

# **STIGMA DAN GENDER** terkait **HIV DAN AIDS**

Colti Sistiarani, S.KM., M.Kes.



Penerbit  
Universitas Jenderal Soedirman  
2021

Monograf

## **Stigma dan Gender Terkait HIV dan AIDS**

© 2021 Universitas Jenderal Soedirman

**Cetakan Kesatu, Desember 2021**

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

*All Right Reserved*

**Penulis:**

Colti Sistiarani, S.KM., M.Kes.

**Editor Isi:**

Dr. Dwi Sarwani Sri Rejeki, S.KM., M.Epid.

**Editor Bahasa:**

Erwita Nurdiyanto, S.S., M.A.

**Diterbitkan oleh:**

UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN

Gd. BPU Percetakan dan Penerbitan (UNSOED Press)

Telp. (0281) 626070

Email: [unsoedpresspwt@gmail.com](mailto:unsoedpresspwt@gmail.com)



Anggota

**Afiliasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia**

Nomor : 003.027.1.03.2018

vi + 50 hal., 15 x 23 cm

**ISBN: 978-623-6783-95-5**

*Dilarang mengutip dan memperbanyak tanpa izin tertulis dari penerbit, sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, photoprint, microfilm dan sebagainya.*

# PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas terselesainya buku monograf dengan judul “Stigma dan Gender terkait HIV dan AIDS”. Penulisan buku ini didasarkan pada penelitian yang telah dilakukan oleh penulis selama 4 tahun penelitian. Buku ini diharapkan dapat memberikan penjelasan tentang upaya pencegahan HIV dan AIDS menurut tinjauan pencegahan pada dimensi pengurangan stigma dan peningkatan kesetaraan gender pada level individu, keluarga dan masyarakat.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jenderal Soedirman yang telah memberikan dukungan pendanaan dalam melakukan penelitian ini sehingga buku monograf ini dapat disusun.

Semoga buku monograf ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Penulis mengharapkan saran atau kritik demi perbaikan isi buku monograf.

Purwokerto, September 2019



# DAFTAR ISI

PRAKATA .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	vi
I    PENDAHULUAN .....	1
A.    Landasan Teori.....	1
B.    Permasalahan.....	2
C.    Metode Pemecahan Masalah.....	3
D.    Temuan/Keterbaruan.....	4
II   PERILAKU PENCEGAHAN HIV .....	5
A.    Pendahuluan .....	5
B.    Persepsi Penyakit HIV dan AIDS .....	7
C.    Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS .....	8
D.    Pengetahuan Stigma dan Kesetaraan Gender Terkait HIV dan AIDS .....	10
III  PERAN PENGURANGAN STIGMA.....	31
A.    Pendahuluan .....	31
B.    Perbedaan Sosiodemografi Peran Pengurangan Stigma .....	31
IV  PERAN PENINGKATAN KESETARAAN GENDER .....	37
A.    Pendahuluan .....	37
B.    Sosiodemografi Peningkatan Kesetaraan Gender.....	37
V   PENUTUP.....	43
DAFTAR PUSTAKA.....	45

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. Pandangan Informan PUS tentang HIV dan AIDS .....	21
Tabel 3. Perbedaan Sosiodemografi peran pengurangan stigma....	31
Tabel 4. ....	37
Tabel 5. Nilai Deskriptif Dimensi kesetaraan gender dan pengurangan stigma .....	41
Tabel 6. Hasil Perbedaan Pengurangan Stigma dan Dimensi Gender.....	41
Tabel 7. Pengetahuan dengan pengurangan stigma .....	42
Tabel 8. Pengetahuan dengan peningkatan kesetaraan gender ...	42
Tabel 9. Hasil Akhir Multivariat.....	42

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Landasan Teori

HIV (Human Immunodeficiency Virus) merupakan virus Penyebab AIDS. Virus HIV dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh (sel darah putih). AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) merupakan kumpulan beberapa gejala akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV. Penularan HIV dimulai dari laki-laki ke perempuan kemudian ke bayi.

Secara sosial, perempuan tidak memiliki posisi tawar untuk menolak hubungan seksual dengan suaminya (Yulianti, 2013), apalagi kewenangan untuk meminta suami menggunakan kondom dalam melakukan hubungan seksual. Faktor tabu membicarakan seks, kesehatan reproduksi, dan informasi lain membuat perempuan sulit membicarakan masalah seks dengan suaminya. Perempuan umumnya sangat tergantung secara ekonomi kepada laki-laki.

Epidemi HIV dan AIDS pada perempuan dapat disebabkan karena kemiskinan dan ketidaksetaraan gender. Perempuan juga telah meningkatkan kewaspadaan akan HIV dan AIDS antara lain melalui peran media dan akses ke pelayanan kesehatan namun mereka tetap tidak dapat melindungi diri mereka sendiri. Hal ini dapat berdampak pada peningkatan risiko kerentanan tertular HIV dan AIDS (Kalipeni dan Ghosh, 2005).

Penelitian Saki *et al.* (2015) menyatakan HIV dan AIDS merupakan masalah kesehatan yang berkaitan juga dengan masalah ekonomi dan budaya. Munculnya stigma pada orang yang terinfeksi HIV berpengaruh pada tindakan diskriminasi dan penolakan di masyarakat. Stigma dapat dikaitkan dengan budaya sehingga sikap negatif masyarakat mempengaruhi perlakuan terhadap pasien/keluarga pada Orang Dengan HIV AIDS (ODHA).

Pendekatan tentang peran laki-laki diperlukan dalam upaya meningkatkan partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi. Peran laki-laki ini erat kaitannya dengan isu ketidaksetaraan gender dan adanya budaya patriarki dalam masyarakat yang menempatkan posisi laki-laki lebih tinggi dari posisi perempuan. Perempuan diharapkan memiliki pengendalian sosial budaya terhadap masalah seksualitas dan upaya untuk menjadi pasangan reproduksi yang bertanggungjawab untuk mencegah kemungkinan tertular Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV dan AIDS.

Isu kesehatan reproduksi seperti hak-hak kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak, IMS termasuk HIV dan AIDS merupakan persoalan kompleks yang membutuhkan pertahanan kultural pada wanita. Wanita diharapkan berupaya menemukan peluang untuk menegosiasikan hak-hak kesehatan reproduksinya ditengah kemodernisasi dan kemajuan teknologi.

Adanya stigma HIV dan AIDS memerlukan upaya pengurangan stigma yang dapat ditargetkan pada berbagai tingkat individual, interpersonal (keluarga, teman, jaringan sosial), organisasi, masyarakat dan kebijakan publik. Level individu menekankan pada upaya meningkatkan pengetahuan individu tentang penularan HIV, pencegahan dan perawatan, serta hak akses ke layanan dan hukum. Kampanye pengurangan stigma pada level keluarga ditekankan pada upaya memberikan dukungan sosial. Level organisasi pelayanan kesehatan ditekankan pada upaya menurunkan efek stigma serta upaya menjamin kerahasiaan. Level komunitas menekankan pada kampanye fakta tentang HIV, bimbingan untuk mengambil tindakan terhadap stigma, dan cerita tentang Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) dan orang-orang yang merawat penderita ODHA. (De Carlo and Ekstrand, 2016)

Program pendekatan mengurangi tingkat diskriminasi perempuan dalam konteks HIV berupaya mengatasi ketidaksetaraan gender dan kekerasan berbasis gender baik sebagai penyebab dan akibat yang ditimbulkan akibat-infeksi HIV. Program ini menangani ketidaksetaraan perempuan dan anak perempuan dalam seksual dan reproduksi, pengambilan keputusan, hambatan gender untuk pelayanan kesehatan, diskriminasi dalam warisan, kepemilikan properti, perkawinan, perceraian dan hak asuh, seksual dan praktik kekerasan lainnya, kurangnya akses yang sama untuk kesempatan pendidikan dan ekonomi. (UNAIDS, 2012)

## **B. Permasalahan**

Perilaku pencegahan dan penularan HIV dan AIDS pada wanita berkaitan pula dengan stigma dan bias gender yang terjadi pada individu yaitu pada pria dan wanita. Munculnya stigma dan bias gender pada level individu erat kaitannya dengan sosial budaya dan masyarakat. (a) Bagaimanakah persepsi, pengetahuan stigma, kesetaraan gender, serta perilaku pencegahan HIV dan AIDS?, (b) bagaimanakah karakteristik peran individu dan masyarakat dalam peran pengurangan stigma?, (c) bagaimanakah karakteristik terkait peran peningkatan kesetaraan gender ?, (d) bagaimanakah hubungan antara pengetahuan dan peran pencegahan HIV-AIDS?



Perbandingan ini untuk melihat peran individu didasarkan pada karakteristik sosiodemografi. Penelitian tentang perbedaan peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender ini dapat digunakan untuk perencanaan program pencegahan HIV dan AIDS berbasis level individu dan masyarakat

### C. Metode Pemecahan Masalah

Metode yang digunakan untuk melakukan pemecahan masalah tersebut yaitu dilakukan penelitian *mix method* Penelitian kualitatif dilakukan identifikasi tentang persepsi, perilaku pencegahan HIV dan AIDS, identifikasi peran pengurangan stigma, identifikasi peran peningkatan kesetaraan gender. Penelitian kuantitatif dilakukan untuk mengidentifikasi perbedaan peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender berdasarkan karakteristik berbasis wilayah yaitu wilayah perkotaan (Kelurahan Karangpucung Kecamatan Purwokerto Selatan) dan perdesaan (Desa Karangtengah Kecamatan Cilongok)

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kecamatan Cilongok serta di wilayah Kecamatan Purwokerto Selatan. Alasan pemilihan lokasi ini karena wilayah tersebut merupakan zona merah penyebaran HIV dan AIDS.

Teknik pemilihan informan dilakukan dengan cara *purposive sampling*. Responden level individu perilaku/peran pencegahan HIV-AIDS dalam penelitian kuantitatif yaitu ibu rumah tangga. Responden level keluarga peran pengurangan stigma dan peningkatan kesetaraan gender yaitu Pasangan Usia Subur (PUS) yang diwakili oleh suami/istri. Responden level masyarakat yaitu kader Warga Peduli AIDS (WPA). Informan dalam penelitian kualitatif yaitu pada level individu antara lain informan utama istri/suami. Informan pada level masyarakat antara lain informan pendukung kader, tokoh masyarakat.

Pengambilan data penelitian kuantitatif dilakukan menggunakan kuesioner. 1) Pengambilan data pada level individu dilakukan untuk mengukur persepsi kerentanan, kegawatan, hambatan, manfaat, keyakinan diri, isyarat untuk bertindak dan perilaku pencegahan HIV/AIDS. 2) Pengambilan data pada level keluarga dilakukan dengan mengukur dimensi gender terkait akses, partisipasi, manfaat, kontrol terkait peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender. 3) Pengambilan data pada level masyarakat dilakukan dengan mengukur pengetahuan dan persepsi dengan peran pencegahan HIV-AIDS.

Pengambilan data penelitian kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam dengan menggunakan panduan wawancara.

Wawancara mendalam dilakukan untuk menggali pengetahuan tentang HIV-AIDS, peran dalam pengurangan stigma, peningkatan kesetaraan gender pada level individu, keluarga dan masyarakat. Pengumpulan data yang dilakukan menggunakan metode wawancara semi-terstruktur. Wawancara dilakukan dengan cara direkam dengan media perekam audio sehingga penyusunan hasil wawancara verbatim dapat lebih mudah dianalisis

Analisis data kuantitatif menggunakan analisis univariat dan analisis bivariate. Analisis data bivariat menggunakan uji chi square. Analisis data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan analisis data dilakukan dengan menggunakan *content analysis* kemudian data tersebut disajikan dalam bentuk narasi.

#### **D. Temuan/Keterbaruan**

Penekanan pentingnya memperhatikan stigma dan gender pada upaya perencanaan program pencegahan penularan HIV dan AIDS. Program pencegahan HIV dapat diintervensi mulai level individu, keluarga, masyarakat namun tetap harus memperhatikan adanya stigma dan bias gender. Upaya mengatasi stigma dan bias gender dapat dilakukan dengan mengetahui peran individu, keluarga dan masyarakat untuk diketahui permasalahannya serta solusi pendekatannya. Perilaku pencegahan HIV-AIDS erat kaitannya dengan program pencegahan dan penanggulangan. Monograf hasil penelitiannya ini mengidentifikasi peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender.

## BAB II

# PERILAKU PENCEGAHAN HIV

### A. Pendahuluan

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem kekebalan tubuh/ imunitas manusia dan menyebabkan AIDS. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau sindroma Imuno defisiensi Akuisita (SIDA) adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem imun yang timbul akibat HIV. AIDS sering bermanifestasi dengan munculnya berbagai infeksi oportunistik, keganasan, gangguan metabolisme dan lainnya (Card *et all dalam* Shaluhiyah *dkk*, 2013).

Proses terjadinya infeksi HIV tergantung beberapa hal seperti hal sifat virus dan sistem kekebalan tubuh manusia sendiri. Seseorang disebut HIV positif apabila dia telah terinfeksi HIV dan dalam tubuhnya telah membentuk antibodi (zat anti) terhadap virus tersebut. Jika tubuh sudah terinfeksi HIV namun belum membentuk antibodi, maka orang itu dinyatakan dalam masa jendela (*window period*). Periode jendela ini berlangsung sekitar 2 minggu sampai dengan 3 bulan setelah seseorang terinfeksi HIV. Pada masa ini pemeriksaan serologis akan menghasilkan output negatif, sehingga dalam banyak kasus, orang dengan perilaku berisiko yang menunjukkan gejala klinis HIV akan diminta untuk tes ulang dalam jangka waktu 3-6 bulan ke depan. Pemeriksaan serologis dinyatakan negatif, namun orang tersebut berpotensi menularkan kepada orang lain (Praja dan Indonesia *dalam* Shaluhiyah *dkk*, 2013).

Penularan HIV dan AIDS, risikonya dipengaruhi oleh viral load/jumlah virus yang ada dalam cairan tubuh. Jumlah cairan tubuh yang cukup banyak dapat menularkan virus antara lain darah, semen, cairan vagina, ASI, cairan dalam otak. Penularan HIV dan AIDS antara melalui kontak seksual tidak aman dengan seseorang yang terinfeksi HIV dan AIDS, melalui alat suntik terkontaminasi, melalui ibu ke janin, melalui transfusi darah, transplantasi organ, inseminasi buatan.

