

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang mengganggu sistem kekebalan tubuh sehingga menyebabkan penurunan dan rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia (Djoerban, 2015). AIDS (*Acquired immunodeficiency virus*) adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan akibat infeksi HIV (Adisasmito, 2014). HIV dan AIDS ini menular melalui hubungan seksual, melalui darah yaitu dengan transfusi darah yang mengandung HIV, tertusuk jarum suntik yang mengandung HIV dan juga ditularkan dari ibu ke anak melalui Air Susu Ibu (ASI) (Mansjoer, 2015).

HIV pada awalnya adalah virus yang berasal dari hewan Simpanse dan berkembang untuk pertama kalinya di Benua Afrika. Virus ini sebelumnya disebut dengan SIV (*Simian Immunodeficiency Virus*) yang ditemukan pada darah hewan Simpanse, tetapi akibat perburuan hewan yang dilakukan di Afrika virus ini bertransmisi ke tubuh manusia melalui cipratan darah dan konsumsi hewan yang kemudian bermutasi menjadi virus HIV.

Penyebaran HIV masif terjadi pada tahun 1980an di Amerika karena pada awalnya ada penemuan jenis penyakit baru yang menyerang kelompok homo seksual dengan gejala penurunan imun tubuh secara ekstrim sehingga memudahkan penyakit seperti kanker berkembang secara cepat. Pada saat itu penyakit ini dikenal dengan banyak istilah seperti *Gay Cancer* dan *Gay-Related Immune Deficiency (GRID)* namun di kemudian hari dikenal dengan nama AIDS untuk menghapus stigma terhadap kelompok Homoseksual karena penyakit ini dapat menyerang siapa saja.

Selanjutnya pada tahun 1983 sebanyak 33 negara di dunia melaporkan kasus HIV. Karena penanganan yang belum baik akhirnya menyebar keseluruh dunia dan WHO pun telah menetapkan HIV sebagai Epidemii. Sampai saat ini belum ada obat yang benar-benar mampu membunuh virus HIV. Penanganan yang dilakukan saat ini adalah dengan penggunaan obat

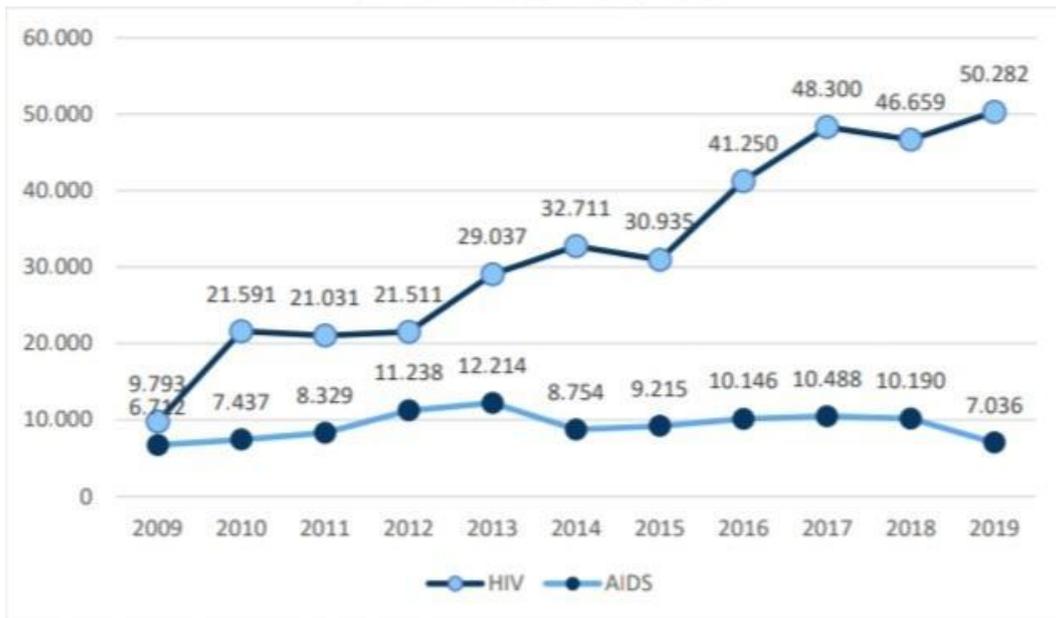
ARV yang hanya mampu menghambat perkembangan virus dalam tubuh dan memperpanjang masa hidup bagi penderita HIV.

Data dari WHO pada tahun 2019 ditemukan jumlah kasus baru sebanyak 1,7 juta kasus dan 62% dari temuan kasus tersebut adalah mereka yang memiliki faktor resiko tinggi seperti PSK, Pemakai Narkoba, Narapidana, Transgender dan Gay. Data untuk seluruh dunia dari awal ditemukan sampai dengan tahun 2019 penderita HIV telah tercatat sebanyak 38 juta orang dan diperkirakan sebanyak 7,1 juta orang tidak mengetahui status HIV mereka. Sedangkan kasus kematian akibat AIDS sampai tahun 2019 dilaporkan sebanyak 690 ribu orang. (UNAIDS, 2020).

Di Indonesia penderita HIV-AIDS sering disebut dengan istilah ODHA, yaitu kepanjangan dari Orang Dengan HIV-AIDS. Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) pertama kali ditemukan di Provinsi Bali pada tahun 1987 di Rumah Sakit Sanglah yang berasal dari wisatawan Belanda, oleh karena itu Indonesia tercatat sebagai negara ke 13 di kawasan Asia yang melaporkan kasus HIV. Hingga saat ini HIV-AIDS sudah menyebar di 386 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2017).

Pada tahun 2019 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan temuan kasus baru HIV sebanyak 50.282 kasus dan temuan AIDS sebanyak 7.035 kasus, Sehingga jumlah kumulatif HIV dari pertama kali ditemukan pada tahun 1987 sampai tahun 2019 adalah sebanyak 377.562 dan AIDS sebanyak 121.101 kasus. Berdasarkan laporan dari Kemenkes dari tahun ke tahun data perkembangan ODHA setiap tahun bisa dikatakan mengalami kenaikan, walaupun ada penurunan tetapi angkanya tidak begitu signifikan dan bahkan mengalami kenaikan yang lebih tinggi pada tahun berikutnya begitupun dengan jumlah kasus AIDS walaupun pada tahun 2019 ada penurunan kasus tetapi penurunan jumlah ini diduga karena sebanyak 6 provinsi tidak melaporkan perkembangan kasus pada tahun 2019. (Kemenkes RI, 2020)

**Grafik 1.1**  
**Jumlah ODHA di Indonesia dari tahun 2009-2019**



Sumber : Ditjen P2P Kemenkes RI, 2019

Berdasarkan laporan dari Kemenkes tahun 2019 ditemukan bahwa hanya sebanyak 120.000 ODHA yang menerima pengobatan ARV dari jumlah ODHA 377.562 itu artinya diperkirakan sebanyak 157.562 ODHA belum mendapatkan pengobatan ARV. Banyaknya ODHA yang belum menerima pengobatan ARV akan mempengaruhi kepada kondisi kesehatan ODHA karena ARV satu-satunya pengobatan yang mampu mengontrol pertumbuhan virus dalam tubuh, Kondisi tersebut akan berimplikasi pada jumlah kematian ODHA karena AIDS.

Di Indonesia kematian akibat AIDS juga terus mengalami peningkatan, pada tahun 2014 ada sebanyak 753 kematian lalu tahun 2015 naik menjadi 859 kasus kematian tahun 2016 sebanyak 976 tahun 2017 sebanyak 1.016 kasus dan data terbaru tahun 2019 jumlah kematian akibat AIDS 614 kasus. Walaupun tahun sebelumnya angka kematian terus meningkat tetapi pada tahun 2019 mengalami penurunan hal ini disebabkan karena sebanyak 6 provinsi tidak melaporkan perkembangan kasus HIV-AIDS yang diduga menjadi penyebab menurunnya jumlah kasus ( Kemenkes RI, 2020 )

Menurut laporan dari Kemenkes kasus HIV di Sumatera Barat pada tahun 2019 terjadi penambahan sebanyak 541 kasus baru sehingga total kasus yang ada di Sumatera Barat menjadi 3.611 kasus, untuk AIDS juga terjadi penambahan sebanyak 258 kasus sehingga total kasus AIDS di Sumatera Barat menjadi 2.217 kasus dan menempatkan Sumatera Barat pada posisi ke 12 dengan jumlah kasus AIDS tertinggi di Indonesia berdasarkan provinsi pada tahun 2019. (Kemenkes RI, 2020 )

Status HIV sebagai epidemi tentu tidak hanya menyerang suatu wilayah atau kawasan tertentu saja tetapi telah menyebar ke seluruh dunia sehingga perlu penanganan terpadu secara internasional. Maka dari itu peran organisasi internasional menjadi sangat berarti dalam menangani permasalahan HIV-AIDS. Organisasi internasional dapat didefinisikan sebagai sebuah pola kerjasama yang melintasi batas-batas negara, memiliki tujuan bersama serta memiliki struktur organisasi yang jelas baik antara pemerintah maupun non pemerintah yang berasal dari negara yang berbeda. (Idayu, 2014)

UNAIDS (*United Nations programme on HIV and AIDS*) adalah salah satu organisasi internasional dibawah naungan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang secara khusus dibentuk untuk penanganan HIV-AIDS. UNAIDS berdiri pada bulan Desember 1994 dan efektif mulai beroperasi pada tahun 1996, fungsi utama dari UNAIDS adalah memberikan bantuan terkait penanganan HIV-AIDS dalam bentuk arahan strategi, dukungan, koordinasi ataupun memberikan bantuan teknis kepada pemerintah suatu negara. UNAIDS juga bekerjasama dengan 11 lembaga PBB lainnya yaitu UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO, World Bank dan pada tahun 2012 telah bergabung dengan UN Women. Bergabungnya Organisasi-Organisasi Internasional tersebut tentu banyak memberi dampak kemudahan bagi UNAIDS dalam menjalankan tugasnya (Idayu, 2014)

HIV-AIDS dianggap sebagai ancaman serius oleh dunia internasional karena mampu membunuh orang dalam jumlah yang besar sehingga dimasukkan kedalam salah satu tujuan

pembangunan global *Millenium Development Goals* (MDGs) pada poin ke 6 yaitu memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit menular lainnya. MDGs adalah sebuah rangkaian target pembangunan global dalam jangka waktu 15 tahun yang dimulai pada tahun 2000 dan diharapkan tercapai pada tahun 2015 yang bertujuan untuk kesejahteraan masyarakat. Pada tahun 2015 para pemimpin dunia pada sidang PBB memperbaharui MDGs menjadi SDGs yang berlaku mulai tahun 2016 dan diharapkan tercapai pada tahun 2030. SDGs memiliki 17 agenda dalam rangka mencapai tujuan pembangunan global pada tahun 2030, salah satu agendanya adalah memastikan kehidupan yang sehat serta kesejahteraan untuk semua kalangan dengan targetnya adalah mengakhiri epidemi HIV-AIDS serta penyakit menular lainnya ([sdg2030indonesi.org](http://sdg2030indonesi.org))

UNAIDS sebagai lembaga internasional yang khusus menangani HIV-AIDS dalam rangka menyukseskan tujuan pembangunan global juga memiliki target dalam upaya penangan HIV-AIDS. Kaskade 90 90 90 menjadi target dalam penanganan HIV secara global dan juga menjadi indikator capaian keberhasilan penanganan HIV-AIDS di setiap negara termasuk indonesia, Kaskade 90 90 90 diharapkan dapat terealisasi pada tahun 2020. Program Kaskade 90 90 90 menargetkan untuk 90% ODHA mengetahui kondisi dan status mereka, 90% ODHA yang mengetahui status mendapatkan terapi ARV, dan 90 % ODHA yang menerima terapi ARV telah melakukan tes *Viral Load* untuk mengetahui efektivitas penggunaan ARV. (UNAIDS, 2020)

Di Indonesia pada tahun 1994 pemerintah telah membentuk Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) melalui keputusan presiden nomor 36 tahun 1994 ([www.Kumparan.com](http://www.Kumparan.com)). Pemerintah Indonesia melalui KPAN mulai melakukan strategi respon penanggulangan HIV-AIDS dengan menyusun rencana Strategi Nasional Penanggulangan AIDS (SRAN) setiap lima tahun sekali.

