

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Orang dengan HIV (ODHIV)

1. Definisi ODHIV

Orang dengan HIV (ODHIV) didefinisikan sebagai individu yang telah mendapatkan konfirmasi diagnosis infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) melalui prosedur klinis maupun laboratorium. Dalam regulasi kesehatan nasional, penggunaan terminologi ini diresmikan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV/AIDS. Penerapan nomenklatur tersebut bertujuan untuk menjunjung tinggi martabat individu, meminimalisasi stigma, serta menegaskan bahwa penyandang HIV tetap memiliki kapasitas untuk menjalani kehidupan yang bermakna dan produktif (Kementerian Kesehatan RI 2022).

2. Karakteristik ODHIV

Pemahaman komprehensif terhadap karakteristik Orang dengan HIV (ODHIV) merupakan hal esensial dalam konteks penyediaan pelayanan kesehatan. Secara demografis, data epidemiologi di Indonesia mengindikasikan bahwa kelompok usia produktif (25-49 tahun) mendominasi jumlah ODHIV, dengan rasio kasus pada laki-laki yang lebih tinggi dibandingkan perempuan. Rute penularan utama virus ini mencakup perilaku seksual berisiko (memiliki lebih dari satu pasangan seksual, penggunaan kondom yang tidak konsisten, serta riwayat infeksi menular

seksual), penggunaan narkoba suntik, serta penularan vertikal dari ibu ke anak (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Dari sisi psikologis, individu yang hidup dengan HIV memiliki kerentanan tinggi terhadap gangguan kesehatan mental. Bukti empiris menunjukkan bahwa prevalensi kondisi kejiwaan, seperti depresi, kecemasan, dan perilaku menarik diri, lebih tinggi pada ODHIV dibandingkan populasi umum. Faktor determinan yang memengaruhi kondisi ini meliputi beban psikologis akibat diagnosis, efek samping farmakologis dari obat ARV, ketakutan akan diskriminasi, penurunan peran sosial, serta internalisasi stigma terkait HIV (Adiansyah, Ramani and Baroya, 2023).

3. Dampak Psikososial pada ODHIV

Diagnosis infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) membawa implikasi psikososial yang mendalam bagi ODHIV. Respons psikologis awal yang sering muncul mencakup kondisi syok, mekanisme penolakan (denial), ketakutan, amarah, kesedihan, hingga depresi. Dalam jangka panjang, proses penerimaan terhadap status kesehatan menjadi tantangan utama, yang dipengaruhi oleh karakteristik kepribadian, ketersediaan dukungan sosial, serta persepsi individu terhadap penyakit (Arif, Septimar and Pratiwi, 2025).

Stigmatisasi sosial menempati posisi sebagai salah satu konsekuensi psikososial paling dominan yang dialami oleh ODHIV. Tekanan stigma yang berasal dari lingkungan masyarakat berpotensi memicu internalisasi emosi negatif, seperti rasa malu, bersalah, dan rendah harga diri pada ODHIV. Dampak lanjutan dari kondisi tersebut meliputi penurunan mutu kehidupan, penundaan akses pengobatan, ketidakpatuhan terhadap terapi ARV, isolasi sosial, serta peningkatan

kerentanan terhadap gangguan kesehatan mental yang lebih serius (Jd and Damra, 2026).

Di luar aspek psikologis, ODHIV juga berhadapan dengan hambatan sosial yang kompleks, mencakup diskriminasi dalam lingkungan kerja dan fasilitas kesehatan, penolakan dari lingkaran keluarga maupun komunitas, kesulitan dalam membentuk serta memelihara relasi interpersonal, dan kekhawatiran terkait pengungkapan status HIV. Serangkaian hambatan ini berpotensi menyebabkan menurunnya partisipasi dalam aktivitas sosial dan kecenderungan untuk mengisolasi diri dari lingkungan sekitar (You *et al.*, 2026).

4. Kualitas Hidup ODHIV

Kualitas hidup ODHIV dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, meliputi status kesehatan fisik (termasuk jumlah CD4 dan *viral load*), kepatuhan terhadap ARV, kondisi kesehatan mental, dukungan sosial, kondisi sosial ekonomi, dan stigma. Penelitian menunjukkan bahwa ODHIV yang mendapatkan terapi ARV secara teratur, memiliki dukungan sosial yang baik, dan rendah terpapar stigma cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Nursalam et al., 2018).

