

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) telah menjadi salah satu masalah kesehatan terbesar sejak saat pertama kali ditemukan pada tahun 1981 (Okpala *et al.*, 2017). Data dari WHO dan UNAIDS mengungkapkan bahwa 36,7 juta orang telah terinfeksi HIV pada akhir 2016 dan 1,8 juta diantara-Nya baru terinfeksi pada tahun tersebut. WHO memperkirakan hanya sekitar 70% orang dengan HIV/AIDS yang mengetahui status mereka. Sejak dimulainya epidemi 35 juta orang telah meninggal karena penyakit terkait AIDS (UNAIDS, 2017).

Depkes RI melaporkan pada Maret 2016 HIV/AIDS telah menyebar di 407 dari 507 kabupaten/kota yang ada di seluruh provinsi. Jumlah kumulatif infeksi HIV dari tahun 1987 sampai dengan Juni 2018 sebanyak 301.959, sedangkan AIDS sebanyak 108.829 jiwa. Persentase tertinggi terjadi pada usia produktif yaitu 25-49 tahun sebesar 31,4% sejak 1987 dan 70,3% pada periode Januari-Juni 2018 (Kemenkes, 2018).

Berdasarkan data Depkes pada Maret 2017, meskipun tidak termasuk sepuluh besar provinsi dengan jumlah infeksi HIV terbanyak, D.I Yogyakarta menunjukkan angka yang cenderung mengalami kenaikan sejak tahun 2012 (Kemenkes, 2017a). Laporan tahun 2012 menunjukkan sebesar 272 jiwa terinfeksi

HIV. Angka tersebut mengalami kenaikan menjadi 489 dan 614 pada tahun 2013 dan 2014 berturut turut. Pada tahun 2015 jumlah infeksi HIV di DIY turun menjadi 531 namun kembali naik menjadi 736 pada tahun 2016. Pada tahun 2017 terjadi sedikit penurunan menjadi 723 orang dan data periode Januari-Juni 2018, 317 jiwa terinfeksi HIV/AIDS (Kemenkes, 2018).

Stigma berkembang seiring dengan menyebarnya epidemi HIV/AIDS (*Qap Tanzania HIV stigma study team, 2007*). Stigma terkait HIV/AIDS sering kali terbentuk dari konotasi negatif tentang keterkaitan HIV dengan perilaku seksual menyimpang seperti pekerja seks komersial, homoseksual atau transgender dan juga penggunaan narkoba (Harapan *et al.*, 2013). Penyakit ini juga sulit diterima masyarakat karena ketakutan akan tertular yang berlebihan dan rendahnya tingkat pengetahuan (Zarei *et al.*, 2015). Selain itu, gender, budaya dan lokasi pedesaan atau perkotaan juga menjadi faktor terbentuknya stigma (Okpala *et al.*, 2017). HIV sering kali dianggap sebagai penyakit yang “Hina”. Orang dengan HIV/AIDS banyak dicap membawa aib bagi keluarga dan teman-temannya. Jika stigma semacam ini juga didapat dari tenaga kesehatan, maka ODHA sebagai pasien akan muncul rasa tidak enak dan malas untuk mencari pengobatan. Karena itu penting untuk menanyakan pada pasien bagaimana persepsi mereka tentang pelayanan yang diberikan dan pemberi pelayanan tersebut (Olowookere *et al.*, 2013).

Diskriminasi dapat diartikan sebagai tindakan tidak adil yang merugikan (Olowookere *et al.*, 2013). Ada banyak tindakan diskriminasi sebagai perwujudan stigma terkait HIV di pelayanan kesehatan. Di Tanzania, diskriminasi tergambar dengan tindakan pengabaian, penolakan, perlakuan berbeda dalam

pelayanan, pembocoran hasil tes tanpa persetujuan, dan *verbal abuse*. Di Ethiopia ditemukan perilaku bergosip tentang pasien, mengolok-olok pasien dan bahkan tindakan mengisolasi pasien HIV/AIDS. Di India diskriminasi jelas sekali tampak dari tindakan membakar kasur yang telah digunakan pasien HIV dan penggunaan sarung tangan lateks pada setiap tindakan yang dilakukan pada pasien HIV (Nyblade *et al.*, 2009).

