

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. HIV/AIDS

##### 2.1.1. HIV

HIV merupakan singkatan *human immunodeficiency virus*. HIV pertama kali diisolasi di Paris pada bulan Mei 1983 oleh Luc Montaigner. Virus ini merupakan kelompok retrovirus. Retrovirus memiliki kemampuan untuk melakukan *copy* material genetiknya ke materi genetik sel manusia. Hal ini berarti sel yang terinfeksi akan tetap terinfeksi hingga akhir hidupnya. HIV mengakibatkan sistem imun tubuh tidak bekerja dengan baik. Normalnya, sistem imun tubuh akan melawan infeksi. HIV mampu menginfeksi sel penting (yakni sel CD4) yang mengkoordinasikan sistem imun tubuh untuk melawan infeksi. Jika beberapa sel telah terinfeksi, sel-sel lainnya termasuk CD4 yang tidak terinfeksi, tidak lagi bekerja dengan baik (King, 1996). Terdapat dua jenis HIV, yakni HIV 1 dan 2, perbedaan keduanya terletak pada protein pembungkus. Namun HIV 2 lebih lambat dalam menyebabkan perkembangan AIDS (WHO, 1994).

##### 2.1.2. AIDS

AIDS merupakan kepanjangan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Sebagai sebuah sindrom maka AIDS dapat bermanifestasi dalam berbagai cara. Tidak seperti penyakit lainnya, AIDS tidak memiliki tampilan klinis yang sama pada setiap pasien. AIDS diakibatkan kerusakan sistem imun tubuh sebagai akibat

penurunan fungsi imun tubuh yang memungkinkan terjadinya infeksi-infeksi oportunistik tertentu atau tumor untuk tumbuh dengan baik.

Disebut sebagai infeksi oportunistik karena disebabkan oleh organisme yang normalnya tidak patogenik tetapi “menggambil kesempatan” menyebabkan penyakit pada individu yang sistem imunnya rusak (WHO, 1994).

Arti singkatan AIDS (Montaigner, 2004):

- Acquired* : Perolehan, bukan turunan melainkan disebabkan oleh virus (yang diperoleh) pasien selama hidupnya
- Immune* : Sistem kekebalan tubuh
- Deficiency* : Kekurangan, menunjukkan kadar yang lebih rendah dari normal
- Syndrome* : Kumpulan gejala-gejala

### 2.1.3. Transmisi

Menurut Montaigner (2004) HIV dapat ditularkan melalui :

#### a. Transmisi seksual

Hubungan seks dengan penetrasi anal maupun vaginal, baik heteroseksual maupun homoseksual, dapat menularkan HIV. Kerentanan alamiah dari membran selaput lendir alat kelamin memudahkan terjadinya luka mikroskopis dan peradangan. Transmisi lebih mudah terjadi melalui lesi mikroskopis pada waktu penetrasi yang memungkinkan kontak antara virus yang terdapat pada cairan vaginal dengan cairan darah atau limfosit seseorang. Setiap infeksi alat kelamin, terutama yang meradang sangat meningkatkan risiko penularan. Hubungan anal adalah yang paling berbahaya karena paling traumatis.

b. Transmisi melalui darah

1). Jarum suntik dan peralatan yang tercemar

Jarum yang tercemar HIV dapat menularkan HIV jika dipakai bersama-sama oleh banyak orang. Ini terjadi pada pengguna narkotik yang menyuntik secara berkelompok dengan menggunakan jarum yang sama dan juga pada atlet yang menyuntikkan steroid. Alat-alat lain seperti jarum akupunktur dan tatto, pisau cukur, dan alat lain yang dipakai dengan menusuk kulit secara teori dapat menularkan HIV. Oleh karena itu setelah digunakan harus disterilkan seperti alat kedokteran lainnya.

2). Transmisi ibu-anak

Transmisi dapat terjadi baik pada masa kehamilan melalui tali pusar maupun pada saat melahirkan. Tanpa pengobatan, wanita seropositif memiliki risiko 20 hingga 30 persen untuk melahirkan bayi yang terinfeksi. Selain itu, pemberian air susu ibu juga merupakan sumber kontaminasi yang potensial.

3). Transfusi darah dan suntikan produk darah

Risiko penularan HIV lewat transfusi darah melalui satu unit darah terinfeksi diperkirakan mencapai 95%. Akan tetapi, di negara-negara industri risiko penulara HIV melalui transfusi darah rendah sekali yakni satu per satu juta. Hal ini dikarenakan dilakukannya pemeriksaan pada semua darah yang disumbangkan sejak tahun 1985.

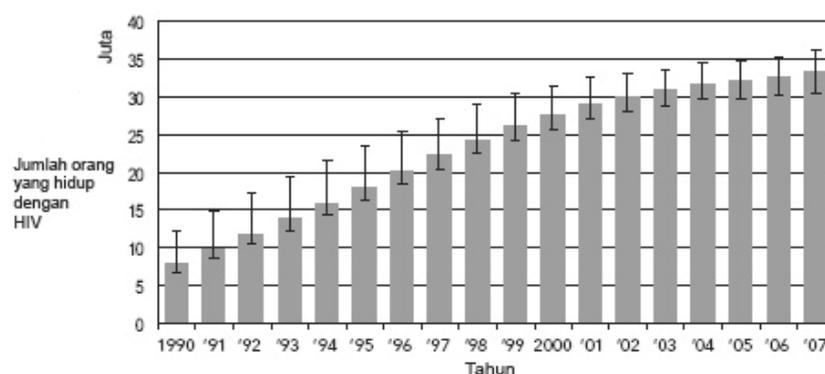
#### 2.1.4. Epidemi HIV/AIDS Tahun 2007

Setiap harinya diperkirakan 6.800 orang terinfeksi dan 5.700 orang meninggal karena AIDS, kebanyakan disebabkan kurangnya akses terhadap pencegahan dan perawatan. Berikut merupakan gambaran HIV/AIDS tahun 2007 (UNAIDS, 2007):

- a. Prevalensi infeksi HIV global (persen orang yang terinfeksi HIV) masih pada level yang sama, meskipun secara global jumlah orang yang hidup dengan HIV meningkat sebagai akibat akumulasi infeksi baru yang terus terjadi dengan waktu kelangsungan hidup yang lebih panjang;
- b. Terjadi penurunan prevalensi pada beberapa negara yang terlokalisasi;
- c. Penurunan kematian yang berhubungan dengan HIV, sebagian disebabkan peningkatan akses perawatan; dan
- d. Penurunan jumlah infeksi HIV setiap tahunnya secara global.

Gambar 2.1.

Estimasi global jumlah orang yang hidup dengan HIV,  
1990–2007



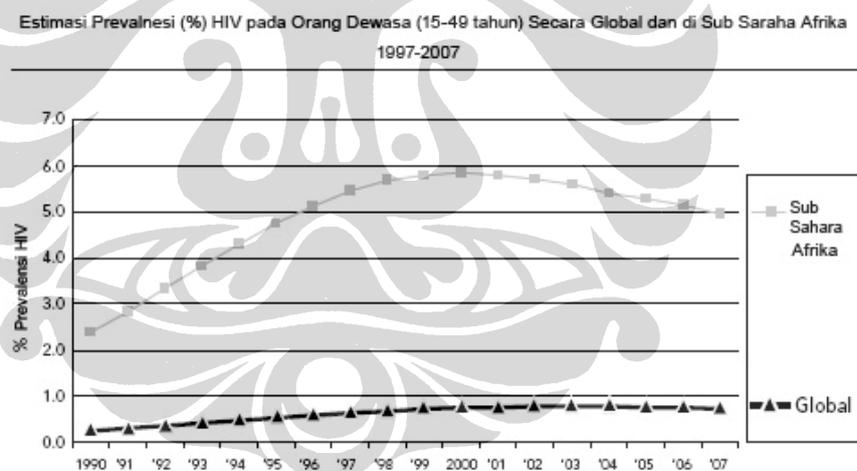
┆ Garis ini menunjukkan kisaran estimasi

Sumber : UNAIDS, 2007

Pengamatan terhadap kecenderungan global maupun regional menunjukkan bahwa pandemi HIV mempunyai dua pola:

- a. Epidemik umum tetap terjadi pada populasi di negara-negara Sub Sahara Afrika, terutama di bagian selatan benua;
- b. Epidemik di benua lainnya terkonsentrasi pada populasi berisiko, seperti pria yang berhubungan seks dengan pria, pengguna narkoba suntik, pekerja seks dan pasangannya.

Gambar 2.2.



Sumber : UNAIDS, 2007

## 2.2. Anak

### 2.2.1. Pengertian anak

Menurut definisi WHO pada Konvensi Hak Anak, anak merupakan manusia yang berusia kurang dari 18 tahun. Oleh karena itu yang termasuk anak antara lain bayi, anak kecil, anak yang lebih tua, dan anak muda.

### 2.2.2. Pengertian Anak Yatim dan atau Piatu

Berikut beberapa istilah anak yatim dan atau piatu beserta definisinya menurut UNICEF (2004):

- a. Anak yatim merupakan anak berusia kurang 18 tahun yang ayahnya, dan mungkin juga ibunya telah meninggal (termasuk anak yatim dan piatu).
- b. Anak piatu merupakan anak berusia kurang 18 tahun yang ibunya, dan mungkin juga ayahnya telah meninggal (termasuk anak yatim dan piatu).
- c. Anak yatim dan piatu merupakan anak berusia kurang 18 tahun yang bapak dan ibunya telah meninggal dunia.

### 2.2.3. Pengertian Anak Rawan (*Vulnerable*)

Munurut UNICEF pengertian mengenai anak rawan memiliki dua konteks yang berbeda, pertama yakni anak yang memiliki risiko tinggi untuk terinfeksi HIV dan yang kedua yakni anak yang hak asasi manusianya terancam sebagai akibat hubungan anak dengan HIV/AIDS (atau disebut juga “anak yang terdampak”).

Yang termasuk ke dalam kategori anak terdampak yaitu:

- a. Anak yang positif HIV
- b. Anak yang salah satu atau kedua orangtuanya meninggal karena AIDS
- c. Anak yang salah satu atau kedua orangtuanya hidup dengan HIV, beberapa memasukkan anak yang hidup pada rumahtangga dengan orang yang terinfeksi HIV.

### 2.3. Dampak HIV/AIDS terhadap Anak

Anak diketahui terdampak HIV sebagai akibat kematian dan kesakitan orangtua, meletakkan mereka pada pengalaman yang menyakitkan yang sering dicirikan dengan (Snider, 2006):

#### a. Kesulitan ekonomi

Dengan terancamnya sumber dukungan ekonomi rumahtangga dan penggunaan tabungan untuk perawatan, maka kemampuan rumahtangga untuk memenuhi kebutuhan dasar anak menurun. Meningkatnya jumlah anak yang diberi tanggung jawab untuk membantu rumahtangga.

Hal ini ditunjukkan oleh Elmore-Meegan dkk (dalam Snider) yang mewawacarai 956 anak (berusia rata-rata 11 tahun) dan pengasuhnya di enam lokasi di Kenya, membandingkan anak yatim dan atau piatu dengan anak yang tinggal dengan orang dewasa yang sakit, dan dengan anak yang tidak yatim dan atau piatu. Penelitian ini menunjukkan bahwa anak yatim dan atau piatu bekerja lebih banyak (terutama wanita). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Thurman dkk di Rwanda menunjukkan bahwa 73 persen anak berusia 13 hingga 24 tahun merawat orang dewasa.

#### b. Kurang cinta, perhatian dan kasih sayang

Kehilangan orangtua sering menjadikan anak tanpa perlindungan yang jelas. Mereka juga dapat kekurangan stimulus interpersonal dan lingkungan, kasih sayang individual serta rasa nyaman. Dari penelitian Gilborn dkk (2006, dalam Snider) di Zimbabwe diketahui bahwa anak yatim dan atau piatu lebih sering mendapatkan penolakan oleh keluarga saat dibutuhkan, dan merasa

tidak diterima oleh keluarga angkat, dibandingkan anak dengan orangtua lengkap.

c. Putus sekolah

Tekanan ekonomi dan tanggung jawab merawat orangtua dan saudara kandung dapat mengakibatkan anak tidak melanjutkan sekolahnya, meskipun orangtuanya masih hidup. Penelitian Makame dkk di Tanzania (2002, dalam Snider) terhadap 41 anak yatim dan atau piatu berusia 10 hingga 14 tahun yang dibandingkan dengan 41 anak yang memiliki orangtua lengkap menunjukkan bahwa anak yatim dan atau piatu lebih mungkin untuk putus sekolah dibanding anak dengan orangtua lengkap ( $p=0,028$ ). Hasil yang sama juga ditunjukkan dari penelitian yang dilaksanakan di Kenya oleh Elmore-Megan dkk, dan penelitian Nyamukapa dkk (2006, dalam Snider) di Zimbabwe.

d. Stres psikologis

Kesakitan dan kematian orangtua dapat menyebabkan anak mengalami stres psikologis yang sangat hebat, bersamaan dengan meningkatnya kepercayaan fatalisme yang diperburuk oleh stigma yang terkait dengan HIV dan AIDS serta anak yatim dan atau piatu. Penelitian di Uganda yang dilakukan oleh Sengendo dan Nambi (1997, dalam Snider) menunjukkan bahwa anak yatim dan atau piatu memiliki skor depresi yang lebih tinggi ( $p<0,05$ ) dan optimisme yang lebih rendah ( $0,05$ ) dibandingkan anak dengan orangtua lengkap. Skor depresi yang lebih tinggi pada anak yatim dan atau piatu juga ditunjukkan dari penelitian Manuel dkk di Mozambik (2002, dalam Snider) dan Wild dkk (dalam Snider) di Afrika Selatan. Sementara penelitian

di Zimbabwe yang dilakukan oleh Gilbert dkk menunjukkan bahwa anak yatim dan atau piatu mengalami stres harian lebih tinggi ( $p < 0,05$ ) dan lebih banyak mengalami stres psikologis dibandingkan anak dengan orangtua lengkap ( $p = 0,05$ ).

e. Kehilangan warisan

Anak yatim dan atau piatu seringkali dihilangkan haknya terhadap harta benda.

f. Meningkatnya pelecehan dan risiko infeksi HIV

Kemiskinan dan tanpa orangtua yang mendidik dan menjaga mereka, membuat anak yatim dan piatu memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami pelecehan dan infeksi HIV. Banyak dari mereka yang dipaksa menjadi pekerja, dan atau mengalami eksploitasi seksual untuk mendapatkan uang atau “perlindungan”, tempat tinggal, dan makanan. Penelitian di Zimbabwe yang dilakukan oleh Rusakaniko dkk (2006 dalam Snider) terhadap anak yatim dan atau piatu serta rawan (OVC) usia 6 sampai 14 tahun menunjukkan bahwa 5 persen diantaranya pernah melakukan hubungan seksual dan pernah disentuh bagian pribadi tubuhnya.

g. Kurang gizi dan kesakitan

Anak yatim dan atau piatu serta anak rawan lainnya memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kekurangan gizi, sakit, serta kemungkinan mengalami kesulitan untuk mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Dari penelitian yang dilakukan oleh Makame dkk (dalam Snider) diketahui bahwa anak yatim dan atau piatu lebih mungkin tidur dalam keadaan lapar ( $p = 0,034$ )

dibandingkan anak dengan orangtua lengkap. Hasil yang sama juga diketahui dari penelitian Elmore-Meegan (dalam Snider).

h. Stigma, diskriminasi, dan isolasi

Anak yatim dan atau piatu sering kali dipaksa untuk meninggalkan rumah dan tinggal di tempat yang tidak dikenal dan tidak ramah. Anak yatim dan atau piatu karena AIDS lebih mungkin mengalami penolakan oleh anggota keluarga angkat dari pada anak yatim dan atau piatu karena sebab lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Gilborn dkk (2006, dalam Snider) di Zimbabwe diketahui bahwa anak yatim dan atau piatu lebih sering mendapatkan penolakan oleh keluarga saat dibutuhkan, dan merasa tidak diterima oleh keluarga angkat dibandingkan anak dengan orangtua lengkap. Penelitian Thurman dkk di Rwanda (2006, dalam Snider) mengemukakan bahwa 57% anak mengalami ejekan dari masyarakat dan merasa masyarakat cenderung menyakiti bukan membantu mereka.

## **2.4. Pendidikan**

### **2.4.1. Hak Terhadap Akses Pendidikan**

Yang termasuk hak terhadap akses pendidikan berdasarkan Deklarasi Hak Asasi Manusia Pasal 26; Konvensi Hak Anak pasal 2, 22, 23, 27, 28 dan 32; Perjanjian Hak Ekonomi, Sosial, dan Kebudayaan Internasional pasal 13; Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan pasal 10; Konvensi UNESCO yang menentang Diskriminasi Pendidikan, pasal 4 dan 5; Konvensi Hak Manusia dengan Kecacatan pasal 24, yaitu (UNICEF, 2007):

1. Tersedianya pendidikan dasar yang wajib dan gratis.
2. Mengembangkan pendidikan menengah yang tersedia dan dapat diakses oleh semua orang, dan tersedianya pendidikan gratis dan bantuan keuangan untuk yang membutuhkan.
3. Tersedianya pendidikan tinggi yang dapat diakses berdasarkan kapasitas yang sesuai dengan kemampuan.
4. Tersedianya pendidikan kejuruan yang dapat diakses beserta pedomannya
5. Mengembangkan ukuran yang dapat mendorong kehadiran siswa secara teratur dan menurunkan rate putus sekolah.
6. Menyediakan pendidikan dengan kesempatan yang sama.
7. Menjamin hak terhadap pendidikan tanpa diskriminasi.
8. Memastikan sistem yang inklusif pada semua tingkat pendidikan.
9. Tersedianya akomodasi dan dukungan untuk memastikan anak cacat dapat mengakses dan menerima pendidikan yang kondusif .
10. Memastikan standar yang sesuai untuk pengembangan fisik, mental, spiritual, moral, dan sosial.
11. Tersedianya perlindungan dan bantuan yang menjamin hak anak yang sedang mengungsi.
12. Tersedianya perlindungan terhadap eksploitasi ekonomi dan pekerjaan yang mengganggu pendidikan.

#### **2.4.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Partisipasi Pendidikan**

Ainsworth (2002), berdasarkan penelitiannya yang dilakukannya di Tanzania, mengelompokkan faktor yang mempengaruhi pendidikan menjadi dua yakni

hambatan umum dan hambatan khusus anak yatim dan atau piatu serta anak rawan, yaitu (UNICEF dan World Bank, 2002):

**a. Hambatan umum**

**1). Pendapatan rumahtangga (baik pribadi maupun pinjaman)**

Orangtua membiayai pengeluaran yang terkait dengan pendidikan. Pada keadaan miskin, sangat sulit untuk memenuhi pengeluaran ini. HIV/AIDS meningkatkan tingkat kemiskinan rumahtangga, sehingga rumahtangga kekurangan uang untuk membiayai sekolah anak.

**2). Ketersediaan sekolah**

Terutama untuk pendidikan menengah yang dekat dengan rumah. Hampir di seluruh wilayah pedesaan di sub Sahara Afrika jumlah sekolah sedikit dan jauh. Orangtua, terutama yang tinggal di pedesaan tidak cukup mengerti arti penting pendidikan, menolak untuk mengirim anak, terutama wanita, ke tempat yang jauh untuk sekolah.

**3). Kualitas pendidikan di sekolah**

Kualitas pendidikan yang rendah diperburuk oleh kematian dan kesakitan staf pengajar karena HIV/AIDS. Mengakibatkan pengajaran dilakukan oleh guru pengganti yang mungkin tidak memiliki kualifikasi yang sama baiknya dengan guru sebelumnya, ataupun tidak adanya guru pengganti. Kelas mungkin digabung yang dikarenakan kurangnya staf pengajar. Orangtua di Tanzania mengemukakan bahwa kelebihan kapasitas murid sebagai salah satu alasan tidak mengirim anak ke sekolah secepatnya.

#### 4). **Kematian atau kesakitan staf pengajar**

Pengajar merupakan bagian dari masyarakat yang terdampak, kesakitan dan kematian pengajar sangat mempengaruhi anak. Oleh karena itu pengajar harus dikonseling sebelum mereka mengkonseling murid.

#### 5). **Kurangnya insentif untuk mengirim anak ke sekolah**

Tingginya tingkat pengangguran di negara berkembang mengakibatkan orangtua berpikir bahwa mengirim anak ke sekolah merupakan tindakan mengurangi sumber daya yang sudah terbatas.

#### 6). **Kurangnya kesadaran akan pentingnya pendidikan**

Insiden kematian karena HIV/AIDS pada orang muda sangat tinggi di beberapa wilayah, sehingga orangtua mungkin berpikir bahwa mengeluarkan sumber daya yang terbatas untuk sekolah tidaklah penting karena kemungkinan besar anak akan meninggal.

### b. **Hambatan khusus anak yatim dan atau piatu serta anak rawan (OVC)**

#### 1). **Biaya sekolah** (bayaran bulanan, seragam, buku, dan sebagainya).

Rumahtangga yang miskin hanya memiliki sedikit uang untuk memenuhi kebutuhan sekolah. Jika penyakit yang terkait dengan HIV/AIDS menyebabkan anggota rumahtangga tidak mampu lagi untuk bekerja, maka uang yang ada akan digunakan untuk membiayai pengobatan.

**2). Biaya Kesempatan (*opportunity cost*) mengirim anak ke sekolah**

Ketika ada anggota rumahtangga yang sakit, maka kemungkinan anak harus bekerja di rumah, menjaga saudara-saudaranya, dan juga merawat orang yang sakit. Biaya kesempatan terhadap waktu anak akan sangat tinggi.

**3). Stigmatisasi dan diskriminasi anak yatim dan atau piatu karena AIDS**

Hal ini biasanya terjadi karena rasa takut pasangan terinfeksi yang kurang paham tentang HIV/AIDS. Sekolah menjadi kurang menarik bagi anak. Sayangnya guru-guru dan murid lainnya mungkin tidak sensitif terhadap kebutuhan OVC, sebagai akibatnya anak tersebut kemungkinan putus sekolah.

**4). Dugaan orangtua akan kemampuan anak mengikuti pendidikan**

Ketika orang dewasa sakit, pendapatan rumahtangga sangat mungkin menurun dan menyebabkan terbatasnya uang untuk makanan. Malnutrisi mungkin terjadi dan menyebabkan permasalahan kesehatan lainnya. Anak mungkin berada di rumah karena masalah kesehatan.

**5). Reaksi emosional anak**

Anak mungkin menarik diri, merasa malu, dan hidup pada situasi yang membatasinya ketika saudara menderita atau meninggal karena HIV/AIDS. Konsentrasi dan pekerjaan mereka di sekolah akan terganggu.

### 2.4.3. Pendaftaran dalam Pendidikan

Keberadaan ODHA dalam rumahtangga menyebabkan keterbatasan keuangan dan meningkatkan kemiskinan. Pendidikan anak pada rumahtangga tersebut terancam dan anak mungkin telat mendaftar sekolah, ataupun tidak sekolah. Banyak faktor yang mempengaruhi pendaftaran anak OVC. Di beberapa negara sub Sahara Afrika, rate pendaftaran anak yatim dan atau piatu lebih rendah dibandingkan anak yang memiliki kedua orangtua. Berikut beberapa hal yang mempengaruhi pendaftaran dalam pendidikan (UNICEF dan World Bank, 2002):

#### a. Status yatim dan atau piatu

Survei Demografi dan Kesehatan Benin tahun 1993 dan Kenya tahun 1998 menunjukkan rate pendaftaran yang lebih rendah pada anak yatim dan atau piatu dibandingkan dengan anak yang memiliki orangtua lengkap. Dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Burkina Faso tahun 1993 diketahui bahwa anak piatu serta anak yatim piatu memiliki rate pendaftaran yang lebih rendah dibandingkan anak dengan orangtua lengkap. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan di Mozambik tahun 1997 dan di Ghana tahun 1998 menunjukkan rate pendaftaran yang lebih rendah pada anak yatim serta anak yatim piatu. Penelitian yang dilakukan oleh Bank Dunia pada 23 negara, dimana 21 negara berada di Afrika, menemukan bahwa yatim piatu mempengaruhi pendaftaran di hampir semua negara.

#### b. Umur Anak

Dampak kematian karena AIDS terhadap pendaftaran juga tergantung pada umur anak -apakah anak kecil (7 sampai 10 tahun) atau anak yang lebih tua (11 sampai 14 tahun)- kekayaan, dan orangtua yang meninggal. Survei

rumahtangga yang dilakukan di Tanzania oleh Ainsworth dkk tahun 2002, menunjukkan bahwa pendaftaran anak usia 7 sampai 10 tahun lebih rendah dibandingkan anak usia 11 hingga 14 tahun, tanpa memperhatikan tingkat kekayaan rumahtangga. Hal ini dijelaskan oleh fakta bahwa rumahtangga mungkin menunda pendaftaran sekolah untuk memberikan kesempatan kepada anak usia 7 sampai 10 tahun mengatasi kematian. Untuk anak usia 11 sampai 14 tahun, rate pendaftarannya tidak berubah, meskipun tidak diketahui apakah kehadiran anak di sekolah terganggu.

#### **c. Kekayaan Rumahtangga**

Kematian orang dewasa menyebabkan anak dari rumahtangga miskin sering mengalami penundaan pendaftaran sekolah dibandingkan dengan rumahtangga yang lebih mampu. Hasil penelitian di Zambia tahun 1998 menunjukkan bahwa anak dari keluarga berpendapatan rendah memiliki kemungkinan yang lebih rendah untuk mendaftarkan sekolah, tanpa memperhatikan status yatim dan atau piatu. Hal ini mungkin terkait dengan banyaknya pekerjaan yang harus mereka lakukan di rumah yang menghalangi mereka untuk sekolah.

#### **2.4.4. Kehadiran dalam Pendidikan**

Ketika orang dewasa menderita penyakit yang terkait dengan HIV, maka anak harus mengambil tanggung jawab seperti pekerjaan rumahtangga, mengasuh anak lainnya, dan aktivitas mencari uang. Pada banyak kasus, biasanya perempuan, tidak hanya harus bekerja untuk membantu pendapatan rumahtangga, mereka juga harus merawat orang yang sakit.

Dari hasil penelitian di Kenya oleh Jhonston dkk tahun 1999, diketahui bahwa 76,9% anak tidak melanjutkan sekolahnya karena ketidakmampuan membayar uang bulanan, dan biaya tambahan seperti seragam dan buku. Pada penelitian lainnya di Uganda tahun 1994 oleh Shaeffer diketahui bahwa 19 murid dilaporkan tidak hadir ke sekolah selama jangka waktu lima hingga lima belas minggu pada tahun lalu. Biasanya alasan dari ketidakhadiran adalah tidak mampu membayar biaya sekolah dan merawat pasien AIDS di rumah. Sangat sulit bagi anak OVC untuk melanjutkan sekolahnya tanpa terganggu, dan sebagai konsekuensinya adalah ketidakhadiran. Sayangnya, ketidakhadiran yang terus-menerus mengakibatkan anak putus sekolah. (UNICEF dan World Bank, 2002)

Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi anak menjadi putus sekolah (UNCESCO, 2005):

**a. Umur**

Dari hasil analisis yang dilakukan oleh UNESCO pada empat negara yakni India, Indonesia, Mali, dan Nigeria, diketahui bahwa partisipasi usia sekolah dasar dalam pendidikan berkisar antara 39% di Mali sampai 94% di Indoensia. Namun banyak terjadi putus sekolah pada tingkat pendidikan menengah, di Indonesia sebesar 38% remaja usia sekolah menengah meninggalkan sekolah. Hal ini menyebabkan partisipasi pada pendidikan menengah turun menjadi 61%.

**b. Jenis kelamin**

Data dari survei rumahtangga di 80 negara menunjukkan bahwa setiap 100 anak laki-laki yang putus sekolah, terdapat 117 anak perempuan yang

putus sekolah. Dari survei yang sama juga diketahui bahwa dari total anak yang putus sekolah, 53,1 persen adalah anak perempuan.

**c. Kategori tempat tinggal**

Kategori tempat tinggal, yakni pedesaan atau kota, juga mempengaruhi kemungkinan anak untuk putus sekolah. Proporsi anak yang putus sekolah lebih besar di wilayah pedesaan, kenyatannya hampir dua kalinya yang ada di kota, yakni 30% dibanding 13%. Dari total 80 negara, anak yang putus sekolah 81,6% tinggal di wilayah pedesaan.

**d. Kekayaan**

Survei rumahtangga menunjukkan bahwa anak usia pendidikan dasar yang tinggal pada 20% rumahtangga termiskin memiliki kemungkinan tiga kali untuk putus sekolah dibandingkan anak yang tinggal pada 20% rumahtangga terkaya. Di Indonesia, anak usia pendidikan dasar dari rumahtangga miskin 5,6 kali kemungkinannya untuk putus sekolah dibandingkan dengan anak dari rumahtangga kaya.

**e. Pendidikan ibu**

Anak usia pendidikan dasar yang ibunya tidak berpendidikan (tidak menyelesaikan pendidikan minimal satu tahun) kemungkinannya untuk putus sekolah dua kali dibanding anak yang ibunya berpendidikan.

**f. Status Yatim dan atau Piatu**

Di India, 2% anak yang disampel telah kehilangan ibu dan 2,9% kehilangan ayah. Diantara anak yang putus sekolah 3,3% tidak memiliki ibu dan 3,8% tidak memiliki ayah. Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa

kehilangan salah satu orangtua menurunkan kemungkinan kehadiran anak 3,6%.

#### **2.4.5. Prestasi dalam Pendidikan**

Jauh sebelum kematian orangtua, anak yang hidup pada rumahtangga ODHA mulai menderita dan merasakan ketakutan serta kecemasan. Mereka mengambil tanggung jawab yang seharusnya dilakukan anggota keluarga dewasa, seperti pekerjaan rumahtangga, mengasuh saudara kandung yang lebih kecil, berladang, dan bekerja untuk mendapatkan tambahan penghasilan. Melakukan tanggung jawab ini menyebabkan stres pada anak. Ketika anak melanjutkan sekolahnya prestasi mereka mungkin menurun.

Sebuah penelitian di Uganda oleh Gilborn dkk tahun 1999 tentang dampak penyakit orangtua terhadap prestasi anak menunjukkan penurunan 27% pada anak usia 13 hingga 17 tahun. Pada situasi saat orangtua terlalu sakit untuk berpartisipasi dalam perkembangan pendidikan anak, mengakibatkan anak kesulitan untuk berkonsentrasi. Orangtua yang sakit tidak mampu membantu anak dalam mengerjakan pekerjaan rumah (PR) atau mengawasi mereka di rumah. Baik dalam jangka pendek ataupun panjang hal ini akan berdampak negatif terhadap prestasi anak di sekolah. (Snider, 2006).

Selain itu, prestasi anak di sekolah juga dipengaruhi oleh kegiatan sosial seperti olah raga, rekreasi, dan bermain. Sebuah penelitian terhadap anak sekolah tingkat empat menemukan bahwa 60 persen anak bekerja lebih baik dan perasaan gelisah berkurang pada hari-hari libur. Pada penelitian lainnya diketahui bahwa anak usia 6-12 tahun yang melakukan aktivitas fisik lima jam setiap minggunya

menunjukkan peningkatan performa yang signifikan terhadap prestasi akademik dibandingkan anak yang hanya melakukan aktivitas fisik 40 menit per minggu. (UNICEF, 2004)

## **2.5. Peraturan yang Terkait dengan Pendidikan Anak di Indonesia**

### **2.5.1. Undang-undang tentang Sistem Pendidikan Nasional**

Pada Undang-undang RI nomor 23 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional tercantum bahwa pendidikan merupakan upaya sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki nilai spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (pasal 1). Pada undang-undang tersebut juga tercantum bahwa setiap warga negara mempunyai hak yang sama untuk memperoleh pendidikan yang bermutu (pasal 5), begitu pula warga negara yang tinggal di daerah terpencil dan terbelakang.

Oleh karena itu pemerintah mencanangkan program wajib belajar yang merupakan program pendidikan minimal yang harus diikuti oleh warga negara Indonesia atas tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah. Program wajib belajar wajib diikuti oleh setiap warga negara yang berusia 7 hingga 15 tahun (pasal 6).

Orangtua dan masyarakat juga memiliki kewajiban untuk ikut serta dalam pendidikan (pasal 7 dan 9). Namun demikian pemerintah juga berkewajiban memberikan layanan dan kemudahan, serta menjamin terselenggaranya pendidikan yang bermutu bagi setiap warga negara tanpa diskriminasi (pasal 11).

Bagi peserta didik yang tidak mampu maka berhak untuk mendapatkan beasiswa pendidikan (pasal 12). Khusus untuk pendidikan dasar, yakni tingkat SD dan SMP/ sederajat, maka pemerintah menjamin keterselenggaranya tanpa memungut biaya (pasal 34).

### **2.5.2. Undang-undang Perlindungan Anak**

Pada undang-undang RI nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, disebutkan bahwa definisi anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan (pasal 1). Pada undang-undang ini juga dicantumkan bahwa hak anak adalah bagian dari hak asasi manusia yang wajib dijamin, dilindungi, dan dipenuhi oleh orangtua, keluarga, masyarakat, pemerintah dan negara.

Hak-hak anak yang terdapat dalam undang-undang ini antara lain hak untuk memperoleh pendidikan dan pengajaran dalam rangka pengembangan pribadinya dan tingkat kecerdasannya sesuai dengan minat dan bakatnya (pasal 9); hak untuk beristirahat, memanfaatkan waktu luang, bergaul dengan anak sebaya, bermain, berekreasi, berkreasi sesuai dengan minat, bakat, dan tingkat kesejahtraannya demi pengembangan diri (pasal 11).

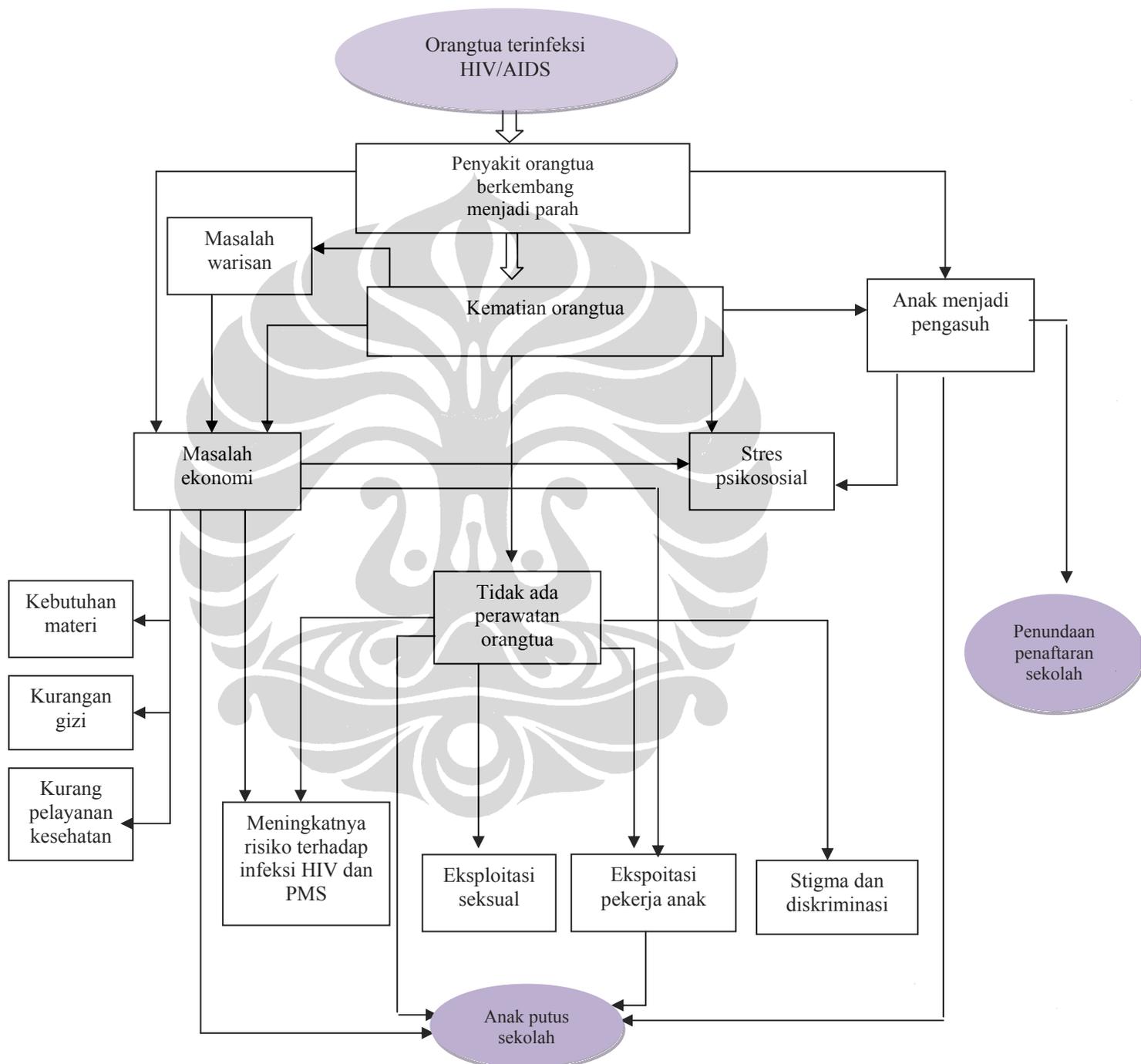
Dalam hal ini orangtua berkewajiban dan bertanggung jawab untuk mengasuh, memelihara, mendidik, dan melindungi anak; menumbuhkembangkan anak sesuai dengan kemampuan, bakat, serta minatnya; mencegah terjadinya perkawinan pada usia anak (pasal 26).

Khusus untuk anak-anak yang tidak memiliki orangtua ataupun tidak diketahui keberadaannya maka kewajiban dan tanggung jawab orangtua dapat beralih kepada keluarga (pasal 26).

Seperti yang disebutkan sebelumnya, undang-undang ini juga menekankan hak anak atas pendidikan dasar sembilan tahun yang harus diberikan oleh negara, pemerintah, keluarga, dan orangtua (pasal 48 dan 49). Pada undang-undang ini juga disebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk memberikan biaya pendidikan dasar dan atau bantuan cuma-cuma atau pelayanan khusus bagi anak dari keluarga kurang mampu, anak terlantar, dan anak yang bertempat tinggal di wilayah terpencil (pasal 53).

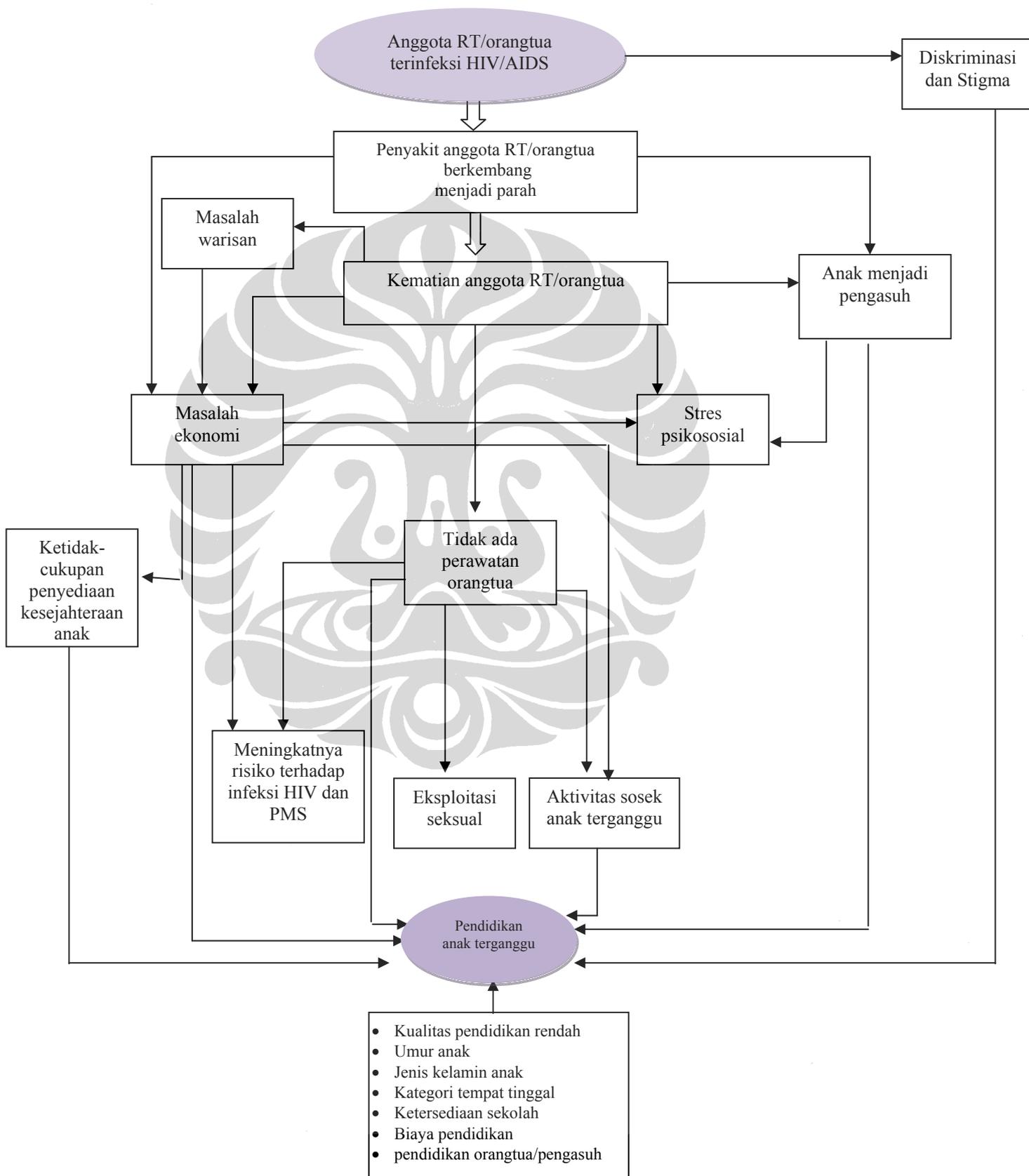
Selain itu, anak di dalam dan di lingkungan sekolah wajib dilindungi dari tindakan kekerasan yang dilakukan oleh guru, pengelola sekolah, teman-temannya di dalam sekolah yang bersangkutan, atau lembaga pendidikan lainnya (pasal 54).

## 2.6. Hambatan Anak Yatim dan atau Piatu serta Rawan HIV/AIDS dalam Pendaftaran dan Melanjutkan Pendidikan



Sumber: Diadaptasi dari Foster dan Williamson (2000); Williamson (2000b)

**2.7. Kerangka Teori Hambatan Anak Yatim dan atau Piatu serta Rawan HIV/AIDS dalam Pendidikan**

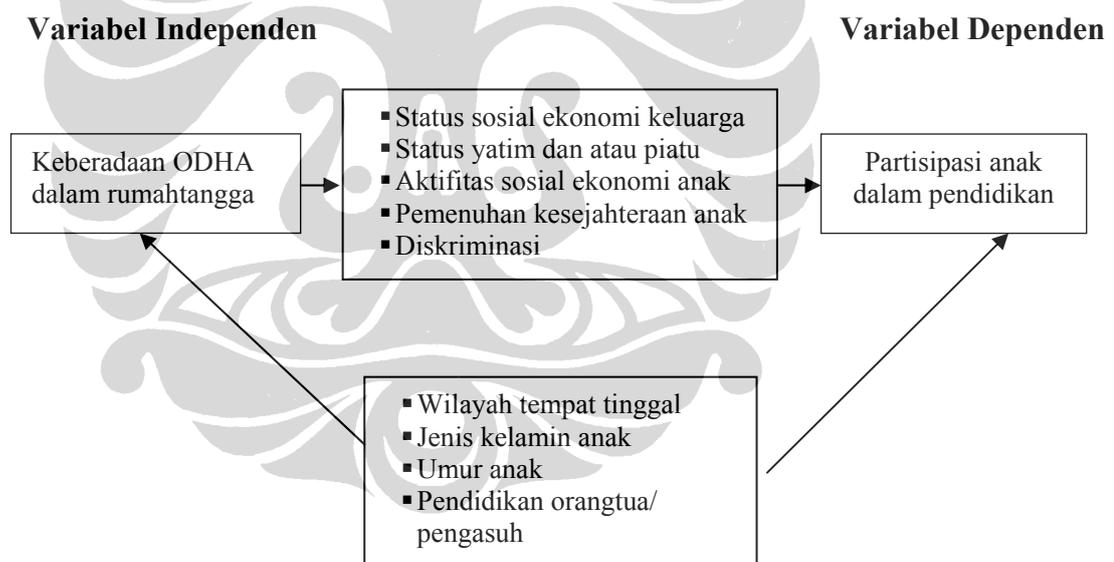


## BAB III

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep

Merujuk kepada teori yang telah disajikan pada BAB II, maka peneliti akan meneliti variabel independen yang dianggap mempengaruhi variabel dependen setelah dilakukannya analisis bivariat, dengan beberapa variabel sebagai variabel *intermediate* dan variabel perancu yang dikontrol. Berikut kerangka konsep penelitian ini :

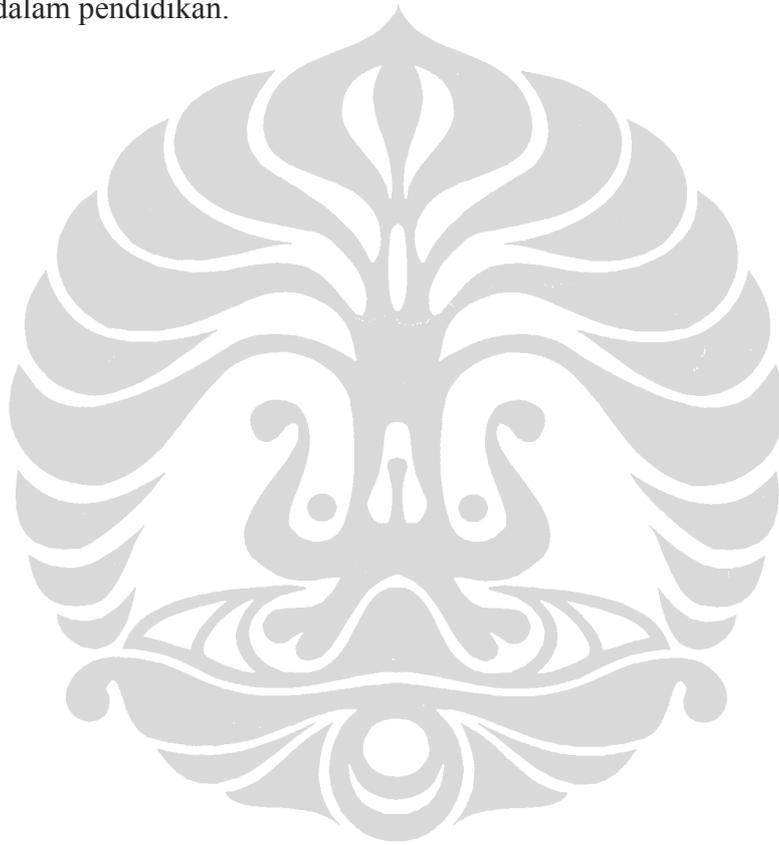


Variabel independen utama yakni keberadaan ODHA dalam rumahtangga. Dampak keberadaan ODHA dalam rumahtangga terhadap partisipasi anak dalam pendidikan melalui beberapa variabel *intermediate* yang dikontrol, yakni status sosial ekonomi keluarga, status yatim dan atau piatu, pemenuhan kesejahteraan anak, serta

diskriminasi. Variabel perancu yang akan dikontrol yakni wilayah tempat tinggal, jenis kelamin anak, serta pendidikan orangtua atau pengasuh.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

Keberadaan ODHA dalam rumahtangga berdampak terhadap partisipasi anak dalam pendidikan.



### 3.3 Definisi Operasional

No.	Variabel	Defisini Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Partisipasi pendidikan anak	Keikutsertaan anak dalam pendidikan, yang terkait dengan status, sekolah, kehadiran, fasilitas pendukung, serta prestasi. Tidak berpartisipasi adalah anak yang status sekolahnya tidak lagi bersekolah. Partisipasi kurang dan baik adalah anak masih bersekolah, namun berbeda tingkat partisipasinya dalam hal kehadiran, kepemilikan fasilitas pendukung, serta prestasi.	Pertanyaan 803, 806, 808, 809, 811.	0=tidak berpartisipasi 1=partisipasi kurang 2=partisipasi Baik (Kategori 1 dan 2 didasarkan median skor komponen 1 dari hasil PCA)	Ordinal
Rumahtangga					
1.	Status rumahtangga	Keberadaan anggota rumahtangga yang terinfeksi HIV ataupun meninggal karena komplikasi terkait AIDS	Pertanyaan 8	0 = ada ODHA (Indeks) 1= tidak ada ODHA (Referens)	Ordinal

2.	Wilayah tempat tinggal	Kategori wilayah administratif tempat tinggal rumahtangga	Pertanyaan 7	0= rural 1= urban	Ordinal
3.	Status ekonomi rumahtangga	Kemampuan ekonomi rumahtangga berdasarkan kepemilikan harta bendanya.	Pertanyaan 405.	0=kurang 1=baik (Pengkategorian didasarkan median skor komponen 1 dari hasil PCA)	Ordinal
Anak					
1.	Status yatim dan atau piatu	Keberadaan orangtua kandung anak, baik ibu maupun bapak	Variabel orphangrp	0= yatim dan atau piatu 1= lengkap	Ordinal
2.	Jenis kelamin anak	Jenis kelamin anak	Pertanyaan 303	0 = perempuan 1= laki-laki	Nominal
3.	Umur anak	Kategori lama hidup anak sejak lahir sampai ulang tahun terakhir	Pertanyaan 304	0= 13-18 tahun 1= 7-12 tahun	Ordinal

4.	Aktivitas sosial ekonomianak	Kegiatan anak yang terkait kehidupan sosial dan ekonominya yang terdiri atas mencari uang, waktu luang untuk bermain bersama teman, dikucilkan dan dilecehkan di sekolah dan di lingkungan rumah, ikut perkumpulan keagamaan, dan diajarkan konsep agama.	Pertanyaan 1003, 1009, 10112, 10113, 10114, 10116, 10117, 1012, 1014	0=kurang 1=baik (Pengkategorian didasarkan median skor komponen 1 dari hasil PCA)	Ordinal
5.	Diskriminasi	Pengalaman anak terhadap pengucilan ataupun pelecehan yang dilakukan di lingkungan sekolah	Pertanyaan 819, 821	0=didiskriminasi 1=tidak didiskriminasi	Ordinal
Pengasuh					
1.	Penyediaan kesejahteraan anak	Pemenuhan kebutuhan dasar anak, yang termasuk pangan, pendidikan, komunikasi, hiburan, serta rekreasi.	Pertanyaan 702, 704, 705, 706, 708, 711, 713, 715, 717, 718, 720	0=kurang 1=baik (Pengkategorian didasarkan median skor komponen 1 dari hasil PCA)	Ordinal
2.	Pendidikan pengasuh	Pengalaman keikutsertaan pengasuh dalam pendidikan formal	Pertanyaan 306	0=tidak pernah sekolah 1=pernah sekolah	Ordinal