

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan kemudian menimbulkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Virus ini menyerang organ-organ vital sistem kekebalan tubuh manusia. Virus dapat masuk ke dalam tubuh manusia melalui perantara darah, sperma, dan cairan vagina. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Noviana, 2013). Sampai saat ini vaksin untuk HIV hanya memberikan kesembuhan fungsional. Kesembuhan fungsional berarti seseorang yang tertular HIV diberi pengobatan sampai virusnya tidak terdeteksi dan tidak mungkin aktif lagi. Meski begitu, virusnya sebenarnya tetap tidur dalam tubuh individu yang terinfeksi (Kus Anna, 2014).

Kasus AIDS di Indonesia ditemukan pertama kali di Bali pada tahun 1987. Di Indonesia, menurut data Kemenkes, sejak tahun 2005 sampai September 2015, terdapat kasus HIV sebanyak 184.929 yang didapat dari laporan layanan konseling dan tes HIV. Berdasarkan laporan provinsi (data Kemenkes 2014), Jawa Barat termasuk salah satu provinsi dengan kasus infeksi HIV terbanyak. 10 besar kasus infeksi HIV terbanyak, yang dilaporkan sejak 1987 sampai September 2014, ada di Provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Bali, Sumatera Utara, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Kepulauan Riau, dan Sulawesi Selatan.

Berdasarkan kelompok umur (data Kemenkes 2014), kejadian kasus AIDS memiliki pola yang jelas. Kasus AIDS yang dilaporkan sejak 1987 sampai September 2014 paling banyak terjadi pada kelompok usia 20-29 tahun, diikuti kelompok usia 30-39 tahun dan 40-49 tahun. Di Bandung sendiri, berdasarkan pernyataan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten

Bandung Barat, Pupu Sari Rohayati (dalam “Pikiran Rakyat” Online, 2016), sejak 2011-2016, sedikitnya ada 7 korban meninggal akibat HIV dengan penyakit penyertanya yaitu TBC. Jumlah ODHA di Kabupaten Bandung Barat tergolong tinggi. Sejak 2011-2016, tercatat 246 penderita, sebagian besar di antaranya merupakan homoseksual.

ODHA memiliki dinamika psikologis yang berbeda sebagai akibat dari infeksi HIV (Papatungan, 2013). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Papatungan (2013) terhadap dua ODHA, keduanya sama-sama memunculkan reaksi *denial*, *depression*, dan reaksi psikologis lainnya karena terinfeksi HIV, namun dengan urutan yang berbeda. Khayati (2014) mewawancarai 3 ODHA yang alasan terinfeksi HIV-nya beragam. Ketiga ODHA tersebut mengeluarkan respon yang hampir sama saat pertama kali tahu dirinya terinfeksi HIV. Mereka sama-sama berpikir mengenai kematian. Situasi yang dialami ODHA sangat kompleks karena sampai sekarang belum ada obat yang dapat menghentikan virus tersebut. Antiretroviral agents hanya dapat memperlambat reproduksi HIV tetapi tidak menyembuhkan AIDS, akibatnya dapat membuat ODHA mengalami stres tinggi yang akan memperburuk keadaan dirinya (Khayati, 2014).

Khayati (2014) menambahkan bahwa selain masalah fisik tersebut, ODHA juga harus menghadapi stigma dan diskriminasi yang beredar di masyarakat. Corey & Corey (Corliss & Corliss, 2006:202, dalam Khayati 2014) mengungkapkan bahwa ODHA seringkali harus menghadapi stigma, prasangka, diskriminasi, pengasingan, penolakan, dan beban. Argyo Demartoto (2010:1, dalam Khayati 2014) menyatakan bahwa ODHA menghadapi banyak masalah sosial dalam kehidupan sehari-hari seperti stigmatisasi, didiskriminasi, dan dikucilkan oleh keluarga sendiri, teman, tetangga, lingkungan kerja, masyarakat luas, bahkan para jurnalis. Djoerban (Argyo Demartoto, 2010:7, dalam Khayati 2014) menuturkan bahwa kesalahpahaman atau kurang lengkapnya pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS seringkali berdampak pada stigmatisasi (prasangka buruk) terhadap ODHA.

