

BRIEF PSYCHOEDUCATION INTERVENTION AGAINST HIV/AIDS RELATED STIGMA AMONG HOUSE WIFES LIVED IN COFFEE PLANTATION AREA

Ahmad Rifai¹

Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Jember¹

Kutipan: Rifai, A. (2016). Brief Psychoeducation Intervention Against Hiv/Aids Related Stigma Among House Wives Lived In Coffee Plantation Area. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(2)

INFORMASI

Korespondensi:
ahmadrifai@unej.ac.id

Keywords: HIV/AIDS, stigma, house wife, population, plantation

ABSTRACT

Background: HIV/AIDS resulted negative effects for last 29 years for whole Indonesian society. It influenced not only in health sector, but also improved problems in economic and social live. Most people believed that people lived with HIV/AIDS (PLWHA) acted and behaved immorally which caused them got infected by this virus. It leaded society keep the distance away from PLWHA and stigmatized them. HIV/AIDS related stigma impeded the access for PLWHA utilizing health care services and social respond.

Objective: the study purposed to analyze effectiveness of brief psychoeducation intervention to HIV/AIDS related stigma among house wifes lived in coffee plantation area in Jember.

Methods: this research was a quasy-experimental pre-post test design with control group. The total sample was 30 respondents who were divided into intervention group and control group which consisted of 15 respondents in each group that were collected by simple random sampling technique. T-test dependent and independent were operated in data analysis.

Results: there was significant difference of HIV/AIDS related stigma among house wifes before and after brief psychoeducation intervention, and there was also difference between control and intervention group (p value = 0,000 ; CI 95% < α = 0,05).

Conclusion: brief psychoeducation has positive effect in reducing HIV/AIDS related stigma among house wifes lived at coffee plantation area. It is important for health care provider improving and implementing the brief psychoeducation intervention for community as supportive intervention to achieve zero stigma target for PLWHA.

PENDAHULUAN

Sejak pertama kali ditemukan, HIV/AIDS telah menyebabkan banyak dampak negatif selama kurang lebih 29 tahun terakhir pada masyarakat Indonesia secara keseluruhan. Hal ini berdampak bukan hanya pada aspek kesehatan, namun juga munculnya

permasalahan pada aspek ekonomi dan sosial. Berdasarkan laporan dari Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2014, jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia mencapai 206.095 (203.000 – 209.000) orang, dimana 40.216 diantaranya ditemukan

pada kelompok usia produktif (20-49 tahun) (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014)

Data statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia pada tahun 2014 menyatakan Provinsi Jawa Timur menduduki posisi kedua terbanyak setelah DKI Jakarta dengan jumlah orang yang terinfeksi HIV sebanyak 19.249 dan yang menderita AIDS sebanyak 8.976 orang (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014). Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) Provinsi Jawa Timur pada awal tahun 2016 melaporkan bahwa Kabupaten Jember menempati peringkat ketiga setelah Kota Surabaya dan Malang dengan penderita HIV/AIDS sebanyak 2.250 orang, hal ini cukup memprihatinkan karena satu tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2015 jumlah penderita HIV/AIDS di Kabupaten Jember masih dibawah Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Tulungagung. Senada dengan laporan KPA Nasional, bahwa di Kabupaten Jember teridentifikasi sebagian besar ODHA merupakan ibu rumah tangga (P2KL Dinkes Jember, 2015).

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, ODHA tersebar hampir merata diseluruh wilayah Jember di 31 Kecamatan. Potensi wilayah yang terjangkau bukan hanya di perkotaan saja, akan tetapi juga sudah sampai ke wilayah pedesaan termasuk daerah perkebunan. Ibu rumah tangga di wilayah pedesaan dan perkebunan juga beresiko untuk tertular HIV, sehingga diperlukan kesadaran dan keinginan untuk segera mengetahui status kesehatannya dengan mengikuti VCT, serta untuk meminimalkan stigma pada HIV/AIDS yang sangat berpotensi menimbulkan gejolak sosial yang besar.

