



SKRIPSI

**GAMBARAN *SELF STIGMA* ODHA PADA IBU RUMAH TANGGA
POSTIF HIV DI UPTD PUSKESMAS LEBAKSIU**

DISUSUN OLEH

ANGGA TRI PRASETYA

C1020054

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI

2024

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

2.1.1 Konsep HIV

HIV adalah kependekan dari *human immunodeficiency virus*. Virus ini Penyakit ini ditularkan melalui hubungan seksual, berbagi jarum suntik atau dari ibu ke anak (kehamilan, kelahiran, menyusui). Berbeda dengan virus lain, organisme bahkan pengobatan tidak dapat sepenuhnya menghilangkan HIV ini mencegah orang tertular HIV. Terinfeksi seumur hidup HIV terutama mempengaruhi sistem kekebalan tubuh Sel CD4+ (sel T) adalah jenis sel darah putih yang penting dalam melawan infeksi. Masalah ini menyebabkan penurunan sel CD4+ (sel T) dalam tubuh sehingga menyebabkan kelainan pada tubuh. Orang yang terinfeksi HIV rentan terhadap penyakit ini. (Departemen Amerika Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan, 2017; AMERIKA SERIKAT. Institut Alergi Nasional dan Penyakit Menular, 2019).

Tanpa pengobatan segera, orang yang terinfeksi HIV akan menderita. AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*), serangkaian gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai mikroorganisme keganasan lain akibat menurunnya daya tahan/imunitas pasien. Miliknya penurunan sistem kekebalan tubuh dimana pasien rentan. Infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme yang praktis tidak berbahaya dalam kondisi normal (Infeksi oportunistik), ini adalah masa inkubasi virus di dalam tubuh manusia. Berlangsung lama sekitar 5 sampai 10 tahun. Gejala penyakit hal ini dapat berkisar dari mereka yang tidak memiliki gejala yang terlihat hingga mereka yang mungkin mengalami gejala menyebabkan kematian (Irianto, 2014).

2.1.2 Penularan HIV pada Ibu Rumah Tangga

Faktor yang perlu diperhatikan ketika tertular suatu penyakit: sumber infeksi, perantara/penular, pejamu yang rentan, titik keluar, dan titik masuk pejamu baru.

Jalur penularan HIV yang diketahui dan diketahui saat ini adalah melalui hubungan seksual, homoseksual dan heteroseksual, darah, dan plasenta/perinatal (dari ibu ke anak). Dalam kasus HIV/AIDS, pasien AIDS dan orang yang terinfeksi HIV adalah sumber penularannya. Tidak ada hewan yang menjadi vektor/penular virus, namun ada sperma (air mani), leher rahim (cairan vagina), ASI, air mata, dan air liur (air liur). Zat seperti cairan tubuh juga bisa menjadi kendaraan. Dari sudut pandang epidemiologi, hanya air mani, cairan vagina, dan darah yang dapat menjadi vektor penularan. Faktor tuan rumah yang rentan meliputi usia, jenis kelamin, dan etnis. Namun, tidak semua orang rentan terhadap virus ini. HIV dapat menular melalui alat kelamin (air mani dan cairan vagina) dan kerusakan kulit/mukosa (darah). Selain itu, tempat masuknya virus adalah melalui darah atau air mani melalui lapisan kulit/lendir yang rusak (Irianto, 2016). Rute penularan yang paling umum adalah seksual, vagina dan oral. Diperkirakan tiga perempat pengidap HIV di seluruh dunia terinfeksi dengan cara ini. HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual pria ke pria, wanita ke pria, dan pria ke pria. Dalam hubungan heteroseksual, penularan dari pria ke wanita lebih sering terjadi dibandingkan penularan dari wanita ke pria. Seks anal bagi pria gay lebih berbahaya dibandingkan seks lainnya. Hal ini disebabkan karena mukosa dubur sangat tipis dan belum siap untuk berhubungan badan serta mudah rusak (Irianto, 2016).

Di Amerika Serikat, HIV ditularkan melalui hubungan seks anal atau vagina dengan orang yang terinfeksi HIV tanpa menggunakan kondom untuk mencegah infeksi. Seks anal reseptif (di bawah) adalah perilaku berisiko bagi pasangan yang terinfeksi HIV. Namun hal ini tidak menutup kemungkinan penularan HIV melalui seks anal penetratif (puncak) (US Department of Health and Human Services, 2017). Jika diklasifikasi, aktivitas seksual diurutkan dari risiko tertinggi hingga terendah tertular HIV (Irianto, 2016). Salah satu penularan HIV melalui: hubungan seks anal reseptif, hubungan seks vagina reseptif, hubungan seks vagina insertif, hubungan seks anal insertif, ciuman basah atau dalam / ciuman lidah.

HIV dapat ditularkan secara non-seksual. Bisa juga menular ke bayi dalam kandungan, terutama melalui darah/produk darah, atau alat tindik lainnya yang dapat merusak kulit, dan melalui plasenta ibu yang positif HIV. Petugas kesehatan/tenaga laboratorium yang menangani pasien HIV/AIDS atau sampel cairan tubuh pasien juga berisiko tertular HIV. Penularan dapat terjadi bila lapisan kulit/lendir yang terluka terkena darah pasien atau tidak sengaja tertusuk jarum suntik yang sebelumnya digunakan pasien (Irianto, 2014:63). HIV dapat bertahan hidup di jarum suntik hingga 42 hari, tergantung suhu dan faktor lainnya. Virus ini juga dapat ditularkan dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan dan menyusui. Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa HIV dapat melewati plasenta dan menginfeksi janin setidaknya selama 20 minggu di dalam rahim. Risiko ini dapat meningkat atau bahkan menurun tergantung pada apakah ibu mengonsumsi obat untuk mencegah penularan kepada anak selama kehamilan hingga akhir masa menyusui (U.S. Department of Health and Human Services, 2017).

Sampai saat ini, sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa HIV hanya dapat ditularkan melalui tiga jalur yang disebutkan sebelumnya: seksual, hematologi, dan plasenta/perineal. HIV ditularkan melalui air liur, air mata, urin, dan keringat. Tidak ada bukti bahwa hal itu dapat ditularkan selain itu, belum ada bukti bahwa HIV dapat menular melalui gigitan serangga seperti nyamuk, kutu, atau serangga penghisap darah lainnya. Penularannya tidak melalui kontak sosial, seperti berjabat tangan. Tangan, pelukan, percakapan, berbagi kamar mandi, berbagi piring, berciuman, berenang bersama, dll. (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS, 2017; Irianto, 2016).

2.1.3 Dampak Negatif HIV pada Ibu Rumah Tangga

Ada tiga jenis konsekuensi negatif konteks perasaan tidak bisa memaafkan dalam konteks HIV, khususnya dampak emosional dan psikososial ilmu perilaku dan biomedis (Worthington, 2017). Konsekuensi emosional dan psikososial dari sikap tidak memaafkan harga diri rendah, rasa bersalah, keputusasaan, menyalahkan diri

sendiri, depresi. Selain itu, tentang ini mempengaruhi intoleransi antar pribadi kemarahan, kebencian, kurangnya empati, perasaan tidak adanya rasa dicintai, hasil dari tindakan pribadi saya. Termasuk perilaku yang merusak diri sendiri (misalnya kecanduan narkoba dan alkohol) dan hubungan interpersonal termasuk perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab perilaku berisiko yang menyebarkan HIV kepada orang lain milik hasil biomedis intra-individu meningkatnya stres, disfungsi sistem kekebalan tubuh dan peningkatan perkembangan penyakit ini juga termasuk penyakit menular seksual antar pribadi (Washington, 2017).

2.2 Self Stigma ODHA

Self stigma adalah perasaan takut dengan kondisi sendiri yang berasal dari pandangan negatif masyarakat, mereka merasa keberadaanya merupakan golongan yang tidak disukai akibat terinfeksi HIV, cap buruk masyarakat dianggap benar, serta bentuk internalisasi dari masyarakat mengakibatkan ODHA menerapkan stigma untuk diri sendiri yang dapat merusak kesejahteraan mental orang dengan HIV/AIDS (Ardani & Handayani, 2017).

2.2.1 Dampak Self Stigma

Self stigma yang terbangun pada pasien HIV/AIDS cenderung menilai dirinya negatif dan merasa rendah diri. Hal ini dikarenakan stigma yang diberikan pada masyarakat, hal ini berdampak pada interaksi sosial baik keluarga maupun orang lain akibat terjadinya pembatasan-pembatasan maupun perasaan terisolasi (Rozani & Nurhayati, 2021).

Self stigma yang terbentuk membuat ODHA mengalami perubahan persepsi akan dirinya baik dalam gambaran atau citra diri, ideal diri, peran identitas, dan harga diri bahkan keyakinan bahwa seseorang tidak lagi berguna. Self stigma akan semakin dirasakan saat nanti orang mengetahui penyakit yang dideritanya dimana mau tidak mau atau siap tidak siap mereka harus menghadapinya banyaknya

repon masyarakat seperti cacian, makian, pengucilan bahkan perilaku diskriminatif (Rusmawati, 2012).

2.2.2 Psikologi Ibu Rumah Tangga Positiv HIV

Besarnya dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS terhadap stigma/hukuman sosial dari masyarakat sehingga perlu penguatan psikologis bagi penderita. Menurut Hutapea (2004) seorang yang menderita HIV/AIDS sering mengalami masalah-masalah psikologis, terutama kecemasan, depresi, rasa bersalah (akibat perilaku seks), marah dan dorongan untuk melakukan bunuh diri. Orang yang tertular HIV/AIDS sering marah kepada kalangan medis karena ketidak berdayaan mereka menemukan obat atau vaksin penangkal HIV/AIDS. Mereka juga jengkel terhadap masyarakat luas yang mendiskriminasikan penderita HIV/AIDS.

2.2.2.1 Stres Psikologi

Infeksi HIV selain mempengaruhi kesehatan fisik juga mempengaruhi kualitas psikologi ibu rumah tangga karena kecemasan dan depresi yang pada akhirnya akan berkaitan dengan perawatan/pengobatan dan mortalitas penderita. Penelitian Rachmawati menunjukkan bahwa rata-rata kualitas psikologi ODHA rendah karena pada umumnya ODHA kurang mendapat dukungan sosial dan diskriminasi sosial (Lubis et al., 2016). Penelitian Lubis variabel depresi adalah faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS, dimana semakin tinggi depresi ODHA maka kualitas hidupnya makin rendah (Maughan-Brown, 2007). Penelitian Maughan-Brown, dampak HIV/AIDS pada perempuan sangat akut, perempuan sering kurang beruntung dalam ekonomi, budaya dan sosial demikian juga terhadap akses pengobatan, dukungan keuangan dan pendidikan (Weldsilase et al., 2018). Oleh karena itu perawat dan pengendalian HIV sudah harus memperhatikan kualitas psikologi penderita untuk mendorong kepatuhan pengobatan, kepercayaan diri, kemandirian dan perbaikan kualitas hidup penderita secara keseluruhan.

2.2.2.2 Kualitas Hidup Negatif

Menurut Ekasari dalam (Diatmi & Fridari, 2014) kualitas hidup merupakan besaran perasaan individu tentang puas atau tidaknya yang dirasakan tentang berbagai aspek kehidupan yang dijalannya. Kualitas hidup ODHA sangat penting untuk identifikasi bagaimana penderita HIV/AIDS dalam menjalani kehidupannya. Baik atau buruknya kualitas hidup ODHA tentunya ditentukan oleh beberapa faktor yang dapat berpengaruh. Seperti penelitian yang dilakukan oleh (Fitri Handayani & Fatwa Sari, 2017) yang mengatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA. Kualitas hidup ODHA yang baik merupakan ODHA yang memiliki pendidikan tinggi, tidak ada stigma dari masyarakat, aktif mengikuti terapi ARV > 2 tahun (Novianti dewi, Parjo, 2016).

