

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
STIGMA PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)
DI KOTA YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI



**Disusun oleh :
Monica Arum Mawarni
1610104168**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA IV BIDAN PENDIDIK
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
STIGMA PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV)
DI KOTA YOGYAKARTA

NASKAH PUBLIKASI



Disusun oleh :
Monica Arum Mawarni
1610104168



Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui untuk Dipublikasikan
Pada Program Studi Bidan Pendidik Jenjang Diploma IV
Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

Oleh :

Pembimbing : Ismarwati, S.KM., S.ST., M.PH

Tanggal : 24 Juli 2017

Tanda Tangan :

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Ismarwati'.

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA PADA ORANG DENGAN HIV (ODHIV) DI KOTA YOGYAKARTA¹

Monica Arum Mawarni², Ismarwati³, Indriani⁴
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
Email: monicaarumm@gmail.com

Latar belakang: HIV/AIDS menunjukkan peningkatan angka kejadian dalam beberapa tahun terakhir ini. Stigma pada Orang dengan HIV (ODHIV) masih sering dirasakan oleh penderita HIV. Salah satu dampak stigma adalah ODHIV tidak mau untuk melakukan pengobatan ARV sehingga kualitas hidup ODHIV menurun. **Tujuan:** Untuk mengetahui karakteristik dan faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma pada Orang dengan HIV (ODHIV) di Kota Yogyakarta tahun 2017. **Metode penelitian:** Desain penelitian menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Sampel penelitian yaitu Orang dengan HIV sebanyak 86 responden dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Analisis statistik data menggunakan distribusi frekuensi dan *chi square*. **Hasil penelitian:** Stigma pada ODHIV yaitu pada kategori tinggi. Karakteristik responden mayoritas adalah umur 19-35 tahun, perempuan, agama Islam, pendidikan SMA, responden bekerja dan status menikah. Faktor lamanya terinfeksi HIV < 4 tahun, sumber informasi dari tenaga kesehatan, akses terhadap ARV dengan jarak sedang dan dukungan keluarga kategori sedang. Variabel yang berhubungan dengan stigma yaitu, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, lamanya terinfeksi HIV dan dukungan keluarga. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan stigma yaitu, status pernikahan, sumber informasi dan akses terhadap ARV. **Kesimpulan dan saran:** Variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan stigma yaitu umur, agama, dan lamanya terinfeksi HIV. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan stigma yaitu status pernikahan, sumber informasi dan akses terhadap ARV. Saran : Agar Pemerintah dapat melakukan pengembangan evaluasi program terkait dengan penanggulangan stigma HIV/AIDS.

Kata Kunci : Orang dengan HIV (ODHIV), Stigma.

Background: HIV/AIDS has shown an increase in incidence in recent years. Stigma to HIV positives is still often felt by them. One of the impacts of stigma is that HIV positives do not want to do ARV treatment so that the quality of life of HIV positives decreases. **Objective:** The study aims to determine the characteristics and factors related to stigma to People Living with HIV (PLWHIV) in Yogyakarta in 2017. **Method:** The study used analytical descriptive with cross sectional time approach. The samples were PLWHIV as many as 86 respondents by using purposive sampling technique. The statistical analysis of data used frequency distribution and chi square. **Result:** The stigma to PLWHIV is in the high category. The characteristics of the respondents indicate that the majority of the respondents are aged 19-35 years, female, Islamic religion, Senior High School (SHS) education, work and married. Factors related to duration of HIV infection < 4 years, source of information from health workers, access to ARV with distance is in medium category and support is in medium category. Variables related to the stigma are age, sex, religion, education, occupation, duration of HIV infection and family support. While the variables that are not related to the stigma are marital status, sources of

information and access to ARV. **Conclusion and suggestion:** The stigma to PLWHIV is in the high category. Variables that are related significantly with stigma are age, religion, and duration of HIV infection. Meanwhile, the unrelated variables are marital status, information source and access to ARV. Suggestion: The government should develop program evaluation related to HIV/AIDS stigma prevention.

Keywords : People Living with HIV (PLWHIV), Stigma.

PENDAHULUAN

Sustainable Development Goals (SDG's) merupakan program berkelanjutan dari *Millenium Development Goals* (MDG's) adapun hal yang masih menjadi perhatian dari tujuan pembangunan berkelanjutan tersebut adalah HIV/AIDS, Tuberculosis, malaria yang terdapat dalam tujuan ketiga, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Dalam tujuan berkelanjutan tersebut, salah satu yang harus dilanjutkan adalah memerangi HIV/AIDS termasuk upaya untuk menurunkan stigma dan diskriminasi yang terdapat para prong nomor dua (SDG's, 2015).

Pengobatan dengan ARV dapat berjalan pada ODHIV apabila dilakukan dengan baik. Namun, masih tingginya stigma dan diskriminasi di Indonesia menjadi salah satu penghambat bagi ODHIV untuk mendapatkan pengobatan ARV (Paryati, 2012 dan Shaluhiyah, 2015). Stigma merupakan suatu cara identifikasi atribut atau tanda yang berada pada seseorang sebagai sesuatu yang dimiliki (Goffman, 1963). Stigma yang diberikan pada seorang individu akan membuat individu yang diberi stigma kehilangan kepercayaan diri, kemudian merasa didiskriminasi hingga akhirnya sulit mencari bantuan untuk keluar dari masalahnya (Pfluf, 1986).

Stigma pada ODHIV merupakan perlakuan yang tidak adil terhadap individu karena status HIV mereka, baik itu status sebenarnya maupun

hanya persepsi saja (UNAIDS, 2012). Stigma terhadap HIV/AIDS sudah ada sejak dikenalnya AIDS itu sendiri. Sejak terjadi epidemi HIV/AIDS pada tahun 1981, penyakit ini telah disertai dengan wabah ketakutan, penolakan, serta dipersepsikan sebagai penyakit mematikan yang ditransmisikan dari orang ke orang (Irawati, 2015).

Stigma mempengaruhi banyak hal dalam kehidupan ODHIV dan ODHA. Mereka dapat merasa kehilangan dukungan sosial, kehilangan mata pencaharian, pengucilan, mendapatkan kejahatan dan penganiyaan, bahkan kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, stigma pada ODHIV merupakan hambatan utama dalam pencegahan yang berakibat pada kesakitan dan kematian (Holzemer, 2007).