#### 1. Penularan HIV dan AIDS melalui kontak seksual

Hubungan seksual yang tidak aman dengan seseorang yang terinfeksi HIV dan AIDS merupakan transmisi yang paling sering terjadi. Hubungan seks melalui vagina dan anus memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan oral seks. Adanya Infeksi Menular Seksual (IMS) dapat meningkatkan risiko penularan

HIV. Populasi berisiko terhadap penularan HIV dan AIDS melalui transmisi seksual antara lain penjaja seks komersial serta pelanggannya. Ancaman lebih serius kepada populasi ibu rumah tangga, karena pelanggan tersebut memiliki istri dan kemungkinan besar dapat menularkan kepada istrinya.

2. Penularan HIV dan AIDS melalui alat suntik yang terkontaminasi  
Pemakaian jarum suntik bersama diantara orang yang terinfeksi HIV dan AIDS merupakan sumber penularan utama melalui transmisi ini. Faktor yang berkaitan dengan penularan melalui jarum suntik yaitu kedalaman tusukan, adanya darah dalam jarum. Populasi berisiko terhadap penularan HIV melalui jarum suntik antara lain pengguna narkoba suntik (penasun) terutama yang mempergunakan jarum suntik secara bersama-sama. Pengguna jarum tato yang tidak steril dan pada petugas kesehatan di rumah sakit juga berisiko terhadap penularan HIV
3. Penularan HIV dan AIDS melalui ibu ke janin  
Meningkatnya infeksi Hiv pada ibu rumah tangga, membuat risiko penularan dari ibu ke bayinya semakin tinggi. Penularan HIV dari ibu ke bayi umumnya terjadi pada saat persalinan. Faktor yang paling utama mempengaruhi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi adalah kadar virus HIV/viral load di darah ibu pada saat menjelang ataupun persalinan, serta kadar HIV di air susu ibu ketika menyusui bayinya. Jika ibu memiliki berat badan yang rendah selama hamil maka risiko terkena penyakit infeksi semakin meningkat. Demikian juga jika ibu menderita IMS atau infeksi reproduksi lainnya maka kadar HIV akan meningkat pula.
4. Penularan HIV dan AIDS melalui transfusi darah, transplantasi organ, inseminasi buatan  
HIV dapat ditularkan dari seorang yang terinfeksi kepada lainnya melalui transfusi darah, transplantasi organ tubuh, maupun inseminasi buatan. Hal tersebut dapat diminimalkan melalui skrining yang baik sebelum hal tersebut dilakukan.

Teori *Health Belief Model* (HBM) menyebutkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan dan isyarat untuk aksi. Penelitian Schnaall *et al.* (2014) menemukan bahwa persepsi mempengaruhi keputusan untuk tes HIV. Hasil penelitian Gartoulla *et al.* (2013) menyebutkan bahwa penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV dan AIDS terkait dengan kerentanan tertular tinggi, manfaat yang dirasakan tinggi, penghalang rendah, isyarat yang tinggi untuk tindakan dan usia muda.

Beberapa penelitian tentang persepsi pencegahan HIV dan AIDS masih belum tepat, khususnya pada wanita usia subur. Mereka menyatakan bahwa penularan HIV pada anggota keluarga tidak diketahui. Dari fenomena tersebut perlu dilakukan studi lebih lanjut tentang analisis perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada ibu rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.

## **B. Persepsi Penyakit HIV dan AIDS**

Persepsi adalah situasi dimana masing-masing individu memiliki cara pandang terhadap suatu kondisi yang akan menimbulkan dampak terhadap diri sendiri maupun keluarganya, cara pandang individu memberikan respon yang berpengaruh terhadap perilaku.

Persepsi dapat diartikan sebagai proses diterimanya rangsang melalui panca indra yang didahului oleh perhatian, sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati hal yang diamati, baik yang ada diluar maupun di dalam diri individu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu :

1. Dapat berada pada pihak pelaku persepsi  
Seorang individu memandang suatu target dan mencoba menafsirkan apa yang dilihat. Penafsiran tersebut dapat dipengaruhi karakteristik pribadi dari pelaku persepsi individual tersebut
2. Dalam obyek atau target yang dipersepsikan  
Karakteristik-karakteristik dalam target yang akan diamati dapat mempengaruhi yang dipersepsikan
3. Dalam konteks dari situasi ketika persepsi tersebut dilakukan  
Situasi yang dimaksud antara lain waktu, keadaan atau tempat kerja dan keadaan sosial (Robbins, 2003)  
Hasil penelitian Kaur *et all* (2014) di punjab India, 66% dari subyek di kedua daerah pedesaan & perkotaan tidak memiliki pengetahuan tentang penyebab HIV / AIDS. Ada kurangnya diamati pengetahuan tentang tanda dan gejala AIDS antara subyek di masa sekarang. Sebagian besar mata pelajaran baik di pedesaan (88%) serta di daerah perkotaan (85,6%) daerah tahu bahwa AIDS merupakan penyakit yang dapat dicegah. Strategi pencegahan dan intervensi HIV perlu fokus pada menikah, perempuan India monogami yang persepsi diri dari risiko HIV mungkin rendah, tapi yang risiko terkait erat dengan perilaku suami mereka.

### C. Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS

#### 1. Faktor Risiko Penularan HIV dan AIDS (Mandal et all, 2006)

Faktor yang mempengaruhi penularan HIV antara lain viral load yang tinggi, adanya AIDS, serokonversi, CD4 rendah. Penularan dari ibu ke anak faktor risikonya antara lain pecah ketuban lama, persalinan pervaginam, menyusui, tidak ada profilaksis HIV. Kontak seksual yaitu anal seks, IMS, tidak disirkumsisi/disunat, partner seksual yang banyak dan berganti-ganti. Pengguna narkoba suntik, faktor risiko antara lain menggunakan jarum suntik bersama, suntikan subkutan.

#### 2. Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS

##### a. Menghindari transmisi seksual tidak aman

Upaya pencegahan melalui hubungan seksual dengan setia pada satu pasangan, tidak melakukan hubungan seksual dengan pengguna narkoba. Selama hubungan seksual berlangsung cairan semen, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur, mulut vagina sehingga virus HIV dapat masuk ke dalam darah.

Hasil penelitian Moses *et all* (2008) menyebutkan bahwa perilaku wanita dalam pemeriksaan terhadap status HIV (76,7%) telah dilakukan antara lain menjalani VCT sedangkan 22,1% masih belum diuji. Di antara alasan untuk melaksanakan tes HIV yaitu untuk persyaratan pranikah (34,9%), pendaftaran ke dalam program pencegahan transmisi penularan dari ibu ke anak/ Prevention Maternal To Child (PMTCT) (25,8%), dan secara sukarela konseling dan pengujian (13,6%). Mereka yang diuji untuk tujuan asuransi tanpa sepengetahuan mereka/ persetujuan masing-masing sebesar 4,5%. Sembilan persen dari semua responden mengaku sedang diuji untuk alasan medis, sedangkan 1,5% diuji sebagai persyaratan untuk menerbitkan dokumen perjalanan.

Menurut Katikiri dan Njau (2012) tentang alasan yang terkait dengan penggunaan kondom ditemukan bahwa kondom tetap menjadi intervensi hemat biaya dan alasan sederhana untuk mencegah infeksi HIV. Penggunaan kondom masih sangat rendah, khususnya di kalangan pemuda, dari 348 responden, 296 (85.0%) yang mengalami seksual, dan 260 (87,8%) melaporkan tidak menggunakan kondom dalam 3 bulan terakhir sebelum penelitian. Di antara pria, tidak menggunakan kondom terkait dengan perasaan malu untuk membeli kondom, kondom mengurangi kenikmatan seksual, dan HIV adalah serius dan penyakit mematikan. Di antara

perempuan, alasan tidak menggunakan kondom karena mengalami seks paksa, kondom mengurangi kenikmatan seksual, dan ketidakmampuan untuk meyakinkan pasangan untuk menggunakan kondom

- b. Menghindari transmisi darah/produk darah tanpa penapisan HIV

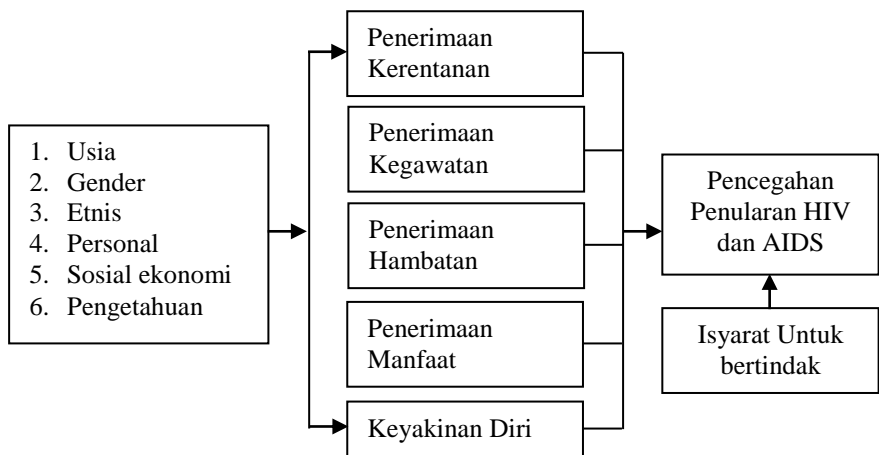
Skrining sebelum transfusi darah dan transplantasi organ tubuh seharusnya dilakukan dengan baik sebelum hal tersebut dilakukan.

- c. Mencegah penularan HIV dari ibu ke janin

Hasil penelitian sekitar 16,5% dari peserta memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV / AIDS dan 54,1% tentang rute transmisi tapi kesadaran tentang pencegahannya hanya 5,7%. Lima puluh tujuh persen dari peserta belum dites HIV sebelumnya dan 20,2% tidak bersedia untuk menjalani tes tersebut. Sekitar 86,2% dari peserta tidak tahu tentang ketersediaan profilaksis narkoba di Iran untuk PMTCT.

Teori perilaku kesehatan dapat digunakan sebagai kerangka untuk merancang suatu pendidikan kesehatan, intervensi perubahan perilaku kesehatan, sebuah alat pengujian atau evaluasi program kerja dan digunakan untuk menciptakan pendidikan kesehatan dan pesan kesehatan. pencegahan dan pengawasan penyakit menggunakan teori perilaku kesehatan untuk programnya. (Lennon, 2005)

Perilaku pencegahan dipengaruhi oleh penerimaan kerentanan penyakit, penerimaan ancaman, penerimaan manfaat, penerimaan hambatan, keyakinan diri sendiri/pribadi, isyarat melakukan tindakan. Penerimaan pribadi dipengaruhi oleh faktor modifikasi individu. Faktor modifikasi meliputi variabel demografis, sosiopsikologis dan struktural mempengaruhi persepsi individu (Mackey, 2002)



Kerangka Teori : Health Belief Model (Glanz *et al* 2008)

#### D. Pengetahuan Stigma dan Kesetaraan Gender Terkait HIV dan AIDS

Informan ibu rumah tangga menyatakan bahwa tidak sepenuhnya mengerti tentang HIV dan AIDS. Informan cenderung salah mengerti bahwa IVA dan HIV adalah dua istilah yang sama. Hal ini disalahartikan oleh 5 informan. Informan menyatakan penyakit HIV merupakan penyakit kelamin pada kewanitaan. Kebersihan organ kelamin harus diperhatikan oleh wanita sebagai upaya pencegahan HIV.

*“HIV ya penyakit kelamin jarene..perlu kebersihan gitu mbaa..”* (Y, 28 tahun)

*“Caranya ya paling dari saya aja mba...kalo suami ga sempet buat merawat. Kalo pas hamil dulu ada pemeriksaan IVA”* (N, 31 tahun)

Ibu rumah tangga tidak memahami tentang HIV dan AIDS karena sosialisasi dan kegiatan pendidikan kesehatan reproduksi khususnya tentang penyakit HIV dan AIDS belum dilakukan. Sosialisasi yang dilakukan hanya seputar masalah kesehatan seperti demam berdarah. Informan tidak memahami bahwa HIV dan IVA adalah berbeda. Ibu rumah tangga mendapatkan informasi kesehatan melalui kegiatan perkumpulan dan sosialisasi yang mereka ikuti di masyarakat. Pengetahuan ibu rumah tangga masih rendah, ada hubungan antara pengetahuan HIV dengan perilaku pencegahan HIV dan AIDS. Pemahaman informasi HIV dan AIDS yang tidak benar dapat dipengaruhi



oleh tingkat pendidikan pada mereka.(Sistiarani dkk, 2018; Octavianty dkk, 2015)

Tabel 1. Pandangan Informan tentang HIV-AIDS (Sistiarani dkk, 2018)

Penyakit HIV dan AIDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Penyakit orang tidak benar</li> <li>✧ Penyakit kelamin</li> <li>✧ Penyakit menular</li> <li>✧ Penyakit menakutkan</li> <li>✧ Penyakit karena hubungan bebas/ hubungan seks</li> </ul>
Jika Berhadapan dengan ODHA	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Jangan dikucilkan namun jaga jarak</li> <li>✧ Dijauhi soalnya takut tertular</li> <li>✧ Diberi semangat dan tetap diajak</li> <li>✧ Kasihan</li> <li>✧ Diperlakukan sewajarnya</li> <li>✧ Jangan dijauhi, kita harus waspada</li> <li>✧ Dinasihatin dan dirangkul</li> <li>✧ Dibantu jangan dijauhi</li> </ul>
Cara Mencegah HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Tidak berperilaku negatif</li> <li>✧ Saling berkomunikasi dengan suami</li> <li>✧ Saling mengingatkan</li> <li>✧ Setia sampai akhir dengan pasangan</li> <li>✧ Keluarga saling mendukung</li> </ul>

Hasil penelitian menyatakan bahwa informan menyatakan tidak mengetahui tentang stigma HIV dan AIDS. Mereka takut tertular serta menganggap penyakit HIV adalah penyakit yang disebabkan oleh karena seseorang mendapat hukuman akibat pergaulannya tidak benar.

