

DETERMINAN PEMBANGUNAN DAERAH DAN ANGKA HIV/AIDS DI INDONESIA

Nabilla Salma Khairunisa¹, Estro Dariatno Sihaloho²

Departemen Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Padjadjaran, Jln. Dipati Ukur No. 35, Bandung, 40132, Jawa Barat, Indonesia
nabilla16003@mail.unpad.ac.id

ABSTRACT

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) which caused by HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection is diseases that causes loss of immunity and makes people are easily infected with infectious diseases. Currently, Indonesia stands at third place in the world for the number of sufferers / victims, and also a country with the fastest spread of HIV / AIDS in the world. This paper aims to analyze how the development of a region either through independent variables such as the illiteracy rate, population density, Human Development Index (HDI), and gini ratio will affect HIV cases in Indonesia. This paper is really important to be read in order to reduce the rate of HIV / AIDS in Indonesia. The HIV epidemic has proven to be the biggest global public health challenge of the 21st century. The author uses secondary data in 2013 to 2015 from the Central Bureau of Statistics (BPS) and Ministry of Health in Indonesia. The author builds a fixed effect model and used Hausman Test and decryption analysis. The result of the regression test shows that the illiteracy rate, population density, Human Development Index (HDI), and gini ratio have significant effect on HIV / AIDS cases in Indonesia.

Keywords: HIV, The Illiteracy Rate, Population Density, Economy Impact, Regional Development

ABSTRAK

Penyakit AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) yang disebabkan infeksi HIV (Human Immunodeficiency Virus) yang menyebabkan hilangnya kekebalan tubuh sehingga penderita mudah terjangkit penyakit infeksi. Indonesia berada pada posisi nomor tiga di dunia untuk jumlah penderitanya, dan Indonesia juga menjadi negara dengan persebaran HIV/AIDS tercepat di dunia. Paper ini bertujuan untuk menganalisis bagaimana pembangunan suatu daerah baik melalui variabel independen seperti angka buta huruf, kepadatan penduduk, indeks pembangunan manusia, dan rasio gini akan mempengaruhi kasus HIV di Indonesia. Paper ini penting untuk dibaca agar tingkat HIV/AIDS di Indonesia mengalami penurunan. Epidemik HIV telah terbukti menjadi tantangan kesehatan masyarakat global terbesar pada abad ke-21. Penulis menggunakan data sekunder pada tahun 2013 hingga 2015 dari Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan RI. Penulis membangun fixed effect model dan menggunakan Hausman Test serta analisis deskripsi. Hasil uji regresi menunjukkan bahwa angka buta huruf, kepadatan penduduk, indeks pembangunan manusia, dan rasio gini berpengaruh signifikan terhadap kasus HIV/AIDS di Indonesia.

Kata Kunci: HIV, Angka Buta Huruf, Kepadatan Penduduk, Dampak Ekonomi, Pembangunan Daerah

PENDAHULUAN

Menurut laporan WHO pada akhir tahun 2009, sekitar 33,3 juta orang hidup dengan HIV dan sekitar 2,6 juta orang dengan kasus infeksi baru HIV, dan 1,8 juta meninggal karena AIDS termasuk 260.000 anak-anak. Selain itu, di seluruh dunia setiap hari diperkirakan sekitar 2000 anak di bawah 15 tahun tertular virus HIV dan telah menewaskan 1400 anak di bawah usia 15 tahun, serta menginfeksi lebih dari 6000 orang usia produktif (Purwaningsih & Widayatun, 2008).

Pada saat ini data HIV/AIDS di Indonesia, jumlahnya semakin meningkat. Data laporan hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan total kasus HIV di Indonesia sebesar 30.935 dengan persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25 hingga 49 tahun sebesar 69,7%, diikuti kelompok umur 20 hingga 24 tahun sebesar 16,6%, dan kelompok di atas 50 tahun sebesar 7,2% (Data Kementerian Kesehatan RI, 2015). Rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1 atau dua laki-laki dibandingkan satu perempuan. Persentase faktor risiko HIV tertinggi terjadi akibat hubungan seks berisiko pada heteroseksual sebesar 47%, LSL atau lelaki seks lelaki sebesar 25%, penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun atau kelompok pengguna narkoba yang memakai jarum suntik sebesar 3%, serta faktor lainnya sebesar 25%.

Sedangkan untuk persentase AIDS tertinggi pada kelompok umur 30 hingga 39 tahun sebesar 37,7%, diikuti kelompok umur 20 hingga 29 tahun sebesar 29,9%, dan kelompok umur 40 hingga 49 tahun sebesar 19%. Untuk rasio antara laki-laki dan perempuan sebesar 2:1 atau dua laki-laki dibandingkan satu perempuan yang menderita AIDS di Indonesia. Sementara persentase faktor risiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks risiko pada heteroseksual sebesar 73,48%, LSL atau lelaki seks lelaki sebesar 10,5%, penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun atau kelompok pengguna narkoba yang memakai jarum suntik sebesar 5,2%, dan perinatal sebesar 2,6%.

Jumlah infeksi HIV tertinggi terjadi di provinsi DKI Jakarta sebesar 40000, diikuti Jawa Timur sebesar 26052, Papua sebesar 21474, Jawa Barat sebesar 18727, dan Jawa Tengah sebesar 13547. Sedangkan AIDS terbanyak terjadi di Jawa Timur sebesar 14499, Papua sebesar 13335, DKI Jakarta sebesar 8105, Bali sebesar 5934, Jawa Tengah sebesar 5049, Jawa Barat sebesar 4919, Sumatera Utara sebesar 3761, Kalimantan Barat sebesar 2481, Sulawesi Selatan sebesar 2321, dan NTT sebesar 1935.

AIDS telah menyebabkan kematian lebih dari 25 juta orang sejak pertama kali adanya AIDS di dunia sejak tahun 1981 (Kemenkes RI, 2002). Jika di Indonesia, sejak kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan pada tahun 1987 di Bali, jumlah kasus HIV/AIDS terus bertambah dan menyebar di seluruh provinsi di Indonesia. Virus HIV diperkirakan telah menginfeksi antara 172.000 hingga 219.000 orang di Indonesia (Departemen Kesehatan, 2006).