Salah satu bahaya stigmatisasi HIV adalah bahwa kekhawatiran yang terkait dapat memotivasi penolakan dan merahasiakan serta melanjutkan perilaku berisiko (Irawati, 2015). Penelitian Cama (2015) menyebutkan bahwa tingginya stigma tentang HIV berkaitan dengan ketidakpatuhan ODHIV untuk melakukan terapi ARV yang menyebabkan *quality of life* ODHIV menurun, bahkan cenderung menghindari pelayanan kesehatan. Penelitian Massie (2012) menyebutkan bahwa dampak dari stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV menyebabkan beberapa orang menarik diri dari masyarakat dan berhenti bersosialisasi dalam kegiatan sosial dikarenakan mereka menganggap bahwa harga diri mereka menurun.

Penelitian Rogers, et.al (2014) di Jamaica menyebutkan bahwa stigma dipengaruhi oleh faktor psikososial dan faktor psikososial. Penelitian Samosir (2015) menyebutkan bahwa stigma yang dirasakan oleh penderita HIV/AIDS antara lain penderita HIV/AIDS dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular melalui kontak sosial biasa halnya bersalaman dan lain sebagainya.

Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa stigmatisasi yang terkait dengan AIDS diperkuat oleh banyak faktor, antara lain, kurangnya pemahaman terhadap penyakit, kesalahpahaman tentang bagaimana HIV ditularkan, kurangnya akses terhadap pengobatan, media yang tidak bertanggung jawab dalam melaporkan epidemi, pemahaman tentang AIDS yang tidak dapat diobati, dan prasangka serta ketakutan berkaitan dengan sejumlah isu sensitif secara seksual termasuk seksualitas, penyakit dan kematian serta narkoba (Irawati, 2015).

Studi pendahuluan yang dilakukan di Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) Victory plus yaitu LSM yang melakukan pendampingan di 5 kabupaten DIY termasuk kota Yogyakarta. Data pendampingan

ODHIV LSM Victory plus merupakan yang tertinggi di DIY yaitu 2014 kasus dengan pencapaian ARV sebanyak 913 kasus dan 777 kasus di kota Yogyakarta dengan pencapaian ARV sebanyak 636 kasus. Melalui wawancara pada ODHIV, mengatakan bahwa stigma masih sering dirasakan terhadap dirinya. Masih tingginya stigma yang dirasakan akan menyebabkan ODHIV enggan untuk melakukan terapi ARV yang merupakan pengobatan. Upaya terus dilakukan dalam rangka menghapuskan stigma tersebut, baik dalam diri ODHIV dan ODHA melalui dukungan sebaya, dukungan LSM peduli AIDS, lingkungan keluarga, lingkungan masyarakat dan lingkungan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang menggunakan metode penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan waktu *cross sectional* yaitu tiap subjek diobservasi satu kali dan faktor resiko serta efek diukur menurut keadaan atau status waktu diobservasi. Metode pengumpulan data menggunakan data primer. Analisis data yang digunakan adalah uji *statistic Chi Square*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Distribusi Frekuensi Stigma Orang dengan HIV (ODHIV)

Tabel 1 Distribusi frekuensi stigma pada Orang dengan HIV (ODHIV)

Stigma	Frekuensi	Prosentase (%)
Tinggi	54	62,8
Sedang	17	19,8
Rendah	15	17,4
Total	86	100,0

Sumber : Data primer 2017

Tabel 4.1 diketahui bahwa Orang dengan HIV (ODHIV) di Kota Yogyakarta masih mengalami stigma dengan dominasi stigma tinggi sebesar 54

responden (62,8%). Stigma yang tinggi pada penderita HIV dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (*Quality of Life*) yaitu ketidakpatuhan penderita HIV

untuk melakukan terapi ARV yang menyebabkan kualitas hidup penderita menurun, selain itu, penderita HIV yang terstigma cenderung menghindari pelayanan kesehatan (Cama, 2015). Paryati (2012) menyebutkan bahwa stigma terhadap ODHA berhubungan dengan persepsi tentang rasa malu (*shame*) dan menyalahkan (*blame*). Penelitian serupa pernah dilakukan Hutapea (2011), mengungkapkan bahwa seorang yang menderita HIV dan AIDS sering mengalami

masalah psikologis, yaitu cemas, depresi, marah bahkan dorongan untuk melakukan bunuh diri. Cara terbaik untuk mengurangi persepsi terhadap diri ODHIV adalah membantu dan mendampingi ODHIV maupun keluarganya, membantu dalam hal untuk memahami infeksi HIV dan kematian akibat AIDS, memberikan konseling, mengubah perilaku menjadi perilaku hidup sehat, memberikan pelatihan yang berkaitan dengan HIV/AIDS.

B. Karakteristik Responden

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Agama, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan.

No.	Karakteristik Responden	Hasil Penelitian	
		Frekuensi	%
1.	Umur		
	a. < 19 tahun	4	4,7
	b. 19-35 tahun	61	70,9
	c. > 35 tahun	21	24,4
	Total	86	100
2.	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	36	41,9
	b. Perempuan	50	58,1
	Total	86	100
3.	Agama		
	a. Islam	56	65,1
	b. Kristen katolik	10	11,6
	c. Kristen protestan	20	23,3
	d. Hindu	0	0
	e. Budha	0	0
	Total	86	100
4.	Pendidikan		
	a. Tidak sekolah	0	0
	b. SD	1	1,2
	c. SMP	20	23,3
	d. SMA	56	65,1
	e. PT	9	10,5
	Total	86	100
5.	Pekerjaan		
	a. Bekerja	71	82,6
	b. Tidak bekerja	15	17,4
	Total	86	100
6.	Status Pernikahan		
	a. Menikah	43	50
	b. Tidak menikah	43	50
	Total	86	100

Sumber : Data primer 2017

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 86 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berumur 19-35 tahun lebih banyak yaitu 61

responden (70,9%) daripada responden yang berumur kurang dari 19 tahun yaitu 4 responden (4,7%) dan responden yang berumur diatas 35 tahun yaitu 21

responden (24,4%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia produktif banyak terinfeksi HIV yang sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hermawati (2011) diketahui bahwa kecenderungan pengidap HIV dan AIDS adalah rentang usia 20-35 tahun. Dalam hasil penelitian Sudikno (2011) diketahui bahwa masih kurangnya pengetahuan HIV dan AIDS menjadi salah satu penyebab kurangnya pengetahuan HIV dan AIDS pada usia remaja dan produktif.