2.2.3 Gambaran Stigma ODHA di Masyarakat

Pengetahuan dan pendidikan yang rendah, stigma dan diskriminasi ODHA masih banyak terjadi di masyarakat Kabupaten Tegal. Sebagai contoh, apabila diketahui terdapat ODHA yang meninggal, akan sulit mencari orang yang bersedia untuk melaksanakan pemulsaran jenazah. Demikian juga banyak masyarakat yang menolak bersahabat dengan ODHA. Selain pengetahuan yang kurang, pengalaman atau sikap negatif terhadap penularan HIV dianggap sebagai faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma dan diskriminasi. Pendapat tentang penyakit AIDS merupakan penyakit kutukan akibat perilaku amoral juga sangat memengaruhi orang bersikap dan berperilaku terhadap ODHA. Stigma terhadap ODHA adalah suatu sifat yang menghubungkan seseorang yang terinfeksi HIV dengan nilai-nilai negatif yang diberikan oleh mereka (masyarakat). Stigma membuat ODHA diperlakukan secara berbeda dengan orang lain. Diskriminasi terkait HIV adalah suatu tindakan yang tidak adil pada seseorang yang secara nyata atau diduga mengidap HIV (Kemenkes, 2012).

2.2.4 Gambaran stigma ODHA di keluarga

Dukungan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA. Dimana dukungan keluarga dapat membantu meringankan permasalahan yang dialami oleh ODHA. Dukungan tersebut dapat berupa pemberian semangat untuk teratur mengikuti terapi ARV, memberikan bantuan dan lain-lain (Diatmi & Fridari, 2016).

2.2.5 Dampak stigma ODHA

Komponen perilaku dapat diketahui melalui respons subjek yang berkenaan dengan objek sikap. Respons yang dimaksud dapat berupa tindakan maupun perbuatan yang dapat diamati dan dapat berupa intensi atau niat untuk melakukan perbuatan tertentu sehubungan dengan objek sikap. Intensi merupakan predisposisi atau kesiapan untuk bertindak terhadap objek sikap. Jika orang mengenali dan memiliki pengetahuan yang luas tentang objek sikap yang disertai perasaan positif mengenai kognisinya, maka ia akan cenderung mendekati (approach) objek sikap tersebut seperti memberi bantuan/ dukungan. Sebaliknya, bila orang memiliki anggapan, pengetahuan, dan keyakinan negatif yang disertai dengan perasaan tidak senang terhadap objek sikap, maka ia cenderung menjauhinya, menentang, menolak, dan atau menghindari objek sikap tersebut. Menurut Sheehan et al. (2017:44-45) diskriminasi adalah perilaku yang dihasilkan dari stereotip dan prasangka (Contoh: Pengemudi perempuan tidak dipekerjakan pada tingkat yang sama dengan laki-laki). Diskriminasi terjadi ketika perilaku seseorang mencerminkan stereotip dan prasangka dengan cara membatasi atau merendahkan anggota kelompok dengan tanda stigma/ minoritas.

2.2.6 Faktor – faktor yang memunculkan Stigma

Alasan terjadinya stigma pada penderita HIV/AIDS menurut Kusumaningrum (2019) mengatakan bahwa ada tiga alasan terjadinya stigma yaitu 1) Ketakutan, HIV/AIDS adalah penyakit infeksi yang belum ada obatnya dan bagaimana cara penyembuhannya. 2) Moral, fakta yang sering dikaitkan tentang penyakit HIV/AIDS tentang seks bebas, penyalahgunaan obat terlarang dan kutukan Tuhan

bahwa orang yang terkena HIV/AIDS orang yang melanggar norma agama. 3) Ketidak acuan media masa, adanya pemikiran dan ketakutan serta pikiran moril tentang HIV/AIDS.

Untuk memahami stigma diri perlu dipahami terjadinya *self* stigma, Schei & Brown (2010) dalam teorinya menjelaskan bahwa stigma diri dapat terbentuk melalui: (1) tahap kesadaran (Awareness), berarti individu tersebut sadar akan apa yang terjadi pada lingkungan sekitarnya dan berdampak pada emosi individu, sehingga stigma diri yang terbentuk berupa emosi yang timbul dari pengalaman-pengalaman yang didapat dari lingkungan sekitar; (2) tahap persetujuan (Agreement), dimana individu tersebut setelah sadar akan fenomena berupa pengalaman-pengalaman stereotip negatif dari lingkungan yang ditunjukan pada individu terkait kondisinya, kemudian individu tersebut setuju dan menangkap fenomena yang ditunjukan pada mereka adalah benar; (3) Aplikasi, pada konsep pengaplikasian stereotip yang berasal dari lingkungan, kemudian diterapkan oleh individu kepada dirinya sendiri, dan pada tahapan ini stigma diri muncul. Aplikasi dari bentuk stigma diri muncul, individu tersebut akan memandang dirinya rendah pula, sama seperti bagaimana lingkungan memandang dirinya, karena individu tersebut telah menyadari dan menyetujui mengenai anggapan negatif terhadap kondisinya; (4) *Self harm*, merupakan suatu metode coping terhadap keadaan emosional yang sulit seperti kecemasan, stres dan perasaan negatif lainnya.

Berger HIV Stigma Scale

2.3.1 Sejarah

Berger HIV Stigma Scale merupakan instrumen untuk mengukur *perceived stigma* pada ODHA. *Berger HIV Stigma Scale* dikembangkan oleh Barbara E. Berger dan Carol Estwing Ferrans dari College Of Nursing, University of Illinois at Chicago dan Felissa R. Lashley dari School of Nursing, Southern Illinois University Edwardsville. Instrumen ini pertama kali dipublikasi tahun 2001. Instrumen ini dikembangkan berdasarkan model konseptual *perceived stigma* pada ODHA berdasarkan telaah dari literatur mengenai stigma dan aspek psikososial infeksi

HIV. Pengembangan instrumen ini juga melibatkan ahli dalam bidang psikologi, sosiologi, dan keperawatan sebagai *content reviewer*.

2.2.3 Karakteristik

Berger HIV Stigma Scale merupakan instrumen berupa *self-administered questionnaire*. Instrumen ini terdiri atas 40 butir menggunakan skala likert empat poin (sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju). Berdasarkan analisis faktor, terdapat empat faktor (subskala) yaitu:

2.3.2.1 Personal stigma

Pada penelitian mengenai indikator *personalized stigma* mengungkapkan bahwa sebagian besar dari responden memiliki stigma yang buruk, hal ini juga di perkuat oleh penelitian (Chitra et al., 2014). Nilai dari *personalized stigma* yang lebih tinggi adalah 18,6% *personalized* yang relative paling rendah yang bisa disebabkan oleh keyakinan dari mereka bahwa moralitas mereka atau martabat mereka masih utuh dan mereka tidak bersalah dalam penyakit yang dialaminya.

Butir – butir pada faktor ini menunjukkan konsekuensi yang dirasakan oleh ODHA bahwa orang lain mengetahui dirinya terinfeksi HIV, seperti kehilangan teman, merasa orang lain menghindari dirinya, dan penyesalan karena telah memberitahu orang lain dirinya terinfeksi HIV. Faktor ini dinamakan “*personalize stigma*” karena butir-butirnya berhubungan dengan pengalaman personal responden tentang kekuatan ditolak karena terinfeksi HIV.

2.3.2.2 Disclosure concerns

Pada penelitian mengenai indikator *Disclosure concerns* menunjukkan sebagian besar dari responden mempunyai stigma yang buruk dengan nilai 55,6% untuk nilai terkecil atau tertinggi adalah 44,4%. Hal tersebut di perkuat oleh penelitian (P. S. Chandra, Deepthivarma, & Manjula, 2017) bahwa pengungkapan dapat menyebabkan lebel oleh pran lain atau menghubungkan penyakitnya sebagai pointer terhadap karakter mereka. Butir-butir pada faktor ini berhubungan dengan pengendalian informasi, menjaga agar status HIV dirinya tetap rahasia, atau

kekhawatiran orang-orang yang mengetahui status HIV dirinya akan mengatakannya ke orang lain.

