



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN HIV/AIDS
DENGAN *SELF-STIGMA* ORANG DENGAN HIV/AIDS
DI BALAI KESEHATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

**Oleh:
Intan Yuni Laila Ardiyani
(30901800095)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN HIV/AIDS
DENGAN *SELF-STIGMA* ORANG DENGAN HIV/AIDS
DI BALAI KESEHATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

**Oleh:
Intan Yuni Laila Ardiyani
(30901800095)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS dengan Self Stigma Orang dengan HIV/AIDS di Balai Kesehatan Kota Semarang”** saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan dibuktikan oleh uji *Turn it in* 23%. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiatisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Mengetahui,

Wakil Dekan 1


(Ns. Sri Wahyuni M.Kep Sp.Kep Mat)

Semarang, 13 Januari 2022

Peneliti


(Intan Yuni Laila A)

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN HIV/AIDS DENGAN *SELF STIGMA* ORANG DENGAN HIV/AIDS DI BALAI KESEHATAN KOTA SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Intan Yuni Laila Ardiyani

NIM : 30901800095

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada:

Pembimbing I

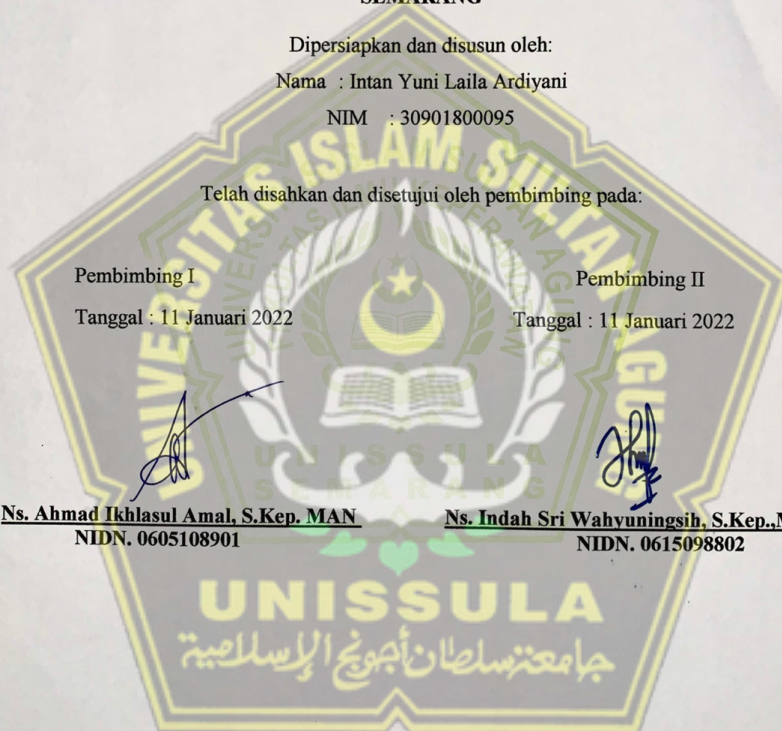
Tanggal : 11 Januari 2022

Pembimbing II

Tanggal : 11 Januari 2022

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep. MAN
NIDN. 0605108901

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0615098802



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN HIV/AIDS DENGAN *SELF STIGMA* ORANG DENGAN HIV/AIDS DI BALAI KESEHATAN KOTA SEMARANG

Disusun oleh:

Nama : Intan Yuni Laila Ardiyani

NIM : 30901800095

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 17 Januari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I

Dr.Ns. Dwi Retno S, S.Kep.,Sp.KMB

NIDN. 0602037603

Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlashul Amal, S.Kep., MAN

NIDN. 0605108901

Penguji III

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep.,M.Kep

NIDN. 0615098802

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM.,M.Kep

NIDN. 0622087404

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Januari 2022**

ABSTRAK

Intan Yuni Laila Ardiyani

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN HIV/AIDS
DENGAN *SELF-STIGMA* ODHA DI BALKESMAS SEMARANG**

89 hal + 4 tabel + x (jumlah hal depan) + jumlah lampiran

Latar belakang: Tingkat pengetahuan tentang HIV/ AIDS pada ODHA menjadi salah satu faktor terjadinya *self-stigma* ODHA, *self-stigma* atau pemahaman negativ dan anggapan negativ terhadap diri ODHA akan mempengaruhi ODHA seperti: tekanan fisik, psikologi, kehidupan sosial bahkan depresi.

Metode: Jenis penelitian kuantitatif non eksperimental dengan studi korelasi. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Jumlah responden sebanyak 65 orang dengan teknik *purposive sampling* dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Hasil: Sebagian besar memiliki karakteristik umur dewasa keatas sebanyak 40%, dengan karakteristik tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan SLTA yaitu 47,7%. Responden berpengetahuan baik sebanyak 64.6%, 35.4% berpengetahuan sedang dan tidak ada yang memiliki pengetahuan rendah. Sebanyak 10.2% responden memiliki tingkat *self-stigma* tinggi dan 89,2% responden memiliki tingkat *self-stigma* tinggi.

Simpulan dan saran: Terdapat hubungan tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *Self-stigma* ODHA ($p \text{ value} < 0,05$).

Kata kunci: Pengetahuan HIV/ AIDS, *self-stigma*, ODHA

Daftar Pustaka: 70 (2010 – 2020)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, Januari 2022**

ABSTRACT

Intan Yuni Laila Ardiyani

**The Relationship Level of HIV/AIDS Knowledge
With *Self-Stigma* of People With HIV/AIDS at Semarang Balkesmas**
x (number of preliminary pages) 89 pages + 4 table + appendices

Background: The level of knowledge about HIV/AIDS in people with HIV/AIDS is one of the factors for the occurrence of self-stigma of people with HIV/AIDS, self-stigma or negative understanding and negative perceptions of people with HIV/AIDS will affect people with HIV/AIDS such as: physical pressure, psychology, social life and even depression.

Methods: This type of non-experimental quantitative research with correlation studies. Data was collected by means of a questionnaire. The number of respondents as many as 65 people with purposive sampling technique using univariate and bivariate analysis.

Results: Most of them have the characteristics of adult age and above as much as 40%, with the characteristics of the education level of most of them having high school education, namely 47.7%. Respondents with good knowledge are 64.6%, 35.4% have moderate knowledge and none have low knowledge. A total of 10.2% of respondents have a high level of self-stigma and 89.2% of respondents have a high level of self-stigma.

Conclusion: There is a relationship between knowledge level of HIV/AIDS and self-stigma of people with HIV/AIDS (p value < 0.05).

Keywords: Knowledge of HIV/AIDS, self-stigma, people with HIV/AIDS

Bibliography: 70 (2010 – 2020)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbal'alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas skripsi sebagai syarat untuk mencapai sarjana keperawatan, penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu saya ucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Ir. Prabowo Setiyawan, M.T., Ph.D. selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian SKM. M. Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung
3. Selaku dosen pembimbing pertama yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan dan memberikan ilmu serta nasehat yang bermanfaat dalam menyusun skripsi
4. Selaku dosen pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi sehingga skripsi ini bisa selesai
5. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Kaprodi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung

6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi
7. Kepada Orang tua saya, yang telah memberikan do'a dan dukungan yang tiada hentinya
8. Sahabat-sahabat saya dan teman-teman saya se Universitas.
9. Kepala dan segenap keluarga besar Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesmas) Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian
10. Semua pihak yang tidak dapat saya tuliskan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik agar skripsi ini lebih komprehensif. Peneliti berharap skripsi ini bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 2 Februari 2020

Penulis

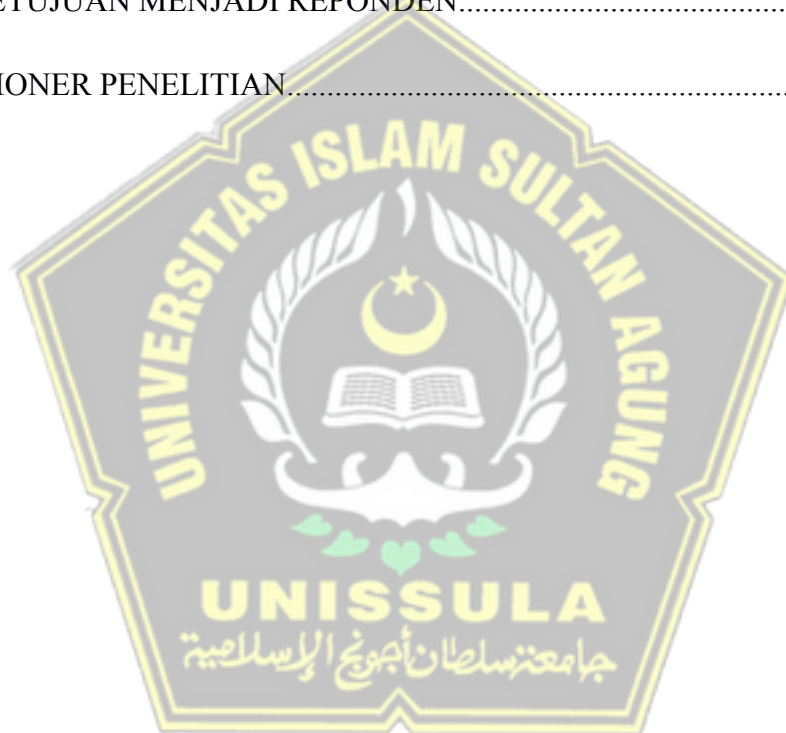
Intan Yuni Laila Ardiyani

DAFTAR ISI

HALAMAM JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
1. Manfaat teoritis.....	11
2. Manfaat praktis.....	11

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Teori.....	12
1. Konsep HIV/AIDS.....	12
2. Pengetahuan HIV/AIDS.....	20
3. Konsep <i>Self-stigma</i> ODHA.....	32
B. Kerangka Teori.....	53
C. Hipotesis.....	53
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	54
A. Kerangka Konsep.....	54
B. Variabel Penelitian.....	54
C. Jenis dan Desain Penelitian.....	56
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	56
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	60
F. Definisi Operasional.....	60
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	61
H. Metode Pengumpulan Data.....	67
I. Rencana Analisa Data.....	69
J. Etika Penelitian.....	70

BAB IV HASIL PENELITIAN.....	73
BAB V PEMBAHASAN.....	82
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....	95
PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN.....	111
PERSETUJUAN MENJADI RESENDEN.....	112
KUESIONER PENELITIAN.....	113



DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	61
Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS.....	62
Tabel 3.3 Kisi-kisi Kuesioner <i>self-stigma</i> ODHA.....	64
Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas Instrumen Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS.....	65
Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas Instrument <i>Self-stigma</i> ODHA.....	66
Tabel 3.6 Hasil Pengujian Reliabilitas Variabel Penelitian.....	67
Tabel 3.7 Interpretasi Nilai r Reliabilitas menurut Sopyudin (2013).....	68
Tabel 3.8 Pedoman untuk memberikan interpretasi terhadap koefisiensi korelasi.....	71
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pekerjaan, Pendidikan Terakhir, dan Status Pernikahan di Balkesmas Kota Semarang	74
tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden tentang HIV/AIDS pada pasien ODHA di Balkesmas Kota Semarang.....	75
Tabel 4.3 Rekapitulasi ferekuensi Jawaban Sub Variable Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS.....	76
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat <i>self-stigma</i> ODHA di Balkesmas	77
Tabel 4.5 Rekapitulasi ferekuensi Jawaban Sub Variable sub variabel <i>self-stigma</i> ODHA pada responden di Balkesmas Kota Semarang.....	78
Tabel 4.6 Uji Normalitas.....	79
Tabel 4.7 Hasil Uji Korelasi dengan menggunakan Uji <i>Spearman</i>	80
Tabel 4.8 Hasil Kekuatan Korelasi Variabel.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Model Tingkat Stigma Diri.....	39
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	53
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	55



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih berat daripada biasanya (Spiritia, 2015). Sebagaimana diketahui bahwa HIV/AIDS menjadi problem kesehatan yang sering terjadi di negara berkembang (Amran & Qarni, 2019), termasuk Indonesia. Penyakit HIV/AIDS pertama di temukan di Provinsi Bali, pada tahun 1987, penderitanya adalah warga Belanda yang dirawat di rumah sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar (Imelda, 2016).

AIDS telah menjadi masalah internasional karena jumlah pasien meningkat dalam waktu singkat, dan semakin banyak negara yang terkena dampaknya. Disebutkan pula bahwa epidemi yang terjadi tidak hanya mengenai penyakit (AIDS) dan virus (HIV), tetapi juga reaksi/dampak negatif di berbagai bidang seperti kesehatan, masyarakat, ekonomi, politik, budaya,

dan demografi. Dengan menurunnya daya tahan seseorang, orang yang terkena HIV/AIDS lebih rentan terhadap berbagai penyakit. HIV/AIDS dapat ditularkan kepada orang lain melalui hubungan seks tanpa kondom (anal, oral, vaginal) (tanpa kondom), berbagi jarum suntik, tindik, tato yang tidak steril, dan transfusi darah yang mengandung virus HIV positif dan HIV dengan orang yang terinfeksi HIV. Seorang ibu yang secara positif mempengaruhi bayinya dalam kandungan, saat melahirkan, atau melalui ASI (Parikesit, 2008).

Fakta menyebutkan bahwa penyakit AIDS sampai saat ini juga salah satu penyakit yang menakutkan dengan berujung kematian. Berdasarkan data dari UNAIDS dan WHO, AIDS sudah mengakibatkan angka kematian lebih dari 25 juta jiwa sejak pertama kali ditemukan di tahun 1981 (Riski, 2018). Pada tahun 2005-2015, kejadian kasus HIV terus meningkat, pada 10 tahun terakhir ditemukan ada kurang lebih 184-919 kasus HIV/AIDS yang dilaporkan jumlah kasus tertinggi yaitu di daerah DKI Jakarta (kurang lebih 38.464 kasus), diikuti propinsi Jawa Timur (kurang lebih 24.104 kasus), Papua (kurang lebih 20.147 kasus), Propinsi Jawa Barat (kurang lebih 17.075 kasus), dan Propinsi Jawa Tengah (kurang lebih 12.267 kasus) (Pusat Data dan Informasi, 2020).

Kasus HIV/AIDS mengalami perkembangan yang sangat cepat dipenjuru dunia. Bahkan meningkatnya kasus HIV/AIDS dengan diskriminasi di kalangan remaja masih tergolong tinggi dan mayoritas berkaitan dengan masih

rendahnya pengetahuan tentang HIV/AIDS. Menurut data, lebih dari 95 persen dari hampir 40 juta orang yang terinfeksi virus HIV tinggal di negara-negara miskin, dan pandemi AIDS saat ini mempengaruhi kaum muda. Di sisi lain, Ketakutan akan stigma dan prasangka terhadap ODHA (ODHA) terus menjadi penghalang yang signifikan. Menurut data Riset yang dikeluarkan pada tahun 2010, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki angka isolasi 7,5 persen untuk ODHA dan 20,9 persen merahasiakan keberadaan ODHA. Ketakutan menyebabkan orang menolak tes HIV, merasa malu untuk memulai pengobatan, dan, dalam situasi tertentu, menolak untuk belajar tentang HIV dan AIDS. Semua ini membuat pengendalian pandemi, juga dikenal sebagai penolakan atau keengganan, menjadi lebih sulit. (Suryani, 2016).

Para ahli menyebutkan bahwa stigma merupakan suatu variabel yang bersifat subjektif (Mickelson, 2015). Sehingga pengukuran stigma ini umumnya dapat dilakukan berdasarkan penilaian atas persepsi subjektif individu/kelompok yang diberi stigma (*perceived stigma*) (Zambrano, 2015). Untuk mempermudah mengetahui perbedaan antara *perceived stigma* dan istilah stigma lainnya Ardhikari, et al. (2014) membedakan stigma ke dalam tiga bentuk stigma. Pertama, *public stigma/enacted* yaitu cara publik bereaksi terhadap suatu kelompok berdasarkan stigma mengenai kelompok tersebut. Kedua, *perceived stigma* yaitu stigma yang dirasakan/dipersepsikan sendiri

oleh individu, atau pandangan individu bahwa dirinya mengalami stigma dari masyarakat karena merupakan bagian dari kelompok yang distigma sehingga menimbulkan reaksi negatif dari individu tersebut terhadap diri mereka sendiri. Mengacu pada perasaan malu, bersalah, persepsi ketakutan dan perasaan membenci diri sendiri karena efek negatif dari stigmatisasi yang dirasakan individu (*felt stigma*) (Ardhikari, 2014). Dan yang terakhir *self-stigma*, yaitu perasaan negatif individu tentang dirinya terlepas dari ada tidaknya stigma dari lingkungan. Mengacu pada perilaku maladaptif, transformasi identitas, persepsi atau reaksi sosial yang negatif berdasarkan kondisi kesehatan serta identitas dirinya.

Stigma yang melekat pada seseorang atau sekelompok orang tertentu yang terkena HIV/AIDS seringkali membuat penerima stigma menerima perlakuan diskriminatif dari kelompok mayoritas. Sehingga mereka merasa tertolak oleh lingkungannya (Rizkiayu, 2020), dikucilkan hingga menjadi korban berbagai bentuk kekerasan dari lingkungan masyarakat (Utami, 2018). Hal ini sejalan dengan definisi stigma oleh Link & Phelan (2001) yang menyatakan stigma sebagai sebuah fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan *labeling*, *stereotype*, *separation*, kehilangan status dan mengalami diskriminasi.

