HUBUNGAN KONSELING *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS* DENGAN PEMAHAMAN PASIEN TERHADAP PENCEGAHAN PENULARANNYA

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Safira Khansa Prastuti
NIM : 030002100202

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, 5 AGUSTUS 2025

Bidang Ilmu : Pendidikan Kedokteran

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN KONSELING *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS* DENGAN PEMAHAMAN PASIEN TERHADAP PENCEGAHAN PENULARANNYA

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Safira Khansa Prastuti
NIM : 030002100202

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, 5 AGUSTUS 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN KONSELING *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS*
DENGAN PEMAHAMAN PASIEN TERHADAP
PENCEGAHAN PENULARANNYA

SAFIRA KHANSA PRASTUTI
030002100202

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 5 Agustus 2025

Pembimbing

dr. Eveline Margo, M.Biomed, AIFO-K
NIK : 2601/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL

Judul:

HUBUNGAN KONSELING *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS* DENGAN PEMAHAMAN PASIEN TERHADAP PENCEGAHAN PENULARANNYA

Nama Mahasiswa: Safira Khansa Prastuti

NIM: 030002100202

Telah diuji dan disahkan dihadapan

Dewan Penguji Proposal

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 5 Agustus 2025

Ketua Penguji
Nama : dr. Eveline Margo, M.Biomed, AIFO-K .....
NIK : 2601/USAKTI

Anggota Penguji I
Nama : .....
NIK : /USAKTI

Anggota Penguji II
Nama : .....
NIK : /USAKTI

Jakarta, 5 Agustus 2025

Dekan
FK Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK
NIK : 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama	: Safira Khansa Prastuti
NIM	: 030002100202
Program Studi	: Pendidikan Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Kp, Jati, Rt. 05, Rw. 08, Kabupaten Bekasi
Telepon/ mobile	: 081399551114
Email	: 030002100202@std.trisakti.ac,id
	: Safirakp18@gmail.com
Judul skripsi	: Hubungan konseling *human immunodeficiency virus* dengan pemahaman pasien terhadap pencegahan penularannnya.

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil Karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 5 Agustus 2025

Safira Khansa Prastuti
NIM 030002100202

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa , Karena kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian ini yang berjudul "Hubungan konseling *human immunodeficiency virus* dengan pemahaman pasien terhadap pencegahan penularannnya". Proposal penelitian ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Universitas Trisakti. Dalam penyusunan proposal penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan proposal penelitian ini.

Maka, dalam kesempatan ini pula penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar besarnya kepada dr. Eveline Margo, M.Biomed, AIFO-K selaku dosen pembimbing skrispi yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis selama proses penyelesaian proposal penelitian ini. Penulis sangat berharap semoga proposal penelitian ini bermanfaat bagi kita semua. Akhir kata, penulis mengucapkan terimakasih.

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL i
PERSETUJUAN ii
PENGESAHAN PROPOSAL iii
PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN x
DAFTAR ARTI SINGKATAN xi

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 2
1.3 Tujuan Penelitian 2
1.3.1 Tujuan Umum 2
1.3.2 Tujuan Khusus 2
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3
1.5.1 Untuk Pengembangan Ilmu Pengetahuan 3
1.5.2 Untuk Profesi/Institusi 3
1.5.3 Untuk Masyarakat 3

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, DAN KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan Pustaka HIV 4
2.1.1 Definisi 4
2.1.2 Etiologi 4
2.1.3 Epidemiologi 4
2.1.4 Klasifikasi 5
2.1.5 Faktor Resiko 6
2.1.6 Patofisiologi 8
2.1.7 Manifestasi Klinis 9
2.1.8 Diagnosis 10
2.1.9 Tatalaksana 11
2.1.10 Pencegahan 11
2.1.11 Prognosis 12
2.2 Tinjauan Pustaka Konseling HIV 12
2.2.1 Definisi Konseling 12
2.2.2 Tujuan dan Manfaat Konseling dalam Konteks Pencegahan 12
2.2.3 Prinsip-Prinsip Konseling HIV 13

2.2.4 Tahapan Konseling 13
2.2.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Efektivitas Konseling HIV 14
2.2.6 Pemahaman Pasien terkait Pencegahan Penularan HIV 15
2.2.7 Hubungan Antara Konseling HIV terhadap Pemahaman Pasien 19
2.2.8 Dampak Antara Konseling HIV terhadap Pemahaman Pasien 20
2.3 Ringkasan Pustaka 21
2.4 Kerangka Teori 23

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL ... 24
3.1 Kerangka konsep 24
3.2 Definisi Operasional 25

BAB IV METODE PENELITIAN 27
4.1 Desain penelitian 27
4.2 Lokasi penelitian 27
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian 27
4.4 Bahan dan instrumen penelitian 29
4.5 Pengolahan data 30
4.6 Analisis Data 31
4.6.1 Analisis Univariat 31
4.6.2 Analisis Bivariat 31
4.7 Alur Kerja Penelitian 33
4.8 Etika Penelitian 34
4.9 Penjadwalan Penelitian 34

DAFTAR PASTAKA 35
LAMPIRAN 35

DAFTAR TABEL

HALAMAN

Tabel 1.	Ringkasan Pustaka	21
Tabel 2.	Definisi Operasional	25
Tabel 3.	Penjadwalan Penelitian	34

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

Gambar 1. Tahapan Konseling 14
Gambar 2. Kerangka Teori 22
Gambar 3. Kerangka Konsep 24
Gambar 4. Alur Kerja Penelitian 33

DAFTAR LAMPIRAN

HALAMAN

Lampiran 1. *Dummy Table Univariat* 40
Lampiran 2. *Dummy Table Bivariat* 41

DAFTAR ARTI SINGKATAN

1. HIV : *Human Immunodeficiency Virus*
2. AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*
3. WHO : *World Health Organization*
4. UNAIDS : *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*
5. ART : *Antiretroviral*
6. ODHA : Orang Dengan HIV AIDS

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan retrovirus yang menginfeksi limfosit T CD4+ yang dapat menyebabkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) yang dapat menurunkan sistem imun pada penderitanya.[1] Menurut WHO (*World Health Organization*) HIV didefinisikan sebagai virus yang menyerang kekebalan tubuh melalui hubungan seksual yang tidak aman, penggunaan jarum suntik secara bergantian, transfusi darah, penularan vertikal antara ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan dan menyusui.[2]

Menurut data UNAIDS (*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) dan WHO tahun 2023, kematian global akibat HIV mencapai 630.000 jiwa, dengan Afrika sebagai wilayah penyumbang terbanyak yaitu mencapai 380.000 jiwa, disusul Amerika 140.000 jiwa, Asia Tenggara 85.000 jiwa, Eropa 52.000 jiwa, wilayah Mediterania Timur 20.000 jiwa dan wilayah pasifik 51.000 jiwa.[3] Laporan Kementerian Kesehatan Tahun 2023 tentang perkembangan HIV/AIDS dan IMS (Infeksi Menular Seksual) di Indonesia melaporkan 57.299 kasus HIV dari 6,1 juta orang yang diuji, kelompok umur 25-49 tahun memiliki angka kasus HIV tertinggi (64%).

Kabupaten Bekasi termasuk wilayah dengan angka kasus HIV yang cukup tinggi di Jawa Barat. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2023, data Kabupaten Bekasi menunjukan terdapat 218 kasus HIV dengan kelompok usia tertinggi 25-49 tahun (78,27%) dan diatas 50 tahun (8,21%). Hal ini menandakan bahwa penularan HIV terjadi pada kelompok usia produktif terutama dikalangan pekerja.[4]

Untuk mengatasi hal ini, berbagai intervensi dilakukan dalah satunya adalah konseling HIV. Konseling merupakan proses dialog antara konselor dengan pasien yang bertujuan untuk memberikan informasi, edukasi, serta dukungan psikologis. Konseling HIV dilakukan karena adanya faktor risiko baik sebelum tes, sesudah test maupun selama pengobatan. Layanan konseling HIV juga memberikan

dukungan psikologis dengan membentuk interaksi personal dalam upaya memahami diri dan pencegahan penyebaran resiko infeksi HIV.[5]

Pemahaman merupakan aspek terpenting dalam proses perubahan perilaku. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pemahaman berarti proses atau cara memahami sesuatu yang erat kaitannya dengan pengetahuan dan sikap.[6] Konseling HIV berperan penting dalam meningkatkan pemahaman masyarakat untuk mendorong pencegahan penularan HIV. Menurut penelitian yang dilakukan Apiyaningsih di Bekasi, dari 250 masyarakat Desa Setia Asih sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik tentang HIV/AIDS sebanyak 53,1%.[7]

Penelitian Nurgrahaeni menunjukkan pengaruh konseling terhadap pengetahuan terhadap perilaku ODHA.[8] Namun, penelitian Ariq Reynaldi menyatakan bahwa tidak terdapat hubugan yang signifikan antara pengetahuan terhadap perilaku pasien HIV/AIDS.[9] Tingginya prevalensi HIV di Kabupaten Bekasi, disertai dengan berbagai pro dan kontra terkait faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas konseling HIV terhadap pemahaman pasien, mendorong peneliti untuk mengkaji secara lebih mendalam efektivitas layanan konseling tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara konseling HIV dengan pemahaman pasien terhadap pencegahan penularan HIV di Kapubaten Bekasi?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menurunkan prevalensi HIV dengan mengetahui efektivitas konseling HIV dalam meningkatkan pemahaman pasien terhadap pencegahan penularan HIV di Kabupaten Bekasi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menilai perbedaan hasil *pre-test* dan *post-test* pemahaman pasien terhadap pencegahan penularan HIV setelah diberikan konseling HIV.

2. Menilai hubungan antara faktor (usia, jenis kelamin, pendidikan) dengan pemahaman pencegahan penularan HIV.

1.4 Hipotesis

1. Terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil *pre-test* dan *post-test* pemahaman pasien terhadap pencegahan HIV setelah diberikan konseling HIV.
2. Terdapat hubungan antara faktor (usia, jenis kelamin, pendidikan) dengan pemahaman pencegahan penularan HIV.

1.5 Manfaat

1.5.1 Untuk Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pemahaman teoritis tentang bagaimana komunikasi kesehatan, terkhusus konseling HIV dalam mempengaruhi pemahaman individu terhadap pencegahan HIV. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi sumber refrensi dalam pengambangan ilmu pengetahuan untuk peneliti selanjutnya.

1.5.2 Untuk Profesi/Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berguna bagi profesi dokter untuk meningkatkan pelayanan yang terkait konseling dan upaya pencegahan penularan HIV.

1.5.3 Untuk Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat membantu meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pencegahan penularan HIV, sehingga tercipta pemahaman yang baik, pemberdayaan, dan rasa tanggung jawab. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kulitas hidup dan mengurangi stigma internal.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, DAN KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka HIV

2.1.1 Definisi

Menurut UNAIDS, HIV merupakan retrovirus yang membunuh atau melemahkan sel sistem kekebalan tubuh.[10] Sedangkan menurut WHO, HIV menargetkan sistem kekebalan tubuh, khususnya sel darah putih CD4.[2] Jika jumlah sel CD4 seseorang menurun dibawah 200, kekebalan tubuh akan terganggu dan menyebabkan imunodefisiensi.[2] Bila pertahanan tubuh tidak cukup dan tubuh tidak dapat melawan infeksi maka perjalanan penyakit akan masuk ke fase AIDS.[10]

2.1.2 Etiologi

HIV/AIDS disebabkan oleh virus yang diklasifikasikan dalam famili *Retroviridae*, subfamili *Lentiviridae*, genus *Lentivirus*.[11] Ada dua bentuk HIV yang berbeda secara genetik namun berhubungan secara antigen yaitu HIV-1 dan HIV-2.[12] HIV adalah virus RNA bulat berdiameter 100 nm dengan inti silinder yang terdiri dari protein kapsid primer p24, protein nukleokapsid p7 dan p9, serta enzim *reverse transcriptiase*, integrase dan protease untuk replikasi virus.[12,13] Inti ini dilapisi oleh lapisan lipid bilayer dengan dua glikoprotein yaitu gp 120 yang mengikat HIV ke sel CD4-positif, dan gp 4, yang menyatukan HIV kedalam membrane sel inang.[13] HIV menggunakan tiga gen utama untuk mengkode protein yaitu *gag* sebagai pengkode proin inti, *pol* pengkode enzim dan *env* pengkode komponen struktural HIV yaitu glikoprotein.[11]

2.1.3 Epidemiologi

Tahun 2023, menurut data UNAIDS dan WHO kematian global akibat HIV mencapai 630.000 jiwa, dengan Afrika sebagai wilayah penyumbang terbanyak yaitu mencapai 380.000 jiwa, disusul Amerika 140.000 jiwa, Asia Tenggara 85.000 jiwa, Eropa 52.000 jiwa, wilayah Mediterania Timur 20.000 jiwa dan wilayah pasifik 51.000 jiwa.[3] Menurut Kemenkes, menurut Laporan Indonesia tahun 2023

tentang Perkembangan HIV/AIDS dan IMS, 57.299 orang dari 6.142.136 orang yang diuji HIV menderita HIV, dan 46.370 menerima pengobatan ARV. Kelompok umur 25-49 tahun memiliki angka kasus HIV tertinggi (64%), diikuti oleh kelompok umur 20-24 tahun (18,1%) dan diatas 50 tahun (10,2%) dengan laki-laki sebesar 71% dan perempuan 29%. Kemenkes juga melaporkan bahwa berdasarkan faktor resiko didapatkan pada homoseksual 31%, heteroseksual 14%, peggunaan jarum suntik 1%, pengguna narkoba suntik 1%, kelompok LSL 30%, pasien TB 10%, ibu hamil 4%, wanita pekerja seks 3%, waria 1% dan pasien IMS 1%.[14]

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2023, jumlah kasus HIV berdasarkan kelompok umur di Kabupaten Bekasi datanya dibagi menjadi beberapa kelompok umur 0-4 tahun (1,39%), 5-14 tahun (1,25%), 15-19 tahun (6,67%), 20-24 tahun (19,04%), 25-49 tahun (78,27%) dan diatas 50 tahun (8,21%).[4]

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan perjalanan penyakit, HIV melalui beberapa tahap yaitu:

1. Sindrom Akut

   Acute retoviral syndrome, yang berlangsung 1 hingga 2 minggu dengan jumlah CD4 500-1000 sel/mm3 dan pada 3-6 minggu akan terjadi *acute mononucleus-like syndrome* atau yang sering disebut sindrom retroviral akut.[15,16] Paparan pada fase infeksi akut lebih infeksius atau lebih mungkin mengakibatkan infeksi dibandingkan dengan yang sudah memasuki stadium asimtomatik.[17] Gejala klinis yang sering terjadi adalah demam, fatigue, myalgia, bercak di kulit, mual muntah, diare, penurunan berat badan, trombositopenia, leukopenia, limfadenopati dan ulkus oral atau genital.[15]

2. Asimtomatik

   Asymptomatic, yang berlangsung lebih dari 10 tahun dengan jumlah CD4 500-750 sel/mm3.Tahap ini sering disebut latensi klinis atau infeksi HIV asimtomatik yang artinya kadar virus umumnya rendah dan kekebalan tubuh masih cukup bagus.[16,18]

3. Simtomatik

Ada beberapa stage dari fase simpomatik, *Early symptomatic* berlangsung 0-5 tahun dengan jumlah CD4 100-500 sel/mm3. *Late symptomatic*, berlangsung 0-3 tahun dengan jumlah CD4 50-200 sel/mm3. *Advanced*, berlangsug 1-2 tahun dengan jumlah CD4 0-50 sel/mm3.[16] Pada fase ini, biasanya pasien yang terdiagnosis sudah memiliki CD4 yang sudah turun dibawah 200 sel/mm3 atau yang sering disebut AIDS.[17] Selain jumlah virus yang sangat tinggi dan menular, fase ini juga membuat defek imunitas seluler berat sehingga pasien sering terserang infeksi oportunistik.[16,18]

2.1.5 Faktor Resiko

1. Usia

   Menurut Kemenkes pada periode Januari hingga Desember 2023, dari 57.299 pasien HIV di Indonesia didominasi usia 25-49 tahun (64%). Presentase rendah pada usia 20-24 tahun (18,1%), ≥ 50 tahun (10,2), 15-19 tahun (5,5%), ≤4 tahun (1,2%), dan 5-14 tahun (1,0%).[14]

2. Jenis kelamin

   Menurut Kemenkes pada periode Januari hingga Desember 2023, dari 57.299 pasien HIV di Indonesia presentase laki-laki lebih tinggi (71%) dibanding perempuan (29%).[14] Menurut penelitian Yunior, didapatkan bahwa jenis kelamin laki-laki memiliki faktor resiko 1,77 kali lebih besar dibanding wanita dalam infeksi dan penularan HIV/AIDS.[19]

3. Pendidikan

   Pada penelitian Fitrianingsih yang dilakukan di RSUD Raden Mattaher Jambi, pasien HIV didominasi dengan pendidikan akhir SMA/SMK (52,5%), diikuti dengan presentase rendah pada SMP (16,5%), Akademi (10,1%), SD (9,5%), S1/S2/S3 (8,2%) dan tidak sekolah (3,2%).[20]

4. Riwayat konsumsi alkohol

   Konsumsi alkohol memiliki dampak pada kapasitas kognitif yang akan mempengaruhi pengambilan keputusan terhadap perilaku beresiko termasuk melakukan hubungan seks tanpa kondom.[21] Laki-laki dengan riwayat

mengonsumsi alkohol memiliki faktor risiko 7,56 kali lebih besar terinfeksi HIV/AIDS.[21]

5. Riwayat hubungan seks tanpa kondom

Kondom ialah alat pelindung alat kelamin yang digunakan untuk mencegah infeksi penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS.[21] Menurut WHO, efektivitas kondom signifikan untuk mengurangi penularan HIV jika digunakan dengan benar dan konsisten selama berhubungan vaginal, anal maupun oral.[22,23] Menurut penelitian Murtono, ketika berhubungan seksual dengan tidak menggunakan kondom secara konsisten akan meningkatkan resiko terjadinya HIV/AIDS sebesar 5,34 kali disbanding memakai kondom secara konsisten.[19] Pada tahun 2020, WHO mengeluarkan data bahwa 374 juta infeksi menular seksual pada usia 15-49 tahun dapat dicegah dengan penggunaan kondom yang benar.[23]

6. Pengguna narkoba suntik

Ibu rumah tangga memiliki peluang risiko terbesar saat suaminya merupakan pecandu narkoba.[24] Faktor resiko kejadian penularan HIV/AIDS pada pengguna narkoba suntik adalah penggunaan jarum suntik yang tidak aman bergantian.[19]

7. Ibu ke bayi

UNAIDS melaporkan bahwa lebih dari 1,7 juta wanita Asia positif HIV, dengan 90% tertular virus dari suami atau pasangan seksual.[24] Penularan HIV dari Ibu hamil ke bayi merupakan penularan vertikal dimana terjadi peradangan atau infeksi pada plasenta sehingga virus HIV dapat bertransmisi menembus plasenta.[24] Namun risiko penularan dapat diminimalisir dengan menjalani terapi ART sesegera mungkin sebelum adanya penularan dari jalan lahir dan melalui ASI.[25,26]

8. Pemakaian alat kesehaan yang tidak steril

Menurut WHO, menerima suntikan yang tidak aman , transfusi darah atau transplantasi organ dapat meningkatkan faktor resiko HIV/AIDS. Hal ini sering terjadi pada cedera prosedur medis seperti tertusuk jarum pada para petugas kesehatan sangat sering terjadi.[2] Riwayat tato, tindik dan sirkumsisi

dengan alat yang tidak disterilisasi dengan baik juga menjadi faktor risiko penularan HIV/AIDS.[15]

9. Orientasi Seksual

Penyebaran virus melalui hubungan seksual ini bisa terjadi pada hubungan homoseksual (sesama jenis) maupun heteroseksual (lawan jenis).[24] Berdasarkan penelitian Yunior dan Ika, penularan HIV/AIDS pada individu heteroseksual dapat meningkatkan resiko 2,04 kali lebih besar dibandingkan yang bukan heteroseksual dan individu homoseksual lebih beresiko 1,81 kali dibanding yang bukan heteroseksual.[19] Terutama pada homoseksual yang menggilir atau memiliki pasangan lebih dari satu, memiliki resiko 12,6 kali lebih besar dibanding mereka yang hanya memiliki satu pasangan homoseksual.[27]

2.1.6 Patofisiologi

Patofisiologi HIV/AIDS

Tahap awal infeksi HIV dimulai dari infeksi primer atau pertama kalinya virus masuk kedalam tubuh melalui darah, sperma atau cairan tubuh lainnya.[12] Ketika sel Limfosit T helper dan sel lain yang mengandung reseptor CD4+ mengikat sel inang, mereka berinteraksi dengan gp 120 untuk menyatukan selubung virus dan memungkinkan virion masuk. Enzim *reverse transcriptase* kemudian mensintesis DNA untai ganda "*intermediate*" dari RNA genomik virus, yang akan memasuki inti sel inang dan membentuk provirus dengan enzim intregase. *Enzim polymerase* II sel inang mentranskripsi DNA virus ini menjadi mRNA yang diterjemahkan menjadi protein oleh protein struktural. Proses pembentukan berlanjut pada permukaan virion hingga sel dilepaskan dari sel inang. HIV menginfeksi limfosit T CD4+, Limfosit B, monosit, makrofag dan sel lain yang mengekspresikan CD4.[15] Protein mannosa yang dilepaskan oleh sel dendritic mengikat lektin untuk mengikat selubung dan menyebarkan HIV ke jaringan limfoid. Replikasi yang terjadi akan menyebabkan viremia atau penyebaran ke seluruh tubuh yang menyebabkan penurunan jumalh sel CD4+ dikarenakan efek simptomatik dan kematian sel.

Pada fase asimptomatik atau laten, tubuh dengan cepat memproduksi CD4+ baru untuk menggantikan sel yang rusak, tetapi fase kronis dimulai lebih dari 10% sel T CD4+ organ limfoid terinfeksi. Fase kronis atau fase lanjut merusak jaringan limfoid dan menyebarkan penyakit ke AIDS. Kondisi ini mengurangi sel CD4+ darah hingga 200 sel/mm3 (normalnya 1.500 sel/mm3). Kerusakan sitem imun, akan menyebabkan berbagai infeksi oppurtunistik, keganasan dan komplikasi lainnya.[28]

2.1.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis infeksi HIV dikasifikasikan dalam 4 kelompok, yaitu:

1. Infeksi akut

   Saat terinfeksi virus HIV, terjadi respon alamiah tubuh yaitu masa akut dengan gejala flu dirasakan dalam 2-6 minggu.[15] Setelah HIV memasuki sel target dan terjadi proses viremia gejala yang muncul biasanya demam, faringitis, letargi, batuk, myalgia, keringat malam, mual muntah, pembengkakan kelenjar limfe leher, *macular rash* dan aseptik meningitis yang akan sembuh dalam 6 minggu.[26,29]

2. Infeksi kronik asimtomatik

   Pada fase ini tidak ada gejala, namun pada fase ini pasien dalam keadaan infeksius atau virus masih terisolasi didalam darah pasien.[24] HIV diatur oleh respons imun spesifik HIV dan virus terperangkap didalam sel dendritik. Beberapa pasien dapat menderita sarkoma kaposi, herpes zoster, herpes simpleks, sinusitis bakteri atau pneumonia.[15]

3. Infeksi simtomatik

   Pada stadium ini sistem imun masih dapat mengontrol infeksi atau keganasan dikarenakan jumlah CD4+ masih diatas 500 sel/mm3.[28] Perjalanan penyakit bisa cepat dalam 2 tahun, akibat replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian sel dendritik folikuler karena viremia. Limfosit T CD4+ jumlahnya menurun dibawah 200 sel/mm3.[15] Namun, sebelum memasuki tahap ini akan terjadi pembesaran kelenjar limfe secara menyeluruh dan penurunan CD4+ sehingga mempercepat infeksi opurtunistik.[30] Tahap ini

membuat kekebalan tubuh mulai terganggu, sehingga muncul beberapa gejala akibat defek imunitas berat seperti kandidiasis, kanker, ensefalopati HIV, pneumonia, *wasting syndrome*, tuberkulosis, dll.[16] AIDS akan menyebabkan infeksi oppurtunistik dan keganasan dikarenakan jumlah CD4+<200 sel/mm3 membuat kerusakan system imun terus berjalan.[28] Munculah beberapa manifestasi klinis berupa sindroma wasting HIV, pneumonia bakteri berulang, herpes simpleks ulseratif, candidiasis esophageal, TB ekstra paru, candidiasis esophageal, sarkoma kaposi, meningitis dan infeksi mikrobakteria TB.[24]

2.1.8 Diagnosis

Diagnosis HIV mengikuti beberapa prinsip berupa 5 komponen dasar yaitu *informed consent, confidentiality, counseling, correct test result, connections to care, treatment and prevention services*. [31]

Berikut adalah tes diagnosis yang dapat dilakukan

1. Pemeriksaan Serologi Antibodi HIV

   Pemeriksaan pertama HIV menggunakan rapid test atau tes cepat sebagai tes saring.[32] Jika positif, persiapan antigen atau prinsip dasar yang berbeda akan dilakukan untuk pemeriksaan ulang, seperti

   a. *Enzyme-linked Immunoassay* (ELISA)

      Merupakan test untuk keperluan skrinning dan diagnosis yang dapat mendeteksi antibodi terhadap HIV-1 dan HIV-2.[16,29] Tes ini melibatkan penempatan sampel darah ke dalam wadah antigen HIV. Jika terdapat antibodi HIV, warna darah akan berubah.[24]

   b. *Western Bloting*
   c. *Indirect Immunofluorescense Assays* (IFA)
   d. *Radioimmunoprecipitation Assay* (RIPA)
   e. Pemeriksaan menggunakan sampel saliva (OraSure) dan urin (Calypte HIV-1 Urine ELISA)

2. Pemeriksaan untuk mendeteksi virus HIV
   a. Antigen p24 HIV

Merupakan test antigen p24 yang dapat mendeteksi protein p24 dalam kurun waktu rata-rata 10-14 hari setelah terinfeksi HIV.

b. *Polymerase chain reaction* (PCR)

Tes virologi pertama untuk anak dibawah 18 tahun, terutama bayi yang terpajan HIV sejak lahir dianjurkan test virologis awal pada umur 6 minggu. DNA HIV kualitatif dari darah lengkap, *Dried Blood Spot* (DBS) dan RNA HIV kuantitatif dari plasma darah diindikasikan.

c. HIV-1 RNA *quantitative assays*

Tes darah untuk dapat memantau terapi ART pada orang dewasa dan mendeteksi bayi baru lahir tanpa DNA HIV.[15]

2.1.9 Tatalaksana

1. ARV lini pertama untuk dewasa
   a. Paduan pilihan, Tenofovir + Lamivudin atau Emtricitabine + Efavirenz dalam bentuk *Fixed Dose Combination*.
   b. Paduan alternatif, Zidovudin + Lamivudin + Efavirenz/Nevirapin atau Tenofovir + Lamivudin + Nevirapin.
2. ARV lini pertama pada anak <5 tahun
   c. Pilihan NRTI pertama adalah Zinovudin, Stavudin, Tenofovir.
   d. Pilihan NRTI kedua adalah Lamivudin.
   e. Pilihan NNRTI adalah Nevirapin, Efavirenz.[15]

2.1.10 Pencegahan

Untuk mencegah penularan HIV konsep ABCDE dapat digunakan

1. A (*Abstinence*), artinya tidak melakukan hubungan seksual jika belum menikah.
2. B (*Be Faithful*), artinya setia dan tidak berganti-ganti pasangan seksual
3. C (*Condom*), artinya melakukan hubungan seksual menggunakan kondom.
4. D (*Drug No*), artinya tidak menggunakan narkoba dan alat kesehatan bekas pakai.

5. E (*Education*), artinya pemberian edukasi sebagai pencegahan penularan HIV.[26]

2.1.11 Prognosis

Prognosis HIV ditentukan oleh supresi virus, pemulihan imunologi meliputi usia, jumlah CD4+ dan perpanjangan waktu inisiasi ART hingga waktu supresi virus. Pasien yang mencapai supresi virologi dengan CD4+ <200 sel/mm3 memiliki prognosis yang jauh lebih buruk dibanding mereka yang memiliki CD4+ >200 sel/mm3. Setelah didiagnosis HIV pasien wajib menjalani pengobatan ART agar tidak berkembang menjadi AIDS.[33]

2.2 Tinjauan Pustaka Konseling HIV

2.2.1 Definisi Konseling

Konseling merupakan proses dialog antara konselor sebagai informan atau pemberi informasi kepada klien/pasien. Konseling dilakukan dalam upaya untuk membantu individu melalui interaksi personal dengan tujuan klien/pasien dapat memahami diri, mampu membuat keputusan dan menentukan tujuan kedepannya. Konseling HIV/AIDS dilakukan sebelum dan sesudah tes HIV.[5]

2.2.2 Tujuan dan Manfaat Konseling dalam Konteks Pencegahan

Berikut adalah tujuan dan manfaat yang diharapkan konselor HIV/AIDS

1. Membantu klien/pasien untuk menyadari dan mengatasi tekanan psikologis

   Gangguan mental sering ditemukan pada pasien HIV dikarenakan ketidak mampuan untuk menyesuaikan diri dan memiliki tekanan terkait stigma sosial. Kejadian depresi kerap kali ditemukan pada psien HIV dengan dukungan keluarga dan sosial yang cukup.[5]
2. Peningkatan harga diri atau *self esteem* yang akan bermanfaat pada proses pemulihan

   Self esteem atau harga diri adalah citra diri yang merujuk pada penilaian terhadap diri sendiri. Penghargaan diri akan berhubungan dengan kemandirian, kebebasan dan kepercayaan diri. Konseling HIV berupaya untuk *preventive*

(pencegahan), *curative* (penyembuhan), *developmental* (pengembangan) untuk meningkatkan *coping* (pemecahan masalah) yang baik.[5]

2.2.3 Prinsip-Prinsip Konseling HIV

Prinsip konseling HIV pada dasarnya menyatu dengan tes HIV dan mengacu pada 5C yaitu

1. *Informed consent*

   Artionya klien/pasien berhak untuk menentukan yaitu menolak atau menyetujui tes HIV tanpa paksaan dan tekanan tanpa menungarangi kualitas layanan HIV/AIDS yang dibutuhkan.[15]

2. *Confidentialy*

   Artinya data pasien harus didasarkan pada prinsip kerahasiaan dan tidak dapat diberitahukan kepada pihak manapun tanpa persetujuan klien/pasien.[15]

3. *Counseling*

   Konseling akan dilakukan sebelum dan sesudah melakukan test HIV karena diperlukan dalam layanan pemeriksaan HIV/AIDS.[15]

4. *Corect testing and connection/linkage to prevention*

   Layanan diagnostic diperlukan sesuai prinsip dan standar baku dari konseling dan tes HIV.[15]

5. *Care and Treatment*

   Pada klien/pasien yang memiliki hasil tes HIV positif akan dirujuk untuk mendapatkan terapi ARV dan konselig lanjutan untuk mengatasi masalah psikososial.[15]

2.2.4 Tahapan Konseling

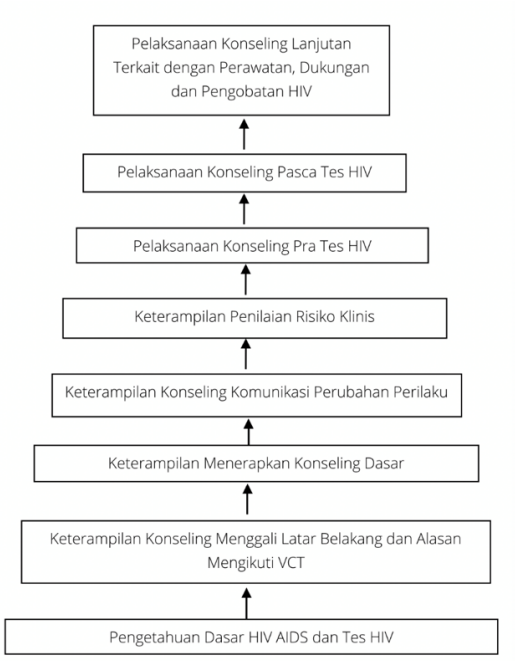
Berikut adalah tahapan konseling

1. Konseling pre-tes

   Pada konseling pasca dilakukannya tes, konseling akan mengajak pasien untuk berdiskusi untuk memahami dan menyesuaikan diri dalam pencegahan penularan HIV. Konselor juga akan memberikan hasil tes, menyediakan informasi dan rujukan ke fasilitas kesehatan jika diperlukan.[24]

2. Konseling pra-test

Konselor akan menilai faktor resiko, motivasi dan latar belakang klien/pasien dalam mengikuti konseling dan tes HIV. Membangun kepercayaan klien/pasien adalah fondasi utama untuk kelanjutan konseling pre-tes.[15]



1. Tahapan Konseling

2.2.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Efektivitas Konseling HIV

Berikut adalah faktor-faktor yang dapat memengaruhi efektvitas konseling HIV

1. Kompetensi konselor

Konselor merupakan informan dan pemberi layanan terhadap klien/pasien pada pra-tes dan pra-tes pada konseling HIV/AIDS.[34] Konselor biasanya dilakukan oleh dokter, atau petugas kesehatan lain yang berada di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.[35] Konselor wajib memiliki keterampilan dasar seperti mendengarkan, memimpin, merangkum, konfrontasi dan menginterpretasi. Pelaksaan konseling akan efektif bila konselor memiliki karakteristik dan kompetensi yang baik untuk memfasilitasi klien/pasien HIV/AIDS.[34]

2. Metode atau pendekatan konseling

Metode yang digunakan dalam kmunikasi konseling HIV/AIDS adalah komunikasi intrapersonal. Konseling dan pemeriksaan dilakukan secara langsung atau tatap muka, karena dianggap lebih efektif disbanding melalui komunikasi media elektronik [36,37]

3. Durasi dan frekuensi sesi konseling

Durasi konseling dapat dilakukan selama minimal 3 bulan, dengan 3 hingga 6 kali sesi selama periode tersebut. Lama durasi dalam satu kali sesi konseling HIV berkisar sekitar rata-rata 15-60 menit dalam satu kali sesi.[37]

4. Mengetahui hambatan pada proses konseling

Hambatan yang terjadi akan memengaruhi kualitas dari konseling HIV, stress emosional serta psikologis dapat meningkatkan kegagalan sistem imun dan *exhausted stage*.[38] Kurangnya pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap diri sendiri juga bisa disebabkan oleh rendahnya motivasi dalam mencari tahu informasi terkait HIV/AIDS. Hal tersebut akan melemahkan keinginan pasien dalam perubahan prilaku pencegahan penularan HIV/AIDS. Oleh karena itu, dibutuhkan motivasi diri, keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk disiplin dalam penerapan konseling HIV.[8]

5. Teori dan model yang digunakan untuk konseling HIV

Teori yang akan disampaikan akan berhubungan dengan etiologi, faktor resiko, gejala, diagnosis serta tatalaksana lanjutan. Hal ini didukung dengan teori *Health Belief Model* yang terkait mencegah penularan HIV dan penyakit menular seksual lainnya.[24]

2.3 Tinjauan Pustaka Pemahaman Pasien

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Pemahaman berarti proses, perbuatan dan cara memahami atau memaknai sesuatu. Pemahaman dan pengetahuan saling terkait karena pengetahuan akan membentuk perilaku.[6] Upaya untuk meningkatkan pemahaman terhadap HIV salah satunya bisa dilakukan melalui edukasi HIV/AIDS oleh tenaga kesehatan dengan informasi akurat dan

mudah dipahami. Setelah mendapatkan edukasi kesehatan, diharapkan terjadi perubahan baik dalam aspek psikologis, sosial dan kesehatan.

Menurut penelitian Apiyaningsih yang dilakukan di Bekasi, dari 250 masyarakat Desa Setia Asih sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik tentang HIV/AIDS sebanyak 53,1%. [7]

Terdapat faktor internal dan eksternal yang dapat memengaruhi tingkat pemahaman dan pengetahuan seseorang terhadap HIV/AIDS.

2.3.1 Faktor Internal

1. Usia

Pada penelitian Yana Aprianingsih yang dilakukan di Bekasi, presentase pengetahuan HIV usia 26-35 tahun (49,6%), 36-45 tahun (62,5%) dan 44-55 tahun 66,7%). Terlihat pengetahuan HIV yang baik paling tinggi ada pada usia 44-55 tahun dan akan meningkat seiring pertambahan usia. Namun penelitian menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara usia dan pengetahuan terkait HIV.[39]

2. Jenis Kelamin

Kementrian Kesehatan tahun 2020 melaporkan bahwa infeksi HIV lebih banyak terjadi pada laki-laki (65%) dibanding perempuan (15%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Defia Roza, dari 84 responden yang merupakan pasien HIV/AIDS yang membutuhkan konseling, 15,5% perempuan dan 84,5% nya laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa pada pasien HIV/AIDS yang melakukan konseling HIV dominasi oleh laki-laki. Ketimpangan ini diakibatkan oleh penggunaan NAPZA suntik dan perilaku seksual berisiko yang kerap dilakukan oleh laki-laki dibanding perempuan.[40]

Penelitian yang dilakukan oleh Yana Apriyaningsih yang dilakukan di Bekasi, perempuan memiliki dominansi pengetahuan yang jauh lebih baik (50,4%) dibanding laki-laki (36,6%). Namun hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dan pengetahuan terkait HIV/AIDS.[39] Didukung oleh penelitian Ariq Reynaldi pada 100 pelaut perempuan, menunjukkan perlaku baik (96%), sikap positif (99%) dan pemahaman yang baik tenang

HIV/AIDS (70%). Hal ini menujukkan dengan bekerja di tempat beresiko tinggi HIV/AIDS, namun pelaut perempuan dapat mengaplikasikan pengetahuan dan pemahamannya dalam kehidupan sehari-hari.[9]

3. Pendidikan

Pengetahuan dan sikap akan sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Ditemukan tingkat Pendidikan klien/pasien yang rendah akan lebih sulit memahami penjelasan sehinga penyampaian informasi juga menjadi terhambat.[36] Tujuan dari penanggulangan HIV/AIDS adalah menyediakan informasi dan suasana yang kondusif. Konseling HIV dinilai efektif untuk memberikan perhatian khusus kepada ODHA, karena akan terbangun hubungan kerjasama antara konselor dan klien/pasien.[41]

Menurut penelitian Defia Roza yang dilakukan konseling pada pasien HIV/AIDS berdasarkan tingkat pendidikan, responden tertinggi yang membutuhkan konseling HIV adalah SMA dan lulusan S1. Pendidikan jenjang SD, SMP dan Diploma memiliki presentase responden yang sedikit. Hal ini menunjukkan pasien HIV yang membutuhkan konseling didominasi SMA dan lulusan S1.[40]

Penelitian yang dilakukan oleh Yana Apriyaningsih di Bekasi, responden tertinggi yang berpengetahuan baik terhadap HIV/AIDS adalah tingkat pendidikan SD (75%). Diikuti dengan tingkat sarjana (62,5%), SMA (53,1%), D3 (46,4%) dan SMP (41,7%). Hasil penelitian tersebut, menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pendidikan dan pengetahuan HIV/AIDS.[39] Rizvi Pravitasari melaporkan bahwa tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada mahasiswa di Jakarta dalam kategori baik dengan presentase (59,2%) dan sikap pencegahan yang positif (56,0%). Hal ini menunjukkan pada mahasiswa di Jakarta, terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan sikap pencegahannya.[42]

4. Perilaku beresiko

Perilaku beresiko ialah perilaku yang dapat menyebabakan seseorang beresiko terserang penyakit. Tingkat pengetahuan seseorang terkait HIV dapat memengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan beresiko.[9] Pada tahun 2016, Kepala Dinas Kota Bekasi mengatakan kasus HIV di RSUD Kota Bekasi mencapai

3.434 orang dan AIDS mencapai 1.206 orang dengan faktor resiko tertinggi adalah dengan penggunaan narkoba suntik (44,5%). Pasangan heteroseksual (42,9%), juga memiliki risiko penularan tinggi yang disebabkan oleh perilaku seks tanpa kondom. Diikuti dengan presentase rendah pada homoseksual (5%), biseksual (5%) dan *tattoo* (0,1%).[39]

Penelitian Gumarianto tahun 2022, menyatakan bahwa tingginya jumlah kasus HIV terkait juga dengan pekerjaan dikarenakan seseorang yang telah memiliki penghasilan sendiri cenderung termotivasi untuk melakukan hubungan seksual yang tidak aman. Pekerjaan yang tergolong dalam kelompok rentan tersebut adalah sipil, militer, pelaut, nelayan, supir konstruksi, petugas kesehatan, dan buruh migran.[43] Yana Apriyaningsih menyatakan, di Bekasi ibu rumah tangga dan karyawan merupakan pekerjaan yang mendominasi. Rata-rata ibu rumah tangga (53,3%) dan PNS (52,6%) memiliki pengetahuan yang baik terkait HIV/AIDS. Berbanding terbalik dengan pekerjaan seperti karyawan (37,7%) dan wiraswasta (46,4) memiliki pengetahuan yang rendah. Hasil penelitian tersebut menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan terhadap pekerjaan dengan pengetahuan seseorang terhadap HIV/AIDS.[39]

Menurut penelitian Devia Roza yang dilakukan konseling pada pasien HIV/AIDS di VCT RSUP Dr.M.Jamil Padang, mayoritas bekerja sebagai swasta (46,5%) dan wiraswasta (22,7%). Pekerjaan ibu rumah tangga (11,9%) memiliki presentase sedang dan PNS (9,2%), buruh (4,9%), pedagang (2,4%), siswa (1,2%) & petani (1,2%) memiliki presentase rendah. Pekerjaan karyawan swasta memiliki faktor pencetus stress yang tinggi, yang memicu terjadinya perilaku seks menyimpang dan berisiko.[40]

5. Emosional dan Psikologis

ODHA kerap dikaitkan dengan homoseksual, biseksual, dan penggubaan obat terlarang. Hal ini membentuk perlakuan negatif seperti penolakan dan penghindaran dikarenakan stigma yang terbentuk dimasyarakat. Sehingga ODHA cenderung menarik diri dari lingkungan dan mengalami masalah psikologis. Penelitian Devia Roza melaporkan bahwa tingkat kecemasan pada pasien HIV yang melakukan konseling, lebih dari setengahnya memiliki kecemasan yang tinggi

(59,1%). Pasien lainnya memiliki kecemasan dalam kategori tinggi sedang (22,6%) dan rendah (8,3%). Tingkat kecemasan pasien HIV yang tinggi, akan berdampak pada kesehatan mental dan kehidupan sosial.[40]

2.3.2 Faktor Eksternal

1. Lingkungan

berasal dari orang terdekat yaitu orang tua, teman dan tetangga sebesar 37%. Walaupun petugas kesehatan lebih akurat dalam memberikan informasi, remaja lebih berani belajar dari teman-temannya. Lingkungan pendidikan berperan penting mengenai pencegahan penularan HIV melalui edukasi. Edukasi yang tepat, akan menimbulkan kesadaran yang akan berkorelasi dengan sikap seseorang.[42]

2. Stigma Masyarakat

Stigma negatif dibentuk oleh presepsi dan sikap diskriminasi. ODHA menyadari stigma dan diskriminasi membentuk opnini buruk tentang diri mereka. Rasa khawatir akan perlakuan tidak adil dan penilaian buruk orang lain akan membentuk tekanan emosional. Hal ini yang akan menghambat proses pengobatan dan penyakit bisa terus berlanjut menjadi AIDS. Pemahaman menyeluruh terkait HIV/AIDS akan menurunkan stigma dan diskriminasi yang kerap dialami oleh ODHA.[9]

3. Media Massa

Pengetahuan akan dioleh menjadi sumber informasi, lalu tebentuklah presepsi bahwa semakin banyak informasi yang didapat akan semakin positif sikap yang ditunjukkan. Media massa yang biasa digunakan ialah internet, televisi dan radio. Penelitian yang dilakukan oleh Rizvi Pravitasari, sumber pengetahuan HIV/AIDS di kalangan remaja berasal dari sosial media (101%), kampus/dosen (32%), media cetak (20%) dan media elektronik (16%).[42]

2.4 Hubungan Antara Konseling HIV terhadap Pemahaman Pasien

Konseling HIV/AIDS adalah dialog antara konselor dengan pasien/klien untuk memberikan informasi dan dapat dimengerti pasien/klien.[35] Pengetahuan adalah informasi, keterampilan dan pemahaman yang diperoleh melalui pendidikan ataupun pengalaman. Pengetahuan atau pemahaman yang baik akan membentuk

prilaku seseorang. Informasi yang kita terima, akan masuk melalui indra (penglihatan, pendengaran, dll) dan diproses diarea sensorik konteks serebri. Korteks prefrontal terkait dengan pengambilan keputusan dan perencanaan, sedangkan sistem limbik yang terbagi menjadi amigdala dan hipokampus akan memproses emosi. Amigdala akan mengidentifikasi stress atau emosi, sedangkan hipokampus akan menyimpan informasi sebagai pembelajaran dan memori. Koneksi ini akan membentuk pemahaman yang akan memengaruhi sikap, motivasi dan pengambilan keputusan.[44] Sikap adalah tanggapan atau respons terhadap stimulus atau objek tertentu. Dari stimulus, sikap akan mencerminkan reaksi emosional dan kecenderungan pengambilan keputusan. Akibatnya, sikap yang diterapkan terhadap pencegahan HIV/AIDS akan sangat memengaruhi perilaku seksual dan sosial masing-masing individu.[45]

2.4.1 Dampak Antara Konseling HIV terhadap Pemahaman Pasien

Menurut penelitian Devia Roza yang dilakukan konseling pada pasien HIV/AIDS di VCT RSUP Dr.M.Jamil Padang, pasien HIV yang melakukan konseling adalah mayoritas berjenis kelamin laki-laki (84,5%), berpendidikan terakhir SMA (57,1%), perkejaan swasta (46,5%) dan memiliki kecemasan yang tinggi (59,1%).[40] Beberapa dampak konseling HIV terhadap pemahaman pasien yaitu memfasiltasi informasi, meningkatkan manajemen dan penerimaan diri, memudahkan rujukan jika diperlukan, meningkatkan kualitas hidup. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Triyoso di Klinik VCT RSUD Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang menunjukkan hasil uji menunjukkan nilai p=(0,000<0,5) sehingga disimpulkan adanya pengaruh konseling terhadap harga diri klien /pasien HIV/AIDS. Konseling HIV mengarahkan cara berpikir individu untuk memiliki citra diri yang baik sebagai fondasi untuk membangun perubahan perilaku dan meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah. Konseling HIV dapat memberikan dukungan psikologis dan bisa menjadi penyalur bagi orang terdekat sebagai upaya preventif penularan HIV.[46]

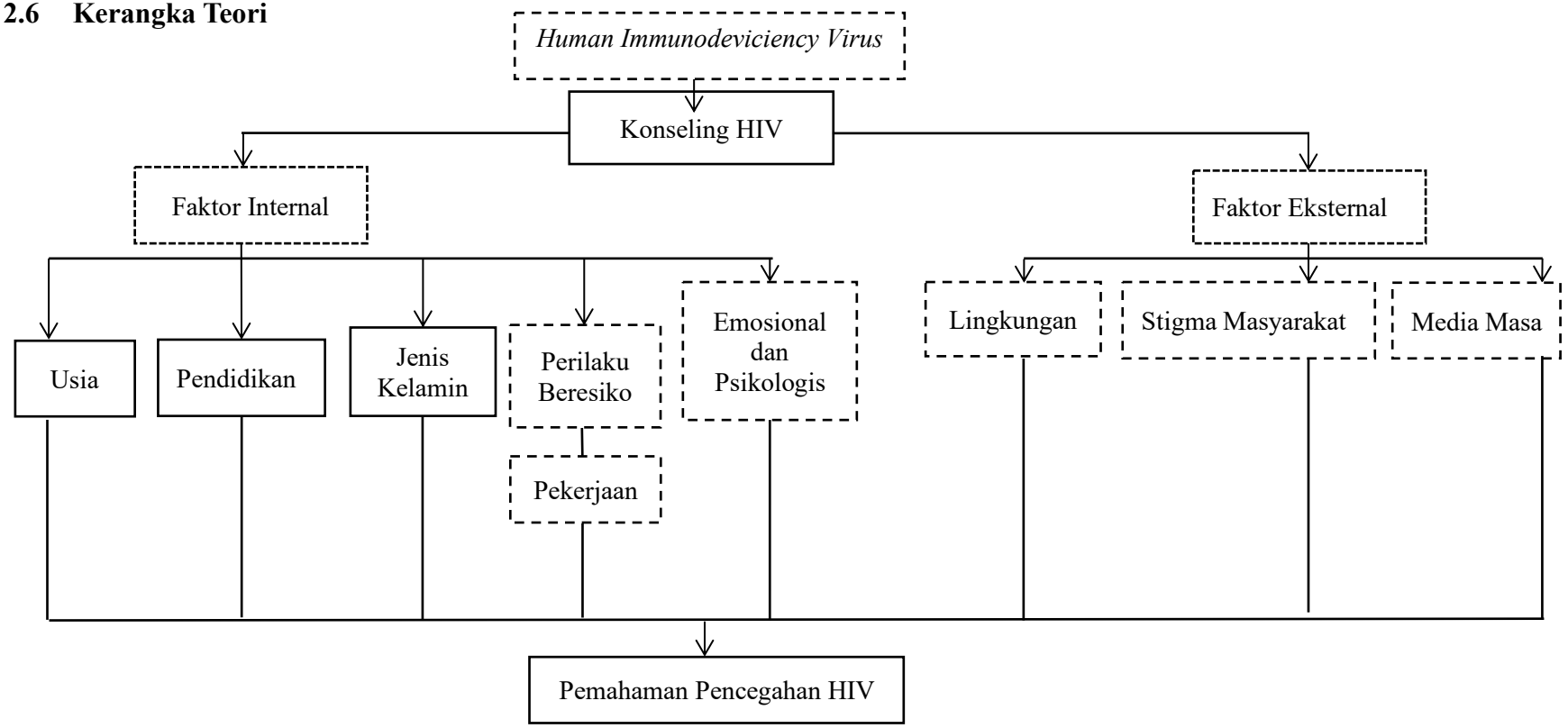
2.5 Ringkasan Pustaka

Tabel 1. Ringkasan Pustaka

Peneliti	Lokasi	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama studi	Hasil
Nur Ainun Jambak, Aria Wahyuni [8]	Klinik HIV/ADIS di Rumah Sakit Bukkittinggi, Sumatera Barat	*Cross-sectional Study*	Pasien HIV/AIDS yang aktif mengunjungi klinik HIV/AIDS berjumlah 98 orang.	Pengetahuan, sikap dan dukungan sosial	Tahun 2016	Terdapat hubungan antara konseling HIV dengan perubahan prilaku pasien HIV/AIDS (p=0,005)
Rabiatul Adawiya, Lalu Fahril Ilham [1]	Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara	*Cross-sectional Study*	170 Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Usia 18-21 Tahun.	Variabel independent yang digunakan adalah pengetahuan HIV/AIDS. Sementara Variabel dependent yang digunakan adalah sikap dalam pencegahan penularan HIV/AIDS	Tidak dicantumkan	Terdapat hubungan signifikan antara edukasi HIV terhadap peningkatan pengetahuan dalam pencegahan HIV (p<0,001)

Peneliti	Lokasi	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama studi	Hasil
Ariq Reynaldi, Maya Trisiswati, Siti Nur Riani [9]	Industri maritim di Indonesia	*Cross-sectional*	100 pelaut perempuan di Indonesia	Variabel independent yang digunakan adalah pengetahuan dan sikap. Sementara Variabel dependent yang digunakan adalah perilaku pencegahan HIV/AIDS	Tidak dicantumkan	Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku HIV/AIDS (p=0,051)
Sondang Ratnauli Yana Aprianingsih.[39]	Desa Setia Asih, RT.07, Bekasi	*Cross-sectional*	160 Warga dengan usia 26-55 tahun	Variabel bebas: Karakteristik individu (misalnya usia, pendidikan, pekerjaan, dsb.) Variabel terikat: Tingkat pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS	Tahun 2021	Terdapat hubungan antara karakteristik individu (usia, pendidikan, jenis kelamin) terhadap tingkat pengetahuan HIV/AIDS (p < 0,05)

2.6 Kerangka Teori



2. Kerangka Teori

Keterangan :

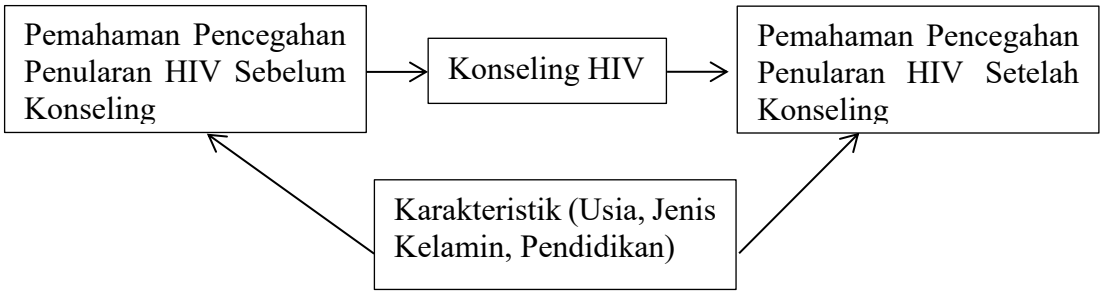
Diteliti

Tidak diteliti

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep

Kerangka konseptual penelitian ini terdiri dari dua variabel: variabel bebas dan variabel tergantung. Variabel bebas adalah faktor yang menyebabkan efek pada variabel tergantung, sedangkan variabel tergantung adalah faktor yang dipengaruhi oleh variabel bebas. Makalah ini memberikan penjelasan yang komprehensif mengenai kerangka konseptual tersebut.



3. Kerangka Konsep

Variabel bebas :

Konseling HIV, Karakteristik (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan)

Variabel tergantung :

Pemahaman Pencegahan Penularan HIV

3.2 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi variabel	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil pengukuran	Skala pengukuran	Referensi
Usia	Usia setiap individu yang dihitung mulai dari dilahirkan hingga ulang tahun terakhir.	Kuisioner	Wawancara	1. 26-35 tahun (Dewasa Awal) 2. 36-45 tahun (Dewasa Akhir) 3. 46-55 tahun (Lansia Awal)	Ordinal	Kemenkes 2009. [47]
Jenis Kelamin	Perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam peran, fungsi, tanggung jawab, dan organ biologis.	Kuisioner	Wawancara	1. Perempuan 2. Laki-laki	Nominal	Badan Pusat Statistik 2020.[48]
Pendidikan	Tingkatan pendidikan secara sistematis dan berjenjang.	Kuisioner	Wawancara	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. D3 5. S1/S2/S3	Nominal	RUU Sistem Pendidikan Nasional 2022. [49]
Konseling HIV	Proses dialog untuk memberikan informasi antara konselor dengan pasien/klien.	-	-	-	-	Arief Budiman.[46]

Variabel	Definisi variabel	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil pengukuran	Skala pengukuran	Referensi
Pemahaman HIV	Pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap HIV.	Kuesioner *Pre-test* dan *Post-test*	Wawancara	Skor Total 1. 0-11 Kurang 2. 12-23 Cukup 3. 24-34 Baik	Interval	Ghifari Andini Mukti.[50]

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain analisis observasional dengan metode *Quasi Experimental* dengan *one group pretest-posttest design.* Desain ini digunakan untuk mengetahui pengaruh intervensi konseling HIV terhadap pemahaman responden dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Selanjutnya, data yang diperoleh akan menjalani pemeriksaan dengan menggunakan metodologi analisis statistik menggunakan aplikasi *software* SPSS.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.2.1 Lokasi

Lokasi penelitian ini dilakukan di Komisi Penanggulangan AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi.

4.2.2 Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan September-November 2025.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah

a. Target : Penderita HIV di seluruh Jawa Barat
b. Terjangkau : Penderita HIV berumur 26-55 tahun yang tergabung dalam Komisi Penanggulangan AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi.

4.3.2 Besar sampel

Populasi yang dipilih adalah seluruh masyarakat Kabupaten Bekasi yang bersedia mengikuti penelitian. Besar sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus yang sudah ditetapkan.

Rumus populasi infinit:

$$n_0 = \frac{Z^2 \; x \; p \; x \; q}{E^2}$$

Keterangan:

n_0 : Besar sample optimal yang dibutuhkan.

Z : Pada tingkat kemaknaan 95%, nilai Z adalah 1,96

p : Prevalensi pemahaman baik terhadap HIV/AIDS (53,1%)[39]

q : Prevalensi pemahaman buruk terhadap HIV/AIDS = $(1 - p)$

E : Presisi 10% = 0,05

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{E^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \; x \; 0{,}531 \; x \; (1 - 0{,}531)}{(0{,}05)^2}$$

$$n_0 = \frac{3{,}8416 \; x \; 0{,}531 \; x \; 0{,}469}{0{,}0025}$$

$$n_0 = \frac{0{,}955}{0{,}0025}$$

$$= 382$$

Rumus populasi finit:

$$n = \frac{n_0}{1 + (\frac{n_0 - 1}{N})}$$

Keterangan:

n_0 : Hasil perhitungan dari populasi infinit

N : Total populasi sebenarnya 50 pasien HIV yang melakukan konseling

$$n = \frac{n_0}{1 + (\frac{n_0}{N})}$$

$$= \frac{382}{1 + (\frac{382 - 1}{50})}$$

$$= \frac{382}{8{,}62}$$

$$= 44{,}3$$

$$= 44 + 15\% = 50 \text{ responden}$$

Berdasarkan data penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yana Apriyangsih, yang menunjukkan bahwa 53,1% masyarakat Bekasi memiliki

pengetahuan yang baik tentang HIV. Data ini menjadi dasar dalam menentukan proporsi untuk menghitung jumlah sample pada penelitian ini.[39]

Setelah dilakukan perhitungan, jumlah sample diperoleh sebanyak 44 responden. Untuk mencegah terjadinya *drop out*, perhitungan harus ditambahkan 15% dari jumlah sampel. Dari perhitungan tersebut didapatkan total keseluruhan sampel dalam penelitian ini menjadi 50 responden.

4.3.3 Pemilihan sampel

Penelitian ini menggunakan metode *consecutive sampling* untuk strategi pengambilan sampel. Penelitian ini akan dilakukan di Komisi Penanggulangan AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi.

Kriteria inklusi pada penelitian adalah sebagai berikut:

b. Semua responden HIV berumur 26-55 tahun yang datang ke Komisi Penanggulangan AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi.
c. Responden bersedia mengisi kuesioner penelitian dan diberikan konseling HIV.

Kriteria eksklusi pada penelitian adalah sebagai berikut:

a. Data kuesioner yang tidak terisi lengkap atau terdapat kerusakan sehingga data tidak dapat terbaca.

4.4 Bahan dan instrumen penelitian

4.4.1 Bahan Penelitian

1. Lembar *Inform Consent*
2. Kuesioner pemahaman HIV/AIDS (*pre-test* dan *post-test*)
3. Materi Konseling

Konseling HIV akan dilakukan dengan presentasi oleh dokter pembimbing yang ada di KPAD Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi dengan durasi masing-masing pasien 15 menit. Materi konseling HIV/AIDS yang diberikan berisi pengertian, perbedaan HIV dan AIDS, transmisi penularannya, gejala yang dirasakan, pencegahan dan dampak sosial terhadap ODHA.

4.4.2 Instrumen Penelitian

Data yang digunakan pada penelitian ini menggunakan data primer. Data primer berupa kuesioner serta pengamatan/inspeksi yang akan dilakukan oleh peneliti. Data kuesioner berisi pertanyaan pengetahuan terkait HIV sebanyak 34 butir soal yang akan diberikan sebagai *pre-test* dan *post-test.* Setiap pertanyaan tersebut akan dihitung berdasarkan jawaban benar diberi skor 1 dan salah diberi skor 0.

4.5 Pengolahan data

Proses pengolahan data pada penelitian ini menggunakan program perangkat lunak SPSS 30 (*Statistic Package for Sosial Science*), dengan pengolahan data meliputi *editing, coding, entry*, dan *cleaning* sebagai berikut:

1. *Editing*

   Editing merupakan langkah awal dalam proses pengolahan data. Tahapan ini penting untuk memastikan kelengkapan dan konsistensi data yang diperoleh dari wawancara kuesioner. Selain itu, pembahasan mengenai metode editing yang digunakan dan kriteria yang dijadikan acuan dalam mengedit data juga perlu disertakan. Misalnya, apakah terdapat kriteria tertentu untuk menentukan apakah suatu data perlu dihapus atau dimasukkan ke dalam analisis.

2. *Coding*

   Coding merupakan proses mengubah data kualitatif menjadi data kuantitatif dengan memberikan kode-kode tertentu. Pembahasan tentang jenis-jenis coding yang digunakan, seperti coding terbuka atau tertutup, serta alasan memilih metode coding tertentu dapat menjadi tambahan yang relevan. Selain itu, pembahasan mengenai konsistensi dalam pemberian kode dan proses verifikasi kode juga perlu disertakan.

3. *Entry*

   Entry merupakan tahapan selanjutnya setelah data telah melalui proses editing dan coding. Pada tahap ini, data yang telah diolah akan dimasukkan ke dalam perangkat lunak statistik seperti SPSS. Pembahasan mengenai teknik entry data yang digunakan, seperti manual entry atau menggunakan metode

import data, serta langkah-langkah pemeriksaan kembali data setelah proses entry juga perlu dimasukkan.

4. *Cleaning*

Cleaning merupakan tahapan terakhir dalam proses pengolahan data sebelum dilakukan analisis. Pada tahap ini, data yang telah di-entry akan dikoreksi untuk memastikan kelengkapan dan kebenaran data. Pembahasan mengenai teknik *cleaning* yang digunakan, seperti identifikasi dan penanganan *missing values, outlier detection*, dan proses validasi data, dapat menjadi tambahan yang relevan. Selain itu, pembahasan mengenai langkah-langkah untuk memastikan bahwa data sudah siap untuk dilakukan analisis yang disertakan.

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memberikan gambaran distribusi frekuensi dan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Dalam konteks ini, untuk menggambarkan distribusi data dari variabel bebas konseling HIV dengan pemahaman pencegahan HIV dalam bentuk persentase dan frekuensi. Statistik deskriptif memberikan gambaran yang jelas tentang sebaran data, seperti mean, median, modus, serta rentang nilai, yang membantu dalam mengevaluasi pola dan trend yang mungkin ada dalam data.

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan adalah uji paired sample *t-test* dilakukan untuk mengetahui perbedaan skor pemahaman sebelum dan sesudah intervensi dalam kelompok yang sama. Tujuan dari analisis ini adalah untuk melihat apakah terdapat peningkatan signifikan dalam pemahaman peserta setelah pemberian konseling. Sebelum dilakukan uji paired sample *t-test*, dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui apakah distribusi data skor pemahaman sebelum dan sesudah intervensi terdistribusi normal. Untuk menguji normalitas, digunakan uji Kolmogorov Smirnov atau Shapiro Wilk dengan tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$

1. Jika $p>0,05$, data berdistribusi normal maka digunakan uji paired sample t-test
2. Jika $p\leq0,05$, data tidak berdistribusi normal, maka digunakan uji non-parametrik yaitu Wilcoxon Signed Eank Test sebagai alternatif.

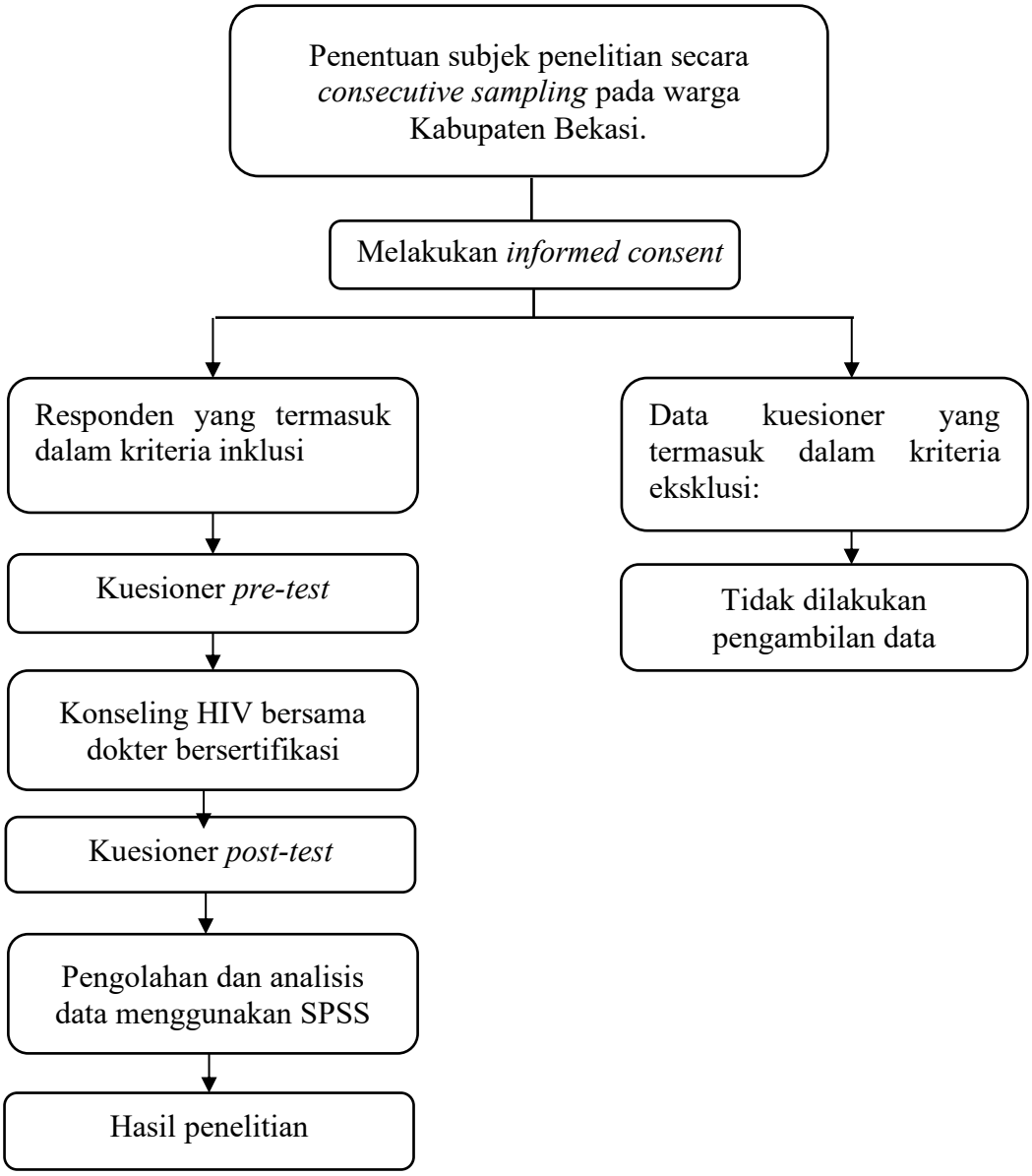
Pengambilan keputusan berdasarkan nilai signifikansi (*p-value*) dengan signifikansi $\alpha = 0,05$ di mana pada nilai *p* pada tingkat kepercayaan 95% sebagai berikut:

1. Jika nilai *sig* $p<0,05$ menunjukkan intervensi berpengaruh signifikan, maka hipotesis penelitian (H_o) ditolak dan (H_i) diterima.
2. Jika nilai *sig* $p\geq0,05$ menunjukkan intervensi tidak berpengaruh signifikan, maka hipotesis penelitian (H_o) diterima dan (H_i) ditolak.

Selain itu, analisis hivariat juga digunakan uji Chi-Square untuk mengetahui hubungan antara karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, pendidikan dengan pemahaman tentang pencegahan penularan HIV setelah diberikan intervensi konseling. Kriteria pengambilan keputusan untuk uji Chi-Square juga menggunakan tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ nilai *p* pada tingkat kepercayaan 95% sebagai berikut:

1. Jika nilai *sig* $p>0,05$ menunjukkan hasil tidak bermakna atau tidak berhubungan, maka hipotesis penelitian (H_o) diterima dan (H_i) ditolak.
2. Jika nilai *sig* $p=0,05$ menunjukkan hasil bermakna atau berhubungan, maka hipotesis penelitian (H_o) ditolak dan (H_i) diterima.
3. Jika nilai *sig* $p<0,05$ menunjukkan hasil bermakna atau berhubungan maka hipotesis penelitian (H_o) ditolak dan (H_i) diterima.

4.7 Alur Kerja Penelitian



4. Alur Kerja Penelitian

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan dengan menjunjung tinggi prinsip-prinsip etika penelitian. Memastikan perlindungan hak dan kesejahteraan subjek penelitian, seluruh prosedur penelitian yang melibatkan partisipasi manusia akan diajukan untuk mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian yang berwenang. Persetujuan etik ini akan diperoleh sebelum pengumpulan data dimulai, guna memastikan bahwa penelitian ini memenuhi standar etika tertinggi, termasuk namun tidak terbatas pada prinsip otonomi (informasi dan persetujuan), *beneficence* (manfaat maksimal dan risiko minimal), serta *justice* (keadilan dalam seleksi dan perlakuan subjek).

4.9 Penjadwalan Penelitian

Tabel 3. Penjadwalan Penelitian

Tahapan Kegiatan			**Waktu Dalam Bulan**										
			2025-2026										
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
A	**Perencanaan**												
	1	Pemilihan Topik											
	2	Pembuatan Proposal											
	3	Konsultasi Pembimbing											
	4	Presentasi Proposal											
B	**Pelaksanaan**												
	1	Pengumpulan data											
	2	Pengolahan Data											
	3	Konsultasi Pembimbing											
C	**Pelaporan Hasil**												
	1	Penulisan Bab 5,6,7											
	3	Diskusi											
	4	Presentasi Hasil											
	5	Perbaikan											

DAFTAR PASTAKA

1. Adawiya R, Ilham LF. Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara tentang Infeksi HIV dan Perilaku Pencegahan HIV Pranikah. SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal [Internet]. 2023 Sep 30 [cited 2025 Jul 24];5(1):50–4. Available from: https://doi.org/10.32734/scripta.v5i1.11021
2. WHO. HIV and AIDS [Internet]. World Health Organization. 2024 [cited 2025 May 25]. Available from: https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
3. WHO. Key Targets Across HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections. In: Global Health Sector Strategies on, Respectively, HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for The Period 2022-2030. Geneva: World Health Organization; 2022. p. 134.
4. Dinkes Jabar. Jumlah Kasus HIV Berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Barat [Internet]. Dinas Kesehatan Jawa Barat. 2023. Available from: opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-kasus-hiv-berdasarkan-kelompok-umur-di-jawa-barat
5. Triyoso, Yusuf, Budiman MA. Pengaruh Konseling terhadap Harga Diri Klien HIV/AIDS di Klinik Voluntary Counseling and Testing (VCT) di RSUD Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2018. Holistik Jurnal Kesehatan. 2018;12(3):170–7.
6. Pravitasari R, Teodhora, Welnas DM. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Dengan Sikap Pencegahan HIV/AIDS pada Mahasiswa X di Jakarta. Jurnal Farmasi Ma Chung Sains Teknologi dan Klinis Komunitas. 2024;2(1):13–21.
7. Hasibuan A, Maulana MFZ, Mauliah S. Melonjaknya Kasus HIV Dikalangan Remaja Indonesia. Amsir Community Service Journal [Internet]. 2024 Jan 15 [cited 2025 Jul 24];2(1):1–8. Available from: https://doi.org/10.62861/acsj.v2i1.392
8. Jambak A, Wahyuni A. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku Pasien HIV/AIDS [Internet]. Vol. 1, Jurnal Mutiara Ners. 2018 [cited 2025 Jul 23]. Available from: https://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/NERS/index
9. Reynaldi A, Trisiswati M, Riani SN. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Terhadap HIV-AIDS pada Pelaut Perempuan di Indonesia Relationships Of Knowledge, Attitudes, and Behavior Regarding HIV-AIDS Among Women Seafarers in Indonesia [Internet]. Vol. 2, Junior Medical Journal. 2024 [cited 2025 Jul 24]. Available from: https://doi.org/10.33476/jmj.v2i5.4089
10. UNAIDS. HIV and AIDS - Basic Facts [Internet]. UNAIDS Frequently Asked Questions. 2023. Available from: https://www.unaids.org/en/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids

11. Yuliyanasari N. Global Burden Desease - Human Immunodeficiency Virus - Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV-AIDS). Qanun Medika: Jurnal Kedokteran FKUM Surabaya. 2017;1(1).
12. Farozi F, Marlina L, Andini SP. Edukasi Pencegahan Penyakit HIV/AIDS pada Remaja di SMAN 1 Cibitung Kabupaten Bekasi. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM) [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 Jul 24];7(4):1752–65. Available from: https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i4.13942
13. Sudigdoadi S. IMUNOPATOGENESIS INFEKSI HIV [Internet]. [cited 2025 Jul 23]. Available from: https://pustaka.unpad.ac.id/archives/135890](https://pustaka.unpad.ac.id/archives/135890
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Eksekutif Perkembangan HIV/ AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Tahun 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 23]. Available from: https://www.kemkes.go.id
15. Hidayati AN, Indriatmi W, Daili SF, Niode NJ, Budiono SE, Barakbah J. Manifestasi dan Tatalaksana Kelainan Kulit dan Kelamin pada Pasien HIV/AIDS. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2018. 372 p.
16. Afif Nurul Hidayati SFD. Manifestasi dan Tatalaksana Kelainan Kulit dan Kelamin pada Pasien HIV/AIDS [Internet]. Afif Nurul Hidayati SFDNJN, editor. 2018 [cited 2025 Jul 23]. Available from: https://lib.ui.ac.id
17. IAPAC. About HIV. June. International Association of Providers of AIDS Care. Pennsylvania: International Association of Providers of AIDS Care; 2024. 3 p.
18. International Association of Providers of AIDS Care. About HIV [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 23]. Available from: https://www.iapac.org/fact-sheet/what-is-aids/
19. Rohmatullailah D, Fikriyah D. Faktor Risiko Kejadian HIV pada Kelompok Usia Produktif di Indonesia. Jurnal BIKFOKES: Biostatistik, Kependudukan dan Informatika Kesehatan. 2021;2(1):45–59.
20. Fitrianingsih F, Ersa CB, Indriyani D, Wirdayanti W. Gambaran Karakteristik Pasien HIV di Poli Rawat Jalan RSUD Raden Mattaher Jambi. Jurnal Ilmiah Ilmu Terapan Universitas Jambi|JIITUJ| [Internet]. 2022 Dec 8;6(2):164–72. Available from: https://online-journal.unja.ac.id/JIITUJ/article/view/6131
21. Amelia M, Hadisaputro S, Laksono B, Anies. Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Kejadian HIV/AIDS pada Laki-Laki Umur 25-44 Tahun di Kota Dili, Timor Leste. Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas. 2016;1(1):39–47.
22. Navy and Marine Corps Public Health Center. Condoms. United States med Navy and Marine Corps Public Health Center (NMCPHC) and The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Navy and Marine Corps Public Health Center; 2018. p. 2.

23. WHO. Condoms [Internet]. World Health Organization. 2025 [cited 2025 Feb 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/condoms
24. Ernawati, Purnami LA, Ummah K, Primadewi K, Dwijayanti LA, Armayanti LY, et al. HIV/AIDS pada Ibu Hamil. 1st ed. Malang: Rena Cipta Mandiri; 2022. 282 p.
25. WHO (World Health Organization). HIV and AIDS. 2023 Nov 28 [cited 2025 Jul 23]; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
26. Ratna Sari Dewi ASSR. HIV/AIDS Pada Ibu Hamil. 2021.
27. Putri DA, Sitorus RJ, Najmah. Perilaku Berisiko Penularan HIV-AIDS pada Lelaki Seks Lelaki: Studi Literatur. Health Information: Jurnal Penelitian. 2023;
28. Sudigdoadi S. Imunopatogenesis Infeksi HIV. Artikel. Bagian Mikrobiologi Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran; 2015.
29. Afif Nurul Hidayati ANR. Manajemen HIV & AIDS. 2019.
30. Suhaimi D, Savira M, Krisnadi SR. Pencegahan dan Penatalaksanaan Infeksi HIV/AIDS pada Kehamilan. MKB: Majalah Kedokteran Bandung. 2009;41(2).
31. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual. Peraturan Menteri Kesehatan. 2022. p. 119.
32. Suryono, Nasronudin. Clinical Description and Diagnosis of HIV/AIDS. IJTID: Indonesian Journal of Tropical and Infectious Disease. 2014;5(1):23–7.
33. Swinkels HM, Nguyen AD, Gulick PG. HIV and AIDS. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024. 107 p.
34. Tambunan A. Efektifitas Komunikasi Konseling Terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam Memperpanjang Harapan Hidup (Studi Kasus Konselor di Komite AIDS HKBP). GOVERNANCE: Jurnal Ilmiah Kajian Politik Lokal dan Pembangunan. 2020;7(2).
35. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
36. Tambunan A. Efektivitas Komunikasi Konseling terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam Memperpanjang Harapan Hidup (Studi Kasus Konselor Di Komite AIDS HKBP). GOVERNANCE: Jurnal Ilmiah Kajian Politik Lokal dan Pembangunan [Internet]. 2021 Sep 10 [cited 2025 Jul 24];7(2). Available from: https://doi.org/10.56015/governance.v7i2.23
37. Musayón-Oblitas Y, Cárcamo C, Gimbel S. Counseling for improving adherence to antiretroviral treatment: a systematic review. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV. 2019 Jan 2;31(1):4–13.

38. Jayani I, Ruffaida FS. Pengaruh Pendekatan Melalui Konseling Interpersonal Terhadap Respon Sosial, Emosional dan Spiritual pada Pasien HIV/AIDS. Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan. 2020;8(1):62–73.
39. Sianturi SR, Aprianingsih Y. Hubungan Karakteristik Individu dengan Tingkat Pengetahuan Masyarakat tentang Penyakit HIV/AIDS di Bekasi. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama [Internet]. 2021 Oct 28 [cited 2025 Jul 24];10(3):210. Available from: https://doi.org/10.31596/jcu.v10i3.422
40. Roza D, Alfitri A, Yanti N, Wirza TR. Analisis Kebutuhan Konseling pada Pasien HIV/AIDS. Jurnal Kesehatan Medika Saintika [Internet]. 2024 Jun 14 [cited 2025 Jul 24];15(1):96. Available from: http://dx.doi.org/10.30633/jkms.v15i1.2152
41. Agung A, Adhiputra N, Maba W, Dartiningsih W. Pengembangan Model Layanan Profesional Konseling HIV/AIDS di Provinsi Bali Berbasis Front-End Analysis. Indonesian Journal of Educational Development [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 24];1(3). Available from: https://doi.org/10.5281/zenodo.4293688
42. Teodhora. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Dengan Sikap Pencegahan HIV/AIDS pada Mahasiswa X di Jakarta. Jurnal Farmasi Ma Chung: Sains, Teknologi, dan Klinis Komunitas [Internet]. 2024 Jul 6 [cited 2025 Jul 24];2(1). Available from: https://doi.org/10.33479/jfmc.v2i1.26
43. Gumarianto RS, Lardo S, Chairani A. Hubungan antara Hitung Jumlah CD4 dengan Kejadian Wasting Syndrome pada Pasien HIV/AIDS di RSPAD Gatot Soebroto Periode Januari-Desember 2020. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan : Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya [Internet]. 2022 May 9 [cited 2025 Jul 24];9(2):133–42. Available from: https:// journal.fk.unsri.ac.id /index.php/jkk/article/view/16975
44. Goel M, Mittal A, Jain VR, Bharadwaj A, Modi S, Ahuja G, et al. Integrative Functions of the Hypothalamus: Linking Cognition, Emotion and Physiology for Well-being and Adaptability. Ann Neurosci. 2025;32(2):128–42.
45. Nurfadillah N, Indawati E. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada Siswa Kelas VIII.1 SMPI Darul Mu'minin Bekasi. MAHESA : Malahayati Health Student Journal [Internet]. 2024 Jan 1;5(1):443–53. Available from: https://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/MAHESA/article/view/16470
46. Arief Budiman M, Program Studi Ilmu Keperawatan D, Kedokteran F, Malahayati Bandar Lampung U, Moeloek Bandar Lampung Provinsi Lampung A. Pengaruh Konseling terhadap Harga Diri Klien HIV/AIDS di Klinik Voluntary Counseling and Testing (VCT) di RSUD. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2018 [Internet]. Vol. 12. 2018 [cited 2025 Jul 24]. Available from: https://doi.org/10.33024/hjk.v12i3.116

47. Kementrian Kesehatan 2009. Kategori Umur Balita, Remaja, dan Dewasa Menurut Kemenkes [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 27]. Available from: https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia
48. Badan Pusat Statistik. Klasifikasi atau Pengelompokan Jenis Kelamin [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 27]. Available from: https://sensus.bps.go.id/topik/tabular/sp2020/2/4/1?utm
49. RUU Sistem Pendidikan Nasional 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 27]. Available from: https://sisdiknas.kemdikbud.go.id/naskah-ruu-sisdiknas/
50. Ghifari Andini Mukti ST dan MRH. Pengaruh Peer Education terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang HIV/AIDS di SMAN 1 Kretek Bantul Tahun 2018. 2018;

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table Univariat*

Karakteristik	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki		
Perempuan		
Usia		
26-35 tahun (Dewasa Awal)		
36-45 tahun (Dewasa Akhir)		
46-55 tahun (Lansia Awal)		
Pendidikan		
SD		
SMP		
SMA		
D3		
S1/S2/S3		
Pemahaman HIV		
Baik		
Cukup		
Buruk		

Lampiran 2. *Dummy Table Bivariat*

Variabel	Pemahaman HIV			P-value
	Baik	Cukup	Buruk	
Jenis kelamin				
Laki-laki				
Perempuan				
Usia				
26-35 tahun				
(Dewasa Awal)				
36-45 tahun				
(Dewasa Akhir)				
46-55 tahun				
(Lansia Awal)				
Pendidikan				
SD				
SMP				
SMA				
D3				
S1/S2/S3				

Lampiran 3. *Table Paired t-test*

Kelompok	Mean	Std. Deviation	t	Sig.
Pre-test				
Post-test				

KUISIONER

HUBUNGAN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS DENGAN PEMAHAMAN PASIEN TERHADAP PENCEGAHAN PENULARANNYA

Lengkapilah identitas diri Anda di tempat yang telah tersedia.

A. Identitas Responden

1. Nama responden :

2. Umur :

3. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (Bulatkan salah satu)

4. Pendidikan Terakhir :

B. Kuesioner Pemahaman

Dibawah ini terdapat beberapa pertanyaan yang berhubungan dengan pemahaman, pilihlah jawaban benar jika anda merasa jawaban benar dan pilihlah jawaban salah jika anda merasa jawaban salah dengan memberikan tanda cek (v) pada kolom yang tersedia.

NO	Pernyataan	Pilihan Jawaban	
		Benar	Salah
1.	HIV adalah singkatan Human Immunodeficiency Virus.		
2.	AIDS adalah singkatan dari Acquired Imunodefisiency Syndrom.		
3.	HIV merusak sistem kekebalan tubuh sehingga daya tahan penderita AIDS akan menurun.		
4.	HIV/AIDS penyakit yang bisa disembuhkan dengan penyuntikan antibiotik secara rutin.		
5.	HIV ditemukan dalam darah, air mani, dan cairan alat kelamin perempuan.		
6.	Perilkau seksual yang menyimpang merupakan perilaku beresiko tertular HIV/AIDS.		

7.	Pencandu narkoba memiliki kecenderungan tertular HIV/AIDS.		
8.	Jarum suntik yang dipakai oleh pecandu narkoba dapat menjadi media penularan HIV pada pecandu lain.		
9.	AIDS hanya menyerang orang asing, wanita tuna susuila, dan homoseks.		
10.	HIV/AIDS hanya menular melalui hubungan seks saja.		
11.	Kelompok yang beresiko tinggi tertular HIV/AIDS yaitu kelompok yang sering berganti-ganti pasangan.		
12.	HIV/AIDS tidak menular kepada wanita baik-baik seperti ibu rumah tangga.		
13.	HIV/AIDS dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk.		
14.	HIV/AIDS bisa menular melalui transfusi darah.		
15.	HIV/AIDS bisa menular melalui pemakaian jarum tato bekas pakai penderita HIV.		
16.	Kita bisa tertular HIV/AIDS jika berhubungan seks tanpa menguunakan kondom.		
17.	HIV/AIDS bisa menular melalui alat-alat makan bekas penderita HIV/AIDS.		
18.	HIV/AIDS dapat menular jika berenang bersama-sama dengan penderita HIV/AIDS.		
19.	HIV/AIDS dapat menular melalui penggunaan WC dan kamar mandi bersama.		
20.	Seorang ibu yang menderita HIV/AIDS dapat menularkan penyakitnya pada bayi yang dikandungnya.		
21.	Penderita AIDS dapat menularkan penyakitnya memalui batuk dan bersin.		
22.	Seseorang yang terinveksi HIV belum dapat menularkan HIV pada orang lain karena belum sampai tahap AIDS.		
23.	Menurunnya daya tahan tubuh penderita AIDS menyebabkan bebrapa penyakit akan timbul dan penyakit yang biasa bagi orang lain dapat menjadi penyakit yang parah bagi penderita AIDS.		
24.	Gejala AIDS yang berat yaitu berupa penyakit jantung berat, kencing manis berat, dan ginjal.		

25.	Gejala awal serangan AIDS kadang menunjukkan gejala ringan yaitu berupa gatal-gatal, demam, keringat malam, flu biasa.		
26.	P ada tahap AIDS panderita diserang beberapa macam infeksi keganasan.		
27.	Pada tahap AIDS dapat ditemukan beberapa jenis kanker kelenjar getah bening dan kanker pada kulit.		
28.	Untuk mencegah HIV/AIDS setelah melakukan hubungan seks sebaiknya mencuci alat kelamin dan meminum obat-obatan.		
29.	HIV/AIDS dapat dicegah dengan immunisasi.		
30.	Kondom dapat menghalangi pertukaran cairan tubuh dari alat kelamin.		
31.	Kondom dijamin 100% dapat mencegah penularan HIV/AIDS melalui hubungan seks.		
32.	Seseorang yang mengidap HIV kelihatannya sehat karena penyakit HIV tidak menunjukkan gejala.		
33.	Jika kita sudah dinyatakan HIV positif berarti kita sudah terkena AIDS.		
34.	Aspek sosial yang sering dialami oleh ODHA adalah ditolak oleh lingkungan bahkan akan kehilangan teman, pacar, dan tempat kerja.		