Fatmah Afrianty Gobel (staff pengajar Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia Makassar), dalam artikelnya (2014), menyatakan bahwa survei awal yang dilakukan kepada 10 orang mahasiswa FKM UMI dengan cara wawancara menunjukkan hasil bahwa masih terdapat 4 orang diantara 10 orang yang diwawancarai mengaku takut bergaul dengan ODHA dengan alasan khawatir jika bergaul dengan ODHA, mereka akan tertular. Saat ditanyakan, bagaimana sikap mereka jika ada teman mereka yang menderita HIV, keempat orang tersebut memilih untuk menjauhinya. Padahal para mahasiswa tersebut umumnya sudah mendapatkan mata kuliah Epidemiologi Penyakit Menular yang juga membahas tentang cara penularan virus HIV, namun mereka masih melakukan stigmatisasi terhadap ODHA.

Herek et al. (2002) menemukan bahwa ekspresi nyata dari stigmatisasi HIV/ AIDS di Amerika adalah sebagai berikut, 1 dari 5 orang dewasa yang disurvei mengatakan mereka "takut" pada orang dengan AIDS; 1 dari 6 orang mengaku jijik berhubungan dengan orang-orang dengan AIDS. Berdasarkan penelitian lain yang dilakukan, yang berupa sebuah survei internet nasional terhadap lebih dari 5600 orang dewasa Amerika, mengungkapkan temuan serupa, yaitu 1 dari 5 orang responden setuju dengan pernyataan bahwa orang-orang yang terkena AIDS melalui hubungan seks atau penggunaan narkoba layak mendapatkan apa yang mereka derita sekarang (dalam artikel Gobel, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Andrewin et al. (2008) di Belize mengenai *Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize* menunjukkan bahwa petugas kesehatan seperti dokter dan perawat melakukan diskriminasi pada ODHA.

Survei dan penelitian yang dilakukan Gobel (2014), Herek dkk (2002), serta Andrewin dkk (2008), menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi pada ODHA juga dapat dilakukan oleh orang-orang yang seharusnya memiliki pemahaman yang cukup mengenai ODHA dan hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Hal tersebut selaras dengan hasil wawancara

kepada salah satu pengurus di Rumah Cemara. Berdasarkan hasil wawancara tersebut, masih ada orang-orang yang memiliki pandangan negatif terhadap ODHA, bahkan untuk bersalaman dengan ODHA atau orang yang berhubungan dengan ODHA pun mereka terkesan ragu atau takut. Beberapa dari mereka bahkan merupakan kaum berpendidikan yang seharusnya memiliki pemahaman yang tepat mengenai ODHA dan HIV/AIDS.

Pemahaman yang salah mengenai HIV/AIDS berdampak negatif pada ODHA. Fenomena tersebut didukung oleh pernyataan Shaluhiah, dkk (2015) dalam jurnalnya, yaitu stigma yang muncul karena ketidaktahuan masyarakat tentang informasi HIV yang benar dan lengkap, khususnya dalam mekanisme penularan HIV, kelompok orang beresiko tertular HIV, dan cara pencegahannya termasuk penggunaan kondom; merupakan penghalang terbesar dalam pencegahan penularan dan pengobatan HIV. Selanjutnya, Shaluhiah dkk menyatakan stigma terhadap ODHA juga menyebabkan individu yang memiliki gejala atau diduga menderita HIV enggan melakukan tes untuk mengetahui status HIV, karena apabila hasilnya positif, mereka takut akan ditolak oleh keluarga dan khususnya pasangan. Stigma tersebut berdampak pula pada kehidupan bermasyarakat ODHA. Stigma menghalangi ODHA dalam melakukan aktivitas sosial sehingga ODHA cenderung menutup diri dan cenderung tidak bersedia melakukan interaksi dengan keluarga, teman, dan tetangga (Shaluhiah, 2015).

ODHA juga mengalami diskriminasi dalam pelayanan kesehatan, pendidikan, dan hak-hak lainnya (Ardani dan Handayani, 2017). Ardani dan Handayani (2017) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa indeks stigma terhadap ODHA mengindikasikan bahwa 1 dari 8 ODHA tidak mendapat pelayanan kesehatan karena stigma dan diskriminasi, serta sekitar 50% laki-laki dan perempuan mengalami stigma dan perlakuan diskriminasi terkait dengan status HIV-nya di 35% negara di dunia. Akibat dari stigma dan diskriminasi tersebut, ODHA cenderung dikucilkan oleh keluarga, teman-temannya, dan lingkungan yang lebih luas (Ardani dan Handayani, 2017).

Selanjutnya, Ardani dan Handayani (2017) dalam jurnalnya mengemukakan bahwa permasalahan yang dihadapi ODHA bukan hanya permasalahan kondisi fisik yang semakin menurun, namun juga permasalahan sosial, seperti penerimaan label negatif dan berbagai bentuk diskriminasi dari lingkungan. HIV dan AIDS dianggap sebagai penyakit kutukan akibat perbuatan menyimpang karena penyakit HIV dan AIDS begitu melekat pada orang-orang yang dianggap melakukan penyimpangan, seperti PSK, *gay*, pelaku seks bebas, dan pengguna narkoba suntik. Anggapan tabu terhadap HIV dan AIDS membuat ODHA dan keluarganya rentan terhadap stigma dan diskriminasi, yang berakibat pada berkurangnya akses ke layanan, kehilangan martabat, dan meningkatnya diskriminasi.

Didiagnosis dengan HIV/AIDS serta adanya stigma dan diskriminasi terkait status sebagai ODHA merupakan situasi yang tidak menyenangkan dan menekan bagi ODHA. Delamater & Myers (2011: 408, dalam Khayati, 2014) mengungkapkan bahwa stigma terhadap ODHA sudah melekat kuat sehingga dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis ODHA. Stigma dan diskriminasi juga dapat menyebabkan masalah pada fisik, psikis, dan sosial. ODHA sering mempunyai perasaan hidupnya menjelang maut dan merasa bersalah akibat terinfeksi HIV (Khayati, 2014). Dalam psikologi, situasi yang tidak menyenangkan dan menekan tersebut dikenal dengan istilah *adversity*.

Untuk menghadapi *adversity*, ODHA membutuhkan suatu ketahanan yang dalam psikologi dikenal dengan istilah resiliensi. Resiliensi memiliki empat aspek, yaitu *social competence*, *problem solving skill*, *autonomy*, dan *sense of purpose* (Benard, 2004). Menurut Benard (2004), resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bangkit kembali dalam menghadapi situasi yang sulit, tidak menguntungkan, dan bersifat menekan. Stouthamer-Loebert dkk (dalam Schoon, 2006), menyatakan resiliensi dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu *risk factors* dan *protective factors*. Resiliensi bukan hanya merupakan proses bertahan dalam menghadapi *adversity*, *vulnerabilitas*, dan berbagai *risk factors*. Resiliensi

juga harus mencakup proses penyembuhan seperti perkembangan dan kebahagiaan (Khayati, 2014).

Protective factors berperan dalam melakukan modifikasi pengaruh negatif akibat keadaan lingkungan buruk dan memperkuat resiliensi. *Protective factors* meliputi karakteristik individu, lingkungan keluarga, dan konteks lingkungan sosial yang lebih luas (Masten dkk dalam Schoon, 2006). *Protective factors* dibagi menjadi dua kategori, yaitu *internal protective factors*, yang meliputi *self-esteem* dan *self-efficacy*, serta kejujuran (*honesty*); dan *external protective factors*, yang meliputi dukungan keluarga dan keterlibatan komunitas (Glantz & Johnson, 2002). Dengan demikian, dukungan sosial yang berasal dari luar diri individu merupakan salah satu bentuk *protective factors*.

Dukungan sosial merupakan suatu kenyamanan, kepedulian, penghargaan, atau bantuan yang didapatkan individu dari individu lain atau kelompok (Sarafino & Smith, 2011). Dukungan sosial dapat berasal dari lingkungan keluarga atau masyarakat yang lebih luas untuk membantu meningkatkan *coping* yang lebih adaptif dan mengontrol kesehatannya (Yadav, 2009, dalam Setyoadi, 2013). Selain dapat berasal dari orangtua, pasangan/kekasih, saudara, kontak sosial atau masyarakat, dukungan sosial bahkan bisa didapatkan dari hewan peliharaan (Reitschlun dkk dalam Taylor, 2015). Penelitian Nur & Shanti (2011) menunjukkan bahwa dukungan sosial yang didapatkan individu dari lingkungan sekitar akan memengaruhi cara individu menghadapi *stressor* dan kecemasan dalam menjalani kehidupan. Hal itu akan membantu individu untuk tenang, menumbuhkan rasa percaya diri, dan merasa dicintai.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sarungallo (2009, dalam Khayati 2014) mengenai Hubungan Dukungan Sosial dengan *Psychological Well Being* pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) diperoleh hasil korelasi positif yang signifikan antara dukungan sosial dengan *psychological well-being*. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin banyak

dukungan sosial yang diterima atau dipersepsi ODHA maka akan semakin tinggi pula kesejahteraan psikologis ODHA. Khayati (2014) juga menyatakan bahwa dalam menghadapi masalahnya ODHA membutuhkan dukungan dari orang lain. Maka dari itu, untuk membantu ODHA beradaptasi dan bertahan dalam *adversity*-nya sehingga pada akhirnya mampu berfungsi dengan baik walaupun di tengah situasi yang menekan, perlu adanya dukungan dan pemberdayaan yang efektif (dari orang lain), yang salah satunya dapat berupa dukungan dari kelompok dukungan sebaya (KDS) dan/atau organisasi-organisasi berbasis komunitas lainnya.

Organisasi berbasis komunitas (*community based organization*) adalah kelompok nirlaba yang bekerja di tingkat lokal untuk memperbaiki kehidupan penduduk. Organisasi ini berperan dalam membangun kesetaraan di seluruh masyarakat di semua aliran – perawatan kesehatan, lingkungan, kualitas pendidikan, serta akses terhadap ruang dan informasi untuk orang disabled (PBWorks, 2008). Di Bandung sendiri, terdapat organisasi berbasis komunitas bagi ODHA, dan kaum marginal lainnya, yaitu Rumah Cemara. Rumah Cemara bertujuan untuk menolong ODHA dan kaum marginal lainnya dengan memberdayakan mereka agar mereka dapat menunjukkan pada masyarakat bahwa mereka tidak pantas untuk dipandang sebelah mata. Dengan adanya organisasi-organisasi berbasis komunitas ini, ODHA dapat lebih berdaya sehingga mereka mampu *survive* dari kondisinya dan juga menjadi produktif. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan salah satu pengurus Rumah Cemara yang peneliti wawancarai.

Rumah Cemara merupakan organisasi yang mendambakan dan berusaha mewujudkan Indonesia tanpa stigma. Rumah Cemara didirikan oleh lima mantan konsumen NAPZA ilegal pada 2003. Rumah Cemara memiliki tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA, konsumen narkoba, dan kaum marginal lainnya melalui pendekatan dukungan sebaya. Berdasarkan penuturan staf pengurus Rumah Cemara, serta visi dan misi dari didirikannya

Rumah Cemara, Rumah Cemara menginginkan Indonesia bebas dari stigma dan diskriminasi di mana semua manusia sama-sama memiliki kesempatan untuk maju, memperoleh layanan HIV dan NAPZA yang bermutu, serta dilindungi sesuai konstitusi. Dalam mewujudkan keinginan tersebut, Rumah Cemara turut serta dalam upaya penanggulangan AIDS dan pengendalian NAPZA nasional, beserta perumusan kebijakannya yang berpihak pada pemenuhan HAM dan kesetaraan.

Salah satu staf pengurus Rumah Cemara menyatakan bahwa saat ini Rumah Cemara lebih menekankan pemberian dukungan yang berupa bantuan akses layanan kesehatan dan hukum, serta pemberdayaan ODHA dan kaum marginal lainnya, terutama dalam bidang olahraga. Rumah Cemara juga tetap memberikan dukungan-dukungan yang dianggapnya sebagai dasar, yaitu dukungan emosional dan kebersamaan. Bagi Rumah Cemara, penting untuk membuat ODHA atau kaum marginal lainnya merasa nyaman, karena tanpa perasaan nyaman tersebut, ODHA dan kaum marginal lainnya akan sulit terbuka serta akan sulit pula untuk menemukan kebutuhan mereka yang perlu dibantu.

Menurut Sarafino (2002), dukungan sosial adalah dukungan yang diterima oleh seseorang dari orang lain yang dapat berupa *emotional/esteem support* (dukungan emosional), *instrumental/tangible support* (dukungan instrumental), *informational support* (dukungan informatif), atau *companionship support* (dukungan kebersamaan). Dukungan yang sesuai akan sangat membantu individu untuk memenuhi kebutuhan saat mengalami kondisi yang dirasa sulit, individu dapat menemukan cara efektif untuk keluar dari masalah, merasa dirinya dihargai dan dicintai yang pada akhirnya akan meningkatkan keyakinan pada dirinya untuk mampu menjalani kehidupan dengan lebih baik.

Individu dengan dukungan sosial yang tinggi memiliki tingkat stres yang rendah, serta lebih berhasil mengatasi dan mengalami hal-hal positif dalam hidup dengan lebih positif (Taylor, 2015). Akan tetapi, apabila individu tidak melihat bantuan sebagai bentuk dukungan

dan dukungan yang diberi tidak sesuai, maka kecil kemungkinan individu dapat mengurangi stres (Sarafino & Smith, 2011). Dukungan sosial yang tepat, yang merupakan salah satu bentuk dari *protective factors* yang membuat resiliensi berkembang (Benard, 2004), akan membuat ODHA merasa dicintai, dipedulikan, dihargai, dan diterima. Ketika ODHA mampu mengembangkan resiliensinya, maka mereka pada akhirnya akan mampu menghadapi dan mengatasi *adversity*-nya serta mampu berfungsi baik meskipun berada dalam *adversity*.

Berdasarkan fenomena dan uraian yang sudah dipaparkan, muncul rumusan masalah apakah terdapat hubungan antara keempat jenis dukungan sosial dengan resiliensi ODHA sehingga peneliti tertarik untuk meneliti mengenai “Hubungan Jenis Dukungan Sosial Komunitas dengan Resiliensi Pada ODHA di Rumah Cemara Bandung”.

1.2. Identifikasi Masalah

Melalui penelitian ini, peneliti ingin mengetahui apakah terdapat hubungan antara jenis dukungan sosial komunitas dengan resiliensi pada ODHA di Rumah Cemara Bandung.

1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1. Maksud Penelitian

Untuk memperoleh gambaran mengenai hubungan antara jenis dukungan sosial komunitas dengan resiliensi pada ODHA di Rumah Cemara Bandung.

1.3.2. Tujuan Penelitian

Untuk mendapat gambaran mengenai hubungan antara *emotional/esteem support* (dukungan emosional), *instrumental/tangible support* (dukungan instrumental), *informational support* (dukungan informatif), dan *companionship support* (dukungan kebersamaan) yang

diberikan staf pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara dengan resiliensi ODHA di Rumah Cemara Bandung.

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1. Kegunaan Teoritis

- Memberikan informasi dalam bidang psikologi, khususnya psikologi positif dan sosial, mengenai gambaran hubungan antara jenis dukungan sosial komunitas dengan resiliensi pada ODHA di Rumah Cemara Bandung.
- Memberi referensi pada peneliti selanjutnya yang berminat melakukan penelitian lain mengenai resiliensi, khususnya resiliensi pada ODHA yang bergabung dalam komunitas dan penelitian yang terkait dengan resiliensi beserta hubungannya dengan variabel lain.

1.4.2. Kegunaan Praktis

- Memberikan informasi kepada ODHA di Rumah Cemara Bandung mengenai derajat resiliensi mereka untuk selanjutnya dapat dikembangkan.
- Memberikan informasi kepada pengelola Rumah Cemara Bandung atau organisasi berbasis komunitas lainnya, dan orang-orang yang berhubungan langsung dengan ODHA, agar dapat memberikan jenis dukungan sosial yang efektif bagi ODHA.

1.5. Kerangka Pemikiran

HIV/AIDS merupakan virus yang menyerang organ-organ vital sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan stadium akhir dari infeksi virus HIV. Situasi yang dialami ODHA sangat kompleks karena sampai sekarang belum ada obat yang dapat menghentikan virus tersebut. *Antiretroviral agents* hanya dapat

memperlambat reproduksi HIV tetapi tidak menyembuhkan AIDS, akibatnya dapat membuat ODHA mengalami stres tinggi yang akan memperburuk keadaan dirinya (Khayati, 2014). Khayati (2014) menambahkan bahwa selain masalah fisik tersebut, ODHA juga harus menghadapi stigma dan diskriminasi yang beredar di masyarakat.

Pemahaman yang salah mengenai HIV/AIDS memunculkan stigma yang berdampak negatif pada ODHA. Stigma yang muncul karena ketidaktahuan masyarakat tentang informasi HIV yang benar dan lengkap, khususnya dalam mekanisme penularan HIV, kelompok orang beresiko tertular HIV, dan cara pencegahannya termasuk penggunaan kondom merupakan penghalang terbesar dalam pencegahan penularan dan pengobatan HIV (Shaluhiah dkk, 2015). Selanjutnya, Shaluhiah dkk menyatakan stigma terhadap ODHA juga menyebabkan individu yang memiliki gejala atau diduga menderita HIV enggan melakukan tes untuk mengetahui status HIV, karena apabila hasilnya positif, mereka takut akan ditolak oleh keluarga dan khususnya pasangan. Stigma tersebut berdampak pula pada kehidupan bermasyarakat ODHA.

Stigma menghalangi ODHA dalam melakukan aktivitas sosial sehingga ODHA cenderung menutup diri dan cenderung tidak bersedia melakukan interaksi dengan keluarga, teman, dan tetangga (Shaluhiah, 2015). Delamater & Myers (2011: 408, dalam Khayati, 2014) mengungkapkan bahwa stigma terhadap ODHA sudah melekat kuat sehingga dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis ODHA. Didagnosis dengan HIV/AIDS serta adanya stigma dan diskriminasi terkait status sebagai ODHA merupakan situasi yang tidak menyenangkan dan menekan bagi ODHA.

Dalam psikologi, situasi yang tidak menyenangkan dan menekan tersebut dikenal dengan istilah *adversity*. Untuk menghadapi *adversity*, ODHA membutuhkan suatu ketahanan yang dalam psikologi dikenal dengan istilah resiliensi. Resiliensi memiliki empat aspek, yaitu *social competence*, *problem solving skill*, *autonomy*, dan *sense of purpose* (Benard, 2004).

Menurut Benard (2004), resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bangkit kembali dalam menghadapi situasi yang sulit, tidak menguntungkan, dan bersifat menekan. Resiliensi ODHA di Rumah Cemara adalah kemampuan ODHA di Rumah Cemara untuk dapat bangkit kembali meskipun didiagnosa terinfeksi HIV dan mendapatkan stigma dan diskriminasi terkait statusnya sebagai ODHA.

Stouthamer-Loebert dkk (dalam Schoon, 2006), menyatakan resiliensi dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu *risk factors* dan *protective factors*. *Protective factors* dibagi menjadi dua kategori, yaitu *internal protective factors*, yang meliputi *self-esteem* dan *self-efficacy*, serta kejujuran (*honesty*); dan *external protective factors*, yang meliputi dukungan keluarga dan keterlibatan komunitas (Glantz & Johnson, 2002). Dengan demikian, dukungan sosial yang berasal dari luar diri individu merupakan salah satu bentuk *protective factors*. Dukungan sosial merupakan suatu kenyamanan, kepedulian, penghargaan, atau bantuan yang didapatkan individu dari individu lain atau kelompok (Sarafino & Smith, 2011).

Penelitian Nur & Shanti (2011) menunjukkan bahwa dukungan sosial yang didapatkan individu dari lingkungan sekitar akan memengaruhi cara individu menghadapi *stressor* dan kecemasan dalam menjalani kehidupan. Dukungan sosial yang diberikan dapat dipersepsi beragam oleh penerimanya; sesuai atau tidak sesuai dengan kebutuhan. Dukungan yang sesuai akan sangat membantu ODHA untuk memenuhi kebutuhan saat mengalami kondisi yang dirasa sulit, sehingga ODHA dapat menemukan cara yang efektif untuk keluar dari masalah. Selain itu, ODHA juga akan merasa dirinya dihargai dan dicintai yang pada akhirnya akan meningkatkan keyakinan pada dirinya untuk mampu menjalani kehidupan dengan lebih baik.

Dukungan dan pemberdayaan yang efektif (dari orang lain), yang salah satunya dapat berupa dukungan dari kelompok dukungan sebaya (KDS) dan/atau organisasi-organisasi berbasis komunitas lainnya, seperti Rumah Cemara dapat membantu ODHA beradaptasi dan bertahan dalam adversity-nya sehingga pada akhirnya mampu berfungsi dengan baik

walaupun di tengah situasi yang menekan. Individu dengan dukungan sosial yang tinggi memiliki tingkat stres yang rendah, serta lebih berhasil mengatasi dan mengalami hal-hal positif dalam hidup dengan lebih positif (Taylor, 2015). Akan tetapi, apabila individu tidak melihat bantuan sebagai bentuk dukungan dan dukungan yang diberi tidak sesuai, maka kecil kemungkinan individu dapat mengurangi stres (Sarafino & Smith, 2011). Dukungan sosial dapat berupa *emotional/esteem support* (dukungan emosional), *instrumental/tangible support* (dukungan instrumental), *informational support* (dukungan informatif), atau *companionship support* (dukungan kebersamaan) (Sarafino, 2006).