Penderita yang terkena AIDS dinyatakan sebagai pembawa dan penular HIV. Salah satu cara menurunkan kasus HIV yang ada yaitu dengan memodifikasi lingkungan dengan mengubah perilaku seks di masyarakat. AIDS dinyatakan sebagai penyakit mematikan, biasanya kurun lima tahun setelah penderita dinyatakan menderita AIDS rata-rata akan meninggal dunia.

Selama ini data yang digunakan secara resmi mengenai jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia dikeluarkan Ditjen PPM dan PL DEPKES RI secara periodik setiap tiga bulan. Namun sayangnya, data tersebut belum dilengkapi dengan karakteristik sosial ekonomi penderita, seperti pendidikan, ekonomi, jenis pekerjaan, dan status migrasi seseorang. Ketersediaan data mengenai karakteristik sosial ekonomi penderita HIV/AIDS penting untuk mengkaji kasus-kasus HIV/AIDS di Indonesia menurut karakteristik sosio ekonomi yang dapat membantu upaya dan strategi penanganan HIV/AIDS.

Menurut penelitian di Moscow, risiko paling tinggi untuk terinfeksi HIV/AIDS yaitu perempuan pekerja seks. 79% dari perempuan pengidap HIV berasal dari kelompok pekerja seks. Selain itu, menurut survei di tahun 1998, sebanyak 54% perempuan pekerja seks didasari sebagian besar karena alasan kebutuhan ekonomi dan kesulitan mendapatkan pekerjaan karena rendahnya pendidikan yang dimiliki.

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang di dunia dengan jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan sebanyak 39,05 juta orang atau 17,75% dari jumlah total penduduk (Badan Pusat Statistik, 2007). Kemiskinan dan HIV/AIDS merupakan dua hal yang berhubungan erat, karena kemiskinan merupakan faktor yang menyebabkan seseorang dekat dengan perilaku-perilaku yang memiliki risiko terkena HIV/AIDS. Salah satu perilaku akibat kemiskinan yaitu wanita yang mencari tambahan pemasukan keuangan dengan menjadi PSK karena jumlah lapangan pekerjaan dan pencari kerja tidak seimbang mengakibatkan sulitnya mendapatkan pekerjaan. Menurut Departemen Kesehatan RI pada tahun 2006, jumlah PSK pada tahun 2006 adalah antara 177000 hingga 265000 orang dengan jumlah pengguna seks komersial 7000 hingga 10000 orang (Rokhmah, 2015).

Selain itu, menurut Menteri Kesehatan tahun 2012 hingga 2016, pola penularan HIV/AIDS tertinggi melalui transmisi seksual sebesar 81,8%. Letak geografis Indonesia yang strategis untuk perdagangan dan pariwisata juga merupakan faktor yang juga mempercepat peningkatan jumlah penduduk yang terinfeksi HIV/AIDS. Meningkatnya wisatawan atau pekerja asing yang masuk ke Indonesia telah mengakibatkan penduduk sangat rentan terhadap infeksi HIV/AIDS. Selain itu, data yang diperoleh dari Kanwil Departemen Kesehatan Jawa Timur menunjukkan adanya peningkatan kasus HIV-AIDS di antara para TKI dari tahun ke tahun (Purwaningsih & Widayatun, 2008).

Selain itu, adanya perpindahan penduduk jangka pendek seperti turis, pelaut yang tinggal beberapa saat di pelabuhan, dan kunjungan ke daerah lain untuk kepentingan bisnis juga merupakan faktor penting yang dapat meningkatkan kasus HIV/AIDS di Indonesia. Dengan pergerakan penduduk yang bersifat sirkuler ini, maka tidak tertutup kemungkinan bagi

seseorang untuk berhubungan seks dengan pasangan sementara di tempat lain. Hal ini banyak terjadi di daerah Bali, banyaknya jumlah wisatawan asing yang berkunjung ke Bali menjadi faktor yang mempercepat arus penularan HIV/AIDS. Ditemukannya kasus HIV/AIDS pertama di Indonesia pada warga negara Belanda yang berkunjung di Bali pada tahun 1987 merupakan bukti yang kuat bahwa penularan HIV/AIDS ini sangat berkaitan dengan mobilitas penduduk.

Pendidikan yang rendah serta pengetahuan yang kurang tentang penyebaran HIV berhubungan erat dengan peningkatan penyebaran virus HIV. Menurut survei, PSK memiliki pendidikan yang mayoritas rendah, sebagai contoh PSK di Lokalisasi Teluk Bayur, Bangka Belitung yang berpendidikan SD dan SMP sebesar 34,2%. Karena pendidikan yang rendah, mereka sulit mendapat pekerjaan sehingga memilih menjadi PSK untuk memenuhi kebutuhannya. Selain itu, di Papua memiliki risiko penyebaran HIV yang tinggi akibat kurangnya pendidikan dan pengetahuan mengenai seks sehingga mengakibatkan melakukan hubungan seksual yang tidak aman. Hanya 17,9% penduduk Papua yang menggunakan kondom selama melakukan hubungan seksual dengan alasan tidak nyaman saat menggunakannya. Padahal hubungan seksual yang tidak aman dan tidak menggunakan kondom merupakan faktor utama penyebaran virus HIV.

Oleh karena itu, terdapat korelasi yang erat antara pembangunan dan kesehatan pada suatu daerah. Dengan pembangunan daerah yang baik, maka sosial ekonomi daerah pun meningkat pula baik pada sektor ekonomi, pendidikan, serta kesejahteraan masyarakatnya. Didukung dengan komitmen global untuk meningkatkan status kesehatan yang tercantum dalam Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals-MDGs*). Tujuan pembangunan milenium tersebut antara lain: (1) menurunkan angka kematian anak sebesar dua pertiganya pada tahun 2015 dari keadaan tahun 1990; (2) menurunkan angka kematian ibu melahirkan sebesar tiga perempatnya pada tahun 2015 dari keadaan 1990; dan (3) menahan peningkatan prevalensi penyakit HIV/AIDS dan penyakit utama lainnya pada tahun 2015. Tujuan pembangunan milenium inilah difokuskan terhadap pengurangan kemiskinan dan beberapa tujuan kesehatan, sehingga terdapat keterkaitan antara upaya keseluruhan penurunan kemiskinan dengan investasi di bidang kesehatan terutama penyakit HIV/AIDS.

