

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Promosi Kesehatan

2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan adalah “memasarkan” atau “menjual” atau “memperkenalkan” pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima” atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau “mengenal” pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat. Dari pengertian promosi kesehatan yang kedua ini, maka sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan (*health education*), karena pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Memang, promosi kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat pada saat ini dimaksudkan sebagai revitalisasi atau pembaharuan dari pendidikan kesehatan pada waktu yang lalu.

Lawrence Green (1984) merumuskan definisi sebagai berikut :
 “promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.” Dari batasan ini jelas, bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter: 1986), sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada, menyatakan bahwa:

“Health promotion is the process of enabling people to increase control, over, and improve their health. To reach a state of complete physical, mental, and social well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspiration, to safety needs, and to change or cope with the environment”

Dari kutipan diatas jelas dinyatakan, bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi yakni “kemauan” dan “kemampuan”, atau tidak sekedar meningkatkan kemauan masyarakat

seperti dikonotasikan oleh pendidikan kesehatan. Lebih lanjut dinyatakan, bahwa dalam mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Lingkungan disini mencakup lingkungan fisik, lingkungan sosio budaya, dan lingkungan ekonominya.

2.1.2 Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan promosi kesehatan dibagi menjadi tiga tingkatan, menurut (Kholid, 2014), yaitu berdasarkan program, pendidikan dan perilakunya. Tujuan program (jangka panjang) meliputi refleksi dari fase sosial dan epidemiologi berupa pernyataan mengenai hal-hal yang akan dicapai dalam periode tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. Tujuan pendidikan (jangka menengah) merupakan pembelajaran yang harus dicapai agar perilaku yang diinginkan dalam mengatasi masalah kesehatan dapat tercapai (Green dalam Ahmad, 2014). Sementara, tujuan perilaku (jangka pendek) merupakan gambaran perilaku yang akan dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap dan tindakan.

2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup atau bidang gerapan promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai seni (aplikasi) mencakup berbagai bidang atau cabang keilmuan lain. Ilmu-ilmu yang dicakup promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi dua bidang yaitu :

- a. Ilmu perilaku, yakni ilmu-ilmu yang menjadi dasar dalam membentuk perilaku manusia, terutama psikologi, antropologi, dan sosiologi.
- b. Ilmu-ilmu yang diperlukan untuk intervensi perilaku (pembentukan atau perubahan perilaku), antara lain pendidikan, komunikasi, manajemen, kepemimpinan, dan sebagainya.

Di samping itu, promosi kesehatan juga didasarkan pada dimensi dan tempat-tempat pelaksanaannya; oleh sebab itu ruang lingkup promosi kesehatan dapat didasarkan kepada 2 dimensi, yaitu dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan, dan dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan (*setting*).

Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu:

- a. *Promosi kesehatan pada tingkat promotif*

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya. Dalam suatu survei di negara-negara berkembang, dalam suatu populasi hanya terdapat antara 80%-85% orang yang benar-benar sehat. Apabila kelompok ini tidak memperoleh promosi kesehatan bagaimana memelihara kesehatan, maka kelompok ini akan menurun jumlahnya, dan kelompok-kelompok orang yang sakit akan meningkat.

- b. *Promosi kesehatan pada tingkat preventif*

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang yang sehat juga terutama orang yang berisiko tinggi (*high risk*), misalnya

kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas (kegemukan), para pekerja seks, dan sebagainya. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh atau menjadi/terkena sakit (*primary prevention*).

c. *Promosi kesehatan pada tingkat kuratif*

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit (pasien), terutama untuk penderita penyakit-penyakit seperti: asma, diabetes melitus (gula), tubercolusis, rematik, hipertensi, dan sebagainya. Tujuan promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (*secondary prevention*).

d. *Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif*

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya, dan atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya (*tertiary prevention*).

2.1.4 Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan agar dapat menarik perhatian masyarakat untuk mengikutinya, perlu memperhatikan metode yang digunakan dalam promosi kesehatan. Metode promosi kesehatan

merupakan cara atau pendekatan tertentu yang digunakan dengan tujuan tercapainya tujuan dari proses promosi kesehatan(2009). Pendidik harus dapat memilih dan menggunakan metode (cara) mengajar yang cocok atau relevan, sesuai dengan kondisi setempat. Meskipun berlaku pedoman umum bahwa tidak ada satu pun metode belajar yang paling baik dan tidak ada satu pun metode belajar yang berdiri sendiri (Maulana et al., 2009)

Secara garis besar metode dalam proses promosi kesehatan terdapat dua jenis metode, yaitu metode didaktif dan metode sokratik (Maulana et al., 2009).

- a. **Metode didaktif**, didasarkan atau dilakukan secara satu arah atau *one way method*, misalnya ceramah, film, leaflet, buklet, poster, dan siaran radio).
- b. **Metode sokratik**, dilakukan secara dua arah atau *two way method*. Metode ini kemungkinan antara pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif, misalnya diskusi kelompok, debat, panel, forum, buzz group, seminar, bermain peran, sosiodrama, curah pendapat, demonstrasi, studi kasus, lokakarya, dan penugasan perorangan).

Pemilihan metode promosi kesehatan harus dilakukan secara cermat dan tepat agar menjadi metode belajar yang efektif dan efisien ini harus mempertimbangkan hal-hal berikut.

1. Hendaknya disesuaikan dengan tujuan pendidikan
2. Bergantung pada kemampuan guru atau pendidiknya
3. Kemampuan pendidik

4. Bergantung pada besarnya kelompok sasaran atau kelas
5. Harus disesuaikan dengan waktu pemerian atau penyampaian pesan.
6. Hendaknya mempertimbangkan fasilitas-fasilitas yang ada.

Menurut Notoadmodjo (2010), metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Metode promosi kesehatan individual

Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misal telepon. Cara ini paling efektif, karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespon dalam waktu yang bersamaan. Dalam menjelaskan masalah kesehatan bagi kliennya petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang relevan dengan masalahnya. Metode dan teknik pendidikan kesehatan yang individual ini yang terkenal adalah "*counselling*".

b. Metode promosi kesehatan kelompok

Teknik dan metode pendidikan kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi 2 yaitu: kelompok kecil kalau kelompok sasaran terdiri antara 6-15 orang dan kelompok besar, jika sasaran tersebut diatas 15 sampai dengan 50 orang.

Oleh karena itu metode pendidikan kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.
2. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*, *slide projector*, *film*, *sound system*, dan sebagainya.
3. Metode pendidikan kesehatan massa, apabila sasaran pendidikan kesehatan misal atau publik, maka metode-metode dan teknik pendidikan kesehatan tersebut tidak akan efektif, karena itu harus digunakan metode pendidikan kesehatan massa. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah:
 - a) Ceramah umum, misalnya dilapangan terbuka dan tempat-tempat umum
 - b) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi.
Penyampaian pesan melalui radio atau TV ini dapat dirancang

dengan berbagai bentuk, misalnya *talk show*, dialog interaktif, simulasi, dan sebagainya.

c) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, *leaflet*, selebaran poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam-macam, antara lain artikel tanya jawab, komik, dan sebagainya.

d) Penggunaan media di luar ruang, misalnya *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

2.1.5 Promosi kesehatan menggunakan metode *Snow Balling*

Masalah biasanya memuat suatu kondisi yang mendorong peserta didik untuk cepat menyelesaikannya, namun dalam kondisi tertentu peserta didik tidak tahu bagaimana cara menyelesaikannya. Masalah adalah suatu kondisi dimana peserta didik diminta menyelesaikan sesuatu hal namun ia tidak mampu untuk menyelesaikannya. Pemecahan masalah adalah proses, cara, perbuatan, memecah, atau memecahkan masalah.

Snow Balling yaitu pembelajaran yang dimulai dari kelompok kecil kemudian dilanjutkan dengan kelompok yang lebih besar atau diskusi bertingkat sehingga pada akhirnya akan memunculkan jawaban yang telah disepakati oleh siswa secara berkelompok (Hisyam Zaini., 2010)

Model ini merupakan salah satu cara untuk mendapatkan partisipasi individual dari seluruh kelas. Dalam pembelajaran dengan strategi ini siswa dapat mendengarkan dengan aktif, menjelaskan pada teman, bertanya pada guru, berdiskusi dengan siswa lain secara bertingkat, menanggapi

pertanyaan dan berargumentasi. Semakin banyak aktifitas yang dilakukan, pemahaman siswa semakin bertambah. Jika pemahaman bertambah maka hasil belajar pasti meningkat.

Snow balling adalah model yang digunakan untuk mendapatkan jawaban yang dihasilkan dari diskusi siswa secara bertingkat(Hartono, 2009a).

Strategi pembelajaran aktif tipe *Snow Balling* ini digunakan untuk mendapat jawaban yang dihasilkan dari diskusi siswa secara bertingkat. Dimulai dari kelompok kecil kemudian dilanjutkan dengan kelompok yang lebih besar sehingga pada akhirnya akan memunculkan dua atau tiga jawaban yang telah disepakati oleh siswa secara berkolompok. Strategi ini akan berjalan dengan baik jika materi yang dipelajari menuntut pemikiran yang mendalam atau yang menuntut siswa untuk berpikir analisis bahkan mungkin sintesis. *Snow balling* ini bisa membantu siswa dalam pemecahan masalah matematika karena dalam strategi ini siswa dituntut untuk bekerja sama dalam menyelesaikan soal atau latihan yang diberikan oleh guru. Dengan menggunakan strategi ini siswa akan berdiskusi untuk menemukan jawaban dari soal atau latihan yang diberikan oleh guru. Dimana diskusi dimulai dari kelompok kecil hingga kelompok besar.

Menurut Hisyam Zaini, dkk, langkah-langkah pembelajaran dengan strategi pembelajaran aktif model *Snow Balling* adalah:

1. Sampaikan topik materi yang akan disampaikan
2. Minta siswa untuk menjawab secara berpasangan

3. Setelah pasangan tersebut mendapat jawaban, gabungkan pasangan itu dengan pasangan di sampingnya. Dengan ini terbentuk kelompok empat orang
4. Kelompok berempat ini mengerjakan tugas yang sama dengan membandingkan jawaban masing-masing pasangan dengan pasangan lain dan mengambil sebuah kesimpulan baru
5. Kemudian kelompok empat orang digabungkan dengan kelompok empat orang di sampingnya. Kelompok menjadi delapan orang.
6. Begitu seterusnya sesuai dengan jumlah siswa dan jumlah waktu yang digunakan.
7. Masing-masing kelompok diminta menyampaikan hasilnya (Melvin L. Silberman, 2007).

Jadi, agar tercapainya strategi pembelajaran aktif tipe *snow balling* ini dengan baik hendaknya dilaksanakan langkah-langkah seperti di atas

2.2 Health Belief Model

2.2.1 Pengertian Health Belief Model

Health belief model dikemukakan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori *Health belief model* telah menjadi perhatian para peneliti. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka. Variabel yang dinilai meliputi keinginan individu untuk menghindari

kesakitan, kepercayaan mereka bahwa terdapat usaha agar menghindari penyakit tersebut.

Menurut World Health Organization (WHO) yang dimaksud dengan sehat atau health adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan, sedangkan menurut UU No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Belief dalam bahasa inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti belief adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. Misalnya individu percaya bahwa belajar sebelum ujian akan berpengaruh terhadap nilai ujian. Jenis kepercayaan tersebut terkadang tanpa didukung teori teori lain yang dapat dijelaskan secara logika.

Model adalah seseorang yang bisa dijadikan panutan atau contoh dalam perilaku, cita-cita dan tujuan hidup yang akan dicapai individu. Biasanya teori modeling ini sangat efektif pada perkembangan anak di usia dini, namun dalam materi peneliti kali ini teori modeling di umpakan sebuah issue atau pengalaman pengobatan dari seseorang yang memiliki riwayat sakit yang sama dan memilih serta menjalani pengobatan alternative yang mendapatkan hasil yang positif.

Health Belief Model merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat

(Janz & Becker, 1984). Menurut Hochbaum, (dalam Hayden 1958) Konsep dasar HBM adalah Perilaku kesehatan ditentukan oleh persepsi individu tentang kepercayaan terhadap suatu penyakit dan cara yang tersedia untuk mengurangi terjadinya gejala penyakit yang diderita oleh individu.

Model kepercayaan kesehatan (HBM), yang dikembangkan oleh Becker dan Maiman 1975 (dalam Adejoh, 2014) berguna untuk menjelaskan aktivitas perawatan diri seperti rekomendasi manajemen HIV/AIDS dan memiliki fokus pada perilaku yang berkaitan dengan pencegahan penyakit. Dasar dari HBM adalah bahwa individu akan mengambil tindakan untuk mencegah, mengendalikan, atau mengobati masalah kesehatan jika mereka merasa masalah menjadi parah; Jika mereka merasa bahwa tindakan tersebut akan menghasilkan atau menghasilkan hasil yang diharapkan; Dan karena konsekuensi negatif dari terapi.

Dari pemaparan teori menurut para ahli tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa *Health Belief Model* adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit. *Health belief model* ini didasari oleh keyakinan atau kepercayaan individu tentang perilaku sehat maupun pengobatan tertentu yang bisa membuat diri individu tersebut sehat ataupun sembuh.

2.2.2 Dimensi *Health Belief Model*

Health Belief Model terdapat empat dimensi yang dapat menggambarkan bagaimana keyakinan individu terhadap suatu perilaku

sehat (Buglar, White & Robinson, 2009), dimensi-dimensi tersebut antara lain:

1. *Perceived susceptibility*

Perceived susceptibility adalah keyakinan individu mengenai kerentanan dirinya atas resiko penyakit dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan individu terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risikonya. Sangat logis bila seseorang percaya mereka berada dalam risiko penyakit, mereka akan cenderung melakukan sesuatu untuk mencegahnya, sebaliknya juga jika orang percaya mereka tidak berisiko atau memiliki anggapan rendahnya risiko kerentanan, perilaku tidak sehat cenderung terjadi.

Bila *perceived susceptibility* dikombinasikan dengan keseriusan, akan menghasilkan ancaman yang dirasakan (Stretcher & Rosen- Saham, 1997). Jika persepsi ancaman adalah penyakit serius Untuk itu ada resiko yang nyata, tingkah laku sering berubah.

2. *Perceived severity*

Perceived severity adalah keyakinan individu akan keparahan suatu penyakit. Sedangkan persepsi keparahan terhadap penyakit sering didasarkan pada informasi atau pengetahuan pengobatan, mungkin juga berasal dari kepercayaan terhadap orang yang memiliki kesulitan tentang penyakit yang diderita atau dampak dari penyakit terhadap kehidupannya (McCormick-Brown, 1999).

3. *Perceived barriers*

Perceived barriers adalah aspek negatif pada diri individu yang menghalangi individu untuk berperilaku sehat. Karena perubahan bukanlah sesuatu yang mudah terjadi, konstruk dari HBM menangani masalah ini adalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Hal tersebut dimiliki individu sendiri mengevaluasi hambatan dalam cara individu mengadopsi sebuah perilaku baru dari semua konstruksi, hambatan yang dirasakan adalah hal yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku (Janz & Becker, 1984).

Agar perilaku baru dilakukan, seseorang membutuhkan kepercayaan akan manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada melanjutkan perilaku lama (Centers for Disease Kontrol dan Pencegahan, 2004). Hal ini memungkinkan adanya penghalang untuk mengatasi hambatan dalam menentukan perilaku baru yang harus dilakukan.

4. *Perceived benefits*

Perceived benefits adalah keyakinan akan manfaat yang dirasakan pada diri individu jika melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). Konstruk dari manfaat yang dirasakan adalah pendapat seseorang tentang kegunaan suatu perilaku baru dalam menurunkan berisiko terkena penyakit. Individu cenderung lebih sehat saat mereka percaya perilaku baru akan menurun kemungkinan mereka terserang penyakit. Manfaat yang dirasakan memainkan peran penting dalam menentukan perilaku untuk pencegahan sekunder.

5. *Self-efficacy*

Pada tahun 1988, *self-efficacy* ditambahkan ke empat kepercayaan semula Dari HBM (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). *Self-efficacy* adalah kepercayaan pada diri sendiri kemampuan untuk melakukan sesuatu (Bandura, 1977). Orang umumnya melakukannya tidak mencoba melakukan sesuatu yang baru kecuali mereka berpikir bisa melakukannya. Jika seseorang percaya suatu perilaku baru itu bermanfaat (dirasakan Manfaat), tapi tidak berpikir dia mampu melakukannya (Perceived barrier), kemungkinan itu tidak akan dicoba.

Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi *health belief model* individu (Bayat dkk, 2013). Dalam penelitian ini bermaksud untuk mengukur pengaruh promosi kesehatan dengan menggunakan metode Snow Balling terhadap peningkatan pengetahuan tentang pencegahatn penyakit HIV/AIDS. Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan.

Health belief model juga dapat menjelaskan tentang perilaku pencegahan pada individu. Hal ini menjelaskan mengapa terdapat individu yang mau mengambil tindakan pencegahan, mengikuti skrining, dan mengontrol penyakit yang ada.

2.2.3 Perilaku Preventif atau Pencegahan

Menurut Kirscht dalam (Bart Smet 1990) mengatakan bahwa perilaku preventif adalah perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis

dan mencakup berbagai macam perilaku, seperti check up untuk pencegahan atau pemeriksaan awal dan imunisasi.

Menurut Skinner dalam (Notoatmodjo 2010) mengatakan bahwa perilaku preventif mencakup perilaku-perilaku (*overt* dan *covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab atau masalah atau penyebab masalah kesehatan.

Aspek-aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock adalah sebagai berikut:

1. Ancaman

- a. Presepsi tentang kerentanan diri terhadap bahaya penyakit (atau kesedian menerima diagnosa sakit).
- b. Presepsi tentang keparahan sakit atau kondisi kesehatannya.

2. Harapan

- a. Presepsi tentang keuntungan suatu tindakan.
- b. Presepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan suatu tindakan.

3. Pencetus tindakan : media, pengaruh orang lain dan hal-hal yang mengingatkan (reminder).

4. Faktor-faktor Sosio-demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin atau gender, suku bangsa).

5. Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu) (Anonim, 2018)

Menurut Leavel dan Clark yang disebut pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Romauli 2009).

Tingkatan pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark ada 5 tingkatan yaitu (Maryati2009) :

1. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).
 - a. Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitas.
 - b. Perbaikan higiene dan sanitasi lingkungan.
 - c. Peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara lain
 - d. pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil diluar nikah, yang terkena penyakit infeksi akibat bakteri tertentu.
2. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit tertentu (*Spesific Protection*).
 - a. Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk mencegah terhadap penyakit-penyakit tertentu.
 - b. Isolasi terhadap penyakit menular.
 - c. Perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan ditempat kerja.
 - d. Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, Bahan-bahan racun maupun alergi.

3. Menggunakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*).

- a. Mencari kasus sedini mungkin. Melakukan pemeriksaan umum secara rutin.
- b. Pengawasan selektif terhadap penyakit tertentu.
- c. Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita.
- d. Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular.
- e. Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus.

4. Pemulihan Kesehatan

- a. Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutannya harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit.
- b. Mengembangkan lembaga-lembaga rehabilitasi dengan mengikutsertakan masyarakat.

Secara sederhana, teori ini mengatakan bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukannya. Dalam teori perilaku terencana keyakinan-keyakinan berpengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu, pada norma-norma subjektif dan pada control perilaku yang dia hayati. Ketiga komponen ini berinteraksi dan menjadi determinan bagi intensi yang pada gilirannya akan menentukan apakah perilaku yang bersangkutan akan dilakukan atau tidak.

Menurut Green dalam buku (Notoatmodjo, 2010) menganalisis bahwa perilaku manusia dari tingkatan kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behaviourcauser*) dan faktor dari luar perilaku (*non behaviour causer*).

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari segi biologis semua makhluk hidup termasuk hewan dan manusia, mempunyai aktivitas masing-masing (Notoatmodjo, 2010)

Menurut Notoatmodjo perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang dan respon. Perilaku tersebut terbagi menjadi tiga domain, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor (Kholid, 2012).

Perilaku manusia juga dapat di control (*behavior can be controlled*), dimana perilaku dapat dijelaskan hanya berkenaan dengan kejadian atau situasi-situasi antededen yang dapat diamati, baik itu kondisi fisik dan sosial di lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang (Achmadi, 2013).

Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai – nilai dan sebagainya.

Pengetahuan merupakan suatu usaha untuk menemukan tatanan, menunjukkan bahwa peristiwa-peristiwa tertentu ada dalam hubungan

yang sah dengan peristiwa-peristiwa lainnya, selain itu pengetahuan menjadi suatu disposisi yang lebih terkait dengan fakta-fakta (Skinner, 2013).

Menurut *Plumer* pengetahuan menjadi faktor yang mempengaruhi keikutsertaan atau partisipasi dikarenakan pengetahuan yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi seluruh lingkungan dari masyarakat tersebut, hal ini membuat masyarakat memahami ataupun tidak terhadap tahap-tahap dan bentuk dari partisipasi yang ada (dalam fathonah, 2016).

Pengetahuan juga disebut sebagai hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan merupakan hal penting dari segala hal (Utari, 2010), dijelaskan pula bahwa pengetahuan mencakup enam tingkatan diantaranya:

- 1) Mengingat (*Remembering*) Kemampuan menyebutkan kembali informasi/pengetahuan yang tersimpan dalam ingatan dengan kata lain seseorang tahu/bertambah pengetahuannya.
- 2) Memahami (*Understanding*) Kemampuan memahami instruksi dan menegaskan pengertian/makna ide atau konsep yang telah diajarkan baik dalam bentuk lisan, tertulis, maupun grafik/diagram

- 3) Aplikasi/Menerapkan (*Applying*) Kemampuan melakukan sesuatu dan mengaplikasikan konsep dalam situasi tertentu dalam menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang nyata atau sesungguhnya.
- 4) Analisis (*Analyzing*) Analisis adalah suatu kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara materi atau objek kedalam komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah.
- 5) Menilai (*Evaluating*) Kemampuan menetapkan derajat sesuatu berdasarkan norma, kriteria atau patokan tertentu, dengan kata lain dapat menjustifikasi suatu materi atau objek tertentu.
- 6) Mencipta (*Creating*)
Kemampuan memadukan unsur-unsur menjadi sesuatu bentuk baru yang utuh, atau membuat sesuatu yang orisinal.

Menurut Arikunto untuk mengukur suatu pengetahuan masyarakat dari hasil kuesioner yang telah disebar dan diisi, maka dapat dilihat dari kategori hasilukur pengetahuan dengan kategori Baik : $\geq 75\%$, Cukup 56-74 %, dan Kurang : $< 55\%$ (Budiman, 2013).

2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya Puskesmas, obatobatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Selain itu, perilaku preventif juga dipengaruhi oleh perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang yang dapat diamati (*observable*).

2.3 HIV/AIDS

2.3.1 Pengertian HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus atau HIV adalah sejenis virus yang menyerang atau menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sedangkan *Aquired Immuno Deficiency Syndrome* atau sindrom penurunan ketahanan tubuh merupakan suatu sumber penyakit yang ditimbulkan oleh virus HIV (*Human Immuno deficiency Virus*), yaitu virus yang menghancurkan jaringan tubuh manusia. AIDS diperkirakan berasal dari benua Afrika dan merupakan suatu penyakit menular yang dengan cepat menyebar ke seluruh dunia, terutama melalui hubungan seksual. Sampai saat ini belum diketahui ada vaksin maupun obat yang dapat menanggulangi penyakit ini (Saydam, 2012).

Angka kematian penderita penyakit AIDS ini sangat tinggi. Hampir semua penderita penyakit ini meninggal dunia dalam waktu lima tahun sesudah menunjukkan gejala pertama penyakit itu. Seorang yang tertular virus HIV mungkin tampak sehat, padahal yang bersangkutan potensial sebagai penularan seumur hidup.

2.3.2 Penyebab HIV/AIDS

Biasanya sistem kekebalan tubuh dapat melindungi seseorang terhadap serangan penyakit dari luar baik oleh virus, bakteri, atau jamur. Sistem kekebalan tubuh juga sekaligus dapat bertahan terhadap perkembangan sel-sel luar dalam tubuh. Jadi jika sistem kekebalan tubuh ini dirusak oleh HIV, maka serangan penyakit yang tidak berbahaya pun akan menyebabkan penyakit bahkan kematian.

Penyakit AIDS disebabkan oleh virus HIV yang sudah sangat lemah dan sudah mati di luar tubuh manusia. Virus ini merusak salah satu jenis sel darah putih/leukosit yang dikenal sebagai *T helper*, dan sel tubuh lainnya seperti sel otak, sel usus, dan sel paru. Sel *T helper* merupakan titik pusat system pertahanan tubuh sehingga infeksi HIV menyebabkan sistem daya tubuh menjadi rusak (Saydam, 2012).

Setelah HIV masuk ke dalam tubuh timbul seperti flu. Kemudian dalam waktu singkat lenyap. Semenjak masuknya HIV ke dalam tubuh sampai munculnya gejala penyakit biasanya memerlukan waktu antara 6 bulan sampai tujuh tahun. Rata-rata 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa. Artinya apabila seorang dewasa pada tahun 2019 tertular HIV, umumnya gejala yang timbul pada tahun 2024. Sebelum itu tidak ada gejala atau keluhan apapun dari yang bersangkutan sehingga menganggap dirinya sehat padahal sudah bisa menularkan HIV-nya kepada istri, pasangan seks, atau penderita transfusi darah (Saydam, 2012).

2.3.3 Epidemiologi HIV/AIDS

Di seluruh dunia pada tahun 2013 ada 35 juta orang hidup dengan HIV yang meliputi 16 juta perempuan dan 3,2 juta anak berusia <15 tahun. Jumlah infeksi baru HIV pada tahun 2013 sebesar 2,1 juta. Di Indonesia HIV ditemukan pertama kali di Provinsi Bali pada tahun 1987. Hingga saat ini HIV/AIDS sudah menyebar di 386 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Berbagai upaya penanggulangan sudah dilakukan oleh pemerintah bekerjasama dengan berbagai lembaga baik di dalam maupun luar negeri (Kemenkes RI, 2014).

Proporsi orang yang terinfeksi HIV, tetapi tidak mendapat pengobatan anti-HIV dan akhirnya berkembang menjadi AIDS diperkirakan mencapai lebih 90%. Kunoli (2013) menyatakan karena tidak adanya pengobatan anti-HIV yang efektif, *Case Fertility Rate* dari AIDS menjadi sangat tinggi, kebanyakan penderita di Negara berkembang 80-90% mati dalam waktu 3-5 tahun sesudah didiagnosis terkena AIDS.

AIDS pertama dikenal sebagai gejala entitas klinis yang aneh pada tahun 1981, namun secara restropektif dapat dilacak kembali bahwa kasus AIDS secara terbatas dibahas telah muncul selama tahun 1970-an di Amerika Serikat dan beberapa bagian di dunia seperti Haiti, Afrika, dan Eropa. Akhir 1999, lebih dari 700.000 kasus AIDS dilaporkan di Amerika Serikat. Di seluruh dunia WHO memperkirakan 13 juta kasus dan sekitar 273-nya di Negara sub sahara Afrika terjadi pada tahun 1999 (Kunoli, 2013).

Peningkatan terapi antiretroviral secara global telah menjadi penyumbang utama penurunan 48% kematian akibat penyakit AIDS, dari angka 1,9 juta pada tahun 2005 menjadi 1,0 juta pada tahun 2016. Terlepas dari fakta bahwa 51% orang yang hidup dengan HIV secara global adalah perempuan, cakupan pengobatan yang lebih tinggi dan kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan di antara perempuan telah mendorong penurunan yang lebih cepat terkait kematian akibat penyakit AIDS.

Kematian akibat penyakit AIDS mencapai 27% lebih rendah pada kelompok perempuan tahun 2016 daripada laki-laki. Meskipun demikian, penyakit terkait AIDS tetap menjadi penyebab utama kematian di kalangan wanita usia subur (15-49 tahun) secara global, dan menjadi penyebab kematian terbesar kedua untuk wanita muda berusia 15–24 tahun di Afrika (UNAIDS, 2017).

Data dari UNAIDS pun menyebutkan jumlah anak-anak (usia 0–14 tahun) yang meninggal karena penyakit AIDS telah menurun hampir setengahnya hanya dalam waktu enam tahun, dari 210.000 pada 2010 menjadi 120.000 pada tahun 2016. Sebagian besar penurunan ini disebabkan oleh penurunan tajam infeksi HIV baru di antara anak-anak, dengan peningkatan akses ke terapi antiretroviral memberikan peran penting.

Penurunan kematian akibat penyakit AIDS paling tajam di Afrika timur dan selatan, di mana mereka memuncak pada 1,1 juta pada tahun 2004 dan kemudian anjlok hingga 62% hingga 420.000 pada tahun 2016, sebuah tren yang mencerminkan peningkatan cepat terapi antiretroviral di wilayah

tersebut. Penurunan kematian terkait AIDS juga dicapai selama dekade terakhir di Karibia menurun 52%, Eropa barat dan tengah dan Amerika Utara menurun 45%, Asia dan Pasifik menurun 39% dan Afrika barat dan tengah menurun 30%.

Di Amerika Latin, di mana peningkatan terapi antiretroviral terjadi lebih awal dan lebih bertahap daripada di sebagian besar wilayah lain, penurunan angka kematian selama 10 tahun terakhir hanya 16%. Kekhawatiran akan peningkatan kematian yang diakibatkan oleh AIDS telah terjadi selama satu dekade terakhir di Timur Tengah dan Afrika Utara yang meningkat sebanyak 48% dan Eropa Timur dan Asia Tengah meningkat sebanyak 38% (Unaid, 2017).

2.3.4 Gejala HIV/AIDS

Selama pertumbuhannya penyakit AIDS memunculkan beberapa gejala pada penderita. Akan tetapi gejala-gejala tersebut belum bisa memastikan apakah seseorang sudah terjangkit penyakit AIDS atau penyakit lain. Untuk memastikannya perlu pemeriksaan lebih lanjut ke dokter ahli atau tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Gejala-gejala yang dapat timbul antara lain:

1. Turunnya berat badan sekitar 10% atau lebih
2. Penderita seringkali diliputi demam dan tensi darah meningkat lebih dari 38 derajat Celsius disertai keluarnya keringat di malam hari tanpa sebab yang jelas
3. Penderita mengalami diare yang sifatnya kronis tanpa sebab

4. Penderita merasa lelah yang tak putus-putusnya
5. Timbulnya kelainan pada rongga mulut dan kelenjar

Gejala-gejala penyakit AIDS yang lebih lengkap mungkin bersamaan dengan gejala beberapa penyakit lain yang biasanya tidak pernah diderita oleh orang normal lainnya. Seperti penyakit jamur pada paru-paru, kanker kulit dan mulut.

2.3.5 Penularan HIV/AIDS

Penularan penyakit ini dapat melalui berbagai cara anatara lain melalui cairan tubuh seperti darah, cairan genitalia, dan air susu ibu atau ASI. Virus juga terdapat dalam saliva, air mata, dan urin akan tetapi sangat rendah. HIV tidak dilaporkan dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah disunat memiliki risiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan mereka yang disunat. Penularan basil AIDS dapat terjadi melalui beberapa hal yakni:

1. Hubungan seksual baik oral seks, homoseks, heteroseks dengan orang yang tubuhnya mengidap HIV
2. Seks anal/dubur, paling berbahaya karena kemungkinan terjadinya cedera lebih besar terutama untuk yang pasif mengingat selaput lender lubang anus sangat sensitive karena mengandung banyak kuman.
3. Ciuman, bila terdapat luka di daerah mulut
4. Transfusi darah, termasuk alat suntik dan alat kedokteran lain yang tidak steril dan mengandung HIV
5. Penerimaan jaringan organ seperti ginjal atau sperma

6. Penularan dari ibu hamil kepada bayi yang dikandungnya
7. Jarum suntik pada penyalahgunaan narkoba

2.3.6 Bahaya dan Dampak HIV/AIDS

Bagian yang paling membahayakan apabila HIV berkembang menjadi AIDS. Penderita akan mengalami berbagai masalah kesehatan dari tahap ringan hingga berat. Butuh waktu yang lama dari perubahan infeksi HIV menjadi AIDS, tapi pada dasarnya tidak ada waktu pasti untuk setiap penderita. Penderita dengan sistem kekebalan tubuh yang bagus mungkin membutuhkan waktu yang lebih lama dari infeksi HIV ke AIDS. Pada dasarnya penyakit ini memang sangat berbahaya. Bahaya HIV AIDS tidak hanya mengancam nyawa penderita sendiri tapi juga orang lain dari potensi penularan yang besar (Ana, 2018).

Kondisi kesehatan menjadi hal yang paling diperhatikan dari penderita HIV AIDS. Meskipun hingga saat ini obat untuk penyakit ini belum ditemukan, maka sebenarnya jenis obat tertentu dikembangkan untuk menjaga kondisi penderita. Dibawah ini adalah beberapa macam bahaya HIV/AIDS dari aspek kesehatan, sebagai berikut (Anonim, 2018) :

1 Infeksi TBC (Tuberkolosis)

Salah satu penyebab kematian terbesar dari penderita HIV/AIDS adalah penyakit TBC atau tuberkolosis. Penyakit ini bisa diderita oleh penderita HIV/AIDS karena terkena infeksi dari bakteri tuberkolosis. Tubuh penderita akan mengalami demam, batuk berdarah, lemah dan

kekurangan daya untuk melakukan aktifitas ringan. Ini adalah jenis infeksi yang paling banyak ditemukan dari penderita HIV/AIDS.

2 Tipes

Tipes mudah menyerang penderita HIV/AIDS. Penyakit ini disebabkan karena infeksi dari bakteri *Salmonella* yang tinggal di dalam air atau makanan yang kurang bersih. Kondisi penyakit ini memang sangat umum tapi pada penderita HIV/AIDS maka penyakit bisa berkembang lebih cepat dan menyebabkan infeksi yang lebih parah. Beberapa gejala tipes yang sering ditemukan adalah sakit perut, diare, demam, batuk, mual, dan muntah. Perawatan diperlukan untuk penderita HIV/AIDS apabila sudah terkena penyakit ini.

3 Infeksi Herpes

Penyakit herpes memang sangat umum tapi pada penderita HIV/AIDS maka kondisi penyakit ini bisa menjadi lebih parah. Virus akan tinggal dalam tubuh penderita sehingga ketika sistem kekebalan tubuh lemah maka infeksi dapat menyerang kapan saja. Infeksi ditunjukkan pada herpes yang muncul pada kulit dan alat kelamin. Namun penderita HIV/AIDS bisa menghadapi kondisi yang serius bila virus sudah menyerang bagian mata, paru-paru, jantung dan saluran pencernaan.

4 Radang Kulit

Radang kulit adalah salah satu infeksi yang sangat umum untuk penderita HIV/AIDS. Kulit mereka menjadi sangat sensitif sehingga

mudah terkena infeksi virus candida. Penyakit ini menyebabkan infeksi yang serius pada bagian selaput lendir, lidah, tenggorokan dan vagina. Penyakit ini bisa sangat menyakitkan terutama jika virus sudah menginfeksi bagian dalam tubuh.

5. Meningitis (Radang Selaput Otak)

Meningitis menjadi ancaman bahaya yang sangat serius untuk penderita HIV/AIDS. Peradangan akan terjadi pada bagian selaput dan cairan yang berada di bagian sum-sum tulang belakang dan juga otak. Infeksi ini dapat menyebabkan pusing dan sakit kepala yang sangat hebat. Seringkali penderita HIV/AIDS tidak dapat tertolong karena infeksi meningitis.

6. Kanker

Penderita HIV/AIDS juga menghadapi resiko terkena penyakit kanker. Penyakit ini bisa menyerang tubuh karena infeksi dari berbagai bakteri dan virus yang terus berkembang dalam tubuh dan berbagai organ dalam tubuh. Salah satu jenis kanker yang sangat aktif pada penderita HIV/AIDS adalah sarkoma Kaposi (penyakit kanker yang muncul pada bagian pembuluh darah. Penyakit ini ditandai dengan perubahan warna kulit menjadi ungu, merah atau merah muda. Penyakit ini juga akan menyerang organ lain seperti paru-paru dan semua saluran pencernaan.

8. Penyakit Neurologis

Semua jenis penyakit yang berhubungan dengan sistem syaraf menjadi ancaman bagi penderita HIV/AIDS. Penyakit ini ditandai dengan melemahnya sistem saraf karena infeksi bakteri dan virus dalam tubuh penderita. Beberapa tanda awal dari penyakit ini adalah seperti lupa ingatan, cemas, tidak bisa berjalan dan perubahan kondisi mental. Bahkan beberapa penderita juga bisa mengalami penyakit demensia.

9. Gagal Ginjal

Penderita HIV/AIDS juga mudah terkena penyakit yang terjadi karena infeksi bakteri atau peradangan pada organ ginjal. Penyakit ginjal ini dapat menyebabkan penderita mengalami gangguan pada sistem kemih. Terkadang penyakit ini juga ditemukan pada penderita HIV yang masuk dalam fase sedang atau fase mengembangkan virus dalam tubuh.

2.3.7 Pengobatan HIV/AIDS

Penderita AIDS biasanya mengalami stress berat karena sampai saat ini belum bisa disembuhkan dan mempunyai dampak social yang sangat luas. Penderita biasanya ditolak dari keluarga dan teman-temannya karena perilaku seksual yang ia lakukan. Mereka ketakutan akan tertular AIDS. Petugas kesehatan biasanya dapat merawat penderita dengan penuh pengertian dan tanpa sikap mengecam perilaku seksual penderita (Saydam, 2012).

Menurut Kunoli (2013) pengobatan yang bisa dilakukan pada penderita HIV/AIDS meliputi :

- 1 Pengobatan suportif
- 2 Penanggulangan penyakit oportunistik
- 3 Pemberian obat anti virus
- 4 Penanggulangan dampak psikososial

2.3.8 Pencegahan HIV/AIDS

Setelah gejala dan penyebabnya diketahui maka perlu adanya usaha dalam mencegah penularan penyakit ini. Usaha pencegahan yang dapat dilakukan antara lain melalui upaya pencegahan dan pengawasan penderita kontak dengan lingkungannya.

- 1 Upaya pencegahan
 - a. Pemberian penyuluhan di sekolah dan masyarakat harus menekankan bahwa berganti-ganti pasangan serta penggunaan obat suntik bergantian dapat meningkatkan risiko terkena infeksi HIV.
 - b. Tidak melakukan hubungan seks atau berhubungan hanya dengan satu pasangan yang diketahui tidak mengidap HIV.
 - c. Memperbanyak fasilitas kesehatan bagi pecandu obat terlarang akan mengurangi penularan HIV.
 - d. Menyediakan fasilitas konseling HIV dimana identitas penderita dirahasiakan atau dilakukan secara anonimus serta menyediakan tempat-tempat untuk melakukan pemeriksaann darah.
 - e. Konseling dan tes HIV secara sukarela dan rujukan medis dianjurkan dilakukan secara rutin pada klinik keluarga berencana dan klinik

bersalin, klinik bagi kaum LSL dan komunitas dengan risiko terkena HIV yang tinggi.

- f. Semua orang yang akan mendonorkan darah harus diuji antibodi HIV.

2 Pengawasan penderita kontak dengan lingkungannya

- a. Hindari hubungan seksual di luar nikah
- b. Usahakanlah hanya berhubungan dengan satu orang pasangan seksual dan tidak berhubungan dengan orang lain yang bukan pasangannya
- c. Gunakan kondom bagi kelompok yang berisiko tinggi
- d. Mencegah kelompok berisiko tinggi untuk donor darah
- e. Ibu yang serumnya positif terhadap HIV disarankan jangan hamil karena dapat menularkan pada janin yang dikandungnya
- f. Menjamin sterilitas alat kedokteran dan medis yang telah bersentuhan dengan tubuh penderita tranfusi darah yang positif HIV
- g. Membakar semua alat yang dipakai seperti alat suntik bekas pengidap HIV

2.3.9 HIV/AIDS pada Homoseksual

Pada dasarnya homoseksual yang aktif secara seksual dan pria-pria biseksual bertanggung jawab terhadap setengah dari kasus-kasus AIDS yang tercatat di Amerika Serikat dan cara utama berpindahnya virus ini adalah melalui hubungan seks secara anal. Sedangkan di Indonesia sendiri homoseksual berada pada urutan ketiga setelah jarum suntik dan

heteroseksual yang menjadi faktor resiko terbesar dalam penularan penyakit HIV/AIDS. Untuk kota Bandung sendiri jumlah penderita HIV/AIDS berdasarkan faktor resiko tersebut adalah melalui jarum suntik/IDU 1769, heteroseksual 1671, dan homoseksual 611 (KPA, 2017).

Kaum LGBT khususnya kelompok *gay* menjadi banyak disoroti karena kaitannya dengan peningkatan kasus HIV/AIDS yang diakibatkan perilaku seks yang berisiko. Sampai tahun 2016 kasus HIV/AIDS di Indonesia mencapai angka 86.780 kasus. Provinsi Jawa Barat sendiri memiliki kasus HIV/AIDS sebanyak 5.251 kasus dan menjadi urutan ke-6 tertinggi kasus HIV/AIDS di Indonesia. Kota Bandung menjadi kota tertinggi tingkat HIV/AIDS di Jawa Barat dengan angka 4.391 kasus, dengan tingkat kasus baru 300-400 orang per tahun (KPA, 2017).

Ada beberapa alasan yang menyebabkan tingginya risiko HIV pada hubungan seks gay. Alasan-alasan tersebut sangat beragam dan rumit, mulai dari faktor-faktor biologis, gaya hidup, dan sosial. Itulah mengapa pencegahan terhadap kasus HIV pada pasangan gay masih sulit untuk digalakkan. Ada beberapa alasan hubungan seks sesama jenis rentan terhadap HIV/AIDS yaitu diantaranya (Ana, 2018):

1. Risiko penularan HIV lewat seks anal

Seks anal menjadi pilihan yang umum bagi pasangan gay, meskipun banyak juga pasangan beda jenis yang mempraktikkan seks anal. Sebuah penelitian yang dimuat dalam *International Journal of Epidemiology* mengungkapkan bahwa tingkat risiko penularan HIV

lewat seks anal lebih besar 18% dari penetrasi vagina. Pasalnya, jaringan dan lubrikan alamiah pada anus dan vagina sangat berbeda. Vagina memiliki banyak lapisan yang bisa menahan infeksi virus, sementara anus hanya memiliki satu lapisan tipis saja. Selain itu, anus juga tidak memproduksi lubrikan alami seperti vagina sehingga kemungkinan terjadinya luka atau lecet ketika penetrasi anal dilakukan pun lebih tinggi. Luka inilah yang bisa menyebarkan infeksi HIV.

Infeksi HIV juga bisa terjadi jika ada kontak dengan cairan rektal pada anus. Cairan rektal sangat kaya akan sel imun, sehingga virus HIV mudah melakukan replikasi atau penggandaan diri. Cairan rektal pun menjadi sarang bagi HIV. Maka, jika pasangan yang melakukan penetrasi telah positif mengidap HIV, virus ini akan dengan cepat berpindah pada pasangannya lewat cairan rektal pada anus. Tak seperti vagina, anus tidak memiliki sistem pembersih alami sehingga pencegahan infeksi virus lebih sulit dilakukan oleh tubuh.

2. Seks bebas tanpa alat kontrasepsi

Biasanya kaum penyuka sesama jenis, transgender, dan biseksual (LGBT) berada dalam sebuah lingkaran pergaulan dan komunitas yang lebih sempit dari heteroseksual. Ini dikarenakan kaum LGBT belum diterima secara utuh oleh masyarakat, jadi jumlahnya pun lebih sedikit dari heteroseksual. Para anggota berbagai komunitas LGBT, terutama pada daerah tertentu, memiliki jaringan dan hubungan yang sangat erat. Akibatnya, jika seorang gay berganti-ganti pasangan seksual, biasanya

dia pun akan memilih pasangan yang berasal dari komunitas yang sama. Inilah yang menyebabkan penularan HIV jadi lebih marak ditemukan pada kasus penyuka sesama jenis alias gay.

Di samping itu, masih banyak pasangan gay yang melakukan hubungan seks tanpa alat pengaman, misalnya kondom. Seperti telah dijelaskan sebelumnya, seks anal lebih berisiko menularkan HIV. Tentu hal ini akan jadi semakin berbahaya jika seks anal dilakukan tanpa kondom. Penularan HIV akibat perilaku seks bebas ini sebenarnya sangat bisa dicegah dengan mempraktikkan seks yang aman dan tidak berganti-ganti pasangan.

3. Tidak memeriksakan diri

Karena stigma sosial yang mengecam kaum LGBT dan kasus HIV sebagai penyakit kaum gay, banyak yang merasa takut untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan. Padahal, beberapa hari atau minggu setelah terinfeksi HIV, pasien akan masuk tahap infeksi akut di mana virus ini dengan mudah menyebar. Sementara pada tahap infeksi akut ini biasanya gejala-gejala yang dialami disalah pahami sebagai gejala flu biasa. Dengan perawatan intensif yang diberikan tenaga kesehatan, infeksi virus ini bisa ditekan. Maka, menunda pengobatan dan perawatan akan semakin membuat kaum gay berisiko HIV.

2.4 Homoseksual

Lelaki Seks dengan Lelaki atau sering disingkat LSL adalah pribadi laki-laki yang melakukan aktivitas seksual dengan orang dari jenis kelamin yang sama,

terlepas dari bagaimana mereka mengidentifikasi diri, banyak pria memilih untuk tidak (atau tidak dapat karena alasan lain) menerima identitas seksual homoseksual atau biseksual. Selain itu istilah ini tidak mencakup laki-laki yang menyatakan diri sebagai seorang gay atau biseksual, tetapi tidak pernah berhubungan seks dengan laki-laki lainnya, termasuk remaja-remaja gay.

Dalam Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III, 2002), homoseksual tidak termasuk golongan gangguan jiwa. Jadi pendapat selama ini bahwa homoseksual adalah penyakit kejiwaan atau kelainan adalah tidak benar. Hal ini juga mengacu pada *Diagnostic and Statistical Manual III* (DSM) yang disusun oleh *American Psychiatric Association* pada tahun 1974, yang menjadi pegangan psikolog dan psikiater di seluruh dunia. Badan Kesehatan Internasional, WHO, juga telah mencoret homoseksual dari daftar penyakit melalui pedoman Internasional Classification of Disease (ICD-10)(PKBI, 2018)

Dalam agama Islam sendiri homoseksual erat kaitannya dengan kisah kaum Sodom yang hidup di zaman Nabi Luth. Perbuatan kaum Nabi Luth ini dikenal dengan beberapa sebutan, diantaranya hubungan seks dengan laki-laki melalui anus, mencari kepuasan laki-laki dengan laki-laki, dan hubungan seks pria dengan pria, yang sekarang lebih dikenal dengan sebutan Lelaki Seks dengan Lelaki atau LSL.

2.4.1 Pengertian Homoseksual

Kebanyakan masyarakat yang awam akan kelompok ini masih digeneralisasikan sebagai laki-laki yang menyukai laki-laki, padahal yang sebenarnya bukan seperti itu. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan

Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) di Indonesia dari Oetomo yang dikutip dalam GAYa Nusantara 2 menyatakan bahwa homoseksualitas adalah rasa tertarik secara perasaan, kasih sayang, hubungan emosional dan atau secara erotik, baik secara predominan (lebih menonjol) maupun eksklusif semata-mata terhadap orang-orang yang berjenis kelamin sama, dengan atau tanpa hubungan fisik/jasmaniah (Winarsih, 2014)

Menurut Kartono dalam Hartono (2009) homoseksual adalah relasi seks dengan jenis kelamin yang sama atau rasa tertarik dan mencintai jenis seks yang sama. Homoseksual merupakan perilaku seksual dimana seseorang tertarik pada orang berjenis kelamin yang sama atau melakukan hubungan seks dengan sesama jenis. Menurut Kinsey ada tujuh derajat keseimbangan heteroseksual-homoseksual mulai dari *exclusively heteroseksual*, *partly homoseksual*, sampai *exclusively homoseksual* (Kusmiran, 2014).

2.4.2 Penyebab Homoseksual

Menurut Sinyo (2016) benang merah terjadinya pembelokan terjadi sejak masa balita yang jika dibiarkan saja akan sampai ke perubahan orientasi seksual dan akhirnya menyukai sesama jenis. Beberapa penyebab hal tersebut adalah (Sinyo, 2016) :

1. Salah Panutan

Seorang anak salah mengambil panutan karena dipaksa oleh situasi dan kondisi keluarga. Misalnya seorang anak laki-laki mengambil peran panutan dari ibunya atau sebaliknya. Pemaksaan ini disebabkan oleh

beberapa hal seperti *broken home*, ketidakharmonisan keluarga, dominasi ibu, dominasi ayah, kekerasan rumah tangga dan lain sebagainya.

Seorang anak dibiarkan mengambil panutan secara demokratis. Berbeda dengan salah panutan yang terjadi karena situasi dan kondisi, maka hal ini terjadi karena seorang anak salah mengambil panutan karena kebebasan atau demokrasi dari orang tuanya. Biasanya pemicu ini banyak terjadi di Negara-negara Eropa atau Amerika. Sekarang sudah mulai terjadi di Indonesia.

2. Perlindungan yang berlebihan (*over protective*)

Misalnya anak laki-laki yang terlalu dimanja dan dilindungi sehingga membunuh karakter kelaki-lakiannya. Waspadalah terhadap pemicu ini, karena biasanya terjadi pada anak bungsu, tunggal, satu-satunya jenis kelamin dalam keluarga, atau anak yang diistimewakan dalam sebuah keluarga dengan banyak alasan seperti paling tampan atau paling cerdas.

Lalu bagaimana perubahan orientasi seksual disebabkan oleh trauma jiwa karena kekerasan seksual misalnya, hal ini merupakan penguatan. Anak yang masa balitanya sudah berbelok kemudian dikuatkan dengan berbagai trauma maka akan menajamkan pembelokan itu. Misalnya pelecehan seksual, *bully*, pola pengasuhan anak atau yang lain. Kebanyakan hal ini terjadi saat usia balita.

Kartono dalam Hartono (2009) menyebutkan bahwa banyak teori-teori yang menjelaskan sebab-sebab homoseksual di antaranya adalah (Hartono, 2009b) :

- a. Faktor hereditas berupa tidak seimbangnya hormon-hormon seks
- b. Pengaruh lingkungan yang tidak baik atau tidak menguntungkan bagi perkembangan kematangan seksual yang normal
- c. Seseorang yang mencari kepuasan relasi homoseks, karena pengalaman homoseksual pada masa remaja
- d. Pengalaman traumatis dengan ibunya sehingga timbul kebencian atau antipati terhadap ibunya dan semua wanita

Terdapat bukti-bukti yang meyakinkan bahwa homoseksualitas dipengaruhi oleh lingkungan. Seseorang dapat mencari kepuasan homoseksual karena adanya pengalaman homoseksual yang menyenangkan pada masa kanak-kanak, atau dipisahkan dari lawan jenis kelamin untuk waktu yang lama seperti tinggal di penjara atau asrama. Hubungan seksual yang tidak memuaskan dengan seks yang berlawanan dapat mendorong seseorang menjadi kawan dari seks yang sama atau sejenis (Kusmijan, 2014)

2.4.3 Jenis Homoseksual

Menurut Coleman (1980) dalam Supriatna (1990) yang dikutip oleh Hartono (2009) menggolongkan homoseksualitas ke dalam beberapa jenis :

- a. Homoseksual tulen yaitu gambaran stereotipik populer tentang laki-laki yang keperempuan-perempuanan atau sebaliknya perempuan yang kelelaki-lakian.
- b. Homoseksual malu-malu yaitu kaum lelaki yang suka mendatangi kamar mandi yang tidak mampu dan tidak berani menjalin hubungan antar personal.
- c. Homoseksual tersembunyi yaitu kelompok ini biasanya berasal dari kelas menengah dan memiliki status sosial yang mereka rasa perlu dengan menyembunyikan homoseksualitas mereka.
- d. Homoseksual situasional yaitu kelompok yang dapat mendorong orang mempraktikkan homoseksualitasnya tanpa disertai komitmen yang mendalam.
- e. Biseksual yaitu orang yang mempraktikkan baik homoseksual maupun heteroseksual sekaligus
- f. Homoseksual mapan yaitu kaum homoseksual yang menerima homoseksualitas mereka, memenuhi aneka peran kemasyarakatan secara bertanggung jawab dan mengikatkan diri dengan komunitas homoseksual setempat

2.4.4 Ciri-Ciri Homoseksual

Indikasi atau ciri seorang anak memiliki kecenderungan menyukai sesama jenis dapat dilihat dengan mudah pada masa balita hingga umur 10 tahun. Menjelang umur 11 tahun atau lebih, mereka sudah pandai menutupi

atau mengkamufase diri dan orang lain. Beberapa ciri-ciri seseorang menyukai sesama jenis diantaranya (Sinyo, 2016):

a. Gestur tubuh dan gaya bicara

Indikasi gestur tubuh, gaya bicara dan tingkah laku berlawanan dengan jenis kelaminnya. Misalnya laki-laki bertingkah laku seperti perempuan. Perlu dipahami bahwa indikasi fisik ini hanya 50% saja karena masih adabiseksual, transgender, metroseksual, dan kultur setempat seperti kebanyakan laki-laki Solo atau Jogja bicara agak halus seperti perempuan berbeda dengan laki-laki Papua atau Medan misalnya.

b. Pilihan karakter

Pilihan karakter yang berkebalikan dengan jenis kelaminnya sangat dominan. Misalnya laki-laki suka main boneka Barbie, berdandan, menyukai karakter animasi dengan tokoh perempuan atau lain sebagainya.

c. Lebih dekat dengan lawan jenis

Lebih dekat atau lebih sering bermain dengan lawan jenis dibandingkan dengan sesama jenis, entah itu keluarganya atau orang lain.

Ketika menginjak remaja orang yang menyukai sesama jenis atau biseksual sudah memahami dan berusaha menutupi kekurangan yang mereka anggap tidak sesuai dengan norma hetero dengan mengikuti kegiatan yang sesuai. Mulai dari mengolah gesture tubuh, gaya bicara,

hingga aktif di kegiatan-kegiatan yang mendukung ketidaknyamanan itu. Misalnya karate, berusaha menyukai hal-hal maskulin dan lainnya. Itulah mengapa untuk dunia remaja dan dewasa, orang akan semakin susah mendeteksi orientasi seksual seseorang, kecuali orang yang bersangkutan bercerita sendiri atau ada bukti nyata yang mengarah kesana (Sinyo, 2016).

2.4.5 Karakteristik Homoseksual

Tidak bisa dipungkiri bahwa mereka yang memilih untuk melakukan hubungan sesama jenis atau homoseksual tentunya didorong oleh beberapa hal baik faktor internal dalam diri maupun faktor eksternal yang berasal dari lingkungan di luar dirinya. Berikut ini beberapa karakteristik yang bisa mempengaruhinya:

a. Umur

Ilmu yang mempelajari penuaan disebut gerontologi, yang mempelajari manusia sepanjang usianya karena proses penuaan dimulai sejak bayi dilahirkan. Berdasarkan tahap-tahap perkembangan biologis dan kebutuhan sosialnya, rentang kehidupan manusia dalam beberapa tahapan (life stage); prediksi suksesi status dan peran dialami seseorang di lingkungannya mengikuti pertambahan usianya. Ada enam tahapan utama, yakni masa bayi (0-2 tahun), masa anak (2-5 tahun), masa sekolah (6 – 12 tahun), masa remaja (13-17 tahun), masa dewasa (18-40 tahun) dan masa tua (>40 tahun). Tahap bayi/anak dan usia lanjut adalah tahap ketergantungan. Tugas kehidupan sebagian besar bersifat biologis (mempertahankan hidup) alih-alih tugas sosial. Sebaliknya pada usia

diantara tahap bayi dan tahap tua renta, struktur sosial lebih penting daripada biologi dalam membentuk tugas-tugas perkembangan hidup (Surya, 2013).

Remaja adalah peralihan dari anak-anak ke fase dewasa, masa remaja dimulai saat berusia 10-17 tahun. Masa remaja juga disebut masa pubertas. Masa pubertas adalah masa saat organ-organ reproduksi mencapai kematangan. Akibatnya pada masa pubertas terjadi perubahan fisik yang sangat mencolok. Pada masa remaja juga terjadi proses pencarian jati diri. Sedangkan pada masa dewasa pemikiran akan masih tumbuh dan berkembang, seperti keinginan untuk terus belajar, memiliki keterampilan khusus, dan menikah (Surya, 2013).

b. Agama

Islam sebagai agama yang dianut terbesar di Indonesia dengan jelas melarang tindakan seksual sesama jenis. Hal ini tercantum dalam beberapa ayat Al-Qur'an tentang kaum Nabi Luth. Salah satunya adalah surat Al-A'raaf ayat 80-82 "Dan (kami juga telah mengutus) Luth, ketika ia berkata pada kaumnya 'Mengapa kamu melakukan perbuatan keji, yang belum pernah dilakukan oleh seorang pun sebelum kamu (di dunia ini). Sungguh kamu telah melampiaskan syahwatmu kepada sesama lelaki bukan kepada perempuan. Kamu benar-benar kaum yang melampaui batas.' Dan jawaban kaumnya tidak lain hanya berkata 'Usirlah mereka (Luth dan pengikutnya) dair negerimu ini, mereka adalah orang yang menganggap dirinya suci.'"

Akibat perbuatan mereka, Allah memberikan azab kepada kaum Nabi Luth yaitu dihujani dengan batu berapi dan kota dijungkirbalikkan. Dalam Islam tindakan seksual kepada sesama jenis disebut Liwath. Liwath atau homoseks termasuk dosa yang paling keji dan paling nista yang menunjukkan penyimpangan fitrah, kerusakan akal, dan kelainan jiwa (Jamal, 2016).

c. Pendidikan

Menurut Khan (2003) menyampaikan bahwa dalam pendidikan terhadap anak laki-laki dan anak perempuan dibedakan oleh orang tua, baik dalam sikap, berpakaian, permainan, potongan rambut, dan atribut-atribut lainnya yang membedakan seorang anak itu laki-laki atau perempuan. Hal ini bukan merupakan diskriminasi, melainkan sikap dan perlakuan yang proporsional sesuai dengan jenis kelaminnya (Khan, 2003).

Perguruan tinggi memiliki pengaruh yang sangat besar bagi perkembangan intelektualitas generasi muda kita. Disanalah pemikiran-pemikiran baru dan merdeka diperkenalkan, ditanamkan, dan dikembangkan. Namun mayoritas perguruan tinggi, khususnya di negara-negara Barat, merupakan agen ekstremisme sekuler dan mempromosikan semua nilai kecuali nilai-nilai ilahiah atau agama.

Dalam lingkaran ini, secara politik dan sosial dapat diterima jika kita membicarakan, mempromosikan, dan bereksperimen dengan semua jenis perilaku, termasuk perilaku homoseksual. Tapi jika kita

mendiskusikan dan mengembangkan nilai-nilai ilahiah kita dianggap berpikiran picik dan tertutup. Para petinggi institusi ini berargumen bahwa kita perlu untuk memisahkan gereja (baca: agama) dengan negara, yang mereka maksudkan sebenarnya adalah membatasi Tuhan di rumah-rumah, masjid-masjid, gereja-gereja, dan sinagoge-sinagoge (Khan, 2003).

Beberapa kelompok setuju bahwa generasi muda dibesarkan dalam masyarakat yang cepat mengalami perubahan dalam kaitan dengan seksualitas. Teknologi informasi dan komunikasi berkembang pesat dan menjadi semakin terjangkau. Melalui teknologi ini tersedia akses ke berbagai materi seksual dengan nilai pendidikan yang bervariasi, di samping membuka peluang untuk memulai berbagai perilaku seksual, termasuk bagi kaum muda LGBT. Para peserta menyesalkan bahwa lingkungan sekolah formal tidak atau kurang menyediakan pendidikan seksualitas yang komprehensif dan terlembaga. Instansi pemerintah di bidang pendidikan formal tidak melihat pentingnya subyek tersebut atau melihatnya sebagai sesuatu yang malah akan menjuruskan kaum muda melakukan seks pranikah. Juga menjadi tantangan dalam pelaksanaannya mengingat pembicaraan seputar seks dianggap tabu karena kebanyakan orang mengasosiasikan seksualitas dengan moralitas agama (Oetomo, 2013).

d. Pekerjaan

Diskriminasi terhadap kelompok LGBT (lesbian, gay, biseksual, dan transgender) terjadi di dalam berbagai bentuk, termasuk di dalam dunia kerja. Di banyak tempat, pekerja LGBT menghadapi diskriminasi di dalam pasar tenaga kerja, mulai akses terhadap pekerjaan, penerapan sistem kerja, pemecatan, penolakan akan kesempatan pelatihan dan promosi, serta akses terhadap perlindungan sosial. Hal itu dialami karena orientasi seksual mereka yang berbeda (UGM, 2018).

Kalau pada tahun 1980-an, perilaku homoseksual itu masih masuk pada perilaku penyimpangan seksual. Namun dari tahun 2000-an, homoseksual telah masuk pada gaya hidup (lifestyle). Selain itu di kota-kota besar di Indonesia kaum homoseksual itu sudah terang-terangan memunculkan identitasnya dan melakukan kegiatan-kegiatan rutin. Faktor penting yang sangat menentukan pembentukan perilaku homoseksual di beberapa perusahaan itu adalah lingkungan pekerjaan (Menilik, 2008).

e. Status Perkawinan

Pada masa dewasa awal terdapat tugas-tugas perkembangan yang harus dilalui. Havighurst mengemukakan pendapat tugas-tugas perkembangan pada masa dewasa awal salah satunya adalah mencari dan menemukan calon pasangan hidup. Tuntutan orang tua dan stigma negatif dari masyarakat seringkali menjadi sebuah alasan gay untuk memutuskan menikah dengan lawan jenisnya, namun sebagian lagi dari kalangan gay

yang tidak siap dengan konsekuensi tersebut memutuskan untuk tetap melajang atau menunda pernikahan. Keputusan seseorang untuk menikah merupakan keputusan yang berat karena memerlukan kesiapan di segala hal dan juga karena pernikahan merupakan kebutuhan manusia, baik secara psikologi dan fisiologis (Kertamuda, 2009).

Pengambilan keputusan untuk menikah pada gay juga merupakan hal tidak mudah, Individu harus benar-benar mempersiapkan diri secara mental dan psikologis sebelum melakukannya, bahkan setelah individu mampu menguasai dirinya sendiri individu harus siap menerima respon dari keluarga dan kemungkinan konsekuensi jika mengetahui suami atau ayah mereka seorang gay. Berbagai macam alasan muncul yang menyebabkan seorang gay untuk tidak menikah, seperti tidak ada dorongan dari pihak keluarga untuk segera menikah, ingin menjalani hidup secara bebas, trauma di masa lalu, dan orientasi mereka yang lebih menyukai pria dari pada wanita, padahal salahsatu tujuan untuk menikah adalah mendapatkan dan membesarkan keturunan (Masykur, 2014).

2.4.6 Perilaku Seksual pada Kelompok Homoseksual

Perilaku seksual homoseksual terdiri atas dua yakni hubungan seksual (intercourse) dan selain hubungan seksual (non intercourse). Perilaku seksual selain hubungan seksual (non intercourse) diantaranya seperti berpegangan tangan, berpelukan, berciuman dan masturbasi. Sedangkan yang termasuk hubungan seksual (intercourse) yakni oral seks dan anal seks (Winarsih, 2014).

Winarsih (2014) menyatakan bahwa berdasarkan peringkat perilaku seksual dari yang paling disukai dan sering dilakukan hingga yang jarang dilakukan oleh pasangan homoseksual yaitu:

a. Oral Seks

Oral seks menjadi peringkat pertama karena dianggap dapat menyebabkan perasaan nikmat dalam klimaks seks. Pasangan homoseksual paham akan pentingnya kebersihan mulut untuk menjaga tidak tertularnya HIV/AIDS. Apalagi untuk perilaku oral seks yang menelan sperma pasangan.

b. Masturbasi

Ada banyak istilah mengenai masturbasi di dalam komunitas LSL seperti coli, esong-esong dan esek-esek. Berbagai pelicin untuk mempermudah memberikan rangsangan pada penis yang dapat digunakan seperti body lotion, vgel, sutra lubricant, sabun atau baby oil yang mengurangi resiko luka karena gesekan. Perilaku masturbasi dilakukan dengan tangan atau bisa juga dengan cara menjepitkan penis diantara kedua paha pasangan.

c. Foreplay

Foreplay tidak harus selalu berakhir dengan kepuasan mengeluarkan sperma. Foreplay bisa dinggap dari penyampaian kasih sayang yang tidak harus menggunakan penetrasi alat kelamin. Hal inilah yang membuat kelompok lelaki seks dengan lelaki tetap bisa menikmati kebersamaan dengan pasangan tanpa takut tertular oleh HIV/AIDS.

d. Anal Seks

Ini menjadi yang pilihan terakhir karena beberapa orang tidak menyukainya karena menyakitkan. Selain itu mereka takut tertular HIV/AIDS.