Kualitas hidup ODHIV dapat ditingkatkan melalui pendekatan holistik yang mencakup pengobatan medis yang optimal, dukungan psikososial, intervensi penurunan stigma, dan pemberdayaan komunitas. Program layanan komprehensif HIV yang mengintegrasikan aspek medis dan psikososial terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan kepatuhan berobat ODHIV (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

5. Dukungan Sosial pada ODHIV

Keberadaan dukungan sosial merupakan elemen krusial dalam kehidupan ODHIV. Intervensi dukungan yang berasal dari keluarga, rekan sebaya, penyedia layanan kesehatan, serta komunitas ODHIV mampu memfasilitasi individu dalam mengelola stres psikologis, meningkatkan kepatuhan terapeutik, serta menjaga fungsi sosial yang optimal. Berdasarkan teori House sebagaimana dikutip dalam Nursalam et al., (2018) dukungan sosial dikategorikan ke dalam empat aspek utama, yaitu dukungan emosional yang mencakup kasih sayang dan empati, dukungan informasional berupa informasi dan saran, dukungan instrumental berupa bantuan konkret, serta dukungan penilaian yang melibatkan umpan balik dan pengakuan.

Partisipasi dalam kelompok dukungan sebaya (*peer support group*) telah menunjukkan efektivitas yang signifikan bagi ODHIV. Melalui mekanisme interaksi dengan sesama ODHIV, individu memiliki kesempatan untuk bertukar pengalaman, memperoleh informasi yang relevan, meminimalkan rasa terisolasi, serta merumuskan strategi koping yang lebih efektif. Keterlibatan aktif dalam komunitas ODHIV juga berkorelasi dengan penurunan prevalensi depresi serta peningkatan mutu kehidupan (Baceiredo et al., 2023).

6. Kepatuhan Pengobatan ARV pada ODHIV

Kepatuhan terhadap terapi ARV merupakan determinan utama keberhasilan pengobatan HIV. Kepatuhan yang optimal (>95%) diperlukan untuk mencapai dan mempertahankan penekanan *viral load* sehingga dapat mencegah perkembangan resistensi obat. Berbagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan ARV meliputi faktor individu (kondisi psikologis, pengetahuan tentang HIV, dan persepsi

terhadap manfaat obat), faktor obat (efek samping dan kompleksitas rejimen), faktor sistem kesehatan (aksesibilitas dan kualitas layanan), serta faktor sosial (stigma, dukungan sosial, dan kondisi sosial ekonomi) (World Health Organization, 2023).

Stigma diri dan perilaku menarik diri memiliki hubungan erat dengan rendahnya kepatuhan ARV. ODHIV yang mengalami stigma diri tinggi cenderung merasa tidak layak mendapatkan perawatan, menghindari fasilitas kesehatan karena takut diketahui statusnya, dan kurang memiliki motivasi untuk menjalani pengobatan secara teratur. Hal ini menunjukkan pentingnya intervensi psikososial yang menargetkan stigma diri dan isolasi sosial sebagai bagian dari strategi peningkatan kepatuhan ARV (Inriyana and Nugraha, 2024).

B. Efikasi Diri

1. Definisi Efikasi Diri

Efikasi diri merupakan konstruk psikologis yang pertama kali diperkenalkan oleh Albert Bandura dalam kerangka teori kognitif sosialnya. Bandura (1997) mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan serangkaian tindakan yang diperlukan guna menghasilkan pencapaian tertentu. Konsep ini menekankan bahwa efikasi diri bukan sekedar tentang keterampilan yang dimiliki seseorang, melainkan tentang seberapa besar keyakinannya bahwa ia mampu menggunakan keterampilan tersebut secara efektif dalam berbagai situasi.

Dalam perkembangan kajian ilmiah selanjutnya, Sheeran et al. (2016) melalui meta-analisis terhadap 204 studi eksperimental menegaskan bahwa efikasi diri memiliki efek kausal yang bermakna terhadap perilaku kesehatan, termasuk

niat dan tindakan nyata individu. Hal ini mengkonfirmasi posisi efikasi diri sebagai prediktor perilaku kesehatan yang paling konsisten dan kuat dalam berbagai kondisi klinis, termasuk pada penyakit kronis seperti HIV.