*“Belum tau mba” (K, 42 tahun)*

*“Ga tau loh mba, cuma pernah denger aja..” (N, 31 tahun)*

*“ya belum tahu mba kesehatan reproduksi gitu ya mba..” (T, 46 tahun)*

*“Suka hubungan sembarangan, pergaulannya gak bener... ya wedi nular...dijauhi ya takut nular sih soale” (S, 37 tahun)*

Pengetahuan dan cara pandang masyarakat yang kurang terhadap masalah HIV dan AIDS dipengaruhi dari sudut pandang agama, mitos dalam masyarakat yang dapat mempengaruhi tindakan stigma dan diskriminasi. Laki-laki cenderung memiliki pasangan lebih dari satu, sedangkan wanita permisif jika laki-laki memiliki pasangan selain dirinya. Penggunaan kondom merupakan tantangan, karena pria tidak

mengetahui cara merekomendasikan penggunaannya kepada istri mereka, dan pandangan wanita menyatakan pria resisten menggunakan kondom. Strategi pencegahan dan intervensi pencegahan HIV difokuskan pada penelitian wanita yang telah menikah dan memiliki satu pasangan, persepsi risiko HIV dimungkinkan rendah, namun risiko terkait erat dengan perilaku suami mereka. (Ahwan, 2014; Mokgele, 2016; Kaur et al, 2013)

Hasil penelitian Sistiarani (2018) Informan yaitu Pasangan Suami Istri (PUS) menyatakan bahwa seluruh informan tidak pernah mengakses pelayanan kesehatan untuk memeriksakan status HIV. Informasi belum pernah mereka dapatkan terkait layanan pemeriksaan status HIV melalui klinik VCT.

*“Saya ga pernah periksa HIV mba”* (SR, 54 tahun)

*“ Saya pernah ikutan tes IVA gitu si mba... udah beberapa kali...”* (S, 36 tahun)

*“Kalo periksa ya ke puskesmas mba..kalo pemeriksaan HIV nya sih belum pernah mba..”* (R, 31 tahun)

*“Informasi jarang ada si ya mba... kalau saya belum pernah. Cuma denger-denger aja mba..”* (K, 42 tahun)

*“Informasi ya paling dari HP, sosialisasi saya jarang ikut”* (N, 31 tahun)

*“Informasi dari bidan kalo pas posyandu juga”* (T, 46 tahun)

*“Informasi dari TV kadang ada film nyeritain tentang HIV”* (S, 36 tahun)

Informasi tentang HIV didapatkan dari wanita yang menikah adalah 70,22% telah mendengar HIV. Sumber informasi 73,3% terbesar adalah radio. Cara penularan HIV dapat melalui seks yang tidak aman, transfusi darah yang terinfeksi, sharing jarum dan transmisi ibu ke anak. Upaya pencegahan HIV dilakukan melalui penggunaan kondom jika melakukan seks diluar nikah, penggunaan jarum suntik steril, membatasi seks dengan pasangan. Sebanyak 4,9% wanita memiliki pengalaman seksual di luar nikah namun mereka yang memiliki seks di luar nikah menggunakan kondom secara teratur (26,66%). (Gyawali et al, 2014)

Informan dalam penelitian Sistiarani (2018) berdasarkan usia informan suami berusia paling tua berumur 45 tahun dan usia termuda berusia 36 tahun. Informan istri paling tua berusia 42 tahun dan informan istri usia termuda berusia 27 tahun. Berdasarkan pekerjaan informan suami memiliki pekerjaan sebagai karyawan swasta sebanyak 5 informan,

sedangkan 2 informan memiliki pekerjaan sebagai buruh. Informan istri sebanyak 12 informan yaitu merupakan ibu rumah tangga/tidak bekerja, sedangkan 4 memiliki pekerjaan sebagai wirasusaha yaitu berdagang.

Berdasarkan hasil penelitian Sistiarani (2018), informan menjelaskan bahwa persepsi tentang orang yang mengidap penyakit HIV dan AIDS harus dihindari karena takut jika tertular karena orang lain juga menjauhi penderita yang mengidap HIV dan AIDS. Informan juga menyatakan bahwa penderita HIV dan AIDS jangan sampai dikucilkan karena informan tahu cara penularan HIV dan AIDS maka informan berupaya agar tidak tertular HIV dan AIDS

*“Jangan dekat-dekat sama yang kena penyakit HIV.....kitanya takut ketularan, orang-orang ngejauhin ya kita ngejauhin juga lah biar ga ketularan....”* (Y, 28 tahun)

*“Menjauh mungkin ya....manjaga jarak tidak terlalu dekat...”* (K, 42 tahun)

*“Dijauhi ya jangan...tetapi kita harus waspada diri, kita kan tau penularan lewat mana jadi ya jangan sampe tertular lah”* (S, 36 tahun)

*“Penyakit yang tidak harus dijauhi, umpama ada yang menderit penyakit itu jangan dikucilkan, kita cari solusinya harus gimana, saling komunikasi jangan dikucilkan”* (N, 45 tahun)

Stigma terkait HIV dan AIDS pada level individu masih belum dapat dihilangkan sepenuhnya, hal ini terbukti dari jawaban informan yang menyatakan bahwa mereka tetap membatasi jarak karena takut tertular, walaupun mereka memandang penderita HIV juga tidak perlu dikucilkan. Menurut Earnshaw (2013), disparitas HIV terkait etnik/ras dapat dikurangi melalui upaya memperkuat pemberdayaan ekonomi dan kepercayaan masyarakat, mempromosikan kontak dengan orang-orang yang hidup dengan HIV pada tingkat individu, serta meningkatkan dukungan sosial dan adaptasi pada tingkat individu sehingga dapat meningkatkan ketahanan terhadap stigma di masyarakat.

Penelitian stigma menyatakan bahwa responden memiliki stigma diri yang rendah tentang penyakit HIV/AIDS lebih banyak yang melakukan VCT dari pada responden yang memiliki stigma diri yang lebih tinggi. Penelitian lain menyebutkan bahwa isyarat untuk memutuskan menerima atau menolak merupakan faktor pencetus untuk melakukan tindakan pencegahan HIV dan AIDS. (Tasa, 2016; Fibriana, 2013)

Menurut penelitian Lili (2009), pentingnya memahami norma-norma sosial dan sikap pribadi dalam mempelajari stigma terkait HIV dan penggabungan sumber daya manusia yang ada ke dalam program pengurangan stigma HIV. Stigma berkaitan dengan kesamaan antara pandangan pribadi mereka serta pandangan menurut kebanyakan orang dalam masyarakat.

Informan menyatakan bahwa persepsi/pandangan individu terkait pencegahan HIV dan AIDS berkaitan dengan pandangan di masyarakat yang menganggap HIV adalah penyakit yang diakibatkan oleh perilaku menyimpang. Individu cenderung mempersepsikan binteraksi dengan penderita HIV tetap harus dibatasi jaraknya karena masih ada anggapan di masyarakat bahwa HIV merupakan penyakit yang diderita oleh orang yang memiliki perilaku tidak senonoh. Norma sosial dan sikap pribadi harus dipahami bahwa tidak selamanya penderita HIV akibat dari perilaku yang diderita oleh orang yang tidak bermoral. Informan menyatakan bahwa HIV dan AIDS merupakan penyakit yang terjadi karena perilaku yang tidak baik. Penyakit HIV disebabkan oleh pergaulan bebas melalui hubungan seksual, suka berganti pasangan, penggunaan narkoba dan jarum suntik.

*“HIV dan AIDS terjadi karena kecerobohan manusianya sendiri misal suka berganti pasangan” (Y, 40 tahun)*

*“Suka berganti pasangan, sering main sama wanita nakal, pake narkoba itu kan dari jarum suntik bisa kena” (S, 37 tahun)*

Perilaku masyarakat di Papua salah satunya perilaku seks bebas, berkaitan dengan penurunan nilai agama dan budaya negatif sehingga masyarakat memiliki kebiasaan berisiko terhadap HIV-AIDS penyakit. Faktor ekonomi/pekerjaan, gaya hidup, berpengaruh terhadap penyakit HIV-AIDS. Program lokal khusus yang bisa dikembangkan terdiri dari dua konsep yaitu: Beriman dan AB (Abstinence and Be Faithful) dan setelah dilakukan uji coba model selama sekitar 3 tahun, program ini sudah cukup efektif untuk mengatasi risiko penyakit, HIV-AIDS di Papua. (Zeth, 2016)

Informan belum sepenuhnya mengetahui penyebab penularan HIV dan AIDS serta upaya pencegahannya, Informan memiliki pandangan negatif/stigma terhadap Orang yang mengidap HIV/ AIDS (ODHA) namun masih memiliki rasa belas kasihan terhadap ODHA dan memiliki pandangan agar ODHA tidak dikucilkan, tetapi mereka menganggap tetap harus menjaga jarak dengan mereka.

*Kurang tau, hmmm katanya sih nular tapi kurang tau sih” (S, 39 tahun)*

*“Kasian juga, menurut saya jangan dikucilkan karena mereka sama-sama manusia. Hanya saja terkena penyakit itu, mungkin agak jaga jarak supaya tidak tertular tapi jangan sampai dikucilkan lah ya” (SH,42 tahun)*

Hasil penelitian Masaudnia (2015), menunjukkan bahwa prevalensi sikap diskriminatif terhadap ODHA pada populasi sebesar 60,0%. Ada korelasi negatif antara kesadaran warga tentang HIV/AIDS, sikap terkait HIV, persepsi negatif terhadap orang yang menunjukkan gejala HIV/AIDS terhadap sikap diskriminatif ODHA. Persepsi masyarakat tentang HIV/AIDS merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap sikap diskriminatif ODHA. Persepsi publik yang negatif tentang HIV / AIDS terkait dengan sikap diskriminatif terhadap ODHA dan kepercayaan budaya yang cenderung menstigmatisasi dan mendiskriminasi.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam 1 informan menyatakan pernah mengakses pelayanan pemeriksaan HIV dan AIDS. Proteksi dalam pencegahan HIV dan AIDS dilakukan melalui VCT ketika hamil. Pemeriksaan kesehatan yang pernah dilakukan informan hanya sebatas pemeriksaan kesehatan pada saat diterima bekerja di perantaraan atau pemeriksaan ke puskesmas ketika informan mengalami gangguan kesehatan.

*“Kalau kita sih belum untuk pencegahan HIV, tapi kalau istri sih kemarin pas periksa kehamilan, cek darah” (M, 45 tahun)*

*“Ngecek kesehatan pernah sudah lama waktu di Jakarta dulu” (S, 40 tahun)*

Hasil wawancara mendalam 2 informan menyatakan bahwa tidak pernah melakukan upaya pencegahan HIV dan AIDS dengan menggunakan kondom. Istri merasa telah memiliki kepercayaan kepada suami mereka. Pencegahan HIV dan AIDS yang belum pernah dilakukan yaitu penggunaan kondom ketika melakukan hubungan suami istri.

*“Kalo pake kondom gitu sih engga, soalnya ya saya percaya lah bapak gak pernah sama yang kayak gitu hehe” (T, 30 tahun)*

*“Engga si, biasa aja gak pake pelindung gitu ketika berhubungan suami istri” (SF, 32 tahun)*

Faktor-faktor terjadinya penyebaran HIV pada perempuan melibatkan unit sosial yang berbeda yaitu, tingkat individu, keluarga, dan masyarakat. Pada tingkat individu terkait penularan infeksi virus HIV, kerentanan pada IMS serta tidak adanya ketahanan psikososial karena hak-hak dan keamanan sosial tidak terjamin. Pada tingkat keluarga berkaitan dengan kurangnya perhatian dan perlindungan terhadap perempuan dan anak-anak, sehingga muncul permasalahan gender. Kondisi ekonomi, pembatasan wewenang dalam mengambil keputusan di tingkat keluarga, tidak memadainya tingkat kesehatan perempuan dan kurangnya akses terhadap kebutuhan hidup dasar. Pada tingkat masyarakat, meliputi kemiskinan, pendidikan yang rendah, kurangnya dukungan kebijakan dan politik, kurangnya peran perempuan dalam proses pengambilan keputusan, rendahnya keterlibatan masyarakat dan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap upaya penyembuhan. (KNPP, 2008)

Penelitian tentang masalah yang dihadapi perempuan dalam mencegah penyebaran HIV/AIDS terkait status dan pemberdayaan perempuan merupakan hal penting untuk memerangi penyakit HIV. Akses pendidikan, paparan media, partisipasi mendapatkan kesempatan bekerja, kesadaran akan HIV/AIDS, dan kemandirian ekonomi merupakan pertimbangan penting dalam memperbaiki status perempuan. Pembuat kebijakan perlu fokus pada ketidaksetaraan gender untuk memerangi penyebaran HIV / AIDS. Pria lebih mungkin terinfeksi HIV/AIDS. Faktor yang berpotensi rendahnya status perempuan di masyarakat disebabkan oleh hambatan terhadap pencegahan penyebaran penyakit ini. (Mitra, 2011)

Informan istri didominasi memiliki status sebagai ibu rumah tangga. Istri belum sepenuhnya memahami bahwa penularan HIV dapat dicegah melalui praktik penggunaan kondom. Faktanya hal tersebut belum dilakukan oleh informan. Hanya 1 informan suami yang menyatakan menggunakan kondom untuk melakukan upaya pencegahan HIV. Upaya pencegahan HIV juga dapat dilakukan melalui pemeriksaan status HIV melalui klinik VCT. Faktanya informan belum pernah melakukan pemeriksaan status HIV, hanya 1 informan suami yang menyatakan bahwa istrinya telah memeriksakan status HIV dan dilakukan ketika istri informan sedang hamil ketika dilakukan tes darah.

Pemahaman informan tentang kesetaraan gender yaitu hanya 2 informan yang dapat menjelaskan tentang kesetaraan gender, namun informan juga ada yang belum mengetahui tentang kesetaraan gender. Peran dalam peningkatan kesetaraan gender informan menyatakan ada pembagian tugas antara suami dan istri dalam keluarga. Suami memiliki kewajiban untuk mencari nafkah sedangkan perempuan dapat membantu ekonomi keluarga.

*“Apa ya..., saya gak pernah tahu...” (Y, 28 tahun)*

*“Belum pernah denger, ga tau” (S, 29 tahun)*

*“Kesetaraan gender saya belum pernah tahu” (S, 40 tahun)*

*“Pembagian tugas suami dan istri, suami tugasnya ngapain, istri tugasnya ngapain. Jangan ada yang terlalu ngatur di keluarga, lebih baiknya bareng-bareng suami dan istri.” (R, 31 tahun)*

*“Kesamaan kedudukan antara laki-laki dan perempuan, tidak ada yang menonjol diantara suami atau istrinya” (SH, 42 tahun)*

*“Laki-laki ya tidak boleh sewenang-wenang” (Y, 40 tahun)*

Potensi kearifan lokal yang berkaitan dengan dimensi stigma menurut pandangan informan yaitu saling toleransi, mengerti, menjaga, membantu. Dukungan sosial juga diperlukan sekali menurut pandangan informan terlebih dukungan keluarga.

