

Prediktor Sikap Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan HIV & AIDS di Kabupaten Jember

Peneliti : Ni'mal Baroya, S. KM., M. PH¹
Sumber Dana : BOPTN T.A. 2015

¹ Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

ABSTRAK

Secara global, HIV dan AIDS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Meskipun saat ini epidemi HIV dan AIDS secara global menunjukkan kondisi stabil, namun secara statistik masih dilaporkan terdapat peningkatan jumlah infeksi baru di beberapa negara termasuk Indonesia. Kabupaten Jember masih harus bekerja keras dalam melawan laju epidemi HIV dan AIDS. Hambatan utama dalam implementasi program pencegahan HIV dan AIDS adalah adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember. Penelitian yang bersifat observasional ini menggunakan desain studi *cross sectional*. Subjek penelitian adalah masyarakat umum berusia 15-24 tahun berjumlah 300 responden. Penentuan sampel menggunakan teknik sampling bertahap. Tahap pertama yaitu menentukan kluster desa secara acak sederhana kemudian menentukan responden tiap desa secara acak sistematis. Data dikumpulkan menggunakan teknik wawancara terstruktur dan *self report* dengan alat bantu kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat penerimaan terhadap ODHA di Kabupaten Jember masih memprihatinkan. Mayoritas (81,4%) responden menyatakan tidak bersedia membeli makanan jika mengetahui penjualnya HIV⁺. Lima puluh persen lebih mereka tidak setuju jika guru perempuan yang HIV⁺ tetap mengajar meskipun tidak sakit. Demikian juga terhadap anak yang HIV⁺ belum bisa diterima sekolah bersama anak yang HIV negatif. Distribusi sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA secara signifikan berbeda menurut usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan dan status pekerjaan. Adapun tingkat pengetahuan tentang HIV dan AIDS serta tempat tinggal tidak berbeda secara signifikan. Faktor yang signifikan menjadi prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA adalah usia dan jenis kelamin. Usia lebih muda (15-19 tahun) dan perempuan mempunyai kemungkinan lebih besar bersikap menstigma dan mendiskriminasi terhadap ODHA. Dengan demikian diseminasi informasi tentang HIV dan AIDS yang benar dan akurat tetap diperlukan karena sangat penting tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan tetapi juga untuk mempercepat penerimaan terhadap ODHA sehingga sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA bisa berkurang.

Kata kunci: sikap, stigma, diskriminasi, ODHA,

Prediktor Sikap Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan HIV & AIDS Di Kabupaten Jember

Peneliti : Ni'mal Baroya, S. KM., M. PH¹
Sumber Dana : BOPTN T.A. 2015

¹ Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

EXECUTIVE SUMMARY

Latar Belakang

Secara global, HIV dan AIDS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Meskipun saat ini epidemi HIV dan AIDS secara global menunjukkan kondisi stabil, namun secara statistik masih dilaporkan terdapat peningkatan jumlah infeksi baru di beberapa negara (UNAIDS, 2008) termasuk Indonesia. Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang harus bekerja keras dalam melawan laju epidemi HIV dan AIDS. Sejak tahun 2009, kasus HIV dan AIDS di Kabupaten Jember terus meningkat setiap tahun. Secara kumulatif, kasus HIV dan AIDS di Kabupaten Jember sampai dengan Desember 2013 mencapai 1.065 kasus (KPA-Jember, 2013).

Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) tidak hanya berhadapan dengan masalah kesehatan namun juga menghadapi masalah sosial yang berhubungan dengan penyakitnya. Salah satu hambatan yang dialami orang berisiko atau yang terinfeksi HIV dan AIDS adalah stigma (Greeff et al., 2008). Stigma meningkatkan ketertutupan dan penolakan sehingga berakibat sebagai katalisator penularan (Rankin et al., 2005). Reaksi yang diterima ODHA terhadap status infeksi dari orang lain bermacam-macam. Beberapa ODHA mendapat dukungan sehingga secara positif mempengaruhi hidupnya. Terdapat juga ODHA yang mendapat stigma negatif sehingga mempengaruhi ODHA dalam pencarian pelayanan test HIV, pencarian pelayanan perawatan kesehatan setelah terdiagnosis, kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien HIV positif dan akhirnya muncul persepsi dan perawatan negatif yang diterima ODHA dari masyarakat, keluarga

bahkan pasangannya (Gerbert et al., 1991). Hal ini menjadikan terjadinya pengucilan terhadap ODHA dari komunitasnya dan pada akhirnya berdampak pada keseluruhan kualitas hidupnya (Greeff *et al.*, 2008, Rankin *et al.*, 2005).