Luszczynska & Schwarzer (2005) menjelaskan bahwa dalam konteks kesehatan, efikasi diri berperan dalam menentukan apakah perubahan perilaku kesehatan akan dimulai, seberapa besar usaha yang akan dikerahkan, dan seberapa lama individu akan bertahan dalam menghadapi hambatan dan kegagalan. Pada ODHIV, hal ini tercermin dalam kemampuan individu mempertahankan kepatuhan jangka panjang terhadap pengobatan *antiretroviral* (ARV) meskipun menghadapi berbagai tantangan.

Dalam konteks Indonesia, penelitian Nurdiana, Hariyati & Gayatri (2019) yang mengkaji efikasi diri pada perempuan dengan HIV menemukan efikasi diri merupakan prediktor signifikan kepatuhan terhadap terapi *antiretroviral*, di mana perempuan dengan efikasi diri tinggi menunjukkan kepatuhan minum obat 2,33 kali lebih tinggi di bandingkan dengan mereka yang memiliki efikasi rendah.

Berdasarkan berbagai kajian tersebut, dapat disimpulkan bahwa efikasi diri adalah keyakinan atau kepercayaan individu terhadap kemampuannya sendiri dalam melaksanakan dan menyelesaikan tugas atau tindakan tertentu guna mencapai hasil yang diinginkan, yang secara langsung memengaruhi perilaku, motivasi, dan ketekunan individu dalam menghadapi tantangan kehidupan termasuk pengelolaan kondisi kesehatan kronis seperti HIV.

2. Dimensi Efikasi Diri

Bandura (1997) mengemukakan bahwa efikasi diri memiliki tiga dimensi utama yang saling berkaitan, yaitu tingkat (*level*), kekuatan (*strength*), dan

generalisasi (*generality*). Ketiga dimensi ini memengaruhi bagaimana individu memandang kemampuannya dalam menghadapi berbagai tantangan.

a. *Level* (Tingkat Kesulitan)

Keyakinan individu bahwa ia mampu menyelesaikan tugas sulit. Individu dengan efikasi diri tinggi berani menghadapi tantangan, sedangkan yang rendah cenderung menghindari tugas sulit. Pada ODHIV, dimensi ini tercermin dari keyakinan mampu menjalani pengobatan ARV secara rutin meski ada efek samping dan hambatan.

b. *Strength* (Kekuatan)

Kemantapan keyakinan individu terhadap kemampuannya. Keyakinan yang kuat membuat individu tetap bertahan meski gagal berulang kali, sementara keyakinan lemah membuat individu mudah menyerah. Pada ODHIV, dimensi ini tercermin dari keteguhan mempertahankan kepatuhan minum obat dan keterbukaan mengungkapkan status HIV kepada orang terdekat.

c. *Generality* (Generalisasi)

Sejauh mana efikasi diri dapat diterapkan ke berbagai situasi berbeda. Beberapa individu memiliki efikasi diri yang terbatas pada situasi spesifik, sementara yang lain mampu menggeneralisasikannya ke berbagai konteks kehidupan. Pada ODHIV, dimensi ini tercermin dari kemampuan mengelola berbagai aspek kehidupan, meliputi kesehatan fisik, stres psikologis, dan fungsi sosial.

3. Sumber Efikasi Diri

Bandura (1997) mengidentifikasikan empat sumber utama pembentuk efikasi diri. Egele, Klopp & Stark (2025) mengkonfirmasi keempat sumber tersebut

tetap relevan, dengan pengalaman keberhasilan sebagai sumber paling dominan, diikuti persuasi verbal, kondisi afektif, dan pengalaman vikarius.

a. Pengalaman Keberhasilan (*Mastery Experiences*)

Keberhasilan memperkuat keyakinan diri, sedangkan kegagalan berulang dapat melemahkannya (Bandura 1997). Pada ODHIV, keberhasilan mempertahankan *viral load* tidak terdeteksi melalui kepatuhan ARV yang konsisten menjadi pengalaman yang sangat bermakna. Ayieko et al. (2026) menunjukkan bahwa efikasi diri yang terbentuk dari pengalaman keberhasilan perawatan HIV berperan sebagai mediator krusial antara intervensi klinis dan perbaikan hasil kesehatan.

b. Pengalaman orang lain (*Vicarious Experiences*)

Efikasi diri terbentuk melalui pengamatan terhadap orang lain yang memiliki kondisi serupa. Melihat orang lain berhasil mengatasi tantangan yang sama meningkatkan keyakinan individu terhadap kemampuannya sendiri (Bandura, 1997). Dalam konteks ODHIV, kelompok dukungan sebaya menjadi sarana penting memperoleh pengalaman ini. Yona et al. (2023) menemukan bahwa interaksi dengan sesama ODHIV yang berhasil menjalani terapi ARV secara konsisten berkontribusi pada pembentukan keyakinan positif terhadap kemampuan diri.

c. Persuasi Verbal (*Verbal Persuasion*)

Dorongan verbal dari pihak yang dipercaya meyakinkan individu bahwa ia mampu menyelesaikan tugas tertentu. Dalam konteks klinis HIV, hubungan terapeutik antara ODHIV dan tenaga kesehatan memegang peran penting. Kim et al. (2025) menunjukkan bahwa pesan suportif berbasis teknologi digital pun

mampu memberikan efek persuasi verbal yang bermakna, terutama dalam domain manajemen depresi, kelelahan, dan pencarian dukungan.

d. Kondisi Fisiologis dan Afektif (*Physiological and Affective States*)

Kondisi fisik dan emosional turut membentuk efikasi diri. Individu yang sehat secara fisik dan memiliki suasana hati positif cenderung memiliki efikasi diri lebih tinggi dibandingkan mereka yang mengalami kelelahan atau kecemasan (Bandura, 1997). Pada ODHIV, gejala fisik akibat HIV maupun efek samping ARV secara langsung memengaruhi persepsi kemampuan diri. Miltz et al. (2025) menegaskan bahwa depresi dan kecemasan pada ODHIV dapat diatasi secara signifikan melalui intervensi psikososial yang pada akhirnya meningkatkan efikasi diri.

4. Efikasi Diri pada ODHIV

ODHIV menghadapi tantangan kompleks dan multidimensional, meliputi aspek medis, psikologis, sosial, dan kultural. Dalam konteks ini, efikasi diri berperan sentral sebagai determinan perilaku kesehatan yang memengaruhi kepatuhan pengobatan, manajemen gejala, kualitas hidup, dan fungsi sosial.

Ashaba et al. (2024) mendefinisikan efikasi diri dalam konteks HIV sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya menjalankan perilaku terkait pengobatan, mencakup kepatuhan terapi, jadwal minum obat, menjaga nutrisi, dan berolahraga meski menghadapi berbagai hambatan. Efikasi diri terbukti sebagai fasilitator utama kepatuhan ARV pada ODHIV.

Yigit et al. (2020) dalam studi longitudinal terhadap 186 ODHIV menemukan bahwa efikasi diri kepatuhan pengobatan secara signifikan memediasi pengaruh penurunan stigma internalisasi terhadap hasil klinis, yaitu supresi *viral*

load, kepatuhan ARV, dan kepatuhan kunjungan klinik. Temuan ini menegaskan efikasi diri sebagai mekanisme psikologis kunci yang menghubungkan kondisi psikososial dengan hasil klinis.

Boone, Cherenack & Wilson (2015) pada remaja perempuan yang hidup dengan HIV mengungkapkan bahwa efikasi diri untuk pengurangan risiko seksual merupakan korelat penting perilaku seksual berisiko, sehingga intervensi efikasi diri yang bersifat domain spesifik sangat diperlukan.

5. Faktor-faktor yang Memengaruhi Efikasi Diri pada ODHIV

Beberapa faktor yang memengaruhi efikasi diri pada ODHIV antara lain:

- a. Dukungan sosial: ODHIV yang mendapatkan dukungan sosial yang memadai dari keluarga dan komunitas sebaya cenderung memiliki efikasi diri yang lebih tinggi
- b. Lamanya terdiagnosis: ODHIV yang lebih lama menjalani kehidupan dengan HIV cenderung telah mengembangkan strategi koping yang lebih efektif
- c. Usia: kematangan psikologis seiring bertambahnya usia berkontribusi pada perkembangan efikasi diri yang lebih stabil
- d. Akses terhadap layanan kesehatan dan informasi akurat tentang HIV
- e. Pengalaman stigmatisasi aktual yang dapat merusak efikasi diri bila tidak dikelola dengan baik (Luthuli & John-Langba 2024)

6. Pengukuran Efikasi Diri

Pengukuran efikasi diri dapat dilakukan menggunakan berbagai instrumen yang telah terstandarisasi, baik yang bersifat umum maupun yang spesifik untuk populasi tertentu.

a. *General Self-Efficacy Scale (GSES)*

General Self-Efficacy Scale (GSES) dikembangkan oleh Schwarzer & Jerusalem (1995) untuk mengukur efikasi diri umum individu. Instrumen ini terdiri dari 10 item yang mengukur keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam menghadapi berbagai situasi kehidupan yang menantang. Setiap item direspons menggunakan skala Likert 4 poin, dengan total skor berkisar antara 10 hingga 40. Skor yang lebih tinggi mengindikasikan efikasi diri yang lebih tinggi. GSES telah divalidasi dalam lebih dari 25 bahasa, termasuk Bahasa Indonesia, dan terbukti memiliki reliabilitas serta validitas yang baik.

b. *HIV Treatment Self-Efficacy (HIVTSE)*

HIV Treatment Self-Efficacy (HIVTSE) dikembangkan secara khusus untuk mengukur efikasi diri dalam konteks pengelola HIV. Instrumen ini terdiri dari beberapa subskala yang mencakup keyakinan individu dalam mematuhi pengobatan ARV, mengelola efek samping obat, dan berkomunikasi dengan tenaga kesehatan. HIVTSE telah digunakan secara luas dalam penelitian HIV dan terbukti valid serta reliabel dalam mengukur efikasi diri spesifik pada ODHIV (Johnson et al. 2007),

c. *AIDS Self-Efficacy Scale (ASES)*

AIDS Self-Efficacy Scale (ASES) dikembangkan oleh Johnson et al. (2007) sebagai instrumen komprehensif yang mengukur efikasi diri pada ODHIV dalam berbagai domain, meliputi; (1) manajemen gejala, (2) peran fungsi, (3) manajemen emosi (4) komunikasi dengan dokter, (5) manajemen penyakit secara umum, dan (6) efikasi diri dalam mencapai hasil yang diinginkan.

Instrumen ini dikembangkan berdasarkan teori efikasi diri Bandura dan telah di validasi pada populasi ODHIV. ASES menggunakan skala penilaian 1-10 dan terbukti memiliki konsistensi internal yang baik (*Cronbach's alpha* = 0,79-0,93).

C. Stigma Diri

1. Definisi Stigma Diri

Stigma secara umum dipahami sebagai atribut negatif yang secara sosial dilekatkan pada individu atau kelompok tertentu akibat kondisi, perilaku, atau karakteristik yang dianggap menyimpang dari norma yang berlaku dimasyarakat. Corrigan & Watson, (2002) menjelaskan bahwa stigma melibatkan tiga komponen yang saling berkaitan yaitu stereotip (keyakinan negatif yang berlaku umum tentang suatu kelompok), prasangka (persetujuan emosional dan kognitif terhadap stereotip tersebut), dan diskriminasi (perilaku negatif yang muncul sebagai konsekuensi dari prasangka). Dalam konteks HIV, stigma sosial lahir sudah diperkuat oleh asosiasi penyakit ini dengan perilaku yang dianggap tidak bermoral di masyarakat, ketakutan penularan yang sering didasari informasi yang keliru, serta persepsi tentang HIV sebagai penyakit yang identik dengan kematian.

Corrigan & Watson, (2002) mendefinisikan stigma diri sebagai respons kognitif dan emosional negatif yang muncul ketika individu mengadopsi penilaian negatif masyarakat terhadap kondisi atau karakteristik yang dimilikinya. Proses ini melibatkan tiga komponen utama yang berurutan: kesadaran (*awareness*) terhadap stereotip yang berlaku di masyarakat, persetujuan (*agreement*) terhadap kebenaran stereotip tersebut, dan penerapan (*application*) stereotip itu pada diri sendiri, sehingga individu mulai memandang dirinya sebagai pribadi yang tidak berharga atau tidak layak mendapatkan perlakuan setara.

Vogel et al., (2006) mendefinisikan stigma diri sebagai sejauh mana individu mengaplikasikan atribut negatif yang diasosiasikan masyarakat terhadap suatu kondisi tertentu kepada dirinya sendiri, yang pada akhirnya berdampak pada munculnya perasaan malu yang mendalam serta penurunan harga diri yang signifikan.

Ritsher & Phelan (2004) mengidentifikasi stigma diri dalam lima dimensi yang saling berkaitan: terasingkan (*alienation*), penerimaan stereotip (*stereotype endorsement*), pengalaman diskriminasi (*discrimination experience*), penarikan diri sosial (*social withdrawal*), resistensi terhadap stigma (*stigma resistance*).

Stigma diri pada ODHIV adalah penilaian negatif yang timbul dari dalam diri individu yang terinfeksi HIV sebagai bentuk internalisasi pandangan buruk, rasa malu, dan rasa bersalah yang bersumber dari stigma sosial di lingkungannya.

2. Teori Stigma: Perspektif Goffman dan Corrigan

a. Teori Stigma Goffman (1936)

Konsep sentral teori Goffman adalah manajemen identitas yang ternoda. Individu dengan identitas yang ternoda mengembangkan berbagai strategi, termasuk berpura-pura normal (*passing*), meminimalkan dampak stigma (*covering*), dan menarik diri dari interaksi sosial (*withdrawing*). Strategi *withdrawing* ini secara langsung paralel dengan perilaku menarik diri sebagai variabel dependen penelitian ini. Relevansi teori Goffman dalam konteks HIV kontemporer dikonfirmasi oleh kajian sistematis terbaru oleh Huang et al., (2022) yang menemukan bahwa dinamika '*discreditable identity*' pada ODHIV tetap menjadi sumber tekanan psikologis yang signifikan bahkan di era terapi ARV modern.

b. Model Kognitif Stigma Diri Corrigan (2002)

Corrigan & Watson, (2002) mengembangkan model kognitif yang menjelaskan secara terperinci bagaimana stereotip sosial negatif diinternalisasi oleh anggota kelompok terstigmatisasi. Model ini mengidentifikasi empat tahapan kognitif yang berurutan dalam proses terbentuknya stigma diri: Pertama, *Stereotype Awareness*, yaitu individu menyadari bahwa masyarakat memegang stereotip negatif terhadap kelompoknya, Kedua *Stereotype Agreement*, yaitu individu memulai menyetujui bahwa stereotip tersebut mungkin adanya, Ketiga *Self-Concurrence*, yaitu individu menerapkan stereotip tersebut pada dirinya sendiri, merasa bahwa ia memang orang yang tidak bermoral dan layak dijauhi, Keempat *Self-Esteem Decrement*, yaitu internalisasi stereotip ini merusak harga diri dan efikasi diri, yang pada akhirnya berujung pada rasa malu mendalam, penghindaran sosial, enggan mencari layanan kesehatan, dan perilaku menarik diri.

3. Dimensi Stigma Diri

Berger et al., (2001) dalam pengembangan *HIV Scale* mengidentifikasi empat dimensi stigma pada ODHIV yang telah divalidasi secara luas, termasuk dalam konteks Asia. Dimensi-dimensi ini kemudian diperkuat oleh kerangka konseptual Earnshaw & Chaudoir, (2009) yang membedakan mekanisme stigma berdasarkan sumbernya.

Tabel 1
Dimensi Stigma Diri pada ODHIV

No	Dimensi	Definisi	Manifestasi pada ODHIV
1	Stigma yang di Personalisasi (<i>Personalized Stigma</i>)	Pengalaman aktual stigmatisasi dari orang lain	Di tolak oleh keluarga, dihindari rekan kerja, di perlakukan berbeda di fasilitas kesehatan.
2	Kekhawatiran Pengungkapan (<i>Disclosure Concerns</i>)	Kekhawatiran tentang konsekuensi negatif jika status HIV diungkapkan	Menyembunyikan status HIV dari keluarga, pasangan, atau rekan kerja; menghindari situasi di mana status mungkin terungkap.
3	Citra Diri Negatif (<i>Negative Self-Image</i>)	Internalisasi perasaan negatif tentang diri akibat HIV	Merasa malu, kotor, tidak berharga, atau tidak layak dicintai; menarik diri sebagai bentuk ‘melindungi’ diri orang lain.
4	Kekhawatiran Sikap Publik (<i>Concern with Public Attitudes</i>)	Persepsi tentang cara masyarakat umum memandang ODHIV	Percaya masyarakat menganggap ODHIV berbahaya, tidak bermoral atau seharusnya di isolasi.

Sumber: (Earnshaw dan Chaudoir, 2009)

Imuta et al., (2022) memperbarui *HIV Stigma Framework* untuk menekankan *internalized stigma* sebagai mediator antara pengalaman diskriminasi eksternal dan *outcome* kesehatan yang buruk. Tinjauan sistematis terbaru oleh Huang et al., (2022) yang mencakup 140 studi dari 31 negara mengkonfirmasi bahwa dimensi *internalized stigma* merupakan prediktor terkuat perilaku penghindaran sosial pada ODHIV, lebih kuat dari dimensi *enacted stigma* (stigma yang terwujud dalam diskriminasi aktual).

4. Faktor-faktor yang Memengaruhi Stigma Diri

Intensitas stigma diri yang dialami ODHIV dipengaruhi oleh berbagai faktor yang bersifat individual, sosial, maupun kontekstual. Faktor demografis dan klinis,

meta-analisis Sweeney & Venable, (2020) mengidentifikasi bahwa jenis kelamin usia, tingkat pendidikan, lama menjalani diagnosis, stadium penyakit, dan rute penularan yang dipersepsikan secara signifikan mempengaruhi intensitas stigma diri. Costa et al., (2018) di berbagai negara berpenghasilan menengah ke bawah termasuk beberapa negara Asia menemukan bahwa individu yang terinfeksi melalui rute yang lebih terstigmatisasi secara sosial seperti penggunaan narkoba suntik atau hubungan seks sesama jenis secara konsisten melaporkan tingkat stigma diri yang lebih tinggi. Perempuan dengan HIV juga cenderung mengalami stigma diri yang lebih berat akibat beban ganda antara stigma berbasis gender dan stigma HIV (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2019).

Faktor sosial budaya berperan sangat signifikan dalam membentuk intensitas stigma diri. Masyarakat dengan nilai-nilai agama dan tradisional yang kuat menghukum perilaku di luar norma sosial dapat mempengaruhi stigma diri pada ODHIV. Penelitian Agustini & Sulistyowati, (2021) yang dilakukan di Bali menemukan bahwa internalisasi nilai-nilai adat dan agama Hindu yang mengasosiasikan HIV dengan pelanggaran moral berkontribusi secara signifikan terhadap tingginya stigma diri pada ODHIV di Bali, yang kemudian berdampak pada penghindaran ritual keagamaan dan penarikan diri dari kegiatan komunitas adat.

Dukungan sosial merupakan faktor protektif yang terbukti secara konsisten menurunkan stigma diri. Penelitian Jenabian et al., (2022) dalam studi *longitudinal* pada ODHIV di enam Negara berpenghasilan menengah ke bawah menemukan bahwa peningkatan dukungan sosial berkaitan dengan penurunan *internalized stigma* secara signifikan selama periode 12 bulan. Sebaliknya, kurangnya dukungan sosial

tidak hanya meningkatkan stigma diri tetapi juga memperkuat dampaknya, stigma diri mendorong penarikan diri dari jejaring sosial, yang mengurangi dukungan yang tersedia, yang semakin mempengaruhi stigma diri. Akses terhadap layanan kesehatan dan informasi akurat tentang HIV juga merupakan faktor protektif. ODHIV yang memiliki akses layanan konseling berkualitas tinggi dan informasi yang akurat menunjukkan tingkat stigma diri yang lebih rendah (Gamage et al. 2020)

5. Dampak Stigma Diri pada ODHIV

Stigma diri memberikan dampak yang merugikan multidimensi pada kehidupan ODHIV. Dari sisi dampak psikologis, meta-analisis terbaru Siebler, (2012) yang mencakup 89 studi dan lebih dari 30.000 ODHIV menemukan korelasi yang kuat dan konsisten antara *internalized stigma* dengan gejala depresi ($r = 0,41$) dan kecemasan ($r = 0,35$). Mekanisme yang mendasari mencakup penurunan harga diri, perasaan tidak berdaya, dan putus asa, serta internalisasi rasa malu yang secara kumulatif mengganggu kesejahteraan psikologis secara menyeluruh.

Terkait dampak pada perilaku kesehatan, stigma diri merupakan hambatan utama terhadap uptake dan kontinuitas layanan HIV. Sweeney & Venable, (2020) dalam meta-analisis mereka menemukan bahwa setiap peningkatan satu standar deviasi pada skor stigma diri berkaitan dengan penurunan odds kepatuhan ARV sebesar 25-40%. ODHIV dengan stigma diri tinggi cenderung menunda mencari pengujian HIV, menolak memulai terapi, mengabaikan jadwal kontrol, dan tidak mengungkapkan status HIV kepada pasangan seksual. Implikasinya sangat serius karena ketidakpatuhan ARV tidak hanya berdampak buruk pada kesehatan individu itu sendiri, tetapi juga meningkatkan risiko penularan kepada orang lain.

