

**ANALISIS *COPING STRESS* TERHADAP KESEHATAN MENTAL
ODHA DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS RPAK
MAHANG KOTA Tenggarong Tahun 2026**

Skripsi

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-1**

**Minat Promosi Kesehatan
Program Studi Kesehatan Masyarakat**



**Disusun Oleh
Dhea Leonita Parama
NPM:22.13.20.1069**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS WIDYA GAMA MAHAKAM SAMARINDA
2026**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Dhea Leonita Parama
NPM : 22.13201.069
Peminatan : Promosi Kesehatan
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis *Coping Stress* Terhadap Kesehatan Mental ODHA
Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota
Tenggarong Tahun 2026

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji pada Tanggal 12 Agustus 2026 dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda.

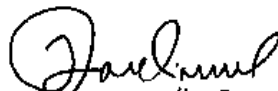
Menyetujui

Dewan Penguji

Ketua Penguji/Pembimbing I

Dr. Rosdiana S.KM.,M.Kes

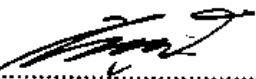
NIDN. 1105127601

()

Anggota Penguji/Pembimbing II

Kartina Wulandari S.KM.,M.Si

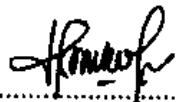
NIDN. 1117068902

()

Anggota Penguji/Penguji I

Herlina Magdalena S.KM.,M.Kes

NIDN.1123047203

()

Anggota Penguji/Penguji II

Siti Hadijah Aspan S.Keb.,M.PH

NIDN.1112069701

()

Mengetahui

Dekan

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda



Suhmatullah S.KM.,M.Ling
NIDN.2012.089.140

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dhea Leonita Parama
NPM : 22.13201.069
Judul Skripsi : Analisis *Coping Stress* Terhadap Kesehatan Mental ODHA
Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota
Tenggarong Tahun 2026

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa penelitian Laporan Skripsi berdasarkan hasil penelitian, pemikiran dan pemaparan asli dari peneliti sendiri, baik untuk naskah laporan maupun kegiatan programing yang tercantum sebagai bagian dari Laporan Skripsi ini. Jika terdapat karya orang lain, peneliti akan mencantumkan sumber secara jelas.

Dengan demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya tulis ini dan sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Samarinda, 13 Agustus 2026

Yang Membuat Pernyataan



Dhea Leonita Parama
2213.201069

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dhea Leonita Parama
NPM : 22.13201.069
Peminatan : Promosi Kesehatan
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi
Judul Skripsi : Analisis *Coping Stress* Terhadap Kesehatan Mental ODHA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggarong Tahun 2026

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan UWGM Samarinda atas penelitian karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/ mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, serta menampilkannya dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan UWGM Samarinda, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UWGM Samarinda, dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Samarinda, 13 Agustus 2026

Yang Membuat Pernyataan




Dhea Leonita Parama

2213201069

ABSTRAK

Dhea Leonita Parama. Analisis Coping Stress Terhadap Kesehatan Mental ODHA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggarong di bawah bimbingan Ibu Dr. Rosdiana S.KM., Mkes selaku pembimbing I dan Ibu Kartina Wulandari S.KM., M.Si selaku pembimbing II.

Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) rentan mengalami berbagai tekanan psikologis yang dapat memengaruhi kesehatan mental. Tekanan tersebut berasal dari faktor individu maupun lingkungan sosial. Untuk menghadapi tekanan tersebut, ODHA menggunakan berbagai strategi *coping* sebagai upaya beradaptasi dan mempertahankan kesehatan mental. Penelitian ini bertujuan menganalisis *coping stress* terhadap kesehatan mental ODHA di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggarong Tahun 2026.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi. Informan terdiri atas 3 informan utama (ODHA), 3 informan pendukung yang merupakan anggota keluarga atau kerabat dekat, dan 1 informan kunci yaitu konselor HIV/AIDS. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi. Analisis data menggunakan model Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat stres informan bervariasi dari stres ringan hingga stres sedang. Sumber stres yang dominan berasal dari faktor sosial berupa stigma, diskriminasi, ketakutan terhadap penilaian negatif, dan keterbatasan dalam membuka status HIV/AIDS. Faktor psikologis, ekonomi, dan fisik juga memengaruhi kondisi stres informan. Strategi *coping* yang digunakan merupakan kombinasi *problem focused coping* dan *emotion focused coping*, dengan *problem focused coping* sebagai strategi yang lebih dominan. Dukungan keluarga, teman sebaya, dan tenaga kesehatan turut membantu informan mengelola stres serta mempertahankan kesehatan mental.

Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa kesehatan mental ODHA dipengaruhi oleh tingkat stres, sumber penyebab stres, dan strategi *coping* yang digunakan. Faktor sosial menjadi sumber stres yang paling dominan, sedangkan penggunaan *problem focused coping*, terlihat dari penerimaan diri, dan dukungan sosial membantu ODHA beradaptasi dengan kondisi kesehatannya. Disarankan agar tenaga kesehatan terus memperkuat pendampingan psikososial, edukasi, dan dukungan sebaya untuk meningkatkan kesehatan mental ODHA.

Kata Kunci: ODHA, *coping stress*, kesehatan mental, stres, penelitian kualitatif.

Kepustakaan: 78 Referensi (1984-2025)

ABSTRACT

Dhea Leonita Parama. Analysis of Stress Coping on the Mental Health of People Living with HIV/AIDS (PLWHA) in the Working Area of UPTD Rapak Mahang Public Health Center, Tenggaraong City, supervised by Dr. Rosdiana, S.KM., M.Kes. as First Supervisor and Kartina Wulandari, S.KM., M.Si. as Second Supervisor.

People Living with HIV/AIDS (PLWHA) are vulnerable to various psychological pressures that may affect their mental health. These pressures originate from individual as well as social environmental factors. To cope with these challenges, PLWHA employ various coping strategies to adapt and maintain their mental well-being. This study aimed to analyze stress coping and its relationship with the mental health of PLWHA in the working area of Rapak Mahang Public Health Center in 2026.

This study employed a qualitative approach with a phenomenological design. The participants consisted of three main informants (PLWHA), three supporting informants who were family members or close relatives, and one key informant who was an HIV/AIDS counselor. Data were collected through in-depth interviews and observations. Data analysis followed the Miles and Huberman model, including data reduction, data display, and conclusion drawing.

The findings showed that the informants experienced varying levels of stress, ranging from mild stress to moderate stress. The most dominant source of stress was social factors, including stigma, discrimination, fear of negative judgment, and limited disclosure of HIV status. Psychological, economic, and physical factors also contributed to the informants' stress. The coping strategies applied were a combination of problem-focused coping and emotion-focused coping, with problem-focused coping being the dominant strategy. Support from family members, peers, and healthcare providers played an important role in helping the informants manage stress and maintain their mental health.

In conclusion, the mental health of PLWHA is influenced by stress levels, sources of stress, and coping strategies. Social factors were identified as the primary source of stress, while the use of problem-focused coping, self-acceptance, and social support helped PLWHA manage stress and adapt to their health condition. It is recommended that healthcare providers strengthen psychosocial support, health education, and peer support programs to improve the mental health of PLWHA.

Keywords: People Living with HIV/AIDS (PLWHA), stress coping, mental health, stress, qualitative research

Bibliography: 78 References (1984-2025)

RIWAYAT HIDUP



Dhea Leonita Parama, lahir pada tanggal 24 Agustus 2004 di Berau, Kalimantan Timur. Putri dari pasangan Bapak Leonardus dan Ibu Sophia, merupakan anak ketiga dari empat bersaudara. Penulis memulai sekolah dasar pada tahun 2010 di SDN 024 Kelurahan Jahab, Kec.Tenggarong dan lulus pada tahun 2016. Kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Pertama pada tahun 2016 di SMPN 5 Kelurahan Jahab, Kec.Tenggarong dan lulus pada tahun 2019. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan di SMAN 2 Tenggarong dengan jurusan IPA. Selama masa sekolah penulis aktif mengikuti organisasi Palang Merah Remaja (PMR) dan menjabat sebagai wakil ketua PMR. Kemudian pada tahun 2022 penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang Strata 1 (S1) di Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda dengan jurusan Kesehatan Masyarakat, peminatan Promosi Kesehatan. Selama perkuliahan penulis aktif dalam lembaga organisasi kampus yaitu Korp Sukarela Palang Merah Indonesia (KSR-PMI Unit UWGM Samarinda) dan menjabat sebagai sekretaris periode 2023-2024. Dalam masa perkuliahan penulis melaksanakan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) 1 dan 2 di Desa Bukit Pariam, Kecamatan Tenggarong Seberang, Kabupaten Kutai Kartanegara pada tahun 2025. Selain itu penulis juga melaksanakan KKN (Kuliah Kerja Nyata) di Kelurahan Tani Aman, Loa Janan Ilir, Kota Samarinda. Penulis juga melaksanakan kegiatan magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara dan penelitian di Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggarong.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis *Coping Stress* terhadap Kesehatan Mental Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang Tahun 2026” ini dengan baik.

Dalam proses penyusunan proposal ini, penulis menyadari bahwa keberhasilannya tidak terlepas dari bimbingan, dukungan, dan bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Husaini Usman, M.T., M.Pd selaku Rektor Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
2. Bapak Dr. Arbain, M.Pd selaku Wakil Rektor Bidang Akademik Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
3. Bapak Dr. Akhmad Sopian, M.PH. selaku Wakil Rektor Bidang umum, SDM dan Keuangan Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
4. Bapak Dr. Suyanto, M.Si. selaku Wakil Rektor Kemahasiswaan, Alumni, Perencanaan, Kerja Sama dan Sistem Informasi dan Hubungan Masyarakat
5. Bapak Ilham Rahmatullah, S.KM.,M.Ling selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
6. Ibu Apriyani, S.KM.,MPH selaku Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
7. Bapak Istiarto, S.KM.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
8. Ibu Siti Hadijah Aspan, S.Keb., MPH selaku Sekertaris Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda
9. Ibu Dr.Rosdiana, S.KM.,M.Kes selaku Dosen Pembimbing I yang sudah bersedia mengarahkan dan membimbing penulis selama penyusunan skripsi dan memberikan tambahan ilmu dan solusi atas permasalahan dan kesulitan dalam penulisan skripsi ini.

10. Ibu Kartina Wulandari S.KM., M.Si selaku Pembimbing II yang sudah bersedia mengarahkan dan membimbing penulis selama penyusunan skripsi dan memberikan tambahan ilmu dan solusi atas permasalahan dan kesulitan dalam penulisan skripsi ini.
11. Ibu Herlina Magdalena, S.KM., Mkes Selaku Dosen Penguji I yang telah memberikan kritik, saran, dan bimbingan yang sangat berharga dalam penulisan skripsi ini.
12. Ibu Siti Hadijah Aspan S.Keb., M.PH Selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan kritik, saran, dan bimbingan yang sangat berharga dalam penulisan skripsi ini.
13. Rekan-rekan mahasiswa yang telah memberikan dukungan moral selama penyusunan tugas ini.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih memiliki kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan proposal ini di masa mendatang. Akhir kata, semoga proposal ini dapat bermanfaat bagi penulis, pembaca, dan pihak- pihak terkait lainnya, serta menjadi salah satu langkah awal dalam menyelesaikan tugas akhir penulis dengan baik.

Samarinda, 10 Agustus 2026

Penulis

Dhea Leonita Parama

DAFTAR ISI

COVER.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Kajian Teori	7
1. HIV/AIDS.....	7
2. Stres	12
3. Coping Stress	17
4. Kesehatan Mental	24
B. Penelitian Terdahulu	27
C. Alur Pikir	29
BAB III METODE PENELITIAN	31
A. Jenis Penelitian Dan Pendekatan	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	31

C. Subjek Penelitian	31
D. Sumber Data.....	33
E. Instrumen Penelitian.....	33
F. Teknik Pengumpulan Data.....	34
G. Teknik Analisis Data.....	35
H. Keabsahan Data.....	36
I. Jadwal Penelitian	38
J. Operasionalisasi	39
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	45
A. Gambaran Umum Puskesmas Rapak Mahang.....	45
a. Batas wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang.....	45
b. Visi dan Misi	46
c. Struktur Organisasi Puskesmas Rapak Mahang	46
d. Sarana Kesehatan.....	46
e. Jumlah Penduduk.....	49
f. Sumber Daya Manusia Kesehatan	49
B. Hasil Penelitian Dan Analisis Data.....	50
1. Karakteristik Informan Penelitian.....	50
2. Penyajian Data	52
C. Pembahasan	103
a. Tingkatan Stres	103
b. Sumber Penyebab Stres	110
c. <i>Coping Stress</i>	119
D. Keterbatasan Hasil penelitian	125
BAB V PENUTUP	104

A. Kesimpulan	104
1. Tingkatan Stres	104
2. Sumber Penyebab Stres	104
3. <i>Coping Stress</i>	104
B. Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	107
LAMPIRAN.....	115

DAFTAR TABEL

2. 1 Penelitian Terdahulu	27
2.2 Jadwal Penelitian.....	38
2. 3 Operasional	39
4.1 Sarana Kesehatan.....	48
4.2 Jumlah Tenaga Kesehatan.....	48
4.3 Karakteristik Informan Utama.....	49
4.4 karakteristik Informan Pendukung.....	50
4.5 karakteristik Informan Kunci.....	50
4.6 Tabel Rekapitulasi Tingkatan Stress.....	74
4.7 Tabel Rekapitulasi Sumber Penyebab Stress.....	96
4.8 Tabel Reakpitulasi Coping Stress.....	107

DAFTAR GAMBAR

3. 1 Alur Model Analisis Data Kualitatif menurut Miles & Huberman.....	36
4.1 Struktur Organisasi.....	45

DAFTAR SINGKATAN

ARV HIV	:	<i>Antiretroviral</i>
AIDS	:	<i>Acquired Imune Deficiency Syndrome</i>
BPS	:	Badan Pusat Statistik
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
Kemenkes RI	:	Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
LGBT	:	<i>Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender</i>
LSL	:	Lelaki Suka Lelaki
ODHA	:	Orang Dengan HIV AIDS
PSK	:	Pekerja Seks Komersial
SDGs	:	<i>Sustainable Development Goals</i>
UNAIDS	:	<i>United Nations Programme On HIV AIDS</i>
WHO	:	<i>Word Health Organization</i>

LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Surat Izin Penelitian.....	116
Lampiran 1.2 Surat Balasan Penelitian	117
Lampiran 1.3 Surat Selesai Penelitian.....	118
Lampiran 1.4 Pedoman Wawancara.....	119
Lampiran 1.5 Lembar Hasil Observasi.....	126
Lampiran 1.6 Analisis Lembar Observasi	127
Lampiran 1.7 Matriks Data	129
Lampiran 1.8 Dokumentasi.....	152

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, khususnya sel-sel T CD4 yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh melawan infeksi. Jika tidak diobati, infeksi HIV dapat berkembang menjadi AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), yaitu suatu kondisi dimana sistem kekebalan tubuh terganggu dan melemah, membuat tubuh rentan terhadap berbagai infeksi *oportunistik* yang dapat berakibat fatal (*World Health Organization*, 2025). Penyakit ini menjadi masalah kesehatan global yang serius, mencapai 41 juta orang hidup dengan HIV pada tahun 2024 (*World Health Organization*, 2025).

Menurut data yang diterbitkan oleh *World Health Organization* (2025), menyatakan secara global pada tahun 2021 sebanyak 38,4 juta orang yang hidup dengan HIV, meningkat menjadi 39 juta pada tahun 2022, meningkat kembali menjadi 39,9 juta pada tahun 2023, ditahun tersebut tercatat sekitar 630.000 kematian diseluruh dunia akibat penyakit yang berhubungan dengan HIV, dan terus meningkat hingga mencapai 41 juta kasus pada tahun 2024 dengan kawasan afrika sebagai wilayah dengan kasus tertinggi.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan (2022), jumlah kasus HIV di Indonesia menunjukkan tren peningkatan dalam beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2022, terdapat sebanyak 24.276 infeksi baru dan 27.374 kematian terkait HIV/AIDS. Pada tahun 2023, dilaporkan sebanyak 57.299 kasus HIV baru dan 16.410 kasus AIDS (Kementerian Kesehatan, 2023). Pada tahun 2024 jumlah kasus tersebut meningkat menjadi 63.707 kasus HIV dan 21.536 kasus AIDS (Kementerian Kesehatan, 2024).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan provinsi kalimantan Timur jumlah kasus HIV menunjukkan tren peningkatan yang cukup signifikan. Pada tahun 2022 tercatat sebanyak sekitar 1.300 kasus, meningkat ditahun 2023 sebanyak 9.176, dan angka tersebut melonjak menjadi 13.589 kasus HIV serta 3.915 kasus AIDS pada tahun 2024. Di tingkat kabupaten/kota tahun 2024, Samarinda berada diperingkat

pertama dengan 551 kasus, diikuti Balikpapan dengan 362 kasus, kemudian Kutai Kartanegara 126, dan Bontang sebanyak 62 kasus. Kondisi serupa juga terlihat di Kabupaten Kutai Kartanegara dimana kasus HIV terus meningkat dari 125 ditahun 2023 dengan ibu rumah tangga sebagai kelompok beresiko, dan meningkat tajam di tahun 2024 sebanyak 140 kasus (Dinas Kesehatan, 2024).

Target SDGS 3.3 menegaskan komitmen global untuk mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030 melalui pendekatan *Three Zero*, yaitu nol infeksi HIV baru, nol kematian terkait AIDS, dan nol diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS. Untuk mencapai tujuan tersebut, WHO merekomendasikan pelayanan perluasan tes HIV termasuk *self-testing*, penggunaan kondom pada kelompok beresiko, penyediaan PreP dan PEP, dan pemberian terapi *antiretrivoral* (ART). Seluruh upaya ini juga diperkuat melalui peningkatan akses layanan kesehatan, edukasi masyarakat serta kebijakan yang mendukung tercapainya eliminasi HIV secara global (*World Health Organization*, 2022).

Sejalan dengan program tersebut Kementerian Kesehatan terus memperluas akses layanan kesehatan untuk mendukung eliminasi HIV, dengan target 95-95-95 pada tahun 2030 yaitu 95% ODHIV mengetahui statusnya, 95% diantaranya mendapatkan pengobatan, dan 95% yang menjalani terapi mencapai supresi virus. Saat ini pemeriksaan tes HIV telah tersedia di hampir seluruh kabupaten/kota, disertai layanan IMS dan pemeriksaan *viral load* yang semakin meluas. Upaya pencegahan juga diperkuat melalui pendekatan “ABCDE” yang menekankan perilaku seksual sehat, penggunaan kondom pada kelompok beresiko, pencegahan penggunaan narkoba, serta edukasi berkelanjutan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2025).

Namun demikian, di Indonesia perspektif masyarakat terhadap ODHA masih dibayangi stigma dan diskriminasi tinggi yang memicu ketakutan tertular, berakar dari anggapan bahwa HIV/AIDS merupakan akibat perilaku “abnormal” atau pelanggaran nilai norma yang tidak dapat diterima, sehingga memunculkan sikap sinis, ketakutan berlebihan, dan pengalaman negatif terhadap ODHA. Banyak masyarakat yang memandang ODHA pantas dihukum atas perbuatannya sendiri dan bertanggung jawab atas penularan HIV, berujung pada perilaku tidak adil

seperti penolakan dan pengucilan. Kondisi ini memaksa ODHA menyembunyikan statusnya, sementara respon psikologis awal mereka saat mengetahui diagnosis sering kali berupa denial, depresi ringan hingga berat, syok, ketidakpercayaan, kesepian, marah, takut, serta pikiran untuk bunuh diri.

Meskipun berbagai upaya pencegahan HIV di tingkat internasional maupun nasional telah menekankan pengendalian penularan dan peningkatan akses layanan kesehatan, aspek psikologis juga merupakan aspek penting yang tidak dapat dipisahkan. Stigma dan diskriminasi mempengaruhi emosional dan kesehatan mental ODHA. Stigma Dan diskriminasi membentuk citra diri yang negatif bahkan stres berkepanjangan hingga depresi yang dapat menurunkan kualitas hidup serta mempengaruhi kepatuhan dalam menjalankan terapi *antiretroviral* (ARV). Gangguan kesehatan mental tersebut dapat memperburuk kondisi ODHA karena menurunkan motivasi untuk mempertahankan pengobatan secara teratur (Handayani *Et al*, 2022).

Dalam situasi ini, kemampuan *Coping stress* menjadi sangat penting karena strategi *coping* yang efektif dapat membantu ODHA beradaptasi dengan tekanan psikologis, mengurangi dampak negatif stres, serta mendukung kestabilan kesehatan mental dan keberlanjutan pengobatan. *Coping stress* adalah serangkaian upaya atau tindakan seseorang untuk mengatasi, mengurangi atau menyesuaikan diri terhadap tekanan atau situasi yang menimbulkan stres (Agustina, & Rohman. 2024).

Penelitian yang dilakukan oleh Alamsyah Chaerizanas (2023) di Makassar, pada ODHA yang berlatar belakang pekerja seks komersial mengalami stres, kecemasan dan tekanan psikologis setelah mengetahui status HIV mereka. Untuk mengatasi kondisi tersebut mereka menggunakan dua jenis strategi *Coping stress*, yaitu *emotion-focused coping* seperti mencari dukungan emosional, meluapkan perasaan, dan beribadah, serta *problem-focused coping* melalui konseling, mengikuti bimbingan sosial, dan mencari informasi tentang HIV dari tenaga kesehatan dan lembaga pendukung. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial dan akses informasi membantu ODHA dalam mengelola stres dan beradaptasi dengan kondisinya.

Penelitian yang dilakukan oleh Agustina, & Rohman (2024), pada lima lelaki suka lelaki (LSL) yang mengidap HIV di Jakarta menunjukkan bahwa para partisipan mengalami stres psikologi setelah mengetahui status HIV mereka, seperti perasaan tertekan, mudah marah, penurunan konsentrasi, serta perubahan fisik berupa penurunan berat badan. Untuk mengatasi stres tersebut, mereka menggunakan dua bentuk strategi *coping*, yaitu *emotion-focused coping* seperti mencari dukungan sosial dari teman sesama ODHA, meningkatkan ibadah, melakukan aktivitas positif untuk mengalihkan pikiran, *problem-focused coping* seperti disiplin minum obat ARV, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, dan menghindari perilaku seksual beresiko. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial dan kedisiplinan dalam menjalani perawatan menjadi faktor penting yang membantu ODHA dalam mengelola stres dan beradaptasi dengan kondisi HIV positif yang mereka alami.

Berdasarkan data dari Puskesmas Rapak Mahang di tahun 2022 terdapat 14 kasus baru HIV, kemudian di tahun 2023 menurun menjadi 10 kasus dengan ibu rumah tangga sebagai kelompok paling terdampak, lalu di tahun 2024 meningkat menjadi 19 kasus. Pemilihan Puskesmas Rapak Mahang sebagai tempat penelitian didasari oleh kondisi geografis Kabupaten Kutai Kartanegara yang luas, dimana hal tersebut berdampak pada kurangnya optimalisasi pelayanan kesehatan dan edukasi secara menyeluruh, terutama di wilayah pelosok. Selain itu tingginya mobilitas penduduk yang dipicu oleh masifnya sektor pertambangan di wilayah ini turut menjadi faktor resiko yang berkontribusi terhadap peningkatan temuan kasus HIV. Secara khusus, Puskesmas Rapak Mahang merupakan fasilitas kesehatan dengan tingkat kasus HIV yang tergolong tinggi dibandingkan dengan puskesmas lain di Kabupaten Kutai Kartanegara.

Dengan mempertimbangkan meningkatnya kasus HIV dan besarnya beban psikososial yang ditimbulkan oleh kondisi lingkungan dan dinamika masyarakat setempat, peneliti bermaksud melakukan analisis mendalam mengenai strategi *coping stress* yang digunakan oleh ODHA serta kaitannya dengan kondisi kesehatan mental mereka. Oleh karena itu, penelitian ini diperlukan untuk memahami bagaimana ODHA menghadapi dan mengelola stres yang mereka alami, sehingga hasil penelitian dapat menjadi bahan pertimbangan bagi tenaga kesehatan

agar layanan yang diberikan tidak hanya berfokus pada pengobatan medis, tetapi juga memperhatikan aspek kesehatan mental melalui pendampingan psikologis yang lebih tepat. Maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis *Coping stress* Terhadap Kesehatan Mental ODHA di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang Tenggara Tahun 2026”, sehingga dapat memberikan kontribusi bagi penguatan program dan pendampingan psikososial dan kualitas layanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana strategi *Coping stress* terhadap kesehatan mental Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui strategi *Coping stress* terhadap kesehatan mental Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026

2. Tujuan Khusus

- a. Analisis tingkatan stres terhadap kesehatan mental ODHA di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026
- b. Analisis sumber penyebab stres terhadap kesehatan mental ODHA wilayah Kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026
- c. Analisis persepsi *Coping stress* terhadap kesehatan mental ODHA di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026

D. Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang baik bagi semua pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung, khususnya bagi diri peneliti sendiri

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi ilmiah yang berharga dalam pengembangan teori wawasan di bidang psikologi kesehatan, yang

khususnya berkaitan dengan strategi *Coping stress* terhadap kesehatan mental ODHA. Hasilnya dapat digunakan sebagai referensi untuk memperluas cakupan pengetahuan tentang strategi *coping stress* dalam bidang kesehatan mental.

b. Bagi peneliti

Penelitian ini memberikan pengalaman langsung bagi penelitian ilmiah serta memperdalam pengalaman peneliti mengenai strategi *Coping stress* dan kondisi psikologi ODHA. Selain itu, hasil penelitian dapat menjadi dasar penelitian lanjutan di bidang yang relevan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Puskesmas Rapak Mahang Tenggara

Penelitian ini diharapkan memberikan informasi dan pemahaman yang lebih mendalam kepada tenaga kesehatan di Puskesmas Rapak Mahang mengenai strategi *Coping stress* yang digunakan oleh ODHA serta dampaknya terhadap kesehatan mental mereka. Dengan demikian puskesmas dapat merancang intervensi psikososial atau pelayanan yang lebih efektif dan tepat sasaran guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan mental bagi ODHA.

b. Bagi Masyarakat di Wilayah Puskesmas Rapak Mahang Tenggara

Melalui penelitian ini, masyarakat menjadi lebih memahami pentingnya dukungan psikososial bagi ODHA dan bagaimana stres yang tidak dikelola dengan baik dapat berdampak serius terhadap kondisi mental dan fisik mereka. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan program edukasi dan pendampingan berbasis komunitas, sehingga stigma terhadap ODHA dapat dikurangi dan empati masyarakat meningkat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. HIV/AIDS

a. Definisi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang dan merusak sistem kekebalan tubuh manusia, terutama sel CD4 yang berperan penting dalam pertahanan tubuh. Infeksi HIV yang tidak mendapat penanganan dapat berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), yaitu tahap lanjut dari infeksi HIV yang umumnya muncul setelah 5-10 tahun atau lebih. Pada masa ini, daya tahan tubuh menurun secara signifikan, sehingga berbagai infeksi *oportunistik* atau penyakit yang sebelumnya ringan dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih berat (Unaid, 2024).

Virus HIV dapat ditemukan dalam beberapa cairan tubuh, seperti darah, air mani, dan ASI. Sebagian besar individu yang baru terinfeksi tidak menyadari virus tersebut karena tidak menunjukkan gejala khas. Namun, beberapa gejala dapat muncul akibat respon tubuh terhadap infeksi akut, seperti demam, nyeri sendi, gatal-gatal, dan pembesaran kelenjar getah bening, biasanya dalam rentan waktu 6 minggu hingga 3 bulan setelah paparan. Walaupun fase awal infeksi sering tanpa gejala, seseorang yang terinfeksi tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain. Oleh karena itu, deteksi dini melalui pemeriksaan atau tes HIV sangat penting untuk mengetahui status infeksi, mencegah penularan, serta memulai pengobatan sejak awal (Natasya *et al* , 2025).

Berdasarkan cara penularan HIV dan AIDS menurut Kementerian Kesehatan (2018) terdapat beberapa cara penularan *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu sebagai berikut :

1. Penularan secara seksual yaitu, melalui hubungan intim tanpa penggunaan alat pelindung seperti kondom
2. Penggunaan jarum suntik secara bergantian dengan orang lain, terutama

jarum yang terkontaminasi darah

3. Ibu ke anak dapat ditularkan selama masa kehamilan, proses persalinan, maupun melalui ASI ketika menyusui. Resiko penularan bisa mencapai 15-30% apabila tidak dilakukan intervensi pencegahan.
4. Tranfusi darah atau produk darah yang mengandung virus HIV. Darah yang tidak melalui skrinning memiliki kemungkinan lebih dari 90% untuk menularkan HIV

HIV tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk ataupun gigitan serangga, kegiatan sosial, kontak biasa disekolah atau tempat kerja, berjabat tangan, berpelukan, menggunakan kamar kecil atau minum dari tempat yang sama maupun batuk atau bersin oleh seseorang dengan HIV (Kemenkes, 2018).

b. Epidemiologi

Kasus HIV/AIDS pertama di Indonesia dilaporkan pada tahun 1987, yang kemudian dalam beberapa tahun berikutnya, laporan kasus meningkat sejalan dengan membaiknya sistem pelaporan surveilans kesehatan. Hingga 31 Januari 1995 tercatat 221 kasus HIV dan 69 kasus AIDS dengan 44 kasus kematian yang sudah dilaporkan. Pola penyebaran awal di Indonesia serupa dengan tren global, di mana infeksi pertama kali banyak ditemukan pada komunitas *LGBT*, kemudian meluas pada kelompok kecil individu dengan perilaku beresiko. Pergerakan kasus ini menggambarkan bagaimana epidemi HIV di Indonesia berkembang sangat cepat dan memerlukan respon kesehatan masyarakat yang terarah (Rico *et al* , 2024).

Perkembangan terkini menunjukkan bahwa epidemi HIV/AIDS masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat di Indonesia. Secara global, WHO mencatat Afrika sebagai kawasan dengan jumlah kasus dunia tertinggi di dunia, sementara Indonesia saat ini menempati peringkat ke-14 untuk total jumlah kasus dan peringkat ke-9 dalam hal penemuan infeksi baru (World Health Organization, 2025).

Berdasarkan data dari *Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan (2024)*, dilaporkan 24.276 infeksi baru dan

27.374 kematian terkait HIV/AIDS. Angka ini meningkat pada 2023, dengan 57.299 kasus HIV baru serta 16.410 kasus AIDS. Tren kenaikan berlanjut pada 2024, ketika tercatat 63.707 kasus HIV dan 21.536 kasus AIDS. Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa beban epidemi belum sepenuhnya terkendali, sehingga penguatan upaya pencegahan, perluasan deteksi dini, serta peningkatan akses terhadap terapi *antiretroviral* (ARV) tetap menjadi prioritas dalam penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia.

Di Indonesia kasus HIV/AIDS tertinggi ditemukan pada kelompok usia produktif, yaitu rentang usia 20-39 tahun. Jika dilihat dari pengelompokan populasi, tren saat ini menunjukkan bahwa kasus terbanyak ditemukan pada kelompok LSL (Laki-laki Seks Laki-laki) dan pada kelompok IRT (Ibu Rumah Tangga) (Agustina & Miman Abdul, 2024).

c. Etiologi

HIV/AIDS merupakan virus sinopatik yang termasuk dalam keluarga *Retoviridae*, subfamili *Orthoretrovirine*, dan genus *Lentivirus*. Berdasarkan karakteristik strukturnya, HIV tergolong sebagai *retrovirus* RNA yang memiliki ukuran *genom* sekitar 0,7 kilobase serta bereplikasi melalui mekanisme transkripsi balik. *Retrovirus* ini ditularkan melalui darah dan memiliki afinitas yang tinggi terhadap sel limfosit T CD4, yang berperan penting dalam sistem kekebalan tubuh (Meissner *et al.*., 2022).

Virus HIV pertama kali berhasil diisolasi pada tahun 1983 oleh peneliti di Prancis dan diberi nama *lymphadenopathy-associated virus* (LAV). Tidak lama setelah itu, Robert Gallo di Amerika Serikat mengidentifikasi virus sejenis yang kemudian dikenal sebagai HIV-2. Penetapan istilah “*Human Immunodeficiency Virus* (HIV)” kemudian disepakati oleh komunitas ilmiah internasional (Afif & Sinaga, 2025).

Secara umum HIV dibedakan menjadi 2 tipe, yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 merupakan tipe yang paling banyak ditemukan dan menjadi penyebab mayoritas infeksi HIV diseluruh dunia, sedangkan HIV-2 lebih jarang dilaporkan dan sebagian besar ditemukan di wilayah Afrika Barat. Di antara kedua tipe tersebut, HIV-1 diketahui memiliki virulensi yang lebih tinggi dan

lebih banyak menimbulkan kelainan klinis (Afif & Sinaga, 2025).

d. Patofisiologi

HIV dapat memasuki tubuh melalui berbagai cara, terutama ketika virus langsung mencapai aliran darah, misalnya lewat benda tajam yang menembus kulit, pembuluh darah, atau selaput lendir. Setelah seseorang terinfeksi, virus biasanya sudah bisa terdeteksi dalam darah dalam waktu sekitar 4-11 hari (Natasya *et al* , 2025)

Pada fase awal sering muncul keluhan mirip infeksi virus, seperti demam tinggi secara tiba-tiba, sakit kepala, nyeri sendi dan otot, mual, muntah gangguan tidur, batuk, pilek, dan gejala lainnya. Kondisi tersebut dikenal sebagai sindrom Retroviral Akut. Pada tahap ini, jumlah sel CD4 mulai menurun seiring meningkatnya jumlah RNA HIV (*Viral load*). *Viral load* akan naik tajam pada awal infeksi lalu perlahan menurun hingga mencapai titik tertentu. Perubahan ini menyebabkan penurunan CD4 lebih cepat selama kurang lebih 1,5-2,5 tahun sebelum akhirnya masuk ke tahap AIDS (Natasya *et al* , 2025).

e. Respon Sosial Orang Dengan HIV/AIDS

Ketika seseorang menerima diagnosis HIV, reaksi awal yang muncul umumnya berupa tekanan psikologis yang kuat. Banyak individu mengalami ketidakpercayaan, rasa terkejut, hingga upaya menyangkal kenyataan tersebut. Tidak jarang muncul ledakan emosi seperti kemarahan dan kebingungan disertai kecemasan tinggi maupun gejala depresi (Ninnoni *et al*, 2023).

Selain tekanan batin, Orang Dengan HIV AIDS juga sering berhadapan dengan bentuk diskriminasi sosial mulai, dari perlakuan tidak adil, perubahan sikap orang lain ketika status mereka diketahui. Stigma seperti ini membuat banyak ODHA merasa tidak aman untuk bersosialisasi, sehingga beberapa diantaranya memilih menarik diri karena khawatir diperlakukan tidak adil. Kondisi ini umumnya berakar pada kurangnya pemahaman masyarakat mengenai HIV serta masih kuatnya anggapan keliru seputar penularannya (Gennaro *et al*, 2024).

Untuk mengurangi masalah sosial tersebut, berbagai upaya diperlukan, antar lain meningkatkan edukasi publik tentang HIV, melibatkan ODHA dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan, seajak tahap pemeriksaan, serta memperkuat kelompok dukungan sebaya. Selain itu, praktik jurnalistik yang lebih peka dan menghormati hak-hak ODHA dinilai penting untuk membangun lingkungan sosial yang lebih adil dan manusiawi (Kemenkes, 2022).

f. Pencegahan

Pada skala global, UNAIDS mendorong pendekatan pencegahan yang holistik dan berkaitan melalui *Global AIDS Strategy 2021-2026*. Strategi ini menekankan bahwa untuk mengakhiri epidemi AIDS sebagai ancaman kesehatan masyarakat pada tahun 2030, respon global harus difokuskan pada upaya yang tidak hanya menysasar pengobatan, tetapi juga pencegahan primer bagi mereka yang beresiko. Pendekatan ini berarti menyediakan intervensi pencegahan yang berbasis edukasi kesehatan seksual, distribusi kondom, layanan bagi kelompok kunci (*key populations*), serta akses terhadap metode pencegahan medis seperti *Pre-Exposure Prophylaxis* (PrEP) bagi orang rentan (Unaid, 2024).

Selain itu, UNAIDS juga memastikan bahwa pencegahan HIV/AIDS dapat diakses secara adil oleh semua kelompok, termasuk mereka yang selama ini kurang terlayani karena stigma, diskriminasi, ketidaksetaraan hukum, atau hambatan sosial ekonomi. Strategi ini mengajak negara, komunitas dan mitra global untuk memperkuat sistem kesehatan, menghapus hambatan struktural dan memperluas jangkauan layanan pencegahan sehingga tiap orang beresiko memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan perlindungan (Unaid, 2024).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menekankan bahwa pencegahan HIV harus dilakukan melalui pendekatan komperensif yang mencakup edukasi, perubahan perilaku, serta pelayanan kesehatan yang mudah diakses. Upaya pencegahan difokuskan pada paktik hubungan seksual yang aman dengan penggunaan kondom secara konsisten, menghindari

perilaku seksual beresiko serta tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian (Kementrian Kesehatan RI, 2022).

Kementrian Kesehatan RI mendorong deteksi dini melalui tes HIV untuk mempercepat penemuan kasus dan mengurangi resiko penularan. Pemerintah juga memperluas akses layanan pencegahan bagi kelompok rentan, termasuk perempuan, remaja, dan populasi kunci, sejalan dengan Target nasional "95-95-95" dalam rangka pengendalian HIV/AIDS pada tahun 2030. Program pencegahan ini tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga pada pengurangan stigma dan penguatan peran komunitas agar dukungan terhadap ODHA dan upaya pencegahan dapat berjalan lebih efektif (Kementrian Kesehatan RI, 2022).

g. Penanganan

Penanganan HIV/AIDS pada saat ini berfokus pada pengendalian replikasi virus dan peningkatan kualitas hidup penderita melalui pendekatan komperensif. Pilar utama dalam penanganan medis adalah pemberian Terapi Antiretroviral (ARV) yang bertujuan untuk menekan beban virus (*viral load*) hingga mencapai level tidak terdeteksi, sehingga sistem kekebalan tubuh yang diukur melalui sel CD4 dapat pulih dan terjaga (Kementrian Kesehatan, 2022).

Selain intervensi klinis, penanganan HIV juga mencakup aspek dukungan psikososial yang krusial untuk membantu ODHA beradaptasi dengan status kesehatannya. Dukungan ini bertujuan untuk membangun mekanisme coping yang adaptif guna meminimalisir gangguan kesehatan mental seperti baik ringan hingga berat yang sering menjadi hambatan dalam kepatuhan pengobatan (Komisi Penanggulangan AIDS Kab.Lombok Barat, 2025).

2. Stres

a. Definisi

Stres didefinisikan sebagai kondisi yang muncul ketika individu merasakan adanya ketidakseimbangan atau kesenjangan antara tuntutan lingkungan dengan sumber daya yang ia miliki (Sarafino & Smith, 2021).

Menurut Abas *et al* (2024) Stres merupakan respon biologis dan psikologis ketika individu menghadapi tuntutan atau tekanan yang dianggap melebihi kapasitas dirinya. Stres muncul ketika individu menilai sesuatu situasi sebagai menantang atau mengancam, sehingga memicu respon fisiologis seperti peningkatan detak jantung, aktivitas sistem saraf, dan pelepasan hormon stres. (Zafar *et al* ., 2021)

Sementara itu menurut Hong (2023), menjelaskan bahwa stres merupakan proses psikologis dan fisiologis yang muncul ketika individu menghadapi situasi yang dinilai menantang atau mengancam sehingga memicu reaksi kognitif dan perubahan hormonal, artinya stres tidak hanya berkaitan dengan tekanan emosional, tetapi juga merupakan mekanisme tubuh untuk beradaptasi dengan tuntutan lingkungan yang dapat berdampak positif bila bersifat sementara, namun berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan apabila berlangsung secara terus-menerus.

b. Dampak Stres

Menurut Avramova (2020), stres dapat menimbulkan perubahan signifikan pada kondisi psikologis dan fisiologis individu. Secara psikologis, stres dapat meningkatkan kecemasan, ketegangan emosional, dan penurunan konsentrasi, yang pada akhirnya mengganggu proses pengambilan keputusan serta fungsi kognitif lainnya. Secara fisiologis, stres memicu aktivasi sistem saraf simpatik dan pelepasan hormon stres yang dapat menyebabkan kelelahan, gangguan tidur, dan penurunan ketahanan tubuh yang apabila tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan gangguan kesehatan kronis.

Stres berdampak luas pada kesehatan fisik dan mental. Secara fisik, stres dapat menurunkan fungsi imun, mengganggu kualitas tidur, meningkatkan tekanan darah, dan memicu gangguan metabolik seperti kelelahan kronis. Sedangkan dampak psikologisnya mencakup peningkatan kecemasan, iritabilitas hingga risiko depresi jika stres berlangsung lama (Zafar *et al.*, 2021).

c. Klasifikasi Stres

Menurut Andeslan *et al* . (2024), stres terbagi menjadi dua komponen utama

yang menggambarkan pengalaman stres positif maupun negatif pada individu, yaitu :

- a. *Eustress* adalah bentuk stres yang menghasilkan dorongan positif seperti meningkatnya motivasi, kewaspadaan, dan kesiapan menghadapi tuntutan, sehingga membantu individu beraktivitas secara optimal.
- b. *Distress* adalah tekanan yang menimbulkan ketidaknyamanan emosional dan gangguan psikologis, serta muncul ketika tuntutan dianggap melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya.