*“Dukungan sosial sangat diperlukan sekali” (Y, 40 tahun)*

Potensi kearifan lokal berkaitan dengan peningkatan kesetaraan gender yaitu gotong royong dalam keluarga. Pernyataan ini diperkuat menurut pendapat informan bahwa faktor jujur dan terbuka antar suami dan istri akan dapat mencegah perilaku berisiko yang dapat menyebabkan penularan HIV dan AIDS.

*“Gotong royong, kita mengerjakan bersama-sama, kalo saya sedang repot ya suami gitu” (AS, 41 tahun)*

*“Kalo kita jujur kita akan tenang apalagi ibu jauh sama bapak jadi kita tanamkan nilai jujur yang pertama” (N, 45 tahun)*

Upaya pencegahan HIV dan AIDS perlu pendekatan khas terkait kearifan lokal yang dimiliki suatu tempat. Wilayah perdesaan masih mungkin untuk mempraktekkan kepedulian dan gotong royong karena kultur masyarakat di perdesaan dirasakan masih memiliki potensi untuk memegang teguh kearifan lokalnya. Berikut pernyataan informan yaitu terkait hal tersebut.

*“Ya di desa kan masih bagus lah saling banyu gitu, kalo di kota mungkin uda jarang ya mba yang deket sama warga, kalo di desa sama warga ya baik banget, uda kaya sodara” (H tokoh masyarakat, 55 tahun)*

Masyarakat memainkan peran besar dalam pencegahan HIV, hal ini berkontribusi untuk pencegahan, perawatan dan dukungan. Transformasi sosial terbukti efektif di beberapa tempat. Adanya respon lokal dapat menguatkan kearifan lokal di masyarakat. Hal tersebut dapat menjadi bagian penting dari respon tanggap HIV dan AIDS secara global. (Garcia, 2013)

Informan menyatakan bahwa kegiatan sosialisasi di masyarakat tentang pencegahan HIV dan AIDS masih sangat minim dilakukan. Kegiatan pemberian informasi juga jarang diikuti oleh informan. Informasi tersebut biasanya diberikan oleh bidan desa pada saat arisan PKK. Berikut pernyataan informan tentang hal tersebut.

*“Kalo informasi jarang ada si ya mba...karena kampung ini ga ada penderitanya”* (K, 42 tahun)

*“Harusnya ada kegiatan pengarahannya tentang kesehatan biar masyarakat disini pada tahu, tapi disini ga pernah ada kegiatan mba...”* (R, 31 tahun)

*“kegiatan disini paling arisan, kumpulan PKK, kadang ada bu bidan datang, namun jarang kasih informasi terkait penyuluhan HIV...”* (T, 46 tahun)

*“Pemberdayaan belum ada, adanya penyuluhan dari Kecamatan atau malah Puskesmas...”* (R tokoh masyarakat, 50 tahun)

Konsep mobilisasi komunitas terdiri atas 6 domain. Domain tersebut terdiri atas keprihatinan bersama, kesadaran kritis, struktur organisasi/kelembagaan, kepemimpinan (individu/lembaga), kegiatan/tindakan kolektif dan kohesi sosial. Kohesi sosial yaitu komitmen dan kemampuan individu terkait norma dan nilai umum sehingga terjadi penyatuan hubungan individu dengan lembaga. (Lippman, 2013)

Partisipasi masyarakat dalam kegiatan-kegiatan terkait HIV masih kurang optimal dan terdapat ketimpangan akses antara kelompok dewasa dan remaja, laki-laki dengan perempuan. Adopsi program dihambat oleh rendahnya komitmen pemerintah desa dan terbatasnya dukungan sumber daya. (Nopiyani, 2014)

Menurut Olgetree (2015) disebutkan bahwa suami dan istri yang bekerja full-time cenderung sangat mungkin untuk membagi perawatan anak secara sama-sama. Meskipun pria lebih cenderung setuju untuk bekerja penuh waktu sementara pasangan mereka bertanggung jawab pengasuhan anak / rumah tangga utama.

Persepsi informan bahwa wanita sudah sewajarnya melakukan pekerjaan rumah tangga dipersepsikan oleh karena wanita mengandung,



melahirkan dan menyusui sehingga memiliki porsi peran dalam rumah tangga lebih besar. Istri yang bekerja dapat menambah kebutuhan keluarga, namun urusan rumah tangga/domestik memiliki risiko terbengkelai.

Sikap kemandirian istri yang lebih tinggi karena tidak sepenuhnya tergantung secara ekonomi kepada suami namun memiliki kondisi rentan pada goyahnya harmonisasi keluarga meskipun seluruh kebutuhan ekonomi keluarga relatif dapat tercukupi. Istri bekerja yang pendapatannya hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan makan keluarga maka biasanya akan tetap melakukan pekerjaan rumah tangga karena ketergantungan ekonomi kepada suami masih tetap ada karena sikap kemandiriannya termasuk rendah sehingga saling ketergantungan suami-istri tetap ada sehingga ada kemungkinan keluarganya berada dalam kategori harmonis. (Nurhadi, 2009)

Informan dalam hal ini masuk dalam kategori kemandirian yang rendah karena informan menyatakan bahwa suami mereka kerja dan hampir sebagian istri memiliki usaha yaitu berjualan untuk membantu memenuhi kebutuhan keluarga. Hal ini terlihat dari jawaban informan sebagai berikut

*“Peran dan tanggungjawab ya itu tadi mba, bapak yang kerja saya juga bantu sedikit ya perempuan harus nurut suami...”*  
(W, 34 tahun)

*“Pelaksanaan secara ekonomi ya saling membantu mba suami dan istrinya... bapak yang utama saya diperbolehkan sama suami’* (S, 33 tahun)

Semakin tinggi kemandirian istri yang bekerja, maka semakin negatif sikap terhadap kekerasan dalam rumah tangga atau sikap cenderung menolak kekerasan. Sebaliknya semakin rendah tingkat kemandirian, maka semakin positif sikap terhadap kekerasan suami pada istri. Kemandirian dengan cara bekerja merupakan suatu usaha agar istri memiliki kemampuan dalam mengurangi ketergantungan terhadap suami, sehingga istri lebih dapat menentukan sikap dalam menghadapi masalah, salah satunya dalam menghadapi kekerasan yang dilakukan suami. (Astuti, 2006)

Hasil penelitian Putri (2015), menyebutkan bahwa pasangan suami dan istri berperan dalam 3 hal yaitu suami dalam hal pengambilan keputusan, sedangkan istri berperan dalam hal pengelolaan keuangan keluarga dan pengasuhan anak. Proses pembagian peran-peran tersebut dilakukan secara fleksibel.

Informan menyatakan bahwa istri harus memiliki waktu lebih banyak di rumah karena tusa istri adalah mengurus anak dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Berikut pernyataan informan

*“istri boleh bekerja oleh suami tapi tetap harus mengurus anak”* (F, 34 tahun)

*“oh kalo kita sih bareng-bareng gitu mba kalo saya sedang repot ya suami paling gitu”* (S, 32 tahun)

*“kalo keluarga kebanyakan disini istri membantu suami untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dengan cara berjualan...”* (A Tokoh masyarakat, 58 tahun)

Peran dinamis dan multipel dapat dimainkan dengan coparenting dalam sistem keluarga secara keseluruhan, hal ini dapat menimbulkan implikasi praktis yang penting bagi keluarga. Penelitian tentang analisis model dapat memasukkan istri dan suami dari peran coparenting dalam sistem keluarga. Model tidak langsung tradisional terkait praktik pengasuhan anak, dan model secara langsung yaitu alternatif kerjasama coparenting yaitu pengasuhan anak dapat disesuaikan dengan kondisi kedua pasangan (Morill, 2010)

Peran *stay at home dad* dapat memberikan andil yang baik untuk membentuk keluarga sehat dan harmonis, baik dalam pengasuhan, komunikasi, pengambilan keputusan dan pembagian peran dalam keluarga Indonesia. Peran dan status tersebut bukan berarti merendahkan suami namun memiliki arti dan peran sendiri bagi keluarga di kota besar jika sistem tradisional tidak dapat dijalankan sepenuhnya. (Widhiastuti, 2013)

Perbedaan mendasar dalam konsep peran gender menurut pandangan informan yaitu adanya sikap saling berbagi. Saling membantu tugas dan peran dalam rumah tangga antara istri dan suami. Kondisi seperti ini merupakan upaya mencegah adanya kesenjangan gender yang secara tidak langsung dapat memainkan peran individu dalam level keluarga untuk memahami kondisi antara suami dan istri. Hal tersebut dapat mengurangi potensi penularan HIV dan AIDS.

Berdasarkan usia paling tua informan istri berumur 49 tahun dan usia termuda berusia 34 tahun. Tingkat pendidikan terendah yaitu tamat SD dan pendidikan tertinggi yaitu SMP. Informan suami paling tua berusia 53 tahun dan usia termuda berusia 38 tahun. Berdasarkan tingkat pendidikan informan suami memiliki tingkat pendidikan tertinggi yaitu tamat SMA dan tingkat pendidikan paling rendah yaitu tamat SMP. Informan tersebut terdiri atas tokoh agama satu informan, serta tokoh masyarakat yaitu dua informan ketua RT. Informan tokoh masyarakat

memiliki pekerjaan sebagai Pegawai Negeri Sipil dengan usia paling muda berusia 45 tahun dan usia paling tua berusia 60 tahun. Informan tokoh agama berusia 55 tahun.

Berdasarkan wawancara mendalam tentang HIV-AIDS dan stigma, informan menyatakan bahwa telah memahami tentang HIV dan AIDS. Informan telah memahami bahwa HIV-AIDS disebabkan oleh virus yang dapat menularkan, berbahaya, dan mematikan.

*“HIV ya penyakit kelamin apa ya...ya menular”* (Y, 34 tahun)

*“HIV dan AIDS itu suatu penyakit `menular..”* (N, 35 tahun)

*“Penyakit akibat virus atau bakteri lupa saya mbaa...yang menyerang kekebalan tubuh”* (F, 40 tahun)

Tabel 2. Pandangan Informan PUS tentang HIV dan AIDS

Pertanyaan	Pandangan Informan
Penyakit HIV dan AIDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit berbahaya karena belum ada obatnya</li> <li>2. Penyakit menular akibat virus</li> <li>3. Penyakit karena hubungan bebas/ hubungan seks</li> </ol>
Cara penularan HIV-AIDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lewat jarum suntik</li> <li>2. Hubungan seksual/free sex</li> <li>3. Tranfusi darah</li> <li>4. Ibu ke janin</li> <li>5. Konsumsi narkoba</li> </ol>
Jika Berhadapan dengan ODHA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dijauhi soalnya takut tertular</li> <li>2. Diberi dukungan</li> <li>3. Diperlakukan sewajarnya</li> <li>4. Jangan dijauhi</li> <li>5. Waspada</li> <li>6. Dibantu</li> </ol>
Cara Mencegah HIV-AIDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak selingkuh/ hindari free sex</li> <li>2. Periksa ke pelayanan kesehatan</li> <li>3. Saling berkomunikasi dengan suami</li> <li>4. Pakai kondom</li> <li>5. Setia sampai akhir dengan pasangan</li> <li>6. Keluarga saling mendukung</li> </ol>
Sumber Informasi HIV-AIDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TV</li> <li>2. Papan informasi</li> <li>3. Pelayanan Kesehatan</li> <li>4. Leaflet</li> <li>5. Majalah/buku</li> </ol>

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui HIV-AIDS merupakan penyakit menakutkan yang menular melalui hubungan seksual/kelamin. Menurut informan penyakit ini dapat tertular oleh orang yang memiliki tabiat yang buruk/tidak benar. Informan menyatakan jika berhadapan dengan ODHA lebih membatasi diri dikarenakan khawatir apabila tertular. Dalam penelitian ini informan juga menyatakan akan memperlakukan sewajarnya serta tidak mengucilkan dan memberi semangat kepada ODHA untuk dibantu.

Seluruh informan menyatakan bahwa telah mengetahui tentang informasi HIV-AIDS tentang definisi dan cara penularan, stigma HIV dan AIDS. Informan mempersepsikan penyakit HIV merupakan penyakit yang disebabkan azab karena pergaulan tidak benar. Berikut ini dinyatakan informan melalui kutipan hasil wawancara:

*“Belum tau terlalu paham mba... nek bapak tah mungkin tahu lebih banyak...”* (K, 42 tahun)

*“Ga tau loh mba, cuma pernah dengernya sendiri-sendiri aja..... ngga pernah diomongin”* (N, 34 tahun)

*“ya belum tahu mba kesehatan reproduksi gitu ya mba..”* (T, 46 tahun)

*“Suka hubungan sembarangan, pergaulannya bebas...dijauhi ya takut tertular lah”* (S, 37 tahun)

Seluruh informan menyatakan bahwa tidak pernah mengakses pelayanan kesehatan untuk memeriksakan status HIV. Informan juga tidak pernah mendapatkan informasi terkait layanan pemeriksaan status HIV melalui klinik VCT. Berikut kutipan pernyataan informan terkait hal tersebut:

*“Saya ga pernah periksa HIV mba”* (SR, 54 tahun)

*“Kalo periksa ya ke puskesmas mba..kalo pemeriksaan HIV nya sih belum pernah mba..”* (R, 31 tahun)

*“Informasi jarang ada si ya mba... kalau saya belum pernah. Cuma denger-denger aja mba.”* (K, 42 tahun)

*“Informasi ya paling dari HP, sosialisasi saya jarang ikut”* (N, 31 tahun)

*“Informasi dari bidan kalo pas posyandu juga”* (T, 46 tahun)

*“Informasi dari TV kadang ada film nyeritain tentang HIV”* (S, 36 tahun)

Seluruh informan menyatakan bahwa tidak pernah berdiskusi dengan suami tentang topik kesehatan reproduksi khususnya tentang perilaku seksualitas. Informan menganggap tabu membicarakan hal tersebut dengan suami/pasangan. Pendapat informan mengenai penggunaan kondom untuk mencegah HIV dan AIDS menyatakan bahwa

*“Gak pernah sih mba membicarakan dengan suami tentang kesehatan reproduksi termasuk aktivitas seksual”* (N, 34 tahun)

*“Saya tidak pernah pakai kondom ketika melakukan hubungan seksual”* (T, 34 tahun)

*“Perilaku seksual suami kalo diluar saya tidak pernah tahu mba”* (S, 38 tahun)

Perilaku seksual yang berisiko pernah dilakukan oleh salah satu informan yaitu suami. Informan suami menyatakan bahwa pernah melakukan hubungan seksual dengan orang lain selain dengan istri. Berikut pernyataan informan :

*“ya manusia lah, saya tidak sesuci itu.. pernah terjadi seperti itu.. nek wong putih kaya ngapa rasane, wong ireng kaya ngapa rasane...”* (N, 38 tahun)

*“kalau saya pernah juga terpengaruh karena mengikuti arus, senang senang, ikut-ikutan teman (sambil tertawa)”* (T, 51 tahun)

*“ya saya pernah dulu waktu baru punya istri yang kedua...dulu kan masih muda.. kadang liat orang kok cantik gitu, ya gitu lah mba.. yah laki-laki sih mba”* (S, 52 tahun)

Seluruh informan istri menyatakan tidak dapat melakukan kontrol atas perilaku seksual suaminya, hanya pasrah dan menurut pada suami. Informan tidak menggunakan kesempatan untuk tawar-menawar kepada suami. Hal ini disebabkan budaya patriarki yang masih kental pada masyarakat desa. Berikut kutipan hasil wawancara dengan informan :

*“pokoknya istri ya nurut sama suami, harus setia pokoknya, ga pernah mba tahu suami ngapain, saya percaya aja mba sama suami”* (S, 34 tahun)

*“budaya patriarki disini ya masih ada mba, tapi sekarang ya lumayan ibu-ibu dah mulai aktif di masyarakat”* (F, 40 tahun)

*“istri harus sopan dan tidak seenaknya harapannya kalo istri sopan nanti suaminya jadi sayang”* (Y, 38 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan pendukung menyatakan bahwa informasi kesehatan tentang HIV-AIDS melalui pemberdayaan kepada masyarakat masih kurang dalam pelaksanaannya. Menurut informan pendukung perlu adanya penyuluhan kesehatan dari desa, kecamatan, dan Puskesmas Cilongok sehingga upaya pencegahan HIV-AIDS melalui pemberdayaan masyarakat akan menjadi lebih baik. Berikut kutipan pernyataan informan pendukung yang dilakukan melalui wawancara mendalam :

*“Belum pernah ada kegiatan seperti itu mba” (G/Tokoh Agama, 55 tahun)*

*“Untuk pemberdayaan belum ada mba, mungkin kalo ada penyuluhan dari pihak terkait seperti Desa, Kecamatan, Puskesmas ya malah lebih baik” (W/Ketua RT, 60 tahun)*

*“Memerangi HIV-AIDS ya dari keluarga dulu mba, mungkin informasi dari PKK tentang apa itu HIV-AIDS” (S/Tokoh Masyarakat 45 tahun)*

Berdasarkan pendapat informan terkait peran masyarakat dalam mengurangi stigma terhadap penyakit HIV-AIDS menyatakan bahwa dari RT pernah ada sosialisasi dan pengarahan untuk tidak mengucilkan warga yang terkena HIV-AIDS. Akan tetapi sosialisasi yang lebih banyak dilakukan berupa arahan/himbauan supaya warga di wilayah ini yang terkena HIV-AIDS. Berikut pernyataan informan :

*“paling pengarahan, warga dikasih tau kalo ada warga yang terkena ya jangan dijauhin, jangan dikucilkan” (P/Ketua RT, 60 tahun)*

*“pencegahan melalui upaya pemberdayaan lebih utama untuk dilakukan” (B/tokoh agama, 55 tahun)*

*“jarang ada pertemuan paling ya PKK pengarahan dilakukan melalui perkumpulan sehingga bisa dibicarakan kalo ada yang sakit ya dibantu” (T/Tokoh masyarakat, 45 tahun)*

Ibu atau istri belum memahami tentang HIV dan AIDS karena masih kurangnya sosialisasi dan kegiatan pendidikan kesehatan reproduksi khususnya tentang penyakit HIV dan AIDS. Sosialisasi kesehatan yang sudah pernah dilakukan seperti sosialisasi demam berdarah. Beberapa informan masih salah dalam memahami istilah HIV dan IVA adalah dua hal yang berbeda sehingga sosialisasi informasi kesehatan yang telah diperoleh tidak lengkap.

Informasi mengenai HIV dan AIDS yang didapat suami dan istri dapat berbeda karena kurangnya komunikasi keluarga dalam bertukar informasi. Komunikasi keluarga merupakan hal yang penting sebagai penentu ketahanan keluarga untuk mencegah tertularnya HIV-AIDS. Informan menyatakan bahwa pencegahan HIV dan AIDS dapat dilakukan dengan memeriksakan diri ke dokter atau pelayanan kesehatan seperti puskesmas, namun kenyataannya informan belum pernah memeriksakan status HIV ke pelayanan kesehatan. Menurut Najib (2015) menyatakan bahwa berbagai solusi permasalahan HIV dan AIDS yang dapat dilakukan diantaranya melaksanakan bimbingan sosial, pemberian konseling dan pelayanan sosial termasuk pelayanan kesehatan sebagai langkah untuk mengantisipasi agar kematian akibat HIV dapat dihindari serta upaya untuk meningkatkan harapan hidup.

Ketidakhayalan masyarakat mengenai HIV-AIDS merupakan salah satu faktor penyebab munculnya stigma dan diskriminasi. Stigma dan diskriminasi akan mendorong munculnya pelanggaran hak azasi pada ODHA dan keluarganya. Stigma dan diskriminasi dapat menyebabkan keparahan akan epidemik HIV-AIDS. Hal tersebut akan menghambat upaya pencegahan dan pemenuhan akses pelayanan dan pengobatan HIV-AIDS yang masih kurang (Shaluhayah, Musthofa, & Widjanarko 2015).

Seluruh informan baik yang memiliki tingkat pendidikan dasar maupun menengah belum mengetahui informasi tentang stigma dan pencegahan HIV dan AIDS serta belum pernah melakukan pemeriksaan HIV dan AIDS. Hasil penelitian Dunlap (2016) menunjukkan bahwa pengguna dan bandar narkoba memiliki pengetahuan tentang HIV yang meliputi cara penularan dan mengetahui bahwa infeksi HIV dapat menyebabkan AIDS, namun pengetahuan mereka tentang waktu paparan dan infeksi sebagian besar tidak tepat. Pengguna dan bandar narkoba menyatakan bahwa HIV dipercaya merupakan virus yang mematikan walaupun dilakukan pengobatan. Sebagian besar pengguna dan bandar narkoba melaporkan bahwa telah menjalani tes HIV beberapa kali. pengguna dan bandar narkoba mendapat pembelajaran tentang HIV di sekolah, sedangkan pengguna dan bandar narkoba yang lebih tua (pertengahan 40an sampai 60) melaporkan pengetahuan mereka berasal dari televisi atau jalanan.

Hasil penelitian lainnya menyatakan bahwa tingkat pengetahuan ibu rumah tangga tergolong rendah, serta ada hubungan antara pengetahuan HIV dengan perilaku pencegahan HIV dan AIDS. Pemahaman yang keliru tentang informasi HIV dan AIDS dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang dimilikinya (Octavianty *et al.*, 2015). Kurangnya pengetahuan masyarakat NU (Nahdatul Ulama) terhadap masalah HIV dan AIDS dari sudut pandang agama, mitos yang

ada dalam masyarakat dapat memengaruhi tindakan stigma dan diskriminasi HIV dan AIDS (Ahwan, 2014).

Pengetahuan tidak berhubungan dengan kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) sedangkan perilaku berkaitan kejadian IMS. Perilaku seksual berkaitan dengan penggunaan kondom, jumlah pasangan seksual serta pencegahan komprehensif HIV dan AIDS. Responden dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi, kematangan usia ketika mulai aktif seksual, tidak melakukan perilaku seksual berisiko akan lebih dapat menurunkan kejadian IMS (Gani & Utomo, 2016). Suami dan istri memiliki peran yang berbeda dalam pencegahan HIV-AIDS. Istri cenderung mengikuti keinginan suami dan tidak memiliki kemampuan dalam upaya pencegahan HIV-AIDS dalam keluarga. Perilaku pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV dan AIDS dengan menggunakan kondom masih belum dilakukan. Hal tersebut dikarenakan merasa tidak melakukan perilaku seksual berisiko dengan orang lain (Abhinaja & Astuti, 2013).

Informan suami menyatakan bahwa seseorang akan melakukan hubungan seksual dengan pasangan lain selain istri di rumah karena berbagai faktor seperti keadaan dalam keluarga, hubungan suami istri yang kurang harmonis, istri tidak dapat memuaskan kehendak suami, suami merasa jenuh, pengaruh lingkungan sosial atau teman dalam pergaulan seseorang. Lingkungan pergaulan kurang baik mengakibatkan seseorang cenderung terpengaruh dan ikut melakukan perbuatan berisiko. Hal ini sesuai dengan penelitian Setyadani (2013) bahwa alasan seseorang melakukan seks bebas adalah karena nafsu yang timbul, rasa suka sama suka, dan ikut-ikutan teman.

Hasil penelitian Gyawali *et al.* (2014) perempuan usia reproduktif yang menikah telah mengetahui tentang HIV sebesar (70,2%). Perempuan menyatakan bahwa seks yang tidak aman, transfusi darah yang terinfeksi, sharing jarum dan transmisi ibu ke anak merupakan cara penularan HIV. Upaya pencegahan HIV dan AIDS dapat dilakukan melalui penggunaan kondom jika melakukan seks di luar nikah, penggunaan jarum suntik steril, membatasi seks dengan pasangan dan keamanan darah. Seks di luar nikah, berbagi jarum suntik dan berbagi pisau cukur /pisau dianggap perilaku berisiko. Sekitar (4,9%) perempuan memiliki pengalaman seksual di luar nikah. Perempuan yang melakukan seks di luar nikah menggunakan kondom secara teratur sebanyak (26,6%). Perempuan usia reproduktif yang menikah memiliki kesadaran terbatas mengenai penularan HIV dan tindakan pencegahan. Praktik pencegahan HIV masih kurang sehingga menunjukkan adanya kesenjangan pengetahuan dan perilaku.

Ibu setiap hari menghabiskan waktunya di rumah mengurus keluarga yang cenderung tidak melakukan perilaku berisiko seksual. Hal



ini sesuai penelitian Sari dan Suwartiningsih (2013) yang menyatakan bahwa ibu atau istri memiliki perilaku seksual tidak berisiko sehingga kemungkinan apabila tertular infeksi HIV dan AIDS berasal dari suami. Perilaku seksual suami tidak diketahui oleh istri dikarenakan pasangan suami istri tidak pernah terbuka dengan permasalahan seksual yang baik atau berisiko sehingga lebih rentan tertular HIV-AIDS. Hal ini sejalan dengan penelitian Saspriyana, Suwiyoga, dan Darmayasa (2015) yang menyatakan bahwa status HIV suami dapat meningkatkan risiko terjadinya ibu hamil terinfeksi HIV sebesar 12 kali.

Perilaku seksual dapat menyebabkan penularan HIV-AIDS di dalam keluarga terutama pada pasangan dan anak. Kurangnya informasi istri tentang perilaku seksual yang dilakukan oleh suami akan menyebabkan istri tidak dapat mengontrol dan menekan perilaku seksual suami. Hal ini juga menyebabkan perempuan lebih rentan terhadap penularan HIV-AIDS. Kerentanan perempuan terhadap HIV-AIDS lebih banyak disebabkan oleh ketimpangan gender seperti perempuan tidak bisa mengontrol perilaku pasangan, serta kurangnya akses untuk mendapatkan informasi dan pelayanan HIV-AIDS. (Lestari, Hargono, & Subarniati, 2013).

Budaya patriarki dapat dikaitkan dengan berbagai permasalahan sosial dan realitas di Indonesia. Menurut Sakirna dan Siti (2017) menyatakan munculnya masalah sosial hal ini karena tertekan terhadap kebebasan dan pelanggaran hak perempuan. Perempuan cenderung mengalami ketidakadilan gender akibat subordinasi yaitu posisi perempuan diposisikan selalu dibawah laki-laki/suami. Pengsubordinasian dianggap sebagai sesuatu yang digambarkan struktural budaya patriarki. Budaya patriarki yang dibentuk dalam masyarakat menempatkan perempuan sebagai penerima nafkah dan hanya berperan dalam sektor domestik. Menurut Dalimoenthe (2011) faktor sosiokultural memengaruhi perempuan tidak dapat menolak hubungan sosial dengan pasangannya. Faktor tabu membicarakan seks, kesehatan reproduksi dan informasi lainnya membuat perempuan sulit membicarakan masalah seks dengan pasangannya. Penelitian Esariti (2016) menyatakan bahwa kontribusi rumah tangga miskin untuk mengakses informasi dan manfaat program terkait dengan pola relasi gender dan konstruksi sosial masyarakat.

Laki-laki menunjukkan kecenderungan untuk memiliki banyak pasangan, namun perempuan menganggap permisif dan laki-laki cenderung suka menggoda perempuan. Penggunaan kondom adalah sebuah tantangan, karena laki-laki tidak tahu cara menggunakannya dengan istri, dan beberapa perempuan menyatakan bahwa laki-laki resisten menggunakan kondom. Orang tua juga percaya bahwa perempuan akan melakukan hubungan seks dengan imbalan uang

sehingga terdapat kebutuhan akan perubahan perilaku yang substansial di antara laki-laki dan perempuan (Mokgele, 2016).

Hasil penelitian Sistiarani dkk (2016) menyatakan bahwa hampir tiga perdua istri (62,0%) memiliki keyakinan positif terkait upaya pencegahan HIV dan AIDS. Ditemukan juga bahwa hampir sepertiga istri (22,0%) setuju penularan HIV tidak dapat dicegah dengan cara apapun dan istri tidak punya kewenangan untuk menawarkan kondom kepada suami (33,0%). Perbedaan status dan peran dalam keluarga membuat akses informasi dan pencegahan terhadap infeksi menular seksual pada perempuan menjadi terbatas. Peran perempuan yang tidak dapat mengambil keputusan sendiri berdampak pada akses layanan kesehatan yang ada. Hal ini sesuai dengan penelitian Maimunah (2012) yang menyatakan bahwa masih rendahnya informasi HIV dan AIDS serta belum diterimanya program kondom bagi perempuan oleh tokoh Adat Papua. Kondom merupakan intervensi yang hemat dan sederhana dalam mencegah infeksi HIV. Penggunaan kondom yang rendah pada laki-laki didasari faktor malu untuk membeli kondom dan berkurangnya kenikmatan seksual. Pada perempuan penggunaan kondom yang masih rendah disebabkan oleh karena kondom mengganggu kenikmatan seksual dan ketidakmampuan meyakinkan pasangan untuk menggunakan kondom (Katikiro & Njau, 2012).

