

## **PREDIKTOR SIKAP STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA) DI KABUPATEN JEMBER**

### ***Predictor of Stigma and Discrimination Attitude to Person Living with HIV and AIDS (PLHIV) In Jember District***

Ni'malBaroya  
Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan,  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;  
Jl. Kalimantan No.37 Kampus Tegal Boto Jember;  
email: [nbaroya@unej.ac.id](mailto:nbaroya@unej.ac.id)

#### ***Abstract***

*Globally, the HIV and AIDS epidemic shows stable conditions, but statistically there is still an increase in new infections in some areas including Jember District. The main barriers to HIV prevention are stigma and discrimination against people living with HIV. This study aims to analyze the predictors of stigma and discrimination attitude toward PLHIV in Jember District. This was an observational study used cross sectional design. Research subjects were people aged 15-24 years amounted to 247 respondents. Determination of the sample using a multistage sampling technique, ie the determination of simple random cluster of villages and then determine the respondents of each cluster randomly systematic. Data were collected using structured interview technique with questionnaire then analyzed using chi-square test and logistic regression with 5% significance level. The results showed the majority of respondents (81.4%) stated not willing to buy food if the seller knew HIV +. Fifty percent more they disagree if female teachers who are HIV + keep teaching. Similarly, children with HIV + cannot be admitted to school with HIV negative children. The distribution of stigma and discrimination attitudes toward people living with HIV significantly differed by age, sex, education level, marital status and occupational status. The level of knowledge and residence does not differ significantly. A significant factor to be a predictor of stigma and discrimination against people living with HIV is age and gender. Younger age (15-19 years) and women have a greater likelihood of being stigmatized and discriminating against people living with HIV. Dissemination of information about HIV and AIDS in adolescents aged 15-19 years is still needed to increase knowledge and accelerate the acceptance of PLHIV so that stigma and discrimination attitude toward PLWHA can be reduced.*

**Keywords:** *attitude, stigma, discrimination people suffering with HIV and AIDS.*

#### **Abstrak**

Secara global, epidemi HIV dan AIDS sudah stabil, namun masih terdapat peningkatan infeksi baru di beberapa wilayah termasuk Kabupaten Jember. Hambatan utama dalam pencegahan HIV adalah stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Penelitian ini bertujuan menganalisis prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember. Penelitian yang bersifat observasional ini menggunakan disain *cross sectional*. Ni'mal Baroya adalah Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Subjek penelitian adalah masyarakat berusia 15-24 tahun berjumlah 247 responden. Penentuan sampel menggunakan teknik sampling bertahap, yaitu penentuan kluster desa secara acak sederhana kemudian menentukan responden tiap kluster secara acak sistematis. Data dikumpulkan menggunakan teknik wawancara terstruktur dan *self report* dengan kuesioner kemudian dianalisis menggunakan uji chi-square dan regresi logistic dengan tingkat signifikansi 5%. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden (81,4%) menyatakan tidak bersedia membeli makanan jika mengetahui penjualnya HIV+. Lima puluh persen lebih mereka tidak setuju jika guru perempuan yang HIV+ tetap mengajar. Demikian juga terhadap anak yang HIV+ belum bisa diterima sekolah bersama anak yang HIV negatif. Distribusi sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA secara signifikan berbeda menurut usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan dan status pekerjaan. Adapun tingkat pengetahuan dan tempat tinggal tidak berbeda secara signifikan. Faktor yang signifikan menjadi prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA adalah usia dan jenis kelamin. Usia lebih muda (15-19 tahun) dan perempuan mempunyai kemungkinan lebih besar bersikap menstigma dan mendiskriminasi terhadap ODHA. Diseminasi informasi tentang HIV dan AIDS pada remaja usia 15-19 tahun tetap diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan mempercepat penerimaan terhadap ODHA sehingga sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA bisa berkurang.

**Kata Kunci:** sikap, stigma, diskriminasi, ODHA.

## PENDAHULUAN

Secara global, HIV dan AIDS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Meskipun saat ini epidemi HIV dan AIDS secara global menunjukkan kondisi stabil, namun secara statistik masih dilaporkan terdapat peningkatan jumlah infeksi baru di beberapa negara<sup>1</sup> termasuk Indonesia. Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang harus bekerja keras dalam melawan laju epidemi HIV dan AIDS. Sejak tahun 2009, kasus HIV dan AIDS di Kabupaten Jember terus meningkat setiap tahun. Secara kumulatif, kasus HIV dan AIDS di Kabupaten Jember sampai dengan April 2017 mencapai 3.065 kasus<sup>2</sup>.

Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) tidak hanya berhadapan dengan masalah kesehatan namun juga

menghadapi masalah sosial yang berhubungan dengan penyakitnya. Salah satu hambatan yang dialami orang berisiko atau yang terinfeksi HIV dan AIDS adalah stigma<sup>3</sup>. Stigma meningkatkan ketertutupan dan penolakan sehingga berakibat sebagai katalisator penularan<sup>4</sup>. Reaksi yang diterima ODHA terhadap status infeksi dari orang lain bermacam-macam. Beberapa ODHA mendapat dukungan sehingga secara positif mempengaruhi hidupnya. Terdapat juga ODHA yang mendapat stigma negatif sehingga mempengaruhi ODHA dalam pencarian pelayanan test HIV, pencarian pelayanan perawatan kesehatan setelah terdiagnosis, kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien HIV positif dan akhirnya muncul persepsi dan perawatan negatif yang diterima ODHA dari masyarakat, keluarga bahkan pasangannya<sup>5</sup>. Hal ini menjadikan

terjadinya pengucilan terhadap ODHA dari komunitasnya dan pada akhirnya berdampak pada keseluruhan kualitas hidupnya<sup>3,4</sup>.

Stigma terhadap HIV dan AIDS menghasilkan sikap diskriminasi dan akhirnya mengakibatkan penyebaran HIV dan AIDS semakin meluas<sup>6</sup>. Ketakutan teridentifikasi sebagai ODHA menghambat seseorang mengambil pelajaran dari statusnya, mengubah perilaku yang tidak aman dan mendapat perawatan sebagai ODHA<sup>7</sup>. Sebuah penelitian di Botswana dan Zambia menemukan bahwa stigma terhadap ODHA mencegah seseorang berpartisipasi dalam program *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) dan program pencegahan penularan dari ibu ke anak<sup>8</sup>. Stigma dan diskriminasi juga secara intensif menyakiti ODHA dan keluarganya<sup>7</sup>.

Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) terstigma karena beberapa alasan, yaitu 1) penyakit yang diderita dianggap berhubungan dengan perilaku menyimpang, 2) dipandang sebagai penyakit karena perilakunya sendiri sehingga menjadi tanggung jawab individu, 3) menodai agama dan kepercayaannya karena sudah berperilaku tidak bermoral, 4) dianggap menularkan dan mengancam masyarakat sekitarnya, 5) berhubungan dengan kematian yang tidak menyenangkan dan tidak wajar, dan 6) tidak diterima dengan baik oleh masyarakat sekitarnya dan menerima pandangan negatif dari petugas kesehatan<sup>7</sup>. Masih sedikit ditemukan penelitian tentang stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV dan AIDS di Indonesia apalagi di Jember. Diskriminasi terhadap ODHA atau orang yang diduga terinfeksi HIV tidak hanya merupakan sikap yang salah dan melanggar hak asasi manusia, namun juga menjadikan ketidakefektifan dalam

pengukuran status kesehatan masyarakat di Indonesia pada umumnya, dan Kabupaten Jember pada khususnya. Jika hal ini tidak segera mendapat perhatian, target SDGs ke-6 akan sulit tercapai.

Upaya pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA menjadi salah satu strategi dalam respon global dan nasional terhadap epidemi HIV dan AIDS. Oleh karena itu, diperlukan sebuah penelitian yang mampu menjadi basis bukti untuk merumuskan program pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Penelitian ini berusaha mengungkap tentang faktor yang mempengaruhi sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember dengan pendekatan modifikasi kerangka konsep yang dikembangkan di Botswana dan faktor yang terkait dengan stigma yang terdiri atas konstruksi sosial, *stereotype*, kepercayaan tertentu, akses dan peran program anti retroviral therapy (ART), agama dan gender<sup>7,8</sup>. Variabel yang merefleksikan pengetahuan tentang penularan HIV dan AIDS serta karakteristik sosial dan demografi individu digunakan sebagai variabel prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Tujuan utama penelitian ini adalah mendapatkan gambaran prevalensi dan menganalisis faktor yang mampu menjadi prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember. Adapun secara khusus, penelitian ini bertujuan sebagai berikut (1) mengidentifikasi karakteristik sosiodemografi, pengetahuan dan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember, (2) menganalisis perbedaan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berdasarkan karakteristik sosiodemografi dan

pengetahuan tentang HIV dan AIDS di Kabupaten Jember dan (3) menganalisis prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berdasarkan karakteristik sosiodemografi dan pengetahuan tentang HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini bersifat analitik, observasional dan menggunakan pendekatan *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat diamati pada saat bersamaan. Subjek penelitian ini adalah penduduk Kabupaten Jember yang berusia 15-24. Penentuan besar sampel penelitian mengikuti metode *rapid survey*, yaitu membutuhkan 30 kluster desa dan setiap kluster diambil sebanyak 7-10 rumah tangga. Dengan demikian besar sampel penelitian ini berjumlah 247 responden. Teknik sampling dalam penelitian ini menerapkan rancangan sampel 2 tahap, yaitu pemilihan kluster secara *probability proportionate size* dan pemilihan sampel rumah tangga secara *simple random* atau dengan sistem rumah terdekat.

Variabel penelitian ini terdiri atas variabel bebas (prediktor) yang meliputi karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, status pernikahan), karakteristik sosial (tingkat pendidikan, status pekerjaan dan tempat tinggal) serta tingkat pengetahuan HIV dan AIDS. Adapun variabel terikat atau variabel respon dalam penelitian ini adalah sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Penelitian ini mengumpulkan data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara langsung ke seluruh responden dengan

menggunakan kuesioner. Sedangkan data sekunder diperoleh dengan cara mencatat dokumentasi data ODHA yang dikumpulkan oleh KPA Kabupaten Jember. Data yang telah dikumpulkan diolah menggunakan *software* pengolah data kemudian data dianalisis secara univariabel, bivariabel dan multivariabel. Analisis bivariabel menggunakan uji statistik *chi-square* sedangkan analisis multivariabel untuk mendapatkan prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA menggunakan uji regresi logistic dengan  $\alpha = 5\%$ .

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian yang menggunakan subjek populasi umum berusia 15-24 tahun ini memberikan hasil bahwa tingkat penerimaan terhadap ODHA di Kabupaten Jember masih memprihatinkan. Mayoritas (81,4%) responden masih menyatakan tidak bersedia membeli makanan jika mengetahui penjualnya HIV+. Sebagian besar responden (75%) masih mempunyai kekhawatiran terinfeksi HIV hanya dengan cara kontak ludah ODHA. Lima puluh persen lebih mereka tidak setuju jika guru perempuan yang HIV+ tetap mengajar meskipun tidak sakit. Demikian juga terhadap anak yang HIV+ belum bisa diterima sekolah bersama anak yang HIV-. Kondisi ini berbeda dengan di Kenya yang tingkat penerimaan masyarakat umum terhadap ODHA sudah cukup tinggi (60% persen bisa menerima guru perempuan yang HIV+). Secara detail gambaran sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA bias dilihat pada Tabel 1.

Tabel1. Deskripsi Sikap Stigma dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember

Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju	
	n	%	n	%
Ada rasa khawatir terinfeksi HIV jika kontak dengan ludah orang positif HIV	185	74,9	62	25,1
Merasa malu jika mempunyai anggota keluarga yang terinfeksi HIV	119	48,2	128	51,8
Ragu untuk melakukan test HIV karena takut terhadap reaksi orang sekitar jika hasil test menyatakan positif HIV	95	38,5	152	61,5
Orang-orang membicarakan hal yang buruk tentang ODHA dan OHIDA	86	34,8	161	65,2
ODHA dan OHIDA kehilangan kehormatan atau kedudukan	118	47,8	129	52,2
Tetap membeli makanan meskipun tahu penjualnya positif HIV	46	18,6	201	81,4
Anak yang positif HIV tetap bisa sekolah bersama dengan anak-anak negatif HIV	119	48,2	128	51,8
Guru perempuan yang positif HIV tapi tidak sakit harus tetap diperkenankan mengajar di sekolah seperti biasa	107	43,3	140	56,7
Bersedia merawat anggota keluarga yang positif HIV	183	74,1	64	25,9

Perbedaan tingkat penerimaan sebagai manifestasi sikap stigma terhadap ODHA antara masyarakat Kenya dan masyarakat Jember di Indonesia merupakan konsekuensi dari perbedaan situasi epidemi HIV di masing-masing wilayah. Tingginya tingkat penerimaan terhadap ODHA di Kenya bisa dijelaskan berdasarkan fakta bahwa proporsi masyarakat umum yang mengetahui orang berstatus ODHA atau meninggal karena AIDS sudah tinggi. Dengan kata lain, infeksi HIV sudah tidak dipandang sebagai peristiwa langka atau menyimpang dari pengalaman sehari-hari. Hal inilah yang mengurangi sikap stigma masyarakat terhadap ODHA<sup>10</sup>. Sementara, epidemi HIV dan AIDS di Indonesia pada umumnya (kecuali Papua) dan Jember khususnya masih pada tahap terkonsentrasi. Sehingga sebagian masyarakat umum

berpandangan ODHA serta OHIDA merupakan bagian dari anggota masyarakat yang kehilangan kehormatan dan kedudukan.

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa guru perempuan HIV+ kurang bisa diterima oleh masyarakat umum untuk tetap mengajar meskipun tidak sakit. Hal ini memberi konsekuensi lebih lanjut terhadap perbedaan kualitas perawatan yang diterima di tingkat rumah tangga maupun komunitas antara ODHA laki-laki dengan ODHA perempuan terutama di negara-negara berkembang<sup>10,11,12</sup>. Di samping itu, status perempuan di masyarakat yang masih ter subordinasi, sehingga mereka sering mendapat stigma ganda selain sebagai ODHA juga dianggap sebagai pihak yang bertanggung jawab terjadinya penularan<sup>10,13</sup>.

Namun hasil penelitian ini juga memberika informasi yang mampu membangkitkan rasa optimis dalam menjalankan program penanggulangan HIV di Kabupaten Jember yaitu terdapat 74,1% responden yang menyatakan bersedia merawat anggota keluarga yang positif HIV meskipun masih terdapat 48,2% responden yang merasa malu jika mempunyai anggota keluarga yang terinfeksi HIV. Di samping itu keraguan untuk melakukan test HIV karena takut terhadap reaksi orang sekitar jika hasil test menyatakan

positif HIV sudah tidak terlalu besar (38,5%).

Berdasarkan respon terhadap pernyataan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, kemudian jumlah skor sikap stigma menjadi 2 kategori yaitu sikap stigma jika jumlah skor sikap  $\leq 4$  dan sikap tidak stigma jika jumlah skor sikap  $> 4$ . Hasil analisis menunjukkan lebih banyak responden yang mempunyai sikap stigma daripada yang tidak, masing-masing 53% dan 47%. Secara detail, sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA tersaji dalam Tabel 2.

Tabel 2. Sikap Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA

Sikap Stigma dan Diskriminasi ODHA	n	%
Ya	131	53
Tidak	116	47
Total	247	100

Hasil analisis bivariabel menggunakan *chi square* dan analisis besaran risiko menggunakan penghitungan *odds ratio* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA secara signifikan berhubungan dengan karakteristik sosiodemografi. Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan dan status pekerjaan secara signifikan berhubungan dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Usia lebih muda (15-19 tahun) mempunyai kemungkinan bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA 2 kali lebih besar daripada yang berusia lebih tua (20-24 tahun). Hal ini dibuktikan dengan nilai  $OR=1,943$ ; 95%  $CI=2,10-7,96$ . Perempuan, lebih mungkin bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA 2 kali lebih besar daripada laki-laki ( $OR=1,918$ ; 95%  $CI=1,15-3,19$ ). Demikian juga status pernikahan dan status pekerjaan.

Berstatus menikah dan tidak bekerja lebih mungkin mempunyai sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA 2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang belum menikah dan bekerja (masing-masing  $OR$ ; 95%  $CI = 2,00; 1,02-3,94$  &  $2,05; 1,15-3,04$ ).

Sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA juga berbeda menurut tingkat pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan, kemungkinan bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA semakin besar. Berpendidikan Sekolah Dasar (SD), 2,43 kali lebih besar mempunyai sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan SLTA atau PT (95%  $CI=1,00-5,82$ ). Sementara itu, berpendidikan SLTP mempunyai kemungkinan 1,83 kali lebih besar bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA dibandingkan dengan yang berpendidikan SLTA atau

PT (95% CI=1,06-3,15). Tempat tinggal dan tingkat pengetahuan tentang HIV dan AIDS tidak signifikan berhubungan

dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Tabel 3. Persentase, Odds-ratio dan 95% CI Sikap Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA

Variabel	Sikap Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA				X <sup>2</sup>	P-value	OR	95% CI
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%				
<b>Usia</b>								
15-19 thn	97	39,3	69	27,9	<b>5,278</b>	<b>0,022*</b>	1,943	(2,10-7,96)*
20-24 thn	34	13,8	47	19,0				
<b>Jenis Kelamin</b>								
Perempuan	83	33,6	56	22,7	<b>5,092</b>	<b>0,024*</b>	1,918	(1,15-3,19)*
Laki-laki	48	19,4	60	24,3				
<b>Status Pernikahan</b>								
Menikah	30	12,1	15	6,1	<b>3,462</b>	<b>0,063</b>	2,00	(1,02-3,94)*
Belum menikah	101	40,9	101	40,9				
<b>Pendidikan</b>								
SD	18	7,3	10	4,0	<b>6,374</b>	<b>0,041*</b>	2,42	(1,00-5,82)*
SLTP	75	30,4	55	22,3				
SLTA&PT	38	15,4	51	20,6				
<b>Status Pekerjaan</b>								
Tidak Bekerja	105	42,5	77	31,2	<b>5,330</b>	<b>0,021*</b>	2,05	(1,15-3,64)*
Bekerja	26	10,5	39	15,8				
<b>Tempat Tinggal</b>								
Perdesaan	116	47,0	103	41,7	<b>0,000</b>	<b>1,000</b>	1,03	(0,46-2,25)
Perkotaan	15	6,0	13	5,3				
<b>Tingkat Pengetahuan</b>								
Kurang	15	6,1	11	4,5	<b>2,388</b>	<b>0,303</b>	1,485	(0,63-3,51)
Sedang	60	24,3	44	17,8				
Baik	56	22,7	61	24,7				

Keterangan: \* signifikan  $\alpha < 0,05$

Temuan hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian sebelumnya di beberapa wilayah termasuk di Kenya, Amerika Serikat dan China yang

menemukan bahwa penerimaan terhadap ODHA secara signifikan berhubungan dengan usia, pendidikan, pengetahuan tentang AIDS, meskipun

tingkat komunitas<sup>10</sup>. Namun hasil penelitian ini menemukan bahwa tempat tinggal dan tingkat pengetahuan tentang HIV dan AIDS tidak signifikan berhubungan dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (masing-masing *p-value* = 1,000 dan 0,303). Berkaitan dengan temuan tersebut, hasil penelitian ini tidak konsisten dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tentang HIV dan AIDS dapat mengurangi sikap tidak toleran terhadap ODHA<sup>10,14,15</sup>. Tempat tinggal tidak menjadi faktor yang signifikan berhubungan dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian di Thailand yang menemukan bahwa reaksi terhadap ODHA lebih positif pada masyarakat yang tinggal di pedesaan daripada perkotaan<sup>16</sup>.

Berdasarkan hasil analisis bivariabel menggunakan *uji chi-square*, terdapat lima variabel yang dapat dilanjutkan dalam analisis multivariabel menggunakan regresi logistik biner karena mempunyai *p-value* < 0,25. Variabel tersebut adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan status pekerjaan. Dengan menggunakan metode *backward*

*hood ratio (Backward LR)*,

nilai yang dihasilkan sebagai berikut:

1. Nilai *Nagelkerke R<sup>2</sup> pada tabel Model Summary* menunjukkan bahwa dari lima variabel tersebut mampu menjelaskan keragaman total dari sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA sebesar 7,7% (Step 4).
2. Penilaian kelayakan model regresi dalam memprediksi dilakukan dengan *Hosmer and Lemeshow Test*<sup>9</sup>. Pengujian ini dilakukan untuk menguji hipotesis  $H_0 =$  tidak ada perbedaan antar klasifikasi prediksi dengan klasifikasi yang diamati; dan  $H_1 =$  ada perbedaan antar klasifikasi prediksi dengan klasifikasi yang diamati. Nilai *Hosmer and Lemeshow Test* pada step 1 – step 4, seluruhnya > 0,05 (step 4 = 0,472), sehingga harus menerima  $H_0$ . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa estimasi model sesuai dengan data aktual yang digunakan.
3. Nilai *Overall Percentage pada Classification Table* sebesar 59,1% (step 4). Nilai ini menunjukkan bahwa nilai ketepatan prediksi cukup baik jika digunakan untuk memprediksi sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Tabel 4. Hasil Pengujian Model Regresi Logistik

Hasil Pengujian	Nilai
<i>Model Summary (Nagelkerke R<sup>2</sup>)</i>	Step 1=9,4% Step 2=9% Step 3=8,8% Step 4=7,7%
<i>Hosmer and Lemeshow Test</i>	Step 1=( <i>p-value</i> = 0,795; $\chi^2 = 3,870$ ) Step 2=( <i>p-value</i> = 0,863; $\chi^2 = 2,546$ ) Step 3=( <i>p-value</i> = 0,687; $\chi^2 = 2,263$ ) Step 4=( <i>p-value</i> = 0,472; $\chi^2 = 1,504$ )
<i>Classification Table (Overall percentage)</i>	Step 1=61,5% Step 2=60,3%



HasilPengujian	Nilai
	Step 3=59,1%
	Step 4=59,1%
-2 Log likelihood	Step 1=323.388
	Step 2=324.238
	Step 3=324.571
	Step 4=326.823

4. Nilai signifikansi hasil analisis multivariabel pada *Table in the equation* menunjukkan bahwa prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA terdiri atas variabel usia dan status pernikahan (lihat Tabel 5.)

Tabel 5. Model RegresiLogistik

Variabel	B	P-value	OR	95% CI	
Step 1	Usia(1)	0,707	0,058	2,028	0,977-4,212
	Jenis kelamin(1)	0,363	0,222	1,438	0,803-2,575
	Status Menikah(1)	0,818	0,049	2,265	1,004-5,108
	Education		0,657		
	Education(1)	0,444	0,360	1,559	0,602-4,034
	Education(2)	0,133	0,689	1,142	0,596-2,189
	Bekerja(1)	-0,192	0,600	0,826	0,404-1,689
	Constant	-0,770	0,055	0,463	
	Kelumur(1)	0,805	0,018	2,237	1,148-4,359
	Sex(1)	0,363	0,221	1,437	0,804-2,568
Step 2	Menikah(1)	0,875	0,029	2,400	1,093-5,268
	Bekerja(1)	-0,207	0,564	0,813	0,403-1,640
	Constant	-0,722	0,060	0,486	
	Kelumur(1)	0,891	0,004	2,437	1,335-4,450
Step 3	Sex(1)	0,419	0,134	1,521	0,879-2,630
	Menikah(1)	0,889	0,027	2,433	1,108-5,342
	Constant	-0,867	0,003	0,420	
Step 4	Kelumur(1)	0,957	0,002	2,604	1,437-4,721
	Menikah(1)	1,083	0,004	2,953	1,401-6,228
	Constant	-0,713	0,009	0,490	

5. Nilai -2 Log likelihood = 326,823 menunjukkan model yang diperoleh merupakan model terbaik dalam memprediksi sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Sehingga hasil persamaannya adalah sebagai berikut:

$$g(x) = \ln \left[ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right]$$

$$g(x)$$

$$= \frac{1}{1 + e^{x(-0,713 + 0,957(x1)(1) + 1,083(x3)(1)}}$$

Setelah dilakukan analisis multivariabel, faktor yang signifikan menjad prediktor sikap stigma dan

diskriminasi terhadap ODHA adalah usia  
126 *Jurnal IKESMA Volume 13 Nomor 2 September 2017*  
demikian, upaya meningkatkan  
pengetahuan komprehensif tetap harus  
dilakukan. Diseminasi informasi tentang  
HIV dan AIDS yang benar dan akurat  
mutlak diperlukan karena sangat penting  
tidak hanya untuk meningkatkan  
pengetahuan tetapi juga untuk  
mempercepat penerimaan terhadap  
ODHA sehingga sikap stigma dan  
diskriminasi terhadap ODHA bisa  
berkurang.

Akhirnya, hasil penelitian ini juga  
syarat dengan keterbatasan. Diantara  
keterbatasan tersebut adalah instrumen  
dan metode pengukuran pengetahuan  
tentang HIV dan AIDS serta pengukuran  
sikap stigma dan diskriminasi terhadap  
ODHA. Hasil dalam penelitian ini sangat  
mungkin dipengaruhi oleh faktor  
endogen seperti disain studi *cross  
sectional* sehingga kurang kuat dalam  
mengidentifikasi hubungan sebab akibat.  
Dengan demikian, keterbatasan  
penelitian ini hendaklah menjadi  
perhatian bagi peneliti selanjutnya agar  
lebih memahami situasi dan konteks  
stigma dan diskriminasi terhadap ODHA  
sehingga diperoleh rumusan strategi  
yang tepat dalam upaya pengurangan  
stigma dan diskriminasi terhadap ODHA  
di Kabupaten Jember.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian ini  
dapat dirumuskan beberapa kesimpulan  
berikut (1) tingkat penerimaan terhadap  
ODHA di Kabupaten Jember masih

memprihatinkan. Mayoritas (81,4%)  
masih menyatakan tidak  
bersedia membeli makanan jika  
mengetahui penjualnya HIV+. Lima puluh  
persen lebih mereka tidak setuju jika  
guru perempuan yang HIV+ tetap  
mengajar meskipun tidak sakit. Demikian  
juga terhadap anak yang HIV+ belum bisa  
diterima sekolah bersama anak yang HIV,  
(2) Distribusi sikap stigma dan  
diskriminasi terhadap ODHA secara  
signifikan berbeda menurut usia, jenis  
kelamin, tingkat pendidikan, status  
pernikahan dan status pekerjaan.  
Adapun tingkat pengetahuan tentang HIV  
dan AIDS serta tempat tinggal di  
pedesaan atau perkotaan tidak berbeda  
secara signifikan dan (3) faktor yang  
memenuhi menjadi predictor sikap  
stigma dan diskriminasi terhadap ODHA  
adalah usia dan jenis kelamin. Usia lebih  
muda (15-19 tahun) serta berjenis  
kelamin perempuan mempunyai  
kemungkinan lebih besar bersikap  
menstigma dan mendiskriminasi  
terhadap ODHA.

Dengan demikian, untuk  
mengurangi stigma dan diskriminasi  
terhadap ODHA di Kabupaten Jember  
perlu upaya peningkatan pengetahuan  
komprehensif tetap harus dilakukan  
melalui diseminasi informasi tentang HIV  
dan AIDS yang benar dan akurat. Hal ini  
mutlak diperlukan karena sangat penting  
tidak hanya untuk meningkatkan  
pengetahuan tetapi juga untuk  
mempercepat penerimaan terhadap  
ODHA sehingga sikap stigma dan  
diskriminasi terhadap ODHA bisa  
berkurang.

## **DAFTAR RUJUKAN**

1] UNAIDS. *AIDS Epidemic Update*  
[Internet]. Geneva; 2008. Available

from:  
<http://data.unaids.org/pub/EPISli>

- des/2007/2007\_epiupdate\_en.pdf.
- 2] Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Jember. *Kompi Ni'mal Baroya : Prediktor Sikap Stigma dan ....* 127  
*HIV dan IDS Triwulan II KPA Kabupaten Jember Tahun 2017.* Jember; 2017.
  - 3] Greeff M, Phetlhu R, Makoae LN. Disclosure of HIV status: experience and perceptions of persons living with HIV/AIDS and nurses involved in their care in Africa. *Qual Health Res.* 2008;18(3):311–24.
  - 4] Rankin W, Brennan S, Schell E, Laviwa J, Rankin SH. The Stigma of Being HIV-positive in Africa. *PloS Med.* 2005;2(8):e.247.
  - 5] Gerbert B, Sumser J, Maguire TT. The impact of who you know and where you live on opinions about AIDS and health care. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):677–81.
  - 6] Busza J. *Challenging Hiv-related stigma and discriminations in Southeast Asia: past successes and future priorities (review).* New York: Population Council Horizon; 1999.
  - 7] Letamo G. Prevalence of, and Factors Associated with, HIV/AIDS-related Stigma and Discriminatory Attitudes in Botswana. *J Heal Popul Nutr.* 2003;21(4):347–57.
  - 8] Nyblade L, Field ML. *Women, communities, and the prevention of mother-to-child transmission of HIV: issues and findings from community research in Botswana and Zambia.* [Internet]. Available from: <http://www.icrw.org>
  - 9] Kleinbanum DG, Klein M. *Logistic Regression: A Self-Learning Text.* Second Edi. Verlag New York: 127
  - 10] Chiao C, Mishra V, Sambisa W. *Individual-and Community-level Determinants of Social Acceptance of People Living with HIV in Kenya: Results from a National Population-Based Survey.* Maryland USA; 2008.
  - 11] Amuyunzu-Nyamongo M, Okeng'o L, Wagura A, Mwenza E. Putting on a Brave Face: The Experiences of Women Living With HIV and AIDS in Informal Settlements of Nairobi, Kenya. *AIDS Care.* 2007;19((supplement 1)):S25–34.
  - 12] UNAIDS. *Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report.* Geneva; 2004.
  - 13] Muyinda H, Seeley J, Pickering H, Barton T. Social Aspects of AIDS-related stigma in rural Uganda. *Heal Place.* 1997;3(3):143–7.
  - 14] Herek GM, Capitano JP, Widaman KF. HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence Trends, 1991-1999. *Am J Public Heal.* 2002;92(3):371–7.
  - 15] Ezedinachi, E. N. E., M. W. Ross, M. Meremiku, E. J. Essienb. C. B. Edema. E. Ekurea and OI. The Impact of an entervention to change workers HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria: A controlled trial. *Public Health.* 2002;16(2):106–12.
  - 16] VanLadingham M, Im-em W, Saengtienchai C. *Community reactions to person with HIV/AIDS and their parents in Thailand.* Michigan; 2005.