

Stigma Masyarakat Terhadap ODHA Di Kota Kupang Provinsi NTT

Konstantinus Hati*), Zahroh Shaluhiah) Antono Suryoputro**)**

*) Dinas kesehatan Kabupaten Manggarai Provinsi Nusa Tenggara Timur

Korespondensi : konstantinushati@yahoo.coo.id

**) Magister Promosi Kesehatan FKM Universitas Diponegoro Semarang

ABSTRAK

Menurut UNAIDS 2006 jumlah ODHA di dunia mencapai 39,4 juta, dewasa 37,2 juta, dan anak-anak <15 tahun 2,3 juta. Survey jaringan kerja ASIA-PASIFIK 2006 bahwa ODHA mengalami stigma dan diskriminasi dalam masyarakat sebesar 5-95%. Survey BPS 2009 bahwa ODHA mengalami stigma dan diskriminasi dalam masyarakat sebesar 50-80%. Di NTT sejak tahun 1997-2013, menurut KPA NTT ODHA yang meninggal 443 orang dan yang ditolak keluarga ada 8 orang. Penelitian ini bertujuan mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA di Kota kupang. Metode: deskriptif survey analitik research pendekatan kuantitatif dengan rancangan cross secsional. Melakukan wawancara terhadap 382 Kepala Keluarga. Analisis data menggunakan uji univariat, bivariat dan multivariate. Hasil menunjukkan terdapat 56,0% stigma rendah dan 44.0 % stigma tinggi terhadap ODHA. Variabel yang berpengaruh terhadap stigma masyarakat terhadap ODHA yaitu Pengetahuan, persepsi tentang HIV-AIDS dan sikap KK, sikap keluarga besar, sikap tetangga, sikap tenaga kesehatan dan sikap tokoh masyarakat terhadap ODHA dengan tingkat probabilitas memberikan stigma terhadap ODHA sebesar 81.72%.

Kata kunci: *Stigma, Masyarakat, ODHA, Kota kupang.*

ABSTRACT

Social Stigma among PLWHA in Kupang City East Nusa Tenggara: *According to UNAIDS 2006 that PLWHA in the world reached 39.4 million, 37.2 million adults and children <15 years 2.3 million. ASIA-PACIFIC network survey in 2006 that PLWHA experience stigma and discrimination in the family, community and in health care by 5-95%. BPS Research in 2009 that PLWHA experience stigma and discrimination within the family, community, neighbors, workplaces and health care by 50-80%. NTT since 1997-2013, according to NTT KPA PLWHA who have died and 443 people were rejected by the family of 8 people. The aim of this study was to know about factors that influence a given society stigma against PLWHA in Kupang City. The method of this research is Analitic survey descriptive quantitative approach with cross secsional design. Conducted interviews with 382 head of familys. Analysis of test data using univariate, bivariate and multivariate. The results shows that here are 56,0% low stigma and 44.0% high stigma to PLWHA. The variables to determinat on the community stigma to PLWHA are Knowledge, perceptions about HIV/AIDS, the head of family attitudes, the big family attitude, the neighbor attitude, the attitude of health professionals, attitude of community leaders among PLHIV with a probability level of stigma towards PLWHA by providing 81.72%.*

Keywords: *Stigma, Community, PLWHA, Kota Kupang*

PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus penyebab *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. Sedangkan *AIDS* adalah kumpulan gejala berbagai penyakit yang dapat menurunkan daya tahan tubuh manusia yang menyebabkan mudah terserang berbagai penyakit. *HIV* menular lewat hubungan seksual dengan orang yang sudah menderita *HIV/AIDS*, jarum suntik yang bergantian dengan orang yang menderita *HIV/AIDS* pada penasun, mendapat transfuse darah dari penderita *HIV/AIDS* (Nasronudin, 2007). Epidemi penularan dan kematian karena *HIV/AIDS* semakin meningkat hampir disetiap Negara didunia. Hal ini terjadi karena permasalahan *HIV/AIDS* sangat kompleks. Untuk memecahkan permasalahan HIV membutuhkan integritas lintas sektor maupun lintas program. Salah satu masalah yang paling besar didalamnya adalah persoalan stigma masyarakat terhadap ODHA.

Menurut *UNAIDS* 2006 kasus *HIV/AIDS* di dunia sudah mencapai 39,4 juta orang, dewasa sebanyak 37,2 juta orang dan anak-anak dibawah usia 15 tahun sebanyak 2,3 juta orang (Kemenkes, RI.,2007). Menurut KPAN 2011, kasus terbaru *AIDS* Indonesia Januari sampai September 2011 sebesar 1805 kasus. Secara komulatif sampai dengan Juli 2011 sebesar 26.483 kasus. Terdapat 45,9% usia 20-

29 tahun (BKKBN. RI.,2012). Survei *Asia Pasific Network (APN) PLWHI*, Juli tahun 2001 dan November 2002 menggambarkan 80% responden melaporkan adanya stigma dan diskriminatif di masyarakat dan 50% dilayanan kesehatan (KPAN.,2011). Survei di Tujuh Provinsi di Indonesia tahun 2009 oleh BPS dan JOTHI terhadap 996 rumah tangga (Ruta) menunjukkan bahwa terdapat 36% Rumah Tangga orang terinfeksi *HIV* pernah mengalami stigma dan diskriminasi dari tetangganya (KPAN.,2011&Debora,I.,dkk, 2006).