Menurut (Hakim et al., 2023), tingkatan stres individu umumnya dibedakan menjadi tiga kategori yaitu :

1. Stres ringan, biasanya muncul saat seseorang menghadapi tekanan yang masih dapat dikendalikan sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.
2. Stres sedang, berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa hari gejala mulai terasa misalnya muncul rasa cemas, sulit fokus, atau perubahan pola tidur, namun individu masih mampu beradaptasi dengan kegiatan tertentu.
3. Stres berat, umumnya berlangsung selama berbulan-bulan bahkan sampai tahun yang ditandai dengan beban psikologis yang semakin dominan sehingga mempengaruhi fungsi sosial, fisik, dan aktivitas sehari-hari secara keseluruhan.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Stres

a. Faktor Psikologis

Faktor psikologis merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi munculnya stres pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Setelah mengetahui diagnosis HIV/AIDS, individu umumnya mengalami berbagai respons emosional seperti syok, ketakutan, kecemasan, kebingungan, penyangkalan (*denial*), perasaan bersalah, putus asa, hingga depresi. Berbagai respons tersebut muncul sebagai bentuk penyesuaian terhadap perubahan kondisi kesehatan, kekhawatiran terhadap masa depan, serta tuntutan untuk beradaptasi dengan kehidupan sebagai ODHA.

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) melalui *Cognitive Appraisal Theory*, stres tidak hanya ditentukan oleh suatu peristiwa, tetapi oleh bagaimana individu menilai (*appraisal*) peristiwa tersebut. Proses penilaian ini terdiri atas *primary appraisal*, yaitu ketika individu menilai apakah suatu peristiwa merupakan ancaman, kerugian, atau tantangan, serta *secondary appraisal*, yaitu penilaian terhadap kemampuan dan sumber daya yang dimiliki untuk menghadapi peristiwa tersebut. Apabila individu menilai bahwa tuntutan yang dihadapi melebihi kemampuan yang dimiliki, maka stres akan lebih mudah muncul.

b. Faktor Sosial

Faktor sosial merupakan salah satu faktor yang berperan dalam memengaruhi tingkat stres pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Faktor ini meliputi stigma dan diskriminasi, hubungan dengan keluarga, dukungan sosial, serta keterbukaan atau kerahasiaan status HIV (*disclosure* dan *non-disclosure*). Berbagai kondisi tersebut dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis ODHA karena berkaitan dengan penerimaan dari lingkungan sosial. Kurangnya dukungan serta adanya perlakuan negatif dari masyarakat dapat meningkatkan tekanan psikologis dan menghambat proses adaptasi individu terhadap penyakit yang dialaminya.

Menurut *HIV Stigma Framework* yang dikemukakan oleh Earnshaw dan Chaudoir (2009) dalam Fauk *et al.*, (2021), stigma pada ODHA terdiri atas tiga bentuk, yaitu *enacted stigma* (pengalaman diskriminasi atau perlakuan negatif yang benar-benar dialami), *anticipated stigma* (kekhawatiran akan mengalami stigma atau penolakan di masa mendatang), dan *internalized stigma* (penerimaan stigma ke dalam diri sehingga individu merasa malu, bersalah, atau rendah diri). Ketiga bentuk stigma tersebut dapat memengaruhi kondisi psikologis ODHA, termasuk mendorong individu untuk membatasi keterbukaan status HIV (*non-disclosure*) sebagai upaya menghindari penolakan maupun diskriminasi dari lingkungan sosial.

c. Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi tingkat stres pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Keterbatasan pendapatan, kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari, kehilangan pekerjaan, maupun penurunan produktivitas akibat kondisi kesehatan dapat menjadi sumber tekanan bagi ODHA. Selain harus memenuhi kebutuhan hidup, ODHA juga sering dihadapkan pada biaya transportasi, pemeriksaan kesehatan, serta kebutuhan lain yang berkaitan dengan pengobatan, sehingga kondisi ekonomi yang kurang baik dapat memperberat beban psikologis yang dialami.

Menurut teori *Family Stress Model* yang dikemukakan oleh Conger dan Conger (2002) dalam Zietz *et al.*, (2023), tekanan ekonomi (*economic pressure*) merupakan salah satu sumber stres yang dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis individu maupun keluarga. Kesulitan ekonomi dapat meningkatkan kecemasan, frustrasi, dan konflik dalam keluarga sehingga berdampak pada kesehatan mental individu. Semakin besar tekanan ekonomi yang dirasakan, semakin besar pula kemungkinan individu mengalami stres apabila tidak memiliki sumber daya yang memadai untuk mengatasinya.

d. Faktor Fisik

Faktor fisik merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi tingkat stres pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Perubahan kondisi fisik akibat infeksi HIV, seperti penurunan daya tahan tubuh, mudah lelah, penurunan berat badan, munculnya infeksi oportunistik, maupun efek samping terapi antiretroviral (ARV), dapat menjadi sumber tekanan bagi individu. Kondisi tersebut tidak hanya memengaruhi kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari, tetapi juga dapat menimbulkan kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan dan keberlangsungan pengobatan.

Menurut *Self-Regulation Model* yang dikemukakan oleh Leventhal (2003) dalam (Miru & Siswanto., (2023) respons individu terhadap

penyakit dipengaruhi oleh *illness perception* atau persepsi terhadap penyakit yang dialami. Individu akan membentuk persepsi mengenai penyebab penyakit, konsekuensi yang mungkin terjadi, lamanya penyakit, tingkat keberhasilan pengobatan, serta kemampuan mengendalikan penyakit tersebut. Persepsi ini selanjutnya memengaruhi respons emosional dan perilaku kesehatan yang dilakukan, seperti kepatuhan menjalani pengobatan, pemeriksaan kesehatan secara rutin, maupun upaya menjaga kondisi fisik.

3. Coping Stress

a. Definisi

Coping stress merupakan serangkaian upaya kognitif maupun perilaku yang dilakukan secara terus-menerus untuk mengelola, menoleransi, atau mengurangi tuntutan internal dan eksternal yang dinilai menekan (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping stress merupakan proses yang dilakukan individu untuk memulihkan diri dari tekanan atau kondisi tidak nyaman yang muncul akibat pengalaman yang menimbulkan stres. Proses ini mencakup berbagai upaya, baik secara pikiran maupun perilaku yang diarahkan untuk mengendalikan atau mengurangi reaksi emosional dan fisik yang ditimbulkan oleh situasi menekan. Dengan kata lain *Coping stress* menjadi cara seseorang menata kembali respon diri agar tetap mampu menjalankan aktivitas meskipun berada dalam kondisi penuh tekanan (Andriyani, 2019).

Coping stress merupakan cara yang digunakan seseorang untuk menghadapi tekanan setelah ia menilai situasi yang dialaminya. Penilaian awal ini penting karena menentukan langkah awal yang dianggap paling membantu untuk mengurangi rasa tertekan. (Handayani & Susanti, 2024). *Coping* kemudian muncul sebagai bentuk penyesuaian diri baik melalui perubahan cara berfikir maupun tindakan agar individu tetap bisa mengontrol emosinya ketika berada dalam keadaan yang menekan (Ali *et al.*, 2022).

Coping bukan sekedar reaksi spontan, tetapi pilihan yang disadari

berdasarkan pemahaman individu terhadap sumber stres dan kemampuan dirinya. Karena itu *coping* dipandang sebagai proses yang membuat seseorang mampu bertahan dan tetap berfungsi dengan baik walaupun berada di bawah tekanan (Ali *et al.*, 2022).

b. Jenis-jenis strategi *Coping stress*

Menurut Lazarus dan Folkman cara seseorang menghadapi stres pada dasarnya terbagi menjadi dua bentuk, yaitu *coping* berfokus pada masalah dan *coping* berfokus pada emosi (Fatima M, & Risnawaty W, 2023).

1. *Coping* berfokus pada masalah

Jenis *coping* ini digunakan ketika seseorang menilai bahwa situasi yang membuatnya tertekan bisa dikendalikan atau dicari solusinya. Individu biasanya mencoba memahami masalah secara lebih jelas lalu mengambil langkah nyata untuk mengatasinya. Beberapa bentuk dari *coping* berfokus pada masalah, diantaranya :

a. *Planful problem solving*

Usaha menganalisis persoalan dengan lebih terarah agar dapat menemukan solusi yang bisa diterapkan langsung

b. *Confrontative coping*

Seseorang memilih menghadapi masalah secara langsung walaupun ada risiko yang harus ditanggung.

c. *Seeking social support*

Upaya mencari dukungan dari orang lain, baik untuk memperoleh informasi, menyelesaikan masalah, maupun sekedar mendapatkan ketenangan emosional

2. *Coping* berfokus pada emosi

Cara ini biasanya dipilih ketika seseorang merasa bahwa situasi yang dihadapi sulit diubah atau berada di luar kemampuannya. Fokusnya bukan pada menghilangkan sumber stres, tetapi pada bagaimana mengelola perasaan agar tetap mampu bertahan dalam kondisi tersebut. Berikut beberapa bentuk dari *Coping stress* berfokus pada emosi, diantaranya :

a. *Positive reappraisal*

Mencoba melihat sisi positif dari pengalaman yang tidak menyenangkan atau mencoba mengambil hikmah dari situasi yang terjadi.

b. *Accepting responsibility*

Menerima peran diri dalam masalah dan berusaha memperbaiki apa yang perlu diperbaiki

c. *Self-controlling*

Mengendalikan reaksi diri agar tidak terbawa emosi

d. *Distancing*

Dilakukan dengan cara mengambil jarak dari masalah supaya perasaan tidak terlalu terbebani

e. *Escape avoidance*

Muncul ketika seseorang menghindari situasi yang menekan, meskipun dilakukan dengan cara yang tidak selalu adaptif, seperti menarik diri dari lingkungan atau mengalihkan diri dengan perilaku yang kurang sehat contoh seperti begadang, main game terus menerus dan lain-lain.

3. *Coping Kombinasi*

Menurut Richard Lazarus dan Susan Folkman, individu tidak selalu menggunakan satu jenis coping secara tunggal. Pemilihan coping bergantung pada penilaian individu terhadap situasi yang dihadapi. Ketika masalah dianggap dapat dikendalikan, individu cenderung menggunakan *problem focused coping*. Sebaliknya, ketika situasi sulit diubah, individu akan menggunakan *emotion focused coping* untuk mengelola respons emosionalnya. Dalam praktiknya kedua strategi tersebut sering digunakan secara bersamaan sesuai kebutuhan individu.

Penelitian oleh Li *et al.*, (2024) pada Orang Dengan HIV menunjukkan bahwa berbagai bentuk coping digunakan secara bersamaan dalam menghadapi ketakutan terhadap perkembangan penyakit. Dukungan sosial, penerimaan kondisi, dan strategi menghadapi masalah berperan dalam menurunkan tekanan psikologis pada ODHA.

c. Bentuk *Coping Stress*

Bentuk *coping* merujuk pada strategi yang digunakan individu dalam menghadapi situasi stres, yang dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu adaptif dan maladaptif (Mustikasari, 2024).

1. *Coping adaptif*

Coping adaptif strategi penanganan stres yang efektif dan positif, dimana individu secara aktif mengelola sumber masalah atau mengatur respon emosionalnya untuk mendukung fungsi psikologis terintegrasi. Bentuk coping adaptif meliputi :

a) Pemecahan masalah (*problem-solving*)

Mengidentifikasi masalah dan mencari solusi efektif

b) Pencarian dukungan sosial

Mencari dukungan emosional dan informasi dari orang lain.

c) Teknik Relaksasi

Menggunakan teknik seperti meditasi, yoga, atau pernafasan dalam mengurangi stres

d) Reframing kognitif

Mengubah cara berfikir tentang situasi stres yang negatif menjadi lebih adaptif atau positif

2. *Coping Maladaptif*

Coping maladaptif adalah strategi penanganan stres yang tidak efektif dan merugikan, dimana individu menggunakan upaya kognitif atau perilaku yang menghambat fungsi psikologis terintegrasi dan mengontrol tekanan jangka panjang. *Coping* maladaptif meliputi :

a) Penghindaran (*avoidance*)

Menghindari situasi atau masalah yang menyebabkan stres

b) Penyalahgunaan zat (*substance abuse*)

Mengonsumsi alkohol, narkoba, atau zat lain untuk mengurangi stres

c) Pikiran negatif (*negative thinking*)

Kecenderungan berpikir pesimis yang secara konsisten menyoroti sisi buruk suatu situasi, diri sendiri, atau orang lain, dan mengabaikan aspek

positif yang ada

d) Menyalahkan diri sendiri

Menyalahkan diri secara berlebihan

e) *Catastrophizing*

Membayangkan skenario terburuk yang akan terjadi

f) *Mental disengagement*

Mengalihkan pikiran secara destruktif seperti berkhayal atau melamun berlebihan untuk melarikan diri dari kenyataan.

d. Faktor Yang Mempengaruhi *Coping* Stress

1. Usia

Usia dewasa umumnya membawa kemampuan yang lebih baik dalam, menoleransi tekanan dan mengendalikan respon terhadap stres, karena pada tahap ini seseorang sudah memiliki pondasi emosional yang lebih stabil dibandingkan usia lebih muda. Seiring bertambahnya usia, tingkat kematangan mental dan kekuatan personal biasanya semakin dapat diandalkan, sehingga individu cenderung lebih bijak dalam melihat situasi dan memilih cara meresponnya.

Orang yang lebih dewasa umumnya menunjukkan pola *coping* yang lebih konstruktif karena mereka memiliki rekam jejak pengalaman hidup yang panjang, pengalaman inilah yang membentuk kedewasaan dalam menimbang masalah, memahami diri, serta menentukan strategi yang paling tepat untuk menjaga keseimbangan psikologisnya. Selain itu, faktor keterbatasan fisik, perubahan peran sosial, dan menurunnya akses terhadap teknologi juga membentuk pilihan strategi *coping* mereka, misalnya lebih sering menggunakan pendekatan emosional dan spiritual daripada strategi yang bersifat *problem-focused* (Ahmadi et al, 2023).

2. Jenis Kelamin

Umumnya Laki-laki cenderung memiliki penilaian kognitif yang lebih tinggi, sedangkan perempuan justru lebih adaptif dalam mengelola stres melalui strategi yang berfokus pada solusi dan dukungan sosial. Hal ini sejalan dengan pandangan bahwa perempuan umumnya lebih sensitif

terhadap ketidaknyamanan emosional sehingga situasi yang menekan lebih mudah memicu kecemasan, yang kadang membuat mereka menggunakan strategi *coping* yang kurang efektif apabila beban stres meningkat. (Appraisal et al, 2025)

Sebaliknya laki-laki cenderung menunjukkan kontrol diri yang lebih stabil karena karakteristik emosional yang lebih tegas dan pola perilaku yang lebih aktif, sehingga mereka lebih mampu mempertahankan ketahanan mental ketika menghadapi tekanan. Namun demikian perbedaan ini bukan sekedar biologis, melainkan juga dipengaruhi oleh pengalaman sosial, pola asuh serta tuntutan peran yang membentuk cara laki-laki dan perempuan menafsirkan stres dan memilih mekanisme *coping* yang dianggap paling sesuai (Appraisal et al , 2025).

3. Agama

Dalam banyak kasus, keyakinan kepada Tuhan membuat seseorang merasa tidak sendirian ketika berhadapan dengan situasi yang menekan. Orang yang merasa stres cenderung melibatkan aspek spiritual sebagai sumber kekuatan batin dan pedoman dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Ketika pendekatan keagamaan dijalankan dengan baik, individu biasanya menunjukkan sikap yang lebih optimis, mampu menerima segala permasalahan dengan lapang, serta memiliki pandangan yang lebih positif terhadap situasi sulit. Sikap-sikap ini pada dasarnya membantu meningkatkan kemampuan *coping*, karena agama memberikan rasa harapan, ketenangan, dan makna yang memperkuat ketahanan psikologis seseorang dengan memilih strategi *coping* yang lebih adaptif (Pankowski & Pankowska, 2023).

4. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yang lebih tinggi umumnya membentuk kemampuan berfikir yang lebih terstruktur, memperluas wawasan, serta meningkatkan keterampilan menilai masalah dari berbagai sudut pandang. Dengan bekal pengetahuan yang lebih luas, individu menjadi lebih siap mengenali sumber tekanan, memahami konsekuensinya, serta menentukan

strategi *coping* yang lebih adaptif (Abd Basith *et al* , 2021)

Pendidikan berhubungan dengan variasi kemampuan individu dalam mengelola tekanan stres, dimana mereka yang berada pada jenjang pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki cara penyelesaian masalah yang lebih matang dan rasional. Sejalan dengan hal itu, pendidikan juga membentuk pola pikir, persepsi seseorang mengambil keputusan, semakin tinggi pendidikan seseorang, biasanya semakin baik pula toleransi dan kontrol dirinya terhadap stres (Abd Basith *et al* , 2021).

5. Status Perkawinan

Individu yang hidup dalam pernikahan yang stabil umumnya memiliki tempat berbagi, memperoleh dorongan emosional, serta dukungan praktis dalam menghadapi stres, sehingga lebih mudah mengembangkan strategi *coping* yang adaptif. Namun, kondisi ini tidak selalu ideal. Ketika pasangan memiliki perilaku beresiko, seperti bergonta-ganti pasangan dan menimbulkan ketidakpastian dan justru menjadi sumber stres tambahan. Situasi tersebut dapat menggerus rasa aman, kepercayaan diri, dan penerimaan diri, sehingga individu lebih rentan menggunakan *coping* yang kurang efektif. Meskipun status perkawinan dapat menjadi proteksi psikologis, kualitas hubungan dan stabilitas perilaku pasangan tetap menjadi faktor penentu dalam pembentukan *coping* yang sehat (Hrithika Mishra & Dr. G. Anandhi, 2024).

6. Status Tinggal

Individu yang hidup sendiri lebih rentan mengalami tekanan psikologis dibandingkan mereka yang tinggal bersama orang lain, karena minimnya kontak sosial dan keterlibatan keluarga dapat meningkatkan rasa terisolasi dan memperberat stres. Dalam konteks ODHA, keberadaan keluarga atau orang terdekat sangat penting, mengingat kondisi ini bersifat kronis dan memerlukan bantuan materi atau informasi, tetapi juga sikap menerima, tidak menghindari, serta memberikan ruang aman bagi ODHA untuk mengekspresikan perasaannya. Ketika ODHA merasa dihargai dan diterima dilingkungan tinggalnya, mereka cenderung memiliki *coping* yang lebih

adaptif dan kualitas hidup yang lebih baik. Sebaliknya, tinggal di tempat yang tidak suportif atau penuh penolakan menghambat kemampuan mereka mengelola stres, sehingga mengurangi efektivitas strategi *coping* yang dimiliki (Gyasi *et al* , 2020).

7. Lama Terinfeksi

Individu yang telah lama terinfeksi HIV/AIDS cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kondisi tubuhnya, rutinitas pengobatan, serta tanda-tanda klinis yang perlu diwaspadai, sehingga langkah adaptasinya terhadap stres menjadi lebih terarah dan realistis. Pada fase awal diagnosis, banyak ODHA menghadapi tekanan psikologis yang kuat seperti kecemasan, stres, atau bahkan depresi, karena mereka masih berusaha menerima kondisi baru dan menata ulang hidupnya (Lotfalizadeh *et al* , 2025).

Semakin lama seseorang menjalani hidup dengan HIV, semakin matang pula mekanisme *coping stress* yang dimilikinya. Pengalaman-pengalaman tersebut menjadi sumber kekuatan yang membuat ODHA lebih siap menghadapi tantangan dan tetap mempertahankan kualitas hidup yang lebih baik (Lotfalizadeh *et al* , 2025).

4. Kesehatan Mental

a. Definisi

Kesehatan mental adalah keadaan sejahtera di mana individu menyadari potensinya, mampu mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja secara produktif, serta berkontribusi bagi komunitasnya (WHO, 2022).

Stres merupakan respon alami tubuh yang muncul ketika seseorang menghadapi tekanan atau tuntutan yang melebihi kemampuan adaptifnya. Respon ini dapat bersifat fisiologis maupun psikologis, dan biasanya muncul sebagai upaya tubuh untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan atau tantangan tertentu. WHO menegaskan bahwa stres bukan hanya dipicu oleh kejadian besar, tetapi juga dapat timbul dari tekanan sehari-hari yang berlangsung secara terus-menerus (World Health Organization, 2025).

Stres merupakan isu kesehatan publik karena dapat mempengaruhi

fungsi seseorang dalam menjalankan aktivitas produktif serta perannya dalam masyarakat. Ketika ketidakmampuan mengelola stres dapat mengganggu konsentrasi, mengambil keputusan, serta menurunkan kemampuan bekerja secara optimal (*World Health Organization*, 2025).

b. Gangguan Kesehatan Mental

Gangguan kesehatan mental pada dasarnya merujuk pada kondisi perilaku dan emosi yang membuat seseorang mengalami penderitaan, kehilangan kendali atas diri, atau menunjukkan tindakan yang dapat merugikan dirinya sendiri maupun orang sekitarnya. Kondisi ini tidak hanya mengganggu kemampuan seseorang dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, tetapi juga mempengaruhi hubungan sosial dan bahkan dapat menimbulkan risiko bagi lingkungan (*Ardiansyah et al* , 2023).

Terdapat sejumlah tanda yang dapat mencerminkan adanya gangguan kesehatan mental (*Ardiansyah et al* , 2023)

1. Konflik Batin Yang Berlarut-larut

Hal ini kerap muncul pada individu yang mengalami gangguan. Seseorang bisa merasa pikirannya saling bertentangan, disertai penurunan harga diri, rasa tidak aman, serta kecemasan yang tanpa sebab yang jelas. Pada situasi tertentu, tekanan batin dapat berkembang menjadi pelaku agresif, baik kepada orang lain maupun kepada diri sendiri, termasuk tindakan menyakiti diri

2. Gangguan Dalam Komunikasi Sosial dan Orientasi Terhadap Lingkungan

Individu dapat mengalami delusi atau keyakinan yang tidak sesuai keyakinan, seperti merasa dirinya sangat istimewa atau sebaliknya, merasa terus menerus diancam. Kondisi ini berpotensi memicu perilaku destruktif, ketidakpercayaan ekstrem pada orang lain, dan kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial.

3. Gangguan Pada Kemampuan Intelektual dan Pengendalian Emosi

Beberapa individu mengalami halusinasi, delusi, atau ilusi mengacaukan persepsinya terhadap realitas. Reaksi emosinya menjadi

tidak stabil dan berlebihan, sehingga ia cenderung menghindar dari kenyataan dan menciptakan dunia khayalannya sendiri sebagai bentuk perlindungan. Dalam keadaan seperti ini, kemampuan seseorang untuk memahami situasi sosial menjadi kabur dan kehidupan batinnya dipenuhi kekacauan yang mengganggu keutuhan kepribadiannya.

b. Fungsi Kesehatan Mental

Menurut Ardiansyah *et al* (2023), kesehatan mental memiliki beberapa fungsi penting yang saling melengkapi, meliputi :

1. *Prevention* (Fungsi Pencegahan)

Fungsi pencegahan dimaksud sebagai upaya menghindari munculnya berbagai masalah atau gangguan kesehatan jiwa. Prinsip-prinsip yang diterapkan biasanya mencakup pemeliharaan kesehatan fisik dan pemenuhan kebutuhan psikologis dasar, seperti rasa aman, kasih sayang, penghargaan diri, sehingga kesempatan untuk mengembangkan potensi diri. Lingkungan tempat seseorang tumbuh baik rumah, sekolah, tempat kerja, maupun masyarakat sangat menentukan keberhasilan upaya pencegahan ini. Misalnya hubungan yang hangat dan penuh penerimaan dari orang tua atau orang terdekat akan membantu individu membangun dasar kesehatan mental yang kuat dan mencegah munculnya gangguan di kemudian hari.

2. *Amelioration* (Fungsi Perbaikan atau Kuratif)

Fungsi *amelioratif* berfokus ada proses perbaikan diri ketika individu mulai menunjukkan hambatan atau gejala gangguan. Upaya bertujuan meningkatkan kemampuan adaptasi, mengelola perilaku, dan memperkuat mekanisme perlindungan diri.

3. *Preservation/ Development/ Improvement* (Fungsi Pemeliharaan dan Pengembangan)

Fungsi ini menekankan pengembangan kepribadian serta mentalitas yang sehat sehingga individu dapat menghadapi tuntutan perkembangan tanpa mengalami tekanan berlebih. Proses pemeliharaan ini mendukung seseorang agar tetap stabil, tenang, dan mampu

mengelola kondisi emosionalnya. Namun, tidak semua individu mampu mencapai ketenangan secara otomatis. Ada yang menghadapi risiko gangguan psikis, sementara lainnya mengalami hambatan perkembangan tertentu. Karena itu, kemampuan seseorang dalam memfungsikan kesehatan mentalnya dapat berbeda, ada yang lebih membutuhkan dukungan alam pencegahan, ada yang memerlukan intervensi perbaikan, dan ada pula yang fokus pada pemeliharaan dan penguatan diri.

B. Penelitian Terdahulu

Dalam penelitian ini peneliti mengambil pembelajaran dan masukan dari berbagai hasil karya tulis mahasiswa-mahasiswi yang telah menyelesaikan skripsinya, yang telah dijelaskan pada tabel dibawah ini, sebagai bahan pembandingan dalam menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul, *Analisis Coping Stress Terhadap Kesehatan Mental ODHA Di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang Tahun 2026*

2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti Terdahulu	Judul Penelitian	Metode	Hasil
1	(Agustina & Miman Abdul Rohman, 2024)	<i>Coping Stress</i> Penderita HIV Pada Lelaki Suka Lelaki, (<i>LSL</i>) <i>Coping Stress In HIV Men Like Men</i> (MLM)	Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, melibatkan 5 partisipan dengan teknik <i>purposive sampling</i> . Pengumpulan data dilakukan melalui	Hasil penelitian menunjuka bahwa pasrtsipa menggunakan dua strategi <i>coping</i> , yaitu <i>problem foused coping</i> (disiplin minum obat, konsultasi kesehatan, berhenti melakukan seks sesama jenis, atau melakukan seks aman) dan <i>emotion coping</i> (mencari

			wawancara mendalam dan dianalisis menggunakan teknik <i>pattem matching</i>	dukungan sosial, peningkatan religiulitas, kontrol diri, menerima kondisi) Dukungan sosial terbukti sangat membantu dalam mengurangi stres pada partisipan
2	(Alamsyah Chaerizanas, 2023)	Strategi <i>Coping Stress</i> Pada Penderita HIV/AIDS Dengan Latar Belakang Seks Komersial Di Makassar	Pendekatan kualitatif, dengan menggunakan desain studi kasus melibatkan dua subjek PSK. Perempuan usia 17-30 tahun terinfeksi HIV, pengumpulan wawancara semi struktur, observasi dan studi dokumentasi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek menggunakan <i>emotion focused coping</i> (<i>seeking social support, venting emotions, denial turning to religion, positive reinterpretation</i>) serta <i>problem focused coping</i> (mencari informasi, mengikuti koseling, mencari dukungan instrumental). Strategi ini digunakan untuk mengurangi kecemasan, ketakutan dan stres yang muncul akibat status sebagai ODHA

C. Alur Pikir



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian Dan Pendekatan

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif, Penelitian kualitatif merupakan pendekatan ilmiah yang digunakan untuk memahami fenomena sosial dan budaya secara mendalam dengan menempatkan pengalaman dan sudut pandang partisipan sebagai fokus utama, serta menekankan eksplorasi makna, proses, dan konteks dalam situasi alami (Sugiyono, 2022).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi digunakan untuk menggali pengalaman mendalam Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) terkait stres dan strategi *coping* yang mereka gunakan dalam kehidupan sehari-hari sehingga memberikan pemahaman yang lebih holistik mengenai kondisi psikologis dan pengalaman subjektif mereka (Sari & Wardani, 2017).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026. Waktu pelaksanaan penelitian akan dilaksanakan kurun waktu 2 bulan mulai maret sampai dengan april 2026.

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian merupakan informan yang menjadi sumber utama data. Dalam proses pengumpulan informasi, penelitian ini menggunakan triangulasi sumber, yaitu teknik untuk memeriksa keabsahan data dengan membandingkan dan mengecek informasi yang diperoleh dari berbagai sumber informan. Melalui pemanfaatan beberapa informan yang berbeda namun terkait dengan fenomena yang diteliti, data yang dihasilkan dapat saling melengkapi sehingga memberikan gambaran yang lebih utuh, akurat, dan dapat dipercaya (Sugiyono, 2022).

Untuk memperoleh data yang sesuai, perlu ditentukan informan mana yang mempunyai keterampilan dan memenuhi persyaratan data yang telah ditentukan. Menurut Creswell dan Poth., (2018) dalam penelitian fenomenologi, informan dipilih karena memiliki pengalaman langsung (*lived experience*) terhadap fenomena yang diteliti sehingga mampu menceritakan pengalaman, perasaan, serta

makna yang mereka alami terkait stres dan *coping stress* sebagai Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Informan dipilih secara *purposive* sesuai dengan tujuan penelitian hingga data yang diperoleh mampu memberikan gambaran yang mendalam mengenai fenomena yang diteliti.

a) Teknik Pemilihan Informan

Teknik pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu metode penentuan sampel peneliti sengaja memilih informan berdasarkan kriteria atau pertimbangan tertentu yang disesuaikan dengan tujuan penelitian (Sugiyono, 2022).

Pemilihan informan dilakukan atas dasar beberapa pertimbangan, antara lain :

1. Informan dipilih karena memiliki kondisi yang relevan dengan fokus penelitian serta dianggap memahami dan mengalami situasi yang diteliti
2. Informan bersedia terlibat, memiliki ketersediaan waktu, serta dapat bekerja sama dalam memberikan informasi.

b) Kriteria

1. Informan Utama

- a) Informan yang sesuai dengan topik penelitian, memiliki pengalaman langsung atau pengetahuan yang memadai mengenai situasi yang dikaji dan dapat memberikan data yang dibutuhkan
- b) Informan untuk memberikan informasi, serta dapat bekerja sama selama proses penelitian berlangsung.

2. Informan Pendukung

- a) Anggota keluarga atau kerabat dekat yang mengetahui kondisi informan utama
- b) Bersedia menjadi informan penelitian
- c) Mampu memberikan informasi pendukung terkait pengalaman stres dan *coping stress* informan utama

3. Informan Kunci

- a) Petugas atau konselor HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang
- b) Memiliki pemahaman dan pengalaman dalam pendampingan ODHA

c) Bersedia menjadi informan penelitian

Adapun jenis informan dalam penelitian ini terdiri atas tiga kelompok, diantaranya :

- 1) Informan utama, yaitu ODHA di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang berjumlah 3 (tiga) orang
- 2) Informan pendukung, Keluarga atau kerabat ODHA di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang berjumlah 2 (dua) orang. Salah satu informan pendukung digunakan untuk mendukung informasi pada informan utama 1 (satu) dan informan utama 3 (tiga) karena memiliki pengetahuan mengenai kondisi kedua informan tersebut.
- 3) Informan kunci, Kepala/ staf bidang konselor HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang berjumlah 1 (satu) orang.

D. Sumber Data

1. Data primer

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan observasi terhadap 6 (enam) informan yang terdiri atas 3 (tiga) informan utama ODHA, 1 (satu) informan kunci yaitu konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang, serta 2 (dua) informan pendukung yang merupakan anggota keluarga atau kerabat dekat informan utama. Pengumpulan data dilakukan menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, catatan lapangan, dan rekaman suara melalui handphone.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui data yang di kumpulkan oleh pihak lain yang berkaitan dengan permasalahan ini. Dalam penelitian ini data sekunder didapatkan dari data Puskesmas Rapak Mahang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti itu sendiri dengan menggunakan panduan wawancara, buku catatan, serta handphone untuk merekam suara. Peneliti juga memperoleh arahan terkait penyusunan panduan wawancara mendalam. Wawancara mendalam merupakan metode pengumpulan data yang

dilakukan melalui percakapan langsung antara peneliti dan informan untuk menggali secara rinci, baik dengan maupun tanpa bantuan alat pendukung (Sugiyono, 2022).

Wawancara dilakukan dengan pendekatan satu lawan satu (*One On One Interview*), di mana peneliti berinteraksi langsung dengan masing-masing informan secara individu dan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap ODHA di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang. Wawancara mendalam juga dilakukan kepada Kepala bidang konselor di program HIV AIDS sebagai informan kunci dan keluarga ODHA sebagai informan pendukung, untuk mendapatkan informasi yang akurat (Priharwanti & Raharjo, 2017).

F. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah langkah untuk memperoleh informasi yang valid, akurat, & bisa dipertanggungjawabkan menjadi dasar pada pembahasan & penyelesaian masalah. Dalam suatu penelitian diharapkan metode untuk mengumpulkan dan mengelola data (Sugiyono, 2022). Untuk menerima data atau informasi, peneliti memakai beberapa metode pengumpulan dan pengolahan data yang bisa digunakan yaitu:

1. Wawancara

Teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) dipilih untuk menggali pengalaman stres ODHA dan *Coping stress* yang digunakan secara detail, termasuk faktor pemicu, mekanisme *coping*, stigma dan dukungan sosial. Wawancara dilakukan *one-on-one interview* atau satu antara peneliti dan informan (Lufiana et al, 2021).

Wawancara dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara yang memuat butir-butir pertanyaan yang akan diajukan kepada informan. Untuk memastikan bahwa informan merasa aman dan terlindungi selama proses penelitian, peneliti memperhatikan aspek kebebasan, kebebasan berpartisipasi (*freedom of participation*), menghormati hak-hak partisipan (*participation rights*), prinsip anonimitas (*anonymity*), kerahasiaan (*confidentiality*), dan perlindungan dari ketidaknyamanan (*protection from discomfort*). Seluruh prosedur tersebut diterapkan guna menjaga kepercayaan, melindungi informasi pribadi, dan meminimalkan risiko yang mungkin dialami partisipan selama

proses wawancara (Hasibuan et al, 2019).

2. Observasi

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku verbal dan nonverbal informan selama proses wawancara berlangsung. Menurut Patton (2015), observasi dalam penelitian kualitatif digunakan untuk memperoleh informasi mengenai perilaku, tindakan, interaksi, serta respons yang ditunjukkan partisipan dalam situasi alami. Dalam penelitian ini, indikator observasi disusun mengacu pada teori Videbeck (2011) yang meliputi ekspresi wajah, kontak mata, pola bicara, respons emosional, gerakan tubuh, konsentrasi, dan kemampuan informan dalam menjawab pertanyaan. Indikator tersebut digunakan untuk membantu peneliti mengidentifikasi karakteristik respons psikologis yang muncul selama wawancara.

Selanjutnya, hasil observasi diinterpretasikan menggunakan teori Rice (2012), Stuart (2013), Taylor (2018), serta Potter & Perry (2021) untuk menjelaskan makna dari perilaku yang diamati sesuai dengan karakteristik tingkat stres. Dengan demikian, observasi berfungsi sebagai data pendukung untuk memperkuat hasil wawancara mendalam melalui triangulasi teknik sehingga pemahaman terhadap pengalaman informan menjadi lebih komprehensif..

G. Teknik Analisis Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini dianalisis secara kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yaitu berupaya memahami pengalaman dan makna yang dialami langsung oleh informan. Analisis dilakukan dengan mengidentifikasi pernyataan-pernyataan penting dari hasil wawancara, mengelompokkan makna yang serupa ke dalam kategori, kemudian menyusun tema-tema yang menggambarkan pengalaman stres dan coping stress yang dialami informan. Tema-tema yang diperoleh selanjutnya diinterpretasikan untuk memahami makna pengalaman hidup informan secara menyeluruh. Menurut Sugiyono (2022), analisa data kualitatif bersifat ineraktif dan berkelanjutan hingga mencapai titik jenuh. Tahapan dalam analisis data kualitatif meliputi :

1. *Data reduction* (reduksi data)

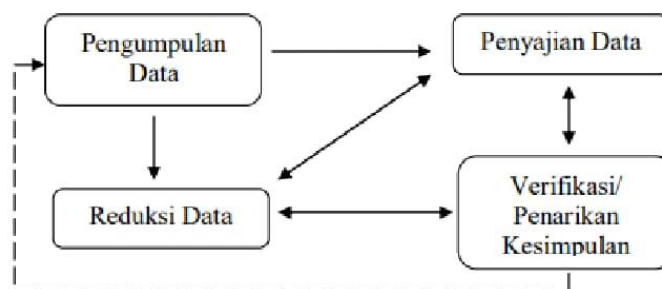
Tahap ini dilakukan dengan merangkum, memilih, dan memfokuskan pada informasi penting, serta membuang data yang kurang relevan. Proses ini membantu menyortir tema dan pola yang muncul, sehingga mempermudah peneliti dalam mengelola dan menindaklanjuti pengumpulan data berikutnya. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan reduksi data dengan merangkum informasi dari para informan dan mengelompokkan sesuai pokok-pokok permasalahan yang muncul.

2. *Data Display* (penyajian data)

Pada tahap ini, data yang telah direduksi disajikan agar mudah dianalisis. Bentuk penyajian dapat berupa uraian singkat, bagan, diagram, *flowchart*, atau bentuk naratif lainnya. Bentuk penyajian yang sering digunakan dalam penelitian kualitatif adalah teks naratif. Dalam penelitian ini, data disajikan melalui narasi deskriptif sehingga mempermudah peneliti dalam memahami pola dan hubungan antar kategori.

3. *Conclusion*/verifikasi

Tahap terakhir penarikan kesimpulan dan verifikasi data. Kesimpulan yang diperoleh bersifat sementara dan dapat berubah jika tidak didukung oleh bukti yang cukup. Namun, apabila data pendukung yang valid dan konsisten ditemukan kembali saat pengumpulan data lanjutan, kesimpulan tersebut dapat dianggap kredibel.



3. 1 Alur Model Analisis Data Kualitatif menurut Miles & Huberman

H. Keabsahan Data

Menurut Sugiyono (2022), triangulasi merupakan teknik pemeriksaan

keabsahan data dengan memadukan berbagai sumber dan teknik pengumpulan data agar data yang diperoleh lebih konsisten dan valid. Keabsahan data dalam penelitian ini diuji menggunakan teknik triangulasi. Menurut Sugiyono (2023), triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan berbagai sumber, metode, dan teori untuk meningkatkan kredibilitas, konsistensi, serta keakuratan data yang diperoleh. Pada penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi, triangulasi digunakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai pengalaman hidup informan terhadap fenomena yang diteliti. Adapun jenis triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Triangulasi Sumber Data

Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan dan mengonfirmasi informasi yang diperoleh dari berbagai sumber data, yaitu informan utama, informan pendukung, dan informan kunci. Informan utama merupakan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), sedangkan informan pendukung adalah anggota keluarga yang mengetahui kondisi informan utama, serta informan kunci yaitu konselor HIV di Puskesmas Rapak Mahang. Perbandingan informasi dari ketiga sumber tersebut dilakukan untuk melihat kesesuaian data mengenai pengalaman stres dan strategi coping yang digunakan oleh informan utama, sehingga data yang diperoleh memiliki tingkat kredibilitas yang lebih baik.

2. Triangulasi Metode

Triangulasi metode dilakukan dengan menggunakan lebih dari satu metode pengumpulan data, yaitu wawancara mendalam dan observasi. Wawancara mendalam menjadi sumber data utama dalam penelitian ini untuk menggali pengalaman hidup informan sesuai pendekatan fenomenologi. Sementara itu, observasi dilakukan selama proses wawancara berlangsung dengan mengamati perilaku, ekspresi, bahasa tubuh, intonasi, serta respons informan ketika menceritakan pengalaman mereka. Hasil observasi tersebut digunakan sebagai data pendukung untuk memperkuat dan memverifikasi informasi yang diperoleh dari hasil wawancara.

J. Operasionalisasi

2. 3 Operasional

No.	Tujuan Penelitian	Dimensi	Domain	Sumber Data	Pengumpulan Data
1	Analisis tingkatan stres terhadap kesehatan mental odha di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026	Stres ringan	- Merasa stres hanya pada situasi tertentu (Contoh : Gugup, Tidak nyaman mendengar pembicaraan HIV) - Emosi masih dapat dikendalikan (Contoh; menarik nafas dalam, menahan emosi) - Aktivitas sehari-hari tetap berjalan normal (Contoh: tetap bekerja, minum ARV tepat waktu, Masih berinteraksi)	- Informan utama (ODHA) - Informan kunci - Informan pendukung	- Wawancara mendalam - Observasi
		Stres sedang	- Sering merasa tertekan (gelisah setiap hari)		

			- Sulit mengambil keputusan) - Merasa kewalahan menghadapi tanggung jawab (berat menjalani pekerjaan & pengobatan) - Mulai mengalami dampak terhadap aktivitas seperti gangguan tidur atau kesulitan menjalankan pekerjaan karena keterbatasan fisik atau kelelahan emosional		
		Stres berat	- Merasa sangat tertekan/terpuruk - Sulit berpikir jernih atau sulit mengambil keputusan - Menarik diri dari lingkungan sosial atau menutup status - Mengalami gangguan tidur		

			yang menetap (insomnia) atau gangguan aktivitas akibat kelelahan fisik & emosional		
2	Analisis sumber penyebab stres terhadap kesehatan mental ODHA wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang Tenggara Tahun 2026	1.Faktor psikologis	- Kekhawatiran penolakan - Denial - Putus asa (menyalahkan diri sendiri, Keinginan bunuh diri) - Depresi - Ketakutan terhadap masa depan	- Informan utama (ODHA) - Informan kunci - Informan penduku ng	- Wawancara mendalam - Rekaman
		2.Faktor sosial	- Stigma & diskriminasi - Hubungan keluarga		
		3. Faktor ekonomi	- Kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari - Kesulitan memperoleh atau mempertahankan pekerjaan akibat		

			kondisi kesehatan atau status HIV - Beban biaya pengobatan dan transportasi Beban ekonomi keluarga		
		4.Faktor fisik	- Perubahan kondisi fisik - Pengalaman menjalani pengobatan - Persepsi terhadap kondisi penyakit		
3	Analisis persepsi <i>Coping</i> <i>stress</i> terhadap kesehatan mental ODHA di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026	1. <i>Coping</i> berfokus pada masalah	- <i>Planful problem solving</i> (mencari solusi : menyusul jadwal minm obat. Merencanakan kontrol rutin) - <i>Confrontatif coping</i> (Menyelesaikan masalah dengan hal yang bertentangan : menyampaikan kondisi kepada keluarga atau lingkungan) - <i>Seeking social support</i> (mencari	Informan utama (ODHA) - Informan kunci - Informan penduku ng	- Wawancara mendalam - Rekaman

			bantuan penyelesaian masalah, misalnya mengantar berobat, mengingatkan minum obat, mencari informasi) - Konsultasi (Contoh: mengikuti konseling atau layanan HIV/AIDS		
		2. <i>Coping</i> berfokus pada emosi	- <i>Positive reappraisal</i> (memberi penilaian positif : mengambil hikmah dari kondisi yang dialami) - <i>Accepting responsibility</i> (menerima status HIV AIDS dan berkomitmen minum obat ARV) - <i>Self controlling</i> (pengendalian diri: menahan emosi saat		

			mendapat stigma) - <i>Distancing</i> (menjaga jarak: mengindari situasi yang memicu stres) - <i>Escape avoidance</i> (menghindarkan diri : mengalihkan pikiran dengan tidur/ hiburan) - <i>Religious Coping</i> (Beribadah) - <i>Seeking social support</i> (dukungan emosional)		
--	--	--	---	--	--

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Puskesmas Rapak Mahang

Puskesmas Rapak Mahang berlokasi di Jalan Pesut No 1B, RT 14, Kelurahan Timbau, Kecamatan Tenggarong, Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur. Puskesmas ini merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang didirikan pada tahun 1992 dan mengalami renovasi pada tahun 2013, pembangunan puskesmas ini dilatarbelakangi oleh upaya pemerintah untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara terutama di wilayah tengah yang memiliki potensi kebutuhan kesehatan yang cukup tinggi. Puskesmas Rapak Mahang memiliki luas wilayah 66 km² yang mencakup empat kelurahan, yaitu Kelurahan Timbau, Kelurahan Melayu, Kelurahan Bukit Biru, dan Kelurahan Jahab. Keempat kelurahan ini memiliki karakteristik demografis yang beragam, yang memengaruhi pelaksanaan program kesehatan. Selain itu, Puskesmas ini juga didukung oleh dua Puskesmas Pembantu di Kelurahan Bukit Biru dan Kelurahan Jahab, yang memperluas jangkauan pelayanan kesehatan di area sekitar (Dinas Kesehatan Kab.Kukar, 2024).

Pada tahun 2024, jumlah penduduk yang tercatat di area pelayanan Puskesmas Rapak Mahang mencapai 43.699 jiwa, dengan distribusi penduduk yang mencakup berbagai kelompok usia. Rasio jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan di kawasan ini cukup seimbang, yang mempengaruhi pelaksanaan program kesehatan yang lebih terarah. Penduduk berusia 15 tahun ke atas mencapai 564.569 jiwa, di mana sebagian besar sudah melek huruf, sehingga memungkinkan efektivitas yang lebih tinggi dalam program edukasi kesehatan. Data demografis ini menjadi acuan utama dalam merancang dan melaksanakan kebijakan kesehatan yang lebih sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Dinas Kesehatan Kab.Kukar, 2024).

a. Batas wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang :

- Sebelah utara berbatasan dengan loa ipuh darat
- Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Loa Ipuh dan Panji
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Tenggarong Seberang, dan Loa

Kulu

- Sebelah barat berbatasan dengan kecamatan Loa Kulu

b. Visi dan Misi

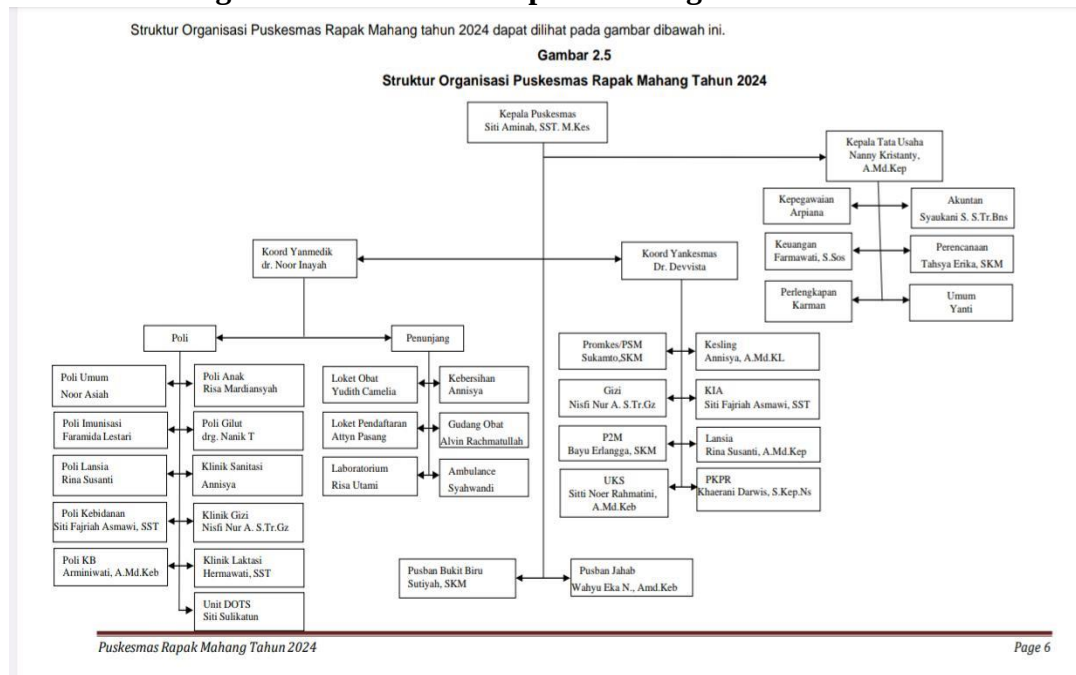
Visi :

Puskesmas berkualitas dan masyarakat mandiri untuk hidup sehat

Misi :

- 1) Menggerakan pembangunan berwawasan kesehatan
- 2) Membuat masyarakat memahami dan mau serta melaksanakan hidup sehat
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau

c. Struktur Organisasi Puskesmas Rapak Mahang



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Puskesmas Rapak Mahang

d. Sarana Kesehatan

Puskesmas Rapak Mahang memiliki wilayah kerja yang didukung oleh dua unit Puskesmas Pembantu (Pustu), yaitu Pustu Bukit Biru dan Pustu Jahab. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas Rapak Mahang menyelenggarakan sebagai pelayanan kesehatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, yang meliputi :

Tabel 4.1 Sarana Kesehatan

No	Pelayanan Kesehatan
1.	Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak
2.	Pelayanan Gizi
3.	Pelayanan Laktasi
4.	Pelayanan KB
5.	Pelayanan Gigi & Mulut
6.	Pelayanan Imunisasi
7.	Layanan Pemeriksaan Umum
8.	Layanan TB/Kusta
9.	Pelayanan Laboratorium
10.	Pelayanan Lansia
11.	Pelayanan Kesehatan Remaja
12.	Pelayanan Kesehatan Lingkungan

e. Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang tahun 2024 sebanyak 43.699.

f. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Dalam menjalankan fungsinya sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas Rapak Mahang didukung oleh ketersediaan tenaga kesehatan dari berbagai profesi. Tenaga kesehatan yang bertugas meliputi dokter umum, dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, bidan, perawat, terapis gigi dan mulut, ahli gizi, serta apoteker. Rincian jenis dan jumlah SDM kesehatan di Puskesmas Rapak Mahang disajikan pada tabel berikut :

Tabel 4.2 Jumlah Tenaga Kesehatan

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1.	Dokter Umum	5 Orang
2.	Dokter Gigi	1 Orang
3.	Perawat	16 Orang

4.	Bidan	19 Orang
5.	Tenaga Kesehatan Masyarakat	2 Orang
6.	Tenaga Kesehatan Lingkungan	2 Orang
7.	Tenaga Gizi	2 Orang
8.	Apoteker	2 Orang
9.	Tenaga Kefarmasian	3 Orang

B. Hasil Penelitian Dan Analisis Data

1. Karakteristik Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini terdiri atas tiga kelompok, yaitu informan utama, informan pendukung, dan informan kunci. Informan utama berjumlah 3 (tiga) orang, yaitu orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang berada di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang. Selain itu, terdapat 2 (dua) orang informan pendukung yang merupakan anggota keluarga atau kerabat ODHA. Informan pendukung pertama merupakan anggota keluarga yang mendampingi dua informan utama, yaitu informan utama 1 dan informan utama 3, karena keduanya merupakan pasangan suami istri. Sementara itu, informan pendukung kedua merupakan anggota keluarga dari informan utama 2. Selanjutnya, terdapat 1 (satu) orang informan kunci, yaitu staf konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang yang memiliki pengetahuan dan wawasan mengenai penanganan serta pelayanan kesehatan bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Dengan demikian, total keseluruhan informan dalam penelitian ini berjumlah 6 (enam) orang.

Adapun karakteristik informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3 Karakteristik Informan Utama

No	Kode	Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir	Status Perkawinan
1.	W.I.U.P.1	P	50	IRT	SMP	Kawin
2.	W.I.U.N.2	P	38	Pedagang	SMA	Kawin
3.	W.I.U.A.3	L	47	Pekerja Bangunan	SMP	Kawin

Adapun informan pendukung dalam penelitian ini adalah 2 (dua) orang kerabat atau keluarga penderita HIV/AIDS atau ODHA

Tabel 4.4 Karakteristik Informan pendukung

No	Kode	Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan	Status Perkawinan	Hubungan Dengan Informan
1.	W.I.P.D.1	Perempuan	18	Pelajar	Belum Kawin	Anak informan
2.	W.I.P.M.2	Perempuan	34	IRT	Kawin	Sepupu Informan
3.	W.I.U.D.3	Perempuan	18	Pelajar	Belum Kawin	Anak Informan

W.I.P.D.1 digunakan sebagai informan pendukung bagi informan utama 1 dan informan utama 3 karena memiliki pengetahuan mengenai kondisi, pengalaman, serta perubahan yang dialami oleh kedua informan utama. Pemilihan informan pendukung yang sama dilakukan karena W.I.U.P.1 dan W.I.U.A.3 merupakan pasangan suami istri yang berada dalam satu lingkungan keluarga.

Adapun Informan kunci dalam penelitian ini adalah 1 (satu) orang Kepala bidang konselor HIV/AIDS atau ODHA di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang

Tabeel 4.5 Karakteristik Informan Kunci

No	Kode	Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan/ Jabatan
1.	W.I.K.S	Perempuan	40	Konselor Kepala Bidang Program HIV/AIDS

2. Penyajian Data

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan 3 (tiga) orang informan utama mengenai tingkatan stres, penyebab stres, dan persepsi *coping stress* terhadap kesehatan mental ODHA sesuai dengan domain penelitian sebagai berikut:

• Respon Awal Diagnosis dan Sumber Penularan

Kutipan 1

“Tahun 2006 saya mulai terinfeksi, karena saya pengguna putaw yang pakai jarum suntik. Perasaannya sedih, takut dibicarakan orang, frustrasi bahkan rasa putus asa pasti ada. Maaf aja saya kan bukan WPS (Wanita Pekerja Seks) tapi kok bisa terinfeksi. Waktu itu saya juga belum paham kalau pakai jarum suntik bergantian bisa kena HIV, karena saat itu masih sulit buat dapat informasi jadi saya juga tidak tau harus berbuat apa. Beda sama sekarangkan, informasinya sudah banyak” (W.I.U.P.1)

Kutipan 2

“Awal tau aku down sih, aku tau diagnosis saat tes kehamilan mau ambil buku pink sekitar empat tahun yang lalu. Sampai sekarang masih bingung tertular dari mana. Orang bilang bisa dari suami yang suka jajan diluar, tapi setau saya suami gak pernah ke mana-mana. Kalau suntikan saya cuma pernah suntik KB, kalau sakit juga gak pernah disuntik, paling cuma minum obat” (W.I.U.N.2)

Kutipan 3

“Saya tau terinfeksi waktu istri meninggal karena didiagnosis AIDS. Perasaan saya ya sedih karena saya waktu itu masih tinggal sama anak dan orang tua. Saya takut karena betul-betul tidak paham sama sekali HIV itu penyakit apa. Taunya dari televisi orang yang kena pasti mati” (W.I.U.A.3)

Respons awal para informan saat menerima diagnosis HIV/AIDS menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan medis menjadi titik balik yang cukup mengguncang kondisi psikososial mereka. Pemaknaan terhadap diagnosis ini tidak lepas dari tingkat literasi kesehatan dan persepsi risiko informan pada masa itu.

Pengalaman (W.I.U.P.1) menunjukkan bahwa respon awal terhadap diagnosis dipengaruhi oleh keterbatasan informasi mengenai HIV pada saat itu.

Diagnosis diterima pada tahun 2006, ketika akses terhadap edukasi HIV masih jauh lebih terbatas dibandingkan saat ini. Kondisi tersebut membuat informan belum memiliki pemahaman yang utuh mengenai berbagai jalur penularan HIV, sehingga sulit mengaitkan pengalaman yang pernah dialaminya dengan risiko infeksi. Selain itu, persepsi yang berkembang di masyarakat pada masa itu juga membentuk cara informan memaknai HIV sebagai penyakit yang hanya dialami oleh kelompok tertentu. Akibatnya, diagnosis yang diterima menimbulkan kebingungan sekaligus guncangan emosional karena tidak sesuai dengan pemahaman yang dimilikinya. Keterbatasan informasi tersebut akhirnya memperkuat rasa takut terhadap stigma, frustrasi, dan keputusasaan pada fase awal diagnosis. Menariknya, ketika membandingkan dengan kondisi saat ini, informan menyadari bahwa informasi mengenai HIV telah jauh lebih mudah diakses. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan turut mengubah cara informan memahami penyakit yang dialaminya dan membantu proses penerimaan diri.

Pada (W.I.U.N.2), pengalaman awal diagnosis memiliki makna yang berbeda karena status HIV diketahui pada saat informan sedang menjalani kehamilan. Kondisi tersebut menyebabkan perasaan terpuruk yang dialami bukan hanya berkaitan dengan diagnosis HIV, tetapi juga muncul bersamaan dengan kekhawatiran terhadap kehamilan dan keselamatan bayi yang sedang dikandungnya. Dalam situasi yang seharusnya menjadi momen membahagiakan, informan justru dihadapkan pada kenyataan bahwa dirinya terdiagnosis HIV. Hingga saat penelitian dilakukan, informan masih belum memperoleh jawaban yang pasti mengenai sumber penularan. Ketidakpastian tersebut menunjukkan bahwa proses memaknai diagnosis belum sepenuhnya selesai. Informan terus berusaha mencari penjelasan yang dapat diterima, namun belum menemukan kepastian yang mampu mengurangi kebingungannya. Pengalaman ini memperlihatkan bahwa ketidakjelasan mengenai asal penularan dapat menjadi beban psikologis yang menetap, karena informan tidak hanya berusaha menerima status HIV, tetapi juga berusaha memahami mengapa kondisi tersebut dapat terjadi pada dirinya di tengah kehamilan.

Pengalaman (W.I.U.A.3) menunjukkan bahwa respon awal terhadap

diagnosis lebih banyak dibentuk oleh persepsi yang telah dimilikinya mengenai HIV sebelum terdiagnosis. Pada saat itu, pemahaman informan tentang HIV masih sangat terbatas dan sebagian besar berasal dari informasi di media yang menggambarkan HIV sebagai penyakit yang identik dengan kematian. Persepsi tersebut membuat diagnosis HIV langsung dimaknai sebagai ancaman terhadap kelangsungan hidupnya. Ketakutan yang muncul bukan hanya karena dirinya terinfeksi, tetapi juga karena keyakinan bahwa HIV akan berakhir dengan kematian seperti yang selama ini ia pahami. Pengalaman kehilangan istri akibat AIDS semakin memperkuat makna tersebut sehingga rasa takut menjadi respon yang sangat dominan pada fase awal diagnosis. Seiring bertambahnya pengetahuan dan pengalaman menjalani pengobatan, persepsi informan terhadap HIV mulai berubah. HIV tidak lagi dipandang sebagai vonis yang pasti berakhir dengan kematian, tetapi sebagai penyakit yang dapat dikendalikan melalui terapi dan perawatan yang berkelanjutan.

Secara keseluruhan, pengalaman ketiga informan ini menegaskan bahwa penerimaan diagnosis awal adalah proses yang kompleks dalam memahami kerentanan diri. Pencarian sumber penalaran sebenarnya merupakan mekanisme *coping* awal informan. Mereka berusaha keras merasionalisasi keadaan yang mengejutkan tersebut dan menyelaraskannya dengan latar belakang kehidupan, stigma yang beredar, serta tanggung jawab sosial yang mereka emban.

- **Perjalanan Kondisi Kesehatan**

Kutipan 4

“Awalnya saya gak percaya, jadi saya nakal tidak minum obat selama enam tahun. Akhirnya kondisi saya makin parah sampai lumpuh selama dua tahun, sempat masuk rumah sakit dan koma juga selama 25 hari. Lalu didiagnosis TB tulang sama Tb usus”

Kutipan 5

“Awalnya memang agak sulit menerima, badan sering lemas, nafsu makan juga kurang. Mungkin karena lagi hamil juga waktu itu, jadi rasanya campur aduk. Pas hamil disuruh rutin minum obat ARV, jadi pelan-pelan membaik. Tapi badanku sekarang rasanya sehat kok malah gak ada gampang capek atau lemas.

Karena aku punya riwayat kurang darah, aku selalu minum obat tablet tambah darah dari dulu sampai sekarang, itu aja yang kujaga. Obat ARV kalau sudah lewat jam gak kuminum, capek soalnya harus minum setiap hari”

Kutipan 6

“Diawal saya tidak percaya jadi sempat gak minum obat selama sekitar 1 bulan, Selama itu saya terus kepikiran. Lama-lama badan mulai gampang capek, pegal-pegal, sering merasa tidak enak badan. Dari situ saya takut penyakitnya makin parah, mungkin karena virusnya sudah mulai menyebar saat itu. Akhirnya saya coba cari bantuan, tanya ke dokter lalu dibantu tim mahakam plus. Dari situ saya sadar kalau harus minum obat. Saya jadi perduli sama kesehatan diri sendiri. Beda dengan dulu, saya sangat jarang memperhatikan kesehatan, kalau sudah sakit berat baru saya mau berobat. Jadi hal-hal yang dilarang untuk pasien seperti saya akhirnya ditinggalkan”

Perjalanan kondisi kesehatan yang dialami ketiga informan menunjukkan bahwa perubahan kondisi fisik tidak terjadi secara bersamaan, melainkan dipengaruhi oleh proses penerimaan diagnosis, kepatuhan terhadap terapi ARV, serta cara masing-masing informan memaknai penyakit yang dialaminya. Perubahan tersebut menjadi pengalaman yang membentuk kesadaran informan terhadap pentingnya menjaga kesehatan dan menjalani pengobatan secara berkelanjutan.

Pada (W.I.U.P.1), perburukan kondisi kesehatan menjadi titik balik yang mengubah cara informan memandang penyakitnya. Selama beberapa tahun setelah diagnosis, informan belum menjadikan HIV sebagai kondisi yang memerlukan pengobatan secara rutin sehingga kepatuhan terhadap terapi belum terbentuk. Akibatnya, kondisi fisik terus mengalami penurunan hingga muncul berbagai infeksi oportunistik yang berkembang menjadi komplikasi berat. Pengalaman tersebut memberikan makna bahwa kondisi fisik menjadi bukti nyata atas konsekuensi tidak menjalani terapi. Setelah melewati fase tersebut, informan mulai menyadari bahwa pengobatan bukan lagi pilihan, melainkan kebutuhan untuk mempertahankan kualitas hidup.

Berbeda dengan informan pertama, perjalanan kondisi kesehatan

(W.I.U.N.2) menunjukkan bahwa keluhan fisik lebih banyak dirasakan pada fase awal setelah diagnosis. Kondisi tersebut tidak hanya berkaitan dengan infeksi HIV, tetapi juga terjadi bersamaan dengan masa kehamilan sehingga pengalaman fisik dan emosional saling memengaruhi. Seiring berjalannya waktu dan terapi yang dijalani, kondisi kesehatannya berangsur membaik hingga aktivitas sehari-hari dapat dilakukan tanpa keluhan yang berarti. Meskipun demikian, pengalaman merasa tubuh kembali sehat tampaknya memengaruhi cara informan memandang pengobatan. Keluhan fisik yang mulai berkurang membuat ancaman penyakit tidak lagi dirasakan secara nyata sehingga masih ditemukan ketidakpatuhan dalam mengonsumsi ARV sesuai jadwal. Temuan ini menunjukkan bahwa membaiknya kondisi fisik belum tentu diikuti oleh terbentuknya kepatuhan terapi yang optimal. dukungan keluarga dalam melewati kejenuhan terapi di awal masa pengobatan.

Sementara itu, perjalanan kondisi kesehatan (W.I.U.A.3) memperlihatkan bahwa perubahan kondisi fisik terjadi dalam waktu yang relatif singkat setelah informan menunda pengobatan. Penolakan pada fase awal diagnosis disertai dengan beban pikiran yang terus-menerus mengenai penyakit yang dialaminya. Kondisi psikologis tersebut kemudian diikuti munculnya berbagai keluhan fisik yang semakin memperkuat kesadaran informan bahwa dirinya memerlukan pengobatan. Pengalaman tersebut menjadi titik balik yang mendorong informan untuk mencari bantuan tenaga kesehatan dan mulai menjalani terapi secara rutin. Bagi informan, perubahan kondisi kesehatan tidak hanya mengubah kepatuhan terhadap pengobatan, tetapi juga mengubah cara memandang kesehatan secara keseluruhan. Diagnosis HIV menjadi pengalaman yang mendorongnya lebih peduli terhadap kondisi tubuh dan meninggalkan kebiasaan mengabaikan kesehatan yang sebelumnya sering dilakukan.

Secara keseluruhan, pengalaman ketiga informan menunjukkan bahwa perjalanan kondisi kesehatan bukan hanya ditentukan oleh perkembangan penyakit, tetapi juga oleh proses penerimaan terhadap diagnosis dan kepatuhan menjalani terapi. Penurunan kondisi fisik menjadi pengalaman yang memperkuat kesadaran akan pentingnya pengobatan, sedangkan membaiknya kondisi kesehatan setelah terapi memberikan keyakinan bahwa HIV dapat dikendalikan apabila ARV

dikonsumsi secara rutin. Namun demikian, persepsi bahwa tubuh sudah kembali sehat juga dapat memengaruhi kedisiplinan dalam menjalani terapi sehingga kepatuhan tetap menjadi tantangan bagi sebagian informan.

• **Kondisi Perasaan Saat Ini Terkait Dengan Kesehatan**

Kutipan 7

“Kalau sekarang sih saya sudah biasa aja, gak saya pikirkan sampai stres kayak dulu. Badan juga sudah mendingan setelah rutin berobat, jadi ya sekarang fokus jalanin hidup aja sama keluarga. Karena saya ada ketakutan bakal ngedrop lagi, jadi tidak berani yang namanya sampai putus obat”

Kutipan 8

“Sekarang gak apa-apa, dijalani aja. Awal-awal dulu memang berat nerimanya, tapi lama-lama ya sadar kalau ini udah terjadi. Selama bisa aktivitas normal, kuanggap sehat kayak orang lain. Nggak kupikirkan juga omongan orang-orang soal penyakitku, karena yang kupikir aku makan gak minta mereka kok, yang terpenting nomor satu anak sama keluargaku sehat, aman itu aja”

Kutipan 9

“Kalau sekarang sudah biasa sih, udah terbiasa dengan jadwal minum obat tiap hari, jadi rasanya ya seperti orang yang punya penyakit biasa aja, yang penting dijaga. Menurut dokter saya tertular dari almarhum istri, tapi saya tidak mau menyalahkan. Yaudah mungkin inni sudah garisnya, sudah takdir dan saya terima sehingga jadi pelajaran juga buat saya”

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan ketiga informan utama mengenai kondisi perasaan saat ini terkait dengan kesehatan, secara umum menunjukkan adanya bentuk penerimaan diri (*self-acceptance*) serta stabilitas emosional yang jauh lebih baik dibandingkan pada masa awal terdiagnosis. Para informan mengungkapkan bahwa mereka tidak lagi berada dalam fase terpuruk atau mengalami stres berat, melainkan sudah berada pada tahap adaptasi dan pembiasaan terhadap kondisi kesehatannya.

Pengalaman (W.I.U.P.1) menunjukkan bahwa HIV tidak lagi dimaknai sebagai ancaman yang mendominasi kehidupannya sebagaimana pada masa awal diagnosis. Seiring membaiknya kondisi kesehatan dan pengalaman melewati

komplikasi berat, penyakit tersebut dipandang sebagai bagian dari kehidupan yang harus dikelola, bukan lagi sesuatu yang harus terus ditakuti. Perubahan makna ini menunjukkan adanya pergeseran dari orientasi pada penyakit menjadi orientasi pada keberlangsungan hidup. Fokus informan tidak lagi tertuju pada kekhawatiran terhadap status HIV, melainkan pada upaya mempertahankan kondisi kesehatan agar tetap dapat menjalankan perannya di dalam keluarga.

Meskipun demikian, pengalaman pernah mengalami penurunan kondisi kesehatan yang berat meninggalkan jejak psikologis yang masih bertahan hingga saat ini. Ketakutan yang dirasakan bukan lagi terhadap diagnosis HIV itu sendiri, tetapi terhadap kemungkinan kondisi tersebut terulang kembali apabila pengobatan tidak dijalani dengan baik. Pengalaman sakit yang pernah dialami menjadi pembelajaran yang membentuk kepatuhan informan terhadap terapi. ARV tidak lagi dipersepsikan sebagai beban pengobatan yang harus dipatuhi, melainkan sebagai kebutuhan untuk mempertahankan kualitas hidup dan mencegah pengalaman buruk yang pernah dialaminya terulang kembali.

Pengalaman (W.I.U.N.2) memperlihatkan bahwa penerimaan terhadap HIV berkembang melalui proses penyesuaian terhadap kehidupan sehari-hari. Informan tidak lagi menjadikan diagnosis sebagai pusat pikirannya, tetapi berusaha menjalani aktivitas seperti sebelum terdiagnosis. Kondisi fisik yang relatif stabil membuat informan mulai memandang dirinya sebagai individu yang tetap mampu menjalankan peran dan aktivitas sebagaimana orang lain. Bagi informan, kesehatan tidak lagi diukur dari status HIV yang dimiliki, melainkan dari kemampuan tubuh menjalankan aktivitas sehari-hari tanpa hambatan yang berarti.

Selain itu, pengalaman hidup dengan HIV juga mengubah cara informan memandang penilaian sosial. Jika pada awal diagnosis stigma berpotensi menjadi sumber tekanan psikologis, saat ini penilaian orang lain tidak lagi menjadi fokus utama dalam kehidupannya. Prioritas informan bergeser pada kesejahteraan anak dan keluarganya. Pergeseran tersebut menunjukkan bahwa makna hidup informan tidak lagi berpusat pada penyakit yang dimiliki, tetapi pada tanggung jawab sebagai seorang ibu. Dalam konteks ini, keluarga menjadi sumber makna yang membantu informan mempertahankan keseimbangan psikologis sehingga HIV tidak lagi

mendominasi cara ia memandang dirinya maupun kehidupannya.

Pengalaman (W.I.U.A.3) menunjukkan adanya perubahan mendasar dalam cara memaknai HIV. Jika pada awal diagnosis HIV dipersepsikan sebagai penyakit yang identik dengan kematian, saat ini informan memandangnya sebagai penyakit kronis yang dapat dikendalikan melalui pengobatan dan perawatan yang berkelanjutan. Perubahan tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh bertambahnya pengetahuan mengenai HIV, tetapi juga oleh proses penerimaan terhadap pengalaman hidup yang telah dilaluinya.

Hal lain yang menonjol adalah cara informan memaknai sumber penularan. Meskipun mengetahui kemungkinan penularan berasal dari almarhum istrinya, informan tidak memandang pengalaman tersebut sebagai alasan untuk menyalahkan siapa pun. Sebaliknya, informan memilih menerima pengalaman tersebut sebagai bagian dari perjalanan hidup yang harus dijalani. Sikap tersebut menunjukkan bahwa penerimaan yang dialami bukan sekadar menerima diagnosis HIV, tetapi juga menerima seluruh rangkaian peristiwa yang menyertainya. Pemaknaan ini membantu informan mengurangi konflik batin yang mungkin muncul apabila terus mempertahankan rasa marah atau menyalahkan orang lain. Bagi informan, pengalaman hidup dengan HIV justru menjadi pelajaran yang mendorongnya untuk lebih menghargai kesehatan dan menjalani kehidupan dengan lebih bertanggung jawab.

1. Tingkat Stres

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan penulis dengan 3 informan utama mengenai tingkatan stres, diantaranya tingkat stres ringan, stres sedang dan stres berat, disajikan sebagai berikut:

a. Stres Ringan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap ketiga informan utama mengenai tingkatan stres ditinjau dari tingkat stres ringan, berikut adalah petikannya:

Kutipan 1

“Iya ada, kalau lagi datang mood yang tidak bagus baru merasa cemas, tapi kalau dengar orang membicarakan HIV saya sudah biasa aja, gak dipermasalahkan kerjaan mah tetap jalan aja”(W.I.U.P.1)

Kutipan 2

“Kasian ke anak-anak aja, tapi kalau nahan emosi pasti ada waktu ketemu bidan yang nyebarin statusku. Awalnya dia masih tugas di RS sekarang sudah dipindah ke pusban jadi kalau ada posyandu pasti ketemu. Setiap ketemu dia aku mendem (menahan emosi) karena masih kesal, tapi kalau kegiatan sehari-hari ya tetap jalan”(W.I.U.N.2)

Kutipan 3

“Pernah sih merasa stres kalau dengar orang membicarakan HIV. Karena pandangan orang terkait HIV itu masih buruk, tapi saya berusaha menyikapinya dengan baik, jadi tidak sampai berlarut-larut. Kalau stres itu saya rasa semua orang pernah mengalaminya, termasuk teman-teman ODHA. Sekarang gak mau ambil pusing dan aktivitas saya juga tetap berjalan seperti biasa”(W.I.U.A.3)

Kutipan 4

“Ga pernah juga kk, ibu gak pernah ngeluh yang gimana-gimana”(W.I.P.D.1)

Kutipan 5

“Kalau yang saya liat sih gak ada ya, tiap hari tetap jualan kok”(W.I.P.M.2)

Kutipan 6

“Kalau sedih mungkin pernah waktu awal awal ibu meninggal, tapi kalau sekarang bapak biasa aja kok”(W.I.P.D.3)

Kutipan 7

“stres ringan itu biasanya ODHA masih bisa menerima kondisinya meskipun di awal diagnosis ada perasaan sedih atau kaget. Mereka tetap datang kontrol dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Klien yang merasa masih punya kendali atas hidupnya biasanya lebih mudah menerima kondisi HIV dan mencari solusi ketika menghadapi masalah”(W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara kepada ketiga informan utama, diketahui bahwa pengalaman stres ringan dimaknai secara berbeda sesuai dengan perjalanan hidup yang telah dilalui sejak mengetahui diagnosis HIV/AIDS. Meskipun ketiga informan masih mengalami tekanan emosional pada situasi tertentu, tekanan tersebut tidak lagi berlangsung secara terus-menerus maupun mendominasi kehidupan sehari-hari. Perbedaan pengalaman tersebut terlihat dari sumber pemicu stres, cara memaknai pengalaman yang dialami, serta respons yang ditunjukkan dalam menghadapi situasi tersebut. Dengan demikian, tingkat stres ringan yang dialami informan tidak menggambarkan hilangnya stres sepenuhnya, tetapi menunjukkan bahwa tekanan emosional yang muncul telah berada pada tingkat yang masih dapat dikelola sehingga tidak mengganggu keberlangsungan aktivitas sehari-hari.

Pada informan pertama (W.I.U.P.1), sumber stres lebih banyak berasal dari kondisi internal, yaitu ketika kondisi emosional sedang menurun. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa status HIV tidak lagi menjadi pemicu utama munculnya tekanan psikologis sebagaimana pada masa awal diagnosis. Pengalaman pernah mengalami komplikasi berat akibat tidak menjalani terapi menjadi titik balik yang mengubah cara informan memandang penyakitnya. Pengalaman tersebut membuat perhatian informan bergeser dari rasa takut terhadap stigma menjadi upaya mempertahankan kondisi kesehatan agar tidak kembali mengalami penurunan seperti sebelumnya. Oleh karena itu, ketika menghadapi pembicaraan mengenai HIV, informan tidak lagi memberikan respons emosional yang berlebihan karena fokus utamanya bukan lagi pada

penilaian orang lain, melainkan pada menjaga kesehatannya. Pergeseran fokus tersebut menyebabkan tekanan emosional hanya muncul pada situasi tertentu dan tidak berkembang menjadi stres yang menetap.

Pada informan kedua (W.I.U.N.2), tekanan lebih banyak dipengaruhi oleh faktor eksternal, yaitu pengalaman diskriminasi yang pernah dialami setelah status HIV diketahui oleh tenaga kesehatan. Pengalaman tersebut masih menjadi pemicu munculnya emosi karena berkaitan dengan rasa kecewa dan hilangnya kepercayaan terhadap pihak yang seharusnya menjaga kerahasiaan kondisi kesehatannya. Namun, tekanan tersebut tidak muncul setiap saat, melainkan hanya ketika informan kembali berhadapan dengan situasi yang mengingatkan pada pengalaman tersebut. Dalam kehidupan sehari-hari, perhatian informan lebih banyak tertuju pada anak dan keluarganya sehingga pengalaman tersebut tidak lagi mendominasi pikirannya. Prioritas untuk menjalankan peran sebagai seorang ibu membuat informan memilih menahan emosinya dan tidak larut dalam pengalaman negatif yang pernah dialami. Dengan demikian, sumber stres masih berasal dari pengalaman sosial yang membekas, tetapi pengaruhnya telah dibatasi oleh perubahan prioritas hidup informan.

Pengalaman informan ketiga (W.I.U.A.3), sumber stres masih berasal dari faktor eksternal berupa stigma dan pandangan negatif masyarakat terhadap HIV. Namun, tekanan tersebut hanya muncul ketika informan berhadapan secara langsung dengan pembicaraan mengenai HIV dan tidak berlangsung secara terus-menerus. Berbeda dengan masa awal diagnosis ketika HIV dipersepsikan sebagai penyakit yang identik dengan kematian, saat ini informan memandang HIV sebagai penyakit yang dapat dikendalikan melalui pengobatan. Perubahan cara memandang penyakit tersebut membuat perhatian informan tidak lagi terfokus pada penilaian masyarakat, melainkan pada upaya menjaga kesehatan dan menjalani terapi secara rutin. Oleh karena itu, meskipun stigma masih dijumpai, informan tidak lagi membiarkan pengalaman tersebut menguasai respons emosional maupun aktivitas sehari-harinya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ketiga informan pendukung, diketahui bahwa ketiga informan utama pada saat penelitian tidak lagi

menunjukkan tekanan psikologis yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) menjelaskan bahwa Informan 1 tidak pernah mengeluhkan kondisi yang menunjukkan adanya tekanan emosional yang berarti. Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2) juga mengonfirmasi bahwa Informan 2 tetap menjalankan aktivitas sehari-hari, termasuk berjualan, tanpa hambatan yang berarti akibat kondisi psikologisnya. Sementara itu, informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) menyampaikan bahwa kesedihan yang pernah dialami Informan 3 lebih banyak terjadi pada awal kehilangan istrinya, sedangkan saat ini informan telah mampu menjalani kehidupan sebagaimana biasanya.

Hasil tersebut juga dikonfirmasi oleh pemaparan informan kunci yang menjelaskan bahwa ODHA dengan tingkat stres ringan umumnya telah mampu menerima kondisi yang dialaminya, tetap menjalani kontrol pengobatan, serta mempertahankan aktivitas sehari-hari. Menurut informan kunci, kemampuan individu dalam memandang dirinya masih memiliki kendali terhadap kehidupan menjadi salah satu faktor yang membantu ODHA beradaptasi ketika menghadapi berbagai tekanan setelah diagnosis HIV/AIDS.

Hal tersebut juga diperkuat oleh hasil observasi selama proses wawancara, yang menunjukkan bahwa ketiga informan utama tetap mampu mengikuti proses wawancara dengan baik serta menjalin komunikasi secara efektif. Seluruh informan mampu memahami setiap pertanyaan dan memberikan jawaban sesuai dengan topik yang dibahas. Meskipun pada beberapa bagian wawancara terdapat respons emosional ketika informan mengingat pengalaman tertentu, kondisi tersebut tidak menghambat jalannya proses wawancara maupun kemampuan informan dalam menyampaikan pengalamannya secara keseluruhan. Temuan observasi tersebut mendukung hasil wawancara bahwa tekanan psikologis yang masih dirasakan informan berada pada tingkat ringan, sehingga secara umum tidak mengganggu kemampuan berkomunikasi maupun pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

Dengan demikian, pengalaman stres ringan pada ODHA dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tekanan emosional bersifat situasional. Meskipun

pemicu stres masih berasal dari faktor internal maupun eksternal, tekanan tersebut hanya muncul ketika informan dihadapkan pada pengalaman tertentu yang dipersepsikan sebagai ancaman. Di luar situasi tersebut, informan mampu kembali menjalankan peran dan aktivitas sehari-hari sehingga stres tidak berkembang menjadi kondisi psikologis yang menetap.

b. Stres Sedang

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap ketiga informan utama mengenai tingkatan stres ditinjau dari tingkat stres sedang, berikut adalah petikannya:

Kutipan 8

“Kalau dulu sih iya, waktu saya lumpuh itu memang lumayan susah kalau mau ngurus kerjaan ini itu dirumah, jadi lumayan tertekan mau gerak pun rada susah. Tapi kalau sekarang sih alhamdulillahnya sudah sehat jadi tidak ada tuh yang mengganggu aktivitas saya”(W.I.U.P.1)

Kutipan 5

“Kalau sekarang gak terlalu kupikirin, tertekan ada tapi pas status ku tersebar sama setelah lahiran. Karena virusnya sempat terdeteksi juga ke anak, jadi anakku ikut berobat, tapi sekarang sudah gak kedeteksi lagi virusnya, alhamdulillah. Ya itu sih sekarang lebih kasian ke anak aja, gimana nanti masa depannya”(W.I.U.N.2)

Kutipan 9

“Pernah sih tapi sekarang tidak, karena kita harus pintar-pintar menyikapinya. Dulu saya gampang tersinggung kalau mendengar orang membicarakan HIV. Selain itu yang masih membuat saya kepikiran sampai sekarang bagaimana masa depan anak saya kelak. Mungkin selama saya masih ada orang-orang tidak akan berani macam-macam, menstigma atau mendiskriminasi anak saya karena orang tuanya adalah ODHA. Tapi jika saya sudah berpulang, terus tidak ada lagi yang melindungi mereka bagaimana”(W.I.U.A.3)

Kutipan 10

“Cemas juga gak ada kak, sudah menerima sih kalau ibu jadi yang

berhubungan sama HIV sekarang gak terlalu”(W.I.P.D.1)

Kutipan 11

“Gelisah begitu gak keliatan mbak, Cuma kalau curhat ngeluhnya soal tanggungan aja bayar ini itu”(W.I.P.M.2)

Kutipan 12

“Setau saya gak ada sih kak, orangnya emang biasa biasa aja sekarang”(W.I.P.D.3)

Kutipan 13

“Kalau pasien dengan stres sedang itu sebenarnya sudah tidak terlalu terguncang seperti di awal diagnosis. Mereka sudah mulai bisa menerima kondisinya, tetapi masih ada hal-hal tertentu yang menjadi beban pikiran, misalnya stigma dari masyarakat, kondisi keluarga, atau masa depan anak. Jadi kalau ditanya soal hal itu biasanya emosinya masih muncul, tetapi setelah itu mereka tetap bisa mengendalikan diri, menjalankan aktivitas”(W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, tingkat stres sedang pada para informan tidak dimaknai sekadar sebagai rasa cemas biasa, melainkan sebagai bentuk tekanan psikologis yang lebih intens dan berkaitan langsung dengan hambatan fungsi peran, keterbatasan fisik, serta beban tanggung jawab keluarga.

Pada informan pertama (W.I.U.P.1), pengalaman stres sedang menunjukkan bahwa tekanan psikologis mengalami perubahan orientasi seiring perjalanan penyakit yang dialaminya. Ketika kondisi fisik memburuk hingga mengalami kelumpuhan akibat komplikasi HIV/AIDS, sumber tekanan tidak lagi berasal dari status HIV sebagai diagnosis, tetapi dari hilangnya kemampuan menjalankan fungsi kehidupan secara mandiri. Keterbatasan dalam bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari membuat informan merasakan tekanan karena kondisi tersebut menghambat pelaksanaan peran dan tanggung jawab yang sebelumnya dapat dijalankan tanpa bantuan orang lain.

Pada informan kedua (W.I.U.N.2), pengalaman stres sedang juga memperlihatkan adanya perubahan orientasi tekanan psikologis. Pada fase awal setelah diagnosis, tekanan lebih banyak berkaitan dengan kondisi dirinya sebagai

ODHA dan berbagai konsekuensi yang menyertainya, termasuk ketika status HIV diketahui oleh orang lain serta kondisi anak yang sempat terpapar virus. Namun, setelah kondisi kesehatan anak membaik dan kehidupan sehari-hari mulai berjalan lebih stabil, perhatian informan tidak lagi didominasi oleh kekhawatiran terhadap dirinya sendiri. Sebaliknya, tekanan yang masih bertahan lebih banyak berkaitan dengan tanggung jawabnya sebagai seorang ibu dalam memastikan anak dapat tumbuh dan memiliki masa depan yang baik. Perubahan tersebut menunjukkan bahwa HIV tidak lagi dimaknai sebagai ancaman utama bagi dirinya, melainkan sebagai pengalaman yang memunculkan tanggung jawab yang lebih besar terhadap keluarga.

Pada informan ketiga (W.I.U.A.3), pengalaman stres sedang juga menunjukkan adanya perubahan orientasi tekanan psikologis yang terlihat pada informan kedua. Jika pada masa awal diagnosis tekanan lebih banyak dipengaruhi oleh ketakutan terhadap penyakit dan respons emosional ketika menghadapi stigma masyarakat, saat ini perhatian informan lebih banyak tertuju pada masa depan anak-anaknya. Kekhawatiran yang masih muncul tidak lagi berpusat pada kondisi kesehatannya sendiri, tetapi pada kemampuan dirinya untuk terus mendampingi dan melindungi anak-anak dari kemungkinan stigma maupun diskriminasi apabila suatu saat dirinya sudah tidak ada. Bagi informan, peran sebagai seorang ayah memiliki makna yang lebih besar dibandingkan kekhawatiran terhadap penyakit yang dideritanya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ketiga informan pendukung, diketahui bahwa ketiga informan utama tidak lagi menunjukkan tekanan psikologis pada tingkat stres sedang secara menetap. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) menjelaskan bahwa Informan 1 telah menerima kondisi yang dialaminya sehingga kecemasan terkait HIV tidak lagi tampak dalam kehidupan sehari-hari. Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2) menyampaikan bahwa Informan 2 masih sesekali mengeluhkan beban tanggung jawab keluarga, namun tidak menunjukkan kegelisahan yang berkepanjangan. Sementara itu, informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) menjelaskan bahwa Informan 3 saat ini menjalani aktivitas seperti biasa tanpa memperlihatkan perubahan perilaku yang

mengarah pada tekanan psikologis yang berarti.

Keterangan tersebut diperkuat oleh informan kunci (W.I.K.S) yang menjelaskan bahwa pada tingkat stres sedang, ODHA umumnya telah mampu menerima diagnosis HIV/AIDS, tetapi masih memiliki beban pikiran terhadap masalah tertentu, seperti stigma, keluarga, atau masa depan anak. Meskipun demikian, beban tersebut tidak sampai menghambat kemampuan mereka dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Hasil observasi selama proses wawancara menunjukkan bahwa karakteristik yang mengarah pada stres sedang lebih tampak pada Informan 2. Respons tersebut terlihat ketika membahas pengalaman yang berkaitan dengan stigma, kondisi anak, dan beban yang masih dipikirkannya, ditandai dengan ekspresi sedih, suara yang bergetar, serta beberapa kali berhenti berbicara sejenak. Sementara itu, Informan 1 dan Informan 3 tidak menunjukkan respons emosional yang berarti selama wawancara berlangsung. Hal ini, mendukung hasil wawancara bahwa tekanan psikologis pada tingkat stres sedang lebih banyak muncul ketika informan dihadapkan pada pemicu tertentu, bukan sebagai kondisi yang dialami secara terus-menerus.

Dengan demikian, pengalaman stres sedang pada ketiga informan menunjukkan bahwa seiring proses penerimaan terhadap HIV/AIDS, sumber tekanan psikologis mengalami pergeseran makna. Pada fase awal diagnosis, tekanan lebih banyak berpusat pada diri informan sebagai individu yang hidup dengan HIV/AIDS, disertai ketakutan terhadap penyakit, kondisi kesehatan, maupun stigma yang diterima. Namun, setelah melalui proses adaptasi dan perubahan cara memaknai penyakitnya, tekanan tersebut tidak lagi didominasi oleh diagnosis HIV/AIDS itu sendiri, melainkan bergeser pada upaya mempertahankan peran yang dianggap paling bermakna dalam kehidupan. Pergeseran ini tampak dari kekhawatiran informan untuk tetap mandiri menjalankan aktivitas serta mampu memenuhi tanggung jawab sebagai orang tua.

c. Stres Berat

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap ketiga informan utama mengenai tingkatan stres ditinjau dari tingkat stres berat, berikut adalah petikannya:

Kutipan 7

“Kalau sekarang kondisi saya sudah jauh lebih baik sekarang, gak pernah lagi merasakan stres yang berat-berat dek alhamdulillah. Tapi dulu pas awal ketahuan positif, saya terpuruk banget sampai ada pikiran mau bunuh diri. Terus pas sudah ngedrop badan juga sakit-sakitan, pokoknya waktu itu saya sangat malu karena yang orang-orang tau penyakit HIV karena suka gonta-ganti pasangan padahal saya tidak begitu. Makanya saya sempat menutup status dari orang lain saat itu. Tapi alhamdulillahnya sekarang gak lagi”(W.I.U.P.1)

Kutipan 8

“Kalau untuk sekarang sudah gak terlalu kupikirkan ya. Tapi dulu pas awal-awal ketahuan dan kesebar aku pasti stres berat. Pokoknya kasian gimana nasib anak-anak, makanya sampai sekarang aku lebih memilih untuk nutup status rapat-rapat dari orang tua sama keluarga besarku di Jawa. Sampai sekarang mereka cuma tau aku sakit biasa aja bukan yang parah (Informan menangis)”(W.I.U.N.2)

Kutipan 9

“Kalau dulu pasti iya, sangking stresnya dan tidak tau harus bagaimana saya sempat berpikiran untuk bunuh diri mau lompat dari jembatan Mahakam Mbak. Tapi kalau sekarang sudah tidak ada keinginan itu, pokoknya sudah lebih baik, karena banyak cari tau informasi ke dokter dan ikut dalam kelompok sebaya”(W.I.U.A.3)

Kutipan 10

“Sampai yang terpuruk banget sekarang sudah gak ada kak, tapi kalau dibilang stres ibu lebih sering ngeluh kalau lagi tidak ada duit aja”(W.I.P.D.1)

Kutipan 11

“Memang dulu sempat stres berat karena status kesehatannya dibocorkan.

Kalau sekarang sih sudah mulai berkurang karena akhirnya orang-orang dilingkungan sekitar juga sudah terlanjur tau dari gosip yang beredar”(W.I.P.M.2)

Kutipan 12

“Kalau saat ini sama sekali tidak ada kak tanda tanda seperti merasa tertekan, kewalahan, atau menarik diri dari lingkungan sosial. Terus kalau keinginan untuk bunuh diri itu juga sudah lama, sekarang sudah lebih baik”(W.I.P.D.3)

Kutipan 13

“Kalau yang saya temui di lapangan, stres berat terlihat ketika ODHA merasa sangat terpuruk, menarik diri dari lingkungan, sering menangis, bahkan ada yang sampai tidak mau berobat atau sulit menjalankan aktivitas sehari-hari. Biasanya banyak terjadi di awal diagnosis atau pada mereka yang belum memiliki penerimaan diri. Indikasinya terlihat dari sikap dan fisik, seperti sengaja menjauh dari teman dan keluarga, menutup status karena kecemasan berlebihan, mengalami insomnia, dan kondisi tubuh yang menurun. Bahkan, efek samping obat yang dirasakan bisa terasa lebih mengganggu ketika mereka mengalami stres berat”(W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara terhadap ketiga informan utama, pengalaman stres berat menunjukkan bahwa tekanan psikologis tidak lagi dialami pada kondisi saat ini, melainkan lebih banyak terjadi pada fase awal setelah diagnosis HIV/AIDS. Meskipun setiap informan memiliki pengalaman yang berbeda, stres berat muncul ketika HIV dimaknai sebagai ancaman yang sangat besar terhadap kehidupan, sehingga memengaruhi cara informan memandang diri, lingkungan, maupun masa depannya. Seiring bertambahnya pengalaman hidup dengan HIV/AIDS, tekanan tersebut berangsur berkurang karena terjadi perubahan dalam cara informan memaknai penyakit yang dialaminya.

Pada informan pertama (W.I.U.P.1), stres berat muncul ketika diagnosis HIV diterima dalam kondisi pemahaman mengenai HIV masih sangat terbatas. Pada saat itu, informan belum mengetahui cara penularan maupun kemungkinan HIV dapat dikendalikan melalui terapi sehingga diagnosis dipersepsikan sebagai

kondisi yang mengancam seluruh kehidupannya. Tekanan tersebut semakin berat karena stigma yang berkembang di masyarakat mengaitkan HIV dengan perilaku seksual tertentu, sedangkan pengalaman penularan yang dialami informan tidak sesuai dengan anggapan tersebut. Akibatnya, ancaman yang paling dirasakan bukan hanya penyakit HIV, tetapi kekhawatiran bahwa dirinya akan terus dipandang berdasarkan stigma yang tidak mencerminkan kenyataan. Ketika penilaian tersebut mulai memengaruhi cara informan memandang dirinya sendiri, tekanan psikologis berkembang menjadi keputusasaan hingga muncul keinginan untuk mengakhiri hidup.

Tekanan tersebut berangsur berkurang setelah informan memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai HIV melalui pengalaman menjalani terapi dan melewati berbagai komplikasi yang pernah dialaminya. Pengalaman tersebut membuat informan memahami bahwa HIV dapat dikendalikan apabila menjalani pengobatan secara rutin. Perubahan pemahaman ini menyebabkan penyakit tidak lagi dimaknai sebagai akhir kehidupan, sedangkan stigma tidak lagi menjadi dasar utama dalam menilai dirinya. Oleh karena itu, tekanan psikologis yang dahulu berada pada tingkat stres berat tidak lagi mendominasi kehidupan informan.

Pada informan kedua (W.I.U.N.2), stres berat lebih banyak dimaknai sebagai hilangnya rasa aman setelah status HIV diketahui oleh orang lain tanpa persetujuannya. Pengalaman tersebut membuat informan menyadari bahwa kondisi kesehatannya dapat diketahui dan dibicarakan oleh orang lain di luar kendalinya. Bagi informan, ancaman terbesar bukan hanya kemungkinan menerima stigma terhadap dirinya sendiri, tetapi juga kekhawatiran bahwa dampak tersebut dapat memengaruhi hubungan dengan keluarga, terutama orang tua dan keluarga besarnya. Pengalaman tersebut membentuk keyakinan bahwa tidak semua lingkungan dapat menerima kondisi yang dialaminya. Oleh karena itu, keputusan untuk tetap merahasiakan status HIV hingga saat ini bukan semata-mata karena belum menerima penyakit yang dideritanya, tetapi karena informan masih berupaya melindungi dirinya dan keluarganya dari kemungkinan mengalami pengalaman yang sama seperti sebelumnya.

Meskipun pengalaman tersebut masih membekas, tekanan psikologis yang dahulu sangat berat mulai berkurang karena informan telah mampu menyesuaikan diri dengan kehidupannya sebagai ODHA. Perhatian informan kini lebih banyak diarahkan pada upaya menjalankan perannya sebagai seorang ibu dan memastikan anak tetap tumbuh dengan baik. Dengan demikian, pengalaman masa lalu tidak lagi mendominasi kehidupannya, tetapi menjadi pembelajaran yang membentuk sikap informan dalam menentukan kepada siapa kondisi kesehatannya dapat diungkapkan.

Pada informan ketiga (W.I.U.A.3), stres berat muncul karena diagnosis HIV dimaknai sebagai akhir dari kehidupan. Pada saat itu, informan belum memiliki pengetahuan yang memadai mengenai HIV sehingga tidak mengetahui bahwa penyakit tersebut dapat dikendalikan melalui terapi. Pengalaman kehilangan istri akibat AIDS semakin memperkuat keyakinannya bahwa HIV identik dengan kematian. Dalam kondisi tersebut, informan tidak mampu melihat adanya harapan untuk tetap menjalani kehidupan sehingga tekanan psikologis berkembang menjadi keputusasaan dan memunculkan keinginan untuk mengakhiri hidup.

Perubahan mulai terjadi ketika informan secara aktif mencari informasi mengenai HIV melalui konsultasi dengan tenaga kesehatan dan mengikuti kegiatan kelompok sebaya. Pengetahuan yang diperoleh dari proses tersebut mengubah cara informan memaknai penyakitnya. HIV tidak lagi dipersepsikan sebagai vonis kematian, tetapi sebagai penyakit kronis yang dapat dikendalikan melalui terapi dan perawatan yang berkelanjutan. Selain meningkatkan pemahaman mengenai penyakit, interaksi dengan tenaga kesehatan dan sesama ODHA juga membantu informan menyadari bahwa dirinya tidak menghadapi kondisi tersebut seorang diri. Perubahan pemahaman dan pengalaman tersebut memulihkan harapan untuk menjalani kehidupan, sehingga keinginan untuk mengakhiri hidup yang pernah muncul pada awal diagnosis tidak lagi dirasakan hingga saat ini.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ketiga informan pendukung, seluruhnya mengonfirmasi bahwa ketiga informan utama pernah mengalami fase

stres berat pada awal perjalanan setelah diagnosis HIV/AIDS, namun kondisi tersebut tidak lagi tampak pada saat penelitian dilakukan. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1), menjelaskan bahwa Informan 1 telah mampu bangkit dari kondisi keterpurukan yang pernah dialaminya dan saat ini dapat menjalankan aktivitas sehari-hari tanpa menunjukkan tekanan psikologis yang berat. Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2), mengonfirmasi bahwa Informan 2 memang pernah mengalami stres berat setelah status HIV-nya tersebar, tetapi tekanan tersebut mulai berkurang seiring berjalannya waktu. Sementara itu, informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) juga menegaskan bahwa Informan 3 tidak lagi menunjukkan karakteristik stres berat, seperti menarik diri dari lingkungan sosial, merasa sangat tertekan, maupun memiliki keinginan untuk mengakhiri hidup. Temuan dari ketiga informan pendukung tersebut mendukung hasil wawancara dengan informan utama bahwa stres berat lebih banyak dialami pada fase awal diagnosis, sedangkan pada kondisi saat ini tekanan psikologis tersebut telah berangsur menurun meskipun penyebab dan proses penyesuaian berbeda pada setiap informan.

Lebih lanjut, Perbedaan pengalaman antara informan yang memilih untuk terbuka (*open status*) dan informan yang masih membatasi keterbukaan statusnya (*non-disclosure*) juga menjadi gambaran penting dalam dinamika stres yang dialami. Hal ini sejalan dengan penjelasan informan kunci (W.I.K.S), yaitu Konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang, yang menyatakan bahwa manifestasi stres berat dipengaruhi oleh kondisi fisik dan psikososial individu, terutama pada mereka yang baru terdiagnosis atau belum sepenuhnya menerima kondisi kesehatannya.

Informan yang telah melakukan *open status* menunjukkan proses penerimaan diri yang lebih baik setelah memperoleh dukungan sosial dan melalui proses adaptasi yang cukup panjang. Sebaliknya, informan yang masih membatasi keterbukaan statusnya cenderung memiliki pertimbangan tertentu terkait kemungkinan munculnya stigma, diskriminasi, maupun penilaian negatif dari lingkungan sosial. Kondisi tersebut dapat menjadi sumber tekanan psikologis yang terus dirasakan karena individu harus mengelola kekhawatiran

sekaligus menjaga kerahasiaan status kesehatannya dalam kehidupan sehari-hari.

Hasil observasi selama proses wawancara menunjukkan adanya kesesuaian dengan hasil wawancara mengenai pengalaman stres berat yang dialami ketiga informan utama. Secara umum, pengalaman tersebut lebih banyak muncul ketika informan mengingat kembali fase awal setelah diagnosis HIV/AIDS. Meskipun demikian, respons nonverbal yang ditunjukkan setiap informan berbeda sesuai dengan pengalaman yang dimilikinya. Temuan observasi ini memperkuat bahwa pengalaman stres berat tidak lagi dialami secara menetap, namun pada sebagian informan masih meninggalkan respons emosional ketika pengalaman tersebut diceritakan kembali.

Pada informan pertama (W.I.U.P.1), hasil observasi menunjukkan ekspresi wajah yang relatif tenang, kontak mata yang baik, pola bicara lancar, serta mampu menjawab pertanyaan secara runtut ketika menceritakan pengalaman masa lalunya. Selama proses wawancara tidak ditemukan respons emosional maupun perilaku yang mengarah pada karakteristik stres berat. Hasil observasi tersebut mendukung hasil wawancara bahwa pengalaman stres berat yang pernah dialami informan telah berangsur berkurang dan tidak lagi tampak pada kondisi saat penelitian dilakukan.

Pada informan kedua (W.I.U.N.2), hasil observasi menunjukkan masih adanya respons emosional ketika membahas pengalaman yang dianggap membebani, seperti menangis, suara bergetar, jeda saat berbicara. Namun, respons tersebut hanya muncul ketika informan mengingat kembali pengalaman stigma, diskriminasi, dan kekhawatirannya terhadap anak. Di luar pembahasan tersebut, informan tetap mampu mempertahankan komunikasi, mengikuti alur wawancara, serta menjawab pertanyaan secara runtut. Temuan ini menunjukkan bahwa pengalaman stres berat yang pernah dialami masih meninggalkan jejak emosional, tetapi tidak menggambarkan bahwa informan sedang berada pada kondisi stres berat selama proses penelitian berlangsung.

Pada informan ketiga (W.I.U.A.3), hasil observasi memperlihatkan bahwa informan mampu mempertahankan kontak mata, menjawab pertanyaan dengan

lancar, serta tidak menunjukkan respons emosional yang berlebihan ketika menceritakan pengalaman masa lalunya. Tidak ditemukan karakteristik observasional yang mengarah pada stres berat selama proses wawancara. Hasil tersebut memperkuat hasil wawancara bahwa tekanan psikologis yang pernah dialami pada awal diagnosis telah berkurang sehingga tidak lagi tampak pada kondisi informan saat penelitian dilakukan.

Tabel 4.6 Rekapitulasi Tingkatan Stres

No	Informan Utama	Dimensi		
		Stres Ringan	Stres Sedang	Stres Berat
1.	(W.I.U.P.1)	Setiap saat/sering	Kadang-kadang	- Sering (Saat awal diagnosis) - Tidak ditemukan saat ini
2.	(W.I.U.N.2)	Setiap saat/sering	Kadang-kadang	- Kadang-kadang (Awal diagnosis)
3.	(W.I.U.A.3)	Setiap saat/sering	Kadang-kadang	- Sering (Saat awal diagnosis) - Tidak ditemukan saat ini

2. Sumber Penyebab Stres

a. Faktor Psikologis

Kutipan 1

“Frustasi, takut dibicarakan orang sampai mau bunuh diri ada banget dek, karena tidak percaya kalau terinfeksi HIV. Saya sampai tes empat kali di beberapa rumah sakit besar di Jakarta, tetapi hasilnya tetap positif. Tapi buat kondisi sekarang saya sudah biasa aja, gak ada pemikiran mau begitu lagi, pokoknya gak saya pikirkan hehe (informan tertawa)”(W.I.U.P.1)

Kutipan 2

“Anakku yang paling tua sempat dijauhi sama teman-temannya karena gosip yang beredar tentang penyakitku. Aku bilang ke dia, kalau dijauhi ya sudah,

temanmu kan gak cuma satu. Tapi aku juga sempat ingatkan jangan sampai teman-teman di luar tahu kondisi mamak seperti apa. Yang berat itu kalau orang-orang masih menganggap penyakit ini bisa menular, padahal penyakitku gak begitu. (Informan menangis). Sekarang teman-teman anakku sudah mulai kembali berteman sama anakku, karena omongan orang-orang itu gak terbukti. Yang paling aku pikirkan sekarang itu bagaimana masa depan anak-anakku. Suatu saat kalau aku sudah gak ada, aku ingin anak-anakku bisa sukses (Informan kembali menangis)”(W.I.U.N.2)

Kutipan 3

“Perasaan tidak percaya tentang diagnosis pasti ada, tapi itu hanya diawal dek. Kalau takut akan pandangan orang lain, saya tidak takut. Yang saya takutkan justru dampaknya ke anak saya. Saya sering kasih pemahaman ke anak kalau bapaknya ibunya begini, jangan sampai mengalami hal yang sama. Dulu, sekitar tahun pertama sampai tahun ketiga, saya berani terbuka di media sosial tentang status saya. Tapi setelah saya berpikir saya punya anak, saya mulai lebih berhati-hati karena tidak semua orang mendapat informasi yang benar tentang HIV. Sekarang saya hanya cerita kalau memang ada yang bertanya. Yang saya pikirkan itu mental anak saya. Kalau suatu saat saya sudah gak ada, bagaimana keadaan anak saya nanti”(W.I.U.A.3)

Kutipan 4

“Sekarang ibu sudah jauh lebih baik. Aktivitas sehari-hari juga berjalan kayak biasanya dan sudah gak pernah mengeluh lagi soal penyakitnya”(W.I.P.D.1)

Kutipan 5

“Iya, dia memang sering curhat ke saya soal anak. Kalau sekarang sih dia sudah biasa aja, lebih pasrah karena memang sudah banyak orang yang tahu statusnya di lingkungan sini. Sekarang dia lebih fokus ke keluarga dan sudah gak terlalu memikirkan omongan orang”(W.I.P.M.2)

Kutipan 6

“Bapak memang sering mengingatkan kami gimana harus menjelaskan kalau

ada orang yang bertanya tentang penyakitnya. Kalau soal menyalahkan diri sendiri atau sampai depresi, saya gak pernah melihat”(W.I.P.D.3)

Kutipan 7

“Kalau pasien yang baru didiagnosis biasanya responsnya berbeda-beda. Ada yang tidak percaya dengan hasil pemeriksaan, takut status HIV-nya diketahui orang lain, sampai memilih menarik diri dari lingkungan karena khawatir dijaui. Bahkan ada juga yang merasa putus asa dan menunjukkan kesedihan yang mendalam. Namun, seiring berjalannya waktu kondisinya juga berbeda-beda. Ada yang sudah bisa menjalani aktivitas seperti biasa, tetapi ada juga yang masih membutuhkan pendampingan. Perbedaan itu biasanya dipengaruhi oleh proses yang dilalui masing-masing pasien selama menjalani pengobatan dan menghadapi kondisinya”(W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara dengan ketiga informan utama, faktor psikologis menjadi salah satu sumber penyebab stres yang dialami setelah didiagnosis HIV/AIDS. Pengalaman psikologis yang dialami setiap informan menunjukkan makna yang berbeda sesuai dengan perjalanan hidup, proses penerimaan diri, serta peran yang dimiliki dalam keluarga. Perbedaan tersebut menggambarkan bahwa tekanan psikologis tidak hanya dipengaruhi oleh diagnosis HIV/AIDS, tetapi juga oleh cara setiap informan memaknai pengalaman yang dialaminya.

Pada Informan pertama (W.I.U.P.1), tekanan psikologis pada awal diagnosis berawal dari kesulitan menerima perubahan keadaan dirinya. Diagnosis HIV/AIDS pada saat itu tidak hanya menghadirkan kekhawatiran mengenai kondisi kesehatan, tetapi juga mengguncang pemahaman informan mengenai dirinya sendiri. Ketidakpercayaan terhadap hasil pemeriksaan dapat dipahami sebagai bentuk penolakan awal terhadap kenyataan yang belum mampu diterima. Ketika penolakan tersebut tidak lagi dapat dipertahankan, tekanan yang dirasakan berkembang menjadi perasaan kehilangan harapan hingga muncul keinginan untuk mengakhiri hidup. Hal ini menunjukkan bahwa beban psikologis pada fase awal bukan semata-mata karena penyakitnya, tetapi karena informan belum memiliki cara untuk memahami dan menerima

perubahan kehidupan setelah mengetahui status HIV/AIDS.

Namun, pengalaman tersebut mengalami perubahan seiring berjalannya waktu. Pada saat penelitian dilakukan, informan sudah dapat menceritakan kembali masa ketika dirinya berada dalam kondisi terpuruk dengan emosi yang jauh lebih terkendali, bahkan sesekali disertai tawa. Respons tersebut tidak berarti bahwa pengalaman tersebut merupakan sesuatu yang ringan, tetapi menunjukkan adanya perubahan jarak emosional antara kondisi informan saat ini dengan dirinya pada masa awal diagnosis. Pengalaman yang sebelumnya dipandang sebagai akhir dari kehidupan mulai ditempatkan sebagai bagian dari perjalanan hidup yang telah dilalui. Dengan demikian, tekanan psikologis pada Informan pertama memperlihatkan adanya perubahan dari ketidakmampuan menerima kenyataan menuju penerimaan, sehingga makna penyakit tidak lagi sepenuhnya menentukan cara informan memandang dirinya dan kehidupannya.

Berbeda dengan Informan pertama, tekanan psikologis pada Informan kedua (W.I.U.N.2) tidak lagi berpusat pada dirinya sebagai penyandang HIV/AIDS, tetapi lebih pada perannya sebagai seorang ibu. Informan memaknai keterbukaan status HIV bukan hanya sebagai persoalan pribadi, melainkan sebagai sesuatu yang dapat memengaruhi kehidupan anak-anaknya. Pengalaman ketika anak sempat dijauhi oleh teman-temannya akibat gosip mengenai penyakit yang diderita semakin memperkuat kekhawatiran tersebut. Oleh karena itu, informan berupaya menjaga agar teman-teman anak maupun orang lain tidak mengetahui kondisi kesehatannya sebagai bentuk perlindungan terhadap anak dari kemungkinan menerima stigma dan penilaian negatif. Bagi informan, sumber tekanan psikologis tidak lagi berasal dari penyakit yang dialaminya, melainkan dari kekhawatiran bahwa masa depan anak-anaknya akan ikut terdampak oleh status HIV yang dimilikinya.

Sementara itu, pengalaman psikologis Informan ketiga (W.I.U.A.3) menunjukkan makna yang berbeda. Informan tidak lagi memandang status HIV sebagai ancaman terhadap dirinya sendiri maupun merasa takut apabila orang lain mengetahui kondisi kesehatannya. Namun, cara informan memaknai pengalaman tersebut mengalami perubahan. Kekhawatiran yang muncul tidak

lagi ditujukan kepada dirinya, melainkan pada kemungkinan anak menerima stigma dan diskriminasi akibat status HIV orang tuanya. Dengan demikian, sumber tekanan psikologis yang dialami informan bukan berasal dari penerimaan terhadap penyakit, tetapi dari tanggung jawab untuk melindungi anak dari dampak negatif yang mungkin timbul di kemudian hari. Pergeseran makna tersebut menunjukkan bahwa pengalaman psikologis informan berkembang seiring perubahan peran dan tanggung jawab dalam kehidupannya.

Hasil wawancara dengan ketiga informan utama dikonfirmasi oleh informan pendukung yang merupakan orang terdekat dari masing-masing informan. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) menjelaskan bahwa Informan pertama saat ini telah mampu menerima kondisinya, menjalankan aktivitas sehari-hari seperti biasa, dan tidak lagi menunjukkan tekanan psikologis sebagaimana yang dialami pada awal diagnosis. Hal tersebut menguatkan penjelasan Informan pertama bahwa perasaan putus asa dan keinginan mengakhiri hidup hanya dialami pada fase awal setelah mengetahui diagnosis HIV/AIDS.

Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2) juga mengonfirmasi bahwa Informan kedua lebih sering mencurahkan kekhawatirannya mengenai kondisi dan masa depan anak dibandingkan membicarakan dirinya sendiri. Menurut informan pendukung, perhatian Informan kedua kini lebih terfokus pada keluarga sehingga penilaian negatif dari lingkungan tidak lagi menjadi hal utama yang dipikirkan, meskipun kekhawatiran terhadap dampak yang mungkin dialami anak masih sering disampaikan.

Sementara itu, Informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) menjelaskan bahwa Informan ketiga tidak pernah menunjukkan perilaku menyalahkan diri sendiri maupun tanda-tanda keputusasaan. Sebaliknya, informan lebih sering memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai HIV apabila ada yang bertanya. Keterangan tersebut menguatkan bahwa sumber tekanan psikologis yang masih dirasakan Informan ketiga bukan lagi berkaitan dengan penerimaan terhadap dirinya, melainkan kekhawatiran terhadap kondisi anak di masa mendatang.

Temuan tersebut sejalan dengan pemaparan informan kunci selaku Konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang. Menurut informan kunci (W.I.K.S), respons psikologis pada pasien HIV/AIDS umumnya berbeda-beda pada fase awal setelah diagnosis. Sebagian pasien menunjukkan penolakan terhadap hasil pemeriksaan, merasa takut apabila status HIV diketahui oleh orang lain, hingga mengalami perasaan putus asa. Namun, respons tersebut dapat berubah seiring proses penerimaan diri, pendampingan yang diterima, serta pengalaman selama menjalani pengobatan. Dengan demikian, tekanan psikologis yang dialami ODHA bersifat dinamis dan dipengaruhi oleh kemampuan masing-masing individu dalam memaknai kondisi yang dialaminya.

Hasil observasi selama proses wawancara turut memperkuat temuan tersebut. Informan pertama mampu menceritakan pengalaman saat pertama kali didiagnosis HIV/AIDS dengan ekspresi tenang dan sesekali tertawa ketika mengingat pengalaman tersebut. Respons tersebut menunjukkan bahwa pengalaman yang sebelumnya menjadi sumber tekanan psikologis telah dimaknai sebagai bagian dari proses penerimaan diri. Sebaliknya, Informan kedua masih beberapa kali menangis, menghentikan pembicaraan sejenak, dan menarik napas panjang ketika membahas pengalaman anak yang sempat dijauhi serta kekhawatirannya terhadap masa depan anak. Respons nonverbal tersebut menunjukkan bahwa pengalaman tersebut masih memiliki makna emosional yang kuat bagi informan. Sementara itu, Informan ketiga menyampaikan pengalamannya dengan tenang, kontak mata yang baik, dan alur bicara yang terarah. Pembicaraan informan secara konsisten berpusat pada upaya melindungi anak dari kemungkinan stigma dan diskriminasi akibat status HIV yang dimilikinya. Kesesuaian antara hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa pengalaman psikologis yang disampaikan ketiga informan sejalan dengan respons nonverbal yang ditampilkan selama proses wawancara.

Berdasarkan pengalaman ketiga informan, faktor psikologis yang menjadi sumber penyebab stres tidak muncul dalam bentuk yang sama pada setiap individu. Sebagian besar tekanan psikologis tersebut lebih dominan muncul pada fase awal setelah diagnosis HIV/AIDS, ketika informan masih berusaha

memahami kondisi yang dialami dan memaknai perubahan yang terjadi dalam kehidupannya. Seiring berjalannya waktu, pengalaman tersebut mengalami perubahan makna melalui proses penerimaan diri, dukungan dari orang terdekat, serta pengalaman menjalani pengobatan. Meskipun demikian, pada beberapa informan masih ditemukan kekhawatiran yang menetap, bukan lagi terhadap penyakit yang diderita, melainkan terhadap dampak sosial dan psikologis yang mungkin dialami anak maupun keluarga akibat stigma HIV/AIDS. Temuan ini menunjukkan bahwa sumber penyebab stres psikologis pada ODHA tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi penyakit, tetapi juga oleh makna yang dibangun individu terhadap dirinya, peran dalam keluarga, serta konsekuensi yang dipersepsikan dapat memengaruhi orang-orang yang mereka sayangi.

b. Faktor Sosial

Kutipan 8

“Anak, keluarga, teman-teman juga semua mendukung, ngasih kekuatan dan support. Teman-teman saya kebanyakan orang kuliah, jadi mereka paham tentang penyakit saya dan sama sekali tidak ada stigma atau diskriminasi, bahkan sampai sekarang masih nanya kabar. Tapi dulu suami saya pernah dapat diskriminasi pas dirawat disalah satu rumah sakit. Penyakit yang sedang diobati karena kurang darah, tapi di tempat makanannya ditulis B20. Yang kami tahu kode itu hanya dipakai untuk alat makan sekali pakai. Padahal mereka tenaga kesehatan, kenapa hal seperti itu bisa tidak paham, takutnya jadi stigma. Mungkin kalau untuk saya dan suami tidak masalah, tapi kami takut kalau hal tersebut terjadi ke pasien lain yang mentalnya belum kuat atau masih menutup status dari orang terdekat” (W.I.U.P.1)

Kutipan 9

“Sampai sekarang mamak, adik, dan keluarga besarku masih belum tahu kondisiku. Cuma anak dan suami pasti mendukung, kalau tetangga di sekitar rumah sudah banyak yang tahu karena statusku disebarakan bidan itu. Aku sempat down karena seharusnya tenaga kesehatan menjaga privasi pasien. Habis itu mulai banyak gosip beredar, ada yang bilang badanku pasti nanti kurus. Sepupuku juga pernah berobat ke tempat praktik bidan itu, dikasih

tahu jangan ganti-gantian baju atau makan satu piring sama keluargaku karena takut menular. Waktu acara tasmiyahan anakku juga hampir tidak ada yang datang. Tapi sekarang aku berusaha menganggap itu biasa saja. Yang terpenting buatku sekarang anak dan keluargaku tetap sehat”(W.I.U.N.2)

Kutipan 10

“Kalau dulu keluarga dekat seperti adik dan orang tua semua mendukung. Tapi dari keluarga yang jauh memang sempat ada yang menjauhi dan banyak bertanya kenapa saya bisa tertular. Saya juga pernah ditolak vaksin di salah satu puskesmas setelah jujur menyampaikan status HIV saya. Waktu istri meninggal, kami juga menyembunyikan penyebab kematiannya karena saat itu HIV masih dianggap aib dan takut mendapat stigma dari masyarakat. Tapi kalau sekarang saya sudah terbuka dengan status saya dan respon keluarga semua mendukung.” (W.I.U.A.3)

Kutipan 11

“Baik-baik aja selama ngeliat, saya dan keluarga juga ngerti HIV itu gimana jadi ga masalah” (W.I.P.D.1)

Kutipan 12

“Kalau sama keluarga yang disini baik-baik aja, keluarga yang sudah tau di sini banyak. Tapi memang dia nggak cerita ke mamaknya kalau sakit. Kalau sama tetangga ya pasti ada aja orang yang ngejauhin karena tau dari gosip-gosip yang gak benar itu” (W.I.P.M.2)

Kutipan 13

“Baik-baik aja sekarang, keluarga semua sudah pada tau juga nggak ada masalah. Kalau stigma sih ada karena image HIV dulu jelek, tapi bapak nggak ambil pusing”(W.I.P.D.3)

Kutipan 14

“Ketika pasien terbuka dengan keluarga, maka dukungan keluargalah yang membantu mereka menghadapi stres dan membuat mereka merasa lebih nyaman. Namun, jika pasien tidak ada keluarga, interaksi dengan teman-teman pendamping yang akan berkontribusi. Pasien biasanya selalu

menghubungi pendamping untuk saling berbagi cerita, keluhan, dan mencari solusi. Jika kedua dukungan itu tidak ada, maka kami sebagai petugas di sini yang memberikan pendampingan. Kami bantu mereka manajemen stres agar kondisinya tidak memburuk. Biar bagaimanapun kondisi ini sudah terjadi dan pengobatan tetap harus berjalan. Kami beri pemahaman kepada pasien: 'Memang saat ini belum ada obat yang menyembuhkan total, tapi kita bisa kendalikan virusnya.' Jadi, kenyamanan dan ketahanan mental pasien sangat tergantung dari sumber dukungan terdekatnya." (W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara dengan ketiga informan utama, Faktor sosial sebagai sumber stres pada ODHA tidak hanya ditentukan oleh keberadaan stigma atau dukungan, tetapi oleh sejauh mana lingkungan memberikan rasa aman, penerimaan, dan kendali terhadap status kesehatan mereka.

Bagi Informan pertama (W.I.U.P.1), hubungan sosial tidak sepenuhnya dimaknai sebagai sumber tekanan, melainkan sebagai sumber kekuatan dalam menjalani kehidupan setelah didiagnosis HIV/AIDS. Dukungan yang diterima Informan pertama tidak hanya membuat dirinya merasa dibantu, tetapi juga menciptakan rasa aman dalam menjalani kehidupan dengan status HIV/AIDS yang telah diterimanya. Lingkungan yang memahami kondisi HIV membuat informan tidak perlu terus-menerus berada dalam posisi mempertahankan atau menjelaskan dirinya kepada orang lain. Sebaliknya, ketika melihat suaminya memperoleh perlakuan berbeda di fasilitas kesehatan, informan menyadari bahwa penerimaan sosial yang selama ini diperolehnya belum tentu dialami oleh ODHA lain. Kekhawatiran tersebut menunjukkan bahwa pengalaman diterima justru membuat informan semakin peka terhadap bentuk perlakuan yang dapat merendahkan atau mempermalukan ODHA lain.

Berbeda dengan Informan pertama, pengalaman sosial Informan kedua (W.I.U.N.2) lebih banyak dipengaruhi oleh pengalaman menerima stigma yang muncul akibat terbukanya status HIV tanpa persetujuannya. Bagi informan, tekanan sosial bukan hanya berasal dari sikap masyarakat yang memberikan penilaian negatif, tetapi juga dari hilangnya hak untuk menentukan kepada siapa kondisi kesehatannya dapat diketahui. Penyebaran status HIV oleh tenaga

kesehatan membuat informan kehilangan rasa aman terhadap privasi dirinya dan memunculkan berbagai gosip di lingkungan sekitar. Kondisi tersebut semakin diperkuat oleh munculnya informasi yang keliru mengenai HIV sehingga sebagian masyarakat menjauhi keluarga informan karena menganggap penyakit tersebut mudah menular. Meskipun demikian, informan berusaha memaknai pengalaman tersebut dengan lebih berfokus pada keselamatan, kesehatan, dan masa depan anak-anaknya dibandingkan terus larut dalam perlakuan negatif yang diterimanya. Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman sosial yang paling membekas bagi informan bukan hanya stigma, tetapi hilangnya kepercayaan akibat pelanggaran kerahasiaan status HIV.

Berbeda dengan Informan pertama, pengalaman sosial Informan kedua (W.I.U.N.2) lebih banyak berkaitan dengan hilangnya rasa aman setelah status HIV diketahui oleh lingkungan tanpa persetujuannya. Situasi tersebut membuat informan tidak lagi memiliki kendali dalam menentukan batas privasi mengenai kondisi kesehatannya, sementara informasi yang berkembang di masyarakat juga disertai pemahaman yang keliru mengenai cara penularan HIV. Meskipun demikian, informan tetap memperoleh penerimaan dan dukungan dari suami serta anak-anaknya, sehingga keluarga inti menjadi ruang yang memberikan rasa aman ketika lingkungan di luar keluarga justru menjadi sumber tekanan. Pengalaman tersebut menunjukkan bahwa stigma yang diterima informan tidak hanya berkaitan dengan sikap masyarakat, tetapi juga dipengaruhi oleh masih adanya pemahaman yang kurang tepat mengenai HIV/AIDS. Kondisi ini menunjukkan perlunya edukasi yang lebih luas dan berkelanjutan kepada masyarakat mengenai HIV/AIDS, khususnya mengenai cara penularan dan cara berinteraksi dengan ODHA, agar kesalahpahaman tidak berkembang menjadi stigma dan diskriminasi.

Sementara itu, pengalaman sosial Informan ketiga (W.I.U.A.3) menunjukkan adanya perubahan dalam memaknai status HIV/AIDS. Pengalaman stigma dan perlakuan berbeda pada masa awal membuat status HIV pada saat itu dipandang sebagai sesuatu yang perlu disembunyikan demi melindungi diri dan keluarga. Namun, seiring berjalannya waktu dan adanya

penerimaan dari keluarga, informan mulai memandang status HIV sebagai kondisi yang dapat diterima secara terbuka. Keterbukaan tersebut kemudian tidak hanya menjadi bentuk penerimaan diri, tetapi juga menjadi kesempatan bagi informan untuk memberikan pemahaman kepada orang lain mengenai HIV/AIDS. Hal ini menunjukkan bahwa tekanan sosial pada Informan ketiga mengalami perubahan dari rasa takut terhadap penilaian masyarakat menjadi kemampuan untuk menghadapi stigma dengan lebih terbuka dan tidak lagi menjadikannya sebagai hambatan dalam menjalani kehidupan.

Hasil wawancara dengan informan utama kemudian dikonfirmasi melalui ketiga informan pendukung. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) menunjukkan bahwa penerimaan keluarga terhadap kondisi Informan pertama tetap terjaga, sehingga status HIV tidak menjadi penghalang dalam hubungan keluarga. Pada Informan kedua, keterangan dari Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2) menunjukkan bahwa keterbukaan status HIV belum terjadi pada seluruh anggota keluarga, sementara di lingkungan sekitar masih ditemukan perlakuan menjauh yang berkaitan dengan informasi yang berkembang melalui gosip. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa keterbukaan status HIV pada Informan kedua masih bersifat terbatas dan dipengaruhi oleh rasa aman terhadap lingkungan sosial. Sementara itu, Informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) mengonfirmasi bahwa penerimaan keluarga terhadap Informan ketiga telah terbentuk, meskipun stigma dari lingkungan masyarakat masih dapat ditemukan. Keterangan tersebut memperkuat temuan bahwa respons sosial terhadap ODHA tidak berlangsung secara seragam, karena keluarga dapat menjadi sumber penerimaan, sedangkan lingkungan yang lebih luas masih dapat menjadi sumber tekanan.

Temuan tersebut juga diperkuat oleh informan kunci selaku Konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang (W.I.K.S). Menurut informan kunci, dukungan dari keluarga, pendamping sebaya, dan tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam membantu pasien menghadapi tekanan setelah diagnosis. Ketika dukungan keluarga belum tersedia, pasien cenderung mencari tempat berbagi melalui pendamping sebaya atau petugas kesehatan. Keterangan ini

memberikan konteks bahwa dukungan sosial bukan hanya berfungsi sebagai bentuk penerimaan, tetapi juga menjadi sumber bantuan ketika pasien menghadapi tekanan dan membutuhkan tempat untuk berbagi maupun mencari solusi. Dengan demikian, keberadaan jejaring dukungan menjadi bagian penting dalam membantu ODHA mempertahankan kenyamanan psikologis dan menjalani pengobatan secara berkelanjutan.

Triangulasi metode melalui observasi selama wawancara turut menunjukkan kesesuaian dengan pengalaman sosial yang disampaikan informan. Informan pertama tampak tenang dan antusias ketika membicarakan dukungan yang diterimanya, tetapi menunjukkan perubahan nada bicara ketika membahas pengalaman diskriminasi yang dialami suaminya. Informan kedua menunjukkan ekspresi sedih, suara bergetar, dan beberapa kali berhenti sejenak ketika membahas penyebaran status HIV serta perlakuan lingkungan terhadap keluarganya. Sementara itu, Informan ketiga mampu menceritakan pengalaman diskriminasi dengan lebih tenang dan sistematis. Perbedaan respons tersebut menunjukkan bahwa pengalaman sosial tidak memberikan tekanan yang sama pada setiap informan. Pengalaman yang berkaitan dengan penerimaan keluarga cenderung disampaikan dengan kondisi emosional yang lebih stabil, sedangkan pengalaman kehilangan rasa aman, diskriminasi, maupun perlakuan terhadap keluarga masih memunculkan respons emosional yang lebih kuat.

Secara keseluruhan, triangulasi sumber dan metode menunjukkan bahwa faktor sosial sebagai sumber stres tidak hanya berkaitan dengan ada atau tidaknya stigma, tetapi juga dengan rasa aman, penerimaan, dan kualitas hubungan sosial yang dimiliki ODHA. Pada Informan pertama, dukungan sosial yang kuat membentuk rasa diterima dan membuat status HIV tidak menjadi penghalang dalam hubungan sosial. Pada Informan kedua, pelanggaran kerahasiaan dan pemahaman masyarakat yang masih keliru mengenai HIV menjadi sumber tekanan, sementara dukungan suami dan anak menjadi ruang aman dalam menghadapi kondisi tersebut.

Hal ini juga menunjukkan perlunya edukasi masyarakat mengenai HIV/AIDS agar kesalahpahaman mengenai penularan tidak berkembang

menjadi stigma dan diskriminasi. Sementara pada Informan ketiga, pengalaman sosial mengalami perubahan dari kebutuhan menyembunyikan status HIV pada masa awal menjadi keterbukaan yang lebih diterima oleh keluarga. Dengan demikian, pengalaman sosial ODHA bersifat dinamis dan dapat berubah seiring dengan proses penerimaan diri, dukungan dari lingkungan terdekat, serta pengalaman dalam menghadapi respons masyarakat.

c. Faktor Ekonomi

Kutipan 15

“Kalau lagi gak ada kerjaan pusing dek, kalau suami lagi gak kerja ibaratnya buat bayar cicilan mobil, biaya anak sekolah, sama keperluan lainnya gimana ya. Karena saya tidak kerja untuk kesulitan dapat pekerjaan karena kondisi fisik atau karena penyakit yang saya miliki sih tidak ada, untuk biaya berobat pun sudah di tanggung bpjs jadi gratis dek”(W.I.U.P.1)

Kutipan 16

“Kalau obat kan sudah gratis ditanggung pemerintah pakai bpjs. Susah dapat kerjaan karena sakit atau ditolak kerja gak ada sih ya karena aku usaha sendiri, kalau memenuhi biaya kebutuhan sehari-hari ya dicukup-cukupi aja”(W.I.U.N.2)

Kutipan 17

“Untuk obat saya pakai bpjs mbak jadi tidak bayar. Untuk kesulitan dapat pekerjaan alhamdulillah saya tidak pernah mengalami. Saya bahkan pernah berani buka status di depan dinas-dinas terkait dan perusahaan, karena yang terpenting status pengobatan saya sudah undetectable karena rajin konsumsi arv sehingga saya tetap dipersilakan berkarya dan bekerja. Perusahaan jadi bisa menyikapi apabila ada pekerja yang menderita penyakit seperti saya apa yang perlu mereka lakukan. Kalau soal beban ekonomi, pasti setiap keluarga ada tanggungan anak atau kebutuhan rumah tangga, tapi saya cukup-cukupkan saja dan selalu bersyukur dengan apa yang didapat”(W.I.U.A.3)

Kutipan 18

"Keuangan kalau lagi nggak ada duit aja yang ibu sering keluhkan, kaau karena sakitnya tidak ada sama sekali"(W.I.P.D.1)

Kutipan 19

"Sering cerita ke saya, banyak tanggungannya, anak-anak masih kecil. Sampai anak sulungnya yang mau kuliah, mamak bapaknya bilang gak bisa nanggung. Ibaratnya untuk belanja makan sehari-hari aja masih dicukup-cukupin, apalagi biaya berobat anak terakhirnya juga lumayan mahal. Kalau ngeluh kerjaan karena sakit HIV sih gak ada ya. Pernah ngeluh cuma karena luka secar habis melahirkan itu aja, jadi susah mau gerak pas diawal-awal tapi gak lama sih habis itu bisa aja lanjut kerja lagi" (W.I.P.M.2)

Kutipan 20

"Keuangan bapak jarang ngeluh, kalau sampe stres gak pernah" (W.I.P.D.3)

Kutipan 21

"Kalau dari segi ekonomi pasti ada pengaruhnya dek. Pasien yang kondisi ekonominya kurang baik biasanya lebih mudah merasa tertekan karena banyak kebutuhan yang harus dipikirkan, apalagi kalau punya tanggungan keluarga atau anak. Jadi bukan cuma memikirkan penyakitnya, tetapi juga kebutuhan sehari-hari. Kalau kondisi ekonomi lagi sulit, biasanya jadi lebih banyak pikiran dan itu bisa mempengaruhi kondisi psikologis serta menambah stres." (W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap ketiga informan utama, didukung oleh hasil wawancara informan pendukung dan informan kunci, diketahui bahwa faktor ekonomi sebagai sumber penyebab stres tidak dimaknai sebagai kesulitan memperoleh akses pengobatan HIV maupun hambatan mendapatkan pekerjaan. Tekanan ekonomi lebih banyak berkaitan dengan tanggung jawab memenuhi kebutuhan keluarga serta berbagai pengeluaran rumah tangga yang harus dipenuhi dalam kehidupan sehari-hari.

Pengalaman Informan pertama (W.I.U.P.1) menunjukkan bahwa tekanan ekonomi tidak dimaknai sebagai konsekuensi langsung dari HIV/AIDS, tetapi sebagai bentuk tanggung jawab untuk mempertahankan keberlangsungan kehidupan keluarga. Bagi informan, penyakit bukanlah hal yang paling membebani karena kebutuhan pengobatan telah dapat dipenuhi melalui layanan kesehatan. Justru ketidakpastian pendapatan keluarga menjadi pengalaman yang

lebih bermakna karena berhubungan dengan kemampuannya menjalankan peran sebagai istri dan ibu dalam memenuhi berbagai kebutuhan rumah tangga. Dengan demikian, tekanan ekonomi tidak dipersepsikan sebagai persoalan kekurangan materi semata, tetapi sebagai kekhawatiran ketika tidak mampu menjalankan tanggung jawab terhadap keluarga sebagaimana yang diharapkannya.

Pengalaman Informan kedua (W.I.U.N.2) memperlihatkan bahwa tekanan ekonomi dimaknai sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari perannya sebagai seorang ibu. Informan tidak memandang HIV sebagai penyebab kesulitan ekonomi, melainkan memaknai keterbatasan ekonomi sebagai tantangan untuk tetap memenuhi kebutuhan anak-anak dan mempertahankan keberlangsungan keluarga. Dalam pengalaman tersebut, rasa cemas muncul bukan karena kondisi finansial itu sendiri, tetapi karena adanya kekhawatiran apabila kebutuhan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya tidak dapat dipenuhi. Hal ini menunjukkan bahwa makna ekonomi bagi informan lebih berpusat pada kemampuan menjalankan peran sebagai ibu dibandingkan pada kondisi penyakit yang dialaminya.

Pengalaman Informan ketiga (W.I.U.A.3) menunjukkan bahwa kondisi ekonomi dipandang sebagai bagian dari dinamika kehidupan yang harus dihadapi, bukan sebagai hambatan akibat HIV/AIDS. Informan memaknai keterbukaan terhadap status HIV sebagai cara mempertahankan kesempatan untuk tetap berkarya dan menjalankan perannya sebagai pencari nafkah. Pengalaman tersebut memperlihatkan bahwa yang ingin dipertahankan bukan hanya pekerjaan, tetapi juga martabat dan kebermanfaatannya sebagai kepala keluarga. Oleh karena itu, beban ekonomi tidak dipersepsikan sebagai tekanan yang berasal dari penyakit, melainkan sebagai tanggung jawab yang memang melekat pada kehidupan keluarga dan perlu dijalani dengan rasa syukur.

Hasil wawancara dengan informan pendukung memperkuat pengalaman tersebut. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) menjelaskan bahwa keluhan mengenai ekonomi yang pernah disampaikan informan lebih berkaitan dengan kondisi keuangan keluarga ketika pemasukan berkurang, bukan karena penyakit

HIV. Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2) juga mengungkapkan bahwa tekanan ekonomi lebih banyak muncul akibat besarnya tanggungan keluarga, terutama kebutuhan anak-anak serta pengeluaran sehari-hari yang harus dipenuhi secara bersamaan. Sementara itu, informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) menyampaikan bahwa informan hampir tidak pernah mengeluhkan kondisi ekonomi hingga memengaruhi keadaan psikologisnya. Orang-orang terdekat tidak melihat penyakit sebagai penyebab utama munculnya beban ekonomi, tetapi mengamati bahwa kekhawatiran informan lebih banyak berkaitan dengan tanggung jawab memenuhi kebutuhan rumah tangga, pendidikan anak, maupun pengelolaan keuangan keluarga. Hal tersebut memperkuat bahwa pengalaman ekonomi yang dimaknai oleh informan utama juga tercermin dalam kehidupan sehari-hari menurut pengamatan keluarga.

Informan kunci (W.I.K.S) bahwa tekanan ekonomi pada ODHA umumnya muncul ketika keterbatasan finansial berhadapan dengan tuntutan memenuhi kebutuhan keluarga. Menurutnya, semakin besar tanggungan yang dimiliki seseorang, semakin besar pula potensi munculnya tekanan psikologis akibat beban ekonomi. Penjelasan tersebut memperkuat bahwa pengalaman ekonomi pada ODHA tidak semata-mata dipengaruhi oleh penyakit yang dialami, tetapi juga oleh tanggung jawab sosial dan keluarga yang harus tetap dijalankan.

Berdasarkan pengalaman ketiga informan, faktor ekonomi dimaknai bukan sebagai dampak langsung dari HIV/AIDS, melainkan sebagai pengalaman mempertahankan peran dan tanggung jawab terhadap keluarga di tengah berbagai keterbatasan yang dihadapi. Meskipun seluruh informan memperoleh akses pengobatan tanpa hambatan dan tidak mengalami penolakan kerja akibat status HIV, tekanan ekonomi tetap dirasakan ketika kemampuan memenuhi kebutuhan rumah tangga, pendidikan anak, dan keberlangsungan keluarga dipersepsikan berada dalam kondisi yang tidak pasti. Temuan ini menunjukkan bahwa makna ekonomi bagi ODHA dalam penelitian ini lebih berpusat pada tanggung jawab terhadap keluarga dibandingkan pada penyakit HIV/AIDS itu sendiri.

d. Faktor Fisik

Kutipan 22

“Keluhan fisik untuk sekarang alhamdulillahnya sudah tidak ada sih dek, kalau dulu pasti ada dek badan saya kurus banget. Saat itu saya sempat tidak konsumsi obat kurang lebih 6 tahun, lalu saya ngedrop sampai koma selama 25 hari. Saat ngedrop saya sudah sampai berfikir akan sakaratul maut karena dokter bilang virusnya sudah ke semua tubuh. Selain itu saya juga di diagnosis TB tulang, TB usus, dan lumpuh sampai 2 tahun. Semenjak kejadian itu saya baru sadar ternyata minum obat itu wajib, setelah itu saya sama sekali tidak berani telat minum obat. Sudah tertanam di otak saya minum obat itu keharusan untuk diri saya”(W.I.U.P.1)

Kutipan 23

“Gak ada, sekarang sudah jarang ada sakit sakit. Kalau sudah lewat jadwal minum obat malah gak aku minum, soalnya aku capek. Tapi pengambilan obat tetap teratur, kalau gak diambil pasti ditanya sama orang puskesmas. Rasa gampang capek sekarang sudah gak ada, yang kujaga sekarang ya kalau udah lemas minum tablet tambah darah aja karena aku punya riwayat sakit itu. Kalau suami memang dari sebelum ketahuan sering sakit sakitan.”(W.I.U.N.2)

Kutipan 24

“Waktu awal pengobatan badan saya memang gampang lelah karena kondisi penyakit masih aktif. Awalnya saya juga tidak percaya kalau terinfeksi HIV sehingga tidak langsung minum obat. Setelah melihat banyak teman ODHA yang kondisi kesehatannya memburuk akibat putus obat, saya memilih tetap menjalani pengobatan secara rutin supaya kondisi fisik saya tidak mengalami hal yang sama. Saya ambil sisi positifnya, sebelum terinfeksi saya tidak peduli sama kesehatan diri sendiri, tetapi setelah terinfeksi dan banyak yang perlu diatur dan dijaga, setiap bulan selalu rutin periksa saya jadi paham ternyata menjaga kesehatan itu sangat penting”(W.I.U.A.3)

Kutipan 25

“Sama aja sih kak, malah tambah gemuk. Paling batuk pilek begitu

doang”(W.I.P.D.1)

Kutipan 26

“Pernah ngeluh ke saya kalau minum obat itu telinganya kayak budek atau tuli, saya juga kurang paham apa karena memang efek obatnya seperti itu”(W.I.P.M.2)

Kutipan 27

“Kalau sekarang sehat aja sih kak. Rajin minum obat juga bapak jadi kelihatannya sehat aja”(W.I.P.D.3)

Kutipan 28

“Kalau dari segi fisik, pasien yang mengalami stres biasanya kondisi tubuhnya ikut menurun. Ada yang mengeluh susah tidur, badan mudah lelah atau drop, bahkan efek samping obat terasa lebih berat dibandingkan biasanya. Kondisi seperti itu sering membuat pasien merasa aktivitas sehari-harinya menjadi lebih terbatas.” (W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap ketiga informan utama, didukung oleh hasil wawancara informan pendukung dan informan kunci, diketahui bahwa faktor fisik sebagai sumber penyebab stres dimaknai secara berbeda oleh setiap informan sesuai dengan perjalanan penyakit yang dialami. Perbedaan tersebut terlihat dari pengalaman menghadapi perubahan kondisi tubuh, menjalani pengobatan, serta cara memaknai penyakit setelah mengalami berbagai perubahan kondisi kesehatan.

Pada Informan pertama (W.I.U.P.1), kondisi fisik menjadi pengalaman yang sangat kuat dalam membentuk cara informan memandang penyakit dan pengobatan. Perburukan kesehatan yang pernah dialami setelah tidak menjalani pengobatan membuat informan berhadapan langsung dengan kondisi tubuh yang mengancam kehidupannya. Pengalaman tersebut kemudian menjadi pembelajaran yang tidak hanya membuat informan memahami pentingnya pengobatan secara pengetahuan, tetapi juga merasakan sendiri konsekuensi ketika kesehatan tidak dijaga. Karena pernah mengalami kondisi yang sangat berat, kepatuhan terhadap pengobatan kemudian menjadi bagian yang tertanam dalam kesehariannya dan tidak lagi dipandang sebagai sesuatu yang dapat

ditunda. Dengan demikian, pengalaman fisik pada Informan pertama menjadi titik balik yang mengubah sikap terhadap pengobatan, dari sebelumnya mengabaikan terapi menjadi memiliki kesadaran kuat bahwa mempertahankan kondisi tubuh merupakan bagian dari mempertahankan kehidupannya.

Pada Informan kedua (W.I.U.N.2), kondisi fisik saat ini relatif stabil sehingga keluhan tubuh tidak lagi menjadi sumber tekanan utama. Namun, pengalaman menjalani pengobatan dalam jangka panjang tetap menjadi tantangan tersendiri. Rasa lelah terhadap rutinitas minum obat menunjukkan bahwa beban yang dirasakan tidak selalu berasal dari kondisi penyakit atau keluhan fisik, tetapi juga dari tuntutan untuk terus menjalani pengobatan secara konsisten. Kondisi ini menjadi penting karena keadaan tubuh yang sudah membaik dapat membuat rutinitas pengobatan terasa sebagai beban yang harus terus dipertahankan. Dengan demikian, pengalaman fisik Informan kedua menunjukkan bahwa membaiknya kondisi kesehatan tidak sepenuhnya menghilangkan tantangan dalam menjalani terapi, karena keberlanjutan pengobatan tetap membutuhkan komitmen dalam jangka panjang.

Sementara itu, pengalaman Informan ketiga (W.I.U.A.3) menunjukkan bahwa kondisi fisik tidak hanya dimaknai dari keluhan yang dirasakan, tetapi juga melalui perubahan cara informan memperhatikan kesehatan dirinya. Rasa mudah lelah pada awal pengobatan dan pengalaman melihat kondisi ODHA lain yang memburuk menjadi pengalaman yang membuat informan menyadari bahwa kondisi kesehatan perlu dijaga secara aktif. Kesadaran tersebut berbeda dengan kebiasaan informan sebelum terdiagnosis yang cenderung kurang memperhatikan kesehatan. Setelah menjalani pengobatan, pemeriksaan rutin dan perhatian terhadap kondisi tubuh menjadi bagian dari kesehariannya. Hal ini menunjukkan adanya perubahan hubungan informan dengan tubuhnya, dari sebelumnya kurang memberikan perhatian menjadi lebih sadar dan bertanggung jawab dalam menjaga kesehatan. Dengan demikian, pengalaman fisik setelah diagnosis tidak hanya menjadi sumber tekanan, tetapi juga menjadi pengalaman yang mendorong terbentuknya perilaku menjaga kesehatan secara lebih konsisten.

Hasil wawancara dengan ketiga informan pendukung mengonfirmasi adanya perubahan kondisi fisik pada informan utama setelah menjalani pengobatan. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) melihat bahwa kondisi fisik Informan pertama saat ini jauh lebih baik dibandingkan sebelumnya, yang terlihat dari peningkatan berat badan dan hanya adanya keluhan ringan. Pada Informan kedua, informan pendukung (W.I.P.M.2) mengonfirmasi bahwa terdapat pengalaman keluhan yang dirasakan selama menjalani pengobatan, meskipun kondisi tersebut tidak berlangsung terus-menerus. Sementara itu, Informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) melihat kondisi Informan ketiga tetap baik dan tampak sehat selama menjalani pengobatan secara teratur. Keterangan tersebut menunjukkan bahwa kondisi fisik informan mengalami perubahan setelah menjalani terapi, tetapi pengalaman dan respons terhadap perubahan tersebut berbeda pada masing-masing informan.

Temuan tersebut diperkuat oleh informan kunci (W.I.K.S) selaku Konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang (W.I.K.S). Menurut informan kunci, penurunan kondisi fisik dapat menjadi bagian dari pengalaman yang memperberat stres pasien, terutama ketika muncul keluhan seperti mudah lelah, tubuh mengalami penurunan kondisi, gangguan tidur, atau efek samping pengobatan yang mengganggu aktivitas. Kondisi fisik dan psikologis juga dapat saling memengaruhi, sehingga ketika kondisi tubuh menurun, pasien dapat merasa lebih terbatas dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Keterangan tersebut memberikan konteks bahwa pengalaman fisik pada ODHA tidak berdiri sendiri, tetapi berkaitan dengan kondisi psikologis dan proses pengobatan yang dijalani.

Hasil observasi selama proses wawancara juga menunjukkan bahwa kondisi fisik ketiga informan pada saat penelitian berlangsung tampak baik. Ketiganya dapat mengikuti proses wawancara hingga selesai, berbicara dengan lancar, dan tidak menunjukkan keluhan fisik yang berarti selama proses wawancara. Kondisi tersebut sejalan dengan keterangan informan bahwa keluhan fisik yang berat lebih banyak dialami pada masa sebelumnya, sedangkan saat penelitian kondisi kesehatan mereka relatif stabil setelah menjalani

pengobatan. Hasil observasi memperlihatkan bahwa pengalaman kondisi fisik yang pernah menjadi sumber tekanan tidak selalu menetap, tetapi dapat mengalami perubahan seiring membaiknya kondisi kesehatan. Dengan demikian, faktor fisik tidak hanya berkaitan dengan munculnya keluhan atau penurunan kondisi tubuh, tetapi juga dengan bagaimana pengalaman tersebut dimaknai dan kemudian memengaruhi perilaku informan dalam mempertahankan kesehatannya.

Tabel 4.7 Rekapitulasi Sumber Penyebab Stres

No	Informan Utama	Faktor psikologis	Faktor Sosial	Faktor Ekonomi	Faktor Fisik
1.	(W.I.U.P.1)	Kadang-kadang	Setiap saat/sering	Setiap saat/sering	Tidak ditemukan
2.	(W.I.U.N.2)	Setiap saat/sering	Setiap saat/sering	Kadang-kadang	Tidak ditemukan
3.	(W.I.U.A.3)	Setiap saat/sering	Setiap saat/sering	Tidak ditemukan	Tidak ditemukan

3. Persepsi *Coping Stress*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan penulis kepada 3 orang informan utama, mengenai strategi *coping stress* yang terbagi menjadi dua jenis yaitu *coping* berfokus pada masalah dan *coping* berfokus pada emosi. Berikut adalah kutipannya :

a. Koping Berfokus Masalah (Problem Focused Coping)

Kutipan 1

“Saya punya jadwal minum obat setiap hari jam 9 pagi. Kalau mau pergi saya selalu ingat bawa obat supaya tidak terlambat minum. Saya juga sering ikut kegiatan kelompok sebaya karena suami ketuanya, seperti pertemuan dan pendampingan ODHA, jadi bisa saling berbagi pengalaman dengan teman-teman. Waktu suami saya mendapat perlakuan diskriminatif karena pelabelan tempat makan B20 pada tempat makan suami saya di rumah sakit, kami langsung menyampaikan dan melapor ke pihak rumah sakit sampai akhirnya

kode itu dihilangkan.” (W.I.U.P.1)

Kutipan 2

“Aku tinggal kerja atau jualan aja supaya gak kepeikiran. Aku pernah konsultasi ke puskesmas tanya tentang HIV itu gimana karena waktu awal terinfeksi aku belum paham. Pernah juga konsultasi sama melapor ke dokter ahli bedah yang bantu aku melahirkan di rumah sakit. Aku tanya tentang penyebaran status dari ibu bidan itu, dari dokter bertanya siapa nama bidannya, kurang lebih setelah setahun saya dapat kabar kalau bidan itu dipindahkan ke pusban. Kalau untuk jadwal minum obat, sekarang malah jarang ku minum capek soalnya, tapi kalau ambil obat tetap rutin kalau gak diambil takut ditanya sama petugasnya”(W.I.U.N.2)

Kutipan 3

“Saya ikut kelompok sebaya. Kalau ada ODHA yang baru didiagnosis biasanya saya dampingi ke puskesmas atau rumah sakit untuk pengobatan. Saya juga pernah ikut pelatihan seperti penguatan mental, keterampilan kerja untuk ODHA, lalu ilmu itu saya bagikan lagi ke teman-teman ODHA. Selain itu, kalau untuk saya sendiri saya selalu mengatur jadwal minum obat. Kalau lupa, begitu ingat langsung saya minum. Anak dan istri juga selalu mengingatkan kalau sudah waktunya minum obat” (W.I.U.A.3)

Kutipan 4

“Sering jalan-jalan ketemu teman sebaya ibu” (W.I.P.D.1)

Kutipan 5

“Biasa saya temani ambil obat ke puskesmas. Kalau masalah disebarkan dia ada konsultasi ke petugas sana karena awalnya gak tau penularan penyakitnya kayak apa” (W.I.P.M.2)

Kutipan 6

“Bapak ketua kelompok sebaya, jadi paling kumpul sama teman-temannya”(W.I.P.D.3)

Kutipan 7

“Setiap pasien itu beda-beda ya, ada yang mereka pakai salah satunya atau ada juga yang keduanya. Untuk coping yang berfokus pada masalah biasanya

mereka lewat konseling personal ke kami. Mereka tanya penularannya gimana pas awal diagnosis, cara minum obat, atau kadang sekedar curhat masalah mereka. Jadi mereka mencari informasi dan solusi terhadap masalah yang sedang dihadapi”(W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap ketiga informan utama mengenai koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*), diketahui bahwa seluruh informan berupaya menghadapi permasalahan yang muncul akibat HIV/AIDS melalui tindakan yang berorientasi pada penyelesaian masalah. Meskipun bentuk upaya yang dilakukan berbeda, seluruh informan menunjukkan kecenderungan untuk mencari solusi terhadap masalah yang dihadapi, baik melalui pengelolaan pengobatan, mencari informasi, memanfaatkan dukungan kelompok sebaya, maupun menyelesaikan persoalan yang muncul selama menjalani kehidupan sebagai ODHA.

Pengalaman Informan pertama (W.I.U.P.1) menunjukkan bahwa berbagai peristiwa yang pernah dialaminya membentuk keyakinan bahwa masalah tidak dapat diselesaikan hanya dengan menerima keadaan, tetapi perlu dihadapi melalui tindakan yang nyata. Pengalaman tersebut membuat informan memandang keteraturan menjalani pengobatan, keterlibatan dalam kelompok sebaya, serta keberanian memperjuangkan hak ketika mengalami perlakuan yang tidak sesuai sebagai bagian dari upaya mempertahankan kehidupan. Bagi informan, penyelesaian masalah tidak hanya dimaknai sebagai cara mengatasi kesulitan yang sedang dihadapi, tetapi juga sebagai bentuk tanggung jawab terhadap dirinya sendiri agar pengalaman buruk yang pernah dialami tidak terulang kembali.

Pengalaman Informan kedua (W.I.U.N.2) menunjukkan bahwa upaya menghadapi masalah tidak hanya dimaknai sebagai usaha mencari jalan keluar, tetapi juga sebagai cara mempertahankan kendali atas kehidupan yang sempat terganggu setelah mengetahui status HIV/AIDS. Pengalaman menghadapi kebingungan pada awal diagnosis, mencari informasi kepada tenaga kesehatan, hingga melaporkan dugaan pelanggaran kerahasiaan pasien mencerminkan kebutuhan informan untuk memperoleh kepastian dan rasa aman terhadap

kondisi yang dialaminya. Namun, pengalaman tersebut juga memperlihatkan adanya makna yang berbeda dalam menjalani pengobatan.

Meskipun informan tetap rutin mengambil obat ARV di fasilitas kesehatan, tindakan tersebut belum sepenuhnya didorong oleh kesadaran akan pentingnya terapi, melainkan lebih dipengaruhi oleh keinginan untuk menghindari pertanyaan atau teguran dari petugas kesehatan apabila tidak mengambil obat. Kondisi ini menunjukkan bahwa penyelesaian masalah yang dilakukan informan masih bersifat selektif, yaitu telah berkembang pada aspek pencarian informasi dan penyelesaian konflik, tetapi belum sepenuhnya diikuti oleh komitmen internal dalam menjalankan pengobatan. Temuan ini memperlihatkan bahwa penggunaan *problem focused coping* pada Informan 2 masih dipengaruhi oleh motivasi eksternal, sehingga terdapat kesenjangan antara tindakan mengakses layanan kesehatan dan kepatuhan menjalani terapi sehari-hari.

Pengalaman Informan ketiga (W.I.U.A.3) menunjukkan bahwa proses menghadapi masalah berkembang seiring perjalanan hidup yang dijalani sebagai ODHA. Pengalaman selama menjalani pengobatan, mengikuti pendampingan, serta berinteraksi dengan sesama ODHA membentuk pemahaman bahwa pengalaman pribadi dapat menjadi sumber pembelajaran bagi orang lain. Oleh karena itu, penyelesaian masalah tidak lagi dimaknai hanya sebagai upaya mempertahankan kondisi dirinya sendiri, tetapi juga sebagai bentuk kontribusi untuk membantu ODHA lain menghadapi situasi serupa. Pengalaman tersebut menunjukkan bahwa kemampuan menghadapi masalah telah berkembang menjadi bagian dari makna hidup yang dibangun informan selama menjalani pengobatan.

Hasil wawancara dengan informan pendukung mengonfirmasi pengalaman yang disampaikan oleh ketiga informan utama. Informan pendukung pertama (W.I.P.D.1) menjelaskan bahwa informan memang aktif mengikuti kegiatan bersama kelompok sebaya, sehingga menunjukkan bahwa keterlibatan dalam kelompok tersebut menjadi bagian dari kehidupan sehari-harinya. Informan pendukung kedua (W.I.P.M.2) juga membenarkan bahwa

informan rutin mengambil obat dan memanfaatkan konsultasi dengan tenaga kesehatan ketika menghadapi persoalan terkait HIV. Sementara itu, informan pendukung ketiga (W.I.P.D.3) menyampaikan bahwa informan memiliki peran aktif sebagai ketua kelompok sebaya dan sering berinteraksi dengan sesama ODHA, sehingga keterlibatan tersebut bukan sekadar pengalaman sesaat, tetapi telah menjadi bagian dari aktivitas yang dijalani secara konsisten.

Informan kunci (W.I.K.S) yaitu Konselor HIV/AIDS di Puskesmas Rapak Mahang turut memperkuat temuan tersebut dengan menjelaskan bahwa pasien yang menggunakan koping berfokus pada masalah umumnya berusaha mencari informasi, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, serta mencari solusi terhadap persoalan yang dihadapi selama menjalani pengobatan. Meskipun bentuk tindakan setiap pasien berbeda, tujuan yang ingin dicapai relatif sama, yaitu memperoleh jalan keluar terhadap masalah yang dihadapi sehingga pasien dapat lebih mampu menjalani kehidupannya.

Hasil observasi selama proses wawancara juga mendukung temuan tersebut. Ketiga informan mampu menjelaskan pengalaman mereka secara runtut, menunjukkan pemahaman yang baik mengenai pengobatan yang dijalani, serta mampu menjelaskan langkah-langkah yang dilakukan ketika menghadapi berbagai permasalahan. Selama wawancara berlangsung, ketiga informan tampak kooperatif, mampu memberikan jawaban yang sesuai dengan pengalaman yang diceritakan. Temuan observasi tersebut memperkuat hasil wawancara bahwa ketiga informan cenderung menghadapi permasalahan melalui tindakan yang berorientasi pada penyelesaian masalah.

Secara keseluruhan, hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa upaya penyelesaian masalah yang dilakukan ketiga informan tidak hanya bergantung pada kemampuan individu, tetapi juga didukung oleh keterlibatan keluarga selama menjalani kehidupan dengan HIV/AIDS. Keluarga berperan dalam mengingatkan jadwal pengobatan, mendampingi saat mengakses layanan kesehatan, serta memberikan dukungan ketika informan menghadapi berbagai persoalan terkait HIV/AIDS. Kehadiran keluarga memberikan rasa aman sehingga informan lebih mampu mempertahankan berbagai upaya yang

dilakukan untuk mengatasi masalah. Dengan demikian, penyelesaian masalah pada ketiga informan tidak sepenuhnya dilakukan secara individual, tetapi berlangsung dalam konteks hubungan dengan keluarga yang turut berkontribusi terhadap keberlangsungan proses *coping*.

b. Koping Berfokus Pada Emosi (*Emotion Focused Coping*)

Kutipan 8

“Untuk penerimaan diri saya rasa saya dan suami sudah sangat terbuka terkait status kesehatan. Kami jadikan ini sebagai pengalaman supaya bisa patuh pengobatan. Sekarang kalau lagi stres saya lebih ke ibadah dek, ambil air wudhu, sholat. Beda sama dulu, karena masih muda kalau sedang stres ya mencari hiburan seperti karaoke karena sudah faktor usia saya coba kegiatan yang bisa dilakukan dirumah saja” (W.I.U.P.1)

Kutipan 9

“Kalau sekarang ya aku menerima aja, karena kupikir aku makan gak minta mereka, jadi mau diomongin kayak gimana pun aku biarkan aja sekarang gak diambil pusing, yang penting anak sehat semua. Terus kalau memang lagi banyak pikiran atau capek aku salat aja sih atau banyakin istirahat kayak tidur” (W.I.U.N.2)

Kutipan 10

“Kepada siapapun saya sudah berani terbuka tentang status saya, dengan begitu saya harap bisa jadi contoh untuk ODHA yang lain kalau HIV itu bukan sebuah aib. Kita sama-sama manusia dan punya hak yang sama juga jangan sampai takut sama stigma atau diskriminasi yang masih ada, anggap saja mungkin mereka masih belum paham. Untuk sekarang saya lebih banyak ke kerjaan mbak, tapi kalau lagi dirumah mungkin istirahat saja sambil lihat-lihat berita di media sosial.” (W.I.U.A.3)

Kutipan 11

“Ya tadi paling sholat” (W.I.P.D.1)

Kutipan 12

“Dia sih kalau stres atau capek banyak istirahata kayak tidur atau larinya ke sholat” (W.I.P.M.2)

Kutipan 13

“Bapak itu rajin kerja sih kak, paling kalau lagi capek ya istirahat aja di rumah”(W.I.P.D.3)

Kutipan 14

“Untuk coping yang berfokus pada emosi bentuknya bermacam-macam. Ada yang rutin berkumpul dengan teman sebaya atau pendamping untuk berbagi cerita supaya tidak merasa sendirian. Ada juga yang lebih mendekatkan diri kepada Tuhan melalui ibadah agar lebih tenang dan bisa menerima keadaan. Selain itu, ada yang mencari kesibukan lain seperti bekerja, jualan, memasak, tidur, atau aktivitas lainnya supaya pikirannya tidak hanya fokus pada penyakit. Tapi ada juga coping yang kurang baik, misalnya menarik diri dari lingkungan atau terlalu larut dalam suatu aktivitas. Karena itu kami selalu mendampingi melalui konseling supaya pasien dapat mengelola emosinya ke arah yang lebih positif” (W.I.K.S)

Berdasarkan hasil wawancara kepada ketiga informan utama, diketahui bahwa *coping* berfokus pada emosi dimaknai sebagai cara untuk memperoleh ketenangan ketika menghadapi berbagai tekanan akibat HIV/AIDS. Meskipun seluruh informan berupaya mengelola emosi yang muncul, setiap informan menunjukkan pengalaman yang berbeda dalam memaknai proses tersebut sesuai dengan perjalanan hidup yang telah dilalui sejak mengetahui status HIV/AIDS.

Pengalaman Informan pertama (W.I.U.P.1) memperlihatkan bahwa ketenangan yang dirasakan saat ini lahir dari proses panjang dalam memaknai kembali kehidupan setelah melewati berbagai pengalaman yang hampir mengancam keberlangsungan hidupnya. Bagi informan, HIV tidak lagi dipandang sebagai akhir dari kehidupan, melainkan sebagai pengalaman yang mengubah cara dirinya memahami arti kesehatan, kehidupan, dan hubungan dengan Tuhan. Pengalaman tersebut membuat orientasi hidup informan bergeser, dari keinginan menghindari tekanan menjadi upaya menjalani kehidupan dengan lebih bermakna. Dalam konteks ini, ibadah tidak sekadar menjadi aktivitas keagamaan, tetapi dimaknai sebagai ruang untuk berdamai dengan pengalaman hidup yang pernah dialami. Ketenangan yang muncul bukan

karena masalah telah selesai, melainkan karena informan telah menemukan cara baru untuk menerima dirinya sebagai ODHA.

Pengalaman Informan kedua (W.I.U.N.2) menunjukkan bahwa sumber tekanan yang paling bermakna bagi dirinya bukan lagi berkaitan dengan status HIV yang dimiliki, tetapi dengan kemungkinan dampak yang dapat dirasakan oleh anak-anaknya. Pengalaman menghadapi stigma mengubah cara informan memandang dirinya sebagai seorang ibu. Informan tidak lagi menempatkan dirinya sebagai pihak yang paling menderita, melainkan lebih memusatkan perhatian pada bagaimana kondisi tersebut dapat memengaruhi kehidupan anak-anaknya di masa depan. Pergeseran makna tersebut menunjukkan bahwa penerimaan yang dialami bukan berarti luka emosional telah hilang, tetapi karena identitasnya sebagai seorang ibu menjadi lebih dominan daripada identitasnya sebagai ODHA. Oleh karena itu, berbagai cara yang dilakukan untuk memperoleh ketenangan merupakan upaya mempertahankan peran tersebut agar tetap dapat menjalani kehidupan dan mendampingi anak-anaknya.

Pengalaman Informan ketiga (W.I.U.A.3) memperlihatkan bahwa HIV dimaknai sebagai pengalaman yang membentuk tanggung jawab sosial terhadap orang lain. Setelah melalui proses penerimaan diri, informan tidak lagi memandang status HIV sebagai identitas yang harus disembunyikan, tetapi sebagai pengalaman hidup yang dapat digunakan untuk memberikan harapan kepada ODHA lain. Keterbukaan yang ditunjukkan bukan semata-mata bentuk keberanian, melainkan hasil dari perubahan cara memaknai stigma yang sebelumnya dianggap sebagai ancaman menjadi kesempatan untuk mengurangi kesalahpahaman masyarakat. Dengan demikian, pengalaman hidup sebagai ODHA tidak hanya mengubah cara informan memandang dirinya sendiri, tetapi juga mengubah makna keberadaannya dalam kehidupan sosial sebagai seseorang yang dapat memberi manfaat bagi orang lain.

Informan pendukung juga memperkuat hasil informan utama bahwa perubahan yang dialami ketiga informan tidak hanya dirasakan oleh informan sendiri, tetapi juga tampak dalam kehidupan sehari-hari. Orang-orang terdekat mengamati bahwa masing-masing informan memiliki cara yang berbeda dalam

memperoleh ketenangan, namun seluruhnya menunjukkan perubahan dibandingkan pada masa awal mengetahui diagnosis. Hal tersebut mengindikasikan bahwa proses pengelolaan emosi yang dimaknai oleh informan telah menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari dan terlihat melalui perilaku yang konsisten menurut pengamatan keluarga.

Selain itu menurut informan kunci (W.I.K.S), kemampuan setiap ODHA dalam mengelola emosi berkembang melalui proses yang berbeda-beda sesuai dengan pengalaman hidup yang dijalani selama menjalani pengobatan. Sebagian pasien memperoleh ketenangan melalui pendekatan spiritual, sebagian melalui aktivitas sehari-hari, sedangkan pasien lain masih memerlukan pendampingan karena belum mampu menerima kondisinya secara utuh. Penjelasan tersebut memperkuat bahwa proses pengelolaan emosi bukan merupakan pengalaman yang sama pada setiap ODHA, tetapi dipengaruhi oleh bagaimana masing-masing individu memaknai perjalanan hidupnya setelah diagnosis.

Hasil observasi juga memperkuat temuan tersebut. Selama proses wawancara, ketiga informan mampu mempertahankan komunikasi dan menjelaskan pengalaman hidupnya secara terbuka. Meskipun Informan 2 masih menunjukkan respons emosional ketika membahas pengalaman yang berkaitan dengan anak dan stigma, ekspresi tersebut tidak menghambat kemampuannya untuk melanjutkan wawancara. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengalaman emosional yang pernah dialami masih memiliki makna bagi informan, namun tidak lagi menguasai keseluruhan kehidupannya.

Berdasarkan pengalaman ketiga informan, *coping* berfokus pada emosi dimaknai sebagai proses membangun kembali ketenangan batin setelah diagnosis HIV/AIDS. Meskipun bentuk *coping* yang digunakan berbeda, seluruh informan menunjukkan adanya perubahan cara memaknai tekanan yang dialami, sehingga perhatian mereka tidak lagi berpusat pada penyakit, tetapi beralih pada hal-hal yang dianggap lebih bermakna, seperti kesehatan, keluarga, pekerjaan, maupun hubungan spiritual dengan Tuhan.

Tabel 4.8 Rekapitulasi Domain Persepsi Coping Stress

No	Informan Utama	Dimensi	
		Coping Berfokus Masalah	Coping Berfokus Emosi
1.	Informan 1 (W.I.U.P.1)	Setiap saat/sering	Kadang-kadang
2.	Informan 2 (W.I.U.N.2)	Setiap saat/sering	Kadang-kadang
3.	Informan 3 (W.I.U.A.3)	Setiap saat/sering	Kadang-kadang

C. Pembahasan

Berdasarkan pemaparan hasil wawancara mendalam yang telah dipaparkan, bagian ini akan membahas lebih lanjut mengenai analisis *coping stress* terhadap kesehatan mental Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Rapak Mahang, Kota Tenggara. Adapun temuan di lapangan akan diuraikan secara mendalam sebagai berikut :

a. Tingkatan Stres

Stres merupakan respon fisiologis dan psikologis yang muncul ketika seseorang menghadapi tuntutan atau tekanan lingkungan yang melebihi kemampuan individu tersebut (Zafar *et al.*, 2021). Berdasarkan intensitas dan dampaknya, stres umumnya dikategorikan menjadi tiga tingkatan yaitu ringan, sedang, dan berat. Stres ringan bermanifestasi sebagai respons adaptif jangka pendek tanpa mengganggu aktivitas, sedangkan stres sedang mulai menurunkan konsentrasi dan memicu kelelahan fisik akibat tekanan berkepanjangan. Pada tingkat tertinggi, stres berat muncul sebagai respon maladaptif kronis yang dapat meningkatkan risiko seperti depresi (Güven *et al.*, 2025).

1. Stres Ringan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stres ringan yang dialami ketiga informan tidak menggambarkan hilangnya tekanan psikologis sepenuhnya, melainkan menunjukkan adanya perubahan dalam cara memaknai pengalaman hidup dengan HIV/AIDS. Meskipun sumber stres masih berasal dari faktor internal maupun eksternal, tekanan tersebut hanya muncul pada situasi tertentu dan tidak lagi mendominasi kehidupan sehari-hari. Pada penelitian ini, sumber

stres internal tampak ketika informan mengalami perubahan kondisi emosional, sedangkan sumber stres eksternal berasal dari stigma, diskriminasi, maupun pengalaman sosial yang pernah dialami. Namun, seluruh informan telah mampu membatasi pengaruh pemicu tersebut sehingga tidak berkembang menjadi tekanan psikologis yang menetap maupun mengganggu aktivitas sehari-hari.

Temuan tersebut dapat dijelaskan melalui *Cognitive Appraisal Theory* yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1984). Menurut teori ini, respons stres dipengaruhi oleh bagaimana individu melakukan penilaian (*primary appraisal*) terhadap suatu peristiwa serta bagaimana individu menilai kemampuan dirinya dalam menghadapi peristiwa tersebut (*secondary appraisal*). Pada awal diagnosis, HIV/AIDS dipersepsikan sebagai ancaman terhadap kehidupan, identitas diri, dan masa depan sehingga memunculkan tekanan psikologis yang berat. Namun, setelah menjalani berbagai pengalaman hidup, memperoleh pengetahuan mengenai HIV/AIDS, menjalani terapi ARV, serta beradaptasi dengan kondisi yang dialami, ketiga informan mulai melakukan penilaian ulang terhadap penyakitnya. HIV/AIDS tidak lagi dipandang sebagai ancaman yang sepenuhnya berada di luar kendali, tetapi sebagai kondisi kronis yang dapat dikelola. Perubahan cara memaknai pengalaman tersebut menyebabkan tekanan emosional yang masih muncul tidak lagi berkembang menjadi stres yang berkepanjangan.

Selain itu, penelitian ini menunjukkan bahwa perubahan tingkat stres tidak hanya dipengaruhi oleh penerimaan terhadap diagnosis HIV/AIDS, tetapi juga oleh perubahan prioritas hidup setiap informan. Informan pertama lebih berfokus menjaga kondisi kesehatannya setelah pernah mengalami komplikasi berat akibat tidak menjalani terapi. Informan kedua lebih memusatkan perhatian pada tanggung jawab sebagai seorang ibu sehingga pengalaman diskriminasi tidak lagi menjadi pusat kehidupannya. Sementara itu, informan ketiga mulai memandang HIV sebagai penyakit yang dapat dikendalikan setelah memperoleh pengetahuan dari tenaga kesehatan dan kelompok sebaya. Perubahan prioritas tersebut menyebabkan berbagai pemicu stres masih tetap

ada, tetapi tidak lagi dimaknai sebagai ancaman yang menguasai kehidupan mereka.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Audina & Tobing., (2023) yang menyatakan bahwa ODHA yang mampu menerima kondisinya cenderung memiliki tekanan psikologis yang lebih ringan serta mampu mempertahankan fungsi sosial dan aktivitas sehari-hari. Namun, penelitian ini memberikan temuan yang lebih spesifik bahwa penurunan tingkat stres tidak terjadi karena hilangnya sumber tekanan, melainkan karena berubahnya cara individu memaknai sumber tekanan tersebut. Stigma, diskriminasi, maupun pengalaman masa lalu masih tetap menjadi pemicu stres, tetapi tidak lagi memiliki makna ancaman yang sama seperti pada awal diagnosis sehingga pengaruhnya terhadap kondisi psikologis menjadi lebih terbatas.

Dengan demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa stres ringan pada ODHA merupakan bentuk adaptasi psikologis yang ditandai oleh perubahan cara memaknai HIV/AIDS dan berbagai pengalaman yang menyertainya. Temuan ini memperlihatkan bahwa keberhasilan adaptasi tidak hanya ditentukan oleh lamanya hidup dengan HIV/AIDS ataupun lamanya menjalani terapi ARV, tetapi juga oleh kemampuan individu membangun makna yang lebih adaptif terhadap penyakit, pengalaman hidup, serta peran yang ingin dipertahankan. Perubahan makna tersebut memungkinkan individu tetap menjalankan fungsi sosial, mempertahankan aktivitas sehari-hari, dan tidak membiarkan HIV/AIDS menjadi pusat identitas maupun kehidupannya.

2. Stres Sedang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman stres sedang pada ketiga informan mengalami perubahan seiring proses adaptasi terhadap HIV/AIDS. Pada fase awal diagnosis, tekanan psikologis lebih banyak dipengaruhi oleh kondisi diri sebagai individu yang hidup dengan HIV/AIDS, seperti penurunan kondisi kesehatan, stigma, maupun ketidakpastian terhadap penyakit yang dialami. Namun, pada saat penelitian dilakukan, tekanan tersebut tidak lagi berpusat pada diagnosis HIV/AIDS. Sebaliknya, sumber stres bergeser pada upaya mempertahankan peran yang dianggap penting dalam kehidupan, seperti

kemampuan menjalankan aktivitas secara mandiri, memenuhi tanggung jawab sebagai orang tua, serta memikirkan masa depan anak. Temuan ini menunjukkan bahwa stres sedang pada ODHA tidak lagi didominasi oleh penyakit yang diderita, melainkan oleh tanggung jawab hidup yang masih harus dijalankan.

Temuan tersebut dapat dijelaskan melalui *Cognitive Appraisal Theory* yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1984). Menurut teori ini, respons stres dipengaruhi oleh cara individu menilai suatu peristiwa serta sumber daya yang dimiliki untuk menghadapinya. Pada awal diagnosis, HIV/AIDS dipersepsikan sebagai ancaman utama karena berkaitan dengan ketidakpastian kondisi kesehatan, ketakutan terhadap kematian, serta stigma yang berkembang di masyarakat. Setelah menjalani proses adaptasi, memperoleh pengalaman, menjalani terapi ARV, dan memahami bahwa HIV dapat dikendalikan, ketiga informan mulai melakukan penilaian ulang terhadap penyakit yang dialaminya. Akibatnya, HIV tidak lagi dipandang sebagai ancaman utama, tetapi sebagai bagian dari kehidupan yang harus dikelola.

Perubahan penilaian tersebut menyebabkan fokus tekanan psikologis ikut berubah. Ketika ancaman terhadap penyakit mulai dapat diterima, perhatian informan beralih pada tuntutan menjalankan peran sosial yang dianggap lebih bermakna. Informan pertama lebih memikirkan kemampuan mempertahankan kemandirian setelah pernah mengalami kelumpuhan akibat komplikasi HIV/AIDS. Informan kedua lebih memusatkan perhatian pada kesejahteraan dan masa depan anaknya sebagai seorang ibu. Sementara itu, informan ketiga lebih mengkhawatirkan kemampuan melindungi anak-anaknya dari stigma apabila suatu saat dirinya tidak lagi mendampingi mereka. Hal ini menunjukkan bahwa perubahan orientasi stres terjadi karena informan tidak lagi menilai HIV sebagai ancaman terbesar, melainkan lebih memaknai tanggung jawab terhadap keluarga sebagai prioritas utama dalam kehidupannya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh Ekayani *et al.*, (2025) yang menunjukkan bahwa tingkat stres pada ODHA dipengaruhi

oleh kemampuan individu dalam beradaptasi terhadap perubahan setelah diagnosis HIV/AIDS. Individu yang masih menghadapi tekanan psikososial, stigma, maupun tanggung jawab keluarga cenderung tetap mengalami tekanan psikologis meskipun telah mampu menerima diagnosis yang dialaminya. Namun, penelitian ini memberikan temuan yang lebih spesifik. Tekanan psikologis pada tingkat stres sedang tidak lagi muncul karena ketakutan terhadap HIV/AIDS itu sendiri, tetapi karena adanya perubahan orientasi sumber stres menuju peran hidup yang dianggap paling bermakna. Dengan demikian, yang berubah bukan hanya tingkat stres, melainkan juga makna dari sumber tekanan yang dialami oleh ODHA.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa stres sedang pada ODHA merupakan fase transisi dalam proses adaptasi psikologis. Pada fase ini, individu telah mampu menerima HIV/AIDS sebagai bagian dari kehidupannya sehingga penyakit tidak lagi menjadi pusat tekanan psikologis. Akan tetapi, tekanan emosional masih muncul ketika individu dihadapkan pada tanggung jawab hidup yang dipandang memiliki nilai paling besar, terutama peran sebagai orang tua maupun kemampuan mempertahankan kemandirian. Temuan ini memperlihatkan bahwa keberhasilan adaptasi psikologis pada ODHA tidak hanya ditandai oleh menurunnya tingkat stres, tetapi juga oleh berubahnya orientasi sumber stres dari ancaman terhadap diri sendiri menjadi kekhawatiran terhadap keberlangsungan peran dan tanggung jawab sosial yang dimiliki.

3. Stres Berat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh informan pernah mengalami stres berat pada fase awal setelah didiagnosis HIV/AIDS, namun kondisi tersebut tidak lagi menjadi karakteristik yang dominan pada saat penelitian dilakukan. Pada awal diagnosis, HIV dimaknai sebagai ancaman yang mengubah cara informan memandang dirinya, kehidupan, serta masa depannya. Ancaman tersebut tidak hanya berasal dari penyakit yang diderita, tetapi juga dari stigma masyarakat, ketidakpastian terhadap kehidupan, serta kekhawatiran mengenai keluarga. Meskipun demikian, proses adaptasi yang

dialami setiap informan berlangsung secara berbeda. Informan 1 dan Informan 3 telah mampu melewati fase krisis psikologis, sedangkan Informan 2 masih memperlihatkan respons emosional ketika membahas pengalaman stigma dan masa depan anak, meskipun tidak lagi memenuhi karakteristik stres berat secara keseluruhan.

Temuan tersebut dapat dijelaskan melalui *Cognitive Appraisal Theory* yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1984). Teori ini menjelaskan bahwa stres muncul bukan semata-mata karena adanya suatu peristiwa, tetapi karena bagaimana individu menilai (*appraisal*) peristiwa tersebut sebagai ancaman terhadap kehidupannya. Pada fase awal diagnosis, ketiga informan menilai HIV sebagai ancaman yang melampaui kemampuan mereka untuk mengatasinya sehingga memunculkan respons psikologis yang sangat berat, seperti rasa putus asa, penolakan, menarik diri dari lingkungan, hingga munculnya keinginan mengakhiri hidup pada sebagian informan. Namun, setelah memperoleh pengalaman menjalani pengobatan, pengetahuan mengenai HIV/AIDS, dukungan dari tenaga kesehatan maupun kelompok sebaya, terjadi proses reappraisal sehingga HIV tidak lagi dipersepsikan sebagai akhir kehidupan, tetapi sebagai kondisi yang masih dapat dikendalikan. Perubahan cara memaknai penyakit inilah yang menyebabkan intensitas stres berat berangsur menurun.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuniarti *et al.*, (2021) yang menunjukkan bahwa dukungan sosial berperan penting dalam membantu ODHA melewati fase krisis psikologis setelah diagnosis. Dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan, maupun kelompok sebaya membantu individu membangun penerimaan diri sehingga tekanan psikologis berangsur menurun.

Selain itu, penelitian oleh Silalahi & Fitriani, (2024) yang menjelaskan bahwa pendampingan kelompok sebaya tidak hanya meningkatkan kepatuhan terhadap terapi ARV, tetapi juga membantu ODHA membangun harapan hidup melalui proses berbagi pengalaman dengan individu yang memiliki kondisi serupa.

Namun demikian, penelitian ini juga menemukan bahwa berkurangnya stres berat tidak selalu berarti seluruh sumber tekanan psikologis telah hilang. Pada Informan 2, keputusan untuk tetap membatasi keterbukaan status HIV bukan lagi didorong oleh penolakan terhadap penyakit, melainkan sebagai strategi untuk melindungi diri dan keluarganya dari kemungkinan stigma serta diskriminasi yang pernah dialami sebelumnya. Temuan ini menunjukkan bahwa proses adaptasi psikologis pada ODHA berlangsung secara dinamis. Tekanan psikologis dapat berkurang, tetapi pengalaman negatif yang pernah dialami tetap memengaruhi cara individu mengambil keputusan dalam kehidupan sosialnya.

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Novitarum *et al.*, (2022) yang menunjukkan bahwa keterbukaan diri (*self-disclosure*) berhubungan dengan tingkat stres, di mana individu yang masih membatasi pengungkapan kondisi dirinya cenderung mempertahankan beban psikologis karena terus mempertimbangkan risiko penolakan dari lingkungan.

Temuan penelitian ini memberikan makna bahwa stres berat pada ODHA lebih tepat dipahami sebagai fase adaptasi daripada kondisi yang bersifat menetap. Lamanya seseorang hidup dengan HIV/AIDS tidak secara otomatis menentukan rendahnya tingkat stres, tetapi dipengaruhi oleh bagaimana individu memaknai diagnosis, memperoleh informasi mengenai penyakit, menerima dukungan sosial, serta membangun kembali harapan terhadap kehidupannya. Dengan demikian, penelitian ini memperkuat bahwa perubahan penilaian terhadap HIV/AIDS menjadi faktor penting yang menentukan perubahan tingkat stres dari berat menuju tingkat yang lebih adaptif. Implikasi praktis dari temuan ini adalah bahwa pelayanan HIV/AIDS tidak cukup berfokus pada aspek klinis dan kepatuhan terapi, tetapi juga perlu menyediakan pendampingan psikososial sejak awal diagnosis agar ODHA mampu melewati fase krisis psikologis sebelum berkembang menjadi masalah kesehatan mental yang lebih berat.

Oleh karena itu, kondisi psikologis ODHA perlu dipahami tidak hanya dari kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari, tetapi juga melalui

pengalaman subjektif, dukungan sosial, serta tekanan psikososial yang menyertai perjalanan hidup mereka dengan HIV/AIDS. Oleh karena itu, hasil penelitian ini sudah sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu menganalisis tingkatan stres pada kesehatan mental Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).

b. Sumber Penyebab Stres

Penyebab stres merupakan berbagai tekanan atau tuntutan yang dapat memicu munculnya respons stres pada individu. Sumber stres dapat berasal dari faktor psikologis, faktor sosial, faktor ekonomi, maupun faktor fisik yang dialami individu (Siti Nur Asiyah, 2013). Pemahaman mengenai pengalaman stres yang dialami ODHA menjadi penting untuk menggambarkan bagaimana mereka memaknai dan menjalani kondisi kehidupan sehari-hari setelah mengetahui status HIV/AIDS yang dimiliki.

Pengalaman tersebut muncul dalam berbagai sumber yang dirasakan informan, mencakup tekanan psikologis, tantangan dalam hubungan sosial, keterbatasan ekonomi, serta keluhan fisik yang menyertai perjalanan hidup mereka. Melalui penggalian pemahaman secara mendalam, penelitian ini berupaya memahami makna yang diberikan informan terhadap berbagai situasi yang mereka hadapi serta bagaimana pengalaman tersebut memengaruhi kondisi kesehatan mental mereka dalam menjalani kehidupan sehari-hari serta dalam terapi pengobatan.

1. Faktor Psikologis

Ditinjau dari faktor psikologis, hasil penelitian menunjukkan bahwa tekanan psikologis pada ODHA bersifat dinamis dan mengalami perubahan seiring proses penerimaan diri serta perjalanan hidup informan. Pada fase awal diagnosis, tekanan terutama muncul karena HIV/AIDS dimaknai sebagai ancaman terhadap diri sendiri dan kehidupan yang selama ini dijalani. Kondisi tersebut terlihat dari munculnya ketidakpercayaan terhadap diagnosis, perasaan putus asa, hingga keinginan untuk mengakhiri hidup. Namun, pengalaman tersebut tidak menetap. Seiring bertambahnya pengalaman menjalani pengobatan, pemahaman mengenai HIV/AIDS, serta kemampuan menerima kondisi diri, tekanan psikologis mulai berkurang.

Perubahan tersebut juga terlihat dari bergesernya sumber kekhawatiran.

Setelah mulai menerima kondisi dirinya, tekanan psikologis pada sebagian informan tidak lagi terutama berkaitan dengan penyakit yang dialami, tetapi berhubungan dengan peran dan tanggung jawab terhadap anak serta keluarga. Kekhawatiran tersebut menunjukkan bahwa penerimaan diri tidak berarti seluruh tekanan menghilang, melainkan sumber tekanan dapat berubah sesuai dengan hal yang dianggap penting oleh individu. Bagi informan yang memiliki anak, kondisi HIV/AIDS kemudian dimaknai tidak hanya sebagai persoalan pribadi, tetapi juga sebagai kekhawatiran terhadap masa depan dan kesejahteraan anak.

Temuan tersebut sejalan dengan *Cognitive Appraisal Theory* dari Lazarus dan Folkman (1984), yang menjelaskan bahwa stres tidak semata-mata ditentukan oleh peristiwa yang terjadi, tetapi oleh bagaimana individu menilai peristiwa tersebut sebagai ancaman, kerugian, atau tantangan (*primary appraisal*) dan menilai kemampuan dirinya untuk menghadapinya (*secondary appraisal*). Pada awal diagnosis, HIV/AIDS dinilai sebagai ancaman besar sehingga menimbulkan tekanan psikologis. Seiring bertambahnya pengetahuan, pengalaman menjalani pengobatan, dukungan sosial, dan penerimaan diri, penilaian terhadap kondisi tersebut berubah sehingga informan menjadi lebih mampu mengelola kehidupannya. Namun, appraisal terhadap ancaman tetap dapat muncul dalam bentuk kekhawatiran baru, terutama yang berkaitan dengan anak dan keluarga.

Temuan penelitian ini juga didukung oleh studi literatur Heru, Atika *et al.*, (2024) yang menyatakan bahwa stigma, baik yang berasal dari diri sendiri maupun dari lingkungan, dapat meningkatkan tekanan psikologis pada ODHA serta memengaruhi keputusan individu dalam mengungkapkan status HIV/AIDS. Selain itu, penelitian oleh Pujiati *et al.*, (2021) juga membuktikan bahwa kurangnya pemahaman masyarakat yang berujung pada stigma negatif berkorelasi signifikan terhadap tingginya risiko depresi dan tekanan emosional pada penderita HIV/AIDS di awal masa pengobatan. Hasil tersebut sejalan dengan temuan penelitian ini yang menunjukkan bahwa tekanan psikologis tidak hanya dipengaruhi oleh diagnosis HIV/AIDS, tetapi juga oleh

kekhawatiran terhadap penolakan sosial serta dampaknya terhadap kehidupan keluarga.

Namun demikian, penelitian ini menunjukkan temuan yang lebih mendalam dibandingkan penelitian sebelumnya. Tekanan psikologis tidak berhenti pada fase penolakan terhadap diagnosis, tetapi mengalami pergeseran makna seiring perjalanan hidup informan. Setelah penerimaan diri mulai terbentuk, fokus tekanan tidak lagi berada pada penyakit yang diderita, melainkan pada kekhawatiran terhadap kesejahteraan anak, keluarga, dan konsekuensi sosial yang mungkin mereka alami. Temuan ini menunjukkan bahwa pengalaman psikologis ODHA bersifat dinamis dan terus berkembang mengikuti perubahan peran, tanggung jawab, serta pengalaman hidup masing-masing individu.

2. Faktor Sosial

Ditinjau dari faktor sosial, hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber stres pada ODHA tidak hanya berkaitan dengan ada atau tidaknya stigma dan diskriminasi, tetapi terutama dengan rasa aman, penerimaan, dukungan, dan kendali individu terhadap status HIV/AIDS dalam lingkungan sosialnya. Dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi sumber kekuatan yang membantu informan menghadapi tekanan, sedangkan stigma, diskriminasi, dan terbukanya status tanpa persetujuan menjadi pengalaman yang dapat menghilangkan rasa aman tersebut.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial berperan sebagai pelindung ketika informan menghadapi tekanan dari lingkungan. Penerimaan dari keluarga dan orang terdekat memberikan keyakinan bahwa status HIV/AIDS tidak menghilangkan posisi informan dalam hubungan sosial maupun keluarga. Hal ini membuat tekanan dari lingkungan luar tidak sepenuhnya berkembang menjadi tekanan psikologis. Temuan penelitian ini sejalan dengan Teori Dukungan Sosial (*Social Support Theory*) yang dikemukakan oleh Cohen dan Wills (1985) sebagaimana didukung oleh penelitian Brown *et al.*, (2024) yang menjelaskan bahwa dukungan sosial dapat berfungsi sebagai sumber daya yang membantu individu menghadapi situasi

penuh tekanan. Dukungan emosional, penerimaan, maupun bantuan dari orang terdekat dapat mengurangi dampak negatif stres karena individu tidak menghadapi masalah seorang diri. Dalam konteks penelitian ini, keluarga dan orang terdekat menjadi sumber dukungan yang membantu informan mempertahankan rasa aman ketika menghadapi stigma dari lingkungan.

Sebaliknya, stigma menjadi lebih menekan ketika informan merasa kehilangan kendali terhadap informasi mengenai status kesehatannya. Persoalan tersebut tidak hanya terletak pada adanya pembicaraan atau penilaian negatif dari lingkungan, tetapi pada hilangnya kesempatan bagi individu untuk menentukan siapa yang boleh mengetahui statusnya. Kondisi tersebut dapat membuat lingkungan sosial dipersepsikan sebagai tempat yang tidak aman dan mendorong individu menjadi lebih berhati-hati dalam berinteraksi maupun membuka status.

Selain itu, hasil temuan tersebut juga sejalan dengan teori *HIV Stigma Framework* oleh Earnshaw & Chaudoir (2009) dalam Fauk *et al.*, (2021) yang menjelaskan bahwa stigma HIV dapat muncul dalam bentuk prasangka, stereotip, diskriminasi, serta kekhawatiran individu terhadap kemungkinan perlakuan negatif apabila statusnya diketahui. Dalam penelitian ini, kekhawatiran tersebut tidak hanya mendorong informan untuk membatasi keterbukaan status, tetapi juga memengaruhi rasa aman dalam berinteraksi dengan lingkungan.

Keputusan untuk membatasi keterbukaan status dalam penelitian ini juga tidak selalu menunjukkan bahwa informan belum menerima kondisi dirinya. Sebaliknya, menyembunyikan status dapat menjadi bentuk perlindungan diri dan upaya mempertahankan kendali terhadap kehidupan sosial. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Fahrul *et al.*, (2021) yang menunjukkan bahwa ODHA cenderung merahasiakan status kesehatannya ketika memperkirakan adanya stigma atau penolakan dari lingkungan sosial. Namun, penelitian ini menunjukkan makna yang lebih spesifik, yaitu bahwa keputusan untuk merahasiakan status tidak selalu menunjukkan ketidakmampuan menerima diri, tetapi dapat menjadi strategi untuk mempertahankan kendali atas

kehidupan sosial dan melindungi keluarga dari konsekuensi stigma

Keputusan untuk membatasi keterbukaan status dalam penelitian ini juga tidak selalu menunjukkan bahwa informan belum menerima kondisi dirinya. Sebaliknya, menyembunyikan status dapat menjadi bentuk perlindungan diri dan upaya mempertahankan kendali terhadap kehidupan sosial. Temuan mengenai masih adanya pemahaman yang keliru di masyarakat menunjukkan bahwa stigma terhadap ODHA tidak hanya berkaitan dengan sikap negatif, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh keterbatasan pengetahuan mengenai HIV/AIDS. Pemahaman yang salah mengenai cara penularan HIV dapat menimbulkan persepsi bahwa interaksi sehari-hari dengan ODHA memiliki risiko penularan, sehingga mendorong munculnya perilaku menjauh atau memperlakukan ODHA secara berbeda. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa edukasi mengenai HIV/AIDS masih diperlukan untuk membantu masyarakat memperoleh informasi yang benar mengenai cara penularan dan cara berinteraksi dengan ODHA.

Temuan tersebut dapat dijelaskan melalui pendekatan *Knowledge, Attitude and Practice* (KAP) yang dikemukakan oleh Green dan Kreuter (2005), yang menempatkan pengetahuan sebagai salah satu faktor yang berperan dalam pembentukan sikap dan perilaku kesehatan. Dalam penelitian ini, pemahaman yang tidak tepat mengenai HIV dapat membentuk persepsi yang keliru mengenai risiko penularan, yang selanjutnya dapat memengaruhi sikap dan perilaku masyarakat terhadap ODHA.

Dengan demikian, rasa aman menjadi hal yang menentukan apakah lingkungan sosial dipersepsikan sebagai sumber dukungan atau sumber tekanan bagi ODHA. Dukungan dan penerimaan memberikan rasa aman, sedangkan stigma, diskriminasi, kurangnya pemahaman, serta hilangnya kendali atas status HIV dapat menghilangkan rasa aman tersebut. Perubahan pengalaman keterbukaan status pada salah satu informan juga menunjukkan bahwa ketika penerimaan dan pemahaman meningkat, hubungan individu dengan lingkungan sosial dapat berubah. Hal ini menunjukkan bahwa faktor sosial dalam pengalaman stres ODHA bersifat dinamis dan sangat dipengaruhi

oleh kualitas hubungan serta kondisi lingkungan tempat individu berada.

3. Faktor Ekonomi

Ditinjau dari faktor ekonomi, hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidakstabilan pendapatan dan tanggung jawab memenuhi kebutuhan keluarga sehari-hari menjadi sumber stres yang dialami informan. Namun, bentuk tekanan ekonomi yang muncul pada ketiga informan berbeda dari beberapa persoalan ekonomi yang umumnya dapat dialami ODHA, seperti biaya pengobatan, transportasi, maupun kesulitan memperoleh pekerjaan. Dalam penelitian ini, pengobatan telah ditanggung melalui BPJS dan informan tidak mengalami penolakan pekerjaan karena status HIV. Faktor ekonomi lebih banyak berkaitan dengan bagaimana kebutuhan keluarga tetap dapat dipenuhi ketika pendapatan terbatas atau tidak menentu.

Pengalaman masing-masing informan menunjukkan bahwa kondisi ekonomi tidak selalu dimaknai dengan cara yang sama. Informan pertama merasakan tekanan ketika pendapatan keluarga tidak stabil karena berbagai kebutuhan seperti cicilan, biaya sekolah anak, dan kebutuhan rumah tangga tetap harus dipenuhi. Informan kedua lebih banyak menghadapi banyaknya kebutuhan dan tanggungan keluarga dengan cara menyesuaikan pengeluaran sesuai kemampuan. Sementara itu, informan ketiga memandang kondisi ekonomi sebagai bagian dari tanggung jawab untuk tetap bekerja dan memperoleh penghasilan. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa tekanan ekonomi tidak hanya ditentukan oleh kondisi pendapatan, tetapi juga oleh bagaimana informan memaknai tanggung jawab ekonomi dalam keluarga.

Perbedaan tersebut terlihat lebih jelas pada Informan 1 dan Informan 3 yang merupakan pasangan. Meskipun berada dalam kondisi keluarga dan sumber ekonomi yang sama, keduanya menunjukkan cara pandang yang berbeda terhadap kondisi ekonomi. Informan pertama lebih memandang kondisi ekonomi dari sisi kecukupan dan pemenuhan berbagai kebutuhan keluarga. Sebagai pihak yang lebih banyak memikirkan kebutuhan rumah tangga, pertimbangan ekonomi yang muncul tidak hanya berkaitan dengan ada atau tidaknya pendapatan, tetapi juga bagaimana pendapatan tersebut dapat

mencukupi kebutuhan anak, pendidikan, cicilan, dan kebutuhan sehari-hari lainnya.

Sementara itu, Informan 3 lebih menekankan kemampuannya untuk tetap bekerja dan memperoleh penghasilan bagi keluarga. Selama dirinya masih mampu bekerja dan kebutuhan keluarga masih dapat dicukupkan, kondisi ekonomi tidak dipandang sebagai sumber tekanan yang dominan. Perbedaan ini menunjukkan bahwa satu kondisi ekonomi dapat dimaknai secara berbeda karena adanya perbedaan peran dan tanggung jawab yang dijalankan dalam rumah tangga. Informan 1 tampak lebih banyak memaknai persoalan ekonomi dari sisi bagaimana berbagai kebutuhan dapat dipenuhi, sedangkan laki-laki lebih menekankan kemampuan untuk menghasilkan pendapatan sebagai bentuk tanggung jawab terhadap keluarga.

Temuan juga sejalan dengan Teori *Family Stress Model* oleh Conger & Conger, dalam Zietz *et al.*, (2023) yang menjelaskan bahwa kesulitan ekonomi dapat menimbulkan tekanan ketika sumber daya yang dimiliki keluarga dirasakan tidak cukup untuk memenuhi berbagai kebutuhan dan tanggung jawab. Dalam penelitian ini, tekanan muncul ketika pendapatan tidak stabil sementara kebutuhan keluarga tetap harus dipenuhi.

Temuan tersebut dapat dipahami melalui konsep peran gender dalam keluarga. Menurut Aziz (2018), pembagian peran dalam keluarga dapat memengaruhi bagaimana laki-laki dan perempuan menjalankan serta memaknai tanggung jawab ekonomi. Dalam penelitian ini, informan perempuan lebih banyak berhadapan dengan kebutuhan dan pengelolaan pengeluaran keluarga sehingga kondisi pendapatan dipersepsikan dari sisi kecukupan berbagai kebutuhan. Sementara itu, informan laki-laki lebih memaknai kondisi ekonomi melalui tanggung jawabnya sebagai pencari nafkah.

Hasil tersebut juga sejalan dengan penelitian Mulyanti., (2024) yang menjelaskan bahwa faktor sosial-ekonomi memiliki hubungan dengan kualitas hidup ODHA. Keterbatasan sumber daya ekonomi dapat meningkatkan beban yang dirasakan individu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari dan

mempertahankan kondisi kesehatannya. Akan tetapi, besarnya tekanan yang dirasakan tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi ekonomi itu sendiri, melainkan juga oleh peran, tanggung jawab, dan cara individu memaknai kondisi tersebut.

Dengan demikian, temuan utama pada faktor ekonomi lebih berpusat pada pemenuhan kebutuhan dan keberlangsungan kehidupan keluarga sehari-hari. Ketidakstabilan pendapatan menjadi sumber stres ketika informan merasa harus memenuhi berbagai kebutuhan keluarga dengan sumber daya yang terbatas. Namun, makna tekanan tersebut dipengaruhi oleh peran dan tanggung jawab yang dijalankan dalam keluarga, sehingga kondisi ekonomi yang sama tidak selalu menghasilkan pengalaman stres yang sama pada setiap informan.

4. Faktor Fisik

Ditinjau dari faktor fisik, hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman terhadap kondisi tubuh dan proses menjalani terapi menjadi bagian yang membentuk cara informan memaknai penyakit dan menjaga kesehatannya. Meskipun kondisi fisik ketiga informan relatif stabil saat penelitian berlangsung, pengalaman kesehatan yang pernah dialami tetap memengaruhi cara mereka merespons penyakit. Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor fisik tidak hanya berkaitan dengan munculnya keluhan tubuh, tetapi juga dengan makna yang terbentuk dari pengalaman kesehatan yang telah dilalui

Pengalaman ketiga informan menunjukkan bahwa kondisi fisik dimaknai secara berbeda. Pada Informan 1, pengalaman kesehatan sebelumnya menjadi titik balik yang memperkuat kesadaran terhadap pentingnya pengobatan. Informan 2 menunjukkan bahwa kondisi fisik yang membaik belum sepenuhnya menghilangkan beban dalam menjalani terapi karena pengobatan jangka panjang dapat menimbulkan kejenuhan. Sementara itu, Informan 3 mengalami perubahan dalam cara memandang kesehatan setelah diagnosis, sehingga perhatian terhadap kondisi tubuh menjadi lebih besar dibandingkan sebelumnya. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa pengalaman fisik tidak selalu menjadi sumber tekanan secara langsung, tetapi dapat membentuk cara individu beradaptasi terhadap penyakit dan pengobatan. Hal tersebut

menunjukkan adanya dua sisi dalam pengalaman fisik ODHA. Di satu sisi, kondisi kesehatan dan tuntutan menjalani terapi dalam jangka panjang dapat menjadi sumber tekanan. Di sisi lain, pengalaman tersebut dapat menjadi pengalaman belajar yang mendorong kesadaran dan perubahan perilaku kesehatan.

Temuan ini sejalan dengan konsep *Illness Perception* dalam *Self-Regulation Model* yang dikemukakan oleh Leventhal (2003), sebagaimana didukung oleh penelitian Miru & Siswanto., (2023). Konsep tersebut menjelaskan bahwa cara individu memahami dan memaknai penyakit memengaruhi respons serta perilaku dalam menghadapi kondisi kesehatan. Dalam penelitian ini, pengalaman kesehatan yang dialami informan membentuk pemahaman mengenai pentingnya mempertahankan kondisi kesehatan dan menjalani pengobatan. Dengan demikian, perilaku kesehatan informan tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan mengenai HIV/AIDS, tetapi juga oleh pengalaman langsung yang membentuk persepsi terhadap penyakit dan konsekuensinya. Selain itu, dalam konsep promosi kesehatan teori *Lawrence Green* oleh Green & Kreuter., (2005) menjelaskan bahwa dukungan keluarga merupakan reinforcing factor yang membantu individu mempertahankan perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan menjalani terapi.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Handayani & Susanti., (2024) yang menunjukkan bahwa kondisi kesehatan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap munculnya stres pada ODHA. Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan oleh Sitorus *et al.*, (2021) yang menjelaskan bahwa efek samping terapi antiretroviral masih menjadi tantangan yang sering dihadapi ODHA selama menjalani pengobatan. Adanya efek samping tersebut dapat menimbulkan ketidaknyamanan fisik yang berpotensi memengaruhi kondisi psikologis individu.

Dengan demikian, temuan utama pada faktor fisik adalah bahwa pengalaman terhadap kondisi tubuh dan terapi membentuk cara informan memaknai penyakit serta mempertahankan kesehatannya. Pengalaman kesehatan dapat menjadi titik balik yang meningkatkan kepatuhan, tetapi

keberlanjutan terapi juga dapat menjadi tantangan ketika menimbulkan kejenuhan. Hal tersebut menunjukkan bahwa faktor fisik tidak hanya berkaitan dengan kondisi tubuh saat penelitian berlangsung, tetapi juga dengan pengalaman kesehatan sebelumnya, persepsi terhadap penyakit, dan kemampuan individu mempertahankan perilaku kesehatan dalam jangka panjang.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber penyebab stres pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) berasal dari faktor psikologis, sosial, ekonomi, dan fisik yang saling berkaitan. Dari keempat faktor tersebut, faktor sosial berupa stigma dan diskriminasi menjadi sumber tekanan yang paling dominan. Tekanan sosial tersebut terutama berpengaruh pada kondisi psikologis informan, seperti munculnya rasa takut, kecemasan, tekanan emosional, serta pertimbangan dalam membuka atau menyembunyikan status HIV. Sementara itu, faktor ekonomi dan fisik juga menjadi sumber tekanan, tetapi lebih banyak muncul sesuai dengan kondisi dan pengalaman masing-masing informan.

Temuan ini menunjukkan bahwa faktor sosial menjadi pemicu yang paling kuat terhadap munculnya tekanan psikologis, sedangkan faktor ekonomi dan fisik menjadi sumber tekanan yang muncul dalam pengalaman tertentu. Meskipun demikian, setiap informan memiliki pengalaman yang berbeda karena dipengaruhi oleh proses penerimaan diri, pengalaman hidup, dan dukungan yang dimiliki., sehingga stres pada ODHA dalam penelitian ini tidak dapat dipahami hanya dari satu faktor, tetapi dari bagaimana berbagai pengalaman tersebut saling berkaitan dalam kehidupan masing-masing informan. Oleh karena itu, temuan penelitian ini telah menjawab tujuan penelitian, yaitu menganalisis sumber penyebab stres terhadap kesehatan mental Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).

c. Coping Stress

Strategi *coping* merupakan berbagai upaya kognitif dan perilaku yang dilakukan individu untuk mengelola, mentoleransi, atau mengurangi tuntutan internal maupun eksternal yang dinilai memicu tekanan atau stres. Strategi *coping*

ini secara garis besar diklasifikasikan menjadi dua jenis utama, yaitu *coping* yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*) dan *coping* berfokus pada emosi (*emotion focused coping*) (Lazarus & Folkman, dalam Fatima & Risnawaty, 2023).

Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), pemahaman mengenai strategi *coping* yang digunakan menjadi penting untuk mengetahui bagaimana mereka menghadapi, memaknai, dan beradaptasi dengan berbagai tekanan yang muncul dalam kehidupan sehari-hari. Fenomena *coping* dalam keseharian ODHA digali secara mendalam melalui narasi pengalaman nyata mereka, yang mencakup proses meregulasi emosi akibat beban stigma internal, hingga keberanian mengambil tindakan aktif untuk menyelesaikan tantangan sosial, ekonomi, serta diskriminasi institusional. Pemahaman terhadap aspek *coping* ini sangat krusial, karena kesiapan individu dalam mengelola emosi serta ketegasan sikap dalam menyelesaikan masalah harian menjadi kunci penting bagi mereka untuk beradaptasi dan menjaga keberlanjutan pengobatan yang dijalani (Salami *et al.*, 2021).

1. Coping Berfokus Pada Masalah (*Problem Focused Coping*)

Ditinjau dari *problem focused coping*, hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh informan menggunakan strategi *coping* yang berfokus pada penyelesaian masalah secara langsung, namun dengan bentuk yang berbeda sesuai pengalaman masing-masing.

Informan pertama dan informan kedua menunjukkan kecenderungan menggunakan strategi *problem focused coping* melalui upaya menyelesaikan masalah yang dihadapi secara langsung. Keduanya menerapkan *planful problem solving* dengan tetap menjalankan aktivitas produktif sesuai kondisi masing-masing. Informan pertama memilih menyesuaikan aktivitas sehari-hari dan tetap aktif dalam kelompok teman sebaya, sedangkan informan kedua mempertahankan pekerjaannya dengan berjualan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga.

Selain itu, kedua informan juga menerapkan *confrontative coping* dan *seeking social support* ketika menghadapi pelanggaran kerahasiaan status HIV

oleh tenaga kesehatan. Keduanya memilih berkonsultasi langsung dengan dokter untuk memperoleh penjelasan, menyampaikan keberatan, serta mencari solusi atas permasalahan yang dialami. Perbedaannya, pada informan pertama tindakan tersebut lebih didorong oleh keinginan memperoleh kejelasan terkait pelanggaran privasi medis, sedangkan pada informan kedua selain mencari kejelasan, tindakan tersebut juga bertujuan memperoleh informasi mengenai penularan HIV serta menghadapi tekanan sosial akibat tersebarnya status kesehatannya.

Berbeda dengan kedua informan tersebut, informan ketiga menunjukkan *problem focused coping* melalui keterlibatan aktif dalam kegiatan pendampingan sesama ODHA. Selain tetap menjalankan pekerjaannya, informan secara rutin mendampingi pasien yang baru memulai pengobatan serta membagikan pengetahuan yang diperoleh dari berbagai pelatihan dan pengalaman yang dimilikinya. Aktivitas tersebut dimaknai sebagai cara untuk menghadapi berbagai tantangan yang pernah dialaminya sekaligus membantu orang lain yang berada pada kondisi serupa.

Temuan penelitian ini sejalan dengan teori *coping stress* lazarus & Folkman (1984) dalam Cohrdes *et al.*, (2023), yang menjelaskan bahwa *problem focused coping* digunakan ketika individu menilai bahwa sumber stres masih dapat diubah atau dikendalikan melalui tindakan tertentu. Dalam penelitian ini, strategi tersebut digunakan untuk memperoleh informasi, menentukan langkah penyelesaian, mencari bantuan, dan menghadapi persoalan secara langsung. Hal ini menunjukkan bahwa informan tidak hanya berusaha mengurangi tekanan yang dirasakan, tetapi juga berupaya memperoleh kembali kendali terhadap situasi yang dihadapi.

Penggunaan *problem focused coping* lebih berperan dalam mengurangi dan mengendalikan tekanan daripada menghilangkan stres sepenuhnya. Informasi, bantuan, dan penyelesaian terhadap masalah tertentu dapat mengurangi ketidakpastian serta membantu informan menghadapi tekanan dengan lebih terarah. Namun, HIV/AIDS beserta konsekuensi yang menyertainya tetap menjadi bagian dari kehidupan sehingga tidak seluruh

sumber stres dapat dihilangkan melalui *coping*. Sehingga keberhasilan *coping* lebih terlihat dari kemampuan informan dalam mengelola tekanan dan tetap menjalankan kehidupannya.

Salah satu bentuk yang ditemukan adalah *seeking social support* melalui keluarga, kelompok sebaya, dan tenaga kesehatan. Hal ini dapat dijelaskan melalui teori dukungan sosial House (1981), yang membagi dukungan sosial menjadi dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penilaian (*appraisal*). Dalam penelitian ini, keluarga terutama berperan melalui bantuan nyata dan informasi yang membantu informan menghadapi persoalan kesehatan maupun kehidupan sehari-hari. Dengan demikian, dukungan keluarga tidak hanya menjadi bentuk perhatian, tetapi juga menjadi sumber daya yang memperkuat kemampuan informan dalam menyelesaikan masalah.

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Huang et al. (2021) yang menunjukkan bahwa orang dengan HIV memperoleh dukungan keluarga dalam bentuk fisik, psikologis, informasional, sosial, spiritual, dan praktis. Selain itu, penelitian oleh Repål et al., (2022) menemukan bahwa dukungan sebaya membantu ODHA memperoleh dukungan sosial, berbagi pengalaman, dan mengurangi perasaan terisolasi akibat stigma. Kedua penelitian tersebut memperkuat temuan bahwa dukungan dari lingkungan dapat menjadi sumber daya penting dalam menghadapi berbagai tekanan selama menjalani kehidupan dengan HIV/AIDS.

Namun, penelitian ini memberikan temuan yang lebih spesifik bahwa *problem focused coping* pada ODHA tidak hanya digunakan untuk menghadapi persoalan pengobatan, tetapi juga untuk mempertahankan kendali atas kehidupan setelah diagnosis, seperti menghadapi persoalan sosial, menjaga kerahasiaan status kesehatan, mempertahankan fungsi sosial dan ekonomi, serta membantu sesama ODHA. Secara fenomenologis, *coping* tersebut dimaknai sebagai usaha untuk tetap memiliki kendali terhadap bagian kehidupan yang masih dapat diupayakan ketika tidak semua kondisi dapat diubah. Dengan demikian, *problem focused coping* bukan berarti menghilangkan stres, tetapi membantu informan mengubah cara menghadapi

tekanan sehingga tetap mampu menjalani kehidupan dengan HIV/AIDS.

2. Coping Berfokus Pada Emosi (*Emotion Focused Coping*)

Ditinjau dari *emotion focused coping*, hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga informan menggunakan strategi yang diarahkan untuk mengelola tekanan emosional yang muncul selama menjalani kehidupan dengan HIV/AIDS. Bentuk *coping* yang ditemukan meliputi penerimaan diri, pendekatan spiritual melalui ibadah, mengalihkan perhatian melalui aktivitas sehari-hari, serta beristirahat ketika menghadapi kelelahan atau tekanan. Meskipun bentuknya berbeda, strategi tersebut menunjukkan adanya usaha untuk memperoleh ketenangan dan mengurangi beban emosional ketika menghadapi kondisi yang tidak sepenuhnya dapat diubah.

Temuan penelitian ini sejalan dengan teori *coping stress* Lazarus & Folkman (1984) dalam Cohrdes *et al.*, (2023) yang menjelaskan bahwa *emotion focused coping* digunakan ketika individu berusaha mengatur respons emosional terhadap situasi yang menimbulkan stres, terutama ketika kondisi tersebut tidak sepenuhnya dapat diubah. Dalam penelitian ini, *coping* tersebut menunjukkan bahwa informan tidak hanya berusaha menghindari tekanan, tetapi mencari cara agar tetap mampu menjalani kondisi yang dihadapi.

Penggunaan *emotion focused coping* dalam penelitian ini lebih berperan dalam mengurangi dan mengendalikan tekanan emosional daripada menghilangkan stres sepenuhnya. Ibadah, istirahat, maupun aktivitas sehari-hari tidak mengubah kondisi HIV/AIDS dan berbagai persoalan yang menyertainya, tetapi membantu informan memperoleh ketenangan sehingga tekanan tidak terus menguasai pikiran dan aktivitasnya. Dengan demikian, perubahan yang terjadi bukan terletak pada hilangnya sumber stres, tetapi pada kemampuan informan untuk merespons tekanan dengan cara yang lebih dapat dikendalikan.

Temuan penting lainnya adalah penerimaan diri berlangsung sebagai suatu proses. Penerimaan tidak muncul secara langsung setelah diagnosis, tetapi berkembang melalui pengalaman menjalani penyakit, menghadapi stigma, memperoleh pemahaman mengenai HIV/AIDS, serta menjalani kehidupan

dalam waktu yang panjang. Seiring proses tersebut, HIV/AIDS tidak lagi menjadi satu-satunya pusat perhatian informan. Perhatian mulai bergeser kepada keluarga, kesehatan, pekerjaan, hubungan dengan Tuhan, dan hal-hal yang dianggap bermakna dalam kehidupan.

Temuan ini sejalan dengan Salami et al. (2021) yang menemukan bahwa ODHA menggunakan *emotion focused coping* melalui penerimaan kondisi, berserah kepada Tuhan, pengalihan masalah, dan usaha untuk bangkit. Audina dan Tobing (2023) juga menunjukkan bahwa penerimaan diri pada ODHA berkaitan dengan proses menghadapi berbagai pengalaman psikososial, termasuk stigma dan diskriminasi.

Selain penerimaan diri, ibadah menjadi salah satu sumber ketenangan dalam mengelola tekanan emosional. Dalam penelitian ini, ibadah tidak hanya digunakan untuk mengalihkan pikiran dari masalah, tetapi menjadi cara informan menenangkan diri dan menerima keadaan yang tidak sepenuhnya dapat dikendalikan. Temuan ini sejalan dengan Edison et al. (2021) yang menemukan bahwa pengalaman spiritual ODHA mencakup peningkatan aktivitas ibadah, berserah kepada Tuhan, dan penerimaan terhadap kondisi penyakit. Bukhori et al. (2022) juga menemukan bahwa salat, doa, dan dzikir digunakan oleh ODHA Muslim ketika menghadapi stres, kecemasan, ketakutan, dan rasa bersalah serta memberikan ketenangan dalam menghadapi persoalan psikologis. Fauk et al. (2023) turut menunjukkan bahwa doa dapat membantu individu menjadi lebih tenang, berpikir positif, memiliki harapan, dan menerima diagnosis HIV.

Sementara itu, bekerja, beristirahat, dan melakukan aktivitas sehari-hari menunjukkan bahwa informan berusaha memberikan ruang bagi dirinya agar tidak terus-menerus terpusat pada tekanan akibat HIV/AIDS. Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa *emotion focused coping* pada ODHA bukan sekadar cara untuk mengurangi perasaan negatif, tetapi merupakan proses perubahan cara memaknai kehidupan setelah diagnosis. HIV/AIDS yang sebelumnya dapat menjadi sumber ancaman emosional secara bertahap ditempatkan sebagai bagian dari pengalaman hidup. Dengan

demikian, *coping* tersebut tidak menghilangkan stres, tetapi membantu informan agar tidak lagi sepenuhnya dikuasai oleh tekanan, sehingga dapat kembali memusatkan kehidupan pada keluarga, pekerjaan, kesehatan, spiritualitas, dan hal-hal yang dianggap bermakna. Secara fenomenologis, temuan ini menunjukkan bahwa ketenangan yang dirasakan informan bukan karena persoalan telah selesai, melainkan karena mereka telah menemukan cara untuk menerima dan menjalani kehidupan dengan kondisi yang tidak sepenuhnya dapat diubah.

D. Keterbatasan Hasil penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang ditemui selama proses pelaksanaan di lapangan, khususnya yang berkaitan dengan dinamika pengumpulan data kualitatif dalam memperoleh kesediaan informan. Peneliti mengalami kesulitan awal dalam menemukan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) yang bersedia menjadi informan dalam penelitian ini. Hal tersebut disebabkan karena kuatnya stigma sosial yang membuat sebagian besar penderita cenderung menutup diri, menjaga privasi dengan sangat ketat, serta kurang bersedia untuk menceritakan kembali pengalaman pribadi maupun dampak psikologis yang mereka alami.

Namun, hambatan tersebut berhasil diatasi berkat dukungan, pendekatan, dan rekomendasi dari pihak Puskesmas. Pihak Puskesmas membantu memfasilitasi dan menjembatani hubungan antara peneliti dengan calon informan, sehingga peneliti bisa mendapatkan informan yang lebih terbuka dan kooperatif untuk diwawancarai. Dengan demikian, meskipun terdapat kendala pada proses awal, data yang diperoleh tetap kaya akan kedalaman informasi dan mampu menggambarkan esensi mekanisme *coping stress* pada ODHA secara utuh sesuai dengan tujuan penelitian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap informan utama, informan pendukung, dan informan kunci mengenai analisis *coping stress* terhadap kesehatan mental ODHA di wilayah kerja Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggara Tahun 2026, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tingkatan Stres

Pada tingkatan stres, didapatkan bahwa informan berada pada tingkat stres ringan hingga stres sedang. Perbedaan tingkatan stres ini disebabkan oleh adanya tekanan psikologis yang bersifat situasional dan berbeda-beda pada setiap informan.

2. Sumber Penyebab Stres

Sumber penyebab stres pada ODHA berasal dari empat faktor utama, yaitu faktor psikologis, faktor sosial, faktor ekonomi, dan faktor fisik. Dari keempat faktor tersebut, faktor sosial menjadi sumber stres yang paling mendominasi. Pengalaman berupa stigma dan diskriminasi sosial tidak hanya memengaruhi kondisi kesehatan mental informan, tetapi juga mendorong munculnya kekhawatiran, pembatasan keterbukaan status, serta beban emosional yang berkepanjangan.

3. *Coping Stress*

Ketiga informan utama menggunakan kombinasi dari dua jenis strategi, yaitu *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Namun, strategi yang digunakan oleh ketiga informan memiliki kecenderungan lebih dominan pada *problem-focused coping*. Hal ini dilakukan secara nyata melalui pemanfaatan layanan kesehatan, pencarian dukungan sosial, konsultasi aktif dengan tenaga kesehatan, aktif dalam kelompok dukungan sebaya, serta berbagai upaya langsung untuk menghadapi dan menyelesaikan permasalahan yang menjadi sumber stres.

B. Saran

Sebagai tindak lanjut dari temuan dalam penelitian ini, maka disampaikan beberapa saran praktis dan akademis sebagai berikut :

1. Untuk informan utama (ODHA)

Diharapkan ODHA dapat terus mempertahankan kepatuhan dalam menjalani pengobatan, memanfaatkan layanan konseling yang tersedia, serta membangun dukungan sosial yang positif dari keluarga, teman sebaya, maupun tenaga kesehatan. Selain itu, strategi *coping* yang telah digunakan, seperti pendekatan spiritual, pemanfaatan dukungan sosial, dan keterlibatan dalam aktivitas positif, diharapkan dapat terus dipertahankan dan dikembangkan untuk membantu menjaga kesehatan mental serta meningkatkan kualitas hidup

2. Untuk Puskesmas Rapak Mahang

1) Bagi Kepala Puskesmas Rapak Mahang

Diharapkan dapat menetapkan kebijakan penguatan layanan HIV/AIDS yang berorientasi pada kerahasiaan pasien dan kesehatan mental melalui pelaksanaan supervisi berkala, penyusunan SOP perlindungan kerahasiaan status HIV, serta pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan terkait etika pelayanan dan pencegahan stigma serta diskriminasi.

2) Bagi Tim Promosi Kesehatan Puskesmas Rapak Mahang

Melaksanakan edukasi HIV/AIDS dan kampanye anti-stigma secara rutin melalui penyuluhan, media sosial, dan kegiatan lintas sektor di wilayah kerja Puskesmas agar penyuluhan dapat lebih menyeluruh.

3) Bagi Pengelola Program HIV/AIDS dan Konselor

Diharapkan dapat mengembangkan kegiatan pendampingan psikososial dan kelompok dukungan sebaya (*peer support group*) secara rutin bagi ODHA, khususnya bagi pasien yang baru terdiagnosis atau masih mengalami tekanan psikologis dalam menjalani pengobatan.

3. Saran dari informan utama (ODHA)

1) Puskesmas/Dinas Kesehatan

Diharapkan Puskesmas dan Dinas Kesehatan dapat menggiatkan program edukasi serta promosi kesehatan secara berkelanjutan kepada masyarakat luas

mengenai HIV/AIDS, guna mengikis stigma negatif dan perlakuan diskriminatif terhadap ODHA di lingkungan sosial. Serta perlu dilakukannya pelatihan berkala (*workshop*/pembekalan) maupun seleksi/evaluasi internal bagi tenaga kesehatan terkait etika pelayanan, pemahaman mendalam mengenai kondisi ODHA, serta pendekatan emosional yang ramah dan inklusif untuk menjamin pelayanan kesehatan bebas dari diskriminasi.

2) Bagi Tenaga Kesehatan (Nakes)

Diharapkan para tenaga kesehatan dapat mengedepankan sikap empati, profesional, dan non-diskriminatif dalam memberikan pelayanan kepada ODHA, serta terus memperbarui pemahaman mengenai penanganan ODHA agar faskes menjadi tempat yang aman dan nyaman bagi pasien.

4. Untuk peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengkaji lebih mendalam mengenai kesehatan mental ODHA dengan melibatkan informan yang lebih beragam berdasarkan jenis kelamin, usia, lama diagnosis HIV, maupun status keterbukaan (*disclosure status*). Selain itu, penelitian selanjutnya dapat mengeksplorasi faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kesehatan mental ODHA, seperti dukungan keluarga, resiliensi, kualitas hidup, stigma sosial, maupun kepatuhan pengobatan sehingga diperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai kehidupan ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

- Abas, R., Helena, N., Daulima, C., Rachmawati, I. N., Hargiana, G., Ilmu, F., & Universitas, K. (2024). *Jurnal kesehatan*. 17(1), 68–76.
- Abd Basith et al. (2021). *ACADEMIC STRESS AND COPING STRATEGY IN RELATION TO ACADEMIC ACHIEVEMENT*. *Cakrawala Pendidikan*, 40(2), 292–304. <https://doi.org/10.21831/cp.v40i2.37155>
- Afif, H., & Sinaga, F. (2025). *HIV / AIDS*. *Medical Laboratory Journal*, 3(2).
- Agustina & Miman Abdul Rohman. (2024). *COPING STRESS PENDERITA HIV PADA LELAKI SUKA LELAKI (LSL) COPING STRESS IN HIV SUFFERS IN MEN LIKE MEN (MLM)*. *Journal of Scientech Research and Development*, 6(1), 65–77.
- Ahmadi et al, A. (2023). *COVID-19 stress and coping strategies among older adults : a systematic review of qualitative evidences*. *BMC Psychology*, 1–12.
- Al, S. P. H. et. (2022). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TERJADINYA GANGGUAN KESEHATAN MENTAL PADA PENDERITA HIV / AIDS*. *Journal Jmj*, 10.
- Alamsyah Chaerizanis. (2023). *STRATEGI COPING STRES PADA PENDERITA HIV / AIDS DENGAN LATAR BELAKANG PEKERJA SEKS KOMERSIAL DI MAKASSAR*. *Journal of Social Work and Social Services*, 04(2), 93–103.
- Anam Alii, Ali Asad Khan, Sadia Abbas , Ali Salman Khan, E. U. (2022). *Cognitive appraisal, Coping, Stress and Fear Contracting Covid-19 in Working People in Pakistan*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 40(4), 663–682. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00433-z>
- Andeslan, S., Sudarsono, G. R., & Widafina, F. Z. (2024). *Adaptation Of Measuring Instruments : The Adolescent Distress Eustress Scale (The Ades)*. *Indonesian Journal of Social Technology*, 5(11), 5200–5209.
- Andriyani, J. (2019). *STRATEGI COPING STRES DALAM MENGATASI*

PROBLEMA PSIKOLOGIS. *Al Taujih Bimbingan Dan Konseling Islam*, 2(2), 37–55.

Appraisal et al, C. (2025). *Cognitive Appraisal and Stress Coping: Management Strategies Based on Gender Difference in Archery Athletes. Journal of Physical Education, Sport, Health and Recreations*, 14(2), 507–513.

Ardiansyah, S. et al. (2023). KESEHATAN MENTAL.

Audina, P. W., & Tobing, D. H. (2023). *Penerimaan Diri Orang dengan HIV / AIDS : Literature Review*. 7(2), 195–212.

Avramova, N. (2020). *Theoretical Aspects of Stress : A Review Article. Journal Of Medical and Denta SCcience Research*, 7(8), 11–17.

Brown, M. J., Gao, C., Kaur, A., Qiao, S., & Li, X. (2024). *Social Support, Internalized HIV Stigma, Resilience and Depression Among People Living with HIV: A Moderated Mediation Analysis. HHS Public Access*, 27(4), 1106–1115. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03847-7>. Social

Christiani N. Miru, S. (2023). *Self-compassion , persepsi penyakit, dan kualitas hidup orang dengan hiv/aids (odha). Jurnal Psikologi*, 16(2), 228–241.

Cohrdes, C., Baumeister, H., Eicher, S., & Knoll, N. (2023). *Support and meaning focused coping as key factors for maintaining adult quality of life during the COVID-19 pandemic in Germany. Frontiers in Public Health*.

Dinas Kesehatan. (2024). *Data HIV AIDS KUKAR*.

Dinas Kesehatan Kab.Kukar. (2024). *Profil Kesehatan Puskesmas Rapak Mahang Tahun 2024*.

Eny Pujiati, I. N. (2021). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PENDERITA HIV/AIDS (ODHA). Jurnal Profesi Keperawatan*, 8(2), 163–178.

et al, N. (2025). *HIV / AIDS : Update Terkini di Indonesia. Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 3(1).

- Fahrul, A., Affandi, M., Priandono, T. E., Mecca, A., & Husni, A. (2021). *MANAJEMEN KOMUNIKASI TRANSGENDER PSK PENGIDAP HIV / AIDS DALAM MENGHADAPI STIGMA SOSIAL*. *Jurnal Sosial Humaniora*, 12(April), 1–19.
- Fatima, M., & Risnawaty, W. (2023). *GAMBARAN STRATEGI COPING STRESS KARYAWAN SISTEM KERJA REMOTE*. *Phronesis : Ilmiah Psikologi Terapan*, 12(2), 78–87.
- Fauk, N. K., Hawke, K., Mwanri, L., & Ward, P. R. (2021). *Stigma and Discrimination towards People Living with HIV in the Context of Families , Communities , and Healthcare Settings : A Qualitative Study in Indonesia*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Gennaro et al, F. Di. (2024). *Stigma and mental health among people living with HIV across the COVID-19 pandemic : a cross-sectional study*. *BMC Infections Diseases*, 1–8.
- Güven et al, S. (2025). *Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42 and DASS-21) in Patients with Hematologic Malignancies*.
- Gyasi et al, R. M. (2020). *How do lifestyle choices affect the link between living alone and psychological distress in older age ? Results from the AgeHeaPsyWel-HeaSeeB study*. *BMC Public Health*, 1–9.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Hakim, A. N., Kusumawati, A., & Qoimatun, I. (2023). *Tingkat Stres dan Pencapaian Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter : Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 19.
- Handayani, S., & Susanti, D. (2024). *Stress influencing and coping strategies model among people living with HIV / AIDS : a mixed-methods*. *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 2, 54–60.

- Hasibuan et al, E. K. (2019). *Stigma dan diskriminasi serta strategi koping pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di kota Medan , Sumatera Utara. Holistik Jurnal Kesehatan*, 13(4), 396–401.
- Hayati, N. (2021). *KONSEP MANUSIA BERDASARKAN TINJAUAN FILSAFAT (TELAAH ASPEK ONTOLOGI , EPISTEMOLOGI DAN AKSIOLOGI MANUSIA)*. 12(1), 109–131.
- Hong, K. (2023). *Classification of emotional stress and physical stress using a multispectral based deep feature extraction model. Scientific Reports*, 1–18. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29903-3>
- Hrithika Mishra & Dr. G. Anandhi. (2024). *Self-Efficacy and Coping Strategies among Single and Married Indian Adults- A Quasi-Experimental Study. The International Journal Of Indian Psychology*, 12(3). <https://doi.org/10.25215/1203.089>
- Kemenkes. (2018). *NO HIV AIDS, NO STIGMA. Ayosehatkemenkes.Go.Id.* <https://ayosehat.kemkes.go.id/no-hiv-aids-no-stigma>
- Kemenkes. (2022). *Cegah HIV/AIDS, Kemenkes Perluas Akses Pencegahan Pada Perempuan Dan Anak Remaja. Kemkes.Go.Id.* %0A
- Kemenkes RI. (2022). *Komunitas Garda Terdepan Menuju Indonesia Bebas AIDS Tahun 2030. Kemkes.Go.Id.* <https://www.kemkes.go.id/eng/komunitas-garda-terdepan-menuju-indonesia-bebas-aids-tahun-2030>
- Kementrian Kesehatan. (2022). *Profil kesehatan indonesia 2022.*
- Kementrian Kesehatan. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023.*
- Kementrian Kesehatan. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2024.*
- Kementrian Kesehatan. (2025). *Berani Tes, Berani Lindungi Dir, Kemenkes Targetkan Eliminasi HIV dan IMS Tahun 2030. Website Resmi Kementrian Kesehatan.* <https://kemkes.go.id/id/berani-tes-berani-lindungi-diri-kemenkes-targetkan-eliminasi-hiv-dan-ims-tahun-2030>

- Komisi Penanggulangan AIDS Kab.Lombok Barat. (2025). *Bahan Ajar Pencegahan HIV-AIDS*.
- Lotfalizadeh et al, M. (2025). *Resilience and social isolation in people living with HIV : a case study in Iran. BMC Research Notes*.
- Lufiana et al, Y. (2021). *Understanding stigma and coping strategies among HIV-negative Muslim wives in serodiscordant relationships in a Javanese community, Indonesia. Belitung Nursing Journal*, 7(5), 409–417.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Maulidiah Junnatul Azizah Heru, Atika Jatimi, Mukhlis Hidayat, W. H. (2024). *Stigma Pada Penderita HIV/AIDS: A Systematic Review. Indonesian Health Science Journal*, 3(2), 32–38.
- Meissner, M. E., Talledge, N., & Mansky, L. M. (2022). *Molecular Biology and Diversification of Human Retroviruses*. 2(June), 1–18.
<https://doi.org/10.3389/fviro.2022.872599>
- Mulyanti, Dian Meiliani Yulis, H. K. (2024). *Analysis of social determinants with quality of life in people with HIV / AIDS at the voluntary counseling test clinic. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 13(2), 250–256.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v13i2.1211>
- Mustikasari, F. &. (2024). *TINGKAT STRES DAN MEKANISME KOPING SEBELUM DAN SELAMA TERJADI COVID-19 PADA MAHASISWA Fitra. JPPNI*, 08.
- Ninnoni et al, J. P. (2023). *An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis ; the need for early involvement of mental health professionals to improve linkage to care. BMC Public Health*, 1–10.
- Novitarum, L., Derang, I., & Hasibuan, G. F. (2022). *THE RELATIONSHIP OF SELF-DISCLOSURE WITH STRESS LEVEL ON FINAL LEVEL STUDENTS IN DOING THESIS AT STIKES SANTA ELISABETH MEDAN IN 2021. Jurnal*

Eduhealt, 13(01), 129–136.

Pankowski, D., & Pankowska, K. W. (2023). *Turning to Religion During COVID-19 (Part II): A Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression of Studies on the Relationship between Religious Coping and Mental Health throughout COVID-19*. In *Journal of Religion and Health* (Vol. 62, Issue 1). Springer US. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01720-4>

Priharwanti, A., & Raharjo, B. B. (2017). *Problems Focused Coping Penderita HIV Positif Abstrak*. *Public Health Perspective Journal*, 2(2), 131–139.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. EGC.

Ramadhan, D., Esterilita, M., Muhammad, M., Binawan, U., & Ramadhan, D. (2024). *Strategi Coping Orang Dengan HIV / AIDS Dalam Menghadapi Stigma Masyarakat Di Wilayah Jakarta Timur Case Study Yayasan Tegak Tegar Coping Strategies for People with HIV / AIDS in Facing Community Stigma in the East Jakarta Area Case Study of the Tegak Foundation*. 33(1), 651–658.

Ramal Saputra, Agung Waluyo, C. E. (2024). *The Relationship between Distress Tolerance and Spiritual Well-Being towards ARV Therapy Adherence in People Living with HIV / AIDS*. MDPI.

Repål, A. Ø., Berg, R. C., Skogen, V., & Fossum, M. (2022). *Peer support in an outpatient clinic for people living with human immunodeficiency virus : a qualitative study of service users ' experiences*. *BMC Health Services Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07958-8>

Rico januar sitorus et al. (2024). *Epidemiological aspects of hiv-tb co-infection in people with hiv/aids (plwha): a hospital-based study*. *The Indonesian Journal Public Health*, 19(3), 419–429. <https://doi.org/10.20473/ijph.vl19i3.2024>.

Salami, S., Muvira, A. A., & Yualita, P. (2021). *Studi Kualitatif Strategi Koping Penderita HIV AIDS di Kota Bandung*. *Faletehan Health Journal*, 8(1), 22–30.

- Sari, Y. K., & Wardani, I. Y. (2017). *DUKUNGAN SOSIAL DAN TINGKAT STRES ORANG DENGAN HIV / AIDS*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(2), 85–93. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i2.361>
- Silalahi, M., & Fitriani, N. (2024). *Psychological Responses and Coping Mechanisms of Gay Men in Adapting HIV / AIDS: A Qualitative Study*. *Indonesian Contemporary Nursing Journal*, 8(2), 101–111.
- Siti Nur Asiyah. (2013). *PSIKOLOGI KESEHATAN*.
- Sitorus, R. J., Syakurah, R. A., & Natalia, M. (2021). *Efek Samping Terapi Antiretroviral dan Kepatuhan Berobat Penderita HIV / AIDS Side Effects of Antiretroviral Therapy and Medication Adherence among HIV / AIDS Patients*. *Jurnal Kesehatan*, 12, 389–395.
- Sugiyono. (2022). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D (2022nd ed.)*. Alfabeta.
- Syafira Putri Ekayani, Riska Anggita Nawangsih, I. R. P. (2025). *PSYCHOLOGICAL DISTRESS PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DITINJAU DARI TINGKAT RESILIENSI Syafira*. *Psikosains: Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Psikologi*, 20(2), 1–14.
- Un aids. (2024a). *MENGAKHIRI KETIDAKSETARAAN, MENGAKHIRI AIDS STRATEGI AIDS GLOBAL 2021-2026*.
- Un aids. (2024b). *UNAIDS TERMINOLOGY GUIDELINES*.
- WHO. (2025). *Mental Health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2022). *Strategi Sektor Kesehatan Global Terkait HIV, dan Infeksi Menular Seksual 2020-2030*. Who.Int. <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids>
- World Health Organization. (2025). *World Health Organization*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

- Yuniarti, E. V., Setiawan, G. D., Dianova, V. U., & Windartik, E. (2021). *Increasing Self Acceptance of Coping Strategies In People With HIV / AIDS. Journal Of Scientific Research Education, and Technology*, 3(4), 1734–1742.
- Zafar, M. S., Nauman, M., Nauman, H., Nauman, S., Kabir, A., Shahid, Z., Fatima, A., & Batoool, M. (2021). *Impact of Stress on Human Body : A Review. European Journal of Medical and Health Sciences*, 3(3), 1–7.
- Zietz, S., Lansford, J. E., Liu, Q., Long, Q., Oburu, P., Pastorelli, C., Sorbring, E., Skinner, A. T., Steinberg, L., Tapanya, S., Maria, L., Tirado, U., Yotanyamaneewong, S., Alampay, L. P., Al-hassan, S. M., Bacchini, D., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater-deckard, K., ... Gurdal, S. (2023). *A Longitudinal Examination of the Family Stress Model of Economic Hardship in Seven Countries. HHS Public Access*, 1–36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106661.A>

LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Surat Izin Penelitian

	UNIVERSITAS WIDYA GAMA MAHAKAM SAMARINDA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT AKREDITASI BAIK SEKALI SK PENDIRIAN MENDIKBUD NO:0395/0/1986 TANGGAL 23 MEI 1986 SK LAM-PTKes NO: 0117/LAM-PTKes/Akr/Sar/II/2023 TANGGAL 10 FEBRUARI 2023
---	---

Samarinda, 27 Febuari 2026

Nomor : 636/FKM-UWGM/A/II/2026
 Lamp. : -
 Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala UPTD Puskesmas Rapak Mahang
 Di - Tenggarong

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam (FKM-UWGM) Samarinda, kami mohon diberikan kesempatan melakukan penelitian di Puskesmas Rapak Mahang Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

Nama : Dhea Leoita Parama
 NPM : 2213201069
 Peminatan : Promosi Kesehatan
 Judul Karya Ilmiah : **"Analisis Coping Stress Terhadap Kesehatan Mental ODHA Di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang Kota Tenggarong Tahun 2026"**

Demikian, atas bantuan dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.


 Ketua Program Studi
Istianto, SKM., M.Kes
 NIK. 2010.085.116

Contact Person: +6281545733215

Tembusan:

1. Arsip

Telp : (0541) 4121117 Fax : (0541) 736572 Email : fkm@uwgm.ac.id Website : fkm.uwgm.ac.id	<i>Kampus unggul, widyakewirausahaan, gemilang, dan mulia.</i>	Kampus Biru UWGM Gedung C Lantai 1 FKM Jl. K.H. Wahid Hasyim 1, No.28 Rt.08 Samarinda, 75119
--	--	---

Lampiran 2 Surat Balasan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
DINAS KESEHATAN
 Jalan Cut Nyak Dien, Nomor 33, Melayu, Tenggarong, Kutai Kartanegara
 Kalimantan Timur 75512
 Laman : www.dinkes.kutaikartanegarakab.go.id Pos-el : dinaskesehatan.kukar@gmail.com

Tenggarong, 4 Maret 2026

Nomor : B-82/DINKES/000.9.2/03/2026
 Sifat : BIASA
 Lampiran : -
 Hal : **Pemberian Ijin Penelitian**

Yth. Ketua Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Widya Gama Mahakam
 di
 Samarinda

Menindaklanjuti surat dari Ketua Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda, Nomor : 636/FKM-UWGM/A/II/2026 Tanggal 27 Februari 2026 tentang Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini disampaikan bahwa kami menerima dan menyetujui kegiatan mahasiswa/i tersebut dibawah ini :

Nama : Dhea Leonita Parama
 NPM : 2213201069
 Peminatan : Promosi Kesehatan
 Judul Karya Ilmiah : Analisis Coping Stress Terhadap Kesehatan Mental
 ODHA di Wilayah Kerja Puskesmas Rapak Mahang
 Kota Tenggarong Tahun 2026

Demikian disampaikan agar dapat ditindaklanjuti dan dilaksanakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Ditandatangani Secara Elektronik Oleh :

Pt. KEPALA DINAS KESEHATAN

Ns. Kusnandar, SST., M.Adm.Kes
 Pembina Tingkat I



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 3 Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS RAPAK MAHANG
 Jalan Pesut No. 1b, Timbau, Tenggarong, Kutai Kartanegara
 Kalimantan Timur 75511, Telp. (0541) 4118851 Fax : (0541) 4118851
 Email : rapakmahangpuskesmas@gmail.com

SURAT KETERANGAN
Nomor : B-851/DINKES/Pusk-RM/400.7.22.2/04/2026

Dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: SITI AMINAH, SST.,M.Kes
NIP	: 19781030 200212 2 002
Pangkat / Gol	: Penata Tk.I / III D
Jabatan	: Kepala UPTD Puskesmas Rapak Mahang

Menerangkan Bahwa :

Nama	: Dhea Leonita Parama
NPM	: 2213201069
Jurusan	: S1 Kesehatan Masyarakat
Universitas	: Widya Gama Mahakam

Bahwa yang bersangkutan diatas adalah Mahasiswa Universitas Widya Gama Mahakam yang telah melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Rapak Mahang Kecamatan Tenggarong Kabupaten Kutai Kartanegara terhitung mulai tanggal 10 Maret sampai dengan 15 Maret 2026.

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tenggarong, 2 April 2026





Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara
 Kepala UPTD Puskesmas Rapak Mahang
 Siti Aminah, SST., M.Kes
 Penata Tk.I



#bangga
melayani
bangsa



Balai
Sertifikasi
Elektronik

Dokumen ini ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN)

Lampiran 4 Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA (INFORMAN UTAMA)

Kode Informan :

A. Idenitas Informan

Nama (inisial) :

Umur :

Pekerjaan/Jabatan :

Pendidikan Terakhir :

Alamat :

Tanggal Wawancara :

B. Pertanyaan

A. Tingkatan Stress

1. Bisa ceritakan bagaimana perasaan Bapak/Ibu saat pertama kali mengetahui terinfeksi HIV? Apa yang bapak/Ibu rasakan saat itu? Bagaimana cara bapak/ibu menghadapinya?
2. Bagaimana kondisi pikiran atau perasaan Bapak/Ibu saat ini setelah menjalani hidup sebagai ODHA? Apakah ada rasa cemas atau takut? Bagaimana pengaruhnya terhadap aktivitas sehari-hari bapak/Ibu?

3. Stres Ringan

Bisa diceritakan apakah Bapak/Ibu masih merasakan stres atau kecemasan dalam situasi tertentu? Misalnya cemas saat kontrol ke puskesmas, cemas ketika mengingat status atau mendengar orang membicarakan HIV/AIDS, atau perasaan itu masih bisa dikendalikan dan aktivitas sehari-hari tetap berjalan?

4. Stres Sedang

Apakah stres yang Bapak/Ibu rasakan memengaruhi kehidupan sehari-hari? Misalnya jadi sulit tidur (insomnia), sulit berkonsentrasi, mudah cemas atau gelisah hampir setiap hari, dan kewalahan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari

5. Stres Berat

Bisa diceritakan, apakah pernah ada masa ketika Bapak/Ibu merasa sangat tertekan hingga sulit menjalani kehidupan sehari-hari? Misalnya merasa putus asa, menarik diri dari lingkungan, sulit berfikir jernih, kehilangan semangat, gangguan tidur dan kelelahan berat yang menetap?

B. Penyebab Stres

6. Faktor Psikologis

Bisa diceritakan hal-hal apa yang paling sering menjadi beban pikiran atau membuat Bapak/Ibu merasa stres sejak mengetahui status HIV/AIDS Contohnya apakah Bapak/Ibu merasa khawatir status HIV diketahui orang lain atau takut dijauhi lingkungan, sulit menerima diagnosis, merasa bersalah atau putus asa, memilih menghindari orang lain, atau merasa sedih berkepanjangan hingga kehilangan semangat

7. Faktor Sosial

Bisa diceritakan bagaimana hubungan Bapak/Ibu dengan keluarga, teman, atau masyarakat setelah mengetahui status HIV/AIDS Contohnya apakah pernah mendapat perlakuan berbeda, dijauhi atau dikucilkan, atau justru mendapat dukungan dari keluarga, teman, maupun kelompok sebaya

8. Faktor Ekonomi

Bisa diceritakan apakah kondisi ekonomi atau pekerjaan memengaruhi stres yang Bapak/Ibu rasakan? Contohnya apakah mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari, sulit mendapatkan pekerjaan, atau kesulitan biaya pengobatan maupun transportasi.

9. Faktor Fisik

Bisa diceritakan apakah kondisi kesehatan yang Bapak/Ibu alami memengaruhi stres yang dirasakan? Contohnya apakah sering merasa mudah lelah, mengalami penyakit penyerta, kondisi fisik memburuk, atau aktivitas sehari-hari menjadi terbatas.

C. Coping Stress

10. *Coping* Berfokus Masalah

Bisa diceritakan apa yang biasanya Bapak/Ibu lakukan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi akibat HIV/AIDS? Apakah Bapak/Ibu menyusun jadwal rutin minum ARV, berani menyampaikan kondisi ke keluarga, atau aktif mencari bantuan melalui konseling?

11. *Coping* Berfokus Emosi

Bagaimana Bapak/Ibu mengelola emosi agar tetap tenang? Apakah Bapak/Ibu mencoba mengambil hikmah dari kondisi ini, berkomitmen untuk tetap minum obat, atau lebih memilih beribadah dan berdoa saat merasa tertekan

PEDOMAN WAWANCARA (INFORMAN KUNCI)

Kode Informan :

A. Identitas Informan:

Nama (inisial) :

Umur :

Pekerjaan/Jabatan :

Alamat :

Tanggal Wawancara :

B. Pertanyaan

A. Tingkatan Stress

1. Bagaimana Bapak/Ibu memaknai konsep tingkatan stres ringan, sedang, dan berat berdasarkan pengalaman profesional dalam mendampingi ODHA di puskesmas ini? Apakah ada indikator spesifik yang sering Anda temui di lapangan yang mengklasifikasikan stres ke dalam kategori tersebut?
2. Bagaimana menurut Bapak/Ibu, persepsi ODHA terhadap kemampuan mereka dalam mengendalikan masalah pribadi memengaruhi tingkat stres yang mereka alami? Apakah persepsi ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa individu dengan rasa kontrol lebih rendah cenderung mengalami stres lebih tinggi?

B. Penyebab Stres

3. Menurut Bapak/Ibu, faktor-faktor apa saja yang paling sering menjadi penyebab ODHA mengalami stres? Apakah lebih dipengaruhi oleh faktor psikologis, sosial, ekonomi, atau kondisi fisik?
4. Berdasarkan pengalaman Ibu, bagaimana stigma, diskriminasi, serta dukungan keluarga memengaruhi tingkat stres yang dialami ODHA?
5. Menurut Ibu, apakah kondisi ekonomi, seperti pendapatan yang rendah atau kesulitan memenuhi kebutuhan hidup, sering menjadi penyebab stres pada ODHA? Bagaimana pengaruhnya terhadap kondisi psikologis mereka?

6. Bagaimana kondisi fisik atau perubahan kesehatan yang dialami ODHA memengaruhi tingkat stres mereka menurut pengamatan Ibu?

C. Coping Stress

Menurut pengamatan Ibu, jenis coping apa yang lebih sering digunakan oleh ODHA dalam menghadapi stres, apakah *coping* yang berfokus pada penyelesaian masalah (*problem-focused coping*) atau pengelolaan emosi (*emotion-focused coping*)? Mengapa demikian

PEDOMAN WAWANCARA (INFORMAN PENDUKUNG)

Kode Informan :

A. Identitas Informan:

Nama (inisial) :

Umur :

Pekerjaan/Jabatan :

Alamat :

Tanggal Wawancara :

B. Pertanyaan

A. Tingkatan Stress

1. Bisa ceritakan, sejak kapan Bapak/Ibu mengetahui bahwa (Nama ODHA) terinfeksi HIV dan bagaimana situasi atau perasaan Bapak/Ibu saat pertama kali mendengar kabar tersebut?

2. Stres ringan

Berdasarkan pengamatan Bapak/Ibu, apakah pernah melihat (Nama ODHA) merasa tidak nyaman hanya pada situasi tertentu saja, tetapi masih dapat menjalankan aktivitas sehari-hari dan berinteraksi seperti biasa dengan keluarga maupun orang di sekitarnya? Bisa diceritakan contohnya?

3. Stres sedang

Bagaimana pengamatan Bapak/Ibu jika ia sedang menghadapi masalah? Apakah ia tampak sering gelisah hampir setiap hari atau mulai terlihat kelelahan secara emosional seperti mudah marah atau cemas?

4. Stres Berat

Apakah Bapak/Ibu pernah melihat (Nama ODHA) menunjukkan tanda-tanda putus asa, seperti menarik diri dari keluarga atau teman, merasa tidak sanggup menghadapi masalah, atau kehilangan semangat menjalani kehidupan? Bisa diceritakan jika pernah?

B. Penyebab Stres

5. Faktor Psikologis

Menurut pengamatan Bapak/Ibu, apakah (Nama ODHA) pernah merasa takut status HIV/AIDS-nya diketahui orang lain atau sering menyalahkan dirinya sendiri? Bisa dijelaskan lebih lanjut?

6. Faktor Sosial

Bagaimana hubungan sosial (Nama ODHA) dengan keluarga maupun lingkungan sekitar? Apakah ia pernah merasa dikucilkan, mendapat perlakuan yang kurang baik, atau mengalami konflik yang memengaruhi kondisi emosinya?

7. Faktor Ekonomi

Apakah masalah ekonomi pernah menjadi beban pikiran bagi (Nama ODHA), misalnya terkait biaya hidup, pekerjaan, atau kebutuhan pengobatan? Menurut Bapak/Ibu, bagaimana pengaruhnya terhadap kondisi mentalnya?

8. Faktor Fisik

Bagaimana kondisi kesehatan (Nama ODHA) menurut pengamatan Bapak/Ibu? Apakah perubahan kondisi fisik atau sering sakit pernah memengaruhi semangat atau kondisi emosinya?

C. Coping Stress

9. Coping Berfokus Masalah

Menurut pengamatan Bapak/Ibu, apakah (Nama ODHA) pernah berusaha mencari solusi ketika menghadapi masalah, misalnya berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, mencari informasi tentang HIV, atau berdiskusi dengan sesama ODHA? Bisa diceritakan?

10. Coping Berfokus Emosi

Bagaimana cara (Nama ODHA) menenangkan dirinya ketika sedang merasa tertekan? Apakah ia lebih memilih menerima keadaannya, bercerita kepada orang lain, berdoa, menyibukkan diri dengan kegiatan tertentu, atau memiliki cara lain? Bisa diceritakan?

Lampiran 5 Lembar Hasil Observasi

LEMBAR OBSERVASI TINGKAT STRES

Nama : P (Mukul)

Kode : (U.1.U.P.1)

Tanggal : 11 Maret 2016

No	Indikator Observasi	Hasil Observasi	Keterangan Tingkat Stres Teori yang sejalan
1	Ekspresi Wajah	- Ekspresi tenang - rileksitas dan - mulut tertutup dan bibir - sedikit mulut mengemut - dan sedikit mengemut	
2	Kontak Mata	- kontak mata baik - dan fokus - mata memandang - mata memandang - mata memandang	
3	Pola Bicara	- lancar, jelas dan - mudah dipahami - ada banyak dan - ada yang tidak - terdengar dan terdengar	
4	Respons emosional	- tenang dan - tenang dan - tenang dan - tenang dan	
5	Gerakan Tubuh	- Gerakan tubuh polos - tenang - tidak ada gerakan - tidak ada gerakan - tidak ada gerakan	
6	Konsentrasi	- fokus fokus selama - wawancara	
7	Kemampuan menjawab Pertanyaan	- Mampu menjawab - pertanyaan secara - dan langsung - dapat menjawab - pertanyaan - dan langsung	

Ref. Videbeck 2011

LEMBAR OBSERVASI TINGKAT STRES

Nama : M (Mukul)

Kode : (U.1.U.M.2)

Tanggal : 13 Maret 2016

No	Indikator Observasi	Hasil Observasi	Keterangan Tingkat Stres Teori yang sejalan
1	Ekspresi Wajah	- Ekspresi baik tenang - dan rileksitas - dan rileksitas - dan rileksitas	
2	Kontak Mata	- Kontak mata terpapar - dan fokus - dan fokus - dan fokus	
3	Pola Bicara	- lancar, jelas dan - mudah dipahami - ada banyak dan - ada yang tidak - terdengar dan terdengar	
4	Respons emosional	- tenang dan - tenang dan - tenang dan - tenang dan	
5	Gerakan Tubuh	- Gerakan tubuh polos - tenang - tidak ada gerakan - tidak ada gerakan - tidak ada gerakan	
6	Konsentrasi	- fokus fokus selama - wawancara	
7	Kemampuan menjawab Pertanyaan	- Mampu menjawab - pertanyaan secara - dan langsung - dapat menjawab - pertanyaan - dan langsung	

Ref. Videbeck 2011

LEMBAR OBSERVASI TINGKAT STRES

Nama : A (Mukul)

Kode : (U.1.U.A.3)

Tanggal : 11 Juni 2016

No	Indikator Observasi	Hasil Observasi	Keterangan Tingkat Stres Teori yang sejalan
1	Ekspresi Wajah	- tenang	
2	Kontak Mata	- fokus fokus - pandangan	
3	Pola Bicara	- lancar/jelas - mudah dipahami	
4	Respons emosional	- Tenang dan - tenang dan - tenang dan	
5	Gerakan Tubuh	- Tenang dan - tidak ada gerakan - tidak ada gerakan	
6	Konsentrasi	- fokus selama - wawancara	
7	Kemampuan menjawab Pertanyaan	- Mampu menjawab - pertanyaan secara - dan langsung - dapat menjawab - pertanyaan - dan langsung	

Ref. Videbeck 2011

Lampiran 6 Hasil Analisis Lembar Observasi

1. Keterangan informan utama 1

No	Indikator Observasi	Hasil Observasi	Keterangan Karakteristik Yang Muncul/Teori Yang Sejalan
1	Ekspresi Wajah	Tenang, Sesekali tersenyum/tertawa	Stres ringan. Ekspresi tenang meskipun sesekali tampak kesal menunjukkan emosi masih dapat dikendalikan (Rice, 1999).
2	Kontak Mata	Baik, tidak menghindari	Stres ringan. Kontak mata konsisten menunjukkan kemampuan berinteraksi dan fungsi interpersonal tetap baik (Stuart, 2013)
3	Pola Bicara	Lancar dan jelas	Stres ringan. Berbicara lancar dan jelas menunjukkan fungsi komunikasi tidak terganggu oleh stres (Potter & Perry, 2005).
4	Respons Emosional	Emosi terkendali, menerima kondisi	Stres ringan. Mampu menerima kondisi dan beberapa kali tertawa menunjukkan mekanisme koping yang adaptif (Rice, 1999)
5	Gerakan Tubuh	Rileks, tidak gelisah	Stres ringan. Gerakan tubuh rileks menunjukkan tidak terdapat ketegangan fisik yang bermakna (Selye, 1976).
6	Konsentrasi	Fokus selama wawancara	Stres ringan. Fokus selama wawancara menunjukkan fungsi kognitif tetap optimal (Stuart, 2013)
7	Kemampuan Menjawab	Mampu menjelaskan pengalaman dengan baik	Stres ringan. Mampu menjelaskan pengalaman secara runtut menunjukkan proses berpikir dan daya ingat tetap baik (Taylor, 2011).

2. Keterangan informan utama 2

No	Indikator Observasi	Hasil Observasi	Keterangan Karakteristik Yang Muncul/Teori Yang Sejalan
1	Ekspresi Wajah	Tenang	Stres ringan. Kontak mata yang fokus dan tidak menghindar menunjukkan kemampuan mempertahankan interaksi interpersonal dengan baik (Stuart, 2013).
2	Kontak Mata	Fokus, tidak menghindari	Stres ringan. Pola bicara yang lancar dan jelas menunjukkan fungsi komunikasi tetap baik serta tidak terganggu oleh tekanan psikologis (Potter & Perry, 2005).
3	Pola Bicara	Lancar dan jelas	Stres ringan. Sikap santai, mampu menerima kondisi, dan emosi yang terkendali menunjukkan mekanisme koping yang adaptif (Rice, 1999).
4	Respons Emosional	Santai, emosi terkendali	Stres ringan. Sikap santai, mampu menerima kondisi, dan emosi yang terkendali menunjukkan mekanisme koping yang adaptif (Rice, 1999).
5	Gerakan Tubuh	Rileks dan tidak gelisah	Stres ringan. Gerakan tubuh rileks dan tidak menunjukkan ketegangan menandakan tidak terdapat respons stres yang bermakna (Selye, 1976).
6	Konsentrasi	Fokus selama wawancara	Stres ringan. Kemampuan mempertahankan fokus selama wawancara menunjukkan fungsi kognitif tetap optimal (Stuart, 2013)
7	Kemampuan Menjawab	Mampu menjelaskan pengalaman dengan baik	Stres ringan. Mampu menjelaskan pengalaman secara runtut dan jelas menunjukkan proses berpikir serta daya ingat tetap baik (Taylor, 2011)

3. Keterangan informan utama 3

No	Indikator Observasi	Hasil Observasi	Keterangan Karakteristik Yang Muncul/Teori Yang Sejalan
1	Ekspresi Wajah	Sedih beberapa kali menangis	Stres sedang–berat. Tangisan dan ekspresi sedih menunjukkan tekanan emosional yang masih kuat (Rice, 1999).
2	Kontak Mata	Cukup baik, sesekali menunduk	Stres sedang. Sesekali menundukkan atau mengalihkan pandangan menunjukkan ketidaknyamanan saat membahas pengalaman emosional (Taylor, 2011).
3	Pola Bicara	Jelas, sesekali terhenti karena emosional	Stres sedang–berat. Suara bergetar dan beberapa kali terhenti menunjukkan emosi memengaruhi komunikasi verbal (Stuart, 2013).
4	Respons Emosional	Emosional saat membahas anak dan stigma	Stres sedang–berat. Kesedihan, kecemasan, dan kekhawatiran terhadap masa depan anak menunjukkan beban psikologis yang belum sepenuhnya teratasi (Rice, 1999).
5	Gerakan Tubuh	Tampak tegang, mengusap air mata	Stres sedang. Gerakan gelisah dan sering mengubah posisi duduk menunjukkan adanya ketegangan psikologis (Rice, 1999).
6	Konsentrasi	Tetap fokus meski emosional	Stres sedang. Sesekali kehilangan fokus saat mengingat pengalaman menunjukkan perhatian dipengaruhi tekanan emosional (Stuart, 2013).
7	Kemampuan Menjawab	Mampu menjelaskan pengalaman dengan baik	Stres ringan. Mampu menjelaskan pengalaman secara runtut menunjukkan proses berpikir dan daya ingat tetap baik (Taylor, 2011).

Lampiran 7 Matriks Data

MATRIKS ANALISIS DATA

Keterangan kode :

W.I.U.X.X : Wawancara/Kode panduan wawancara informan utama/Inisial informan/ Nomor urut pertanyaan

W.I.P.X.X : Wawancara/Kode panduan wawancara informan pendukung keluarga/Inisial informan/Nomor urut pertanyaan

W.I.K.X.X : Wawancara/Kode panduan wawancara informan kunci/Inisial informan/Nomor urut pertanyaan

A. Tingkatan Stres

Informan Utama			
Informan Pendukung			
Informan Kunci			
Tingkat Stres Ringan			
No	Kode	Kutipan	Keterangan
1	(W.I.U.P.1)	“Iya ada, kalau lagi datang mood yang tidak bagus baru merasa cemas, tapi kalau dengar orang membicarakan HIV saya sudah biasa aja, gak dipermasalahkan kerjaan mah tetap jalan aja”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa rasa cemas hanya timbul saat mood buruk, namun informan tetap biasa saja menghadapi isu HIV dan rutinitas kerja tetap berjalan.
2	(W.I.U.N.1)	“Kasian ke anak-anak aja, tapi kalau nahan emosi pasti ada waktu ketemu bidan yang nyebarin statusku. Awalnya dia masih tugas di RS sekarang sudah dipindah ke pusban jadi kalau ada posyandu pasti ketemu. Setiap ketemu dia aku mendem (menahan emosi) karena masih kesal, tapi kalau kegiatan sehari-hari ya tetap jalan”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa emosi atau perasaan tertekan hanya muncul saat bertemu penyebar statusnya, sedangkan aktivitas sehari-hari tetap berjalan.

3	(W.I.U.A.1)	“Pernah sih merasa stres kalau dengar orang membicarakan HIV. Karena pandangan orang terkait HIV itu masih buruk, tapi saya berusaha menyikapinya dengan baik, jadi tidak sampai berlarut-larut. Kalau stres itu saya rasa semua orang pernah mengalaminya, termasuk teman-teman ODHA. Sekarang gak mau ambil pusing dan aktivitas saya juga tetap berjalan seperti biasa”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa cemas sempat muncul akibat stigma HIV, namun informan mampu menyikapinya dengan baik sehingga tidak mengganggu rutinitas.
4	(W.I.P.D.1)	“Ga pernah juga kk, ibu gak pernah mengeluh yang gimana-gimana”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama tidak pernah mengeluhkan hal yang mengganggu atau menunjukkan rasa cemas.
5	(W.I.P.M.1)	“Kalau yang saya liat sih gak ada ya, tiap hari tetap jualan kok”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa informan utama tidak menunjukkan masalah psikologis dan tetap rutin berjualan setiap hari.
6	(W.I.P.D.1)	“Kalau sedih mungkin pernah waktu awal awal ibu meninggal, tapi kalau sekarang bapak biasa aja kok”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa perasaan sedih informan utama hanya dipengaruhi oleh masa lalu saat kehilangan anggota keluarga, sedangkan kondisi saat ini biasa

			saja.
7	(W.I.K.S.1)	“Stres ringan itu biasanya ODHA masih bisa menerima kondisinya meskipun di awal diagnosis ada perasaan sedih atau kaget. Mereka tetap datang kontrol dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Klien yang merasa masih punya kendali atas hidupnya biasanya lebih mudah menerima kondisi HIV dan mencari solusi ketika menghadapi masalah”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa karakteristik stres ringan ditandai dengan kemampuan ODHA menerima kondisi, kontrol kesehatan, serta beraktivitas secara normal.
Tingkat stres sedang			
8	(W.I.U.P.2)	“Kalau dulu sih iya, waktu saya lumpuh itu memang lumayan susah kalau mau ngurusin pekerjaan ini itu dirumah, jadi lumayan tertekan mau gerak pun rada susah. Tapi kalau sekarang sih alhamdulillahnya sudah sehat jadi tidak ada tuh yang mengganggu aktivitas saya”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa rasa tertekan sempat dirasakan akibat kondisi fisik (lumpuh) yang menghambat pekerjaan rumah tangga.
9	(W.I.U.N.2)	“Kalau sekarang gak terlalu kupikirin, tertekan ada tapi pas status ku tersebar sama setelah lahiran. Karena virusnya sempat terdeteksi juga ke anak, jadi anakku ikut berobat, tapi sekarang sudah gak terdeteksi lagi virusnya, alhamdulillah. Ya itu sih sekarang lebih kasian ke anak aja, gimana nanti masa depannya”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa tekanan psikologis timbul dari peristiwa kebocoran status HIV dan kecemasan terhadap masa depan anak.
10	(W.I.U.A.2)	“Pernah sih tapi sekarang tidak, karena kita harus pintar-pintar menyikapinya. Dulu saya gampang tersinggung kalau mendengar orang membicarakan HIV.	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa stres sedang bersumber dari rasa sensitif

		Selain itu yang masih membuat saya kepikiran sampai sekarang bagaimana masa depan anak saya kelak. Mungkin selama saya masih ada orang-orang tidak akan berani macam-macam, menstigma atau mendiskriminasi anak saya karena orang tuanya adalah ODHA. Tapi jika saya sudah berpulang, terus tidak ada lagi yang melindungi mereka bagaimana”	terhadap perbincangan HIV serta kekhawatiran atas perlindungan anak di masa depan.
11	(W.I.P.D.2)	“Cemas juga gak ada kak, sudah menerima sih kalau ibu jadi yang berhubungan sama HIV sekarang gak terlalu”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama sudah menerima kondisinya dan tidak lagi menunjukkan kecemasan berlebihan terkait HIV.
12	(W.I.P.M.2)	“Gelisah begitu gak keliatan mbak, Cuma kalau curhat ngeluhnya soal tanggungan aja bayar ini itu”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa keluhan informan utama lebih didominasi oleh beban keuangan/tanggungan hidup, bukan gelisah secara psikologis.
13	(W.I.P.D.2)	“Setau saya gak ada sih kak, orangnya memang biasa biasa aja sekarang”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung, diketahui bahwa informan utama tampak biasa saja dalam kesehariannya tanpa indikasi kegelisahan.
14	(W.I.K.S.2)	”Kalau pasien dengan stres sedang itu	Berdasarkan hasil wawancara

		sebenarnya sudah tidak terlalu terguncang seperti di awal diagnosis. Mereka sudah mulai bisa menerima kondisinya, tetapi masih ada hal-hal tertentu yang menjadi beban pikiran, misalnya stigma dari masyarakat, kondisi keluarga, atau masa depan anak. Jadi kalau ditanya soal hal itu biasanya emosinya masih muncul, tetapi setelah itu mereka tetap bisa mengendalikan diri, menjalankan aktivitas”	terhadap informan kunci S, diketahui bahwa karakteristik stres sedang ditandai dengan ODHA yang tetap beraktivitas dan mampu mengendalikan emosi, meski masih memiliki beban pikiran terkait stigma dan masa depan anak.
Tingkat stres berat			
15	(W.I.U.P.3)	“Kalau sekarang kondisi saya sudah jauh lebih baik sekarang, gak pernah lagi merasakan stres yang berat-berat dek alhamdulillah. Tapi dulu pas awal ketahuan positif, saya terpuruk banget sampai ada pikiran mau bunuh diri. Terus pas sudah ngedrop badan juga sakit-sakitan, pokoknya waktu itu saya sangat malu karena yang orang-orang tau penyakit HIV karena suka gonta-ganti pasangan padahal saya tidak begitu. Makanya saya sempat menutup status dari orang lain saat itu. Tapi alhamdulillahnya sekarang gak lagi”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa stres berat dialami pada awal diagnosis berupa perasaan terpuruk, malu, menutup status, hingga adanya pikiran untuk bunuh diri
17	(W.I.U.N.3)	“Kalau untuk sekarang sudah gak terlalu kupikirkan ya. Tapi dulu pas awal-awal ketahuan dan kesebar aku pasti stres berat. Pokoknya kasian gimana nasib anak-anak,	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa stres berat dialami saat awal statusnya

		makanya sampai sekarang aku lebih memilih untuk nutup status rapat-rapat dari orang tua sama keluarga besarku di Jawa. Sampai sekarang mereka cuma tau aku sakit biasa aja bukan yang parah (Informan menangis)”	tersebar hingga memicu tangisan, ketakutan nasib anak, dan penutupan status rapat-rapat dari keluarga.
18	(W.I.U.A.3)	“Kalau dulu pasti iya, sangking stresnya dan tidak tau harus bagaimana saya sempat berpikiran untuk bunuh diri mau lompat dari jembatan mahakam mbak. Tapi kalau sekarang sudah tidak ada keinginan itu, pokoknya sudah lebih baik, karena banyak cari tau informasi ke dokter dan ikut dalam kelompok sebaya”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa stres berat di awal diagnosis memicu kebingungan berlebihan hingga sempat timbul dorongan untuk bunuh diri.
19	(W.I.P.D.3)	“Sampai yang terpuruk banget sekarang sudah gak ada kak, tapi kalau dibilang stres ibu lebih sering ngeluh kalau lagi tidak ada duit aja”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama saat ini tidak lagi terpuruk berat dan keluhannya sebatas masalah ekonomi.
20	(W.I.P.M.3)	“Memang dulu sempat stres berat karena status kesehatannya dibocorkan. Kalau sekarang sih sudah mulai berkurang karena akhirnya orang-orang dilingkungan sekitar juga sudah terlanjur tau dari gosip yang beredar”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa informan utama sempat mengalami stres berat akibat pembocoran status kesehatan, namun kini tekanannya sudah berkurang.
21	(W.I.P.D.3)	“Kalau saat ini sama sekali tidak ada kak tanda tanda seperti merasa tertekan, kewalahan, atau menarik diri dari	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa saat ini

		lingkungan sosial. Terus kalau keinginan untuk bunuh diri itu juga sudah lama, sekarang sudah lebih baik”	informan utama tidak lagi menunjukkan tanda menarik diri dari lingkungan sosial maupun keinginan bunuh diri.
22	(W.I.K.S.3)	“Kalau yang saya temui di lapangan, stres berat terlihat ketika ODHA merasa sangat terpuruk, menarik diri dari lingkungan, sering menangis, bahkan ada yang sampai tidak mau berobat atau sulit menjalankan aktivitas sehari-hari. Nah untuk stres berat sendiri biasanya banyak di awal diagnosis atau ke mereka yang belum memiliki penerimaan diri. Iindikasinya sudah mulai kelihatan dari sikap dan fisiknya, Ciri yang paling sering muncul itu biasanya pasien mulai menarik diri atau sengaja menjauh dari teman dan keluarga, jadi menutup statusnya rapat-rapat karna itu tadi kecemasan yang berlebihan. Kalau dari segi fisik, stres berat ini efeknya beda-beda juga ya ada yang sampai insomnia susah tidur yang saya sebutkan tadi, badannya drop, bahkan efek samping dari obat yang mereka konsumsi itu rasanya bisa jadi berkali-kali lipat lebih mengganggu kalau mereka lagi stres berat”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa karakteristik stres berat ditandai dengan perasaan terpuruk, menarik diri/menutup status, enggan berobat, hingga timbulnya gangguan fisik seperti insomnia.

B. Sumber Penyebab Stres

Informan Utama			
Informan Pendukung			
Informan Kunci			
Faktor Psikologis			
No	Kode	Kutipan	Keterangan
1	(W.I.U.P.4)	“Frustrasi, takut dibicarakan orang sampai mau bunuh diri ada banget dek, karena tidak percaya kalau terinfeksi HIV. Saya sampai tes empat kali di beberapa rumah sakit besar di Jakarta, tetapi hasilnya tetap positif. Tapi buat kondisi sekarang saya sudah biasa aja, gak ada pemikiran mau begitu lagi, pokoknya gak saya pikirkan hehe (informan tertawa)”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa informan sempat mengalami frustrasi hingga muncul keinginan bunuh diri di awal diagnosis, namun saat ini kondisi psikologisnya telah stabil dan menerima keadaan.
2	(W.I.U.N.4)	“Anakku yang paling tua sempat dijauhi sama teman-temannya karena gosip yang beredar tentang penyakitku. Aku bilang kepada dia, kalau dijauhi ya sudah, temanmu kan gak cuma satu. Tapi aku juga sempat ingatkan jangan sampai teman-teman diperundung anak dan luar tahu kondisi mamak seperti apa. Yang berat itu kalau orang-orang masih menganggap penyakit ini bisa menular, padahal penyakitku gak begitu. (Informan menangis). Sekarang teman-teman anakku sudah mulai kembali berteman sama anakku, karena omongan orang-orang itu gak terbukti. Yang paling aku pikirkan sekarang itu bagaimana masa	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa informan mengalami beban emosional berupa kesedihan akibat diperundung anak dan kekhawatiran mendalam terhadap masa depan anak-anaknya.

		depan anak-anakku. Suatu saat kalau aku sudah gak ada, aku ingin anak-anakku bisa sukses. (Informan kembali menangis)”	
3	(W.I.U.A.4)	“Perasaan tidak percaya tentang diagnosis pasti ada, tapi itu hanya diawal dek. Kalau terhadap informan utama A, takut akan pandangan orang lain, saya diketahui bahwa informan tidak takut. Yang saya takutkan justru merasa khawatir terhadap dampaknya ke anak saya. Saya sering dampak psikologis dan mental kasih pemahaman ke anak kalau bapaknyaa anaknya akibat stigma ibunya begini, jangan sampai mengalami masyarakat. hal yang sama. Dulu, sekitar tahun pertama sampai tahun ketiga, saya berani terbuka di media sosial tentang status saya. Tapi setelah saya berpikir saya punya anak, saya mulai lebih berhati-hati karena tidak semua orang mendapat informasi yang benar tentang HIV. Sekarang saya hanya cerita kalau memang ada yang bertanya. Yang saya pikirkan itu mental anak saya. Kalau suatu saat saya sudah gak ada, bagaimana keadaan anak saya nanti”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, dampak psikologis dan mental anaknya akibat stigma masyarakat.
4	(W.I.P.D.4)	“Sekarang ibu sudah jauh lebih baik. Aktivitas sehari-hari juga berjalan kayak biasanya dan sudah gak pernah mengeluh lagi soal penyakitnya”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa kondisi psikologis informan utama saat ini sudah jauh lebih baik dan tidak pernah mengeluhkan penyakitnya lagi.
5	(W.I.P.M.4)	“Iya, dia memang sering curhat ke saya	Berdasarkan hasil wawancara

		soal anak. Kalau sekarang sih dia sudahterhadap informan pendukung biasa aja, lebih pasrah karena memangM, diketahui bahwa informan sudah banyak orang yang tahu statusnya diutama memiliki sikap pasrah, lingkungan sini. Sekarang dia lebih fokuslebih fokus pada keluarga, dan ke keluarga dan sudah gak terlalutidak memusingkan omongan memikirkan omongan orang” orang lain.
6	(W.I.P.D.4)	“Bapak memang sering mengingatkan kami gimana harus menjelaskan kalau adaterhadap informan pendukung orang yang bertanya tentang penyakitnya.D, diketahui bahwa informan Kalau soal menyalahkan diri sendiri atauutama tidak pernah terlihat sampai depresi, saya gak pernah melihat” mengalami depresi atau menyalahkan diri sendiri.
7	(W.I.K.S.4)	“Kalau pasien yang baru didiagnosis Berdasarkan hasil wawancara biasanya responsnya berbeda-beda. Adaterhadap informan kunci S, yang tidak percaya dengan hasildiketahui bahwa respons pemeriksaan, takut status HIV-nyapsikologis pasien berkembang diketahui orang lain, sampai memilihdari fase penolakan dan rasa menarik diri dari lingkungan karenaputus asa menuju tahap adaptasi khawatir dijauhi. Bahkan ada juga yangdan penerimaan seiring merasa putus asa dan menunjukkanjalannya pengobatan. kesedihan yang mendalam. Namun, seiring berjalannya waktu kondisinya juga berbeda-beda. Ada yang sudah bisa menjalani aktivitas seperti biasa, tetapi ada juga yang masih membutuhkan pendampingan. Perbedaan itu biasanya dipengaruhi oleh proses yang dilalui masing-masing pasien selama menjalani pengobatan dan menghadapi kondisinya”
Faktor Sosial		

8	(W.I.U.P.5)	“Anak, keluarga teman-teman juga semua pada mendukung, ngasih kekuatan dan support. Karena teman-teman saya kebanyakan orang kuliah, jadi mereka paham tentang penyakit saya itu gimana dan sama sekali tidak ada stigma atau diskriminasi, bahkan sampai sekarang masih nanya kabar. Tapi dulu suami saya pernah dapat diskriminasi pas dirawat di RS Parikesit, padahal penyakit yang sedang diobati karena kurang darah, tapi kenapa di tempat makanannya ditulis B20. Yang kami tau kode itu hanya dipakai untuk alat makan sekali pakai. Padahal mereka tenaga kesehatan kenapa hal seperti itu bisa tidak paham, takutnya jadi stigma. Mungkin kalau untuk saya dan suami tidak masalah tapi kami takut kalau hal tersebut terjadi ke pasien lain yang mungkin mentalnya belum kuat atau mereka masih menutup status dari orang terdekat”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa informan mendapat dukungan penuh dari keluarga dan teman, meski sempat menghadapi perlakuan diskriminasi di rumah sakit (pelabelan B20).
9	(W.I.U.N.5)	“Sampai sekarang mamak, adik, dan keluarga besarku masih belum tahu kondisiku. Cuma anak dan suami pasti mendukunglah, kalau tetangga di sekitar rumah sudah banyak yang tau karena statusku disebar oleh bidan itu. Aku sempat down karena seharusnya tenaga kesehatan menjaga privasi pasien. Habis itu jadi mulai banyak gosip-gosip beredar, ada	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa informan mengalami stigma dan pengabaian lingkungan akibat kebocoran status oleh tenaga kesehatan, namun tetap didukung oleh keluarga inti.

		yang bilang badanku pasti nanti kurus. Sepupuku juga pernah berobat ke tempat praktek bidan itu, dikasih tau jangan gantian baju atau makan satu piring sama keluargaku karena takut menular. Waktu acara tasmiyahan anakku juga hampir tidak ada yang datang. Tapi sekarang aku berusaha menganggap itu biasa saja. Yang terpenting buatku sekarang anak dan keluargaku tetap sehat.”	
10	(W.I.U.A.5)	“Kalau dulu keluarga dekat seperti adik dan orang tua semua mendukung. Tapi dari keluarga yang jauh memang sempat ada yang menjauhi dan banyak bertanya kenapa saya bisa tertular. Saya juga pernah ditolak vaksin di salah satu puskesmas setelah jujur menyampaikan status HIV saya. Waktu istri meninggal, kami juga menyembunyikan penyebab kematiannya karena saat itu HIV masih dianggap aib dan takut mendapat stigma dari masyarakat. Tapi kalau sekarang saya sudah terbuka dengan status saya dan respon keluarga semua mendukung.”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa informan A dijauhi keluarga jauh saat ini sudah terbuka dan memperoleh dukungan sosial.
11	(W.I.P.D.5)	“Baik-baik aja selama ngeliat, saya dan keluarga juga ngerti HIV itu gimana jadi ga masalah”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa lingkungan keluarga memiliki pemahaman yang baik mengenai HIV sehingga memberikan dukungan penuh.

12	(W.I.P.M.5)	“Kalau sama keluarga yang disini baik-baik aja, keluarga yang sudah tau di sini banyak. Tapi memang dia nggak cerita ke mamaknya kalau sakit. Kalau sama tetangga ya pasti ada aja orang yang ngejauhin karena tau dari gosip-gosip yang gak benar itu”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa terjadi stigmatisasi dan sikap menjauh dari tetangga akibat gosip, serta adanya penutupan status dari keluarga besar.
13	(W.I.P.D.5)	“Baik-baik aja sekarang, keluarga semua sudah pada tau juga nggak ada masalah. Kalau stigma sih ada karena image HIV dulu jelek, tapi bapak nggak ambil pusing”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa keluarga sudah memahami kondisi informan utama dan informan tidak memusingkan adanya stigma dari masyarakat.
14	(W.I.K.S.5)	“Ketika pasien terbuka dengan keluarga, maka dukungan keluarga lah yang membantu mereka menghadapi stres dan membuat mereka merasa lebih nyaman. Namun, jika pasien tidak ada keluarga, interaksi dengan teman-teman pendamping yang akan berkontribusi. Pasien biasanya selalu menghubungi pendamping untuk saling berbagi cerita, keluhan, dan mencari solusi. Jika kedua dukungan itu tidak ada, maka kami sebagai petugas di sini yang memberikan pendampingan. Kami bantu mereka manajemen stres agar kondisinya tidak memburuk. Biar bagaimanapun kondisi ini sudah terjadi dan pengobatan tetap harus berjalan. Kami beri pemahaman	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa keberadaan dukungan sosial dari keluarga, kelompok sebaya, dan petugas kesehatan sangat krusial dalam menjaga ketahanan mental pasien.

		kepada pasien: 'Memang saat ini belum ada obat yang menyembuhkan total, tapi kita bisa kendalikan virusnya.' Jadi, kenyamanan dan ketahanan mental pasien sangat tergantung dari sumber dukungan terdekatnya.”	
Faktor ekonomi			
15	(W.I.U.P.6)	“Kalau lagi gak ada kerjaan pusing dek, kalau suami lagi gak kerja ibaratnya buat bayar cicilan mobil, biaya anak sekolah, sama keperluan lainnya gimana ya. Karena saya tidak kerja untuk kesulitan dapat pekerjaan karena kondisi fisik atau karena penyakit yang saya miliki sih tidak ada, untuk biaya berobat pun sudah ditanggung bpjs jadi gratis dek”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa beban ekonomi dipengaruhi oleh pemenuhan kebutuhan harian dan cicilan keluarga, sedangkan biaya pengobatan telah ditanggung BPJS.
17	(W.I.U.N.6)	“Kalau obat kan sudah gratis ditanggung pemerintah pakai bpjs. Susah dapet kerjaan karena sakit atau ditolak kerja gak ada sih ya karena aku usaha sendiri, kalau memenuhi biaya kebutuhan sehari-hari ya dicukup-cukupi aja”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa biaya pengobatan gratis via BPJS dan kebutuhan ekonomi harian dicukup-cukupi melalui usaha mandiri.
18	(W.I.U.A.6)	“Untuk obat saya pakai bpjs mbak jadi tidak bayar. Untuk kesulitan dapet pekerjaan alhamdulillah saya tidak pernah mengalami. Saya bahkan pernah berani buka status di depan dinas-dinas terkait perusahaan, karena yang terpenting status pengobatan saya sudah	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa status kesehatan tidak menghambat produktivitas kerja dan biaya pengobatan gratis, sehingga beban ekonomi hanya sebatas

		undetectable karena rajin konsumsi arvt sehingga saya tetap dipersilakan berkarya dan bekerja. Perusahaan jadi bisa menyikapi apabila ada pekerja yang menderita penyakit seperti saya apa yang perlu mereka lakukan. Kalau soal beban ekonomi, pasti setiap keluarga ada tanggungan anak atau kebutuhan rumah tangga, tapi saya cukup-cukupkan saja dan selalu bersyukur dengan apa yang didapat”	tanggung jawab harian keluarga.
19	(W.I.P.D.6)	"Keuangan kalau lagi nggak ada duit aja yang ibu sering keluhkan, kaau karena sakitnya tidak ada sama sekali"	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa keluhan finansial informan utama sebatas kondisi tidak ada uang harian biasa, bukan karena hambatan akibat penyakitnya.
20	(W.I.P.M.6)	"Sering cerita ke saya, banyak tanggungannya, anak-anak masih kecil. Sampai anak sulungnya yang mau kuliah, mamak bapaknya bilang gak bisa nanggung. Ibaratnya untuk belanja makan sehari-hari aja masih dicukup-cukupin, apalagi biaya berobat anak terakhirnya juga lumayan mahal. Kalau ngeluh kerjaan karena sakit HIV sih gak ada ya. Pernah ngeluh cuma karena luka secar habis melahirkan itu aja, jadi susah mau gerak pas diawal-awal tapi gak lama sih habis itu bisa aja lanjut kerja lagi"	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa informan utama memiliki beban ekonomi tinggi untuk pemenuhan kebutuhan harian dan biaya pendidikan anak-anaknya.

21	(W.I.P.D.6)	“Keuangan bapak jarang ngeluh, kalau sampe stres gak pernah”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama jarang mengeluhkan masalah keuangan dan tidak mengalami stres ekonomi.
22	(W.I.K.S.6)	“Kalau dari segi ekonomi pasti ada pengaruhnya dek. Pasien yang kondisinya ekonominya kurang baik biasanya lebih mudah merasa tertekan karena banyak kebutuhan yang harus dipikirkan, apalagi kalau punya tanggungan keluarga atau anak. Jadi bukan cuma memikirkan penyakitnya, tetapi juga kebutuhan sehari-hari. Kalau kondisi ekonomi lagi sulit, biasanya jadi lebih banyak pikiran dan itu bisa mempengaruhi kondisi psikologis serta menambah stres.”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa kondisi ekonomi yang kurang baik dan banyaknya tanggungan keluarga dapat memperberat beban pikiran serta meningkatkan tingkat stres pasien.
Faktor Fisik			
23	(W.I.U.P.7)	“Keluhan fisik untuk sekarang alhamdulillah sudah tidak ada sih dek, kalau dulu pasti ada dek badan saya kurus banget. Saat itu saya sempat tidak konsumsi obat kurang lebih 6 tahun, lalu saya ngedrop sampai koma selama 25 hari. Saat ngedrop saya sudah sampai berfikir akan sakaratul maut karena dokter bilang virusnya sudah ke semua tubuh. Selain itu saya juga di diagnosis TB tulang, TB usus, dan lumpuh sampai 2	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa informan pernah mengalami komplikasi fisik berat akibat putus obat, namun saat ini kondisi fisiknya telah stabil setelah patuh menjalani pengobatan.

		tahun. Semenjak kejadian itu saya baru sadar ternyata minum obat itu wajib, setelah itu saya sama sekali tidak berani telat minum obat. Sudah tertanam di otak saya minum obat itu keharusan untuk diri saya”	
24	(W.I.U.N.7)	“Gak ada, sekarang sudah jarang ada sakit. Kalau sudah lewat jadwal minum obat malah gak aku minum, soalnya aku capek. Tapi pengambilan obat tetap teratur, kalau gak diambil pasti ditanyas sama orang puskesmas. Rasa gampang capek sekarang sudah gak ada, yang juga sekarang ya kalau udah lemas minum tablet tambah darah aja karena aku punya riwayat sakit itu. Kalau suami memang dari sebelum ketahuan sering sakit sakitan.”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa kondisi fisik saat ini relatif sehat dan jarang sakit, meskipun sempat merasakan kejenuhan minum obat (treatment fatigue).
25	(W.I.U.A.7)	“Waktu awal pengobatan badan saya memang gampang lelah karena kondisi penyakit masih aktif. Awalnya saya juga tidak percaya kalau terinfeksi HIV sehingga tidak langsung minum obat. Setelah melihat banyak teman ODHA yang kondisi kesehatannya memburuk akibat putus obat, saya memilih tetap menjalani pengobatan secara rutin supaya kondisi fisik saya tidak mengalami hal yang sama. Saya ambil sisi positifnya, sebelum terinfeksi saya tidak peduli sama kesehatan diri sendiri,	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa kondisi fisik informan semakin membaik dan bugar berkat kepatuhan konsumsi obat ARV secara teratur serta pemeriksaan kesehatan rutin.

		tetapi setelah terinfeksi dan banyak yang perlu diatur dan dijaga, setiap bulan selalu rutin periksa saya jadi paham ternyata menjaga kesehatan itu sangat penting”	
26	(W.I.P.D.7)	“Sama aja sih kak, malah tambah gemuk. Paling batuk pilek begitu doang”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa kondisi fisik informan utama dalam keadaan sehat, bertambah gemuk, dan tidak memiliki keluhan fisik yang berarti.
27	(W.I.P.M.7)	“Pernah ngeluh ke saya kalau minum obat itu telinganya kayak budek atau tuli, saya juga kurang paham apa karena memang efek obatnya seperti itu”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa informan utama sempat mengalami keluhan efek samping pengobatan berupa gangguan pendengaran.
28	(W.I.P.D.7)	“Kalau sekarang sehat aja sih kak. Rajin minum obat juga bapak jadi kelihatannya sehat aja”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa kondisi fisik informan utama tampak sehat dan bugar karena rutin mengonsumsi obat.
	(W.I.K.S.7)	“Kalau dari segi fisik, pasien yang mengalami stres biasanya kondisi tubuhnya ikut menurun. Ada yang mengeluh susah tidur, badan mudah lelah atau drop, bahkan efek samping obat	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa tingkat stres yang dialami pasien berpotensi memperburuk kondisi fisik,

		terasa lebih berat dibandingkan biasanya. Kondisi seperti itu sering membuat pasien merasa aktivitas sehari-harinya menjadi lebih terbatas."	memicu gampang lelah, insomnia, serta memperberat efek samping obat.
--	--	--	--

C. Coping Stress

Informan Utama
Informan Pendukung
Informan Kunci

Koping Berfokus Pada Masalah (<i>Problem Focused Coping</i>)			
No	Kode	Kutipan	Keterangan
1	(W.I.U.P.8)	Saya punya jadwal minum obat setiap hari jam 9 pagi. Kalau mau pergi saya selalu ingat bawa obat supaya tidak terlambat minum. Saya juga sering ikut kegiatan kelompok sebaya karena suami ketuanya seperti pertemuan dan pendampingan ODHA, jadi bisa saling berbagi pengalaman dengan teman-teman. Waktu suami saya mendapat perlakuan diskriminatif karena pelabelan tempat makan B20 pada tempat makan suami saya di rumah sakit, kami langsung menyampaikan dan melapor ke pihak rumah sakit sampai akhirnya kode itu dihilangkan.”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa informan telah melakukan <i>problem-focused coping</i> melalui kedisiplinan mengatur jadwal minum obat, aktif dalam kelompok sebaya, serta melapor ke pihak rumah sakit untuk menyelesaikan tindakan diskriminasi
2	(W.I.U.N.8)	“Aku tinggal kerja atau jualan aja supaya gak kepeikiran. Aku pernah konsultasi ke puskesmas tanya tentang HIV itu gimana karena waktu awal terinfeksi aku belum paham. Pernah juga konsultasi sama melapor ke dokter ahli bedah yang bantu aku melahirkan di rumah sakit. Aku tanya tentang penyebaran status dari ibu bidan itu, dari dokter bertanya siapa nama bidannya, kurang lebih setelah setahun saya dapat kabar kalau bidan itu dipindahkan ke pusban. Kalau untuk jadwal minum obat, sekarang malah jarang	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa informan telah melakukan <i>problem-focused coping</i> dengan berkonsultasi mengenai HIV dan melapor atas penyebaran statusnya, namun koping pada kepatuhan pengobatan belum dilakukan secara optimal karena jarang minum obat.

		ku minum capek soalnya, tapi kalau ambil obat tetap rutin kalau gak diambil takut ditanya sama petugasnya”	
3	(W.I.U.A.8)	“Saya ikut kelompok sebaya. Kalau ada ODHA yang baru didiagnosis biasanya saya dampingi ke puskesmas atau rumah sakit untuk pengobatan. Saya juga pernah ikut pelatihan seperti penguatan mental, keterampilan kerja untuk ODHA, lalu ilmu itu saya bagikan lagi ke teman-teman ODHA. Selain itu, kalau untuk saya sendiri saya selalu mengatur jadwal minum obat. Kalau lupa, begitu ingat langsung saya minum. Anak dan istri juga selalu mengingatkan kalau sudah waktunya minum obat”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa informan telah aktif melakukan <i>problem-focused coping</i> melalui pengelolaan jadwal minum obat yang teratur, aktif mendampingi ODHA baru, serta mengikuti dan membagikan pelatihan keterampilan.
4	(W.I.P.D.8)	“Sering jalan-jalan ketemu teman sebaya ibu”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama telah melakukan <i>problem-focused coping</i> melalui kegiatan rutin berkumpul dengan teman sebaya.
5	(W.I.P.M.8)	“Biasa saya temani ambil obat ke puskesmas. Kalau masalah disebarkan diada konsultasi ke petugas sana karena awalnya gak tau penularan penyakitnya kayak apa”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa informan utama telah melakukan <i>problem-focused coping</i> dengan berkonsultasi kepada petugas kesehatan terkait penyebaran

			status dan penularan penyakit, serta rutin mengambil obat.
6	(W.I.P.D.8)	“Bapak ketua kelompok sebaya, jadi paling kumpul sama teman-temannya”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama telah melakukan <i>problem-focused coping</i> dengan menjadi ketua dan aktif berorganisasi dalam kelompok sebaya
7	(W.I.K.S.8)	“Setiap pasien itu beda-beda ya, ada yang mereka pakai salah satunya atau ada juga yang keduanya. Untuk <i>coping</i> yang berfokus pada masalah biasanya mereka lewat konseling personal ke kami. Mereka tanya penularannya gimana pas awal diagnosis, cara minum obat, atau kadang sekedar curhat masalah mereka. Jadi mereka mencari informasi dan solusi terhadap masalah yang sedang dihadapi”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa <i>problem-focused coping</i> dilakukan melalui konseling personal untuk mencari informasi penularan, aturan pengobatan, dan solusi atas masalah yang dihadapi.
Koping Berfokus Pada Emosi (<i>Emotion Focused Coping</i>)			
8	(W.I.U.P.9)	“Untuk penerimaan diri saya rasa saya dan suami sudah sangat terbuka terkait status kesehatan. Kami jadikan ini sebagai pengalaman supaya bisa patuh pengobatan. Sekarang kalau lagi stres saya lebih ke ibadah dek, ambil air wudhu, sholat. Beda sama dulu, karena masih muda kalau sedang stres ya mencari hiburan seperti karaoke karena sudah faktor usia saya coba	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama P, diketahui bahwa informan melakukan <i>emotion-focused coping</i> yang muncul yaitu penerimaan diri secara terbuka bersama suami serta mendekatkan diri kepada Tuhan (sholat dan wudhu) untuk menenangkan emosi

		kegiatan yang bisa dilakukan dirumah saja”	
9	(W.I.U.N.9)	“Kalau sekarang ya aku menerima aja, karena kupikir aku makan gak minta mereka, jadi mau diomongin kayak gimana pun aku biarkan aja sekarang gak diambil pusing, yang penting anak sehat semua. Terus kalau memang lagi banyak pikiran atau capek aku salat aja sih atau banyakin istirahat kayak tidur”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama N, diketahui bahwa informan melakukan <i>emotion-focused coping</i> yang muncul seperti sikap menerima keadaan, mengabaikan cemooohan masyarakat (<i>cognitive avoidance</i>), beribadah, dan memperbanyak istirahat.
10	(W.I.U.A.9)	“Kepada siapapun saya sudah berani terbuka tentang status saya, dengan begitu saya harap bisa jadi contoh untuk ODHA yang lain kalau HIV itu bukan sebuah aib. Kita sama-sama manusia dan punya hak yang sama juga jangan sampai takut sama stigma atau diskriminasi yang masih ada, anggap saja mungkin mereka masih belum paham. Untuk sekarang saya lebih banyak ke kerjaan mbak, tapi kalau lagi dirumah mungkin istirahat saja sambil lihat-lihat berita di media sosial.”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan utama A, diketahui bahwa informan telah melakukan <i>emotion-focused coping</i> melalui penerimaan status secara terbuka untuk melawan stigma, fokus bekerja, serta beristirahat.
11	(W.I.P.D.9)	"Ya tadi paling sholat."	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama telah melakukan <i>emotion-focused coping</i> melalui kegiatan ibadah (sholat).

12	(W.I.P.M.9)	“Dia sih kalau stres atau capek banyak istirahat kayak tidur atau larinya ke sholat”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung M, diketahui bahwa informan utama telah melakukan <i>emotion-focused coping</i> melalui pendekatan keagamaan (sholat) dan tidur/istirahat saat mengalami stres.
13	(W.I.P.D.9)	“Bapak itu rajin kerja sih kak, paling kalau lagi capek ya istirahat aja di rumah”	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan pendukung D, diketahui bahwa informan utama telah melakukan <i>emotion-focused coping</i> dengan menjaga kesibukan bekerja dan beristirahat di rumah.
14	(W.I.K.S.9)	“Untuk <i>coping</i> yang berfokus pada emosi bentuknya bermacam-macam. Ada yang rutin kumpul dengan teman sebaya atau pendamping untuk berbagi cerita supaya tidak merasa sendirian. Ada juga yang lebih mendekatkan diri kepada Tuhan melalui ibadah agar lebih tenang dan bisa menerima keadaan. Selain itu, ada yang mencari kesibukan lain seperti bekerja, jualan, memasak, tidur, atau aktivitas lainnya supaya pikirannya tidak hanya fokus pada penyakit. Tapi ada juga <i>coping</i> yang kurang baik, misalnya menarik diri dari lingkungan atau terlalu larut dalam suatu aktivitas. Karena itu kami selalu mendampingi melalui konseling supaya	Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan kunci S, diketahui bahwa <i>emotion-focused coping</i> seperti melalui dukungan kelompok sebaya, peningkatan ibadah, pengalihan kesibukan (bekerja/berjualan/ istirahat), serta pendampingan agar terhindar dari coping negatif seperti penarikan diri.

		pasien dapat mengelola emosinya ke arah yang lebih positif”	
--	--	---	--

Lampiran 8 Dokumentasi