2.3.2.3 *Negatif self-image*

Pada faktor ini menunjukkan seberapa besar responden memiliki persepsi stigma yang kurang, hal ini berbanding terbalik dengan penelitian (Timisela, 2018). Perempuan yang mengalami stigma HIV lebih tinggi dapat dikaitkan dengan citra diri yang negatif atau buruk dan menjijikan. Stigma yang dapat ditunjukkan seseorang dapat muncul dalam bentuk perilaku yang menyalahkan dan mengasihi diri sendiri, membenci diri, maka merujuk kepada perasaan bahwa dirinya tidak bersih, tidak sebaik orang lain, atau perasaan bahwa dirinya seperti orang yang buruk karena HIV. Butir-butir ini meliputi perasaan malu dan bersalah.

2.3.2.4 *Concern with public attitudes about people with HIV*

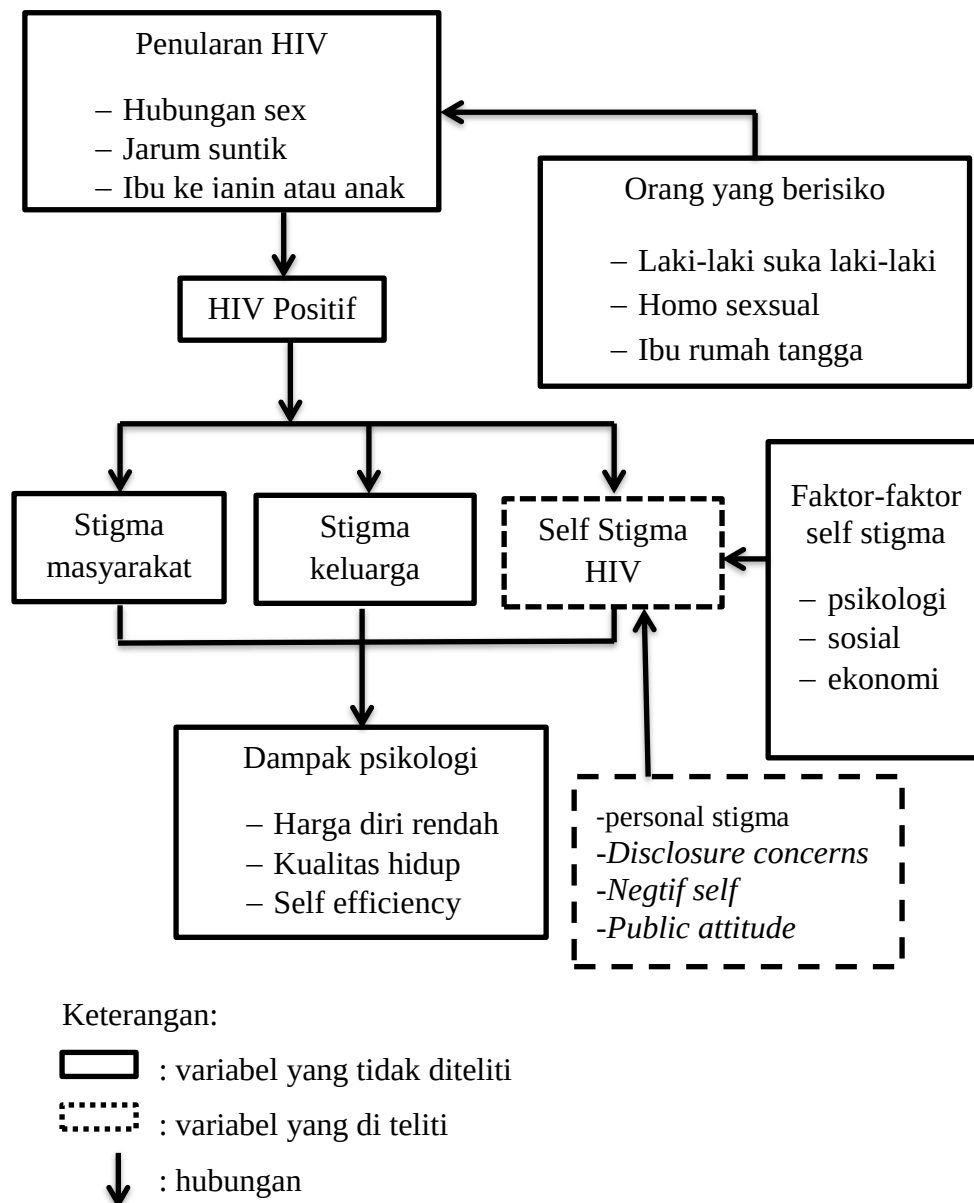
Pada penelitian mengenai indikator *public attitudes* yang dilakukan Chitra, Jayalakshmi, & Vinod, (2014). Stigma sikap publik yang lebih tinggi dalam penelitian ini mungkin stigma yang dirasakan dari orang lain yang hidup dengan HIV, stigma terjadi apabila ada ketakutan yang nyata atau dibayangkan dengan sikap masyarakat dan keluarga mengenai kondisinya. Salah satu cara untuk menurunkan stigma HIV dengan cara memberikan pengetahuan dan informasi terhadap masyarakat tentang bagaimana itu HIV, bagaimana cara penularannya dan memberikan konseling terhadap orang yang terinfeksi HIV. Butir-butir pada faktor ini merujuk kepada apa yang dipikirkan oleh “orang kebanyakan” mengenai ODHA atau apa yang diharapkan oleh “orang kebanyakan” ketika mengetahui dirinya terinfeksi HIV. Karena banyak dari butir-butir pada faktor ini merujuk kepada sikap orang lain mengenai ODHA, faktor ini dinamakan “*concern with public attitudes about people with HIV*”.

Pada instrumen ini, ada butir-butir yang merupakan bagian dari beberapa faktor. Sebagai contoh, butir ke 39 “*people seem afraid of me once they learn I have HIV*” merupakan bagian dari faktor 1, 3, dan 4. Penilaian instrumen ini dilakukan

dengan mengonversi jawaban dengan nilai skor berikut: Sangat tidak setuju = 1, Tidak setuju = 2, Setuju = 3, Sangat setuju = 4. Khusus untuk butir 28 dan 41, pemberian skor dilakukan secara terbalik (*revers- scored*) dengan nilai skor berikut: Sangat tidak setuju = 4, Tidak setuju = 3, Setuju = 2, Sangat setuju = 1. Skor total dilakukan dengan menjumlahkan skor pada semua butir. Selain skor total, juga dilakukan perhitungan skor subskala. Skor total *Berger HIV Stigma Scale* memiliki rentang dari 40 sampai 160. Subskala *personalized stigma* memiliki rentang skor dari 18 sampai 72. Subskala *disclosure concerns* memiliki rentang skor dari 10 sampai 40. Subskala *negative self-image* memiliki rentang skor 13 sampai 52. Subskala *public attitudes* memiliki rentang skor dari 20 sampai 80.

2.4 Kerangka Teori

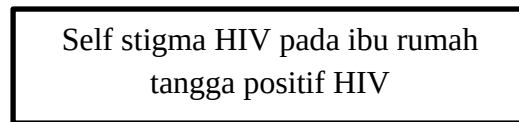
Kerangka berfikir dari kajian pustaka yang telah diuraikan sebelumnya, adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka teori

Sumber : Schei & Brown (2010), Irianto (2014), Washington (2007), Corrigan dan Rao (2012), Hutapea (2004), Fitri Handayani & Fatwa Sari (2017), Kemenkes (2012), Diatmi & Fridari (2016), Sheehan et al (2017).

2.5 Kerangka konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep