



**HUBUNGAN STIGMA HIV DENGAN *HOPELESSNESS* PADA
ODHIV DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

**Oleh
Adinda Aulia
222310101155**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN
JEMBER
2026**



HUBUNGAN STIGMA HIV DENGAN *HOPELESSNESS* PADA ODHIV DI KABUPATEN JEMBER

diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) pada Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan.

SKRIPSI

**Oleh
Adinda Aulia
222310101155**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN
JEMBER
2026**

SKRIPSI

**HUBUNGAN STIGMA HIV DENGAN *HOPELESSNESS* PADA ODHIV DI
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

**Adinda Aulia
222310101155**

Pembimbing

Dosen Pembimbing

: Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan penuh rasa syukur ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat, kasih sayang, kesehatan, kekuatan serta kemudahan yang telah diberikan dalam setiap proses yang panjang dan penuh pembelajaran ini, skripsi ini Alhamdulillah dapat terselesaikan. Tidak ada satu pun langkah yang mampu peneliti tempuh tanpa izin dan pertolongan-Nya. Dengan penuh rasa hormat, cinta, dan terima kasih, skripsi ini peneliti persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua tercinta dan kakak tersayang. Terima kasih cinta yang tidak pernah bersyarat, doa yang tidak pernah terputus, serta dukungan yang selalu hadir bahkan di saat peneliti meragukan diri sendiri. Terima kasih telah menjadi sumber kekuatan yang tak pernah habis dan alasan bagi peneliti untuk terus berjuang. Semoga setiap pencapaian ini dapat menjadi bentuk kecil dari rasa terima kasih atas segala pengorbanan, kesabaran, dan kasih sayang yang telah diberikan.
2. Diri saya sendiri. Terima kasih telah bertahan sejauh ini. Terima kasih karena telah tetap melangkah meskipun terkadang merasa lelah, takut, dan ragu. Terima kasih karena tidak menyerah pada hari-hari yang terasa berat, karena terus bangkit setelah berbagai tantangan, dan karena memilih untuk tetap percaya bahwa semua usaha yang dilakukan akan menemukan hasil terbaik pada waktunya. Tidak apa jika proses ini tidak selalu sempurna, karena keberanian untuk terus mencoba adalah pencapaian yang patut diapresiasi. Saya bangga pada diri saya sendiri atas segala pertumbuhan, keteguhan, dan kekuatan yang telah membawa saya sampai pada titik ini.
3. Saudara dan keluarga besar. Terima kasih yang kehadirannya sering tidak terlihat dalam proses, tetapi selalu terasa dalam kekuatan.
4. Dosen pembimbing yaitu Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D. Terima kasih atas kesabaran dalam membimbing, ketulusan dalam berbagi ilmu, serta kepercayaan yang telah diberikan kepada peneliti selama proses penyusunan skripsi ini. Terima kasih telah mengajarkan bahwa setiap proses

membutuhkan ketekunan, ketelitian, dan kemauan untuk terus belajar. Semoga segala ilmu dan kebaikan yang telah diberikan menjadi amal jariyah yang membawa keberkahan.

5. Teman teman terbaik sejak masa SMP, yaitu Cindy, Desi, Fifi, Iven, Naswa, dan Silvi. Terima kasih atas kebersamaan, semangat, dan dukungan yang terus diberikan hingga saat ini. Terima kasih telah menjadi tempat berbagi cerita, saling menguatkan, dan mengingatkan bahwa setiap orang memiliki waktunya masing-masing untuk bertumbuh dan mencapai impiannya. Serta terima kasih telah menjadi tempat pulang untuk peneliti.
6. Teman teman sejak SMA, Cindy, Dira, dan Ocik. Terima kasih telah hadir pada salah satu fase kehidupan yang penuh dengan proses belajar, perubahan, dan pencarian jati diri. Semoga langkah yang kita tempuh membawa kita pada kehidupan yang baik, penuh makna, dan sesuai dengan harapan yang telah lama kita impikan.
7. Teman-teman seperjuangan selama masa perkuliahan, Ceria, Hana, Indika, dan Nabila. Terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan masa akademik peneliti. Terima kasih atas bantuan, kerja sama, dukungan, serta kebersamaan yang menjadikan setiap tantangan terasa lebih ringan untuk dihadapi. Serta terima kasih telah menjadi tempat pulang untuk peneliti.
8. Bapak/Ibu dosen serta seluruh civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan fasilitas dalam membantu proses skripsi ini serta ilmu yang telah diberikan kepada saya selama masa perkuliahan.
9. Untuk sembilan kucing kesayangan peneliti yang telah menemani setiap proses peneliti. Terutama untuk Momo, terima kasih telah menjadi teman terbaik sekaligus penghilang stres selama penyusunan skripsi ini. Kehadirannya yang selalu menemani peneliti dari pagi, siang, sore, hingga malam memberikan ketenangan dan semangat di saat peneliti merasa lelah, cemas, bahkan ingin menyerah. Terima kasih telah menjadi bagian yang berarti dalam perjalanan menyelesaikan skripsi ini.

MOTTO

“Allah tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

(QS. Al-Baqarah: 286)

“Not all is well, but it ends well”

(Taylor Swift)

“You could be the master of your fate, you could be the captain of your soul but you have to realize that life is coming from you and not at you and that takes time”

(Timothée Chalamet)

“To move forward, you got to leave something behind.”

(Interstellar)

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adinda Aulia

NIM : 222310101155

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul *Hubungan Stigma HIV dengan Hopelessness pada ODHIV di Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 26 Juni 2026

Yang menyatakan,

A blue official stamp from the Indonesian Ministry of Education, Culture, and Higher Education (Kemendikbudristek) is visible. The stamp contains the text 'KEMENDIKBUDRISTEK', 'REKAM', 'METERAN TEMPEL', and a unique code '00D3AJX41009104'. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

Adinda Aulia

NIM 222310101155

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Stigma HIV dengan Hopelessness pada ODHIV di Kabupaten Jember* karya Adinda Aulia NIM 222310101155 telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 23 Juni 2026
Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Tanda Tangan

1. Pembimbing

Nama : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D
NIP : 198502072015041001

()

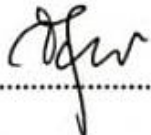
2. Penguji Utama

Nama : Ns. Yulia Kurniawati, S.Kep., M.Kep
NIP : 199407212022032014

()

3. Penguji Anggota

Nama : Ns. Dicky Endrian Kurniawan S.Kep., M.Kep.
NIP : 198907072024061003

()

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Dr. Ns. Rendhianto, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198303242006041002

Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

(Relationship Between HIV Stigma and Hopelessness in People Living with HIV (PLWH) in Jember Regency)

Adinda Aulia

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Introduction: HIV related stigma remains a psychosocial issue experienced by people living with HIV/AIDS (PLWHA) and may adversely affect mental health, including hopelessness. Hopelessness is a psychosocial condition characterized by pessimism, loss of hope for the future, and feelings of helplessness in coping with life circumstances. This study aimed to analyze the relationship between HIV stigma and hopelessness among PLWHA in Jember Regency. **Methods:** This study employed a quantitative design with a cross-sectional approach. A total of 112 PLWHA were recruited using a purposive sampling technique. Data were collected using the HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA (HASI-P) to assess HIV stigma and the Beck Hopelessness Scale (BHS) to measure hopelessness. Data were analyzed using the Spearman Rank correlation test. **Result:** The mean HIV stigma score was 5.37 ± 8.719 (range 0–56). Most respondents experienced minimal or no hopelessness (62.5%), followed by mild (25%) and moderate hopelessness (12.5%). The Spearman rank test showed a significant positive correlation between HIV stigma and hopelessness ($p < 0.01$; $r = 0.365$), indicating a weak correlation. Higher levels of HIV stigma were associated with higher levels of hopelessness among PLHIV. **Conclusion:** There is a significant positive relationship between HIV stigma and hopelessness among people living with HIV in Jember Regency. Therefore, efforts to reduce HIV-related stigma through education and to strengthen psychosocial support through counseling and peer support group are essential to improve psychological well-being and prevent hopelessness among PLWH.

Keywords: HIV related stigma, hopelessness, PLHWH

RINGKASAN

Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember. Adinda Aulia; 222310101155; xvii + 80 halaman; Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) tidak hanya berdampak pada kondisi fisik, tetapi juga menimbulkan berbagai permasalahan psikososial yang dapat memengaruhi kesehatan mental orang dengan HIV/AIDS (ODHIV). Salah satu permasalahan psikososial yang masih sering dialami ODHIV adalah stigma HIV. Stigma HIV dapat berasal dari lingkungan sosial maupun dari diri individu sendiri (*negative self-perception*), yang dapat menyebabkan perasaan malu, takut ditolak, serta menarik diri dari lingkungan sosial. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan berbagai dampak psikologis negatif, salah satunya adalah *hopelessness*. *Hopelessness* merupakan kondisi psikologis yang ditandai dengan perasaan pesimis, hilangnya harapan terhadap masa depan, serta ketidakberdayaan dalam menghadapi situasi kehidupan. Tingkat *hopelessness* yang tinggi pada ODHIV dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup, gangguan kesehatan mental, rendahnya motivasi untuk menjalani pengobatan, serta buruknya kepatuhan terhadap terapi antiretroviral (ARV). Meskipun berbagai upaya telah dilakukan untuk mengurangi stigma HIV, pengalaman stigma pada ODHIV masih bervariasi dan hubungannya dengan *hopelessness* belum sepenuhnya dipahami, khususnya di Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional dengan melibatkan 112 responden ODHIV yang dipilih melalui teknik purposive sampling. Subjek penelitian adalah ODHIV di Kabupaten Jember yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Instrumen yang digunakan meliputi kuesioner data demografi, HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA (HASI-P) untuk mengukur stigma HIV, dan Beck *Hopelessness* Scale (BHS) untuk mengukur tingkat *hopelessness* pada ODHIV. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis menggunakan analisis univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi karakteristik responden,

tingkat stigma HIV, dan *hopelessness*. Analisis bivariat dilakukan menggunakan uji korelasi Spearman Rank untuk mengetahui hubungan antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia ODHIV adalah $39,26 \pm 10,614$ tahun. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan, berstatus menikah, bekerja, berpendidikan terakhir SD, beragama Islam, serta memiliki pendapatan di bawah UMR. Sebagian besar responden memiliki orientasi seksual heteroseksual, telah terdiagnosis HIV selama 1–5 tahun, mengonsumsi ARV, dan telah menjalani terapi ARV selama 1–5 tahun dengan hasil tes *viral load* didominasi oleh status tidak terdeteksi. Variabel stigma HIV memiliki median 2 dengan rentang skor 0–56 dan rata-rata $5,37 \pm 8,719$, dengan dimensi *negative self-perception* merupakan dimensi yang paling dominan. Sebagian besar ODHIV memiliki tingkat *hopelessness* kategori tidak ada atau minimal, diikuti kategori ringan dan sedang. Hasil uji korelasi Spearman Rank menunjukkan adanya hubungan bermakna antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember ($p\text{-value} < 0,05$) dengan arah hubungan positif dan kekuatan korelasi lemah ($r = 0,365$), yang menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma HIV, maka semakin tinggi tingkat *hopelessness* yang dirasakan.

Berdasarkan temuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember. Hubungan kedua variabel bersifat positif dengan kekuatan korelasi lemah, yang menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma HIV yang dialami ODHIV, maka semakin tinggi tingkat *hopelessness* yang dirasakan. Temuan ini menegaskan pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik dengan memperhatikan aspek psikososial, khususnya terkait penanganan stigma HIV dan pencegahan *hopelessness* pada ODHIV.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember. Skripsi ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dr. Rondhianto, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dekan yang telah memberikan kesempatan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Retno Purwandari., M.Kep., selaku Koordinator Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Kholid Rosyidi Muhammad Nur, S.Kep., MNS, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;
4. Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
5. Ns. Yulia Kurniawati, S.Kep., M.Kep., selaku Penguji I dan Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep., selaku Penguji II yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 9 Juni 2026

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRACT	ix
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Masalah Psikososial pada ODHIV (Orang dengan HIV/AIDS)	4
2.2 Stigma HIV	5
2.3 <i>Hopelessness</i>	8
2.4 Hubungan Stigma HIV dengan <i>Hopelessness</i> pada ODHIV	10
2.5 Cognitive Theory of Depression	11
2.6 Kerangka Konsep	13
2.7 Pengembangan Hipotesis	13
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	14
3.1 Desain Penelitian	14
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian	15
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	16
3.4 Prosedur Penelitian	16
3.5 Pengumpulan Data Penelitian	16
3.6 Metode Analisis	17
3.7 Etika Penelitian dan Kelaikan Etik	18
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	19
4.1 Hasil Penelitian	19
4.1.1 Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember	19
4.1.2 Karakteristik Khusus Responden ODHIV di Kabupaten Jember	20

4.1.3 Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember	21
4.1.4 Hopelessness pada ODHIV di Kabupaten Jember.....	22
4.1.5 Hubungan Stigma HIV dengan <i>Hopelessness</i> pada ODHIV di Kabupaten Jember	23
4.2 Pembahasan Penelitian.....	23
4.2.1 Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember	23
4.2.2 Karakteristik Khusus Responden ODHIV di Kabupaten Jember	27
4.2.3 Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember	30
4.2.4 <i>Hopelessness</i> di Kabupaten Jember	32
4.2.5 Hubungan Stigma HIV dengan <i>Hopelessness</i> di Kabupaten Jember.....	34
BAB 5. PENUTUP	37
5.1 Kesimpulan	37
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	38
5.3 Implikasi Keperawatan	38
5.4 Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	40
LAMPIRAN.....	50

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional	14
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember (n=112)	19
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember (n=112)	19
Tabel 4. 3 Distrbusi Frekuensi Karakteristik Khusus Responden ODHIV di Kabupaten Jember (n=112)	20
Tabel 4. 4 Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember	21
Tabel 4. 5 Sebaran Dimensi Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember	22
Tabel 4. 6 Distribusi <i>Hopelessness</i> pada ODHIV di Kabupaten Jember	22
Tabel 4. 7 Hubungan Stigma HIV dengan <i>Hopelessness</i> pada ODHIV di Kabupaten Jember	23

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1. Hasil G*Power.....	51
Lampiran 2. <i>Coding</i>	52
Lampiran 3. <i>Informed Consent</i>	54
Lampiran 4. Kuesioner Penelitian.....	55
Lampiran 5. Surat selesai studi pendahuluan.....	57
Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian LP2M.....	58
Lampiran 7. Surat Kelaikan Etik.....	59
Lampiran 8. Surat Selesai Penelitian	60
Lampiran 9. Lembar Bimbingan Skripsi.....	61

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ODHIV	: Orang dengan HIV/AIDS
UNAIDS	: <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
ART	: <i>Antiretroviral Therapy</i>
Cross Sectional	: Desain penelitian potong lintang
HASI-P	: <i>HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA</i>
BHS	: <i>Beck Hopelessness Scale</i>
Cronbach's Alpha (α)	: Ukuran statistik untuk menilai reabilitas instrumen
H_1	: Hipotesis alternatif
H_0	: Hipotesis nol
IBM SPSS	: <i>International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>p-value</i>	: Nilai probabilitas
PLWA	: <i>People Living with AIDS</i>
ARV	: Anti Retroviral

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) terus menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang utama, dengan salah satu tantangan sosial yang dihadapi ODHIV berupa stigma dan diskriminasi yang menghalangi upaya ODHIV untuk tetap bebas HIV maupun hidup aman dan sehat (UNAIDS, 2024). Salah satu tantangan sosial yang dihadapi orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) adalah stigma, yaitu penilaian negatif dari masyarakat yang menyebabkan pengucilan sosial dan diskriminasi terhadap individu yang terinfeksi (CDC, 2024). UNAIDS (2024) melaporkan bahwa sebanyak 38% orang yang hidup dengan HIV mengalami stigma internal. Stigma HIV dapat berkontribusi pada terganggunya kondisi psikososial ODHIV (Kılıçlı *et al.*, 2022). ODHIV mengalami tekanan medis, psikososial, seksual, dan eksistensial yang dapat menimbulkan dampak psikologis berupa rasa *hopelessness* (keputusasaan), yang juga ditemukan berkaitan dengan stigmatisasi HIV yang terinternalisasi (Schönnesson *et al.*, 2022).

Menurut UNAIDS (2024), sebanyak 39,9 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV/AIDS. Di Indonesia, HIV AIDS dan PIMS Indonesia (2024) melaporkan bahwa hingga Juni terdapat 598.271 orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHIV), dengan penambahan kasus baru sebanyak 31.564 orang. Provinsi Jawa Timur menempati peringkat pertama sebagai daerah dengan jumlah penemuan kasus HIV tertinggi. Sementara itu, jumlah ODHIV di Kabupaten Jember hingga tahun 2024 mencapai sekitar 8.000 orang, dan sebanyak 600 di antaranya merupakan kasus baru (Dinas Kesehatan Jember, 2024). Angka tersebut menunjukkan bahwa penularan HIV masih menjadi permasalahan kesehatan global yang belum sepenuhnya terkendali, terutama di Kabupaten Jember sendiri. Salah satu tantangan yang dihadapi yaitu karena adanya stigma yang melekat, yang berdampak luas pada kualitas hidup ODHIV, yang pada akhirnya berdampak pada

kondisi psikologis, rasa percaya diri, hingga perkembangan karier mereka (Heru *et al.*, 2023).

Stigma HIV terbentuk melalui proses sosial yang kompleks, mulai dari pelabelan negatif (*labelling*), stereotip, dan diperlakukan secara berbeda hingga dianggap “tidak normal” atau tidak diinginkan dalam masyarakat (Logie, 2021). Stigma merupakan faktor utama yang menyebabkan ketidaksetaraan kesehatan serta menjadi hambatan besar dalam pencegahan, perawatan, dan pengobatan HIV melalui mekanisme interseksional dan struktural (Relf *et al.*, 2021). Stigma terhadap HIV dapat muncul di berbagai lingkungan, seperti fasilitas kesehatan, keluarga, maupun masyarakat, yang umumnya dipicu oleh kurangnya pengetahuan, rasa takut, dan kesalahpahaman sosial (Fauk *et al.*, 2021). Stigma memiliki dampak besar karena dapat menimbulkan pandangan negatif yang terinternalisasi dan meningkatkan gangguan psikologis pada ODHIV (Brenner *et al.*, 2020). Salah satu gangguan psikologis akibat adanya stigma HIV yaitu *hopelessness* (keputusasaan), dimana *hopelessness* dapat memperburuk risiko terjadinya depresi (Kılıçlı *et al.*, 2022).

Hopelessness atau keputusasaan ada menjadi penghubung antara ketidaknyamanan terkait status HIV dan gejala depresi (Cavazos-Rehg *et al.*, 2020). Hampir setengah dari mereka yang hidup dengan HIV mengalami tingkat *hopelessness* sedang hingga berat akibat kuatnya pengaruh stigma yang melekat (Schönnesson *et al.*, 2022). *Hopelessness* yang merupakan salah satu gejala depresi dapat menurunkan kepatuhan ODHIV terhadap terapi ARV serta berdampak pada penurunan kualitas hidup ODHIV (Asrat *et al.*, 2020). Selain itu, *hopelessness* juga dapat mengurangi akses terhadap layanan kesehatan, menghambat pencapaian target pengobatan HIV global, serta memicu gangguan psikologis berat seperti munculnya pikiran bunuh diri dan perilaku yang merugikan diri sendiri (Ninnoni *et al.*, 2023).

Mempertimbangkan bahwa *hopelessness* masih banyak terjadi pada ODHIV dan masih perlu diketahui faktor - faktor apa saja yang berhubungan. Di Indonesia, penelitian terkait hubungan stigma HIV dengan *hopelessness* masih sangat terbatas khususnya di Kabupaten Jember. Memahami stigma HIV sangat penting untuk mengurangi gangguan psikologis pada ODHIV, karena stigma

berdampak buruk bagi kesehatan mental dan menghambat akses perawatan yang diperlukan (Perger *et al.*, 2025). Oleh karena itu, peneliti akan melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stigma HIV dengan *hopelessness* di Kabupaten Jember. Pemahaman yang berbasis data ini akan menjadi dasar bagi pengembangan intervensi psikososial yang efektif.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik ODHIV di Kabupaten Jember
- b. Mengidentifikasi stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember
- c. Mengidentifikasi *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember
- d. Menganalisis Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi dunia pendidikan khususnya pada bidang keperawatan yang mampu menambah ilmu pengetahuan dan *evidence based research* keperawatan dalam mengetahui hubungan stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV.

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi informasi bagi petugas kesehatan dalam skrining dini sederhana risiko kesehatan mental pada ODHIV. ODHIV yang teridentifikasi mengalami tingkat stigma yang tinggi dapat segera ditandai sebagai kelompok berisiko dan dirujuk untuk mendapatkan dukungan psikologis lebih awal, sebelum perasaan *hopelessness* tersebut berakibat pada perilaku yang tidak diinginkan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Masalah Psikososial pada ODHIV (Orang dengan HIV/AIDS)

ODHIV menghadapi berbagai tantangan psikososial yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental mereka (Deviantony *et al.*, 2025). Beragam masalah psikososial muncul akibat tekanan sosial, budaya, dan stigma yang dihadapi ODHIV dalam kehidupan sehari-hari mereka (Dejman *et al.*, 2015). Salah satu dampaknya adalah munculnya stigma internal yang dapat menurunkan harga diri dan harapan, sehingga pada akhirnya memengaruhi kualitas hidup ODHIV (Mashiach-Eizenberg *et al.*, 2013). Tantangan psikososial tersebut dapat berdampak pada kondisi psikologis ODHIV dan berkembang menjadi *hopelessness* serta depresi (Rueda *et al.*, 2016). Selain itu, diskriminasi yang datang dari keluarga maupun masyarakat dapat semakin memperburuk kondisi emosional ODHIV dan mengurangi dukungan sosial yang mereka terima (Meo *et al.*, 2021).

Masalah psikososial pada ODHIV juga berkaitan dengan hambatan mengakses layanan kesehatan akibat stigma HIV serta kekhawatiran akan pengungkapan status, stigma, dan diskriminasi (Bravo *et al.*, 2010). Stigma dan diskriminasi ini, yang bersumber dari ketakutan dan kurangnya pengetahuan, semakin menghalangi ODHIV untuk memulai dan mematuhi pengobatan (Fauk *et al.*, 2021). Kondisi tersebut juga dapat menyebabkan berkurangnya dukungan sosial bagi ODHIV, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap psikologis dan menurunkan kualitas hidup mereka (Nguyen *et al.*, 2025). Selain itu, tekanan stigma dari masyarakat dapat memicu munculnya stigma internal pada ODHIV, yang pada akhirnya meningkatkan risiko munculnya *hopelessness* (Schönnesson *et al.*, 2022). Kondisi ini memperlihatkan bahwa masalah psikososial pada ODHIV merupakan interaksi kompleks antara aspek sosial, kesehatan mental, dan pengalaman stigma yang berulang.

2.2 Stigma HIV

2.2.1. Definisi Stigma HIV

Stigma menurut Goffman didefinisikan sebagai atribut yang mendiskreditkan individu sehingga menurunkan status sosialnya di mata masyarakat (Goffman, 1963). Stigma adalah bentuk pelabelan negatif yang merendahkan martabat seseorang dan menjauhkan individu dari masyarakat melalui proses penandaan, pembentukan stereotip, serta ketimpangan kekuasaan dalam masyarakat (Abbey *et al.*, 2011). Stigma tidak hanya dialami sebagai persoalan individu, tetapi juga berfungsi sebagai mekanisme sosial yang secara sistematis digunakan untuk menindas dan meminggirkan kelompok - kelompok tertentu (Tyler, 2020).

Dalam konteks HIV, stigma muncul karena penyakit ini sering dikaitkan dengan perilaku yang dianggap menyimpang seperti penggunaan narkoba atau hubungan seksual berisiko (Pryor *et al.*, 1999). Stigma HIV kemudian berkembang dalam bentuk *labeling*, stereotip, diskriminasi, dan marginalisasi terhadap ODHIV, yang semakin diperkuat oleh ketakutan akan penularan dan penilaian moral, sehingga berdampak negatif pada harga diri serta akses mereka terhadap layanan kesehatan (Visser & Forsyth, 2009). Kurangnya pemahaman yang benar serta kepercayaan pada berbagai mitos tentang HIV semakin memicu munculnya stigma tersebut sehingga membuat ODHIV semakin rentan terhadap penolakan dan perlakuan tidak adil (Reif *et al.*, 2018). Stigma ini juga muncul dari keluarga dan tenaga kesehatan, dipicu oleh kurangnya pengetahuan dan rasa takut, sehingga hal ini semakin meningkatkan kerentanan psikologis pada ODHIV (Fauk *et al.*, 2021). Dengan demikian, stigma HIV bukan hanya persoalan medis tetapi juga fenomena sosial yang kompleks yang membentuk pengalaman dan kerentanan ODHIV.

2.2.2. Jenis Stigma HIV

Dalam konteks HIV, stigma yang dialami ODHIV menurut Earnshaw & Chaudoir (2009) dapat muncul dalam berbagai bentuk dan secara umum dikelompokkan ke dalam beberapa jenis :

a. *Enacted Stigma* (Stigma yang Dialami/Diwujudkan)

Enacted stigma merupakan bentuk stigma yang menggambarkan sejauh mana ODHIV merasa telah mengalami perlakuan diskriminatif, prasangka, atau penolakan secara langsung orang lain di lingkungan sekitarnya. Bentuk stigma ini dapat berupa kehilangan pekerjaan akibat status HIV, penolakan dalam kehidupan sosial, maupun tindakan kekerasan fisik.

b. *Anticipated Stigma* (Stigma yang Diantisipasi)

Jenis ini mengacu pada keyakinan atau kekhawatiran ODHIV bahwa mereka akan menghadapi prasangka, diskriminasi, atau perlakuan negatif dari orang lain pada masa yang akan datang karena status HIV yang dimiliki.

c. *Internalized Stigma* (Stigma yang Diinternalisasi)

Internalized stigma merupakan kondisi ketika ODHIV mengadopsi dan meyakini pandangan, stereotip, serta penilaian negatif yang berkembang di masyarakat mengenai HIV, kemudian mengarahkannya kepada diri sendiri. Bentuk stigma ini umumnya ditandai dengan munculnya perasaan bersalah (*guilt*), rasa malu (*shame*), serta perasaan tidak berharga (*worthlessness*).

2.2.3. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Stigma pada ODHIV

Berikut merupakan faktor – faktor yang mempengaruhi stigma pada ODHIV, yaitu :

a) Kurangnya pengetahuan

Rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS menjadi faktor utama yang memicu terjadinya stigma (Heru *et al.*, 2023). Visser *et al.* (2009) juga menegaskan bahwa kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS membuat seseorang lebih rentan memiliki sikap stigmatisasi. Hal itu dibuktikan dengan pada penelitian Letshwenyo-Maruatona *et al.* (2019), program edukasi HIV yang terarah dapat secara

efektif menurunkan stigma dengan meluruskan berbagai mitos dan meningkatkan pemahaman masyarakat.

b) Usia

ODHIV berusia lebih tua cenderung memiliki risiko stigma terkait HIV yang lebih rendah (Dessie & Zewotir, 2024). Hal ini mungkin dipengaruhi oleh meningkatnya dukungan sosial, kemampuan coping yang lebih matang, serta berkurangnya ketakutan untuk mengungkapkan status HIV seiring bertambahnya usia (Brennan-Ing, 2019).

c) Ekonomi

Pendapatan yang lebih tinggi cenderung menurunkan tingkat stigma HIV, karena memberikan perlindungan sosial yang membuat seseorang lebih kecil kemungkinannya mengalami perlakuan buruk (Özdemir *et al.*, 2025).

d) Keyakinan budaya dan tradisional

Individu dengan pandangan budaya yang lebih tradisional memiliki tingkat stigma terkait HIV yang lebih tinggi, menunjukkan bahwa nilai dan konteks budaya turut membentuk sikap stigmatisasi (Visser *et al.*, 2009).

2.2.4. Dampak Stigma HIV

Dampak dari stigma HIV bersifat multidimensional, memengaruhi aspek psikologis, sosial, dan klinis ODHIV. Beberapa dampak utamanya adalah :

a) Masalah psikologis

Stigma HIV dapat memicu depresi, kecemasan, kesedihan, rasa bersalah, serta perasaan tidak berharga, yang secara nyata berdampak pada kesehatan mental dan kualitas hidup ODHIV (Heru *et al.*, 2023). Stigma mempengaruhi aspek intrapersonal (persepsi diri) dan interpersonal (orang lain), sehingga menimbulkan dampak psikologis berlapis yang dapat memburuk dari waktu ke waktu (Logie *et al.*, 2021).

b) Masalah sosial

Stigma menghambat ODHIV dalam mencari bantuan memulihkan kehidupan, sehingga mengganggu berbagai aspek interaksi sosial (Asrina *et al.*, 2023). Selain itu, stigma HIV turut memperburuk fungsi sosial dengan memicu peningkatan depresi, mengurangi dukungan sosial, serta membatasi

akses ODHIV terhadap layanan kesehatan yang diperlukan (Rueda *et al.*, 2016).

c) Akses layanan kesehatan dan kepatuhan pengobatan

Stigma HIV menghambat akses layanan kesehatan melalui pelabelan negatif, pengucilan, dan penolakan pengobatan yang dipicu oleh kurangnya pengetahuan, rasa takut, dan nilai sosial budaya, sehingga diperlukan edukasi dan perbaikan sistem kesehatan untuk mengatasinya (Fauk *et al.*, 2021). Selain itu, stigma HIV berhubungan dengan penurunan kepatuhan terhadap terapi ARV, dimana ODHIV dengan tingkat stigma rendah memiliki kepatuhan lebih besar dibandingkan yang memiliki stigma tinggi (Nurfalah *et al.*, 2019).

2.3 *Hopelessness*

2.3.1. Definisi

Hopelessness adalah suatu keadaan ketika seseorang meyakini bahwa hal-hal yang sangat diharapkan tidak akan tercapai, atau justru hal-hal yang sangat ditakuti akan terjadi, serta merasa tidak memiliki cara atau kemampuan untuk mengubah kemungkinan terjadinya hal tersebut (Abramson *et al.*, 1989). Everson *et al* (1997) juga mendefinisikan *hopelessness* sebagai ekspektasi sendiri dan masa depan. Menurut Abramson *et al* (1989), konsep *hopelessness* ini mencakup dua inti utama, yaitu ekspektasi negatif mengenai hasil-hasil penting (*negative outcome expectancy*) dan ekspektasi ketidakberdayaan dalam mengubah kemungkinan hasil tersebut (*helplessness expectancy*). Meskipun ketidakberdayaan (*helplessness*) merupakan bagian penting dari *hopelessness*, ketidakberdayaan saja tidak cukup untuk menimbulkan *hopelessness*, sebab *hopelessness* memiliki cakupan yang lebih luas daripada *helplessness* (Abramson *et al*, 1989).

Menurut Abramson *et al.* (1989) penyebab terbentuknya *hopelessness* (keputusasaan) muncul dari perpaduan antara pengalaman hidup yang berat (stresor) dan kerentanan pribadi seseorang dalam menafsirkan peristiwa negatif. Kerentanan ini berupa kecenderungan untuk melihat penyebab kejadian buruk sebagai sesuatu yang menetap dalam jangka panjang dan memengaruhi banyak

aspek kehidupan, serta dikaitkan dengan penilaian negatif terhadap diri sendiri. Ketika pola pikir seperti ini muncul setelah menghadapi stresor, individu cenderung percaya bahwa hal-hal baik tidak akan terjadi, hal-hal buruk pasti terjadi, dan mereka merasa tidak mampu melakukan apa pun untuk mengubah keadaan tersebut. Inilah yang akhirnya membentuk kondisi keputusan.

2.3.2. Dimensi *Hopelessness*

Menurut Beck (1974), *hopelessness* terbagi menjadi tiga dimensi, antara lain :

a. *Feelings About the Future*

Dimensi ini menilai berbagai perasaan positif tentang masa depan, seperti munculnya harapan, antusiasme, rasa senang, kepercayaan diri, serta keyakinan bahwa hal-hal baik akan terjadi.

b. *Loss of Motivation*

Menggambarkan keyakinan bahwa hasil yang dicapai merupakan tanggung jawab individu, sekaligus menilai munculnya rasa menyerah, hilangnya keinginan untuk mencapai sesuatu, dan kurangnya usaha untuk memperoleh apa yang diharapkan.

c. *Future Expectation*

Dimensi ini mengukur pandangan negatif seseorang terhadap masa depan, termasuk bagaimana mengantisipasi jalannya kehidupan ke depan, melihat masa depan sebagai sesuatu yang suram, merasa kecil kemungkinan memperoleh hal baik, serta mengharapkan berbagai hal tidak berjalan sesuai keinginan.

2.3.3. Dampak *Hopelessness* terhadap Kesehatan Mental

Seseorang yang putus asa lebih rentan mengalami gangguan kesehatan mental. Penelitian menunjukkan bahwa keputusan (*hopelessness*) berhubungan erat dengan beberapa dampak negatif pada kesehatan mental di kalangan dewasa, seperti kesepian, depresi, dan pikiran untuk bunuh diri (Keshoofy, 2024). Yildirim *et al.* (2023) juga menegaskan bahwa *hopelessness* menjadi faktor kognitif penting yang dapat memicu risiko bunuh diri. Menurut Pompili *et al.* (2013), *hopelessness* merupakan salah satu faktor independen utama terhadap perilaku bunuh diri, yang menekankan perasaan pesimisme terhadap masa depan dan dapat meningkatkan risiko depresi dan bunuh diri.

Hopelessness menimbulkan hilangnya motivasi untuk berusaha serta keyakinan bahwa masa depan akan buruk menimbulkan kesedihan mendalam. Akibatnya, muncul gejala seperti kurangnya dorongan untuk bertindak, perasaan sedih yang berat, bahkan hingga risiko timbulnya bunuh diri (Abramson *et al.*, 1989).

Selain itu, telah dibuktikan bahwa keputusan memainkan peran yang signifikan dalam psikosis, terutama pada skizofrenia. Pada pasien dengan gangguan mood, *hopelessness* merupakan faktor utama dari buruknya fungsi kesehatan dan fungsi sosial (Yildirim *et al.*, 2023). Hal ini menggarisbawahi peran sentral *hopelessness* dalam proses psikologis yang mendasari kesehatan mental yang buruk. Pada ODHIV, keputusan juga berdampak negatif pada kesehatan mental. Schönnesson *et al.* (2022), mengatakan bahwa ODHIV yang mengalami *hopelessness* dilaporkan memiliki kualitas hidup dan kepuasan hidup yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian dukungan psikososial dan intervensi yang meningkatkan harapan hidup penting untuk meningkatkan kesehatan mental ODHIV.

2.4 Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV

Stigma terhadap HIV/AIDS hingga kini masih menjadi salah satu hambatan utama dalam upaya peningkatan kesejahteraan orang dengan HIV/AIDS (ODHIV). Stigma tidak hanya berupa penilaian moral, tetapi juga mencakup diskriminasi, penolakan sosial, dan perlakuan tidak adil yang dialami ODHIV (Dessie & Zewotir, 2024). Masyarakat sering mengaitkan HIV dengan perilaku “tidak bermoral” sehingga ODHIV dipersepsikan sebagai kelompok yang harus dihindari (Fauk *et al.*, 2021). Dampak stigma HIV tidak hanya bersifat sosial, tetapi juga psikososial. Individu yang mengalami stigma berisiko tinggi kehilangan dukungan sosial dan menghadapi isolasi sosial yang dapat memperburuk kondisi mental ODHIV (Brenner *et al.*, 2020). Stigma sosial yang diterima dari lingkungan sering kali berubah menjadi stigma internal, yaitu ketika individu mulai mempercayai pandangan negatif tentang dirinya sendiri (Tian *et al.*, 2021). Proses internalisasi ini menurunkan rasa percaya diri, meningkatkan rasa malu, serta memicu stres psikologis yang berkepanjangan (Earnshaw *et al.*, 2013).

Tekanan psikologis yang disebabkan oleh stigma berkaitan dengan meningkatnya risiko gangguan emosional, seperti depresi, kecemasan, dan *hopelessness* (Kılıçlı *et al.*, 2022). Hampir setengah dari ODHIV mengalami *hopelessness* sedang hingga parah, dengan stigmatisasi sebagai faktor kontributor utama (Schönnesson *et al.*, 2022). Studi di Turki menemukan bahwa semakin tinggi stigma yang dialami ODHIV, semakin tinggi pula tingkat *hopelessness* dan depresi (Kılıçlı *et al.*, 2022). Penelitian lain di Brasil juga mengidentifikasi bahwa konsep diri yang negatif akibat stigma berkaitan dengan rendahnya harapan hidup ODHIV (Patricio *et al.*, 2019). Selain itu, Cavazos-Rehg *et al.* (2021), juga menegaskan bahwa stigma yang terus menerus dialami berkontribusi terhadap penurunan optimisme serta peningkatan *hopelessness*. Temuan tersebut mendukung dugaan bahwa stigma HIV berperan besar dalam membentuk *hopelessness* pada ODHIV. Namun, penelitian dengan konteks spesifik di daerah seperti Jember masih sangat terbatas, sehingga menjadi penting untuk dilakukan penelitian ini.

2.5 Cognitive Theory of Depression

Teori ini dikembangkan oleh Aaron T. Beck, seorang psikiater yang berfokus pada hubungan antara pola pikir (kognisi) dengan emosi dan perilaku manusia. Beck berpendapat bahwa depresi seperti *hopelessness* tidak muncul secara tiba-tiba, tetapi merupakan hasil dari distorsi kognitif, yaitu kesalahan dalam cara seseorang menafsirkan pengalaman hidupnya. Beck memiliki tiga pola pikir negatif (*cognitive triad*) dalam menjelaskan bahwa individu yang mengalami depresi atau *hopelessness* memiliki pandangan negatif terhadap :

- a. Diri sendiri (*oneself*) : merasa tidak berharga, gagal, atau bersalah
- b. Dunia (*the world*) : melihat lingkungan sebagai tempat yang menolak, penuh ancaman, dan tidak adil
- c. Masa depan (*the future*) : meyakini bahwa keadaan tidak akan membaik, sehingga tidak ada harapan untuk berubah.

Kombinasi ketiga pandangan ini melahirkan *hopelessness*, yaitu perasaan bahwa masa depan tidak memiliki harapan dan usaha apa pun tidak akan berarti (Beck, 1976). Tahapan proses dalam *cognitive theory of depression*, antara lain :

1) Pengalaman atau stimulus negatif

Individu menghadapi situasi yang menimbulkan tekanan emosional. Dalam teori Beck (1976), pengalaman negatif ini menjadi pemicu awal bagi munculnya pola pikir negatif.

2) Aktivasi skema kognitif negatif

Setiap individu memiliki skema kognitif, yaitu struktur keyakinan mendalam tentang diri dan dunia. Pengalaman negatif dapat mengaktifkan skema negatif seperti keyakinan “saya tidak berharga” atau “saya gagal.”

3) Distorsi negatif

Setelah skema negatif aktif, individu mulai menafsirkan situasi dengan cara tidak rasional. Beck mengidentifikasi beberapa bentuk distorsi seperti:

1. *Overgeneralization* (menarik kesimpulan luas dari satu kejadian)
2. *Catastrophizing* (menganggap situasi akan berakhir buruk)
3. *Labeling* (memberi label negatif pada diri sendiri)
4. *Personalization* (menyalahkan diri atas hal di luar kendali).

4) Pembentukan pikiran

Pikiran negatif muncul secara spontan dan berulang tanpa disadari. Beck menyebutnya sebagai *Automatic Negative Thoughts* (ANTs), yang mengisik kesadaran individu dan memperkuat emosi negatif.

5) Respon emosional dan perilaku

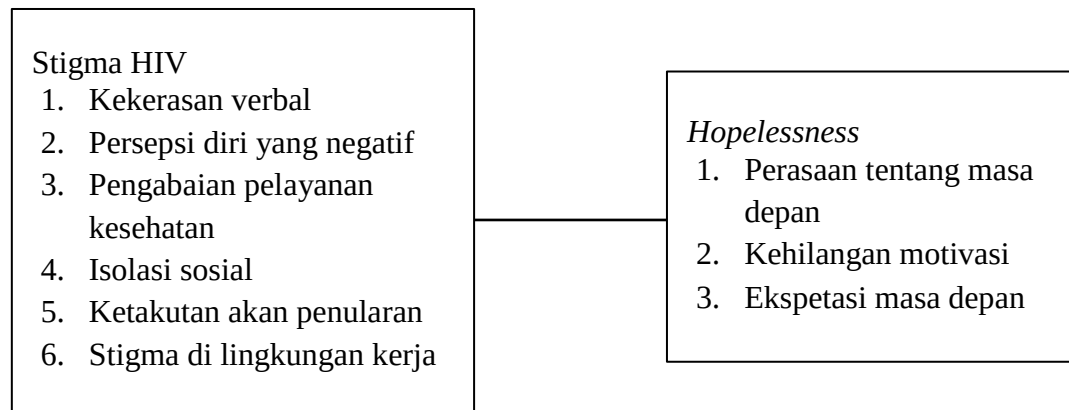
Pikiran negatif yang berulang menimbulkan emosi negatif (sedih, cemas, tidak berdaya) dan perilaku pasif seperti menarik diri, menolak bantuan, atau menyerah.

6) *Hopelessness* (Keputusasaan)

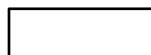
Tahap akhir dari proses ini. Individu merasa tidak ada jalan keluar dari situasi yang dihadapi, yakin bahwa masa depan suram dan usaha tidak berguna. Ini merupakan bentuk khas dari *depressive cognition*.

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan pada penelitian ini yaitu sebagai berikut :



Keterangan :



: Diteliti

: Diteliti

2.7 Pengembangan Hipotesis

Penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_1) berupa adanya hubungan antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV. Tingkat kesalahan (α) yang digunakan adalah 0,05. Hipotesis alternatif dapat diterima apabila nilai $p < \alpha$, sedangkan apabila nilai $p \geq \alpha$ maka H_0 tidak dapat ditolak.

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Desain ini dipilih karena bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antar dua variabel yaitu HIV stigma (sebagai variabel independen) dan *hopelessness* (sebagai variabel dependen) pada ODHIV.

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Skala Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Independen : Stigma HIV	Persepsi negatif, penolakan, diskriminasi, dan perlakuan tidak adil yang dirasakan atau dialami oleh ODHIV akibat status HIV-nya, baik dari masyarakat umum, tenaga kesehatan, maupun diri sendiri (<i>self-stigma</i>).	1. <i>Verbal abuse</i> 2. <i>Negative self-perception</i> 3. <i>Health care neglect</i> 4. <i>Social isolation</i> 5. <i>Fear of contagion</i> 6. <i>Workplace stigma</i>	Kuesioner HIV Stigma yaitu HASI-P (<i>HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA</i>) yang dibuat oleh Holzemer (2007) terdiri dari 33 item pertanyaan.	Interval	Nilai min : 0 Nilai max : 99 Semakin tinggi skor maka semakin tinggi stigma yang dialami.
Dependen : <i>Hopelessness</i>	Suatu kondisi psikologis di mana ODHIV merasa pesimis, tidak memiliki harapan terhadap masa depan, serta merasa tidak berdaya untuk mengubah keadaan hidupnya.	1. <i>Feelings about the future</i> 2. <i>Lost of motivation</i> 3. <i>Future expectation</i>	Kuesioner <i>hopelessness</i> menggunakan skala <i>Beck Hopelessness Scale</i> (BHS) yang dibuat oleh Aaron T. Beck (1974) dengan total 20 item pertanyaan.	Ordinal	Nilai min : 0 Nilai max : 20 Interpretasi hasil : 1. 0-3 (tidak mengalami <i>hopelessness</i> atau minimal) 2. 4-8 (ringan) 3. 9-14 (sedang) 4. 15-20 (berat)

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan kelompok yang menjadi fokus penelitian, yaitu seluruh elemen yang memiliki karakteristik tertentu sesuai tujuan penelitian (Polit & Beck, 2018). Populasi penelitian ini adalah seluruh ODHIV di Kabupaten Jember.

3.2.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih untuk mewakili populasi tersebut (Polit & Beck, 2018). Sampel penelitian ini merupakan sampel yang memenuhi standar inklusi dan eksklusi peneliti. Aplikasi G*Power versi 3.1.9.7 digunakan untuk menentukan ukuran sampel, dengan *effect size* 0,3 tingkat signifikansi 0,05 dan *power* 0,9 sehingga menghasilkan 112 sampel.

3.2.3. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling*. Purposive sampling adalah metode pengambilan sampel yang melibatkan pemilihan sampel dari populasi berdasarkan preferensi peneliti (masalah atau tujuan penelitian) agar sampel tersebut dapat secara akurat mencerminkan karakteristik populasi yang telah diketahui sebelumnya (Ishak & Choirunissa, 2023). Peneliti telah memilih responden secara sengaja berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya agar data yang diperoleh benar-benar relevan dengan tujuan penelitian. Selama proses pengumpulan data, peneliti berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan LSM Laskar untuk membantu menghubungkan dengan responden yang sesuai, tanpa memaksakan partisipasi siapa pun.

3.2.4. Kriteria Subjek Penelitian

Kriteria sampel ini membantu peneliti mengurangi bias hasil dari penelitian, terlebih jika variabel kontrol ternyata memiliki pengaruh terhadap variabel yang diteliti. Kriteria sampel pada penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 1) ODHIV berusia diatas 18 tahun
- 2) Bersedia menjadi responden

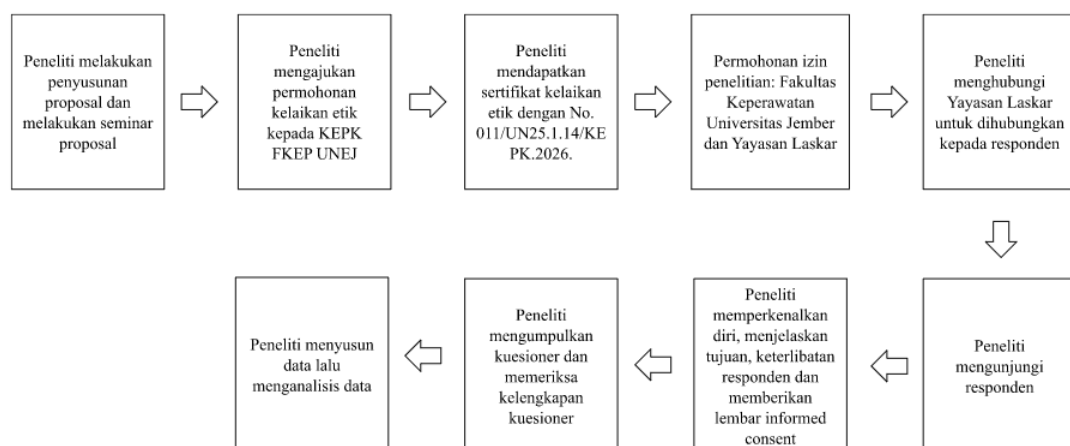
b. Kriteria Eksklusi

- 1) ODHIV yang sedang dalam kondisi fisik sangat lemah atau kritis sehingga tidak memungkinkan untuk mengikuti proses pengisian kuesioner

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini berlokasi di Kabupaten Jember. Penelitian ini berlangsung sejak proposal dibuat hingga hasil penelitian dipublikasikan yaitu pada bulan Desember 2025 sampai dengan Juni 2026.

3.4 Prosedur Penelitian



3.5 Pengumpulan Data Penelitian

Penelitian ini menggunakan 2 kuesioner, yaitu *HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA* (HASI-P) dan *Beck Hopelessness Scale* (BHS).

3.5.1. *HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA* (HASI-P)

Alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti pada variabel independen berupa kuesioner *HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA* (HASI-P) yang dibuat dan dikembangkan oleh Holzemer *et al.* (2007). Kuesioner ini berisikan 33 item pertanyaan menggunakan enam aspek/dimensi yaitu *verbal abuse*, *negative self-perception*, *health care neglect*, *social isolation*, *fear of*

contagion, dan *workplace stigma* (Holzemer at al., 2007). Kuesioner ini memiliki empat pilihan jawab yaitu “Tidak Pernah” , “Sekali atau Dua Kali”, “Beberapa Kali”, atau “Hampir Sepanjang Waktu”. Uji reliabilitas menunjukkan bahwa nilai *Cronbach's alpha* untuk masing-masing indikator berada pada rentang 0,758 hingga 0,906, dengan nilai alpha total sebesar 0,940, yang mengindikasikan tingkat reliabilitas yang sangat tinggi.

3.5.2. *Beck Hopelessness Scale (BHS)*

Pengukuran tingkat *hopelessness* dalam penelitian ini menggunakan instrumen *hopelessness* yaitu *Beck Hopelessness Scale (BHS)* oleh Aaron T. Beck (1974). Alat ukur ini terdiri dari 20 item pertanyaan mencakup perasaan tentang masa depan, motivasi, dan ekspektasi masa depan. Setiap item pertanyaan memiliki dua pilihan jawaban “Benar” atau “Salah”. Terdapat empat kategori untuk menginterpretasikan hasil kuesioner BHS yaitu 0-3 (tidak ada atau minimal), 4-8 (ringan), 9-14 (sedang), dan 15-20 (berat). Hasil uji validitas dari instrumen ini diperoleh hasil koefisien 0,39 – 0,76. Serta telah diuji reliabilitas didapatkan *Cronbach's Alpha* berkisar 0,82 – 0,93.

3.6 Metode Analisis

Peneliti mengolah data dengan tahapan, antara lain *editing*, *coding*, *entry* dan *cleaning*. Peneliti telah melakukan beberapa teknik analisis data. Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis karakteristik responden yang akan ditampilkan dengan jumlah dan persentase yang meliputi umur, gender, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, pendapatan, orientasi seksual, lama menderita HIV, status pengobatan, dan lama menjalani pengobatan. Pada penelitian ini juga menggunakan analisis bivariat dengan teknik uji *Spearman rank* untuk mengetahui hubungan stigma HIV dengan *hopelessness* dengan ketentuan $p\text{-value} < 0,05$ yang berarti adanya hubungan antar kedua variabel, sedangkan jika nilai $p\text{-value} \geq 0,05$ maka tidak ada hubungan antar kedua variabel. Arah hubungan dapat bersifat positif (semakin tinggi stigma maka semakin tinggi *hopelessness*), atau negatif (semakin rendah stigma, semakin rendah *hopelessness* maupun sebaliknya). Kekuatan hubungan diinterpretasikan berdasarkan nilai koefisien korelasi (r), yaitu 0,00 – 0,199 sangat lemah; 0,20 -

0,399 lemah; 0,40 - 0,599 sedang; 0,60 - 0,799 kuat; dan 0,80 - 1,00 sangat kuat.

3.7 Etika Penelitian dan Kelaikan Etik

Selama penelitian, peneliti telah menerapkan prinsip kerahasiaan (*confidentiality*) untuk menjaga kerahasiaan data responden melalui pemberian kode pada setiap responden, yaitu mulai dari A1 hingga A112. Peneliti juga menerapkan prinsip keadilan (*justice*) dengan memberikan perlakuan yang sama kepada seluruh responden tanpa membedakan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, maupun karakteristik lainnya sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Prinsip kebaikan (*beneficence*) diterapkan dengan memastikan bahwa penelitian tidak menimbulkan risiko yang merugikan responden, menjaga kenyamanan selama proses pengumpulan data, serta menghasilkan informasi yang diharapkan dapat menjadi dasar pengembangan intervensi keperawatan dan edukasi untuk mengurangi stigma HIV serta meningkatkan kesehatan psikologis ODHIV. Selain itu, peneliti menerapkan prinsip otonomi (*autonomy*) dengan menghormati hak setiap responden untuk menentukan keikutsertaannya dalam penelitian melalui pemberian lembar *informed consent* sebelum pengumpulan data. Responden diberikan penjelasan mengenai tujuan, prosedur penelitian, serta hak untuk menolak atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja tanpa adanya konsekuensi apa pun. Peneliti juga telah melakukan pengajuan permohonan uji kelaikan etik kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan No. 011/UN25.1.14/KEPK/2026.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember

Distribusi frekuensi karakteristik umum ODHIV di Kabupaten Jember disajikan dalam tabel 4.1 dan 4.2 berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember (n=112)

Karakteristik Umum	Mean	Standar Deviasi (SD)	Min - Max
Usia	39,26	±10,614	20 - 75

Berdasarkan Tabel 4.1, karakteristik usia responden menunjukkan bahwa ODHIV dalam penelitian ini berada pada rentang usia dewasa hingga lanjut usia. Temuan ini mengindikasikan bahwa HIV dialami oleh responden pada berbagai tahapan usia, sehingga menggambarkan keberagaman karakteristik usia pada populasi penelitian.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember (n=112)

Karakteristik Umum	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	54	48,2%
Perempuan	58	51,8%
Status Pernikahan		
Belum menikah	26	23,2%
Menikah	59	52,7%
Cerai	27	24,1%
Status Pekerjaan		
Bekerja	85	75,9%
Tidak bekerja	27	24,1%
Pendidikan		
Tidak sekolah	7	6,3%
SD	42	37,5%
SMP	26	23,2%
SMA	29	25,9%
PT	8	7,1%
Agama		
Islam	111	99,1%
Kristen	1	0,9%
Pendapatan		
Kurang dari Rp 3.012.197	95	84,8%
Lebih dari Rp 3.012.197	17	15,2%

Berdasarkan Tabel 4.2, karakteristik umum responden ODHIV menunjukkan adanya variasi pada jenis kelamin, status pernikahan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, agama, dan pendapatan. Responden dalam penelitian ini didominasi oleh perempuan, berstatus menikah, serta bekerja. Tingkat pendidikan responden sebagian besar berada pada jenjang sekolah dasar, dengan sebagian kecil mencapai pendidikan perguruan tinggi. Karakteristik agama responden didominasi oleh Islam, sementara karakteristik pendapatan menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki penghasilan di bawah UMR.

4.1.2 Karakteristik Khusus Responden ODHIV di Kabupaten Jember

Distribusi frekuensi karakteristik khusus ODHIV di Kabupaten Jember disajikan dalam bentuk tabel frekuensi 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Khusus Responden ODHIV di Kabupaten Jember (n=112)

Karakteristik Khusus	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Orientasi Seksual		
Heteroseksual	80	71,4%
Homoseksual/gay/lesbian	23	20,5%
Biseksual	6	5,4%
Tidak yakin/rahasia	3	2,7%
Lama Terdiagnosa		
< 1 tahun	21	18,8%
1 – 5 tahun	60	53,6%
6 – 10 tahun	26	23,2%
> 10 tahun	5	4,5%
Status Pengobatan		
Mengonsumsi ARV	109	97,3%
Tidak mengonsumsi ARV	3	2,7%
Lama Konsumsi ARV		
< 1 tahun	24	21,4%
1 – 5 tahun	61	54,5%
6 – 10 tahun	24	21,4%
> 10 tahun	3	2,7%
Tes Viral Load		
Sudah	84	75%
Belum	28	25%

Hasil Tes <i>Viral Load</i>		
Terdeteksi	14	12,5%
Tidak terdeteksi	89	79,5%
Tidak tahu	9	8%

Berdasarkan Tabel 4.3, karakteristik khusus responden ODHIV menunjukkan bahwa orientasi seksual heteroseksual lebih mendominasi dibandingkan kelompok orientasi seksual lainnya. Responden umumnya telah terdiagnosis HIV dan menjalani konsumsi ARV dalam rentang waktu 1-5 tahun, serta mayoritas masih aktif mengonsumsi ARV. Selain itu, sebagian besar responden telah melakukan pemeriksaan *viral load* dengan hasil yang didominasi oleh kondisi *viral load* tidak terdeteksi.

4.1.3 Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember

Dalam penelitian ini, stigma HIV merupakan variabel independen yang terdiri dari 6 indikator, yaitu *verbal abuse*, *negative self-perception*, *health care neglect*, *social isolation*, *fear of contagion*, dan *workplace stigma*. Gambaran stigma HIV beserta sebaran dimensinya pada ODHIV di Kabupaten Jember disajikan pada Tabel 4.4 dan Tabel 4.5 berikut :

Tabel 4.4 Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember

Variabel	Min - Max	Median
Stigma HIV	0 - 56	2

Berdasarkan Tabel 4.4, skor stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember memiliki rentang nilai 0 – 56 dengan nilai median sebesar 2. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki skor stigma HIV yang relatif rendah. Rentang skor yang cukup luas mengindikasikan bahwa masih terdapat variasi stigma HIV yang dialami oleh ODHIV dalam penelitian ini.

Tabel 4. 5 Sebaran Dimensi Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember

Dimensi Stigma HIV	Min - Max	Median
<i>Verbal abuse</i>	0 - 15	0
<i>Negative self-perception</i>	0 - 15	0
<i>Healthcare neglect</i>	0 - 7	0
<i>Social isolation</i>	0 - 15	0
<i>Fear of contagion</i>	0 - 12	0
<i>Workplace stigma</i>	0 - 2	0

Berdasarkan Tabel 4.5, seluruh dimensi stigma HIV memiliki nilai median sebesar 0. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mengalami stigma pada masing-masing dimensi. Rentang skor minimum-maksimum yang berbeda pada setiap dimensi menunjukkan adanya variasi pengalaman stigma HIV di antara responden.

4.1.4 *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

Tabel 4. 6 *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

<i>Hopelessness</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak ada atau minimal	70	62,5
Ringan	28	25
Sedang	14	12,5
Total	112	100

Berdasarkan Tabel 4.6, tingkat *hopelessness* pada ODHIV sebagian besar berada pada kategori tidak ada atau minimal, yaitu sebanyak 70 orang (62,5%). Sementara itu, responden dengan tingkat *hopelessness* ringan berjumlah 28 orang (25%), dan kategori sedang sebanyak 14 orang (12,5%). Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat *hopelessness* yang tidak ada atau minimal, meskipun masih terdapat sebagian responden yang mengalami *hopelessness* pada tingkat ringan hingga sedang.

4.1.5 Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

Hubungan stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember dianalisis menggunakan uji korelasi *Spearman Rank*. Hasil analisis korelasi antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember disajikan pada Tabel 4.7 berikut.

Tabel 4.7 Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember

Variabel	Uji <i>Spearman Rank</i>	
	<i>p-value</i>	<i>r</i>
Stigma HIV <i>Hopelessness</i>	<0,01	0,365

Berdasarkan hasil uji korelasi *Spearman Rank* pada Tabel 4.7, terdapat hubungan yang bermakna antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember, dengan nilai *p-value* <0,01 (*p-value* < 0,05). Nilai koefisien korelasi sebesar $r = 0,365$ menunjukkan adanya hubungan positif dengan kekuatan korelasi yang lemah. Artinya, semakin tinggi stigma HIV yang dialami ODHIV, maka tingkat *hopelessness* pada ODHIV cenderung semakin meningkat.

4.2 Pembahasan Penelitian

4.2.1 Karakteristik Umum Responden ODHIV di Kabupaten Jember

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian, rata-rata usia responden adalah 39,26 tahun yang menunjukkan sebagian besar ODHIV berada pada kelompok usia dewasa produktif. Hal ini sesuai data (UNAIDS, 2024) bahwa jumlah kasus HIV tertinggi secara global ditemukan pada kelompok usia dewasa 15 tahun ke atas, yaitu mencapai 39,4 juta kasus. Selain itu, laporan dari HIV AIDS dan PIMS Indonesia (2025) juga menyebutkan kasus ODHIV tertinggi ada pada kelompok usia 25 – 49 tahun (61%). Hal ini menunjukkan bahwa pada rentang usia ini ODHIV masih menghadapi berbagai tantangan psikososial setelah terdiagnosis HIV, sehingga dapat memengaruhi cara individu memandang dirinya serta harapan terhadap masa depan.

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian Riani et al. (2021) yang menyebutkan bahwa lebih dari 1,7 juta perempuan di Asia hidup dengan HIV positif dan 90% di antaranya tertular dari suami mereka sendiri, disebabkan karena wanita yang suaminya memiliki riwayat HIV/AIDS berisiko lebih besar tertular dibandingkan suaminya yang tidak memiliki riwayat tersebut. Risiko penularan HIV pada perempuan meningkat karena salah satu jalur utama penularan HIV/AIDS adalah melalui hubungan seksual yang tidak aman dengan pasangan yang telah terinfeksi HIV (Prahmawati, 2022). Perempuan sering kali memiliki keterbatasan dalam menentukan penggunaan kondom karena keputusan tersebut lebih banyak dipengaruhi oleh persetujuan pasangan seksual daripada oleh perempuan sendiri (Maharani et al., 2021). Peneliti berasumsi bahwa tingginya proporsi responden perempuan dalam penelitian ini dipengaruhi oleh pola penularan HIV dari pasangan tetap, mengingat sebagian besar perempuan yang telah menikah memiliki keterbatasan dalam mengendalikan perilaku seksual pasangan maupun menentukan penggunaan kondom. Kondisi tersebut diduga meningkatkan risiko perempuan di Kabupaten Jember tertular HIV meskipun mereka tidak memiliki perilaku berisiko secara langsung.

c. Status pernikahan

Laporan di tingkat nasional menunjukkan bahwa pasangan dari ODHIV merupakan penyumbang angka kasus positif yang sangat tinggi dalam kategori populasi berisiko, yakni mencapai persentase 27,8% (HIV dan PIMS Indonesia, 2025). Meskipun ikatan pernikahan membawa risiko penularan fisik yang tinggi bagi pasangan, literatur psikologis justru menunjukkan realitas yang berkebalikan terkait aspek kesehatan mental ODHIV. ODHIV yang berstatus menikah dilaporkan mampu merespons berbagai stressor secara lebih adaptif karena memperoleh sumber coping adekuat dari pasangannya (Jahro & Mulyana, 2023). Kehadiran pasangan

juga terbukti memberikan dukungan emosional dan perhatian ekstra selama masa pengobatan, yang secara langsung berdampak pada peningkatan motivasi serta semangat hidup pasien (Irawan & Purnamasari, 2020). Kondisi ketiadaan sistem pendukung utama pada ODHIV tidak berstatus menikah mengindikasikan tingginya kerentanan psikologis kelompok ini tanpa adanya mekanisme koping dari pasangan diduga akan lebih rentan mengalami distress mental ketika berhadapan dengan beban penyakit sekaligus ancaman stigma sosial di masyarakat.

d. Status pekerjaan

Bagi ODHIV, kepemilikan pekerjaan tidak sekedar berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi, melainkan juga berkorelasi erat dengan pencapaian kualitas hidup yang lebih baik, terjaminnya akses layanan kesehatan, serta tingginya konsistensi ODHIV dalam menjalani perawatan dibandingkan mereka yang tidak bekerja (Maulsby *et al.*, 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian ini bahwa banyak ditemukan ODHIV dalam status memilik pekerjaan. Keterlibatan aktif ODHIV dalam dunia kerja mematahkan asumsi bahwa diagnosis HIV akan membatasi produktivitas harian seseorang. Kepemilikan pekerjaan membuktikan bahwa ODHIV tetap memiliki kapasitas yang utuh untuk mempertahankan fungsi sosial-ekonominya secara mandiri di masyarakat. Dengan demikian, rutinitas bekerja bukan hanya sebatas pemenuhan finansial semata, melainkan menjadi bukti nyata bahwa ODHIV tetap berdaya, yang pada akhirnya akan mendukung keberhasilan dan kelancaran perawatan mereka.

e. Pendidikan

ODHIV yang tidak menuntaskan pendidikan dasar tercatat memiliki probabilitas 89% lebih tinggi untuk mengalami keterlambatan dalam memulai terapi pengobatan dibandingkan kelompok yang menempuh pendidikan tinggi (Rodrigues *et al.*, 2021). Selain memengaruhi keterlambatan pengobatan, pendidikan yang rendah terbukti menurunkan kemampuan berpikir pada pasien HIV (Akinyemi & Ogunde, 2025). Tingkat pendidikan memiliki pengaruh yang sangat mendalam terhadap kondisi

penderita HIV. Penurunan daya pikir akibat pendidikan yang rendah membuat pasien kesulitan untuk memahami informasi kesehatan dan tingkat bahaya penyakitnya secara utuh. Ketidapahaman inilah yang pada akhirnya menjebak mereka dalam penundaan pengobatan yang berisiko fatal. Hal ini memperkuat dugaan bahwa latar belakang pendidikan pasien bukanlah sekadar status sosial, melainkan faktor penentu utama yang membentuk pola pikir, kerentanan mental, dan kesadaran mereka dalam merespons penyakit

f. Agama

Tingginya jumlah ODHIV yang beragama Islam pada penelitian ini sejalan dengan kondisi demografis Indonesia sebagai negara dengan populasi Muslim terbesar di dunia. Agama memegang peran penting bagi ODHIV karena terbukti meningkatkan kesehatan fisik, kesehatan mental, dan kualitas hidup ODHIV melalui perilaku sehat, rasa optimis, dan kemampuan bertahan dari stigma masyarakat (Szaflarski, 2013; Amadi *et al.*, 2023). Di sisi lain, keyakinan agama di Indonesia juga memiliki pengaruh besar terhadap perilaku seksual yang berdampak pada penularan HIV (Klau *et al.*, 2021). Lebih jauh lagi, nilai-nilai spiritual tersebut dapat bertindak sebagai pendorong sekaligus hambatan bagi ODHIV dalam memulai terapi antiretroviral (ART), yang arahnya sangat bergantung pada apakah ODHIV mempersepsikan agamanya sebagai entitas yang menghukum atau mengampuni (Hutahaeen *et al.*, 2025). Oleh karena itu, mayoritas responden beragama Islam pada penelitian ini mencerminkan karakteristik demografis Kabupaten Jember yang didominasi oleh penduduk beragama Islam. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian besar ODHIV yang menjadi responden juga berasal dari kelompok agama yang sama. Selain itu, nilai-nilai keagamaan yang dianut masing-masing individu diduga turut memengaruhi cara ODHIV memaknai penyakit, mengambil keputusan terkait pengobatan, serta menjalani kehidupan sehari-hari.

g. Pendapatan

Pendapatan responden yang sebagian besar berada di bawah UMR Kabupaten Jember sebesar Rp 3.012.197 per bulan sejalan dengan penelitian Monasel *et al.* (2023) yang menunjukkan bahwa mayoritas ODHIV di Kabupaten Jember juga memiliki pendapatan kurang dari UMR. Tingkat pendapatan yang rendah memiliki kaitan erat dengan tingginya risiko penularan HIV, mengingat keterbatasan finansial sering kali mendorong seseorang pada situasi berisiko seperti praktik seks transaksional, penggunaan jarum suntik bergantian, hingga ketidakkonsistenan pemakaian kondom (Nakimuli-mpungu *et al.*, 2021). Di samping memengaruhi risiko penularan, kelompok dengan penghasilan rendah juga terbukti secara signifikan lebih rentan mengalami gangguan emosional seperti depresi, kecemasan, dan rasa kesepian yang secara langsung menurunkan kesehatan mental dan kualitas hidup ODHIV (Mazonson *et al.*, 2019). Pendapatan rendah yang sama pada akhirnya menjadi kendala besar dalam kepatuhan pengobatan, mengingat ODHIV terpaksa mengorbankan jadwal ke klinik demi memprioritaskan pekerjaan, ongkos transportasi, atau kebutuhan makan sehari-hari (Mcinziba *et al.*, 2023). Dengan demikian, latar belakang ekonomi yang rendah merupakan salah satu pemicu utama rapuhnya kondisi psikologis ODHIV. Tekanan ekonomi menciptakan beban pikiran yang sangat berat ketika tenaga ODHIV sudah habis terkuras untuk bertahan hidup, pertahanan mental mereka akan runtuh sehingga ODHIV akan menjadi sangat rentan saat menerima stigma negatif dari masyarakat.

4.2.2 Karakteristik Khusus Responden ODHIV di Kabupaten Jember

a. Orientasi seksual

Mayoritas ODHIV dengan orientasi seksual heteroseksual pada penelitian ini sejalan dengan penelitian Tan *et al.* (2022) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden ODHIV memiliki orientasi seksual heteroseksual sebanyak 681 orang (88%). Peneliti berasumsi bahwa tingginya kasus HIV pada kelompok heteroseksual menunjukkan bahwa penularan HIV

masih banyak terjadi melalui hubungan seksual heteroseksual maupun jalur penularan nonseksual lainnya. Selain itu, keberadaan lokasi PSK di wilayah penelitian juga dapat menjadi salah satu faktor yang meningkatkan risiko penularan HIV pada populasi heteroseksual. Asumsi tersebut didukung oleh penelitian Hamdi & Tonny (2010) yang menyatakan bahwa laki-laki heteroseksual memaknai hubungan seksual sebagai bentuk penegasan identitas maskulinitasnya. Penelitian Serra *et al.* (2020) juga menyebutkan bahwa individu heteroseksual cenderung jarang menggunakan kondom saat berhubungan seksual sehingga dapat meningkatkan risiko penularan HIV, terutama pada individu yang memiliki lebih dari satu pasangan seksual. Selain itu, Witte *et al.* (2010) menjelaskan bahwa rendahnya penggunaan kondom pada pasangan heteroseksual dapat dipengaruhi oleh rasa percaya, kepuasan, dan kedekatan emosional dalam hubungan.

b. Lama terdiagnosa

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amelia *et al.* (2024) yang menunjukkan bahwa mayoritas ODHIV telah terdiagnosis HIV selama ≤ 5 tahun, yaitu sebanyak 47 orang (66,2%). Lama terdiagnosis HIV berkaitan dengan angka harapan hidup ODHIV. Trickey *et al.* (2023) menyatakan bahwa keterlambatan diagnosis maupun keterlambatan memulai terapi ARV dapat menurunkan harapan hidup ODHIV hingga 30 tahun. Peneliti berasumsi bahwa mayoritas responden yang telah terdiagnosis selama 1–5 tahun menunjukkan adanya peningkatan akses terhadap layanan diagnosis HIV di Kabupaten Jember.

c. Status pengobatan

Mayoritas responden yang telah mengonsumsi ARV pada penelitian ini sejalan dengan laporan Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2025) yang menyebutkan bahwa sebanyak 77% ODHIV di dunia telah menjalani terapi ARV. Selain itu, data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia juga menunjukkan bahwa sebanyak 74,1% ODHIV di Indonesia telah mendapatkan pengobatan ARV. Temuan ini menunjukkan adanya kesadaran ODHIV terhadap pentingnya terapi ARV dalam menjaga kondisi

kesehatannya. Collins *et al.* (2022) menyatakan bahwa keterlambatan akses terapi ARV dapat meningkatkan risiko komplikasi non-AIDS dan kematian akibat periode viremia yang tidak terkontrol. Peneliti berasumsi bahwa tingginya cakupan penggunaan ARV pada ODHIV di Kabupaten Jember juga mencerminkan peran layanan kesehatan dalam menyediakan pengobatan serta pendampingan terapi secara berkelanjutan, sehingga dapat membantu menurunkan angka morbiditas dan mortalitas terkait HIV.

d. Lama konsumsi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ODHIV telah mengonsumsi ARV selama 1–5 tahun. Temuan ini mengindikasikan bahwa banyak ODHIV mulai menjalani terapi ARV sejak awal diagnosis HIV. Kondisi tersebut mencerminkan adanya kesadaran dan kepatuhan yang cukup baik terhadap pengobatan HIV. Selain itu, masih ditemukannya ODHIV yang telah mengonsumsi ARV selama lebih dari 10 tahun menunjukkan bahwa sebagian responden mampu mempertahankan kepatuhan terapi dalam jangka panjang. He *et al.* (2023) menyatakan bahwa terapi ARV mampu menghambat replikasi HIV sehingga dapat membantu mempertahankan fungsi sistem imun tubuh. Selain itu, Mauleti *et al.* (2025) menjelaskan bahwa inisiasi terapi ARV yang lebih cepat setelah diagnosis HIV dapat menurunkan stadium klinis HIV, mengurangi risiko kematian, dan meningkatkan kadar CD4. Oleh karena itu, lamanya konsumsi ARV sejak awal diagnosis menjadi salah satu faktor penting dalam mendukung keberhasilan terapi dan memperlambat perkembangan penyakit HIV.

e. Tes *viral load*

Tingginya jumlah ODHIV yang telah melakukan pemeriksaan *viral load* pada penelitian ini sejalan dengan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang menunjukkan capaian pemeriksaan viral load di Indonesia, khususnya Jawa Timur, sebesar 39%. Temuan ini menunjukkan adanya perhatian ODHIV terhadap pemantauan kondisi kesehatannya. Pemeriksaan viral load merupakan tes untuk mengukur jumlah virus HIV dalam darah serta mengetahui tingkat replikasi virus HIV dalam tubuh

(Baedowi *et al.*, 2020). Selain itu, pemeriksaan viral load juga digunakan untuk mengevaluasi efektivitas terapi ARV. Rahayuningsih *et al.* (2022) menjelaskan bahwa viral load merupakan *gold standard* dalam pemantauan efektivitas ARV.

f. Hasil tes *viral load*

Mayoritas hasil pemeriksaan viral load yang tidak terdeteksi pada penelitian ini sejalan dengan penelitian Sari & Irfani (2024) yang menunjukkan bahwa sebanyak 76 ODHIV (80,9%) memiliki hasil viral load tidak terdeteksi. Meskipun sebagian besar responden memiliki hasil viral load yang tidak terdeteksi, masih terdapat sebagian ODHIV yang tidak mengetahui hasil pemeriksaan *viral load* mereka. Kondisi tersebut diduga berkaitan dengan kurangnya pemahaman responden terhadap hasil pemeriksaan, keterbatasan saat penyampaian hasil oleh tenaga kesehatan, atau responden belum menerima informasi mengenai hasil pemeriksaannya. Rodger *et al.* (2019) menyatakan bahwa ODHIV yang menjalani terapi ARV secara efektif hingga mencapai viral load tidak terdeteksi tidak lagi menularkan HIV melalui hubungan seksual. Peneliti berasumsi bahwa tingginya proporsi hasil viral load tidak terdeteksi pada ODHIV di Kabupaten Jember menunjukkan keberhasilan terapi ARV serta kepatuhan responden dalam menjalani pengobatan. Kondisi tersebut dapat memberikan dampak positif terhadap kesehatan ODHIV sekaligus mendukung upaya pencegahan penularan HIV melalui prinsip *undetectable = untransmittable*.

4.2.3 Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember

Temuan tingkat stigma pada ODHIV di penelitian ini ternyata lebih rendah dibandingkan temuan dari penelitian lainnya. Penelitian oleh Earnshaw *et al.* (2020) di Afrika menemukan tingkat stigma yang masih tinggi (48,5%), dan Li *et al.* (2022) di Tiongkok juga mendapati angka stigma yang sangat tinggi (52,1%). Rendahnya stigma pada ODHIV di Kabupaten Jember ini sejalan dengan keberhasilan program edukasi kesehatan yang membaaur dengan kebiasaan dan budaya masyarakat setempat (Susanto *et al.*, 2021). Adanya perbedaan tingkat stigma antara

penelitian ini dengan penelitian lainnya tentunya karena adanya perbedaan pemahaman masyarakat dan berjalannya program penyuluhan yang baik.

Peneliti berasumsi bahwa turunnya pandangan negatif ini tidak lepas dari peran aktif LSM di Jember, seperti LSM Laskar. LSM Laskar membantu meluruskan pemahaman masyarakat yang salah tentang HIV melalui kegiatan penyuluhan ke desa-desa dan mengajak tokoh masyarakat untuk ikut memberikan pemahaman. Selain itu, peneliti juga berasumsi bahwa kondisi tersebut juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik budaya Pandhalungan yang dikenal masyarakat lokal sebagai budaya yang menjunjung nilai kekeluargaan dan keterbukaan. Nilai-nilai tersebut diduga mempermudah masyarakat menerima kehadiran ODHIV. Ketika masyarakat diberi edukasi, rasa kebersamaan mereka mengalahkan pandangan negatif, sehingga ODHIV tidak lagi dijaui oleh lingkungannya.

Rendahnya stigma ini memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan fisik dan mental ODHIV. Jika stigma dari masyarakat dan rasa malu pada diri sendiri terlalu tinggi, ODHIV biasanya jadi malas minum obat ARV dan rentan mengalami depresi berat (Turan *et al.*, 2019; Katz *et al.*, 2023). Sebaliknya, karena stigma di masyarakat Jember rendah, ODHIV merasa lebih aman, memiliki kepercayaan diri untuk berobat tepat waktu, dan tidak merasa terasingkan (Wang *et al.*, 2023). Oleh karena itu, peneliti berasumsi bahwa lingkungan yang tidak menghakimi memberikan rasa aman bagi ODHIV untuk menerima kondisinya tanpa rasa malu, sehingga kualitas hidup mereka jadi lebih baik.

Perlindungan dari pandangan negatif ini berasal dari lingkungan terdekat, yaitu keluarga, teman, dan orang terdekat lainnya. Penelitian ini menemukan bahwa penerimaan yang tulus dari orang-orang terdekat sangat efektif menghilangkan rasa malu pada ODHIV. Keluarga menjadi pelindung utama yang sangat penting untuk mencegah stres atau depresi akibat omongan negatif orang luar (Ahmad *et al.*, 2024). Ketika ODHIV merasa sedih, dukungan teman sesama ODHIV dan orang terdekat lainnya membuat mereka kembali merasa berharga dan pantas disayangi (Lasiuta *et*

al., 2024). Termasuk melalui kelompok teman sebaya di LSM yang memberikan ruang aman untuk saling bercerita tanpa takut dihakimi (Yona *et al.*, 2023).

Secara keseluruhan, menurunnya pandangan negatif terhadap ODHIV di Kabupaten Jember merupakan hal positif yang perlu diperkuat dan dipertahankan. Peneliti berasumsi bahwa kerja sama antara peran aktif LSM, keterbukaan budaya masyarakat Pandhalungan, dan kuatnya dukungan keluarga menjadi kunci utama dalam melawan diskriminasi penyakit ini. Hilangnya stigma diharapkan dapat menjadi dasar penting untuk memulihkan semangat hidup dan kesehatan mental ODHIV, serta membantu keberhasilan program pengobatan HIV secara keseluruhan.

4.2.4 *Hopelessness* di Kabupaten Jember

Penelitian terkait tingkat *hopelessness* atau rasa putus asa pada penelitian ini tergolong lebih rendah daripada penelitian lainnya. Seperti pada penelitian Ng *et al.* (2022) di Asia Tenggara yang menemukan banyak ODHIV merasa sangat putus asa setelah diagnosa HIV (55,4%). Rendahnya rasa putus asa pada ODHIV di Kabupaten Jember ini sejalan dengan penelitian (Susanto *et al.*, 2021) program dukungan yang berhasil membantu ODHIV untuk ikhlas menerima keadaan dan kembali memiliki semangat hidup. Adanya perbedaan tingkat keputusasaan ini tentunya karena adanya perbedaan dukungan lingkungan, cara masyarakat menghadapi masalah, dan bantuan yang diterima oleh ODHIV.

Rendahnya rasa putus asa ini sangat dipengaruhi oleh bantuan nyata dari LSM di Jember, seperti LSM Laskar. Ketakutan terbesar ODHIV biasanya adalah tidak bisa bekerja lagi dan takut akan kematian. LSM Laskar membantu mengatasi kecemasan ini melalui pelatihan usaha agar mereka mandiri secara ekonomi, serta mempertemukan mereka dengan sesama ODHIV yang sudah hidup sehat dan produktif bertahun-tahun. Selain itu, masyarakat memiliki nilai agama yang kuat yang mengajarkan untuk pasrah kepada Tuhan, namun tetap wajib berusaha untuk sembuh

(Susanto *et al.*, 2020). Gabungan antara bantuan nyata dari LSM dan nilai agama inilah yang efektif mengusir rasa putus asa seseorang.

Mencegah rasa putus asa ini memainkan peran penting dalam meningkatkan kepatuhan berobat dan kualitas hidup ODHIV. Apabila ODHIV sudah merasa putus asa, mereka sering kali sengaja berhenti minum obat yang membuat virus semakin parah, dan bahkan bisa memunculkan pikiran untuk bunuh diri (Sikkema *et al.*, 2018). Namun, jika mereka memiliki harapan hidup yang tinggi, mereka akan lebih rajin menjaga gaya hidup sehat, rutin minum obat, dan kekebalan tubuhnya (jumlah CD4) pun membaik (O'Cleirigh *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2023). Oleh karena itu, peneliti berasumsi bahwa memiliki harapan hidup merupakan modal penting agar ODHIV bisa kembali semangat dan mengambil kendali atas masa depan hidupnya.

Semangat dan harapan hidup yang dimiliki oleh ODHIV berasal dari dukungan orang-orang terdekat, yakni keluarga, teman, dan pasangan. Penelitian ini menemukan bahwa perasaan dibutuhkan oleh orang-orang tersayang menjadi alasan terkuat bagi ODHIV untuk terus bertahan hidup. Dukungan timbal balik ini mengingatkan ODHIV bahwa mereka masih memiliki peran yang penting di tengah keluarga dan masyarakat (Badru & Babalola, 2023). Keluarga secara terus-menerus mengingatkan mereka tentang tujuan hidup (Ahmad *et al.*, 2024), sementara kelompok teman sesama ODHIV di LSM memberikan tempat yang nyaman agar mereka merasa normal dan tidak sendirian (Berhe *et al.*, 2022).

Rendahnya rasa putus asa pada ODHIV di Kabupaten Jember membuktikan bahwa mereka memiliki mental yang kuat. Peneliti berasumsi bahwa hal ini dipengaruhi oleh lingkungan yang berpegang pada nilai agama, kepedulian masyarakat, dan bantuan dari LSM yang menciptakan semacam jaring pelindung mental. Ketika rasa putus asa mampu digantikan dengan harapan, kualitas hidup ODHIV akan meningkat secara menyeluruh, sehingga mereka tidak hanya sekadar bertahan hidup, tapi bisa kembali hidup bahagia dan beraktivitas normal seperti biasa.

4.2.5 Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* di Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan positif antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember meskipun kekuatan hubungannya lemah. Temuan ini sejalan dengan penelitian Schönnesson *et al.* (2022) yang menyatakan bahwa stigmatisasi terkait HIV secara langsung berkontribusi terhadap munculnya *hopelessness* pada ODHIV. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma HIV yang dialami ODHIV, maka kecenderungan munculnya *hopelessness* juga semakin meningkat. Hubungan positif tersebut mengindikasikan bahwa stigma HIV dapat memengaruhi

Meskipun hubungan yang ditemukan tergolong lemah, stigma HIV tetap berpotensi memengaruhi munculnya *hopelessness* melalui dimensi yang dialami ODHIV. Hal ini dibuktikan oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dimensi *negative self-perception* memiliki skor tertinggi dibandingkan dimensi stigma lainnya. Dimensi *negative self-perception* mencerminkan kecenderungan ODHIV untuk memiliki penilaian negatif terhadap diri sendiri akibat status HIV yang dimiliki, yang ditandai dengan perasaan malu, tidak berharga, atau berbeda dari orang lain serta dapat memengaruhi pandangan ODHIV terhadap diri dan masa depannya (Earnshaw & Chaudoir, 2009). Penilaian negatif yang terus menerus diarahkan kepada diri sendiri dapat berkembang menjadi *self-stigma*, yang pada akhirnya meningkatkan kerentanan individu terhadap berbagai masalah psikologis, termasuk *hopelessness* (Corrigan *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2023). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa stigma HIV tidak hanya berasal dari lingkungan sosial, tetapi juga dapat terinternalisasi dalam diri individu dan memengaruhi cara ODHIV memandang masa depannya. Meskipun stigma HIV berpotensi memengaruhi munculnya *hopelessness*, kekuatan korelasi yang tergolong lemah menunjukkan bahwa kondisi tersebut kemungkinan juga dipengaruhi oleh faktor lain di luar stigma HIV.

Hubungan antara stigma HIV dan *hopelessness* bersifat kompleks serta dipengaruhi oleh berbagai faktor lain. Schönnesson *et al.*, (2022) menjelaskan bahwa faktor yang dapat memengaruhi *hopelessness* yaitu ketidakpuasan terhadap kondisi finansial, kesehatan fisik, dan rendahnya dukungan emosional terkait HIV. Temuan tersebut sejalan dengan *Cognitive Theory* (1974), yang menjelaskan bahwa *hopelessness* tidak muncul akibat satu stressor tunggal, melainkan terbentuk melalui akumulasi pengalaman negatif yang memengaruhi cara individu memandang diri, lingkungan, dan masa depannya. Oleh karena itu, stigma HIV hanya merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap munculnya *hopelessness*, sementara faktor-faktor lain dapat memperkuat maupun melemahkan kondisi tersebut.

Rendahnya tingkat *hopelessness* pada sebagian besar ODHIV di Kabupaten Jember menjadi temuan yang menarik untuk dikaji lebih dalam, mengingat kondisi ini berbeda dengan hasil penelitian di beberapa wilayah lain yang melaporkan *hopelessness* dalam tingkat yang jauh lebih berat. Sebagai perbandingan, penelitian yang dilakukan oleh Schönnesson *et al.* (2022) pada 967 ODHIV di Swedia melaporkan bahwa hampir separuh responden mengalami *hopelessness* sedang hingga berat, sementara penelitian di pemukiman pengungsi Uganda oleh Nabunya & Namuwonge (2023) turut mengidentifikasi *hopelessness* sebagai luaran psikologis yang bermakna pada ODHIV yang hidup dalam kondisi tekanan sosial berlapis. Pembentukan skema *hopelessness* sangat dipengaruhi oleh konteks lingkungan sosial dan ketersediaan sumber daya eksternal yang dapat menjadi penyeimbang tekanan kognitif negatif (Beck, 1974). Peneliti memandang bahwa kondisi sosial ekonomi yang relatif lebih stabil, serta akses terhadap layanan ARV dan keterlibatan LSM Laskar di Kabupaten Jember, berperan sebagai faktor protektif yang mencegah stigma berkembang menjadi *hopelessness* yang berat pada ODHIV.

Meskipun sebagian besar ODHIV dalam penelitian ini berada pada kategori tidak ada atau minimal, keberadaan responden dengan *hopelessness* ringan hingga sedang tetap perlu mendapat perhatian. Kondisi tersebut

menunjukkan bahwa masih terdapat sebagian ODHIV yang memiliki pandangan negatif terhadap masa depan dan mengalami kesulitan dalam mempertahankan harapan di tengah kondisi yang dihadapi. Hal ini dibuktikan dengan pada item pertanyaan “Segalanya sepertinya tidak akan berjalan sesuai yang aku harapkan”, yang merepresentasikan dimensi kognitif *hopelessness* berupa ekspektasi negatif terhadap masa depan. Persetujuan terhadap item tersebut menunjukkan adanya kecenderungan responden untuk memandang masa depan secara kurang optimis. Hal ini sejalan dengan penelitian Liu *et al.* (2015), yang menjelaskan bahwa *hopelessness* pada ODHIV ditandai oleh ekspektasi negatif terhadap masa depan disertai perasaan tidak berdaya dalam menghadapi kondisi yang dialami. Peneliti berasumsi bahwa responden yang menyetujui item tersebut telah menunjukkan tanda awal pembentukan *hopelessness* sehingga tetap memerlukan perhatian dan dukungan psikologis.

Kebutuhan akan perhatian dan dukungan psikologis tersebut menunjukkan pentingnya upaya deteksi dini terhadap masalah psikologis pada ODHIV, khususnya bagi individu yang menunjukkan tanda-tanda *hopelessness*. Menurut Fauk *et al.* (2023), menemukan bahwa dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan sosial berperan penting dalam membantu ODHIV menghadapi stigma dan mempertahankan kesejahteraan psikologisnya. Oleh karena itu, keterlibatan tenaga kesehatan, keluarga, serta kelompok dukungan sebaya secara berkelanjutan dapat membantu ODHIV mengembangkan mekanisme koping yang lebih adaptif sehingga mencegah berkembangnya *hopelessness* ke tingkat yang lebih berat. Temuan penelitian ini mengimplikasikan bahwa perawat perlu mempertahankan rendahnya stigma HIV melalui edukasi, konseling, dan dukungan psikososial secara berkelanjutan sebagai upaya menjaga kesejahteraan psikologis ODHIV.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Hasil penelitian karakteristik umum pada ODHIV di Kabupaten Jember dengan rentang usia 20 – 75 tahun dan rata-rata usia ODHIV yaitu 39,26 tahun serta standar deviasi yakni $\pm 10,614$, lebih dari setengahnya ODHIV berjenis kelamin perempuan (51,8%), lebih dari setengah ODHIV telah menikah (52,7%), mayoritas ODHIV bekerja (75,9%), dengan tingkat pendidikan terakhir hampir sebagian SD (37,5%), mayoritas agama yang dianut adalah agama Islam (99,1%), serta sebagian besar pendapatan ODHIV kurang dari UMR (84,8%).
- b. Hasil penelitian karakteristik khusus pada ODHIV di Kabupaten Jember mayoritas ODHIV berorientasi seksual heteroseksual (71,4%), sebagian ODHIV telah terdiagnosa HIV selama 1 – 5 tahun (53,6%), ODHIV yang telah mengonsumsi ARV (97,3%) dengan lama konsumsi ARV selama 1 – 5 tahun (54,5%), serta sebagian besar ODHIV juga telah melakukan tes viral load (75%) dengan mayoritas hasilnya tes viral load tidak terdeteksi (79,5%).
- c. Pada stigma HIV di Kabupaten Jember didapatkan nilai tengah (median) 2, dengan nilai minimal-maksimal yaitu 0 – 56. Stigma HIV pada ODHIV di Kabupaten Jember banyak yang bersumber dari *negative self perception* dengan nilai *mean* 2,04.
- d. *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember sebagian besar berada pada kategori tidak ada atau minimal, meskipun terdapat sebagian responden yang mengalami *hopelessness* pada kategori ringan hingga sedang.
- e. Terdapat hubungan yang signifikan antara stigma HIV dengan *hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember ($p\text{-value} < 0,05$) dengan arah hubungan positif dan kekuatan korelasi lemah ($r = 0,365$).

5.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini, peneliti tidak menjangkau secara luas seluruh populasi ODHIV di Kabupaten Jember karena jumlah sampel yang terbatas, yakni hanya 112 responden. Selain itu, penelitian ini dilakukan pada populasi ODHIV yang umum, sehingga didapatkan hasil data penelitian yang umum juga, bukan secara spesifik pada populasi ODHIV dengan kondisi tertentu. Selain itu, penelitian ini merupakan salah satu penelitian yang mengkaji hubungan stigma HIV dengan hopelessness pada ODHIV di Kabupaten Jember sehingga dapat menjadi data dasar bagi pengembangan penelitian dan intervensi di Kabupaten Jember.

5.3 Implikasi Keperawatan

Implikasi keperawatan dalam penelitian ini yaitu menegaskan pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik pada ODHIV dengan memperhatikan aspek psikososial, khususnya terkait penanganan stigma HIV dan pencegahan *hopelessness* (keputusasaan). Perawat perlu melakukan skrining tingkat keputusasaan serta mengkaji persepsi stigma yang dialami pasien secara rutin, sekaligus melibatkan keluarga dan kelompok dukungan sebaya di komunitas sebagai penguat mental pasien. Penguatan peran perawat sebagai edukator dan advokat, serta penciptaan lingkungan pelayanan kesehatan yang empatik dan benar-benar bebas diskriminasi, diharapkan dapat menumbuhkan kembali harapan hidup pasien, menurunkan tingkat keputusasaan, dan pada akhirnya memperbaiki kualitas hidup ODHIV secara menyeluruh.

5.4 Saran

a. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengembangkan desain penelitian yang lebih komprehensif, seperti desain longitudinal. Selain itu, perlu dilakukan perluasan jangkauan sampel agar hasil penelitian memiliki cakupan yang lebih luas.

b. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat memfasilitasi program intervensi psikososial yang secara spesifik difokuskan pada manajemen stigma bagi ODHIV. Layanan kesehatan juga disarankan tidak hanya berfokus pada pengobatan klinis (ARV), tetapi juga proaktif melakukan asesmen tingkat stigma yang dialami ODHIV, sehingga tenaga kesehatan dapat segera memberikan konseling yang tepat sasaran bagi ODHIV yang memiliki stigma tinggi.

c. Bagi Pendidikan

Institusi pendidikan khususnya di bidang kesehatan dan keperawatan disarankan untuk meningkatkan materi pembelajaran mengenai aspek psikososial pada ODHIV, termasuk *hopelessness*. Peningkatan materi tersebut penting untuk membekali calon tenaga kesehatan dengan pemahaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., ... & Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *Canadian journal of psychiatry*, 56(10).
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Ahmad, S., Lee, M., & Rahman, A. (2024). The role of family support in mitigating depression and internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 29(2), 215–228. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1659914>
- Amelia, I. S., Rahayuwati, L., Harun, H., Ibrahim, K., Prawesti, A., & Pramukti, I. (2024). Quality of Life Patients HIV Based on Characteristic, Duration of Diagnosis, and Types Antiretroviral (ARV). *Jurnal Kesehatan*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.26630/jk.v15i1.4349>
- Asrat, B., Lund, C., Ambaw, F., Garman, E. C., & Schneider, M. (2020). Major depressive disorder and its association with adherence to antiretroviral therapy and quality of life: cross-sectional survey of people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia. *BMC psychiatry*, 20(1), 462. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02865-w>
- Asrina, A., Ikhtiar, M., Idris, F. P., Adam, A., & Alim, A. (2023). Community stigma and discrimination against the incidence of HIV and AIDS. *Journal of medicine and life*, 16(9), 1327. DOI: 10.25122/jml-2023-0171
- Astuti, S., & Suhariyadi, W. I. (2022). Deteksi HIV/AIDS Dengan Pemeriksaan Viral Load dan Pemeriksaan Penghitungan CD4 Cell. *Jurnal Penelitian Kesehatan (JPK)*, 20(4), 1-5. DOI: : 10. 35882/jpk.xxxx
- Badru, F. A., & Babalola, O. E. (2023). Reciprocal social support and psychosocial well-being among individuals with chronic illnesses. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 811–820. DOI: 10.1111/aphw.12495
- Baedowi, A., Rusmini, H., & Prasetya, T. (2020). Hubungan Jumlah Viral Load Dengan Kejadian TBC Pada Pasien HIV/AIDS Yang Mendapatkan Terapi ARV. *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(3), 233-240. <https://doi.org/10.37148/arteri.v1i3.76>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive Theory of Depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and Application*

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the *hopelessness* scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Berhe, T., Seid, A., & Gebremariam, Y. (2022). Social support and its association with quality of life among people living with HIV in Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 22(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01985-z>
- Bravo, P., Edwards, A., Rollnick, S., & Elwyn, G. (2010). Tough decisions faced by people living with HIV: a literature review of psychosocial problems. *Aids Rev*, 12(2), 76-88.
- Brener, L., Broady, T., Cama, E., Hopwood, M., de Wit, J. B., & Treloar, C. (2020). The role of social support in moderating the relationship between HIV centrality, internalised stigma and psychological distress for people living with HIV. *AIDS care*, 32(7), 850-857. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1659914>
- Brennan-Ing, M. (2019). Diversity, stigma, and social integration among older adults with HIV. *Eur Geriatr Med*. 2019; 10 (2): 239–46. <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0142-3>
- Buru, T. H., Masiga, C., & Owino, G. (2024). East African Journal of Health and Science Evaluation of The Effectiveness of HIV Prevention Strategies on HIV Prevalence Among Men and Women in Zoba- Ma ' akel / Eritrea. 7(1), 305–321. <https://doi.org/10.37284/eajhs.7.1.2068.IEEE>
- Cavazos-Rehg, P., Xu, C., Borodovsky, J., Kasson, E., Byansi, W., Nabunya, P., ... Ssewamala, F. M. (2020). The impact of discomfort with HIV status and *hopelessness* on depressive symptoms among adolescents living with HIV in Uganda. *AIDS Care*, 33(7), 867–872. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1778625>
- Centers for Disease Control and Prevention. 920204). Stigma and HIV. CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/health-equity/index.html> (Diakses pada 5 Agustus 2025)
- Collins, S., Namiba, A., Sparrowhawk, A., Strachan, S., Thompson, M., & Nakamura, H. (2022). Late diagnosis of HIV in 2022: Why so little change?. *HIV medicine*, 23(11), 1118-1126. DOI: 10.1111/hiv.13444
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343. DOI: :10.1016/j.psychres.2011.05.024.

- Dejman, M., Ardakani, H. M., Malekafzali, B., Moradi, G., Gouya, M. M., Shushtari, Z. J., ... & Mohraz, M. (2015). Psychological, social, and familial problems of people living with HIV/AIDS in Iran: A qualitative study. *International journal of preventive medicine*, 6(1), 126. DOI: 10.4103/2008-7802.172540
- Derlega, V. J., Winstead, B. A., Greene, K., Serovich, J., & Elwood, W. N. (2002). Perceived HIV-related stigma and HIV disclosure to relationship partners after finding out about the seropositive diagnosis. *Journal of health psychology*, 7(4), 415-432. <https://doi.org/10.1177/1359105302007004330>
- Dessie, Z. G., & Zewotir, T. (2024). HIV-related stigma and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1356430. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1356430>
- Deviantony, F., Ashari, M., Aindani, R. P., & Ramadina, P. D. (2025). Living Beyond the Diagnosis: The Emotional and Social Journeys of People Living with HIV/AIDS—A Scoping Review. *Journal of Nursing Science Update (JNSU)*, 13(1), 55-64. <https://doi.org/10.21776/ub.jik.2025.013.01.07>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785-1795. DOI: :10.1007/s10461-013-0437-9.
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., & Laurenceau, J. P. (2020). Internalized HIV stigma, ART adherence, and viral load among people living with HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS and Behavior*, 24(3), 895–904.
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Dovidio, J. F., & Williams, D. R. (2022). Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience. *American Psychologist*, 77(2), 249–261. <https://doi.org/10.1037/amp0000826>
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., & Salonen, J. T. (1997). Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 17(8), 1490-1495. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.17.8.1490>
- Fauk, N. K., Hawke, K., Mwanri, L., & Ward, P. R. (2021). Stigma and discrimination towards people living with HIV in the context of families,

- communities, and healthcare settings: a qualitative study in Indonesia. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5424. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105424>
- Fauk, N. K., Ward, P. R., Hawke, K., & Mwanri, L. (2021). HIV stigma and discrimination: perspectives and personal experiences of healthcare providers in Yogyakarta and Belu, Indonesia. *Frontiers in medicine*, 8, 625787. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.625787>
- Fauk, N. K., Gesesew, H. A., Mwanri, L., Hawke, K., & Ward, P. R. (2023). Understanding the quality of life of people living with HIV in rural and urban areas in Indonesia. *PloS one*, 18(7), e0280087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280087>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on The management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J..
- Hamdi, A. Z., & Tonny, D. O. (2010). Tak Pernah Berhenti Bercinta: Studi Tentang Seksualitas Sepuluh ODHIV di Surabaya. *Jurnal Gandrung*, 1(2), 73-102.
- He, K., Zhang, X., Yang, D., Fu, X., Chen, Y., Chen, Z., ... & Li, Y. (2023). Analysis of Factors Influencing Depression in Elderly People Living with HIV/AIDS Based on Structural Equation Model: A Cross-Sectional Study in Guangxi, China. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1491-1501. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s410538>
- Heru, M. J. A., Jatimi, A., & Hidayat, M. (2023). Stigma Pada Penderita HIV/AIDS: A Systematic Review. *Indonesian Health Science Journal*, 3(2), 32-38. <https://doi.org/10.52298/ihsj.v3i2.43>
- Holzemer, W. L., Uys, L. R., Chirwa, M. L., Greeff, M., Makoe, L. N., Kohi, T. W., ... & Durrheim, K. (2007). Validation of the HIV/AIDS stigma instrument—Plwa (Hasi-P). *AIDS care*, 19(8), 1002-1012. <https://doi.org/10.1080/09540120701245999>
- Irawan, A. T., & Purnamasari, T. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penderita HIV/AIDS di Poli Klinik Akasia RSUD Majalengka. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 5(3), 248–253.
- Ishak, S., & Choirunissa, R. (2023). Metodologi Penelitian Kesehatan. *Bandung: Media Sains Indonesia*.
- Jahro, U. U., & Mulyana, D. S. (2023). ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV / AIDS (ODHA) DI PUSKESMAS SERANG KOTA Analysis of Factors Affecting the Quality of Life of People Living With HIV / AIDS (PLHIV) at The

Serang Kota Health Center Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi Nusantara , Jakarta - Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi Nusantara , Jakarta. 137. <https://doi.org/10.33023/jikep.v9i3.1600>

- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 26(S1), e26014. DOI: 10.7448/IAS.16.3.18640
- Keshoofy, A., Pearl, D. L., Lisnyj, K., Thaivalappil, A., & Papadopoulos, A. (2024). Risk and protective factors associated with *hopelessness* among Canadian postsecondary students. *International journal of mental health and addiction*, 22(5), 3302-3317. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01050-w>
- Kılıçlı, A., Akbulut, Ş., & Çakırca, T. D. (2022). Stigma, *hopelessness*, depression and associated factors in people living with HIV. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 621-630. <https://doi.org/10.35440/hutfd.1191096>
- Kota, K. K., Luo, Q., Beer, L., Dasgupta, S., & McCree, D. H. (2023). Stigma, discrimination, and mental health outcomes among transgender women with diagnosed HIV infection in the United States, 2015-2018. *Public Health Reports*, 138(5), 771-781. DOI: 10.1177/00333549221123583
- Lasiuta, M., Kovacs, E., & Szabo, A. (2024). Voluntary interpersonal relationships and self-acceptance in chronically ill patients. *Health Psychology Open*, 11(1), 1–12.
- Letshwenyo-Maruatona, S. B., Madisa, M., Boitshwarelo, T., George-Kefilwe, B., Kingori, C., Ice, G., ... & Haile, Z. T. (2019). Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana. *African Journal of AIDS Research*, 18(1), 58-64. <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1552879>
- Li, X., Wang, H., Williams, A. B., & He, G. (2023). Social support, internalized HIV stigma, resilience and depression among people living with HIV: A moderated mediation analysis. *AIDS and Behavior*, 27(4), 1106–1115. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03847-7>
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The *hopelessness* theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 345. DOI: 10.1111/cpsp.12125
- Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Brien, N., Jones, N., Lee-Foon, N., Levermore, K., & Marshall, A. (2021). Barriers and facilitators to HIV

- prevention and care among transgender women in Jamaica: A qualitative study. *LGBT Health*, 8(3), 202–210. <https://doi.org/10.1002/jia2.25504>
- Maharani, J., Seweng, A., Sabir, M., Tahir, M., & Nur, R. (2021). Sexual behavior influence against HIV/AIDS in homosexuals at Palu City in 2020. *Gaceta Sanitaria*, 35, S135-S139. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.012>
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry research*, 208(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.013>
- Mauleti, I. Y., Wibisana, K. A., Syamsuridzal, D. P., Mulyati, S., Lisdawati, V., Hendarwan, H., & Saptarini, I. (2025). Rapid antiretroviral therapy initiation reduces mortality among people living with HIV in Indonesia: a retrospective observational study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 58(4), 360. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.622>
- Mazonson, P., Berko, J., Loo, T., Kane, M., Zolopa, A., Spinelli, F., ... & Shalit, P. (2021). Loneliness among older adults living with HIV: the “older old” may be less lonely than the “younger old”. *AIDS care*, 33(3), 375-382. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1722311>
- Mpofu, L., Mpofu, E., & Mavhandu-Mudzusi, A. H. (2025). Women living with HIV in Zimbabwe: Their stigma-related emotional life and sense of self. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 364. <https://doi.org/10.3390/ijerph22030364>
- Mukerji, R., Mannell, J., & Osrin, D. (2023). “I hope I die. That is what I hope for”: Qualitative study of lived experiences of mental health of Indian women living with HIV experiencing intersectional stigma. *PLOS Global Public Health*, 3(12), e0002075. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002075>
- Nabunya, P., & Namuwonge, F. (2023). HIV-related shame, stigma and the mental health functioning of adolescents living with HIV: Findings from a pilot study in Uganda. *Child Psychiatry & Human Development*, 54, 1771–1778. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01374-z>
- Nguyen, V. H. A., Tran, T. N. A., Vu, T. T., Phan, Y. T. H., Nguyen, T. T. N., Tran-Thien, G. P., & Tran-Chi, V. L. (2025). The interplay of psychological distress, stigma, and social support in determining quality of life among Vietnamese people living with HIV. *Discover Mental Health*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00171-z>

- Ninnoni, J. P., Nsatimba, F., Agyemang, S. O., Commey, I. T., Bennin, L., Agyare, E., ... & Obiri-Yeboah, D. (2023). An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis; the need for early involvement of mental health professionals to improve linkage to care. *BMC Public Health*, 23(1), 2518. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17449-y>
- Nurfalah, F., Yona, S., & Waluyo, A. (2019). The relationship between HIV stigma and adherence to antiretroviral (ARV) drug therapy among women with HIV in Lampung, Indonesia. *Enfermeria clinica*, 29, 234-237. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.138>
- O'Cleirigh, C., Safren, S. A., & Mayer, K. H. (2019). The impact of hope and resilience on clinical outcomes in HIV/AIDS. *Psychosomatic Medicine*, 81(5), 450–458. DOI: 10.7759/cureus.849
- Özdemir, H. Ö., Karaman Kabadurmuş, F. N., & Özdemir, D. (2025). The Impact of Socioeconomic Factors on the HIV-Related Stigma of People Living With HIV in Turkey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 62, 00469580251319926. <https://doi.org/10.1177/00469580251319926>
- Perger, T., Davtyan, M., Foster, C., Evangeli, M., Berman, C., Kacanek, D., ... & Bhopal, S. (2025). Impact of HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence, engagement and retention in HIV care, and transition to adult HIV Care in Pediatric and Young Adult Populations Living with HIV: a literature review. *AIDS and Behavior*, 29(2), 497-516. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04534-5>
- Pompili, M., Innamorati, M., Gonda, X., Serafini, G., Sarno, S., Erbuto, D., ... & Girardi, P. (2013). Affective temperaments and *hopelessness* as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: a prospective follow-up study. *Journal of affective disorders*, 150(2), 216-222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.026>
- Prahmawati, P. (2022). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Wanita. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(2), 721-736. <https://doi.org/10.37287/jppp.v4i2.958>
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Landau, S. (1999). A social-psychological analysis of HIV-related stigma: A two-factor theory. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1193-1211.
- Reif, S., Wilson, E., & McAllaster, C. (2018). Perceptions and impact of HIV stigma among high risk populations in the US Deep South. *J HIV AIDS*, 4(2), 1-7. <https://doi.org/10.16966/2380-5536.154>

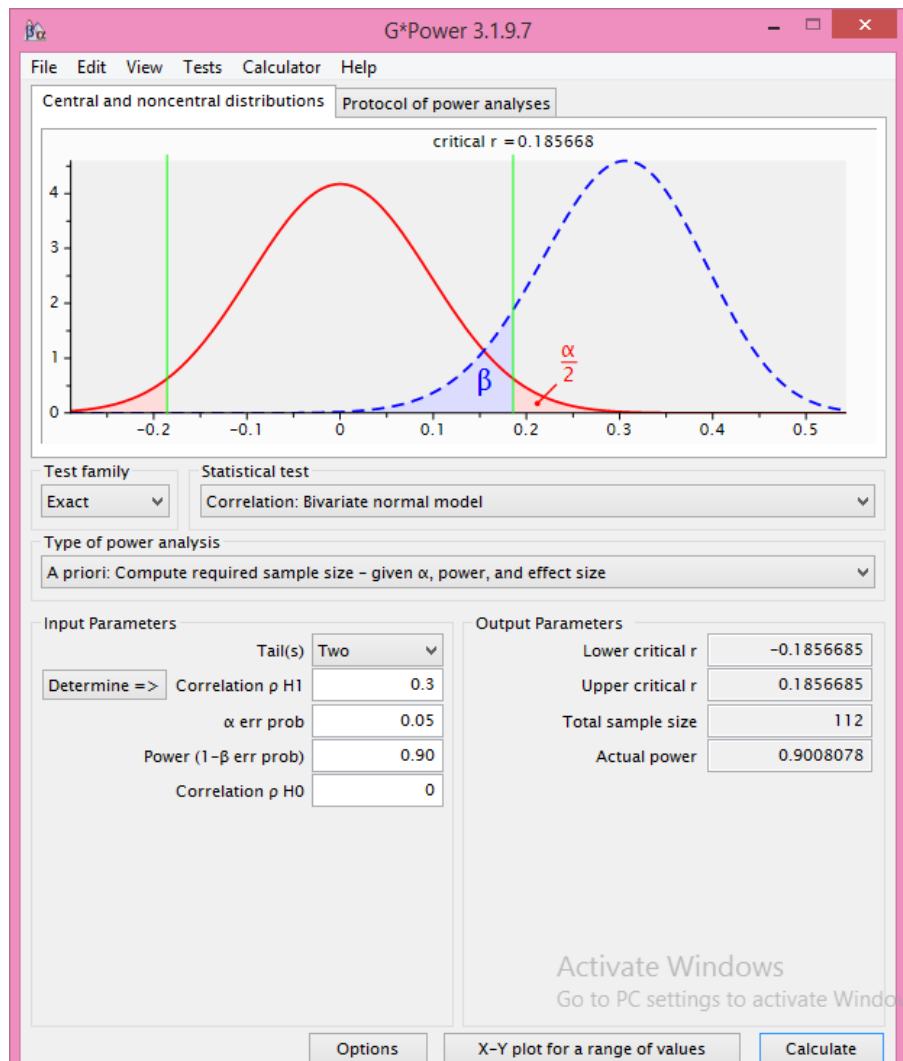
- Relf, M. V., Holzemer, W. L., Holt, L., Nyblade, L., & Caiola, C. E. (2021). A review of the state of the science of HIV and stigma: context, conceptualization, measurement, interventions, gaps, and future priorities. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 32(3), 392-407. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000237>
- Riani, M., Gobel, F. A., & Nurlinda, A. (2021). Faktor Risiko Penularan Hiv Pada Pasangan Serodiscordant Di Yayasan Dukungan Kelompok Dukungan Sebaya Makassar. *Window of Public Health Journal*, 2(1), 50-58. <https://doi.org/10.33096/woph.v2i1.118>
- Rich, C., Mavhu, W., France, N. F., Munatsi, V., Byrne, E., Willis, N., & Nolan, A. (2022). Exploring the beliefs, experiences and impacts of HIV-related self-stigma amongst adolescents and young adults living with HIV in Harare, Zimbabwe: A qualitative study. *PLoS One*, 17(5), e0268498. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268498>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., ... & Pechenot, V. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393(10189), 2428-2438. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0
- Rodrigues, A., Struchiner, C. J., Coelho, L. E., Veloso, V. G., Grinsztejn, B., & Luz, P. M. (2021). Late initiation of antiretroviral therapy: inequalities by educational level despite universal access to care and treatment. *BMC public health*, 21(1), 389. DOI: 10.1186/s12889-021-10421-8
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globberman, J., Chambers, L., ... & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453
- Sari, W., & Irfani, F. N. (2024). Analisis hasil pemeriksaan viral load dan CD4 pada penderita HIV di RSUD Pandan Arang Boyolali periode tahun 2022. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan (KLINIK)*, 3(1), 266-279. <https://doi.org/10.55606/klinik.v3i1.2630>
- Schönnesson, N. L., Ross, M. W., Garcia-Huidobro, D., Eriksson, L. E., Andersson, G., Williams, M. L., & Ekström, A. M. (2022). Hopelessness and HIV infection: an exploratory study with a gender-specific perspective. *BMC psychology*, 10(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00755-2>

- Serra, M. A. A., Milhomem, A. B., Oliveira, S. B., Santos, F. A. A., Silva, R. A. E., Costa, A. C. P., ... & Araújo, M. F. M. (2020). Sociodemographic and behavioral factors associated with HIV vulnerability according to sexual orientation. *AIDS Research and Treatment*, 2020(1), 5619315. <https://doi.org/10.1155/2020/5619315>
- Sikkema, K. J., Dennis, A. M., Watt, M. H., Choi, K. W., Yemeke, S. R., & Joska, J. A. (2018). Improving mental health among people living with HIV: A review of intervention trials in low- and middle-income countries. *Global Mental Health*, 5, e19. doi:10.1017/gmh.2015.17
- Singh, S. K., Sharma, N., & Sharma, S. K. (2021). Dealing with dilemmas: understanding the process and challenges of disclosing the HIV status of people living with HIV/AIDS through gender lens. *Journal of Health Management*, 23(3), 380-400. DOI: 10.1177/09720634211035227
- Susanto, T., Yunanto, R. A., Rasni, H., & Susumaningrum, L. A. (2021). Multi-level intervention for HIV/AIDS caring in Indonesian community. *HIV & AIDS Review. International Journal of HIV-Related Problems*, 20(2), 78-84. <https://doi.org/10.5114/hivar.2021.107217>
- Tan, T., Zhou, C., Lu, R., Chen, C., Bai, C., Li, L., & Wu, G. (2022). Depression and associated factors among men living with HIV/AIDS aged 50 years and over in Chongqing, China. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2033-2040. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S378956>
- Tian, J. M. L. H., Watson, J. R., Ibáñez-Carrasco, F., Tran, B., Parsons, J. A., Maunder, R. G., ... & Team, T. O. H. S. I. (2021). Impact of experienced HIV stigma on health is mediated by internalized stigma and depression: results from the people living with HIV stigma index in Ontario. *BMC public health*, 21, 1595. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11596-w>
- Trickey, A., Sabin, C. A., Burkholder, G., Crane, H., Monforte, A. D. A., Egger, M., ... & Sterne, J. A. (2023). Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet HIV*, 10(5), e295-e307. DOI: 10.1016/S2352-3018(23)00028-0
- Turan, B., Hatcher, A. M., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Rice, C. E., & Turan, J. M. (2019). Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *American Journal of Public Health*, 109(2), 272–278. doi: 10.2105/AJPH.2017.303744
- Tyler, I. (2020). Stigma: The Machinery of Inequality. *London: Croydon*.
- UNAIDS. (2024). HIV and Stigma Discrimination. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. <https://www.unaids.org/>

- Visser, M. J., & Forsyth, B. W. (2009). Addressing HIV-related stigma. *HIV Therapy*, 3(1), 11-14. <https://doi.org/10.2217/17584310.3.1.11>
- Visser, M. J., Makin, J. D., Vandormael, A., Sikkema, K. J., & Forsyth, B. W. (2009). HIV/AIDS stigma in a South African community. *AIDS care*, 21(2), 197-206. <https://doi.org/10.1080/09540120801932157>
- Witte, S. S., El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., & Chang, M. (2010). Lack of awareness of partner STD risk among heterosexual couples. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 42(1), 49-55. doi: 10.1363/4204910
- Yildirim, A., Akkus, M., & Asilar, R. H. (2023). *Hopelessness* and life satisfaction in patients with serious mental disorders: A cross-sectional study. *Northern Clinics of Istanbul*, 10(2). doi: 10.14744/nci.2023.77910
- Yona, S., Maulana, A., & Sari, D. (2023). Peer support dynamics and its effect on stigma reduction among youth living with HIV. *Journal of Pediatric Nursing*, 68, e45–e51.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil G*Power



Lampiran 2. Coding

No.	Indikator	Kode
	Karakteristik Responden	
1.	Jenis kelamin	
	Trasngender	Kode 0
	Laki-laki	Kode 1
	Perempuan	Kode 2
2.	Status pernikahan	
	Cerai	Kode 0
	Belum menikah	Kode 1
	Menikah	Kode 2
3.	Status pekerjaan	
	Pensiun	Kode 0
	Bekerja	Kode 1
	Tidak bekerja	Kode 2
4.	Pendidikan	
	Tidak sekolah	Kode 0
	SD	Kode 1
	SMP	Kode 2
	SMA	Kode 3
	PT	Kode 4
5.	Agama	
	Kepercayaan	Kode 0
	Islam	Kode 1
	Kristen	Kode 2
	Katolik	Kode 3
	Hindu	Kode 4
	Budha	Kode 5
	Konghucu	Kode 6

6.	Pendapatan	
	Kurang dari UMR	Kode 1
	Lebih dari UMR	Kode 2
7.	Orientasi seksual	
	Tidak yakin/rahasia	Kode 0
	Heteroseksual	Kode 1
	Homoseksual/gay/lesbian	Kode 2
	Biseksual	Kode 3
	Panoseksual	Kode 4
	Aseksual	Kode 5
8.	Lama terdiagnosis	
	< 1 tahun	Kode 1
	1 - 5 tahun	Kode 2
	6 – 10 tahun	Kode 3
	> 10 tahun	Kode 4
9.	Status pengobatan	
	Konsumsi ARV	Kode 1
	Tidak konsumsi ARV	Kode 2
10.	Test viral load	
	Sudah	Kode 1
	Belum	Kode 2
11.	Hasil test VL	
	Tidak tahu	Kode 0
	Terdeteksi	Kode 1
	Tidak terdeteksi	Kode 2

Lampiran 3. *Informed Consent*

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “**Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHIV di Kabupaten Jember**”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur peneltian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

.....,.....2025

Responden,

.....

*) Coret salah satu

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian

A. Karakteristik Demografi

Isilah data berikut ini sesuai dengan kondisi dan pengalaman pribadi Anda yang sebenarnya. Semua informasi yang Anda berikan akan dijaga kerahasiannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Silakan beri tanda (✓) pada jawaban yang sesuai atau isi bagian yang perlu diisi secara langsung.

1. Umur : _____ tahun
2. Jenis kelamin :

☐ Laki-laki
 ☐ Perempuan
 ☐ Transgender
3. Status pernikahan :

☐ Belum menikah
 ☐ Menikah
 ☐ Berceraai
4. Status pekerjaan :

☐ Bekerja
 ☐ Tidak bekerja
 ☐ Pensiun
5. Pendidikan :

☐ Tidak sekolah
 ☐ SD
 ☐ SMP

☐ SMA
 ☐ Perguruan Tinggi
6. Agama :

☐ Islam
 ☐ Kristen
 ☐ Katolik
 ☐ Hindu

☐ Buddha
 ☐ Konghucu
 ☐ Kepercayaan
7. Pendapatan :

☐ ≤ Rp3.012.197 (di bawah/sama dengan upah minimum Kab. Jember)

☐ > Rp3.012.197 (di atas upah minimum Kab. Jember)
8. Orientasi seksual :

☐ Heteroseksual (tertarik kepada lawan jenis)

☐ Homoseksual/gay/lesbian (tertarik kepada sesama jenis)

☐ Biseksual (tertarik kepada laki-laki dan perempuan)

- ☐ Panseksual (tertarik kepada seseorang tanpa melihat jenis kelamin)
☐ Aseksual (tidak tertarik secara seksual kepada siapa pun)
☐ Tidak yakin/rahasia

9. Lama terdiagnosa :

- ☐ < 1 tahun ☐ 1-5 tahun ☐ 6-10 tahun ☐ > 10 tahun

10. Status pengobatan :

- ☐ Mengonsumsi ARV ☐ Tidak mengonsumsi ARV

11. Jika mengonsumsi ARV, sudah berapa lama telah mengonsumsi :

- ☐ Sudah ☐ Belum

12. Apakah sudah pernah test Viral Load HIV (VL HIV) ?

- ☐ Sudah ☐ Belum

13. Jika sudah pernah test Viral Load HIV, hasil pemeriksaannya adalah :

- ☐ Detected ☐ Undetected ☐ Tidak tahu

Lampiran 5. Surat selesai studi pendahuluan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN STUDI PENDAHULUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adinda Aulia
 NIM : 222310101155
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Fakultas : Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa telah melakukan studi untuk menyusun proposal skripsi dengan judul "**Hubungan Stigma HIV dengan *Hopelessness* pada ODHA di Kabupaten Jember**" dengan mengikuti persyaratan dan prosedur yang berlaku.

Demikian surat keterangan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
 Dosen Pembimbing Utama

Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D.
 NIP. 19850207 201504 1 001

Jember, 7 November 2025
 Yang menyatakan

Adinda Aulia
 NIM. 222310101155

Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian LP2M



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI,
SAINS, DAN TEKNOLOGI**
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Laman : lp2m.unej.ac.id - Email : ijinpenelitian@gmail.com

Nomor : 01810 /DST/UN25.C1/LT/2026
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa

26 Februari 2026

Yth. **Kepala**
Yayasan Laskar Jember
Di
Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 1011/DST/UN25.B14/LT/2026 tanggal 13 Februari 2026 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Adinda Aulia
NIM : 222310101155
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Basuki Rahmat VI No. 108, Jember
Judul Penelitian : "Hubungan Stigma HIV dengan Hopelessness pada ODHIV di Kabupaten Jember"
Lokasi Penelitian: Yayasan Laskar Jember
Pelaksanaan : Bulan Februari-Maret 2026

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

n. Kepala
Sekretaris II,

Juwita, S.Kom., M.MT.
NIP. 198110202014042001

Tembusan Yth.
1. Dekan FKEP Universitas Jember;
2. Mahasiswa ybs;
3. Arsip.



Lampiran 9. Surat Keterangan Laik Etik



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS JEMBER, FAKULTAS KEPERAWATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITY OF JEMBER, FACULTY OF NURSING**

**KETERANGAN LAIK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
No. 011/UN25.1.14/KEPK/2026**

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Adinda Aulia
Principal Investigator

Anggota Peneliti : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D
Member of Research

Tempat Penelitian : Yayasan Laskar Jember
Place of Research

Dengan judul : Hubungan Stigma HIV dengan Hopelessness pada ODHIV di
Kabupaten Jember

Title : The Relationship Between HIV Related Stigma and
Hopelessness Among People Living with HIV in Jember
Regency

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 13 Januari 2026 sampai dengan tanggal 13 Juli 2026

This declaration of ethics applies during the period January 13, 2026 until July 13, 2026

Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Chairperson of Health Research Ethics Committee



Ns. Dimi Kurniawati, M.Psi., M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian



YAYASAN LASKAR
"LANGKAH SEHAT DAN BERKARYA"

Sekretariat : Jln Moh Seruji No 36 Wuluhan-Jember Telp. 0336 621328 HP: 085204973822

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN
Nomor : 1073/LASKAR/IV/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. M. Nur Khamid., S.KM., M.Kes.
 Jabatan (jika ada) : Ketua
 Instansi/Lembaga : Yayasan Langkah Sehat dan Berkarya (LASKAR)
 Alamat : Jln. Moh Seruji No. 36 Dukuh Dempok Kecamatan
 Wuluhan Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur

Dengan ini menerangkan dengan sesungguhnya:

Nama : Adinda Aulia
 NIM : 222310101155
 Judul Penelitian : Hubungan Stigma HIV dengan Hopelessness pada
 ODHIV di Kabupaten Jember
 Waktu : Bulan Maret - April 2026

Telah melaksanakan penelitian di Yayasan Langkah Sehat dan Berkarya (LASKAR) Kabupaten Jember.

Demikian keterangan ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 13 April 2026
Ketua Yayasan LASKAR

Dr. M. Nur Khamid, S.K.M., M.Kes.

Lampiran 11. Lembar Bimbingan Skripsi

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama Mahasiswa : Adinda Aulia
 NIM : 222310101155
 Dosen Pembimbing Utama : Ns. Ahmad Rifai, S.Kep., M.S., Ph.D

Hari / Tanggal	Aktivitas	Saran Pembimbing	Paraf
Kamis, 29/1/2026	Bimbingan hari	- cek font dan paragraf. - perbaiki daftar demografi & literatur → SPSS - Mengisi bagian lain sesuai ada hasil.	
Jumat, 6/2/2026	Bimbingan hasil	- cek lagi data mentah dan rumus lagi apakah - Cari alasan yang sebenarnya? apakah benar internal & eksternal?	
Senin, 18/5/2025	Bimbingan hari	- hasil analisis spasial fix - seperangkat v/ lain 5 ya	
Rabu, 3/6/2026	Bimbingan hasil & pembahasan	- perbaiki tabel di hasil. - seperangkat pembahasan & hasil	
Senin, 15/6/2025	Bimbingan skripsi	- masih banyak typos → perbaiki. - perbaiki tabel - latihan pendataan yg berbeda di pembahasan	