Pelayanan kesehatan yang komprehensif merupakan strategi peningkatan kesehatan masyarakat secara menyeluruh melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif hingga rehabilitatif. Namun pada kenyataannya tempat pelayanan kesehatan justru memiliki tingkat stigmatisasi yang tinggi (Andrewin & Chien, 2008; Hardisman, 2009). Studi secara internasional menemukan bahwa stigma dan diskriminasi tenaga kesehatan dipengaruhi oleh ketakutan akan infeksi di tempat kerja, persepsi yang salah tentang risiko pekerjaan dan kurangnya pemahaman tentang HIV/AIDS. Dalam sebuah studi ditemukan bahwa, pengetahuan tentang HIV dan sikap buruk perawat berhubungan dengan peningkatan tingkat anxietas akan terinfeksi di tempat kerja sebesar 50% dan 49% memilih untuk menghindari kontak dengan pasien HIV (*Qap Tanzania HIV stigma study team*, 2007). Orang dengan pengetahuan tentang HIV yang rendah lebih mungkin melakukan tindakan diskriminatif, sedangkan tenaga yang lebih terdidik memiliki keinginan untuk menolong dan merawat lebih tinggi. Namun pada studi lain ditemukan bahwa pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS tidak cukup signifikan mengubah perilaku terhadap ODHA (Li *et al.*, 2007).

Institusi dalam pelayanan kesehatan seperti klinik ataupun rumah sakit juga memiliki peran yang berpengaruh dalam memunculkan perilaku diskriminasi. Faktor yang mempengaruhi hal tersebut antara lain peraturan dan standar prosedur operasional. Studi di Asia Pasifik menunjukkan bahwa sebagian institusi dengan tingkat diskriminasi tinggi cenderung memiliki aturan yang kurang kuat. Pada studi lainnya, kepuasan kerja perawat dan lingkungan kerja yang kondusif dapat menurunkan tingkat stigmatisasi secara verbal. Institusi yang kurang memperhatikan prosedur operasional seperti *universal precaution* serta kekurangan alat pelindung diri antara lain kacamata *google* dan sarung tangan juga dapat meningkatkan keengganan tenaga kesehatan untuk merawat pasien HIV (Li *et al.*, 2007).

Kemampuan tenaga kesehatan dalam mengedukasi, merawat dan memberikan terapi kepada pasien menjadi tumpuan pelayanan HIV/AIDS masa kini. Hal yang paling ditekankan untuk menghadapi pertumbuhan populasi ODHA adalah pencegahan penularan HIV dan terapi ARV secara besar besaran (Nyblade *et al.*, 2009). Di Indonesia, penanggulangan HIV/AIDS yang diatur dalam Permenkes No 21 tahun 2013 meliputi tindakan promosi kesehatan, pencegahan penularan HIV baik dari hubungan seksual, non seksual dan juga dari ibu ke anak, diagnosis HIV sedini mungkin, pengobatan dan perawatan ARV maupun infeksi oportunistik serta rehabilitasi (Kemenkes, 2013). Tenaga kesehatan harus menerapkan sikap, pengetahuan dan *skill* yang baik saat berhubungan dengan masalah HIV/AIDS. Perlu diperhatikan bagaimana tenaga kesehatan beradaptasi untuk memberikan pelayanan terbaik pada pasien ODHA. Pengetahuan, keterampilan dan

sikap tenaga kesehatan mempengaruhi tingkat kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS (Okpala *et al.*, 2017).

Sesuai dengan firman Allah pada surat An-Nahl ayat 90 yang berbunyi

﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ

تَذَكَّرُونَ (٩٠)

artinya “Sesungguhnya Allah menyuruh (kamu) berlaku adil dan berbuat kebajikan, memberi bantuan kepada kerabat, dan Dia melarang dari perbuatan keji, kemungkaran dan permusuhan. Dia memberi pengajaran kepadamu agar kamu dapat mengambil pelajaran” (Al-Qur’an dan terjemahannya terbitan departemen agama RI revisi terjemah oleh lanjah pentashih mushaf Al-Qur’an departemen agama RI). Berdasarkan ayat tersebut maka sebagai umat Islam dan khususnya sebagai tenaga kesehatan hendaknya memberikan pelayanan terbaik kepada setiap pasien.

Melihat kecenderungan peningkatan angka HIV/AIDS di Yogyakarta setiap tahunnya menunjukkan pentingnya peran tenaga kesehatan dalam penanggulangan HIV/AIDS, akan tetapi menurut penelitian sebelumnya masih terdapat stigma terkait HIV baik di lingkungan masyarakat maupun dalam lingkungan pelayanan kesehatan terhadap ODHA. Oleh karena itu, peneliti merasa tertarik untuk mengetahui persepsi ODHA dan tenaga kesehatan tentang stigma dan diskriminasi terkait infeksi HIV/AIDS.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: “Bagaimana persepsi ODHA dan tenaga kesehatan tentang stigma dan diskriminasi terkait infeksi HIV/AIDS?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Menggambarkan persepsi ODHA dan tenaga kesehatan tentang stigma dan diskriminasi terkait infeksi HIV/AIDS.