Di NTT kasus komulatif *HIV/AIDS* sampai dengan Desember 2012 sebesar 1918 Kasus, *HIV* positif terjaring sebesar 837 kasus dan *AIDS* sebesar 1081 kasus, yang meninggal sebesar 443 kasus dan 8 kasus diantaranya ditolak oleh keluarga (KPAD NTT, 2013&KPAD Manggarai, 2013). Dibeberapa kabupaten penderita *HIV/AIDS* mendapatkan obat di kabupaten lain karena alasan malu dengan keluarga dan masyarakat sekitar. Sikap stigma masyarakat terhadap *HIV/AIDS* sudah muncul sejak adanya penderita *HIV/AIDS* asal Adonara tahun 1997. Ketika penderita tersebut datang dari Malaysia, keluarganya menjadi malu karena ada rekomendasi bahwa sakit yang diderita adalah *HIV/AIDS*. Keluarga dan masyarakat di sekitar mengisolasinya sampai penderita itu meninggal.

Dalam pasal 2 Undang-undang RI no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan non diskriminatif dan norma-norma agama. Bentuk pelaksanaan dari undang-undang ini belum nampak, di Rumah-rumah sakit se-NTT sejak tahun 2008 sudah ada keputusan agar pelayanan terhadap ODHA tidak boleh lagi ada perbedaan. Namun masih ada stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Hal ini membuat ODHA semakin tertekan, malu dan menutup diri tentang status HIV-nya (Kemenkes RI,2012; UNAIDS,2012&Kaldor, J,at.all.2000). Menurut Lawrence W.Green (2000) faktor yang mempengaruhi perilaku spesifik yaitu *predisposing factors*, *enabling factors* dan *reinforcing factors*. *Predisposing factors* meliputi pengetahuan, kepercayaan, nilai, sikap dan keyakinan. *Enabling factors* meliputi kemampuan untuk menjangkau sumber-sumber kesehatan, mengakses ke sarana kesehatan, peraturan pemerintah, prioritas pembangunan, komitmen terhadap kesehatan, kesehatan berhubungan keterampilan. *Reinforcing factors* meliputi dukungan keluarga, teman, guru, atasan, pemberi layanan kesehatan, tokoh masyarakat dan pengambil keputusan. Uraian Green ini

dapat diasumsikan bahwa orang berstigma terhadap ODHA disebabkan karena kurangnya pengetahuan tentang *HIV/AIDS*, adanya persepsi negative tentang *HIV/AIDS*, dan adanya peran yang kurang mendukung dari keluarga, teman, guru, tenaga kesehatan, pemerintah dan tokoh masyarakat.

Metode Penelitian

Penelitian ini adalah survei deskriptif analitik pendekatan kuantitatif rancangan *Cross seccional*. Melakukan wawancara dengan menggunakan kuisioner terhadap 382 kepala keluarga sebagai responden yang bertujuan mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA di Kota Kupang dengan populasi sebesar 54960 KK. (Arikunto, 2000). Pengambilan sample menggunakan tehnik *multistage proporsional random sampling*. Unit sampel yang pertama disebut *Primary Sampling Unit (PSU)*. Bila *PSU (Primary sampling unit)* adalah kecamatan maka sampelnya adalah lurah, bila *PSU (Primery sampling unit)* adalah Lurah maka sampelnya adalah RT dan bila *PSU (Primery sampling unit)* adalah RT maka sampelnya adalah kepala keluarga. Penentuan proporsi besar sampel setiap kecamatan tergantung jumlah KK dalam kecamatan dibagi besar populasi lalu dikalikan dengan besar sampel. Setiap kecamatan mengambil salah

satu lurah secara acak sederhana dan setiap lurah mengambil salah satu RT secara acak sederhana demikian juga dalam satu RT mengambil KK sebagai responden secara acak sederhana (Lemeshow, 1997 & Sugiyono, 2010).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden

Responden dalam penelitian ini adalah kepala Keluarga. Umur termuda 17 tahun dan umur tertua 82 tahun dengan modus 40 tahun, laki-laki berjumlah 81.7% dan perempuan 18.3%, rata-rata pendidikan responden tamat SMP dan SMU. Kategori pendidikan tinggi 36.1% dan pendidikan rendah 63.9%, Responden yang tidak bekerja sebanyak 71 orang (18.6%) dan yang bekerja sebanyak 311 orang (81.4%), sudah menikah lebih banyak (85.1%) dan yang belum menikah (14.9%). Responden yang tidak mempunyai kedudukan dalam masyarakat lebih banyak yaitu 218 orang (57.1%) dari pada yang mempunyai kedudukan yaitu 164 orang (42.9%).

Stigma Yang Diberikan Masyarakat Terhadap ODHA Di Kota Kupang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 56,0% responden memberikan stigma rendah dan 44.0% responden memberikan stigma tinggi terhadap ODHA. Gambaran stigma masyarakat terhadap ODHA yaitu terdapat 26.7% responden menyatakan ODHA diisolasi dalam keluarga, terdapat 19.1% menyatakan ODHA tidak boleh ikut rapat di RT,RW, Lurah, Camat, dan rumah ibadat, terdapat 18.6% menyatakan ODHA tidak boleh terima ditempat kerja, terdapat 23.3% menyatakan tidak boleh berciuman, bersalaman, duduk bersama, dan makan bersama dengan ODHA, terdapat 55.8% menyatakan ODHA harus diisolasi di Rumah sakit dan terdapat 29.3% responden menyatakan sebagai guru harus waspada dalam menerima murid baru yang terinfeksi *HIV* karena takut menular kepada murid yang lain.