Stigma terhadap HIV dan AIDS menghasilkan sikap diskriminasi dan akhirnya mengakibatkan penyebaran HIV dan AIDS semakin meluas (Busza, 1999). Ketakutan teridentifikasi sebagai ODHA menghambat seseorang mengambil pelajaran dari statusnya, mengubah perilaku yang tidak aman dan mendapat perawatan sebagai ODHA (Letamo, 2003). Sebuah penelitian di Botswana dan Zambia menemukan bahwa stigma terhadap ODHA mencegah seseorang berpartisipasi dalam program *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) dan program pencegahan penularan dari ibu ke anak (Nyblade and Field, 2002). Letamo (2003) menambahkan, stigma dan diskriminasi juga secara intensif menyakiti ODHA dan keluarganya.

Alonzo dan Reynolds (1995) dalam Letamo (2003) menyatakan, ODHA terstigma karena beberapa alasan, yaitu 1) penyakit yang diderita dianggap berhubungan dengan perilaku menyimpang, 2) dipandang sebagai penyakit karena perilakunya sendiri sehingga menjadi tanggung jawab individu, 3) menodai agama dan kepercayaannya karena sudah berperilaku tidak bermoral, 4) dianggap menularkan dan mengancam masyarakat sekitarnya, 5) berhubungan dengan kematian yang tidak menyenangkan dan tidak wajar, dan 6) tidak diterima dengan baik oleh masyarakat sekitarnya dan menerima pandangan negatif dari petugas kesehatan.

Masih sedikit ditemukan penelitian tentang stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV dan AIDS di Indonesia apalagi di Jember. Diskriminasi terhadap ODHA atau orang yang diduga terinfeksi HIV tidak hanya merupakan sikap yang salah dan melanggar hak asasi manusia, namun juga menjadikan ketidakefektifan dalam pengukuran status kesehatan masyarakat di Indonesia pada umumnya, dan Kabupaten Jember pada khususnya. Jika hal ini tidak segera mendapat perhatian, target MDGs ke-6 akan sulit tercapai.

Upaya pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA menjadi salah satu strategi dalam respon global dan nasional terhadap epidemi HIV dan AIDS. Oleh karena itu, diperlukan sebuah penelitian yang mampu menjadi basis bukti untuk merumuskan

program pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Penelitian ini berusaha mengungkap tentang faktor yang mempengaruhi sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember dengan pendekatan modifikasi kerangka konsep yang dikembangkan oleh Letomo (2003) di Bostwana dan faktor yang terkait dengan stigma menurut Mbonu *et al.* (2009) yang terdiri atas konstruksi sosial, *stereotype*, kepercayaan tertentu, akses dan peran program anti retroviral therapy (ART), agama dan gender. Variabel yang merefleksikan pengetahuan tentang penularan HIV dan AIDS serta karakteristik sosial dan demografi individu digunakan sebagai variabel prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Tujuan utama penelitian ini adalah mendapatkan gambaran prevalensi dan menganalisis faktor yang mampu menjadi prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember. Adapun secara khusus, penelitian ini bertujuan sebagai berikut (1) mengidentifikasi karakteristik sosiodemografi, pengetahuan dan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA di Kabupaten Jember, (2) menganalisis perbedaan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berdasarkan karakteristik sosiodemografi dan pengetahuan tentang HIV dan AIDS di Kabupaten Jember dan (3) menganalisis prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berdasarkan karakteristik sosiodemografi dan pengetahuan tentang HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.

Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat analitik, observasional dan menggunakan pendekatan *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat diamati pada saat bersamaan. Subjek penelitian ini adalah masyarakat yang berusia 15-24 tahun yang berdomisili di Kabupaten Jember. Sampel ditentukan dengan metode *rapid survey*, yaitu menerapkan rancangan sampel 2 tahap, yaitu pemilihan klaster secara *probability proportionate size* dan pemilihan sampel rumah tangga secara *simple random* atau dengan sistem rumah terdekat. Penelitian ini membutuhkan 30 klaster desa dan setiap klaster diambil sebanyak 10 rumah tangga. Dengan demikian besar sampel penelitian ini berjumlah 300 responden.

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

Data yang telah dikumpulkan diolah menggunakan *software* pengolah data kemudian data dianalisis secara univariabel, bivariabel dan multivariabel. Analisis bivariabel menggunakan uji statistik *chi-square* sedangkan analisis multivariabel menggunakan uji regresi logistic dengan $\alpha = 5\%$.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian yang menggunakan subjek populasi umum berusia 15-24 tahun ini menunjukkan bahwa tingkat penerimaan terhadap ODHA di Kabupaten Jember masih memprihatinkan. Mayoritas (81,4%) responden masih menyatakan tidak bersedia membeli makanan jika mengetahui penjualnya HIV⁺. Lima puluh persen lebih mereka tidak setuju jika guru perempuan yang HIV⁺ tetap mengajar meskipun tidak sakit. Demikian juga terhadap anak yang HIV⁺ belum bisa diterima sekolah bersama anak yang HIV⁻. Kondisi ini berbeda dengan di Kenya yang tingkat penerimaan masyarakat umum terhadap ODHA sudah cukup tinggi (60% persen bisa menerima guru perempuan yang HIV⁺).

Perbedaan tingkat penerimaan sebagai manifestasi sikap stigma terhadap ODHA antara masyarakat Kenya dan masyarakat Jember di Indonesia merupakan konsekuensi dari perbedaan situasi epidemi HIV di masing-masing wilayah. Tingginya tingkat penerimaan terhadap ODHA di Kenya bisa dijelaskan berdasarkan fakta bahwa proporsi masyarakat umum yang mengetahui orang berstatus ODHA atau meninggal karena AIDS sudah tinggi. Dengan kata lain, infeksi HIV sudah tidak dipandang sebagai

peristiwa langka atau menyimpang dari pengalaman sehari-hari. Hal inilah yang mengurangi sikap stigma masyarakat terhadap ODHA (Chiao *et al.*, 2008). Sementara, epidemi HIV dan AIDS di Indonesia pada umumnya (kecuali Papua) dan Jember khususnya masih pada tahap terkonsentrasi. Sehingga sebagian masyarakat umum berpandangan ODHA serta OHIDA merupakan bagian dari anggota masyarakat yang kehilangan kehormatan dan kedudukan.

Hasil penelitian ini menemukan bahwa guru perempuan HIV⁺ kurang bisa diterima oleh masyarakat umum untuk tetap mengajar meskipun tidak sakit. Hal ini memberi konsekuensi lebih lanjut terhadap perbedaan kualitas perawatan yang diterima di tingkat rumah tangga maupun komunitas antara ODHA laki-laki dengan ODHA perempuan terutama terjadi di negara-negara berkembang (Amuyunzu-Nyamongo *et al.*, 2007; UNAIDS. 2004; Chiao *et al.*, 2008). Di samping itu, status perempuan di masyarakat yang masih ter subordinasi, sehingga mereka sering mendapat stigma ganda selain sebagai ODHA juga dianggap sebagai pihak yang bertanggung jawab terjadinya penularan HIV (Muyinda *et al.*, 1997; Chiao *et al.*, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA secara signifikan berhubungan dengan karakteristik sosiodemografi. Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan dan status pekerjaan secara signifikan berhubungan dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Usia lebih muda (15-19 tahun) mempunyai kemungkinan bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA 2 kali lebih besar daripada yang berusia lebih tua (20-24 tahun). Hal ini dibuktikan dengan nilai OR=1,943; 95% CI=2,10-7,96. Perempuan, lebih mungkin bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA 2 kali lebih besar daripada laki-laki (OR=1,918; 95% CI=1,15-3,19). Demikian juga status pernikahan dan status pekerjaan. Berstatus menikah dan tidak bekerja lebih mungkin mempunyai sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA 2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang belum menikah dan bekerja (masing-masing OR; 95% CI =2,00;1,02-3,94 & 2,05; 1,15-3,04). Sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA juga berbeda menurut tingkat pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan, kemungkinan bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA semakin besar. Berpendidikan Sekolah Dasar (SD), 2,43 kali

lebih besar mempunyai sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan SLTA atau PT (95% CI=1,00-5,82). Sementara itu, berpendidikan SLTP mempunyai kemungkinan 1,83 kali lebih besar bersikap menstigma dan mendiskriminasi ODHA dibandingkan dengan yang berpendidikan SLTA atau PT (95% CI=1,06-3,15).

Tabel 2. Persentase, Odds-ratio dan 95% CI Sikap Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA

| Variabel | Sikap Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA | | | | X ² | P-value | OR | 95% CI |
|----------------------------|---|------|-------|------|----------------|---------------|-------|--------------|
| | Ya | | Tidak | | | | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Usia | | | | | | | | |
| 15-19 thn | 97 | 39,3 | 69 | 27,9 | 5,278 | 0,022* | 1,943 | (2,10-7,96)* |
| 20-24 thn | 34 | 13,8 | 47 | 19,0 | | | 1 | |
| Jenis Kelamin | | | | | | | | |
| Perempuan | 83 | 33,6 | 56 | 22,7 | 5,092 | 0,024* | 1,918 | (1,15-3,19)* |
| Laki-laki | 48 | 19,4 | 60 | 24,3 | | | 1 | |
| Status Pernikahan | | | | | | | | |
| Menikah | 30 | 12,1 | 15 | 6,1 | 3,462 | 0,063 | 2,00 | (1,02-3,94)* |
| Belum menikah | 101 | 40,9 | 101 | 40,9 | | | 1 | |
| Pendidikan | | | | | | | | |
| SD | 18 | 7,3 | 10 | 4,0 | | | 2,42 | (1,00-5,82)* |
| SLTP | 75 | 30,4 | 55 | 22,3 | 6,374 | 0,041* | 1,83 | (1,06-3,15)* |
| SLTA&PT | 38 | 15,4 | 51 | 20,6 | | | 1 | |
| Status Pekerjaan | | | | | | | | |
| Tidak Bekerja | 105 | 42,5 | 77 | 31,2 | 5,330 | 0,021* | 2,05 | (1,15-3,64)* |
| Bekerja | 26 | 10,5 | 39 | 15,8 | | | 1 | |
| Tempat Tinggal | | | | | | | | |
| Perdesaan | 116 | 47,0 | 103 | 41,7 | 0,000 | 1,000 | 1,03 | (0,46-2,25) |
| Perkotaan | 15 | 6,0 | 13 | 5,3 | | | 1 | |
| Tingkat Pengetahuan | | | | | | | | |
| Kurang | 15 | 6,1 | 11 | 4,5 | | | 1,485 | (0,63-3,51) |
| Sedang | 60 | 24,3 | 44 | 17,8 | 2,388 | 0,303 | 1,485 | (0,87-2,53) |
| Baik | 56 | 22,7 | 61 | 24,7 | | | 1 | |

Keterangan: * signifikan p<0,05

Temuan hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian sebelumnya di beberapa wilayah termasuk di Kenya, Amerika Serikat dan China yang menemukan bahwa penerimaan terhadap ODHA secara signifikan berhubungan dengan usia, pendidikan, pengetahuan tentang AIDS, meskipun sudah mempertimbangkan variabel di tingkat komunitas (Chiao *et al.*, 2008). Namun hasil penelitian ini menemukan bahwa tempat

tinggal dan tingkat pengetahuan tentang HIV dan AIDS tidak signifikan berhubungan dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (masing-masing $p\text{-value} = 1,000$ dan $0,303$). Berkaitan dengan temuan tersebut, hasil penelitian ini tidak konsisten dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tentang HIV dan AIDS dapat mengurangi sikap tidak toleran terhadap ODHA (Ezedinachi *et al.*, 2002; Herek *et al.*, 2002; Chiao, 2008). Meskipun demikian, upaya meningkatkan pengetahuan komprehensif tetap harus dilakukan. Diseminasi informasi tentang HIV dan AIDS yang benar dan akurat mutlak diperlukan karena sangat penting tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan tetapi juga untuk mempercepat penerimaan terhadap ODHA sehingga sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA bisa berkurang.