Salah satu prinsip dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS adalah penyelenggaraannya dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah secara bersama berdasarkan prinsip kemitraan (KPAN, 2010). Karena penanggulangan yang terbatas dan tak terkoordinasi maka tidak akan mampu mengendalikan penyebaran HIV dan AIDS sehingga perlu dilakukan perubahan dalam status, keanggotaan maupun tata kerja dari Komisi Penanggulangan Aids Nasional maka diterbitkanlah Perpres nomor 75 tahun 2006 dengan tujuan untuk peningkatan dalam penanggulangan AIDS dimana keanggotaan KPAN diperluas dengan mengikut sertakan masyarakat sipil. Keterlibatan masyarakat sipil dalam organisasi berbasis komunitas memegang peranan penting dalam upaya penanggulangan HIV AIDS dan telah menjadikannya sebagai salah satu pemain utama dalam penanggulangan HIV AIDS di Indonesia (PKMK FK UGM, 2016)

Salah satu fokus tugas dari KPAN adalah pendampingan dan dukungan yang mana hal ini sangat dibutuhkan oleh ODHA demi meningkatkan kualitas hidup ODHA, pendampingan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kesadaran ODHA terhadap kondisi dan situasi diri serta meningkatkan kepatuhan minum obat. Namun hal itu saja tidak cukup untuk menangani ODHA karena selalu meningkatnya kasus temuan ODHA baru di Indonesia setiap tahunnya, maka peran serta masyarakat sangat dibutuhkan dalam penanganannya sehingga berdirilah banyak LSM yang bergerak dalam penanganan ODHA sebagai bentuk kepedulian masyarakat kepada ODHA. Bahkan berdasarkan hasil penelitian oleh Riadul Jannah (2014) tentang peran LSM di Kota Pekanbaru menyatakan bahwa LSM memiliki peran penting yang sangat besar dalam memberikan pengetahuan yang benar tentang HIV/AIDS dan juga tempat berbagi cerita dengan sesama ODHA.

Di Indonesia banyak LSM yang bergerak dalam penanganan ODHA salah satu yang terkenal adalah Yayasan Spiritia di Jakarta yang menjadi penggerak bagi LSM serupa lainnya di Indonesia. Yayasan Spiritia telah mendorong terbentuknya LSM yang menangani ODHA di

setiap daerah di Indonesia sehingga hampir semua provinsi telah memiliki LSM untuk pelayanan ODHA diantaranya yaitu Yayasan Lancang kuning di Pekanbaru, Yayasan Kanti Sehati di Jambi, Yayasan Fimel Plus di Bandung, Yayasan Peduli Kasih di Jawa Tengah, Yayasan Spirit Paramacita di Bali, Mahakam Plus di Kalimantan, serta Yayasan Inset di Nusa Tenggara Barat.

Di Sumatera Barat LSM yang bergerak dalam penanganan ODHA salah satunya adalah Yayasan Taratak Jiwa Hati, Yayasan ini berdiri pada tahun 2014 sebagai bentuk kepedulian terhadap ODHA serta keinginan berbagi dengan sesama ODHA karena pendirinya juga ODHA. Sebelum Yayasan Taratak Jiwa Hati berdiri ada Yayasan Lentera Minangkabau yang juga bergerak dalam penanganan ODHA namun akhirnya berhenti beroperasi pada tahun 2014, sehingga munculah Yayasan Taratak Jiwa Hati yang pendirinya juga bagian dari Yayasan Lentera Minangkabau sebelumnya, selain itu ada juga Yayasan Akbar Sumatera Barat yang bergerak dalam penjangkauan kelompok beresiko tinggi untuk melakukan tes VCT (*voluntary counseling and testing*) yaitu tes yang dilakukan untuk menentukan status HIV seseorang.

Yayasan Taratak Jiwa Hati berfokus pada pendampingan kepada ODHA, program pendampingan yang dilakukan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati adalah dalam rangka pemberian pelayanan publik khususnya kepada ODHA dengan tujuan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ODHA terhadap berbagai aspek yang melingkupinya seperti aspek motivasi penggunaan obat, pendampingan psikologis, aksesibilitas pelayanan kesehatan demi mencapai kualitas hidup yang baik bagi ODHA.

Dalam upaya pendampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati juga melakukan dukungan psikososial kepada ODHA, dukungan ini diberikan untuk memotivasi ODHA dalam menjalankan kehidupan secara normal. Berdasarkan penuturan Riko selaku Ketua Yayasan Taratak Jiwa Hati bahwa ternyata ODHA memiliki beban yang cukup besar selain

menanggung beban kesehatan, stigma yang berkembang di masyarakat juga menjadi beban bagi ODHA sehingga perlu untuk memberikan support terus menerus kepada ODHA agar kondisinya tidak menurun baik secara fisik maupun mental.

Yayasan Taratak Jiwa Hati juga merupakan satu-satunya LSM yang bergerak dalam pendampingan ODHA di Sumatera Barat sehingga jangkauan kerja dari Yayasan Taratak Jiwa Hati adalah seluruh wilayah di Sumatera Barat. Saat ini Yayasan Taratak Jiwa Hati dalam upaya melakukan pendampingan terhadap ODHA tidak hanya bekerja sendiri tetapi juga dengan Layanan kesehatan baik yang ada di Kota Padang maupun yang ada di daerah.

Dengan adanya Yayasan Taratak Jiwa Hati membantu dalam upaya penanganan HIV-AIDS di Sumatera Barat. Menurut ketua Yayasan Taratak Jiwa Hati dulu sebelum adanya pendampingan ketika ODHA baru mengetahui statusnya kondisi mereka biasanya langsung menurun dan berujung dengan kematian, tetapi semenjak adanya dampingan yang dilakukan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati kondisi tersebut mulai dapat dihindari, perlahan kesadaran ODHA tentang kondisi dan situasi mereka mulai membaik sehingga juga meningkatnya kepatuhan minum obat.

Penelitian yang berkenaan dengan masalah HIV/AIDS memang sudah banyak sekali dilakukan dengan berbagai fokus penelitian yang berbeda, diantaranya membahas tentang bagaimana hubungan antara ODHA dengan keluarga seperti yang dilakukan oleh Dwi Novianda (2015) dan Nanchy Rakhbaw (2016). Selain tentang hubungan antara ODHA dengan keluarga penelitian yang berfokus kepada bagaimana peran pendamping sebaya terhadap ODHA juga sudah banyak dilakukan diantaranya oleh Darastri Latfiah (2015), dan Revi Neni Ikbal (2016), fokus penelitian lainnya yang sering dilakukan adalah tentang stigma dan diskriminasi terhadap ODHA diantaranya dilakukan oleh Asyri Sayhrina (2018), dan Irfan Ardhani dan Sri Handayani (2017).

Berbeda dengan penelitian–penelitian terdahulu dalam penelitian ini peneliti lebih berfokus melihat bagaimana proses yang dilakukan LSM Yayasan Taratak Jiwa Hati dalam upaya pendampingan. Peneliti memilih fokus ini karena pendampingan merupakan sebuah penanganan yang dapat menjadi sebuah solusi untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA dan meneliti bagaimana proses yang dilakukan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati dalam pendampingan ODHA adalah sesuatu yang penting untuk kita ketahui sehingga penelitian ini di kemudian hari dapat digunakan sebagai rujukan dalam pengambilan keputusan mengenai penanganan ODHA yang lebih baik lagi.

## 1.2 Rumusan Masalah

Di Sumatera Barat tidak banyak LSM yang bergerak dalam dalam pendampingan ODHA, setidaknya hanya ada tiga LSM yaitu ; Yayasan Taratak Jiwa Hati, Yayasan Akbar Sumatera Barat, dan Yayasan Lentera Minangkabau. Dari tiga LSM tersebut satu diantaranya telah berhenti beroperasi sejak tahun 2014 yaitu Yayasan Lentera Minangkabau.

Yayasan Taratak Jiwa Hati adalah satu satunya LSM yang bergerak dalam pendampingan dan dukungan terhadap ODHA dan aktif dalam melaksanakan program dalam upaya dampingan di Sumatera Barat. Program dukungan dan dampingan bertujuan untuk kepatuhan minum obat, pengurangan rasa sakit dan kematian, dan keterbukaan ODHA dampingan. Dalam proses pendampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati telah berkontribusi dalam upaya peningkatan kepatuhan minum obat dan peningkatan kualitas hidup ODHA di Sumatera Barat.

Berdasarkan pemaparan diatas maka menarik untuk kita teliti seperti apa proses pendampingan yang dilakukan oleh Yayasan taratak Jiwa Hati. Dengan begitu peneliti dapat merumuskan masalah sebagai berikut: “ **Bagaimana Proses Pendampingan ODHA yang dilakukan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati**”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini dapat dirincikan atas tujuan umum dan tujuan khusus **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan proses pendampingan ODHA yang dilakukan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mendeskripsikan Tahap-tahap dalam pendampingan ODHA yang dilakukan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati.
2. Mendeskripsikan capaian yang didapat oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati dalam pendampingan ODHA.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

Ada beberapa manfaat yang bisa diambil dari penelitian ini

#### **1.4.1 Manfaat Akademik**

Manfaat penelitian ini secara akademik adalah dapat memberikan kontribusi sumbangan pemikiran dari penulis terhadap ilmu sosiologi khususnya bidang sosiologi kesehatan.

#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

1. Untuk dijadikan bahan masukan dan perbandingan serta referensi bagi peneliti selanjutnya.
2. Dapat dijadikan acuan bagi pihak terkait dalam upaya penanganan ODHA.

### **1.5. Tinjauan Pustaka**

#### **1.5.1 Situasi Perkembangan ODHA di Indonesia**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yaitu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh (Nana Noviana, 2013:1). AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala penyakit akibat dari menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh virus HIV (Vera dan Tufan, 2012:3). Kerusakan pada sistem kekebalan tubuh menyebabkan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) sangat rentan terkena penyakit, serangan penyakit yang tidak berbahaya pun dapat menyebabkan ODHA sakit parah bahkan meninggal.

Menurut Nana Noviana (2013:6-8) transmisi HIV masuk kedalam tubuh manusia melalui tiga cara, yaitu :

1. Secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke Anak

Ibu yang terinfeksi HIV sangat rentan terjadinya penularan kepada janinnya sewaktu hamil, sewaktu persalinan, dan setelah melahirkan melalui pemberian air susu ibu (ASI).

2. Secara transeksual (Homoseksual maupun heteroseksual)

Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV di berbagai belahan dunia. Virus ini dapat ditemukan dalam cairan semen, cairan vagina, dan cairan serviks sehingga ketika terjadi kontak seksual dengan ODHA akan sangat rentan untuk terserang HIV.

3. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi HIV.

Darah dan produk darah adalah media yang sangat baik untuk transmisi HIV. Untuk bisa menular, cairan tubuh harus masuk secara langsung kedalam peredaran darah. Hal ini dapat terjadi pada individu yang menerima transfusi darah atau produk darah yang mengabaikan tes penapisan HIV.

Diperkirakan sembilan puluh sampai seratus persen orang yang mendapat transfusi darah yang tercemar HIV akan mengalami infeksi HIV juga. Transmisi juga



dapat terjadi pada individu pengguna narkoba dengan pemakaian jarum suntik secara bergantian/bersamaan dalam satu kelompok.

Perkembangan HIV-AIDS di Indonesia di mulai pada tahun 1983 ketika Dr. Zubairi Djoerban melakukan penelitian terhadap 30 Waria di Jakarta. Hasil penelitian menunjukkan dugaan bahwa 2 dari 30 Waria menderita AIDS. Namun pada tahun tersebut pemerintah belum ada langkah serius dalam menangani AIDS dan hanya menghimbau masyarakat untuk menghindari perilaku homoseksual.

Pada tahun 1985 Menkes menyatakan bahwa sudah ada sebanyak 5 kasus HIV ditemukan di Bali tetapi Depkes tidak mencatat kasus tersebut. Di Jakarta juga ditemukan wanita berusia 25 tahun yang diduga menderita AIDS tetapi lagi-lagi pemerintah tidak melakukan tindakan serius dan hanya menghimbau untuk meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan agar terhindar dari AIDS.

Tahun 1987 untuk pertama kalinya Departemen Kesehatan mencatat dan mengakui kematian akibat AIDS di Indonesia setelah sebelumnya wisatawan berusia 44 tahun asal Belanda meninggal di Rumah Sakit Sanglah Denpasar Bali. Penemuan kasus ini tercatat di WHO dan Indonesia menjadi negara ke 13 di Asia yang melaporkan kasus AIDS. Bulan Oktober pada tahun yang sama dilakukan Kongres tentang penyakit akibat hubungan kelamin di Bali dan Menkes pada saat ini dalam sambutannya menyatakan bahwa penyakit AIDS adalah akibat dari perilaku Homoseksual dan dapat juga menular melalui darah.

Pada tahun 1993 kasus HIV-AIDS semakin meningkat menjadi sebanyak 137 kasus HIV dan 51 orang dengan AIDS. Menanggapi hal tersebut pada tahun 1994 pemerintah melalui Keppres No 36/1994 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan mulai menyusun Strategi Nasional Penanggulangan AIDS. Pada tahun 1994 kasus kumulatif HIV-AIDS dilaporkan sebanyak 275 Infeksi HIV dan 67 AIDS.

Tercatat sebanyak 49 orang meninggal karena AIDS pada tahun 1995. Untuk pertama kalinya pada tahun ini LSM mulai aktif dalam penanganan ODHA, Yayasan Pelita Ilmu (YPI) di Jakarta membuka rumah singgah untuk ODHA dan dimulainya program pendampingan untuk ODHA. Yayasan Spiritia juga berdiri pada tahun 1995 sebagai bentuk kepedulian kepada ODHA dan memulai program pendampingan

ARV adalah satu-satunya pengobatan yang paling efektif dalam mengurangi tingkat kesakitan ODHA tetapi obat ini belum mampu untuk membunuh virus dalam tubuh. ARV bekerja untuk menghambat pertumbuhan virus dalam tubuh agar kondisi fisik tidak menurun, dengan menggunakan ARV ODHA dapat bertahan hidup sampai 30 tahun asalkan dikonsumsi secara rutin.

ARV sebagai pengobatan yang efektif untuk ODHA mulai digunakan di Indonesia pada tahun 1997 melalui serangkaian ujian yang dilakukan oleh BPOM. Namun penggunaan ARV masih terbatas karena harga yang tidak terjangkau oleh mayoritas ODHA. Pada tahun ini kasus HIV terus bertambah menjadi 619 dan AIDS 153 kasus.

Pemerintah melalui Menteri Kesehatan mulai memberikan Subsidi ARV pada tahun 2003 kepada ODHA sebesar 200 ribu per bulan untuk setiap ODHA yang membutuhkan, bahkan beberapa provinsi memberikan subsidi gratis kepada ODHA. Pada tahun ini juga *Global Fund* sebagai lembaga amal dunia yang menangani HIV-AIDS memberikan bantuan berupa penyediaan ARV kepada sebanyak 100 ODHA dan terus memberikan dana bantuan untuk penanganan HIV-AIDS di Indonesia sampai saat ini. (Spiritia, 2009)

Hingga 31 Desember 2006, jumlah kumulatif ODHA yang dilaporkan mencapai 13.424 kasus. Jumlah tersebut terdiri dari 5.230 kasus HIV dan 8.194 kasus AIDS. Selama 10 tahun, yaitu sejak tahun 1997-2006, jumlah kematian karena AIDS mencapai 1.871 orang. Penyebaran kasus AIDS juga meningkat di Indonesia pada tahun 2006 dibanding tahun 1997. Tahun 2006 dilaporkan penyebaran HIV-AIDS sudah meluas ke 33 Provinsi. Provinsi Papua

menempati urutan pertama yaitu sebesar 51,45% dan diikuti DKI Jakarta sebesar 28,15% berdasarkan perhitungan distribusi prevalensi per 100.000 penduduk provinsi. (Depkes RI, 2006)

Jumlah kasus AIDS yang ditemukan yaitu 8.194 kasus, dapat dibedakan menurut jenis kelamin sebagai berikut yaitu Laki-laki dengan AIDS berjumlah 6.604 (82%), perempuan dengan AIDS berjumlah 1.529 (16%), dan 61 (2%) kasus tidak diketahui jenis kelaminnya rasio kasus AIDS antara laki-laki dengan perempuan adalah 4,3 : 1. Meskipun jumlah perempuan penderita HIV/AIDS lebih sedikit, dampak pada perempuan akan selalu lebih besar, baik dalam masalah kesehatan maupun sosial ekonomi. Perempuan lebih rentan tertular dan lebih menderita akibat infeksi ini. Beberapa studi menunjukkan bahwa penularan HIV dari laki-laki ke perempuan melalui hubungan seks adalah dua kali lipat dibandingkan dari perempuan ke laki-laki. (Depkes RI, 2006)

Pada akhir 2007 diestimasikan sebanyak 4,9 Juta orang terinfeksi HIV di Asia. Meskipun di setiap daerah di Asia memiliki cara penularan yang bervariasi tetapi umumnya disebabkan oleh hubungan seksual dengan pasangan yang terinfeksi HIV tanpa menggunakan pengaman. Epidemik di Indonesia merupakan salah satu yang paling cepat berkembang di Asia dan diperkirakan akan terus melonjak jika tidak ada penanganan yang tepat, setidaknya AIDS sudah menewaskan lebih kurang sebanyak 3.492 orang pada tahun 2007. (kebijakanaidsondonesia.net)

Data pada tahun 2008-2018 menunjukkan ada kenaikan kasus yang signifikan menjadi 327.282 kasus HIV dan kasus AIDS menjadi 114.065. Tiga Provinsi dengan kasus HIV terbanyak yaitu DKI Jakarta 58.877, Jawa Timur 48.241 dan Jawa Barat 34.149 kasus sedangkan Provinsi dengan jumlah kasus AIDS terbanyak adalah Papua sebanyak 22.538 Jawa Timur sebanyak 19.829 kasus diikuti Jawa Tengah sebanyak 10.111 kasus.

Berdasarkan faktor risiko dari penemuan kasus tahun 2010 sampai 2018 yang tertinggi adalah Heteroseksual sebanyak 93.826, selanjutnya LSL sebanyak 48.661, penasun sebanyak 15.990, lain-lain sebanyak 50.295 dan tidak diketahui sebanyak 80.989 kasus. Heteroseksual menjadi faktor risiko paling tinggi penemuan kasusnya, hal ini disebabkan karena rendahnya kesadaran memakai pengaman ketika berhubungan seksual, berbeda dengan itu faktor risiko LSL termasuk Waria menjadi kelompok dengan kesadaran tertinggi penggunaan pengaman dalam berhubungan seksual. (Kemenkes, 2019)

Tahun 2019 jumlah ODHA masih mengalami peningkatan dibanding tahun sebelumnya, tercatat sebanyak 50.282 kasus HIV baru dan AIDS sebanyak 7.036 kasus baru sehingga menambah jumlah kumulatif HIV menjadi 377.562 kasus dan AIDS menjadi 121.101 kasus. Provinsi dengan penambahan kasus tertinggi adalah Jawa Timur sebanyak 8.935 selanjutnya disusul oleh DKI Jakarta sebanyak 6.701 dan di posisi ketiga Provinsi Jawa Barat sebanyak 6.066 kasus baru. Berdasarkan data dari Kemenkes 2020 berikut adalah jumlah penemuan kasus HIV per Provinsi dari tahun 2017-2019.



**Tabel 1.1 Jumlah kasus baru HIV dari tahun 2017 sampai 2019 per Provinsi**

Provinsi	Jumlah Kasus Baru HIV		
	2017	2018	2019
(2)	(3)	(4)	(5)
Aceh	111	155	174
Sumatera Utara	1.914	1.999	2.463
Sumatera Barat	563	624	541
Riau	711	539	558
Jambi	278	246	131
Sumatera Selatan	486	508	601
Bengkulu	95	107	177
Lampung	580	524	568
Kepulauan Bangka Belitung	268	205	234
Kepulauan Riau	1.105	1.033	854
DKI Jakarta	6.626	6.896	6.701
Jawa Barat	5.819	5.185	6.066
Jawa Tengah	5.425	5.400	5.630
DI Yogyakarta	723	833	714
Jawa Timur	8.204	8.608	8.935
Banten	1.315	1.334	1.643
Bali	2.441	2.211	2.283
Nusa Tenggara Barat	222	192	258
Nusa Tenggara Timur	837	842	821
Kalimantan Barat	608	692	698
Kalimantan Tengah	119	122	222
Kalimantan Selatan	572	297	474
Kalimantan Timur	1.202	1.126	1.301
Kalimantan Utara	172	166	199
Sulawesi Utara	516	555	673
Sulawesi Tengah	200	292	350
Sulawesi Selatan	1.366	1.174	1.537
Sulawesi Tenggara	134	106	180
Gorontalo	51	74	48
Sulawesi Barat	37	26	69
Maluku	688	462	462
Maluku Utara	145	200	267
Papua Barat	409	380	697
Papua	4.358	3.546	3.753
<b>Indonesia</b>	<b>48.300</b>	<b>46.659</b>	<b>50.282</b>

Sumber : Kemenkes RI, 2020

Data AIDS 2019 ditemukan sebanyak 7.036 kasus dan menunjukkan penurunan dibanding sebelumnya yang mencapai angka 10 ribu kasus berturut-turut dalam tiga tahun kebelakang. Penurunan jumlah kasus ini diduga karena 6 provinsi tidak melaporkan perkembangan kasus AIDS di daerahnya sehingga menjadi penyebab turunya angka penemuan kasus AIDS di Indonesia. Provinsi dengan penemuan kasus AIDS tertinggi 2019 adalah Jawa Tengah dengan jumlah kasus 1.613 disusul Papua sebanyak 1.061 kasus dan posisi ketiga oleh Jawa Timur sebanyak 958 kasus. Berikut adalah data penemuan kasus AIDS per Provinsi tahun 2017-2019 yang dikeluarkan oleh Kemenkes pada tahun 2020.