Beberapa sejarah telah membuktikan bahwa pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat dapat memberantas penyakit dan peningkatan gizi, termasuk memberantas penyakit HIV/AIDS. Hal ini telah terjadi di Inggris selama revolusi industri, Jepang dan Amerika Selatan pada awal abad ke-20, serta pembangunan di Eropa Selatan dan Asia Timur pada tahun 1950 hingga 1960.

Maka dari itu, penulis mengangkat judul Determinan Pembangunan Daerah dan Angka HIV/AIDS di Indonesia agar pembaca dapat mengetahui variabel apa saja yang dapat mempengaruhi HIV/AIDS di negara berkembang terutama di Indonesia. Penulis berharap dengan mengetahui variabel apa saja yang dapat mempengaruhi tingkat HIV/AIDS maka dapat mengurangi kasus HIV/AIDS terutama di Indonesia.

LITERATURE REVIEW

PENGERTIAN HIV/AIDS

HIV atau Human Immunodeficiency Virus merupakan retrovirus yang menyerang sel-sel pada sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga tubuh kehilangan imunitas dan kekebalan terhadap serangan yang masuk dan tubuh menjadi lemah serta rentan terinfeksi (World Health Organization, 2005). HIV menyebabkan defisiensi imunitas tubuh manusia secara perlahan-lahan, dengan masa inkubasi yang cukup lama, yaitu 5 hingga 15 tahun untuk muncul sepenuhnya. HIV merupakan agen pembawa penyakit AIDS.

AIDS atau Acquired Immune Deficiency Syndrome merupakan penyakit yang timbul akibat defisiensi imunitas tubuh. Ditandai dengan timbulnya serangkaian infeksi dan serangan berbagai penyakit terhadap tubuh, sehingga daya tahan tubuh menurun drastis. Penyakit AIDS disebabkan oleh infeksi virus HIV.

Menurut Centers For Disease Control and Prevention (CDC), HIV ditransmisi melalui kontak seksual dengan orang yang terinfeksi, memakai jarum bekas dengan orang yang terinfeksi, dan melalui transfusi darah dengan darah yang terinfeksi. Wanita yang terinfeksi dengan HIV juga dapat menginfeksi bayi mereka sebelum atau semasa kelahiran dan juga semasa menyusuan selepas dilahirkan (CDC, 2007).

CARA PENGOBATAN HIV/AIDS

Cara pengobatan dan vaksinasi HIV/AIDS masih belum ditemukan, satu-satunya solusi yang diwujudkan WHO adalah dalam bentuk obat-obatan ARV (Anti Retro Viral). Injeksi dan konsumsi obat-obatan ARV menyebabkan turunnya jumlah virus HIV di dalam tubuh penderita hingga mencapai batas normal, dimana penderita HIV/AIDS dapat beraktivitas seperti biasa. Pengobatan dengan obat-obatan ARV tidak memusnahkan virus HIV di dalam tubuh, namun hanya mampu menekan agar jumlah virus HIV di dalam tubuh tidak cukup untuk menyebabkan timbulnya penyakit AIDS. Oleh sebab itu, obat-obatan ARV harus dikonsumsi penderita HIV/AIDS seumur hidup.

HIV/AIDS DAN DAMPAK EKONOMI

Epidemi HIV/AIDS akan menimbulkan biaya yang tinggi, baik pada pihak penderita maupun pemerintah. Hal ini dikarenakan belum ditemukan obat penyembuh HIV/AIDS yang dapat menyembuhkan secara total penyakit ini, sehingga penderita dan anggota keluarganya harus menanggung biaya perawatan untuk memperpanjang usia penderita. Dana yang diperlukan untuk pengobatan dan perawatan semakin lama semakin besar, sementara penghasilan penderita biasanya tetap atau bahkan berkurang akibat menderita penyakit HIV/AIDS.

Dampak HIV/AIDS terhadap perekonomian suatu negara adalah memperlambat pertumbuhan ekonomi dengan merusak jumlah penduduk yang merupakan usia produktif.

Hal itu disebabkan, penderita HIV/AIDS tidak hanya tidak bisa bekerja, tetapi juga akan membutuhkan fasilitas kesehatan yang memadai. Daerah yang memiliki jumlah penderita HIV/AIDS yang besar dapat meninggalkan banyak anak yatim piatu (Piot, Greener, & Russell, 2007).

Tingkat kematian yang meningkat juga dapat melemahkan *human capital* masyarakat di suatu negara. Akibatnya HIV/AIDS dapat menurunkan pembayaran pajak, menghabiskan dana publik yaitu biaya pengobatan penderita HIV/AIDS yang disubsidi oleh pemerintah yang seharusnya dapat dialokasikan untuk pendidikan dan fasilitas kesehatan lain akan tetapi pada akhirnya digunakan untuk mengatasi HIV/AIDS. Keadaan ini akan membebani keuangan negara dan memperlambat pertumbuhan ekonomi.

Penelitian Dawn C. Parker di tahun 2009 yang mengeksplorasi keterkaitan antara HIV/AIDS dengan ketersediaan tenaga kerja, produktivitas pertanian, sumber daya rumah tangga, konsumsi makanan, dan status kesehatan di tenggara pedesaan Uganda menjelaskan penyakit HIV/AIDS berdampak negatif terhadap keadaan ekonomi, sosial, dan lingkungan di seluruh Sub Sahara Afrika (Parker, Jacobsen, & Komwa, 2009). HIV/AIDS menyebabkan peningkatan janda, anak yatim, berkurangnya tenaga kerja karena sakit, dan hilangnya kepemilikan aset tanah. Selain itu, HIV/AIDS juga mempengaruhi jaring-jaring masyarakat tertentu yang saling terhubung dengan cara merusak keluarga dan memberikan kombinasi dampak yaitu stigma dan beban ekonomi. Epidemik HIV/AIDS mempunyai kapasitas yang besar untuk memperbesar semua masalah sosial. Ketika HIV/AIDS menyerang mereka yang sudah miskin maka dampaknya lebih hebat lagi. Akibatnya HIV/AIDS memperdalam dan memperparah kemiskinan yang sudah ada.

HIV/AIDS DI INDONESIA

Di Indonesia sendiri kasus HIV/AIDS semakin hari dilaporkan semakin bertambah kasusnya. Di Kabupaten Malang dilaporkan bahwa jumlah pengidap HIV/AIDS selama tiga tahun terakhir meningkat tajam. Sejak tahun 2005 hingga tahun 2006 meningkat 200%, dari 27 orang menjadi 97 orang. Di daerah lain, yaitu di Papua terdapat suatu daerah yang sebagian besar kantong darah yang siap ditransfusikan ternyata tercemar dengan HIV. Dengan demikian pasien yang seharusnya perlu mendapatkan tambahan darah, misalnya karena terserang Demam Berdarah Dengue (DBD), terpaksa melakukan pilihan yang sangat sulit yang sama-sama membahayakan kesehatan dirinya yang pada akhirnya juga membahayakan hidupnya (*human survival*).

METODE PENELITIAN

Metode yang penulis gunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan regresi data panel tahun 2013 hingga 2015. Data yang digunakan diambil dari data sekunder dari BPS dan Kementerian Kesehatan atau *bps.go.id*, *kemenkes.go.id*, dan *depkes.go.id*. Data-data yang diambil diolah menggunakan Software STATA14. Penulis juga menggunakan *fixed effect*

model dan metode analisis deskripsi untuk menjelaskan hubungan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kasus HIV di Indonesia.

Objek dalam penelitian ini adalah jumlah kasus HIV/AIDS, persentase buta huruf, jumlah kepadatan penduduk di Indonesia (jiwa/km²), indeks pembangunan manusia, dan rasio gini. Data diambil dari jumlah seluruh provinsi di Indonesia pada tahun 2013 hingga 2015, yaitu sebanyak 34 provinsi.

Penulis juga melakukan uji asumsi. agar hasil yang diperoleh mampu untuk memenuhi syarat BLUE (*Best, Linear, Unbiased, Estimator*). Model yang dihasilkan sebagai berikut:

$$y_{it} = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_{it} + \hat{\beta}_2 X_{it} + \hat{\beta}_3 X_{it} + \hat{\beta}_4 X_{it} + u_{it}$$

Keterangan :

y_{it} = Jumlah Kasus HIV/AIDS

$\hat{\beta}_0$ = Konstanta

$\hat{\beta}_1 X_{it}$ = Jumlah penduduk yang buta huruf

$\hat{\beta}_2 X_{it}$ = Jumlah kepadatan penduduk

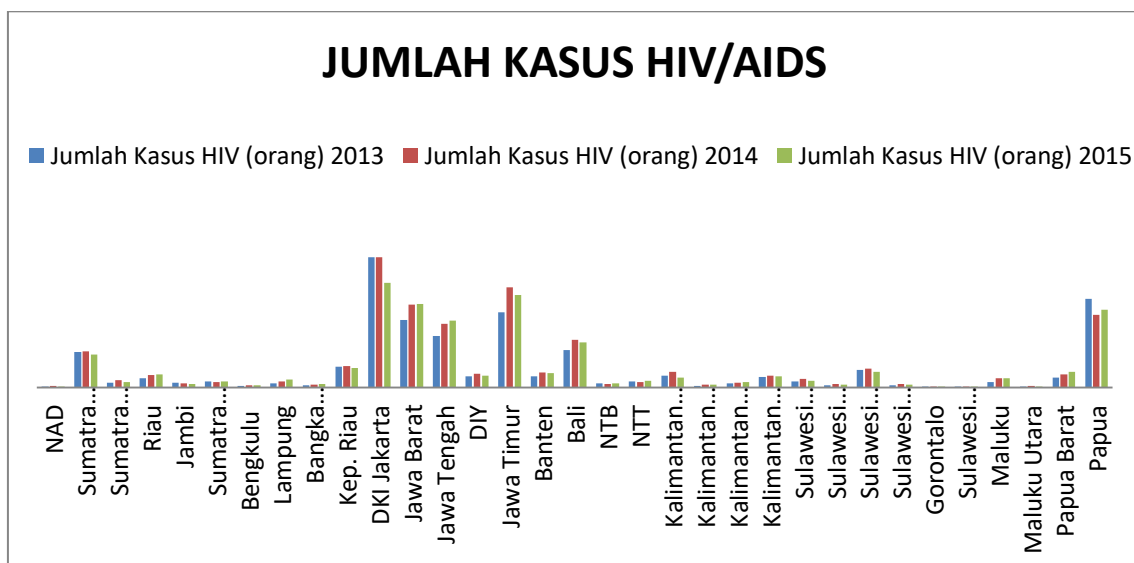
$\hat{\beta}_3 X_{it}$ = Indeks pembangunan manusia

$\hat{\beta}_4 X_{it}$ = Rasio gini

u_{it} = Error

Tujuan model ini untuk menginterpretasikan pengaruh antara persentase angka buta huruf, jumlah kepadatan penduduk di Indonesia (jiwa/km²), indeks pembangunan manusia, dan rasio gini terhadap kasus HIV/AIDS yang ada di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN



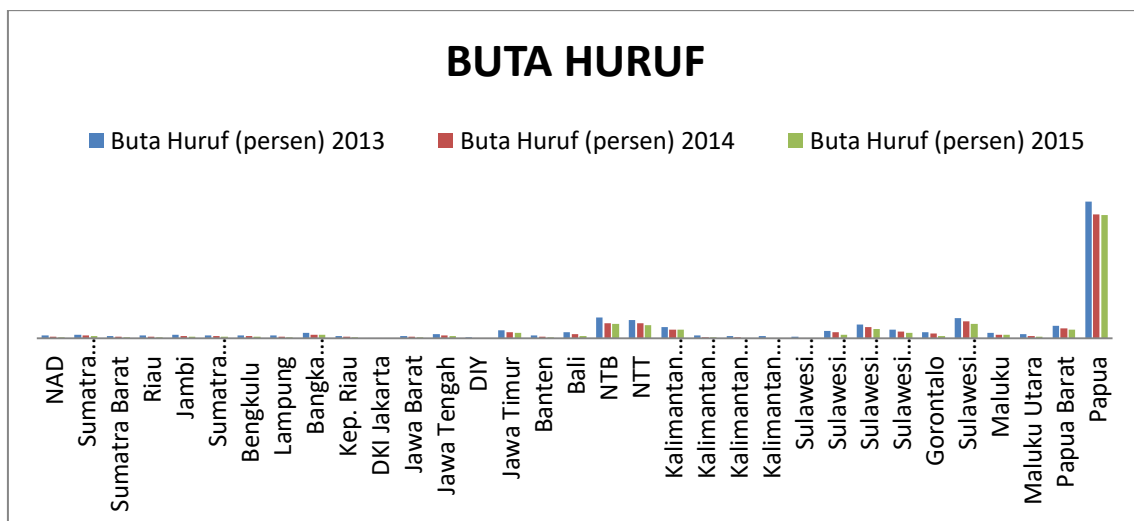
Grafik 1. Jumlah Kasus HIV/AIDS 2013-2015 di Indonesia

SUMBER: Riskesdas 2015

Berdasarkan grafik 1, memperlihatkan bahwa jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia, dimana DKI Jakarta menjadi provinsi tertinggi yang terdapat kasus HIV/AIDS, disusul oleh provinsi Jawa Timur, Jawa Barat, Papua, Jawa Tengah, dan Bali. Sedangkan Sulawesi Barat, Gorontalo, NAD, dan Maluku Utara adalah provinsi dengan jumlah kasus HIV/AIDS terendah pada tahun 2013 hingga 2015.

Setelah dilakukan regresi, penulis melihat angka buta huruf mempengaruhi kasus HIV/AIDS di Indonesia dimana nilai p-value 0.009, dan kurang dari 0,01 sehingga signifikan hingga level 1%. Hal ini menunjukkan peningkatan angka buta huruf sebanyak 1%, maka akan terjadi peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS sebanyak 1 orang.

Melek aksara adalah kemampuan untuk mengidentifikasi, mengerti, menerjemahkan, membuat, mengkomunikasikan dan mengolah isi dari rangkaian teks yang terdapat pada bahan-bahan cetak dan tulisan yang berkaitan dengan berbagai situasi (Unesco, 2017). Angka buta huruf di Indonesia kini sebesar 2,07%.



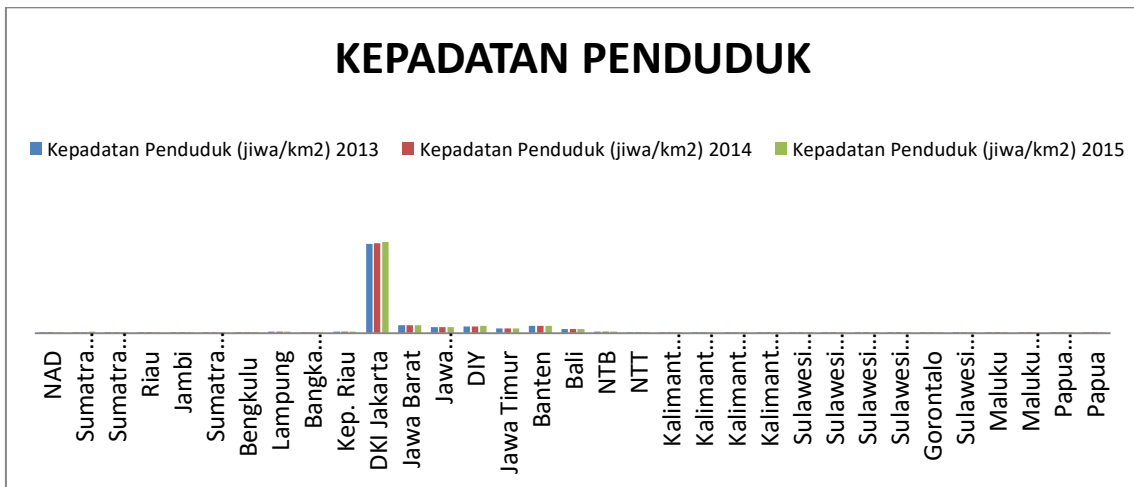
Grafik 2. Tingkat Buta Huruf 2013-2015 di Indonesia
SUMBER: BPS

Berdasarkan grafik 2, menunjukkan bahwa angka buta huruf di Indonesia tertinggi pada provinsi Papua pada tahun 2013 sebesar 31,44%. Hal ini beriringan dengan jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia yang menjadikan provinsi Papua menjadi provinsi pada tingkat keempat teratas yang terdapat kasus HIV/AIDS di Indonesia.

Angka melek huruf juga dapat menjadi indikator untuk melihat perkembangan pendidikan penduduk. Semakin tinggi angka buta huruf, maka semakin rendahnya mutu dan kualitas SDM. Penduduk yang bisa baca tulis diasumsikan memiliki kemampuan dan keterampilan karena dapat menyerap informasi baik itu lisan maupun tulisan (BPS, 2017). Semakin rendahnya pendidikan seseorang maka mengakibatkan kurangnya kesadaran baik sebagai

orang tua, keluarga, atau masyarakat akan kepedulian terhadap bahaya penularan dan dampak dari HIV/AIDS. Hal tersebut menyebabkan sebagai pemicu terus meningkatnya jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia, terutama di daerah yang pendidikannya tertinggal.

Penulis juga melihat variabel independen lainnya yang mempengaruhi kasus HIV/AIDS yaitu tingkat kepadatan penduduk yang dihitung dengan membagi jumlah penduduk dengan luas area di mana mereka tinggal. Tingkat kepadatan penduduk dapat mempengaruhi kasus HIV/AIDS di Indonesia, dimana nilai p-value sebesar 0,000 dan kurang dari 0,01 sehingga signifikan pada level 1%.

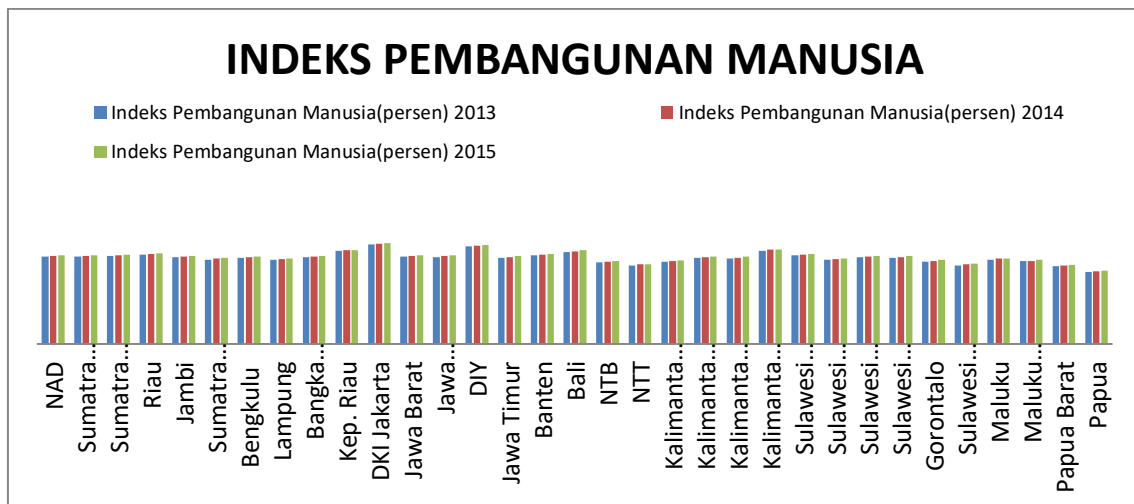


Grafik 3. Jumlah Kepadatan Penduduk 2013-2015 di Indonesia
SUMBER: BPS

HIV tidak ditularkan melalui hubungan sosial yang biasa seperti jabatan tangan, bersentuhan, berciuman biasa, berpelukan, penggunaan peralatan makan dan minum, gigitan nyamuk, kolam renang, penggunaan kamar mandi atau WC. Mayoritas HIV/AIDS ditularkan melalui hubungan seks atau penggunaan jarum suntik. Lebih dari 80% infeksi HIV diderita oleh kelompok usia produktif terutama laki-laki, tetapi proporsi penderita HIV perempuan cenderung meningkat.

Daerah dengan kepadatan penduduk yang rendah menyebabkan tingginya HIV/AIDS, hal tersebut terjadi di provinsi Papua. Pada grafik 3 diperlihatkan Papua menempati provinsi dengan persentase terkecil setelah Papua Barat dalam hal kepadatan penduduk. Hal ini dikarenakan semakin menyebarnya penduduk di suatu wilayah, maka menyebabkan fasilitas kesehatan sulit mengakses masyarakat di daerah tersebut. Hal itu menjadi faktor yang menyebabkan semakin banyaknya kasus HIV/AIDS yang ada di Papua sehingga menempati di posisi keempat dengan angka HIV/AIDS terbanyak di Indonesia. Masyarakat di Papua sangat sulit untuk mendapatkan akses kesehatan terutama untuk mengatasi HIV/AIDS, hal ini terjadi akibat di Papua masyarakatnya sangat tersebar.

Variabel independen lainnya yang mempengaruhi tingkat HIV/AIDS yaitu indeks pembangunan manusia yang mempengaruhi jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia. Dimana jumlah p-value dari kepadatan sebesar 0,000 yang kurang dari 0,01 sehingga signifikan hingga level 1%.



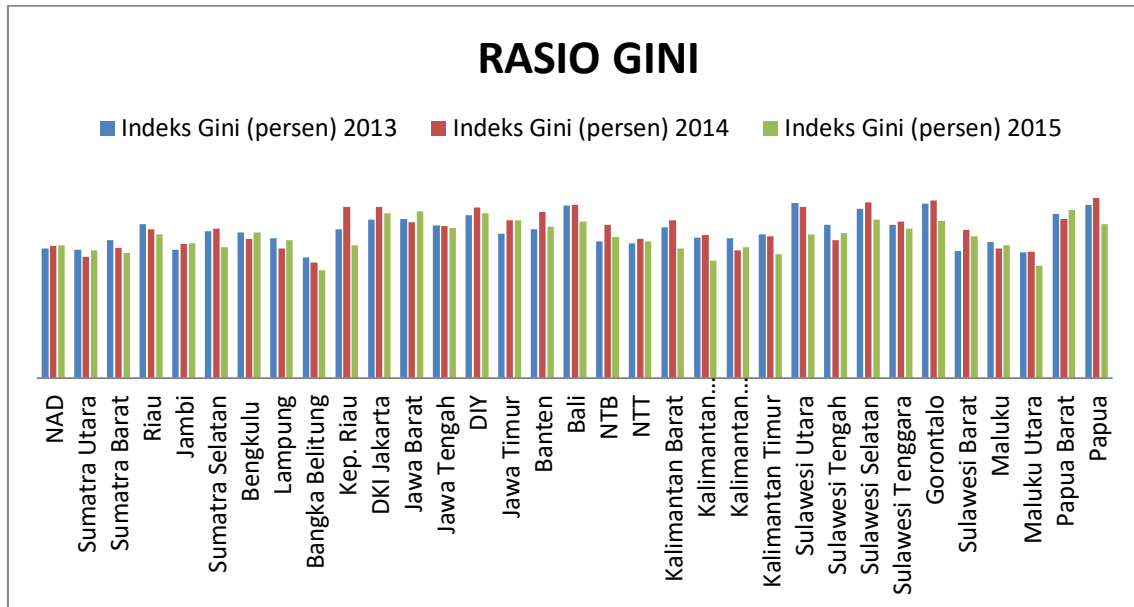
Grafik 4. Indeks Pembangunan Manusia 2013-2015 di Indonesia
SUMBER: BPS

Indeks Pembangunan Manusia pertama ditemukan pada 1990 oleh pemenang nobel India, Amartya Sen dan Mahbub UI Haq dan sejak itu digunakan oleh program pembangunan PBB pada laporan HDI tahunannya. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) terdapat tiga indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian rata-rata suatu negara dalam pembangunan manusia, yaitu lama hidup, yang diukur dengan angka harapan hidup ketika lahir; pendidikan yang diukur berdasarkan rata-rata lama bersekolah dan angka melek huruf penduduk usia 15 tahun ke atas; standar hidup yang diukur dengan pengeluaran perkapita yang telah disesuaikan menjadi paritas daya beli. Nilai indeks ini berkisar antara 0 hingga 100 (United Nations Development Programme, 2016).

Berdasarkan grafik 4, dapat dilihat bahwa provinsi Papua menjadi daerah yang memiliki IPM terendah. Berdasarkan data BPS, sejak 2010 hingga 2016, provinsi Papua berstatus IPM rendah, yaitu sebesar 58,05 poin. Hal itu disebabkan di provinsi Papua memiliki tingkat harapan hidup, pengetahuan, dan standar hidup yang bisa dibilang belum layak. Penduduk di provinsi Papua masih sulit untuk memperoleh pendapatan, kesehatan, dan pendidikan.

Saat ini, sekitar 20% dari jumlah orang dengan HIV di Indonesia ada di Papua dan Papua Barat. Terlepas dari jumlah penduduk yang jauh lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah penduduk di seluruh Indonesia, jarang nya fasilitas kesehatan dan sebaran penduduk yang luas menjadikan tantangan pelayanan kesehatan di provinsi Papua sehingga menjadi faktor tingginya kasus HIV/AIDS.

Dan yang terakhir, penulis juga melihat variabel independen lainnya yaitu rasio gini yang mempengaruhi jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia. Dimana jumlah p-value dari kepadatan sebesar 0,007 yang kurang dari 0,01 sehingga signifikan hingga tingkat 1%.



Grafik 5. Rasio Gini 2013-2015 di Indonesia
SUMBER: BPS

Rasio gini adalah salah satu alat untuk mengukur derajat ketidakmerataan distribusi pendapatan penduduk. Nilai rasio gini berkisar antara 0 dan 1. Koefisien gini bernilai 0 menunjukkan adanya pemerataan pendapatan yang sempurna. Sebaliknya, rasio gini yang bernilai 1 mengindikasikan adanya pemerataan pendapatan yang tidak sempurna, atau dengan kata lain terjadi ketimpangan sempurna.

Pada grafik 5 menunjukkan bahwa rasio gini tertinggi adalah provinsi Papua di tahun 2014. Hubungan antara rasio gini dan angka HIV/AIDS adalah positif, semakin tingginya rasio gini maka semakin tingginya kasus HIV/AIDS di suatu wilayah. Jadi, ketimpangan yang ada di masyarakat menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan kasus HIV/AIDS di suatu wilayah. Papua sebagai provinsi yang memiliki rasio gini yang tinggi, hal ini berkorelasi positif dengan tingginya kasus HIV/AIDS di Papua sehingga provinsi Papua menempati posisi keempat dengan angka HIV/AIDS tertinggi.

Rakyat yang tinggal di lingkungan berpenghasilan rendah lebih rentan karena mereka tinggal di wilayah yang banyak orang dengan HIV/AIDS. Sehingga kemungkinan mereka terkena HIV/AIDS pun lebih besar, baik yang disebabkan seks bebas, penggunaan narkoba atau beberapa penyebab lainnya. Ditambah lagi, apabila mereka berada di sebuah komunitas yang memungkinkan bertemu partner seks baru. Risiko ini jauh lebih tinggi, ketimbang ketika mereka lebih kaya dan tinggal di wilayah geografis yang lebih aman (Gardner et al., 2005).

Setelah penulis melakukan regresi dengan menggunakan STATA14, variabel independen yaitu persentase buta huruf, jumlah kepadatan penduduk di Indonesia (jiwa/km²), indeks pembangunan manusia, dan rasio gini memiliki pengaruh yang signifikan terhadap jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia. Berikut hasil yang didapatkan dari regresi yang penulis telah lakukan menggunakan STATA14.

VARIABLES	Fixed Effect
Bthrf	176.1*** (65.51)
Density	-4.168*** (0.770)
Pop	-940.9 (607.9)
IPM	242.1*** (57.38)
Loggini	1,076*** (387.9)
Constant	-8,793* (4,442)
Observations	96
R-squared	0.408
Number of numwilayah	32

Robust standard errors in parentheses
 *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabel 1. Hasil Outreg

Dari Tabel 1 dapat dilihat bahwa masing-masing variabel independen mempengaruhi variabel dependen secara signifikan. Untuk rasio gini di log-kan menjadi variabel loggini, dan untuk variabel lainnya tidak di log-kan atau tetap.

Hasilnya nilai R-squared (R²) nya yaitu sebesar 0,6008 yang menandakan bahwa variabel-variabel independen dapat menjelaskan variabel dependen sebesar 60,08% dan sisanya dijelaskan oleh variabel lain di luar model.

Kesadaran penderita HIV/AIDS di Indonesia untuk berobat demi memperpanjang usia dan selalu berperilaku positif, dalam artian menjaga diri dan tidak berniat menyebarkan virus HIV ke orang lain, masih sangat rendah. Dengan sikap menghargai dan menghormati penderita HIV/AIDS melalui tidak mengucilkan atau mendiskriminasi, karena pada hakikatnya penderita HIV/AIDS tetap merupakan makhluk ciptaan Tuhan yang berhak hidup, dengan cara itu diharapkan para penderita HIV/AIDS memiliki kesadaran untuk mengobati dan tidak menularkan penyakitnya serta menemukan kembali semangat hidupnya dan kembali berkarya untuk bangsa.

Salah satu faktor bertambahnya jumlah pengidap HIV/AIDS di Indonesia adalah pencegahan penyebaran penyakit belum dilakukan secara komprehensif. Penanganan penyakit ini hanya ditangani oleh dinas kesehatan, sedangkan dinas-dinas lainnya belum terlibat secara maksimal. Seharusnya, tidak hanya dari pihak pemerintah, tetapi seluruh lapisan masyarakat harus menggalakan sosialisasi tentang pentingnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS serta bagaimana menanggulangnya dengan tujuan menekan penyebaran virus HIV/AIDS. Selain itu, diharapkan pembangunan tempat berobat serta konsultasi gratis bagi penderita HIV/AIDS lebih diperbanyak lagi oleh pemerintah atau pihak swasta sehingga mampu mengurangi kasus HIV/AIDS yang ada, khususnya di Indonesia.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai pengaruh pembangunan daerah yang meliputi persentase buta huruf, jumlah kepadatan penduduk di Indonesia (jiwa/km^2), indeks pembangunan manusia, dan rasio gini terhadap jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia sehingga dapat disimpulkan mampu untuk menjelaskan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Penelitian dan pembahasan ini menggunakan data panel pada tahun 2013 hingga 2015.

Variabel-variabel independen mampu menggambarkan kondisi kasus HIV/AIDS di Indonesia sebesar 0,6008 atau sebesar 60,08% dan sisanya sebesar 39,92% digambarkan oleh variabel lain diluar model.

Kesimpulan akhir pada penelitian ini menjelaskan bahwa variabel-variabel independen seperti persentase buta huruf, jumlah kepadatan penduduk di Indonesia (jiwa/km^2), indeks pembangunan manusia, dan rasio gini yang merupakan bagian dalam pembangunan daerah memiliki pengaruh signifikan terhadap jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia.

SARAN

Sebaiknya jumlah variabel independen diperbanyak agar lebih mencerminkan bagian dari pembangunan suatu daerah. Sehingga, penulis dan pembaca mampu memberikan solusi terhadap permasalahan mengenai jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia agar kasus HIV/AIDS dapat diatasi dan diminimalisir dengan solusi yang ada.

Selain itu, penulis memberi saran untuk meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang optimal di Indonesia, terutama di daerah-daerah yang tertinggal pembangunannya. Dengan layanan kesehatan yang lebih baik dan lebih merata, diharapkan dapat mengurangi kasus HIV/AIDS di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. "Publikasi Data dan Informasi". <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf> (diakses pada 10 Mei 2018)
- Population Action International. 2011. "Why Population Matters to Infectious Diseases and HIV/AIDS". Washington: Population Action International.
- Hugo, Graeme. 2001. "Population Mobility and HIV/AIDS in Indonesia". Australia: UNDP South East Asia HIV And Development Office.
- Indonesia, K. K. R. 2013. "Estimasi dan proyeksi HIV/AIDS di Indonesia tahun 2011-2016". Kepala Studi Kesehatan Global di Fakultas Kesehatan Emory University, Dr. Carlos del Rio. (n.d.).
- Michael P. Todaro, S. 2002. "Pembangunan Ekonomi". Jakarta: Erlangga.
- Riano, P. J. 2004. "The Current Situation of the HIV/AIDS Epidemic in Indonesia".
- Rokhmah, D. 2013. "Implikasi Mobilitas Penduduk dan Gaya Hidup Seksual Terhadap Penularan HIV/AIDS".
- Kumar, Vinay, Cotran, et al. 2007. Buku Ajar Patologi Anatomi Edisi 7 Vol. 2. Jakarta: EGC pp 367.
- Lewis, W. A. 1954. "Economic Development with Unlimited Supplies of Labour". The manchester school, Vol. 22, No. 2, 139-191.
- Kesehatan, K., & RI, K. K. 2013. "Riset Kesehatan Dasar". Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- UNESCO. 2017. "UNESCO's Response to HIV and AIDS". <http://www.unesco.org/new/hiv-and-aids/> (diakses pada 10 Mei 2018)
- Badan Pusat Statistik. 2017. "Penduduk Buta Huruf menurut Kelompok Umur, 2011-2017". <https://bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/1056> (diakses pada 10 Mei 2018)
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2017. "Komisi Penanggulangan AIDS". www.aidsindonesia.or.id/index.php?lang=en (diakses pada 10 Mei 2018)
- World Health Organization. 2008. "The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)". <https://www.who.int/whr/2008/en/> (diakses pada 10 Mei 2018)
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. "Publikasi Data dan Informasi". <http://www.kemkes.go.id/> (diakses pada 10 Mei 2018)

- CDC. 1998. "Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection". *MMWR*, Vol. 47, No. 4: 1–43.
- Badan Pusat Statistik. (2007). Tingkat Kemiskinan di Indonesia Tahun 2007, (38), 1–5.
- Data Kementrian Kes.Pdf. (n.d.).
- Departemen Kesehatan. (2006). Situasi Hiv / Aids Di Indonesia Tahun 1987-2006, 3–4.
<https://doi.org/10.1007/s11908-003-0073-z>
- Gardner, L. I., Holmberg, S. D., Metsch, L. R., Anderson-Mahoney, P., Loughlin, A. M., del Rio, C., ... Access Study Study, G. (2005). Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care. *Aids*, 19(4), 423–431. Retrieved from
http://pitt.summon.serialssolutions.com/link/o/eLvHCXMwY2BQSEsoMzEAFo5JBommxqmJBhZpiSapqeYp5uZJpsamiSYoKyqRSnM3UYYQNgcQZwg6DoAugWmlsDsmAw6QyXNMjktKdUkoSA txTjV3MwUtCUSdJxciklSWrJZYlpaoqWBpYFJqklKmplZUrKpWZqBQVKyiUWiuA28iaLl4Xgl4W1kK34bt95N_q7t8mnpWm2-H_oTjAISzMto
- HHS, CDC, Ccid, NCHHSTP, & Dhap. (2007). Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas Percentages of persons aged 13 years and older living with HIV/AIDS and population, by race/ethnicity, 2007—34 states with confidential name-based HIV infection reporting Federal Rec. *Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report Centers for Disease Control and Prevention*, 19(19), 63. Retrieved from
<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>.%0Ahttp://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/.
- Nasional, S. S. E. (2017). Konsep dan definisi. *Evaluation*, 16.
- No, F. S. (2017). Sulistya, 2016(45), 1–13.
- Parker, D. C., Jacobsen, K. H., & Komwa, M. K. (2009). A qualitative study of the impact of HIV/AIDS on agricultural households in southeastern Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(8), 2113–2138. <https://doi.org/10.3390/ijerph6082113>
- Piot, P., Greener, R., & Russell, S. (2007). Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoS Medicine*, 4(10), 1571–1575. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040314>
- Purwaningsih, S. S., & Widayatun, N. (2008). PERKEMBANGAN HIV DAN AIDS DI INDONESIA: Tinjauan Sosio Demografis. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 3(2), 75–95.
<https://doi.org/10.14203/JKI.V3I2.170>
- RI, K. (2002). Respon saat ini - Menangkal Ancaman Bencana Nasional AIDS mendatang. *Penanggulangan HIV/AIDS Di Indonesia*.
- Rokhmah, D., Masyarakat, F. K., Jember, U., & Timur, J. (2015). Sosial Transisi Untuk Pekerja Seks Komersial Dan Penutupan Prostitusi Terhadap Program Penanggulangan Hiv Aids Di, 03(02), 75–81.
- United Nations. (2016). *Human Development Report 2016. United Nations Development Programme*.
<https://doi.org/eISBN: 978-92-1-060036-1>

WHO. (2005). Immunological staging of HIV. *Interim WHO Clinical Staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS Case Definitions for Surveillance*, 2, 8. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)25177-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(05)25177-7)