Tempat tinggal tidak menjadi faktor yang signifikan berhubungan dengan sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian di Thailand yang menemukan bahwa reaksi terhadap ODHA lebih positif pada masyarakat yang tinggal di pedesaan daripada perkotaan (VanLandinghal *et al.*, 2005). Setelah dilakukan analisis multivariabel, faktor yang signifikan menjadi prediktor sikap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA adalah usia dan status pernikahan.

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

Kesimpulan dan Saran

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

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

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

Kata kunci: sikap, stigma, diskriminasi, ODHA,

Daftar Pustaka

- Amuyunzu-Nyamongo, M., Okeng'o, L., Wagura, A. & Mwenza, E. (2007) Putting on a Brave Face: The Experiences of Women Living With HIV and AIDS in Informal Settlements of Nairobi, Kenya. *AIDS Care*, 19(supplement 1): S25-S34.
- Busza, J. (1999) *Challenging HIV-related stigma and discriminations in Southeast Asia: past successes and future priorities (review)*, New York: Population Council Horizons.
- Chiao, C., Mishra, V., Sambisa, W. (2008) *Individual-and Community-level Determinants of Social Acceptance of People Living with HIV in Kenya: Results*

from a National Population-Based Survey. Maryland-USA: DHS Measure-USAID.

- Ezedinachi, E. N. E., M. W. Ross, M. Meremiku, E. J. Essienb. C. B. Edema. E. Ekurea, and O. Ita (2002) The Impact of an intervention to change workers HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria: A controlled trial. *Public Health* 116(2): 106-112
- Gerbert, B., Sumser, J. & Maguire, T. B. (1991) The impact of who you know and where you live on opinions about AIDS and health care. *Social Science and Medicine*, 32(6): 677-681.
- Greeff, M., Phetlhu, R. & Makoae, L. N. (2008) Disclosure of HIV status: experience and perceptions of persons living with HIV/AIDS and nurses involved in their care in Africa *Qualitative Health Research*, 18(3): 311-324.
- Herek, G. M., J. P. Capitano, and K. F. Widaman (2002) HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence Trends, 1991-1999. *American Journal Public Health* 92(3): 371-377.
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (1989) *Applied Logistic Regression*, New York: Wiley.
- KPA-Jember (2013) *Kompilasi Data HIV dan AIDS KPA Kabupaten Jember Tahun 2013*. Jember: Komisi Penanggulangan AIDS Kab. Jember.
- Letamo, G. (2003) Prevalence of, and Factors Associated with, HIV/AIDS-related Stigma and Discriminatory Attitudes in Botswana. *J Health Popul Nutr*, Dec;21(4)347-357.
- Muyinda, H., J. Seeley, H. Pickering, and T. Barton. (1997) Social Aspects of AIDS-related stigma in rural Uganda. *Health and Place* 3(3): 143-147.
- Nyblade, L. & Field, M. L. (2002) *Women, communities, and the prevention of mother-to-child transmission of HIV: issues and findings from community research in Botswana and Zambia*. [Online]. <http://www.icrw.org>. [Accessed 10 April 2014].
- Rankin, W. W., Brennan, S., Schell, E., Laviwa, J. & Rankin, S. H. (2005) The Stigma of Being HIV-positive in Africa. *PloS Medicine*, 2(8): e.247.
- UNAIDS (2004) *Report on the Global AIDS Epidemic*. 4th Global Report. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2008) AIDS epidemic update. http://data.unaids.org/pub/EPIslides/2007/2007_epiupdate_en.pdf.

VanLadingham, M., W. Im-em, and C. Saengtienchai. (2005) *Community reactions to person with HIV/AIDS and their parents in Thailand*. Research Report 05-577. Population Studies Center, University of Michigan, Institute for Social Research