**Tabel 1.2 Jumlah kasus baru dan kumulatif AIDS per Provinsi sampai dengan Desember 2019**

Provinsi	Jumlah Kasus Baru			Jumlah Kasus Kumulatif s.d. Desember 2019
	2017	2018	2019	
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Aceh	78	89	49	546
Sumatera Utara	155	149	TAD	4.065
Sumatera Barat	267	347	258	2.217
Riau	383	269	TAD	2.470
Jambi	87	25	11	750
Sumatera Selatan	170	246	207	1.322
Bengkulu	29	55	69	484
Lampung	41	143	143	1.035
Kepulauan Bangka Belitung	57	38	44	547
Kepulauan Riau	208	289	411	1.984
DKI Jakarta	567	717	585	10.517
Jawa Barat	1.251	247	313	7.062
Jawa Tengah	1.719	1.941	1.613	11.724
DI Yogyakarta	50	48	78	1.537
Jawa Timur	741	1.586	958	20.787
Banten	512	207	158	3.147
Bali	736	549	240	8.230
Nusa Tenggara Barat	93	27	34	847
Nusa Tenggara Timur	11	94	29	2.088
Kalimantan Barat	110	95	113	2.808
Kalimantan Tengah	12	25	53	325
Kalimantan Selatan	14	0	5	410
Kalimantan Timur	358	171	203	1.775
Kalimantan Utara	55	267	66	605
Sulawesi Utara	127	332	125	1.924
Sulawesi Tengah	144	2	52	815
Sulawesi Selatan	220	337	TAD	3.416
Sulawesi Tenggara	92	113	52	613
Gorontalo	61	5	TAD	215
Sulawesi Barat	6	0	TAD	25
Maluku	88	68	45	774
Maluku Utara	34	108	61	698
Papua Barat	0	0	TAD	1.741
Papua	2.012	1.601	1.061	23.598
<b>Indonesia</b>	<b>10.488</b>	<b>10.190</b>	<b>7.036</b>	<b>121.101</b>

Sumber :

Kemenkes RI, 2020

Pada tahun 2016 kemenkes memperkirakan jumlah ODHA di Indonesia sebanyak 640.000 orang namun kasus yang dilaporkan sampai Desember 2019 masih sebanyak 377.562. Laporan Kemenkes tahun 2018 ODHA yang pernah menerima pengobatan ARV sebanyak 224.471 orang tetapi yang sedang menerima pengobatan rutin hanya sebanyak 108.479 orang dari total jumlah ODHA tahun 2018, sedikitnya ODHA yang menerima pengobatan disebabkan oleh masih tingginya kasus putus obat yaitu sebanyak 22% atau 49.417 (Kemenkes, 2019)

Sejauh ini masyarakat masih memiliki anggapan negatif terhadap ODHA dan banyak stigma yang melekat untuk ODHA. UNAIDS (2011) mendefinisikan stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV sebagai ciri negatif yang diberikan pada seseorang sehingga menyebabkan tindakan yang tidak wajar dan tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan

status HIV-nya. Menurut data dari UNAIDS di Indonesia pada tahun 2017 sebanyak 62,2% ODHA mengalami diskriminasi bahkan dibanding negara tetangga seperti Vietnam dan Thailand tingkat diskriminasi terhadap ODHA di Indonesia jauh lebih tinggi dimana di Thailand hanya sebanyak 23,2% diskriminasi dan di Vietnam sebanyak 29,3 % diskriminasi (UNAIDS, 2020).

Tingginya diskriminasi terhadap ODHA di Indonesia diduga diakibatkan oleh stigma oleh masyarakat terhadap ODHA. Selain itu kurangnya pengetahuan Masyarakat tentang penularan HIV menjadi penyebab besar banyaknya ODHA mengalami diskriminasi karena sebagian masyarakat menganggap berdekatan dengan ODHA dapat menularkan virus HIV sehingga banyak orang enggan berhubungan dan berinteraksi dengan ODHA. Hal itu tidak saja dilakukan oleh masyarakat umum tetapi dari kalangan medis pun masih menunjukkan perilaku diskriminatif terhadap ODHA (Romadhani dan Hadi, 2017)

Menurut Derlega dkk ( dalam Romadhani dan Hadi, 2017) terbuka akan status HIV AIDS bukanlah hal mudah. Ketika seorang ODHA membuka diri, tujuan keterbukaan adalah untuk mencari dukungan, katarsis, dan tujuan untuk memberikan pembelajaran. Sedangkan alasan ODHA untuk menutupi statusnya adalah menyalahkan diri sendiri, ketakutan ditolak, melindungi diri dan keprivasian.

### **1.5.2 Pendampingan ODHA di Indonesia**

Menurut KBBI pendampingan berasal dari kata “damping” artinya dekat, karib, rapat (persaudaraan). Kemudian diberi akhiran “an” menjadi “dampingan” yang artinya hidup bersama-sama bahu membahu dalam kehidupan. Selanjutnya diberi awalan “pen” menjadi kata pendampingan artinya orang yang menyertai dan menemani, berdekatan dalam suka dan duka. Menurut Purwadarminta (dalam Purwasasmita, 2010) pendampingan adalah suatu proses dalam menyertai dan menemani secara dekat, bersahabat dan bersaudara, serta hidup

bersama-sama dalam suka dan duka, bahu membahu dalam menghadapi kehidupan dan mencapai tujuan bersama yang diinginkan.

Pendampingan dalam konsep pemberdayaan memiliki tugas utama mengembangkan kemampuan atau kapasitas masyarakat sehingga mampu mengorganisir dan menentukan sendiri upaya-upaya yang diperlukan dalam meningkatkan kehidupan sesuai dengan potensi mereka. Upaya ini dilakukan mulai dari membangun kepercayaan dan kesadaran akan potensi dan kebutuhan yang perlu dikembangkan. Biasanya upaya ini lebih efektif secara kelompok (Anwas, 2013:100).

Adapun tujuan dari pendampingan adalah (a) memastikan bahwa perubahan yang konkret terjadi di lingkungan tersebut, (b) memungkinkan orang-orang yang diajak bekerja untuk menggabungkan kepercayaan dan kemampuan dalam menangani masalah (idtesis.com)

Konsep pendampingan memiliki dimensi-dimensi (a) pendampingan merupakan proses penyadaran diri bagi semua pihak yang terlibat. (b) pendampingan berorientasi pada pengembangan manusia seutuhnya. (c) pendampingan berangkat dari lapisan paling bawah (*bottom up*). (d) kegiatan pendekatan pendampingan bertujuan menciptakan situasi yang mendukung perkembangan kelompok. (e) pendampingan memprioritaskan pada partisipasi, kesetiakawanan, dan keswadayaan. (f) berkeyakinan bahwa kelompok yang didampingi akan mampu berkembang sesuai dengan tujuan. (Mulyanti, 2010)

Menurut Ife (dalam Anwas, 2013:98) peran pendamping umumnya sebagai : fasilitator, pendidik, perwakilan masyarakat, dan peran-peran teknis bagi masyarakat miskin yang didampinginya. Secara lebih rinci menurut Sumodiningrat (dalam Anwas, 2013:99-100) terdapat lima kegiatan penting yang dapat dilakukan dalam melakukan pendampingan sosial, yaitu:

1. Memberikan motivasi, Motivasi masyarakat khususnya keluarga miskin perlu didorong untuk membentuk kelompok dan mempermudah dalam hal

pengorganisasian masyarakat. Kemudian memotivasi mereka agar dapat terlibat dalam kegiatan pemberdayaan yang nantinya dapat meningkatkan pendapatan mereka dengan menggunakan kemampuan dan sumber daya yang mereka miliki.

2. Peningkatan kesadaran dan peningkatan kemampuan, peningkatan kesadaran masyarakat dapat dicapai melalui pendidikan dasar, sedangkan untuk masalah keterampilan bisa dikembangkan melalui cara-cara partisipatif. Pengetahuan lokal yang dimiliki masyarakat melalui pengalaman mereka dapat dikombinasikan dengan pengetahuan dari luar.
3. Manajemen diri. Setiap kelompok harus mampu memilih atau memiliki pemimpin yang nantinya dapat mengatur kegiatan mereka sendiri seperti melaksanakan pertemuan-pertemuan atau melakukan pencatatan dan pelaporan.
4. Mobilisasi sumber, merupakan sebuah metode untuk menghimpun setiap sumber-sumber yang dimiliki oleh individu-individu yang dalam masyarakat melalui tabungan dan sumbangan sukarela dengan tujuan untuk menciptakan modal sosial.
5. Pembangunan dan pengembangan jaringan, pengorganisasian kelompok-kelompok swadaya masyarakat perlu disertai dengan peningkatan kemampuan para anggotanya membangun dan mempertahankan jaringan dengan berbagai sistem sosial di sekitarnya. Jaringan ini sangat penting dalam menyediakan dan mengembangkan berbagai akses terhadap sumber dan kesempatan bagi peningkatan keberdayaan masyarakat miskin.

Adanya perubahan perilaku dalam aspek peningkatan kapasitas masyarakat dalam meningkatkan kehidupan dan kesejahteraan masyarakat adalah indikator dari keberhasilan sebuah pendampingan.

Dalam strategi dan rencana aksi nasional penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2010-2014 yang dikeluarkan oleh komisi penanggulangan AIDS nasional (2010) HIV dan AIDS

telah menjadi masalah multidimensi, maka strategi dalam upaya penanggulangannya adalah dengan melibatkan semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat termasuk mereka yang terinfeksi dan terdampak sehingga keseluruhan upaya penanggulangan HIV dan AIDS dapat dilakukan sebaik baiknya yang menyangkut area pencegahan, pengobatan, mitigasi dampak dan lingkungan yang kondusif. Oleh karena itu prinsip dasar dari penanggulangan HIV dan AIDS salah satunya adalah dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat sipil secara bersamaan berdasarkan prinsip kemitraan. Dengan begitu LSM mendapat peran yang sangat penting dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia (KPAN, 2010)

Peningkatan mutu hidup ODHA merupakan salah satu tujuan dari Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan AIDS 2010-2014 yang dikeluarkan oleh KPAN (2010). Peningkatan mutu hidup ODHA di Indonesia sudah dilakukan oleh berbagai pihak, namun masih terpisah-pisah dan sangat tergantung pada kondisi daerah. Dukungan sebaya merupakan dukungan sesama yang dilakukan oleh ODHA kepada ODHA lainnya, terutama ODHA yang baru mengetahui status HIV. Dukungan sebaya berfokus pada peningkatan mutu hidup ODHA khususnya dalam peningkatan percaya diri, peningkatan pengetahuan HIV/AIDS, akses dukungan, pengobatan dan perawatan, pencegahan positif dengan melakukan perubahan perilaku; dan kegiatan produktif.

Pendampingan ODHA pertama kali dilakukan oleh Yayasan Pelita Ilmu (YPI) pada tahun 1995 saat itu YPI juga mendirikan tempat persinggahan untuk ODHA di Jakarta dengan dukungan oleh *Ford Foundation*. Pada tahun itu juga berdiri Yayasan Spiritia sebagai LSM yang bergerak dalam upaya pendampingan ODHA.

Di Indonesia, Yayasan Spiritia yang bekerja di tingkat nasional mengambil inisiatif dan memfasilitasi pembentukan, penguatan dan pengembangan dukungan sebaya baik di tingkat provinsi maupun di tingkat kabupaten/kota. Spiritia adalah kelompok dukungan sebaya yang pertama terbentuk di Indonesia pada pertengahan 1995. Sistem dukungan sebaya ini

mencakup pelaksanaan penjangkauan, pendataan dan pendampingan ODHA. Dengan mekanisme pengembangan dukungan sebaya yang terus menerus melalui Kelompok Penggagas (KP) di tingkat provinsi dari Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) di tingkat kabupaten/kota sejak 1996 hingga Juni 2011 telah lebih dari 22 ribu ODHA mendapatkan dukungan. Oleh sebab itu program ini memiliki potensi besar untuk mewujudkan total cakupan bagi ODHA. (Spiritia, 2011)

### 1.5.3 Tinjauan Sosiologis

Dalam penelitian proses pendampingan ODHA oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati peneliti menggunakan teori Fungsionalisme Struktural dari Talcott Parson. Teori ini memandang masyarakat sebagai sebuah sistem, sistem terdiri dari bagian-bagian yang saling berinteraksi satu sama lain sehingga terjadinya keseimbangan atau keteraturan. Dengan demikian dapat kita simpulkan jika suatu sistem mengalami gangguan atau masalah maka dipastikan ada bagian dari sistem yang tidak fungsional.