Infeksi HIV merupakan suatu penyakit kronis yang bagi kebanyakan orang dianggap sebagai penyakit yang

diakibatkan oleh adanya perilaku yang salah. Seringkali masyarakat menyimpulkan bahwa Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) telah berperilaku amoral atau bertindak dengan cara yang salah yang memungkinkan mereka terjangkau virus ini, sehingga masyarakat menyimpulkan sendiri bagaimana seseorang dapat terinfeksi oleh HIV (Philip, Chadee, & Yearwood, 2014). Beberapa penelitian menemukan bahwa kebanyakan orang akan menghindari dan menjaga jarak dengan orang yang diidentifikasi mengidap HIV, yang selanjutnya hal ini akan mengakibatkan masyarakat mendiskriminasi dan menstigma orang yang menderita HIV/AIDS (Varni, Miller, & Solomon, 2012).

Salah satu faktor penghambat serta tantangan yang menyebabkan tidak efektifnya program pencegahan HIV/AIDS di masyarakat adalah adanya stigma sosial (Odimegwu, Adedini, & Ononokpono, 2013). Stigma terhadap HIV/AIDS menghalangi akses bagi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) serta kelompok resiko tinggi untuk mendapatkan pelayanan dan tindakan kesehatan serta respon sosial (Whyte, Abell, Ph, Brown, & Cesnales, 2011). Lebih jauh, adanya stigma akan berdampak pada menurunnya jumlah test HIV, terbatasnya pemanfaatan pelayanan pencegahan HIV, serta semakin meningkatnya perilaku seksual yang beresiko.

Stigma diartikan sebagai suatu atribut yang mendiskreditkan seseorang dengan karakteristik yang buruk, sehingga hal tersebut akan menurunkan status seseorang dimata masyarakat yang lain (Odimegwu, Adedini, & Ononokpono, 2013). Stigma merupakan suatu proses sosial yang kompleks yang mengarah pada adanya suatu pelabelan, stereotipe, pemisahan, kehilangan status, serta diskriminasi. Banyak dampak yang

ditimbulkan oleh adanya stigma, dan beberapa hasil riset menyatakan bahwa stigma menimbulkan dampak yang besar pada kualitas hidup serta kondisi kesehatan secara umum pada ODHA (Levi-minzi & Surratt, 2014).

Stigmatisasi pada ODHA seringkali dimanifestasikan dengan adanya penolakan sosial, tidak adanya pengakuan serta adanya diskriminasi yang akan menimbulkan rasa malu dan takut bagi ODHA untuk berinteraksi dengan orang lain. Status HIV positif bisa mengakibatkan pada tidak adanya dukungan sosial, memunculkan depresi, kehilangan kesempatan untuk bekerja dan mendapatkan penghasilan, serta menurunnya keberanian untuk mendapatkan pelayanan medis.

Proses peningkatan pengetahuan dapat dilakukan dengan upaya pemberian edukasi untuk mendorong terjadinya proses pembelajaran yang berkelanjutan. Salah satu model pembelajaran yang bisa diaplikasikan adalah psikoedukasi yang merupakan sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, M.E. 2007).

Psikoedukasi adalah sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, M.E. 2007). Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya proses pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan yang baru, sikap, serta ketrampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu, serta diarahkan untuk meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan status kesehatan, pencegahan penyakit dan membantu individu mengatasi efek

serta dampak dari penyakit (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009)

Penelitian oleh Jose pada tahun 2009 menyimpulkan bahwa intervensi psikoedukasi efektif dalam menurunkan perasaan ataupun pandangan negatif terhadap suatu penyakit serta mempunyai efek dalam perilaku untuk mencari pelayanan dan perawatan kesehatan. Hanya saja, banyak dari terapi psikoedukasi ini membutuhkan waktu yang relatif lama dalam setiap intervensinya. Banyak upaya telah dilakukan untuk membuat dan menilai keefektifan dari suatu intervensi psikoedukasi sehingga bisa lebih mudah dan lebih cepat untuk di aplikasikan (Portocarrero, 2009)

METODE

Desain, Populasi, Sampel

Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan desain penelitian *pre-test – post-test with control group*. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan yang diberikan intervensi *brief psychoeducation*, serta kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu rumah tangga diwilayah perkebunan kopi di Kabupaten Jember. Sampel dalam penelitian didapatkan menggunakan teknik *probability sampling* dengan pendekatan *simple random sampling* dari populasi yang sudah ditentukan yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel terdiri dari 15 responden untuk kelompok perlakuan serta 15 responden pada kelompok kontrol.

Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan oleh Britt Rios-Ellis pada tahun 2015 yang selanjutnya digunakan untuk mengidentifikasi stigma HIV/AIDS pada ibu rumah

tangga di area perkebunan kopi di Kabupaten Jember. Kuesioner terdiri dari 9 (sembilan) pernyataan dengan 4 pilihan jawaban (skala likert): sangat tidak setuju; tidak setuju; setuju; dan sangat setuju.

Intervensi *Brief Psychoeducation*

Proses pelaksanaan pemberian intervensi *brief psychoeducation* pada kelompok intervensi meliputi 3 fase: **(a) Fase Orientasi;** pada tahap ini, peneliti menanyakan perasaan partisipan secara umum untuk mengidentifikasi sejauh mana kesiapan partisipan untuk dilakukan intervensi. Peneliti menciptakan suasana yang nyaman sehingga responden bisa secara asertif menerima intervensi dengan maksimal. **(b) Fase Kerja;** sebelum memberikan intervensi, peneliti memberikan kuesioner pada responden untuk mengukur stigma terhadap HIV/AIDS sebagai pengukuran awal (*baseline*). Peneliti memulai memberikan *brief psychoeducation* yang berlangsung selama 30 sampai 60 menit mengenai topik yang telah ditentukan sebelumnya dan telah disusun. Selama aplikasi intervensi *brief psychoeducation* peneliti mengacu pada *guideline* dan SOP yang telah di susun serta menggunakan *leaflet* sebagai media penyampaian informasi. Aplikasi pelaksanaan *brief psychoeducation* diakhiri setelah informasi yang dibutuhkan telah tersampaikan sesuai tujuan penelitian. **(c) Fase Terminasi;** dilakukan setelah semua proses *brief psychoeducation* berakhir. Sebelum menutup kegiatan, peneliti memberikan reinforcement positif kepada responden atas kerjasamanya dalam pelaksanaan intervensi dan membuat kontrak untuk melakukan pengukuran stigma 3 hari setelah intervensi.

Pelaksanaan penelitian berlangsung selama 3 bulan antara bulan Agustus sampai dengan Oktober 2016. Sebagai

bentuk menjunjung aspek keadilan (*fairness*), kelompok kontrol juga diberikan tindakan *brief psychoeducation* setelah semua responden pada kelompok perlakuan menerima intervensi dan menyelesaikan semua pengukuran.

Analisis data

Teknik analisis data yang digunakan adalah uji *t-test independent* dan uji *t-test dependent*. Uji *t-test independent* dilakukan untuk membandingkan *mean* dari dua kelompok yang tidak saling berhubungan satu dengan yang lain yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sedangkan uji *t-test dependent* dioperasikan untuk mengetahui perbedaan stigmatisasi antara sebelum intervensi dan setelah intervensi pada kelompok intervensi serta membandingkan nilai baseline dan pengukuran lanjutan pada kelompok kontrol.

HASIL

Karakteristik responden

Tabel 1 berikut menggambarkan karakteristik responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol yang mendiskripsikan usia, pendidikan, pekerjaan, dan agama.

Rata-rata usia responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berada pada rentang usia yang relatif sama, dengan rentang usia 26 – 46 tahun, ibu rumah tangga, sebagian besar berpendidikan pada level sekolah dasar, serta beragama Islam.

Gambaran stigma tentang HIV/AIDS

Hasil observasi penelitian menunjukkan stigma HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di area perkebunan kopi di Kabupaten Jember pada kelompok perlakuan didapatkan penurunan jumlah responden dengan stigma negatif terhadap HIV/AIDS pada saat sebelum (11 orang/73,3%) dan sesudah (5 orang

/33,3%) dilakukan *brief psychoeducation*. Begitu juga pada kelompok kontrol, meskipun tidak diberikan intervensi *brief psychoeducation* didapatkan satu responden yang tidak melakukan stigmatisasi negatif pada HIV/AIDS. Diskripsi stigma HIV/AIDS tersaji pada tabel 2.

Tabel 1. Karakteristik responden (n=30)

| Variabel | Kelompok Perlakuan | | Kelompok Kontrol | |
|-------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| | N | (%) | N | (%) |
| Pekerjaan | | | | |
| Ibu Rumah Tangga | 5 | 33,3 | 7 | 46,7 |
| Buruh tani | 6 | 40 | 4 | 26,7 |
| Wiraswasta | 4 | 26,7 | 4 | 26,7 |
| Pendidikan | | | | |
| Tidak Tamat SD | 1 | 6,7 | 1 | 6,7 |
| SD | 7 | 46,7 | 6 | 40 |
| SMP | 5 | 33,3 | 5 | 33,3 |
| SMA | 2 | 13,3 | 3 | 20 |
| Agama | | | | |
| Islam | 15 | 100 | 15 | 100 |
| Usia | | | | |
| | Mean ± SD | Min - Max | Mean ± SD | Min - Max |
| | 35,5 ± 4,98 | 26 - 42 | 35,2 ± 6,08 | 27 - 46 |
| Total | 15 | 100 | 15 | 100 |

Tabel 2. Gambaran stigma responden tentang HIV/AIDS (*dependent t-test*)

| Variabel | Test | n | Mean ± SD | positif | | negatif | | Mean Difference | 95% CI | | p value |
|---------------------------|-----------|----|--------------|---------|------|---------|------|-----------------|--------|-------|---------|
| | | | | Frek | % | Frek | % | | Lower | Upper | |
| Stigma kelompok perlakuan | Pre-test | 15 | 29,26 ± 2,15 | 4 | 26,6 | 11 | 73,3 | 7,07 | 5,93 | 8,20 | 0,000 |
| | Post-test | 15 | 22,20 ± 2,07 | 10 | 66,6 | 5 | 33,3 | | | | |
| Stigma kelompok kontrol | Pre-test | 15 | 29,00 ± 2,23 | 7 | 46,6 | 8 | 53,3 | 2,8 | 2,04 | 7,89 | 0,000 |
| | Post-test | 15 | 26,20 ± 2,11 | 8 | 53,3 | 7 | 46,6 | | | | |

Tabel 3. Analisis efektifitas *brief psychoeducation* (*independent t-test*)

| No | Variabel | T | Mean Difference | 95% CI | | p value |
|----|-------------------------|------|-----------------|--------|-------|---------|
| | | | | Lower | Upper | |
| 1 | Stigma tentang HIV/AIDS | 6,69 | 4,26 | 2,96 | 5,57 | 0,000 |

Analisa efektifitas *brief psychoeducation*

Efek intervensi *brief psychoeducation* terhadap stigma HIV/AIDS pada ibu rumah tangga menunjukkan perbedaan yang signifikan yaitu intervensi ini 4 kali lebih efektif mengurangi stigmatisasi HIV/AIDS pada kelompok yang diberikan *brief psychoeducation* (*mean different 4.26 / p < 0.05*). Hasil

analisis dengan SPSS versi 21 ditampilkan pada tabel 3.

KESIMPULAN

Terdapat perbedaan yang bermakna terhadap stigma HIV/AIDS responden kelompok perlakuan sebelum dan setelah diberikan *brief psychoeducation*, serta pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Intervensi *brief*

psychoeducation yang diberikan pada kelompok perlakuan terbukti empat kali lebih efektif menurunkan stigma HIV/AIDS dari pada responden yang tidak diberikan intervensi.

SARAN

Health care provider bisa mengimplementasikan dan mengembangkan intervensi *brief psychoeducation* sebagai intervensi *supportive* dalam upaya mereduksi stigma HIV/AIDS yang juga merupakan target dari SDGs dimana stigma pada ODHA menurun sebanyak 90% pada tahun 2030.

Penelitian bisa dikembangkan dengan menerapkan *psychoeducation* dengan penuh (versi lengkap) sehingga semua fase dalam proses intervensi bisa diberikan lebih lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2014). *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d September 2014. Kemenkes RI.*

Jereni, B. H., & Muula, A. S. (2008). *Availability of supplies and motivations for accessing voluntary HIV counseling and testing services in Blantyre, Malawi. BMC Health Serv Res, 8, 17.* doi: 10.1186/1472-6963-8-17

Levi-minzi, M. A., & Surratt, H. L. (2014). *HIV Stigma Among Substance Abusing People Living with HIV / AIDS : Implications for HIV Treatment, 28(8).* doi:10.1089/apc.2014.0076

Mboi, N. (2011). *Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS Pada Penduduk Usia Muda.*

Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan*

Praktis. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Obermeyer, C. M., & Osborn, M. (2007). *The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence. Am J Public Health, 97(10), 1762-1774.* doi: 10.2105/AJPH.2006.096263

Odimegwu, C., Adedini, S. A., & Ononokpono, D. N. (2013). *HIV / AIDS stigma and utilization of voluntary counselling and testing in Nigeria.*

Portocarrero, J. S. (2009). *EFFECTS OF BRIEF PSYCHOEDUCATIONAL INFORMATION ON CHINESE - AND CAUCASIAN-AMERICAN COLLEGE STUDENTS' BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS AND TREATMENT-SEEKING ATTITUDES BY JOSE SALVADOR PORTOCARRERO B. A ., Florida International University , 1999 M. A ., Bin.*

Philip, J., Chadee, D., & Yearwood, R. P. (2014). *Health care students' reactions towards HIV patients: examining prejudice, emotions, attribution of blame and willingness to interact with HIV/AIDS patients. AIDS Care, 26(10), 1236-41.* doi:10.1080/09540121.2014.896449

Southwestern, U. S., Rios-ellis, B., & Nguyen-rodriguez, S. (2015). *Evaluation of a Community Health Worker Intervention to Reduce HIV / AIDS Stigma and Increase HIV Testing Among Underserved Latinos in, 130(October), 458-468.*

- Teklehaimanot, H. D., Teklehaimanot, A., Yohannes, M., & Biratu, D. (2016). Factors influencing the uptake of voluntary HIV counseling and testing in rural Ethiopia: a cross sectional study, 1–14. doi:10.1186/s12889-016-2918-z
- UNAIDS. (2000). Voluntary Counselling and Testing (VCT). UNAIDS Technical update.
- Varni, S. E., Miller, C. T., & Solomon, S. E. (2012). Sexual Behavior as a Function of Stigma and Coping with Stigma Among People with HIV / AIDS in Rural New England, 2330–2339. doi:10.1007/s10461-012-0239-5
- Wagner, A. C., Hart, T. A., Mcshane, K. E., Margolese, S., & Girard, T. A. (2014). Health Care Provider Attitudes and Beliefs About People Living with HIV: Initial Validation of the Health Care Provider HIV / AIDS Stigma Scale (HPASS), 2397–2408. doi:10.1007/s10461-014-0834-8
- Whyte, J., Abell, N., Ph, D., Brown, K. M., & Cesnales, N. I. (2011). Measuring Stigma Among Health Care and Social Service Providers: The HIV / AIDS Provider Stigma Inventory, 25(11). doi:10.1089/apc.2011.0008
- WHO. (2011). Global Health Sector Strategy On HIV/AIDS 2011-2015.

ACKNOWLEDGEMENT

Peneliti menyampaikan terima kasih pada Universitas Jember melalui Lembaga Penelitian yang telah mendanai penelitian ini, serta dukungan dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember sehingga penelitian ini bisa menghasilkan luaran yang bermanfaat dan aplikatif dalam pengembangan keilmuan dan bisa diaplikasikan dalam pelayanan keperawatan.