Charles (2012) bahwa dalam penelitiannya menyebutkan ODHA dengan tingkat *perceived stigma* yang tinggi memiliki resiko depresi yang tinggi juga, dan hubungan-hubungan positif antara *perceived stigma* pada ODHA dengan intensitas gejala HIV/AIDS. Dan menurut Sari (2018) juga menyebutkan bahwa dari 44 responden terdapat 54,5% stigma diri sedang, 61,4% dengan kualitas hidup tinggi. Stigma dan diskriminasi berpengaruh lebih besar dibanding virus HIV, karena HIV tidak hanya berpengaruh negative pada pasien HIV saja tetapi juga berpengaruh negative terhadap orang – orang disekelilingnya yaitu keluarga, perawat dan teman – temannya (Shahrina dan Pranata, 2018)

Munculnya penyakit atau wabah HIV/AIDS telah dibarengi dengan epidemi stigmatisasi terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) (Situmeang et al., 2017). Meskipun dalam dua dekade telah berlalu sejak lima kasus AIDS pertama dilaporkan pada tahun 1981 di Amerika Serikat dan kasus HIV/AIDS semakin banyak dan meluas, stigmatisasi terhadap individu dengan HIV/AIDS terus berlanjut baik dalam bentuk terbuka maupun terselubung (Gobel, 2014). Stigma HIV/AIDS merupakan fenomena sosial yang mendunia. Salah satu faktor ODHA sering distigmatisasi adalah karena HIV/AIDS adalah penyakit yang ditularkan oleh beberapa faktor dan perilaku yang tidak disetujui oleh masyarakat luas (misalnya perilaku homoseksual, penggunaan narkoba dan seks komersial), dan sebagian lagi karena orang takut tertular HIV/AIDS

karena fakta tersebut dan juga bahwa HIV/AIDS adalah penyakit degeneratif dan tidak dapat disembuhkan, terbukti bahwa angka kematian dengan kasus HIV/AIDS masih yang tertinggi.

Mengingat bahwa HIV/AIDS adalah penularan yang fatal dan umumnya di beberapa kelompok sosial (misalnya laki-laki homoseksual, biseksual dan pengguna narkoba suntikan), reaksi stigma terhadap ODHA dianggap sebagai hasil dari dua sikap yaitu: Sikap instrumental yang berasal terutama dari ketakutan tertular AIDS, dan sikap simbolik yang bersumber dari ekspresi permusuhan terhadap perilaku menyimpang dari kelompok risiko (Clair, 2018). Menurut *United nations programme on HIV/AIDS* tahun (2017) mencatat budaya atau kelaziman stigma, Indonesia menjadi urutan ketiga yang tertinggi kurang lebih 62,8%. Tingginya prevalensi stigma ODHA mungkin adanya factor yang mempengaruhi antara lain adalah rendahnya pengetahuan HIV/AIDS, kemudian persepsi negative yang tinggi terhadap ODHA dan jenis kelamin. Setelah adanya laporan stigma terhadap ODHA diberbagai belahan negara, tahun 2014 (WHO) menulis pedoman tentang pencegahan HIV/AIDS , hal ini juga didukung oleh peneliti tentang faktor-faktor yang ada hubunganya dengan stigma orang dengan HIV/AIDS Diantaranya :1.tingkat pendidikan 2.persepsi 3.ekonomi keluarga 4.jenis kelamin.(Ihwani et al., 2020).

Pembahasan atau penelitian tentang stigma bermula pada karya klasik

(Goffman, 1986), yang mendefinisikan stigma sebagai “atribut yang sangat mendiskreditkan dan di mata masyarakat berfungsi untuk mendiskreditkan orang yang mengalaminya. Dalam konteks HIV, perbedaan yang tidak diinginkan menyebabkan tingkat stigmatisasi lebih tinggi karena sering dikaitkan dengan seks yang tidak aman sehingga menimbulkan dua pemahaman yang negatif yaitu pemahaman negatif dari masyarakat dan pemahaman negative dari diri sendiri (self stigma) (Ardani & Handayani, 2017)

Tanggapan negatif atau yang sering disebut dengan pemahaman negative ada hubungannya dengan kehidupan ODHA. Karena anggapan negatif masyarakat akan berpengaruh besar pada pemahaman negative diri sendiri (self stigma). Pemahaman negative dan anggapan negative diri terhadap lingkungan akan mempengaruhi ODHA seperti: (1) Tekanan fisik (2) psikologi (3) kehidupan sosial bahkan depresi (Kemenkes RI, 2015). Berdasarkan pemahaman dan pengetahuan yang positif yang diberikan masyarakat dan lingkungan sekitarnya mulai dari lingkungan keluarga, sahabat, teman, perawat, dokter dapat meningkatkan kualitas hidup pasien HIV (Treisman & Angelino, 2004).

Menurut kajian literatur sebagaimana yang dilakukan oleh (Paryati et al., 2013) Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan pandangan tentang ODHA merupakan dua faktor yang mempengaruhi terjadinya pemahaman dan persepsi

ODHA yang kurang baik, menurut penelitian tersebut. Sebuah studi yang dilakukan oleh (Sofia, 2017) bahwa adalah mungkin untuk mendapatkan Hal ini berarti jika p-value adalah 0,03. Jumlah pengetahuan tidak relevan secara substansial ($p > 0,05$) dalam faktor predisposisi sikap stigmatisasi ODHA, menurut penelitian yang dilakukan oleh (Ni'mal Baroya, 2017) bahwa tingkat pengetahuan tidak bermakna secara signifikan ($p > 0,05$) dalam faktor predisposisi terhadap sikap stigma ODHA.

Diskriminasi dan stigma negatif kepada penderita HIV/AIDS tentu menjadi bagian dari tugas seorang perawat, Perawat juga memiliki peran, menurut CHS Hidayat (2008), menyatakan bahwa peran perawat dalam hal ini adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan, *educator*, *advokat* klien, koordinator, kolaborator, konsultan, dan pembaharu. Oleh karena itu, cara positif dalam menyelesaikan masalah yang timbul akibat *self-stigma* pada ODHA sangat diperlukan dari lingkungan khususnya perawat.(Hidayati & Wardani, 2014). Perawat harus percaya bahwa mereka dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan berempati dengan pasien HIV tanpa perlu menghindarinya, takut kepada mereka, atau ingin menukar pasien.

Pasien ODHA akan puas dengan pelayanan kesehatan yang diterimanya jika perawat menunjukkan sikap empatik dan suka menolong. Karena perawat kurang percaya maka pasien akan menolak untuk berobat atau dirawat di

pelayanan kesehatan jika perawat tidak memiliki sikap empati dan tolong-menolong. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya stigma pada ODHA di masyarakat selain factor di atas. Pendidikan kesehatan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan mengenai HIV/AIDS dalam banyak penelitian juga membuktikan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang paling mempengaruhi terjadinya pengurangan stigma. Orang yang memiliki pengetahuan cukup tentang faktor risiko, transmisi, pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS cenderung tidak takut dan tidak memberikan stigma terhadap ODHA.

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2014). Menurut Teori Lawrence Green perilaku kesehatan seseorang ditentukan oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pendorong, dan faktor penguat. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, termasuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, kebiasaan, nilai-nilai, norma sosial, budaya, dan faktor sosio-demografi (Maulana, 2009).

Menurut penelitian Berliana Situmeang dkk yang berjudul “Hubungan Pengetahuan HIV/AIDS dengan Stigma terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kalangan Remaja 15-19 Tahun di Indonesia” menyatakan bahwa pengetahuan yang kurang lebih berisiko mempunyai stigma terhadap ODHA

dibandingkan dengan pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji perbedaan jenis konsep diri negatif terkait pembentukan stigma diri pada ODHA dalam rangka mengetahui seberapa besar stigma diri mempengaruhi mereka dan apa penyebabnya?.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *Self-stigma* ODHA di Balkesmas Kota Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA di Balkesmas Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan status pernikahan), lingkungan sosial dan kualitas hidup ODHA di Balkesmas Kota Semarang.
- b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan HIV/AIDS di Balkesmas Kota

Semarang.

- c. Mengidentifikasi *self-stigma* ODHA di Balesmas Kota Semarang.
- d. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA di Balesmas Kota Semarang.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis

Pada tataran teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi intelektual bagi ilmu psikologi, khususnya psikologi klinis yaitu masalah yang perlu ditangani pada penderita HIV/AIDS.

2. Manfaat praktis

Pada tataran praktis, penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk memberikan masukan bagi pemerintah, masyarakat pada umumnya, khususnya bagi peningkatan kualitas hidup penderita HIV/AIDS serta pihak terkait yang menangani masalah HIV/AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep HIV/AIDS

a. Pengertian

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan keturunan. *Immune* terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir. AIDS adalah kumpulan gejala yang dihasilkan oleh virus yang disebut HIV yang menyebabkan penurunan sistem kekebalan tubuh. Ini disebut sebagai sindrom defisiensi imun didapat dalam bahasa Indonesia (Siregar, 2014). Sedangkan HIV adalah singkatan dari *Human Immuno Deficiency Virus*, yaitu virus yang merusak sistem imunologi tubuh dan menyebabkan AIDS.

Virus ini menargetkan jenis sel darah putih tertentu yang bertindak sebagai penangkal infeksi. Sel darah putih ini sebagian besar adalah limfosit, yang mengandung tanda CD4 di permukaannya. Karena penurunan CD4 dalam tubuh manusia menandakan penurunan sel darah putih atau limfosit, yang seharusnya membantu dalam pemberantasan

patogen yang masuk ke dalam tubuh. (Mayasari, 2020)

Jumlah CD4 berkisar antara 1400 hingga 1500 pada orang dewasa dengan sistem kekebalan yang sehat. Sementara itu, jumlah CD4 akan menurun seiring waktu pada pasien dengan gangguan sistem kekebalan tubuh, seperti penderita HIV/AIDS (KPA, 2008). Ketika kadar CD4 turun, virus, kuman, bakteri, dan patogen lain menjadi lebih mudah menginfeksi seseorang yang sudah HIV-positif. (Syaiful, 2015).

Penyakit infeksi HIV dan AIDS sejak muncul hingga sampai sekarang ini terus memunculkan persoalan atau probelam. Persoalan atau problem yang dihadapi sampai saat yang masih berkembang adalah persoalan interaksi dan perilaku individu yang terkena HIV dan AIDS. HIV merupakan virus *sitopatik* dari famili *retrovirus*. (Maartens, & Lewin, 2014).

HIV ditularkan dari ibu ke anak melalui tiga cara: 1) secara vertikal (selama kehamilan, persalinan, dan menyusui), 2) secara seksual, dan 3) melalui kontak dengan darah atau produk darah yang terkontaminasi (prinsip sterilisasi tidak diperhatikan terutama pada penggunaan jarum). Rajah atau tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, hemodialisis, dan perawatan gigi adalah semua pilihan). Darah, cairan serviks, cairan vagina, ASI, air liur, serum, urin, air mata, cairan alveolar, dan cairan

otak semuanya dapat dipisahkan atau diisolasi dari HIV.

HIV dan AIDS menyebar dengan cepat ke seluruh dunia, menjadi epidemi. Orang yang terpajan HIV dan tidak diobati akan tertular AIDS dalam satu dekade karena kelemahan sistem kekebalan yang diinduksi HIV. Di Indonesia, kasus HIV AIDS pertama kali ditemukan di Bali sekitar tahun 1987, dan pada tahun 1999 muncul fenomena baru penyebaran HIV dan AIDS, dengan jalur penularan melalui kontak darah, khususnya di kalangan pengguna narkoba suntik (IDU).). Karena berbagi jarum suntik, penularan pada kelompok penasun terjadi cukup cepat. Di Indonesia, penyebaran HIV melalui pekerja seks komersial meningkat drastis pada tahun 2000-an (Nasronudin, 2014).

b. Unsur HIV/AIDS

1) *Epidemiologi*

Penyebaran penyakit atau *epidemiologi* HIV/AIDS, menurut Wibisono dalam (Zulkifli, 2004) terdiri dari anantara lain: *agent, host* dan *environment*.

a) *Agent*

Faktor utama yang menyebabkan penyakit berupa unsur hidup datau mati dengan jumlah yang banyak atau kurang disebut

dengan istilah *agent*.

Pada penderita AIDS virus HIV merupakan penyebab dari penyakit tersebut. Sulitnya menemukan obat HIV/AIDS dikarenakan HIV termasuk golongan virus yang sangat mudah bermutasi dan berkembang dengan cepat seperti halnya virus corona covid-19 yang sekarang sedang melanda diberbagai negara di dunia.

Virus HIV tidak bisa hidup di luar tubuh manusia, karena virus ini akan mati pada temperatur 60°C selama kurang lebih 30 menit virus akan mati sendirinya. Adapun daya penularan HIV tergantung pada jumlah virus yang terdapat pada sumber perantara penularan.

b) *Host*

Dari sudut ekologis manusia adalah faktor utama yang menjadikan bagian dari resiko terkena penyakit atau tertular virus HIV, manusia dalam hal ini disebut dengan host. Pada kasus penyebaran atau penularan virus HIV secara umum, perbandingannya sekitar 35 juta orang hidup dengan HIV dengan angka kematian sebesar 1,5 juta, itu terjadi pada akhir tahun 2013. Di wilayah Asia dan Pasifik, pada tahun 2013 telah tercatat ada sekitar kurang lebih 4.800.000 orang hidup dengan terinfeksi HIV

dan 250.000 orang dinyatakan meninggal dunia. Laporan lain juga menyebutkan yang sama terdapat kurang lebih 350.000 kasus terindikasi sebagai kasus infeksi baru dengan jumlah 22.000 orang diantaranya terjadi pada usia anak-anak (Laporan UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2014).

Jika kasus HIV dilihat dari sudut pandang golongan usia, maka golongan usia 20 – 29 tahun yang terbanyak menderita AIDS, pada golongan usia 20-29 tahun kasus yang ditemukan mencapai angka 18.352 kasus, setelah itu pada golongan usia 30 - 39 tahun, ditemukan kasus sebanyak 15.890 kasus, dan golongan usia 40 – 49 tahun ditemukan kasus sebanyak kurang lebih 5.974 kasus.

c) *Environment*

Penyebaran HIV/AIDS juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan biologis sosial, ekonomi, budaya dan agama. Sikap dan perilaku seseorang apalagi perilaku yang negatif seperti halnya perilaku seksual sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan budaya serta agama secara bersama-sama atau sendiri-sendiri. Pepatah mengatakan bahwa semakin tinggi iman seseorang maka semakin berkurang dalam melakukan kemaksiatan, salah satu kemaksiatan yang menyebabkan terjadinya penularan HIV adalah

perilaku seksual diluar norma agama.

2) Masa Inkubasi

Masa inkubasi adalah masa dimana seseorang yang terpapar virus HIV sampai dengan terjadinya atau timbul gejala-gejala dari penyakit HIV/AIDS (Budiharto, 2002). Menurut Williams (2011) berpendapat bahwa seseorang yang terpapar virus HIV sampai dengan timbul gejala positif penyakit AIDS memakan waktu kurang lebih sekitar 8 – 10 tahun. Menurut Suesen sebagaimana yang dikutip Siregar (2014), menyatakan bahwa virus HIV yang menyerang manusia memiliki masa inkubasi yang terbilang lama yaitu sekitar 5 – 10 tahun dan menyebabkan gejala-gejala penyakit yang bermacam-macam di tubuh manusia, mulai dari tanpa gejala sampai dengan gejala yang berat sehingga menyebabkan seseorang yang terkena virus HIV meninggal dunia.

Selain masa inkubasi seseorang yang terinfeksi virus HIV, juga akan mengalami masa yang disebut dengan masa laten. Masa laten bagi seseorang yang terkena virus HIV terjadi anatar 3 – 4 bulan, pada masa laten ini, anti bodi dalam tubuh seseorang berkembang terhadap virus HIV dan jika dilakukan tes virus HIV belum terdeteksi. Menurut Muninjaya (2015), menyatakan bahwa pada masa laten inilah

seseorang yang terpapar atau seseorang yang pengidap HIV sudah bisa menularkan HIV ke orang lain.

3) Penularan

Virus HIV dalam tubuh terurai berada dalam cairan tubuh manusia, seperti pada darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu. Menurut (Zulkifli, 2004), menyebutkan bahwa penularan HIV terjadi dengan 2 cara, yaitu:

a) Secara kontak seksual

Melalui hubungan seksual dengan pengidap HIV dengan tanpa menggunakan perlindungan. Yang dimaksud hubungan seksual disini adalah hubungan yang dilakukan secara vaginal, anal, dan oral. Pada saat berhubungan tersebut jika terjadi luka lecet yang berukuran mikroskopis pada dinding vagina, kulit penis, dubur dan mulut maka berisiko tinggi sebagai jalan masuk virus HIV ke darah (Syaiful, 2015).

b) Secara non seksual

- (1). Produk darah yang sudah tercemar HIV.
- (2). Alat-alat tajam atau runcing (seperti pisau bedah, jarum, pisau cukur dan sebagainya) untuk membuat sayatan di kulit, menyuntat seseorang, membuat tato, penyalahgunaan narkoba

dan sebagainya juga dapat menularkan HIV.

- (3). Transmisi *transplasental*, yaitu penularan dari ibu yang mengandung HIV positif ke anak yang dilahirkan.

Sementara hubungan sosial dengan orang yang mengidap HIV seperti berjabat tangan, bersentuhan, berpelukan, berciuman, makan bersama, menggunakan peralatan makan dan minum yang sama, tinggal serumah bersama ODHA, berenang di kolam renang dan menggunakan kamar mandi tidak berisiko terjadi penularan HIV.

