BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) / *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (*AIDS) merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang sampai saat ini belum ditemukan obat untuk menyembuhkannya (CDC, 2016). WHO (2016) menunjukkan bahwa terdapat 2,1 juta infeksi baru HIV yang menyebabkan sekitar 36,7 juta orang di seluruh dunia yang hidup dengan HIV dan 1,1 juta kematian akibat HIV/AIDS hingga akhir tahun 2015. Asia Tenggara merupakan daerah ketiga tertinggi yang menanggung beban HIV/AIDS di seluruh dunia dengan 10% dari jumlah penduduknya yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA). Indonesia termasuk dalam enam negara yang berkontribusi terhadap beban terkait HIV. Epidemi HIV mengalami penurunan di seluruh dunia meski terdapat berbagai variasi di berbagai negara termasuk di India, Myanmar, Thailand, Nepal dan Srilanka. Sedangkan di Indonesia, epidemi HIV meningkat dengan cepat (WHO, 2009). Hal tersebut juga disampaikan oleh KPAN & IBCA (2013) yang menyatakan bahwa Indonesia mengalami peningkatan jumlah HIV/AIDS.

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Desember 2018, HIV/AIDS telah dilaporkan oleh 460 (89,5%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 kasus (51,1 % dari estimasi ODHA tahun 2016 sebanyak 640.443). Jumlah

ODHA kelompok umur < 4 tahun sebanyak 988 kasus, diikuti kelompok umur 5-14 tahun sebanyak 459 kasus, kelompok umur 15-19 tahun sebanyak 1.434 kasus, kelompok umur 20-24 tahun sebanyak 7.068 kasus, kelompok umur 25-49 tahun sebanyak 32.847 kasus, dan kelompok umur > 50 sebanyak 3.863 kasus (Ditjen P2P kemenkes RI, 2019). Sementara jumlah ODHA umur < 4 tahun sebanyak 988 (68,3%) dan umur 5-14 tahun sebanyak 459 kasus. Sehingga jumlah kumulatif ODHA anak yang terinfeksi HIV sebanyak 1.447 kasus (Ditjen P2P kemenkes RI, 2019).

Jawa Tengah menempati peringkat kelima penderita HIV di Indonesia tahun 2018 dengan 47.514 kasus HIV dan 10.139 kasus AIDS. Kota dengan kasus HIV terbanyak di Jawa tengah adalah Semarang (2143 kasus), Banyumas (1126 kasus), Grobogan (1078 kasus) dan Surakarta menjadi peringkat ke-empat kasus HIV di Jawa Tengah dengan jumlah kumulatif sebanyak 1026 kasus (KPA Jawa Tengah, 2018). Pada tahun 2018, kasus HIV/AIDS di Surakarta mengalami penurunan dari tahun 2017, yaitu dari 118 kasus menjadi 102 kasus (P2P Dinkes Surakarta,2018). Jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS dari tahun 2005- Agustus 2018 adalah 641 kasus (KPA Surakarta, 2018)

ODHA mempunyai peran penting dalam rantai penularan karena merupakan *host* pembawa *agent*. Salah satu tindakan pencegahan penularan HIV adalah pengendalian perilaku berisiko dari ODHA. Hal tersebut menjadi bagian terpenting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, karena ODHA adalah orang-orang yang hidupnya secara langsung terpapar oleh

virus HIV (Yudi, 2014). Upaya penanggulangan HIV/AIDS memiliki hambatan dari cara pandang masyarakat mengenai ODHA, khususnya ODHA anak.

Masyarakat beranggapan bahwa ODHA anak merupakan aib bagi keluarga penderita sehingga menyebabkan ruang gerak ODHA anak menjadi semakin kecil dan bahkan tidak diberi peluang untuk mengekspresikan diri dan kemampuannya. Diskriminasi dan stigma akhirnya menyebabkan sulitnya kepatuhan berobat dan mengganggu perbaikan kualitas hidup ODHA anak (Rahakbauw, 2016).

Stigma dapat terjadi karena pikiran individu yang takut jika berada dekat dengan ODHA. Sebagian besar masyarakat memberikan stigma yang buruk terhadap ODHA. Hal tersebut disebabkan kurangnya informasi yang diterima masyarakat mengenai penyebaran dan penularan HIV/AIDS. Bentuk stigma dan diskriminasi yang sering dilakukan oleh masyarakat terhadap ODHA diantaranya pengucilan, tidak mau berjabat tangan atau melakukan kontak dengan ODHA (Nurhayati, 2013).

Perilaku diskriminasi seperti pemisahan dan penolakan lingkungan keluarga, lingkungan kerja dan lingkungan sosial banyak dialami oleh ODHA, namun ODHA anak juga tidak luput dari stigma. Sebagian orang tua yang mempunyai anak di bawah 14 tahun beranggapan bahwa tidak memperbolehkan makan makanan yang disediakan atau dijual oleh ODHA, tidak memperbolehkan anaknya bermain bersama dengan anak HIV, tidak mau menggunakan toilet bersama dengan ODHA, bahkan menolak untuk

tinggal dekat dengan orang yang menunjukkan gejala HIV/AIDS. Munculnya stigma dan diskriminasi dapat disebabkan karena kurangnya keterlibatan masyarakat dalam setiap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS (Wati dkk, 2017).

Stigma masyarakat terhadap Orang Dengan HIV&AIDS sampai sekarang ini masih sangat besar. Stigma sering kali menyebabkan terjadinya diskriminasi dan pada gilirannya akan mendorong munculnya pelanggaran HAM bagi ODHA dan keluarganya. Hal semacam itu dapat memperparah epidemik HIV&AIDS. Stigma dan diskriminasi yang dialami oleh ODHA anak menimbulkan dampak psikologis, meskipun ODHA anak tidak begitu memahami stigma dan diskriminasi yang dilakukan masyarakat, namun sikap tidak adil dan mengucilkan yang dilakukan masyarakat kerap membuat ODHA anak merasa kecewa dan sedih. ODHA juga sering murung, menangis, minder dan kadang sedih mengapa masyarakat sekitar menjauhinya, tanpa mereka tahu bahwa yang menyebabkan masyarakat menjauhinya adalah karena sakit yang ODHA alami. Tekanan psikologis anak juga muncul akibat sakit yang mereka alami, merasa putus asa dan sering ditujukkan dengan tidak mau minum obat bahkan ada beberapa anak yang mengakhiri sekolahnya karena malu dan minder dengan adanya stigma dan deskriminasi (Ernawati, 2013).

Faktor yang mempengaruhi stigma terhadap HIV/AIDS yakni pandangan negatif masyarakat terhadap HIV/AIDS, ODHA menganggap HIV adalah penyakit yang mengancam jiwa, orang-orang takut terinfeksi

HIV, penyakit dihubungkan dengan perilaku yang telah terstigma dalam masyarakat, ODHA sering dianggap sebagai yang bertanggung jawab bila ada orang lain yang terinfeksi, nilai-nilai moral atau agama membuat orang yakin bahwa HIV/AIDS sebagai hasil dari pelanggaran moral. Faktor lain yang mempengaruhi stigma yaitu pengetahuan, persepsi, pendidikan, jenis kelamin, umur, status ekonomi, keterpaparan sumber informasi tentang HIV/AIDS, serta adanya interaksi dengan ODHA juga mempengaruhi stigma seseorang terhadap ODHA (Wati dkk, 2017).

Sikap orang sekitar juga dapat berkontribusi terhadap stigma masyarakat terhadap ODHA. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Hati dkk (2017) bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap tetangga terhadap ODHA dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA (p=0,000). Hal ini berarti tetangga yang mempunyai sikap kurang baik terhadap ODHA mempunyai peluang yang besar untuk menstigma ODHA dari pada tetangga yang mempunyai sikap baik. Menurut hasil penelitian OConnor, dkk (2011) di Afrika bahwa ODHA mendapat stigma dan diskriminasi dari tetangga, tetangga merupakan bagian dari masyarakat yang juga mempunyai peluang yang sama untuk menstigma ODHA. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi (2016) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sikap teman dengan stigma mahasiswa kebidanan terhadap ODHA (p=0,419). Sejauh ini belum ditemukan jurnal yang membahas tentang sikap orang sekitar terhadap ADHA, penelitian

yang ditemukan hanya membahas tentang stigma pada ODHA saja tanpa ada pembagian berdasarkan usia .

Sikap orang sekitar merupakan salah satu pembentuk stigma yang paling besar. Tidak semua orang disekitar kita mepunyai sikap yang positif, ada juga orang yang bersikap negatif hanya sebagian orang saja. Pengaruh orang sekitar cenderung sebagai sumber informasi yang tidak signifikan/akurat, justru informasi negatif dari sikap orang sekitar yang lebih mereka percaya, sikap orang sekitar secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari (Widiati, 2010)

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan terhadap 50 responden yang memiliki anak usia 0-14 tahun dan tersebar di lima kecamatan di Kota Surakarta diperoleh hasil sebagai berikut sebanyak responden 32 responden (64%) memberikan stigma seperti melarang anaknya untuk bermain bersama ADHA, memperlakukan ADHA secara berbeda dengan orang lain. Sedangkan 18 responden (36%) tidak menstigma ADHA karena mereka sudah mempunyai pengetahuan yang cukup tentang faktor resiko, transmisi, pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS sehingga mereka cenderung tidak takut dan tidak memberikan stigma terhadap ADHA. Berdasarkan permasalahan yang telah terjadi sebelumnya dengan adanya kasus penolakan dan diskriminasi di Surakarta pada tahun 2019 maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang lebih lanjut

mengenai hubungan sikap orang sekitar dengan stigma masyarakat pada ADHA di Surakarta.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan sikap orang sekitar dengan stigma masyarakat pada ADHA di Surakarta ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui hubungan sikap orang sekitar dengan stigma masyarakat pada ADHA di Surakarta.

2. Tujuan Khusus

   1) Mendeskripsikan karakteristik responden.
   2) Menganalisis hubungan sikap orang sekitar dengan stigma masyarakat pada ADHA di Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

   Dapat menerima dan mau bersosialisasi dengan orang pengidap HIV/AIDS dalam lingkungan mana saja sehingga bisa menurunkan stigma terhadap ODHA anak.

2. Bagi Instansi Kesehatan

   Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai landasan atau bahan pertimbangan dalam penanganan permasalahan yang dihadapi oleh penderita HIV/AIDS dengan upaya pencegahan stigma pada ODHA anak. Selain itu diharapkan juga dapat menjadi sumber informasi terkait stigma pada ODHA anak di Kota Surakarta.

3. Bagi Instansi Akademik

   Hasil Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi pendidikan kesehatan serta dapat digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan kedepannya.

4. Bagi peneliti lain

   Penelitian ini di harapkan dapat menambahkan pengetahuan dan sebagai referensi yang dapat digunakan dalam penelitian selanjutnya.