Berdasarkan jenis kelamin, responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu 50 responden (58,1%) lebih banyak dari responden yang berjenis kelamin laki-laki yaitu 36 responden (41,9%). Laki-laki dan perempuan memiliki faktor resiko yang sama terkena HIV dan AIDS, namun dari hasil penelitian didapatkan perempuan lebih mendominasi dari pada laki-laki, hal ini sesuai dengan teori bahwa terdapat 5 populasi kunci yang memiliki faktor resiko terinfeksi HIV dan AIDS, salah satunya adalah kelompok yang memiliki hubungan heteroseksual dengan 4 golongan faktor resiko, yaitu kelompok homoseksual dan biseksual, kelompok yang menggunakan narkoba secara intravena, kelompok *haemophilic* dan kelompok penerima transfusi darah (Cotran, Kumar & Collins, 1999). Penelitian yang dilakukan Laksana dan Woro (2010) bahwa laki-laki biseksual memiliki resiko tertular HIV dan AIDS lebih besar daripada laki-laki heteroseksual, khususnya melalui perilaku seksual beresiko, yaitu hubungan seks lebih dari satu *partner* dan seks anal. Selain penularan melalui seksual, perempuan juga

melakukan kegiatan beresiko seperti pengguna narkoba suntik yang digunakan secara bergantian, alat *tattoo* atau *skin piercing* (Nasronudin, 2007). Pada faktor resiko ini, menyumbang kasus HIV dan AIDS sebesar 5-10% total seluruh kasus di dunia (Gunung, et.al, 2013).

Berdasarkan agama, responden yang beragama islam lebih banyak dibandingkan agama lainnya sebesar 56 responden (65,1). Hal ini karena mayoritas penduduk Indonesia beragama islam. Dalam hal ini pentingnya variabel agama diketahui karena agama memiliki peran dalam membentuk konsep seseorang tentang sehat dan sakit yang dipengaruhi oleh keyakinan tentang peran Tuhan dalam menentukan nasib seseorang. Agama dapat menjadi penguat individu dalam berbagai keadaan yang dialami, namun sekaligus dapat menjadi refleksi kehidupan yang melanggar norma, yang sesuai dengan Al-Quran dalam surat Az-Zumar ayat 53, yang artinya, "*Katakanlah : hai hamba-hambaku yang melampaui batas terhadap diri mereka sendiri, janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya Allah mengampuni dosa-dosa semuanya. Sesungguhnya Dia-lah yang Maha Pengampun lagi Maha Penyayang*".

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat pendidikan menengah (SMA/SMK/MA) adalah yang paling tinggi dibandingkan tingkat pendidikan rendah dan tinggi, yaitu sebesar 56 responden (65,1%). Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pendidikan terdiri dari proses belajar mengajar yang dapat mengubah individu dari tidak tahu menjadi tahu (Notoatmodjo,

2007). Dengan demikian, pendidikan dapat mempengaruhi pada perubahan tingkah laku individu. Dalam kaitannya dalam hal ini adalah bahwa di masa remaja memasuki SMA, terdapat kemungkinan bahwa individu tersebut telah terpapar dengan perilaku beresiko, sehingga dalam rentang waktu < 7 tahun individu tersebut terdiagnosa sebagai pengidap HIV, sehingga pentingnya pengetahuan HIV dan AIDS yang benar dan tepat menjadi salah satu poin penting untuk menghindari penularan HIV dan AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 71 responden (82,6%) memiliki pekerjaan atau bekerja. Hal ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja sebanyak 15 responden (17,4%). Pekerjaan dapat dikaitkan dengan hasil penelitian, bahwa seseorang yang telah memiliki pekerjaan dan penghasilan ada kecenderungan bebas melakukan perilaku beresiko yang mengakibatkan HIV dan AIDS.

Berdasarkan status pernikahan, menunjukkan bahwa responden

C. Faktor yang mempengaruhi stigma

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Faktor-faktor

No.	Karakteristik Responden	Hasil Penelitian	
		Frekuensi	%
1.	Lamanya terinfeksi HIV		
	a. < 4 tahun	54	62,8
	b. 4-7 tahun	27	31,4
	c. > 7 tahun	5	5,8
	Total	86	100
2.	Media infomarsi		
	a. Media elektronik	20	23,3
	b. Media cetak	2	2,3
	c. Tenaga kesehatan	64	74,4
	Total	86	100
3.	Akses terhadap ARV		
	a. Jauh	6	7,0
	b. Sedang	42	48,8
	c. Dekat	38	44,2
	Total	86	100
4.	Dukungan keluarga		

yang menikah dan tidak menikah memiliki jumlah yang sama yaitu 43 responden (51,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa orang yang berstatus menikah dapat beresiko lebih besar terinfeksi HIV dan AIDS jika melakukan seks tidak aman atau berganti-ganti pasangan (Kambu, 2012). Dalam teori menurut Gunung et.al (2013), buku Panduan Konseling dan tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan (2011) dan AIDS Map (2015) menyebutkan bahwa berganti-ganti pasangan dapat menularkan HIV dan AIDS melalui cairan tubuh yang sudah terinfeksi (cairan air mani dan cairan vagina). Hasil penelitian pada responden tidak menikah adalah 43 responden (51,2%), jika dikaitkan dengan umur tertinggi responden adalah 19-35 tahun, maka dapat diketahui adanya suatu pola imigrasi dikalangan remaja, mereka kebanyakan tinggal di kontrakan maupun kost dengan keterbatasan pengawasan dari orang tua, sehingga cenderung melakukan perilaku beresiko.