Walaupun hubungan sosial tersebut dilakukan dengan saling kontak dengan cairan tubuh pengidap HIV, seperti keringat dan air liur namun tetap tidak berisiko tinggi tertular HIV. Hal tersebut dikarenakan pada cairan tubuh lainnya konsentrasi HIV sangat rendah.

4) Pencegahan

Pencegahan HIV pada intinya tidak masuknya cairan tubuh yang memiliki konsentrasi tinggi HIV kedalam tubuh. Cara pencegahan penularan HIV dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu:

- a) Mencegah penularan HIV lewat hubungan seks, dengan cara antara lain: (1) *Abstinensi*, yaitu tidak melakukan hubungan seks; (2) *Monogami* yaitu tidak berganti-ganti pasangan dan saling setia kepada pasangannya; (3) Menggunakan pengaman atau kondom

apa bila melakukan hubungan seks yang berisiko.

b) Mencegah penularan secara non seksual dengan cara antara lain: (1)

Mensterilkan alat yang menembus kulit dan darah (seperti jarum

suntik, jarum tato, atau pisau cukur; (2) Tidak menggunakan jarum

suntik dan alat menembus kulit bergantian dengan orang lain; (3)

Menghindari transfusi darah yang berisiko.

2. Pengetahuan HIV/AIDS

a. Pengertian

Pengetahuan adalah proses manusia “mengetahui” sesuatu setelah merasakan suatu objek tertentu. Lima indera manusia, termasuk penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan sentuhan, digunakan untuk mendeteksi informasi. Pengetahuan manusia berusaha untuk dapat menjawab berbagai masalah kehidupan yang dialami manusia sehari-hari, dan digunakan untuk memberikan berbagai kemudahan atau jawaban bagi manusia. Dalam skenario ini, pengetahuan dapat dibandingkan dengan alat yang digunakan manusia untuk memecahkan masalah. (Notoatmodjo, 2012).

Penginderaan sebagaimana yang dimaksud adalah apabila hal ini menghasilkan pengetahuan yang sangat dipengaruhi oleh perhatian dan

kekuatan persepsi subjek. Pengetahuan seseorang memiliki intensitas dan tingkatannya berbeda-beda, hal ini disebabkan karena proses mendapatkan pengetahuan setiap orang lebih banyak diperoleh dari dan melalui panca indera penglihatan mereka yaitu mata dan panca indera pendengaran seseorang yaitu melalui telinga.

Dalam hal menghasilkan pengetahuan, intensitas perhatian dan persepsi terhadap hal tersebut berdampak besar pada penginderaan sebagaimana dimaksud. Indera pendengaran (telinga) dan penglihatan (mata) memberikan sebagian besar informasi seseorang (mata). Akibatnya, pengetahuan objek seseorang memiliki berbagai intensitas atau tingkatan.

Pengetahuan juga erat kaitannya dengan pendidikan, dengan harapan seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih berpengetahuan dan memiliki jumlah pengetahuan yang banyak. Penting untuk dicatat, bagaimanapun, bahwa kurangnya pendidikan tidak berarti kurangnya pengetahuan. Aspek positif dan negatif dari pemahaman seseorang tentang suatu objek atau apa pun hadir dalam pengetahuannya. Kedua faktor ini akan mempengaruhi dan menentukan sikap seseorang; semakin banyak karakteristik dan objek positif yang disadari seseorang, semakin baik pandangan yang dia miliki terhadap objek tersebut. Salah satu jenis

objek kesehatan dapat digambarkan dengan pengetahuan yang dikumpulkan dari pengalaman pribadi, menurut teori WHO (World Health Organization). salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri (Wawan & Dewi, 2010).

Dari uraian di atas, penulis dapat menyimpulkan bahwa pengetahuan tentang HIV/AIDS mengacu pada apa saja yang diketahui seseorang tentang HIV/AIDS sebagai hasil dari persepsi dan pendidikan..

b. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar tingkat pengetahuan dibagi menjadi 6 (enam) tingkat yaitu:

1) *Know* (mengetahui)

Mengetahui diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini mengacu pada mengingat materi tertentu dari semua materi yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

2) *Comprehension* (Memahami)

Memahami atau pemahaman didefinisikan sebagai kemampuan untuk menafsirkan objek yang diketahui dengan benar dan

menafsirkan materi dengan benar. Orang yang sudah mengetahui objek atau materi harus tahu bagaimana menjelaskan, berkonsultasi dengan contoh, menarik kesimpulan, memprediksi objek yang diteliti, dan lain-lain.

3) *Application* (Aplikasi)

Aplikasi didefinisikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari dalam kondisi atau kondisi nyata. Aplikasi dapat diartikan sebagai mengimplementasikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

4) *Analysis* (Analisis)

Analisis adalah kemampuan untuk menganalisis atau menggambarkan bahan atau benda sebagai komponen, tetapi masih saling terkait. Kemampuan analisis ini terlihat pada penggunaan kata kerja yang dapat menggambarkan (membuat diagram), membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

5) *Synthesis* (Sintetis)

Sintesis mengacu pada ketrampilan dan kemampuan untuk menempatkan atau menghubungkan potongan-potongan atau bagian-

bagian dengan cara umum yang baru untuk membuatnya lebih lengkap dan menyeluruh. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun rumus-rumus baru dari rumus-rumus yang sudah ada, misalnya dapat menulis, merencanakan, meringkas, merangkum dan menyesuaikan teori.

6) *Evaluation* (Evaluasi)

Evaluasi berkaitan dengan pembuktian dan membenaran atau evaluasi kemampuan suatu objek. Pembuktian atau membenaran dan evaluasi berdasarkan pengalaman yang ditentukan sendiri atau menggunakan standar yang ada (Notoatmodjo, 2012).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Fitriani (dalam Yuliana, 2017), menjelaskan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain adalah sebagai berikut:

1) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi proses belajar dan memperoleh pengetahuan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima dan memahami informasi serta pengetahuannya luas. Dalam hal ini, peningkatan ilmu pengetahuan tidak mutlak diperoleh melalui pendidikan formal, tetapi

juga dapat diperoleh pada pendidikan nonformal.

Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini menentukan sikap seseorang terhadap suatu objek tertentu. Mengetahui aspek yang paling positif dari objek juga akan menumbuhkan sikap positif terhadap objek tersebut. Pendidikan tinggi seseorang diperoleh dari informasi dari orang lain dan media. Semakin banyak informasi yang Anda masukkan, semakin banyak pengetahuan kesehatan yang Anda peroleh.

2) Sumber informasi/Media massa

Informasi yang diperoleh seseorang baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat menambah pengetahuan jangka pendek (*immediate impact*), sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Apalagi saat ini, dengan adanya kemajuan teknologi, yang mana menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat diakses oleh siapa saja, dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi yang baru. Media komunikasi seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan, dan lain-lain yang mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan informasi serta kepercayaan orang.

3) Sosial, Budaya dan Ekonomi

Baik buruknya budaya atau kebiasaan dan tradisi seseorang yang tidak melalui logika juga akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan ketersediaan perlengkapan, media, fasilitas, sarana dan prasarana yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi juga sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.

4) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang melingkupi manusia, baik fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan mempengaruhi proses pengenalan informasi dan pengetahuan kepada orang-orang di lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik dalam lingkungan, dan interaksi tersebut akan direspon sebagai bagian dari pengetahuan.

5) Pengalaman

Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pengalaman pribadi atau pengalaman orang lain. Jenis pengalaman ini merupakan cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, bahkan pengalaman seseorang akan membuat seseorang memiliki pengetahuan yang mendalam,

karena pada umumnya orang tersebut telah mengalami sesuatu dan menghasilkan pengetahuan yang tidak dimiliki orang lain.

6) Umur seseorang

Umur atau usia seseorang juga mempengaruhi daya ingat, pemahaman, dan pola pikir seseorang. Seiring bertambahnya usia, kemampuan berpikir, ingatan, dan menangkap orang akan berkembang lebih banyak dan mereka akan memperoleh lebih banyak pengetahuan.

Selain faktor di atas, terdapat 2 (dua) sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan pengetahuan seseorang selama hidup antara lain:

- 1) Semakin tua, semakin cerdas mereka dan semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang mereka temukan dan semakin banyak hal yang mereka lakukan untuk meningkatkan pengetahuan mereka.
- 2) Ketidakmampuan untuk mengajarkan keterampilan baru kepada orang tua, karena secara fisik dan mental orang yang sudah tua mengalami penurunan fisik dan mental secara alami. Secara alami dapat dikatakan bahwa IQ seseorang akan mengalami penurunan, dengan bertambahnya usia, keterampilan seseorang akan mengalami peningkatan terutama dalam keterampilan lain seperti mengolah kata dan akal sehat menjadi logis dan realistis (Notoatmodjo, 2012).

Metode untuk memperoleh pengetahuan dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

1) Metode tradisional untuk memperoleh pengetahuan

Metode kuno atau tradisional ini digunakan orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, dan kemudian secara sistematis dan logis mengusulkan metode ilmiah atau metode penelitian. Metode untuk memperoleh pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

a) *Trial and Error* (Metode coba dan salah)

Cara paling tradisional bagi manusia untuk memperoleh pengetahuan adalah melalui coba-coba dan salah. Istilah ini lebih dikenal sebagai "*trial and error*." Sebelum peradaban saat ini ada, metode ini telah digunakan oleh banyak orang. Metode coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan pemecah masalah, jika ini tidak berhasil, mencoba kemungkinan lain. Jika kemungkinan kedua tidak berhasil, mencoba lagi dengan kemungkinan ketiga, jika kemungkinan ketiga tidak berhasil, mencoba kemungkinan keempat, dan seterusnya, sampai masalah dapat diselesaikan, maka metode ini disebut metode coba dan salah (*trial and error*) atau metode coba-coba/coba-salah.

b) Metode menuju kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan sehari-hari manusia, ada begitu banyak kebiasaan dan tradisi sehingga orang tidak rasional dan tidak masuk akal, dan mereka melakukannya dengan benar atau salah. Kebiasaan ini umumnya diturunkan dari generasi ke generasi. Misalnya, mengapa selapanan atau ritual turun bumi untuk bayi, mengapa ibu menyusui harus mengambil bahan obat, mengapa anak tidak boleh makan telur, dan lain-lain.

c) Berdasarkan Pengalaman Privasi

Pepatah mengatakan pengalaman adalah guru terbaik, pengalaman adalah sumber pengetahuan secara alami yang berjalan secara tidak disengaja atau pengalaman yang terbaik. Pepatah ini mengandung arti bahwa pengalaman pribadi adalah cara untuk memperoleh pengetahuan dan kebenaran. Oleh karena itu, pengalaman pribadi dalam hal ini dapat digunakan sebagai upaya mendapatkan pengetahuan.

d) Melalui jalan pikiran

Dengan berkembangnya budaya manusia maka pemikiran manusia juga berkembang. Dari sini, manusia dapat menggunakan akalnya untuk memperoleh pengetahuan. Dengan kata lain, dalam proses memperoleh pengetahuan dan kebenaran, manusia

menggunakan pikirannya baik secara induksi maupun deduksi.

2) Metode modern dalam memperoleh pengetahuan

Secara ilmiah, kita tahu bahwa untuk menarik kesimpulan, kita dapat menarik kesimpulan dengan mengamati secara langsung dan menuliskan semua fakta di lapangan yang berkaitan dengan objek yang diamati atau diselidiki. Dalam kegiatan ini minimal mencakup tiga hal pokok, yaitu:

- a) Semua hal yang positif adalah fenomena atau gejala tertentu selama pengamatan.
- b) Semua hal negatif adalah fenomena atau gejala tertentu yang tidak tampak selama pengamatan.

Fenomena atau gejala yang muncul berbeda-beda, yaitu gejala berubah dalam kondisi dan keadaan tertentu. Berdasarkan hasil pencatatan tersebut dapat ditentukan ciri-ciri atau unsur-unsur yang harus ada dalam gejala-gejala tersebut. Selain itu, ini digunakan sebagai dasar untuk menarik kesimpulan atau generalisasi untuk pengetahuan baru.

Prinsip-prinsip umum di atas kemudian dijadikan dasar pengembangan metode penelitian yang lebih praktis. Akhirnya lahirlah suatu metode penelitian, yang sekarang disebut metode penelitian ilmiah

(*scientific research method*) (Notoatmodjo, 2012).

d. Alat Ukur Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan melalui wawancara atau survei angket, menanyakan kepada objek penelitian atau yang diwawancarai tentang isi materi yang akan diukur (Notoatmodjo, 2012). Menurut Nurhasim (2013), menyatakan bahwa pengukuran pengetahuan dapat dilakukan melalui wawancara atau kuesioner, yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan yang diwawancarai, meliputi pengetahuan, pemahaman, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Soal-soal yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan secara umum dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu pertanyaan subjektif, seperti pertanyaan komposisi, dan pertanyaan objektif, seperti pertanyaan pilihan ganda (*multiple choice*), pertanyaan benar dan salah, dan pertanyaan menjodohkan.

Cara mengukur pengetahuan adalah dengan mengajukan pertanyaan kemudian mendapatkan 1 poin untuk jawaban yang benar dan 0 poin untuk jawaban yang salah. Evaluasi berikut dilakukan dengan membandingkan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan dengan 100. Hasil persentase dibagi menjadi 3 kategori, yaitu baik (76-100%), sedang atau cukup (56-75%) dan kurang (<55%) (Arikunto, 2013).

3. Konsep *Self-stigma* ODHA

a. Pengertian *self-stigma* ODHA

Stigma diri atau *self-stigma* adalah keadaan dan keadaan seseorang yang meyakini dan meyakini bahwa stigma yang dikenakan kepadanya oleh masyarakat adalah benar. Karena ia percaya dan meyakini apa yang dikatakan orang tentang dirinya adalah benar, stigma diri akan berdampak negatif dan merusak kepercayaan diri seseorang. Stigma diri memiliki dampak yang merugikan bagi individu. Stigma diri menyebabkan hilangnya harga diri dan penerimaan (Pratiwi, 2019).

Self-stigma adalah sikap dan asumsi yang tidak menguntungkan yang timbul dari respon emosional seseorang terhadap suatu penyakit yang dapat menimbulkan emosi ketakutan dan perubahan respon pelaku, dan paling buruk dapat menimbulkan efek negatif yang mengarah pada penurunan kualitas hidup, harga diri rendah, dan penurunan penggunaan pelayanan kesehatan (Corrigan & Rao, 2012). *Self-stigma* muncul akibat adanya efek negatif dari penilaian orang lain dan pengalaman seseorang yang pernah mengalami diskriminasi terhadap dirinya, sehingga mereka cenderung mengurung diri dari lingkungan sosialnya (Mardiah et al., 2020). *Self-stigma* biasanya muncul ketika seseorang belum bisa

menerima keadaan mereka yang nyata karena perubahan sistemik dari penyakit yang dideritanya, sehingga hal tersebut dapat menimbulkan kesan tidak baik atau negatif dan perasaan malu karena menderita penyakit tertentu, missal HIV/AIDS, diabetes, dan lainnya (Nishio & Chujo, 2017).

Menurut Corrigan dan Rao (2012), Stigma diri sering dikacaukan dengan penerimaan diri negatif, yaitu ketika seseorang mengakui bahwa publik memiliki bias terhadap mereka dan akan menstigmatisasi mereka. Mereka akan merasa direndahkan atau mencela diri sendiri secara khusus, serta prasangka yang mengarah pada rendahnya harga diri dan efikasi diri (keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk melakukan tugas atau tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil tertentu). Tingkat pertama dari model *self-stigma* kemudian tercapai.

Self-stigma adalah persepsi negatif yang dihasilkan dari respons emosional seseorang terhadap suatu penyakit, yang dapat menyebabkan perasaan takut dan perubahan respons perilaku, dan, dalam skenario terburuk, dapat memiliki konsekuensi negatif seperti penurunan kualitas hidup, harga diri rendah, dan mengurangi penggunaan layanan kesehatan. (Corrigan dan Rao, 2012). *Self-stigma* muncul akibat efek negatif dari penilaian orang lain dan pengalaman pernah mengalami diskriminasi,

sehingga mereka cenderung menarik diri dari lingkungan sosialnya (Wardani dan Dewi, 2018) .

Self-stigma biasanya muncul ketika seseorang belum bisa menerima keadaan mereka karena perubahan sistemik dari penyakit yang dideritanya, sehingga, hal tersebut dapat menimbulkan kesan negatif dan perasaan malu karena menderita HIV/AIDS (Nishio dan Chujo, 2017). *Self-stigma* pada pasien HIV/AIDS adalah prasangka negatif ODHA terhadap dirinya sendiri yang memunculkan respons emosional dan perubahan perilaku karena penyakit yang dideritanya (Kuanar et al., 2017).

Selanjutnya istilah ODHA berarti penderita HIV/AIDS, dalam hal ini orang yang memiliki HIV di dalam tubuhnya setelah dilakukan tes darah (orang yang terinfeksi) (Mudjahid, 2000). Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dapat menerima pengobatan. Pengobatan yang tersedia saat ini adalah melalui terapi ARV (*antiretroviral*). Terapi ini dapat meminimalkan perkembangan HIV di dalam tubuh manusia dan tetap “sehat” dalam arti “tanpa gejala”, namun HIV tetap ada di dalam tubuh dan dapat menulari orang lain.

Setelah terinfeksi HIV / AIDS, orang telah mengalami banyak perubahan besar dan penyakit mereka mempengaruhi semua aspek

kehidupan pribadi, sosial, akademik, profesional dan keluarga (Wahyu et al., 2012). Perubahan-perubahan yang dialami ODHA di dalam dan di luar membuat mereka berasumsi negatif tentang diri mereka sendiri dan mempengaruhi perkembangan konsep diri mereka. ODHA cenderung menunjukkan sikap dan pola respon perilaku yang salah. Hal ini disebabkan oleh ketidakmampuan ODHA untuk menerima kenyataan yang terjadi dalam kondisi yang dialaminya. Dengan asumsi bahwa HIV adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan, situasi ini diperparah. Beberapa masalah fisik dan psikologis yang dihadapi ODHA antara lain: stres, penurunan berat badan, kecemasan yang meningkat, kondisi kulit, depresi, kebingungan bahkan kehilangan ingatan, penurunan etika profesi, ketakutan, rasa bersalah, penolakan sosial, depresi bahkan depresi kecenderungan. Keadaan ini menghambat aktivitas dan perkembangan ODHA sehingga kehidupan produktif dan efektif mereka sehari-hari sangat terganggu.

ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS) seringkali menghadapi masalah dan masalah yang kompleks, yang berarti mereka harus merasakan lebih sedikit rasa sakit di tubuh mereka dan menderita berbagai stigma penyakit akibat lingkungan (Hasna Sarikusuma & Nur

Hasanah, 2012). Ketika orang yang terinfeksi berada di lingkungan yang mencakup keluarga dan lingkungan sosial, orang yang terinfeksi sering merasa tidak nyaman atau cemas karena mereka menyadari bahwa lingkungan akan membuat pernyataan negatif tentang infeksi HIV dan AIDS mereka.

Lingkungan biasanya dibenarkan dan bahkan sedikit menghukum, yaitu ODHA adalah orang yang dikutuk karena perilaku abnormal, orang yang menderita penyakit berbahaya dan menular, atau orang yang membawa stigma serius kepada anggota keluarga dan selebriti. Reaksi atau opini ini muncul karena kurangnya pengetahuan, khususnya pengetahuan tentang HIV dan AIDS dan cara penularannya.

Status atau label negatif ODHA menjadi semakin umum dan kuat, dan secara otomatis akan menimbulkan diskriminasi terhadap ODHA. Lingkungan akan memberikan berbagai bentuk diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi, seperti penolakan untuk mengobati orang yang terinfeksi, tempat makan yang berbeda, pengasingan atau pengucilan, isolasi atau bahkan pemutusan hubungan kerja. ODHA memiliki pandangan yang berbeda tentang dirinya sebelum dinyatakan ODHA dan setelah dinyatakan terkena HIV/AIDS.

Menurut Makmur (2018), menyatakan bahwa masalah yang

dihadapi ODHA tidak hanya kondisi fisik yang semakin memburuk, tetapi juga masalah sosial, seperti menerima label negatif dan berbagai bentuk diskriminasi dari lingkungan sekitarnya. HIV dan AIDS dianggap sebagai penyakit terkutuk karena perilakunya yang menyimpang karena sangat lekat dengan mereka yang melakukan penyimpangan, termasuk pelacur (pekerja seks), gay, dan pelaku seks bebas pengguna narkoba suntik. Perlakuan yang tidak proporsional yang diberikan kepada ODHA ini disebabkan karena ODHA dianggap sebagai pembawa risiko infeksi, penyakit yang fatal. ODHA mengalami labeling negatif atau berbagai bentuk diskriminasi di lingkungan, termasuk keluarga, teman, dan lingkungan. Pasalnya, HIV dan AIDS yang mereka derita dianggap sebagai penyakit berbahaya dan mematikan bagi masyarakat.

Dari penjelasan di atas peneliti dapat menyimpulkan bahwa stigma diri ODHA mengakomodir stigma masyarakat terhadap dirinya berupa ODHA mengabaikan baik diskriminasi, hinaan, perlakuan kasar, urusan keluarga dan sosialnya, sehingga dapat disimpulkan bahwa ODHA sadar diri. Pelayanan lingkungan dan kesehatan adalah benar dan memiliki konsekuensi negatif bagi diri sendiri, yang mengarah pada kurangnya penerimaan diri dengan percaya diri, yang mengarah pada harga diri dan keterikatan yang rendah.

b. Indikator *Self-stigma*

Berikut ini indikator yang berhubungan dengan *self-stigma*:

1) Kognitif

Kognitif atau pengetahuan seseorang sangat dibutuhkan dalam proses pengelolaan penyakit, sehingga seseorang dapat melakukan kontrol terhadap penyakitnya dengan baik sepanjang kehidupannya (Apriliyani, 2018).

2) Sikap

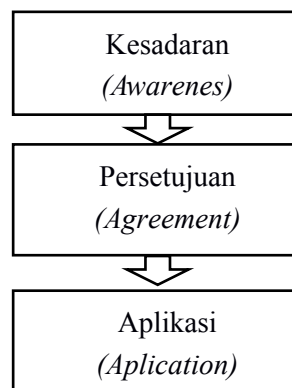
Sikap merupakan suatu respons atau stimulus yang hadir dalam jiwa, yang diaplikasikan dalam bentuk perasaan terhadap suatu kejadian yang terjadi seperti kondisi suatu penyakit dan kondisi lainnya (Apriliyani, 2018).

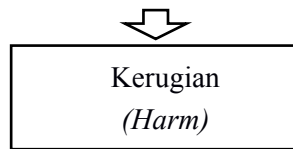
3) Perilaku

Menurut Apriliyani (2018), berpendapat bahwa perilaku adalah tindakan yang dilakukan seseorang untuk memuaskan kebutuhannya. Perilaku yang muncul dipengaruhi oleh kognisi dan sikap positif. Ketika seseorang menderita penyakit kronis, jika pasien memiliki pengetahuan atau pengetahuan kognitif yang baik tentang penyakitnya, disertai dengan sikap positif, respons perilaku atau tindakan pencegahan akan dihasilkan untuk mengendalikan penyakit tersebut.

c. Tahap-tahap *Self-stigma*

Proses internalisasi stigma publik atau masyarakat terjadi melalui serangkaian tahapan yang berurutan yang saling mengikuti, menjadi tahap awal pembentukan stigma diri atau *self-stigma*. Secara umum, orang yang menderita kondisi tidak sehat ini menyadari fenomena yang ada di masyarakat tentang kondisi mereka. Oleh karena itu, tahap ini disebut tahap kesadaran (*awareness*). Orang ini kemudian menerima bahwa stereotip negatif mereka di masyarakat adalah nyata, dan tahap ini disebut tahap persetujuan (*agreement*). Selain itu, orang tersebut menerima bahwa stereotip ini berlaku untuk dirinya sendiri atau disebut tahap eksekusi (*Apply*). Hal ini dapat menyebabkan kerugian besar, penurunan harga diri dan *self-efficacy* atau efikasi diri, sehingga tahap ini menjadi tahap akhir dari stigma diri, yang disebut kerugian (*Harm*) (Corrigan dan Reo, 2012).





Gambar 2.1 Model Tingkat Stigma Diri
(Corrigan dan Rio, 2012)

Secara umum, individu dengan kondisi yang tidak diinginkan sadar akan adanya stigma public terhadap dirinya (*Awareness*). Individu kemudian setuju bahwa stigma negatif dari masyarakat ini adalah benar (*Agreement*) dan individu meyakini bahwa stigma negatif tersebut berlaku pada dirinya sendiri (*application*).

Scheid dan Brown (2010), berpendapat bahwa *self- stigma* terdiri dari 4 (empat) domain (Anggreni & Herdiyanto, 2017), yaitu:

1) Cap atau tanda (*labeling*)

Labeling adalah cap atau tanda pembedaan dan pemberian label atau diberi nama sesuai dengan perbedaan dalam masyarakat.

Sebagian besar perbedaan individu dianggap tidak relevan bagi masyarakat, tetapi beberapa perbedaan spesifik mungkin penting dalam masyarakat. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok adalah sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma. Jadi labeling adalah penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki

kelompok tertentu.

2) Asumsi seseorang (*Stereotip*)

Stereotip adalah semacam kerangka ideologis atau kognitif yang terdiri dari pengetahuan dan keyakinan tentang kelompok sosial tertentu dan karakteristik tertentu. (Baron dan Byrne, 2003). Menurut Rahman (2013), berpendapat bahwa *stereotip* adalah keyakinan tentang karakteristik tertentu dari anggota kelompok tertentu. Oleh karena itu, stereotip adalah komponen kognitif individu, itu adalah keyakinan tentang atribut atau karakteristik pribadi individu dalam kelompok tertentu atau kategori sosial tertentu. (Rahman, 2013).

3) Pemisahan (*separation*)

Separation adalah pemisahan "kita" (sebagai bagian yang tidak distigmatisasi atau distigmatisasi) dari "mereka" (bagian yang distigmatisasi). Ketika individu yang diberi label berpikir bahwa mereka sebenarnya berbeda, hubungan antara label dan atribut negatif akan menjadi alasan, sehingga proses stereotip dapat dikatakan berhasil. (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010). Jadi separation adalah pemisahan antara kelompok yang terstigma dan kelompok yang tidak terstigma.

4) Perbedaan perilaku (*diskriminasi*)

Diskriminasi adalah perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013). Jadi diskriminasi merupakan unsur perilaku yang merendahkan nilai individu, karena individu berbeda dalam kelompok.

Menurut konsep Corrigan dan Rao (2012) tentang stigma diri atau *self-stigma* dan konsep "*The Why Try Effect*" atau konsep "mengapa mencoba". Efek ini merupakan akibat dari *self-stigma*, dimana *self-stigma* dapat mengganggu pencapaian tujuan hidup. Stigma diri merupakan hambatan untuk mencapai tujuan hidup. Namun, efek harga diri dan kecemburuan dapat mengurangi efek buruk dari stigma diri. Penurunan harga diri dapat menyebabkan peluang atau peluang yang tidak terasa berharga, yang melemahkan upaya untuk peluang atau peluang tersebut, seperti mendapatkan pekerjaan yang kompetitif.

Menurut Link et al (1989) dalam Corrigan dan Rao (2012), menyatakan bahwa efek "*Why Try*" adalah varian dari teori pelabelan yang dimodifikasi. Pengecualian sosial yang terkait dengan stigma juga dapat menyebabkan rendahnya harga diri. Teori pelabelan yang dimodifikasi ini juga menyarankan penghindaran sebagai akibat perilaku merendahkan atau mengkritik diri sendiri.

Ketika orang merasa rendah diri, mereka dapat menghindari

antisipasi ketidakpedulian publik. Ada paradoks self-stigma (Corrigan dan Watson 2002 dalam Corrigan dan Rao (2012). Beberapa orang dengan self-stigma tidak menyadari dampak dari self-stigma. Tetapi beberapa orang disebut kelompok ketiga atau kelompok ketiga. Awalnya tidak menerima orang yang secara sosial tidak adil atau distigmatisasi. Kelompok ketiga ini berusaha mengurangi dampak stigma diri melalui pemberdayaan atau pemberdayaan pribadi.

Memberdayakan orang adalah cara yang efektif untuk mengurangi stigma diri, mendorong orang untuk percaya bahwa mereka dapat mencapai tujuan hidup mereka, dan menghindari konsekuensi negatif lebih lanjut dari stigma diri. Pemberdayaan di sini berarti sisi lain dari stigma, yang menyiratkan kekuasaan, kontrol, aktivisme, kemarahan dan optimisme. Survei menunjukkan bahwa pemberdayaan terkait dengan harga diri yang lebih tinggi, kualitas hidup yang lebih baik, lebih banyak dukungan sosial, dan kepuasan yang lebih besar dengan program bantuan bersama. Oleh karena itu, pemberdayaan merupakan cara yang luas untuk mengurangi stigma.

Banyak orang yang menghadapi stigma diri lebih suka bersembunyi. Mereka dapat melindungi rasa malu mereka dengan tidak membiarkan orang lain tahu tentang mereka. Salah satu cara untuk

mempromosikan stigma dan memerangi rasa malu adalah dengan mempublikasikannya. Sebuah studi menarik menunjukkan bahwa keterbukaan terkait dengan pengurangan dampak negatif stigma diri terhadap kualitas hidup, yang mendorong orang untuk bergerak menuju pencapaian tujuan hidupnya (Corrigan, Morris, Larson, (2010)).

Ketika orang terbuka terhadap penyakit mereka dan mengurangi kekhawatiran mereka tentang kerahasiaan, mereka mungkin segera menemukan teman sebaya atau anggota keluarga yang akan mendukung mereka bahkan setelah mereka memahami penyakit mereka, dan mereka mungkin menemukan bahwa keterbukaan mereka meningkatkan rasa kekuasaan dan kendali kehidupan (Corrigan, Roe, Tsang; 2011).

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Self-stigma*

Menurut para ahli terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terbentuknya stigma secara umum sebagai berikut:

1) Pengetahuan.

Stigma tersebut terbentuk karena ketidaktahuan, kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS, dan kesalahpahaman tentang infeksi HIV (Liamputtong, 2013). Hal ini dikarenakan tingkat pengetahuan yang rendah. Pengetahuan adalah hasil pengetahuan yang diperoleh dari informasi yang ditangkap oleh panca indera. Pengetahuan

dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pekerjaan, usia, lingkungan, sosial dan budaya (Wawan & Dewi, 2010). Hal ini sesuai dengan survei yang dilakukan oleh Walusimbi dan Okonsky, yang mengatakan perawat dengan pengetahuan yang lebih tinggi memiliki risiko infeksi HIV yang lebih rendah dan memiliki sikap positif yang lebih baik daripada perawat dengan pengetahuan yang lebih rendah (Erkki, Linn, 2013).

2) Persepsi atau tanggapan

Persepsi orang yang berbeda dari orang lain mempengaruhi perilaku dan sikap mereka para penderita HIV/AIDS. Menurut Cock dan kawan-kawan (2012) menyatakan bahwa stigma bisa berhubungan dengan persepsi seperti rasa malu dan menyalahkan orang yang memiliki penyakit seperti HIV (Paryati et al., 2013).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi munculnya stigma. Jika tingkat pendidikan tinggi, maka tingkat pengetahuan juga akan tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian Walusimbi dan Okonsky dalam Erkki dan Hedlund (2013) yang menunjukkan bahwa perawat yang berpengetahuan kurang takut terhadap penularan HIV dan memiliki sikap yang lebih baik.

4) Lama Bekerja

Orang yang bekerja lebih lama memiliki banyak pengalaman, sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk menjalankan fungsinya (Suganda dalam Paryati et al, 2012). Oleh karena itu, orang yang berpengalaman akan memiliki kepercayaan diri.

5) Usia atau umur

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi stigma seseorang. Semakin tua seseorang maka semakin berubah sikap dan perilaku seseorang, sehingga pikiran seseorang dapat berubah (Suganda dalam Paryati et al, 2012).

6) Pelatihan

Memberikan pelatihan yang memadai sesuai bidang yang dimaksud, salah satunya pelatihan HIV, yang dapat memotivasi tenaga kesehatan untuk meningkatkan kinerjanya. Selain itu, pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan, pengalaman dan sikap seseorang, sehingga memungkinkan mereka untuk berpikir kritis (Wu Z et al., Paryati et al., 2012).

7) Jenis Kelamin (*Gender*)

Gender merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pekerjaan seseorang (Gibson dalam Paryati, 2012). Dibandingkan

dengan pria, wanita juga cenderung memiliki tingkat rasa bersalah dan malu yang tinggi (Dr. Grace D. Kandou, 2014).

8) Dukungan Institusi

Instansi kesehatan, seperti rumah sakit dan puskesmas, telah menetapkan SOP (Standar Operasional Prosedur) berdasarkan kebijakan masing-masing institusi, fasilitas, dan fasilitas, serta menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) saat melakukan tindakan. Penyakit tertentu, seperti HIV (Paryati et al., 2012).

9) Kepatuhan dan Keyakinan Agama

Keyakinan agama mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Orang yang taat pada nilai-nilai agama dapat mempengaruhi prestasi kerja di pelayanan kesehatan, terutama peran terkait HIV (Paryati et al., 2012).

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi *self-stigma* sebagaimana pendapat para ahli adalah sebagai berikut:

1) Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian, laki-laki cenderung mempunyai *self-stigma* yang relatif tinggi dari perempuan. Karena seorang laki-laki dituntut untuk memperoleh kedudukan yang tinggi dari perempuan,

sehingga laki-laki harus mampu untuk mengontrol sakitnya tanpa bantuan orang lain (Latalova et al., 2014).

2) Stereotip

Stereotip adalah penilaian pada orang lain berdasarkan persepsi yang dimiliki oleh seseorang atau kelompok dan biasanya memiliki tujuan untuk melakukan tindakan diskriminatif. Jika seseorang membenarkan stereotip tersebut dapat dengan mudah memunculkan *self-stigma* (Kato et al., 2016).

3) Sosial-Budaya

Self-stigma juga dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya yang diyakini. Ketika suatu penyakit muncul yang dianggap sebagai kutukan berdasarkan nilai budaya, maka seseorang akan mudah mendapatkan stigma dari keluarganya dan dapat berkembang menjadi *self-stigma* pada individu tersebut (Sulidah, 2016).

4) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan pemahaman yang dimiliki oleh setiap individu. Jika seseorang memiliki pengetahuan yang rendah maka akan rentan terpengaruh ketika mengalami stigma sosial, sebab individu akan selalu membenarkan segala respons yang didapat dari orang lain adalah suatu kebenaran sehingga hal ini dapat

memungkinkan seseorang mengalami *self-stigma* (Sulidah, 2016).

e. Dampak *Self-stigma*

Stigma diri dapat menyebabkan perubahan perasaan takut dan respons perilaku dan, dalam kasus terburuk, dapat memiliki efek berbahaya, yang mengarah pada penurunan kualitas hidup, harga diri rendah, dan penurunan penggunaan layanan kesehatan (Corrigan dan Rao, 2012). Seseorang dengan *self-stigma* cenderung memiliki perasaan malu dan khawatir terhadap penyakit yang diderita, memiliki perasaan putus asa, merasa akan dijauhi, membatasi interaksi dengan orang sekitar, dan memiliki harga diri rendah (Sulidah, 2016). *Self-stigma* muncul akibat efek negatif dari penilaian orang lain dan pengalaman pernah mengalami diskriminasi, sehingga mereka cenderung menarik diri dari lingkungan sosialnya (Wardani dan Dewi, 2018).

f. Usaha Meminimalisir *Self-stigma*

Terdapat strategi lain yang bisa digunakan untuk mengatasi efek negatif dari *self-stigma*. Ketika kita mencoba membantu orang belajar menghadapi stigma diri, kita harus memastikan bahwa kita tidak berpikir bahwa stigma adalah kesalahan manusia dan bahwa stigma diri adalah semacam "penghalang jalan" atau kebutuhan lain yang perlu disembuhkan. Stigma adalah ketidakadilan sosial dan rasa bersalah sosial.

Oleh karena itu, pemberantasannya menjadi tanggung jawab dan harus menjadi prioritas masyarakat.

Menurut Laco, Groholm, Hankir, Pinjani, dan Corrigan dalam Fiorillo, Volpe, dan Bhugra (2016), stigma berkaitan dengan kehidupan sosial, dan kehidupan sosial biasanya ditujukan kepada orang-orang yang dipandang berbeda, seperti menjadi korban kejahatan, kemiskinan dan orang-orang. Siapa yang terinfeksi HIV. Orang yang distigmatisasi akan dicap atau ditandai sebagai orang yang bersalah.

Dapat dikatakan bahwa stigma merupakan ciri negatif seseorang, khususnya penderita HIV dan AIDS. Semua masyarakat memiliki sudut pandang yang berbeda tentang orang HIV-positif. Stigma dapat dialami sebagai rasa malu atau bersalah, atau dapat dinyatakan secara luas sebagai bentuk diskriminasi. Ada juga fenomena stigma yang nyata, seperti pelabelan, stereotip dan diskriminasi. Orang yang terstigmatisasi akan dicap atau ditandai sebagai orang yang bersalah. Stigma selalu muncul pada orang yang terinfeksi HIV dan AIDS.

Banyak orang beranggapan bahwa pengidap HIV dan AIDS adalah mereka yang berada di luar norma-norma kehidupan sosial. Pasien HIV dan AIDS diyakini telah melakukan hal-hal di luar batas kemampuan mereka, yang pada akhirnya mengarah pada virus HIV dan AIDS. Stigma

penderita HIV dan AIDS juga terjadi pada proses sosialisasi turun temurun terkait penularan HIV dan AIDS yang tidak tepat di kalangan masyarakat sekitar.

Stigma tersebut juga menyatakan bahwa jika seseorang memiliki atribut yang membuatnya berbeda dari kategori yang sama (misalnya, lebih buruk, berbahaya atau lemah), maka mereka akan dianggap sebagai orang yang terkontaminasi. Atribut ini disebut rasa malu. Stigma mengacu pada atribut yang sangat merusak citra seseorang. Stigma terdiri dari mereduksi identitas sosial seseorang sehingga tidak dapat menerima segala bentuk atribut fisik dan sosial seseorang (Clair, 2018).

g. Pengukur *Self-stigma*

1) *The Chronic Illness Anticipated Stigma Scale (CIASS)*

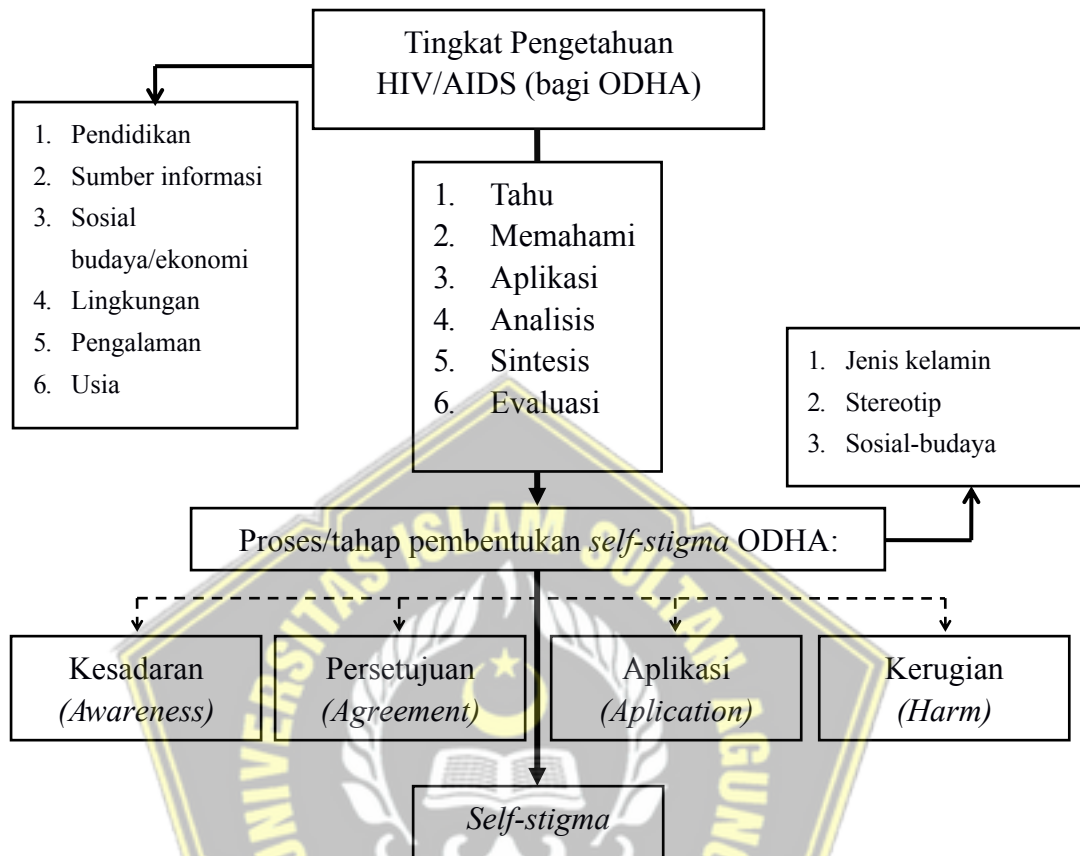
Kuesioner CIASS memiliki 12 item pertanyaan digunakan untuk mengukur stigma pada seseorang dengan sakit kronis, kuesioner ini memiliki 3 sub skala stigma yakni stigma dari kerabat dan keluarga, stigma dari kolega dan stigma dari petugas kesehatan. Kuesioner ini dikembangkan oleh Earnshaw, et al. pada tahun 2013. Setiap soal dalam kuesioner ini menggunakan *skala likert* dengan skor: 5 (sangat mungkin), 4 (mungkin), 3 (agak mungkin), 2 (tidak mungkin) dan 1 (sangat tidak mungkin). Kuesioner CIASS diperuntukkan untuk

mengukur *self-stigma* pada penyakit kronik secara umum, dan kuesioner ini sudah dilakukan diujikan validitas dan reliabilitasnya. Nilai indeks keselarasan 0,99 dan nilai Cronbach's alpha 0,95 (Earnshaw et al., 2013).

2) *Self-stigma Scale (SSS)*

Kuesioner SSS terdiri dari 39 item pertanyaan dengan tiga indikator utama yakni kognitif, sikap, dan perilaku. Dari 39 item pertanyaan tersebut 19 pertanyaan membahas kognitif, 14 pertanyaan membahas sikap, 6 pertanyaan membahas perilaku. Kuesioner ini lebih rinci menilai *self-stigma* pada ODHA. Kuesioner ini menggunakan *skala likert* dengan skor: 0 (sangat tidak setuju), 1 (tidak setuju), 2 (setuju), 3 (sangat setuju). Skor minimal kuesioner ini “0” dan skor maksimal “177”. Kuesioner ini pertama kali dikembangkan oleh Mak dan Cheung tahun 2010 di Hong Kong untuk mengukur *self-stigma* pada masyarakat minoritas dan dimodifikasi kembali oleh Kato, et al. 2014 untuk menilai *self-stigma* pada pasien diabetes melitus tipe 2 dan penyakit kronis lainnya di Jepang. Nilai indeks keselarasan kuesioner ini sebesar 0,78, dan nilai Cronbach's alpha 0,96 (Kato et al., 2016).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori
(Yuliana, 2017, Corrigan dan Rio, 2012)

C. Hipotesis

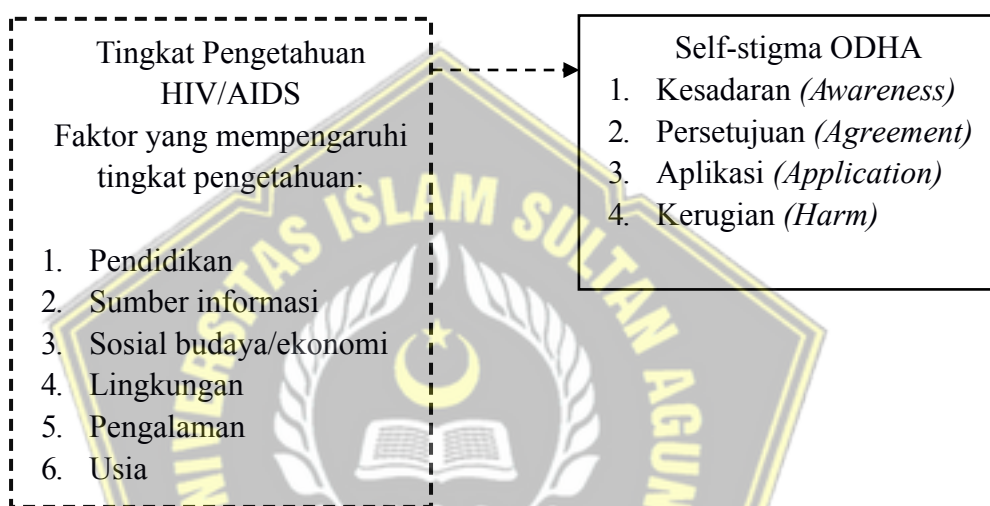
Berdasarkan kerangka teori dan paradigma penelitian di atas, maka peneliti merumuskan hipotesis sebagai berikut: Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan *self-stigma* ODHA di Balkesma Kota Semarang.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Penelitian mutlak memerlukan kerangka konsep (*Conceptual Framework*). Menurut Sumantri (2011), kerangka konseptual merupakan model awal dari suatu masalah penelitian dan merupakan cerminan dari hubungan antara variabel-variabel yang diteliti.



B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian pada dasarnya adalah segala sesuatu dalam bentuk apapun yang ditentukan oleh peneliti untuk memperoleh informasi tentangnya dan kemudian menarik kesimpulan (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu variabel terikat (*dependent variable*) dan variabel bebas (*independent variable*). Berikut penjelasan kedua variabel tersebut:

1. Variabel Terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang

menjadi akibat karena adanya variabel bebas (*independent*). Dalam penelitian ini yang merupakan variabel terikatnya adalah *self-stigma* ODHA (Y). *Self-stigma* adalah perasaan takut dengan kondisi sendiri yang berasal dari pandangan negatif masyarakat, mereka merasa keberadaannya merupakan golongan yang tidak disukai akibat terinfeksi HIV/AIDS, 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. Variabel Bebas (*independent variable*)

Variabel yang tidak bergantung pada variabel lain disebut variabel bebas (*independent variable*). Variabel bebas adalah variabel yang mengubah variabel terikat (Sugiyono, 2016). Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan HIV/AIDS.

C. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif, dengan menggunakan metode studi korelasi (*correlation study*), yaitu penelitian atau

penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subyek (Danim, 2011). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan pendekatan *cross sectional*. *Cross Sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat atau dinilai satu kali saja (Nursalam, 2013).

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah subjek (manusia) yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan (Nursalam, 2013). Populasi terdiri dari objek-objek atau subjek-subjek dengan jumlah dan ciri-ciri tertentu. Peneliti menentukan wilayah-wilayah umum dari objek-objek atau subjek-subjek yang akan dipelajari dan diselidiki (Siyoto & Sodik, 2015).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ODHA yang berada di bawah pembinaan Balkesmas Kota Semarang yang berjumlah 188 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan ciri-ciri suatu populasi, atau sebagian kecil yang diambil dari anggota populasi menurut prosedur tertentu

sehingga dapat mewakili populasi tersebut (Siyoto & Sodik, 2015). Sugiyono (2016) berpendapat bahwa sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik populasi. Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil secara spesifik, jelas, dan lengkap, serta dianggap mewakili populasi. Dalam penelitian ini tidak semua anggota populasi dijadikan sampel, tetapi hanya sebagian dari populasi. Hal ini dikarenakan peneliti memiliki keterbatasan waktu, tenaga, dan kelebihan penduduk saat melakukan penelitian. Oleh karena itu sampel yang diambil harus benar-benar representatif (sangat representatif).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah non-probability sampling dengan teknik *purposive sampling*. Menurut Sugiyono (2016: 85), *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang memperhitungkan sumber data.

Alasan menggunakan teknik *purpose sampling* karena tidak semua sampel memiliki standar yang sesuai dengan fenomena yang diteliti. Oleh karena itu, peneliti memilih teknik pengambilan sampel yang disengaja yang menentukan pertimbangan atau kriteria tertentu yang harus dipenuhi oleh sampel yang digunakan dalam penelitian ini.

Rumus yang dipakai adalah rumus Slovin (Husein, 2007) sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

E = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir; e=0,1

Dalam rumus Slovin ada ketentuan sebagai berikut: Nilai e = 0,1 (10%) untuk populasi dalam jumlah besar Nilai e = 0,2 (20%) untuk populasi dalam jumlah kecil. Jadi rentang sampel yang dapat diambil dari teknik Solvin adalah antara 10-20 % dari populasi penelitian. Maka untuk mengetahui sampel penelitian, dengan perhitungan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{188}{1 + 188(10\%)^2}$$

$$= 188 / (1 + (188 \times (0.1)^2))$$

$$= \frac{188}{1 + 1,88}$$

$$= \frac{188}{2,88} = 65$$

Jadi jumlah populasi dalam penelitian ini sejumlah 65 orang/responden. Sampel yang didapatkan dari ODHA yang berada di

Balkesmas Kota Semarang. Kriteria sampel diperlukan dalam upaya untuk mengendalikan variabel penelitian yang tidak diteliti (Nursalam, 2013).

Kriteria inklusi adalah objek penelitian yang dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Persyaratan kriteria inklusi umumnya meliputi karakteristik klinis, diagnosis, demografi, jenis kelamin, usia, geografi, dan pasien yang datang dalam jangka waktu tertentu, sedangkan kriteria eksklusi subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sampel penelitian (Oktavia, 2015).

Sedangkan kriteria eksklusif adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab.

Kriteria inklusif dan eksklusif dalam penelitian ini adalah:

- 1) Kriteria inklusif:
 - a) ODHA yang bisa membaca dan menulis
 - b) ODHA dengan usia >18 tahun
- 2) Kriteria eksklusif:
 - a) Pasien HIV/AIDS yang mengalami penurunan kesadaran
 - b) Pasien dengan status rekam medis yang hilang atau tidak lengkap

3. Teknik Pengambilan Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini

adalah *purposive sampling*. Penelitian ini melibatkan 65 orang sebagai responden yang telah tergabung di Balkesmas Kota Semarang.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilaksanakan di Balkesmas Kota Semarang, beralamat Jl. KH. Ahmad Dahlan No.39, Karangkidul, Kec. Semarang Tengah, Kota Semarang, Jawa Tengah. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli – Desember 2021.

F. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Skala
Pengetahuan tentang HIV/AIDS	Semua informasi yang diketahui dan dipahami tentang HIV/AIDS, termasuk Informasi umum tentang HIV/AIDS, tanda dan gejala, cara penularan, pencegahan dan informasi lain yang berkaitan dengan HIV/AIDS	Kuesioner	Pengetahuan baik, jika prosentase jawaban (76-100% atau 16-20), sedang atau cukup (56-75% atau 10-15) dan kurang (<55% atau <10).	Ordinal

<i>Self-stigma</i> ODHA	Stigma diri (<i>self-stigma</i>) merupakan persepsi negatif yang bersumber dari respon emosional seseorang terhadap penyakit, yang dapat menyebabkan perubahan perasaan takut dan respon kriminal. Paling buruk, itu dapat memiliki efek destruktif dan menyebabkan penurunan kualitas hidup. harga diri rendah dan berkurangnya penggunaan layanan kesehatan (Corrigan dan Rao, 2012)	Kuesioner	<i>Self-stigma</i> tinggi jika >16, sedang jika 13-16, dan stigma rendah jika <13 (Azwar, 2016).	Ordinal
-------------------------	--	-----------	--	---------

G. Instrumen Pengumpulan Data

1. Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah kuesioner yang terbagi kedalam tiga bagian, pertama berisi tentang identitas responden, kedua kuesioner untuk tingkat pengetahuan HIV/AIDS dan ketiga kuesioner *self-stigma* ODHA.

2. Instrumen Tingkat Pengetahuan

Kuesioner tingkat pengetahuan terdiri atas 20 item pertanyaan. Kuesioner pengetahuan ini dibuat oleh Peneliti, dimana responden menjawab 20 pertanyaan pada kuesioner dengan menggunakan skala

Gutmann yaitu jawaban Ya atau Tidak (Dewi & Sudaryanto, 2020). Penilaiannya menggunakan persentase yaitu pengetahuan baik apabila jawaban benar 76%-100% (16-20), pengetahuan sedang bila jawaban benar 56%-75% (10-15), dan pengetahuan rendah bila jawaban < 55% (< 10) (Arikunto, 2010). Pertanyaan berisi mengenai pengetahuan tentang HIV/AIDS. Kisi-kisi kuesioner tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS

No	Sub Variabel	Item Pertanyaan	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1.	Definisi HIV/AIDS	1, 2	1, 2	
2.	Penularan HIV/AIDS	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	3, 4, 5, 8, 10	6, 7, 9
3.	Tanda dan gejala HIV/AIDS	11, 12, 13	11, 12	13
4.	Pencegahan HIV/AIDS	14, 15, 16, 17	14, 16	15
5.	Pemeriksaan Tes HIV/AIDS	18, 19	17, 18	19
6.	Penyembuhan HIV/AIDS	20	20	-
Jumlah		20		

Setiap jawaban pertanyaan *favorable* jika Ya diberi nilai 1 dan tidak diberi nilai 0. *Unfavorable* jika Ya diberi nilai 0 dan tidak diberi nilai 1. Terdapat pertanyaan *Favorable* sejumlah 14 dan *Unfavorable* sejumlah 6. Pengetahuan sangat tinggi apabila dapat menjawab 13-14 pertanyaan *favorable* dan 5-6 pertanyaan *unfavorable*, pengetahuan tinggi apabila menjawab 11-12 pertanyaan *favorable* dan 3-4 pertanyaan *unfavorable*,

cukup apabila dapat menjawab 8-10 pertanyaan *favorable* dan 1-2 pertanyaan *unfavorable*, pengetahuan rendah apabila menjawab 5-7, pengetahuan sangat rendah apabila menjawab pertanyaan < 5 pertanyaan *favorable* dan < 2 pertanyaan *unfavorable*.

3. Instrumen *self-stigma* ODHA

Dalam penelitian ini, skala *Self-stigma* dilakukan menggunakan *Self Stigma of Seeking Help Scale* (SSOSH) yang dikembangkan oleh Vogel, Wade dan Haake (2006), dalam penelitian ini terdiri terdiri dari 20 item.

Tabel 3.3 Kisi-kisi kuesioner *Self-stigma* ODHA

No	Sub Variabel	Item Pertanyaan	Favorable	Unfavorable
1.	Kesadaran diri terhadap stigma orang lain terhadap dirinya (<i>stereotype awareness</i>)	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4	5,
2.	Kesepakatan orang lain terhadap dirinya (<i>stereotype agreement</i>)	6, 7, 8, 9, 10	6, 7, 8, 9	10
3.	Menyadari dan menyetujui stigma orang lain tentang dirinya (<i>self-concurrence</i>)	11, 12, 13, 14, 15	11, 12, 13, 14	15
4.	Penurunan harga diri (<i>Harm</i>)	16, 17, 18, 19, 20	16, 17, 18, 19	20
Jumlah		20	16	4

4. Validitas dan Reliabilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas merupakan pengukuran atau pengamatan yang berarti instrumen harus mampu mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2015). Uji validitas instrument dalam penelitian ini menggunakan *korelasi product moment*, dikarenakan untuk mengetahui hubungan antar item butir pertanyaan dalam kuesioner. Instrument dalam penelitian ini belum dilakukan uji validitas, sehingga peneliti akan melakukan uji validitas di Rumus *pearson product moment correlation* yang digunakan, sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} = Koefisiensi korelasi

n = Jumlah responden

x = Nilai dari setiap pertanyaan

y = Skor

Uji validitas dilakukan dengan membandingkan antara nilai r hitung dengan r tabel untuk *degree of freedom* (df) = $n-2$, dalam hal ini n adalah

jumlah sampel dalam penelitian, yaitu $(n) = 65$. Maka besaran df dapat dihitung dengan $65 - 2 = 63$. Dengan $df = 65$ dan $\alpha = 0.05$ didapat r tabel = 0.2002 (dengan melihat r tabel pada $df = 63$ dengan uji dua sisi). Adapun kaidah yang berlaku adalah apabila nilai r hitung $> r$ tabel (0.2002), maka pertanyaan dinyatakan valid untuk digunakan penelitian.

Tabel 3.6 Hasil Pengujian Validitas Variabel Penelitian

No	Item	r hitung	r table	Ket.
A. Tingkat Pengetahuan				
1.	X1	3.453	2.002	Valid
2.	X2	3.659	2.002	Valid
3.	X3	2.144	2.002	Valid
4.	X4	1.473	2.002	Tidak Valid
5.	X5	3.904	2.002	Valid
6.	X6	1.905	2.002	Tidak Valid
7.	X7	2.280	2.002	Valid
8.	X8	2.241	2.002	Valid
9.	X9	2.520	2.002	Valid
10.	X10	0.425	2.002	Tidak Valid
11.	X11	2.649	2.002	Valid
12.	X12	2.463	2.002	Valid
13.	X13	3.801	2.002	Valid
14.	X14	2.275	2.002	Valid
15.	X15	2.507	2.002	Valid
16.	X16	2.575	2.002	Valid
17.	X17	2.581	2.002	Valid
18.	X18	2.319	2.002	Valid
19.	X19	0.971	2.002	Tidak Valid
20.	X20	2.651	2.002	Valid
B. Self-stigma ODHA				
1.	Y1	6.194	2.002	Valid
2.	Y2	8.500	2.002	Valid
3.	Y3	10.005	2.002	Valid
4.	Y4	5.868	2.002	Valid
5.	Y5	8.570	2.002	Valid
6.	Y6	8.281	2.002	Valid
7.	Y7	9.272	2.002	Valid
8.	Y8	8.355	2.002	Valid
9.	Y9	7.414	2.002	Valid

10.	Y10	8.110	2.002	Valid
11.	Y11	10.490	2.002	Valid
12.	Y12	7.629	2.002	Valid
13.	Y13	5.355	2.002	Valid
14.	Y14	6.676	2.002	Valid
15.	Y15	6.821	2.002	Valid
16.	Y16	5.828	2.002	Valid
17.	Y17	7.455	2.002	Valid
18.	Y18	9.391	2.002	Valid
19.	Y19	5.572	2.002	Valid
20.	Y20	5.712	2.002	Valid

Dari tabel 3.6 di atas dapat diketahui bahwa item pertanyaan dari variabel tingkat pengetahuan terdapat pertanyaan yang memiliki nilai r hitung $< r$ tabel yaitu nomor 4, 6, 10 dan 19 artinya tidak valid sehingga tidak bisa digunakan sebagai instrumen penelitian, sehingga pada kuesioner tingkat pengetahuan menjadi jumlahnya 17 item pertanyaan yang valid. Sedangkan pada variabel *self-stigma* ODHA menunjukkan bahwa semua item pertanyaan memiliki r hitung $> r$ tabel sehingga dinyatakan semua item pernyataan valid.

b. Uji Reliabilitas

Sedangkan uji reliabilitas adalah kesesuaian hasil pengukuran atau pengamatan bila dilakukan berulang-ulang dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2015). Uji reabilitas instrument dalam penelitian ini menggunakan rumus *koefisien reliabilitas Alpha Cronbach* (Arikunto, 2013), dikarenakan untuk mengetahui tingkat reliable yang tinggi, dengan rumus sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma^2 b}{\sigma^2 t} \right]$$

Keterangan:

r_{11} = Koefisiensi reliabilitas alpha

k = Jumlah item pertanyaan

$\sum \sigma^2 b$ = Jumlah varian butir

$\sigma^2 t$ = Varian total

Tabel 3.6 Hasil Pengujian Reliabilitas Variabel Penelitian

No	Variabel	Alpha Cronbarch	Ket.
1	Tingkat Pengetahuan (X)	0.60	Reliabel
2	<i>Self-stigma</i> ODHA (Y)	0.97	Reliabel

Hasil uji reliabilitas kuesioner tingkat pengetahuan sebesar 0.61, sedangkan kuesioner *self-stigma* ODHA sebesar 0.97 dan kedua kuesioner ini memiliki nilai reliabilitas tinggi dan sangat tinggi.

H. Metode Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh secara langsung dengan mengumpulkan ODHA yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di Balkesmas Kota Semarang. Data diambil dengan menggunakan

kuesioner tingkat pengetahuan HIV/AIDS dan *self-stigma* ODHA yang diisi langsung oleh ODHA.

Pengolahan data dalam penelitian ini meliputi:

1. Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2010), proses pengolahan data ini melalui tahap-tahap sebagai berikut:

a. *Editing* data

Langkah pertama yang dilakukan dengan cara meneliti kelengkapan data dan dilakukan pencocokan pada setiap data yang telah terkumpul sehingga tidak ada kesalahan dalam pengumpulan data.

b. *Coding* data

Kuesioner penelitian yang sudah diisi oleh responden yang di beri kode oleh peneliti. Pemberian kode yang bertujuan untuk mempermudah dalam pengolahan data dan proses selanjutnya melalui tindakan mengklasifikasikan. Pada penelitian ini beberapa data yang dilakukan pengkodean adalah pendidikan (1=SD, 2=SMP, 3=SMA), pengetahuan (1=Baik, 2=Cukup, 3=Kurang), *self-stigma* (1=Baik, 2=Cukup, 3=Kurang).

c. *Scoring*

Menetapkan pemberian skor pada kuesioner tingkat pengetahuan yang diukur dengan jawaban benar dengan skor 1, salah 0, sedangkan untuk kuesioner Self-stigma jawaban Sangat Setuju dengan skor 4, Setuju skor 3. Tidak Setuju skor 2 dan Sangat Tidak Setuju 1.

d. *Entry data*

Memasukan data ke dalam computer dengan menggunakan aplikasi SPSS dan atau excel.

e. *Cleaning*

Semua data yang sudah di peroleh dari responden yang sesuai dimasukan, dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

f. *Tabulating data*

Data yang telah lengkap dan memenuhi kriteria di hitung sesuai dengan variabel yang di butuhkan lalu dimasukan kedalam table-tabel distribusi frekuensi.

I. Rencana Analisa Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan cara analisis untuk variable tunggal (Lapau, 2012). Analisis univariat untuk data kategorik yaitu jenis kelamin,

status pernikahan, pekerjaan dan tingkat pendidikan disajikan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang menunjukkan hubungan antara variabel (Lapau, 2012). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan tingkat *Self-stigma* ODHA. Penelitian ini menggunakan uji korelasi Somers karena dua variabel tersebut menggunakan data berskala ordinal. Uji Spearman's dilakukan menggunakan software *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versi 26 dengan ketentuan sebagai berikut: Jika $p\text{ value} > \alpha$ (0,05) maka H_a ditolak dan menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA. Jika $p\text{ value} < \alpha$ (0,05) maka H_a diterima dan menyatakan ada hubungan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA.

J. Etika Penelitian

Etika penelitian harus dilakukan oleh peneliti terutama apabila menggunakan manusia sebagai subjeknya (Asmadi, 2008), etika dalam penelitian ini meliputi:

1. *Informed Consent* (Persetujuan)

Informed consent adalah bentuk kesepakatan yang dicapai antara peneliti dan orang yang diwawancarai ketika memberikan persetujuan mereka. *Informed consent* diberikan dengan memberikan formulir persetujuan sebagai responden sebelum dimulainya penelitian. Tujuan *informed consent*, agar subjek dapat memahami tujuan penelitian dan memahami dampaknya. Sebelum membacakan kuesioner, peneliti membacakan lembar persetujuan terlebih dahulu kepada ODHA, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta menanyakan kesediaan ODHA untuk menjadi responden, ODHA diminta untuk menandatangani lembar persetujuan.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Anonymity merupakan masalah dalam memberikan jaminan penggunaan subyek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner. Pada saat penelitian, peneliti menjelaskan dan memberikan jaminan kepada responden jika dalam penelitian ini, nama responden tidak dicantumkan pada hasil penelitian, peneliti hanya mencantumkan kode untuk menjaga kerahasiaan responden.

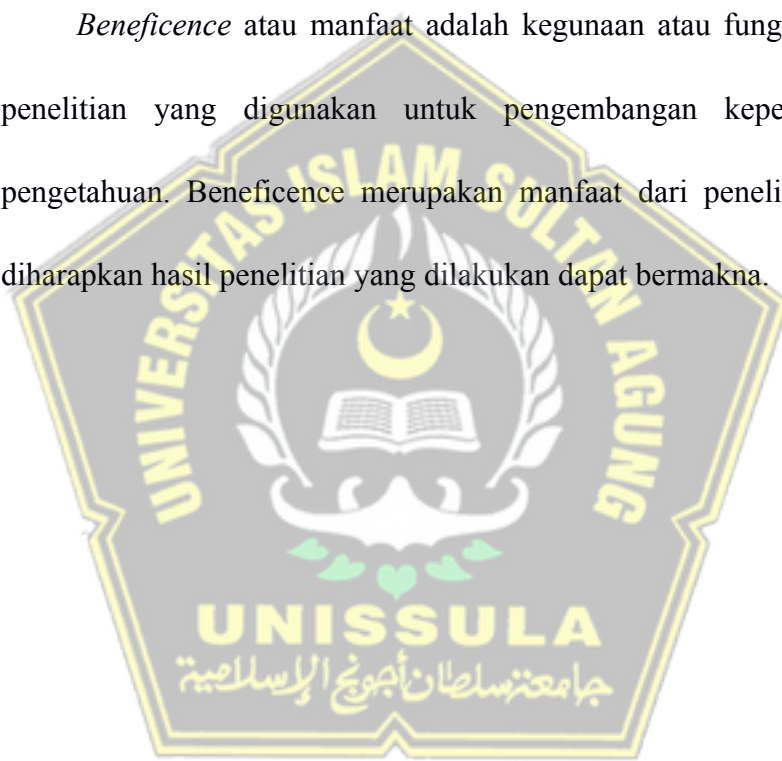
3. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Confidentially merupakan masalah etika dengan memberikan

jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang jaminan kerahasiaan hasil penelitian dan informasi lainnya terkait dalam penelitian ini, dan hanya data-data tertentu yang akan dicantumkan dalam riset.

4. *Beneficence* (Manfaat)

Beneficence atau manfaat adalah kegunaan atau fungsi dari sebuah penelitian yang digunakan untuk pengembangan kepentingan ilmu pengetahuan. *Beneficence* merupakan manfaat dari penelitian, sehingga diharapkan hasil penelitian yang dilakukan dapat bermakna.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Berikut adalah tabel karakteristik dari 65 responden yang terdiri dari jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan status pernikahan. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan status pernikahan dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pekerjaan, Pendidikan Terakhir, dan Status Pernikahan di Balkesmas Kota Semarang Tahun 2021

Karakteristik	Frekuensi	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	41	63.1
Perempuan	24	39.9
Usia		
20-29	9	13.8
30-39	18	27.7
40-49	26	40.0
50-60	12	18.5
Status Pekerjaan		
Bekerja	43	66.2
Belum Bekerja	22	33.8
Pendidikan Terakhir		
SD	5	7.7
SLTP	21	32.3
SLTA	31	47.7
PT	8	12.3

Karakteristik	Frekuensi	%
Status Pernikahan		
Belum Menikah	14	21.5
Menikah	47	72.3
Janda/Duda	4	6.2

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dengan total jumlah 41 responden (63.1%). Berdasarkan usia sebagian besar dengan rentang usia 40-49 tahun berjumlah 26 responden (40.0%) responden. Berdasarkan status pekerjaan sebagian besar responden sudah bekerja yaitu sebesar 66.2% responden. Berdasarkan Pendidikan terakhir responden sebagian besar adalah SLTA sederajat sebanyak 31 (47.7%) responden dan berdasarkan status pernikahan sebagian besar sudah menikah dengan total jumlah 47 (72.3%) responden.

B. Analisis Univariat

a. Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS

Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner tertutup, diperoleh nilai tingkat pengetahuan HIV/AIDS pada pasien ODHA di Balkesmas Kota Semarang secara umum yang diinterpretasikan kedalam tiga kategori yaitu baik, sedang dan rendah yang disajikan pada table 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden tentang HIV/AIDS pada pasien ODHA di Balkesmas Kota Semarang

Variabel	Frekuensi	%
Tingkat Pengetahuan		
Baik	42	64.6
Sedang	23	35.4
Jumlah	65	100

Hasil penelitian di Balkesmas Kota Semarang didapatkan hasil bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan sedang, dimana yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 42 orang (64,6%), responden yang memiliki pengetahuan sedang sebanyak 23 orang (35.4%). Jadi mayoritas pengetahuan HIV/AIDS responden atau pasien dengan ODHA di Balkesmas Kota Semarang pada kategori baik.

Rekapitulasi frekuensi jawaban sub variabel tingkat pengetahuan HIV/AIDS responden dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Rekapitulasi Frekuensi Jawaban Sub Variable Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS

Pernyataan Sub Variabel Tingkat Pengetahuan	Frekuensi %	Kategori
Definisi HIV/AIDS	89.2	Baik
Penularan HIV/AIDS	67.4	Baik
Tanda dan gejala HIV/AIDS	80.5	Baik
Pencegahan HIV/AIDS	67.7	Baik
Penyembuhan	89.2	Baik

Yang tertera dalam tabel 4.3 diatas, secara umum dapat dilihat bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan HIV/AIDS

dengan kategori baik. Pada pengetahuan tentang devinisi dan penyembuhan HIV/AIDS sebanyak 89.2%, pengetahuan tentang penularan HIV/AIDS sebanyak 67.4%, pengetahuan tentang tanda dan gejala HIV/AIDS sebanyak 80.5% dan pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS 67.7%.

b. *Self-stigma* ODHA

Secara umum tingkat *self-stigma* ODHA di Balkesmas Kota Semarang dapat diinterpretasikan kedalam tiga kategori yaitu tinggi, sedang dan rendah yang disajikan pada table 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat *self-stigma* ODHA di Balkesmas Kota Semarang

Variabel	Frekuensi	%
<i>Self-Stigma</i>		
Tinggi	7	10.8
Sedang	58	89.2
Jumlah	65	100

Hasil penelitian pada variabel *self-stigma* ODHA menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi *self-stigma* tinggi sebanyak 7 orang (10.8%), *self-stigma* sedang sebanyak 58 orang (89.2%), dan tidak ada responden yang memiliki persepsi *self-stigma* rendah, jadi mayoritas responden memiliki *self-stigma* sedang.

Rekapitulasi frekuensi jawaban sub variabel *self-stigma* ODHA pada responden dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Rekapitulasi Frekuensi Jawaban Sub Variable Sub Variabel/ Dimensi *self-stigma* ODHA Pada Responden di Balkesmas Kota Semarang

Pernyataan Sub Variabel/ Dimensi <i>Self-stigma ODHA</i>	Frekuensi %	Kategori
Kesadaran diri terhadap stigma orang lain terhadap dirinya (<i>stereotype awareness</i>)	64.92	Sedang
Kesepakatan stigma orang lain terhadap dirinya (<i>stereotype agreement</i>)	58.69	Sedang
Menyadari dan menyetujui stigma orang lain tentang dirinya (<i>self-concurrence</i>)	62.00	Sedang
Penurunan harga diri (<i>Harm</i>)	59.29	Sedang

Tabel 4.5 diatas menunjukkan bahwa secara umum mayoritas responden memberikan persepsi *self-stigma* dengan kategori sedang. Pernyataan kesadaran diri terhadap stigma orang lain terhadap dirinya (*stereotype awareness*) disetujui sebanyak 64.92%, pernyataan menyadari dan menyetujui stigma orang lain tentang dirinya (*self-concurrence*) sebesar 62.00% dan pernyataan penurunan harga diri (*Harm*) sebesar 59.29%, sedangkan aspek yang paling rendah tingkat *self-stigma* adalah tentang pernyataan kesepakatan stigma orang lain terhadap dirinya (*stereotype agreement*) sebanyak 58.69%.

C. Analisis Bivariat

Analisa Bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan, kekuatan dan arah hubungan antara variabel independen yaitu tngkat pengetahuan HIV/AIDS dengan variabel dependen yaitu *self-stigma* ODHA. analaisis bivariat dilakukan menggunakan uji Spearmans.

Hasil analisa bivariat hubungan tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* pada pasien ODHA di Balkesmas Kota Semarang dapat dilihat dari table 4.7 dibawah ini.

Tabel 4.7 Hasil Uji Korelasi dengan menggunakan Uji *Spearman*

Hubungan	Sig	Keputusan
Tingkat Pengetahuan dengan <i>self-stigma</i> ODHA	0.047	Ada hubungan

Hasil uji korelasi pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa nilai signifikansi atau sig. (2-tiled) sebesar 0.047, karena nilai sig. (2-tiled) < dari dari 0.05, maka artinya ada hubungan yang signifikan antara variabel tingkat pengetahuan dengan *self-stigma* ODHA. Dari hasil uji kekuatan korelasi variable diperoleh angka koefesiensi korelasi sebesar -.247, artinya tingkat kekuatan hubungan antara tingkat pengetahuan dengan *Self-stigma* ODHA adalah sebesar -.247 sangat rendah/sangat lemah. Maka diperoleh angka koefesiensi korelasi bernilai negative, yaitu -.247 sehingga hubungan kedua variable tersebut

bersifat berlawanan, artinya semakin tinggi tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS semakin rendah *Self-stigma* ODHA.

Hasil penelitian diatas dapat simpulkan bawah, Ha dapat diterima karena ada hubungan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA. Kesimpulan dari penelitian adalah ada hubungan yang signifikan yang kuat atau tinggi antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS ODHA

Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti, dapat diperoleh data-data mengenai gambaran karakteristik dan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada ODHA di Balkesmas Kota Semarang, yaitu sebagai berikut:

1. Gambaran Karakteristik ODHA di Balkesmas Kota Semarang

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden dari hasil penelitian yang dilakukan terdiri dari jenis kelamin, usia, status pekerjaan, pendidikan, status pernikahan. Karakteristik tersebut dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang mengenai HIV/AIDS. Hal ini diperkuat dengan teori yang mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu antara lain pendidikan, umur, pengalaman, lingkungan dan sosial budaya (Yuliana, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti diperoleh data bahwa karakteristik responden berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berusia 40-49 tahun (40,0%), berpendidikan terakhir yaitu

SLTA/ sederajat (47,7%), berjenis kelamin laki-laki (63.1%), dengan status bekerja (66.2%) dan juga sebagian besar sudah menikah (72.3%). Secara umum hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan pada kategori baik (64,6%) sementara yang lain memiliki tingkat pengetahuan pada kategori sedang sebanyak 35.4%, tidak ada responden yang memiliki tingkat pengetahuan rendah.

2. Gambaran Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Berdasarkan Kategori

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa mayoritas responden sudah memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS. Walaupun demikian, sebagian responden masih ada yang memiliki tingkat pengetahuan yang belum baik. Tingkat pengetahuan yang belum baik pada responden mungkin dikarenakan responden kurang aktif dalam mencari informasi atau pasif dalam menerima informasi tentang pengetahuan HIV/AIDS, yang mengakibatkan pengetahuan menjadi kurang optimal. Usia juga mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, sebagaimana ungkapan atau pendapat Notoatmojo (2012) menyatakan bahwa semakin tua, semakin cerdas dan semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang mereka temukan dan semakin banyak hal yang mereka lakukan untuk meningkatkan pengetahuan. Dari hasil penelitian diketahui

bahwa responden dengan status nikah sebesar 72.3% dimana rata-rata usia mereka sudah masuk 40 tahun ke atas.

Selain faktor usia dan status pernikahan, tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, dalam hal ini pengetahuan terkait HIV/AIDS. Menurut Rahayu, (2017) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Tingginya tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap bagaimana kemampuan seseorang mendapatkan atau menerima informasi, dalam hal ini informasi terkait HIV/AIDS. Pada penelitian ini diketahui responden terbanyak berpendidikan SLTA/ sederajat dimana menurut Potter and Perry (2009), pada masa ini remaja cenderung memiliki pemikiran yang abstrak, namun sudah mampu berfikir secara baik dan mampu menerima informasi. Hasil ini didukung oleh penelitian Sudikno (2011) yang menyatakan bahwa remaja dengan tingkat pendidikan diatas SMP memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik (58,6%) tentang HIV/AIDS dibandingkan remaja dengan tingkat pendidikan dibawah SMP (48,3%). Hal ini kemudian yang mengakibatkan tingkat pengetahuan responden pada penelitian rata-rata dikategorikan baik.

3. Gambaran Pengetahuan ODHA Tentang HIV/AIDS Berdasarkan Sub Variabel

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.3 Rekapitulasi Frekuensi Jawaban Sub Variable Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS, diketahui pertanyaan tentang definisi dan penyembuhan HIV/AIDS merupakan pertanyaan yang paling dikuasai responden, semua sub variabel tingkat pengetahuan HIV/AIDS dalam kategori baik meskipun tidak semua pernyataan 100% disetujui. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Septianyah, Fitrangga & Abror, (2018) yang menyebutkan bahwa dari 41 responden terdapat sebanyak 26 responden (64,41%) yang memiliki pengetahuan tinggi. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi dapat dilihat dari kuesioner tingkat pengetahuan yang banyak menjawab dengan benar. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Lumbanbatu (2012) tentang “Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dalam menjalani terapi antiretroviral di RSUD. dr. Pirngadi Medan” bahwa sebanyak 31 responden (52,5%) dari 59 responden memiliki pengetahuan yang baik. Pengetahuan HIV/AIDS pada ODHA yang sudah menjalani ARV biasanya tinggi karena pemberian konseling pada ODHA. Pengetahuan yang tinggi juga dipengaruhi oleh rasa ingin tahu tentang perubahan perilaku HIV/AIDS sehingga mereka dapat mengetahui faktor-faktor penyebab dan perilaku yang harus dilakukan (Jambak, Febrina & Wahyuni 2016).

B. *Self-stigma* ODHA

Hasil penelitian pada variabel *self-stigma* ODHA diperoleh bahwa mayoritas responden memiliki *self-stigma* kategori sedang sebanyak 58 orang (89.2%) artinya responden memiliki sikap negatif terhadap resiko stigma masyarakat terhadap dirinya maupun sikap negatif terhadap dirinya sebagai Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).

Carrigan dan Reo (2012), berpendapat bahwa pembentukan *self-stigma* terdiri dari 4 (empat) tahap, kesadaran (*awareness*), persetujuan (*agreement*), aplikasi (*application*) dan kerugian (*harm*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa keempat tahap pembentukan *self-stigma* ODHA memiliki kategori sedang. Kesadaran diri terhadap stigma orang lain terhadap dirinya (*stereotype awareness*) sebesar 64.92%, artinya bahwa Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) menyadari kondisi mereka dan sadar bahwa telah mengidap virus HIV yang beresiko menjadi terasing, menyebabkan hidup menjadi buruk, merasa malu dan bersalah. Terkait dengan kesepakatan stigma orang lain terhadap dirinya (*stereotype agreement*) sebanyak 58.69%, artinya bahwa responden menyadari dan menerima resiko interaksi sosial menjadi terbatas, merasa diasingkan, dianggap manusia kotor, dianggap sebagai sampah masyarakat.

Menyadari dan menyetujui stigma orang lain tentang dirinya (*self-concurrence*) sebanyak 62.00%, dimana responden juga menyadari dan menyetujui stigma masyarakat terhadap dirinya, baik stigma positif maupun negatif terhadap dirinya, sedangkan penurunan harga diri (*harm*) sebanyak 59.29% artinya responden juga menyadari bahwa orang dengan HIV/AIDS (ODHA) beresiko hilangnya dan menurunnya harga diri.

C. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *self-stigma* ODHA di Balkesmas Kota Semarang

Konsep stigma mengidentifikasi atribut atau tanda yang berada pada seseorang sebagai sesuatu yang dimiliki. Stigma juga berarti sebuah fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan labeling, stereotip, separation, dan mengalami diskriminasi. Konsep mengenai stigma juga diperkenalkan oleh Goffman, yang melihat stigma sebagai proses berdasarkan konstruksi identitas sosial. Orang-orang yang terkait dengan kondisi penstigmaan berpindah dari “normal” menjadi “diskredit” atau secara status sosial “didiskreditkan” (Kleinman dan Clifford, 2009, dalam Makmur, 2017).

Stigma adalah pikiran dan kepercayaan yang salah serta fenomena yang terjadi ketika individu memperoleh *labeling*, *stereotip*, *separation* dan mengalami *diskriminasi* sehingga memengaruhi diri individu secara

keseluruhan. Menurut Major & O'Brien (2005) dalam Anggreni (2015) menyebutkan 4 mekanisme terjadinya stigma, yaitu: *Pertama*, adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung yang artinya terdapat pembatasan pada akses kehidupan dan diskriminasi secara langsung sehingga berdampak pada status sosial, *psychological well-being* dan kesehatan fisik. *Kedua*, proses konfirmasi terhadap harapan atau *self-fulfilling prophecy* yangmana persepsi negatif, stereotype dan harapan bisa mengarahkan individu untuk berperilaku sesuai dengan stigma yang diberikan sehingga berpengaruh pada pikiran, perasaan dan perilaku individu tersebut. *Ketiga*, munculnya stereotip secara otomatis. Stigma dapat menjadi sebuah proses melalui aktivasi stereotip otomatis secara negatif pada suatu kelompok. Dan terakhir keempat adalah terjadinya proses ancaman terhadap identitas dari individu. *Keempat*, mekanisme stigma tersebut akhirnya membentuk komponen-komponen dari stigma yang terdiri atas *labeling* yakni penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki kelompok tertentu, *stereotip* yakni komponen kognitif dari individu yang merupakan keyakinan tentang atribut personal atau karakteristik yang dimiliki oleh individu dalam suatu kelompok tertentu atau kategori sosial tertentu, *separation* atau pemisahan dan yang terakhir adalah *diskriminasi* yakni perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013).

Labeling, stereotip, sparation dan *diskriminasi* secara tidak langsung juga berpengaruh ada pembentukan *self-stigma* yang dialami oleh seseorang. *Self-stigma* atau stigma diri adalah kondisi seseorang yang meyakini bahwa stigma yang diberikan masyarakat terhadap dirinya adalah sebuah kebenaran. Stigma diri akan merusak rasa percaya diri seseorang karena dia mempercayai apa yang orang pikir tentang dirinya. Stigma diri berakibat negatif terhadap diri sendiri. Stigma diri menyebabkan berkurangnya rasa percaya diri dan penerimaan terhadap diri.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *self-stigma* ODHA secara umum dapat digambarkan bawah responden pada dasarnya menyadari dan menyetujui semua resiko yang diterima sebagai pasien orang dengan HIV/AIDS (ODHA).Tingkat pengetahuan dan *self-stigma* ODHA termasuk ke dalam *factor Predisposing* (predisposing faktor) dalam Theory PRECED-PROCEED Model pada bagian variabel independen. Pada teori model perubahan perilaku PRECEDE-PROCEED yang dikembangkan oleh Lawrence Green menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan.

Hasil penelitian pada variabel tingkat pengetahuan bahwa hasil uji Spearman diperoleh nilai signifikansi atau sig. (2-tiled) sebesar $0.047 < 0.05$, sehingga dikatakan terdapat hubungan secara signifikan antara tingkat

pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA. Begitu juga dengan hasil analisis tabulasi silang diketahui sebesar -.247, artinya tingkat kekuatan hubungan antara tingkat pengetahuan dengan *Self-stigma* ODHA sebesar -.247 sangat rendah. Hasil analisis tabulasi silang silang diketahui bahwa *Self – stigma* ODHA cenderung biasa-biasa saja atau sedang pada ODHA yang tingkat pengetahuannya tentang HIV/AIDS dalam kategori rendah, sedang, maupun baik . berkaitan dengan temuan tersebut, hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa hasil pengetahuan yang baik dapat mengurangi *Self-stigma* ODHA.

Pada penelitian ini pengetahuan memiliki hubungan yang sangat kuat dengan *self-stigma* terhadap ODHA. Menurut teori Green yang dikutip dalam Priyoto (2014) menyebutkan bahwa *predisposing* dalam hal ini adalah tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku individu yang terwujud dalam stigma termasuk *self-stigma*, namun bukan satu-satunya faktor pemicu pembentukan *self-stigma* yang tinggi, *reinforcing* faktor pendorong (sikap dan perilaku petugas kesehatan, orang tua, dan atau petugas lain) juga mengambil peranan penting dalam perubahan perilaku yang terwujud dalam stigma termasuk *self-stigma* dalam diri ODHA. *Reinforcing* yang merupakan faktor penguat/pendorong dalam hal ini dapat tergambar dari informasi yang didapat dari petugas dan

perawat yang ada di Balkesmas Kota Semarang yang menyebutkan bahwa tidak perawat dan petugas bahkan orang tua diketahui tidak senantiasa andil dalam setiap kegiatan tentang HIV/AIDS yang mana sangat berperan sebagai *role model* dan juga memberikan pengaruh besar terhadap pasien penderita HIV/AIDS (ODHA).

Adanya hubungan antara tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA dikarenakan mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik sehingga mempengaruhi terhadap perasaan negatif terhadap dirinya, hal ini sejalan dengan penelitian tentang hubungan pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan stigma terhadap ODHA pada siswa kelas XI SMK VI Surabaya, yang dilakukan oleh Parut (2016), yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan mengenai HIV/AIDS dan stigma terhadap ODHA, dengan koefisien korelasi $-0,890$, dengan nilai $p < 0,005$. Penelitian yang dilakukan oleh Sosodoro (2009) juga mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan stigma terhadap ODHA, dengan nilai *Odds Ratio crude* $3,37$ yang berarti bahwa stigma terhadap ODHA ditemukan $3,37$ kali lebih banyak pada pelajar dengan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS yang rendah daripada pelajar yang mempunyai tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS yang tinggi.

Penelitian dengan hasil serupa juga telah dilakukan oleh Asar, dkk, 2021, hasil penelitian menunjukkan responden yang berpengetahuan baik justru memiliki stigma yang tinggi terhadap ODHA dibandingkan yang berpengetahuan kurang. Banyak masyarakat yang belum paham benar tentang penularan virus HIV. Diharapkan masyarakat lebih meningkatkan pengetahuan tentang HIV khususnya penularan HIV, dan menghilangkan stigma pada ODHA. Penelitian yang dilakukan oleh Hesty Widyasih pada tahun 2015 menjelaskan bahwa pengetahuan akan membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang akan berperilaku sesuai dengan keyakinannya. Namun demikian perubahan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Semakin tinggi pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang HIV/AIDS akan mengurangi ketakutan irasional yang dapat memicu munculnya stigma terhadap ODHA. Pengetahuan yang komprehensif tentang HIV/AIDS dapat mengurangi bahkan menghilangkan mitos atau kepercayaan yang salah tentang HIV/AIDS yang pada akhirnya dapat menghentikan bahkan mengurangi epidemi HIV/AIDS yang terkait dengan stigma. Dari perbandingan hasil penelitian tersebut, dapat dipahami bahwa tidak adanya hubungan tingkat pengetahuan HIV/AIDS terhadap *self-stigma* ODHA dikarenakan tingkat pengetahuan dan pemahaman tentang HIV/AIDS pada diri ODHA akan mengurangi stigma negatif dalam diri ODHA tersebut.

Dalam penelitian ini terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA dengan nilai $p\text{-value} = 0,047 < (p\ 0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor kognitif (pengetahuan seseorang) berpengaruh terhadap perubahan perilaku atau *self-stigma* ODHA, namun perubahan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, dibutuhkan faktor lain yang dapat menyebabkan perubahan perilaku seperti pelatihan, dukungan instansi, sosial dan budaya, dan kepatuhan atau keyakinan agama seseorang (Paryati et al., 2012).

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan, dikarenakan masih sedikitnya penelitian yang meneliti *self-stigma*, sehingga masih sedikit perbandingan antara peneliti ini dengan peneliti terdahulu, terdapat variabel yang berkaitan dengan *self-stigma* yang mungkin belum diteliti secara sepenuhnya pada penelitian ini, dan juga proses pengambilan data yang masih kurang baik dari segi waktu maupun kuantitas jumlah responden mungkin mempengaruhi jawaban responden. Selain itu pada kuesioner terdapat pertanyaan yang berkorelasi rendah walaupun sudah dilakukan validasi konteks. Hal ini mungkin berkontribusi pada alasan hasil hubungan antar variabel penelitian ini kurang bermakna.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Penelitian ini menggunakan variabel independen yaitu tingkat pengetahuan dan variabel dependen yaitu *self-stigma* ODHA. Penelitian ini menyebarkan kuesioner kepada 65 responden pasien ODHA di Balkesmas Kota Semarang. Pengolahan penelitian ini menggunakan SPSS 26. Kesimpulan bahwa:

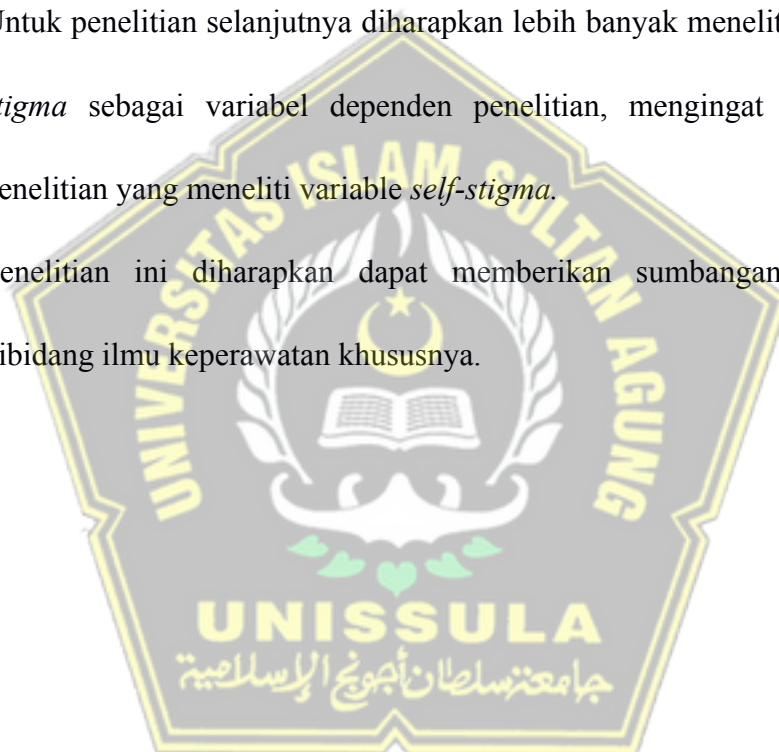
4. Hipotesis (H_a) diterima karena ada hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA.
5. Hipotesis (H_o) ditolak artinya terdapat hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan HIV/AIDS dengan *self-stigma* ODHA.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang telah disajikan maka penulis menyampaikan saran-saran yang kiranya dapat memberikan

sumbangan kepada pihak-pihak yang terkait atas hasil penelitian ini. Adapun saran-saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

6. Untuk mendapatkan hasil yang lebih baik diharapkan untuk penelitian selanjutnya bisa menambah objek penelitian, menambah jumlah responden, dan menambah variabel independen.
7. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan lebih banyak meneliti variabel *self-stigma* sebagai variabel dependen penelitian, mengingat masih sedikit penelitian yang meneliti variabel *self-stigma*.
8. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pengetahuan dibidang ilmu keperawatan khususnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Amran, P., & Qarni, A. W. A. (2019). ANALISIS JUMLAH PEMERIKSAAN LIMFOSIT PADA PENDERITA HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV). *Media Analis Kesehatan*, 10(1). <http://journal.poltekkes-mks.ac.id/ojs2/index.php/mediaanalisis/article/download/982/486>
- Anggreni, N. W. Y., & Herdiyanto, Y. K. (2017). Pengaruh Stigma Terhadap Self Esteem Pada Remaja Perempuan Yang Mengikuti Ektrakurikuler Tari Bali Di Sman 2 Denpasar. *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(1), 208–221. <https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i01.p20>
- Apriliyani, S. (2018). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Terjadinya Luka Kai Diabetik Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ardani, I., & Handayani, S. (2017). Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebagai Hambatan Pencarian Pengobatan: Studi Kasus pada Pecandu Narkoba Suntik di Jakarta. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(2), 81–88. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i2.6042.81-88>
- Ardhikari, B., Kaehler, N., Chapman, R.S., Raut, S., & Roche, P. (2014). Factors Affecting perceived stigma in leprosy affected persons in western Nepal. *PloS NegL Trop Dis*, 8(6), e2940.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Salemba Medika.
- Budiharto, E. (2002). *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. EGC.
- Clair, M. (2018). Matthew Clair, Harvard University Forthcoming in Core Concepts in Sociology (2018). *Scholars Harvard*. https://scholar.harvard.edu/files/matthewclair/files/stigma_finaldraft.pdf
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Dewi, S. K., & Sudaryanto, A. (2020). Validitas dan reliabilitas kuisioner pengetahuan , sikap dan perilaku. *Program Studi Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 73–79.

- Dharma. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. CV. Trans Info Media.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI, & Kementrian Kesehatan RI. (2014). Data Statistik HIV di Indonesia 2014. In *Kemenkes RI* (Issue September, pp. 1–3).
- Dr. dr. Grace D. Kandou, Mk. (2014). Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik. *Kedokteran Komunikasi Dan Tropik*, *II*(1).
<https://123dok.com/document/q2g2532y-karakteristik-pengetahuan-kesehatan-koinfeksi-tuberkulosis-immunodeficiency-kedokteran-komunitas.html>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV Stigma Framework. *AIDS and Behavior*, *17*(5), 1785–1795.
<https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>
- Erkki, Linn, dan J. H. (2013). Nurses' Experiences and Perceptions of Caring for Patients with HIV/AIDS in Uganda. In *UPPSALA Universitet*.
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:685324/FULLTEXT01.pdf>
- Gobel, F. A. (2014). STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA, TUGAS DAN TANGGUNGJAWAB SIAPA?
<https://www.kebijakanaidsindonesia.net/>
<https://www.kebijakanidsindonesia.net/>
- Hasna Sarikusuma, & Nur Hasanah. (2012). Konsep diri orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang menerima label negatif dan diskriminasi dari lingkungan sosial. *Psikologia: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, *7*(1), 29–40. <https://doi.org/10.32734/psikologia.v7i1.2533>
- Hidayati, A. Y., & Wardani, I. Y. (2014). Gambaran Strategi Koping Pasien Hiv/Aids Di Poliklinik Napza Rumah Sakit Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, *2*(2), 100–109.
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3887>
- Husein, U. (2007). *Metode Penelitian Untuk Skripsi Dan Tesis Bisnis*. PT. Raja Grafindo Persada.
- Ihwani, N., Gobel, F. A., & Tussaadah, N. (2020). *FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA IRT TERHADAP PENGIDAP HIV / AIDS Article history : Received : 26 Agustus 2020 bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia sehingga tidak dapat oleh infeksi HIV . Tingginya angka kematian akibat*. *01*(04), 341–350.
- Imelda, J. D. (2016). (*Kajian Deskriptif tentang Anak dengan HIV / AIDS*). *2*, 118–129.
- Kato, H., Suzuki, K., Bannai, M., & Moore, D. R. (2016). Protein requirements are elevated in endurance athletes after exercise as determined by the indicator amino acid oxidation method. *PLoS ONE*, *11*(6), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157406>
- Kemenkes RI. (2015). *Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS*. 1–89.

- KPA. (2008). *Strategi penanggulangan HIV dan AIDS pada perempuan, 2007-2010*. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. <https://www.worldcat.org/title/strategi-penanggulangan-hiv-dan-aids-pada-perempuan-2007-2010/oclc/620672297>
- Kriesniati, P., Yuniarti, D., & Nohe, D. A. (2013). SISWA-SISWI SMP PLUS MELATI SAMARINDA Somers ' d Correlate Analysis on The Data Comfortable Level of Students in Plus Melati Samarinda Junior High School. *Barekeng*, 7(2), 31–40.
- Kuanar, S. R., Ray, A., Sethi, S. K., Chattopadhyay, K., & Sarkar, R. K. (2017). Physiological Basis of Stagnant Flooding Tolerance in Rice. *Rice Science*, 24(2), 73–84. <https://doi.org/10.1016/j.rsci.2016.08.008>
- Lapau, B. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. IKAPI.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10(July), 1399–1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Link, B. G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Makmur, R. (2018). Strategi Komunikasi Orang Dengan Hiv Aids (Odha) Menghadapi Stigma Masyarakat. *LUGAS Jurnal Komunikasi*, 1(1), 68–83. <https://doi.org/10.31334/jl.v1i1.105>
- Mardiah, H., Jatimi, A., Heru, J., Munir, Z., & Rahman, H. F. (2020). Pengurangan Stigma Publik Terhadap Peningkatan Quality of Life (QoL) Pasien Skizofrenia. *Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid*, 11(3), 23–26.
- Maartens, G., Celum, C., & Lewin, S. (2014). *HIV Infection: Epidemiology, Pathogenesis, Treatment, and Prevention*. The Lancet, 384(9939), 258–271 ([https://www.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60164-1](https://www.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60164-1), diakses tanggal 12 Desember 2021)
- Mayasari (2020). Perbedaan Pengaruh Media Promosi Kesehatan Booklet Dengan Audiovisual Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Calon Pengantin Tentang Pencegahan Penularan HIV/AIDS Di Kantor Urusan Agama Semarang Utara Tahun 2018. *Tesis*. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Pascasarjana. UNNES
- Mickelson, K. D dan Williams, S. L (2008). Perceived Stigma of Poverty and Depression: Examination of Interpersonal and Intrapersonal Mediators. <https://www.researchgate.net/publication/240296582>
- Mudjahid. (2000). *Pedoman Konseling Penanggulangan HIV/AIDS*. Departemen Agama RI.
- Muninjaya, A. A. G. (2015). *Manajemen Kesehatan*. EGC.

- Nasronudin. (2014). *HIV dan AIDS Pendekatan biologi molekuler, klinis, dan sosial*. AUP. <http://ailis.lib.unair.ac.id/opac/detail-opac?id=69758>
- Ni'mal Baroya. (2017). Prediktor Sikap Stigma dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember. *Ikesma*, 13(2), 117–128.
- Nishio, I., & Chujo, M. (2017). Structure of resilience among japanese adult patients with type 1 diabetes: A qualitative study. *Yonago Acta Medica*, 60(1), 1–8.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurhasim. (2013). *Tingkat Pengetahuan tentang Perawatan Gigi Siswa Kelas IV dan V SD Negeri Blengorwetan, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen Tahun Pelajaran 2012/2013*. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Salemba Medika.
- Oktavia, N. (2015). *Sistematika Penulisan Karya Ilmiah Ed.1*. Deepublish.
- Paryati, T., Raksanagara, A. S., Afriandi, I., & Kunci, K. (2013). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA(Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan : kajian literatur. *Pustaka Unpad*, 38, 1–11.
- Pratiwi, D. S. (2019). *Hubungan Antara Konsep Diri dengan Kepercayaan Diri Pada Siswa Kelas X Man 2 Model Medan*. Universitas Medan Area.
- Pusat Data dan Informasi. (2020). Infodatin HIV AIDS. *Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI*, 1–8. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/InfodatinAIDS.pdf>
- Rahman, A. . (2013). *Psikologi Sosial Integrasi Pengetahuan Wahyu dan Pengetahuan Empirik*. PT. Rajagrafindo Persada.
- Reysa, M. (2017). *Self-Stigma pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Makassar*. UNIVERSITAS HASANUDDIN.
- Riski, U. (2018). *Analisis Implementasi Program Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) di Puskesmas Gombang II Analisis Implementasi Program Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) di Universitas Negeri Semarang*.
- Rizkiayu, Annisa, S. M. (2020). Salah Kaprah Stigmatisasi dan Diskriminasi terhadap Pasien COVID-19. (L. H. Wiwoho, Editor), Retrieved Juni 9, 2020, from KOMPAS.COM: <https://www.kompas.com/salah-kaprah-stigmatisasi-dan-diskriminasi>
- Siregar, S. (2014). *Metode penelitian kuantitatif dilengkapi dengan perbandingan perhitungan manual dan SPSS*. Kencana.
- Situmeang, B., Syarif, S., & Mahkota, R. (2017). Hubungan Pengetahuan

- HIV/AIDS dengan Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS di Kalangan Remaja 15-19 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 35–43. <https://doi.org/10.7454/epidkes.v1i2.1803>
- Siyoto, S., & Sodik, A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi Media Publishing.
- Sofia, R. (2017). perbandingan Akurasi Pemeriksaan Metode Ditect slide Dengan Metode Kato-Katz Pada Infeksi Kecacingan. *KEDOKTERAN & KESEHATAN MALIKUSSALEH*, 3.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. PT Alfabet.
- Sulidah. (2016). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terkait Kusta Terhadap Perlakuan Diskriminasi Pada Penderita Kusta. *Jurnal Medika Respati*, 11(3), 53–65.
- Sumantri, A. (2011). *Metode Penelitian Kesehatan*. Kencana.
- Suryani, E. T. (2016). Gambaran Self Stigma Penderita HIV/AIDS di Poli Cendana Rumah Sakit Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 3(3), 213–217. <https://doi.org/10.26699/jnk.v3i3.art.p213-217>
- Syahrina, I. A., & Pranata, ade yuda. (2018). Stigma Internal Hubungannya dengan Interaksi Sosial Orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang. *Jurnal Fakultas Psikologi Universitas Wisnuwardhana Malang*, 22(1), 1–17. file:///C:/Users/Administrator/Downloads/98-Article Text-171-1-10-20181114.pdf
- Syaiful, B. (2015). *Strategi Belajar Mengajar*. Rineka Cipta.
- Treisman, G., & Angelino, A. (2004). *The Psychiatry of AIDS: A Guide to Diagnosis and Treatment*. University Press.
- UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. (2014). The Gap Report. In Geneva: UNAIDS. <https://www.refworld.org/docid/53f1e1604.html> [accessed 28 May 2019]
- United Nations for HIV/AIDS. (2014). To help end the AIDS epidemic. *United Nations*, 40. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
- Utami, W. (2018). *Pengaruh Perceived Stigma Sosial dan dukungan Sosial Terhadap Kesejahteraan Psikologis Narapidana*. Jurnal Psikologi, 3.
- Wahyu, S., Taufik, T., & Ilyas, A. (2012). Konsep Diri dan Masalah yang Dialami Orang Terinfeksi HIV/Aids. *Konselor*, 1(2), 1–12. <https://doi.org/10.24036/0201212695-0-00>
- Wawan, A., & Dewi. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Nuha Medika.
- Williams, L. W. (2011). *Nursing: Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Alih Bahasa Paramita. PT Indeks.

Yuliana, E. (2017). *Analisis Pengetahuan Siswa Tentang Makanan yang Sehat dan Bergizi Terhadap Pemilihan Jajanan di Sekolah*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

Zulkifli. (2004). *A I D S (ACQUIRED IMMUNO DEFICIENCY SYNDROME)*. 4(1), 1–16.

LAMPIRAN

Lampiran Uji Univariat

A. Karakteristik Responden Tingkat Pengetahuan Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	41	63.1	63.1	63.1
	Perempuan	24	36.9	36.9	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29	9	13.8	13.8	13.8
	30-39	18	27.7	27.7	41.5
	40-49	26	40.0	40.0	81.5
	50	12	18.5	18.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Status Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	43	66.2	66.2	66.2
	Belum Bekerja	22	33.8	33.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	