Studi Alo (2013) mengungkapkan bahwa wanita dibatasi oleh lingkungan sosial dalam negosiasi seks yang aman. Faktor pembatas ketakutan akan perpisahan dengan suami, ketergantungan ekonomi, kekerasan, dan kesulitan dalam mengungkapkan perlu untuk menggunakan kondom berlawanan dengan kepercayaan. Peningkatan akses terhadap pendapatan dan pendidikan penting namun tidak secara langsung dapat memberdayakan perempuan untuk mencegah infeksi HIV. Keterbatasan perspektif perilaku dan determinan sosial menunjukkan perlunya model pencegahan kombinasi, yang berfokus pada faktor sosial, perilaku dan biomedis saling tumpang tindih dalam membentuk hasil kesehatan.

Keputusan keluarga berpengaruh pada pemilihan pelayanan kesehatan yang akan diakses dalam pencegahan HIV-AIDS. Informan menyatakan bahwa tidak pernah melakukan pemeriksaan HIV-AIDS karena merasa takut dan menganggap pemeriksaan tersebut tidak diperlukan dan merasa tidak memiliki gejala HIV/AIDS. Penelitian Baroroh, Hidayati & Kusumawardani (2014) menyebutkan bahwa pemeriksaan dilakukan sebagai upaya pencegahan HIV-AIDS apabila belum melakukannya dikarenakan beberapa alasan seperti belum adanya keberanian melakukan tes HIV, adanya perasaan takut mengetahui hasil positif, serta tidak ingin mengetahui status HIV pada diri. Menurut Kinsler *et al.* (2007) menyatakan bahwa akses yang tidak baik dari

pelayanan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan status kesehatan, kesejahteraan, dan peningkatan kualitas hidup orang yang positif HIV-AIDS. Penelitian Piper et al. (2012) menyatakan sebagian besar perempuan belum pernah melakukan tes HIV. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki keyakinan tidak berisiko terkena HIV, risiko tertular HIV yang dipercaya kemungkinan lebih besar terkena pada individu yang belum menikah. Kajian dari Kaur *et al.* (2013) menyatakan lebih dari separuh ibu rumah tangga di daerah pedesaan maupun di perkotaan tidak mengetahui tentang HIV dan AIDS secara utuh. Ibu rumah tangga di pedesaan dan perkotaan tidak memiliki pengetahuan tentang penyebab HIV/AIDS sebesar (66%), kurangnya pengetahuan tentang tanda dan gejala AIDS. Lebih dari tiga perempat ibu rumah tangga baik di pedesaan (88%) maupun di daerah perkotaan (85,6%) mengetahui bahwa AIDS harus dicegah. Persepsi risiko HIV mungkin rendah, namun risiko berkaitan dengan perilaku suami.

Penelitian Yebei, Fortenberry, dan Ayuku (2008) menyebutkan bahwa perbedaan jenis kelamin dan wilayah pedesaan dan perkotaan dapat berkaitan dengan pengalaman merasakan stigma HIV. Hal tersebut disebabkan wilayah pedesaan perkotaan berbeda dalam jaringan sosial. Menurut Shaluhiah Musthofa, dan Widjanarko (2015) stigma ODHA pada perempuan yang hidup dengan HIV dipengaruhi oleh sikap keluarga terhadap ODHA dan persepsi terhadap ODHA. Penelitian Ojikutu *et al.* (2016) menyebutkan bahwa perempuan dengan HIV merasakan stigma dari masyarakat yang mengaitkan infeksi HIV dengan pekerjaan seks dan banyak pasangan seksual. Intervensi diperlukan untuk mengurangi stigma dan mempromosikan kesetaraan gender. Penelitian Butt *et al.* (2010) menjelaskan bahwa sumber stigma dapat berupa budaya. Perempuan yang percaya kepada suaminya karena tidak melakukan penyimpangan norma karena takut merusak reputasi. Perempuan cenderung menarik diri dari keluarga karena berhubungan dengan sanksi budaya. Upaya perempuan agar tetap terjaga dan terlindungi dari penularan penyakit HIV/AIDS berkaitan dengan keluarga, masyarakat, dan budaya.

Menurut Maiorana *et al.* (2016) strategi mobilisasi sebagai kunci pencegahan HIV namun masih dianggap kurang pelaksanaannya. Pemberdayaan dapat membantu memperbaiki perilaku pencarian kesehatan dan mengonsolidasikan norma sosial yang mendukung perilaku pencegahan di kalangan gay dan transgender. Penelitian Masoudnia (2015) menyebutkan bahwa terdapat pengaruh antara kesadaran warga tentang HIV/AIDS, sikap, persepsi terhadap diskriminasi ODHA, faktor budaya cenderung menstigma dan mendiskriminasi pengidap HIV-AIDS. Berdasarkan Malave *et al.*, (2014) dijelaskan bahwa laki-laki lebih banyak yang melakukan pemeriksaan HIV dibanding perempuan karena berdasarkan laporan perempuan lebih besar berisiko memperoleh stigma.

Pendekatan basis gender diperlukan untuk mencegah HIV dan pengurangan stigma. Penelitian lainnya yaitu Stangl *et al.* (2013) stigma dan diskriminasi harus menjadi fokus dari upaya pencegahan. Prioritas ini antara lain dalam hal pendanaan, kebijakan, penelitian dan program yang tepat dan sesuai. Penelitian Neuman *et al.* (2013) menyebutkan bahwa ada pengaruh antara pengungkapan dan diskriminasi interpersonal dan pemanfaatan kelompok pendukung dengan diskriminasi perawatan kesehatan, rujukan dan pengobatan.

## BAB III

### PERAN PENGURANGAN STIGMA

#### A. Pendahuluan

Peran pengurangan stigma diukur melalui peran individu yang dilakukan untuk menghindarkan sikap atau perilaku negatif individu bila berhadapan dengan Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) antara lain penghormatan hak, simpati, kepedulian, kerahasiaan yang dilakukan.

Stigma HIV dan AIDS artinya tanda, cap atau bercak yang negatif terhadap orang yang mengidap HIV dan AIDS. Ada 2 jenis stigma yaitu *felt stigma* dan *enacted stigma*. *Felt stigma* yaitu berupa persepsi norma masyarakat, kondisi stigma. *Enacted stigma* yaitu tindakan stigma dan diskriminasi yang jelas. Stigma HIV dan AIDS didorong oleh instrumental stigma yakni takut tertular serta simbolik stigma yakni adanya prasangka terhadap kelompok yang menderita HIV dan AIDS. (Shaluhiah *dkk*, 2013)

#### B. Perbedaan Sosiodemografi Peran Pengurangan Stigma

Peran pengurangan stigma dianalisis berdasarkan karakteristik sosiodemografi yaitu kategori pekerjaan, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jumlah anak. Berdasarkan tabel 3 dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan peran pengurangan stigma terkait faktor demografis seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, jumlah anak dan pekerjaan.

Tabel 3. Perbedaan Sosiodemografi peran pengurangan stigma

	KATEGORI	n	Mean	SD	Sig
Pekerjaan	Tidak Bekerja	104	55,74	10,27	0,987
	Bekerja	89	55,76	10,18	
Jenis Kelamin	Laki-laki	96	55,60	10,13	0,843
	Perempuan	97	55,89	10,33	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	3	58,33	10,40	0,189
	SD	26	54,03	12,29	
	SMP	58	54,43	9,29	
	SMA	76	55,53	9,69	
	Diploma	12	61,00	9,45	
Jumlah Anak	S1	18	59,44	11,59	0,381
	>2	62	54,93	10,62	
	<=2	131	56,13	10,02	

Responden dalam penelitian ini sebagian besar memiliki jenis kelamin perempuan, berusia 36-49 tahun, memiliki anak kurang dari sama dengan 2, tidak bekerja serta memiliki tingkat pendidikan setara SLTA. Tidak ada perbedaan peran pengurangan stigma berdasarkan jenis kelamin, tingkat pekerjaan, tingkat pendidikan, jumlah anak dan pengetahuan hal ini dapat terjadi karena pada karakteristik tersebut sama-sama memiliki skor peran pengurangan stigma yang hampir setara.

Berdasarkan analisis ada perbedaan peran pengurangan stigma pada individu yang tinggal di pedesaan dan perkotaan. Stigma HIV pada tingkat individu/ masyarakat antara lain seperti stigma yang diantisipasi, gejala depresi, dan usia yang lebih tua, memprediksi pengungkapan status HIV terhadap pasangan seksual dalam beragam setting geografis. Penelitian lain menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi stigma terhadap ODHA di Kabupaten Grobogan adalah sikap keluarga terhadap ODHA dan persepsi responden terhadap ODHA ( Shaluhiyah dkk, 2015)

Peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender berbeda pada kelompok yang dibedakan berdasarkan wilayah pedesaan dan perkotaan. Perempuan yang hidup dengan HIV mengakui stigma HIV masyarakat yang dirasakan (kepercayaan bahwa di komunitas mereka, infeksi HIV di kalangan wanita dikaitkan dengan pekerjaan seks dan banyak pasangan seksual). Norma gender masyarakat yang dirasakan (keyakinan bahwa norma gender tradisional seperti kepatuhan terhadap suami/pasangan seksual laki-laki diperlukan dan status sosial hilang jika seseorang tidak memiliki anak). Intervensi untuk mempromosikan pengungkapan di kalangan perempuan harus memasukkan intervensi tingkat masyarakat untuk mengurangi stigma dan mempromosikan kesetaraan gender. ( Ojikutu et al, 2016)

Studi lain menggambarkan adanya perubahan stigma yang dirasakan jangka waktu satu tahun di dua lokasi di Kenya, satu kota dan satu pedesaan. Temuan menunjukkan bahwa perasaan yang diinternalisasi stigma HIV mungkin berbeda dengan konteks sosial dan gender. Perbedaan jenis kelamin dan pedesaan-perkotaan mempengaruhi pengalaman merasakan stigma terkait HIV. Seorang perempuan dan tinggal di perkotaan kecenderungan mengalami penurunan stigma dibandingkan di wilayah pedesaan yang tidak ada perubahan dari waktu ke waktu. Orang kota mengalami perubahan signifikan dalam merasakan HIV, stigma dari waktu ke waktu tidak seperti sampel di pedesaan. Pengalaman stigma menunjukkan perbedaan pedesaan-perkotaan yang signifikan, karena daerah pedesaan dan perkotaan berbeda dalam jaringan sosial (Yebei et al, 2008)

Penelitian menunjukkan penjelasan budaya dapat menjadi sumber stigma. Seorang perempuan yang tidak menyimpang dari norma akan lebih mungkin percaya kepada suaminya dan perempuan takut kalau

reputasinya rusak. Perempuan juga menjaga rahasia sebab mereka ingin menghindari penghakiman dengan alasan keagamaan. Perempuan juga menjaga rahasia untuk menghindarkan diri dari melibatkan keluarganya dan keluarga suaminya dalam negosiasi menyangkut sangsi-sangsi budaya. Salah satu penjelasan utama di daerah pegunungan ialah bahwa perempuan merupakan vektor bagi penyakit. Sebagai contoh, seorang lelaki dianggap merasa kotor dan mempunyai HIV-positif karena tertular akibat melakukan hubungan sex dengan seorang perempuan. Usaha keras perempuan untuk melindungi diri dan tetap terhubung secara sosial dari sisi keluarga dan budaya (But et al, 2010)

Tidak adanya perbedaan berdasarkan jenis kelamin dalam pengurangan stigma hal ini disebabkan karena perempuan dan laki-laki memiliki peran yang setara dalam konsep memandang stigma HIV. Informasi tentang pencegahan penularan HIV telah menjangkau lapisan kelompok laki-laki dan perempuan sehingga mereka melakukan peran yang hampir setara. Tidak adanya budaya yang dapat menjadi sumber stigma merupakan alasan tidak adanya perbedaan peran pengurangan stigma pada laki-laki dan perempuan. Perempuan telah berupaya melindungi diri sendiri serta melakukan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS.

Tingkat pendidikan pada kelompok perkotaan dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perempuan sebagian besar memiliki tingkat pendidikan setara SLTA yaitu sebesar 44,9% namun memiliki tingkat pengetahuan tentang stigma yang masih kurang baik yaitu sebesar 51%. Pada kelompok perdesaan hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan sebagian besar memiliki tingkat pendidikan setara SMP yaitu sebesar 52,1%, serta memiliki tingkat pengetahuan tentang stigma tergolong kategori kurang baik yaitu sebesar 58,3%. Tingkat pendidikan yang tinggi tidak berarti memiliki pengetahuan tentang stigma yang baik demikian juga berkaitan dengan peran yang dilakukan untuk mengurangi stigma.

Karakteristik ini dapat berkaitan dengan hasil penelitian ini yaitu adanya perbedaan peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender pada kelompok masyarakat perdesaan dan perkotaan. Dari data dapat dibandingkan bahwa tingkat pendidikan laki-laki sebagian besar setara SLTA yaitu kelompok perkotaan dan perdesaan serta memiliki tingkat pengetahuan yang baik pada kedua kelompok tersebut. Hal ini dapat dijelaskan bahwa karakteristik tersebut mempengaruhi peran pengurangan stigma pada kelompok perdesaan dan perkotaan.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa prevalensi sikap diskriminatif terhadap ODHA adalah 60,0%. Ada korelasi negatif antara kesadaran warga tentang HIV / AIDS, sikap terkait HIV, persepsi negatif

terhadap orang-orang dengan gejala HIV / AIDS dan sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV dan AIDS. Persepsi masyarakat tentang HIV / AIDS menjelaskan 23,7% varians sikap diskriminatif terhadap ODHA. Persepsi publik negatif tentang HIV / AIDS di Iran terkait dengan sikap diskriminatif terhadap ODHA dan kepercayaan budaya di Iran cenderung menstigmatisasi dan mendiskriminasi pengidap HIV dan AIDS. (Masaudnia, 2015)

Ketidaksetaraan gender mempengaruhi pencegahan, deteksi dan pengelolaan HIV. Penelitian Malavi et al (2014) menyatakan bahwa sebagian besar pria yang terinfeksi HIV melakukan pemeriksaan HIV, lebih banyak dibandingkan wanita, sementara wanita lebih besar kemungkinannya untuk melakukan pemeriksaan HIV setelah mengetahui status positif HIV dari pasangannya. Wanita melaporkan lebih besar risiko untuk memperoleh stigma dibandingkan pria, namun pria telah memodifikasi perilaku seksual setelah didiagnosis HIV dibandingkan wanita. Perlunya pendekatan berbasis gender untuk pencegahan HIV dan pengurangan stigma.

Upaya menghapus stigma dan diskriminasi merupakan hal penting karena hal ini diyakini dapat menekan laju peningkatan kasus HIV & AIDS. Sosialisasi tentang HIV & AIDS kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mereka belumlah cukup. Hal mendesak lainnya yang perlu dilakukan adalah menghilangkan anggapan negatif seputar HIV & AIDS terhadap ODHA. Tokoh/pihak utama yang memiliki kemampuan menghapus stigma dan diskriminasi terhadap ODHA adalah masyarakat madani. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa merupakan hal yang sulit jika hanya menggantungkan harapan pada pihak pemerintah saja untuk memberantas, menghambat, termasuk mengurangi stigma dan diskriminasi terkait dengan penyakit HIV & AIDS tersebut. Persoalan stigma dan diskriminasi ditengarai sangat berkaitan erat dengan isu

seksualitas, gender, etnis, kemiskinan, termasuk juga ketakutan akan terinfeksi virus tersebut. Contohnya, rasa takut dapat membuat stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS semakin sulit untuk dihapus. Persoalan stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV dan AIDS juga terkait dengan stigma gender. Dampak dari adanya stigma dan diskriminasi ini ditengarai lebih berat dihadapi oleh ODHA perempuan karena hal tersebut menyebabkan terjadinya berbagai persoalan yang tidak menguntungkan dalam hal ekonomi, pendidikan, sosial, dan budaya serta mengakibatkan juga kesenjangan akses terhadap informasi dan pelayanan (Latifa dan Purwaningsih, 2011)

Penelitian pencegahan HIV perlu diperhatikan pentingnya stigma dalam respon HIV. Pentingnya integrasi penurunan stigma dan diskriminasi untuk mengatasi permasalahan HIV yang termasuk dalam



permasalahan yang sangat kompleks. stigma dan diskriminasi harus menjadi inti dari upaya pencegahan. Prioritas ini dapat terwakili dalam pendanaan, kebijakan, penelitian dan program yang tepat dan sesuai. (Stang et al, 2013)

Prevalensi diskriminasi interpersonal di semua negara adalah 34,6%, dengan perempuan secara signifikan lebih mungkin mengalami interpersonal diskriminasi dibanding laki-laki. Prevalensi stigma yang diinternalisasi bervariasi antar negara, mulai dari 9,6% (Malawi) sampai 45,0% (Burkina Faso). Prevalensi diskriminasi pelayanan kesehatan adalah 10,4% di semua negara. Dalam analisis multivariate ada pengaruh antara pengungkapan dan diskriminasi interpersonal dan pemanfaatan kelompok pendukung, dan hubungan positif antara kedua stigma yang diinternalisasi dan diskriminasi perawatan kesehatan dan rujukan untuk pengobatan. (Neuman et al, 2013)



# BAB IV

## PERAN PENINGKATAN KESETARAAN GENDER

### A. Pendahuluan

Peran peningkatan gender terbagi atas variable akses, peran, manfaat dan kontrol. Variabel peran yaitu partisipasi dalam mencegah HIV dan AIDS seperti pengambilan keputusan, komunikasi dan negosiasi pembagian peran. Variabel manfaat yaitu adanya keuntungan yang didapatkan baik secara langsung dan tidak langsung dalam melakukan pencegahan HIV dan AIDS. Variabel kontrol yaitu individu dapat meningkatkan kewaspadaan serta memberikan umpan balik pada pasangan terhadap upaya pencegahan HIV dan AIDS seperti pemenuhan hak reproduksi.

Gender adalah perbedaan peran dan tanggungjawab sosial bagi perempuan dan laki-laki yang dibentuk oleh budaya yang membentuk karakteristik sosial bagi perempuan dan laki-laki. Peran gender adalah peran ekonomi dan sosial yang dipandang layak oleh masyarakat untuk diberikan kepada laki-laki atau perempuan. Kesetaraan gender yaitu keadaan tanpa diskriminasi sebagai akibat perbedaan jenis kelamin dalam memperoleh kesempatan, pembagian sumber-sumber hasil pembangunan dan akses terhadap pelayanan. (Pinem, 2002)

### B. Sosiodemografi Peningkatan Kesetaraan Gender

Tabel 4.

KATEGORI DIMENSI AKSES		n	Mean	SD	
Pekerjaan	Tidak Bekerja	89	22,56	5,34	0,674
	Bekerja	104	22,85	4,13	
Jenis Kelamin	Laki-laki	96	22,77	4,16	0,883
	Perempuan	97	22,67	5,23	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	3	25,33	1,52	0,741
	SD	26	22,34	5,53	
	SMP	58	22,24	4,37	
	SMA	76	22,78	5,00	
	Diploma	12	23,08	4,99	
	S1	18	23,83	3,46	
	Jumlah Anak	>2	62	22,35	
	<=2	131	22,89	4,82	

<b>KATEGORI DIMENSI PERAN</b>		<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Sig</b>
Pekerjaan	Tidak Bekerja	89	24,62	4,49	0,942
	Bekerja	104	24,67	3,86	
Jenis Kelamin	Laki-laki	96	24,56	3,94	0,765
	Perempuan	97	24,74	4,37	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	3	23,00	2,64	0,109
	SD	26	23,84	4,96	
	SMP	58	23,89	3,44	
	SMA	76	24,92	4,45	
	Diploma	12	27,00	2,95	
	S1	18	25,83	4,03	
Jumlah Anak	>2	62	23,98	3,95	0,124
	<=2	131	24,96	4,22	

<b>KATEGORI DIMENSI MANFAAT</b>		<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Sig</b>
Pekerjaan	Tidak Bekerja	89	7,60	1,35	0,339
	Bekerja	104	7,41	1,43	
Jenis Kelamin	Laki-laki	96	7,37	1,38	0,207
	Perempuan	97	7,62	1,40	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	3	7,00	1,00	0,259
	SD	26	7,26	1,42	
	SMP	58	7,3276	1,21	
	SMA	76	7,53	1,54	
	Diploma	12	7,75	1,35	
	S1	18	8,16	1,20	
Jumlah Anak	>2	62	7,22	1,29	0,058
	<=2	131	7,63	1,42	

<b>KATEGORI DIMENSI KONTROL</b>		<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Sig</b>
Pekerjaan	Tidak Bekerja	89	21,97	3,96	0,498
	Bekerja	104	21,59	3,82	
Jenis Kelamin	Laki-laki	96	21,48	3,78	0,316
	Perempuan	97	22,05	3,96	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	3	19,33	0,57	0,108
	SD	26	20,80	5,06	
	SMP	58	21,05	3,82	
	SMA	76	22,46	3,67	
	Diploma	12	23,25	2,83	
	S1	18	22,00	3,25	
Jumlah Anak	>2	62	21,83	4,07	0,870
	<=2	131	21,74	3,79	

Determinan analisis gender adalah faktor akses, partisipasi, kontrol dan manfaat. Empat hal tersebut sangat dipengaruhi oleh pemahaman terhadap agama, konstruksi sosial dan relasi gender yang terjadi dalam keluarga. Pola relasi gender dan konstruksi sosial masyarakat juga ikut menentukan kontribusi dari rumah tangga miskin untuk dapat mengakses informasi dan manfaat program untuk melakukan kontribusi, partisipasi dan kontrol/evaluasi terhadap program. (Esariti, 2016)

Penelitian ini membagi dimensi peningkatan kesetaraan gender berdasarkan akses, peran, manfaat dan kontrol. Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa ada perbedaan peran peningkatan kesetaraan gender pada individu yang tinggal di perdesaan dan perkotaan. Berdasarkan analisis multivariat faktor yang berpengaruh terhadap peran peningkatan kesetaraan gender antara lain wilayah tempat tinggal dan jumlah anak. Responden sebagian besar memiliki jumlah anak kurang dari sama dengan 2.

Determinan analisis gender adalah faktor akses, partisipasi, kontrol dan manfaat. Empat hal tersebut sangat dipengaruhi oleh pemahaman terhadap agama, konstruksi sosial dan relasi gender yang terjadi dalam keluarga. Pola relasi gender dan konstruksi sosial masyarakat juga ikut menentukan kontribusi dari rumah tangga miskin untuk dapat mengakses informasi dan manfaat program, bagaimana melakukan kontribusi, partisipasi dan kontrol/evaluasi terhadap program. (Esariti, 2016)

Perbedaan peran peningkatan kesetaraan gender pada kelompok perdesaan dan perkotaan dapat disebabkan perbedaan konsep pemberdayaan perempuan pada kedua wilayah tersebut. Karakteristik perempuan bekerja di wilayah perkotaan sebesar 38,77% sedangkan perempuan bekerja di perdesaan hanya sebesar 8,3%.

Menurut Hastuti dan Respati *dalam* Sari dan Suwartiningsih (2013) disebutkan bahwa budaya patriarki mendominasi masyarakat Jawa sehingga lebih banyak menempatkan perempuan dengan tugas utama sebagai istri. Pemberdayaan perempuan melalui pendekatan partisipatif dimungkinkan untuk menumbuhkan kreativitas masyarakat dalam pembangunan. Ibu rumah tangga maupun perempuan perlu diberdayakan agar mereka memiliki hak atas kesehatan reproduksinya. Kegiatan pemberdayaan perempuan bukan berarti tidak melibatkan kaum laki-laki. Perlu dilakukan perubahan dengan menggunakan strategi yang lebih menekankan perhatian kepada masalah hubungan laki-laki dan perempuan. Akar masalah atas ketidakberdayaan perempuan dalam melindungi dirinya dari virus HIV/AIDS adalah keterbatasan mereka mengakses sumber daya dan lingkungan budaya patriarkhi. Pentingnya

Pemberdayaan perempuan secara luas meliputi aspek politi, sosial budaya, aspek pendidikan dan ekonomi.

Pemberdayaan perlu tiga langkah yang berkesinambungan yaitu pemihakan, artinya harus ada keberpihakan pada perempuan melalui pemberdayaan. Penyiapan, artinya pemberdayaan menuntut kemampuan perempuan untuk dapat mengakses, berpartisipasi, mengontrol, dan mengambil manfaat. Perlindungan, artinya memberikan proteksi sampai dapat dilepaskan. pemberdayaan perempuan berhadapan dengan sistem nilai tentang perempuan dan laki-laki di masyarakat terkait distribusi kekuasaan. (Nugroho, 2011)

Pengaruh jumlah anak dan wilayah tempat tinggal dengan peran peningkatan kesetaraan gender dilihat dari perbandingan wilayah desa dan kota, disebutkan bahwa PUS yang memiliki jumlah anak lebih dari 2 lebih banyak ditemukan di wilayah perkotaan disbanding perdesaan. Jumlah anak kurang dari sama dengan 2 pada wilayah perkotaan dan perdesaan hampir setara. Jumlah anak berkaitan dengan upaya pembagian peran dalam keluarga. Pembagian peran yang berimbang pada suami dan istri merupakan aspek yang dapat berkaitan dengan upaya peningkatan kesetaraan gender.

Kemitraan dalam pembagian peran suami istri berkaitan kerjasama dalam menjalankan fungsi keluarga dengan komponen perilaku mulai dari kontribusi ide, perhatian, bantuan moril dan material, nasehat berdasarkan pengetahuan yang didapat, sampai dengan bantuan tenaga dan waktu. Hal tersebut berkaitan dengan peran peningkatan kesetaraan gender untuk mencegah HIV dan AIDS. Peningkatan kesetaraan gender dimulai di tingkat keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat dan mewujudkan ketahanan individu untuk mencegah penularan HIV dan AIDS. Melalui kesetaraan gender dalam keluarga membentuk kerjasama gender yang baik di semua aspek kehidupan, seperti aspek ekonomi, sosial, budaya, kemasyarakatan di semua tingkatan masyarakat. Dapat disimpulkan bahwa menuju masyarakat bebas HIV dan AIDS dapat dicapai melalui strategi meningkatkan kesejahteraan keluarga dengan relasi gender yang harmonis di masyarakat. (Puspitasari, 2012)

Hasil penelitian Sistiarani et al (2020) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender kelompok di perkotaan dan perdesaan. Ada hubungan antara pengetahuan gender dengan peran peningkatan kesetaraan gender. Faktor yang mempengaruhi peran peningkatan kesetaraan gender adalah faktor tempat tinggal dan jumlah anak. Berdasarkan penelitian ini, faktor wilayah tempat tinggal perlu diperhatikan dalam upaya pelaksanaan program pencegahan HIV dan AIDS. Perbedaan peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender di masyarakat perkotaan

dan pedesaan dapat dikaitkan dengan pendekatan yang berlaku terhadap kebijakan dan program pencegahan HIV dan AIDS.

Berikut hasil penelitian terkait perbedaan peningkatan kesetaraan gender dan pengurangan stigma. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel 5-9.

Tabel 5. Nilai Deskriptif Dimensi kesetaraan gender dan pengurangan stigma

Variabel	Mean	SD	Skor Min	Skor Max
Pengurangan Stigma	55.75	10.21	20	80
Akses	22.72	4.72	9	35
Dimensi Gender				
Peran	24.65	4.15	13	35
Manfaat	7.5	1.39	2	10
Kontrol	21.77	3.88	7	30

Tabel 6. Hasil Perbedaan Pengurangan Stigma dan Dimensi Gender

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Sig.
Dimensi Gender				
Akses				
Pedesaan	93	22.92	4.44	0.563
Perkotaan	100	22.53	4.97	
Peran				
Pedesaan	93	24.01	4.69	0.040
Perkotaan	100	25.25	3.50	
Manfaat				
Pedesaan	93	7.36	1.47	0.189
Perkotaan	100	7.63	1.31	
Kontrol				
Pedesaan	93	21.25	4.24	0.076
Perkotaan	100	22.25	3.46	
Pengurangan Stigma				
Pedesaan	93	54.03	10.83	0.024
Perkotaan	100	57.35	9.36	

Tabel 7. Pengetahuan dengan pengurangan stigma

Pengetahuan	Pengurangan Stigma		Total, n (%)	p value
	Kurang, n (%)	Baik, n (%)		
Kurang	50 (52.1)	46 (47.9)	96 (100.0)	1.000
Baik	51 (52.6)	46 (47.4)	15 (100.0)	

Tabel 8. Pengetahuan dengan peningkatan kesetaraan gender

Pengetahuan	Peran Kesetaraan Gender		Total, n (%)	p value
	Kurang, n (%)	Baik, n (%)		
Kurang	51 (53.1)	45 (46.9)	96 (100.0)	0.037
Baik	36 (37.1)	61 (62.9)	97 (100.0)	

Tabel 9. Hasil Akhir Multivariat

Step 1(a)	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Tempat tinggal	0.780	0.299	6.802	1	0.009	2.181
Jumlah anak	0.624	0.319	3.835	1	0.050	1.867
Constant	-2.047	0.752	7.405	1	0.007	0.129

Berdasarkan penelitian, sebagian besar responden berusia antara 36 dan 49 tahun (66,33%). Rasio laki-laki dan perempuan hampir sama, menghasilkan masing-masing 49,74% dan 50,26%. Sebagian besar responden berpendidikan tinggi (39,37%), tidak bekerja sebesar 53,88%, sedangkan yang memiliki anak sebesar 67,87%. Tabel 5 menjelaskan skor pengurangan stigma dan dimensi gender yang mencakup akses, peran, manfaat, dan kontrol. Rata-rata skor peran pengurangan stigma adalah 55,75 dan skor standar deviasi adalah 10,21. Tabel 6 menyajikan hasil analisis bivariat dan menunjukkan bahwa ada perbedaan antara peran pengurangan stigma dan peran dimensi kesetaraan gender pada pasangan usia subur yang tinggal di pedesaan dan perkotaan.