Tabel 1. distribusi stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA.

No.	Stigna Masyarakat terhadap ODHA	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Stigma tinggi (skor stigma<17.0)	168	44.0
2.	Stigma rendah (skor stigma≥ 17.0)	214	56.0
	Total	382	100

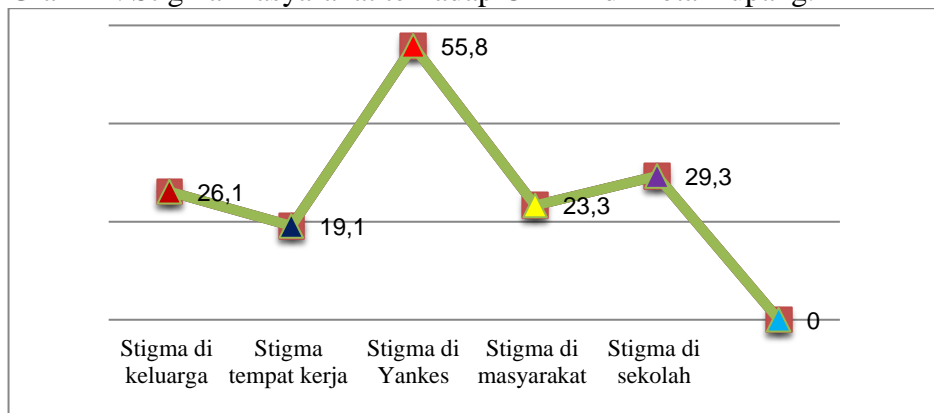
Median: 17.0

Stigma *HIV/AIDS* yang diberikan Timur juga dipengaruhi oleh faktor-faktor masyarakat terhadap ODHA di Nusa Tenggara sosial budaya masyarakat (KPAD.NTT,2013;

KPAD.Kab.Manggarai,2013&Goffmen,1963). Stigma terhadap ODHA yang berasal dari kalangan orang berpendidikan di Kota kupang muncul disebabkan oleh karena pengaruh budaya, norma masyarakat, pandangan agama yang melekat pada orang yang berpengetahuan. Sedangkan masyarakat luas belum berada pada kondisi pemahaman kemajuan yang bersifat global. Penelitian Pam O'Connor, dkk, (2011) di Mumbai bahwa stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan *HIV/AIDS* terjadi dalam keluarga, tetangga, masyarakat, tempat kerja,

di sekolah dan dilayanan kesehatan. Dalam keluarga ODHA selalu menyendiri dan mengurung diri, dicemooh oleh anggota keluarganya dan bahkan sampai mereka mendapat tindakan kekerasan oleh pasangan hidup mereka. Dalam masyarakat ODHA dikucilkan, dicemooh, ditolak oleh orang-orang dilingkungan tempat mereka tinggal. ODHA tidak diterima ditempat kerja, di rumah sakit mereka diperlakukan secara spesifik, diberi kode-kode khusus (O'Connor, at.all.,2011).

Grafik 1. Stigma masyarakat terhadap ODHA di Kota Kupang.



Menurut Goffmen (1963) yang dikutip oleh Pamor dan Anggleton (2003) mengatakan bahwa stigma itu berasal dari masyarakat. masyarakat memberikan stigma kepada orang yang melanggar norma sosial. Masyarakat memberikan identitas khusus bagi orang yang melanggar norma sosial. Kemudian mereka membedakan dalam kelompok terstigma dan kelompok normal dalam masyarakat (Wood,at.all.,2005&Goffmen,1963).

Berdasarkan pendapat Goffmen, dapat

dijelaskan bahwa stigma terhadap orang dengan *HIV/AIDS* itu berasal dari masyarakat yang memandang atau menilai ODHA itu adalah orang yang melanggar norma sosial. Menurut Mayor B dan O'Brien, (2005) masyarakat yang memiliki keyakinan terhadap budaya, norma masyarakat yang kuat serta beragama dengan fanatik akan memberikan stigma terhadap orang yang melanggar norma lebih kuat juga (Mayor, B.& O'Brien,2004).

Di Kota Kupang keyakinan terhadap budaya, norma dan agamanya masih sangat kuat. Walaupun tingkat pendidikan masyarakatnya rata-rata tamat SMU dan SLTP tetapi mereka masih berada pada era ambivalensi artinya era yang masih memegang keyakinan terhadap budaya, norma dan agama dengan era yang menuntut mereka harus mengikuti perkembangan kemajuan teknologi yang canggih. Belum sepenuhnya masyarakat berpendidikan di Kota Kupang untuk melepaskan pengaruh budaya dalam masyarakat. Hal ini mengakibatkan adanya stigma ODHA dari kalangan orang yang berpendidikan. Maka dapatlah dikatakan bahwa stigma terhadap ODHA di Kota Kupang dipengaruhi kuat oleh budaya, norma dan agama.

Dalam penelitian yang dilakukan Yuyun, dkk, (2011) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ODHA minum ARV di kota Bandung, Cimahi (studi kualitatif) mendapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa mereka takut diketahui status *HIV* mereka oleh orang lain (Yuyun, dkk, 2011). Yuyun menjelaskan

bahwa ketakutan ODHA itu terjadi karena masih adanya stigma *HIV/AIDS* pada kalangan masyarakat. Apabila masyarakat tahu bahwa mereka *HIV* positif maka pasti saja masyarakat menolak mereka. Hasil penelitian Yuyun, dkk (2011) menjelaskan bahwa Stigma mengganggu kehidupan ODHA. Selanjutnya Yuyun dkk., menjelaskan bahwa beberapa faktor pendukung bagi ODHA agar tetap patuh minum obat dalam kondisi distigma adalah kerja sama dengan tenaga kesehatan agar tetap merahasiakan statusnya, dukungan keluarga, dukungan anak-anak, dukungan teman sebaya, dukungan kelompok sebaya, dukungan tetangga dan dukungan LSM. Stigma adalah tindakan memberikan label sosial yang bertujuan untuk memisahkan atau mendiskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Dalam prakteknya, stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi yaitu tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak-hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya sebagai manusia yang bermartabat.

Tabel 2. Hasil tabulasi silang antara karakteristik responden dan stigma terhadap ODHA.

Variabel	Kategori	p-value hasil	Kategori stigma				Total		Keterangan
			Stigma tinggi		Stigma rendah		f	%	
			F	%	F	%			
Umur	<36 tahun	0,931	80	43.5	104	56.5	184	100	Tidak ada hubungan
	>/36 tahun		88	44.4	110	55.6	198	100	
Jenis kelamin	Laki-laki	0,027	146	46.8	166	53.2	312	100	Ada hubungan
	Perempuan		22	31.4	48	68.6	70	100	
Pendidikan	Rendah	0,184	114	46.7	130	53.3	244	100	Tidak ada hubungan
	Tinggi		54	39.1	84	60.9	138	100	
Pekerjaan	Tidak bekerja	0,324	27	38.0	44	62.0	71	100	Tidak ada hubungan
	Bekerja		141	45.3	170	54.7	311	100	
Status perkawinan	Belum menikah	0,321	29	50.9	28	49.1	57	100	Tidak ada hubungan
	menikah		139	42.8	186	57.2	325	100	
	Tidak ada		96	44.0	222	56.0	218	100	
Status kedudukan	kedudukan	1,000							Tidak ada hubungan
	Mempunyai kedudukan		72	43.9	92	56.1	164	100	

Stigma dan diskriminasi terjadi karena adanya persepsi bahwa mereka dianggap sebagai musuh, penyakit, elemen masyarakat yang memalukan, atau mereka yang tidak taat terhadap norma masyarakat dan agama yang berlaku. Implikasi dari stigma dan diskriminasi bukan hanya pada diri orang atau kelompok tertentu tetapi juga pada keluarga dan pihak-pihak yang terkait dengan kehidupan mereka (Kemenkes.RI, 2012). Stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA adalah berbentuk cap yaitu ODHA itu Narkoba, ODHA itu pasti PSK, ODHA itu pasti moralnya tidak baik, HIV-AIDS itu penyakit berbahaya, HIV-AIDS itu penyakit amoral, HIV-AIDS itu penyakit orang narkoba dan PSK. Stigma adalah hal-hal yang membawa aib, hal yang memalukan, sesuatu dimana seseorang menjadi rendah hati, malu dan takut karena sesuatu. Dari pengertian ini

dapat dikatakan bahwa ODHA yang distigma masyarakat pasti merasa malu, merasa dikucilkan, merasa direndahkan dimata masyarakat lain. Oleh karena itulah mereka menyendiri, menyembunyikan diri mereka dari orang lain.

Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang memberikan stigma tinggi sebesar 75% dan stigma rendah sebesar 24.7%, sedangkan pada responden yang memiliki pengetahuan baik memberikan stigma tinggi sebesar 33.9% dan stigma rendah sebesar 66.1%. Hasil uji *Chi Squire* nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima artinya terbukti ada hubungan antara pengetahuan dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi ganda dengan nilai $p=0.020$

dengan $EXP.B=2.420$ artinya sikap tentang *HIV-AIDS* berpengaruh terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA dengan kekuatan probabilitas 2.420. Hal ini berarti jika seseorang mempunyai pengetahuan baik tentang *HIV-AIDS* mempunyai kemungkinan berpengaruh mengurangi stigma sebesar 2 kali dibandingkan jika seseorang mempunyai pengetahuan kurang tentang *HIV-AIDS*. Sebaliknya jika seseorang mempunyai pengetahuan kurang tentang *HIV-AIDS* maka akan berpengaruh memberikan stigma terhadap ODHA sebesar 2 kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang memiliki pengetahuan baik terhadap ODHA.

Menurut penelitian Soedarjatmika (2008) didapatkan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap stigma diakibatkan oleh kurangnya pemahaman terhadap penyakit tersebut. Sedangkan menurut penelitian Mahendra *at al*, (2007) dan penelitian Pratikno, (2008) dalam Tri P.,dkk mengatakan bahwa terbukti adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan persepsi tenaga kesehatan yang kurang tentang *HIV-AIDS* (Paryati,dkk.,2013).

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang dapat memberikan stigma kepada ODHA. Diduga bahwa semakin baik pengetahuan seseorang tentang *HIV-AIDS* maka semakin rendah pula

stigma yang diberikan terhadap ODHA dan bahkan tidak memberikan stigma kepada ODHA. Menurut Notoadmojo, (2003) mengatakan bahwa fungsi dari pengetahuan adalah mendorong individu untuk mengerti dengan pengalaman-pengalamannya untuk memperoleh pengetahuan. Elemen-elemen dari pengalamannya yang tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun kembali atau diubah sedemikian rupa hingga menjadi konsisten (Notoadmojo, S, 2009).

Menurut Bradley (2009) Dalam penelitian yang dilakukan oleh Tri Paryati didapatkan bahwa Pengetahuan tentang *HIV/AIDS* sangat mempengaruhi bagaimana individu tersebut akan bersikap terhadap penderita *HIV/AIDS*. Menurut Chase dan Aggleton (2001) mengatakan bahwa salah satu penyebab terjadinya stigma adalah *mis-informasi* mengenai bagaimana *HIV* ditransmisikan (UNAIDS, 2000). Hal ini berarti masyarakat memberikan stigma atau tidaknya kepada ODHA juga sangat dipengaruhi oleh bagaimana pemahaman mereka terhadap ODHA.

Persepsi responden tentang *HIV-AIDS*.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa 70% responden yang memiliki persepsi kurang memberikan stigma tinggi terhadap ODHA. Sedangkan responden yang memiliki persepsi

baik memberikan stigma tinggi terhadap ODHA sebesar 26.4 Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh hasil *p-value* 0.000 artinya terbukti ada hubungan antara persepsi tentang *HIV-AIDS* dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi ganda dengan nilai $p=0.001$ dengan $EXP.B=2.861$ artinya persepsi tentang *HIV-AIDS* berpengaruh terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA dengan kekuatan probabilitas 2.861. Hal ini berarti jika seseorang mempunyai persepsi kurang tentang *HIV-AIDS* mempunyai peluang memberikan stigma sebesar 2.861 kali dibandingkan jika seseorang mempunyai persepsi baik tentang *HIV-AIDS*. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Cock, dkk dan Herak (2002) yang mengatakan bahwa

terbukti ada hubungan antara persepsi tentang *HIV-AIDS* dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Persepsi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang memberikan stigma terhadap ODHA. Menurut penelitian Soedarjatmika, (2008) didapatkan bahwa persepsi berpengaruh terhadap stigma diakibatkan oleh kurangnya pemahaman terhadap penyakit tersebut. Sedangkan menurut penelitian Mahendra *at.all.*, (2007) dan penelitian Pratikno, (2008) dalam Tri P.,dkk mengatakan bahwa terbukti adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan persepsi tenaga kesehatan yang kurang tentang *HIV-AIDS*.

Tabel 3. Hasil Analisis Multivariat.

N	Variabel	B	Nilai p	Exp.B (OR)	95% CI,for Exp.B	
					Lower	Upper
0.						
1.	Status kawin	0.725	0.072	2.066	0.938	4.547
2.	Status kedudukan dlm masyarakat.	0.529	0.091	1.697	0.919	3.136
3.	Pengetahuan tentang HIV-AIDS. *)	0.884	0.020	2.420	1.146	5.111
4.	Persepsi tentang HIV-AIDS. *)	1.035	0.001	2.816	1.532	5.174
5.	Sikap terhadap ODHA. *)	0.665	0.039	1.945	1.033	3.661
6.	Sikap keluarga besar terhadap ODHA. *)	1.126	0.001	3.083	1.609	5.907
7.	Sikap tetangga terhdp ODHA. *)	0.700	0.038	2.014	1.038	3.909
8.	Sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA. *)	1.163	0.001	3.199	1.615	6.336
9.	Sikap tokoh masyarakat terhdp ODHA. *)	1.576	0.000	4.834	2.194	10.646

Constant: B: -5.647 Probabilitas pengaruh = 81,72%. *) = variabel yang berpengaruh

Sikap responden terhadap ODHA.

Sikap merupakan salah satu faktor penting mempengaruhi stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Menurut Thurston dan Chave (dalam Mitchell,1990) ditulis Wawan dan Dewi, 2011 mengatakan sikap adalah keseluruhan dari kecendrungan dan perasaan, curiga atau bias, asumsi-asumsi, ide-ide, ketakutan-ketakutan, tantangan-tantangan, dan keyakinan-keyakinan manusia mengenai topik tertentu (Wawan&Dewi,2011). Berdasarkan definisi ini dapat dipahami bahwa sikap terhadap *HIV-AIDS* merupakan keseluruhan dari kecendrungan dan perasaan, curiga atau bias, asumsi, ide, ketakutan, tantangan dan keyakinan seseorang tentang *HIV-AIDS*.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa responden yang mempunyai sikap kurang memberikan stigma tinggi terhadap ODHA sebesar 70.6% dan stigma rendah sebesar 29.4%, sedangkan pada responden yang mempunyai sikap baik memberikan stigma tinggi sebesar 30.9% dan stigma rendah sebesar 69.1%. Berdasarkan uji *Chi Square* sikap dengan nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) artinya terbukti ada hubungan antara sikap tentang *HIV-AIDS* dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi logistik ganda didapatkan nilai $p=0.039$ ($p<0.05$) dengan nilai *EXP.B (OR)*=1.945, hal

