

Abstract

"The Dynamics of the Social Interaction of Housewives with HIV/ AIDS Against the Environment in Pontianak City",

Thesis, Master of Social Sciences Program, Univ. Tanjungpura

Mather,.Noh M. Mochtaria, Lystaningrum Indah, Mukhlis, Fatmawati, Triyani Irma.

The Pontianak City AIDS Commission (KPA) noted that during the January-June 2016 period there were 17 housewives out of 77 cases of HIV positive infection in Pontianak City, West Kalimantan Province, this shows that currently HIV transmission enters the household and leads to problems social. Relatively few studies on HIV from social studies.

People with HIV are still seen as a disease that has a bad social impact on society because there are still many people who think that the disease is a disease that is considered negative, and the sufferer is seen as a terrible creature compared to other diseases. Life Story qualitative research is the choice, the purpose of research on the social interaction of housewives after suffering from HIV in their social environment in the City of Pontianak is: To describe and analyze the dynamics of social interaction, rejection or community acceptance of housewives after suffering from HIV in their social environment, and what factors cause housewives after suffering from HIV experience changes in social interaction. The author uses the theory of Gillin and Gillin which suggests social interaction is a reciprocal relationship between individual humans and other individuals, between individuals and groups and between groups. Descriptive analysis results about the dynamics of housewife social interaction HIV sufferers experience changes in patterns of interaction that change depending on the interpretation of PLWHA on the stimulation of the surrounding environment, namely (a) Housewife HIV sufferers will be open about their illness if their social environment can receive HIV sufferers the same as people with disease others, (b) Housewives Open HIV sufferers about the disease in the nuclear family only but the social environment and work environment are still closed because of fear of getting discriminatory behavior and termination of employment, (c) Housewife HIV sufferers are only open to their life partners even though the social environment remains closed. There will be no social isolation if knowledge or understanding of HIV is properly accepted and understood by the environment and the community around PLWHA, as other communicable diseases can be accepted by the community as a common disease. It is hoped that the Government can be more proactive and creative again in efforts to disseminate a broader HIV program that is not only to special groups but extended to places of worship, schools and general public groups.

Keywords: interaction, HIV/AIDS, housewife

Abstrak

. "Dinamika Interaksi Sosial Ibu Rumah Tangga Pengidap HIV/AIDS Terhadap Lingkungan di Kota Pontianak",

Tesis Program Studi Magister Program Studi Magister Ilmu Sosial, Universitas Tanjungpura.

Mather, Noh M. Mochtar, Lystaningrum Indah, Mukhlis, Fatmawati, Triyani Irma

Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Pontianak mencatat selama periode Januari-Juni 2016 terdapat 17 ibu rumah tangga dari 77 kasus infeksi HIV positif di Kota Pontianak, Provinsi Kalimantan Barat, hal ini menunjukkan bahwa saat ini penularan HIV masuk ke dalam rumah tangga dan menimbulkan masalah sosial. Relatif sedikit penelitian tentang HIV dari sudut pandang ilmu sosial.

Pengidap HIV masih dipandang sebagai penyakit yang memberikan dampak sosial yang buruk bagi masyarakat karena masih banyak masyarakat yang beranggapan bahwa penyakit tersebut merupakan penyakit yang dianggap negatif, dan penderitanya dipandang sebagai makhluk yang mengerikan dibandingkan dengan penyakit lainnya. Penelitian kualitatif Life Story menjadi pilihan, tujuan dari penelitian mengenai interaksi sosial ibu rumah tangga pasca menderita HIV di lingkungan sosialnya di Kota Pontianak ini adalah: Untuk mendeskripsikan dan menganalisis dinamika interaksi sosial, penolakan atau penerimaan masyarakat terhadap ibu rumah tangga pasca menderita HIV di lingkungan sosialnya, dan faktor-faktor apa saja yang menyebabkan ibu rumah tangga pasca menderita HIV mengalami perubahan interaksi sosial. Penulis menggunakan teori Gillin dan Gillin yang mengemukakan interaksi sosial adalah hubungan timbal balik antara individu manusia dengan individu lainnya, antara individu dengan kelompok dan antar kelompok. Hasil analisis deskriptif tentang dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita HIV mengalami perubahan pola interaksi yang berubah-ubah tergantung dari pemaknaan ODHA terhadap stimulasi lingkungan sekitarnya, yaitu (a) Ibu rumah tangga penderita HIV akan terbuka mengenai penyakitnya apabila lingkungan sosialnya dapat menerima penderita HIV sama dengan penderita penyakit yang lain, (b) Ibu Rumah Tangga terbuka penderita HIV mengenai penyakitnya pada keluarga inti saja namun lingkungan sosial dan lingkungan kerja masih tertutup karena takut mendapatkan perilaku diskriminatif dan pemutusan hubungan kerja, (c) Ibu Rumah Tangga penderita HIV hanya terbuka pada pasangan hidupnya saja meskipun lingkungan sosialnya masih tertutup. Tidak akan terjadi isolasi sosial jika pengetahuan atau pemahaman tentang HIV diterima dan dipahami dengan baik oleh lingkungan dan masyarakat di sekitar ODHA, sebagaimana penyakit menular lainnya yang dapat diterima oleh masyarakat sebagai penyakit yang umum. Diharapkan Pemerintah dapat lebih proaktif dan kreatif lagi dalam upaya sosialisasi program HIV yang lebih luas lagi tidak hanya pada kelompok khusus saja tetapi diperluas hingga ke tempat ibadah, sekolah dan kelompok masyarakat umum.

Kata kunci: interaksi, HIV/AIDS, ibu rumah tangga

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya serta salawat dan salam untuk Rasullullah Muhammad Sallallahu Alaihi Wasallam sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Dinamika Interaksi Sosial Ibu Rumah Tangga Penderita HIV/AIDS Terhadap Lingkungannya di Kota Pontianak.” Saya ucapkan terima kasih kepada semua yang telah membantu sehingga penelitian ini dapat diselesaikan pada waktunya.

Penyusun menyadari bahwa dalam penulisan penelitian ini masih jauh dari sempurna. Pepatah mengatakan Tak ada gading yang tak retak, Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca demi kesempurnaan penelitian ini.

Pontianak, Juni 2018

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Penelitian

Menurut hasil statistik terakhir WHO 2016, jumlah 36,7 Juta Penderita, 1,8 juta penderita terinfeksi baru, 1 juta meninggal. Berdasarkan data Direktur Jendral P2P Kementerian Kesehatan 2016, dari 34 provinsi Kalimantan Barat menduduki tingkat urutan ke 9 berjumlah 5524 penderita, ibu rumah tangga adalah kelompok yang paling berisiko terhadap infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Sejak pertama kali virus ditemukan di Indonesia pada tahun 1987 tercatat ada sekitar 11.725 ibu rumah tangga yang telah terinfeksi HIV. Jumlah tersebut lebih banyak dari kelompok berisiko lain seperti pemakai narkoba dan pekerja seks.

Penyebabnya dikatakan oleh Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit Menular, kemungkinan karena sang suami memiliki perilaku berisiko seperti menjadi pelanggan seks komersial. Tingginya penularan HIV pada Ibu Rumah Tangga (IRT) terjadi karena Empat hal. Pertama, kurangnya pengetahuan tentang HIV. Kedua, infeksi menular seksual pada perempuan sering tanpa gejala. Ketiga, adanya mitos laki-laki yang suka berganti pasangan dianggap jagoan. Keempat, masih adanya ketidakadilan gender.

Menerima tindakan diskriminatif dan cenderung menjauh dari pergaulan dalam masyarakat, dan masyarakat juga takut akan tertular penyakit yang mungkin saja sedang dialami oleh tubuh penderita

HIV/AIDS. Menurunnya kepercayaan dirinya untuk berada dalam satu tempat yang sama dengan orang lain yang mana tidak memiliki penyakit yang sama dengan apa yang di alaminya. menyebabkan kepribadiannya menjadi lebih tertutup terhadap orang dan lingkungan sekitar ia beraktivitas, mereka menjadi sulit untuk didekati oleh orang-orang yang mencoba mengerti dan peduli terhadap mereka. tentunya akan sangat mengguncang mentalnya. Akibat kurang siapnya ia akan kenyataan ini akan menyebabkan pasien HIV dan AIDS merasa berbeda dengan orang lain yang ada disekitarnya sehingga ia akan berusaha untuk mengucilkan dirinya dalam sebuah ruang gelap atau dalam sebuah kamar kosong yang hanya ada ia di dalamnya. psikologis dan mental merupakan faktor penyebab utama mengapa tubuh yang telah terinfeksi dapat menjadi lebih parah karena biasanya ODHA hidup normal akan sulit untuk dilakukan akibat dampak HIV AIDS.

Perempuan selalu terpinggirkan dan tidak punya posisi tawar dalam negosiasi seksual dengan suaminya. Bahkan pekerja seks komersial dan pelanggannya, anatomi vagina dengan selaput lendir tipis memang rentan menyisakan luka kecil saat berhubungan seks yang dapat berlaku sebagai pintu gerbang HIV. Ditingkat masyarakat fakta bahwa ibu rumah tangga termasuk kelompok yang berisiko belum diketahui secara luas. Banyak kegiatan fokusnya ke area yang dianggap berisiko tinggi saja, seperti ke pelabuhan atau terminal-terminal tapi sementara secara data ibu rumah tangga kasusnya itu semakin meningkat.

Table. Jumlah Penderita HIV/AIDS di Kota Pontianak

No	Kecamatan	Jumlah			Total
		2015	2016	2017	
1	Pontianak Kota	16	15	14	45
2	Pontianak Barat	16	19	21	56
3	Pontianak Tenggara	15	11	8	34
4	Pontianak Selatan	15	15	13	43
5	Pontianak Timur	5	15	9	29
6	Pontianak Utara	16	11	16	43
Jumlah		83	86	81	250

Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Pontianak mencatat selama periode Januari-Juni 2016 ditemukan 17 ibu rumah tangga dari 77 kasus terjangkit HIV positif di Kota Pontianak, Provinsi Kalimantan Barat. Menurut Sekretaris umum KPA Kota Pontianak, hal ini menunjukkan bahwa saat ini penularan HIV masuk ke ranah rumah tangga. Penderita HIV/AIDS masih dipandang sebagai penyakit yang memberi dampak sosial buruk terhadap masyarakat karena masih banyak orang yang menganggap bahwa penyakit tersebut adalah penyakit yang dinilai negatif, dan penderitanya dipandang sebagai makhluk yang mengerikan jika dibanding dengan penyakit lainnya. Rata-rata mereka yang dinyatakan positif mengidap penyakit mematikan ini, akan minder dalam kehidupan sosial di masyarakatnya.

Ada beberapa kelompok sosial/ LSM yang bergerak dan berjuang agar dapat diterima dan merubah stigma negatif masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS dan tidak menjadi kelompok yang terpinggirkan. Berdasarkan permasalahan diatas, maka dipandang perlu untuk mengetahui dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS terhadap lingkungannya di Kota Pontianak. Mengingat belum

pernah dilakukan penelitian ini sebelumnya, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS terhadap lingkungannya di Kota Pontianak.

1.2. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah penelitian yang dapat penulis fokuskan pada hal-hal yang berkaitan dengan kehidupan sosial ibu rumah tangga yang meliputi:

- 1.2.1. Banyak ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS yang merasa terisolir dari lingkungan sosialnya
- 1.2.2. Pengisolasian masyarakat terhadap ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS sebagai bentuk solusi sosial yang dapat menambah penderitaan pada penderita HIV/AIDS.

1.3. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dirumuskan di atas, maka permasalahan dari penelitian ini adalah Bagaimana Dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS dengan lingkungan sosialnya di Kota Pontianak ?

1.4. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian mengenai interaksi sosial ibu rumah tangga setelah menderita HIV/AIDS terhadap lingkungan sosialnya di Kota Pontianak adalah:

- 1.4.1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisa dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga setelah menderita HIV/AIDS terhadap lingkungan sosialnya
- 1.4.2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisa penolakan atau penerimaan masyarakat terhadap ibu rumah tangga setelah menderita HIV/AIDS terhadap lingkungan sosialnya
- 1.4.3. Untuk mendeskripsikan dan menganalisa faktor apa saja yang menyebabkan ibu rumah tangga setelah menderita HIV/AIDS mengalami perubahan dalam berinteraksi sosial

1.5. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1.5.1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan hasil dari penelitian ini dapat menjadi salah satu kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan dan memperkaya konsep, tentang Dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS terhadap lingkungannya di Kota Pontianak.

1.5.2. Manfaat Praktis

Adapun aspek praktis yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran khususnya tim pelaksana lapangan penanganan HIV/AIDS dalam mengambil kebijakan dan memberikan layanan untuk program Rehabilitasi dan promosi pada ODHA terutama penderita ibu

rumah tangga. Serta memberikan informasi bagi masyarakat mengenai ODHA pada Ibu rumah tangga, sehingga masyarakat menjadi lebih tahu tentang ODHA dan dapat melakukan Interaksi sosial tanpa takut dan ragu.

1.5.3. Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai sarana penerapan ilmu yang telah didapatkan dibangku perkuliahan serta mendapatkan ilmu baru dari pengalaman-pengalaman di lapangan dalam rangka mengembangkan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan penelitian ini.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori dan Konsep

2.1.1. Konsep Dinamika Sosial

Dinamika adalah bagian ilmu fisika yang berhubungan dengan benda yang bergerak dan tenaga yang menggerakkan; gerak (dari dalam); tenaga yang menggerakkan; semangat (KKBI:2017). Dinamika adalah suatu bentuk perubahan, baik itu sifatnya besar-besaran atau kecil-kecilan, maupun secara cepat atau lambat yang sifatnya nyata dan berhubungan dengan suatu kondisi keadaan (Kartono:2007). Dinamika sosial merupakan gerak masyarakat secara terus-menerus yang menimbulkan perubahan dalam tata hidup masyarakat yang bersangkutan (KKBI:2017).

2.1.2. Teori Interaksi Sosial

Menurut Gillin and Gillin dalam Wulansari Dewi (2009: 34) Interaksi sosial adalah hubungan timbal balik antara individu manusia dengan individu lainnya, antara individu dengan kelompok dan antara kelompok.

Menurut Wulansari Dewi (2009: 38), ciri-ciri interaksi sosial adalah:

2.1.2.1. Jumlah pelaku lebih dari satu orang

2.1.2.2. Komunikasi antar pelaku menggunakan simbol dan lambang

2.1.2.3. Ada dimensi waktu

2.1.2.4. Ada tujuan yang hendak dicapai.

2.1.3. Bentuk-Bentuk Interaksi Sosial

Menurut Gillin and Gillin dalam Wulansari Dewi (2009), proses sosial yang timbul sebagai akibat adanya interaksi sosial ada 2, yaitu:

2.1.3.1. Assosiatif

Adalah proses sosial yang menuju terbentuknya persatuan/integrasi sosial dan mendorong terbentuknya pranata, lembaga atau organisasi sosial. Yang termasuk proses sosial assosiatif, antara lain:

2.1.3.1.1. Kerja sama

Adalah usaha bersama antara individu dengan individu lainnya, antar individu dengan kelompok atau kelompok dengan kelompok untuk mencapai tujuan bersama. Kerja sama timbul saat seseorang menyadari bahwa mereka punya kepentingan bersama. Kerja sama menuntut adanya pembagian kerja dan keadilan, sehingga rencana kerja sama dapat tercapai dengan baik untuk mencapai tujuan bersama. Kerja sama akan bertambah kuat bila ada bahaya dari luar yang mengancam kelompoknya.

Ditinjau dari segi pelaksanaannya, ada berbagai bentuk kerja sama:

2.1.3.1.1.1. Kerukunan

2.1.3.1.1.2. Bergaining Kerja sama yang pelaksanaannya dengan perjanjian tentang pertukaran barang-barang atau jasa antara dua organisasi atau lebih.

2.1.3.1.1.3. Kooptasi adalah suatu proses penerimaan unsur-unsur baru dalam kepemimpinan atau pelaksanaan politik dalam suatu organisasi sebagai salah satu cara menjaga stabilitas dan menghindari terjadinya kegoncangan.

2.1.3.1.1.4. Koalisi yaitu kombinasi antara 2 organisasi/lebih yang punya tujuan sama.

2.1.3.1.1.5. Joint venture adalah Kerja sama dalam perusahaan proyek-proyek tertentu.

2.1.3.1.2. Akomodasi

Akomodasi mempunyai tujuan sebagaimana berikut:

2.1.3.1.2.1. Mengurangi pertentangan antarindividu, individu-kelompok atau antarkelompok sebagai akibat adanya perbedaan pendapat.

2.1.3.1.2.2. Mencegah meledaknya pertentangan untuk sementara waktu.

2.1.3.1.2.3. Memungkinkan terjadinya kerja sama antara kelompok-kelompok sosial yg hidupnya terpisah sbg akibat faktor-faktor psikologis dan kebudayaan.

- 2.1.3.1.2.4. Mengusahakan peleburan antara kelompok-kelompok sosial yang terpisah.
- 2.1.3.1.3. Akomodasi mempunyai beberapa bentuk, antara lain:
- 2.1.3.1.3.1. Koersi (coercion): bentuk akomodasi yang prosesnya melalui paksaan fisik maupun psikologis. Dalam koersi, ada pihak yang lemah dan ada pihak yang kuat.
- 2.1.3.1.3.2. Kompromi (compromise): bentuk akomodasi yang terjadi karena pihak yang bersengketa saling mengurangi tuntutan agar tercapai kesepakatan.
- 2.1.3.1.3.3. Arbitrasi (arbitration): akomodasi dengan menggunakan jasa pihak ketiga karena pihak yang bersengketa tidak mampu menyelesaikan persengketaan. Pihak ketiga ini ditunjuk oleh yang bersengketa atau pihak yang berwenang.
- 2.1.3.1.3.4. Mediasi (mediation): hampir mirip dengan arbitrasi, hanya saja pihak ketiganya netral dan tidak bisa memutuskan. Ia hanya bisa mengusahakan jalan damai tapi tidak mempunyai wewenang untuk menyelesaikan masalah.
- 2.1.3.1.3.5. Konsiliasi (consiliation): usaha untuk mempertemukan keinginan-keinginan dari pihak yang berselisih untuk mencapai mufakat.

2.1.3.1.3.6. Adjudikasi: cara penyelesaian perkara lewat pengadilan.

2.1.3.1.3.7. Gencatan senjata: penangguhan permusuhan pada waktu tertentu karena menunggu jalan keluar yang baik.

2.1.3.1.3.8. Toleransi: bentuk akomodasi tanpa persetujuan formal. Kadang kala toleransi timbul secara tidak sadar dan spontan akibat reaksi alamiah individu.

2.1.3.2. Proses Sosial Disosiatif

Interaksi sosial disosiatif merupakan bentuk interaksi sosial yang menghasilkan sebuah perpecahan. Ada beberapa bentuk interaksi sosial disosiatif, antara lain sebagai berikut:

2.1.3.2.1. Persaingan (*Competition*)

Persaingan adalah proses sosial yang ditandai dengan adanya saling berlomba atau bersaing antara individu atau antar kelompok tanpa menggunakan ancaman atau kekerasan untuk mengejar suatu nilai tertentu supaya lebih maju, lebih baik, atau lebih kuat.

2.1.3.2.2. Kontravensi (*Contravention*)

Kontravensi adalah suatu bentuk proses sosial yang berada diantara persaingan dan konflik. Bentuk kontravensi ada 5 yaitu:

- 2.1.3.2.2.1. Kontravensi yang bersifat umum; penolakan, keengganan, gangguan terhadap pihak lain, pengacauan rencana pihak lain, dan perbuatan kekerasan.
- 2.1.3.2.2.2. Kontravensi yang bersifat sederhana; memaki-maki, menyangkal pihak lain, mencerca, memfitnah, menyebarkan surat/selebaran.
- 2.1.3.2.2.3. Kontravensi yang bersifat intensif; penghasutan, penyebaran desasdesus, dan mengecewakan pihak lain.
- 2.1.3.2.2.4. Kontravensi yang bersifat rahasia; mengumumkan rahasia pihak lain dan berkhianat.
- 2.1.3.2.2.5. Kontravensi yang bersifat taktis; intimidasi, provokasi, mengejutkan pihak lawan, mengganggu dan membingungkan pihak lawan.
- 2.1.3.2.3. Konflik: suatu proses sosial dimana orang perorang atau kelompok manusia berusaha untuk memenuhi tujuan dengan jalan menantang pihak lawan yang disertai dengan ancaman atau kekerasan. Faktor-faktor penyebab terjadinya konflik adalah:
 - 2.1.3.2.3.1. Adanya perbedaan individu yang meliputi perbedaan pendirian dan perasaan
 - 2.1.3.2.3.2. Berprasangka buruk kepada pihak lain

2.1.3.2.3.3. Individu kurang bisa mengendalikan emosi

2.1.3.2.3.4. Adanya perbedaan kepentingan antar individu dan kelompok

2.1.3.2.3.5. Persaingan yang sangat tajam sehingga kontrol sosial kurang berfungsi

2.1.3.3. Syarat terjadinya Interaksi Sosial

Menurut Soerjono Soekanto (1988: 13), interaksi sosial terjadi karena terpenuhinya 2 syarat, yaitu:

2.1.3.3.1. Kontak sosial

Dalam Sosiologi, kontak sosial dapat terjadi dengan atau tanpa hubungan fisik, kontak sosial memiliki sifat-sifat:

2.1.3.3.1.1. Bersifat positif jika menghasilkan kerja sama dan bersifat negatif jika menghasilkan pertikaian.

2.1.3.3.1.2. Bersifat primer jika pelaku interaksi bertemu muka langsung. Bersifat sekunder jika melalui suatu perantara.

2.1.3.3.2. Komunikasi

Komunikasi memuat komponen-komponen sebagai berikut:

2.1.3.3.2.1. Komunikator : penyampai pesan

2.1.3.3.2.2. Komunikan : penerima pesan

2.1.3.3.2.3. Pesan : segala sesuatu yang disampaikan komunikator

2.1.3.3.2.4. Media : sarana untuk menyampaikan pesan

2.1.3.3.2.5. Efek : perubahan yang terjadi pada komunikan setelah mendapat pesan dari komunikator

Adanya komunikasi menimbulkan kontak sosial. Akan tetapi, adanya kontak sosial belum tentu menimbulkan komunikasi. Interaksi sosial juga dapat terjadi melalui komunikasi nonverbal. Setiap pihak menyadari keberadaan pihak lain yang dapat menyebabkan perubahan perasaan.

2.1.3.4. Jenis-jenis Interaksi Sosial

Adapun jenis-jenis interaksi sosial yaitu Interaksi antar individu, Interaksi individu-kelompok, Interaksi antar kelompok (Abdulsyani, 2002). Jika interaksi sosial terjadi berulang dengan pola yang sama dan bertahan dalam waktu tertentu, maka akan mewujudkan hubungan sosial. Hubungan sosial tersebut dapat menimbulkan terjadinya bentuk kerja sama atau dapat juga berbentuk pertentangan/pertikaian.

2.1.3.5. Faktor-faktor Pendorong Interaksi Sosial

Menurut Wulansari Dewi (2009: 37) Interaksi sosial dilandasi oleh beberapa faktor, baik dari dalam diri manusia itu sendiri maupun dari luar.

2.1.3.5.1. Faktor dari dalam manusia meliputi:

2.1.3.5.1.1. Dorongan kodrati sebagai makhluk sosial

2.1.3.5.1.2. Dorongan untuk memenuhi kebutuhan

2.1.3.5.1.3 Dorongan untuk mengembangkan diri

2.1.3.5.2. Faktor dari luar manusia

2.1.3.5.2.1. Imitasi : proses sosial atau tindakan seseorang untuk meniru orang lain melalui sikap, penampilan, gaya hidupnya, bahkan apa saja yang dimiliki orang lain. Imitasi bisa membawa dampak positif dan negatif, tergantung dari yang ditiru.

2.1.3.5.2.2. Identifikasi : upaya yang dilakukan oleh seseorang untuk menjadi sama dengan orang lain yang ditirunya.

2.1.3.5.2.3. Sugesti : rangsangan, pengaruh atau stimulus yang diberikan seorang individu kepada individu lainnya sedemikian rupa, sehingga orang yang diberikan sugesti tersebut menuruti apa yang disugestikannya tanpa berfikir lagi secara kritis dan rasional (bersifat negatif).

2.1.3.5.2.4. Motivasi : rangsangan, pengaruh atau stimulus yang diberikan seorang individu kepada individu lainnya sedemikian rupa, sehingga orang yang diberikan motivasi tersebut menuruti apa yang dimotivasikan secara kritis, rasional, dan penuh rasa tanggung jawab (bersifat positif).

2.1.3.5.2.5. Simpati : suatu proses kejiwaan, di mana seorang individu merasa tertarik kepada seseorang atau sekelompok orang, karena sikapnya, penampilannya, wibawanya, atau perbuatannya yang sedemikian rupa.

2.1.3.5.2.6. Empati: mirip dengan simpati, tapi tidak semata-mata perasaan kejiwaan saja tapi dibarengi perasaan yang sangat dalam.

2.1.3.6. Status dan Peranan Individu dalam Interaksi Sosial

Menurut Wulansari Dewi (2009) Status seseorang menentukan perannya, peran seseorang menentukan perilakunya.

2.1.3.6.1. Status (kedudukan): posisi seseorang dalam kelompok masyarakat secara umum sehubungan dengan keberadaan orang lain di sekitarnya. Seseorang dapat mempunyai beberapa status karena ikut serta dalam berbagai pola kehidupan.

2.1.3.6.2. Peran sosial: pelaksanaan hak dan kewajiban seseorang sesuai dengan status sosialnya. Jika seseorang telah melaksanakan kewajiban dan meminta haknya sesuai dengan status yang disandangnya, maka ia telah melaksanakan perannya. Status dan peran tidak dapat dipisahkan karena tidak ada peran tanpa status dan sebaliknya.

2.1.4. Konsep *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*

Acquired Immunodeficiency Syndrome atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah sekumpulan gejala dan infeksi (atau: sindrom) yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi virus HIV (Noer, dkk, 1996). Virusnya sendiri bernama *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor. Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

HIV dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

Perawatan antiretrovirus sesungguhnya dapat mengurangi tingkat kematian dan parahnya infeksi HIV, namun akses terhadap pengobatan tersebut tidak tersedia di semua negara. Hukuman sosial bagi

penderita HIV/AIDS, umumnya lebih berat bila dibandingkan dengan penderita penyakit mematikan lainnya. Kadang-kadang hukuman sosial tersebut juga turut tertimpakan kepada petugas kesehatan atau sukarelawan, yang terlibat dalam merawat orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA).

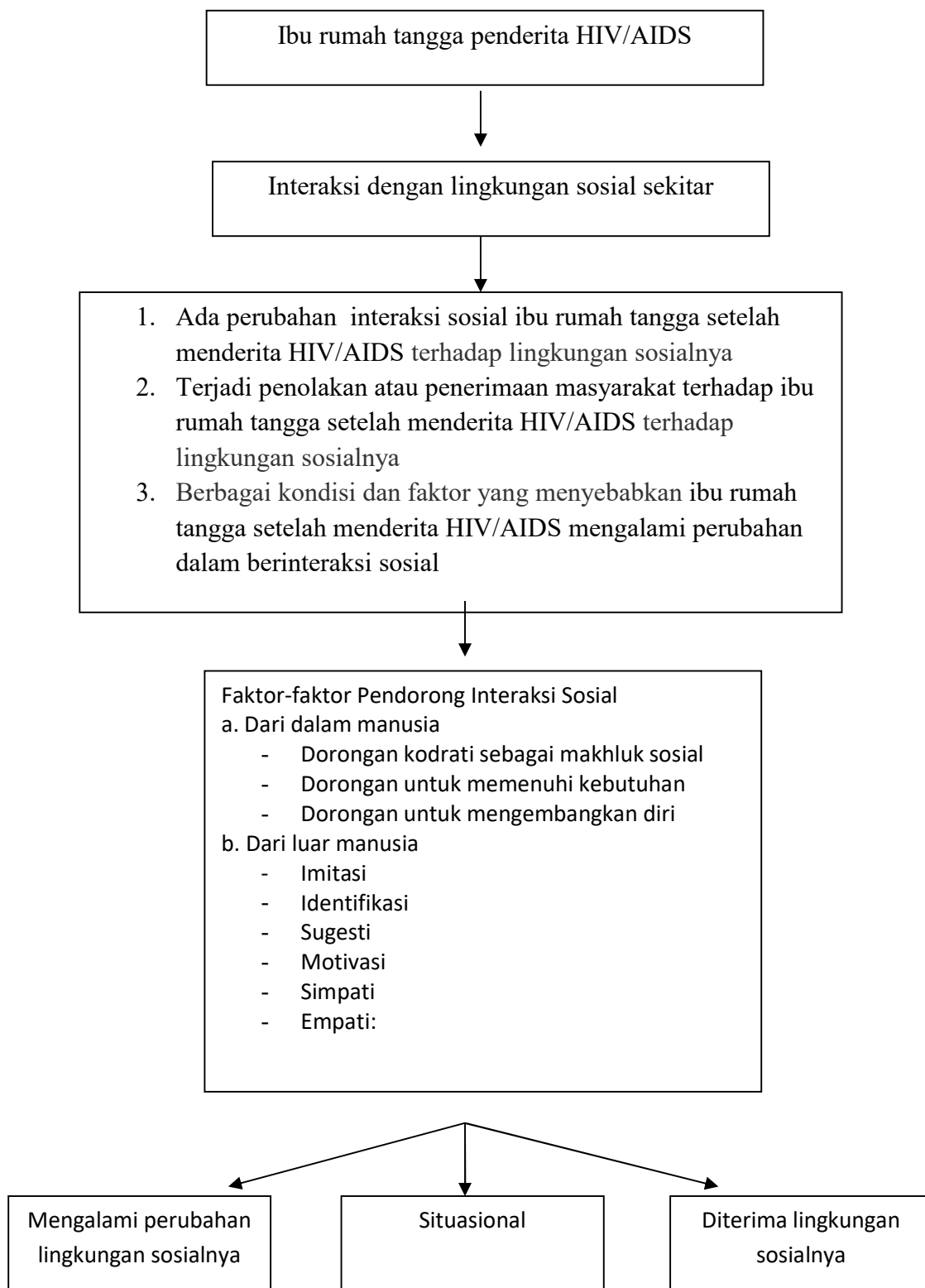
2.1.4.1. Gejala-gejala utama AIDS.

Gambaran klinis infeksi HIV dapat disebabkan HIV-nya sendiri, perjalanan penyakit HIV di bagi dalam tahap-tahap berdasarkan keadaan klinis dan jumlah CD4 (Arif Mansjoer, dkk, 2001). Berbagai gejala AIDS umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik. Kebanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi dan parasit, yang biasanya dikendalikan oleh unsur-unsur sistem kekebalan tubuh yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umum didapati pada penderita AIDS. HIV memengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar menderita kanker.

Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik; seperti demam, berkeringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan berat badan. Infeksi oportunistik tertentu yang diderita pasien AIDS, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien.

2.2. Alur Pikir

Kecenderungan meningkatnya penularan infeksi HIV/AIDS pada ibu rumah tangga merupakan hal yang perlu disikapi serius oleh pemerintah. Peran dan fungsi sebagai ibu rumah tangga dalam kehidupan interaksi dengan lingkungan sosialnya dapat mengalami perubahan, masalah penolakan, dan gangguan dari lingkungan sosialnya dalam menerima keberadaan ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV/AIDS. Maka alur pikir dimulai dari ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV/AIDS, selanjutnya menggunakan konsep faktor-faktor pendorong interaksi sosial, menurut (Dewi wulandari). Maka gambaran alur pikir sebagai berikut:



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Agar suatu penelitian dapat mencapai tujuan sebagaimana yang diharapkan maka perlu ditetapkan dahulu jenis atau desain penelitian. Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif *Life History/life Story* yaitu teknik biografi yang digunakan untuk menguji bagaimana pengalaman memberikan makna (wallace, 1994). Dengan pendekatan kualitatif *life history* sebagai alasan pendekatan adalah bertujuan menggambarkan secara khusus mengenai dinamika interkasi sosial ibu rumah tangga yang menderita HIV/AIDS di Kota Pontianak dengan apa adanya sesuai dengan data di lapangan.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian berada di Kota Pontianak, Provinsi Kalimantan Barat. Adapun alasan kenapa peneliti memilih tempat tersebut karena total 17 penderita HIV/AIDS pada ibu rumah tangga berada di kota Pontianak.

3.2.2. Waktu Penelitian

Rencana penelitian diharapkan dapat berjalan sesuai tabel berikut:

No	Kegiatan	Februari	Maret 2018				April 2018				Mei 2018			
		Minggu	Minggu				Minggu				Minggu			
		IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Seminar Proposal													
2	Perbaikan Proposal													
3	Pengumpulan Data Penelitian Lapangan													
4	Pengelompokan dan Analisa Data													
5	Sidang Tesis													

3.3. Langkah-langkah Penelitian

Dalam proses memperoleh data untuk kelangsungan penelitian ini, diperlukan langkah-langkah sebagai berikut:

- 3.3.1. Identifikasi kasus, yaitu langkah awal untuk mengetahui sasaran, topik dan rumusan masalah yang akan ditekuni.
- 3.3.2. Seleksi dan sampling kasus, sebagai langkah kedua yang harus disesuaikan dengan jenis studi kasus setelah menentukan intresnya kita juga menentukan kasus-kasus mana yang akan diikutsertakan dalam penelitian.
- 3.3.3. *Fieldwork*, mencari data dengan melakukan pengamatan, pencatatan, mendengarkan, merasakan, mengumpulkan dan menangkap semua fenomena, data dan informasi tentang kasus yang diselidiki.
- 3.3.4. Interpretasi dan pemaparan hasil studi dalam melaporkan hasil studi kasus yang telah dilakukan peneliti, menuturkan cerita tentang kasus berdasarkan bahan, data dan informasi yang telah diperoleh.

3.4. Subjek dan Objek Penelitian

3.4.1. Subjek Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memprioritaskan klien/subjek ibu rumah tangga yang positif menderita HIV/AIDS di Kota Pontianak. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara Purposif sampling, yaitu kelompok/individu yang dipilih secara cermat, dan kelompok/individu yang terbaik, akan dipilih menjadi responden penelitian. Jumlah diambil secara sengaja, maksudnya peneliti menentukan sendiri sampel yang akan diambil tidak dilakukan secara acak karena ada pertimbangan tertentu.

Adapun kriteria sampel adalah;

3.4.1.1. Subjek ibu rumah tangga yang positif menderita HIV/AIDS di Kota Pontianak.

3.4.1.2. Keluarga Inti

3.4.1.3. Masyarakat terdekat dilingkungan subjek

3.4.2. Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah tentang dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS di Kota Pontianak.

3.5. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.5.1. Observasi : Ingin mengetahui apa yang terjadi di lapangan dengan pengamatan secara langsung terhadap fenomena-fenomena dari objek yang diamati dengan maksud memperoleh informasi yang sebenarnya cara ibu

rumah tangga yang terinfeksi *HIV/AIDS* dalam berinteraksi dengan lingkungan sosialnya.

3.5.2. Wawancara/Interview : Menurut Moleong (2013) wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (interview) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Melakukan tanya jawab secara langsung kepada informan yang dianggap mengetahui permasalahan yang sesuai dengan objek penelitian. Dalam hal ini penulis menggunakan wawancara terbuka, artinya informan yang akan di wawancarai mereka yang mampu memberikan informasi-informasi sesuai dengan permasalahan yang di teliti sehingga peneliti mendapatkan data sesuai yang diinginkan.

3.5.3. Dokumentasi : Menurut Sugiyono (2009) dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Pontianak berkaitan dengan penelitian, internet dan perpustakaan. Dokumen ini digunakan sebagai catatan tambahan dan penunjang dalam memberikan latar belakang yang lebih luas mengenai pokok penelitian.

3.6. Alat Pengumpulan Data

Mengingat pentingnya kelengkapan data dalam penyusunan penelitian maka untuk melakukan pengumpulan data terlebih dahulu dilakukan dengan cara:

3.6.1. Alat bantu yang dipergunakan di dalam observasi yaitu daftar catatan dan catatan berkala, dimana peneliti mengobservasi aktivitas ibu rumahtangga yang menderita HIV/AIDS saat berinteraksi dengan keluarga dekat (inti) dan tetangga sekitar rumahnya.

3.6.2. Alat bantu yang dipergunakan dalam wawancara yaitu buku catatan dan handphone, dengan mencatat setiap jawaban yang diberikan oleh ibu rumahtangga yang menderita HIV/AIDS saat berinteraksi dengan keluarga dekat (inti) dan tetangga sekitar rumahnya, keluarga dan tetangganya.

3.6.3. Alat bantu yang dipergunakan dalam dokumentasi yaitu kamera dari handphone dan laptop. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dan buku-buku laporan hasil dari seseorang.

3.7. Teknis Analisis Data

Analisis data kualitatif Bogdan & Biklen (dalam Moleong, 2013) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensistensikannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Miles (dalam Idrus, 1992) menyebutkan teknik analisis data menggunakan analisis model interaktif, yaitu melalui tiga komponen diantaranya:

3.7.1. Reduksi data, reduksi berarti merangkum dan memilih hal-hal yang pokok dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan

gambaran yang lebih jelas dan memepermudah peneliti mengumpulkan data selanjutnya.

3.7.2. *Display data* (penyajian data) setelah dereduksi maka data di display. Penyajian data dilakukan dalam bentuk singkat. Hubungan kategori yang paling sering dilakukan adalah penyajian data dengan teks yang bersifat naratif.

3.7.3. *Conlucion drawing verification*, langkah selanjutnya adalah penarikan kesimpulan , dalam penarikan kesimpulan ini kesimpulan awal bersifat sementara dan masih bisa berubah saat ditemukannya bukti-bukti kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tapi apabila kesimpulan yang ditemukan pada tahap awal didukung bukti-bukti yang valid dan konsisten saat kembali melakukan pengambilan data di lapangan, maka kesimpulan yang ditemukan merupakan yang kredibel, contoh dan dipelajari oleh peneliti lebih lanjut, Moleong (2013).

Tahapan analisis data kualitatif adalah sebagai berikut. McDrury (dalam Moleong, 2013): Membaca/mempelajari data, menandai kata-kata kunci dan gagasan yang ada dalam data. Mempelajari kata-kata kunci itu, berupaya menemukan tema-tema yang berasal dari data. Menuliskan “model” yang ditemukan. Koding yang telah dilakukan.

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama dilapangan, dan setelah selesai di lapangan.

3.8. Teknik Keabsahan Data (Uji Validitas)

Dalam penelitian kualitatif untuk mendapatkan data yang valid, kredibel dan obyektif, maka penelitian dilakukan pada sampel yang mendekati jumlah populasi dan pengumpulan serta analisis data yang benar. Temuan atau data dapat dikatakan valid dalam penelitian kualitatif apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek peneliti (Sugiyono, 2009:268). Untuk memperoleh keabsahan data, maka peneliti yang dilakukan menggunakan metode triangulasi data. Sebagai berikut:

3.8.1. Triangulasi Sumber : untuk mengkaji kredibilitas data

dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber.

3.8.2. Triangulasi Teknik : untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Misal data diperoleh dengan wawancara, lalu dicek dengan observasi, dan dokumentasi.

3.8.3. Triangulasi waktu : Waktu juga sering mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara di pagi hari pada saat narasumber masih segar, belum banyak masalah akan memberikan data yang lebih valid sehingga lebih kredibel.

Pengujian keabsahan data dapat dilakukan dengan cara melakukan pengecekan dengan wawancara, observasi atau teknik lain dalam waktu/ situasi yang berbeda. Bila hasil uji menghasilkan data yang berbeda, maka

dilakukan secara berulang-ulang sehingga sampai ditemukan kapasitas datanya (Sugiyono, 2009). Selain menggunakan metode triangulasi peneliti juga menggunakan referensi buku-buku, penelitian terdahulu seperti jurnal, skripsi dan akses internet. Referensi ini digunakan sebagai teori atau pedoman dalam penelitian.

BAB IV

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Kota Pontianak

5.1.1. Etimologi

Nama Pontianak yang berasal dari bahasa Melayu yang dipercaya ada kaitannya dengan kisah Syarif Abdurrahman yang sering diganggu oleh hantu Kuntilanak ketika dia menyusuri Sungai Kapuas. Menurut ceritanya, Pada tanggal 24 Rajab 1181 Hijriah yang bertepatan pada tanggal 23 Oktober 1771 Masehi, rombongan Syarif Abdurrahman Alkadrie membuka hutan, Syarif Abdurrahman terpaksa melepaskan tembakan meriam untuk mengusir hantu itu sekaligus menandakan di mana meriam itu jatuh, maka di sanalah wilayah kesultanannya didirikan. Peluru meriam itu jatuh di dekat persimpang Sungai Kapuas dan Sungai Landak, Syarif Abdurrahman mendirikan balai dan rumah sebagai tempat tinggal dan tempat tersebut diberi nama Pontianak yang kini dikenal dengan nama Kampung Beting.

Tahun 1192 Hijriah, Syarif Abdurrahman Alkadrie dinobatkan sebagai Sultan Pontianak Pertama. Letak pusat pemerintahan ditandai dengan berdirinya Masjid Raya Sultan Abdurrahman Alkadrie dan Istana Kadariah, yang sekarang terletak di Kelurahan Dalam Bugis Kecamatan Pontianak Timur.

Adapun Sultan yang pernah memegang tampuk Pemerintahan Kesultanan Pontianak:

Tabel 1

Nama-nama Sultan Pontianak

No	Nama	Tahun Pemerintahan
1	Syarif Abdurrahman Alkadrie	1771-1808
2	Syarif Kasim Alkadrie	1808-1819
3	Syarif Osman Alkadrie	1819-1855
4	Syarif Hamid Alkadrie	1855-1872
5	Syarif Yusuf Alkadrie	1872-1895
6	Syarif Muhammad Alkadrie	1895-1944
7	Syarif Thaha Alkadrie	1944-1945
8	Syarif Hamid Alkadrie	1945-1950

5.1.2. PEMERINTAH KOTA PONTIANAK

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah di Daerah yang diterbitkan oleh Pemerintah Republik Indonesia merubah sebutan untuk Pemerintah Tingkat II Pontianak menjadi sebutan Pemerintah Kota Pontianak.

Adapun nama-nama Kepala Wilayah yang pernah memerintah di Kota Pontianak adalah sebagai berikut:

Tabel 1**Nama-nama Kepala Wilayah Pemerintah Kota Pontianak**

No	Nama	Status Wilayah	Tahun Pemerintahan
1	R. Soepardan	Syahkota Pontianak	1947-1948
2	Ads. Hidayat	Burgemester Pontianak	1948-1950
3	Ny. Rohana Muthalib	Burgemester Pontianak	1950-1953
4	Soemartoyo	Kotapraja	1953-1957
5	A. Muis Amin	Kotapraja	1957-1967
6	Siswoyo	Kotamadya Daerah Tingkat II Pontianak	1967-1973
7	Muhammad Barir,SH	Kotamadya Daerah Tingkat II Pontianak	1973-1978
8	T.B. Hisny Halir	Kotamadya Daerah Tingkat II Pontianak	1978-1983
9	H. A. Majid Hasan	Kotamadya Daerah Tingkat II Pontianak	1983-1993
10	R.A. Siregar, S.Sos	Kotamadya Daerah Tingkat II Pontianak	1993-1999
11	dr. H. Buchary A	Kota Pontianak	1999-2009
12	Sutarmidji, SH	Kota Pontianak	2009-sekarang

5.1.2. Geografi Dan Administrasi

Kota Pontianak adalah ibukota provinsi Kalimantan Barat, Indonesia. Pontianak ini dikenal sebagai Kota Khatulistiwa karena dilalui garis khatulistiwa atau terletak pada Lintasan Garis Khatulistiwa dengan koordinat $0^{\circ} 02' 24''$ LU – $0^{\circ}01'37''$ LS $109^{\circ} 16' 25''$ – $109^{\circ} 23' 04''$ BT. Di utara kota Pontianak, tepatnya di Siantan terdapat Tugu Khatulistiwa yang dibangun pada tempat yang dilalui garis khatulistiwa. Pontianak berada di ketinggian berkisar antara 0,1 sampai 1,5 meter di atas permukaan laut, Kota Pontianak juga dilalui oleh Sungai Kapuas

dan Sungai Landak, Dengan demikian Kota Pontianak terbagi atas tiga belahan. Kedua sungai itu diabadikan dalam lambang Kota Pontianak. Sedangkan secara administratif, batas wilayah Kota Pontianak adalah sebagai berikut:

- Utara : berbatasan dengan Kec. Siantan Kab. Mempawah
- Selatan : berbatasan dengan Kec. Sungai Raya Kab. Kota Pontianak
- Barat : berbatasan dengan Kec. Sungai Kakap Kab. Kota Pontianak
- Timur : berbatasan dengan kec. Sungai Ambawang Kab. Kota Pontianak

Kota ini memiliki luas wilayah 107,82 kilometer persegi yang terdiri atas 6 wilayah kecamatan, yaitu Kecamatan Pontianak Kota, Kecamatan Pontianak Barat, Kecamatan Pontianak Selatan, Kecamatan Pontianak Tenggara, Kecamatan Pontianak Timur dan Kecamatan Pontianak Utara. Ibu kota Kota Pontianak berkedudukan di Kecamatan Pontianak.

5.1.3. Kependudukan

Penduduk Kota Pontianak pada tahun 2017 tercatat sebesar 617.459 jiwa dengan rincian 307.599 jiwa penduduk laki-laki dan 309.860 jiwa penduduk perempuan. Kecamatan Pontianak Barat memiliki populasi penduduk paling tinggi yaitu sebesar 136.805 jiwa. Rata-rata kepadatan penduduk di Kota Pontianak tercatat sebesar 5.736 jiwa/km². Penyebaran penduduk di Kota Pontianak terlihat belum merata. Hal ini dapat dilihat dari perbedaan yang cukup signifikan antara kecamatan yang paling padat yaitu Kec. Pontianak Barat (8.306 jiwa/km²) dan kecamatan yang paling jarang penduduknya yaitu Kec. Pontianak Utara (3.349 jiwa/km²). Sementara untuk kepadatan penduduk per Kecamatan, kecamatan Pontianak Timur urutan pertama yaitu sebesar 10.459

jiwa/kec. Sex rasio pada tahun 2016 tercatat 101 artinya setiap 100 penduduk laki-laki terdapat 101 penduduk perempuan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut dibawah ini:

Tabel 3

Jumlah Penduduk dan Rasio Jenis Kelamin Menurut Kecamatan di Kota Pontianak Tahun 2016

No	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	Pontianak Selatan	46148	46804	92952
2	Pontianak Tenggara	24395	25643	50038
3	Pontianak Timur	46060	45770	91830
4	Pontianak Barat	68393	68412	136805
5	Pontianak Kota	60545	61573	122118
6	Pontianak Utara	63055	61590	124645
	KOTA PONTIANAK	308596	309792	618388

Sumber : BPS Kota Pontianak, Proyeksi Penduduk 2017

Data BPS Kota Pontianak menunjukkan bahwa prosentase penduduk usia produktif di Kota Pontianak jauh lebih besar dibanding prosentase penduduk usia nonproduktifnya, baik yang usia muda maupun lansia. Tahun 2016 memperlihatkan bahwa penduduk usia produktif (15-64 tahun) di Kota Pontianak adalah sebanyak 70,17%; sedangkan penduduk usia nonproduktif sebesar 29,83%, terdiri dari 24,78% penduduk usia 0-14 tahun dan 5,05% penduduk berumur 65 tahun keatas. Data yang sama (BPS Kota Pontianak, 2017) juga mengindikasikan bahwa rasio ketergantungan penduduk Kota Pontianak pada tahun 2016 sebesar 47. Artinya setiap 100 orang penduduk usia produktif di Kota Pontianak pada tahun 2016 menanggung 47 penduduk usia nonproduktif,

dimana 41 orang berusia 0-14 tahun dan 6 orang lansia (65 tahun keatas). Dengan kata lain, Kota Pontianak saat ini tengah memasuki bonus demografi, untuk lebih jelasn ya dapat dilihat pada tabel 3 dibawah ini :

Tabel 4

Jumlah Penduduk Kota Pontianak Dirinci menurut Golongan Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2016

No	Kelompok Umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	0 - 4	29630	28484	58114
2	5 - 9	27035	25624	52659
3	10 - 14	25655	25010	50665
4	15 - 19	29039	30646	59685
5	20 - 24	31326	32911	64237
6	25 - 29	27273	27741	55014
7	30 - 34	25009	25368	50377
8	35 - 39	24007	24382	48389
9	40 - 44	21912	21040	42952
10	45 - 49	18744	18085	36829
11	50 - 54	15183	14974	30157
12	55 - 59	12190	12320	24510
13	60 - 64	8853	8570	17423
14	65 - 69	5882	6105	11987
15	70 - 74	3736	4226	7962
16	75 +	3122	4306	7428
	Total	308596	309792	618388

Sumber : BPS, Kota Pontianak dalam Angka Tahun 2017

5.1.4. Sosial

Sebagai negara merdeka dan berdaulat negara Republik Indonesia memberikan kebebasan bagi penduduknya untuk memeluk agama dan beribadah menurut keyakinannya masing-masing sebagai mana yang tertuang dalam Undang-Undang Dasar 1945 dalam pasal 29 demikian juga halnya di Kota Pontianak, masyarakat menganut berberapa agama kepercayaan. Hal ini juga membuktikan tentang kebebasan yang diberikan oleh pemerintah sebagaimana yang diamanatkan dari Undang-Undang Dasar 1945. Untuk mengetahui bagaimana kondisi umat beragama di Kota Pontianak dapat dilihat sebagaimana :

5.1.4.1. Agama

Sebagian besar penduduk Kota Pontianak beragama Islam yakni sebesar 75,4%, berikut jumlah pemeluk agama di Kota Pontianak, seperti dalam tabel dibawah ini:

Tabel 5
Jumlah persentase Suku bangsa penduduk Kota Pontianak

No	Agama	Jumlah	%
1	Islam	466265	75,4
2	Buddha	74207	12
3	Katolik	37722	6,1
4	Protestan	30919	5
5	Konghucu	8039	1,3
6	Hindu	618	0,1
7	lainnya	618	0,1

Dari tabel 5 diatas dapat dilihat kalau Penduduk yang beragama Islam dengan jumlah terbesar yaitu 466.265 Jiwa (75,4 %) sealnjutnya Jumlah terbesar kedua dan ketiga yaitu Penduduk yang beragama Budha dengan 74.207 jiwa (12%) dan Katolik 37.722 jiwa (6,1%) , sedangkan tiga kelompok beragama dengan jumlah jiwa kecil yaitu Protestan, Konhucu dan Hindu.

Kehidupan beragama tentunya ditunjang dengan fasilitas rumah ibadah dan untuk di Kota Pontianak rumah ibadah keenam Agama sudah memiliki rumah ibadah yang cukup baik ini dapat dilihat pada tabel 6 berikut ini :

Tabel 6
Banyaknya Rumah Ibadah Dirinci Menurut Agama di Kota Pontianak Tahun 2016

No	Rumah Ibadah	Jumlah
1	Masjid	232
2	Surau	459
3	Gereja Katholik	35
4	Kapel Katholik	3
5	Gereja Protestan	13
6	Vihara	33
7	Pura	2
8	Kelenteng	16

Sumber BPS, Kota Pontianak dalam Angka Tahun 2017

Selain tempat ibadah wilayah Kota Pontianak juga memiliki Sebanyak 23 Pondok pesantren yang tersebar di beberapa desa di Kota Pontianak dengan jumlah santri sebanyak 5.476 ditunjang dengan Mubalig , Kahtib dan penyuluh Agama

5.1.5. Budaya

5.1.5.1. Suku bangsa

Penduduk kota Pontianak didominasi etnis Melayu dan Tionghoa. Selain itu terdapat pula etnis Dayak, Jawa, Bugis, Madura, Arab, Sunda, Banjar, Batak, Minangkabau dan lain-lain.

Tabel 7
Jumlah persentase Suku bangsa penduduk Kota Pontianak

No	Suku Bangsa	Jumlah	%
1	Keturunan Cina	192.937	31.2
2	Melayu	161.399	26.1
3	Bugis	81.009	13.1
4	Jawa	72.351	11.7
5	Madura	39.577	6.4
6	Dayak dan lainnya	71.115	11.5

5.1.5.2. Bahasa

Hampir seluruh penduduk Kota Pontianak memahami dan menggunakan Bahasa Indonesia dalam berkomunikasi. Namun bahasa ibu masing-masing juga umum digunakan, antara lain Bahasa Melayu Pontianak, Bahasa Tociu, Bahasa Khek, Bahasa Dayak yang terdiri dari Dayak Kanayatn, Dayak Bukit, Dayak Salako, Dayak Kantu, Dayak Iban, Dayak jangkang.

5.1.6. Ekonomi

Pontianak sebagian besar perekonomiannya bertumpu pada industri, pertanian, dan perdagangan. Tanaman lidah buaya yang kini gencar diproduksi di Kota Pontianak.

5.1.6.1 Perindustrian

Jumlah perusahaan industri besar dan sedang di Kota Pontianak yang telah terdata selama tahun 2005 adalah 34 perusahaan. Tenaga kerja yang diserap oleh perusahaan industri tersebut berjumlah 3.300 orang yang terdiri dari pekerja produksi 2.700 orang dan pekerja lainnya atau administrasi 600 orang. Perusahaan industri besar atau sedang yang terletak di Kecamatan Pontianak Utara menyerap tenaga kerja terbesar, yaitu 2.952 orang. Nilai keluaran yang dihasilkan dari perusahaan industri besar atau sedang adalah sebesar 1,51 triliun rupiah, di mana perusahaan industri besar atau sedang yang berada di Kecamatan Pontianak Utara yang didominasi oleh perusahaan industri karet, sedangkan nilai keluaran yang terkecil berasal dari perusahaan yang terdapat di Kecamatan Pontianak Kota, senilai 2,85 miliar Rupiah. Untuk Nilai Tambah Bruto (NTB) yang diperoleh dari seluruh perusahaan industri besar /sedang di Kota Pontianak selama tahun 2015 adalah sebesar 614,67 miliar Rupiah dan pajak tak langsung yang diperoleh adalah sebesar 762,70 juta Rupiah.

5.1.6.2. Pertanian

Pada tahun 2016, jenis tanaman pangan yang hasilnya paling besar adalah ubi kayu, padi, ubi rambat. Penduduk juga bertani sayuran dan lidah buaya. Tanaman buah-buahan yang banyak ada di Kota Pontianak adalah nangka, pisang, serta nanas. Perternakan di kota Pontianak terdiri dari sapi (potong dan perah), kambing, babi, dan ayam (ras dan buras).

5.1.6.3. Perdagangan

Perdagangan merupakan salah satu usaha yang berkembang pesat di Kota Pontianak. Perdagangan modern mulai berkembang pada tahun 2001 dengan berdirinya Mal Matahari Pontianak di Pontianak Kota. Pusat perbelanjaan modern mulai dibangun di berbagai sudut kota, seperti Mal Pontianak dan Ayani Mega Mall Pontianak (Pontianak Selatan). Berbagai perusahaan *retail* nasional mulai mendirikan usahanya di Pontianak.

5.1.7. Infrastruktur

Pesatnya pembangunan fasilitas-fasilitas fisik yang dikembangkan atau dibutuhkan oleh pemerintah kota dalam penyediaan air, tenaga listrik, pembuangan limbah, transportasi dan pelayanan-pelayanan similar, yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia dalam lingkup sosial dan ekonomi tampak kemajuannya. Diantaranya seperti:

5.1.6.1. Transportasi Darat

5.1.6.1.1. Bus

Sistem transportasi darat Kota Pontianak dilayani oleh minibus angkutan kota yang biasa disebut oplet, taksi, dan beberapa rute dilayani oleh bus kota. Sebagian besar rute dalam kota dilayani oleh oplet yang menghubungkan beberapa terminal. Untuk keberangkatan jalan darat ke luar kota dilayani di Terminal Batulayang. Melalui jalan darat pula dilayani bus antar negara, yakni ke Kuching dan ke Brunei. Bus ini disediakan oleh berbagai penyedia layanan, termasuk DAMRI. Transportasi darat ke Malaysia menjadi mungkin melalui Jalan Lintas Kalimantan. Layanan imigrasi Indonesia-Malaysia dilaksanakan di Entikong, Kabupaten Sanggau.

5.1.6.2. Transportasi Udara

Transportasi udara dari Kota Pontianak menggunakan Bandara Udara Internasional Supadio yang terletak di Kecamatan Sungai Raya, Kabupaten Kubu Raya. Bandara ini menghubungkan Pontianak dengan beberapa kota di Indonesia, seperti Jakarta, Batam, Medan, Ranai, Bandung, Surabaya, Semarang, Yogyakarta, Palangka Raya dan Balikpapan. Selain itu bandara ini juga mempunyai penerbangan internasional langsung ke Kuching, dan Kuala Lumpur. Dari Pontianak juga dapat dilayani penerbangan perintis ke kota kabupaten di Kalimantan Barat seperti Ketapang, Sintang dan Putussibau.

5.1.6.3. Transportasi Air

Pelabuhan Pontianak melayani kapal barang maupun penumpang. Beberapa rute kapal penumpang yang tersedia : Pontianak-Semarang (KM Leuser), Pontianak-Surabaya (KM Bukit Raya), Pontianak-Serasan (KM Bukit Raya). Sedangkan untuk tujuan seperti ketapang, kayong menggunakan speed air (longboat).

5.1.7. Layanan Publik

Adapun fasilitas layanan publik yang dimiliki kota Pontianak seperti adanya pada kota-kota besar lainnya di Indonesia, diantaranya:

5.1.7.1. Fasilitas Kesehatan

Kesehatan masyarakat adalah merupakan hal terpenting dalam menunjang memenuhi kebutuhan hidup dan aktivitas sehari-hari, terutama dalam upaya menunjang memenuhi kebutuhan hidup dan aktivitas lainnya yang dilakukan masyarakat. Kesehatan adalah merupakan skala prioritas dalam pembangunan manusia. Pentingnya kesehatan bagi masyarakat terutama juga terhadap anak-anak sebagai upaya pemerintah dalam memenuhi hak-hak anak dibidang kesehatan. Terpenuhinya hak-hak anak di bidang kesehatan merupakan salah satu indikator derajat kesehatan seperti rendahnya angka kematian bayi, angka kematian ibu, serta capaian kelengkapan imunisasi bagi anak. Kondisi kesehatan masyarakat tentunya harus ditunjang dengan fasilitas kesehatan yang baik dan optimal seperti Puskesmas, Rumah sakit baik negeri

maupun swasta serta klinik-klinik kesehatan yang tersedia di tempat masyarakat berdomisili.

Untuk mengetahui bagaimana sarana kesehatan bagi masyarakat di Kota Pontianak dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 8
Fasilitas Kesehatan Di Kota Pontianak Tahun 2016

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	8
2	Rumah Sakit Bersalin	3
3	Puskesmas Rawat Inap	20
4	Puskesmas Rawat Jalan	3
5	Klinik Bersalin	12
6	Klinik atau Balai Pengobatan Umum	20

Sumber : BPS Kota Pontianak dalam Angka Tahun 2017

Berdasarkan data pada tabel 8 di atas dapat dilihat bahwa seluruh kecamatan di Kota Pontianak sudah memiliki Fasilitas kesehatan dengan adanya Puskesmas rawat inap. Untuk dapat memberikan pengobatan pratama sebelum di rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap seperti rumah sakit. Pemenuhan hak anak disektor kesehatan belum optimal dikarenakan belum semanya fasilitas kesehatan menyediakan ruang-ruang yang layak bagi anak ataupun pojok – pojok bermain untuk anak.

5.1.7.2. Pendidikan

Pendidikan mempunyai hubungan yang positif dengan dengan bidang lain, seperti hubunganya dengan produktivitas tercermin pada keadaan tingkat

penghasilan yang berdampak pada kesejahteraan masyarakat pada umumnya dan keluarga pada khususnya ini. Untuk melihat kondisi pendidikan di Kota Pontianak dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 9
Angka Partispasi Sekolah (APS), Angka Partispasi Murni (APM) dan Angka Partispasi Kasar di Kabupaten Kota Pontianak Tahun 2014 - 2015

Jenjang Pendidikan	Angka Partispasi Kasar (APK) dan Angka Partispasi Murni (APM)			
	APK		APM	
	2014	2015	2014	2015
SD/MI/Paket A	98.37	102.25	94.37	94.41
SMP/Mts/Paket B	85.39	84.89	65.97	62.87
SMA/SMK/MA/Paket C	84.94	104.9	64.95	77.57

Sumber : BPS Kota Pontianak dalam Angka Tahun 2017

Berdasarkan tabel diatas ada penurunan dari ketiga indikator pendidikan dari jenjang Sekolah Dasar (SD) ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi baik jenjang Pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) maupun jenjang pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA). Kota Pontianak rata – rata lamanya dibangun sekolah adalah 6 tahun artinya rata – rata nya pada jenjang pendidikan SD.

Berikut jumlah fasilitas pendidikan yang dimiliki oleh pemerintah maupun swasta:

Tabel 10
Fasilitas Pendidikan yang ada di Kota Pontianak

No.	KECAMATAN	SD Sederajat			SMP Sederajat			SMA Sederajat			SMK			TOTAL
		N	S	JML	N	S	JML	N	S	JML	N	S	JML	
1	Kec. Pontianak Selatan	15	14	29	7	11	18	5	8	13	3	5	8	136
2	Kec. Pontianak Timur	21	7	28	4	7	11	2	3	5	1	2	3	94
3	Kec. Pontianak Barat	21	11	32	5	15	20	2	10	12	2	5	7	142
4	Kec. Pontianak Utara	30	17	47	7	19	26	1	9	10	3	3	6	178
5	Kec. Pontianak Kota	19	20	39	6	19	25	2	14	16	1	4	5	170
6	Kec. Pontianak Tenggara	9	11	20	1	9	10	0	8	8	0	2	2	80
	TOTAL	115	80	195	30	80	110	12	52	64	10	21	31	800

Selain setingkat SD, SMP, dan SMA sederajat, Kota Pontianak juga memiliki 26 perguruan tinggi dalam bentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi dan universitas yang dikelola oleh pemerintah dan swasta.

5.1.7.3. Hotel

Kota Pontianak memiliki sejumlah kurang lebih 60 penginapan dari hotel bintang 4 hingga hotel melati.

5.1.7.4. Kepolisian

Berikut markas kepolisian di Kota Pontianak:

- Kepolisian Resort Kota Pontianak
- Kepolisian Sektor Pontianak Kota
- Kepolisian Sektor Pontianak Barat
- Kepolisian Sektor Pontianak Selatan
- Kepolisian Sektor Pontianak Utara
- Kepolisian Sektor Pontianak Timur

5.1.7.5. Pemadam Kebakaran

Wali kota Pontianak mengklaim bahwa kota ini memiliki pemadam kebakaran terbanyak di Indonesia. Berikut beberapa yayasan pemadam kebakaran yang ada di kota Pontianak:

- Dinas Kebakaran Kota
- Bintang Timur
- Budi Pekerti
- BPAS
- UPKGR
- PMK Panca Bhakti
- PMK Bhakti Raya
- PMK Sungai Raya
- PMK Mitra Jawi
- PMK Merdeka
- PNMK Mitra Bhakti
- YPK Khatulistiwa

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Deskripsi Hasil Penelitian

5.1.1. Karakteristik Responden

Penelitian ini berfokus faktor apa saja yang menyebabkan dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga setelah menderita *HIV/AIDS* terhadap lingkungan sosialnya di Kota Pontianak, baik dalam bentuk penolakan atau penerimaan masyarakat terhadap ibu rumah tangga setelah menderita *HIV/AIDS* terhadap lingkungan sosialnya. Penelitian ini telah dilakukan melalui wawancara terbuka dengan jumlah informannya sepuluh (10) orang, semuanya dipilih secara *Puposive sampling*, artinya peneliti melakukan pemilihan atau menunjuk terlebih dahulu siapa yang akan menjadi informannya dan berapa jumlah informan yang diperlukan. Penelitian ini menggunakan informan – informan yang terinfeksi *HIV/AIDS* enam (6) orang, tenaga kesehatan yang ahli dalam bidang pelayanan pada penderita *HIV/AIDS* tiga (3) orang dan pendamping penderita *HIV/AIDS* atau orang hidup dengan *HIV/AIDS* (ODHA) di lingkungan Kota Pontianak. Lebih lanjut karakteristik informan dalam penelitian ini disajikan pada tabel berikut ini :

Tabel
Karakteristik Informan Penelitian

Informan	Kode	Keterangan
Informan 1	R1	Bidang Penanggulangan <i>HIV/AIDS</i>
Informan 2	R2	Pelayanan Terapi <i>HIV/AIDS</i>
Informan 3	R3	Pendamping Penderita <i>HIV/AIDS</i>
Informan 4	R4	Penderita Terinfeksi <i>HIV/AIDS</i>

Tabel diatas menunjukkan jenis – jenis informan penelitian yang peneliti anggap lebih memahami aspek – aspek terkait terjadinya dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga setelah menderita *HIV/AIDS* terhadap lingkungan sosialnya.

5.1.2. Faktor Penyebab Terinfeksi *HIV/AIDS* terhadap Ibu Rumah Tangga

Empat dari enam Ibu rumah tangga yang terinfeksi *HIV/AIDS* di Kota Pontianak disebabkan tertular atau terinfeksi oleh pasangan hidupnya (suami). Penularan yang terjadi pada ibu rumah tangga oleh pasangannya terjadi karena kurangnya pengetahuan pasangan tentang *HIV/AIDS* dan cara penularannya kepada orang lain. Faktor pekerjaan suami yaitu empat dari enam responden merupakan bekerja yang mengharuskan meninggalkan pasangan dalam beberapa hari seperti supir ekspedisi dan kontraktor. Satu pasangan muda yang terinfeksi, kenal suaminya di kota M kerja sebagai pelayan restoran yang ternyata sebelum mengenalnya, suaminya tersebut penyuka sesama jenis yang aktif biasa disebut Laki Sex Laki (LSL). Ada dua pasangan yang terinfeksi, si wanita memiliki latar belakang (Penjajak Sex Komersial) PSK, 1 PSK On Line

dan 1 lagi mantan PSK Lokalisasi dan sampai sekarang masih hidup, mereka saling tolak menolak mengakui sebagai penular *HIV/AIDS*, Hal ini sebagaimana dipaparkan oleh informan berikut :

“.....suami saya kerja keluar masuk bawa barang dari kuching malaysia ke pontianak sampai 3 hari baru pulang, kadang sampai 5 hari baru pulang.....”(R4-1).

.....Suami saya dulu bawa truk barang ke sintang – pontianak, sekali berangkat biasa 2 sampai 3 hari pulang pergi.....(R4-2).

.....Suami saya kerja kontraktor, biasa kalau menang tender ke kabupaten bise seminggu sekali baru bale.....(R4-3).

.....Saya kenal suami saya waktu saya main rumah paman di kota M timur Indonesia, dulu saya taunye die kerje jadi pelayan restoran.....(R4-4).

.....Suaminya biasa bawa barang pake mobil kabupaten-kabupaten, suaminya sudah meninggal, sekarang dia punya pacar, dia masih berprofesi sebagai PSK On Line, salah satu langganannya itu sekarang jadi pacarnya(R2-1)

*.....kalau pasangan ini saling tuduh siapa yang menularkan *HIV/AIDS*nye karena yang perempuan dulunya kerja sebagai PSK lokalisasi dan yang laki-laki sopir dan biasa langganan dengan perempuan ini sampai memutuskan untuk menikah.....(R2-2).*

Ketidak tahuan pasangan tentang tanda dan gejala *HIV/AIDS* ada yang mengakibatkan ibu rumah tangga terlambat memeriksakan diri secara dini, ada dua dari enam pasangan yang terinfeksi *HIV/AIDS* mengalami salah

satu gejala penyakit yang lama sembuhnya, dimana seharusnya bila penyakit tersebut terkena pada orang yang tidak menderita *HIV/AIDS* kurang dari satu minggu sudah sembuh. Adapun empat dari enam ibu rumah tangga yang terinfeksi mengetahui dirinya sudah terinfeksi setelah mengalami kehilangan suami atau anaknya meninggal karena penyakit ringan. Berikut paparan informan terkait :

“.....Saya disuruh oleh perawat rumah sakit untuk perikse darah setelah anak saya meninggal karena diare dirawat di rumah sakit pemerintah Pontianak.....”(R4-1)

“.....saya periksa darah di RSJ diantar suami saya waktu masih hidup, karena suami saya sudah katahuan kena HIV/AIDS duluan.....(R4-2)

“.....saya diminta dokter untuk periksa darah setelah melihat kondisi penyakit paru-paru suami saya yang makin parah....”(R4-3)

“.....saya diminta keluarga suami saya periksa darah setelah suami saya meninggal dirumah sakit, waktu itu suami saya dirawat di Singkawang(R4-4)”.

“.....saya disuruh cek darah oleh perawat di ruangan rawat rumah sakit setelah suami saya meninggal.....”(R4-5).

“.....Saya tau kalau saya terinfeksi setelah periksa kedokter karena penyakit gatal-gatal dikulit yang tak sembuh-sembuh, dokter nyuruh saya cek darah ke RSJ....”(R4-6).

Mengetahui kematian suami maupun anak yang diakibatkan oleh *HIV/AIDS* dan dirinya juga terinfeksi *HIV/AIDS* membuat ibu rumah tangga

mengalami rasa kehilangan dan stress secara bersamaan. Berikut keterangan informan terkait :

“....setelah saya tahu kalau saya kena HIV/AIDS saya merasa takut, marah, bingung, macam-macam lah dipikiran, sampai beberapa hari saya tidak berani keluar rumah”(R4-1).

“....saye merase sedeh, tak caya kalau saye terkena penyakit ini, sampe beberapa hari saye temenong malas makan, ape-ape malas....”(R4-2)

“...kaget saya kalau saya positif HIV/AIDS, saya sedih dan tak percaya kalau penyakit ini terkena kesaya...”(R4-3)

“....saya merasa takut mati, sedih dan semua perasaan campur aduk setelah hasil tesnya di bacakan.....”(R4-4)

“....Jelas saya sedih, kecewa, marah dengar kalau saya terkena penyakit ini,.....”(R4-5)

“....saye nangis dengar kalau saye positif HIV/AIDS, saye marah tapi tak tau nak amrah dengan sape, saye takot mati....”(R4-6)

Setiap tiap individu yang dinyatakan positif menderita *HIV/AIDS* akan mengalami perasaan sedih dan takut akan di ketahui oleh orang lain tentang penyakit yang mereka derita sehingga segala cara diusahakan untuk menutup-nutupi penyakit yang dideritanya.

“selain adik, kakak saya tak ade yang tau kalau saya terkena HIV/AIDS, dua orang tua saye pon tak tau kalau saye kena penyakit ini...” (R4-1)

“...hanya keluarga inti dari mertua saya yang tau kalau saya terkena HIV/AIDS, mereka merasa bertanggung jawab karena saya tertular oleh anak mereka, orang tua, saudara-saudara dan anak saya yang SMP tak tau kalau saya HIV/AIDS...”(R4-2)

“... Hanya suami (baru) saya saja yang tau kalau saya sakit HIV/AIDS, keluarga dan orang tua tak ada yang atau...”(R4-3)

“...Keluarga saya dan keluarga mertua tau kalau saya kena HIV/AIDS...(R4-4)

“... ada yang tau satu orang teman dekat (Pacar) yang biasa bantu saya, selain itu tak ada yang tau kalau saya kena HIV/AIDS...”(R4-5)

“...Hanya saya dan Suami saja yang tau, anak saya tak tau kalau saya dan bapanya terkena penyakit ini...” (R4-6)

Namun disisi lain dukungan dan support pada ibu rumah tangga yang terinfeksi *HIV/AIDS* sangat dibutuhkan untuk menjalani dan memenuhi kebutuhan hidup kedepan.

“.....hubungan saya dengan lingkungan tidak ada banyak perubahan karena yang tau saya menderita HIV/Aids hanya adik dan kakak saya saja, jadi apa-apa yang saya butuhkan biasanya adik dan kakak yang bantu saya”(R4-1)

“....dengan lingkungan sekitar saya baik-baik saja, karena hanya keluarga mertua saya saja yang tau kalau saya menderita HIV/AIDS dan mereka tinggalnya di singkawang....”(R4-2)

“.... Dengan tetangga, keluarga saya dan keluarga suami (baru) masih baik-baik saja, karena mereka tak ada yang tahu kalau saya dan suami menderita HIV/AIDS....”(R4-3)

“....masih seperti biasa pergaulan saya dengan tetangga dan orang tua, karena masih tak ada yang tau kalau saya kena HIV/AIDS, Cuma kawan dekat saya ja yang tau...”(R4-4)

“.....awalnya keluarga dan orang-orang yang tau kalau saya terkena HIV/AIDS menjaga jarak kalau ketemu saya, tak mau betatap mata kalau ngomong dan nampak ketakotan benar dengan saya, tapi sekarang dah mulai mau ngobrol dan tatap mata, masih ada sih beberapa yang jaga jarak dengan saya...”(R4-5)

“.....karena tak ada yang tau kalau saya dan suami kena HIV/AIDS, jadi hubungan kami dengan tetangga baik-baik ja”(R4-6)

Upaya preventif merupakan tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan yang terlatih dalam menjaga kerahasiaan identitas ibu rumah tangga yang terinfeksi *HIV/AIDS* sehingga terhindar dari pelecehan atau *bully* atau perundungan dari lingkungan ibu rumah tangga yang terinfeksi *HIV/AIDS* tersebut hingga kondisi fisik dan mentalnya kembali stabil.

“....setiap pasien yang datang pertama kali melakukan pemeriksaan darah dan dibacakan hasil pemeriksaan biasanya mengalami depresi atau stress, disitu kami sebagai tenaga konselor memberikan penjelasan sehati-hati mungkin, menghindari ketersinggungan pasien. Kami juga menjanjikan kerahasiaan identitas pasien, karena dari atasan maupun pelatihan-pelatihan yang kami dapat diwanti-wanti untuk tetap menjaga kerahasiaan identitas pasien, untuk mencegah tekanan dari lingkungan sosial pasien yang masih belum sepenuhnya dapat menerima pasien dengan *HIV/AIDS*...”(R2-2)

Upaya kuratif atau tahap pengobatan biasa diberikan setelah ditetapkan diagnosa oleh dokter dan obat anti *HIV/AIDS* diberikan, obat biasa diberikan dosis untuk satu bulan, untuk pemantauan kepatuhan minum obat ada petugas pendamping yang bertugas memantau apakah obat diminum atau tidak. Pendamping disini biasanya ODHA juga yang direkrut untuk membantu ODHA lain agar tetap semangat menjalani hidup kedepannya.

“...iya saya biasa memantau dari catatan pengambilan obat bulan lalu, bila bulan berikutnya ODHA tidak datang untuk mengambil obat rutinya kami menghubungi ODHA tersebut, biasanya saya *WA* kalau tidak dibalas saya telpon, kalau ada masalah saya langsung menemui ODHA ke rumah atau tempat yang diinginkan ODHA, karena ada ODHA yang tidak mau ditemui dirumahnya karena orang yang ada dirumahnya tidak mengetahui kalau dirinya menderita *HIV/AIDS*. Saya akan selalu

memotivasi ODHA untuk tetap mengkonsumsi obatnya untuk tetap terjaga kondisi kesehatan tubuhnya karena resiko, kalau tidak diminum obatnya bisa drop daya tahan tubuhnya, penyakit lain bisa dengan mudah masuk ketubuh dan bisa mengakibatkan kematian bila tak teratasi dengan segera...” (R3)

Ada upaya-upaya Rehabilitasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam mengembalikan semangat ibu rumah tangga untuk kembali bersosialisasi dilingkungan mereka.

“.....ada beberapa ODHA yang mengalami kesulitan dalam memberikan keyakinan kepada keluarga, saudara dan teman dekat bahwa HIV/AIDS bukan penyakit yang mengerikan lagi, biasa saya minta keluarga, saudara atau teman dekatnya untuk datang ke pelayanan kesehatan sini untuk mendapatkan penjelasan sebenarnya tentang HIV/AIDS ini, dimana sebenarnya HIV/AIDS itu hanya bisa menular melalui hubungan sex (penis-vagina, penis-anus), transfusi darah, ibu hamil pengidap HIV/AIDS ke janin. Selain dari itu tak ada penularan, seperti tidur bersama (tanpa sex), peluk, cium pipi, salaman, apa lagi kalau Cuma pandang-pandangan atau ngobrol itu tidak akan menularkan HIV/AIDS, juga gigitan serangga yang menggigit penderita terus menggigit yang tidak sakit juga tidak menularkan HIV/AIDS ..”(R2-1)

“..... ada juga janda ODHA yang dalam pengawasan terapi sini mau menikah lagi dengan laki-laki sehat awalnya merasa takut dan tak yakin bisa menjelaskan tentang masalahnya, saya suruh bawa kesini laki-laki

calon suaminya itu, akhirnya laki-laki itu paham dan jadi menikahi janda ODHA itu, yang penting hasil pemeriksaan darahnya dalam batas normal, insyaallah semuanya akan baik-baik saja...” (R2-2)

Aturan dalam berkomunikasi (Hopson, Darlene Powell, 2002) :
Membuka dialog, menghindari konflik tampaknya lebih mudah daripada mengatasinya, luka yang ditinggalkan akibat konflik tak pernah sepenuhnya sembuh, dan akan mengancam stabilitas keluarga. Mendengarkan secara aktif, berbicaralah dengan bahasa tubuh untuk memberi tahu bahwa anda memperhatikan dan mencoba memahami yang akan disampaikan Menghargai perasaan, dan dihormati. Perasaan hanyalah cermin dari pengalaman subjektif (Hopson, Darlene Powell, 2002) .

Selaras dengan yang di ungkapakan (Kartono:2007) tentang dinamika sosial adalah suatu bentuk perubahan, baik itu sifatnya besar-besaran atau kecil-kecilan, maupun secara cepat atau lambat yang sifatnya nyata dan berhubungan dengan suatu kondisi keadaan berlangsung secara terus-menerus.

Berikut keterangan informan terkait :

“.....awalnya keluarga dan orang-orang yang tau kalau saye terkena HIV/AIDS menjage jarak kalau ketemu saye, tak mau betatap mate kalau ngomong dan nampak ketakotan benar dengan saye, tapi sekarang dah mulai mau ngobrol dan tatap mata, masih ade sih beberapa yang jaga jarak dengan saye, kami ada buka usaha laundry di rumah, awal berita

saya terkena HIV/AIDS pelanggan menghilang pendapatan menurun drastis, selang waktu beberapa lama pelanggan melai kembali, dan alhamdulillah sekarang sudah kembali seperti semula, bahkan saya sekarang menjadi kader posyandu di gang”(R4-5).

“..... Pernah 1 keluarga besar ada orang tuanya, kakek, nenek, abang dan adik, sampai penuh ruangan kite ni, saking nak tau tentang HIV/AIDS yang terjadi pada salah satu anggota keluarganya. Setelah kami jelaskan ke mereka mau juga mereka menenima anggota keluarganya yang terinfeksi HIV/AIDS tersebut akhirnya....” (R2-1)

5.1.3 Faktor-faktor Pendorong Interaksi Sosial

Menurut Wulansari Dewi (2009: 37) Interaksi sosial dilandasi oleh beberapa faktor, baik dari dalam diri manusia itu sendiri maupun dari luar.

5.1.3.1 Faktor dari dalam manusia meliputi:

5.1.3.1.1 Dorongan kodrati sebagai makhluk sosial

5.1.3.1.2 Dorongan untuk memenuhi kebutuhan

5.1.3.1.3 Dorongan untuk mengembangkan diri

5.1.3.2. Faktor dari luar manusia

5.1.3.2.1. Imitasi : proses sosial atau tindakan seseorang untuk meniru orang lain melalui sikap, penampilan, gaya hidupnya, bahkan apa saja yang dimiliki orang lain. Imitasi bisa membawa dampak positif dan negatif, tergantung dari yang ditiru.

- 5.1.3.2.2. Identifikasi : upaya yang dilakukan oleh seseorang untuk menjadi sama dengan orang lain yang ditirunya.
- 5.1.3.2.3. Sugesti : rangsangan, pengaruh atau stimulus yang diberikan seorang individu kepada individu lainnya sedemikian rupa, sehingga orang yang diberikan sugesti tersebut menuruti apa yang disugestikannya tanpa berfikir lagi secara kritis dan rasional (bersifat negatif).
- 5.1.3.2.4. Motivasi : rangsangan, pengaruh atau stimulus yang diberikan seorang individu kepada individu lainnya sedemikian rupa, sehingga orang yang diberikan motivasi tersebut menuruti apa yang dimotivasikan secara kritis, rasional, dan penuh rasa tanggung jawab (bersifat positif).
- 5.1.3.2.5. Simpati : suatu proses kejiwaan, di mana seorang individu merasa tertarik kepada seseorang atau sekelompok orang, karena sikapnya, penampilannya, wibawanya, atau perbuatannya yang sedemikian rupa.
- 5.1.3.2.6. Empati: mirip dengan simpati, tapi tidak semata-mata perasaan kejiwaan saja tapi dibarengi perasaan yang sangat dalam.

