

BAB II

LANDASAN TEORI

A. HIV/AIDS

1. Pengertian

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan *retrovirus* yang menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama *CD4 positive T-cell* dan *makrofag* komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus-menerus, yang akan mengakibatkan defisiensi kekebalan tubuh. Sedangkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) menggambarkan berbagai gejala dan infeksi yang terkait dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV telah ditetapkan sebagai penyebab AIDS, tingkat HIV dalam tubuh dan timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS (Hoyle, 2016)

2. Gejala Klinis HIV/AIDS

Sejak pertama seseorang terinfeksi virus HIV, maka virus tersebut akan hidup dalam tubuhnya, tetapi orang tersebut tidak akan menunjukkan gejala penyakit namun terlihat betapa sehat, aktif, produktif seperti biasa. Karena gejala-gejala AIDS tampak setelah lebih 3 bulan. Adapun gejala-

gejala AIDS itu sendiri adalah : berat badan turun dengan drastis, demam yang berkepanjangan lebih dari 38°C, pembesaran kelenjar dileher, diketiak dan lipatan paha yang timbul tanpa sebab, mencret atau diare yang berkepanjangan, timbulnya bercak-bercak merah kebiruan pada kulit (kanker kulit atau *Kaposi Sarcoma*), sesak nafas dan batuk yang berkepanjangan, sariawan yang tidak sembuh-sembuh. Semua itu adalah gejala-gejala yang dapat kita lihat pada penderita AIDS yang lama kelamaan akan berakhir dengan kematian.

Menurut MFMER (*Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 2008), gejala klinis HIV/AIDS dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

a) Fase Infeksi Akut (*Acute Retroviral Syndrome*)

Setelah HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus-virus baru (*virion*) jumlah berjuta-juta *virion*. Begitu banyaknya *virion* tersebut memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala yang mirip semacam flu. Diperkirakan bahwa sekitar 50 sampai 70% orang yang terinfeksi HIV mengalami sindrom infeksi akut (ARS) selama 3 sampai 8 minggu setelah terinfeksi virus.

b) Fase Infeksi Laten

Pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam *Sel Dendritik Folikuler* (SDF) dipusat kelenjar limfe

menyebabkan *virion* dapat dikendalikan, gejala hilang dan mulai memasuki fase laten (tersembunyi). Pada fase ini jarang di temukan *virion* di plasma sehingga jumlah *virion* di plasma menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe dan terjadi replikasi di kelenjar limfe sehingga penurunan limfosit T terus terjadi walaupun *virion* di plasma jumlahnya sedikit. Pada fase ini jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga sekitar 500 sampai 200 sel/mm³. Meskipun telah terjadi seropositif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (*asipmtomatis*) fase ini berlangsung sekitar rata-rata 8-10 tahun (dapat juga 5-10 tahun).

c) Fase Infeksi Kronis

Selama berlangsungnya fase ini di dalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun atau bahkan hilang dan virus dicurahkan ke dalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah *virion* secara berlebihan di dalam sirkulasi sistemik. Respon imun tidak mampu meredam jumlah *virion* yang berlebihan tersebut. Limfosit semakin tertekan karena intervensi HIV yang semakin banyak. Terjadi penurunan limfosit T ini mengakibatkan system imun menurun dan pasien semakin rentan terhadap berbagai macam penyakit infeksi sekunder.

Perjalanan penyakit semakin progresif yang mendorong kearah AIDS, infeksi sekunder yang sering menyertai adalah pneumonia, TBC, sepsis, diare, infeksi virus herpes, infeksi jamur kadang-kadang juga ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker kelenjar getah bening.

3. Penularan

Jalur penularan infeksi HIV serupa dengan infeksi hepatitis B. Beberapa cara penularan HIV, antara lain : kontak seksual, suntikan *intra vena*, darah dan produk darah, dan ibu keanak (Depkes RI,2013).

a) Kontak seksual

Penularan melalui hubungan *heteroseksual* ataupun *homoseksual* adalah cara paling dominan dari semua cara penularan. Pada hubungan heteroseksual atau homoseksual berarti terjadi kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal, ataupun oral antara dua individu. Kontak ini akan meningkatkan kemungkinan trauma pada *mukosa rektum* ataupun vagina dan selanjutnya memperbesar peluang untuk terkena virus HIV lewat sekret tubuh. Peningkatan frekuensi praktik dan hubungan dengan pasangan bergantian juga turut menyebarkan penyakit ini. Tingkatan resiko penularan HIV juga tergantung dari jumlah virus yang keluar dan masuk kedalam pintu masuk tubuh seseorang.

b) Suntikan *Intra vena*

Penularan infeksi melalui suntikan *intra vena* terjadi kontak langsung darah dengan jarum dan spuit yang terkontaminasi. Meski jumlah darah dalam spuit relatif kecil, efek kumulatif pemakaian bersama alat peralatan suntik yang sudah terkontaminasi tersebut akan meningkatkan resiko penularan. Penularan cara ini banyak dialami oleh para pengguna narkoba.

c) Darah dan produk darah

Penularan darah dapat terjadi jika pada pasien yang menerima transfusi darah dan penderita HIV. Namun demikian resiko yang berkaitan dengan transfusi kini sudah banyak berkurang sebagai hasil dari pemeriksaan serologi yang secara sukarela diminta sendiri, pemrosesan konsentrat faktor pembekuan, pemanasan, dan cara-cara *inaktivasi* virus yang semakin efektif.

d) Ibu ke anak

Kebanyakan infeksi HIV pada anak ditularkan dari ibunya saat dikandung, dilahirkan dan sesudah lahir. Resiko penularan tanpa intervensi, sangat bervariasi disatu negara dengan negara lain dan umumnya diperkirakan antara 25-40% dinegara berkembang.

Menurut *Centers for Deases Control and Prevention* (CDC, 2018) seseorang bisa mendapatkan atau menularkan HIV hanya melalui aktivitas tertentu. Dan biasanya seseorang mendapatkan atau menularkan HIV melalui perilaku seksual dan penggunaan jarum atau spuit.

Hanya cairan tubuh tertentu seperti darah, air mani (mani), cairan *pra-seminal* (*pra-cum*), cairan rektal, cairan vagina, dan ASI dari Ibu yang positif HIV dapat menularkan HIV. Cairan ini harus bersentuhan dengan selaput lendir atau jaringan yang rusak atau langsung disuntikkan ke dalam aliran darah (dari jarum atau *syringe*) agar penularan terjadi. Selaput lendir ditemukan di dalam rektum, vagina, penis, dan mulut. Di Amerika Serikat, HIV dapat ditularkan melalui :

- a) Melakukan seks anal atau vaginal dengan seseorang yang terinfeksi HIV tanpa menggunakan kondom atau minum obat untuk mencegah atau mengobati HIV.
- b) Untuk pasangan HIV-negatif, seks anal reseptif (terbawah) adalah perilaku seksual berisiko tertinggi, tetapi juga bisa mendapatkan HIV dari seks anal insersif (topping).
- c) Pasangan dapat tertular HIV melalui seks vaginal, meskipun kurang berisiko untuk tertular HIV daripada seks anal reseptif.
- d) Berbagi jarum atau alat suntik, air bilasan, atau peralatan lain (bekerja) yang digunakan untuk menyiapkan obat untuk disuntik dengan

seseorang yang mengidap HIV. HIV dapat hidup dengan jarum yang digunakan hingga 42 hari tergantung pada suhu dan faktor lainnya.

- e) Dari ibu ke anak selama kehamilan, kelahiran, atau menyusui. Meskipun risikonya bisa tinggi jika seorang ibu hidup dengan HIV dan tidak minum obat, rekomendasi untuk menguji semua ibu hamil untuk HIV dan memulai pengobatan HIV segera telah menurunkan resiko jumlah bayi yang lahir dengan HIV.
- f) Jarum yang terkontaminasi HIV atau benda tajam lainnya. Ini adalah risiko terutama bagi pekerja perawatan kesehatan.

Dalam kasus yang sangat jarang, HIV dapat ditularkan melalui :

- a) Oral seks yaitu meletakkan mulut pada penis (*fellatio*), vagina (*cunnilingus*), atau anus (*rimming*). Secara umum, ada sedikit atau tidak ada risiko tertular HIV dari seks oral. Tetapi penularan HIV, meskipun sangat jarang, secara teoritis dimungkinkan jika seorang laki-laki HIV-positif berejakulasi di mulut pasangannya selama seks oral.
- b) Menerima transfusi darah, produk darah atau transplantasi jaringan organ yang terkontaminasi dengan HIV. Ini lebih umum pada tahun-tahun awal HIV, tetapi sekarang risikonya sangat kecil karena pengujian ketat suplai darah AS dan organ dan jaringan yang disumbangkan.

- c) Makan makanan yang sudah dikunyah sebelumnya oleh orang yang terinfeksi HIV. Kontaminasi terjadi ketika darah yang terinfeksi dari mulut penderita bercampur dengan makanan saat mengunyah. Satu-satunya kasus yang diketahui adalah di antara bayi dari pengasuhnya.
- d) Digigit oleh orang dengan HIV. Masing-masing dari sejumlah kecil kasus yang didokumentasikan telah melibatkan trauma berat dengan kerusakan jaringan yang luas dan adanya darah. Tidak ada risiko penularan jika kulit tidak pecah. Kontak antara kulit yang rusak, luka, selaput lendir dan darah yang terinfeksi HIV atau cairan tubuh yang terkontaminasi darah.
- e) Ciuman yang dalam dan terbuka jika kedua pasangan mengalami luka atau gusi berdarah dan darah dari pasangan HIV-positif masuk ke dalam aliran darah pasangan yang HIV-negatif. HIV tidak menyebar melalui air liur.

HIV tidak bertahan lama di luar tubuh manusia seperti pada permukaan, dan tidak dapat bereproduksi di luar manusia. Hal tersebut tidak ditularkan oleh :

- a) Nyamuk, caplak, atau serangga lainnya.
- b) Air liur, air mata, atau keringat yang tidak tercampur dengan darah orang yang HIV-positif.

- c) Memeluk, berjabat tangan, berbagi toilet, berbagi makanan, atau ciuman tertutup atau "sosial" dengan seseorang yang positif HIV.
- d) Aktivitas seksual lainnya yang tidak melibatkan pertukaran cairan tubuh misalnya, menyentuh.

4. Klasifikasi Klinis

Ada 2 klasifikasi yang sampai sekarang sering digunakan untuk remaja dan dewasa yaitu klasifikasi menurut WHO dan *Centers for Disease Control and Preventoin* (CDC) Amerika Serikat. Di negara-negara berkembang menggunakan sistem klasifikasi WHO dengan memakai data klinis dan laboratorium, sementara di negara-negara maju digunakan sistem klasifikasi CDC. Klasifikasi menurut WHO digunakan pada beberapa Negara yang pemeriksaan limfosit CD4+ tidak tersedia. Klasifikasi stadium klinis HIV/AIDS WHO (2010) dibedakan menjadi 4 stadium, yaitu :

Tabel 2.1 Stadium HIV menurut WHO

Stadium	Gejala Klinis
I	<ul style="list-style-type: none"> – Tidak ada penurunan berat badan – Tanpa gejala atau hanya <i>Limfadenopati Generalisata Persisten</i>
II	<ul style="list-style-type: none"> – Penurunan berat badan <10% – ISPA berulang: sinusitis, otitis media, tonsilitis, dan faringitis – <i>Herpes zooster</i> dalam 5 tahun terakhir. – Luka di sekitar bibir (<i>Kelitis Angularis</i>). – Ulkus mulut berulang. – Ruam kulit yang gatal (<i>seboroik</i> atau <i>prurigo</i>). – <i>Dermatitis Seboroik</i>. – Infeksi jamur pada kuku

III	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan >10%. - Diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya >1 bulan. - <i>Kandidiasis oral</i> atau <i>Oral Hairy Leukoplakia</i>, - TB Paru dalam 1 tahun terakhir. - Limfadenitis TB. - Infeksi bakterial yang berat: <i>Pneumonia</i>, <i>Piomiosis</i> - Anemia (<8 gr/dl), <i>Trombositopeni Kronik</i> (<50109 per liter)
IV	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sindroma Wasting (HIV)</i>. - <i>Pneumoni Pneumocystis</i>. - <i>Pneumonia Bacterial</i> yang berat berulang dalam 6 bulan. - <i>Kandidiasis esofagus</i>. - <i>Herpes Simpleks Ulseratif</i> >1 bulan. - <i>Limfoma</i>. - <i>Sarkoma Kaposi</i>. - <i>Kanker Serviks</i> yang <i>invasif</i>. - <i>Retinitis CMV</i>. - TB Ekstra paru. - <i>Toksoplasmosis</i>. - <i>Ensefalopati HIV</i>. - <i>Meningitis Kriptokokus</i>. - Infeksi <i>mikobakteria non-TB</i> meluas. - <i>Lekoensefalopati multifokal progresif</i>. - <i>Kriptosporidiosis kronik</i>, mikosis meluas

5. Perawatan

Penanganan pada penderita HIV/AIDS meliputi perawatan (*care*), dukungan (*support*), dan pengobatan (*treatment*). Jika pasien sudah ditetapkan positif HIV/AIDS maka langkah selanjutnya adalah menentukan stadium klinis HIV/AIDS menurut WHO, skrining TB dan infeksi oportunistik lainnya, pemeriksaan CD4 untuk menentukan PPK (pengobatan pencegahan *kotrimoksazol*) dan ARV, pemberian PPK jika tidak tersedia pemeriksaan CD4, identifikasi kepatuhan, *positive prevention* dan konseling KB.

Setelah langkah – langkah tersebut pasien dibagi menjadi tiga kelompok berdasarkan kesesuaian pemberian terapi ARV yaitu pasien yang memenuhi syarat ARV, pasien belum memenuhi syarat ARV dan pasien ada kendala kepatuhan. Pasien yang memenuhi syarat pemberian ARV bila tersedia pemeriksaan CD4 adalah

- a) Stadium III dan IV WHO, atau jumlah CD4 $\leq 350/\text{mm}^3$.
- b) Jumlah CD4 $> 350 - \leq 500 /\text{mm}^3$ tanpa memandang stadium WHO.
- c) Pasien dengan koinfeksi TBC aktif tanpa memandang jumlah CD4 dan stadium WHO.
- d) Pasien dengan koinfeksi HBV dengan dasar penyakit liver kronis tanpa memandang jumlah CD4 dan stadium WHO.
- e) Pada pasangan dengan HIV negatif dan HIV positif untuk mengurangi transmisi penyakit menjadi pasangan yang tidak infeksi.
- f) Wanita hamil dan menyusui dengan HIV.

Lini pertama obat ARV yang ditetapkan oleh pemerintah adalah 2 NRTIs (*nucleoside reverse transcriptase inhibitors*) disertai 1 NNRTIs (*non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors*), misalnya *zidovudin* diberikan bersama *lamivudin* dan *nevirapin*. 2 NRTIs dan PIs (*protease inhibitor*) yang diperkuat *ritonavir* merupakan lini ke dua, sedangkan lini ke tiga adalah gabungan antara *integrase inhibitor*, generasi ke dua dari NNRTIs dan PIs.

Ketika pasien HIV/AIDS memulai terapi dengan ARV, data diri lengkap mereka akan dimasukkan ke dalam rekam medis dan register terapi ARV. Pasien datang ke klinik VCT tiap bulan sekali, dengan waktu yang sudah ditetapkan yang tertera pada rekam medis dan diberikan persediaan obat ARV untuk persediaan bulan selanjutnya. Hasil tatalaksana pada pasien HIV/AIDS dapat diklasifikasikan menjadi terapi ARV yang terkontrol, berhenti terapi, rujuk keluar, meninggal dunia, *lost follow-up*, dan tidak diketahui.

Hasil pemberian terapi ARV secara signifikan memberikan hasil yang baik bagi pasien HIV/AIDS. Pemberian terapi ARV selama infeksi HIV akut memberikan efek yang baik pada pasien seperti memperpendek durasi simptomatik infeksi, mengurangi sel yang terinfeksi, menyediakan cadangan respon imun yang spesifik dan menurunkan setpoint virus dalam jangka waktu yang lama. Beberapa studi mengatakan bahwa terapi pada infeksi HIV akut dapat menurunkan *viral load* dan meningkatkan respon spesifik sel *T helper*. (Rosiana AN, 2010).

Pemberian terapi ARV merupakan terapi seumur hidup karena HIV/AIDS sampai sekarang belum dapat disembuhkan. Tujuan pemberian ARV adalah menjaga *viral load* dibawah 50 kopi/ml, dikatakan gagal terapi jika *viral load* mencapai 1000 kopi/ml. Keberhasilan terapi ARV memerlukan kepatuhan terapi bagi pasien HIV/AIDS. Kepatuhan pasien harus selalu

dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien mengkonsumsi ARV. (Rosiana AN , 2010).

B. STIGMA

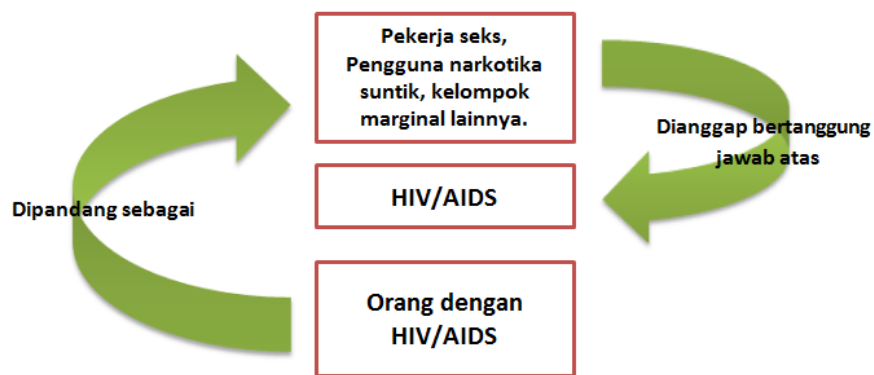
1. Pengertian

Stigma sebagai proses dinamis dari devaluasi yang secara signifikan mendiskredit seorang individu dimata individu lainnya (Sosiolog Erving Goffman dalam Sengupta, Banks, Jonas, Miles, & Smith, 2011; Genberg et al., 2007). Berbagai kualitas pada individu yang ditemeli oleh stigma bisa sangat acak mulai dari warna kulit, cara berbicara, preferensi seksual, hingga karena tinggal bersama ODHA (Aggleton, Wood, Macolm, & Parker, 2007). Herek & Capitanio (dalam Vanable et al., 2006) menyatakan bahwa tingkat stigmatisasi yang tinggi terhadap HIV disebabkan oleh sejarah asosiasinya dengan sub-kelompok yang mengalami marginalisasi seperti homoseksual dan pengguna narkotika suntik.

Berdasarkan beberapa literatur penelitian Sengupta et al. (2011) menyebutkan faktor-faktor mendasar yang menyebabkan stigma berkaitan dengan HIV/AIDS muncul disebabkan oleh :

- a) Kurangnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang HIV,
- b) Miskonsepsi tentang cara penularan HIV,

- c) Kurangnya akses terhadap perawatan kesehatan,
- d) Bagaimana media membentuk dan melaporkan epidemi,
- e) Karakteristik AIDS sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan,
dan
- f) Prasangka dan rasa takut terhadap kelompok tertentu.



Gambar 2.2 : Konstruksi Perspektif Stigma HIV/AIDS dan Kelompok Marginal.

Gambar 2.2 : Mengilustrasikan bagaimana perspektif masyarakat mengenai stigmatisasi berkaitan dengan HIV/AIDS dan hubungannya dengan kelompok marginal yang perilakunya dianggap melanggar moral. Diadaptasi dari “*HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case Studies of Successful Programmes*” oleh Aggleton, P., Wood, K., Malcolm, A., & Parker, R. 2005. (UNAIDS, 2005).

2. Penyebab Stigma

Stigma adalah segala bentuk atribut fisik dan sosial yang mengurangi identitas sosial seseorang mendiskualifikasi orang itu dari penerimaan seseorang (Goffman E, 2011). Sedangkan menurut kamus Bahasa Indonesia stigma adalah ciri negatif yang menempel di pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Ada berbagai penyebab terjadinya stigma, antara lain :

a) Takut

Ketakutan merupakan penyebab umum, dalam kasus kusta muncul takut akan konsekuensi yang di dapat jika tertular, bahkan penderita cenderung takut terhadap konsekuensi sosial dari pengungkapan kondisi sebenarnya. Takut dapat menyebabkan stigma diantara anggota masyarakat atau di kalangan pekerja kesehatan.

b) Tidak Menarik

Beberapa kondisi dapat menyebabkan orang dianggap tidak menarik, terutama dalam budaya dimana keindahan lahiriah sangat dihargai. Dalam hal ini gangguan di wajah, alis hilang, hidung runtuh seperti dapat terjadi dalam kasus-kasus lanjutan dari kusta atau virus HIV&AIDS akan ditolak masyarakat karena terlihat berbeda.

c) Kegelisahan

Kecacatan karena virus HIV&AIDS membuat penderita tidak nyaman, mereka mungkin tidak tahu bagaimana berperilaku di hadapan orang dengan kondisi yang dialaminya sehingga cenderung menghindar.

d) Asosiasi

Stigma oleh asosiasi juga dikenal sebagai stigma simbolik, hal ini terjadi ketika kondisi kesehatan dikaitkan dengan kondisi yang tidak menyenangkan seperti pekerja seks komersial, pengguna narkoba, orientasi seksual tertentu, kemiskinan atau kehilangan pekerjaan. Nilai dan keyakinan dapat memainkan peran yang kuat dalam menciptakan atau mempertahankan stigma, misalnya keyakinan tentang penyebab kondisi seperti keyakinan bahwa virus HIV&AIDS adalah kutukan Tuhan atau disebabkan oleh dosa dalam kehidupan sebelumnya.

e) Kebijakan atau undang-undang

Hal ini biasa terlihat ketika penderita dirawat di tempat yang terpisah dan waktu yang khusus dari rumah sakit, seperti klinik / dukungan sebaya untuk penyakit seksual menular.

f) Kurangnya kerahasiaan

Pengungkapan yang tidak diinginkan dari kondisi seseorang dapat disebabkan cara penanganan hasil tes yang sengaja dilakukan oleh

tenaga medis kesehatan, ini mungkin benar-benar tidak diinginkan seperti pengiriman dari pengingat surat atau kunjungan pekerja kesehatan di kendaraan ditandai dengan pro logo gram.

Berdasarkan uraian mengenai penyebab stigma yang sudah diuraikan oleh Goffman menjelaskan bahwa penyebab stigma antara lain : takut, tidak menarik, kegelisahan, asosiasi, undangundang dan kurangnya kerahasiaan. Indikator tersebut yang digunakan peneliti dalam penelitian ini untuk menganalisis penyebab stigma masyarakat terhadap ibu rumah tangga penderita HIV&AIDS

3. Tipe-tipe dan Dimensi Stigma

Menurut Goffman (dalam Heatherton, 2007) membedakan tiga jenis stigma, atau kondisi stigmatisasi, diantaranya:

- a) Kebencian terhadap tubuh (seperti, cacat tubuh)
- b) Mencela karakter individu (gangguan mental, pecandu, pengangguran)
- c) Identitas kesukuan (seperti ras, jenis kelamin, agama dan kewarganegaraan)

Sedangkan Jones (dalam Heatherton, 2003) membagi enam dimensi kondisi stigmatisasi:

- a) “Penyembunyian” yang mencakup keluasan karakteristik stigmatisasi sedapat mungkin bisa dilihat (seperti cacat wajah vs. homoseksualitas).

- b) “Rangkaian penandaan” berhubungan dengan apakah tanda tersebut sangat mencolok mata atau makin melemah dari waktu ke waktu (seperti *multiple sclerosis* vs. kebutaan).
- c) “Kekacauan” yang mengacu pada tingkat stigmatisasi dalam mengganggu interaksi interpersonal (seperti gagap dalam berbicara).
- d) “Estetika” yang berhubungan dengan reaksi subjektif yang dapat memunculkan stigma karena suatu hal yang kurang menarik.
- e) “Asal-usul” tanda stigmatisasi (seperti cacat bawaan, kecelakaan, atau kesengajaan) yang juga terkait dengan tanggung jawab seseorang dalam membentuk stigma.
- f) “Resiko” yang mencakup perasaan berbahaya dari stigmatisasi dari orang lain (seperti memiliki penyakit yang mematikan atau membahayakan vs. memiliki kelebihan berat badan).

Lain halnya menurut Crocker (dalam Heatherton, 2003) bahwa “keterlihatan” dan “keterkendalian” merupakan dimensi stigma yang sangat penting bagi mereka yang melakukan stigma dan mengalami stigma.

4. Jenis-jenis Stigma

a) Stigma Internal

Stigma internal sebagai rasa takut baik sungguhan maupun yang diimajinasikan terhadap sikap sosial dan potensi tindak diskriminasi yang akan muncul sebagai dampak dari atribut atas penyakit yang

tidak diinginkan (misalnya HIV) atau akibat dari asosiasi pada kelompok atau perilaku tertentu (Brown, dalam Hasan, Nath, Khan, Akram, & Gomes, 2012).

Proyek Siyam'kela dan Mo Kexteya (dalam Brouard & Wills, 2007) yang mempelajari beragam aspek stigma internal berkaitan dengan HIV/AIDS di Afrika Selatan, membuat kerangka dimensi stigma internal yaitu :

1) *Perception of self*

ODHA memiliki perasaan bahwa mereka telah mengecewakan orang lain dan mempermalukan keluarga dan komunitas mereka. Mereka merasa bersalah, menyalahkan diri sendiri, dan menderita karena berstatus HIV-positif. Mereka merasa diri mereka ternoda dan takut menulari orang lain.

2) *Self-Exclusion*

Karena status HIV-positif yang dimiliki ODHA memilih untuk menarik diri dari berbagai pelayanan dan kesempatan yang ada meliputi jasa yang diberikan klinik kesehatan, *support group*, dan program bantuan materil.

3) *Subterfuge*

Stigma internal mempengaruhi ODHA untuk menjaga perilaku mereka untuk menghindari stigmatisasi atau mencegah agar status HIV mereka tidak diketahui orang lain. Hal ini dilakukan dengan menyembunyikan status HIV atau orientasi seksual mereka pada orang lain. Hal ini juga menyebabkan ODHA untuk terus melakukan perilaku beresiko karena mereka merasa takut perubahan perilaku dapat menimbulkan kecurigaan dan stigma.

4) *Social Withdrawal*

Merupakan isolasi yang dibebankan pada dirinya sendiri oleh ODHA, menyebabkan mereka untuk menarik diri dari hubungan interpersonal dan menghindari beragam *setting* sosial.

5) *Over compenastion*

Terdapat kebutuhan pada ODHA untuk membuktikan bahwa mereka adalah orang yang 'baik' dengan melakukan hal-hal yang dinilai baik berdasarkan standar moral yang berlaku. Beberapa merasa harus bisa membuktikan bahwa mereka tetap dapat berkontribusi meski berstatus HIV-positif.

6) *Fear of disclosure*

ODHA merasa sulit untuk mengungkapkan status mereka karena merasa takut terhadap penilaian dan penolakan dari masyarakat sekitar.

b) Stigma Eksternal

Dikenal juga sebagai *enacted stigma* merupakan bentuk lain dari stigma. Stigma eksternal dideskripsikan sebagai proses yang bergerak melebihi sekedar persepsi dan sikap sehingga mencapai bentuk tindakan. Stigma eksternal secara konsisten mengikuti pola tiga langkah yaitu :

- 1) Mengidentifikasi orang yang terinfeksi HIV,
- 2) Membuat jarak dengan orang-orang tersebut, dan
- 3) Membatasi atau tidak mengikutsertakan orang-orang tersebut.

Detail pola tersebut mungkin berbeda dalam tiap-tiap kasus di tiap-tiap negara namun pola keseluruhannya tetap sama. Tes HIV yang diikuti pelanggaran hak kerahasiaan merupakan suatu bentuk *enacted stigma* begitu juga dengan tindak *labeling*, penghindaran, isolasi dan segregasi pada ODHA (Morrison, 2007).

Enacted stigma merujuk pada sanksi yang secara individual maupun kolektif diberikan kepada seseorang berdasarkan keanggotaan atau anggapan sebagai anggota dari kelompok tertentu (Morris, 2007).

Enacted stigma dapat mengambil bentuk diskriminasi halus seperti

gosip, tidak memperlakukan ODHA dengan hormat, atau menjauhi mereka (Visser, Makin, Vandormael, Sikkema, & Forsyth, 2009). *Enacted stigma* merujuk pada pengalaman aktual berkaitan dengan prasangka, pemberian *stereotip*, maupun diskriminasi misalnya kehilangan hubungan pertemanan setelah memberitahukan status HIV atau mengalami penghinaan dalam kehidupan sehari-hari berkaitan dengan status HIV mereka (Bunn, Solomon, Miller, & Forehand, 2007).

Stigma dan diskriminasi juga akan memunculkan komunitas yang terisolir atau terpinggirkan. Diskriminasi akan menyebabkan ODHA merasa telah dilanggar hak-hak dasarnya, khususnya dalam hak kebebasan dari perlakuan diskriminasi.

C. Film

1. Pengertian Film

Film adalah karya cipta seni dan budaya yang merupakan media komunikasi massa pandang dengar yang di buat berdasarkan asas sinematografi dengan direkam pada pita seluloid, pita video, piringan video dan bahan hasil penemuan teknologi lainya dalam segala bentuk, jenis dan ukuran melalui proses kimiawi, proses elektronik, atau proses lainya, dengan atau tanpa suara, yang dapat dipertunjukan dan ditayangkan dengan sistem proyeksi, mekanik, elektronik dan lainya (Effendy, 2008). Film adalah barang tipis seperti selaput

yg dibuat dari seluloid tempat gambar potret negatif (yang akan dibuat potret atau dimainkan dalam bioskop) (Poerwadarminta, 2008).

Film (*motion picture*) merupakan salah satu media audio visual, yaitu media yang menyiarkan berita yang dapat ditangkap baik melalui indera mata maupun indera telinga dengan sangat efektif dalam mempengaruhi penonton. Menurut A. W. Widjaja, film merupakan kombinasi dari drama dengan paduan suara dan musik, serta drama dengan paduan dari tingkah laku dan emosi, dapat dinikmati benar oleh penonton-penontonnya sekaligus dengan mata dan telinga (Widjaja, 2007).

2. Karakteristik Film

Film memiliki karakteristik berbeda jika dibandingkan dengan media pendidikan lain yang konvensional. Menurut Ardianto dalam bukunya yang berjudul “Komunikasi Massa Suatu Pengantar” (2007: 34), dijelaskan bahwa karakteristik film ada 4 macam:

a) Layar yang luas

Maksudnya adalah film memberikan keleluasaan pada penonton untuk menikmati *scene* atau adegan-adegan yang disajikan melalui layar.

b) Pengambilan gambar atau *shot*

Maksudnya adalah visualisasi *scene* pada film dibuat sedekat mungkin menyamai realitas peristiwa dalam kehidupan sehari-hari.

c) Konsentrasi penuh

Maksudnya adalah aktivitas menonton film dengan sendirinya mengajak penonton dalam konsentrasi yang penuh dalam film.

d) Identifikasi psikologis

Sebuah istilah yang diambil dari disiplin ilmu jiwa sosial yang maksudnya adalah sebuah kondisi dimana penonton secara tidak sadar menyamakan atau mengidentifikasikan pribadi kita dengan peran-peran, dan peristiwa yang dialami tokoh yang ada di film. Artinya penonton mampu mencerna cerita yang difilmkan serta memiliki kepekaan emosi.

3. Fungsi dan Peran Film

Dijelaskan oleh McQuail dalam bukunya yang berjudul “Teori Komunikasi Massa” (1987), film merupakan media komunikasi massa yang memiliki beberapa fungsi dan peran dalam masyarakat, diantaranya:

- a) Film sebagai sumber pengetahuan yang menyediakan informasi tentang peristiwa dan kondisi masyarakat dari berbagai belahan dunia.
- b) Film sebagai sarana sosialisasi dan pewarisan nilai, norma dan kebudayaan, yang artinya selain sebagai hiburan secara tidak langsung film dapat berpotensi menularkan nilai-nilai tertentu pada penontonya.

- c) Film seringkali berperan sebagai wahana pengembangan kebudayaan, bukan saja dalam pengertian pengembangan bentuk seni dan simbol.
- d) Melainkan juga dalam pengertian pengemasan tata cara, mode, gaya hidup dan norma-norma.

Menurut klasifikasinya film dibedakan menjadi 3 (Sumarno, 2010)

yaitu:

a) Menurut Jenis Film

1) Film cerita (*fiksi*)

Film cerita merupakan film yang dibuat atau diproduksi berdasarkan cerita yang dikarang dan dimainkan oleh aktor dan aktris. Kebanyakan atau pada umumnya film cerita bersifat komersial. Pengertian komersial diartikan bahwa film dipertontonkan di bioskop dengan harga karcis tertentu. Artinya, untuk menonton film itu digedung bioskop, penonton harus membeli karcis terlebih dulu. Demikian pula bila ditayangkan di televisi, penayangannya didukung dengan sponsor iklan tertentu pula.

2) Film Non Cerita (*non fiksi*)

Film non cerita adalah film yang mengambil kenyataan sebagai subyeknya. Film non cerita ini terbagi atas dua kategori, yaitu :

- Film Faktual: menampilkan fakta atau kenyataan yang ada, dimana kamera sekedar merekam suatu kejadian. Sekarang, film faktual dikenal sebagai film berita (*news-reel*), yang menekankan pada sisi pemberitaan suatu kejadian aktual.
- Film Dokumenter: selain fakta, juga mengandung subyektifitas pembuat yang diartikan sebagai sikap atau opini terhadap peristiwa, sehingga persepsi tentang kenyataan akan sangat tergantung pada si pembuat film dokumenter tersebut.

3) Film Pendek

Film pendek merupakan sebuah karya film cerita fiksi yang berdurasi kurang dari 60 menit. Di berbagai negara, film pendek dijadikan laboratorium eksperimen dan batu loncatan bagi para *film maker* untuk memproduksi film panjang.

4) Film Panjang

Film panjang adalah film cerita fiksi yang berdurasi lebih dari 60 menit. Umumnya berkisar antara 90-100 menit. Film yang diputar di bioskop umumnya termasuk dalam kelompok ini.

b) Menurut cara pembuatan Film

1) Film Eksperimental

Film Eksperimental adalah film yang dibuat tanpa mengacu pada kaidah-kaidah pembuatan film yang lazim. Tujuannya adalah untuk

mengadakan eksperimen dan mencari cara-cara pengucapan baru lewat film, umumnya dibuat oleh sineas yang kritis terhadap perubahan (kalangan seniman film), tanpa mengutamakan sisi komersialisme, namun lebih kepada sisi kebebasan berkarya.

2) Film Animasi

Film Animasi adalah film yang dibuat dengan memanfaatkan gambar (*lukisan*) maupun benda-benda mati yang lain, seperti boneka, meja, dan kursi yang bisa dihidupkan dengan teknik animasi.

c) Menurut Tema Film (*genre*)

1) Drama

Tema ini lebih menekankan pada sisi *human interest* yang bertujuan mengajak penonton ikut merasakan kejadian yang dialami tokohnya, sehingga penonton merasase akan-akan berada di dalam film tersebut.

2) Action

Tema *action* mengetengahkan adegan-adegan perkelahian, pertempuran dengan senjata, atau kebut-kebutan kendaraan antar tokoh yang baik (*protagonis*) dengan tokoh yang jahat (*antagonis*), sehingga penonton ikut merasakan ketegangan, was-was, takut, bahkan bisa ikut bangga terhadap kemenangan si tokoh.

3) Komedi

Tema film komedi intinya adalah mengetengahkan tontonan yang membuat penonton tersenyum, tau bahkan tertawa terbahak-bahak.

4) Tragedi

Film yang bertemakan tragedi, umumnya mengetengahkan kondisi atau nasib yang dialami oleh tokoh utama pada film tersebut.

5) Horor

Film bertemakan horor selalu menampilkan adegan-adegan yang menyeramkan sehingga membuat penontonya merinding karena perasaan takut.

4. Langkah Penggunaan Media Film

Langkah-langkah penggunaan film menurut Basyiruddin (2010) Ada beberapa langkah yang harus dilakukan dalam penggunaan film sebagai media pengajaran. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

a) Langkah Persiapan Pendidik

Pertama - tama pendidik harus mempersiapkan unit pelajaran terlebih dahulu. Kemudian baru memilih film yg tepat untuk mencapai tujuan pengajaran yang diharapkan. Juga perlu diketahui panjangnya film tersebut, tingkat rekomendasi film, tahun produksi serta diskripsi dari film tersebut. Selain itu film tersebut diujicobakan memuat rencana

secara *eksplisit* cara menghubungkan film tersebut dengan kegiatan-kegiatan lainnya.

b) Mempersiapkan Kelas

Audien dipersiapkan terlebih dahulu supaya mereka mendapat jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang timbul dalam pikiran mereka sewaktu menyaksikan film tersebut, untuk itu dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut : menjelaskan maksud pembuatan film, menjelaskan secara ringkas isi film, menjelaskan bagian-bagian yang harus mendapat perhatian khusus sewaktu menonton film, harus dijelaskan mengapa terdapat ketidakcocokan pendapat dengan bagian isi film bila ditemui ketidaksesuaian.

c) Langkah Penyajian

Setelah audien dipersiapkan barulah film diputar durasi pemutaran film kurang lebih 10 menit. Dalam penyajian ini harus disiapkan perlengkapan yang diperlukan antara lain : proyektor, layar, penguat suara, *power cord*, film, ekstra roll dan tempat proyektor. Pendidik harus memperhatikan keadaan ruangan gelap atau tidak ada cahaya dan juga pendidik dapat menghubungkannya dengan berbagai alat lainnya.

d) **Aktivitas Lanjutan**

Aktivitas lanjutan ini dapat berupa tanya jawab, guna mengetahui sejauh mana pemahaman audien terhadap materi yang disajikan. Kalau masih terdapat kekeliruan bisa dilakukan dengan pengulangan pemutaran film tersebut.

5. **Kelebihan dan Kekurangan Media Film**

Pada perkembangannya film memiliki banyak kelebihan, disebutkan oleh Javandalasta dalam bukunya yang berjudul “Lima Hari Mahir Bikin Film” (2014), lima diantaranya adalah:

- a) Film dapat menghadirkan pengaruh emosional yang kuat, sanggup menghubungkan penonton dengan kisah-kisah personal.
- b) Film dapat mengilustrasikan kontras visual secara langsung.
- c) Film dapat berkomunikasi dengan para penontonya tanpa batas menjangkau luas kedalam perspektif pemikiran.
- d) Film dapat memotivasi penonton untuk membuat perubahan. Film dapat sebagai alat yang mampu menghubungkan penonton dengan pengalaman yang terpampang melalui bahasa gambar.

Sedangkan menurut Arsyad (2010) kelebihan dan kekurangan media Film adalah, sebagai berikut:

a) Kelebihan Media Film :

- 1) Film dapat melen pengalaman-pengalaman dasar dari siswa ketika mereka membaca, berdiskusi, berpraktik dan lain-lain. Film merupakan pengganti alam sekitar dan bahkan dapat menunjukkan objek yang secara normal tidak dapat dilihat, seperti cara kerja jantung ketika berdenyut.
- 2) Film dapat menggambarkan suatu proses secara tepat yang dapat disaksikan secara berulang-ulang.
- 3) Disamping mendorong dan meningkatkan motivasi, film menanamkan sikap dan segi-segi efektif lainnya.
- 4) Film yang mengandung nilai-nilai positif dapat mengundang pemikiran dan pembahasan dalam kelompok siswa.
- 5) Film dapat menyajikan peristiwa yang berbahaya bila dilihat secara langsung seperti lahar gunung berapi atau perilaku binatang buas.
- 6) Film dapat ditunjukkan kepada kelompok besar atau kelompok kecil, kelompok yang heterogen maupun perorangan.
- 7) Dengan kemampuan dan teknik pengambilan gambar frame demi frame, film yang dalam kecepatan normal memakan waktu satu minggu dapat ditampilkan dalam satu atau dua menit.

b) Kekurangan Media Film :

- 1) Pengadaan film umumnya memerlukan biaya mahal dan waktu yang banyak.
- 2) Pada saat film dipertunjukkan, gambar-gambar bergerak terus sehingga tidak semua siswa mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui film tersebut. Film yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan dan tujuan belajar yang diinginkan, kecuali film itu dirancang dengan produksi khususnya untuk kebutuhan.

D. Metode Diskusi

1. Pengertian

Metode diskusi merupakan metode yang dapat membuat anggota aktif karena memperoleh kesempatan berbicara atau berdialog untuk bertukar pikiran dan informasi tentang suatu topik atau masalah dan mencari fakta atau pembuktian yang dapat digunakan bagi pemecahan masalah. Metode diskusi adalah metode mengajar yang erat hubungannya dengan memecahkan masalah atau *problem solving* (Muhibbin, 2007).

Metode diskusi adalah suatu cara penyampaian materi pelajaran melalui sarana pertukaran pikiran untuk memecahkan persoalan yang dihadapi (Semiwan,1990). Metode diskusi merupakan interaksi antara siswa dan siswa atau siswa dengan guru untuk menganalisis, memecahkan masalah, menggali atau memperdebatkan topik atau permasalahan tertentu (Yamin, 2013).

2. Jenis-jenis Diskusi

Untuk dapat melaksanakan diskusi dikelas, seorang guru harus mengetahui terlebih dahulu tentang jenis-jenis diskusi, sehingga dalam pelaksanaannya dapat menyesuaikan jenis diskusi apa yang akan digunakan. Terdapat bermacam-macam jenis diskusi yang dapat digunakan dalam proses pembelajaran, antara lain (Hasibuan, 2009):

a) Diskusi formal

Diskusi ini terdapat pada lembaga-lembaga pemerintahan atau semi pemerintahan, dimana dalam diskusi ini perlu adanya ketua dan penulis serta pembicara yang diatur secara formal, contoh: sidang DPR. Aturan yang dipakai dalam diskusi ini ketat dan rapi. Jumlah peserta umumnya lebih banyak bahkan dapat melibatkan seluruh siswa kelas. Ekspresi spontan dari peserta biasanya dilarang, sebab tiap peserta yang berbicara harus dengan izin moderator untuk menjamin ketertiban diskusi.

b) Diskusi informal

Aturan dalam diskusi ini lebih longgar dari pada diskusi diskusi lainnya, karena sifatnya yang tidak resmi, contoh: diskusi keluarga dan dalam belajar mengajar dilaksanakan dalam kelompok-kelompok belajar dimana satu sama lain saling mengungkapkan pendapatnya.

c) Diskusi kelas

Diskusi kelas atau disebut juga diskusi kelompok adalah proses pemecahan masalah yang dilakukan oleh seluruh anggota kelas sebagai peserta diskusi. Prosedur yang digunakan dalam jenis diskusi ini adalah:

- 1) Guru membagi tugas sebagai pelaksanaan diskusi, misalnya siapa yang akan menjadi moderator, siapa yang menjadi penulis.
- 2) Sumber masalah (guru, peserta didik atau ahli tertentu dari luar) memaparkan masalah yang harus dipecahkan selama 10-15 menit.
- 3) Peserta didik diberi kesempatan untuk menanggapi permasalahan setelah mendaftar pada moderator.
- 4) Sumber masalah memberi tanggapan.
- 5) Moderator menyimpulkan hasil diskusi.

d) *Whole group*

Kelas merupakan satu kelompok diskusi. *Whole group* yang ideal apabila jumlah anggota tidak lebih dari 15 orang.

e) *Syndicate group*

Suatu kelompok / kelas dibagi menjadi beberapa kelompok kecil terdiri dari 3-6 orang. Masing-masing kelompok kecil melaksanakan tugas tertentu.

f) Diskusi kelompok kecil (*Buzz group*)

Satu kelompok besar dibagi menjadi 2 (dua) sampai 8 (delapan) kelompok yang lebih kecil. Diskusi kelompok kecil dilakukan dengan membagi peserta didik dalam kelompok-kelompok. Jumlah anggota kelompok antara 3-5 orang. Pelaksanaannya dimulai dengan guru menyajikan permasalahan secara umum, kemudian masalah tersebut dibagi-bagi ke dalam submasalah yang harus dipecahkan oleh setiap kelompok kecil. Selesai diskusi dalam kelompok kecil, ketua kelompok menyajikan hasil diskusinya.

g) *Brain storming group*

Kelompok menyumbangkan ide-ide baru tanpa dinilai segera. Setiap anggota kelompok mengeluarkan pendapatnya. Hasil belajar yang diharapkan agar anggota kelompok belajar menghargai pendapat orang lain, menumbuhkan rasa percaya diri sendiri dalam mengembangkan ide-ide yang ditemukannya yang dianggap benar.

h) *Simposium*

Simposium adalah metode mengajar dengan membahas suatu persoalan dari berbagai sudut pandang berdasarkan keahlian. Beberapa orang membahas tentang berbagai aspek dari suatu subjek tertentu dan membacakan di muka peserta simposium secara singkat (5-20 menit). Kemudian, diikuti dengan sanggahan dan pertanyaan dari para

penyanggah dan juga dari pendengar. Simposium dilakukan untuk memberikan wawasan yang luas kepada peserta didik. Setelah para penyaji memberikan pandangannya tentang masalah yang dibahas, maka simposium diakhiri dengan pembacaan kesimpulan hasil kerja tim perumus yang telah ditentukan sebelumnya.

i) **Diskusi panel**

Diskusi panel adalah pembahasan suatu masalah yang dilakukan oleh beberapa orang panelis yang biasanya terdiri dari 4-5 orang duduk dalam satu susunan semi melingkar, dipimpin oleh seorang moderator dihadapan audiens. Diskusi panel berbeda dengan jenis diskusi lainnya. Dalam diskusi panel audien tidak terlibat secara langsung, tetapi berperan hanya sekedar peninjau para panelis yang sedang melaksanakan diskusi. Oleh sebab itu, agar diskusi panel efektif perlu digabungkan dengan metode lain, misalnya dengan metode penugasan. Peserta didik disuruh untuk merumuskan hasil pembahasan dalam diskusi.

j) *Informal debate*

Kelas dibagi menjadi dua tim yang agak sama besarnya dan mendiskusikan subjek yang cocok untuk diperdebatkan tanpa memperhatikan peraturan perdebatan formal.

k) *Colloquium*

Teknik ini adalah cara berdiskusi yang dijalankan oleh satu atau beberapa orang sebagai narasumber, yang berpendapat, menjawab pertanyaan-pertanyaan, tetapi tidak dalam bentuk pidato. Dapat juga bervariasi lain ialah seorang guru atau seorang peserta didik menginterview seseorang narasumber, tentang pendapatnya mengenai sesuatu masalah. Kemudian mengundang pertanyaan-pertanyaan tambahan dari para pendengar (*audience*).

l) *Fish bowl*

Dalam diskusi ini terdiri dari seorang moderator dan satu atau tiga manusia sebagai sumber pendapat, mereka duduk dalam susunan semi lingkaran berderet dengan tiga kursi kosong menghadap kelompok. Kemudian moderator memberikan pengantar singkat dan diikuti dengan meminta kepada peserta dengan sukarela dari kelompok besar untuk menduduki kursi yang kosong yang ada dimuka mereka. Peserta ini mengajukan pertanyaan atau mengadakan pembicaraan dengan narasumber. Selanjutnya moderator mengundang peserta yang lainnya dari anggota untuk ikut berpartisipasi. Sebagai konsekuensinya dalam diskusi kelompok ada tiga persyaratan yang harus dipenuhi oleh setiap peserta, antara lain:

- 1) Menjadi pendengar yang baik, artinya berusaha mendengarkan kawan yang sedang berbicara dengan sepenuh hati.
- 2) Menjadi pembicara yang baik, kita harus berusaha berbicara dengan sepenuh hati. Berbicara untuk menyumbangkan buah pikiran tanpa malu-malu, takut salah atau takut ditertawakan.
- 3) Tidak berbisik pada kawan kiri kanan, perlu diperhatikan karena sering kita jumpai pada masyarakat kita.

3. Tujuan diskusi

Diskusi secara umum digunakan untuk memperbaiki cara berfikir dan keterampilan komunikasi siswa dan untuk menggalakkan keterlibatan siswa didalam pelajaran. Ada beberapa tujuan diskusi (Mulyono, 2010), antara lain:

- a) Digunakan untuk memperbaiki cara berfikir dan keterampilan komunikasi.
- b) Untuk menggalakkan keaktifan anggota dalam kelompok.
- c) Dengan diskusi anggota didorong menggunakan pengetahuan dan pengalamannya untuk memecahkan masalah, tanpa selalu bergantung pada pendapat orang lain.
- d) Anggota mampu menyatakan pendapatnya secara lisan, karena hal itu perlu untuk melatih kehidupan yang demokratis. Dengan demikian dapat melatih diri sendiri untuk menyatakan pendapatnya sendiri secara lisan tentang suatu masalah bersama.

4. Kelebihan dan Kekurangan Metode Diskusi

Setiap jenis pembelajaran mempunyai ciri tersendiri dan mempunyai kelebihan dan kekurangan. Demikian juga dengan metode diskusi (Mulyono, 2010) antara lain:

- a) Kelebihan metode diskusi
 - 1) Diskusi melibatkan semua anggota secara langsung dalam pemecahan masalah.
 - 2) Diskusi dapat merangsang semua anggota untuk lebih kreatif, khususnya dalam memberikan gagasan dan ide-ide.
 - 3) Dapat melatih untuk membiasakan diri bertukar pikiran dalam mengatasi setiap permasalahan.
 - 4) Diskusi dapat memperluas pengetahuan anggota.
 - 5) Diskusi dapat melatih semua anggota untuk menghargai pendapat orang lain.
 - 6) Diskusi dapat menumbuhkan dan mengembangkan cara berfikir kritis anggota.
 - 7) Dengan mengajukan dan mempertahankan pendapatnya dalam diskusi diharapkan semua anggota dapat memperoleh kepercayaan akan kemampuan diri sendiri.
 - 8) Diskusi dapat menunjang usaha-usaha pengembangan sikap sosialisasi anggota.

b) Kelemahan model diskusi

- 1) Suatu diskusi dapat diramalkan sebelumnya mengenai bagaimana hasilnya. Sebab, tergantung kepada kepemimpinan dan partisipasi anggota-anggotanya.
- 2) Suatu diskusi memerlukan keterampilan-keterampilan tertentu yang belum pernah dipelajari sebelumnya.
- 3) Jalannya diskusi dapat dikuasai (didominasi) oleh beberapa anggota yang menonjol.
- 4) Tidak semua topik dapat dijadikan pokok diskusi, tetapi hanya hal-hal yang bersifat problematis saja yang dapat didiskusikan.
- 5) Diskusi yang mendalam memerlukan waktu yang banyak.
- 6) Dalam diskusi sering terjadi perbedaan pendapat yang bersifat emosional yang tidak terkontrol. Akibatnya, ada pihak yang merasa tersinggung, sehingga dapat mengganggu proses pembelajaran.
- 7) Apabila suasana diskusi hangat dan anggota sudah berani mengemukakan buah pikiran mereka, maka biasanya sulit untuk membatasi pokok masalah.
- 8) Kadang-kadang pembahasan dalam diskusi meluas, sehingga kesimpulan menjadi kabur.
- 9) Jumlah anggota yang terlalu besar akan mempengaruhi kesempatan setiap anggota untuk mengemukakan pendapatnya.

Mengingat adanya kelemahan-kelemahan diatas, maka leader yang berkehendak menggunakan metode diskusi sebaiknya mempersiapkan segala sesuatunya dengan rapi dan sistematis terlebih dahulu. Dalam hal ini, peran leader sebagai pemberi semangat sangatlah diperlukan, terutama oleh anggota yang tergolong kurang aktif atau pendiam (Ibid, 2011).

5. Langkah-langkah Penggunaan Metode Diskusi

Diskusi yang baik harus direncanakan dan kunci keberhasilan diskusi terletak pada isu atau masalah yang didiskusikan. Pemilihan topik diskusi dapat mempengaruhi keberhasilan diskusi sehingga topik harus dipilih dengan baik. Ditegaskan pula bahwa secara umum ada beberapa standar penentuan topik masalah yang dapat menjadi masalah yang baik dalam penerapan metode diskusi (Adhitama, 2009). Berikut ini standar-standar yang dimaksud:

- a) Semua atau sebagian besar anggota kelompok sangat tertarik terhadap masalah yang didiskusikan.
- b) Masalah yang dikaji sudah dikenal baik oleh sebagian besar anggota kelompok.
- c) Masalah bersifat jelas, dan dimengerti oleh semua anggota kelompok.
- d) Masalah mempunyai tingkat kesulitan yang dapat menumbuhkan diskusi yang berkelanjutan.
- e) Informasi cukup tersedia bagi anggota kelompok untuk memecahkan masalah dengan memuaskan.

- f) Masalah dapat dibagi menjadi bagian-bagian yang logis.
- g) Masalah merangsang pemikiran yang bermutu.

Ada hal-hal yang perlu diperhatikan oleh guru dalam menggunakan metode diskusi, mulai dari perencanaan sampai tindak lanjut diskusi tersebut.

a) Perencanaan diskusi

- 1) Tujuan diskusi harus jelas, agar arah diskusi lebih terjamin.
- 2) Peserta diskusi harus jelas memenuhi persyaratan tertentu dan jumlahnya disesuaikan dengan sifat diskusi itu sendiri.
- 3) Penentuan dan perumusan masalah yang akan didiskusikan harus jelas.
- 4) Waktu dan tempat diskusi harus tepat, sehingga tidak akan berlarut-larut.

b) Pelaksanaan diskusi

- 1) Membuat struktur kelompok (pemimpin, sekretaris, anggota)
- 2) Membagi-bagi tugas dalam diskusi.
- 3) Merangsang seluruh peserta untuk berpartisipasi.
- 4) Mencatat ide-ide dan saran-saran yang penting.
- 5) Menghargai setiap pendapat yang diajukan peserta.
- 6) Menciptakan situasi yang menyenangkan.

c) Tindak lanjut diskusi

- 1) Membuat hasil-hasil atau kesimpulan dari diskusi.

- 2) Membacakan kembali hasilnya untuk diadakan koreksi sepenuhnya.
- 3) Kelompok lain menanggapi hasil diskusi.
- 4) Membuat penilaian terhadap pelaksanaan diskusi tersebut untuk dijadikan bahan pertimbangan dan perbaikan pada diskusi-diskusi yang akan datang.

E. PENGETAHUAN

1. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan tersendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian presepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan adalah berbagai hal yang diperoleh manusia melalui panca indera. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan inderanya untuk menggali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya (Wijayanti, 2009). Menurut teori WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), salah satu bentuk objek

kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas penulis menyimpulkan bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui oleh seseorang melalui pengenalan sumber informasi, ide yang diperoleh sebelumnya baik secara formal maupun informal.

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru didalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan), yakni :

a) *Awareness* (kesadaran)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

b) *Interest* (merasa tertarik)

Terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.

c) *Evaluation* (menimbang-menimbang)

Terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

d) *Trial*

Sikap dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

e) *Adaption*

Dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*longlasting*). Sebaliknya, apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Jadi, Pentingnya pengetahuan disini adalah dapat menjadi dasar dalam merubah perilaku sehingga perilaku itu langgeng.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu :

a) *Tahu*

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang

dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

b) Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, contoh menyimpulkan dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

c) Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari kepada situasi atau kondisi real sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau pengguna hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks atau situasi yang lain.

d) Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya dengan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dari penggunaan kata kerja, seperti

dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e) Sintesis

Sintesis yaitu menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, misalnya dapat menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f) Evaluasi

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

Pengetahuan seseorang erat kaitannya dengan perilaku yang diambilnya, karena dengan pengetahuan tersebut ia memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan. Kekurangan pengetahuan tentang kewaspadaan universal akan mengakibatkan tidak terkendalinya proses perkembangan penyakit, termasuk deteksi dini adanya komplikasi penyakit. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi 2, yaitu ; Determinan faktor internal, yakni

karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.

Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Menurut Lawrence Green yang dikutip Notoatmodjo (2010), menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor (Notoatmodjo, 2010), yaitu :

a. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor-faktor yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

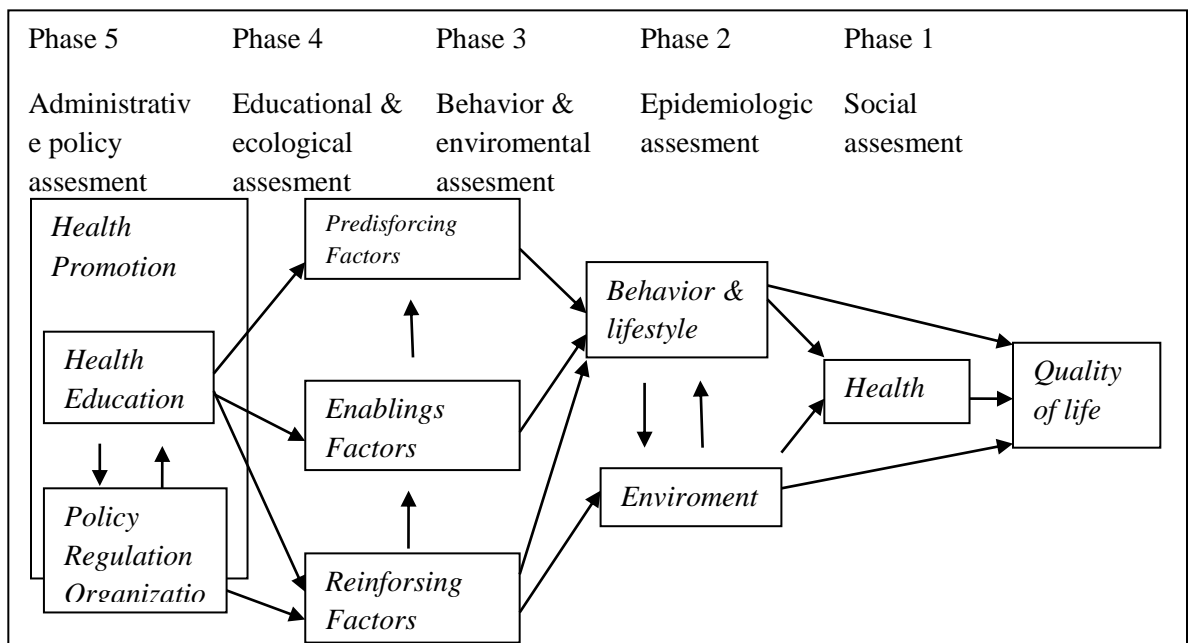
b. Faktor Pendukung (*enabling factors*)

Faktor-faktor yang terwujud dalam lingkungan fisik tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya: puskesmas, posyandu, Rumah Sakit, obat-obatan, tempat pembuangan

air, tempat pembuangan sampah, tempat olah raga, makanan bergizi dan sebagainya.

c. Faktor-faktor Pendorong (*reinforcing factors*)

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi oleh perilaku masyarakat.



Gambar 2.3 *The precede-Proceed Model* Green Lawrence W

3. Faktor- faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor yang mempengaruhi

Phase 6	Phase 7	Phase 8	Phase 9
Implementation	Process Evaluation	Impact Evaluation	Outcome Evaluation

pengetahuan meliputi:

a) Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan.

2) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama.

3) Usia

Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

Klasifikasi umur menurut WHO (2009) antara lain:

- Masa balita = 0-5 tahun
- Masa anak-anak = 6-11 tahun
- Masa remaja = 12-17 tahun

– Masa dewasa = 18- 40 tahun

– Masa tua = 41-65 tahun

b) Faktor Eksternal

1) Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang didapatkan akan baik tapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

2) Sosial, Budaya dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

3) Informasi/ Media Massa

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam-macam media massa sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

4. Pengukuran tingkat pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal-hal berikut :

- a) Bobot I : tahap tahu dan pemahaman.
- b) Bobot II : tahap tahu, pemahaman, aplikasi dan analisis
- c) Bobot III : tahap tahu, pemahaman, aplikasi, analisis sintesis dan evaluasi.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian

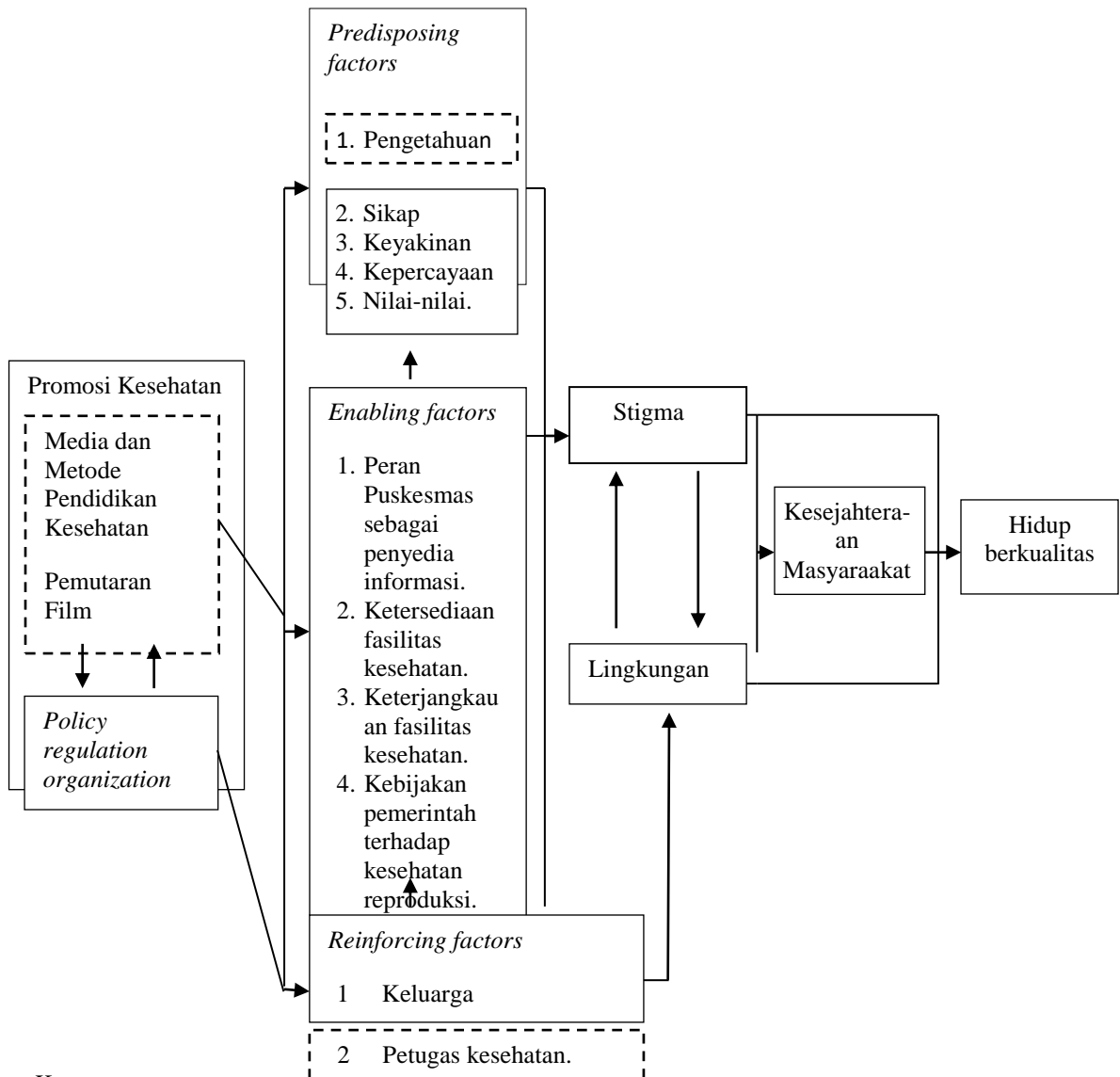
atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas. (Notoatmodjo, 2012). Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Dikatakan bahwa bila seseorang dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai suatu bidang tertentu dengan baik secara lisan atau tulisan, maka dapat dikatakan ia mengetahui bidang itu. Sekumpulan jawaban verbal yang diberikan orang tersebut dinamakan pengetahuan (*knowledge*).

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Menurut Arikunto (2010), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi tiga yaitu:

- a) Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- b) Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- c) Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab <56% dari total jawaban pertanyaan.

F. KERANGKA TEORI

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:



Keterangan :

⋯⋯⋯ : Yang diteliti

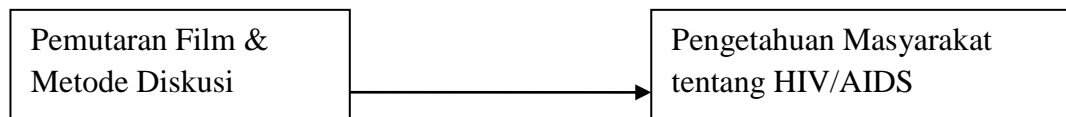
□ : Yang tidak diteliti

Gambar 2.4. Kerangka teori berdasarkan *The Peceded-Proceded Model Green Lawrence W (1980)*

G. KERANGKA KONSEP

Variabel Bebas

Variabel Terikat



Ha : Ada pengaruh pemutaran film dan metode diskusi dengan pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS di desa Tegalrejo RT 2 RW 2.

Ho : Tidak ada pengaruh pemutaran film dan metode diskusi dengan pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS di desa Tegalrejo RT 2 RW 2.