6. Pengukuran Stigma Diri

Berger HIV Stigma Scale (BHSS) yang dikembangkan oleh Berger, Ferrans, dan Lashley (2001) adalah instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur stigma diri pada ODHIV. Instrumen ini terdiri versi asli dari 40 item dan versi singkat terdiri dari 25 item. Instrumen ini mengukur empat dimensi yaitu stigma *personalized stigma*, *disclosure concerns*, *negative self-image*, dan *concern with public attitudes*, menggunakan skala Likert 4 poin (1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju). Dengan rentang total skor 60-160 di mana skor lebih tinggi mencerminkan stigma yang lebih berat. Validitas konten, konstruk, dan kriteria skala ini telah di replikasi dalam banyak studi internasional, termasuk di kawasan Asia tenggara (Reinius et al. 2022).

D. Hubungan Efikasi Diri dengan Stigma Diri pada ODHIV

Efikasi diri adalah keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai hasil yang diharapkan (Bandura 1997) Pada ODHIV, efikasi diri berperan penting dalam keberhasilan kepatuhan minum obat *antiretroviral* (ARV) serta keterlibatan aktif dalam layanan kesehatan. Individu dengan efikasi diri tinggi cenderung lebih konsisten menjalani pengobatan jangka panjang, sedangkan efikasi diri rendah berdampak negatif pada kualitas hidup dan kondisi psikologis ODHIV secara keseluruhan (Luthuli & John-Langba, 2024).

Irwen (2023) menemukan korelasi negatif signifikan antara stigma diri dan efikasi diri kepatuhan ARV pada ODHA di RSUP Dr. Sardjito ($r_s = -0,255$; $p = 0,04$). Sejalan dengan itu, Luthuli & John-Langba (2024) membuktikan bahwa stigma HIV berkorelasi negatif signifikan dengan dengan efikasi diri pada 201

PLHIV di Afrika Selatan ($\beta = -7,860$; $p = 0,001$). Artinya, semakin tinggi stigma diri yang dialami ODHIV, semakin rendah keyakinan dirinya menjalani pengobatan perawatan.

Efikasi diri tidak hanya berkorelasi dengan stigma diri tetapi juga berperan sebagai mediator antara stigma diri dan luaran kesehatan ODHIV. Yigit et al. (2020) membuktikan bahwa penurunan stigma diri berhubungan positif dengan viral suppression dan kepatuhan ART, dengan efikasi diri yang secara signifikan memediasi seluruh efek tersebut. Wang et al. (2023) turut mengonfirmasi bahwa efikasi diri memediasi hubungan antara stigma diri yang terinternalisasi dengan depresi pada PLHIV di China, Temuan ini menunjukkan bahwa stigma diri memengaruhi kesehatan ODHIV terutama melalui jalur pelemahan efikasi diri terlebih dahulu.

E. Peran Usia dalam Hubungan Efikasi Diri dan Stigma Diri pada ODHIV

Usia merupakan karakteristik demografi yang secara konsisten ditemukan berperan dalam membentuk tingkat stigma diri dan efikasi diri pada ODHIV. Sweeney & Venable (2020) dalam meta-analisis mereka mengidentifikasi usia sebagai salah satu prediktor signifikan intensitas stigma diri. ODHIV berusia lebih muda (misalnya di bawah 30 tahun) cenderung memiliki pengalaman hidup yang lebih terbatas, belum mengembangkan strategi coping yang matang, dan lebih sensitif terhadap penolakan sosial, sehingga rentan terhadap stigma diri yang lebih tinggi.

Sebaliknya, ODHIV berusia dewasa tengah dan dewasa akhir cenderung telah mengembangkan kematangan psikologis dan strategi adaptasi yang lebih baik melalui akumulasi pengalaman hidup, sehingga efikasi diri mereka relatif lebih

tinggi dan stigma diri relatif lebih rendah (Bandura 1997). Analisis hubungan efikasi diri dan stigma diri berdasarkan pengelompokan usia dalam penelitian ini memberikan kebaruan ilmiah tersendiri, mengingat belum banyak penelitian di Indonesia yang mengkaji secara spesifik perbedaan pola hubungan tersebut antar kelompok usia pada populasi ODHIV.