a. Tinggi	17	19,8
b. Sedang	40	46,5
c. Rendah	29	33,7
Total	86	100

Sumber : Data primer 2017

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden terbanyak dalam penelitian ini telah menderita HIV selama < 4 tahun sebanyak 54 responden (62,8%), dibandingkan dengan penderita HIV dalam rentan waktu 4-7 tahun sebanyak 27 responden (31,4%) dan penderita dalam rentan waktu > 7 tahun sebanyak 5 responden (5,8%). Hasil ini menunjukkan bahwa telah terdapat kesadaran bagi individu yang melakukan perilaku beresiko untuk mengetahui status HIV nya sehingga dapat dilakukan upaya kuratif untuk meningkatkan kualitas hidup penderita HIV seperti pengobatan suportif, pengobatan infeksi *opportunistic* dan pengobatan ARV (*Antiretroviral*) (Green, 2009 dan Calascibetta, 2016). Dengan melakukan mengetahui status HIV tersebut menjadi langkah untuk deteksi dini jika dibandingkan dengan tidak melakukan pemereksiaan jika telah melakukan perilaku beresiko seperti berganti pasangan, pengguna narkoba suntik, homoseksual dan perilaku beresiko lainnya.

Berdasarkan media informasi, responden lebih banyak menggunakan media informasi melalui tenaga kesehatan jika dibandingkan dengan media elektronik dan media cetak yaitu sebesar 64 responden (74,4%). Dalam teori menyebutkan bahwa sumber informasi adalah segala sesuatu yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi yang dapat diperoleh dari media cetak, media elektronik dan tenaga kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Tenaga kesehatan yang sudah terlatih dapat memberikan nasehat, usulan, saran dan informasi tentang HIV dan AIDS kepada penderita (Budiarti, 2016) yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV yang dapat berakibat positif terhadap penerimaan pada penderita HIV dan AIDS (Babalola, 2007). Penelitian lain menyebutkan bahwa tenaga kesehatan yang profesional dapat membantu seseorang terinfeksi untuk memberikan informasi sehingga dapat mengurangi kesakitan dan kematian, bahkan tenaga kesehatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana cara pencegahan HIV untuk mengurangi penularannya (The Lancet, 2014).

Berdasarkan akses terhadap ARV, responden dengan akses terhadap ARV dengan jarak sedang lebih banyak yaitu 42 responden (48,8%) dibandingkan dengan akses terhadap ARV dengan jarak dekat yaitu sebanyak 38 responden (44,2%) dan jarak jauh sebanyak 6 responden (7%). Hal ini berarti sarana dan prasarana untuk mencapai pengobatan ARV sudah semakin mudah untuk pengobatan dan perawatan kesehatan terhadap penderita HIV (Cama, 2015). Terapi ARV merupakan satu-satunya terapi yang berhasil menekan penyebaran virus HIV dalam tubuh, secara signifikan mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat HIV (Calascibetta, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian dukungan keluarga menunjukkan bahwa dukungan kategori sedang

lebih tinggi yaitu sebanyak 40 responden (38,4%) dibandingkan dengan dukungan keluarga kategori tinggi sebanyak 17 responden (19,8%) dan dukungan keluarga dengan kategori rendah sebanyak 29 responden (33,7%). Hal ini tidak sesuai dengan teori, bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang sangat penting dibutuhkan oleh penderita

HIV dan AIDS (Siboro, 2013), selain itu, perawatan penderita HIV dan AIDS dengan dukungan keluarga akan membuat ODHIV dan ODHA mampu mengatur sendiri hidupnya, hal ini sesuai penelitian bahwa penyakit yang berhubungan dengan HIV dan AIDS akan cepat membaik dengan kenyamanan dirumah dan keluarga (Green, 2009).

D. Analisis Bivariat

Tabel 4. Distribusi Berdasarkan Karakteristik Responden Terhadap Stigma ODHIV

No.	Karakteristik	Stigma pada ODHIV		
		Tinggi	Sedang	Rendah
1.	Umur			
	a. < 19 tahun	4	0	0
	b. 19-35 tahun	42	16	3
	c. > 35 tahun	8	1	12
	Total	44	17	15
2.	Jenis Kelamin			
	a. Laki-laki	28	5	3
	b. Perempuan	26	12	13
	Total	54	17	15
3.	Agama			
	a. Islam	45	7	4
	b. Kristen katolik	1	5	7
	c. Kristen protestan	8	5	4
	d. Hindu	0	0	0
	e. Budha	0	0	0
	Total	54	17	15
4.	Pendidikan			
	a. Tidak sekolah	0	0	0
	b. SD	1	0	0
	c. SMP	16	3	1
	d. SMA	36	11	9
	e. PT	1	3	5
	Total	54	17	15
5.	Pekerjaan			
	a. Bekerja	40	16	15
	b. Tidak bekerja	14	1	0
	Total	54	17	15
6.	Status Pernikahan			
	a. Menikah	28	7	8
	b. Tidak menikah	26	10	7
	Total	54	17	15

Sumber : Datar primer 2017

Tabel 5. Distribusi Berdasarkan Faktor-faktor Terhadap Stigma ODHIV

Variabel	χ^2	df	p value
Umur	32,910	4	0,000

Jenis Kelamin	6,243	2	0,044
Agama	25,100	4	0,000
Pendidikan	15,783	6	0,015
Pekerjaan	7,446	2	0,024
Status pernikahan	0,670	2	0,715
Lamanya terinfeksi HIV	24,923	4	0,000
Media informasi	1,478	4	0,830
Akses terhadap ARV	7,448	4	0,114
Dukungan keluarga	11,790	4	0,019

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa pada kelompok umur, penderita HIV berumur < 19 tahun sebanyak 4 responden merasakan stigma tinggi, pada kelompok umur 19-35 tahun sebanyak 42 responden merasakan stigma tinggi, 16 responden merasakan stigma sedang dan 3 responden merasakan stigma rendah. Kelompok umur > 35 tahun sebanyak 8 responden merasakan stigma tinggi, 1 responden merasakan stigma sedang dan 12 responden merasakan stigma rendah. Dalam teori menyebutkan bahwa bertambahnya umur seseorang mempengaruhi proses terbentuknya motivasi sehingga faktor umur diperkirakan berpengaruh terhadap perilaku seseorang (Suganda, 1997). Hasil uji *chi square* diketahui bahwa umur memiliki hubungan yang signifikan dengan stigma penderita HIV (ODHIV) karena nilai X^2 hitung > X^2 tabel dan nilai $p < 0,005$ yaitu 0,000. Penelitian Cao et.al (2010) menyebutkan bahwa umur berhubungan terhadap sikap stigma, semakin dewasa seseorang akan mempengaruhi penerimaan terhadap status HIV yang dimilikinya, hal serupa disebutkan oleh Paryati (2012) dalam penelitiannya yang menyebutkan bahwa umur akan berpengaruh terhadap kinerja fisik dan perilaku pengidap HIV terhadap stigma.

Dari hasil penelitian diketahui laki-laki memiliki tingkat stigma

tinggi sebanyak 28 responden, tingkat stigma sedang 5 responden dan tingkat stigma rendah 3 responden. Sedangkan perempuan lebih sedikit yang memiliki tingkat stigma tinggi sebanyak 26 responden, namun, pada tingkatan stigma sedang sebanyak 12 responden dan tingkatan stigma rendah 13 responden. Dilihat dari data pada variabel jenis kelamin, hasil uji *chi square* diperoleh data bahwa jenis kelamin tidak ada hubungan dengan stigma penderita HIV (ODHIV) yaitu dengan nilai X^2 hitung > X^2 tabel dan nilai $p < 0,005$ yaitu 0,044. Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa stigma yang terkait dengan jenis kelamin dapat mempengaruhi keadaan yang menyebabkan ketidakadilan sosial dan orientasi seksual yang sudah ada sebelumnya (Parker, 2003 dan Sumatjono, 2000). Dari hasil penelitian, laki-laki lebih mendominasi merasakan stigma tinggi dari pada perempuan, hal ini sesuai dengan penelitian Sosodono (2009) yang mengemukakan bahwa laki-laki mempunyai stigma lebih tinggi dibanding dengan perempuan. Penelitian lain menyebutkan bahwa laki-laki dengan perilaku homoseksual cenderung lebih besar merasakan pandangan negatif (Laksana dan Lestari, 2010). Meskipun responden perempuan yang merasakan stigma tinggi lebih rendah dari pada responden laki-laki, namun pada tingkatan stigma

sedang dan rendah, responden perempuan lebih mendominasi dari pada laki-laki. Hal ini sesuai dengan Penelitian Loutfy (2012) yang dilakukan di Ontario, Canada menyebutkan bahwa wanita lebih tinggi mengalami stigma daripada laki-laki, hal ini karena perempuan lebih cenderung menggunakan perasaan daripada laki-laki. Perempuan dengan status HIV positif diposisikan sebagai perempuan yang kotor, berpenyakit dan tidak layak (Lawless, 1996). Hasil penelitian Dalimoethe (2011) mengatakan bahwa perempuan yang terinfeksi HIV/AIDS cenderung memikul beban ganda terkait dengan stigma dan diskriminasi yang dialami, sehingga akan memperburuk kondisi perempuan yang menyebabkan perempuan enggan untuk memeriksakan diri dan melakukan pengobatan ARV.

Pada variabel agama, didapatkan bahwa pada kelompok agama Islam, responden yang mengalami stigma tinggi sebesar 45 responden, stigma sedang sebesar 7 responden dan stigma rendah sebesar 4 responden. Pada kelompok agama Kristen Katolik, responden yang mengalami stigma tinggi sebesar 1 responden, stigma sedang sebesar 5 responden dan stigma rendah sebesar 7 responden. Pada kelompok agama Kristen Protestan, responden yang mengalami stigma tinggi sebesar 8 responden, stigma sedang sebesar 5 responden dan stigma rendah sebesar 4 responden. Hasil uji chi square pada variabel agama, didapatkan hubungan dengan penderita HIV (ODHIV), yaitu nilai X^2 hitung $> X^2$ tabel dan nilai $p < 0,005$ yaitu 0,000. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Penelitian Mbonu, et.al (2009)

yang mengungkapkan bahwa agama memainkan peran penting yang mendukung maupun merugikan terhadap penderita HIV. Penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico, menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep tentang sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Reyes-estrada & Varas-díaz, 2015). Beberapa pemimpin agama mengemukakan bahwa HIV sangat erat berhubungan dengan dosa dan tindakan yang tidak sesuai moral sehingga penderita HIV/AIDS adalah orang yang memiliki dosa besar. Namun di sisi lain, agama memberikan kesempatan bahwa meskipun penderita HIV/AIDS sudah berdosa tetapi mereka masih bisa diampuni dan mendapatkan tempat terbaik setelah kematian (Mbonu et.al, 2009).

Pada variabel pendidikan, pendidikan tingkat dasar yang memiliki stigma tinggi yaitu 1 responden. Pada tingkat pendidikan menengah pertama (SMP) yang memiliki stigma tinggi sebanyak 16 responden, stigma sedang 3 responden dan stigma rendah sebanyak 1 responden. Pada tingkat pendidikan menengah atas (SMA) yang memiliki stigma tinggi sebanyak 36 responden, stigma sedang 11 responden dan stigma rendah sebanyak 9 responden dan pada tingkat pendidikan tinggi (PT), yang memiliki stigma tinggi sebanyak 1 responden, stigma sedang 3 responden dan stigma rendah sebanyak 5 responden. Dilihat dari data pada variabel pendidikan, hasil uji *chi square* diperoleh data bahwa adanya hubungan antara pendidikan dengan stigma penderita HIV

(ODHIV), dengan nilai X^2 hitung $> X^2$ tabel dan nilai $p < 0,005$ yaitu 0,015. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa pendidikan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV (Purwanto, 2014). Hasil penelitian Galuh mengakatakan bahwa tingkat pendidikan yang dimiliki ODHA, dimana tingkat pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang sehingga semakin tinggi tingkat pendidikan ODHA akan semakin luas pula pengetahuannya sehingga cenderung untuk mengungkapkan status HIV-nya dan mampu menanggapi stigma pada dirinya (Galuh, 2015). Hasil penelitian Damalita (2014) menyebutkan bahwa pendidikan memiliki hubungan dengan stigma pada penderita HIV, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin rendah stigma yang dialami penderita HIV yang dapat dikaitkan dengan HIV, bahwa pada saat remaja memasuki SMA, terdapat kemungkinan bahwa mereka terpapar dengan perilaku yang beresiko seperti penggunaan jarum suntik, narkoba dan pergaulan bebas sehingga dalam rentan waktu < 7 tahun individu tersebut telah didiagnosa sebagai penderita HIV sehingga pentingnya pengetahuan menjadi salah satu hal yang penting untuk mencegah penularan HIV dan mengungkapkan status HIV yang dimilikinya apabila sudah terdiagnosa HIV.