Berdasarkan Tabel 7-8 dapat dijelaskan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang gender dan HIV/AIDS dengan peran peningkatan kesetaraan gender, namun tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang stigma HIV dan AIDS dengan upaya pengurangan stigma di Indonesia. PUS di Kecamatan Banyumas.

Tabel 9 menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi peran peningkatan kesetaraan gender meliputi tempat tinggal dan jumlah anak. Faktor wilayah tempat tinggal merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam peran peningkatan kesetaraan gender.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Ada hubungan persepsi isyarat untuk bertindak dengan perilaku pencegahan HIV dan AIDS pada kalangan ibu rumah tangga. Persepsi isyarat untuk bertindak artinya responden merespon dirinya merupakan kelompok yang berupaya melakukan niatan untuk bertindak melakukan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS. Faktor isyarat untuk bertindak berasal dari luar individu dan bukan bersal dari kesadaran sendiri. Isyarat eksternal dari interaksi interpersonal misalnya media massa, pesan, nasehat dan informasi petugas kesehatan. Perilaku pencegahan terhadap penularan HIV dan AIDS berkaitan dengan aspek stigma dan gender.

Peran pengurangan stigma dari dalam diri sendiri dilihat berdasarkan karakteristik sosiodemografis yang meliputi jenis kelamin, wilayah, pekerjaan, tingkat pendidikan dan jumlah anak Ada pebedaan antara karakteristik wilayah perdesaan dan perkotaan pada level individu.

Peran peningkatan kesetaraan gender dilihat berdasarkan karakteristik sosiodemografis menyimpulkan bahwa ada perbedaan peran peningkatan kesetaraan gender antara karakteristik wilayah perdesaan dan perkotaan. Faktor yang berpengaruh terhadap peran peningkatan kesetaraan gender yaitu karakteristik wilayah dan jumlah anak terhadap peran peningkatan kesetaraan gender. Perbedaan peran pengurangan stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender dalam masyarakat perkotaan dan perdesaan dapat berkaitan dengan pendekatan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan selama ini.

Persepsi informan tentang orang yang mengidap penyakit HIV dan AIDS harus dihindari karena takut jika tertular karena orang lain juga menjauhi penderita yang mengidap HIV dan AIDS. Menurut informan

Stigma dan peran peningkatan kesetaraan gender dalam masyarakat perkotaan dan perdesaan dapat berkaitan dengan pendekatan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan selama ini. Persepsi informan tentang orang yang mengidap penyakit HIV dan AIDS harus dihindari karena takut jika tertular karena orang lain juga menjauhi penderita yang mengidap HIV dan AIDS. Menurut informan penderita HIV dan AIDS jangan dikucilkan karena mereka memahami cara penularan HIV dan AIDS

Potensi kearifan lokal yang berkaitan dengan dimensi stigma yaitu saling toleransi, mengerti, menjaga, membantu. Dukungan sosial juga diperlukan terlebih dukungan keluarga. Potensi kearifan lokal berkaitan dengan peningkatan kesetaraan gender yaitu gotong royong

dalam keluarga. Faktor jujur dan terbuka antar suami dan istri akan dapat mencegah perilaku berisiko yang dapat menyebabkan penularan HIV dan AIDS.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bisola O. Ojikutu, Subash Pathak, Kriengkrai Srithanaviboonchai, Mohammed Limbada, Ruth Friedman, Shuying Li, Matthew J. Mimiaga, Kenneth H. Mayer, Steven A. Safren. 2016. Community Cultural Norms, Stigma and Disclosure to Sexual Partners among Women Living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). *HIV Prevention Trials Network 063 Team*. Published: May 6
- Chimoyi, L; Tshuma, N; Muloongo, K; Setswe, G; Sarfo, B; Nyasulu, PS. 2015. HIV Related Knowledge, Perceptions, Attitude, and Utilization of Counseling and Testing ; A Venue Based intercept Commuter Population Survey in the Inner City of Johannesburg, South Africa. *Global Health Action*. Volume 8 April.
- Coninck, Z; Feyissa, IA; Ekstrom, AM; Marrone, G. 2014. Improved HIV Awareness and Perceived Empowerment to Negotiate Safe Sex among Married Women in Ethiopia Betwen 2005 and 2011. *Pols One*. Volume 15, December 2014.
- Dahlui, M; Azahar, N; Bulgiba, A; Zaki, R; Oche, OM; Adekunjo, FO; chinna, K. 2015. HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination against PLWHA in Nigerian Population. *Journal Plos One*. 10(12) December 2015.
- Deblonde, J; Koker, PD; Hamers, FF; Fontaine, J; Luchters, S; Temmerman, M. 2010. Barriers to HIV Testing in Uerope: A Systematic Review. 2010. *The European Journal of Public Health*. February, 2010. Volume 20 Issue 4. Page 422-432.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. 2014. Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas. Dinkes Banyumas.
- Elseikh, IE; Crutzen, R; Van den borne, HW. 2015. Perceptions of Sudanese Women Reproductive Age Toward HIV/AIDS and Services for Prevention Of Mother To Child Transmission of HIV. *BMC Public Health*. 15(674), July 2015.
- Esariti, L. 2016. Determinan Analisis Gender Pada Pemberdayaan Masyarakat Miskin Perkotaan. *Ruang* Volume 2 Nomor 3, Juli : 751-760. [Http://Ejournal.Undip.Ac.Id/Index.Php/Ruang](http://Ejournal.Undip.Ac.Id/Index.Php/Ruang)
- Fibriana, AI. 2013. Keikutsertaan Pelanggan Wanita Pekerja Seks dalam Voluntary Conseling and Testing (VCT). *Jurnal Kemas*. Volume 8 Nomor 2. Januari 2013. Halaman 161-165.

- Kagimu, M; Kaye, S; Yusuf, W; Guwatudde, D; Rwabukwali, C; Ainomugisha, D. 2012. The Role of Religiosity in HIV Prevention in Uganda ; A case Control Study among Muslim and Christian Youth in Wakiso District. *Journal Medicine and Health Care*. Volume 2 Nomor 4. December 2012.
- Kamen, C; Arganbright, J; Kienitz, E; Weller, M; Khaylis. 2015. HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *Afr J AIDS Res*. 2015;14(1):67-73.
- Katikiro, E. dan Njau, B. 2012. Determinant of behavioural change for condom use among out of school youths in Tanzania. *Global Journal of Medicine and Public Health*. GJMEDPH, Vol. 1 (5) September-October page 63-53. www.gjmedph.org.
- Kalipeni, E; Ghosh, J. 2005. Women in Chinsapo, Malawi : Vulnerability and Risk to HIV/AIDS. *Journal Of Social Aspect of HIV/AIDS*. Vol 2 No 2, November 2005. Page 320-332.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. 2011. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Kemenkes RI, Jakarta.
- Khosidah, A dan Purwanti, S. 2014. Persepsi Ibu Rumah Tangga tentang Voluntary Counseling Testting (VCT) terhadap Perilaku Pencegahan HIV-AIDS. *Bidan Prada Jurnal Ilmiah Kebidanan*. Volume 5 No 2 Desember 2014. Hal 67-78.
- KPA Provinsi Jawa Tengah. 2014. Kondisi HIV dan AIDS di Jawa Tengah 1993 sampai dengan Desember 2014.
- Lammers, J; Wijnbergen, SJG; Willebrand, D. 2013. Condom Use, Risk Perception and HIV Knowledge ; A comparison across sexes in Nigeria. *HIV/AIDS* Volume 5 page 283-293
- Latifa, Ade; Purwaningsih, Sri Sunarti. 2011. Peran Masyarakat Madani Dalam Mengurangi Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Penderita HIV & AIDS. *Jurnal Kependudukan Indonesia* Vol 6 No 2 : 51-76
- Malave, S; Ramakrishna, J; Heylen , E; Bharat, S; Ekstrand, ML. 2014. Differences in Testing, stigma, and perceived consequences of stigmatization among heteroseksual men and women living with HIV in Bengaluru, India. *AIDS Care* 26 (3) : 396-403
- Nakigozi, G; Atuyambe, L; Kanya, M; Fredrick, E; Makumbi; Chang, LW; Nakyango, N; Kigozi, G; Nalugoda, F; Kiggundu, V; Serwadda, D; Wawer, M; Gray, R. 2013. A Qualitative study of barriers to Enrollment into Free HIV Care : Perspective of Never

- in Care HIV Positive Patients and Providers in Rakai, Uganda. *BioMed Research International*. July 2013.
- Nyblade, L; Stangl, A; Weiss, E; Ashburn, K. 2009. Combating Hiv Stigma in Health Care Settings : What Work?. *Journal of The International AIDS Society Biomed Central*. 12(15), August 2009
- P Gartoulla, KC Sudip, S Pantha. 2013. Predictors of Condom Use in Men of Badi Community of Sahere Village Development Committee, Surkhet District, Nepal: Health Belief Model Perspective. *Journal Women's Health Care* 2:4. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-0420.100013>.
- Piper, C; Elder, K; Olatosi, B; Onsomu, E; Williams, EM; Sebastian, N; Ogbuano, C; Lee, W; Glover, SH. 2012. Beliefs and Perception of Risk of HIV Among Women that Have Never Been Tested for HIV in the United States. *Journal of The National Medical Association*. Volume 104, issue 9-10. September-October 2012. Page 441-448.
- Purnawan, Iwan. 2014. [https://www.academia.edu/6695139/LAPORAN\\_HIV\\_AIDS](https://www.academia.edu/6695139/LAPORAN_HIV_AIDS).
- Puspitasari. 2012. Perilaku Penggunaan Kondom untuk Pencegahan HIV-AIDS Pada Ibu Rumah tangga di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. Volume 3 No 1, April.
- Puspitawati, H. 2012. Gender dan Keluarga: Konsep dan Realita di Indonesia. PT IPB Press. Bogor
- Ranjan, A; Babu, GR; Detels, R. 2015. Knowledge, attitude and Perception about HIV/AIDS among the Wives of Migrant Workers of Muzaffarpur District in Bihar. *Journal Community Medicine and Health Education*. Volume 5(361).
- Saki, M; Kermanshahi, SMK; Mohammadi, E; Mohraz, M. 2015. Perception of Patients With HIV/AIDS From Stigma and Discrimination. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. Volume 17 No 6. June 2015.
- Shaluhayah, Zahroh; Musthofa, Syamsulhuda Budi; Widjanarko, Bagoes. 2015. Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. Kesmas: *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 9, No. 4, Mei : 333-339
- Sistiarani, C; Hariyadi, B; Munasib; Mariasari, S. 2018. Peran Keluarga Dalam Pencegahan HIV-AIDS di Kecamatan Purwokerto Selatan. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*. 11 (2) : 96-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.24156/jikk.2018.11.2.96>

- Sistiarani, C; Hariyadi, B; Munasib; Mariasari, S. 2019. Potensi Kearifan Lokal Terkait Stigma dan Gender untuk Melakukan Pencegahan HIV-AIDS Berbasis Wilayah. *Jurnal Kemas*. 15 (1) : 109-116
- Sistiarani, C; Kurniawan, A; Hariyadi, B. 2019. Analisis Peran Penerapan Warga Peduli AIDS (WPA) Pada Kader di Desa Karangtengah Cilongok. *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 6 (1) : 7-11. DOI: 10.22146/jkr.41626
- Sistiarani, C; Hariyadi, B; Munasib; Mariasari, S. 2020. Stigma And Gender Dimension Based On The Rural-Urban In Preventing HIV And AIDS For Childbearing Age Couples In Banyumas Regency, *HIV-AIDS Review*. 19 (1) : 61-66
- Sistiarani, C; Gamelia, E; Anandari, D. 2016. Analisis Perilaku Pencegahan HIV-AIDS pada Ibu Rumah Tangga Di Kecamatan Purwokerto Selatan. Laporan Penelitian LPPM Universitas Jenderal Soedirman
- Shahnazi, A; Forouzan, AS; Nedjat, S; Asgari, S; Majdzadeh, R. 2013. Barriers and Fasilitators of HIV Related Risky Sexual Behavior. *Iranian Journal Public Health*. Volume 42 (8). August 2013. Page 842-853.
- Syamsul, R. 2015. Peran Dinas Kesehatan Dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Penajam Paser Utara. *E jurnal ilmu pemerintahan*. Volume 3 Nomor 2. Halaman 812-822.
- Tasa, Y; Ludji, IDR; Paun, R. 2016. Pemanfaatan Voluntary Counseling and Testing oleh Ibu Rumah tangga Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus. *Jurnal Kemas*. Volume 11 Nomor 2. Januari 2016.
- Verdonk, Petra; Benschop, Yvonne.W.M; De Haes, Hanneke.C.J.M; Lagro Janssen, Toine. L.M. 2009. From Gender Bias To Gender Awareness in Medical Education. *Adv in Health Science Education*. 14 : 135-152
- Wulandari, R; Dewi, YI; Karim, D. 2013. Hubungan Tingkat Pengetahuan terhadap Upaya Pencegahan HIV/AIDS pada Ibu Rumah Tangga di RW 5 Kelurahan Meranti Pandak. [repository.unri.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/4209/JURNAL.pdf?sequence=1](https://repository.unri.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/4209/JURNAL.pdf?sequence=1). Kampus Bina Pekanbaru Universitas Riau.
- Yulianti, Adiningtyas Prima. 2013. Kerentanan Perempuan terhadap Penularan HIV & AIDS: Studi pada Ibu rumah tangga Pengidap HIV/AIDS di Kabupaten Pati, Jawa Tengah. *PALASTREN*, Vol. 6, No. 1, Juni 2013 hal 185-200.