Dengan memberikan informasi yang benar kepada keluarga atau orang lain tentang *HIV/AIDS* dapat membantu ODHA lebih tenang dalam menjalani kehidupannya. Hal ini sebagaimana keterangan informan berikut ini :

“.....awalnya saya takut calon suami saya akan mundur menikahi saya kalau sampai tau siapa sebenarnya saya, saya dapat saran dari petugas kesehatan untuk membawa calon suami saya ke RSJ untuk mendapatkan penjelasan yang benar dan pasti tentang penyakit saya ni, akhirnya die mau menerima penjelasan dari petugas kesehatan tu, jadi nikalah kami beberapa bulan setelah itu, Alhamdulillah...”(R4-3)

“.....semenjak keluarga saya mendapatkan penjelasan tentang HIV/AIDS dari petugas kesehatan RSJ, sikap mereka ke saya jadi kembali seperti dulu seperti waktu saya belum terinfeksi HIV/AIDS, saya pun merasa lebih nyaman menjalani kehidupan sehari-hari saya, saya sangat berterimakasih dengan tim kesehatan di RSJ”(R4-4).

Upaya yang disampaikan oleh R2 dalam menanamkan pemahaman yang benar tentang *HIV/AIDS* kepada penderita maupun keluarga dan teman dekatnya yangmana hal ini mereka lakukan dengan arahan dan bimbingan dari pelatihan-pelatihan yang telah mereka peroleh agar lebih terarah mengenai sasaran inti dari penanganan kurangnya pengetahuan yang benar tentang *HIV/AIDS*.

“.....kalo kami yang pertama-tama menghadapi pasien dengan HIV/AIDS ini adalah mendapatkan kepercayaan dulu dari pasien, jangan sampai pasien menjadi ragu dan tidak percaya kekita, karena kwatir orang lain tau kalau pasien ini penderita HIV/AIDS karena disebarkan oleh kami. Setelah mendapatkan kepercayaan dari pasien barulah kita dapat dengan

leluasa memberikan pelayanan salah satunya bisa dalam bentuk konsultasi.....(R2-1)''.

5.2. Analisis Dinamika Interaksi Sosial

Perubahan sosial dalam masyarakat tidak dapat dicegah atau ditahan oleh siapapun karena seiring pergantian waktu banyak maupun sedikit perubahan sosial pasti akan terjadi, baik dalam bentuk perubahan yang positif maupun perubahan yang negatif. Kecenderungan manusia yang hidup bersosial akan selalu melakukan inovasi-inovasi dalam berbagai bidang, salah satunya dalam bentuk pola komunikasi antar individu maupun antar kelompok, ditandai dengan munculnya alat atau media komunikasi seperti telgram, telepon, dan internet. Dengan media-media tersebut individu maupun kelompok dapat melakukan komunikasi memperoleh informasi dengan lebih cepat dan mudah, sehingga hanya dengan sekali klik saja apapun informasi yang kita inginkan akan tampil dengan mudah disajikan dihadapan kita.

Interaksi sosial merupakan bentuk dari proses sosial, dimana terjadi hubungan timbal balik antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, dan kelompok dengan kelompok. Menurut Sukanto, 2015:54) bahwa interaksi sosial sangat berguna di dalam memperhatikan dan mempelajari berbagai masalah masyarakat. Dengan mengetahui dan memahami perihal kondisi-kondisi apa yang dapat menimbulkan dan mempengaruhi bentuk-bentuk interaksi sosial tertentu.

Adapun bentuk interaksi sosial dapat berupa kerjasama (*cooperation*), persaingan (*competition*), dan dapat pula berbentuk pertentangan (*conflict*). Pentingnya kontak dan komunikasi bagi terwujudnya interaksi sosial dapat diuji pada suatu kehidupan yang terasing (*isolation*). Kehidupan terasing yang sempurna ditandai dengan ketidak mampuan mengadakan interaksi sosial dengan pihak lain.

Berdasarkan uraian diatas berkenaan dengan dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga penderita *HIV/AIDS* dengan lingkungannya dipengaruhi oleh beberapa faktor penyebab :

1. Ketakutan atau kekhawatiran orang lain akan mencela, menghina dan menghindar darinya jika sampai tahu akan penyakit dirinya.
2. Dengan komunikasi yang baik dapat merubah persepsi, sikap dan perilaku orang terdekat (keluarga) terhadap diri ibu rumah tangga penderita *HIV/AIDS*.
3. Dari dalam diri ibu rumah tangga penderita *HIV/AIDS* masih selalu ada harapan untuk bisa tetap bertahan dan sehat untuk menjalani hidupnya, apa lagi ada anak yang ditanggung biaya hidupnya, sehingga semangat untuk tetap bisa terus produktif selalu menyala dalam dirinya.
4. Isolasi atau pengucilan terhadap ODHA oleh lingkungan tidak akan terjadi bila pengetahuan atau pemahaman tentang *HIV/AIDS* yang benar diterima dan dipahami oleh lingkungan dan masyarakat sekitar ODHA, sebagai mana penyakit menular lainnya dapat diterima oleh

masyarakat sebagai penyakit yang biasa atau lumrah, hanya saja harus tahu bagai mana cara pencegahan, penularan dan pengobatan yang benar.

BAB VI PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Berasarkan permasalahan yang dibahas dalam penelitian ini serta hasil data yang telah ditemukan pada saat proses penelitian, maka kesimpulan peneliti adalah sebagai berikut :

- 6.1.1. Dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga setelah menderita HIV/AIDS terhadap lingkungan sosialnya menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan dibandingkan dengan penderita HIV/AIDS lainnya, dimana mereka masih menyembunyikan identitas dirinya sebagai penderita HIV/AIDS dari khalayak umum atau lingkungan sosialnya, dikarenakan masih melekatnya anggapan atau stigma yang menyatakan bahwa penderita HIV/AIDS adalah orang yang tidak benar (secara perilaku) dan khawatir bila identitas dirinya sebagai penderita HIV/AIDS diketahui khalayak maka dirinya akan dihina dan dikucilkan dan bahkan bisa mengalami kehilangan pekerjaan.

- 6.1.2. Masyarakat sosial umumnya masih belum bisa menerima penderita HIV/AIDS seperti penyakit lain pada umumnya, karena masih kuatnya stigma HIV/AIDS merupakan hukuman Tuhan pada orang-orang yang berperilaku salah, demikian juga terhadap ibu rumah tangga setelah menderita HIV/AIDS ada masyarakat yang menolak keberadaannya dengan menunjukkan ekspresi perilaku tidak suka bila bertemu dengan

penderita dan tidak mau bertatap mata saat bicara maupun berpapasan jalan, namun banyak juga dari pihak keluarga inti merima keberadaan ODHA tersebut dikarenakan keluarga mengetahui penyebab dari tertularnya penyakit *HIV/AIDS* pada keluarganya tersebut dan memahami *HIV/AIDS* dengan baik dan benar, sehingga keluarga baik orang tua, saudara dan mertua dapat menerima apa adanya.

6.2. Saran

Saran ini di tujukan dari beberapa kesimpulan hasil penelitian diatas maka dapat diajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Penderita yang terinfeksi

Perlunya keterbukaan secara bertahap kelingkungannya akan status dirinya, manusia memiliki sifat dasar adaptasi dan memaafkan, dengan adanya keterbukaan secara bertahap akan status dirinya akan mengurangi rasa waswas, ketakutan dan cemas akan diketahui status dirinya oleh khalayak ramai, walaupun pada awal keterbukaannya akan mengalami sedikit tekanan dari lingkungannya.

2. Bagi Penelitian selanjutnya

Pelaksanaan penelitian kualitatif yang memakan jangka waktu cukup lama disini sangat diperlukan keterampilan untuk mebangun kedekatan atau *trust* dengan subyek sehingga kita bisa mendapatkan informasi yang kita butuhkan, disisi lain setiap peneliti pastinya memerlukan ketekunan, kesabaran untuk secara perlahan mendapatkan informasi. Bagi peneliti yang akan meneliti tentang dinamika interaksi sosial ibu rumah tangga

penderita HIV/AIDS diharapkan untuk memperluas variabel maupun aspek yang akan diteliti karena perubahan waktu dan peningkatan tingkat pendidikan akan terus berlangsung sehingga dapat menghasilkan penelitian yang lebih berkemajuan.

3. Bagi Pemerintah

Diharapkan agar Pemerintah dapat lebih proaktif dan kreatif lagi dalam upaya – upaya sosialisasi tentang *preventif*, *curative*, dan *promotif HIV/AIDS* yang lebih luas yang tidak hanya kepada kelompok khusus saja namun diperluas sampai ketempat-tempat ibadah, sekolah, dan kelompok masyarakat umum. Perlu adanya penekanan pada materi promosi dalam hal penularan dan cara bersosialisasi dengan ODHA untuk menekan persepsi dan stigma negatif pada ODHA. Dengan demikian ODHA dapat hidup bersosialisasi dengan lingkungannya tanpa ada rasa berbeda dengan orang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulsyani, 2002. *Sosiologi Skematika, Teori, dan Terapan*, Bumi Aksara, Jakarta
- Benih, Ade. 2014. *Sosiologi Kesehatan*. Nuha Medika, Yogyakarta
- BKKBN, UNFPA, 1999. *Jangan Biarkan Keharmonisan Keluarga Terganggu Karena HIV/AIDS*, Jakarta
- Coleman, S. James 2011. *Dasar-dasar Teori Sosial*, Nusa Media, Bandung
- Chang, William. 2014. *Metodologi Penulisan Ilmiah*. Erlangga, Jakarta
- Dinkes Kota Pontianak PP&PL. 2017. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Kota Pontianak*, Pontianak
- Ditjen PP & PL, Depkes RI. (2015). *Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia. Tahun 2015*. Tersedia dalam :
<http://spiritia.or.id/Stats/StarCurr.pdf> [Diakses 17 Oktober 2017]
- Gerungan,W.A. 2004. *Psikologi Sosia,l* Refika Aditama, Bandung
- Mansjoer, Arif, 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid I, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- 1.1.1 Melati, (2017) *Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS*,
<http://www.dw.com/id/antara-stigma-dan-data-hiv-aids-di-indonesia/a-41486412> [Diakses 21 Desember 2017]
- 1.1.2
- Moleong, Lexy. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya, Bandung
- Noer, Sjaifullah, dkk. 1996. *Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid I, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Nurhasanah, Nunung. 2010. *Ilmu Komunikasi Dalam Konteks Keperawatan*. Trans Info Media, Jakarta
- Sarwono,W. Sarlito. 2005. *Psikologi Sosial Psikologi Kelompok dan Psikologi Terapan*. Balai Pustaka, Jakarta
- Soerjono, Soekanto. 1982. *Sosiologi Suatu Pengantar*, Rajawali Pers, Jakarta

Sugiyono. 2009, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Alfabeta, Bandung

Wulansari, Dewi. 2009. *Sosiologi Konsep dan Teori*, Refika Aditama, Bandung

_____, 2017. *Pengertian Dinamika*, kbbi.web.id [Diakses 3 September 2017]

_____,(2017) *Penderita hiv di pontianak didominasi ibu rumah tangga*,
www.suaranusantara.com/penderita-hiv-di-pontianak-didominasi-ibu-rumah-tangga/ [Diakses 21 September 2017]