Emotional/esteem support (dukungan emosional) yang diberikan staff pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara pada ODHA adalah dukungan yang meliputi ekspresi afeksi, serta kepedulian dan empati sehingga ODHA merasa diperhatikan, dicintai, nyaman, dan tenang. Dukungan emosional yang diberikan Rumah Cemara pada ODHA dapat berupa kesediaan untuk mendengarkan keluhan ODHA dan meyakinkan ODHA bahwa mereka tidak sendiri karena memiliki teman-teman atau keluarga yang memahami kondisinya dan menerima mereka apa adanya, serta penerimaan. *Instrumental/tangible support* (dukungan instrumental) yang diberikan staff pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara pada ODHA adalah dukungan yang meliputi pemberian bantuan langsung, seperti pemberian bantuan akses layanan kesehatan dan hukum atau merujuk ODHA ke tempat lain yang sesuai dengan kebutuhannya.

Informational support (dukungan informatif) yang diberikan staff pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara pada ODHA adalah dukungan yang meliputi pemberian informasi terkait HIV/AIDS, pemberian informasi mengenai apa saja yang berhubungan dengan kesehatan ODHA, pemberian informasi mengenai tempat-tempat bebas diskriminasi bagi ODHA, serta pemberian saran-saran dan arahan bagi ODHA agar mereka merasa lebih baik dan mampu bertahan dari stigma dan diskriminasi yang ditujukan padanya.

Companionship support (dukungan kebersamaan) yang diberikan staff pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara adalah dukungan yang meliputi waktu yang diluangkan oleh staff pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara untuk melakukan aktivitas bersama ODHA, seperti pendampingan, berolahraga bersama, berbincang-bincang, melakukan hobi bersama, atau melakukan kegiatan sosial bersama.

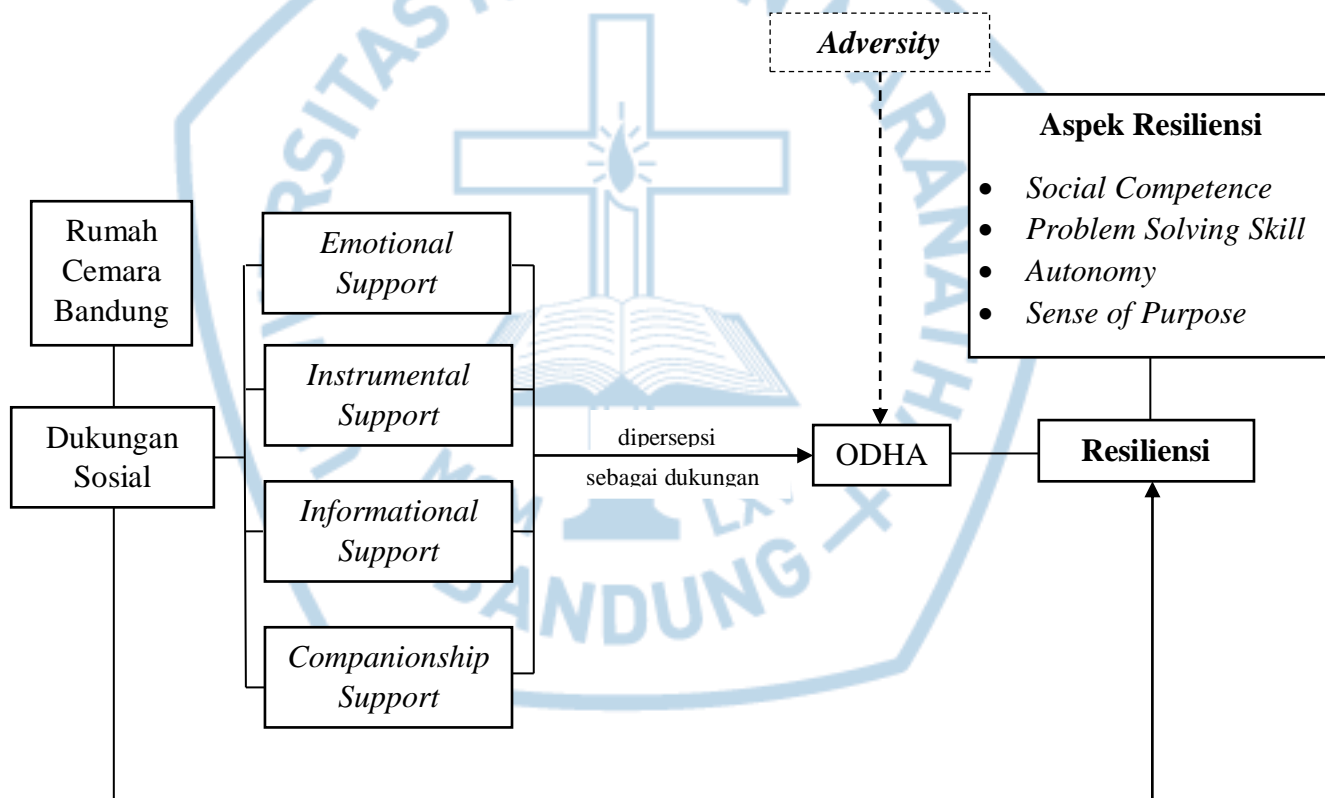
Benard (2004) meyakini bahwa setiap individu memiliki kemampuan resiliensi sejak lahir, tinggal bagaimana individu tersebut mengembangkannya dengan dukungan berbagai pihak secara internal dan eksternal. Dukungan sosial yang tepat, yang merupakan salah satu bentuk dari *protective factors* yang membuat resiliensi berkembang (Benard, 2004), akan membuat ODHA merasa dicintai, dipedulikan, dihargai, dan diterima. Ketika ODHA mampu mengembangkan resiliensinya, maka mereka pada akhirnya akan mampu berfungsi baik meskipun mereka hidup dengan HIV dan stigma terkait statusnya sebagai ODHA.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sarungallo (2009, dalam Khayati 2014) mengenai Hubungan Dukungan Sosial dengan *Psychological Well Being* pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) diperoleh hasil korelasi positif yang signifikan antara dukungan sosial dengan *psychological well-being*. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin banyak dukungan sosial yang diterima atau dipersepsi ODHA maka akan semakin tinggi pula kesejahteraan psikologis ODHA. Semakin sering dukungan yang diberikan komunitas dipersepsi sebagai dukungan yang memang ODHA perlukan, maka akan semakin tinggi pula kemampuan ODHA dalam membangun relasi dan kedekatan positif dengan orang lain (*social competence*), serta semakin tinggi pula kemandirian (*autonomy*) dan kemampuan ODHA dalam memecahkan suatu masalah (*problem solving*).

