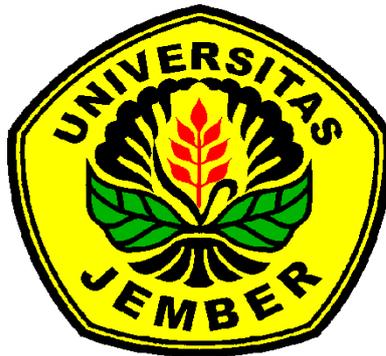


Kode/Bidang Ilmu : 371/Ilmu Keperawatan

**LAPORAN AKHIR
HIBAH BERSAING**



**MODEL REHABILITASI KLIEN HIV/AIDS
BERBASIS KOMUNITAS**

TIM PENGUSUL

NAMA:

**Murtaqib, M. Kep.
Nur Widayati, MN**

NIDN:

**0013087402
0010068104**

**UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
NOPEMBER 2015**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS Berbasis Komunitas
Peneliti/Pelaksana
Nama Lengkap : MURTAQIB S.Kp.,M.Kep
Perguruan Tinggi : Universitas Jember
NIDN : 0013087402
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Nomor HP : 082132204529
Alamat surel (e-mail) : murtaqib999@yahoo.co.id
Anggota (1)
Nama Lengkap : Ns. NUR WIDAYATI S.Kep., M.N.
NIDN : 0010068104
Perguruan Tinggi : Universitas Jember
Institusi Mitra (jika ada)
Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 65.500.000,00
Biaya Keseluruhan : Rp 65.500.000,00



Mengetahui,
Ketua PSIK, Universitas Jember

(Ns. Lantini Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.)
NIP/NIK 197803232005012002

Jember, 18 - 1 - 2016
Ketua,

(MURTAQIB S.Kp.,M.Kep)
NIP/NIK 197408132001121002



Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian

Prof. Ir. Achmad Subagio, M.Agr., Ph.D)
NIP/NIK 196905171992011001

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR SKEMA	v
ABSTRAK	vi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Masalah Penelitian	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Urgensi Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep HIV/AIDS	6
2.2 Pencegahan HIV/AIDS.....	7
2.3 Stigma Tentang Orang Dengan HIV AIDS (ODHA)	8
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian	11
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian	13
3.3 Lokasi Penelitian	13
3.4 Waktu Penelitian	13
3.5 Alat Pengumpul Data	13
3.6 Prosedur Pengumpulan Data	15
3.7 Etika Penelitian	16
3.8 Analisis Data	16
BAB 4 JADWAL PENELITIAN	
4.1 Jadwal Penelitian	18
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	19
5.2 Pembahasan	29
BAB. 6 PENUTUP	
6.1 Simpulan	38
6.2 Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	40

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Jadwal Penelitian	18
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Status Pernikahan, dan Status Tinggal	19
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Durasi Penyakit	20
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Secara Umum	20
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan terhadap Kondisi Kesehatan	20
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan terhadap Kondisi Kesehatan	20
Tabel 5.6	Nilai Rerata Kualitas Hidup Responden	21
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi	21
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga	22
Tabel 5.9	Pengetahuan Siswa SMU di Kecamatan Tanggul tentang HIV/AIDS	23
Tabel 5.10	Stigma Siswa SMU di Kecamatan Tanggul terhadap ODHA	23
Tabel 5.11	Hubungan Pengetahuan dan Stigma Siswa SMU di Kecamatan Tanggul	23
Tabel 5.12	Pengetahuan Warga Desa Manggisan Kecamatan Tanggul tentang HIV/AIDS	24
Tabel 5.13	Stigma Warga Desa Manggisan Kecamatan Tanggul terhadap ODHA	24
Tabel 5.14	Hubungan antara pengetahuan dan stigma terhadap ODHA di desa Manggisan Kecamatan Tanggul	24

DAFTAR SKEMA

Skema 1	Kerangka Kerja Model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS berbasis Komunitas	12
---------	---	----

ABSTRAK

Data yang dihimpun tahun 2012 menunjukkan Jember merupakan kabupaten dengan kasus HIV terbanyak keempat dan AIDS terbanyak keenam di Jawa Timur. Kecamatan Tanggul merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Jember dengan kasus HIV/AIDS yang terus meningkat. Data menunjukkan di Kecamatan Tanggul terdapat 42 kasus HIV/AIDS sampai dengan April 2014. Pemahaman masyarakat masih kurang tepat tentang orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Stigma dan diskriminasi dapat menghambat upaya pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS dan menimbulkan dampak psikologis yang dapat menurunkan kualitas hidup klien HIV/AIDS. Model rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas dapat digunakan sebagai pendekatan atau strategi untuk mengatasi masalah stigma dan deskriminasi HIV/AIDS. Penelitian tahun pertama ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan kasus HIV/AIDS, permasalahan stigma dan deskriminasi, permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS dan pelayanan yang dibutuhkan. Penelitian dilakukan dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian terhadap 11 klien HIV/AIDS menunjukkan nilai rerata kualitas hidup dari seluruh domain adalah 61,3. Nilai rerata terendah didapatkan pada domain hubungan sosial dan tertinggi terdapat pada domain lingkungan. Sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal/normal yaitu sebanyak 72,8%. Sebanyak 54,5% mendapat dukungan keluarga baik dan 45,5% kurang mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian terhadap 165 siswa SMU didapatkan 61,2% memiliki pengetahuan baik dan 38,8% memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Penilaian stigma menunjukkan 47,9% masih memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Uji korelasi menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma ($p=0,042$) dengan nilai OR 1,92. Penilaian pengetahuan dan stigma terhadap 50 warga desa Manggis Kecamatan Tanggul menunjukkan sebanyak 42% memiliki pengetahuan baik dan 58% memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Penilaian stigma menunjukkan 47,9% memiliki stigma terhadap ODHA. Uji korelasi juga menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma warga desa Manggis Kecamatan Tanggul dengan nilai OR 5,28. Penelitian kualitatif menunjukkan faktor yang dianggap berperan dalam peningkatan HIV/AIDS yaitu pengetahuan, keluarga, pekerjaan, dan pergaulan. Permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS terutama masalah sosial yaitu merasa malu dan menutup diri. Pelayanan yang dibutuhkan oleh klien HIV/AIDS meliputi pelayanan kesehatan seperti pemeriksaan dan pengobatan serta penerimaan oleh masyarakat yaitu dengan tidak mengucilkan penderita. Penatalaksanaan HIV/AIDS di masyarakat yaitu melakukan perubahan, melibatkan peran agama, peningkatan pengetahuan, dan meningkatkan peran pemerintah desa melalui penyuluhan dan pendataan. Hasil penelitian mengindikasikan perlunya pemberian pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS kepada masyarakat, intervensi psikososial kepada penderita, peningkatan peran keluarga, pembentukan Self Help Group dan Social Support Grup untuk meningkatkan dukungan dan kualitas hidup klien HIV/AIDS, serta pelibatan tokoh masyarakat, tokoh agama dalam pemberian informasi edukasi dan komunikasi kepada masyarakat tentang HIV/AIDS sehingga dapat mengurangi stigma dan diskriminasi ODHA

Kata kunci: klien HIV/AIDS, stigma, rehabilitasi berbasis komunitas

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kasus HIV/AIDS di Indonesia telah dilaporkan terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Kasus HIV tahun 2010 sebanyak 21.591 kasus, tahun 2011 sebanyak 21.031 kasus, tahun 2012 sebanyak 21.511 kasus, dengan kumulatif sampai dengan Maret 2013 sebanyak 103.759 kasus. Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi dengan kasus HIV terbanyak ke dua setelah DKI Jakarta dengan jumlah 13.599 kasus. Prevalensi tertinggi HIV dilaporkan pada kelompok usia 25-49 tahun yaitu sebesar 74,2% (Kemenkes RI, 2013).

HIV dinyatakan menjadi sindrom AIDS ketika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan akibat penurunan daya tahan tubuh yang terjadi dalam rentang waktu 5 sampai 10 tahun (Depkes RI, 2006). Kasus AIDS di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Tahun 2010 sebanyak 6.845 kasus, tahun 2011 sebanyak 7.004 kasus, dan jumlah kumulatif AIDS sampai dengan Maret 2013 sebanyak 43.347 kasus. Prevalensi AIDS tertinggi terjadi pada kelompok usia 20-29 tahun, yaitu 30,7% dan jumlah terbanyak terjadi di Papua sebanyak 7.795 kasus, yang kedua adalah Provinsi Jawa Timur sebanyak 6.900 kasus (Kemenkes RI, 2013).

Jember merupakan kabupaten dengan kasus HIV terbanyak keempat dan AIDS terbanyak keenam di Jawa Timur. Kasus HIV yang dihimpun dari tahun 2012 hingga Maret 2013 tercatat yang terbanyak adalah di Kota Surabaya 5.155 kasus, Kota Malang 2.129 kasus, Kabupaten Banyuwangi 1.537 kasus, dan Kabupaten Jember 1.244 kasus. Kasus AIDS tertinggi terdapat di Kota Surabaya 1.266 kasus, Kabupaten Sidoarjo 536 kasus, Kota Malang 497 kasus, Kabupaten Lamongan 407 kasus, Kabupaten Pasuruan 379 kasus, dan kabupaten Jember sebanyak 302 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2013).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2013 menunjukkan angka HIV/AIDS terus mengalami peningkatan di tiap tahunnya. Angka kumulatif kejadian HIV tahun 2004 sampai akhir tahun 2012 adalah sebanyak 822 kasus, sedangkan untuk kasus AIDS sebanyak 334 kasus. Kecamatan Tanggul merupakan salah satu kecamatan di

Kabupaten Jember dengan kejadian HIV/AIDS yang semakin meningkat. Data menunjukkan di Kecamatan Tanggul terdapat 42 kasus HIV/AIDS sampai dengan April 2014. Puskesmas Tanggul memiliki klinik *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* sejak maret 2014 yang bertujuan untuk menjaring kasus HIV/AIDS di wilayah Kencong, Tanggul, Klatakan, Bangsal Sari, Rowo Tengah, dan Sumber Baru. Dalam waktu dua bulan semenjak didirikan yaitu antara bulan maret sampai april 2014 ditemukan 5 kasus HIV positif. Kondisi ini menunjukkan kemungkinan masih banyak masyarakat yang terinfeksi namun belum memeriksakan diri. Suatu intervensi diperlukan untuk mengatasi kondisi tersebut.

Meningkatnya kasus HIV/AIDS mendapat perhatian dari pemerintah. Pemerintah telah banyak menggalakkan program untuk menangani masalah HIV/AIDS, seperti pendidikan kesehatan, Program Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP) serta klinik *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*. Pemahaman kebanyakan orang masih kurang tepat tentang ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS). ODHA diasumsikan lekat dengan mereka yang mempunyai perilaku seks yang menyimpang. ODHA seringkali dikaitkan dengan masalah mereka yang dinilai tidak bermoral, pendosa dan sebagainya. ODHA selama ini begitu gencar dibicarakan, tapi yang lebih penting adalah bagaimana masyarakat cerdas untuk dapat memerangi stigma terhadap ODHA (Pelangi, 2012). Stigma sangat berkaitan dengan diskriminasi terhadap ODHA, dan hal tersebut harus segera mendapatkan penanganan yang serius, karena bertentangan dengan hak asasi manusia yang tertuang dalam Undang-Undang RI No 36 tahun 2009 bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan penghormatan hak dan kewajiban serta non diskriminatif (Kemenkes RI, 2012).

Stigma dan diskriminasi membuat orang tidak berani untuk melakukan tes HIV. Orang yang telah melakukan perilaku berisiko yang tidak berani melakukan tes tidak akan mendapat kepastian tentang statusnya, sehingga apabila ternyata mereka telah terinfeksi virus HIV, berarti perilaku berisiko yang telah mereka lakukan selama ini maupun yang akan datang tanpa mereka sadari telah menularkan virus HIV ke banyak orang (Kemenkes RI, 2012). Stigma dan diskriminasi tentang HIV/AIDS menimbulkan efek psikologi yang berat pada ODHA karena menyebabkan terjadinya depresi,

kurangnya penghargaan diri, keputusasaan dan sebagian sampai melakukan bunuh diri (Komunitas AIDS Indonesia, 2010). Program penghapusan stigma dan diskriminasi di Indonesia termasuk dalam LKB (Layanan Komprehensif Berkesinambungan) salah satunya adalah melalui pendidikan kesehatan di masyarakat.

