

## PAKET EDUKASI KELOMPOK DAN PERAN MODEL MENURUNKAN TINGKAT ISOLASI SOSIAL PASIEN HIV/AIDS

Sarwan<sup>1</sup>, Busjra M.Nur<sup>2</sup>, Rohman Azzam<sup>3</sup>  
Program Studi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta<sup>1,2,3</sup>  
sarwanmacho@gmail.com<sup>1</sup>

### ABSTRAK

Tujuan penelitian ini mengidentifikasi pengaruh paket edukasi kelompok dan peran model terhadap penurunan skor isolasi sosial ODHA di RSUD Kabupaten Tangerang. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *quasi* eksperimen, *pre-test and post-test with control group*. Hasil *dependent t-test* didapatkan skor rerata isolasi sosial sebelum intervensi 57.78 dan setelah intervensi 54.44 (*p value* 0.00 atau  $p < 0.05$ ). Simpulan penelitian terdapat pengaruh paket edukasi kelompok dan peran model terhadap penurunan skor isolasi sosial pada ODHA di RSUD Kabupaten Tangerang. Pelaksanaan edukasi kelompok dan peran model perlu dilakukan kepada ODHA untuk mencegah terjadinya isolasi sosial, baik secara rutin maupun bertahap dan terkontrol oleh tenaga kesehatan sebagai *educator*.

Kata Kunci: Isolasi Sosial, ODHA, Paket Edukasi Kelompok, Peran Model

### ABSTRACT

*The purpose of this study is to identify the effect of group education packages and the role of the model in reducing the social isolation scores of PLWHA in Tangerang District General Hospital. This type of quantitative research is quasi-experimental, pre-test and post-test with control group design. The results of the dependent t-test obtained a mean score of social isolation before the intervention 57.78 and after the intervention 54.44 (p value 0.00 or  $p < 0.05$ ). The conclusion of the study is the effect of group education packages and the role of the model on the reduction of social isolation scores in PLWHA in Tangerang District General Hospital. Implementation of group education and role models need to be done to PLWHA to prevent social isolation, both routinely and gradually and controlled by health workers as educators.*

*Keywords: Social Isolation, PLWHA, Group Education Package, Role of the Model*

## PENDAHULUAN

Banyak orang telah menyadari pentingnya kesehatan, tetapi ada yang mengabaikan kesehatan bahkan berperilaku hidup yang tidak sehat. Salah satu contoh perilaku tidak sehat yang dilakukan oleh sebagian orang adalah dengan melakukan seks bebas tanpa menggunakan kondom, menggunakan narkoba maupun yang lainnya. Perilaku hidup yang tidak sehat membuat manusia lebih rentan terkena penyakit. Penyakit yang bisa timbul karena melakukan seks bebas yang tidak menggunakan kondom dan atau menggunakan narkoba suntik adalah *acquired immuno deficiency syndrome* (AIDS). AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang ditimbulkan karena sistem kekebalan tubuh manusia telah terserang *human immune deficiency virus* (HIV) (Iman, 2011). AIDS juga merupakan sekumpulan gejala yang menunjukkan kelemahan atau kerusakan daya tahan tubuh yang diakibatkan oleh beberapa faktor luar mulai dari kelainan ringan hingga keadaan immunosupresi dan berkaitan dengan berbagai infeksi yang dapat membawa kematian (Padila, 2012).

AIDS atau sering dikenal dengan *acquired immune deficiency syndrome* adalah kumpulan dari berbagai gejala-gejala yang disebabkan oleh *human immune deficiency virus* (HIV). Virus ini dapat ditemukan pada berbagai cairan yang terdapat pada tubuh. Diantaranya, darah, cairan sperma atau vagina, dan pada air susu ibu. HIV dapat merusak kekebalan tubuh manusia serta mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh, sehingga tubuh lebih rentan terjangkit penyakit infeksi (Nursalam, 2017).

Sejak pertama kali kasus infeksi virus yang menyerang kekebalan tubuh ini ditemukan di New York pada tahun 1981, diperkirakan virus ini telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta orang diseluruh dunia (Uvikacansera, 2010). Disepanjang tahun 2008 saja dilaporkan terdapat 2 juta kematian terkait AIDS. Hingga bulan Desember 2008, tercatat 33,4 juta ODHA tersebar diseluruh dunia, termasuk 2,7 juta kasus orang yang baru tertular HIV. Jumlah ini terus bertambah dengan kecepatan 15.000 kasus per hari, dengan estimasi 5 juta pasien baru terinfeksi HIV setiap tahunnya diseluruh dunia (UNAIDS, 2009). Oleh karena itu penyakit ini telah menjadi penyakit mematikan teratas diantara penyakit infeksi lainnya dan menduduki *ranking* ke empat penyebab kematian di dunia (Black, Jacob, 2005).

Di Indonesia, sejak pertama kali kasus AIDS ditemukan di Bali pada tahun 1987, perkembangan jumlah kasus AIDS maupun HIV positif cenderung meningkat setiap tahunnya. Pada 10 tahun pertama, penularan HIV masih tergolong rendah. Akhir tahun 1997, jumlah penderita AIDS kumulatif hanya 153 orang dan HIV positif 486 orang. Namun, pada akhir abad ke-20 terlihat kenaikan jumlah kasus HIV/AIDS yang sangat berarti dan di beberapa daerah pada sub populasi tertentu, angka prevalensinya mencapai 5% sehingga sejak itu Indonesia dimasukkan kedalam kelompok negara dengan epidemi terkonsentrasi (Komisi Penanggulangan AIDS, 2007). Sampai september 2009, data dari Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PPM-PL) Depkes RI melaporkan bahwa jumlah kasus HIV/AIDS telah mencapai 18.442 kasus yang tersebar di 33 provinsi dengan jumlah kematian sebesar 3.708 jiwa (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

Data Kementerian Kesehatan RI (2017) mencatat telah menemukan 48.300 kasus HIV positif, yang diantaranya kasus AIDS sebanyak 9.280 kasus. Sementara itu untuk data triwulan II tahun 2018 terdapat 21.336 kasus HIV positif, dengan kasus AIDS sebanyak 6.162 kasus. Jumlah kumulatif infeksi HIV sampai dengan Juni 2018 dilaporkan sebanyak 301.959 jiwa (47% dari estimasi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tahun 2018 sebanyak 640.443 jiwa). Paling banyak ditemukan di kelompok

umur 25-49 tahun (69.6%) dan 20-24 tahun (17.6%). Adapun provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah DKI Jakarta (55,099), diikuti Jawa Timur (43,399), Jawa Barat (31,293), Papua (30,699) dan Jawa Tengah (24,757). (Ditjen P2P, Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Penyakit HIV AIDS menimbulkan stigma tersendiri bagi penderita dan masyarakat. Dampak sosial, ekonomi, dan psikologis dirasakan sangat mendalam seperti yang diungkapkan oleh Kemensos (2011) bahwa seseorang yang terjangkit HIV AIDS dapat berdampak sangat luas dalam hubungan sosial, dengan keluarga, hubungan dengan teman-teman, relasi dan jaringan kerja akan berubah baik kuantitas maupun kualitas. Orang-orang yang terjangkit HIV AIDS secara alamiah hubungan sosialnya akan berubah. Dampak yang paling berat dirasakan oleh keluarga dan orang-orang dekat lainnya. Perubahan hubungan sosial dapat berpengaruh positif atau negatif pada setiap orang. Reaksi masing-masing orang berbeda, tergantung sampai sejauh mana perasaan dekat atau jauh, suka dan tidak suka seseorang terhadap yang bersangkutan (Pardita, 2014).

Fenomena orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sering menghadapi banyak masalah sosial seperti stigma dan diskriminasi. Masalah tersebut berdampak terhadap beban psikologi yang berat pada ODHA. Selain itu sering diperlakukan berbeda oleh orang lain, dan adanya penolakan sosial (keluarga, teman, masyarakat), kekerasan dalam keluarga, masyarakat, tempat kerja, dan pelayanan kesehatan (O'Connor dkk, 2011). Dengan demikian hal tersebut perlu mendapatkan penanganan segera (Yusnita, 2012).

Peran perawat dalam penanggulangan ODHA dengan dampak psikologi “isolasi sosial” meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Prioritas utama intervensi ODHA dengan isolasi sosial ialah peran promotif, dimana upaya untuk mengantisipasi isolasi sosial dengan meningkatkan pengetahuan serta memberikan penyuluhan atau edukasi untuk mendorong terjadinya pembelajaran yang berkelanjutan. Proses pemberian edukasi ini juga merupakan suatu upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan kedalam perilaku yang diinginkan baik dari perorangan ataupun masyarakat (Nuryanto, 2014).

Keterlibatan ODHA dengan kelompok dukungan sebaya (*peer education*) dapat mengurangi ketakutan, depresi, dan isolasi. Hadirnya kelompok sebaya untuk mendukung kemampuan bersosialisasi dengan adanya dukungan sosial (Spirita, 2011: Degroote *et al*, 2014; Paudel, 2015). Pola KDS diawali dengan adanya pertemuan tertutup antara ODHA guna saling membagi pengalaman, kekuatan dan harapan. Kemudian pola itu berkembang menjadi suatu kegiatan belajar bersama sehingga keterlibatan ODHA akan lebih luas dalam penyebaran informasi dan advokasi yang terkait HIV (Rozi, 2016).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *Quasi Experiment* menggunakan rancangan *Pre-test and Post-test with Control Group Design*. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 36 responden, terdiri dari 18 kelompok intervensi dan 18 kelompok kontrol. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan menetapkan responden yang memenuhi kriteria masuk dalam penelitian. Peneliti berupaya untuk selalu menjunjung etika penelitian, dengan menyakinkan bahwa responden akan terlindungi hak-haknya dengan memperhatikan berbagai aspek.

Paket edukasi kelompok dan peran model dilakukan peneliti dengan melibatkan peran model (*peer education*) yang sebelumnya telah dilakukan persamaan persepsi oleh peneliti tentang edukasi yang akan diberikan. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *UCLA Loneliness Scale* guna menilai tingkat isolasi sosial pada pasien HIV/AIDS *pre and post* intervensi. Data intervensi isolasi sosial *pre and post* intervensi yang terkumpul selanjutnya diolah menggunakan program SPSS untuk dilanjutkan dengan proses analisis data.

## HASIL PENELITIAN

### Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini memaparkan karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan.

#### Usia

Tabel. 1  
Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Variabel	n	Intervensi		Kontrol	
		Mean	SD	Mean	SD
Usia	18	31.28	9.28	38.83	8.98

Rata-rata usia responden pada dua kelompok responden berada pada rentang 31.28 sampai 38.83 tahun.

#### Jenis kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan

Tabel. 2  
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan status pernikahan

Variabel	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	14	77.8	12	66.7
Perempuan	4	22.2	6	33.3
<b>Pendidikan</b>				
SD	2	11.1	2	11.1
SMP/STM	4	22.2	2	11.1
SMA/SMK	10	55.6	10	55.6
PT	2	11.1	4	22.2
<b>Pekerjaan</b>				
Bekerja	14	77.8	12	66.7
Tidak bekerja	4	22.2	6	33.3
<b>Status pernikahan</b>				
Menikah	10	55.6	9	50.0
Belum menikah	4	22.2	7	38.9
Duda/janda /cerai	4	22.2	2	11.1

Tabel diatas menggambarkan jenis kelamin didominasi oleh responden laki-laki dengan prosentase 77,8% kelompok intervensi dan 66.7% kelompok kontrol. Tingkat pendidikan didominasi responden dengan tingkat pendidikan menengah atas (SMA/SMK) dengan prosentase 55.6%. Pada kedua kelompok terlihat rata-rata responden telah memiliki pekerjaan dengan prosentase 77.8% kelompok intervensi dan 66.7% kelompok kontrol. Status menikah paling dominan diantara kelompok responden dimana prosentase 55.6% kelompok intervensi dan 50.0% pada kelompok kontrol.

### Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk melihat pengaruh paket edukasi kelompok dan peran model terhadap isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kedua kelompok responden. Peneliti menggunakan uji *paired T test* untuk setiap kelompok, pemilihan uji ini dilakukan setelah sebelumnya dilakukan uji normalitas data dengan nilai rata-rata *Shapiro-Wilk* pada semua kelompok  $> 0,05$ . Hasil uji statistik pada setiap kelompok dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel. 3  
Distribusi Rata-Rata Tingkat Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi

Kelompok	Isolasi sosial		<i>P Value</i>
	Mean	SD	
Sebelum intervensi	57.78	3.735	0.000
Sesudah intervensi	54.44	4.21	

Pada tabel 3 terlihat bahwa hasil uji *paired T test* pada kelompok intervensi responden yang diberikan paket edukasi kelompok dan peran model *pre and post* intervensi mempunyai nilai *P value*  $< 0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh paket edukasi kelompok dan peran model dalam menurunkan skor isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada pasien HIV/AIDS.

Tabel. 4  
Distribusi Rata-Rata Tingkat Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol

Kelompok	Isolasi sosial		<i>P Value</i>
	Mean	SD	
Sebelum intervensi	57.17	4.382	0.763
Sesudah intervensi	57.00	3.48	

Pada tabel 4 terlihat bahwa hasil uji *paired T test* pada kelompok kontrol responden yang diberikan paket edukasi kelompok *pre and post* intervensi mempunyai nilai *P value*  $> 0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh paket edukasi kelompok dalam menurunkan skor isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada pasien HIV/AIDS.

## **PEMBAHASAN**

### **Karakteristik Responden**

#### **Usia**

Usia responden penelitian pada kedua kelompok tidak jauh berbeda yaitu berada pada rentang usia 31.28 sampai 38.83 tahun. Faktor usia merupakan faktor yang penting, karena usia dapat mempengaruhi pengalaman seseorang dalam menangani masalah kesehatan serta pengambilan keputusan (Noor, 2000).

Hasil penelitian ini sesuai dengan data kemenkes RI (2016) yang menjelaskan bahwa kasus baru HIV positif tertinggi pada kelompok usia 25-49 tahun, diikuti kelompok usia 20-24 tahun, dan kelompok usia 15-19 tahun. Senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Kambu dkk (2016), bahwa infeksi HIV lebih banyak terjadi pada usia muda (12-35 tahun) ketimbang usia tua (36-65 tahun). Ini menunjukkan bahwa penderita pada kelompok usia tersebut termasuk kelompok usia produktif yang aktif secara seksual, dimana kemungkinan penularannya terjadi pada usia remaja. Hal lain juga sesuai dengan survey UNAIDS (2009), bahwa kelompok usia terbanyak penderita HIV/AIDS diseluruh dunia berada pada kelompok usia 20-40 tahun.

#### **Jenis kelamin**

Jenis kelamin responden pada kedua kelompok dalam penelitian ini didominasi oleh laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki lebih rentan memiliki faktor risiko penularan HIV, baik melalui pengguna jasa layanan seksual, narkoba suntik dan tatto dibandingkan dengan perempuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Umam dkk (2016) bahwa kerentanan laki-laki terhadap infeksi HIV/AIDS disebabkan oleh perilaku negatif yang dilakukan seperti homoseksual, membeli jasa seks komersial, dan memakai suntik, laki-laki yang mempunyai mobilitas tinggi serta jauh dari pasangan. Hal lain senada dengan laporan Kementerian Kesehatan RI (2016) bahwa proporsi kumulatif kasus HIV pada tahun 2016 tertinggi dilaporkan berjenis kelamin laki-laki (63,3%) dan perempuan (36,7%).

#### **Pendidikan**

Tingkat pendidikan kedua kelompok responden didominasi oleh responden dengan tingkat Pendidikan menengah atas (SMA/SMK). Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola pikir, cara pandang dalam sesuatu hal, semakin tinggi pendidikan otomatis semakin banyak belajar, membaca, dan menggali informasi yang pada akhirnya akan menjadi sebuah pengetahuan.

Hal ini sesuai dengan penelitian (Astuti, Yosep & Susanti, 2015; Kusuma, 2010; Rayasari, 2011) bahwa sebagian besar para penderita HIV/AIDS memiliki tingkat pendidikan SLTA. Senada dengan penelitian Renta (2016) di RSUD Dr. Pirngadi Medan diperoleh bahwa proporsi penderita paling banyak adalah tamat SLTA (67,8%).

#### **Pekerjaan**

Pada kedua kelompok terlihat bahwa rata-rata responden yang telah memiliki pekerjaan dengan prosentase 77.8% pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebanyak 66.7%. Menurut Arikunto (2006) pekerjaan adalah aktivitas yang dilakukan sehari-hari, jenis pekerjaan dapat dikategorikan (Pegawai negeri, pegawai swasta, wiraswasta, dan IRT).

Hal ini sejalan dengan penelitian Handajani, Djoerban, & Irawan (2012) melaporkan bahwa angka kejadian HIV/AIDS cukup tinggi pada pekerja terutama karyawan swasta. Sejalan dengan penelitian Syahreza (2016) di RSUP Haji Adam Malik diperoleh bahwa proporsi penderita HIV/AIDS menurut pekerjaan paling banyak adalah pegawai swasta (52%). Hal lain sesuai dengan laporan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Bandung melaporkan hal serupa dimana pekerjaan terbanyak pada pasien HIV AIDS yaitu pada pekerja swasta (26,65%), dan wiraswasta (16,75%).

### **Status Pernikahan**

Hasil penelitian rata-rata responden dengan status menikah paling banyak pada kedua kelompok. Dimana prosentase pada kelompok intervensi sebanyak 55.6% dan 50.0% pada kelompok kontrol. Tingginya angka kasus ODHA yang telah menikah dapat disebabkan karena penularan HIV melalui kontak seksual dari pasangannya (suami/istri) dan lebih berisiko penularan terjadi dari pasangan laki-laki ke pasangan perempuan dari pada sebaliknya.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Syahreza (2016) di RSUP Haji Adam Malik diperoleh bahwa proporsi penderita HIV/AIDS menurut status perkawinan paling banyak adalah status kawin (42%). Menurut STBP (2011) mayoritas pria yang potensial risti tinggal bersama istri mereka, hal ini menyebabkan tingginya penderita HIV/AIDS yang berstatus menikah. Studi lain yang berbeda dengan hasil penelitian Dachlia (2000). Memperlihatkan bahwa status tidak kawin berhubungan erat dengan perilaku seksual berisiko.

### **Analisis Pengaruh Paket Edukasi Kelompok dan Peran Model terhadap Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi**

Hasil uji *paired T test* kelompok responden diperoleh angka *p value* <0,05. Rata-rata skor isolasi sosial *pre and post* intervensi sebesar 54.44, Sehingga dapat dikatakan bahwa terjadi penurunan bermakna dari *post* intervensi paket edukasi kelompok dan peran model terhadap isolasi sosial pasien HIV/AIDS. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh paket edukasi kelompok dan peran model *pre and post* intervensi pada kelompok intervensi responden. Namun tidak signifikan, dikarenakan kategori isolasi sosial masih berada pada rentang isolasi sosial sedang. Edukasi adalah suatu proses interaktif untuk mendorong terjadinya proses pembelajaran dan upaya menambah pengetahuan yang baru, serta sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Gahagan, Ross, Mann, & Lewellen (2012) bahwa adanya intervensi edukasi dapat mengurangi stigma yang dialami oleh ODHA. Serta rehabilitasi yang mencakup unsur-unsur yang bertujuan mengurangi stigma dan diskriminasi. Hal lain juga dikemukakan oleh Siemon *et al*, (2013) dalam edukasi terdapat model teoritis yang terdiri dari empat konsep terkait dengan partisipasi sosial: keterlibatan sosial, isolasi sosial, persepsi kontras tentang faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi, dan pengaruh kontekstual yang dapat meningkatkan atau menghambat partisipasi sosial.

Senada dengan penelitian Aisah, Sahar, & Hastono (2010) membuktikan bahwa edukasi sebaya (*peer education*) efektif dalam mempengaruhi perubahan perilaku, meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam perawatan kesehatan. Hal serupa pada penelitian Widjidati, Supadi, Dyah Wahyuningsih (2017) menyimpulkan bahwa *coaching* dengan pendekatan *peer education* dapat meningkatkan pengetahuan serta

merubah sikap dan perilaku responden dengan HIV/AIDS.

### **Analisis Pengaruh Paket Edukasi Kelompok dan Peran Model terhadap Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol**

Hasil uji *paired T test* kelompok responden diperoleh angka *P value* sebesar  $>0,05$ . Rata-rata skor isolasi sosial *pre and post* intervensi sebesar 57.00, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terjadi penurunan bermakna dari *post* intervensi, dimana perlakuan pada kelompok kontrol tidak melibatkan peran model (*peer education*). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh paket edukasi kelompok tanpa peran model *pre and post* dilakukan intervensi pada kelompok kontrol responden.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Solihatun (2012) mengungkapkan bahwa metode *peer education* yang melibatkan teman sebayanya akan lebih efektif dibandingkan dengan metode ceramah yang disampaikan oleh penyuluh. Sejalan dengan penelitian Rozi et al. (2016). Peran KDS meningkatkan kualitas hidup ODHA. Peran KDS sangat membantu dalam memotivasi dan mendukung ODHA untuk kehidupan yang lebih baik, sehingga sangat diperlukan peran KDS yang baik dan teratur dalam pendampingan ODHA. Senada dengan penelitian (Spirita, 2011; Degroote *et al*, 2014; Paudel, 2015) Keterlibatan ODHA pada KDS dapat mengurangi ketakutan, depresi dan isolasi. KDS mendukung untuk bersosialisasi dan adanya dukungan sosial.

### **Perbedaan Pengaruh Paket Edukasi Kelompok dan Peran Model terhadap Isolasi Sosial sebelum dan sesudah intervensi pada Kelompok intervensi dan Kelompok Kontrol**

Hasil analisis data menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan dari intervensi paket edukasi kelompok dan peran model terhadap isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Berbeda dengan penelitian Aisah, Sahar, & Hastono (2010) peran model/dukungan sebaya. Membuktikan bahwa edukasi efektif dalam mempengaruhi perubahan perilaku, meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam perawatan kesehatan. Senada dengan penelitian (Spirita, 2011; Degroote *et al*, 2014; Paudel, 2015). Keterlibatan ODHA pada kelompok dukungan sebaya dapat mengurangi ketakutan, depresi dan isolasi. KDS mendukung untuk bersosialisasi dan adanya dukungan sosial. Sebagaimana halnya yang dikemukakan Gahagan, Ross, Mann, & Lewellen (2012) bahwa adanya intervensi edukasi dapat mengurangi stigma yang dialami oleh Orang dengan HIV/AIDS.

### **SIMPULAN**

Terdapat pengaruh yang signifikan pemberian paket edukasi kelompok dan peran model terhadap isolasi sosial pada pasien HIV/AIDS.

### **SARAN**

Pelaksanaan edukasi kelompok dan peran model hendaknya dilakukan kepada ODHA untuk mencegah terjadinya isolasi sosial, baik secara rutin maupun bertahap dan terkontrol oleh tenaga kesehatan sebagai *educator*. Penelitian selanjutnya tidak hanya menggunakan metode kuantitatif tetapi juga kualitatif untuk mendapatkan informasi yang mendalam, serta dilanjutkan dengan sampel yang lebih besar dan kriteria inklusi yang lebih ketat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Aisah, S., Sahar, J., & Hastono, S. P. (2010). Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Anemia Gizi Besi pada Wanita Usia Subur di Kota Semarang. *Jurnal Unimus 2010*. ISBN: 978.979.704.883.9
- Arikunto, S. (2006). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Bumi Aksara
- Black, J. M., Jacob, E. M. (2005). *Medical Surgical Nursing Clinical Management, for Continuity of Care*. 5<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: WB. Saunders
- Dachlia, D. (2000). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Beresiko Terinfeksi pada Pelaut/Pekerja Pelabuhan di Jakarta, Manado dan Surabaya*. Universitas Indonesia, Indonesia
- Gahagan, A. J., Ross, E. L., Mann, A. H., & Lewellen, D. (2012). *A Scan of Policies Related to Access to Rehabilitation in Canada and the United Kingdom*
- Handajani, Y. S., Djoerban, Z. & Irawan, H. (2012). Quality of Life People Living with HIV/AIDS. Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta. *Acta Med Indones*, 44(4), 310–316
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). Profil Kesehatan Indonesia 2016. Keputusan
- Kemensos. (2011). *Bahan Interaktif Kementerian Sosial dalam Rangka Peringatan Hari AIDS Sedunia*. Jakarta
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2007). *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010*. Diunduh dari <http://www.scribd.com>
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2010). *Jakarta Peringkat Ketiga Kasus HIV AIDS*. Diunduh dari <http://aidsindonesia.or.id>
- Kusuma, S. A. F. (2010). *PCR*. Bandung: Universitas Padjajaran
- Nuryanto, M (2014). Hubungan Status Gizi dan Asupan Besi dan Seng terhadap Fungsi Motorik Anak Usia 2-5 Tahun. Jakarta. JNH
- Nursalam & Kurniawati, N. D. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika
- Noor. (2000). *Dasar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka cipta
- O'Connor., Pam., Ernest & Jaya. (2011). *Voices of Resilience Stigma, Discrimination and Marginalisation of Indian Women Living With HIV/AIDS*. Curtin University, Western Australia. AW Rotterdam. The Netherlands: Sense Publishers
- Padila, P. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuhamedika
- Pardita, D. P. Y., Sudibia, I. K. (2014). Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV AIDS di Kota Denpasar. *Jurnal Buletin Studi Ekonomi*, 19(2), 193-199
- Paudel, V & Baral, K. P. (2015). Women Living with HIV/AIDS (WLHA), Battling Stigma, Discrimination and Denial and the Role of Support Groups as a Coping Strategy: A Review of Literature. *Reproductive Health*, 12(1), 1-9. doi:10.1186/s12978-015-0032-9
- Rayasari, F. (2011). *Hubungan Depresi dan Selfcare Practice dengan Tingkat Fatigue pada Pasien HIV/AIDS di Pokja HIV/AIDS RSPI Prof Dr Sulianto Saroso*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Rozi, R. F., Widodo, A., Yulian, V. (2016). Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup ODHA pada Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus di Surakarta. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

- Siemon, J. S., Blenkhorn, L., Wilkins, S., Brien, K. K. O., Solomon, P. E. (2013). A Grounded Theory of Social Participation among Older Women Living with HIV. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 241–250. <https://doi.org/10.1177/0008417413501153>
- Sholihatun. (2012). *Perbedaan Efektivitas Metode Ceramah dan Metode Peer Konselor Terhadap Pengetahuan Remaja Tentang Seks Pra Nikah pada Siswa Kelas II Multimedia di SMK Kartini*
- Spiritia, R. M. (2011). *Peran Dukungan Sebaya dalam Meningkatkan Kualitas Hidup di Indonesia*. Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
- STBP. (2011). *Survei Terpadu Biologis Perilaku*, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Syahreza, M. (2016). *Karakteristik ODHA yang Berkunjung ke Klinik VCT RSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2014*. FKM USU. Medan
- UNAIDS. (2009). *Statistik HIV/AIDS. update*. Geneva : UNAIDS. <http://data.unaids.org>
- Umam, M. K. D., Pratiwi., & Martani, R. W. (2016). *Gambaran Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA oleh Tenaga Kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten Batang*. Universitas Pekalongan
- Uvikacansera, S. (2010). *Setiap Menit Orang Terinfeksi HIV/AIDS*. Diunduh dari <http://bataviase.co.id/content/setiap-menit>
- Widjidati., Supadi., Dyah, W. (2017). *Coaching dengan Pendekatan Peer Education terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Upaya Pencegahan HIV/AIDS. Proceeding: Seminar Nasional dan Presentasi hasil-hasil Penelitian Pengabdian Masyarakat*, 334–342
- Yusnita, L. E. (2012). *Hapus Stigma dan Diskriminasi, Pahami HIV & AIDS*. Retrieved <https://dinkeskebumen.wordpress.com/2012/01/10/hapus-stigma-dan-diskriminasi-pahami-hivaid/>