Pada kelompok bekerja, responden yang mengalami stigma tinggi yaitu sebanyak 40 responden, stigma sedang sebanyak 16 responden dan stigma rendah sebanyak 14 responden. Pada

kelompok yang tidak bekerja, responden yang mengalami stigma tinggi yaitu sebanyak 14 responden, stigma sedang sebanyak 1 responden dan stigma rendah sebanyak 0 responden. Hasil uji chi square diperoleh bahwa adanya hubungan antara variabel pekerjaan dengan stigma penderita HIV (ODHIV), yaitu dengan nilai X^2 hitung $> X^2$ tabel dan nilai $p < 0,005$ yaitu 0,024. Hal ini sesuai dengan penelitian Lim di Vietnam menyebutkan bahwa pekerjaan merupakan salah satu faktor stigma dan diskriminasi terhadap ODHA/ODHIV. Terutama pada individu yang bekerja yang berkaitan dengan populasi kunci HIV seperti pekerja seks. Penderita HIV akan dianggap mendapat resiko yang sesuai dengan pekerjaan mereka (Lim et al., 2013).

Dari hasil penelitian diketahui bahwa pada kelompok menikah, responden yang mengalami stigma tinggi 28 sebanyak responden, stigma sedang sebanyak 7 responden dan stigma rendah sebanyak 8 responden. Dalam hal ini disebutkan oleh penelitian Kambu (2012) yang menyebutkan bahwa orang yang berstatus menikah lebih mendapatkan stigma negatif karena mereka melakukan perilaku seksual beresiko mengindikasikan bahwa ia melakukan seks tidak aman (berganti-ganti pasangan). Sedangkan pada kelompok tidak menikah, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 26 responden, stigma sedang sebanyak 10 responden dan stigma rendah sebanyak 7 responden. Dilihat dari uji chi square, diperoleh data bahwa variabel status pernikahan tidak memiliki hubungan dengan stigma penderita

HIV (ODHIV) karena nilai X^2 hitung $< X^2$ tabel dan nilai $p > 0,005$ yaitu 0,715. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Damalita (2014) menyebutkan bahwa status pernikahan tidak berhubungan dengan stigma pada penderita HIV, hal ini dapat ditunjukkan dengan data 40,2% penderita HIV tidak menikah.

Dari hasil penelitian didapat bahwa pada kelompok yang telah terkena HIV selama < 4 tahun, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 44 responden, yang mengalami stigma sedang sebanyak 6 responden dan yang mengalami stigma rendah sebanyak 4 responden. Pada kelompok yang telah terkena HIV selama 4-7 tahun, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 9 responden, yang mengalami stigma sedang sebanyak 10 responden dan yang mengalami stigma rendah sebanyak 8 responden. Pada kelompok yang telah terkena HIV selama > 7 tahun, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 1 responden, yang mengalami stigma sedang sebanyak 1 responden dan yang mengalami stigma rendah sebanyak 3 responden. Hasil uji chi square pada variabel lama terinfeksi HIV, didapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara variabel lama terinfeksi HIV dengan stigma Orang dengan HIV (ODHIV), yaitu dengan nilai X^2 hitung $> X^2$ tabel dan nilai $p < 0,005$ yaitu 0,000. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Holzemer yang mengatakan bahwa lamanya waktu seorang ODHA/ODHIV terinfeksi HIV akan mempengaruhi ODHA/ODHIV dalam berperilaku dan stigma yang ada pada diri

penderita HIV (Holzemer, 2007). Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Damalita (2014) yang mengemukakan bahwa semakin lama waktu seseorang terinfeksi HIV semakin rendah stigma pada diri penderita HIV, hal ini dikarenakan seseorang sudah dapat menerima status HIV yang dimilikinya.

Hasil penelitian pada variabel media informasi, kelompok yang mendapatkan akses informasi dari media elektronik, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 12 responden, stigma sedang sebanyak 4 responden dan stigma rendah sebanyak 4 responden. Kelompok yang mendapatkan akses informasi dari media cetak, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 1 responden, stigma sedang sebanyak 1 responden dan stigma rendah sebanyak 0 responden. Kelompok yang mendapatkan akses informasi dari tenaga kesehatan, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 41 responden, stigma sedang sebanyak 12 responden dan stigma rendah sebanyak 11 responden. Hasil uji chi square menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara variabel media informasi dengan stigma Orang dengan HIV (ODHIV) dengan nilai nilai X^2 hitung $< X^2$ tabel dan nilai $p > 0,005$ yaitu 0,830. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Babalola (2009) yang menyebutkan bahwa paparan seseorang terhadap media informasi meningkatkan pengetahuan tentang HIV yang dapat berakibat positif terhadap penerimaan ODHA/ODHIV. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sumber informasi pada saat ini tidak hanya diperoleh dari tenaga kesehatan, sesuai dengan

teori yang menyebutkan bahwa media informasi dapat diperoleh dari segala sesuatu yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi, merangsang pikiran dan kemampuan serta menambah pengetahuan. Sumber informasi dapat diperoleh dari media cetak, media elektronik maupun pelatihan dan penyuluhan dari tenaga kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian pada variabel akses terhadap ARV, kelompok yang mendapatkan akses ARV jauh, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 6 responden, stigma sedang sebanyak 0 responden dan stigma rendah sebanyak 0 responden. Kelompok yang mendapatkan akses ARV sedang, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 22 responden, stigma sedang sebanyak 9 responden dan stigma rendah sebanyak 11 responden. Kelompok yang mendapatkan akses ARV dekat, responden yang mengalami stigma tinggi sebanyak 26 responden, stigma sedang sebanyak 8 responden dan stigma rendah sebanyak 4 responden. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara variabel media informasi dengan stigma. Orang dengan HIV (ODHIV) dengan nilai X^2 hitung $< X^2$ tabel dan nilai $p > 0,005$ yaitu 0,114. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Cama (2015), sarana dan prasarana untuk mencapai pengobatan ARV sudah semakin mudah. Penelitian yang dilakukan di Malawi, menyebutkan bahwa ARV sudah tersedia gratis untuk ODHA, sehingga akses untuk memperoleh ARV semakin mudah (Ntata, 2012). Semakin meningkatnya

cakupan ARV dari tahun ke tahun menunjukkan bahwa akses untuk memperoleh pengobatan ARV semakin baik dan mudah. Secara global terapi ARV mengalami peningkatan di tahun 2015 yaitu sebanyak 17 juta dibandingkan tahun 2014 yang hanya mencapai angka 15 juta. Di Indonesia, ODHA yang menerima ARV mengalami peningkatan sebesar 1,4%, dari tahun 2011 yaitu 16,6% meningkat menjadi 18% di tahun 2016 (KEMENKES, 2016). Cakupan penerima ARV di Daerah Istimewa Yogyakarta belum maksimal, dari total kasus HIV sebanyak 2.014 kasus, hanya 1.624 kasus yang patuh menjalankan terapi ARV (Data Primer LSM Victory Plus, 2016). Cakupan penerima ARV di kota Yogyakarta, dari 777 kasus HIV, sebanyak 636 kasus patuh dalam menjalankan terapi ARV (Data Primer LSM Victory Plus, 2016).

Dukungan adalah suatu bentuk kenyamanan, perhatian, penghargaan ataupun bantuan yang diterima individu dari orang yang berarti, baik secara perorangan maupun kelompok. Orang dengan HIV/AIDS memiliki masalah bukan hanya pada fisik melainkan psikis juga, maka dibutuhkanlah penanganan pemulihan kesehatan dan mental. Pada pemulihan mental atau jiwa dukungan keluarga merupakan hal yang sangat penting dibutuhkan oleh orang dengan HIV/AIDS (Siboro, 2013). Pada hasil penelitian variabel dukungan keluarga, kategori dukungan keluarga tinggi yang mengalami stigma tinggi sebanyak 12 responden, stigma sedang sebanyak 0 responden dan stigma rendah sebanyak 5 responden. Pada kategori dukungan keluarga

sedang yang mengalami stigma tinggi sebanyak 124 responden, stigma sedang sebanyak 13 responden dan stigma rendah sebanyak 3 responden dan kategori dukungan keluarga rendah yang mengalami stigma tinggi sebanyak 18 responden, stigma sedang sebanyak 4 responden dan stigma rendah sebanyak 7 responden. hal ini menunjukkan bahwa keluarga memiliki peran penting dalam pendekatan masalah HIV/AIDS, arah dan strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS (Keppres 36/94) pada hakekatnya ditujukan untuk meningkatkan ketahanan keluarga sejalan dengan UU Pokok No 10 tahun 1992 tentang kependudukan dan keluarga sejahtera. Misalnya untuk perawatan penderita, peranan keluarga, baik keluarga batih maupun keluarga jaringan (*nuclear and extended family*) akan semakin dibutuhkan. Hasil ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa dukungan psikologis dan psikososial dari keluarga akan berpengaruh positif terhadap kualitas maupun umur harapan hidup penderita HIV dan AIDS (Nasronudin, 2007). Hasil penelitian yang serupa dengan hasil penelitian ini adalah penelitian Shaluhiah (2014) menyebutkan bahwa keluarga yang memberikan stigma terhadap ODHA memiliki kemungkinan memberikan stigma empat kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga yang tidak memberikan stigma terhadap ODHA, sehingga keluarga merupakan faktor yang berpengaruh pada munculnya stigma terhadap ODHA (Shaluhiah, 2014). Penelitian lain yang sesuai adalah penelitian Damalita (2014) menyebutkan bahwa dukungan keluarga

memiliki hubungan yang signifikan dengan stigma pada Orang dengan HIV(ODHIV).

KESIMPULAN

Faktor yang berhubungan dengan stigma pada Orang dengan HIV (ODHIV) yaitu variabel umur ($p\ value = 0,000$), jenis kelamin ($p\ value = 0,044$), agama ($p\ value = 0,000$), pendidikan ($p\ value = 0,015$), pekerjaan ($p\ value = 0,024$), lamanya terinfeksi HIV ($p\ value = 0,000$) dan dukungan keluarga ($p\ value = 0,019$).

Faktor yang tidak berhubungan dengan stigma pada Orang dengan HIV (ODHIV) yaitu variabel status pernikahan ($p\ value = 0,715$), media informasi ($p\ value = 0,830$) dan akses terhadap ARV ($p\ value = 0,114$).

SARAN

Bagi Puskesmas meningkatkan upaya dan pengembangan program pemerintah terkait dengan pendampingan ODHIV dan ODHA, dalam hal ini Puskesmas dapat berjalan beriringan dengan LSM yang ada di Kota Yogyakarta, karena program pendampingan ODHIV dan ODHA yang ada di LSM lebih dulu berdiri dibandingkan dengan program pendampingan yang ada di Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- AIDS maps*. (2015). Dalam <https://aidsvu.org/map/> diakses tanggal 27 Januari 2017.
- Babalola, S. (2007). *Readiness for HIV Testing among Young People in Northern Nigeria : The Roles of Social Norm and Perceived Stigma*, 759–769. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9189-0>.
- Babalola, S. (2007). *Readiness for HIV Testing among Young People in Northern Nigeria : The Roles of Social Norm and Perceived Stigma*, 759–769.

- <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9189-0>.
- Calascibetta. (2016). Antiretroviral Therapy in SIV-infected Sooty Mangabeys: Implications for AIDS Pathogenesis. *Journal of Virology UNIV. of Nebraska Lincoln*.
- Cama, E., Brener, L., Slavin, S., & De Wit, J. (2015). The impact of HIV treatment-related stigma on uptake of antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 27(6), 739–742. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.998614>
- Cotran, R.S., V. Kumar, dan T. Collin. (1999). Neoplasia in Robbins Pathologic Basic of Disease, Sixth Edition, W.B. Saunders Company. *Philadelphia pp 260-325*.
- Dalimoenthe, I. (2011). Perempuan dalam Cengkeraman HIV/AIDS: Kajian Sosiologi Feminis Perempuan Ibu Rumah Tangga. *Jurnal Komunitas Volume 5, nomor 1: 4–48*.
- Damalita, Annisa Fitriana. (2014). *Analisis Karakteristik dan Faktor/faktor yang Mempengaruhi Stigma Pengidap HIV (ODHIV) di Kota Yogyakarta Tahun 2014*. Yogyakarta : Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Data Primer LSM Victory Plus. (2016). Data Cakupan Penggunaan ARV Pada ODHA Kota YK.
- Departemen Agama. (2012). *Al-Quran dan Terjemahannya*. Surabaya : CV Jya Sakti.
- Galuh, Mutia & Deny Novani. (2015). *Pentingnya Pengungkapan Status Hiv/Aids ODHA pada Orang Terdekat*. Jurnal Universitas Diponegoro Semarang.
- Goffman, Erving. (1963). *Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall; 1963. London : Penguin.
- Green, Chris W & Hertin, Setyowati. (2009). *Lembaran Informasi tentang HIV/ AIDS untuk Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA)*. Jakarta : Spiritia.
- Gunung, Komang I., I Gusti Made Sumantera., Anak Gunung Sagung Sawitri., & Dewa Nyoman Wirawan. (2013). *Buku Pegangan Konselor HIV/AIDS*. Denpasar : Yayasan Kerti Praja dan Yayasan Burnet Indonesia.
- Hermawati, Pian. (2011). *Hubungan Persepsi ODHA terhadap stigma HIV/AIDS Masyarakat dengan Interaksi Sosial pada ODHA*. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Holzemer, William L. (2007). University of California, San Francisco International Nursing Network for HIV/AIDS Research. *International Nursing Review* 54(3):234-42.
- Hutapea, Ronald. (2011). *AIDS & PMS dan Pemerksaan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Irawati. (2015). *Hubungan Persepsi Stigma HIV-AIDS dengan Pemanfaatan Klinik Voluntary Counseling and Testing Pada Penderita HIV-AIDS di Yogyakarta*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- Kambu, Yowel. (2012). *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong*. Jakarta : Jurnal Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS & PIMS di Indonesia April-Juni 2016*. Dalam www.kemkes.or.id. Diakses tanggal 25 Desember 2016.
- Laksana, A & Woro. (2010). Faktor-faktor Resiko Penularan HIV/AIDS pada laki-laki dengan Orientasi Seks Heteroseksual dan Homoseksual di Purwokerto. *Mandala of Health. Volume 4 (2)*.

- Lawless S, Kippax S, Crawford J. (1996). Dirty, diseased and undeserving: the positioning of HIV positive women. *Soc Sci Med* 43: 1371–1377.
- Lim, T., Zelaya, C., Latkin, C., Quan, V. M., Frangakis, C., Ha, T. V., Go, V. (2013). Individual-level socioeconomic status and community-level inequality as determinants of stigma towards persons living with HIV who inject drugs in Thai Nguyen, Vietnam, *Soc Sci Med* 16(Suppl 2), 1–9.
- Massie, Roy G.A. (2012). Stigma and Discrimination Among the Persons Living With HIV/AIDS: Public Sector and Community Perspective's in Bitung Municipality North Sulawesi. *Jurnal Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 15 (1) 61–65.
- Mbonu, N.C., van den Borne, B. & De Vries, N.K., (2009). Stigma of People with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Literature Review. *Journal of Tropical Medicine*, 2009, pp.1–14.
- Nasronudin. (2007). *Penyakit Infeksi di Indonesia Solusi Kini dan Mendatang*. Surabaya : Universitas Airlangga Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2013). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Parker R, Aggleton P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 57: 13–24.
- Paryati, Tri. Ardini S. Raksanagara dan Irvan Afriandi. (2012). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan : kajian literature*. Bandung : Universitas Padjajaran.
- Pfluf E.H. (1986). *The Deviance Process*. Arizona : Wordsworth Publishing Company.
- Reyes-estrada, M., & Varas-díaz, N. (2015). Religion and HIV / AIDS Stigma: Considerations for the Nursing Profession, *AIDS Care* 12(1).
- Rogers, S. J., Tureski, K., Cushnie, A., Brown, A., Bailey, A., & Palmer, Q. (2014). Layered Stigma among Health-care and Social Service Providers Toward Key Affected Populations in Jamaica and the Bahamas. *AIDS Care*, 26(5), 538–546.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2013.844762>.
- Samosir, Armando Paolo Rosy. (2015). *Stigma Masyarakat pada Penderita HIV/AIDS di Perumnas Simalingkar Kecamatan Medan Tuntungan Kota Medan*. Medan : Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- SDG's. (2015). *Sustainable Development Knowledge Platform*. Dalam <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> diakses tanggal 25 January 2017.
- Shaluhiah, Zahroh, Syamsulhuda Budi Musthofa, dan Bagoes Widjanarko. (2015). *Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Shaluhiah, Zahroh, Syamsulhuda Budi Musthofa, dan Bagoes Widjanarko. (2015). *Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Siboro, Henny Kristian. (2013). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Keberfungsian Sosial Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Rumah Singgah Caritas Pse Medan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.

- Sosodono, O, Emilia, O & Wahyuni, B, (2009). Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Stigma Orang dengan HIV/AIDS Dikalangan Pelajar SMA. *Berita Kedokteran Masyarakat Volume 25 (4)*.
- Sudikno, Simanungkalit dan Bona Siswanto. (2010). Pengetahuan HIV/AIDS pada Remaja di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010). *Jurnal Kesehatan Reproduksi. Volume 1(3)*.
- Suganda, S. (1997). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa di Kabupaten Tasikmalaya pada Tahun 1997*. Bandung : Universitas Padjajaran.
- Sumartojo E. (2000). Structural factors in HIV prevention: Concepts, examples, and implications for research. *AIDS 14 Suppl: 3–10*.
- UNAIDS. (2012). *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta