stigma, antara lain :

- a. Kurangnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS.
- b. Presepsi yang salah tentang cara penularan HIV.
- c. Kesalahan mencari tindakan dan pengobatan.

- d. Adanya pelaporan epidemic yang kurang benar dan anggapan bahwa penyakit HIV/AIDS tidak dapat disembuhkan.
- e. Adanya prasangka dan ketakutan yang berlebihan terhadap masalah sosial yang sensitif.

HIV/AIDS juga diasosiasikan dengan kematian. Orang yang HIV positif dianggap akan segera menemui ajal. Pasien HIV/AIDS identik mendapat hukuman atau kutukan dari Tuhan, karena mendapat penyakit yang tidak mungkin disembuhkan. Juga dianggap perilaku kriminal dan menakutkan masyarakat, sehingga harus di jauhi. Hal ini menyebabkan tekanan psikologis pada ODHA dan menyebabkan ODHA sering kali menutupi identitasnya karena adanya stigma dari berbagai tingkatan mulai dari keluarga, masyarakat, dan institusi sampai tingkat nasional (Sofro, 2015)

3. Manifestasi Stigma

Biasanya orang yang terkena stigma dihubungkan dengan seks bebas, penggunaan narkoba, dan homoseksual. Hal ini menjadi bumerang bagi mereka dimana dianggap masyarakat sebagai orang yang berperilaku buruk. Wanita pun juga menjadi korban terkena stigma karena berhubungan seksual dengan lawan jenis yang diduga memiliki HIV. Maka dari itu, stigma bisa muncul dari kata-kata kasar, gosip, dan menjauhi atau mendiskriminasi orang HIV (Liamputtong, 2013).

4. Tipe-Tipe Stigma

Van Brakel dalam Fiorillo dkk, (2016) mengungkapkan ada 5 tipe stigma sebagai berikut :

- a. *Public* stigma, dimana sebuah reaksi masyarakat umum yang memiliki keluarga atau teman yang sakit fisik ataupun mental. Salah satu contoh kata-katanya adalah “saya tidak mau tinggal bersama dengan orang HIV”.
- b. *Structural* stigma, dimana sebuah institusi, hukum, atau perusahaan yang menolak orang berpenyakit. Misalnya, perusahaan X menolak memiliki pekerja HIV.

- c. *Self-stigma*, dimana menurunnya harga dan kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit. Contohnya seperti pasien HIV yang merasa bahwa dirinya sudah tidak berharga di dunia karena orang-orang disekitarnya menjauhi dirinya.
 - d. *Felt or perceived stigma*, dimana orang dapat merasakan bahwa ada stigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan komunitas. Misalnya seorang wanita tidak ingin mencari pekerjaan dikarenakan takut status HIV dirinya diketahui dan dijauhi oleh rekan kerjanya.
 - e. *Experienced stigma*, dimana seseorang pernah mengalami diskriminasi dari orang lain. Contohnya seperti pasien HIV diperlakukan tidak ramah dibandingkan dengan pasien yang tidak HIV diperlakukan ramah oleh tenaga kesehatan.
 - f. *Label avoidance*, dimana seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit. Salah satu contoh adalah pasien menyembunyikan obatnya.
5. Bentuk stigma dan diskriminasi ODHA di masyarakat

Menurut (Sofro, 2015) ada beberapa bentuk stigma pada ODHA :

- a. Lingkungan keluarga

Sering dialami oleh ODHA, misalnya tidak menerima anggota keluarga yang terserang HIV/AIDS, lalu ditelantarkan.
- b. Lingkungan masyarakat

Keadaan ini biasanya dialami oleh masyarakat yang kurang pengetahuan tentang HIV/AIDS, masyarakat menolak ODHA sehingga tidak diperbolehkan tinggal dilingkungan masyarakatnya. Contoh *ekstrem* : ada ketua RT yang gigih mempengaruhi warganya agar menolak keberadaan ODHA disekitarnya.
- c. Lingkungan institusi

ODHA dikeluarkan dari tempat kerja dengan tidak hormat tanpa alasan yang jelas, atau ada persyaratan harus bebas HIV saat melamar pekerjaan dan ada sekolah yang dengan “vulgar” menolak

ODHA masuk ke institusi pendidikan tersebut, dengan alasan akan menularkan ke murid atau mahasiswa lain disekitarnya.

6. Dampak yang ditimbulkan dari stigma dan diskriminasi pada ODHA
Menurut (Ardhiyanti, Lusiana, 2015) stigma dan diskriminasi pada ODHA akan menyebabkan ODHA jadi enggan membuka diri, takut perlakuan buruk dari masyarakat, timbul perasaan tertekan atau depresidan tidak bisa bebas akses terhadap pengobatan.
Stigma dan diskriminasi pada ODHA merupakan kesenjangan terbesar dalam upaya pencegahan penularan HIV lebih luas, memberikan pelayanan yang adekuat serta pengobatan dan dukungan.
7. Solusi permasalahan sitgma pada ODHA
Menurut (Sofro , 2015) kegiatan pokok yang bisa dilakukan untuk menurunkan stigma dan diskriminasi, misalnya :
 - a. Mencegah stigma.
 - b. Menolak diskriminasi.
 - c. Mempromosikan perlindungan terhadap hak asasi manusia dan memonitor terjadinya pelanggaran hak asasi manusia.
 - d. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS.
 - e. ODHA dilibatkan sebagai subjek dan bukan objek dalam perencanaan dan pelaksanaan program pelayanan HIV/AIDS.
 - f. Menyediakan sumber-sumber informasi yang diperlukan untuk mengubah persepsi dan prilaku masyarakat terhadap ODHA.
 - g. Meningkatkan pelayanan dukungan untu ODHA.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian terkait yang dilakukan sebelumnya oleh Adhesatya Ningsih Moodoeto (2016), dengan judul “Psikoedukasi “Bidan Cerdas” untuk Menurunkan Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)”. Penelitian ini menggunakan desain eksperimen Non Random Untreated Kontrol Group Design with Dependent Pretest and Posttest Sample. Modul “Bidan Cerdas” digunakan sebagai materi yang disampaikan dalam bentuk psikoedukasi. Hipotesis penelitian diuji

dengan *Wilcoxon Signed Rank Test*. Hasil analisis pada kelompok eksperimen menunjukkan penurunan stigma terhadap ODHA yang disertai peningkatan pengetahuan SAVE pada data *pre test* menuju *post test* dengan menuju *follow up* dengan $P < 0,05$. Kesimpulannya Psikoedukasi “Bidan Cerdas” dapat menurunkan Stigma terhadap ODHA.

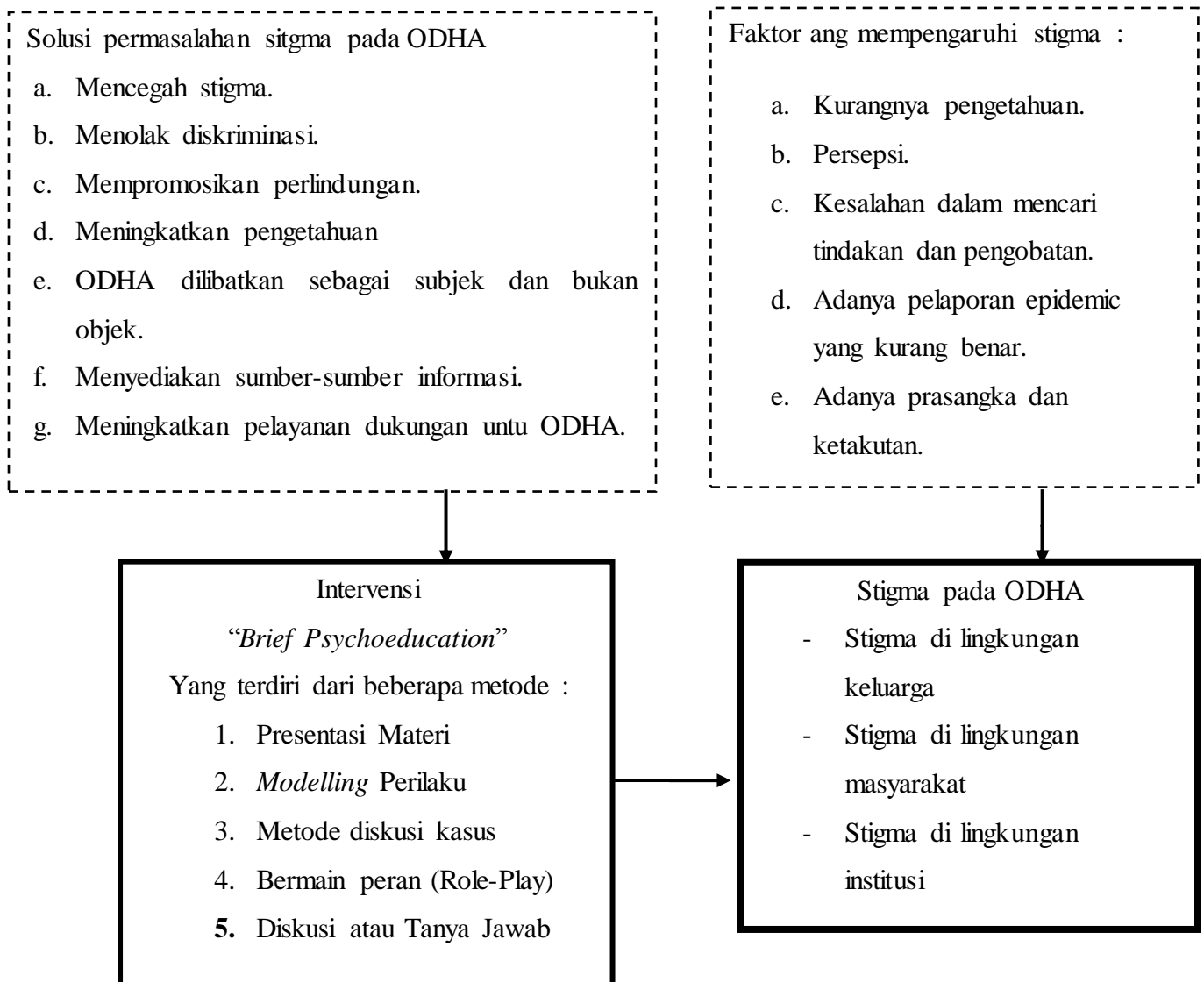
2. Penelitian terkait yang dilakukan sebelumnya oleh Ahmad Rifai (2016), dengan judul “Aplikasi *Brief Psychoeducation* terhadap Stigma HIV/AIDS dan Pemanfaatan VCT pada Ibu Rumah Tangga di Area Perkebunan Kopi di Kabupaten Jember”. Penelitian ini menggunakan desain Quasi eksperimen dengan *desaint pre-test* dan *post-test* dengan kelompok kontrol. Jumlah sampel pada masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sejumlah 15 orang yang dipilih menggunakan teknik simple random sampling. Hasil uji *t-test* berpasangan menyatakan ada perbedaan stigma dan pemanfaatan VCT secara signifikan pada ibu rumah tangga sebelum dan sesudah diberikan *brief psychoeducation* ($p\ value = 0,000$; CI 95% $< \alpha = 0,05$). Hasil uji *t-independent* juga didapatkan $p\ value = 0,000$; CI 95% $< \alpha = 0,05$ yang berarti ada perbedaan stigma dan pemanfaatan VCT yang signifikan pada responden yang diberikan *brief psychoeducation* dan yang tidak diberikan.
3. Penelitian terkait yang dilakukan sebelumnya oleh Ansemus Aristo Parut (2016), dengan judul “Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Stigma terhadap ODHA pada Siswa Kelas XI SMK VI Surabaya”. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analisis dengan *designcross-sectional*. Sampel yang digunakan adalah 74 orang siswa SMKN VI Surabaya. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner mengenai pengetahuan HIV/AIDS dan kuisisioner mengenai Stigma terhadap odha dengan HIV/AIDS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan mengenai HIV/AIDS dengan stigma terhadap ODHA, dengan koefisien korelasi- 0,890, dengan nilai $p=0,00 (<0,005)$.

4. Penelitian terkait yang dilakukan sebelumnya oleh Berliana Situmeang dkk. (2017) dengan judul “Hubungan Pengetahuan HIV/AIDS dengan Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS di Kalangan Remaja 15-19 Tahun di Indonesia (Analisa Data SDKI tahun 2012)”. Penelitian ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 dengan design cross-sectiona. Sampel penelitian sebanyak 8.316 orang. Hasil studi menunjukkan 71,63% remaja mempunyai stigma terhadap ODHA, 49,10% mempunyai pengetahuan yang kurang tentang HIV. Pengetahuan yang kurang terhadap HIV/AIDS berhubungan dengan stigma terhadap ODHA (PR=1,201 95% CI: 1,149-1,273).

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep (*conceptual framework*) adalah model pendahuluan dari sebuah masalah penelitian dan refleksi dari hubungan variabel – variabel yang diteliti. Kerangka konsep dibuat berdasarkan literatur dari teori yang sudah ada (Swarjana, 2015).



Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya

Keterangan :



: variable yang diteliti



: variable yang tidak diteliti

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah Stigma pada ODHA. Munculnya stigma masyarakat dipengaruhi oleh faktor kurangnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS, persepsi yang salah tentang HIV, kesalahan dalam mencari tindakan dan pengobatan, adanya pelaporan epidemic yang kurang benar dan anggapan bahwa penyakit HIV/AIDS tidak dapat disembuhkan, adanya prasangka dan ketakutan yang berlebihan terhadap masalah social yang sensitive namun faktor yang mempengaruhi tidak diteliti. Solusi permasalahan stigma pada ODHA Menurut (Sofro ,2015) kegiatan pokok yang bisa dilakukan untuk menurunkan stigma dan diskriminasi, misalnya : mencegah stigma, menolak diskriminasi, mempromosikan perlindungan terhadap hak asasi manusia dan memonitor terjadinya pelanggaran hak asasi manusia, meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS, ODHA dilibatkan sebagai subjek dan bukan objek dalam perencanaan dan pelaksanaan program pelayanan HIV/AIDS, menyediakan sumber-sumber informasi yang diperlukan untuk mengubah persepsi dan perilaku masyarakat terhadap ODHA, meningkatkan pelayanan dukungan untuk ODHA, dari hal-hal tersebut peneliti merangkumnya dalam satu metode yang ringkas yaitu psikoedukasi tentang HIV/AIDS yang dinamakan *Brief Psychoeducation*.

B. Hipotesis

Hipotesis alternative pada penelitian ini adalah ada pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap penurunan stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018.

C. Variabel Penelitian

1. Variabel penelitian

Menurut Kerlinger (dalam Sugiyono, 2017), variabel adalah konstruk (constructs) atau sifat yang akan dipelajari. Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, atau lain-lain). Dalam riset, variabel dikarakteristikan sebagai derajat, jumlah, perbedaan. Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai fasilitas untuk mengukur dan atau memanipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2016). Variabel dari penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu variabel terikat dan variabel bebas.

a. Variabel *independen* (Bebas)

Variabel *independen* (bebas) merupakan variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulasi yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen. Variabel bebas bisa dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk mengetahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2016).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *Brief Psychoeducation*. Psikoedukasi adalah sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, M.E. 2007). Psikoedukasi adalah salah satu diantara beberapa bentuk intervensi yang dapat mereduksi stigma dalam jangka waktu menengah hingga jangka panjang (Thornicroft, *et al*, 2015)

b. Variabel *dependen* (terikat)

Variabel dependen merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respon akan muncul akibat dari manipulasi variabel-variabel lain. Variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2016). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah stigma pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

D. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah definisi terhadap variabel berdasarkan konsep teori namun bersifat operasional agar variabel tersebut dapat diukur atau bahkan dapat diuji baik oleh peneliti maupun peneliti lain (Swarjana, 2015).

Table 3.1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya

No	Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat pengumpulan data	Hasil ukur	Skala
1	<i>Brief Psychoeducation</i>	Merupakan sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi yang diberikan secara ringkas dengan menggabungkan beberapa metode pembelajaran.	-	-	-
2	Stigma masyarakat terhadap ODHA	Merupakan tanggapan atau reaksi negatif masyarakat terhadap ODHA : d. Stigma di lingkungan keluarga. - tidak menerima anggota keluarga yang terserang HIV/AIDS - ODHA ditelantarkan. e. Stigma di lingkungan masyarakat - Masyarakat menolak ODHA dilingkungannya. - ODHA dijauhi dan diisolasi dari lingkungan masyarakat	Cara dan alat ukur pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan kuesioner sejumlah 15 pernyataan kepada responden selanjutnya diberikan skor sesuai jawaban responden. Dimana setiap jawaban diukur dengan skala likert, yaitu : Jawaban	Hasil pengukuran perilaku dikelompokkan dalam 3 kategori : a. Stigma Tinggi bila akumulasi 76 – 100% b. Stigma Sedang bila akumulasi 56 – 75 % c. Stigma Rendah bila	Interval

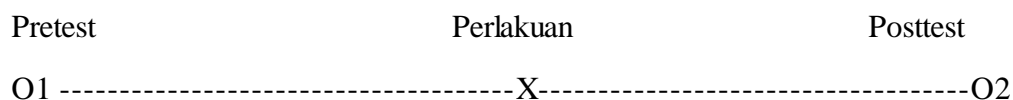
		<p>f. Stigma di lingkungan institusi,</p> <ul style="list-style-type: none"> - ODHA dikeluarkan dari tempat kerja dengan tidak hormat tanpa alasan yang jelas, - Persyaratan harus bebas HIV saat melamar pekerjaan dan ada sekolah - Menolak ODHA masuk ke institusi pendidikanmenularkan ke murid atau mahasiswa lain disekitarnya. 	<p>positif sangat setuju skor 1, setuju skor 2, tidak setuju skor 3, sangat tidak setuju skor 4. Jawaban negative sangat setuju skor 4, setuju skor 3, tidak setuju skor 2, sangat tidak setuju skor 1.</p>	<p>akumulasi <56%.</p>	
--	--	--	---	---------------------------	--

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *Pre-eksperimental design* karena terdapat variabel luar yang ikut berpengaruh terhadap terbentuknya variabel terikat (*dependent*) dengan rancangan *pre-post test* dalam satu kelompok (*one-group pre-post test design*) tanpa melibatkan kelompok kontrol (Sugiyono, 2017). Ciri-ciri penelitian ini adalah mengungkapkan pendekatan *cross-sectional design* hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan langsung satu kelompok subjek yang telah dilakukan intervensi (Nursalam, 2016).

Rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Desa Sidakarya tahun 2018. Rancangan penelitian ini dapat disajikan dalam gambar sebagai berikut :



Keterangan :

O1 : nilai pretest (sebelum diberikan *brief psychoeducaton*)

O2 : nilai posttest (setelah diberikan *brief psychoeducaton*)

X : perlakuan (*brief psychoeducation*)

Gambar 4.1 Skema Kerja Penelitian Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Desa Sidakarya Tahun 2018

Berdasarkan rancangan penelitian di atas, maka penelitian dilakukan sebagai berikut: pengambilan sampel dari populasi dengan teknik *simple random sampling*, melalui teknik undian. Kemudian sampel diberikan tes awal atau *pre-test* (O1), kemudian responden diberikan intervensi *brief psychoeducation* HIV/AIDS 1 kali pertemuan selama 180 menit, yang terdiri

dari 3 fase yaitu fase orientasi, fase kerja yang didalamnya terdapat 5 metode pembelajaran dan fase terminasi. Kemudian responden diberikan tes akhir *post-test* (O2) dengan test yang sama seperti pada *pre-test*.

B. Tempat dan Waktu penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya. Beberapa pertimbangan dan alasan peneliti untuk memilih lokasi karena di lingkungan tersebut belum pernah dilakukan penyuluhan maupun psikoedukasi tentang HIV/AIDS dan salah satu warga di lingkungan itu adalah ODHA yang merasa dirinya dijauhi oleh masyarakat. Selain itu dari hasil studi pendahuluan, didapatkan pada remaja Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Desa Sidakarya melibatkan 10 orang yang diwawancarai 8 orang memiliki pandangan negatif terhadap ODHA, mereka mengatakan “takut” bergaul pada orang dengan AIDS karena khawatir jika bergaul dengan mereka akan tertular. Saat ditanyakan jika salah satu anggota keluarga tertular virus HIV/AIDS, apakah saudara merahasiakannya?. Semua menjawab akan merahasiakannya karena itu merupakan “Aib”.

2. Waktu penelitian

Pengambilan data dan intervensi penelitian dilaksanakan pada tanggal 18 Desember 2018.

C. Populasi – Sampel – Sampling

1. Populasi penelitian

Populasi adalah obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2017). Populasi dari penelitian ini adalah seluruh anggota Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati di Desa Sidakarya Kecamatan Denpasar Selatan yang berjumlah 154 orang.

2. Sampel penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2017). Pada penelitian ini yang menjadi sampel adalah anggota Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Kecamatan Denpasar Selatan yang memenuhi kriteria sampel.

a. Kriteria Sampel

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi penyimpangan dalam hasil penelitian, khususnya jika variabel kontrol mempunyai pengaruh terhadap variabel yang kita teliti. Terdapat dua macam kriteria sampel yaitu kriteria inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2016).

1) Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang datang saat diberikan intervensi psikoedukasi.
- b) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*.
- c) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang berusia 15-25 tahun.
- d) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang tinggal dalam jarak kurang lebih 50 meter dengan tempat tinggal ODHA.
- e) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang kontak langsung dengan ODHA dalam kurun waktu 1 minggu terakhir.

2) Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi. Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya laki-laki dan perempuan yang tidak bisa baca tulis.
- b) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang sedang sakit.
- c) Anggota Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Sidakarya yang tidak pernah kontak dengan ODHA.

b. Besar sampel

Dalam penelitian ini penulis mempersempit populasi yaitu jumlah seluruh anggota sekaa truna sebanyak 154 dengan menghitung ukuran sampel yang dilakukan dengan teknik Slovin menurut Sugiyono (2011:87). Adapun penelitian ini menggunakan rumus Slovin karena dalam penarikan sampel, jumlahnya harus *representative* agar hasil penelitian dapat digeneralisasikan dan perhitungannya pun tidak memerlukan tabel jumlah sampel, namun dapat dilakukan dengan rumus dan perhitungan sederhana.

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

$$n = \frac{154}{1+154(0,2)^2}$$

$$n = \frac{154}{7,16} = 21,508 = 22 \text{ responden}$$

3. Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *probability (random sampling)* dengan jenis *simple random sampling*, dimana pengambilan anggota sample dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi dan populasi juga dianggap homogen (Sugiyono, 2011). Cara pengambilan sample ini adalah dimana peneliti membuat guntingan kertas sebanyak 154 potongan kertas, kemudian masing-masing potongan kertas dituliskan nomor 1-154 (tiap potongan

kertas diisi satu nomor), setiap potongan kertas digulung dan dilipat sampai nomornya tidak kelihatan, setelah semua digulung kertas tersebut dimasukan kedalam kotak kecil selanjutnya dikocok dan dikeluarkan gulungan kertas tersebut satu persatu. Nomor gulungan kertas yang keluar di sesuaikan dengan daftar nama anggota sekaa teruna tunas muda dari urutan 1 sampai 154. Dilakukan pengocokan sampai jumlah sampel tercukupi (22 sampel) dan diseuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

D. Pengumpulan Data

1. Metode Pengumpulan Data

Seluruh data dalam penelitian ini diambil langsung dari responden (data primer). Metode pengumpulan data yang digunakan adalah *self-completed questionnaire*. *Self-completed questionnaire* adalah metode pengumpulan data dimana responden terlibat langsung dan mengisi sendiri kuisisioner yang diberikan (Gerrish and Lacey, 2010 dalam Swarjana, 2016).

2. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang akan digunakan oleh peneliti adalah kuisisioner dengan bentuk pernyataan tertutup. Kuisisioner yang dibuat untuk mengetahui stigma terhadap ODHA. Kuisisioner yang digunakan kuisisioner yang dikembangkan oleh peneliti, kemudian diuji validitas menggunakan *face validity*, dimana instrumen yang digunakan peneliti telah melalui uji validitas oleh dosen yang *expert* dibidangnya.

Kuisisioner stigma terdiri dari 15 pernyataan dan semua pertanyaan berdasarkan skala likert. Terdapat 4 pilihan jawaban pada masing-masing pernyataan, meliputi pernyataan positif Sangat setuju dengan skor 1, Setuju dengan skor 2, Tidak setuju dengan skor 3, Sangat tidak setuju dengan skor 4. Pernyataan negatif Sangat setuju dengan skor 4, Setuju dengan skor 3, Tidak setuju dengan skor 2, Sangat tidak setuju dengan skor 1. Hasil ukur yang diperoleh dari kuisisioner tersebut adalah : Tinggi bila skor 76-100%, Sedang bila skor 56-75%, Rendah bila skor <56%. Pada analisa total, total skor dari

setiap responden diperoleh dari menjumlahkan skor dari setiap pernyataan. Kuisioner diisi oleh responden setelah menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian, menandatangani lembar permohonan menjadi responden dan lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*).

3. Teknik Pengumpulan Data

a. Prosedur Administratif

- 1) Peneliti meminta persetujuan penelitian dari ketua Stikes Bali.
- 2) Mengirimkan surat permohonan ijin penelitian dari Stikes Bali yang ditanda tangani ketua Stikes Bali ditujukan kepada Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali, setelah mendapat surat rekomendasi dari Badan Penanaman modal dan perijinan Provinsi Bali, kemudian surat ijin dikeluarkan oleh Badan Kesbang Pol dan Linmas Kota Denpasar, surat nomor :070/1246/BKBP (terlampir).
- 3) Peneliti membawa surat permohonan ijin penelitian yang ditujukan kepada Perbekel Desa Sidakarya, kemudian peneliti mendapatkan surat ijin penelitin dari Perbekel Desa Sidakarya, surat nomor : 070/653/XI/2018 (terlampir).

b. Proses Teknis

- 1) Peneliti melakukan pendekatan dengan ketua umum Sekaa Truna Tunas Muda Desa Sidakarya.
- 2) Peneliti berkordinasi dengan ketua umum Sekaa Truna Tunas Muda Desa Sidakarya untuk masalah tempat, waktu dilakukannya psikoedukasi dan koordinasi untuk mengundang anggota Sekaa Truna Tunas Muda yang menjadi responden dalam kegiatan tersebut.
- 3) Saat pengumpulan data dilakukan, peneliti mengundang anggota sekaa truna tunas muda banjar dukuh mertajati desa sidakarya yang menjadi responden, sebelum peneliti memberikan intervensi psikoedukasi peneliti menjelaskan tujuan dari pemberian psikoedukasi tersebut, selanjutnya

setelah itu peneliti memberikan lembar persetujuan (informed consent) menjadi responden jika bersedia dijadikan subjek penelitian.

4) Melakukan pengumpulan data :

a) Pretest

Tujuan dilakukan pretest adalah untuk mengetahui tingkatan stigma sebelum dilakukan intervensi. Pretest dilakukan satu kali saja, yaitu sebelum perlakuan penelitian diberikan. Pretest dilakukan dengan menggunakan kuisisioner stigma. Peneliti menjelaskan cara mengisi kuisisioner yang diberikan sebelum kegiatan psikoedukasi dimulai. Peneliti membagikan kuisisioner untuk menilai stigma sebelum dilaksanakan intervensi psikoedukasi kepada peserta yang menjadi sampel penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang dipilih oleh peneliti. Jika dalam mengisi kuisisioner ada pernyataan yang kurang jelas/tidak dimengerti oleh responden, maka responden berhak bertanya kembali kepada peneliti. Setelah responden selesai mengisi kuisisioner, kuisisioner dikumpulkan.

b) Pelaksanaan penelitian

Pelaksanaan penelitian berupa kegiatan psikoedukasi yang telah dirancang oleh peneliti berdasarkan modul psikoedukasi yang sudah dibuat. Psikoedukasi tersebut besisi 3 Fase yaitu pertama fase Orientasi dimana peneliti melakukan bina hubungan saling percaya bersama peserta psikoedukasi. Fase Kerja disini terdapat beberapa metode pembelajaran yang dibuat yaitu : presentasi materi, pemutaran vidio edukasi HIV/AIDS, pemaparan kasus stigma pada ODHA, bermain peran (Role-Play), diskusi atau tanya jawab. Terakhir fase terminasi ini dilakukan

setelah kegiatan psikoedukasi berakhir. (Modul kegiatan psikoedukasi terlampir).

c) Posttest

Posttest diberikan dalam mengisi kuisisioner stigma, untuk menilai stigma setelah diberikan psikoedukasi. Kemudian selesai responden mengisi kuisisioner, kuisisioner dikumpulkan.

E. Rencana Analisa Data

1. Teknik pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu upaya untuk memprediksi data dan menyiapkan data sedemikian rupa agar dapat dianalisis lebih lanjut dan mendapatkan data siap untuk disajikan (Setiadi, 2013). Langkah-langkah pengolahan data yaitu :

a. *Editing*

Semua data yang telah diperoleh peneliti, diperiksa kembali dengan memeriksa kelengkapan jawaban responden pada kuesioner, memperjelas, apabila ditemukan kejanggalan hasil kuesioner atau terdapat kuesioner yang tidak diberi jawaban maka dilakukan klarifikasi dan responden diminta untuk menjawab ulang.

b. *Coding*

Coding yaitu kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Pemberian kode pada setiap jawaban dari kuisisioner stigma terhadap ODHA telah dikelompokkan untuk mempermudah dalam proses pengolahan data. Dalam penelitian ini untuk responden berumur 15-25 tahun diberi kode 1, responden berjenis kelamin laki-laki diberi kode 1 dan perempuan diberi kode 2. Untuk agama responden hindu diberi kode 1, Islam diberi kode 2, Kristen diberi kode 3, Katolik diberi kode 4, dan Budha diberi kode 5. Jenjang pendidikan responden SD diberi kode 1, SMP diberi kode 2, SMA diberi kode 3, dan perguruan tinggi diberi kode 4. Untuk karakteristik responden berdasarkan pekerjaan PNS diberi kode 1, Swasta/Wiraswasta

diberi kode 2, Petani/Buruh diberi kode 3, Pelajar diberi kode 4, Tidak bekerja diberi kode 5, dan pekerja yang tidak tercantum diberi kode 6. Kategori stigma terdapat 4 pilihan jawaban meliputi : pernyataan positif Sangat setuju dengan skor 1, Setuju dengan skor 2, Tidak setuju dengan skor 3, Sangat tidak setuju dengan skor 4 dan pernyataan negatif Sangat setuju dengan skor 4, Setuju dengan skor 3, Tidak setuju dengan skor 2, Sangat tidak setuju dengan skor 1. Pemberian kode untuk stigma masyarakat pada ODHA kode 1 = tinggi, kode 2 = sedang, kode 3 = rendah.

c. *Entry* atau *tranfering*

Setelah dilakukan *editing* dan *coding* selanjutnya peneliti akan melakukan *data entry*. *Data entry* adalah kegiatan memasukan data yang telah dikumpulkan ke dalam *master table* atau *database* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana agar data dapat dianalisis dengan bantuan komputerisasi. *Entry* data dalam penelitian ini adalah hasil penelitian berupa inisial responden, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, hasil pengukuran stigma sebelum diberi intervensi dan hasil pengukuran stigma setelah diberi intervensi. Disini peneliti akan memasukkan data-data yang telah lengkap ke dalam suatu tabel dengan bantuan *Microsoft Excel* sehingga data dapat dianalisis dengan bantuan program *SPSS version 20.0 for Windows*. Terakhir dilakukan teknik analisis data.

d. *Cleaning* atau tabulasi

Data yang telah dientri kemudian dilakukan pembersihan terlebih dahulu, agar seluruh data yang diperoleh terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis. Peneliti memeriksa kembali apakah sudah benar kode yang dimasukkan, melihat apakah ada *missing* data, lalu dilanjutkan dengan analisa data. Setelah dilakukan *cleaning* didapatkan bahwa tidak ada *missing* datadan kemudian data disajikan dalam bentuk tabel, distribusi frekuensi dan narasi yang meliputi karakteristik responden, hasil pengukuran stigma

sebelum diberi intervensi psikoedukasi dan hasil pengukuran stigma setelah diberi intervensi psikoedukasi.

2. Teknik analisis data

Untuk mendistribusikan pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA diperoleh berdasarkan hasil analisa data perhitungan nilai presentase skor tiap responden. Rumus yang digunakan untuk mendapatkan nilai presentase menggunakan analisa Univariat dan Bivariat.

a. Analisa Univariat

Analisa Univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisa ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase tiap-tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dimana analisis deskriptif berfungsi meringkas, mengklarifikasi dan menyajikan data.

Analisa data untuk stigma menggunakan kuisioner berdasarkan skala likert yang terdiri dari 15 pernyataan, semua pertanyaan mempunyai 4 alternative pilihan yaitu 4 pilihan jawaban meliputi : pernyataan positif Sangat setuju dengan skor 1, Setuju dengan skor 2, Tidak setuju dengan skor 3, Sangat tidak setuju dengan skor 4 dan pernyataan negatif Sangat setuju dengan skor 4, Setuju dengan skor 3, Tidak setuju dengan skor 2, Sangat tidak setuju dengan skor 1. Selanjutnya skor yang didapat dari responden ditambahkan kemudian dibandingkan dengan skor maksimal dan dikalikan 100%. Maka rumus yang digunakan menurut (Ariani, 2014) adalah sebagai berikut :

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

Keterangan :

P = Presentase

f = Jumlah skor yang didapat dari responden.

n = Jumlah total skor maksimal pada pernyataan.

Berdasarkan perhitungan diatas ditetapkan nilai berskor interval, yaitu :

- a. Tinggi : bila didapat hasil 76-100%
- b. Sedang : bila didapat hasil 56-75%
- c. Rendah : bila didapat hasil <56%

b. Analisis Bivariat

Hal penting yang harus dilakukan setelah data dimasukan adalah uji normalitas data untuk mengetahui data berdistribusi normal ataukah tidak normal, uji statistik yang digunakan adalah *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel $n \leq 50$. Melihat distribusi data dengan membandingkan *p-value* dengan ($\alpha=0,05$), karena data berdistribusi normal maka dilakukan uji parametrik dengan uji *paired t test* dengan tingkat kepercayaan 95% ($p \leq 0,05$).

F. Etika Penelitian

Dalam penelitian banyak hal yang harus dipertimbangkan, tidak hanya metode, desain, dan lainnya, tetapi ada hal yang sangat penting yang harus diperhatikan oleh peneliti yaitu "*ethical principles*". Hal ini menjadi pertimbangan mutlak yang harus dipatuhi oleh peneliti bidang apapun (Swarjana, 2016).

1. Ijin Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan surat ijin penelitian kepada Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan. Peneliti meminta persetujuan penelitian dari ketua Stikes Bali. Kemudian mengirimkan surat permohonan ijin penelitian dari Stikes Bali yang ditanda tangani ketua Stikes Bali ditujukan kepada Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali, setelah mendapat surat rekomendasi dari Badan Penanaman modal dan perijinan Provinsi Bali, kemudian peneliti membawa surat tersebut ke Badan Kesbang Pol dan Linmas Kota Denpasar. Peneliti membawa surat permohonan ijin penelitian yang ditujukan kepada Perbekel Desa Sidakarya,

kemudian peneliti mendapatkan rekomendasi ijin penelitian dari Perbekel Desa Sidakarya.

2. *Inform Consent* (persetujuan)

Inform Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden dengan memberikan lembar persetujuan. *Inform Consent* ini diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden (Hidayat,2008). Dalam *Inform Consent* penelitian mencantumkan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya Tahun 2018.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. (Hidayat, 2008). Dalam penelitian ini menjelaskan kepada responden bahwa peneliti tidak akan membocorkan data yang didapat dari responden serta semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiannya dan data-data tertentu saja yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4. *Anomity* (Tanpa Nama)

Merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menulis kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008). Saat penelitian berlangsung peneliti menjelaskan kepada responden untuk mengisi nama dengan initial saja sehingga kerahasiaan data dari responden akan tetap terjaga.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menampilkan tentang hasil penelitian yang dikelompokkan menjadi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden, yang meliputi umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, dan hasil penelitian tentang stigma pada ODHA sebelum diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS, stigma pada ODHA sesudah diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS, dan pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya Tahun 2018.

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA yang dilakukan di lingkungan Skaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya, Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar yang terletak \pm 5km dari pusat kota Denpasar. Desa Sidakarya mempunyai luas wilayah 389 hektar yang terdiri dari 12 Dusun (Dukuh Mertajati, Sari Sidakarya, Tengah Sidakarya, Graha Kerti, Kerta Sari, Sekar Kangin, Suwung Kangin, Kerta Raharja, Wirastya, Kertapetasikan, Graha Santhi, Kerta Dalem).

Jumlah penduduk yang terdata pada tahun 2018 adalah sebanyak 14.702 jiwa dan 3.553 KK dimana jumlah KK tertinggi yaitu di dusun/banjar Dukuh Mertajati dengan jumlah 380 KK dan 1474 penduduk. Dusun atau Banjar Dukuh Mertajati ini memiliki Organisasi remaja atau kepemudaan yang bernama Sekaa Teruna Tunas Muda yang beranggotakan 154 orang, yang dimana sebagian besar anggotanya adalah remaja pelajar SMA dimana salah satu anggotanya adalah ODHA, dan sebelumnya ada salah satu anggota sekaa teruna yang meninggal karena HIV-AIDS. Sekaa Teruna Tunas Muda ini belum pernah sama sekali mengadakan kegiatan atau disosialisasikan tentang penyuluhan HIV-AID, padahal dalam rangka penanggulangan HIV-AIDS di masyarakat, Desa Sidakarya merupakan bagian dari wilayah kerja

UPT Kesmas Densel I dan Desa Sidakarya juga termasuk kawasan beresiko, karena didalam wilayahnya ada beberapa tempat lokalisasi prostitusi.

B. Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan pekerjaan pada anggota Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati (n=22).

Karakteristik	Frekwensi (n)	Presentase (%)
Umur		
15-25	22	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	72,7
Perempuan	6	27,3
Agama		
Hindu	21	95,5
Islam	1	4,5
Kristen	0	0
Katolik	0	0
Budha	0	0
Pendidikan		
SD	0	0
SMP	0	0
SMA	18	81,8
PT	4	18,2
Pekerjaan		
PNS	0	0
Swasta/Wiraswasta	4	18,2
Petani/Buruh	2	9,1
Pelajar	15	68,2
Tidak Bekerja	1	4,5
Lain-lain	0	0

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan umur 15-25 tahun (100%). Sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 responden (72,7%) dan berdasarkan agama hindu yaitu 21 (95,5%). Berdasarkan tingkat pendidikan didominasi oleh SMA 18

responden (81,8%) dan jenis pekerjaan didominasi oleh pelajar yaitu 15 responden (68,2%).

C. Hasil Penelitian Berdasarkan Variabel Penelitian

1. Stigma pada ODHA sebelum diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya.

Distribusi responden berdasarkan stigma pada ODHA sebelum diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018 dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Distribusi Frekwensi Stigma pada ODHA sebelum diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018 (n=22).

Stigma (pre-test)	Frekwensi (n)	Presentase (%)
Tinggi	7	31,9
Sedang	12	54,5
Rendah	3	13,6
Jumlah	22	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui dari 22 responden sebelum diberikan intervensi *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati sebagian besar memiliki Stigma sedang yaitu sebanyak 12 orang atau 54,5%.

2. Stigma pada ODHA setelah diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya.

Distribusi responden berdasarkan stigma pada ODHA setelah diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018 dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi Frekwensi Stigma pada ODHA setelah diberikan *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018 (n=22).

Stigma (post-test)	Frekwensi (n)	Presentase (%)
Tinggi	0	0
Sedang	0	0
Rendah	22	100
Jumlah	22	100

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui dari 22 responden setelah diberikan intervensi *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati semua responden memiliki Stigma rendah yaitu sebanyak 22 orang atau 100%.

D. Hasil Analisa Data

Analisa Pengaruh *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya menggunakan uji statistik *Paired T-Test* dengan α sebesar 0,05, karena uji normalitas data dengan menggunakan uji statistik *Shapiro-Wilk* diperoleh hasil data berdistribusi normal dengan hasil *p-value* sebesar $0,260 > \alpha 0,05$. Perhitungan menggunakan bantuan komputerisasi (perhitungan terlampir).

Berdasarkan perhitungan uji statistik *Paired T-Test* didapatkan nilai yang signifikan dengan probabilitas (*Sig.*) 0,001. Karena probabilitas (*Sig.*) atau *p-value* = $0,001 < 0,05$ maka Hipotesis diterima. Hal ini menunjukkan bahwa stigma sebelum dan sesudah diberikan perlakuan mengalami perubahan. Artinya terdapat pengaruh yang signifikan dari pemberian *brief psychoeducation* terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya. Berdasarkan hasil pengolahan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa, *Brief Psychoeducation* memberikan pengaruh yang besar terhadap stigma pada ODHA.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang berupa interpretasi dan diskusi terhadap masing-masing variabel dikaitkan dengan teori dan hasil penelitian yang telah ada sebelumnya. Selain itu, pada pembahasan ini menjelaskan tentang keterbatasan penelitian yang telah dilaksanakan.

A. Stigma Pada ODHA Sebelum Diberikan *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya.

Stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Menurut Ardhiyanti & Lusiana (2015) stigma adalah bentuk prasangka (*preudjice*) yang menolak seseorang atau kelompok karena mereka dianggap berbeda dengan diri kita atau kebanyakan orang. Stigma berhubungan dengan kekuasaan atau dominasi di masyarakat. Pada puncaknya, stigma akan menciptakan ketidaksetaraan sosial. Ini menyebabkan beberapa kelompok menjadi kurang dihargai dan merasa malu, sedangkan kelompok lainnya merasa superior.

Menurut penelitian di Amerika Serikat (2000) dalam (Sofro, 2015) menunjukkan beberapa faktor yang menjadi penyebab munculnya stigma, antara lain yaitu kurangnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS, persepsi yang salah tentang cara penularan HIV, kesalahan mencari tindakan dan pengobatan, adanya pelaporan epidemic yang kurang benar dan anggapan bahwa penyakit HIV/AIDS tidak dapat disembuhkan, adanya prasangka dan ketakutan yang berlebihan terhadap masalah sosial yang sensitif.

HIV/AIDS juga diasosiasikan dengan kematian. Orang yang HIV positif dianggap akan segera menemui ajal. Pasien HIV/AIDS identik mendapat hukuman atau kutukan dari Tuhan, karena mendapat penyakit yang tidak mungkin disembuhkan. Juga dianggap perilaku kriminal dan menakutkan masyarakat, sehingga harus di jauhi. Hal ini menyebabkan tekanan psikologis

pada ODHA dan menyebabkan ODHA sering kali menutupi identitasnya karena adanya stigma dari berbagai tingkatan mulai dari keluarga, masyarakat, dan institusi sampai tingkat nasional (Sofro, 2015)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 22 responden sebelum diberikan intervensi *Brief Psychoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati sebagian besar memiliki Stigma sedang yaitu sebanyak 12 orang atau 54,5% dan memiliki stigma tinggi sebanyak 7 orang atau 31,8%, hal ini dapat dipengaruhi oleh karena kurangnya paparan informasi tentang HIV/AIDS yang didapat dari pelayanan kesehatan setempat sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman seseorang. Stigma ini dapat dilihat dari kemampuan anggota sekaa teruna dalam menjawab pernyataan dalam kuesioner. Sebagian besar anggota sekaa teruna tidak mengetahui cara penularan virus HIV-AIDS yang benar dan belum pernah diadakan penyuluhan atau edukasi tentang HIV-AIDS di lingkungan Banjar Dukuh Mertajati dan Sekaa Teruna Tunas Muda.

Dalam menentukan sikap, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat mempengaruhi sikap seseorang terhadap penderita HIV/AIDS. Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA muncul berkaitan dengan ketidaktahuan tentang mekanisme penularan HIV, perkiraan risiko tertular yang berlebihan melalui kontak biasa dan sikap negatif terhadap kelompok sosial yang tidak proporsional yang dipengaruhi oleh endemik HIV-AIDS. Hal ini didukung dengan penelitian di Botswana dalam Sosodoro (2012) yang menggambarkan bahwa ketidakpahaman cara penularan HIV/AIDS sering menimbulkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan persepsi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Mahendra *et al* (2007) dan oleh Pratikno (2008), yang menunjukkan bahwa adanya stigma dan diskriminasi pada ODHA oleh petugas kesehatan dipengaruhi oleh pengetahuan dan persepsi responden tentang HIV/AIDS. Faktor lain yang berpengaruh adalah tingkat pendidikan,

Maendra pada tahun 2006 menyatakan bahwa jenis teaga kesehatan sesuai latar belakang pendidikannya mempengaruhi skor stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (Mahendra *et al*, 2006), dimana pada penelitian ini latar belakang pendidikan responden sebagian besar masih pelajar SMA. Selain itu umur, jenis kelamin dan kepatuhan terhadap agama merupakan juga faktor-faktor yang mempengaruhi stigma terhadap ODHA. Dalam Suganda (1997) menyatakan bahwa bertambahnya umur seseorang mempengaruhi proses terbentuknya motifasi sehingga faktor umur berpengaruh terhadap kinerja dan perilaku seseorang. Gibson menyatakan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu variabel individu yang dapat mempengaruhi kinerja (Gibson, 1996). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico tahun 2011 menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep tentang sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Diaz *et al*, 2011).

Sejalan dengan penelitian Aristo (2016) hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan stigma terhadap ODHA diman pengetahuan yang kurang menimbulkan miskonsepsi mengenai HIV/AIDS, hal ini akan menjadi penyebab munculnya stigma terhadap ODHA. Stigma dan diskriminasi yang berhubungan dengan HIV/AIDS sudah menjadi masalah kunci dalam pengendalian dan penatalaksanaan HIV/AIDS (Deacon, 2005). Stigma dan diskriminasi dapat mengurangi akses terhadap pendidikan, pengobatan, dan akses terhadap pelayanan (Strode & Grant, 2001). Stigma dan diskriminasi yang dialami dan dilakukan anak-anak dan remaja berbeda dengan yang dialami dan dilakukan dewasa. Anak dan remaja sedang dalam proses perkembangan baik dari segi fisik, kognitif, maupun sosial. Mereka mengintrepertasikan dan bereaksi terhadap stigma dengan cara yang berbeda dari dewasa (Cree,2004).

B. Stigma Pada ODHA Sesudah Diberikan *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya.

Menurut Thonicroft *et al*, (2015) salah satu diantara beberapa bentuk intervensi yang paling efektif dapat mereduksi stigma dalam jangka waktu menengah hingga panjang adalah psikoedukasi. Psikoedukasi dianggap sangat tepat diberikan kepada pasien atau orang-orang yang terlibat dengan pasien (Lakshmi & Sampathkumar, 2013). Psikoedukasi juga terbukti efektif dan memberikan perubahan yang signifikan terhadap pemahaman penerimanya (Bhattacharjee *et al*, 2011)..

Setelah diberikan perlakuan dengan psikoedukasi yaitu “*Brief Psychoeducation*” tentang HIV/AIDS, peneliti melakukan pengukuran kembali stigma responden terhadap ODHA didapatkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa semua responden memiliki stigma rendah yaitu sebanyak 22 orang atau 100%. Sehingga berdasarkan hasil penelitian ini terjadi penurunan stigma terhadap ODHA setelah post test dilakukan. Respon dari responden saat diberikan intervensi sangat antusias dalam memberikan pertanyaan kepada pemateri, antusias dalam menonton video edukasi HIV/AIDS, dan sangat antusias dalam bermain *Role-Play*. Selain itu responden juga sangat serius dalam berdiskusi langsung bersama ODHA yang merupakan motivator dan konselor di salah satu yayasan penanggulangan HIV/AIDS. Hal yang paling berkesan saat dilakukan intervensi adalah ketika ODHA yang merupakan salah satu anggota Sekaa Teruna mengungkapkan dirinya di depan teman-temannya bahwa ia terinfeksi HIV/AIDS dan ingin hidup bersosialisasi seperti yang lainnya, dan juga menceritakan pengalamannya agar teman-teman atau anggota sekaa teruna yang lainnya berhati-hati dalam berhubungan seksual.

Hal ini membuktikan bahwa metode “*Brief Psychoeducation*” yang digunakan oleh peneliti sangat efektif dan bermanfaat dalam menurunkan stigma responden terhadap ODHA yang ditunjukkan dari hasil penelitian ini dimana sebelum dilakukan psikoedukasi responden sebagian besar memiliki stigma tinggi dan stigma sedang, setelah diberikan intervensi psikoedukasi

terjadi penurunan stigma dimana semua responden memiliki stigma rendah. Selain itu salah satu faktor yang mempengaruhi penurunan stigma pada responden adalah karakteristik responden yang diberikan psikoedukasi. Dari karakteristik usia semua responden berusia 15-25 tahun dimana pada usia ini remaja dalam keadaan tahap perkembangan pengetahuan, sehingga mudah dalam menerima dan memahami informasi. Menurut Notoatmodjo, 2010 tingkat perkembangan usia seseorang akan mempengaruhi kepribadian orang tersebut baik dalam memahami sesuatu, bertindak dan bersikap. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan semakin matang cara berpikirnya, namun semakin lanjut usia akan menurunkan kemampuannya dalam mengingat sesuatu, tentunya itu akan mempengaruhi pemahamannya. Dari karakteristik tingkat pendidikan juga mempengaruhi dalam penurunan stigma, dimana responden sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 18 (81,8) dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya maka mampu menentukan sikap apa yang dilakukan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Deborah, dkk (2017), menyatakan bahwa sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan tentang HIV/AIDS, responden yang memiliki stigma tinggi lebih banyak daripada responden dengan stigma rendah. Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan responden yang memiliki stigma rendah terhadap ODHA lebih banyak daripada responden yang memiliki stigma tinggi. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan yang dikatakan Hendrastuti (2014) bahwa pembentukan stigma dipengaruhi oleh banyak faktor yang salah satunya adalah pengetahuan yang dimiliki individu. Penyuluhan kesehatan membantu meningkatkan pengetahuan individu yang akan menggeser stigma yang telah ada, sehingga ODHA dimasa depan dapat terbebas dari stigma maupun diskriminasi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ningsih (2017) yang mengatakan Psikoedukasi dapat menurunkan stigma terhadap ODHA yang disertai dengan peningkatan pengetahuan, karena tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS dinilai menjadi faktor utama terjadinya stigma terhadap ODHA (Pariati, dkk, 2013). Kurangnya pengetahuan yang komperhensif tentang HIV/AIDS membuat masyarakat termasuk petugas kesehatan

menstigma orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Hal ini tentu berdampak buruk terhadap ODHA karena menjadi kendala kualitas pelayanan, menurunkan derajat kesehatan, keengganan VCT, dan ketidakpatuhan HRV.

C. Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018.

Psikoedukasi dapat diberikan melalui beragam model seperti model informasi yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran serta kontribusi, model pelatihan kemampuan yang bertujuan untuk meningkatkan dan mengelola kemampuan secara efektif, model suportif yang bertujuan untuk meningkatkan dan memperbaiki kapasitas emosional, serta model komperhensif yang menggabungkan ketiga model sebelumnya menjadi satu (Fallon *et al* dalam Bhattacharjee, dkk, 2011)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari pemberian *brief psychoeducation* terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya yang dibuktikan dari nilai p lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$) sehingga hipotesa diterima atau ada pengaruh. Berdasarkan hasil pengolahan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa, *Brief Psychoeducation* memberikan pengaruh yang besar terhadap penurunan stigma pada ODHA.

Menurut Bhattacharjee *et al*, (2011) psikoedukasi juga terbukti efektif dan memberikan perubahan yang signifikan terhadap pemahaman penerimanya. Hal ini dikarenakan psikoedukasi dilandaskan pada pemikiran bahwa edukasi adalah sebuah usaha perawatan yang bukan hanya pengetahuan yang disebarkan dalam proses kelompok tetapi juga karena perubahan persepsi yang berdampak pada perubahan perilaku pada akhirnya (Liem & Adiyanti, 2013).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rifai (2016) tentang aplikasi *brief psychoeducation* terhadap stigma HIV/AIDS dan pemanfaatan VCT pada ibu rumah tangga di area perkebunan kopi di kabupaten Jember, menunjukkan hasil uji *t-test* berpasangan menyatakan adanya perbedaan

stigma dan pemanfaatan VCT secara signifikan pada ibu rumah tangga sebelum dan sesudah diberikan *brief psychoeducation* ($p \text{ value} = 0,000$; CI 95% < $\alpha = 0,05$). Hasil uji *t-independen* juga didapatkan $p \text{ value} = 0,000$; CI 95% < $\alpha = 0,05$ yang berarti ada perbedaan stigma dan pemanfaatan VCT yang signifikan pada responden yang diberikan psikoedukasi dan yang tidak diberikan. Dimana psikoedukasi terbukti menurunkan stigma negatif serta meningkatkan motivasi untuk memanfaatkan VCT pada ibu rumah tangga di area perkebunan.

Penelitian yang dilakukan Moodoeto (2017) juga menunjukkan hasil yang sama yaitu pada kelompok eksperimen menunjukkan penurunan stigma terhadap ODHA yang disertai dengan peningkatan pengetahuan pada data *pre test* menuju *post test* dan menuju *follow up* dengan $P < 0,05$, sehingga disimpulkan psikoedukasi dapat menurunkan stigma terhadap ODHA.

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian yang dihadapi oleh peneliti. Dalam penelitian ini penulis mendapatkan beberapa keterbatasan antara lain sebagai berikut :

1. Peneliti belum membedah secara spesifik beberapa faktor yang mempengaruhi stigma pada ODHA seperti kepatuhan terhadap agama dan pengaruh sosial budaya.
2. Penilaian stigma baru dari segi stigma external, penelitian ini belum melakukan penilaian stigma internal yang ada dalam diri ODHA itu sendiri.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab terakhir ini akan menjelaskan semua hasil penelitian dan pembahasan tentang temuan-temuan pada penelitian yang telah diuraikan secara lengkap dalam bab sebelumnya. Selanjutnya dibuat saran-saran sebagai tindak lanjut dari penelitian ini.

A. Simpulan

Stigma pada ODHA sebelum diberikan *Brief Psichoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati sebagian besar memiliki stigma sedang yaitu sebanyak 12 orang atau 54,5%.

Stigma pada ODHA setelah diberikan *Brief Psichoeducation* tentang HIV-AIDS di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati semua responden memiliki Stigma rendah yaitu sebanyak 22 orang atau 100%.

Terdapat pengaruh *Brief Psichoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya, dengan *p-value* 0,001 ($\alpha=0,05$).

B. Saran

1. Masyarakat khususnya di Desa Sidakarya agar lebih aktif mencari informasi tentang kesehatan terutama HIV/AIDS pada sumber informasi yang benar dan tepat.
2. Bagi layanan kesehatan di wilayah Desa Sidakarya hendaknya memberikan informasi tentang kesehatan secara berkala terutama terkait HIV/AIDS khususnya tentang cara penularan HIV dan AIDS agar masyarakat memiliki pengetahuan yang baik tentang cara penularan HIV dan AIDS sehingga masyarakat mempunyai persepsi atau pandangan yang baik terhadap ODHA untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Selain itu sebaiknya diadakan pendidikan kesehatan rutin setiap bulan atau dua bulan sekali tentang kesehatan dengan tema yang berbeda-beda, serta untuk aparat desa agar memfasilitasinya.

3. Untuk yayasan penanggulangan HIV/AIDS dan layanan kesehatan pemerintah bisa menggunakan penelitian ini sebagai rujukan dalam penanganan HIV-AIDS khususnya untuk menurunkan stigma pada ODHA di masyarakat, sehingga ODHA tidak mengalami diskriminasi didalam lingkungannya, karena *brief psychoeducation* ini sudah terbukti dapat menurunkan stigma terhadap ODHA
4. Untuk penelitian selanjutnya mungkin bisa untuk lebih dieksplorasi adanya faktor-faktor lain yang mempengaruhi terjadinya stigma dan diskriminasi kepada ODHA, misalnya pengaruh faktor sosial budaya setempat dan juga bisa melakukan penilaian stigma internal pada ODHA itu sendiri atau *self* stigma dengan metode kualitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhiyanti, Lusiana, M. (2015). *Bahan Ajar AIDS Pada Asuhan Kebidanan*. Sleman: Deepublish Publisher.
- Ariani, P. A. (2014). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K. Singh, N. K Kumar, P., Mudam S.K., & Das, B. (2011). Psychoeducation : A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, Vol. 14, No. 1, 33-39
- Bely, N. V. J. (2016). Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang HIV/AIDS Dengan Stigma Terhadap ODHA Di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Selatan.(Skripsi). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali
- Burhan R. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh perempuan terinfeksi HIV/AIDS. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2013; 8 (1): 33-8.
- Brown, L., Trjillo, L., & Macintyre, K.(2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma :what have we learned?. *The Population Council Inc*.
- Cree, VE.2004. Stigma and Parental HIV : *Qualitative Social Work*. 3(1): 7-25
- Deacon H, Stephney I, Prosalendis S. 2005. Understanding HIV/AIDS stigma: A theoretical and methodological analysis. Cape Town: HSRC, Social Cohesion and Integration Unit (SCI).
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali.(2017). *Situasi Kasus HIV/AIDS di Provinsi Bali*.Bali : Dinas Kesehatan Provinsi Bali.
- Dinas Kesehatan Kota Denpasar.(2017). *Situasi Kasus HIV/AIDS di Kota Denpasar*.Denpasar : Dinas Kesehatan Kota Denpasar
- Duffy L. Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2005; 16 (1): 13-20.
- Fiorillo A, Bassi M, de Girolamo G, Catapano F, Romeo F (2010). The impact of psychoeducation intervention on family members, view about schizophrenia: results form the OASIS Italian multi-centre study. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 : 596-603.
- Gibson JL, Ivancevich, J.M., Donnelly, J.M. Organisasi: Prilaku, Struktur, Proses. Jakarta : Bina Rupa Aksara ; 1996

- Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. HIV related stigma and know- ledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*. 2002; 92 (3): 371-7.
- Hidayat, A. (2008). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah* (2nd ed.). Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Surabaya : Health Books Publishing.
- Liem, A. & Adiyanti, M.G. (2013). “Bidan Cantik”: Psychoeducation on HIV and AIDS to improve the service quality of midwives at Yogyakarta public health center. *Elseiver HIV & AIDS Review*, 12 : 14-22
- Mahendra, V. S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R., Gupta, I., George, B., Samson, L., Daly, C., & Pulewitz, J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related stigma in healt care settings : a developing county perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 2 : 616-625
- Maryunani, A. (2009). *Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Ke Bayi*. Trans Info Media.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nursalam.(2016). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian. Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parut, Aristo A. (2016). Hubungan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Dengan Stigma Terhadap ODHA Pada Siswa Kelas XI SMK VI Surabaya. *Jurnal Ners LENTERA*, 4(2), 106-113.
- Paryati, T., Ardini S. R., & Irvan A. (2013). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi Kepada ODHA (Orang Dengan HIV AIDS) Oleh Petugas Kesehatan : Kajian Literatur. Stigma dan Diskriminasi Kepada ODHA oleh Petugas Kesehatan. Thesis : Universitas Padjajaran Bandung,
- Potter, A. P. And Perry, G. A. (2009) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : ECG
- Pratikno, H. (2008). Stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) di Kabupaten Bengkalis Provinsi Riau. *Tesis*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.(2017). *Situasi dan Analisi HIV/AIDS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Rifai, A. (2016). Brief Psychoeducation Intervention Against HIV/AIDS Related Stigma Among House Wives Lived in Coffee Plantation Area. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(2),
- Shaluhayah, Z., Musthofa, S., B., & Bagoes Widjanarko. (2015). Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9 (4), 333-339.
- Situmeang, B., Syarif, S., & Mahkota, R., (2017). Hubungan Pengetahuan HIV/AIDS dengan Stigma Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS di Kalangan Remaja 15-19 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 1 (2), 35-43.
- Sofro, M. (2015). *Sehat dan Sukses dengan HIV/AIDS*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Sosodoro O, Emilia O, Wahyuni B., (2012). Hubungan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS di kalangan Pelajar SMA. *Kedokteran Masyarakat (Internet)*.
- Sugiyono, (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Supratiknya, A., (2008). *Merancang Program dan Modul Psikoedukasi*. Yogyakarta : Universitas Sanata Darma.
- Swarjana, I Ketut.(2016). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta : Andi Offset
- Swarjana, I Ketut.(2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Yogyakarta : Andi Offset
- Thornicroft, G., Metha, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2015). Evidence for effective intervention to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387 : 1123-1132
- WHO, (2017). HIV/AIDS Diperoleh tanggal 27 Agustus 2018, dari http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/.
- Widoyono, (2011). *Penyakit Tropis : Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta : Erlangga

Lampiran 1

POA UJIAN AKHIR PROGRAM (UAP) TAHAP AKADEMIK

NO	KETERANGAN	BULAN																															
		AGUSTUS				SEPTEMBER				OKTOBER				NOVEMBER				DESEMBER				JANUARI				FEBRUARI							
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				
1	Bimbingan proposal		■	■	■	■	■	■	■																								
2	Acc proposal								■																								
3	Penyebaran proposal								■																								
4	Ujian proposal									■																							
5	Pelaksanaan penelitian										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
6	Penyusunan hasil penelitian																					■	■	■	■								
7	Penyebaran skripsi																									■							
8	Ujian skripsi																										■						
9	Perbaikan dan pengumpulan																											■	■	■			

Lampiran 2

KISI-KISI KUESIONER

PENGARUH *BRIEF PSYCHOEDUCATION* TENTANG HIV/AIDS TERHADAP
STIGMA PADA ODHA DI SEKAA TRUNA TUNAS MUDA BANJAR DUKUH
MERTAJATI DESA ADAT SIDAKARYA TAHUN 2018

Vriabel :Stigma pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

Pernyataan Positif	6 soal
Pernyataan Negatif	9 soal

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Negatif				
2	Positif				
3	Positif				
4	Negatif				
5	Negatif				
6	Positif				
7	Negatif				
8	Negatif				
9	Positif				
10	Positif				
11	Negatif				
12	Negatif				
13	Positif				
14	Negatif				
15	Positif				

Variabel	Indikator	No Soal	Pernyataan
Stigma masyarakat terhadap ODHA	a. Stigma di lingkungan masyarakat - Masyarakat menolak ODHA dilingkungannya - ODHA dijauhi dan diisolasi dari lingkungan masyarakat	1-9	1. ODHA adalah Orang yang menderita penyakit HIV/AIDS yang berbahaya dan menular sehingga harus dijauhi dari lingkungan masyarakat
			2. ODHA mempunyai hak dan kewajiban yang sama dalam masyarakat
			3. ODHA adalah seseorang yang sama seperti masyarakat lainnya
			4. ODHA tidak berhak ikut serta dalam kegiatan masyarakat
			5. ODHA adalah orang yang berdosa
			6. ODHA perlu diajak atau dirangkul dalam organisasi masyarakat
			7. ODHA tidak boleh bergaul dengan masyarakat
			8. ODHA bisa menularkan penyakit dengan berjabat tangan
			9. Berbincang-bincang dengan ODHA tidak akan menularkan HIV/AIDS
	b. Stigma di lingkungan keluarga. - tidak menerima anggota keluarga yang terserang HIV/AIDS - ODHA ditelantarkan	10-13	10. Keluarga seharusnya menerima ODHA dan tidak menelantarkannya
			11. ODHA tidak memerlukan dukungan keluarga untuk kesembuhannya
			12. Menggunakan alat makan bersama ODHA bisa menularkan HIV/AIDS.
			13. Berpelukan dan berciuman bersama ODHA tidak bisa menularkan HIV/AIDS sehingga ODHA dapat tinggal bersama keluarga
	c. Stigma di lingkungan institusi - ODHA	14-15	14. ODHA tidak boleh bekerja satu kantor dengan orang yang sehat.

	<p>dikeluarkan dari tempat kerja dengan tidak hormat tanpa alasan yang jelas,</p> <ul style="list-style-type: none">- Persyaratan harus bebas HIV saat melamar pekerjaan dan ada sekolah- Menolak ODHA masuk ke institusi pendidikan menularkan ke murid atau mahasiswa lain disekitarnya.		<p>15. ODHA memiliki hak yang sama dalam memilih sekolah atau institusi pendidikan</p>
--	---	--	--

Kode Responden (diisi peneliti)

--	--

KUESIONER

PENGARUH *BRIEF PSYCHOEDUCATION* TENTANG HIV/AIDS TERHADAP
STIGMA PADA ODHA DI SEKAA TRUNA TUNAS MUDA BANJAR DUKUH
MERTAJATI DESA ADAT SIDAKARYA TAHUN 2018

A. Data Umum

Petunjuk pengisian : isilah atau berilah tanda (√) pada kotak/kolom jawaban yang telah disediakan.

1. Nama (inisial) :

2. Umur : tahun

3. Jenis kelamin : laki-laki Perempuan

4. Agama : Hindu Islam Kristen

Katolik Budha

5. Pendidikan : SD SMP

SMA Perguruan Tinggi

6. Pekerjaan : PNS Swasta/Wiraswasta
Petani/Buruh

Pelajar Tidak Bekerja Lain-
lain

7. Pernah menerima edukasi HIV/AIDS : Ya Tidak

B. Kuesioner Stigma Pada ODHA

Petunjuk Pengisian :

- a. Bacalah baik-baik setiap pertanyaan dibawah ini
- b. Jawablah pada kolom/kotak dengan memberikan tanda (√) sesuai dengan keadaan anda sekarang.
- c. Jawaban diisi sendiri, tidak boleh diwakili dan dijamin kerahasiannya .

Keterangan :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS	SKOR (diisi oleh peneliti)
1	ODHA adalah Orang yang menderita penyakit HIV/AIDS yang berbahaya dan menular sehingga harus dijauhi dari lingkungan masyarakat					
2	ODHA mempunyai hak dan kewajiban yang sama dalam masyarakat					
3	ODHA adalah seseorang yang sama seperti masyarakat lainnya					
4	ODHA tidak berhak ikut serta dalam kegiatan masyarakat					
5	ODHA adalah orang yang berdosa					
6	ODHA perlu diajak atau dirangkul dalam organisasi masyarakat					
7	ODHA tidak boleh bergaul dengan masyarakat					

8	ODHA bisa menularkan penyakit dengan berjabat tangan					
9	Berbincang-bincang dengan ODHA tidak akan menularkan HIV/AIDS					
10	Keluarga seharusnya menerima ODHA dan tidak menelantarkannya					
11	ODHA tidak memerlukan dukungan keluarga untuk kesembuhannya					
12	Menggunakan alat makan bersama ODHA bisa menularkan HIV/AIDS.					
13	Berpelukan dan berciuman bersama ODHA tidak bisa menularkan HIV/AIDS sehingga ODHA dapat tinggal bersama keluarga					
14	ODHA tidak boleh bekerja satu kantor dengan orang yang sehat.					
15	ODHA memiliki hak yang sama dalam memilih sekolah atau institusi pendidikan					

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Calon Responden

Di Denpasar

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha

NIM : 17C10238

Pekerjaan : Mahasiswa semester III Program Studi Ilmu Keperawatan
B, STIKES BALI

Alamat : Jalan Tukad Balian No. 180 Renon, Denpasar-Bali

Bersama ini saya mengajukan permohonan kepada saudara untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian saya yang berjudul “Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018” yang pengumpulan datanya akan dilaksanakan pada bulan November 2018. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *brief psychoeducation* tentang HIV-AIDS terhadap stigma pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018. Saya akan tetap menjaga segala kerahasiaan data maupun informasi yang diberikan.

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan kesediaannya saya mengucapkan terimakasih.

Denpasar,.....2018

Peneliti

I Kadek Rendra Nuhraha

NIM: 17C10238

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca lembar permohonan menjadi responden yang diajukan oleh saudara I Kadek Rendra Nugraha , Mahasiswa semester III Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Bali, yang penelitiannya berjudul “Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018” maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut, secara sukarela tanpa ada unsur paksaan dari siapapun. Demikian persetujuan ini kami berikan agar dapat kami gunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar,.....2018

Responden

(.....)

Lampiran 6

LEMBAR PERNYATAAN UJI CONTENT VALIDITY

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ns. Anselmus Aristo Parut, S.Kep., M.Ked.Trop.

NIDN : 0721048903

Menyatakan bahwa mahasiswa yang tersebut Namanya dibawah ini telah selesai melakukan uji *face validity*. Mahasiswa tersebut adalah :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha

NIM : 17C10238

Masalah penelitian : Pengaruh *Brief Psychoeducation* Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018.

Sebagai expert dengan ini menyatakan bahwa kuesioner yang bersangkutan telah memenuhi kriteria alat pengumpulan data dalam penelitian yang akan dilakukan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 23 Oktober 2018

Expert

(Ns. Anselmus Aristo Parut, S.Kep., M.Ked.Trop.)

NIDN. 0721048903

Lampiran 7

LEMBAR PERNYATAAN UJI CONTENT VALIDITY

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ns. I Putu Gde Yudara Sandra Putra, S.Kep.,M.Kep.

NIDN : 0820068301

Menyatakan bahwa mahasiswa yang tersebut Namanya dibawah ini telah selesai melakukan uji *face validity*. Mahasiswa tersebut adalah :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha

NIM : 17C10238

Masalah penelitian :Pengaruh *Brief Psychoeducation*Tentang HIV-AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA Di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajathi Sidakarya tahun 2018.

Sebagai expert dengan ini menyatakan bahwa kuesioner yang bersangkutan telah memenuhi kriteria alat pengumpulan data dalam penelitian yang akan dilakukan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 25 Oktober 2018

Expert

(Ns. I Putu Gde Yudara Sandra P, S.Kep., M.Kep)

Lampiran 8

LEMBAR PERNYATAAN ANALISA DATA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Arymbhi Sanjaya, S.Fam., M.Fam.Klin., Apt.

NIDN : 0823108701

Menyatakan bahwa mahasiswa yang disebutkan sebagai berikut :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha

NIM : 17C10238

Judul Proposal : **PENGARUH BRIEF PSYCHOEDUCATION
TENTANG HIV/AIDS TERHADAP STIGMA PADA
ODHA DI SEKAA TERUNA TUNAS MUDA
BANJAR DUKUH MERTAJATI DESA
SIDAKARYA.**

Menyatakan dengan ini bahwa telah selesai menyelesaikan analisa data pada data hasil penelitian yang bersangkutan.

Demikian surat ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 2 Januari 2019

Penganalisa Data



(Dwi Arymbhi Sanjaya, S.Fam., M.Fam.Klin., Apt.)

NIDN 0823108701

Lampiran 9



YAYASAN PENYELENGGARA PENDIDIKAN
LATIHAN DAN PELAYANAN KESEHATAN BALI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) BALI

IJIN NO. 58/D/O/2005 TANGGAL 10 MEI 2005

Kampus I : Jalan Tukad Pakcerisan No. 90 Panjer Denpasar Bali, Tlp. (0361) 221795, Fax. (0361) 256937
Kampus II : Jalan Tukad Balian No. 180 Denpasar Bali, Telp. (0361) 7804837, 8764848, 8956208, Fax. (0361) 8956210,
Website : <http://www.stikes-bali.ac.id>

Nomor : DL.02.2194.TU.XL18
Lampiran : -
Hal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Kepada:
Yth. Kepala Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali
di-
Denpasar

Dengan hormat,

Dalam rangka memenuhi salah satu tugas akhir mahasiswa tingkat II semester III Program Studi Ilmu Keperawatan Program B STIKES Bali, maka yang bersangkutan diharuskan untuk melaksanakan penelitian. Adapun mahasiswa yang akan melakukan Penelitian tersebut atas nama :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha
NIM : 17C10238
Tempat/Tanggal Lahir : Denpasar / 22 November 1993
Alamat : Jln Sidakarya, Gg. Ciung Wanara no 4 Denpasar
Judul penelitian : Pengaruh Brief Psychoeducation Tentang HIV – AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA di Sekaa Truna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertejati Sidakarya Tahun 2018
Tempat penelitian : Banjar Dukuh Mertejati, Desa Sidakarya, Kecamatan Denpasar Selatan
Waktu Penelitian : November - Desember 2018
Jumlah Responden : 22 Responden
Anggota Peneliti : -

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik selama ini kami mengucapkan terima kasih.

Denpasar, 2 November 2018

STIKES Bali

Ketua,


I Gede Putu Darma Suwasa, S.Kp., M.Ng., Ph.D
NIDN. 0823067802

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ketua YPPLPK Bali di Denpasar
2. Kepala Kesbangpolinmas Kota Denpasar
3. Arsip

Lampiran 10



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp./Fax (0361) 243804/256905
website: www.dpmpmsp.baliprov.go.id e-mail: dpmpmsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/04675/DPMPSTSP-B/2018
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi

Kepada
Yth. Walikota Denpasar
cc. Kepala Badan Kesbang Pol
Kota Denpasar
di -
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 33 Tahun 2018 Tanggal 15 Mei 2018 Tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Peraturan Gubernur Bali Nomor 45 Tahun 2018 Tanggal 21 Juni 2018 Tentang Tata Cara Penerbitan Perizinan dan Non Perizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari MAHASISWA STIKES BALI Nomor DL.02.2194.TU.XI.18, tanggal 08 Nopember 2018, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : I KADEK RENDRA NUGRAHA
Pekerjaan : Perawat di RSUP Sanglah
Alamat : Jln. Sidakarya, Gg. Ciung Wanara No 4 Denpasar
Judul/bidang : PENGARUH BRIEF PSYCHOEDUCATION TENTANG HIV/AIDS TERHADAP STIGMA PADA ODHA DI SEKAA TERUNA TUNAS MUDA BANJAR DUKUH MERTAJATI DESA SIDAKARYA TAHUN 2018
Lokasi Penelitian : BANJAR DUKUH MERTAJATI, DESA SIDAKARYA, DENPASAR SELATAN
Jumlah Peserta : 22 Orang
Lama Penelitian : 1 Bulan (22 Nov 2018 s/d 22 Dec 2018)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Rekomendasi/Ijin akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Menjalani segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta menghormati adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
- e. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Pemerintah Provinsi Bali, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali

Denpasar, 09 Nopember 2018

DI BANGUN BALI
GUBURNUR BALI
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROVINSI BALI



BYDA BAGUS MADE PARWATA, S.E., M.Si.
NELAYANA SPAMA MADYA
NIP. 19581231 198510 1 003



**IZIN INI DIKENAKAN
TARIF Rp 0,-**

Tembusan kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yana Bersambutan



PEMERINTAHAN KOTA DENPASAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN BELITON NO.1 TELEPON 234648 DENPASAR

<https://www.denpasarkota.go.id/> email : kesbangpol@denpasarkota.go.id

Nomor : 070/1246/BKBP Kepada
 Lampiran : - Yth. Perbekel Desa Sidakarya
 Perihal : **Rekomendasi Penelitian** di-
Denpasar

I. Dasar:

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 8. Tambahan Lembaran Daerah Kota Denpasar Nomor 8).
3. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 43 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah, Inspektoran, Badan Daerah dan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Denpasar (Berita Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 43).
4. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 13 Tahun 2017 Tentang Uraian Tugas Jabatan pada Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Inspektorat, Badan Daerah dan Rumah Sakit Daerah.

II. Memperhatikan:

Surat Rekomendasi dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali Nomor : 070/04675/DPMPTSP-B/2018, tanggal 09 November 2018, Perihal : Rekomendasi Penelitian

III. Setelah Mempelajari dan Meneliti Rencana Kegiatan yang diajukan, maka Walikota Denpasar memberikan Rekomendasi kepada :

Nama	: I Kadek Rendra Nugraha
Alamat	: Jl. Sidakarya GG. Ciung Wanara No.4 Denpasar
Status Peneliti	: Mahasiswa
Judul Penelitian	: Pengaruh Brief Psychoeducation Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada Odha Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018
Lokasi Penelitian	: Banjar Dukuh Mertajati, Desa Sidakarya, Denpasar Selatan
Tujuan Penelitian	: Untuk Mengetahui Brief Psychoeducation Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada ODHA di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukuh Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018
Bidang Peneliti	: Kesehatan
Jumlah Peserta	: 1 Orang
Lama Penelitian	: 1 Bulan (22 November 2018 - 22 Desember 2018)

IV. Dalam Melakukan Kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Sebelum mengadakan penelitian/kerja praktek agar melapor kepada Atasan/Kepala Instansi bersangkutan
2. Selesai mengadakan penelitian melapor kembali kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan

3. Menyerahkan 1 (satu) exemplar hasil penelitian tersebut kepada Pemerintah Kota Denpasar (Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar)
4. Dilarang melakukan kegiatan diluar dari pada kegiatan tujuan yang telah ditetapkan dan pelanggaran terhadap ketentuan di atas, ijin ini akan dicabut dan menghentikan segala kegiatannya.
5. Para Peneliti, Survey, Study Perbandingan, KKN, KKL, mentaati dan menghormati ketentuan yang berlaku di Daerah setempat.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 22 November 2018

Walikota Denpasar
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Politik Kota Denpasar
Sekretaris



Wirawan Wirawan, S.Sos, M.Si
NIP. 196501011986021014

Tembusan disampaikan :

1. Walikota Denpasar (sebagai laporan)
2. Camat Denpasar Selatan
3. Yang Bersangkutan
4. Arcin



PEMERINTAH KOTA DENPASAR
KECAMATAN DENPASAR SELATAN
PERBEKEL DESA SIDAKARYA
JALAN SIDAKARYA NOMOR : 191 TELEPON : 720164,710243
DENPASAR 80224

Nomor : 070 / *653* / XI / 2018
Lampiran :
Prihal : **Rekomendasi**

Kepada
Yth.Sdr. I Kadek Rendra Nugraha

Di -
Denpasar

Berdasarkan surat dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Denpasar tertanggal 22 November 2018 Nomor : 070 / 1246 / BKBP Prihal : Rekomendasi Penelitian, berkaitan dengan hal tersebut diatas maka kami memberikan rekomendasi kepada :

Nama : I Kadek Rendra Nugraha
Alamat : Jalan Sidakarya GG. Ciung Wanara No. 4 Denpasar
Status Peneliti : Mahasiswa
Judul Penelitian : Pengaruh Brief Psychoeducation Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada Odha Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukung Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018
Lokasi Penelitian : Banjar Dukung Mertajati, Desa Sidakarya, Denpasar Selatan
Tujuan Penelitian : Untuk Mengetahui Brief Psychoeducation Tentang HIV/AIDS Terhadap Stigma Pada Odha Di Sekaa Teruna Tunas Muda Banjar Dukung Mertajati Desa Sidakarya Tahun 2018.
Bidang Peneliti : Kesehatan
Jumlah Peserta : 1 Orang
Lama Penelitian : 1 Bulan (22 November 2018 s/d 22 Desember 2018)

Demikian prihal ini kami sampaikan, kepada para pelaksana kewilayahan agar membantu kelancaran pelaksanaan di lapangan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Denpasar, 23 November 2018
Perbekel Desa Sidakarya

I Wawan Romi, S.Sos

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth. :

Lampiran 13

Master Tabel

NO	Nama	Umur	Kode	JK	Kode	Agama	Kode	Pendidikan	Kode	Pekerjaan	Kode	pernah menerima edukasi	Kode	STIGMA PADA ODHA					
														Pre Perlakuan			Post perlakuan		
														nilai	kategori	kode	nilai	kategori	kode
1	DM	21	1	P	2	HINDU	1	SMA	3	TIDAK BEKERJA	5	TIDAK	1	47	SEDANG	2	27	RENDAH	3
2	AG	20	1	L	1	ISLAM	2	PT	4	SWASTA	2	TIDAK	1	41	SEDANG	2	25	RENDAH	3
3	AP	16	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	40	SEDANG	2	23	RENDAH	3
4	DA	17	1	P	2	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	45	SEDANG	2	20	RENDAH	3
5	KY	24	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	BURUH	3	TIDAK	1	46	TINGGI	1	30	RENDAH	3
6	AY	21	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	BURUH	3	TIDAK	1	48	TINGGI	1	21	RENDAH	3
7	AD	16	1	P	2	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	40	SEDANG	2	21	RENDAH	3
8	SR	16	1	P	2	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	43	SEDANG	2	31	RENDAH	3
9	KP	17	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	44	SEDANG	2	25	RENDAH	3
10	CP	18	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	46	TINGGI	1	23	RENDAH	3
11	DW	17	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	41	SEDANG	2	21	RENDAH	3
12	PH	17	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	46	TINGGI	1	21	RENDAH	3
13	KB	15	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	42	SEDANG	2	23	RENDAH	3
14	SR	16	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	45	SEDANG	2	23	RENDAH	3
15	PA	15	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	48	TINGGI	1	19	RENDAH	3
16	WA	16	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	45	SEDANG	2	19	RENDAH	3
17	AR	23	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	SWASTA	2	TIDAK	1	39	SEDANG	2	20	RENDAH	3
18	AK	17	1	L	1	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	47	TINGGI	1	21	RENDAH	3
19	RS	17	1	P	2	HINDU	1	SMA	3	PELAJAR	4	TIDAK	1	48	TINGGI	1	19	RENDAH	3
20	AW	21	1	L	1	HINDU	1	PT	4	SWASTA	2	TIDAK	1	31	RENDAH	3	16	RENDAH	3
21	YW	21	1	P	2	HINDU	1	PT	4	PELAJAR	4	TIDAK	1	28	RENDAH	3	15	RENDAH	3
22	YS	24	1	L	1	HINDU	1	PT	4	SWASTA	2	TIDAK	1	25	RENDAH	3	16	RENDAH	3

Lampiran 14.

Hasil Analisa Data

Statistics

	Umur	Jenis Kelamin	Agama	Pendidikan	Pekerjaan	Pre Negatif 1
N Valid	22	22	22	22	22	22
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	1,0000	1,2727	1,0455	3,1818	3,5909	3,2727
Median	1,0000	1,0000	1,0000	3,0000	4,0000	3,0000
Std. Deviation	,00000	,45584	,21320	,39477	,85407	,55048
Minimum	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00
Maximum	1,00	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00

Statistics

	Pre Positif 2	Pre Positif 3	Pre Negatif 4	Pre Negatif 5	Pre Positif 6
N Valid	22	22	22	22	22
Missing	0	0	0	0	0
Mean	2,6364	3,0909	2,7273	3,5000	2,8182
Median	3,0000	3,0000	3,0000	4,0000	3,0000
Std. Deviation	,58109	,75018	,63109	,67259	,39477
Minimum	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00

Statistics

		Pre Negatif 7	Pre Negatif 8	Pre Positif 9	Pre Positif 10	Pre Negatif 11
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,6818	2,6364	2,5455	2,1818	2,4091
Median		3,0000	3,0000	3,0000	2,0000	2,0000
Std. Deviation		,56790	,78954	,73855	,66450	,59033
Minimum		2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		4,00	4,00	4,00	3,00	3,00

Statistics

		Pre Negatif 12	Pre Positif 13	Pre Negatif 14	Pre Positif 15	Nilai Pre Test
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,3182	3,0909	3,0000	2,1364	42,0455
Median		3,5000	4,0000	3,0000	2,0000	44,5000
Std. Deviation		,77989	1,15095	,69007	,63960	6,41039
Minimum		2,00	1,00	2,00	1,00	25,00
Maximum		4,00	4,00	4,00	3,00	48,00

Statistics

		Kode Pre Test	Post1	Post2	Post3	Post4	Post5	Post6
N	Valid	22	22	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,8182	1,4545	1,4091	1,5455	1,6818	1,5909	1,6364
Median		2,0000	1,0000	1,0000	1,5000	2,0000	2,0000	2,0000
Std. Deviation		,66450	,50965	,50324	,59580	,56790	,50324	,58109

Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00

Statistics

	Post7	Post8	Post9	Post10	Post11	Post12	Post13
N	Valid	22	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	1,5000	1,3636	1,3182	1,1364	1,5000	1,3636	1,5000
Median	1,5000	1,0000	1,0000	1,0000	1,5000	1,0000	1,0000
Std. Deviation	,51177	,49237	,64633	,35125	,51177	,49237	,74001
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00

Statistics

	Post14	Post15	Nilai Post	Kode Post
N	Valid	22	22	22
	Missing	0	0	0
Mean	1,5909	1,1818	21,7727	3,0000
Median	2,0000	1,0000	21,0000	3,0000
Std. Deviation	,50324	,39477	4,09334	,00000
Minimum	1,00	1,00	15,00	3,00
Maximum	2,00	2,00	31,00	3,00

Frequency Table

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-25 tahun	22	100,0	100,0	100,0

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-Laki	16	72,7	72,7	72,7
Valid Perempuan	6	27,3	27,3	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Hindu	21	95,5	95,5	95,5
Valid Islam	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SMA	18	81,8	81,8	81,8
Valid Perguruan tinggi	4	18,2	18,2	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Swasta/Wiraswasta	4	18,2	18,2	18,2
Petani/Buruh	2	9,1	9,1	27,3
Valid Pelajar	15	68,2	68,2	95,5
Tidak Bekerja	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak setuju	1	4,5	4,5	4,5
Valid Setuju	14	63,6	63,6	68,2
Sangat setuju	7	31,8	31,8	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Setuju	9	40,9	40,9	40,9
Valid Tidak setuju	12	54,5	54,5	95,5
Sangat tidak setuju	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	1	4,5	4,5	4,5
Setuju	2	9,1	9,1	13,6
Valid Tidak setuju	13	59,1	59,1	72,7
Sangat tidak setuju	6	27,3	27,3	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak setuju	8	36,4	36,4	36,4
Valid Setuju	12	54,5	54,5	90,9
Sangatsetuju	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak setuju	2	9,1	9,1	9,1
Valid Setuju	7	31,8	31,8	40,9
Sangatsetuju	13	59,1	59,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	4	18,2	18,2	18,2
Tidak setuju	18	81,8	81,8	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak setuju	8	36,4	36,4	36,4
Setuju	13	59,1	59,1	95,5
Sangatsetuju	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat tidak setuju	2	9,1	9,1	9,1
Tidak setuju	6	27,3	27,3	36,4
Setuju	12	54,5	54,5	90,9
Sangatsetuju	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat setuju	2	9,1	9,1	9,1
Setuju	7	31,8	31,8	40,9
Valid Tidak setuju	12	54,5	54,5	95,5
Sangat tidak setuju	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat setuju	3	13,6	13,6	13,6
Valid Setuju	12	54,5	54,5	68,2
Tidak setuju	7	31,8	31,8	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	1	4,5	4,5	4,5
Valid Tidak setuju	11	50,0	50,0	54,5
Setuju	10	45,5	45,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak setuju	4	18,2	18,2	18,2
Setuju	7	31,8	31,8	50,0
Sangatsetuju	11	50,0	50,0	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	3	13,6	13,6	13,6
Setuju	4	18,2	18,2	31,8
Tidak setuju	3	13,6	13,6	45,5
Sangat tidak setuju	12	54,5	54,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Negatif 14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak setuju	5	22,7	22,7	22,7
Setuju	12	54,5	54,5	77,3
Sangatsetuju	5	22,7	22,7	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Pre Positif 15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	3	13,6	13,6	13,6
Setuju	13	59,1	59,1	72,7
Tidak setuju	6	27,3	27,3	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Nilai Pre Test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	1	4,5	4,5	4,5
28,00	1	4,5	4,5	9,1
31,00	1	4,5	4,5	13,6
39,00	1	4,5	4,5	18,2
40,00	2	9,1	9,1	27,3
41,00	2	9,1	9,1	36,4
42,00	1	4,5	4,5	40,9
43,00	1	4,5	4,5	45,5
44,00	1	4,5	4,5	50,0
45,00	3	13,6	13,6	63,6
46,00	3	13,6	13,6	77,3
47,00	2	9,1	9,1	86,4
48,00	3	13,6	13,6	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Kode Pre Test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tinggi	7	31,8	31,8	31,8
Sedang	12	54,5	54,5	86,4
Rendah	3	13,6	13,6	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	12	54,5	54,5	54,5
Tidak setuju	10	45,5	45,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat setuju	13	59,1	59,1	59,1
Setuju	9	40,9	40,9	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	11	50,0	50,0	50,0
Setuju	10	45,5	45,5	95,5
Tidak setuju	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	8	36,4	36,4	36,4
Tidak setuju	13	59,1	59,1	95,5
Setuju	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	9	40,9	40,9	40,9
Tidak setuju	13	59,1	59,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	9	40,9	40,9	40,9
Setuju	12	54,5	54,5	95,5
Tidak setuju	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	11	50,0	50,0	50,0
Tidak setuju	11	50,0	50,0	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	14	63,6	63,6	63,6
Tidak setuju	8	36,4	36,4	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	17	77,3	77,3	77,3
Valid Setuju	3	13,6	13,6	90,9
Tidak setuju	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	19	86,4	86,4	86,4
Valid Setuju	3	13,6	13,6	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	11	50,0	50,0	50,0
Valid Tidak setuju	11	50,0	50,0	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	14	63,6	63,6	63,6
Valid Tidak setuju	8	36,4	36,4	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat setuju	14	63,6	63,6	63,6
Valid Setuju	5	22,7	22,7	86,4
Tidak setuju	3	13,6	13,6	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat tidak setuju	9	40,9	40,9	40,9
Valid Tidak setuju	13	59,1	59,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Post15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangatsetuju	18	81,8	81,8	81,8
Valid Setuju	4	18,2	18,2	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Nilai Post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15,00	1	4,5	4,5	4,5
16,00	2	9,1	9,1	13,6
19,00	3	13,6	13,6	27,3
20,00	2	9,1	9,1	36,4
21,00	5	22,7	22,7	59,1
Valid 23,00	4	18,2	18,2	77,3
25,00	2	9,1	9,1	86,4
27,00	1	4,5	4,5	90,9
30,00	1	4,5	4,5	95,5
31,00	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Kode Post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	22	100,0	100,0	100,0

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 SKORPRE	42.05	22	6.410	1.367
SKORPOST	21.77	22	4.093	.873

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 SKORPRE - SKORPOST	20.273	5.556	1.185	17.809	22.736	17.113	21	.000

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 SKORPRE & SKORPOST	22	.514	.014







**FORMAT BUKU BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM B PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES BALI TAHUN AJARAN 2018/ 2019**

Nama Mahasiswa : I Kadek Rendra Nugraha

NIM : 17C10238

Pembimbing 1 : Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep., MNS

Pembimbing 2 : Ns. I Made Rismawan, S.Kep., MNS






No	Hari/Tanggal/ Jam	Kegiatan Bimbingan	Komentar/ Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing
1	Senin 24/12/2018	Bimbingan Hari pembelahan data	Mka sps filate di Cross check	
2	Jumat 28/12/2018	Bimbingan penulisan BAB V	Review dengan pendua Bantu tabelnya	
3	Sabtu 29/12/2018	Bimbingan Revisi BAB V	Table & lb tidak dicorek → lanjut BAB VI	
4	Kamis 10/1/2019	Bimbingan BAB BAB VI pembahas	- Bandingkan di literatur juga & juga data demografi	
5	Rabu 16/1/2019	Bimbingan Pembahas Revisi	Bandingkan juga dengan jurnal 3 terbit	
6	Selasa 22/1/2019	Bimbingan kesimpulan	kesimpulan khusus dan lb pembatas	

**FORMAT BUKU BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM B PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES BALI TAHUN AJARAN 2018/ 2019**

Nama Mahasiswa : I Kadek Rendra Nugraha
NIM : 17C10238

Pembimbing 1 : Ns. IGA Rai Rahayuni, S.Kep., MNS

Pembimbing 2 : Ns. I Made Rismawan, S.Kep., MNS

No	Hari/Tanggal/ Jam	Kegiatan Bimbingan	Komentar/ Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing
1	Selasa 25/12/2018	Bimbingan konsep dan Intervensi	Perbaikan di SPSS dan cross check data.	
2	Jumat 28/12/2018	Bimbingan Penulisan BAB V	Sesuaikan dengan format bentuk tabelnya.	
3	Sabtu 29/12/18	Bimbingan Revisi BAB V	Tabel dan isi jangan dipisah judulnya.	
4	Jumat 11/1/2019	Bimbingan Revisi BAB V	Lampiran BAB VI	
5	Kamis 17/1/2019	Bimbingan BAB VI penulisan.	Sesuaikan penulisan literature buku.	
6	Rabu 23/1/2019	Bimbingan BAB VI penulisan.	Bandingkan juga dengan jurnal-jurnal	