Semakin sering ODHA mempersepsi dukungan sosial yang mereka dapat sebagai dukungan yang sesuai dengan kebutuhan mereka, maka semakin tinggi pula keyakinan ODHA bahwa hidupnya bermakna dan memiliki tujuan (*sense of purpose*). Dengan demikian,

semakin sering dukungan yang diberikan komunitas; berupa *emotional support*, *instrumental support*, *informational support*, dan/atau *companionship support*; dipersepsi ODHA sesuai dengan kebutuhan mereka, maka semakin tinggi pula resiliensi ODHA atau kemampuan ODHA untuk menyesuaikan diri secara positif dalam mengatasi kesulitannya, khususnya yang terkait dengan status mereka sebagai ODHA. Untuk lebih singkat dan jelas, berikut adalah bagan kerangka pemikiran dari penelitian ini:

Bagan 1.1. Kerangka Pikir



1.6. Asumsi Penelitian

- ODHA menghayati adanya *adversity* terkait statusnya sebagai ODHA.
- ODHA mendapat dukungan sosial komunitas berupa dukungan emosional, instrumental, informatif, dan kebersamaan dari staf pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara.
- Dukungan sosial yang didapat ODHA dipersepsi secara beragam. Ada ODHA yang menghayati dukungan sosial yang diterimanya tinggi dan ada pula yang tidak.
- Dukungan emosional, instrumental, informatif, dan kebersamaan dari staf pengurus dan sesama anggota Rumah Cemara berkorelasi dengan resiliensi ODHA.

1.7. Hipotesis Penelitian

- Terdapat hubungan antara *emotional/esteem support* (dukungan emosional) dengan resiliensi pada ODHA.
- Terdapat hubungan antara *instrumental/tangible support* (dukungan instrumental) dengan resiliensi pada ODHA.
- Terdapat hubungan antara *informational support* (dukungan informatif) dengan resiliensi pada ODHA.
- Terdapat hubungan antara *companionship support* (dukungan kebersamaan) dengan resiliensi pada ODHA.