Asumsi teori Fungsionalisme Struktural didasari pada kesamaan antara kehidupan organisasi biologis dengan struktur sosial dimana organisasi biologis saling terintegrasi antara satu bagian dengan bagian lainnya begitu juga Fungsionalisme Struktural memandang masyarakat. Keseimbangan dan keteraturan adalah fokus utama dari teori ini, masyarakat dipandang dalam suatu kondisi yang stabil dan seimbang maka tentu teori ini akan sedikit sekali memperhatikan masalah perubahan sosial.

Dalam Fungsionalisme Struktural, istilah Struktural dan Fungsionalisme tidak selalu perlu dihubungkan meski keduanya biasanya sering dihubungkan. Kita dapat mempelajari struktur masyarakat tanpa memperhatikan fungsinya terhadap struktur lain. Begitu pula kita dapat meneliti fungsi berbagai proses sosial yang mungkin tidak mempunyai struktur ciri utama pendekatan Fungsionalisme Struktural memperhatikan kedua unsur tersebut. (Ritzer dan Douglas, 2004:118)

Menurut Parson studi mengenai perubahan sosial harus dimulai dengan studi mengenai struktur sosial terlebih dahulu. Struktur sosial adalah tatanan atau susunan sosial yang secara vertikal maupun horizontal atau juga dapat diartikan sebagai cara bagaimana masyarakat terorganisir dalam hubungan. Hubungan yang diprediksi melalui pola perilaku berulang antar individu dan antar kelompok dalam masyarakat tersebut. (Wirawan, 2012)

Menurut Parson untuk kelangsungan sistem maka sistem harus mampu memenuhi fungsi dan kebutuhan yang harus dipenuhi. Teori Fungsionalisme Struktural Parson mendesain skema yang harus dipenuhi oleh sistem sosial agar dapat terus berlangsung. Skema tersebut disebut dengan AGIL yaitu suatu kumpulan kegiatan yang ditunjukan ke arah pemenuhan kebutuhan tertentu atau kebutuhan sistem. Dengan menggunakan defenisi ini, Parson yakin bahwa ada empat fungsi penting yang dibutuhkan oleh semua sistem. AGIL adalah akronim dari *Adaptation*, *Goal attainment*, *Integration*, dan *Latency Secara* bersama-sama keempat imperatif ini menjadi kebutuhan dari setiap sistem agar dapat terus berlangsung. Berikut akan dijelaskan lebih terperinci mengenai AGIL :

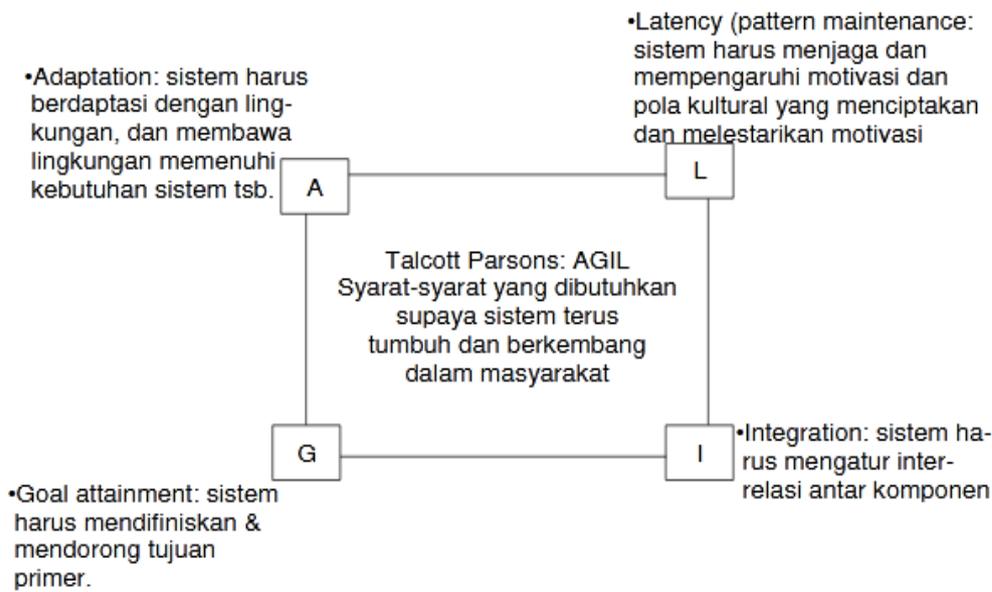
1. *Adaptation* Atau adaptasi yaitu bahwa sistem harus mampu menanggulangi situasi eksternal yang gawat juga harus mampu menyesuaikan dengan lingkungan dan menyesuaikan lingkungan dengan kebutuhan atau keperluan baik yang sederhana maupun rumit. Adaptasi memiliki dua dimensi yaitu kemampuan untuk mengatasi masalah yang berasal dari luar artinya sistem harus mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan keras yang tidak mampu diubah. Dimensi kedua adalah kemampuan sistem untuk memanfaatkan situasi menjadi alat untuk mencapai tujuan. (Ritzer dan Douglas, 2004:121)
2. *Goal Attainment* atau pencapaian tujuan adalah fungsi selanjutnya yang harus dimiliki oleh sistem. Sistem harus mampu menjelaskan tujuan utamanya yang dimaksud dengan tujuan disini bukanlah tujuan pribadi atau tujuan suatu bagian saja melainkan

tujuan bersama setiap bagian yang ada dalam sebuah sistem. Bukan berarti tujuan individu tidak ada tetapi harus disesuaikan dengan tujuan dari masyarakat atau sistem karena individu hidup di dalam sistem tersebut. Menurut skema alat-tujuan pencapaian maksud ini adalah tujuan, sedangkan kegiatan penyesuaian yang sudah terjadi sebelumnya merupakan alat untuk merealisasikan tujuan ini. Pada tingkat individu dan sistem sosial ada berbagai tujuan yang diinginkan, jadi persyaratan fungsional untuk mencapai tujuan akan harus meliputi pengambilan keputusan yang berhubungan dengan prioritas dari sekian banyak tujuan.

3. *Integration* atau integrasi merupakan persyaratan yang berhubungan dengan interelasi antara para anggota dalam sistem sosial itu, supaya sistem sosial itu berfungsi secara efektif sebagai satu satuan, harus ada paling kurang satu tingkat solidaritas diantara individu-individu yang termasuk di dalamnya. Masalah integrasi menunjuk pada kebutuhan untuk menjamin bahwa ikatan emosional yang cukup yang menghasilkan solidaritas dan kerelaan untuk bekerja sama dikembangkan dan dipertahankan. Ikatan-ikatan emosional ini tidak boleh tergantung pada keuntungan yang diterima atau sumbangan yang diberikan untuk tercapainya tujuan individu atau kolektif. Kalau tidak, solidaritas sosial dan kesediaan untuk kerja sama akan jauh lebih goyah sifatnya, karena hanya didasarkan pada kepentingan diri pribadi semata.

4. *Latensi* atau pemeliharaan pola artinya sebuah sistem harus mampu memperlengkapi, memelihara dan memperbaiki baik motivasi individu maupun pola-pola kultur yang menciptakan dan menopang motivasi. Terkadang terjadi kejenuhan sehingga anggota sistem menjadi berhenti memberikan perannya terhadap keberlangsungan sistem tentu situasi seperti ini bisa menjadi penyebab terjadinya gangguan dalam sistem. Oleh karena itu sistem harus memastikan anggotanya untuk tetap berada dalam situasi baik agar menghindari kejenuhan. Dalam sebuah sistem yang besar seperti masyarakat

nilai-nilai yang dianut bersama bisa menjadi sebuah mekanisme yang dapat dijadikan sebagai solusi dalam mempererat dan mengikat anggota dalam sistem misalnya dengan pengadaan kegiatan-kegiatan bersama sebagai sebuah simbol bahwa anggota masih menjadi bagian dalam sistem. (Ritzer dan Douglas, 2004: 121)



Bertemunya AGIL ( prasyarat fungsional ) dengan Sistem Sosial menurut Parsons dicontohkan dengan sebagaimana Organisme perilaku : sistem tindakan yang melaksanakan fungsi adaptasi dengan menyesuaikan diri dan mengubah lingkungan eksternal. Sistem kepribadian melaksanakan fungsi pencapaian tujuan dengan menetapkan tujuan sistem dan memobilisasi sumberdaya yang ada untuk mencapainya. Sistem sosial menanggulangi fungsi integrasi dengan mengendalikan bagian-bagian yang menjadi komponennya. Sistem kultural melaksanakan fungsi pemeliharaan pola dengan menyediakan aktor seperangkat norma dan nilai yang memotivasi mereka untuk bertindak. (Syawaludin, 2014)

Sistem sosial terdiri dari sejumlah aktor individu yang saling berinteraksi dalam lingkungan tertentu. Mereka memiliki motivasi untuk mencapai kepuasan yang didefinisikan dan dimediasi dalam term-term simbol bersama yang terstruktur secara kultural. Konsep-konsep kunci dalam sistem sosial Parsons adalah : aktor, interaksi, lingkungan, optimalisasi

kepuasan, kultur, partisipasi memadai dari pendukungnya. Parsons menyatakan bahwa persyaratan kunci bagi terpeliharanya integrasi pola nilai dalam suatu sistem sosial adalah proses internalisasi dan sosialisasi. Dalam suatu komunitas masyarakat, integrasi selalu diikuti dengan aturan-aturan

Berdasarkan penjelasan yang cukup panjang diatas dapat kita tarik kesimpulan dari pemikiran-pemikiran Parson sebagai berikut : a)Masyarakat harus dianalisis secara totalitas, suatu sistem yang terdiri dari sejumlah bagian saling berhubungan, b)Hubungan timbal-balik, saling mempengaruhi di antara bagian-bagian tersebut adalah bersifat ganda. c)Meskipun integrasi sosial tidak pernah terwujud dengan sempurna, tetapi secara fundamental sistem sosial selalu cenderung menuju pada titik equilibrium yang dinamis, merespons perubahan-perubahan yang terjadi dalam sistem sebagai akibatnya hanya akan mencapai derajat yang minimum (nilai, norma, knowledge, simbol, ide menjadi dasar hubungan sosial, bisa dikoreksi ketika menimbulkan ketegangan (hubungan yang tidak harmonis). d)Walaupun disfungsi, ketegangan-ketegangan dan penyimpangan-penyimpangan senantiasa terjadi, namun dalam waktu dan keadaan dapat teratasi dengan sendirinya yang dinetralisir melalui proses institusionalisasi. Artinya setiap sistem sosial akan senantiasa berproses menuju pada titik integrasi. e)Perubahan-perubahan bahan dalam sistem sosial terjadi secara gradual melalui penyesuaian-penyesuaian keberadaan, bukan secara revolusioner. f)Perubahan-perubahan sosial muncul melalui tiga macam kemungkinan yakni; penyesuaian-penyesuaian yang dilakukan oleh sistem sosial tersebut terhadap perubahan-perubahan yang datang dari luar, perubahan melalui proses diferensiasi struktural dan fungsional, dan perubahan terjadi karena ada penemuan-penemuan baru oleh anggota masyarakat (Syawaludin, 2014)

#### **1.5.4. Penelitian Relevan**

Penelitian relevan adalah penelitian terdahulu yang bisa dijadikan rujukan untuk melakukan penelitian yang akan dilakukan. Beberapa penelitian relevan yang berkaitan

dengan ODHA diantaranya, **Pertama Penelitian** yang dilakukan oleh Dwi Novrianda, Yonrizal Nurdin, dan Gusnita Ananda (2015) yang berjudul “*Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS dalam Yayasan Lentera Minangkabau*” penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana kaitan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA di Yayasan Lentera Minangkabau. Hasil dari penelitian ini menunjukkan : (1) Bahwa sebagian besar (59,4%) responden mendapat dukungan baik dari keluarga, lebih lanjut 57,5% responden memiliki kualitas hidup yang baik dan 42,5% responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik. (2) Responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik memperlihatkan hampir seluruhnya 88,9% memiliki kualitas hidup yang baik dan sebagian kecil 11,1% memiliki kualitas hidup yang kurang baik. (3) Uji Chi Square menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup responden secara signifikan.

Penelitian **kedua** dilakukan oleh Rahmatika Kurnia Romadhani dan hadi sutarmanto (2017) dengan judul “*Dinamika Dukungan Sosial Bagi Orang Dengan HIV/AIDS*” penelitian ini bertujuan untuk mengetahui : (1) Bagaimana orang dengan HIV AIDS memaknai dukungan sosial (2) Peran Dukungan Sosial terhadap kehidupan ODHA, dan (3) Dukungan sosial seperti apa yang dibutuhkan ODHA. Hasil dari penelitian ini menunjukkan : (1) Dukungan sosial dimaknai sebagai motivasi dan dorongan untuk tetap bertahan dengan segala kondisi yang dihadapi. (2) Dukungan sosial berperan sebagai penguat dan penolong. (3) Dukungan yang dibutuhkan adalah seseorang yang mau mendengarkan, dan memahami tanpa berprasangka dan membedakan, selain itu kebutuhan lain adalah kebutuhan untuk merasa aman, dihargai, finansial dan informasi.

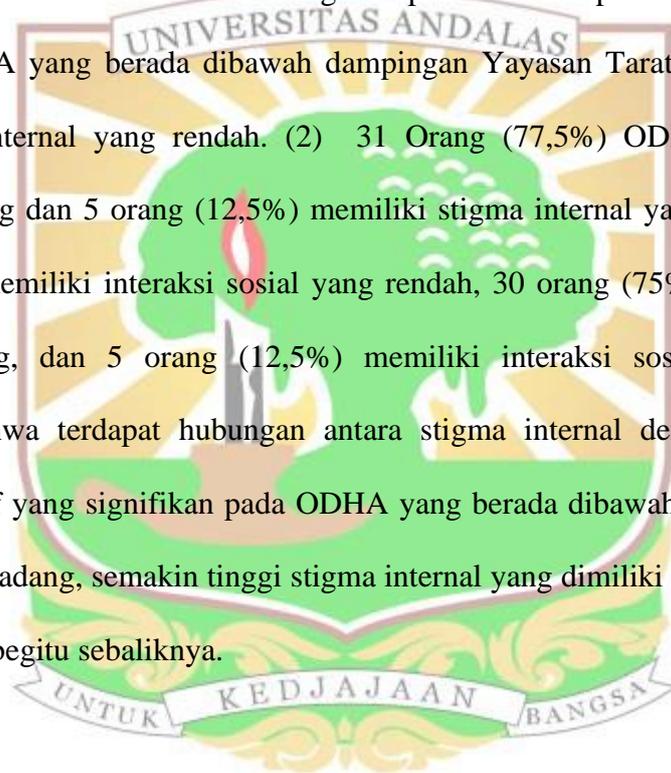
**Ketiga**, penelitian yang dilakukan oleh Riadul Jannah (2014) dengan judul “*Adaptasi pengidap HIV dan AIDS serta peran LSM di Kota Pekanbaru*” penelitian ini bertujuan untuk : (1) Mengetahui bagaimana profil pengidap HIV dan AIDS di Kota Pekanbaru. (2) Mengetahui bagaimana adaptasi pengidap HIV dan AIDS dalam lingkungan sosialnya. (3)

Bagaimana peran LSM dalam mendampingi pengidap HIV dan AIDS di Kota Pekanbaru. Hasil penelitian ini menunjukkan : (1) pengidap HIV lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Pengidap HIV rata-rata berusia 20-40 tahun, yakni yang masih tergolong dalam usia produktif. (2) Dukungan keluarga dan teman-teman merupakan suatu hal yang membantu proses adaptasi pengidap HIV. Berdasarkan penelitian, tidak semua pengidap HIV memberitahukan status mereka sebagai pengidap HIV kepada keluarga dan teman-teman di lingkungan sosialnya. Hal ini disebabkan oleh kekhawatiran pengidap HIV dengan tanggapan keluarga dan teman-temannya dan kekhawatiran akan adanya diskriminasi dan penolakan. (3) LSM Sebaya Lancang Kuning merupakan suatu organisasi formal yang bergerak dalam bidang pemberian dukungan kepada pengidap HIV di kota Pekanbaru dan beberapa Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi Riau. LSM Sebaya Lancang Kuning bekerja sama dengan beberapa klinik VCT yang ada di Kota Pekanbaru sehingga pendampingan dari LSM merupakan tindakan lanjutan dari hasil pemeriksaan dari rumah sakit yang menyatakan seseorang individu mengidap HIV.

**Keempat**, penelitian yang dilakukan oleh Irfan Ardani dan Sri Handayani (2017) dengan judul "*Stigma terhadap ODHA sebagai hambatan dalam pencarian pengobatan : Studi kasus pada pecandu narkoba suntik di Jakarta*" tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui stigma masyarakat dan self stigma ODHA sebagai suatu hambatan dalam pencarian pengobatan. Hasil dari penelitian ini adalah : (1) Stigma dari masyarakat, (a) dari keluarga yaitu, pemisahan alat-alat makan seperti gelas, piring, dan sendok. Keluarga menolak untuk makan bersama, serta orang tua tidak mau mengantar/menemani berobat. (b) dari masyarakat yaitu, tidak ada yang mau mengurus jenazah ketika akan dikuburkan, dan sering diejek dan dibully dimuka umum. (c) dari petugas kesehatan yaitu, diejek dan diketawain oleh dokter pada saat melakukan tes, penanganan oleh psikiater disamakan dengan pasien gangguan jiwa, dan sering dicurigai dan diancam oleh dokter. (2) Self stigma, belum siap melakukan pengobatan

karena masih kecanduan narkoba, belum siap minum obat seumur hidup dan hanya meminum obat ketika sudah drop/lebih parah, belum open status karena takut dikucilkan, dan tidak adanya kepercayaan dan dukungan dari lingkungan.

**Kelima**, penelitian yang dilakukan oleh Isyana Asyri Syahrina dan Andre YudhaPrana (2018) dengan judul “*Stigma Internal Hubungannya dengan interaksi sosial orang dengan HIV AIDS di Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang*” dengan responden sebanyak 40 orang dan tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan stigma internal dengan interaksi sosial ODHA di Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang. Adapun hasil dari penelitian ini adalah : (1) 4 orang (10%) ODHA yang berada dibawah dampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang memiliki stigma internal yang rendah. (2) 31 Orang (77,5%) ODHA memiliki stigma internal yang sedang dan 5 orang (12,5%) memiliki stigma internal yang tinggi (3) 5 orang (12,5%) ODHA memiliki interaksi sosial yang rendah, 30 orang (75%) memiliki interaksi sosial yang sedang, dan 5 orang (12,5%) memiliki interaksi sosial yang tinggi. (4) kesimpulannya bahwa terdapat hubungan antara stigma internal dengan interaksi sosial dengan arah negatif yang signifikan pada ODHA yang berada dibawah dampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang, semakin tinggi stigma internal yang dimiliki maka semakin rendah interaksinya begitu sebaliknya.



**Tabel 1.3**  
**Perbandingan Penelitian dengan Penelitian Relevan**

No.	Penelitian	Judul	Perbedaan
1.	Dwi Novrianda, Yonrizal Nurdin, dan Gusnita Ananda ( Jurnal Kesehatan Al- Irsyad, Vol.VII, No.1, 2015)	Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS dalam Yayasan Lentera Minangkabau	-fokus penelitian -metode penelitian
2.	Rahmatika Kurnia Romadhani dan Hadi Sutarmanto (Jurnal Penelitian Humaniora, Vol.22, No.2, Hal.99-110, 2017)	Dinamika Dukungan Sosial Bagi Orang Dengan HIV/AIDS	-fokus penelitian - metode (wawancara semi terstruktur) - lokasi penelitian
3.	Riadul Jannah ( Jurnal Online Mahasiswa FISIP UNRI, Vol.1, No.2, 2014)	Adaptasi pengidap HIV dan AIDS serta peran LSM di Kota Pekanbaru	-fokus penelitian -lokasi penelitian
4.	Irfan Ardani dan Sri Handayani (Jurnal buletin penelitian kesehatan, Vol.45, No.2, Hal.81-88, 2017)	Stigma terhadap ODHA sebagai hambatan dalam pencarian pengobatan : Studi Kasus pada pecandu Narkoba suntik di Jakarta.	-fokus penelitian -lokasi penelitian
5.	Isyna Asyri Syahrina dan Andre Yuda Pranata (PSIKOVIDYA:	Stigma internal hubungannya dengan interaksi sosial orang dengan HIV AIDS di Yayasan Taratak Jiwa	-fokus penelitian -metode penelitian

Jurnal Fakultas Psikologi Universitas Wisnuwardhana Malang, Vol.22, No.1, 2018)	Hati Padang	
--	-------------	--

Sumber: Analisis Peneliti, Melalui penelusuran Internet dan Buku

## 1.6. Metode Penelitian

### 1.6.1 Pendekatan dan Tipe Penelitian

Pendekatan penelitian dan metode penelitian adalah konsep yang berbeda. Berdasarkan penjelasan Afrizal (2014:11) pendekatan penelitian mengacu pada perspektif teoritis yang dipakai oleh peneliti dalam penelitian. Sedangkan metode penelitian adalah cara pengumpulan data untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan kualitatif berguna untuk mengungkap proses kejadian secara mendetail sehingga diketahui dinamika sebuah realita sosial dan saling pengaruh berbagai realitas sosial (Afrizal, 2014:38). Berdasarkan tujuan dari penelitian ini yaitu mendeskripsikan proses pendampingan ODHA oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati maka penggunaan pendekatan Kualitatif sangat tepat untuk menjelaskan tujuan dari penelitian ini.

Tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah tipe deskriptif karena mencoba untuk mendeskripsikan ucapan, tulisan dan perilaku orang-orang yang diamati (Moleong, 2014:6). Tipe deskriptif dipilih karena mampu menjelaskan informasi yang didapat dalam penelitian secara mendetail dan dalam.

### 1.6.2 Informan Penelitian

Moleong (2004:132) Menjelaskan informan penelitian adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Sedangkan Afrizal (2014:139) mendefinisikan informan penelitian adalah orang yang memberikan informasi

baik tentang dirinya atau suatu kejadian atau suatu hal kepada peneliti melalui wawancara mendalam. Jadi dapat disimpulkan bahwa informan penelitian berguna untuk mendapatkan informasi sedetail mungkin tentang penelitian berdasarkan kebutuhan peneliti.

Ada dua kategori informan menurut Afrizal (2014:139), yaitu :

1. Informan pelaku, yaitu informan yang memberikan keterangan tentang dirinya, tentang perbuatannya, tentang pikirannya, interpretasinya (maknanya) atau tentang pengetahuannya. Mereka merupakan subjek penelitian itu sendiri. Dalam penelitian ini yang menjadi informan pelaku adalah mereka yang melakukan pendampingan. Jumlah informan pelaku pada penelitian ini berjumlah 4 orang itu terdiri dari 1 orang ketua Yayasan dan 3 orang pendamping, peneliti menetapkan ketua Yayasan sebagai informan dikarenakan dapat memberikan informasi yang dalam tentang Yayasan secara keseluruhan, dan menetapkan 3 orang pendamping karena merekalah yang terlibat secara langsung dengan ODHA di lapangan sehingga mereka memiliki pengetahuan yang dalam tentang bagaimana proses yang dilalui selama melakukan pendampingan.
2. Informan pengamat adalah informan yang memberikan informasi tentang orang lain atau suatu kejadian atau suatu hal kepada peneliti. Informan pada kategori ini dapat orang yang diteliti ataupun tidak diteliti, artinya adalah orang yang mengetahui orang yang akan kita teliti atau mereka yang disebut saksi suatu kejadian atau pengamat lokal. Dalam penelitian ini informan pengamat adalah ODHA dampingan dari Yayasan Taratak Jiwa Hati peneliti menetapkan sebanyak 3 orang informan pengamat, dipilihnya ODHA dampingan sebagai informan pengamat adalah untuk validasi data. Data yang didapat dari informan pelaku dibandingkan dengan data yang didapat dari informan pengamat keselarasan data yang didapat dari kedua jenis informan akan menghantarkan peneliti mendapatkan data yang lebih valid.

Pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive yaitu mencari informan dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti. Menurut Bungin (2007:107-108) *purposive* adalah salah satu strategi menentukan informan yang paling umum dalam penelitian kualitatif, yaitu dengan menentukan kelompok peserta yang akan menjadi informan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Adapun kriteria informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ketua Yayasan Taratak Jiwa Hati
2. Kelompok pendamping sebaya (*peer group*) Yayasan Taratak Jiwa Hati
3. Kelompok ODHA dampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati
4. Petugas Pelayanan Kesehatan

Jumlah Informan yang diperlukan dalam penelitian ini berdasarkan dengan kejenuhan data artinya informan yang didapat sudah mampu memberikan kejenuhan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian. Hasil dari penelitian kualitatif tidak ditentukan dari banyak informan tetapi dari kualitas data yang didapat dan valid, yang dimaksud dengan valid disini adalah ketika data sudah menggambarkan realita yang sebenarnya terjadi. (Afrizal, 2014:167)

Dalam penelitian ini peneliti telah melakukan wawancara kepada 8 orang informan yang terdiri dari 4 orang informan pelaku yaitu ketua yayasan dan 3 orang pendamping serta informan pengamat sebanyak 4 orang terdiri dari 3 ODHA dampingan Yayasan dan 1 orang petugas layanan kesehatan. Berikut adalah tabel yang berisi nama-nama yang menjadi informan pelaku dan pengamat, dalam tabel peneliti menulis inisial pada jenis informan pengamat berdasarkan permintaan informan.

**Tabel 1.4**  
**Nama-nama Informan dalam penelitian**

no	Nama Informan/Inisial	Alamat	Jenis Informan
1	Riko Eka Putra	Padang	Informan Pelaku (Ketua Yayasan)
2	Wisma Yesi Eka Putri	Padang	Informan Pelaku (Pendamping)
3	Refli	Padang	Informan Pelaku (pendamping)
4	Andriza Ramadhan	Painan	Informan Pelaku (Pendamping)
5	ST	Padang	Informan Pengamat (ODHA)
6	FJ	Pariaman	Informan Pengamat (ODHA)
7	RS	Padang	Informan Pengamat (ODHA)
8	Uwi	Padang	Informan Pengamat (Petugas Puskesmas)

*Sumber : Data Primer 2020*

Dari tabel dapat dilihat bahwa ada sebanyak 4 Informan pelaku terdiri dari ketua Yayasan dan 3 orang pendamping, mereka dipilih karena sesuai dengan kriteria informan yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Ketua Yayasan adalah orang yang memimpin jalannya yayasan sehingga memiliki pengetahuan yang luas terkait yayasan dan ODHA, jadi data yang didapat dari ketua Yayasan merupakan data yang penting dalam penelitian ini. Selain itu juga ada 3 orang pendamping sebagai informan pelaku, pemilihan mereka sebagai informan didasari alasan bahwa mereka adalah orang yang berpengalaman langsung dalam hal pendampingan selain itu tentu mereka memiliki pengalaman-pengalaman yang unik yang menjadi sumber data pada penelitian ini.

### **1.6.3 Data yang Diambil**

Dalam penelitian untuk mendapatkan informasi yang valid adalah dengan cara mengumpulkan data. Dalam penelitian kualitatif terdapat dua sumber data (Sugiyono, 2013:104) yaitu:

1. Data Primer, merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data yang didapatkan langsung dari seseorang atau kelompok yang diteliti dalam penelitian ini. Seperti hasil dari wawancara yang dilakukan pada informan yang berdasarkan tujuan penelitian. Data primer yang peneliti kumpulkan

berupa data informasi yang didapat dari wawancara mendalam, data mengenai jumlah ODHA dampangan Yayasan Taratak Jiwa Hati beserta data-data mengenai profil Yayasan.

2. Data Sekunder, merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau dokumen dan bisa juga melalui internet. Data sekunder biasanya didapatkan dari lembaga atau instansi yang ada di lokasi penelitian atau juga dengan lembaga lain yang berkaitan dengan penelitian. Data yang dimaksud seperti jumlah ODHA di Indonesia, Program-program pemerintah mengenai ODHA dan juga LSM lainnya yang bergerak dalam penanganan ODHA.

#### **1.6.4 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah

1. Wawancara mendalam

Wawancara adalah pertemuan langsung peneliti dengan informan dengan tujuan untuk mengumpulkan data melalui percakapan. Moleong (2004:135) menjelaskan wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Maksud mengadakan wawancara menurut Lincoln dan Guba yang dikutip oleh Moleong (2004:135) adalah mengkonstruksikan mengenai orang, organisasi, perasaan, motivasi, tuntutan, kepedulian dan lain-lain.

Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara mendalam untuk pengumpulan data, yaitu sebuah wawancara informal antara pewawancara dengan informan yang dilakukan secara berulang-ulang (Taylor dalam Afrizal, 2005:44). Berulang-ulang bukan berarti mengulang pertanyaan yang sama tetapi menanyakan pertanyaan berbeda dengan tujuan

klarifikasi informasi yang sudah didapat sebelumnya atau mendalami hal-hal tertentu, dengan demikian akan didapat data yang mendalam dari hasil wawancara yang telah dilakukan secara berulang-ulang (Afrizal, 2014:136).

Informan pertama adalah Riko selaku ketua Yayasan, riko adalah orang yang pertama kali peneliti hubungi ketika akan melakukan penelitian. Setidaknya peneliti telah melakukan wawancara kepada Riko sebanyak 2 kali, pertama kali adalah ketika peneliti melakukan survei awal penelitian untuk menentukan fokus penelitian dan yang kedua dilakukan ketika peneliti telah menetapkan fokus penelitian sekaligus menetapkan Riko sebagai Informan pelaku dalam penelitian ini. Pertama kali peneliti bertemu dengan Informan Riko adalah ketika melakukan survei awal penelitian di kantor Yayasan, disana peneliti mengutarakan tujuan untuk melakukan penelitian di Yayasan Taratak Jiwa Hati dan Informan Riko mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian dengan syarat harus ada surat keterangan dari kampus untuk penelitian karena itu merupakan ketentuan yang harus dipenuhi oleh calon peneliti. Selanjutnya peneliti kembali menemui Informan Riko untuk melakukan wawancara, pada wawancara pertama ini bertujuan untuk survei awal dan peneliti hanya menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan apa saja yang menjadi program kerja dari Yayasan dan dilakukan tanpa pedoman wawancara. Selanjutnya pada wawancara kedua peneliti sudah menetapkan fokus dan tujuan penelitian sehingga dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara yang lengkap untuk menggali tujuan dari penelitian, wawancara kedua dilakukan di kantor Yayasan pada bulan Juli 2020.

Setelah mewawancarai Informan pertama, peneliti mencari informan selanjutnya yaitu Informan Yessi, Refli dan Andriza. Informan kedua, ketiga dan keempat peneliti dapat berdasarkan rekomendasi dari Informan pertama yaitu Riko, peneliti mencocokkan kriteria Informan yang sudah ditetapkan dengan informan yang direkomendasikan oleh Riko dan ternyata ketiga informan selanjutnya telah memenuhi kriteria tersebut.

Wawancara dengan Informan kedua Yessi dilakukan pada bulan Juli 2020 di Kantor Yayasan, sebelumnya informan sudah mengenal informan Yessi karena ketika peneliti ke kantor sering melihat Informan Yessi berada di Kantor. Wawancara dengan Informan Yessi berjalan lancar karena Informan Yessi sudah cukup lama menjadi pendamping sehingga data yang diberikan cukup banyak dan dalam. Selain melakukan wawancara peneliti juga beberapa kali menghubungi Informan Yessi melalui telepon ketika peneliti menulis transkrip wawancara untuk menanyakan beberapa informasi yang kurang peneliti pahami.

Selanjutnya informan ketiga yang peneliti wawancarai adalah Refli yang bertugas sebagai pendamping. Peneliti pertama kali bertemu dengan informan Refli pada saat melakukan wawancara dengan Informan Yessi di kantor Yayasan. Pada saat itu Informan Riko merekomendasikan peneliti untuk mewawancarai Informan Refli dengan alasan adanya kecocokan kriteria yang ditetapkan dengan profil Informan Refli dan kebetulan saat itu informan Refli sedang berada di Kantor Yayasan, peneliti langsung mengutarakan tujuan untuk memintanya menjadi Informan dalam penelitian ini dan Informan Refli menyetujui, selanjutnya peneliti dan Informan Refli bertukar kontak WA untuk mengatur jadwal wawancara. Pada hari itu juga peneliti mendapatkan kontak WA Informan ke empat yaitu Andriza, pemilihan Andriza sebagai Informan ke empat juga rekomendasi dari Informan pertama.

Wawancara dengan Informan Refli dilakukan pada bulan Juli dan lebih singkat dibanding wawancara yang dilakukan pada informan sebelumnya dikarenakan Informan Refli adalah pendamping yang baru bekerja satu tahun sehingga pengalamannya belum sebanyak Informan sebelumnya selain itu waktu juga menjadi kendala karena pada saat wawancara karena informan refli ada kegiatan lain yang akan dilakukan sehingga menjadikan proses wawancara menjadi lebih singkat, namun setelah itu peneliti mencoba semaksimal mungkin menggali informasi kepada Informan Refli dengan cara menelpon informan Refli untuk menanyakan

informasi lebih mendetail. Berdasarkan wawancara dengan Informan refli peneliti mendapat Informasi yang kurang lebih sama dengan Informan sebelumnya.

Informan keempat adalah Andriza yang bertugas sebagai pendamping. Wawancara dengan Informan Andriza dilakukan pada bulan Juli di Kantor Yayasan, Informan Andriza memberikan cukup banyak Informasi karena sudah cukup lama sebagai pendamping. Setelah peneliti bandingkan dengan wawancara sebelumnya hasil yang didapat dari Informan Andriza kurang lebih sama dengan Informasi yang didapat dari Informan sebelumnya. Maka dari itu peneliti memutuskan untuk menghentikan wawancara karena peneliti telah mendapatkan Informasi yang cukup dan Valid berdasarkan analisis peneliti selama proses wawancara dilakukan.

Dalam penelitian Kualitatif untuk mencapai data yang valid dibutuhkan teknik Triangulasi dengan cara mengkonfirmasi informasi yang didapat dari Informan sebelumnya dengan Informasi dari sumber lainnya. Triangulasi diartikan sebagai suatu teknik yang digunakan untuk menguji data dengan melakukan pengecekan berulang dari berbagai sumber, dari triangulasi akan terjawab apakah informasi sebelumnya benar-benar sesuai dengan realitas yang ada.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan informasi dari informan pengamat untuk melakukan triangulasi. Informan pengamat didapat berdasarkan rekomendasi dari pendamping dengan kriteria sudah lebih dari satu tahun didampingi, penentuan kriteria ini berdasarkan asumsi penulis bahwa ODHA yang sudah cukup lama didampingi akan memiliki pengalaman didampingi yang lebih banyak ketimbang ODHA yang baru didampingi.

Informan pengamat dalam penelitian ini berjumlah sebanyak 4 orang, yaitu informan ST, FJ, RS dan Uwi ketiga informan ini telah sesuai dengan kriteria yang peneliti tetapkan. Peneliti mendapatkan kontak WA Informan melalui Informan kedua, ketiga dan keempat. Informan ST adalah rekomendasi dari informan Yessi, awalnya peneliti menghubungi

informan ST melalui WA untuk memperkenalkan diri dan meminta untuk informan ST untuk menjadi Informan dalam penelitian ini. Selanjutnya peneliti membuat janji untuk bertemu dengan informan ST dan menyepakati untuk bertemu di sebuah Kafe di daerah Jati karena informan ST tinggal di Daerah situ. Dalam wawancara peneliti menanyakan tentang pengalaman informan ST selama menjadi ODHA dampingan oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati mulai dari awal mengenal Yayasan, proses bergabungnya dengan Yayasan, sampai dengan kegiatan apa saja yang pernah diikuti bersama Yayasan Taratak Jiwa Hati. Informan ST sudah cukup lama bergabung dengan Yayasan Taratak Jiwa Hati sangat mengetahui informasi mengenai Yayasan Taratak Jiwa Hati.

Selanjutnya adalah wawancara dengan informan FJ. Peneliti mendapatkan Informan FJ melalui rekomendasi informan Refli, sama dengan informan ST peneliti kepada informan FJ juga awalnya menghubungi melalui WA dan mengatur jadwal ketemuan dengan informan, informan FJ meminta untuk bertemu di kantor Yayasan saja.

Wawancara selanjutnya dengan informan RS, penulis berkenalan dengan RS melalui rekomendasi informan Andriza. Informan RS orangnya jauh lebih terbuka akan kondisinya dibanding dua informan pengamat sebelumnya. Selama wawancara Informan RS banyak memberikan informasi kepada peneliti.

Terakhir peneliti juga melakukan wawancara dengan petugas puskesmas bertujuan untuk mendapat informasi mengenai hubungan kerja antara pihak layanan kesehatan dengan Yayasan Taratak Jiwa Hati. Peneliti memutuskan untuk mewawancarai petugas Puskesmas Seberang Padang karena puskesmas tersebut telah melakukan kerjasama dengan Yayasan Taratak Jiwa Hati. Wawancara dilakukan pada januari 2021 di Puskesmas dengan salah satu petugas yang menjadi konselor untuk ODHA, dari hasil wawancara didapatkan hasil seperti apa kerjasama dan hubungan antara Yayasan Taratak Jiwa Hati dengan pelayanan kesehatan Puskesmas Seberang Padang.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan pelaku dan informan pengamat, peneliti merasa data dan informasi yang telah didapat antara di antara dua jenis informan tersebut memiliki keselarasan data sehingga peneliti mencukupi untuk melakukan wawancara karena data yang peneliti dapat sudah valid.

## 2. Pengumpulan Dokumen

Para peneliti mengumpulkan bahan tertulis seperti berita di media, notulen-notulen rapat, surat menyurat dan laporan-laporan untuk mencari Informasi yang diperlukan. Pengumpulan dokumen ini mungkin dilakukan untuk mengecek kebenaran atau ketepatan informasi yang diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam. Tanggal dan angka-angka tertentu lebih akurat dibanding hasil wawancara mendalam. (Afrizal, 2014:21)

Dalam penelitian ini penulis mengumpulkan dokumen untuk dianalisis yang kemudian disajikan sebagai hasil penelitian, dokumen yang penulis butuhkan dalam penelitian ini adalah dokumen tentang jumlah ODHA dampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati, laporan mengenai situasi perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan, Website Sistem Informasi HIV-AIDS kemenkes, dan Berita-berita mengenai Jumlah ODHA yang telah melakukan tes *Viral Load* di Indonesia.

Tujuan dari pengumpulan dokumen ini adalah untuk melihat capaian dalam pendampingan yang diperoleh oleh Yayasan Taratak Jiwa Hati berdasarkan indikator kaskade 90 90 90. Data tentang jumlah ODHA di Sumatera Barat akan dibandingkan dengan Jumlah ODHA dampingan Yayasan sehingga nanti dapat dilihat beberapa banyak ODHA yang telah mendapatkan pendampingan. Untuk melihat capaian penggunaan ARV maka peneliti hanya perlu melihatnya pada data laporan kumulatif dampingan Yayasan Taratak Jiwa Hati. Untuk melihat capaian berapa banyak ODHA yang telah melakukan tes *Viral Load* peneliti membutuhkan dokumen atau laporan dari Yayasan mengenai jumlah ODHA yang telah melakukan tes *Viral Load*.

### **1.6.5 Unit Analisis Data**

Unit analisis berkaitan tentang apa atau siapa yang dipelajari. Unit analisis dalam suatu penelitian berguna untuk memfokuskan kajian dalam penelitian yang dilakukan. Unit analisis dapat berupa individu, masyarakat, lembaga (keluarga, perusahaan, organisasi, negara dan komunitas) ataupun juga peristiwa.

Dalam penelitian ini unit analisisnya adalah lembaga yaitu Yayasan Taratak Jiwa Hati. Karena peneliti melihat menggunakan sudut pandang Fungsionalisme Struktural maka lembaga dianggap sebagai suatu kesatuan sistem sehingga menetapkan Yayasan Taratak Jiwa Hati sebagai suatu unit analisis.

### **1.6.6 Analisis Data**

Menurut Bogdan (Dalam Sugiyono, 2013:244) Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkan ke dalam unit analisis, melakukan sintesis, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari, lalu membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain.

Miles dan Huberman (Dalam Sugiyono, 2009:246) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Dalam penelitian kualitatif pengumpulan data dan analisis data dilakukan secara bersamaan selama proses penelitian berlangsung (Afrizal, 2014:176).

Dalam penelitian ini, peneliti menganalisis data sesuai dengan Model Miles dan Huberman (Afrizal, 2014: 174-180), yaitu:

- 1) Kodifikasi Data, pada tahap ini peneliti memberikan nama atau penamaan terhadap hasil penelitian. Caranya yaitu, peneliti menulis ulang catatan lapangan yang telah dibuat selama melakukan wawancara baik itu tertulis maupun dalam bentuk rekaman. Kemudian catatan itu dibaca dilanjutkan dengan memilah informasi yang penting dan yang tidak penting dengan memberikan tanda-tanda pada data tersebut. Setelah itu, peneliti memberikan perhatian khusus pada penggalan informasi yang penting dan sesuai yang diinginkan. Kemudian, peneliti menginterpretasikan apa yang dimaksud penggalan tersebut hingga menemukan informasi yang tepat.
- 2) Penyajian Data, tahap lanjutan analisis di mana peneliti menyajikan temuan penelitian berupa kategori atau pengelompokan. Miles dan Huberman menganjurkan untuk menggunakan matrik dan diagram untuk menyajikan hasil penelitian.
- 3) Penarikan kesimpulan atau verifikasi, adalah suatu tahap dimana peneliti menarik kesimpulan dari temuan data. Ini adalah interpretasi peneliti atas temuan dari sebuah wawancara atau dokumen. Setelah kesimpulan diambil, peneliti kemudian mengecek lagi kesahihan interpretasi dengan cara mengecek ulang proses coding dan penyajian data untuk memastikan tidak ada kesalahan yang dilakukan.

### **1.6.7 Definisi Operasional Konsep**

1. Proses adalah tahap-tahap yang dilakukan Yayasan Taratak Jiwa Hati dalam pendampingan ODHA
2. Pendampingan adalah upaya yang dilakukan Yayasan Taratak Jiwa Hati untuk meningkatkan kepatuhan minum obat untuk mengurangi angka kematian ODHA

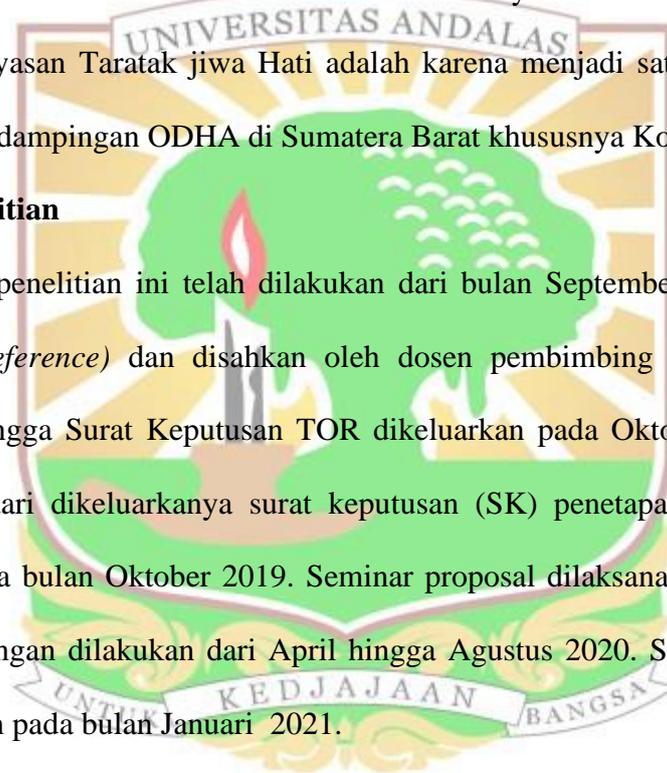
3. ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS) adalah istilah yang digunakan untuk orang yang terinfeksi HIV dan AIDS
4. Yayasan Taratak Jiwa Hati adalah LSM yang bergerak dalam pelayanan berupa pemberian dampingan kepada ODHA di Sumatera Barat

#### **1.6.8 Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian dapat diartikan sebagai *setting* atau konteks sebuah penelitian. Tempat tersebut tidak selalu mengacu pada wilayah, tetapi juga kepada organisasi dan sejenisnya (Afrizal, 2014:128). Penelitian ini akan dilakukan di Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang alasan memilih Yayasan Taratak jiwa Hati adalah karena menjadi satu-satunya LSM yang bergerak dalam pendampingan ODHA di Sumatera Barat khususnya Kota Padang.

#### **1.6.9 Jadwal Penelitian**

Penyusunan penelitian ini telah dilakukan dari bulan September 2019 dalam bentuk TOR (*Term Of Reference*) dan disahkan oleh dosen pembimbing akademik pada awal Oktober 2019 sehingga Surat Keputusan TOR dikeluarkan pada Oktober 2019. Penulisan proposal dimulai dari dikeluarkannya surat keputusan (SK) penetapan pembimbing I dan pembimbing II pada bulan Oktober 2019. Seminar proposal dilaksanakan pada Maret 2020 dan penelitian lapangan dilakukan dari April hingga Agustus 2020. Sedangkan untuk ujian skripsi dilaksanakan pada bulan Januari 2021.



**Tabel 1.5  
Jadwal Penelitian**

Nama Kegiatan	2020										2021
	Mar	Apr	Mei	juni	Juli	Agus	Sep	okt	nov	Des	Jan-juli
Seminar Proposal											
Penelitian Lapangan											
Analisis Data											
Penulisan dan Bimbingan Skripsi											
Sidang Skripsi											