ini berarti sikap terhadap *HIV-AIDS* mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Sikap merupakan respons seseorang terhadap objek yang dilihatnya. Bentuk respons setiap orang terhadap objek yang ada tergantung pengalaman dan pengetahuan yang dimilikinya. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa sikap terhadap *HIV-AIDS* adalah kondisi mental dan neural yang diperoleh dari pengalaman tentang *HIV-AIDS*, yang mengarah dan secara dinamis mempengaruhi respon-respon individu terhadap penyakit *HIV-AIDS* atau terhadap ODHA. Hal ini berarti semakin baik pengalaman orang tentang *HIV-AIDS* semakin baik pula responnya terhadap ODHA. Green (2000) mengatakan bahwa sikap seseorang juga sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan dan sosial budaya. Pendapat green ini dapat diartikan bahwa orang memandang sesuatu itu baik atau buruk juga dipengaruhi oleh lingkungan sekitar. Selain itu kondisi dan situasi yang dipengaruhi kekuatan norma sosial yang di mana seseorang tinggal.

Sikap keluarga besar terhadap ODHA.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa pada responden yang mengatakan sikap keluarga kurang terhadap ODHA memberikan stigma tinggi sebesar 77.5%

dan stigma rendah sebesar 22.5%, sedangkan pada responden yang menagatakan keluarga baik memberikan stigma tinggi sebesar 26.9% dan stigma rendah sebesar 73.1%. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) artinya terbukti ada hubungan antara sikap keluarga besar terhadap ODHA dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi logistik ganda $p=0.001$ ($p<0.05$) dengan *EXP.B* (*OR*)=3.083, artinya terbukti ada pengaruh secara *significancy* sikap keluarga besar terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA.

Keluarga merupakan unit terkecil masyarakat yang mempunyai interaksi yang sangat kuat secara bio-psiko-sosial-kultural antara individu dengan individu di dalamnya. Skinner, (1999) mengatakan bahwa keluarga mempunyai fungsi melindungi, memelihara, mengasuh serta merawat anggota keluarganya. Hal ini berarti dukungan keluarga sangat penting untuk memberikan semangat hidup bagi ODHA dan mengurangi stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Sikap keluarga sangatlah penting terhadap ODHA agar tetap bisa mempertahankan kesehatannya dan hidupnya dalam kehidupan bermasyarakat. Menurut Falk (2001) mengatakan bahwa kita dan semua

masyarakat mempunyai kesempatan yang sama untuk mengstigmatisasi terhadap beberapa kondisi dan beberapa perilaku tertentu karena itu salah satu bentuk solidaritas kelompok dengan menggambarkan orang luar dari orang dalam (Yuyun,dkk.,2011). Hal ini berarti semua masyarakat termasuk keluarga mempunyai kesempatan untuk berstigma terhadap ODHA. Untuk mengatasi agar ODHA tidak patah semangat maka keluarga seharusnya memberikan dukungan terhadap ODHA agar dia tidak merasa terstigma atau agar masyarakat lain tidak ikut memberikan stigma terhadap ODHA.

Sikap tetangga terhadap ODHA.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa pada responden yang mengatakan sikap tetangga kurang memberikan stigma tinggi terhadap ODHA sebesar 76.6% dan stigma rendah sebesar 23.4%, sedangkan pada sikap tetangga baik memberikan stigma tinggi sebesar 24.1% dan stigma rendah sebesar 75.9%. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* nilai $p=0.000$ (<0.05) artinya terbukti ada hubungan antara sikap tetangga dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi logistik ganda nilai $p=0.038$ ($p<0.05$) dengan *EXP.B* (*OR*)=2.014 artinya terbukti ada pengaruh yang *significant* sikap tetangga terhadap ODHA dengan stigma yang

diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hal ini berarti tetangga yang mempunyai sikap kurang terhadap ODHA mempunyai peluang memberikan stigma terhadap ODHA sebesar 2.014 kali lebih besar dari pada tetangga yang mempunyai sikap baik.

Hasil penelitian O'Connor, dkk, (2011) di Afrika bahwa ODHA mendapat stigma dan diskriminasi dari tetangga. Tetangga merupakan bagian dari masyarakat yang juga mempunyai peluang yang sama untuk mengstigma ODHA. Menurut Levin dan Van Laar (2004) mengatakan bahwa individu aktif mengatasi stigma dengan cara yang berbeda-beda diseluruh kelompok terstigma ketika individu atau kelompok terstigma, setiap waktu dalam segala situasi. Bentuk stigma yang dimaksudkan adalah dikucilkan oleh teangga, dikucilkan oleh keluarga, devaluasi, ditolak, dihina dan dihindari oleh tetangga dan masyarakat (Yuyun,dkk.,2011). Hal ini berarti bahwa kondisi interaksi dalam kehidupan antara teman, keluarga, tetangga dan masyarakat mempengaruhi orang agar bisa melakukan perilaku spesifik.

Sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa pada responden yang mengatakan sikap tenaga kesehatan kurang memberikan stigma tinggi terhadap ODHA sebesar 79.6% dan stigma rendah sebesar 20.4%, sedangkan pada sikap

tenaga kesehatan baik memberikan stigma tinggi sebesar 29.0% dan stigma rendah sebesar 71.0%. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) berarti terbukti ada hubungan antara sikap tenaga kesehatan dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi logistik ganda $p=0.001$ ($p<0.05$) dengan nilai $EXP.B(OR)=3.199$ yang berarti terbukti adanya pengaruh yang *significant* antara sikap tenaga kesehatan terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Penelitian Widyawati, (2009) bahwa terbukti adanya pengaruh dukungan tenaga kesehatan terhadap sikap ibu hamil terhadap *HIV-AIDS* dan *VCT*. Menurut penelitian Pratikno (2008), menunjukkan hasil bahwa adanya stigma dan diskriminasi pada ODHA oleh petugas kesehatan dipengaruhi oleh pengetahuan dan persepsi petugas kesehatan tentang *HIV/AIDS*.

Tenaga kesehatan merupakan pemberi layanan kesehatan terhadap ODHA yang pada kenyataannya selalu berhubungan dengan penderita *HIV-AIDS* dalam pelayanan sehari-hari. Tenaga kesehatan adalah sumber informasi kesehatan yang benar dan mempunyai kekuatan tersendiri bagi ODHA agar selalu semangat berobat dan mengontrol kesehatannya. Maka jika orang kesehatan memberikan stigma kepada ODHA maka akan mematah semangat hidup ODHA. Green

(2000), mengatakan bahwa dukungan tenaga kesehatan merupakan faktor penguat (*reinforce*) terhadap perilaku spesifik kesehatan seseorang. Dalam hal ini tenaga kesehatan merupakan faktor penguat bagi ODHA agar tetap semangat dalam hidup.

Sikap tokoh masyarakat terhadap ODHA.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa pada sikap tokoh masyarakat kurang terhadap ODHA memberikan stigma tinggi terhadap ODHA sebesar 87.8% dan stigma rendah sebesar 12.2%, sedangkan pada responden yang mengatakan sikap tokoh masyarakat baik memberikan stigma tinggi sebesar 28.9% dan stigma rendah sebesar 71.1%. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) artinya terdapat bukti bahwa ada hubungan antara sikap tokoh masyarakat dengan stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA. Hasil uji regresi logistik ganda nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) dan *EXP.B (OR)=4.834* artinya terbukti ada pengaruh yang sangat *significant* antara sikap tokoh masyarakat terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA dengan *probability* 4.834. Hal ini artinya jika tokoh masyarakat mempunyai sikap kurang terhadap ODHA maka akan mempunyai peluang memberikan stigma terhadap ODHA sebesar 4.834 kali lebih besar dari pada jika tokoh masyarakat mempunyai sikap baik terhadap ODHA.

Menurut penelitian yang dilakukan Li Li, *at al*, (2009) di China didapatkan bahwa dukungan institusi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap diskriminasi pada ODHA oleh institusi pemerintah, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan (Paryati,dkk.,2013). Penelitian ini mempunyai hasil yang sama dengan penelitian Widyawati, (2009) mengatakan terbukti adanya pengaruh dukungan tokoh masyarakat, keluarga, teman dan informasi lain terhadap perilaku ibu hamil tentang *HIV-AIDS* dan *VCT*.

Green (2000), mengatakan bahwa tokoh masyarakat merupakan salah satu faktor pendukung dalam merubah perilaku masyarakat. Hal ini berarti bahwa tokoh masyarakat merupakan corong yang mempunyai *power* bagi semua masyarakat. apa pun hal yang diucapkan tokoh masyarakat tentang ODHA akan berpengaruh terhadap sikap masyarakat tersebut terhadap ODHA. Bagaimana pun halnya, tokoh masyarakat akan memiliki dukungan baik terhadap ODHA disebabkan karena pemahaman tokoh masyarakat tentang ODHA sudah benar. Oleh karena itu sangatlah penting peningkatan pengetahuan tentang *HIV/AIDS* bagi tokoh masyarakat.

SIMPULAN

Sikap masyarakat Kota Kupang terhadap ODHA masih dikategorikan baik walaupun

terdapat 44.0% responden yang memberikan stigma tinggi. Masih terdapat stigma sebesar 26.1% di keluarga, 19.1% di tempat kerja, 55.8% di yankes, 23.3% di masyarakat dan 29.3% di sekolah. Sebesar 37.7% responden mengatakan bahwa ODHA seharusnya diisolasi bila dirawat di rumah sakit, sebesar 38.2% perawatan terhadap ODHA harus menggunakan perlindungan yang ekstra awas tertular *HIV*, sebesar 55.8% mengatakan bahwa tindakan isolasi ODHA itu merupakan keputusan yang paling tepat agar bisa membedakan penderita *HIV* dengan penderita lain.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap stigma yang diberikan masyarakat terhadap ODHA yaitu Pengetahuan kepala keluarga tentang *HIV/AIDS*, Persepsi kepala keluarga tentang *HIV/AIDS*, Sikap kepala keluarga terhadap ODHA, Sikap keluarga besar terhadap ODHA, Sikap tetangga terhadap ODHA, Sikap tenaga kesehatan terhadap ODHA dan Sikap tokoh masyarakat terhadap ODHA. Faktor yang paling berpengaruh terhadap stigma masyarakat terhadap ODHA yaitu sikap tokoh masyarakat terhadap ODHA dengan nilai $EXP.B(OR)=4.834$ artinya tokoh masyarakat yang mempunyai sikap kurang terhadap ODHA mempunyai peluang memberikan stigma sebesar 4.834 kali lebih besar dibandingkan dengan tokoh masyarakat

yang mempunyai sikap baik. Dari tujuh faktor yang berpengaruh di atas mempunyai probabilitas memberikan stigma terhadap ODHA sebesar 81.72%.

KEPUSTAKAAN

Arikunto. 2000. Manajemen Penelitian. Jakarta : Rineka Cipta

BKKBN RI. 2012. Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi Dan Konseling Remaja Dan Mahasiswa. BKKBN. Jakarta.

Debora, Imelda.,dkk. 2006. Kajian cepat Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Ke Bayi. Edisi I. Cetakan ke-1. Puskadepkessos. FISIP- UI, YPI, ASSR- UvA. Puskadepkessos-UI. Jakarta

Green. G. 1995. Attitudes towards people with *HIV*: Are they as stigmatizing as people with HIV perceive them to be. *Social Science & Medicine*, 41(4), 557–568.

Goffman E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Diakses dari [Http://Www.Slideshare.Net/Hutaurukmusa/Stigma-Dan-Diskriminasi](http://www.slideshare.net/Hutaurukmusa/Stigma-Dan-Diskriminasi). Pada pada tanggal 6 Desember 2013.

Green. L. 2000. *Health Promotion Planning An Aduational And Environmental Approach*. London. Mayfield Publishing Company. Eds.2.

Herek, G.M., Capitanio, J.P., Widaman, K.F. 2002. HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991–1999. *Am. J. Public Health* 92 (3), 371–377.

Kemenkes. RI. 2007. Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan Dan

- Pengobatan HIV dan AIDS. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Kemkes. RI. 2012. Buku Pedoman Penghapusan Stigma & Diskriminasi Bagi Pengelola Program, Petugas Layanan Kesehatan Dan Kader. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung . Jakarta.
- KPAD NTT. 2013. Laporan Kasus HIV/AIDS NTT Tahun 2012. KPAD NTT. Kupang
- KPAD Kabupaten Manggarai Provinsi NTT. 2013. Laporan Kasus HIV/AIDS Tahun 2012. KPAD Kabupaten Manggarai. Ruteng.
- Kaldor, J., et al. 2000. Penilaian eksternal tentang HIV/AIDS (external Assessment on HIV/AIDS). Dirjen. P2MPLP. Kemkes.RI. Jakarta.
- KPAN. 2011. Laporan Akhir Penelitian : Peran dukungan sebaya terhadap peningkatan mutu hidup ODHA di Indonesia tahun 2011. KPAN. Jakarta.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Janelle, K & Lwanga S.K. 1997. Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan. edisi bahasa Indonesia. Penerjemah : Dibyong Pramono. Diterbitkan dan dicetak oleh Gadjah Mada University press anggota IKAPI 9708093-C1E. Yogyakarta.
- Major B. and O'Brien L.T. 2004. The Social Psychology Of Stigma. Department Of Psychology. University Of California, Santa Barbara, Santa Barbara, California 93105`Annu.Rev.Psychol.2005.56: 393421.Doi:10.1146/Annurev.Psyc
- h.56.091103.070137 Copyright_C 2005 By Annual Reviews. All Rights Reserved First Published Online As A Review In Advance On September 14.
- Nasronudin. 2007. *HIV Dan AIDS : Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis Dan Sosial*. Air Langga University Press. Surabaya.
- Notoadmojo, S. 2009. Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
- Nurgiyantoro B. 2009. Marzuki & Gunawan. Statistik Terapan, Untuk Penelitian Ilmu-Ilmu Social. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- O'Connor, Pam, Ernest & Jaya. 2011. Voices Of Resilience Stigma, Discrimination And Marginalisation Of Indian Women Living With HIV/AIDS. Curtin University, Western Australia. Sense Publishers,P.O. Box 21858,3001 AW Rotterdam, The Netherlands.
- Paryati, T., Ardini S. R., & Irvan A. 2013. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA(Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan : kajian literature. Universitas Padjadjaran Bandung. Bandung.
- Sally C.,Dkk. 2011. People Living With HIV Stigma Index Asia Pacific Regional Analysis. UNAIDS Report.
- Sugiyono. 2010. Statistika untuk Penelitian. Alfabeta. Cetakan ke-11. Bandung.
- UNAIDS. 2012. Key Programmes to Reduce Stigma and Discrimination and Increase Access to Justice in National HIV Responses. United nations : UNAIDS. Geneva.
- UNAIDS. 2000. HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: Forms, contexts and determinants. Research studies from

- Uganda and India (prepared for UNAIDS by Peter Aggleton). UNAIDS. Geneva
- Wawan, A. dan Dewi, M. 2010. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia. Cetakan ke-2. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Widyawati, M.N. 2009. Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi sikap ibu hamil terhadap HIV-AIDS dan VCT di Kelurahan Mangunharjo Kecamatan Tugu Semarang tahun 2009. Tesis Magister Promosi Kesehatan FKM. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Wood, K., Aggleton, P., Malcolm, A., Parker, R. 2005. HIV- Related Stigma, Discrimination, and Human rights violation : case studies of successful programmes. Thomas Coram Research Unit. Institute of Education. University of London. United Kingdom. Geneva : Switzerland. UNAIDS.
- Yuyun, Y, Rini,S.H dan Aryastami.N.K. 2011. Faktor - Faktor Pendukung Kepatuhan Orang Dengan HIV/AIDS (Odha) Dalam Minum Obat Antiretroviral Di Kota Bandung Dan Cimahi. Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Pusat Humaniora, Pemberdayaan Masyarakat dan Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes Buletin Peneliti Kesehatan. Vol. 41, No. 2, 2013: 72 - 83 73. Bandung.