### 2. Tujuan khusus

- a. Menggambarkan persepsi ODHA tentang stigma dan diskriminasi terkait infeksi HIV/AIDS.
- b. Menggambarkan persepsi tenaga kesehatan tentang stigma dan diskriminasi terkait infeksi HIV/AIDS.
- c. Menggambarkan kondisi layanan kesehatan saat ini yang mempengaruhi pengalaman stigma dan diskriminasi terkait infeksi HIV/AIDS.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat teoritis

Memberikan kontribusi kepada pengembangan ilmu kedokteran pada umumnya, khususnya terkait HIV/AIDS, penyakit menular yang bersifat kronis dan memiliki dampak biopsikososial.

## 2. Manfaat praktis

### a. Bagi pasien dan keluarga

Mendapatkan pelayanan dengan kualitas baik, sesuai standar yang bebas stigma dan diskriminasi.

### b. Bagi tenaga kesehatan dan rumah sakit

Menjadi bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada semua pasien, utamanya pasien HIV/AIDS.

### c. Bagi masyarakat

Meningkatkan kepercayaan terhadap pelayanan HIV/AIDS di rumah sakit dan puskesmas.

### d. Bagi peneliti

Memberikan pengalaman dan keterampilan dalam melakukan penelitian di komunitas terkait dengan HIV/AIDS.

### E. Keaslian Penelitian

No	Judul, Penulis, Tahun	Variabel	Jenis Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1	Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua, Butt, L, 2010	Bebas - Pengungkapan status HIV - Budaya - Gender dan nilai sosial - Perawatan kesehatan Terikat - Stigma - Diskriminasi	Kualitatif dengan fenomenologi	1. Butt memilih lokasi penelitian di daerah pegunungan Papua sedangkan penelitian ini dilakukan di daerah kota Yogyakarta 2. Penelitian Butt membahas latar budaya secara mendalam sedangkan penelitian ini lebih terfokus pada lingkungan pelayanan kesehatan	Menggambarkan stigma dan diskriminasi menggunakan metode kualitatif
2	Stigma dan Diskriminasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) pada Pelayanan Kesehatan di Kota Pekanbaru Tahun 2014, Maharani, R, 2014	Bebas - Pelatihan dan informasi tentang HIV/AIDS pada tenaga kesehatan - Stigmatisasi diri ODHA Terikat - Stigma - Diskriminasi	Kualitatif dengan Fenomenologi	1. Penelitian Maharani dilaksanakan di Pekanbaru sedangkan pada penelitian ini di D.I Yogyakarta 2. Penelitian Maharani tidak memaparkan variabel bebas seperti pelatihan dan informasi tentang HIV secara jelas.	Menggunakan metode kualitatif untuk menggambarkan stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan
3	Stigmatized Attitude of Healthcare Providers: A Barrier for delivering Health Services to HIV Positive Patients, Zarei, N, 2015	Bebas - Pengetahuan tentang cara penularan HIV - Agama dan kepercayaan religius Terikat - Stigma dan diskriminasi - Preferensi memberikan pelayanan	Deskriptif analitik dengan Cross sectional	1. Lokasi studi Zaire dilaksanakan di Shiraz, Iran sedangkan lokasi penelitian ini difokuskan di D.I Yogyakarta 2. Zaire memperhitungkan faktor agama dan kepercayaan tenaga kesehatan 3. Pada studi Zaire dicari tahu kepada siapa preferensi pelayanan yang akan diberikan, sedangkan pada studi ini lebih menekankan pada tingkat kualitas pelayanan yang diberikan. 4. Zaire menggunakan metode penelitian kuantitatif pada penelitiannya.	Mengevaluasi stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan.
4	HIV-Related Stigma and Discrimination: A Study of Healthcare Worker in Banda Aceh, Indonesia, Harapan, 2013	Bebas - Pengetahuan - Ketakutan irasional akan tertular - Usia, jenis kelamin, pendidikan, agama Terikat - Stigma - Diskriminasi	Cross sectional	1. Studi Harapan dilakukan di banda Aceh 2. Studi Harapan memperhitungkan faktor ketakutan irasional 3. Dalam penelitian ini dinilai kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien 4. Penelitian Harapan dilakukan dengan pendekatan kuantitatif.	Menggambarkan stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan.