

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Acquired Immuno Deficiency Syndrome atau yang biasa disebut AIDS awalnya disebut dengan *Gay Related Immune Deficiency (GRID)* yaitu turunya sistem kekebalan tubuh yang kala itu dihubungkan dengan kaum Gay. AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV atau *Human Immunodeficiency Virus*. Banyak ahli yang percaya bahwa virus AIDS menyebar dari orang yang satu kepada orang yang lain melalui aktivitas seksual, pertukaran cairan tubuh, atau tertular dari ibu yang terjangkit HIV pada janinnya. AIDS juga tersebar secara cepat lewat pecandu narkoba dengan cara bergantian memakai jarum suntik.

AIDS ditemukan pertama kali pada tahun musim semi 1981 di Amerika Serikat, ketika Pusat Kontrol dan Pencegahan Penyakit (CDC) melaporkan bahwa 5 (lima) pria muda yang sebelumnya sehat dan homoseksual aktif di Los Angeles ditemukan mengalami gangguan pernapasan atas tipe yang sangat langka, *Pneumocystis Carinii Pneumonia*. Satu bulan kemudian, CDC melaporkan sepuluh kasus lainnya penyakit tersebut dan 26 kasus *Kaposi's Sarcoma*, kanker langka yang berhubungan dengan pembuluh jaringan tubuh.

Meskipun begitu, darah tertua yang terinfeksi HIV/AIDS terdapat pada tahun 1959 di Afrika. Atas dasar inilah orang menduga bahwa HIV/AIDS berasal dari Afrika. Diperkirakan pada tahun 1940 (spekulasi) terjadi perpindahan HIV

dari kera hijau Afrika (*Cercopithecus Aeithop*) ke manusia. Dua puluh tahun kemudian, sekitar tahun 1960 pertumbuhan penduduk dan perpindahan penduduk Afrika Tengah berjalan cepat dan menyebabkan ikut menyebarnya HIV/AIDS tanpa disadari dan akhirnya menyebar ke hampir seluruh dunia (Wartono, dkk, 1996: 45)

Ketika virus AIDS masuk ke dalam tubuh, virus tersebut tidak langsung aktif dalam beberapa bulan bahkan tahun. Selama terinfeksi virus, penderita mungkin merasa tidak sakit, tetapi mampu menularkan virus pada orang lain. Tidak ada yang tahu pasti kapan virus AIDS tersebut menjadi aktif, tetapi sekali hal itu terjadi maka infeksi akan mengambil alih seluruh tubuh dan kematian biasanya terjadi dalam kurun waktu 2 tahun (Light, Keller dan Calhoun, 1989: 548)

WHO (*World Health Organization*) dan UNAIDS (*United Nations Programme On HIV/AIDS*) memperkirakan bahwa Cina, India dan Indonesia merupakan tiga negara rawan AIDS yang berada di Asia (Kompas, 25 November 2003). Laporan tersebut juga menyebutkan, penggunaan jarum suntik untuk obat bius dan pekerja seks sulit dibendung di beberapa daerah. Diperkirakan 40 juta pengidap HIV/AIDS di dunia, sekitar 7,4 juta tinggal di Asia dan Pasifik, bahkan setengah juta diantaranya terancam meninggal dunia.

Sedangkan menurut laporan terbaru *Global AIDS Epidemic* milik Joint UNAIDS, epidemi AIDS mengalami penurunan secara perlahan, namun jumlah infeksi baru mengalami peningkatan di beberapa wilayah dan negara tertentu (Departemen Kesehatan, Laporan Terbaru UNAIDS 2006, para. 1). Bahkan

diperkirakan sekitar 38,6 juta orang menderita HIV/AIDS di seluruh dunia, yang mana dalam jumlah tersebut hampir 4,1 juta orang yang terinfeksi HIV dan hampir 2,8 juta orang meninggal karena penyakit yang berhubungan dengan AIDS pada tahun 2005.

Media Indonesia mengemukakan bahwa: Setiap hari setidaknya ada 14 ribu orang di dunia yang terinfeksi HIV dan dari jumlah tersebut separuhnya di derita oleh usia produktif sekitar 15-24 tahun. Depkes perkiraan masyarakat yang terinfeksi HIV di Indonesia pada tahun 2010 dapat mencapai 1-5 juta orang, sementara kumulatif kasus AIDS pada tahun 2010 (sejak 1987) akan mencapai 93.968-130.000 orang (Media Indonesia On Line, *Setiap Hari Ada 14 Ribu Orang di Dunia Tertular Virus HIV*, para. 1 dan 8)

Di Indonesia, penderita HIV/AIDS yang pertama kali ditemukan adalah seorang wisatawan laki-laki asing yang meninggal di Bali pada bulan April 1987. Penderita HIV/AIDS kedua adalah orang asing yang juga sudah dua tahun menetap di Indonesia, ia meninggal di Jakarta pada bulan November 1987. Sedangkan kasus yang ketiga adalah seorang pria yang meninggal pada bulan Juni tahun 1988 di Denpasar (Wartono, dkk. 1996: 47)

Di negara industri, seorang dewasa yang terinfeksi HIV akan menjadi AIDS dalam kurun waktu 12 tahun, sedangkan di negara berkembang kurun waktunya lebih pendek yaitu 7 tahun. Pola infeksi secara global, sekitar 90% kasus HIV/AIDS ada di negara berkembang seperti Afrika (14 juta) dan Asia Selatan-Tenggara (4,8 juta). Dengan globalisasi, pergerakan penduduk dan pertumbuhan

ekonomi, episentrum infeksi HIV/AIDS saat ini bergeser ke Asia (Sasongko, 2004, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, para.12).

Tabel 1.1. Jumlah Kasus Baru HIV/AIDS berdasarkan Tahun Pelaporan di Indonesia

Tahun	Jumlah
2000	658
2001	951
2002	993
2003	484
2004	1844
2005	3513
2006	3859

Sumber: Ditjen PP & PL Depkes RI 8 Januari 2007

Menurut Syaiful W. Harahap, pemerhari HIV/AIDS, dalam laporan terbaru yang dikeluarkan Ditjen PPM & PL (Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyakit Lainnya), Departemen Kesehatan RI, tanggal 13 Januari 2006 disebutkan pada kurun waktu Oktober-Desember 2005 di Jawa Timur terdeteksi 444 kasus AIDS. Dengan demikian, sampai 30 Desember 2005 kasus kumulatif HIV/AIDS di Jawa Timur adalah 1.007 yang terdiri atas 283 kasus HIV+ dan 724 kasus AIDS dengan 397 kasus AIDS pada pengguna narkoba suntik serta 225 meninggal (Jawa Pos, 20 Januari 2006). Dalam laporan itu disebutkan pula bahwa posisi Jawa Timur pada peringkat jumlah kasus kumulatif HIV/AIDS secara nasional menempati urutan ketiga, setelah Jakarta dan Papua.

Tabel 1.2. Jumlah Kumulatif AIDS Menurut Faktor Resiko

Faktor Resiko	AIDS
Heteroseksual	3302
Homoseksual/Biseksual	334
IDU	4122
Transfusi Darah	8
Transmisi Perinatal	123
Tak Diketahui	295

Sumber: Ditjen PPM&PL Depkes RI

Tabel 1.3. Jumlah Kumulatif Kasus AIDS Menurut Golongan Umur

Golongan Umur	AIDS	AIDS/IDU
< 1	37	0
1 - 4	70	0
5 - 14	22	1
15 - 19	222	97
20 - 29	4487	2885
30 - 39	2226	886
40 - 49	647	134
50 - 59	176	16
>60	38	6
Tidak Diketahui	269	93

Sumber: Ditjen PPM&PL Depkes RI

Terkait dengan tabel di atas, dapat dilihat bahwa jumlah paling banyak penularan HIV/AIDS adalah melalui narkoba suntik/IDU (*Injection Drug User*). Para pengguna narkoba suntik yang telah berstatus HIV+ itu nantinya akan menularkan lagi virus mereka kepada pasangannya atau pekerja seks, sehingga

akan menambah banyak jumlah penderita HIV/AIDS. Belum lagi dengan bayi-bayi yang dilahirkan oleh pasangan mereka yang kemungkinan besar juga akan terinfeksi HIV+.

Fenomena seputar masalah HIV/AIDS memang belum tuntas dibicarakan, apalagi jika berkaitan dengan jumlahnya yang masih simpang siur dan stigma terhadap penderita AIDS yang selanjutnya di sebut ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS). Sebagian besar masyarakat masih memiliki stigma negatif dan bersifat diskriminatif terhadap ODHA. ODHA biasanya cenderung menutup diri dan sangat berhati-hati dalam berinteraksi jika berada pada masyarakat yang mendiskriminasi mereka (Jawa Pos, 31 Agustus 2005).

Dukungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat membantu ODHA dalam meningkatkan kesehatan mereka, baik fisik maupun psikis. Dukungan ini dapat diperoleh dari siapa saja, terutama dari keluarga, teman atau orang-orang yang berada yang sekitarnya. Karena beredarnya persepsi dan diskriminasi dalam masyarakat yang menganggap ODHA sebagai seorang yang negatif, maka dukungan sosial diperlukan untuk menjaga ODHA agar tidak terseret kedalam diskriminasi tersebut.

Menurut Barrera, Sandler dan Ramsay (dalam Watson, 1984: 380), dukungan sosial yang terbagi dalam 6 jenis, yaitu: (1) Pertolongan berupa materi (*material aid*), (2) Pertolongan fisik (*physical assistance*), (3) Hubungan dekat (*intimate interaction*), (4) Petunjuk (*guidance*), (5) *Feedback* dan (6) Partisipasi sosial (*social participation*). Pemberian dukungan tersebut dapat dikombinasikan antara satu dengan yang lainnya karena sama-sama berhubungan dekat. Jika satu

jenis dukungan telah diberikan, maka kesempatan ODHA untuk mendapatkan jenis-jenis dukungan sosial yang lain dapat saja terwujud.

Dalam praktek yang sering ditemui dari media-media tentang ODHA adalah kurangnya dukungan sosial yang mereka terima, berita-berita yang muncul kebanyakan mengungkap diskriminasi yang dialami ODHA. Beberapa berita juga ada yang memojokkan ODHA, sehingga membentuk persepsi yang semakin buruk dimata masyarakat yang membacanya. Padahal HIV/AIDS dan ODHA adalah hal yang sensitif dan membutuhkan penanganan khusus, seperti dukungan sosial.

Menurut Dr. Samsuridjal Djauri, SpPD (Kompas, 16 Desember 2003), diskriminasi terhadap ODHA seringkali tak kalah mematikan dibandingkan dengan AIDS itu sendiri. Perlakuan diskriminatif tersebut juga dapat datang dari keluarga sendiri dan tenaga medis yang merawat mereka, sehingga dapat memutus kesempatan untuk mendapat obat dan perawatan yang layak. Bentuk diskriminasi yang sering diterima ODHA berupa intimidasi, pengucilan maupun pencemaran nama baik.

Dalam berita lain yang dimuat dalam surat kabar, disebutkan bahwa salah satu penyebab ODHA terlambat berobat adalah berkaitan dengan stigma negatif dan diskriminasi yang melekat pada ODHA, sehingga kondisi mereka sudah berada pada stadium 4 (Jawa Pos, 24 Maret 2008). Oleh karena itu, menurut dr M. Vitanata Arfijanto SpPD dalam laporan tersebut, penyuluhan ke masyarakat ditujukan kepada ibu-ibu rumah tangga dan karang taruna yang bertujuan untuk mengurangi stigma negatif dan diskriminasi akan penderita penyakit tersebut.

Pusat layanan kesehatan yang tidak bersedia menerima ODHA, antara lain di klinik gigi dan klinik kontrasepsi, ketika ada yang mencabut susuk KB. Demikian yang dikatakan Samuel Nugraha, Ketua Kelompok Dukungan ODHA dan OHIDA (orang yang hidup dengan ODHA) (Media Indonesia, 4 Desember 2003). Selanjutnya ditambahkan bahwa isolasi dan diskriminasi terhadap ODHA justru menyebabkan penularan dan penyebaran AIDS makin meluas, karena kelompok yang beresiko tinggi terhadap AIDS menjadi takut mengikuti tes HIV dan tidak tahu cara mencegah penularannya. Ini menandakan bahwa dukungan sosial yang salah satunya berupa *physical assistance* pada ODHA yang seharusnya diberikan oleh petugas medis masih relatif kurang.

Dalam sebuah laporan dalam Kompas (30 November 2005), diskriminasi dan stigmatisasi terhadap ODHA ternyata 30 persennya dilakukan oleh petugas kesehatan seperti dokter dan perawat. Sementara 70 persen sisanya dilakukan oleh pihak instansi dan organisasi pemerintahan serta masyarakat tertentu. Diskriminasi itu disebabkan oleh ketidaktahuan, ketakutan berlebihan dan solidaritas yang menipis.

Bentuk nyata diskriminasi lain yang harus diterima oleh ODHA adalah diskriminasi asuransi/premi terhadap penderita HIV/AIDS (Sukanta, 2000: 145).

Kondisi-kondisi yang tidak ditanggung oleh Asuransi Tambahan ini yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, oleh salah satu lebih keadaan dibawah ini:

Ada beberapa kondisi, diurut dari a, b, c dan seterusnya sampai pada bagian h) *AIDS (Acquired Deficiency Syndrome), AIDS Related Complex or HIV virus.*

Selain layanan kesehatan dan masyarakat, ODHA juga mendapat perlakuan tidak menyenangkan dari perusahaan atau tempatnya bekerja. Dalam Kompas (16

Desember 2003), seorang perempuan HIV+ bernama Yanti mengutarakan perasaannya: “Setelah 13 tahun bekerja di bagian administrasi suatu perusahaan kimia, beberapa bulan lalu saya dikeluarkan. Bukan karena saya sakit-sakitan dan tidak mampu lagi bekerja, tetapi teman-teman takut tertular HIV/AIDS. Padahal, suami saya, yang menularkan penyakit itu ke saya, meninggal tahun 2001. Bagaimana saya dapat menghidupi diri dan dua anak saya jika saya tidak bekerja?”

Penuturan Yanti tersebut hanya salah satu dari sekian banyak ODHA yang mengungkapkan bahwa masih ada praktek diskriminasi yang dilakukan pada tempat kerja dan perusahaan. Ini membuktikan bahwa dukungan sosial (Barrera, Sandler dan Ramsay) akan partisipasi sosial seperti dilibatkan dalam sebuah kegiatan atau diterima dalam lingkungan pekerjaan masih sulit untuk seorang ODHA.

Pendekatan personal diyakini terapi paling efektif untuk ODHA daripada minum obat-obatan (Kompas, 1 Agustus 2005). Dengan sentuhan atau pelukan dan hubungan dekat, tingkat stres pada ODHA dapat menurun. Salah satu bentuk dukungan sosial adalah *intimate interaction* (hubungan dekat) antara ODHA dengan orang-orang disekitarnya yang dapat memberikan kenyamanan. Berawal dari hubungan dekat yang terjalin itu, maka dukungan-dukkungan lain yang berkaitan seperti pemberian saran atau petunjuk akan dapat terjalin.

Bila tingkat stres menurun akan meningkatkan daya tahan tubuh dan dengan sendirinya akan meningkatkan kualitas dan kuantitas hidup ODHA. Secara psikologis perlakuan seperti itu akan membangkitkan semangat hidup ODHA,

sebab hormon stres yang diproduksi tubuhnya jadi menurun. Begitu pula yang disebutkan dalam penelitian *Psychotherapy And HIV: Assessment And Intervention* (Veilluex, Phase, 2004: 1)

Common themes that clients bring to psychotherapy include issues related to disclosure, anger, loss, abandonment, betrayal, dependency, shame, guilt, uncertainty, dependency, suicide, loneliness, anxiety and fear. It is essential for the psychotherapist to conduct a thorough assessment of all issues that may affect psychological functioning. A therapeutic relationship founded on respect, empathy and compassion will provide a solid basis for effective intervention. This workshop explores themes, goals, modalities and strategies for assessment and psychotherapy with people living with HIV.

Dari penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa persamaan hal pada klien yang datang untuk psikoterapi adalah termasuk masalah yang berhubungan dengan tampilan, kemarahan, pengabaian, pengkhianatan, ketergantungan, malu, bersalah, tidak tentu, bunuh diri, kesepian, kecemasan dan ketakutan. Sangat penting bagi psikoterapis untuk mengatur seberapa penting masalah-masalah tersebut hingga dapat memberikan dampak terhadap fungsi-fungsi psikologis. Hubungan pengobatan ditemui dalam penghargaan, empati dan perhatian akan mengembangkan dasar yang kuat untuk intervensi yang efektif. Praktek ini akan menggali tema-tema, tujuan, apa yang dimiliki dan strategi-strategi untuk pengukuran dan psikoterapi dengan ODHA.

Dari penelitian tersebut disebutkan bahwa selain pengobatan, empati dan perhatian yang merupakan salah satu bentuk *intimate interaction* dibutuhkan ODHA dalam konseling atau psikoterapi, karena hal tersebut penting dilakukan selama ODHA menghadapi masa-masa sulit. Hal ini membuktikan bahwa

dukungan sosial berperan penting dalam kesembuhan pasien ODHA dalam proses psikoterapi atau konseling.

Lindsay dan Donald (1977) mengemukakan bahwa persepsi adalah proses bagaimana organisme menginterpretasi dan mengatur sensasi (indera) untuk menghasilkan pengalaman yang berharga di dunia (Sap Design Guild, 2005, *Definition of Perception*, para.1)

Persepsi adalah proses pemahaman ataupun pemberian makna atas suatu informasi terhadap stimulus. Stimulus di dapat dari proses penginderaan terhadap objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan antar gejala yang selanjutnya diproses oleh otak (Wikipedia, 2007, *Persepsi*, para.1). Jadi, persepsi dukungan sosial adalah bagaimana seseorang memahami dan memaknai dukungan sosial yang mereka terima berdasarkan juga didalamnya pengalaman, kejadian atau sumber dari mana ia mendapatkannya. Sehingga persepsi yang dikaitkan dengan sudut pandang ODHA adalah bagaimana mereka memaknai, memandang dan merasakan bentuk-bentuk dukungan sosial yang mereka terima dari orang-orang disekitarnya, karena selama ini ODHA seringkali mendapat diskriminasi sosial, baik dari masyarakat luas, keluarga, bahkan petugas medis yang seharusnya membantu mereka.

Para ODHA umumnya membutuhkan dukungan sosial untuk terus berjuang dan bertahan hidup. Paling tidak, menerima keadaan mereka dan tidak membedakan kehadiran mereka di tengah pergaulan masyarakat. Dukungan sosial adalah salah satu terapi non medis yang sangat dibutuhkan, terutama dukungan sosial dari keluarga dan *peer group*. Dengan begitu, penderita tidak merasa

terisolasi dan sendiri menghadapi masalahnya. Berdasarkan penelitian tentang ODHA dalam *Emotional Distress in Nonmetropolitan Persons Living With HIV Disease Enrolled in a Telephone-Delivered, Coping Improvement Group Intervention* (Anderson, dkk., Health Psychology, 2004: 94)

Structural equation modeling indicated that participants who experienced more severe HIV symptomatology, receive less social support, and engaged in more avoidant coping also experienced more emotional distress (a latent construct comprising depressive symptoms and emotional well-being). Greater HIV-related stigma and rejection by family led to more emotional distress, with social support and avoidant coping mediating almost entirely the effects of the former 2 variables.

Intinya adalah model struktur yang seimbang mengindikasikan bahwa orang-orang yang memiliki gejala HIV lebih akut menerima dukungan sosial yang kurang dan juga mengalami stres emosional. HIV yang lebih akut juga berhubungan dengan stigma dan penolakan oleh keluarga membawa pada stres emosional, dengan dukungan dan *coping* untuk mencegah menjembatani hampir keseluruhan efek yang dipengaruhi dua hal tersebut.

Stigma dan penolakan oleh keluarga akan berakibat buruk dalam kesehatan ODHA dan dapat menyebabkan masalah psikis dan fisik. Oleh karena itulah dukungan sosial seperti hubungan yang dekat serta petunjuk dapat membantu ODHA dalam mengatasi masalah-masalah yang mereka hadapi.

Beberapa penelitian mengindikasikan bahwa ada kenaikan rata-rata dari depresi, kecemasan (*anxiety*) dan keinginan bunuh diri dari orang-orang yang terinfeksi HIV (bing et al., 2001; Kalichman, dkk: 2000). Dari penelitian sebelumnya dalam *Intervention to Reduce HIV/AIDS Stigma* (Brown, dkk: 2001) menyebutkan:

Consequences of stigma can be viewed along continuum from mild reactions (e.g., silence and denial), to ostracism and ultimately violence. Research has shown that AIDS stigma can have a variety of negative effects on HIV test-seeking behavior, willingness to disclose HIV status, health care-seeking behavior, quality of health care received, and social support solicited and received.

Konsekuensi dari stigma HIV/AIDS dapat dilihat dari bentuk reaksi-reaksi yang halus (seperti diam atau penyangkalan), hingga penolakan dan kekerasan, penelitian menunjukkan bahwa stigma HIV/AIDS dapat bervariasi dari efek-efek negatif pada perilaku saat hendak di tes HIV, kesiapan untuk status HIV, perilaku pencarian peduli kesehatan, kualitas dari penerimaan penanganan kesehatan dan dukungan sosial yang diterima maupun yang diinginkan. Dalam penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa petugas medis atau konselor adalah orang-orang yang berperan penting dalam memberikan pertolongan fisik maupun psikis kepada ODHA saat mereka melakukan konsultasi kesehatan maupun psikologis. Bentuk-bentuk dukungan sosial yang dapat diberikan petugas medis kebanyakan adalah pertolongan fisik (*physical assistance*), tetapi tidak menutup kemungkinan dukungan sosial yang lain dapat diberikan seperti petunjuk-petunjuk atau saran-saran kesehatan yang lain.

Dalam penelitian lain yang juga membahas tentang dukungan sosial adalah *A Longitudinal Evaluation of a Social Support Model of Medication Adherence Among HIV-Positive Men and Women on Antiretroviral Therapy* (Simoni, dkk: 2006), menyebutkan bahwa:

Appraisal support, in the form of encouragement, feedback and affirming statements, as well as modeling from supportive others, is thought to increase one's self-efficacy to adhere, which is related to antiretroviral adherence in accordance with Bandura's social learning theory. Emotional support, or listening, caring and

emphatic companionship, is seen as decreasing negative affect, perhaps by encouraging adaptive coping of increasing self esteem.

Pertimbangan pemberian nilai dukungan, dalam bentuk dorongan, *feedback* dan pernyataan persetujuan, sebaik model untuk mendukung orang lain, adalah pikiran untuk mengurangi kemampuan seseorang untuk tergantung, yang berhubungan dengan ketergantungan dengan obat-obatan antiretroviral yang termasuk dalam teori pembelajaran sosial milik Bandura. Dukungan emosional, atau mendengarkan, peduli, empati antar teman, terlihat dapat mengurangi pengaruh negatif, mungkin dengan menumbuhkan *coping* yang adaptif atau meningkatkan harga diri.

Dalam penelitian tersebut, teori dukungan sosial milik Barrera, Sandler dan Ramsay seperti *feedback* dan *intimate interaction* terbukti dapat mengurangi masalah-masalah negatif yang mungkin dapat timbul pada ODHA, terutama bagi ODHA yang sedang menjalankan terapi pengobatan antiretroviral.

Suzanna Murni, seorang ODHA dan juga aktivis HIV/AIDS (dalam Sukanta, 2000: 136) mengemukakan tentang dukungan sebaya yang berhak diterima oleh ODHA:

Kelompok dukungan sebaya sebenarnya salah satu dari terapi non medis. Berbagi masalah dan berpikir serta mencari jalan keluar bersama sudah kita kenal sejak lama, dan dapat membuat orang tertolong secara emosional dan secara praktis. Kelompok dukungan sering disebut support group, self-help group, peer support group atau PWA (People with HIV/AIDS) group. Semua ini artinya sama, yaitu kelompok dukungan yang dikelola oleh dan untuk orang HIV+. Ada kelompok yang khusus bagi orang HIV+ saja, ada pula yang melibatkan orang-orang dekat, seperti keluarga, teman, ataupun juga melibatkan relawan.

Menurut Murni, yang agak khusus dengan HIV/AIDS, stigma dan diskriminasi yang menyertai HIV/AIDS menjadi faktor penting di belakang bermunculannya kelompok dukungan. Bagi banyak orang HIV+, kelompok dukungan adalah tempat satu-satunya dimana mereka merasa nyaman, dapat keluar dari isolasi, terjaga kerahasiaannya, aman dan terdukung. Kelompok dukungan memiliki peran besar dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS secara keseluruhan, juga menjadi lahan dimana dukungan diberikan dan perawatan disediakan. Jenis dukungan sosial yang diterima dalam kelompok dukungan dapat berupa *feedback* dan *guidance* jika salah seorang didalam kelompok mengalami hal yang sama yang pernah dialami oleh orang lainnya, sehingga saran dan petunjuk dapat diberikan untuk melakukan atau menghindari sesuatu. Selain itu *physical assistance* juga dapat diberikan jika seseorang membutuhkan bantuan yang berhubungan dengan perawatan, karena dalam kelompok dukungan ODHA telah diberikan keterampilan untuk melakukannya.

Dari berbagai contoh kasus maupun penelitian-penelitian sebelumnya tentang masalah HIV/AIDS yang telah peneliti paparkan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial yang diterima ODHA selama ini masih dapat dikatakan belum cukup atau tidak semua terpenuhi dengan lengkap. Dari lingkungan-lingkungan yang seharusnya menjadi tempat utama dalam mendukung ODHA, semisal keluarga dan teman-teman terdekat hingga kalangan medis dan perusahaan atau tempat kerja, tidak dapat diandalkan mereka untuk mendapatkan dukungan sosial yang dapat dibilang layak untuk mereka terima. Padahal, seperti juga telah diuraikan dari penelitian-penelitian terdahulu atau artikel-artikel tentang

HIV/AIDS diatas tentang dukungan sosial pada ODHA, hal yang juga penting selain obat adalah dukungan sosial itu sendiri.

Dukungan sosial yang selama ini banyak diterima ODHA adalah *intimate interaction* (hubungan dekat), pemberian *feedback* (saran) dan *guidance* (petunjuk). Sedangkan dukungan sosial lain dalam bentuk *social participation*, seperti dilibatkan dalam kegiatan atau pekerjaan masih belum terpenuhi. Begitu juga dukungan dalam bentuk bantuan barang atau uang (materi) masih dapat dikatakan belum tampak, ini dapat dilihat dari contoh-contoh artikel maupun penelitian-penelitian sebelumnya yang masih kurang membahas masalah ini, padahal kenyataannya bantuan berupa materi juga merupakan salah satu bentuk dukungan sosial yang dibutuhkan ODHA. Sedangkan pertolongan fisik dari petugas medis masih ada diskriminasi jika tahu pasiennya adalah ODHA.

Pentingnya dukungan sosial sangat membantu ODHA dalam meningkatkan semangat hidup mereka, hingga dapat membantu mereka untuk hidup lebih baik dan lebih lama. Jika tingkat emosional mereka terlalu tinggi hingga dapat mengakibatkan stres dan depresi, maka dapat dipastikan mereka akan semakin rentan terhadap penyakit-penyakit penyerta lain yang akhirnya dapat membawa mereka ke status terminal atau AIDS itu sendiri. Dalam banyak kasus, ODHA yang meninggal karena sudah sampai dalam status terminal, adalah karena mereka tidak diacuhkan oleh orang-orang dekat seperti keluarga dan teman. Beban psikologis seperti inilah yang membuat ODHA semakin tertekan dan kondisi kesehatan mereka perlahan-lahan akan menurun dan akhirnya mereka tidak dapat lagi bertahan hidup.

Oleh karena itu, peneliti ingin mencari dan mengetahui apakah dukungan sosial yang ODHA terima selama ini sudah tercukupi atau belum sama sekali. Seperti apa dukungan yang mereka inginkan dan yang mereka dapatkan selama ini, dan dukungan sosial seperti apa yang dianggap ODHA sebagai dukungan sosial yang ideal hingga dapat meningkatkan kualitas hidup mereka. Selain itu, siapa saja yang memberikan dukungan sosial itu. Hal ini dimaksudkan agar setidaknya dapat membantu ODHA sehingga tidak timbul lagi diskriminasi atau cap negatif dari masyarakat kepada mereka dan dapat meningkatkan dukungan sosial dari masyarakat kepada mereka.

1.2. Fokus Penelitian

ODHA kebanyakan memiliki masalah dalam mendapatkan dukungan sosial dari keluarga, teman hingga kalangan medis dan perusahaan untuk meningkatkan kehidupan dan kepercayaan diri mereka. Kejadian-kejadian seperti dikucilkan, mendapat label negatif dari masyarakat sampai dikeluarkan dari tempat kerja adalah masalah-masalah yang sering diterima ODHA. Pertanyaan yang berikutnya muncul adalah, sampai kapan hal ini akan terjadi dan pihak-pihak mana saja yang harusnya terlibat dalam masalah ini?

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana ODHA mempersepsikan dukungan sosial yang diterima dari orang-orang di sekitarnya setelah mengetahui dirinya HIV+, apa saja hambatan-hambatan mereka dalam mendapat dukungan sosial dan bagaimana mereka mengatasinya. Selain itu, peneliti juga ingin mengetahui bagaimana pengaruh dukungan-dukungan sosial

tersebut terhadap kehidupan penderita HIV/AIDS. Sehingga nantinya harapan akan permasalahan ini dapat mengatasi masalah-masalah yang dihadapi ODHA dalam mendapat dukungan sosial, seperti stres atau menurunnya tingkat kesehatan mereka.

Agar wilayah penelitian ini menjadi jelas, maka subjek yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah penderita HIV+ baik laki-laki maupun perempuan dengan usia 20-29 tahun karena yang paling banyak terinfeksi HIV/AIDS ada pada rata-rata usia ini (Ditjen PPM dan PL Depkes RI, Statistik HIV/AIDS Desember 2006). ODHA yang akan terlibat dalam penelitian ini tidak difokuskan pada ODHA yang terinfeksi hanya karena satu sebab saja, seperti melalui jarum suntik, karena ada berbagai sebab mengapa seorang ODHA mendapatkan penyakitnya. Oleh sebab itu, peneliti memutuskan untuk mencari ODHA dengan latar belakang variasi penyebab mereka tertular penyakit ini.

Untuk mengetahui bagaimana penderita HIV/AIDS mendapatkan dukungan sosial yang mereka terima, maka dilakukan penelitian yang bersifat kualitatif studi kasus dengan membahas hasil-hasil wawancara. Sehingga dapat diperoleh keterangan yang lengkap dari penderita HIV/AIDS tersebut secara langsung.

Fokus pertanyaan dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana persepsi subjek akan dukungan sosial yang diterima ?
2. Bagaimana bentuk dukungan sosial yang subjek terima?
3. Siapa dan dari mana saja subjek mendapatkan dukungan sosial tersebut?
4. Masalah apa saja yang ditemukan ODHA dalam mendapatkan dukungan sosial dan bagaimana cara mengatasinya?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana persepsi ODHA akan dukungan sosial yang mereka alami. Teori dukungan sosial yang digunakan adalah milik Barrera, Sandler dan Ramsay yang meliputi antara lain: (1) Pertolongan berupa materi (*material aid*), (2) Pertolongan fisik (*physical assistance*), (3) Hubungan dekat (*intimate interaction*), (4) Petunjuk (*guidance*), (5) *Feedback* dan (6) Partisipasi sosial (*social participation*). Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah mencari tahu dukungan sosial seperti apa yang ODHA harapkan sehingga hasilnya dapat diimplementasikan lebih luas lagi, baik ke masyarakat atau bahkan hingga ke pemerintahan.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini nantinya diharapkan dapat memberikan manfaat baik yang bersifat teoritis maupun yang bersifat praktis.

1. Manfaat Teoritis:

- a. Bagi Psikologi Kesehatan, bagaimana memberikan dukungan sosial pada ODHA dengan lebih mengenal penyakit HIV/AIDS.
- b. Bagi Psikologi Sosial, untuk mengetahui dukungan sosial yang dapat mempengaruhi interaksi dengan orang lain dan membantu dalam menyelesaikan masalah, yang dalam hal ini adalah ODHA.

- c. Bagi Psikologi Klinis, untuk mencegah permasalahan-permasalahan yang mungkin timbul pada ODHA seperti stres, dengan salah satu caranya adalah memberikan dukungan sosial kepada mereka.

2. Manfaat Praktis:

- a. Bagi Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan:

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk membuat kebijakan atau program-program khusus bagi ODHA, agar lebih memperhatikan masalah-masalah dukungan sosial yang menyangkut kelangsungan hidup mereka. Selain itu juga memberikan informasi dan pengetahuan pada masyarakat umum lewat berbagai media atau penyuluhan tentang bagaimana penyebaran, pencegahan serta bagaimana harus menyikapi penyakit HIV/AIDS.

- b. Bagi keluarga ODHA, teman-teman dekat mereka dan masyarakat umum:

Diharapkan penelitian ini nantinya dapat memberi informasi pada masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS, bagaimana dukungan sosial yang ODHA harapkan dan bagaimana pengaruh dukungan itu terhadap hidup mereka. Sehingga akhirnya nanti keluarga ODHA, teman-teman maupun masyarakat sekitar sekiranya mengerti bagaimana harus bersikap dan mengubah pandangan mereka yang awalnya negatif kepada ODHA.

- c. Bagi Penderita HIV/AIDS sendiri:

Diharapkan penelitian ini akan membantu ODHA akan persepsi mereka dalam mendapatkan dukungan sosial seperti yang mereka harapkan,

sehingga meningkatkan kepercayaan diri dan penerimaan diri pada mereka,
meskipun berstatus HIV+