Stigma dari lingkungan sosial dapat menghambat proses pencegahan dan pengobatan. ODHA akan cemas terhadap diskriminasi sehingga tidak mau melakukan tes. ODHA dapat juga menerima perlakuan yang tidak semestinya, sehingga menolak untuk membuka status mereka terhadap pasangan atau mengubah perilaku mereka untuk menghindari stigma. ODHA akhirnya tidak mencari pengobatan dan dukungan, juga tidak berpartisipasi untuk mengurangi penyebaran, karena khawatir akan mendapatkan stigma dan diskriminasi dari masyarakat (Pelangi, 2012). Stigma tentang ODHA wajib dihapuskan untuk menghilangkan dampak serius yang ditimbulkannya.

Salah satu program yang dapat disusun dalam mengatasi stigma dan diskriminasi adalah melalui pembentukan pusat rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas. Menurut Depkes RI (2006) rehabilitasi dapat dilakukan melalui suatu perawatan (*care*) yang dilakukan bersamaan dengan program eliminasi melalui program Pencegahan, Kelompok Perawatan Diri (KPD) atau *Self Care Group*. Rehabilitasi ini dapat dilakukan sebagai pendekatan atau strategi untuk mengatasi masalah stigma dan deskriminasi HIV/AIDS. Beberapa bentuk kegiatan yang dapat dilakukan oleh klien dalam kehidupan sosialnya tergambarkan dalam nama dan aktivitas kegiatan *social support group*.

Rehabilitasi berbasis masyarakat ini diharapkan akan meningkatkan kualitas hidup klien HIV/AIDS. WHO (2000; dalam Depkes, 2006) menyebutkan kualitas hidup merupakan persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar dan lainnya yang terkait. Rehabilitasi bidang sosial ditujukan untuk mengurangi masalah psikologis dan stigma sosial agar penderita HIV/AIDS dapat berintegrasi sosial. Kegiatan yang dilakukan meliputi konseling, advokasi, penyuluhan dan pendidikan.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah:

- a. Apakah faktor-faktor yang menyebabkan tingginya kasus HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul?
- b. Bagaimanakah permasalahan yang dihadapi penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul?
- c. Bagaimanakah permasalahan stigma dan diskriminasi masyarakat pada penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul?
- d. Bagaimanakah kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul?
- e. Apakah kebutuhan pelayanan yang dibutuhkan penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul?
- f. Bagaimanakah bentuk model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS Berbasis Komunitas?

1.3 Tujuan

a. Tujuan Umum

Terbentuknya model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS Berbasis Komunitas.

b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Teridentifikasinya faktor-faktor yang menyebabkan tingginya kasus HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul.
2. Teridentifikasinya permasalahan yang dihadapi penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul.
3. Teridentifikasinya permasalahan stigma dan diskriminasi pada penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul.
4. Teridentifikasinya kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul.
5. Teridentifikasinya kebutuhan pelayanan yang dibutuhkan penderita HIV/AIDS di Kecamatan Tanggul.
6. Tersusunnya model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS Berbasis Komunitas.

1.4 Urgensi Masalah

Kasus HIV/AIDS di Indonesia dilaporkan terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Data yang dihimpun tahun 2012 menunjukkan Jember merupakan kabupaten dengan kasus HIV terbanyak keempat dan AIDS terbanyak keenam di Jawa Timur. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2013 menunjukkan angka kumulatif kejadian HIV tahun 2004 sampai akhir tahun 2012 adalah sebanyak 822 kasus, sedangkan untuk kasus AIDS sebanyak 334 kasus. Kecamatan Tanggul merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Jember dengan kasus HIV/AIDS yang terus meningkat. Data menunjukkan di Kecamatan Tanggul terdapat 42 kasus HIV/AIDS sampai dengan April 2014. Kondisi ini menunjukkan kemungkinan masih banyak masyarakat yang terinfeksi namun belum memeriksakan diri. Suatu intervensi diperlukan untuk mengatasi kondisi tersebut. Pemahaman kebanyakan orang masih kurang tepat tentang orang dengan HIV AIDS (ODHA). Stigma sangat berkaitan dengan diskriminasi terhadap ODHA, dan hal tersebut harus segera mendapatkan penanganan yang serius. Stigma dan diskriminasi dapat menghambat upaya pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS dan menimbulkan dampak psikologis yang dapat menurunkan kualitas hidup klien HIV/AIDS. Model rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas dapat digunakan sebagai pendekatan atau strategi untuk mengatasi masalah stigma dan deskriminasi HIV/AIDS. Model rehabilitasi klien HIV/AIDS berbasis komunitas dirancang dan diaplikasikan dalam upaya mengatasi permasalahan stigma dan diskriminasi HIV/AIDS serta meningkatkan upaya pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV/ AIDS

AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV menyerang sistem imun yaitu limfosit T helper yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi. Seseorang yang terinfeksi oleh virus HIV atau dalam kondisi AIDS disebut dengan istilah Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) (Depkes RI, 2006). Infeksi HIV memiliki perjalanan penyakit yang kronik dan progresif dengan sedikit atau bisa tanpa gejala. Munculnya sindrom AIDS erat hubungannya dengan penurunan zat kekebalan tubuh yang prosesnya sekitar 5 sampai 10 tahun setelah seseorang terinfeksi oleh HIV (Rampengan, 2007).

Rampengan (2007) menjelaskan bahwa masa inkubasi virus HIV di dalam tubuh manusia membutuhkan waktu yang lama untuk menjadi AIDS yaitu 5-10 tahun hingga menimbulkan gejala-gejala dari berbagai penyakit mulai dari penyakit ringan, berat hingga menimbulkan kematian. Badan kesehatan dunia WHO mengklasifikasikan manifestasi klinis penyakit AIDS dalam 4 stadium (Radji, 2010). Stadium I, infeksi HIV bersifat asimtomatis, terdapat indikasi limfadenopati umum, namun performa penderita baik, dapat beraktivitas seperti biasanya. Stadium II, gejala penurunan berat badan, infeksi pada mukosa antara lain dermatitis, infeksi jamur, sariawan berulang-ulang, herpes zoster, infeksi saluran pernafasan, sinusitis yang berkepanjangan dan limfadenopati generalisata yang persisten. Penderita umumnya masih dapat beraktifitas dengan normal. Stadium III, muncul gejala *AIDS Related Complex (ARC)*, meliputi penurunan berat badan yang signifikan, kelelahan, demam berkepanjangan, diare kronis selama lebih dari 4 minggu, kandidiasis oral, penurunan sistem imun yang ditandai oleh infeksi tuberculosis dan infeksi berat yang disebabkan oleh bakteri lainnya. Stadium IV, *Full blown AIDS*, ditandai dengan *HIV wasting syndrome*, berupa penurunan berat badan yang drastis, diare kronis lebih dari 1 bulan dan demam tinggi selama lebih dari 1 bulan. *HIV wasting syndrome* memunculkan infeksi oportunistik antara lain pneumonia, toksoplasmosis otak, kriptosporidiosis dengan diare >1 bulan, herpes simplex oral dan genital.

Cara penularan HIV dapat terjadi melalui transmisi seksual maupun non seksual. Penularan HIV dapat terjadi melalui hubungan seksual baik homoseksual maupun heteroseksual. Penularan HIV melalui hubungan heteroseksual menyumbang angka penularan sebesar 5-10%. Hubungan seksual merupakan cara penularan yang paling tinggi dan paling sering terjadi di dunia. Prevalensi terjadinya penularan antara 70-80%. Transmisi non seksual antara lain terjadi pada ibu hamil dan penggunaan jarum suntik. Penularan HIV terjadi secara *intrauterine* pada saat ibu masih hamil, *inpartum* pada saat ibu melahirkan normal dan juga pada fase *post partum* pada saat ibu yang terinfeksi HIV menyusui bayi dengan ASI (Widoyono, 2008). Penularan HIV melalui jarum suntik mempunyai prevalensi sebesar 5-10%. Penggunaan jarum suntik yang telah terkontaminasi secara bergantian dari orang yang telah terinfeksi HIV akan meningkatkan risiko penularan infeksi (Siregar, 2004 dan Widoyono, 2008).

Badan Koordinasi Kehumasan Pemerintah (BAKOHUMAS) tahun 2011 menjelaskan penularan HIV juga dapat melalui alat *facial* wajah, alat tindik, dan tato. Kemenkes tahun 2012 menyebutkan bahwa virus HIV tidak akan menular melalui kontak sosial sehari-hari seperti bersenggolan atau menyentuh, berjabat tangan dengan orang yang terinfeksi virus HIV, terkena percikan bersin atau batuk, berenang bersama, menggunakan WC/ toilet yang sama, tinggal serumah, menggunakan piring atau alat makan yang sama, tergigit nyamuk atau serangga yang sama, berciuman, dan memakan makanan yang dimasak oleh orang yang terinfeksi HIV.

2.2 Pencegahan HIV/AIDS

Upaya pencegahan lebih ditujukan pada pemutusan lingkaran transmisi HIV dengan cara memberikan penyuluhan kepada kelompok risiko tinggi. Pencegahan merupakan komponen yang paling penting dalam pengendalian penyakit infeksi. Salah satu cara pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui kegiatan pendidikan kesehatan tentang HIV. Pendidikan kesehatan yang diberikan harus secara menyeluruh yang meliputi konsep dasar penyakit HIV seperti cara penularan serta perilaku berisiko yang dapat menyebabkan penularan HIV (Wong, 2008).

Public Health Service menerbitkan beberapa rekomendasi gaya hidup yang dirancang untuk mengurangi risiko AIDS (Stanhope, 2010) yaitu tidak melakukan hubungan seksual dengan orang yang diketahui atau dicurigai menderita AIDS, tidak melakukan hubungan dengan banyak pasangan, tidak menggunakan obat-obatan intravena, tidak melakukan hubungan seksual dengan orang yang menggunakan obat-obatan, dan tidak menggunakan inhalasi *nitrit* karena sangat berkaitan dengan sarkoma kaposi.

Kemendes RI tahun 2012 menyebutkan bahwa upaya pencegahan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan pencegahan melalui hubungan seksual yang meliputi *Abstinence*, yaitu tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah; *Be faithful* (setia pada pasangan), yaitu jika telah menikah melakukan hubungan seksual hanya dengan pasangannya saja; *condom* yaitu menggunakan kondom bagi pasangan yang terinfeksi HIV agar tidak menularkan kepada pasangannya. Pencegahan penularan melalui darah meliputi *Drugs* yaitu tidak menggunakan narkoba, karena saat ini (gejala putus obat) tidak ada pengguna narkoba yang sadar akan kesterilan jarum suntik, apalagi ada rasa kekompakan untuk memakai jarum suntik yang sama secara bergantian, dan menularkan HIV dari pecandu yang telah terinfeksi ke pecandu lainnya; *Equipment* yaitu mewaspadai semua alat-alat tajam yang ditusukkan ke tubuh atau yang dapat melukai kulit, seperti jarum akupunktur, alat tindik, pisau cukur, agar semuanya steril dari HIV sebelum digunakan. Pencegahan juga dilakukan dengan mewaspadai darah yang diperlukan untuk transfusi tidak mengandung virus HIV. Pencegahan penularan dari ibu kepada anak melalui upaya intervensi berupa pemberian antiretroviral (ARV) kepada ibu selama masa kehamilan; persalinan secara bedah (*Caesar*); dan ibu memberikan susu formula sebagai pengganti ASI, karena ASI ibu yang berstatus ODHA mengandung virus HIV.

2.3 Stigma Tentang Orang Dengan HIV AIDS (ODHA)

Stigma berasal dari bahasa Inggris yang artinya noda atau cacat, sering juga disebut sebagai pandangan yang negatif. Stigma juga berarti pencemaran, perusakan yang memberikan pengaruh yang buruk pada penerimaan sosial seorang individu yang terkena (Danang 2001 dalam Siregar 2012). Stigma adalah alat yang kuat dalam kontrol sosial. Stigma merupakan tindakan memberikan label sosial yang bertujuan

untuk memisahkan atau mendeskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Stigma tidak hanya terjadi pada individu, namun juga merupakan persepsi negatif yang dengan jelas dirasakan oleh seseorang, kelompok, maupun masyarakat (Baron dan Byrne 2003 dalam Regimana 2006). Stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi, yaitu tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak-hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya sebagai manusia yang bermartabat (Kemenkes RI, 2012). Stigma sangat membentuk batasan tegas di dalam kehidupan bermasyarakat dan sering kali menyebabkan perpecahan.

Menurut Aggleton & Parker (2002) stigma HIV/AIDS yang terjadi di masyarakat meliputi berbagai aspek. Di banyak negara, anak-anak dengan HIV positif atau yang mempunyai keluarga dengan HIV positif ditolak di sekolahnya. Diskriminasi terhadap ODHA juga dilaporkan dalam dunia kerja. Para pekerja melewati serangkaian tes sebelum bekerja. Hasil HIV positif, akan ditolak bekerja. Pekerja juga memberikan stigma bahwa mereka menolak bekerja dengan ODHA. Dari sistem pelayanan kesehatan, ada banyak laporan dari pengaturan perawatan kesehatan tes HIV tanpa persetujuan, pelanggaran kerahasiaan, dan penolakan pengobatan dan perawatan. Pelayanan kesehatan mengungkapkan status HIV ke kerabat tanpa persetujuan, atau melepaskan informasi kepada media atau polisi, muncul menjadi masalah di beberapa pelayanan kesehatan.

Di masyarakat, ODHA sering dianggap mempunyai perilaku buruk seperti seks bebas, narkoba, maupun homoseksual. Keluarga adalah sumber utama perawatan dan dukungan bagi ODHA di kebanyakan negara berkembang, tetapi banyak juga keluarga yang memberikan stigma kepada anggotanya yang ternyata adalah ODHA. ODHA perempuan cenderung diperlakukan lebih buruk dari pada laki-laki atau anak-anak (Parker dan Aggleton, 2002). Dukungan sosial maupun keluarga yang tidak baik dapat membuat ODHA merasa terpinggirkan di masyarakat. Banyak dari ODHA yang merasa depresi bahkan ada yang melakukan bunuh diri (Aggleton & Parker, 2002).

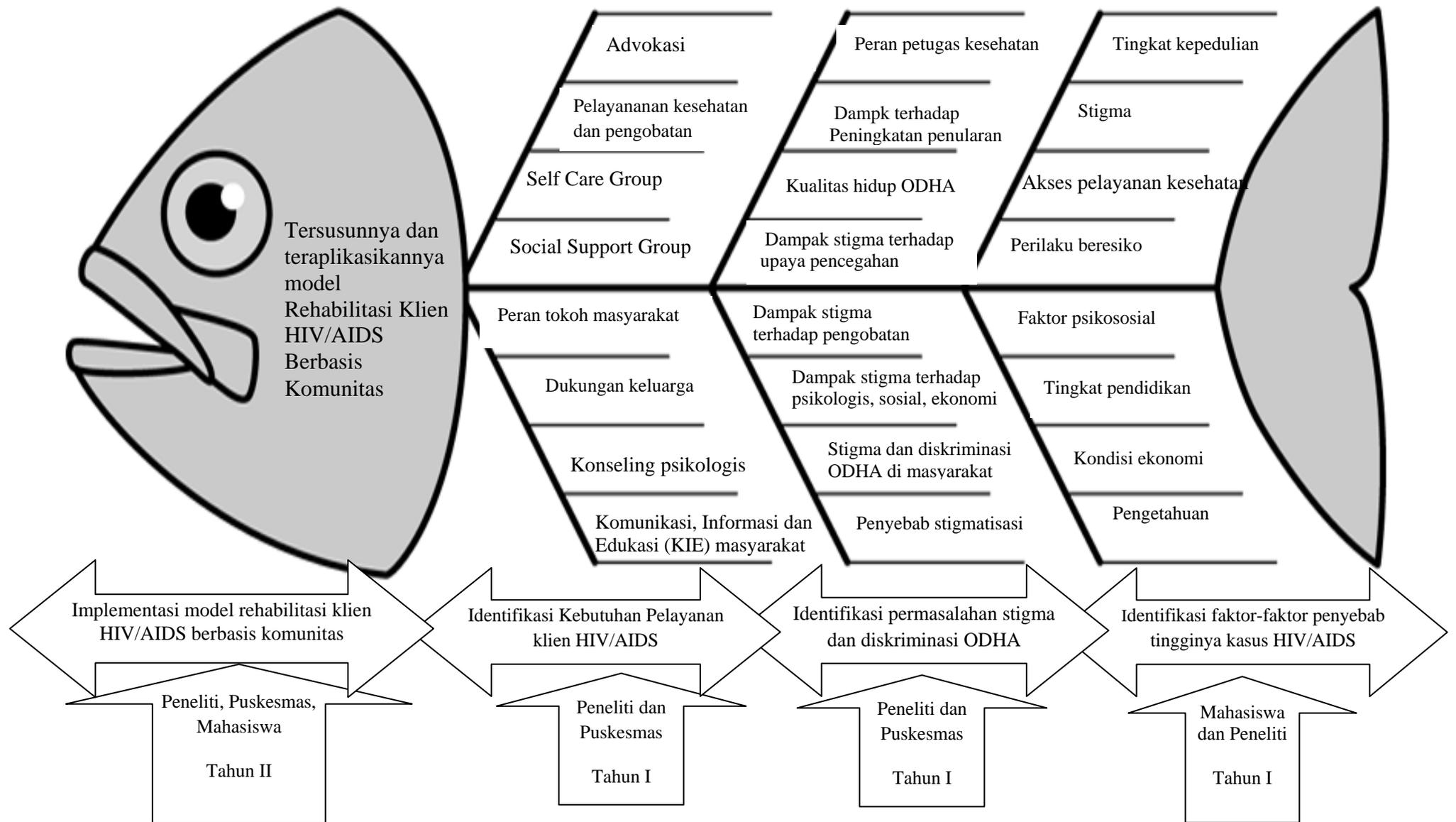
Stigma tentang ODHA memiliki dampak besar terhadap kelangsungan maupun kualitas hidup ODHA maupun program penanggulangan HIV/AIDS. Banyak stigma yang berkembang di masyarakat yang perlu untuk dibenahi. Macam-macam stigma yang ada di masyarakat menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 ada 3 macam, yaitu: stigma aktual atau stigma yang dialami (*experienced*), yaitu jika ada orang atau masyarakat yang melakukan tindakan nyata, baik verbal maupun non verbal yang menyebabkan orang lain dibedakan dan disingkirkan; stigma potensial atau yang dirasakan (*felt*) yaitu stigma belum terjadi tetapi ada tanda atau perasaan tidak nyaman, sehingga orang cenderung tidak mengakses layanan kesehatan; stigma internal atau stigmatisasi diri adalah seseorang menghakimi dirinya sendiri sebagai seseorang yang tidak disukai oleh masyarakat. Rensburg dalam ulasannya di *The Siyam's Kela Project* mengulas dua garis besar pembagian stigma internal dan stigma eksternal. Stigma internal mencakup persepsi negatif pada diri sendiri, takut untuk mengungkapkan status, penolakan terhadap pengobatan, serta upaya kompensasi yang terlalu berlebihan. Stigma eksternal mencakup penolakan, vonis moral, stigmatisasi, diskriminasi.

Stigma tentang ODHA dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS. Pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat mempengaruhi bagaimana individu tersebut akan bersikap terhadap ODHA (Bradley 2009 dalam Paryati, 2013). Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA muncul berkaitan dengan ketidaktahuan tentang mekanisme penularan HIV, perkiraan risiko tertular yang berlebihan melalui kontak biasa (Herek, 2002). Persepsi terhadap ODHA akan sangat mempengaruhi bagaimana orang tersebut akan bersikap dan berperilaku pada ODHA. Persepsi terhadap ODHA berkaitan dengan nilai-nilai seperti rasa malu, sikap menyalahkan dan menghakimi yang berhubungan dengan penyakit AIDS (Herek *et al*, 2002). Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Regimana (2006) menemukan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan, maka semakin tinggi tingkat stigmatisasi terhadap ODHA;

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan kombinasi antara metode kuantitatif dan kualitatif partisipatif. Masing-masing metode memiliki kelemahan dan kelebihan tersendiri sehingga kombinasi kedua metode diharapkan dapat menghasilkan temuan data yang komprehensif. Metode kuantitatif digunakan dalam upaya mengidentifikasi pengetahuan dan stigma dan deskriminasi masyarakat terhadap ODHA, dan kondisi psikologis yang mencakup dukungan keluarga, depresi, dan kualitas hidup klien HIV/AIDS. Pendekatan kualitatif digunakan untuk mengidentifikasi faktor penyebab tingginya kasus HIV/AIDS, permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS dan pelayanan yang dibutuhkan.



Skema 1. Kerangka Kerja Model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS Berbasis Komunitas Multi Tahun

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita HIV/AIDS yang terdata di Puskesmas Tanggul. Sampel ditentukan dengan metode *purposive sampling*. Kriteria sampel meliputi bisa berkomunikasi dengan baik, tidak mengalami gangguan psikiatrik berat, dan bersedia menjadi responden penelitian. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 11 orang pasien HIV/AIDS. Dalam penelitian ini juga melibatkan masyarakat di Kecamatan Tanggul baik sebagai informan atau partisipan dalam kajian kualitatif ataupun sebagai responden dalam kajian kuantitatif. Sebanyak 165 siswa SMU di kecamatan Tanggul dan 50 warga desa Manggisan Kecamatan Tanggul menjadi responden untuk dikaji pengetahuan tentang HIV/AIDS dan stigma terhadap ODHA. Sampling dilakukan secara *purposive sampling*. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada gambaran permasalahan HIV/AIDS dari puskesmas Tanggul. Penelitian kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam terhadap tokoh masyarakat, perangkat desa, dan petugas puskesmas untuk mengkaji faktor penyebab peningkatan kasus HIV/AIDS, stigma terhadap ODHA, dan pelayanan yang dibutuhkan penderita HIV/AIDS.

3.3 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember.

3.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dalam beberapa tahapan dengan jadwal penelitian yang tercantum dalam Bab IV.

3.5 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner dan pedoman wawancara. Kuesioner digunakan untuk mengidentifikasi pengetahuan, stigma dan deskriminasi masyarakat terhadap ODHA, dan kondisi psikologis pasien meliputi dukungan keluarga, status depresi, dan kualitas hidup penderita HIV/AIDS. Pedoman wawancara digunakan untuk menggali faktor penyebab peningkatan kasus HIV/AIDS, permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS dan pelayanan yang dibutuhkan.

Pedoman wawancara digunakan agar wawancara dapat lebih terarah sesuai dengan tujuan penelitian.

Pengukuran kualitas hidup menggunakan WHO QOL-BREF yang terdiri dari 4 domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Rentang nilai untuk domain fisik dan psikis adalah 0-24. Rentang nilai untuk domain hubungan sosial adalah 0-16, dan rentang nilai untuk domain lingkungan adalah 0-32. Rentang nilai total untuk penggabungan seluruh domain adalah 0-96.

Pengukuran depresi dilakukan dengan menggunakan kuesioner Beck Depression Inventory (BDI) II yang digunakan pada penelitian Darwin (2014) dan Widyarsono (2013). Kuesioner ini terdiri dari 21 pertanyaan. Semakin tinggi skor yang diperoleh dari BDI, semakin berat depresi yang dialami individu tersebut. Cara pengisian kuesioner yaitu dengan meminta responden memilih salah satu dari empat pilihan jawaban yang tersedia di setiap item pernyataan yang sesuai dengan individu tersebut. Masing-masing gejala memiliki tingkat intensitas sebagai berikut: 0: tidak ada gejala; 1: ada gejala ringan; 2: ada gejala sedang, dan 3: ada gejala berat. Penilaian dilakukan dengan menjumlahkan seluruh skor yang diperoleh oleh responden. Total jumlah nilai yang diperoleh oleh responden akan menunjukkan tingkat depresi yang dimiliki oleh responden. Nilai total berkisar dari 0-63. Tingkat depresi dikategorikan normal/minimal jika nilai 0-13, depresi ringan jika nilai 14-19, depresi sedang jika nilai 20-28, dan depresi berat jika nilai 29-63.

Penilaian dukungan keluarga menggunakan kuesioner penelitian Darwin (2014) yang terdiri dari 20 item pertanyaan dengan pilihan jawaban tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan selalu. Untuk pernyataan *favourable*, skor 4 diberikan pada jawaban selalu, skor 3 untuk jawaban sering, skor 2 untuk jawaban kadang-kadang dan skor 1 diberikan pada jawaban tidak pernah. Untuk pernyataan *unfavourable*, penilaiannya dilakukan secara kebalikannya yaitu skor 4 diberikan pada pilihan jawaban tidak pernah, skor 3 pada jawaban kadang-kadang, skor 2 diberikan pada jawaban sering, dan skor 1 diberikan pada jawaban selalu. Semua hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi dua yaitu dukungan baik dan dukungan tidak baik.

Pengkategorian dukungan keluarga didasarkan *cut of point* nilai rerata yaitu dikatakan kurang jika skor $<$ mean (59,8) dan dikatakan baik jika skor \geq mean (59,8).

Pengukuran pengetahuan tentang HIV/AIDS dilakukan dengan menggunakan kuesioner dari penelitian Hendrastuti (2014) yang terdiri dari 20 pertanyaan. Untuk pertanyaan favourable, jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0. Untuk pertanyaan unfavourable, jawaban benar diberi 0 dan jawaban salah diberi nilai 1. Rentang nilai untuk pengetahuan adalah 0-20. Pengkategorian dilakukan berdasarkan cut of point nilai median yaitu pengetahuan dikatakan baik jika skor \geq 16, dan dikatakan kurang jika $<$ 16.

Pengukuran stigma dilakukan dengan menggunakan kuesioner dari penelitian Negara (2013) yang terdiri dari 23 pertanyaan. Untuk pertanyaan favourable, jawaban setuju diberi nilai 1 dan jawaban tidak setuju diberi nilai 0. Untuk pertanyaan unfavourable, jawaban setuju diberi 0 dan jawaban tidak setuju diberi nilai 1. Rentang nilai untuk stigma adalah 0-23. Pengkategorian dilakukan berdasarkan cut of point nilai median yaitu dikatakan memiliki stigma jika skor $<$ 16 dan tidak memiliki stigma jika skor \geq 16.

3. 6 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti memberikan lembar *informed consent* dan menjelaskan tentang tujuan, manfaat, serta dampak dari penelitian. Jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti memberikan kuesioner yang akan diisi oleh responden. Kuesioner didesain dengan jawaban tertutup juga berisi petunjuk praktis untuk mengisi kuesioner dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Penelitian ini juga menggunakan pedoman wawancara yang didesain untuk mengumpulkan data dari tokoh masyarakat dan petugas kesehatan untuk mengetahui faktor penyebab peningkatan kasus HIV/AIDS, permasalahan yang dihadapi ODHA, dan pelayanan yang dibutuhkan.

3.7 Etika Penelitian

Etika penelitian mencakup *informed consent*. Responden diberikan penjelasan mengenai proses penelitian, meliputi tujuan penelitian, prosedur pengumpulan data, manfaat dan kerugian menjadi responden. Responden diberi hak untuk memilih bersedia atau tidak berpartisipasi dalam penelitian dengan menjelaskan terlebih dahulu hak dan kewajiban responden serta peneliti. Penelitian ini juga memperhatikan masalah kerahasiaan dimana informasi yang diberikan responden dirahasiakan dan tidak akan diakses oleh orang lain selain tim peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset sesuai dengan yang dibutuhkan dalam penelitian. Prinsip *Anonymity* juga diperhatikan dalam penelitian ini dimana peneliti tidak mencantumkan identitas responden. Peneliti memberi kode pada lembar alat ukur atau hasil penelitian. Peneliti memberikan hak kepada responden dalam menentukan jadwal kegiatan penelitian. Peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan sebagian responden yang lain. Peneliti memberikan *reinforcement positive* pada semua responden yang telah mengikuti kegiatan penelitian.

3.8 Analisis Data

a. Data Kuantitatif

Analisis deskriptif atau univariat digunakan untuk mendeskripsikan data yang tersaji dalam bentuk tabel, meliputi deskripsi karakteristik responden dan variabel penelitian. Karakteristik responden dalam penelitian mencakup usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat pendidikan. Data usia dan durasi penyakit disajikan dalam bentuk rerata dan standar deviasi. Data berbentuk kateogrik seperti jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan status tinggal disajikan dalam bentuk presentase. Analisis bivariat dilakukan dengan menganalisis hubungan antar variabel. Analisa bivariat yang digunakan yaitu uji chi square.

b. Data Kualitatif

Analisis data kualitatif meliputi: (1) mengorganisasi data, (2) menetapkan data secara keseluruhan, (3) menggolongkan data ke dalam kategori atau tema, dan (4) mensintesis data ke dalam tabel atau format lain yang dapat dimengerti. Kata kunci-kata kunci yang muncul pada setiap partisipan didokumentasikan dan

dianalisis menjadi sebuah kategori-kategori data. Kategori-kategori tersebut dianalisis dan didesiminasi menjadi suatu tema. Prosedur pemberian tanda seperti menggarisbawahi digunakan untuk mengidentifikasi dan mengurangi tema atau kategori informasi yang mendorong ke arah munculnya suatu cerita atau narasi. Uraian tekstual yang digunakan dalam studi kualitatif meliputi: (1) penggunaan kategori yang disebutkan oleh setiap partisipan, (2) transkrip hasil wawancara, (3) penggunaan hasil yang bervariasi dari masing-masing partisipan, (4) narasi atau cerita, dan (5) menjalin kata kunci yang ditemukan berdasarkan penafsiran peneliti dan partisipan (Creswell, 1998).

BAB 4. JADWAL PENELITIAN

4.1 Jadwal penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dalam beberapa tahapan dengan jadwal penelitian seperti pada tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1 Kegiatan Penelitian Tahun I

Kegiatan	Tahun Pertama Bulan Ke												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Penyusunan proposal													
Pengurusan ijin penelitian													
Pengumpulan data awal di lapangan mulai dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, Masyarakat													
Sosialisasi program di lokasi penelitian													
Penentuan subyek penelitian													
Pengukuran faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan kasus HIV/AIDS													
Pengukuran permasalahan stigma dan diskriminasi ODHA													
Identifikasi permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS Identifikasi pelayanan yang dibutuhkan klien HIV/AIDS													
Penyusunan model Rehabilitasi Klien HIV/AIDS Berbasis Komunitas													
Penyempurnaan bagan, alur, dan standar operasional prosedur dari model													
Monitor evaluasi (Monev) tahun pertama penelitian oleh Dikti dan lembaga penelitian Universitas													
Pengukuran hasil pelaksanaan program tahun pertama													
Evaluasi program penelitian tahun pertama													
Penyusunan laporan pelaksanaan penelitian tahun pertama													
Desiminasi hasil penelitian tahun pertama													
Publikasi hasil penelitian pada Jurnal Ilmiah													

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Karakteristik Responden

Jumlah klien HIV/AIDS yang menjadi responden pada penelitian ini adalah 11 orang. Karakteristik yang dikaji meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, status tinggal, dan durasi penyakit. Gambaran tentang karakteristik responden dapat dilihat di tabel 5.1 dan 5.2.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Status Pernikahan, dan Status Tinggal

Karakteristik Responden	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	7	63,6
Perempuan	4	36,4
Pendidikan Terakhir		
SD	5	45,4
SMP	2	18,2
SMA	4	36,4
Pekerjaan		
Ibu Rumah Tangga	2	18,2
Wiraswasta	6	54,5
Karyawan swasta	1	9,1
Supir	1	9,1
Tidak bekerja	1	9,1
Status Pernikahan		
Menikah	7	63,6
Belum menikah	2	18,2
Cerai	1	9,1
Tidak terkaji	1	9,1
Status Tinggal		
Bersama keluarga	7	63,6
Sendiri	2	18,2
Tidak terkaji	2	18,2

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar responden adalah laki-laki yaitu sebanyak 63,6%, sedangkan jumlah responden perempuan adalah 36,3%. Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir, jumlah terbanyak pada tingkat SD yaitu 45,4%, selanjutnya adalah SMA yaitu 36,4%, dan 18,2% berpendidikan SMP. Dalam hal pekerjaan, responden terbanyak bekerja sebagai wiraswasta yaitu 54,5%. Sebanyak 2 orang responden (18,2%) merupakan Ibu Rumah Tangga dan masing-masing satu responden (9,1%) yang bekerja sebagai karyawan swasta, supir, atau tidak bekerja. Lebih dari separuh

responden berstatus menikah yaitu sebanyak 63,6% dan tinggal bersama keluarga yaitu sebanyak 63,6%.

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Durasi Penyakit

No	Karakteristik Responden	Mean	Median	Modus	SD	Min-Max
1	Usia (tahun)	36,8	34	33	9,5	25-57
2	Durasi penyakit (bulan)	12,4	6	18	13,7	1-48

Tabel 5.2 menunjukkan rata-rata usia responden adalah 36,8 tahun dengan usia termuda yaitu 25 tahun dan usia tertua yaitu 57 tahun. Rata-rata lama menderita penyakit adalah 12,4 bulan, dengan paling sedikit 1 bulan dan paling lama 48 bulan.

5.1.2 Kualitas Hidup Klien HIV/AIDS

Pengukuran kualitas hidup menggunakan WHO QOL-BREF menunjukkan sebagian besar responden menggambarkan kualitas hidupnya secara umum dalam kondisi baik yaitu sebanyak 7 orang (63,6%), bahkan 2 orang responden (18,2%) merasa kondisinya sangat baik. Terdapat 2 orang responden (18,2%) yang merasa biasa-biasa saja. Dalam hal kepuasan terhadap kondisi kesehatan, sebagian besar responden yaitu 7 orang (63,6%) merasa puas dengan kondisi kesehatannya, bahkan 3 orang responden (27,3%) merasa sangat puas, namun terdapat 1 orang responden yang merasa tidak puas dengan kondisi kesehatannya sekarang. Terkait dengan perasaan negatif seperti *'feeling blue'* (kesepian), putus asa, cemas dan depresi, sebanyak 1 orang (9,1%) mengatakan sering mengalami, 3 orang (27,3%) cukup sering, 4 orang (36,4%) jarang, dan 3 orang (27,3%) mengatakan tidak pernah mengalami perasaan negatif tersebut.

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Secara Umum

	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
Kualitas hidup secara umum	0	0	2 (18,2%)	7 (63,6)	2 (18,2%)

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan terhadap Kondisi Kesehatan

	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
Kepuasan terhadap kondisi kesehatan		1 (9,1%)		7 (63,6%)	3 (27,3%)

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan terhadap Kondisi Kesehatan

	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
Perasaan negatif seperti <i>'feeling blue'</i> (kesepian), putus asa, cemas dan depresi	3 (27,3%)	4 (36,4%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	0

Pengukuran kualitas hidup dengan WHO QOL-BREF terdiri dari 4 domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Tabel 5.6 menunjukkan nilai rata-rata kualitas hidup responden untuk tiap domain dan nilai rerata total kualitas hidup.

Tabel 5.6 Nilai Rerata Kualitas Hidup Responden

Kualitas hidup	Nilai rerata
Domain kesehatan fisik	15,7
Domain psikologis	15,1
Domain sosial	10
Domain lingkungan	20,4
Rerata seluruh domain	61,3

Dari tabel dapat dilihat bahwa nilai rerata untuk domain kesehatan fisik adalah 15,7 dari nilai maksimal yang seharusnya bisa dicapai yaitu 24. Nilai rerata untuk domain kesehatan psikis adalah 15,1 dari nilai maksimal yang seharusnya bisa dicapai yaitu 24. Nilai rerata untuk domain hubungan sosial adalah 10 dari nilai maksimal yang seharusnya bisa dicapai yaitu 16. Nilai rerata domain lingkungan adalah 20,4 dari nilai maksimal yang seharusnya dicapai 32. Nilai rerata kualitas hidup seluruh domain adalah 61,3 dari nilai maksimal yang seharusnya dicapai yaitu 96.

5.1.3 Tingkat Depresi Klien HIV/AIDS

Pengukuran depresi dilakukan dengan menggunakan kuesioner Beck Depression Inventory (BDI) II yang terdiri dari 21 pertanyaan. Semakin tinggi skor yang diperoleh dari BDI, semakin berat depresi yang dialami individu tersebut. Pada penelitian ini didapatkan nilai terendah adalah 4 dan nilai tertinggi adalah 27. Tingkat depresi dikategorikan normal/minimal jika nilai 0-13, depresi ringan jika nilai 14-19, depresi sedang jika nilai 20-28, dan depresi berat jika nilai 29-63. Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi yang dialami dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Minimal/Normal	8	72,8
Depresi Ringan	2	18,2
Depresi Sedang	1	9,1
Depresi Berat	0	0
Total	11	100

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal/normal yaitu sebanyak 8 orang (72,8%). Hasil penelitian juga menunjukkan 2 orang (18,2%) memiliki tingkat depresi dalam kategori ringan dan 1 orang (9,1%) memiliki tingkat depresi pada kategori sedang.

5.1.4 Dukungan Keluarga Terhadap Klien HIV/AIDS

Pada penelitian ini didapatkan nilai dukungan keluarga terendah adalah 23 dan nilai tertinggi adalah 78. Hasil penilaian responden tentang dukungan keluarga dikategorikan menjadi dua yaitu dukungan baik dan dukungan kurang. Pengkategorian ditentukan atas dasar *cut of point* nilai rerata. Dukungan keluarga dikategorikan kurang jika skor $< 59,8$ dan dikatakan baik jika skor $\geq 59,8$. Distribusi data berdasarkan dukungan yang diperoleh responden dari keluarga dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang	5	45,5
Baik	6	54,5
Total	11	100

Dari 11 orang responden, sebanyak 6 orang (54,5%) mendapat dukungan keluarga dalam kategori baik dan 5 orang (45,5%) mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori kurang. Hal ini menunjukkan masih terdapat responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga.

5.1.5 Pengetahuan dan Stigma Masyarakat tentang HIV/AIDS

a. Pengetahuan dan Stigma Siswa SMU Kecamatan Tanggul tentang HIV/AIDS

Penilaian pengetahuan tentang HIV/AIDS dilakukan terhadap 165 siswa Sekolah Menengah Umum (SMU) di kecamatan Tanggul. Tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi dua yaitu baik jika skor ≥ 16 , dan kurang jika skor < 16 . Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 165 responden, sebanyak 101 orang (61,2%) memiliki pengetahuan baik dan 64 orang (38,8%) memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Hal ini menunjukkan masih didapatkan responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS.

Tabel 5.9 Pengetahuan Siswa SMU di Kecamatan Tanggul tentang HIV/AIDS

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	101	61,2
Kurang	64	38,8
Total	165	100

Penilaian stigma terhadap 165 siswa SMU di kecamatan Tanggul menunjukkan nilai terendah adalah 5 dan nilai tertinggi adalah 22. Semakin tinggi skor menunjukkan semakin tidak adanya kepemilikan stigma. Pengkategorian stigma dibagi menjadi dua yaitu memiliki stigma jika skor < 16 dan tidak memiliki stigma jika skor ≥ 16 . Hasil penelitian menunjukkan dari 165 orang, terdapat 47,9% memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Hal ini dijelaskan di tabel 5.10.

Tabel 5.10 Stigma Siswa SMU di Kecamatan Tanggul terhadap ODHA

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Memiliki stigma	79	47,9
Tidak memiliki stigma	86	52,1
Total	165	100

Hasil uji chi-square menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma ($p=0,042$) siswa SMU di Kecamatan Tanggul. Nilai OR menunjukkan 1,92 di mana responden yang memiliki pengetahuan kurang memiliki kecenderungan 1,92 kali untuk memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik.

Tabel 5.11 Hubungan Pengetahuan dan Stigma Siswa SMU di Kecamatan Tanggul

Pengetahuan	Stigma				Total		Odds Ratio (OR)	P Value
	Memiliki stigma		Tidak memiliki stigma		F	%		
	F	%	F	%	F	%		
Kurang	37	57,8	27	42,2	64	100,0	1,92	0,042
Baik	42	41,6	59	58,4	101	100,0		
Total	79	47,9	86	52,1	165	100,0		

b. Pengetahuan dan Stigma Warga Desa Manggisan Kecamatan Tanggul tentang HIV/AIDS

Penilaian pengetahuan tentang HIV juga dilakukan terhadap 50 warga desa Manggisan Kecamatan Tanggul. Nilai terendah adalah 4 dan nilai tertinggi adalah 19. Pengetahuan dikategorikan baik jika skor ≥ 16 , dan dikatakan kurang jika < 16 . Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 50 responden, sebanyak 21 orang (42%) memiliki pengetahuan baik dan 29 orang (58%) memiliki pengetahuan kurang tentang

HIV/AIDS. Hal ini menunjukkan masih didapatkan responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS.

Tabel 5.12 Pengetahuan Warga Desa Manggis Kecamatan Tanggul tentang HIV/AIDS

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	21	42
Kurang	29	58
Total	50	100

Penilaian stigma terhadap 50 warga desa Manggis kecamatan Tanggul menunjukkan nilai terendah adalah 7 dan nilai tertinggi adalah 29. Responden dikategorikan memiliki stigma jika skor < 16 dan tidak memiliki stigma jika skor \geq 16. Tabel 5.13 menunjukkan dari 50 orang, terdapat 47,9% memiliki stigma terhadap ODHA.

Tabel 5.13 Stigma Warga Desa Manggis Kecamatan Tanggul terhadap ODHA

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Memiliki stigma	79	47,9
Tidak memiliki stigma	86	52,1
Total	165	100

Hasil uji chi-square menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma ($p=0,009$) warga desa Manggis Kecamatan Tanggul. Nilai OR menunjukkan 5,28 di mana responden yang memiliki pengetahuan kurang memiliki kecenderungan 5,28 kali untuk memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik.

Tabel 5.14 Hubungan antara pengetahuan dan stigma terhadap ODHA di desa Manggis Kecamatan Tanggul

Pengetahuan	Stigma				Total		Odds Ratio (OR)	P Value
	Memiliki stigma		Tidak memiliki stigma		F	%		
	F	%	F	%	F	%		
Kurang	24	82,8	5	17,2	29	100,0	5,28	0,009
Baik	10	47,6	11	52,4	21	100,0		
Total	34	68	16	32	50	100,0		

5.1.6 Persepsi masyarakat terhadap peningkatan kasus HIV AIDS

Metode kualitatif dilakukan untuk mendapatkan gambaran persepsi masyarakat terhadap peningkatan kasus HIV/AIDS. Wawancara mendalam terhadap 3 tokoh masyarakat di desa Manggis kecamatan Tanggul didapatkan beberapa tema yaitu dampak HIV/AIDS di

masyarakat, penatalaksanaan HIV/AIDS di masyarakat, faktor-faktor yang berperan dalam peningkatan kasus HIV/AIDS, permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS, dan pelayanan yang dibutuhkan klien HIV/AIDS

a. Dampak peningkatan kasus HIV/AIDS

Dampak yang ditimbulkan yaitu meresahkan dan dapat merusak kepribadian. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Resah, istilahnya resah, ataupun, apa bahasanya ya.. dan tidak mengharapkan..Sebenarnya pertama kan merusak pribadi-pribadi pemuda sendiri“ (P1)

b. Penatalaksanaan HIV/AIDS di masyarakat

Menurut partisipan, penatalaksanaan terkait dengan peningkatan HIV/AIDS yaitu diperlukan perbaikan yaitu dengan melakukan perubahan dan melibatkan peran agama. Hal ini dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

“peningkatan yang jelek itu, jika bisa dirubah dengan kesehatan tentu, itu kan penyakit ya.. merubah yang dari itu dengan keadaan yang lebih baik lagi tentu” (P1)

“di orang tua mungkin di pengajian-pengajian dan semacamnya akan merubah hal-hal yang berdampak begitu, dengan pengajian, dengan ini, dengan itu.. oh ini, hal ini akan berubah, yang dulunya kecanduan itu, pakai apa, obat yang berkaitan dengan HIV/AIDS itu akan berubah menjadi berhenti tentu.” (P1)

Penatalaksanaan lainnya yaitu peningkatan pengetahuan melalui pengarahan tentang penyakit oleh petugas kesehatan. Pengarahan diharapkan sampai masyarakat di pedesaan karena banyak yang tidak mengetahui apakah terkena penyakit tersebut atau tidak. Pengarahan juga diperlukan pada para pemuda mengingat perilaku berpacaran berisiko yang dapat mengarah pada risiko terkena HIV/AIDS. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“Em, kalau menurut saya ya kasus HIV ini harus..ada itu, ada pengarahan dari kesehatan ke pelosok-pelosok desa itu, karena apa, di desa itu kan, hem, orang awam, gak tau, dia kena HIV atau nggak kan nggak tahu” (P2)

“Ya itu banyak anak-anak yang..kurang apa ya..kurang...ngasih tau ilmu-ilmu kepada anak-anak muda-mudi sekarang. Misalnya kan sekarang itu muda-mudi banyak yang apa ya, gonta-ganti pasangan, pacaran sudah berhubungan, itu dikasi pengarahan biar dia takut dengan adanya ini.” (P2)

“Ya itu saya inginnya dari..dari kesehatan itu ngasih pengarahan kepada masyarakat, khususnya masyarakat yang di pedesaan itu” (P3)

Penatalaksanaan yang lain yaitu dengan meningkatkan peran pemerintah desa dalam memberikan penyuluhan dan pendataan warga yang bekerja di luar daerah. Penyuluhan perlu melalui perangkat desa dan pendataan warga yang bekerja di luar daerah perlu dilakukan oleh kepala dusun. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“kita adakan penyuluhan pertama dari petugas langsung ke yang bersangkutan, caranya ya melewati perangkat desa atau RW setempat” P.2)

“terus harapan dari perangkat desa khususnya dari kecamatan tanggul ada pelayanan prima khusus penanganan hiv itu dengan cara meminta ke para Kasun para RW yang ada di kecamatan tanggul itu siapa saja yang bekerja diluar negeri nanti bisa di data satu persatu” (P . 2)

“Setahu saya, kalau memang orang sudah terjangkit itu didata, di desa saja didata” (P. 1)

Partisipan mengungkapkan ada beberapa kendala yang dihadapi dalam penatalaksanaan HIV/AIDS di masyarakat. Kendala tersebut antara lain kurang pengetahuan dan tidak adanya pelaporan ke desa. Pengetahuan dari aparat desa masih terbatas tentang AIDS sehingga peran pemerintah desa belum optimal. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“cara pengobatannya, cara mengantisipasinya itu dari pihak pemerintah desa belum begitu optimal, banyak yang belum mengerti.” (P. 1)

Kendala lain yang dihadapi yaitu tidak adanya pelaporan ke perangkat desa karena kebanyakan penderita menutup diri, merahasiakan kondisinya karena takut dikucilkan oleh masyarakat sekitarnya. Menurut partisipan, beberapa penderita dimungkinkan melakukan pengobatan dengan sembunyi-sembunyi. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“terjangkitnya itu memang ya seperti tadi orangnya tertutup, tidak pernah lapor ke desa, sehingga desa itu kesulitan juga, memberi keterangan, memberi pengarah” (P. 2).

“Rata-rata berobatnya itu ndak lewat pengantar dari desa, ya mungkin sembunyi lah sembunyi, takut ketahuan, yang lain itu...gimana ya..ndak ada komunikasi sama perangkat desa” (P. 2)

“dan pengobatannya itu sembunyi-sembunyi, ada yang ke dokter, sepengetahuan saya diwilayah tanggul ini ndak ada orang yang berobat karena hiv cenderung mungkin ada obat ramuan lain, mungkin diracik sendiri” (P. 3)

“orangnya itu tertutup juga, ya seperti tadi saya ceritakan itu takut dikucilkan masyarakat sekitarnya” (P. 3)

c. Faktor-faktor yang berperan dalam peningkatan kasus HIV AIDS

Partisipan menggambarkan faktor yang berperan dalam peningkatan kasus HIV/AIDS yaitu kurangnya pengetahuan, keluarga, pekerjaan, dan pergaulan. Kurangnya pengetahuan bisa disebabkan karena pendidikan yang rendah. Pengetahuan yang rendah meningkatkan risiko HIV/AIDS. Hal tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Mungkin pertama faktor pendidikan, dengan pendidikan yang rendah, untuk pengetahuan yang rendah akan rentan dengan apa yang dinamakan HIV/AIDS itu” (P. 1)

“cara pengobatannya, cara mengantisipasinya itu dari pihak pemerintah desa belum begitu optimal, banyak yang belum mengerti” (P. 1)

Faktor lain yang berperan dalam peningkatan HIV/AIDS menurut partisipan adalah faktor keluarga yaitu peran orang tua dan hubungan suami istri yang tidak harmonis. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“yang ketiga tentu faktor keluarga, orang tua, dalam artian bisa ayah bisa ibu bisa siapa saja itu, mungkin itu” (P. 1)

“ya mungkin pelarian, maksudnya pelarian dari suami karena jengkel ke suami langsung kerja keluar, mungkin ada ini ada oiya katanya saya ini sudah tidak dikehendaki oleh suami, saya ini mau bekerja apa itu, aa terus kerja diluar itu ndak ada lain, kerjaan ini yang bisa saya kerjakan aa itu” (P. 2)

“karena kemungkinan besar penyakit hiv itu karena pelarian juga dari seorang suami yang dikhianati, jadi bukan bekerja untuk cari rezeki tapi diluar itu... diluar itu..jadi pergaulan bebas, ya dapat uang tapi kalau dengan cara itu kemungkinan besar sudah satu-satunya sambil membalas sakit hatinya orang itu ya sampai bekerja itu yang tidak diinginkan agama, juga ndak diinginkan masyarakat” (P. 3)

Pekerjaan adalah faktor lain yang digambarkan oleh partisipan berperan dalam peningkatan kasus HIV/AIDS. Menurut partisipan, bekerja di luar daerah baik di dalam negeri maupun di luar negeri dapat meningkatkan risiko terkena penyakit HIV/AIDS. Jenis pekerjaan seperti menjadi pekerja seks komersial juga meningkatkan risiko terkena penyakit tersebut. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya sebetulnya virus HIV yang ada di manggis yang terjangkau pada masyarakat manggis umumnya, umumnya terjangkau dari luar, kalau kerja dari luar. orang manggis banyak yang bekerja ke luar, keluar negeri, baik ada yang diindonesia sendiri, banyak yang ke korea, banyak yang ke Malaysia, terutama yang banyak yang kerja ke bali itu banyak sekali..” (P. 2)

“orang yang bekerja diluar negeri atau yang di bali atau diluar kecamatan tanggul itu kemungkinan besar banyak yang mengidap HIV. kemarin aja sudah ada orang yang mengidap HIV itu yang bekerja di bali, itu sangat rawan sekali” (P. 2)

“pertama itu orang yang bekerja keluar itu umumnya ya itu nuwun sewu (permisi) banyak yang bekerja komersial itu” (P. 2)

Faktor pergaulan juga dianggap partisipan ikut berperan dalam peningkatan kasus HIV/AIDS. Faktor pergaulan mencakup pergaulan bebas, hubungan sesama jenis, perilaku berganti-ganti pasangan, hubungan seksual di luar pernikahan, dan konsumsi alkohol. Hal tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“jadi bukan bekerja untuk cari rezeki tapi diluar itu...diluar itu..jadi pergaulan bebas,” (P. 2)

“yang...anak muda-muda sekarang yang, ehm, apa ya, sama..apa ya, namanya, sama..laki-laki lain..sama..” (P. 3)

“pokoknya saling ganti-ganti itu lho, yang...anak nakal gitulah.” (P. 3)

“muda mudi sekarang kan pacaran.. itu sudah berhubungan.. gitu..” (P. 3)

“minum-minuman.. itu yang membuat anak-anak itu gonta-ganti pasangan ya itu sudah..” (P. 3)

d. Permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS

Permasalahan yang digambarkan oleh partisipan lebih menekankan pada masalah sosial seperti perasaan segan untuk berinteraksi, merasa malu, dan menutup diri. Rasa segan untuk berinteraksi bisa timbul pada penderita karena terinfeksi HIV/AIDS. Penderita cenderung merasa malu menceritakan tentang penyakitnya kepada orang lain. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Pertama rasanya segan untuk berteman masalahnya dirinya sudah terhinggapi penyakit yang, penyakit itu yang tidak ada obatnya katanya, adanya mungkin pertama itu, segan untuk berteman dengan orang lain” (P. 1)

“...atau mungkin bahkan malu didengar oleh orang lain, lebih-lebih didata seperti ini akan lebih malu tentu, begitu, begitu mungkin.” (P. 1)

“kalau udah tahu kan dia kan malu mas. mau ngucapkan kan malu dia. Ya..apa ya,ya menutup diri itu sudah, diem, itu aja..” (P. 3)

“Ya karena, karena apa ya.. kelakuannya kayak gitu, sudah tersangkut HIV itu, ya..malu kan, kalau kedengaran sama orang..gitu. udah” (P. 3)

Penderita lebih memilih menutup diri, tidak menceritakan kondisinya ke orang lain, sehingga peran masyarakat terutama perangkat desa belum optimal membantu penderita. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“sehingga desa itu merasa juga kesulitan karena orang yang terjangkit ini kebanyakan tertutup. terjangkitnya itu memang ya seperti tadi orangnya tertutup, tidak pernah lapor ke desa, sehingga desa itu kesulitan juga, memberi keterangan, memberi pengarahan.” (P. 2)

“kalau penyakit hiv yang ada dikecamatan tanggul ini ya ee pertama kadang orang itu, ndak memberitahu, aa dipendam sendiri, sekalipun sudah sakit ya, dia ndak

merasakan sakitnya karena itu, ada kemarin itu disungai tengah itu sampai kurus orangnya” (P. 2)

e. Pelayanan yang dibutuhkan klien HIV/AIDS

Partisipan menggambarkan pelayanan yang dibutuhkan oleh klien HIV/AIDS meliputi pelayanan kesehatan seperti pemeriksaan, pengobatan, dan pelayanan khusus. Pemeriksaan diperlukan untuk menentukan seseorang terkena HIV/AIDS sehingga bisa segera mendapatkan pengobatan. Pasien diberikan pengobatan dengan tetap merahasiakan identitas pasien kepada orang lain. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Ya..gini, dikumpulkan ya, dikumpulkan yang..tahu, maksudnya yang muda-mudi.. atau apa yang kena atau gak kena itu harus dikumpulkan, jadi diperiksa..” (P. 3)

“diajukan untuk diobati tentu bukan diasingkan, diobati..” (P. 1)

“Yang dibutuhkan pengobatan itu, tapi dirahasiakan, kan kasian” (P. 3)

“Ya itu, dikumpulkan, terus yang.. yang apa ya.. yang..kena HIV itu diobati..secara bertahap..itu yang dibutuhkan, apalagi kan orang yang nggak punya itu” (P. 3)

“ya harapan dari pihak instansi terkait itu harus ada pelayanan khusus yang ada di kecamatan tanggul, yang sifatnya umum tapi pelayanannya tertutup” (P. 2)

“Jadi diperiksa..terus ya.. jangan dikasih tau.. ditutup, cuma dikasih obat..gitu lho. Yang dibutuhkan pengobatan itu, tapi dirahasiakan, kan kasian” (P. 3)

Selain pelayanan kesehatan, yang dibutuhkan oleh penderita adalah penerimaan oleh masyarakat yaitu tidak mengucilkan penderita. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Setahu saya, kalau memang orang sudah terjangkit itu didata, di desa saja didata dan diajukan untuk diobati tentu bukan diasingkan, diobati..” (P. 1)

5.2. Pembahasan

5.2.1 Kualitas Hidup Klien HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan 63,6% responden menggambarkan kualitas hidupnya secara umum dalam kondisi baik, 18,2% merasa kondisinya sangat baik, dan 18,2% merasa biasa-biasa saja. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Kusuma (2011) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden (63%) memiliki kualitas hidup kurang baik. Penelitian oleh Oktavia, dkk (2014) juga mendapatkan mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang rendah pada semua domain QOL dan persepsi secara umum. Hasil penelitian

Hardiansyah dkk (2014) mendapatkan persentase yang hampir sama untuk responden yang memiliki kualitas hidup baik yaitu 47,6% dan yang memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebanyak 52,4%. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Oktavia, dkk (2014) mendapatkan pendidikan, pekerjaan dan kepatuhan terhadap pengobatan merupakan faktor terkuat yang mempengaruhi kualitas hidup penderita HIV/AIDS. Novianti dkk (2014) menemukan bahwa tingkat pendidikan dan lama menderita penyakit berhubungan dengan kualitas hidup pasien HIV. Penelitian tidak menemukan adanya hubungan antara usia, jenis kelamin, dan status perkawinan dengan kualitas hidup.

Nilai rerata kualitas hidup dari seluruh domain pada penelitian ini adalah 61,3 dari nilai maksimal yang seharusnya dicapai yaitu 96. Nilai rerata terendah didapatkan pada domain hubungan sosial, dan nilai rerata tertinggi terdapat pada domain lingkungan. Penelitian Yulianti (2013) juga menemukan domain hubungan sosial memiliki nilai rerata terendah. Pada penelitian Hardiansyah dkk (2014) didapatkan domain fisik, kemandirian, dan spiritual memiliki nilai rata-rata di atas nilai median yang artinya kualitas hidup baik didapatkan pada ketiga domain tersebut. Pada domain psikologi, interaksi sosial, dan lingkungan didapatkan nilai rerata di bawah nilai median yang berarti kualitas hidup kurang baik berada pada ketiga domain tersebut.

Penelitian oleh Zhang et al (2011) menunjukkan 50,9% responden merasakan bahwa HIV/AIDS memberikan pengaruh ke hubungan sosial dengan kerabat dan atau teman. Sebanyak 37,3% responden merasakan dampak yang ditimbulkan dalam hubungan sosial dengan tetangga. Diatmi & Fridari (2014) mendapatkan adanya hubungan yang positif antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada ODHA, yang berarti semakin tinggi dukungan sosial, maka semakin tinggi kualitas hidup. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ODHA memiliki dukungan sosial yang sangat tinggi, yaitu sebanyak 44 orang (58%) dan 32 (42%) memiliki tingkat dukungan sosial dengan kategori tinggi. Dalam hal kualitas hidup sebanyak 8 orang (115) memiliki kualitas hidup dalam kategori sedang, 45 orang (59%) memiliki kualitas hidup dalam kategori tinggi, dan 23 (30%) memiliki kualitas hidup dalam kategori sangat tinggi.

Rendahnya nilai rerata pada domain sosial bisa dikaitkan dengan permasalahan stigma di masyarakat terhadap ODHA. Penelitian Li li et al. (2008) menemukan stigma terkait HIV termasuk membuat malu keluarga, merusak hubungan dalam keluarga dan jaringan keluarga yang lebih luas. Stigma HIV/AIDS memiliki pengaruh besar terhadap identitas keluarga dan interaksi. Dalam rangka mengatasi tekannya tersebut, keluarga berpartisipasi dalam program dukungan diri, mengajarkan pada anggota keluarga, dan membantu keluarga-keluarga lain. Pelibatan keluarga dalam intervensi untuk mengurangi stigma merupakan hal yang penting. HIV memberikan dampak yang merugikan pada semua aspek kesehatan dan menekankan agar pemberi pelayanan kesehatan mempertimbangkan interaksi kompleks antara emosi, kesejahteraan sosial, dan kesehatan fisik (Sayles et al., 2007).

5.2.2 Tingkat Depresi Klien HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal/normal yaitu sebanyak 8 orang (72,8%), 2 orang (18,2%) mengalami depresi ringan dan 1 orang (9,1%) memiliki tingkat depresi pada kategori sedang. Hasil penelitian Yaunin dkk (2014) menunjukkan dari 43 penderita HIV/AIDS sebanyak 44,2% tidak mengalami depresi dan 55,8% mengalami depresi yaitu 25,6% depresi ringan, 11,6% depresi sedang, 4,7% depresi berat, dan 14% depresi sangat berat. Depresi terbanyak ditemukan pada usia 20 – 39 tahun (83,3%). Bathia & Munjal (2014) mendapatkan prevalensi depresi pada pasien HIV yang mendapatkan terapi ARV yaitu 58,75%. Prevalensi meningkat seiring dengan bertambahnya gejala. Kejadian depresi lebih tinggi pada pasien yang tidak bekerja, tidak berpendidikan, tidak menikah, memiliki pendapatan sedikit, dan memiliki dukungan sosial yang buruk. Penelitian Chandra et al. (1998) menunjukkan dari 51 pasien HIV ditemukan kejadian depresi sebanyak 40%. Penelitian Kinyanda et al. (2011) menunjukkan dari 618 responden, 8,1% mengalami depresi mayor. Faktor psikologi dan sosial berperan dalam terjadinya depresi pada pasien HIV. Penelitian Winari (2015) mendapatkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan depresi pada penderita HIV/AIDS.

Terdapat hubungan antara stigma dan gejala depresi. Stigma dapat merugikan secara sosial yang dapat mengakibatkan depresi (Raguram et al., 1996). Kecenderungan untuk

mengalami distress psikologi dipengaruhi berbagai faktor sosial dan budaya, salah satunya adalah derajat stigma. Selain itu, gejala depresi berhubungan dengan penurunan NK dan limfosit CD8+ pada pasien HIV. Sel imun berperan dalam perlindungan terhadap perburukan infeksi HIV. Depresi dan stress bisa memiliki implikasi klinis dalam perjalanan penyakit (Lesserman et al., 1997). Kejadian depresi pada pasien HIV mungkin disebabkan oleh efek dari penyakitnya sendiri yaitu perubahan neurokognitif yang diakibatkan oleh HIV maupun efek dari pengobatan HIV yang bisa menyebabkan perubahan mood (Elliott, 2003). Penelitian Chandra et al. (1998) menunjukkan hubungan keluarga yang buruk dan adanya nyeri merupakan faktor yang berhubungan dengan terjadinya depresi.

Hasil penelitian Ambarwati dkk (2014) tentang dampak psikologis pada pasien HIV/AIDS didapatkan sebagian besar (69%) memiliki dampak psikologis negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Untuk dampak sosial didapatkan 55,2% responden memiliki dampak sosial negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Dari dampak spiritual didapatkan 36,8% memiliki dampak spiritual negatif terhadap penyakit HIV/AIDS. Depresi dapat memberikan efek yang signifikan pada kualitas hidup dan perawatan penyakit. Terdapat hubungan yang signifikan antara depresi dengan kualitas hidup aspek sosial pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), yaitu semakin rendah tingkat depresi semakin tinggi kualitas hidup aspek sosial. Dari 50 orang penderita HIV/AIDS, terdapat 42 orang yang memiliki tingkat depresi yang rendah dan kualitas hidup aspek sosial yang tinggi (Widyarsono, 2013). Depresi yang tidak teratasi dapat menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan (Elliott, 2003). Terdapat hubungan negatif yang signifikan antara harga diri dengan tingkat depresi klien ODHA, yaitu semakin tinggi harga diri yang dimiliki maka tingkat depresi yang dialami semakin ringan, dan sebaliknya semakin rendah tingkat harga diri yang dimiliki maka tingkat depresi yang dialami semakin berat (Rahayu, 2012).

Kejadian depresi pada pasien HIV memerlukan pencegahan melalui deteksi dini dan perawatan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup (Bathia & Munjal, 2014). Dalam perawatan pasien, juga menjadi hal penting untuk memperhatikan psikologis klien serta melibatkan keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien (Rahayu, 2012). Penatalaksanaan depresi dengan anti depresan atau psikoterapi berhubungan dengan peningkatan kepatuhan terapi anti retroviral pada pasien HIV.

Identifikasi risiko depresi pada pasien HIV merupakan hal yang penting untuk segera diberikan perawatan antidepresi sehingga dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan menurunkan perburukan penyakit maupun kematian (Moosa & Jeenah, 2012).

5.2.3 Dukungan Keluarga Klien HIV/AIDS

Pada penelitian ini didapatkan dari 11 orang responden, sebanyak 6 orang (54,5%) mendapat dukungan keluarga dalam kategori baik dan 5 orang (45,5%) mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori kurang. Hal ini menunjukkan masih terdapat responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian Marubenny dkk (2013) menunjukkan dari 39 orang ODHA, 22 orang (59%) mendapatkan dukungan keluarga dan 17 orang (41%) tidak mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian Siahaan (2011) menunjukkan 50% responden memiliki dukungan keluarga dalam kategori cukup. Efektivitas dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV penderita HIV AIDS (Silvitasari, 2013). Penelitian Siahaan (2011) juga menunjukkan adanya pengaruh dukungan keluarga terhadap program pengobatan HIV AIDS. Dukungan keluarga mencakup dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Empat indikator dari dukungan keluarga tersebut berpengaruh terhadap program pengobatan.

Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup ODHA (Simboh dkk, 2015). Penelitian Payuk dkk (2012) menunjukkan dari 52 responden yang mendapatkan dukungan keluarga, sebanyak 90,4% memiliki kualitas hidup baik dan hanya 9,6% memiliki kualitas hidup kurang baik. Uji korelasi menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA. Dukungan teman dan dukungan petugas kesehatan juga berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ODHA. Hasil penelitian mengindikasikan agar keluarga dan teman memberikan dukungan kepada ODHA, sedangkan petugas kesehatan agar meningkatkan kualitas pelayanan.

Kejadian depresi lebih banyak terjadi pada pasien HIV dengan dukungan sosial yang buruk (Bathia & Munjal, 2014). Hasil penelitian Amiya et al. (2014) menunjukkan peran penting dari dukungan keluarga dalam kejadian depresi dan bunuh diri di kalangan ODHA. Penyediaan konseling keluarga dan layanan dukungan dengan fokus memperbaiki interaksi

negatif dan memperkuat dukungan emosional dalam layanan perawatan dan pengobatan HIV dapat membantu untuk meningkatkan kesehatan mental, kesejahteraan, dan capaian pengobatan pada penderita HIV. Penelitian Darwin (2014) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu untuk mencegah depresi pada pasien HIV/AIDS diperlukan pemberian program konseling dan edukasi pada keluarga untuk meningkatkan dukungan keluarga dan meningkatkan partisipasi keluarga dalam merawat pasien HIV/AIDS.

Penelitian Siboro (2013) menunjukkan hubungan yang positif dari dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial orang dengan HIV/AIDS. Harefa dkk (2012) mendapatkan adanya hubungan dukungan keluarga dengan harga diri ODHA. Dari 66,7% responden yang memiliki dukungan keluarga baik, sebanyak 60,8% memiliki harga diri positif dan hanya 6,9% yang memiliki harga diri negatif. Penelitian kualitatif oleh Li et al. (2006) terhadap 30 penderita HIV/AIDS menunjukkan semua partisipan penelitian sangat membutuhkan bantuan dan sumber utama dukungan yang berasal dari keluarga. Dukungan keluarga termasuk bantuan keuangan, dukungan dalam mengungkapkan penyakit, aktivitas perawatan sehari-hari, dan dukungan psikologis. Penelitian menggambarkan bahwa dukungan yang disediakan keluarga dapat memberikan efek positif pada penderita HIV/AIDS, sehingga penting melibatkan keluarga dalam intervensi HIV/AIDS.

Hasil penelitian Rusmawati (2012) mendapatkan perubahan penampilan fisik ODHA karena penyakitnya tidak mempengaruhi pergaulan ataupun membuat minder, akan tetapi membutuhkan dukungan dari Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) untuk membuka status penyakit pada keluarga dan teman dekat. Dukungan dari teman sebaya dan keluarga membuat penderita siap menerima status sebagai ODHA. Selain itu didapatkan bahwa ODHA sampai saat ini merasa belum puas dengan peran di masyarakat, mereka ingin terus mengembangkan bakat dan kreatifitas yang dimiliki. Keterlibatan ODHA dalam KDS merupakan cara yang tepat agar ODHA dapat bersosialisasi dengan rekan sebaya dan mencegah gangguan konsep diri.

5.2.4 Pengetahuan dan Stigma Masyarakat tentang HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan dari 165 siswa Sekolah Menengah Umum (SMU) di kecamatan Tanggul sebanyak 101 orang (61,2%) memiliki pengetahuan baik dan 64 orang (38,8%) memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Hal ini menunjukkan masih didapatkan responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Penilaian stigma menunjukkan 47,9% masih memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Uji korelasi menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma ($p=0,042$) dengan nilai OR 1,92 di mana responden yang memiliki pengetahuan kurang memiliki kecenderungan 1,92 kali untuk memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik. Penilaian pengetahuan dan stigma juga dilakukan terhadap 50 warga desa Manggis Kecamatan Tanggul. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 21 orang (42%) memiliki pengetahuan baik dan 29 orang (58%) memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Penilaian stigma menunjukkan 47,9% memiliki stigma terhadap ODHA. Uji korelasi juga menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma warga desa Manggis Kecamatan Tanggul dengan nilai OR 5,28 di mana responden yang memiliki pengetahuan kurang memiliki kecenderungan 5,28 kali untuk memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS.

Penelitian Mardhatillah dkk (2015) menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan siswa tentang HIV/AIDS, sikap siswa, dan partisipasi siswa pada kegiatan HIV/AIDS dengan stigma terhadap ODHA. Penelitian Sosodoro dkk (2009) terhadap 558 siswa SMU menunjukkan 52,5% responden memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS dalam kategori tinggi dan 47,5% memiliki pengetahuan dalam kategori rendah. Dalam hal stigma, sebanyak 38,9% memiliki skor stigma dalam kategori rendah dan 61,1% memiliki skor stigma dalam kategori tinggi. Semakin tinggi skor menunjukkan semakin tidak adanya stigma, dan skor rendah mencerminkan semakin adanya stigma. Persentase 38,9% menunjukkan stigma ODHA masih menjadi masalah di kalangan siswa SMU. Analisa bivariat didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan stigma. Kejadian stigma adalah 3,37 kali lebih banyak pada siswa dengan pengetahuan rendah dibandingkan siswa dengan pengetahuan baik. Hasil penelitian kualitatif menunjukkan

kesalahpahaman tentang cara penularan HIV/AIDS dan adanya stigma baik pada siswa maupun guru terhadap ODHA.

Berdasarkan hasil penelitian Hermawati (2011) diperoleh hasil terdapat hubungan antara persepsi ODHA terhadap stigma HIV/AIDS masyarakat dengan interaksi sosial pada ODHA. Penelitian mengindikasikan perlunya mensosialisasikan bahaya penyakit HIV/AIDS dan mengurangi stigma pada ODHA. Penelitian Oktarina dkk (2007) menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan sikap terhadap HIV AIDS. Dari 90,4% responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, 68,2% memiliki sikap yang tidak setuju tentang HIV AIDS. Penelitian Ahwan (2014) menunjukkan kurangnya pengetahuan berperan dalam timbulnya stigma dan diskriminasi ODHA di masyarakat. Dalam rangka pengurangan stigma dan diskriminasi HIV AIDS diperlukan pelibatan organisasi keagamaan yang ada di masyarakat di mana organisasi tersebut memiliki kekuatan untuk mempersuasi masyarakat mengingat organisasi keagamaan merupakan rujukan dari masyarakat dalam berfikir, bersikap dan bertindak.

Penelitian Kafuko (2009) menunjukkan ODHA mengalami stigma dan diskriminasi dari keluarga dan teman. Stigma dan diskriminasi dialami di berbagai bentuk seperti rumah, tempat kerja, sekolah, dan fasilitas kesehatan. Anak-anak yang terkena HIV AIDS dianggap sebagai hal memalukan bagi orang tua. Anak-anak tersebut mengalami diskriminasi dan tidak mendapatkan hak untuk bersosialisasi dan bermain. Kelompok agama menganjurkan penerimaan terhadap ODHA. Mereka juga meyakini bahwa perubahan perilaku merupakan kunci dalam pencegahan HIV AIDS.

Hasil penelitian Gurmu & Etana (2015) menunjukkan 49,3% dari responden yaitu wanita di pedesaan memiliki tingkat pengetahuan baik tentang HIV AIDS dibandingkan di kota sebanyak 74,7%. Sebanyak 72,1% responden yaitu wanita di desa memiliki stigma terhadap ODHA dibanding wanita di kota yaitu hanya 34,2%. Pengetahuan yang adekuat berhubungan secara signifikan dengan rendahnya stigma. Usaha dalam meningkatkan kesadaran juga harus mempertimbangkan konteks sosial budaya untuk mengatasi diskriminasi ODHA. Penelitian Hendrastuti menunjukkan adanya perbedaan stigma pada siswa SMU tentang ODHA sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan membantu meningkatkan pengetahuan individu sehingga bisa mencegah stigma dan diskriminasi ODHA.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik suatu kesimpulan sebagai berikut:

- a. Hasil penelitian terhadap 11 klien HIV/AIDS menunjukkan nilai rerata kualitas hidup dari seluruh domain adalah 61,3. Nilai rerata terendah didapatkan pada domain hubungan sosial dan tertinggi terdapat pada domain lingkungan. Sebagian besar responden memiliki tingkat depresi dalam kategori minimal/normal yaitu sebanyak 72,8%, sedangkan 18,2% mengalami depresi ringan dan 9,1% memiliki tingkat depresi sedang. Sebanyak 54,5% mendapat dukungan keluarga baik dan 45,5% kurang mendapatkan dukungan keluarga.
- b. Penelitian terhadap 165 siswa SMU didapatkan 61,2% memiliki pengetahuan baik dan 38,8% memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Penilaian stigma menunjukkan 47,9% masih memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Uji korelasi menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma ($p=0,042$) dengan nilai OR 1,92.
- c. Penilaian pengetahuan dan stigma terhadap 50 warga desa Manggis Kecamatan Tanggul menunjukkan sebanyak 42% memiliki pengetahuan baik dan 58% memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS. Penilaian stigma menunjukkan 47,9% memiliki stigma terhadap ODHA. Uji korelasi juga menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan stigma warga desa Manggis Kecamatan Tanggul dengan nilai OR 5,28 di mana responden yang memiliki pengetahuan kurang memiliki kecenderungan 5,28 kali untuk memiliki stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS.
- d. Penatalaksanaan terkait dengan peningkatan HIV/AIDS di masyarakat yaitu dengan melakukan perubahan, melibatkan peran agama, peningkatan pengetahuan melalui pengarahannya tentang penyakit oleh petugas kesehatan kepada masyarakat, dan meningkatkan peran pemerintah desa melalui penyuluhan dan pendataan. Kendala yang dihadapi dalam penatalaksanaan HIV/AIDS di masyarakat yaitu kurangnya pengetahuan, tidak adanya pelaporan ke desa, dan penderita menutup diri karena takut dikucilkan masyarakat.

- e. Faktor yang berperan dalam peningkatan kasus HIV/AIDS yaitu kurangnya pengetahuan; faktor keluarga seperti kurang peran orang tua dan hubungan suami istri yang tidak harmonis; faktor pekerjaan seperti bekerja di luar daerah dan pekerjaan prostitusi; dan faktor pergaulan seperti pergaulan bebas, hubungan sesama jenis, perilaku berganti-ganti pasangan, hubungan seksual di luar pernikahan, dan konsumsi alkohol.
- f. Permasalahan yang dihadapi klien HIV/AIDS lebih menekankan pada masalah sosial seperti perasaan segan untuk berinteraksi, merasa malu, dan menutup diri.
- g. Pelayanan yang dibutuhkan oleh klien HIV/AIDS meliputi pelayanan kesehatan seperti pemeriksaan, pengobatan, dan pelayanan khusus. Pemeriksaan diperlukan untuk menentukan seseorang terkena HIV/AIDS sehingga bisa segera mendapatkan pengobatan. Pasien diberikan pengobatan dengan tetap merahasiakan identitas pasien kepada orang lain. Selain pelayanan kesehatan, yang dibutuhkan oleh penderita adalah penerimaan oleh masyarakat yaitu tidak mengucilkan penderita.

6.2 Saran

- a. Pemberian pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS kepada masyarakat untuk mengurangi stigma dan diskriminasi ODHA
- b. Intervensi psikososial diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup klien HIV/AIDS antara lain dengan mengajarkan strategi coping, manajemen stres, dan fasilitas konseling.
- c. Meningkatkan peran keluarga dalam memberikan dukungan kepada klien HIV/AIDS sehingga dapat mengoptimalkan pengobatan dan perawatan.
- d. Pembentukan Self Help Group dan Social Support Grup untuk meningkatkan dukungan dan kualitas hidup klien HIV/AIDS serta mengurangi stigma dan diskriminasi ODHA
- e. Pelibatan tokoh masyarakat, tokoh agama dalam pemberian informasi edukasi dan komunikasi kepada masyarakat tentang HIV/AIDS sehingga dapat mengurangi stigma dan diskriminasi ODHA

DAFTAR PUSTAKA

- Aggleton, P & Parker, R. (2002). *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*. Diakses dari <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncptlfrmwrk.pdf>
- Amiya, R. M et al. 2014. Perceived Family Support, Depression, and Suicidal Ideation among People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in the Kathmandu Valley, Nepal. Doi: 10.1371/journal.pone.0090959
- Ambarwati, R dkk. 2014. Dampak psikologis, sosial, dan spiritual orang dengan HIV/AIDS. E-journal Keperawatan, 7(2). Diakses dari http://ejournal.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/jurnal_keperawatan/article/view/27/0
- Ahwan, Z. 2014. Stigma dan Diskriminasi HIV & AIDS pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di masyarakat basis anggota Nahdlatul Ulama (NU) Bangil – Studi kajian peran strategis Faith Based Organization (FBO) dalam isu HIV. Diakses dari <http://jurnal.yudharta.ac.id/wp-content/uploads/2014/11/11.pdf>
- BAKOHUMAS (2011). *Jalan Panjang Penanggulangan HIV/AIDS untuk Indonesia Sehat*. [Serial Online]. Diakses dari http://bakohumas.kominfo.go.id/files/warta/WB_Ed_IX.pdf.
- Bathia, M. S & Munjal, S. 2014. Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *J Clin Diagn Res*,8(10). doi: 10.7860/JCDR/2014/7725.4927
- Chandra, P. S et al. 1998. Anxiety and depression among HIV-infected heterosexuals--a report from India. *J Psychosom Res*, 45(5), 401-9. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9835233>
- Darwin, R. P. 2014. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien HIV/AIDS di Pusat Pelayanan Khusus RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2013*, Skripsi, Universitas Sumatra Utara Medan. Diakses dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/40240/6/Abstract.pdf>
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1987-2006..* Diakses dari <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Situasi%20HIVAIDS%202006.pdf>.
- Dinkes Jawa Timur (2012). *Jatim Dalam Angka Terkini*. [Serial Online]. Diakses dari http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/JATIM_DALAM_ANGKA_TERKINI.pdf.
- Diatmi, K & Fridari, D. 2014. Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Spirit Paramacitta. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1 (2), 353-362.
- Elliott, A. 2003. *Depression and HIV in the Era of HAART*. Diakses dari <http://www.thebody.com/content/art1819.html>
- Gurmu, E & Etana, D. 2015. HIV/AIDS knowledge and stigma among women of reproductive age in Ethiopia. Doi:10.2989/16085906.2015.1051066
- Hendrastuti, R. 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pada Remaja Terhadap Stigma Tentang Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di SMA Sultan Agung Kecamatan Puger Kabupaten Jember*. Skripsi, Universitas Jember
- Herek (2002). *HIV-Related Stigma and Knowledge in the United States: Prevalence and Trends, 1991-1999* [Serial Online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867313>. [18 Agustus 2013]

- Hardiansyah dkk. 2014. *Kualitas Hidup Orang dengan HIV dan AIDS di Kota Makassar*. Diakses dari <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10736/HARDIANSYAH%20K11110602.pdf?sequence=1>
- Harefa dkk. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Orang HIV/AIDS (ODHA) di Lembaga Medan Plus Medan Tahun 2012.
- Hermawati, P. 2011. Hubungan persepsi ODHA terhadap stigma HIV/AIDS masyarakat dengan interaksi sosial pada ODHA. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Diakses dari <http://repository.uinjkt.ac.id/>
- Kementerian Kesehatan RI (2012). *Penghapusan Stigma & Diskriminasi Bagi Pengelola Program, Petugas Layanan Kesehatan dan Kader* [Serial Online]. Diakses dari <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/handle/123456789/1774>
- Kementerian Kesehatan RI (2013). *Situasi Masalah HIV-AIDS Triwulan I (Januari - Maret) Tahun 2013*. [Serial Online]. Diakses dari <http://health.dir.groups.yahoo.com/neo/groups/wartaids/conversations/topics/3522.>
- Komunitas AIDS Indonesia (2010). *Stigma juga Mematikan*. [Serial Online]. Diakses dari <http://www.aids-ina.org.htm>
- Kinyanda, E. et al. 2011. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *Psychiatry*, 11, 205. Doi: 10.1186/1471-244X-11-205
- Kafuko, A. 2009. A study on knowledge, attitudes and practices related to HIV/AIDS stigma and discrimination among people living with HIV, caretakers of HIV+ children and religious leaders. Diakses dari <https://www.k4health.org/sites/default/files/Stigma%20and%20discrimination%20report%20study%20report.pdf>
- Leserman, J et al. 1997. Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men. A 2-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 54(3):279-85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9075469>
- Li, L et al. 2006. Understanding Family Support for People Living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS Behav*, 10(5), 509–517. doi: 10.1007/s10461-006-9071-0
- Li, L et al. (2008). Impacts of HIV/AIDS Stigma on Family Identity and Interactions in China. *Fam Syst Health*, 26(4), 431–442. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721225/>
- Moosa, M. Y. H & Jeenah, F. Y. 2012. Treating depression in HIV-positive patients affects adherence. *S Afr J HIV Med*, 13(3),144-149. Doi:10.7196/SAJHIVMED.782
- Marubeny dkk. 2013. Perbedaan Respon Sosial Penderita Hiv-Aids Yang Mendapat Dukungan Keluarga Dan Tidak Mendapat Dukungan Keluarga Dibalai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Semarang. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 1 (1), 43-51. Diakses dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=98551&val=5089>
- Mardhatillah dkk. 2015. Hubungan pengetahuan dan sikap siswa tentang hiv dan aids dengan stigma terhadap orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di SMAN 5 Makassar. Diakses dari <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/13162>
- Negara, M. P. 2013. Pengaruh Action Learning Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Hiv/Aids dan Klinik Voluntary Counseling and Testing(VCT) di SMK Perikanan dan Kelautan Puger Kabupaten Jember. Skripsi, Universitas Jember
- Novianti, S. D, Parjo, dan Dewi, A. P. 2014. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Supportand Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak*. Abstrak. Universitas Tanjungpura.

- Oktavia, N, Kusnanto, H dan Subronto, Y. W. 2014. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali dan Kota Surakarta (Solo) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*. Diakses dari <http://akkes.saptabakti.ac.id/>
- Oktarina dkk. 2009. Hubungan antara karakteristik responden, keadaan wilayah, dengan pengetahuan, sikap terhadap HIV/AIDS pada masyarakat Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12 (4). Diakses dari <http://whoindonesia.healthrepository.org>
- Pelangi, Y. (2012). *Kenal HIV/AIDS Secara Cerdas, Wujud Menghilangkan Diskriminasi*. Diakses dari <http://www.suarakita.org/2012/12/kenal-hivaidis-secara-cerdas-wujud-menghilangkan-diskriminasi/>
- Paryati Tri *et al* (2013). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan: kajian literatur*. [Serial Online]. http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2013/02/Pustaka_unpad_Faktor_Mempengaruhi_-Stigma_ODHApdf.pdf.
- Payuk, I dkk. 2012. Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar 2012. Universitas Hasanudin Makasar.
- Regimana, M. A. (2006). *Factor Related to The Stigma Associated With HIV/AIDS in Atteridgeville and Mamelodi* [Serial Online]. <http://upetd.up.ac.za/thesis/available/etd-04292008-132413/unrestricted/dissertation.pdf>.
- Raguram, R *et al*. 1996. Stigma, depression, and somatization in South India. *Am J Psychiatry*. 153(8):1043-9. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8678173>
- Rahayu, N. D. 2012. Hubungan Tingkat Harga Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Klien ODHA di Poliklinik VCT RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2012. Diakses dari <http://www.sanglahhospitalbali.com/v1/penelitian.php?ID=57>
- Rusmawari, A. 2012. Persepsi konsep diri orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam kelompok dukungan sebaya (KDS) di kota dan kabupaten Kediri. *Strada Jurnal, Jurnal Ilmiah kesehatan*, 1(1). Diakses dari <http://jurnal.stikesstrada.ac.id/index.php/strada/article/view/8/3>
- Rampengan (2007). *Penyakit Infeksi Tropis Pada Anak (Ed.2)*. Jakarta: EGC
- Radji, M. (2010). *Imunologi dan Virologi*. Jakarta: Penerbit Irfi
- Stanhope, M & Jeanette, L. (2006). *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. Philadelphia: Mosby
- Siregar, N. (2012). *Pengaruh Stigma Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Terhadap Penerimaan Masyarakat Desa Buntu Bedimbar Di Kecamatan Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang* [Serial Online]. [http:// repository.usu.ac. id/handle/123456789/33880](http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/33880).
- Sayles, J. N *et al*. (2007). Experiences of Social Stigma and Implications For Healthcare Among a Diverse Population of HIV Positive Adults. *J Urban Health*, 84(6), 814–828. doi: 10.1007/s11524-007-9220-4
- Siahaan, R. R. 2011. Pengaruh dukungan keluarga terhadap program pengobatan Pasien HIV-AIDS di Posyansus Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan tahun 2011. Skripsi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mutiara Indonesia Medan.
- Siboro, H. K. 2013. Pengaruh dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Rumah Singgah Caritas PSE Medan. Skripsi Universitas Sumatra Utara. Diakses dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/46414/6/Cover.pdf>.

- Silvitasari, I dkk. 2013. Efektivitas Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pengobatan ARV Pada ODHA di Kelompok Dukungan Sebaya Kartasura. Stikes Aisyiyah Surakarta
- Simboh, F. K dkk. 2015. Hubungan dukungan keluarga bagi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik Vct RSUD Bethesda GMIM Tomohon. eJournal Keperawatan, 3 (2). Diakses dari <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/8080/7641>
- Sosodoro dkk. 2009. Hubungan pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan stigma orang dengan HIV/AIDS di kalangan pelajar SMA di Kota Surakarta. Berita Kedokteran Masyarakat, 25 (4). Diakses dari <http://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article/view/3556>
- Wong, D. L (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol.1 (Ed.6)*. Jakarta: EGC
- Widoyono (2008). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya*. Semarang: Erlangga
- Widyarsono, S. 2013. *Hubungan antara Depresi dengan Kualitas Hidup Aspek Sosial Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*. Skripsi, Universitas Pendidikan Indonesia http://repository.upi.edu/3220/6/S_PSI_0906860_CHAPTER3.pdf
- Widyarsono, S. 2013. *Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup aspek sosial pada Orang Dengan Hiv/Aids (ODHA): Studi korelasi terhadap penderita hiv/aids di rumah Cemara Bandung*. S1 thesis, Universitas Pendidikan Indonesia. Diakses dari <http://repository.upi.edu/3220/>
- Winari, D. D. 2015. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi pada pasien hiv/aids di klinik edelweis RSUP. DR. Sardjito Yogyakarta. Skripsi Universitas Gadjah Mada. Diakses dari <http://etd.repository.ugm.ac.id>
- Yulianti, R. A. 2013. *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember*. Skripsi Universitas Jember. Diakses dari http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/20831/Aditiya%20Rina%20Yuliyanti%20-%20092110101060_1.pdf?sequence=1
- Zhang, Y et al. 2011. Impact of HIV/AIDS on Social Relationships in Rural China. *The Open AIDS Journal*, 5, 67-73. Diakses dari http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_zhang_impacthivaidschina.pdf
- Yaunin, Y dkk. 2014. Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUD Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2).