

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Alasan Pemilihan Teori

Dalam penelitian ini teori yang digunakan adalah Dukungan Sosial dari Sarafino (2011) dan *Psychological Well-Being* dari Ryff (1989). Alasan peneliti memilih teori Dukungan sosial dari Sarafino (2011) dan *Psychological Well-Being* dari Ryff (1989), karena teori tersebut dapat digunakan untuk membahas permasalahan mengenai Dukungan Sosial dengan *Psychological Well-Being* pada ODHA di Yayasan Akses Indonesia Tasikmalaya.

2.2 HIV/AIDS

2.2.1 Pengertian ODHA

ODHA adalah singkatan dari Orang Dengan HIV/AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif didiagnosa terinfeksi HIV. HIV adalah kepanjangan dari *Human Immunodeficiency Virus*, merupakan suatu virus yang menyerang kekebalan tubuh, yaitu suatu sistem tubuh yang secara alamiah berfungsi melawan penyakit dan infeksi. Jika sistem kekebalan tubuh ini melemah maka orang tersebut sangat mudah terinfeksi virus yang sebenarnya juga bisa menyerang orang lain, tetapi tidak menyebabkan gangguan berarti pada orang yang sistem kekebalan tubuhnya normal. Orang dengan HIV positif sangat rentan terhadap serangan virus sehingga kondisi tubuh dapat melemah secara cepat dan berkembang menjadi AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*). (Kaplan,

1993; Taylor, 1999). Sekalipun demikian, tidak ada batasan waktu yang pasti kapan orang dengan HIV positif akan mengalami AIDS (Emery & Oltmanns, 2000).

2.2.2 Gambaran tentang HIV/AIDS

Virus HIV yang menyebabkan AIDS ini menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Yang dimaksud dengan sistem kekebalan adalah suatu sistem dalam tubuh yang berfungsi untuk melindungi tubuh dari masuknya bakteri atau virus yang bertujuan menyerang sel, menyerang pertahanan tubuh. Organ dimana sistem kekebalan tubuh berada disebut *lymphoid*, memiliki peran utama dalam mengembangkan *lymphocytes* (sel darah putih) yang secara spesifik berfungsi untuk menjaga tubuh dari serangan virus, yang disebut sebagai *T cells*, yang terbagi dalam beberapa sel (Sarafino, 2006), yaitu:

- a. *Killer T cells* (sel CD-8), secara langsung menyerang dan menghancurkan sel asing, sel kanker, dan sel tubuh yang telah diserang oleh antigen (substansi yang memicu respon kekebalan tubuh), seperti virus.
- b. *Memory T cells*, bekerja diawal infeksi dengan cara mengingatkan tubuh akan adanya hal asing yang masuk ke dalam tubuh.
- c. *Delayed-hypersensitivity T cell*, berfungsi untuk menunda reaksi kekebalan tubuh, dan juga memproduksi substansi protein (*lymphokines*) yang memicu *T cells* lainnya untuk tubuh, memproduksi dan menyerang antigen.
- d. *Helper T cells* (sel CD-4), berfungsi untuk menstimulasi sel darah putih untuk diproduksi dan menyerang virus.
- e. *Suppressor T cells*, berfungsi untuk secara perlahan-perlahan menghentikan proses kerja sel dan kekebalan.

Sel dalam tubuh individu yang diserang oleh HIV adalah limfosit *Helper T-cell* atau yang disebut juga sebagai limfosit CD-4, yang fungsinya dalam kekebalan tubuh adalah untuk mengatur dan bekerja sama dengan komponen sistem kekebalan yang lain. Bila jumlah dan fungsi CD-4 berkurang maka sistem kekebalan

Individu yang bersangkutan akan rusak sehingga mudah dimasuki dan diserang oleh berbagai kuman penyakit. Segera setelah terinfeksi maka jumlah CD-4 berkurang sedikit demi sedikit secara bertahap meskipun ada masa yang disebut sebagai *window periode*, yaitu periode yang tidak menunjukkan gejala apapun, yang berlangsung sejak masuknya virus hingga individu dinyatakan positif terpapar HIV. Gambaran klinik yang berat, yang mencerminkan kriteria AIDS, baru timbul sesudah jumlah CD-4 kurang dari 200/mm³ dalam darah.

2.2.3 Penyebab Tertularnya Virus HIV/AIDS

Menurut UNAIDS (2004), individu dapat tertular virus HIV melalui 3 cara, yaitu:

- a. Kontak seksual tanpa pelindung.
- b. Darah yang terinfeksi pada transfusi darah.
- c. Penularan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya, selama kehamilan, proses kelahiran atau pemberian ASI (Air Susu Ibu).

Adapun Proses perkembangan virus HIV dalam tubuh. Proses tersebut menurut Kaplan (1993); Sarafino (2006) adalah sebagai berikut:

- a. Munculnya tanda-tanda infeksi primer HIV akut (*acut HIV infection*).
- b. *Seroconversion*

c. Penurunan sistem kekebalan

d. Gejala yang lebih berat

2.2.4 Perjalanan Penyakit HIV/AIDS

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan resiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (**Depkes RI, 2003**).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas infeksi seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi (**Sudoyo, 2006**).

Perjalanan penyakit lebih progresif pada pengguna narkoba. Lamanya penggunaan jarum suntik berbanding lurus dengan infeksi pneumonia dan tuberkulosis. Infeksi oleh kuman lain akan membuat HIV membelah lebih cepat. Selain itu dapat mengakibatkan reaktivasi virus di dalam limfosit T sehingga perjalanan penyakit bisa lebih progresif (**Sudoyo, 2006**).

Pembagian stadium:

1. Stadium pertama: HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi

terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

2. Stadium kedua: Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

3. Stadium ketiga: pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata

(*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih satu bulan.

4. Stadium keempat: AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.

Gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain:

· Gejala utama/mayor:

- Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
- Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus-menerus.
- Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

- TBC.

· Gejala minor:

- Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
- Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida*

Albicans.

- Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.

- Munculnya *Herpes zoster* berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh (**Depkes RI, 1997**).

2.2.5 Diagnosis HIV/AIDS

Diagnosis HIV pada orang dewasa mengikuti prinsip-prinsip khusus. Baik diagnosis klinik maupun laboratorium dikembangkan untuk menentukan diagnosis negatif atau positif. Tanda dan gejala pada infeksi HIV awal bisa sangat tidak spesifik dan menyerupai infeksi virus lain yaitu: latergi, malaise, sakit tenggorokan, mialgia (nyeri otot), demam, dan berkeringat. Pasien mungkin mengalami beberapa gejala, tetapi tidak mengalami keseluruhan gejala tersebut di atas. Pada stadium awal, pemeriksaan laboratorium merupakan cara terbaik untuk mengetahui apakah pasien terinfeksi virus HIV atau tidak.

2.2.6 Klasifikasi HIV/AIDS menurut WHO

Klasifikasi Klinis

Pada beberapa negara, pemeriksaan limfosit CD4+ tidak tersedia. Dalam hal ini pasien bisa didiagnosis berdasarkan gejala klinis yaitu berdasarkan tanda dan gejala mayor dan minor. Dua gejala mayor di tambah dua gejala minor didefinisikan sebagai infeksi HIV simptomatik.

Gejala Mayor:

1. Penurunan berat badan $\geq 10\%$.
2. Demam memanjang atau lebih dari 1 bulan.
3. Diare kronis.
4. Tuberkulosis.

Gejala Minor:

1. Kandidiasis orofaringeal.
2. Batuk menetap lebih dari satu bulan.
3. Kelemahan tubuh.
4. Berkeringat malam.
5. Hilang nafsu makan.
6. Infeksi kulit generalisata.
7. Limfadenopati generalisata.
8. *Herpes zoster*.
9. Infeksi *Herpes simplex* kronis.
10. Penumonia.
11. Sarkoma kaposi

2.2.7 Respons Spesifik Pada Penderita HIV/AIDS

a. Respons Adaptif Psikososial

Respons Adaptif Psikologis (penerimaan diri)

Pengalaman mengalami suatu penyakit akan membangkitkan berbagai perasaan dan reaksi stres, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, berduka, dan ketidakpastian dengan adaptasi terhadap penyakit.

Tahapan reaksi psikologis pasien HIV (**Stewart, 1997**) adalah seperti terlihat pada tabel 2.2

Tabel 2.2
Respon Adiktif Psikologis

Reaksi	Proses Psikologis	Hal-hal yang biasa dijumpai
1. Shock (kaget, guncangan batin)	Merasa bersalah dan tidak berdaya.	Rasa takut, hilang akal, frustrasi, rasa sedih, susah, <i>acting out</i>
2. Mengucilkan diri	Merasa cacat, tidak berguna dan menutup diri.	Khawatir menginfeksi orang lain, murung.
3. Membuka status secara terbatas	Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stress, ingin dicintai.	Penolakan, stres, dan konfontrasi.
4. Mencari orang lain yang HIV positif	Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan dan dukungan sosial.	Ketergantungan, campur tangan, tidak percaya pada pemegang rahasia dirinya.
5. Status Khusus	Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, dibutuhkan yang lainnya.	Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (semua orang dilihat sebagai terinfeksi HIV dan direspon seperti itu). <i>Over identification.</i>
6. Perilaku mementingkan orang lain.	Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan memberi dan berbagi, perasaan sebagai kelompok.	Pemadaman, reaksi, dan kompensasi yang berlebihan.

7. Penerimaan	Integrasi status positif HIV dengan identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dengan diri sendiri, bisa menyebutkan kondisi seseorang.	Apatitis dan sulit berubah.
---------------	---	-----------------------------

Tabel 2.2 Reaksi Psikologis Pasien HIV (Sumber: Stewart.1997)

Kubler-Ross (dalam Sarafino, 2006) melakukan wawancara terhadap 2000 individu yang mengalami *terminal illness* dan mengatakan bahwa penyesuaian individu biasanya mengikuti pola-pola yang dapat diprediksi dalam 5 tahapan yang tersusun secara hirarkhi. Tahapan tersebut adalah:

a. *Denial* (Peningkaran)

Pada tahap pertama, ODHA menunjukkan karakteristik perilaku peningkaran, mereka gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosis. Peningkaran ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan pasien terhadap sakitnya atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya. Peningkaran dapat berlalu sesuai dengan kemungkinan memproyeksikan pada apa yang diterima bahwa alat yang tidak berfungsi dengan baik, kesalahan laporan laboratorium, atau lebih mungkin perkiraan dokter atau perawat yang tidak kompeten.

Peningkaran diri yang mencolok tampak menimbulkan kecemasan. peningkaran ini merupakan *buffer* untuk menerima kenyataan yang sebenarnya.

Pengingkaran biasanya bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan (**Achir Yani** dalam **Nursalam, 2007**).

b. *Anger* (Kemarahan)

Apabila pengingkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan. Perilaku ODHA secara karakteristik dihubungkan dengan marah dan rasa bersalah. Pasien akan mengalihkan kemarahan pada segala sesuatu yang ada disekitarnya. Biasanya kemarahan diarahkan pada dirinya sendiri kemudian timbul penyesalan (**Hudak & Gallo**, dalam **Nursalam, 2007**)

c. *Bargaining* (Tawar Menawar)

Setelah fase marah-marah berlalu, ODHA akan berpikir dan merasakan bahwa protesnya tidak berarti. ODHA mulai timbul rasa bersalah dan mulai membina hubungan dengan Tuhan. ODHA berdoa, meminta dan berjanji pada Tuhan, tindakan ini merupakan ciri yang jelas, yaitu pasien menyanggupi akan menjadi lebih baik bila dia dapat sembuh (**Achir Yani**, dalam **Nursalam, 2007**).

d. *Depression* (Depresi)

Selama fase ini ODHA sedih dan berkabung mengesampingkan rasa marah dan sikap pertahanannya, serta mulai mengatasi kehilangan secara konstruktif. ODHA mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, kesepian, dan waktu untuk menangis berguna pada saat ini. Perilaku fase ini termasuk di dalamnya adalah ketakutan akan masa depan, bertanya peran baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit (**Netty**, dalam **Nursalam, 2007**).

e. *Acceptance* (Penerimaan)

Seiring dengan berlalunya waktu ODHA mulai dapat beradaptasi, kepedihan yang menyakitkan berkurang, dan bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang memiliki keterbatasan karena penyakitnya dan sebagai seorang yang cacat. Pasien mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasan atau ketidakadekuatan (**Hudak & Gallo**, dalam **Nursalam, 2007**).

b. *Respons Adaptif Sosial*

Aspek psikososial menurut **Stewart (1997)** dibedakan menjadi 3 hal, yaitu:

- a. Stigma sosial dapat memperparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri ODHA.
- b. Diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV, misalnya penolakan bekerja dan hidup serumah juga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan. Penggunaan obat-obat narkotika akan berakibat terhadap kurangnya dukungan sosial, hal ini akan memperparah stres pada ODHA.
- c. Terjadinya waktu yang lama terhadap respons psikologis mulai penolakan, marah-marah, tawar-menawar, dan depresi berakibat terhadap keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan. Pasien akhirnya mengonsumsi obat-obat terlarang untuk menghilangkan stres yang dialami.

Respons adaptif sosial dikembangkan peneliti berdasarkan konsep dari

Pearlin & Aneshense (dalam **Nursalam, 2007**) meliputi tiga hal, yakni:

1. Emosi.
2. Cemas.
3. Interaksi sosial.

2.3 Dukungan Sosial

2.3.1 Pengertian Dukungan Sosial

Dalam menghadapi kehidupannya, manusia akan menghadapi berbagai rintangan yang harus dihadapinya dan manusia akan membutuhkan dukungan dari lingkungan sosialnya. Terdapat beberapa definisi dukungan sosial dari berbagai ahli. Menurut Sarason, Sarason & Pierce (dalam aron Byrne, 2000) mendefinisikan dukungan sosial sebagai kenyamanan fisik dan psikologis yang diberikan oleh teman-teman dan anggota keluarga. Shumaker & Browne dalam Duffy & Wong, 2003, Dukungan sosial adalah pertukaran bantuan antara dua individu yang berperan sebagai pemberi dan penerima Sidney Cobb (1976) dalam Sarafino, berpendapat bahwa orang yang memperoleh dukungan sosial yakin bahwa dirinya dicintai dan diperhatikan, dihargai dan merasa dirinya bernilai, dan menjadi bagian dalam sebuah kelompok, seperti bagian dalam sebuah keluarga, atau organisasi masyarakat yang dapat memberikan materi, pelayanan, dan perlindungan yang menguntungkan setiap saat apabila diperlukan dan pada saat mengalami bahaya.

Sarafino (2011), mendefinisikan dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterimanya individu dari orang lain ataupun dari kelompok. Dukungan bisa didapat dari berbagai sumber daya yang berbeda, misalnya dari suami atau istri, atau orang

lain yang dicintai, seperti keluarga, teman, rekan kerja, atau organisasi masyarakat (Sarafino,2011).

Pada saat ini, penelitian mengenai *social support* terbagi menjadi 2 konstruk yaitu *received social support* dan *perceived social support* (Heller&Swindle, 1983 : Vaux, Riedel & Steward, 1987 dalam Indah, 2012). Pengukuran terhadap *received social support* dibuat untuk menilai aksi suportif yang signifikan yang diberikan kepada penerima oleh jaringan sosialnya, sedangkan pengukuran terhadap *perceived social support* dilakukan untuk menilai persepsi penerima mengenai keberadaan dukungan secara umum atau kepuasan secara menyeluruh terhadap dukungan yang diberikan (Sarason, sarason & Pierce, 1990 dalam Indah, 2012).

Pada penelitian ini peneliti memilih untuk menggunakan *perceived social support* karena peneliti melihat fenomena yang ada dalam penelitian menerangkan bahwa walaupun ODHA wanita ini mendapatkan dukungan yang sama dari staf,konselor, OHIDA dan sesama ODHA lainnya tetapi memiliki pemaknaan yang berbeda mengenai dukungan yang diberikan. Ada yang memaknakan mendapatkan dukungan, dan ada pula yang memaknakan kurang mendapatkan dukungan.

Wills, 1991 (dalam Taylor, 2004) mendefinisikan *perceived social support* sendiri merupakan persepsi atau pengalaman seseorang bahwa ada orang lain yang mencintai dan memperhatikan dirinya, menghargai dan menganggapnya bernilai, serta merupakan bagian dari kelompok sosial tertentu yang saling berbagi dukungan dan tanggung jawab. Sarason (1983) mengemukakan bahwa *perceived social support* dapat diartikan sebagai keyakinan seseorang bahwa ada dukungan

sosial yang tersedia ketika dibutuhkan dan dukungan tersebut di identifikasikan melalui sudut pandang subjektif dan dapat diukur.

2.3.2 Bentuk Dukungan Sosial

Para peneliti telah mencoba untuk mengklasifikasikan berbagai jenis dukungan. Terdapat empat jenis dukungan sosial yang telah diklasifikasikan. (Cutrona & Gardner, 2004 ; Uchina, 2004 dalam Sarafino, 2011).

1. Dukungan Emosi atau Penghargaan (*emotional or esteem support*)

Dukungan ini berbentuk ekspresi empati, perhatian, dan kepedulian terhadap orang yang bersangkutan, penghargaan positif terhadap orang-orang yang bersangkutan serta persetujuan atas ide-idenya, melibatkan perilaku yang menyebabkan orang lain menjadi nyaman dan merasa aman dalam situasi penuh tekanan, meyakinkan seseorang bahwa ia diperhatikan, didukung, menjadi bagian dan dicintai ketika mengalami stress.

2. Dukungan instrumen (*instrumental support*)

Dukungan ini berupa alat atau bahan pembantu yang nyata, memberikan sumber-sumber yang tepat untuk menghadapi situasi penuh tekanan yang dirasakan seseorang, memberi bantuan langsung atau menolong pada saat seseorang sedang mengalami masalah.

3. Dukungan informasi (*informational support*)

Dukungan ini tampak dalam penyediaan informasi atau saran, petunjuk, dan nasihat mengenai pemecahan yang memungkinkan tentang suatu masalah.

4. Dukungan jaringan (*companionship support*)

Dukungan ini menyediakan perasaan menjadi anggota dari suatu perkumpulan orang-orang yang saling berbagi kepentingan dan aktivitas sosial. Mengacu

pada kesediaan orang lain untuk menghabiskan waktu dengan orang tersebut, sehingga memberikan perasaan keberadaannya dalam kelompok baik dalam berbagi minat yang sama atau kegiatan sosial.

Diperlukan adanya kesesuaian antara kebutuhan dengan persepsinya mengenai bentuk dukungan yang diterimanya. Jika terjadi kesesuaian, maka bentuk dukungan itulah yang paling efektif baginya. Sarafino (2011) menjelaskan bahwa dukungan sosial bukan berarti pelaksanaan keseluruhan bentuk dukungan sosial. Pelaksanaan salah satu dari keempat bentuk dukungan sosial, sudah dapat diartikan memberikan dukungan sosial.

2.3.3 Sumber Dukungan Sosial

Menurut Gottlieb (dalam Sarafino, 1994) yang dapat menjadi sumber dukungan sosial ada dua macam yaitu :

1. Hubungan dengan seseorang professional, maksudnya adalah seseorang yang ahli di bidangnya, misalnya seorang dokter.
2. Hubungan dengan seseorang dengan non professional, misalnya orang tua, anggota keluarga lainnya seperti saudara, teman, dan komunitas.

Bila dibandingkan dengan professional, maka dengan non professional merupakan bagian terbesar dalam kehidupan seseorang dan merupakan sumber yang potensial. Jika melihat kenyataan ini, menunjukkan hubungan non professional atau *significant others* harus mendapat perhatian yang lebih besar. Hal ini dikarenakan hubungan tersebut bukan sesuatu yang dipaksakan. Jika hubungan dengan *significant others* bukanlah sesuatu yang dipaksakan maka akan lebih mudah terjalin hubungan timbal balik antara pemberi dan penerima

dukungan yang merupakan syarat bagi dukungan sosial yang dipersepsikan oleh penerima.

Caplan (dalam Gottlieb, 1983), menyebutkan betapa pentingnya kelompok yang saling membantu (*mutual help-groups*), organisasi kemasyarakatan dan organisasi yang bersifat persaudaraan yang disebut *civil and fraternal organizations*.

2.3.4 Faktor- faktor yang mempengaruhi perolehan dukungan sosial dari orang lain

Tidak semua orang dapat memperoleh dukungan sosial yang mereka perlukan. Terdapat faktor yang dapat menentukan apakah seseorang menerima dukungan sosial atau tidak (Broadhead et al. 1983; Conel & D'Augell, 1990; Wortman & Dunkel- Schetter, 1987 dalam Sarafino, 2011)

1. faktor yang berkaitan dengan potensi penerimaan, seperti :
 - a. senang atau tidak senang menerima dukungan
 - b. mampu atau tidak mampu membiarkan orang lain tahu apa yang diperlukan
 - c. *assertiveness* untuk meminta tolong
 - d. perasaan nyaman atau tidak nyaman dalam menceritakan rahasia kepada orang lain
 - e. tahu atau ketidaktahuan mengenai siapa yang ditanyai
 - f. menarik atau tidaknya, atau mengundang tidaknya untuk dibantu
2. faktor-faktor yang berkaitan dengan pemberian dukungan, misalnya:
 - a. ada atau tidaknya sumber yang diperlukan
 - b. ada atau tidaknya sensitifitas akan kebutuhan orang lain

3. komposisi dan struktur dari jaringan sosial

Merupakan pertalian yang dimiliki keluarga dan masyarakat **Mitchell (1969; Schefer, Cyne & Lazarus, 1981 dalam Sarafino, 2011)**. Misalnya setiap jaringan sosial berbeda-beda dalam ukuran (jumlah orang yang memiliki kontak teratur) sehingga kontak, komposisi dan intimasi (kedekatan hubungan dengan individu) orang yang memiliki jaringan sosial dengan pertalian kualitas dan kuantitasnya tinggi, biasanya lebih memiliki kesempatan untuk menerima dukungan sosial. Konsep operasional dari dukungan sosial adalah “*perceived support*” (dukungan yang dirasakan) yang memiliki dua elemen dasar, yaitu:

- a. Persepsi bahwa ada sejumlah orang lain dimana seseorang dapat mengandalkannya pada saat dibutuhkan
- b. Derajat kepuasan terhadap dukungan yang ada

2.1.5 Pendekatan Dukungan Sosial

Terdapat dua pendekatan utama dalam mempelajari dan memahami dukungan sosial, yaitu:

- a. Pendekatan struktural, yaitu pendekatan yang menitikberatkan kepada aspek dari struktur jaringan sosial yang dimiliki individu. Dalam pendekatan struktural

Tolsdorf (1976) mengemukakan bahwa untuk mempelajari struktur jaringan sosial yang dimiliki individu, perlu diperhatikan mengenai:

1. *Size* yaitu istilah yang merujuk pada jumlah orang yang termasuk didalam jaringan sosial seorang individu yang disusun berdasarkan kriteria tertentu.
2. *Adjacency density*, yaitu melihat kedalaman hubungan timbal balik yang

dimiliki oleh individu dengan orang-orang dimana ia menjalin relasi atau melihat jumlah hubungan *dyadic* yang terjadi antar orang-orang didalam jaringan sosial individu (yang termasuk dalam *Size*).

3. *Content* yaitu sifat relasi antara individu dengan anggota jaringan sosialnya.

Dalam *content* dibahas pula mengenai *multiple relationship*, yaitu relasi yang dimiliki individu dalam area yang berbeda-beda. Dalam aspek *relationship density* dibahas mengenai jumlah rata-rata area *content* pada setiap relasi yang dimiliki individu dan juga menekankan pada intensitas relasi individu.

b. Pendekatan yang melihat fungsi *social support* yang menitikberatkan pada aspek-aspek kualitas relasi yang dimiliki seorang individu ataupun kemampuan relasi tersebut dalam memberikan suatu bentuk/fungsi dukungan yang tepat. Dalam pendekatan ini dibahas mengenai fungsi/bentuk utama dukungan sosial.

2.1.6 Dampak Dukungan Sosial

Dukungan sosial ternyata tidak hanya memberikan efek positif dalam mempengaruhi kejadian dan efek stres. Dalam Safarino (1994) disebutkan beberapa contoh efek negatif yang timbul dari dukungan sosial, antara lain :

1. Dukungan yang tersedia tidak dianggap sebagai sesuatu yang membantu. Hal ini dapat terjadi karena dukungan yang diberikan tidak cukup, individu merasa tidak perlu dibantu atau terlalu khawatir secara emosional sehingga tidak memperhatikan dukungan yang diberikan.
2. Dukungan yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan individu. Sumber dukungan memberikan contoh buruk pada individu, seperti melakukan atau menyarankan perilaku tidak sehat.

3. Terlalu menjaga atau tidak mendukung individu dalam melakukan sesuatu yang diinginkannya. Keadaan ini dapat mengganggu program rehabilitasi yang seharusnya dilakukan oleh individu dan menyebabkan individu menjadi tergantung pada orang lain.

2.3.5 Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kesehatan

Untuk menjelaskan bagaimana dukungan sosial dapat mempengaruhi kesehatan dan kondisi seseorang, Sarafino (2011) mengajukan dua buah hipotesis yaitu “*Buffering Hypothesis*” dan “*Direct Effect*”. Menurut “*Buffering Hypothesis*” dukungan sosial akan mempengaruhi kesehatan dengan melindungi individu dari efek negatif yang disebabkan karena adanya stressor yang tinggi, sehingga fungsi perlindungan hanya akan efektif bila individu dihadapkan pada stressor yang kuat. Bila stressor yang dihadapi tidak dirasakan berat, maka sistem perlindungan tidak akan terjadi. Terdapat 2 cara dimana “*Buffering*” ini bekerja, yaitu sebagai berikut :

1. Meliputi proses penilaian kognitif, yaitu ketika individu menghadapi stressor yang kuat, misalnya menghadapi krisis keuangan, maka individu yang memiliki tingkat dukungan sosial yang tinggi akan menganggap situasi yang dihadapinya sebagai situasi yang tidak menekan dibandingkan mereka yang kurang mendapatkan dukungan sosial. Individu yang memiliki dukungan sosial yang tinggi dapat mengharapkan dukungan dari seseorang yang dikenalnya untuk menolong dirinya. Misalnya dengan meminjamkan uang atau memberinya saran bagaimana caranya mendapatkan uang yang dibutuhkannya, sehingga individu menilai bahwa ia akan dapat menghadapi

masalah dan memutuskan bahwa situasi tersebut tidak terlalu menimbulkan stres bagi dirinya.

2. Memodifikasi respon individu terhadap stressor setelah mereka menilai bahwa situasi yang mereka hadapi adalah situasi yang penuh stres. Misalnya individu yang memiliki dukungan sosial tinggi akan merasa memiliki seseorang yang dapat memberikan solusi, meyakinkannya bahwa masalah yang dihadapi bukanlah sesuatu yang sangat berat dan memberi semangat untuk melihat “sisi baik” atau melihat “keuntungan yang dimiliki”. Individu yang kurang mendapatkan dukungan tidaklah mendapatkan keuntungan seperti di atas, sehingga efek negatif dari stres akan lebih mempengaruhi mereka dibandingkan dengan mereka yang mendapatkan dukungan.

Hipotesis yang kedua adalah “*The Direct Effect Hypothesis*” yang menyatakan bahwa dukungan sosial akan sangat bermanfaat terhadap kesehatan dan kondisi individu tanpa dipengaruhi oleh besarnya stressor yang dihadapi, sehingga dukungan sosial tetap bermanfaat baik di bawah stressor yang kuat ataupun yang lemah. Terdapat beberapa cara dimana *direct effect* dapat berperan, sebagai contoh yaitu individu mendapatkan dukungan yang besar dapat lebih besar merasakan bahwa dirinya merupakan bagian dari kelompok dan memiliki *self esteem* dibandingkan mereka yang kurang mendapat dukungan. Dukungan ini juga dapat membuat individu menjalani cara hidup yang lebih sehat.

2.4 *Psychological Well-Being*

2.4.1 Pengertian *Psychological Well-Being*

Pengertian *psychological well-being*, didefinisikan secara berbeda oleh beberapa ahli. Adapun pengertian *psychological well-being* yang banyak diketahui selama ini ada beberapa pendapat. Ryff (1989) mendefinisikan *psychological well-being* sebagai hasil evaluasi atau penilaian seseorang terhadap dirinya yang merupakan evaluasi atas pengalaman-pengalaman hidupnya. Evaluasi terhadap pengalaman dapat menyebabkan seseorang menjadi pasrah terhadap keadaan yang membuat kesejahteraan psikologisnya menjadi rendah atau berusaha untuk memperbaiki keadaan hidupnya agar kesejahteraan psikologisnya meningkat.

Lawton (dalam Keyes, 1995) mendefinisikan *psychological well-being* sebagai evaluasi terhadap bidang-bidang kehidupan tertentu (misalnya evaluasi terhadap kehidupan keluarga, masyarakat) atau dengan kata lain seberapa baik seseorang dapat menjalankan peranannya dan dapat memberikan peramalan yang baik terhadap *well-being*. Berdasarkan teori Ryff (1989) mendefinisikan *psychological well-being* sebagai sebuah kondisi dimana individu memiliki sikap yang positif terhadap diri sendiri dan orang lain, dapat membuat keputusan sendiri dan mengatur tingkah lakunya sendiri dapat menciptakan dan mengatur lingkungan yang kompatibel dengan kebutuhannya, memiliki tujuan hidup dan membuat hidup mereka lebih bermakna serta berusaha dan mengeksplorasi dirinya. Hasil evaluasi atau penelitian seseorang terhadap dirinya yang merupakan evaluasi atas pengalaman-pengalaman hidupnya (Halim dan Atmoko, 2005). Kebutuhan-kebutuhan yang dimiliki oleh setiap

individu tidak akan pernah berhenti sepanjang hidupnya. Dalam usaha memenuhi kebutuhan hidup dan permasalahan yang dihadapi individu tersebut akan membuat individu mendapat pengalaman-pengalaman, baik pengalaman yang menyenangkan ataupun tidak menyenangkan, yang selanjutnya akan mengakibatkan kebahagiaan dan tidak kebahagiaan. Kebahagiaan dan tidak kebahagiaan itu disebut juga kesejahteraan psikologi atau *psychological well-being* (Halim dan Atmoko, 2005). *Psychological well-being* menjelaskan istilah *psychological well-being* sebagai pencapaian penuh dari potensi psikologis seseorang dan suatu keadaan ketika individu dapat menerima kekuatan dan kelemahan diri apa adanya, memiliki tujuan hidup, mengembangkan relasi yang positif dengan orang lain, menjadi pribadi yang mandiri, mampu mengendalikan lingkungan, dan terus bertumbuh secara personal. Konsep Ryff berawal dari adanya keyakinan bahwa kesehatan yang positif tidak sekedar adanya penyakit fisik saja. Kesejahteraan psikologis terdiri dari adanya kebutuhan untuk merasa baik secara psikologis (*psychological-well being*). Ia menambahkan bahwa *psychological well-being* merupakan suatu konsep yang berkaitan dengan apa yang dirasakan oleh individu sebagai hasil dari pengalaman hidupnya.

Ryff dan Keyes (1995) memberikan gambaran yang komprehensif mengenai apa itu *psychological well-being* dalam pendapatnya yang tercantum dalam pendapatnya bahwa Ryff dan Keyes (1995) memandang *psychological well-being* berdasarkan sejauh mana seseorang individu memiliki tujuan dalam hidupnya, apakah mereka menyadari potensi-potensi yang dimiliki, kualitas

hubungannya dengan orang lain, dan sejauh mana mereka merasa bertanggung jawab dengan hidupnya sendiri.

2.4.2 Dimensi-Dimensi *Psychological Well-Being*

Ryff (1989) menyebutkan bahwa *psychological well-being* terdiri dari enam dimensi, yaitu penerimaan terhadap diri sendiri, memiliki hubungan yang positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan terhadap lingkungan, memiliki tujuan dan arti hidup serta pertumbuhan dan perkembangan yang berkelanjutan (Ryff & Keyes, 1995). Selain itu, setiap dimensi dari *psychological well-being* menjelaskan tantangan yang berbeda yang harus dihadapi individu untuk berfungsi positif (Ryff & Keyes, 1995). Dapat disimpulkan bahwa *psychological well-being* (kesejahteraan psikologis) adalah kondisi individu yang ditandai dengan adanya perasaan bahagia, mempunyai kepuasan hidup dan tidak ada gejala-gejala depresi.

Kondisi tersebut dipengaruhi adanya fungsi psikologis yang positif seperti penerimaan diri, relasi sosial yang positif, mempunyai tujuan hidup, perkembangan pribadi, penguasaan lingkungan, dan otonomi. Menurut Ryff (1989), *psychological well-being* terdiri dari enam dimensi yang menyusunnya, yaitu:

a. Otonomi (*autonomy*)

Dimensi otonomi menjelaskan mengenai kemandirian, kemampuan untuk menentukan diri sendiri, dan kemampuan untuk mengatur tingkahlaku. Seseorang yang mampu untuk menolak tekanan sosial untuk berpikir dan

bertingkah laku dengan cara-cara tertentu, serta dapat mengevaluasi diri sendiri dengan standar personal, hal ini menandakan bahwa ia baik dalam dimensi ini.

Sebaliknya, individu yang kurang baik dalam dimensi otonomi akan memperhatikan harapan dan evaluasi dari orang lain, membuat keputusan berdasarkan penilaian orang lain, dan cenderung bersikap konformis.

b. Penguasaan terhadap lingkungan (*environmental mastery*)

Individu dengan *psychological well-being* yang baik memiliki kemampuan untuk memilih dan menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kondisi fisik dirinya. Dengan kata lain, ia mempunyai kemampuan dalam menghadapi kejadian-kejadian diluar dirinya. Hal inilah yang dimaksud dalam dimensi ini mampu untuk memanipulasi keadaan sehingga sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai pribadi yang dianutnya dan mampu mengembangkan diri secara kreatif melalui aktivitas fisik maupun mental.

Sebaliknya, individu yang kurang baik dalam dimensi ini akan menampakan ketidakmampuan untuk mengatur kehidupan sehari-hari, dan kurang memiliki kontrol terhadap lingkungan luar.

c. Perkembangan pribadi (*personal growth*)

Dimensi pertumbuhan pribadi menjelaskan mengenai kemampuan individu untuk mengembangkan potensi dalam diri dan berkembang sebagai seorang manusia. Dimensi ini dibutuhkan oleh individu agar dapat optimal dalam berfungsi secara psikologis. Salah satu hal penting dalam dimensi ini adalah adanya kebutuhan untuk mengaktualisasikan diri, misalnya dengan keterbukaan terhadap pengalaman. Seseorang yang baik dalam dimensi ini mempunyai perasaan untuk terus berkembang, melihat diri sendiri sebagai

sesuatu yang bertumbuh, menyadari potensi yang terdapat di dalam dirinya, dan mampu melihat peningkatan dalam diri dan tingkah laku dari waktu ke waktu.

Sebaliknya, seseorang yang kurang baik dalam dimensi ini akan menampilkan ketidakmampuan untuk mengembangkan sikap dan tingkahlaku baru, mempunyai perasaan bahwa ia adalah seorang pribadi yang stagnan, dan tidak tertarik dengan kehidupan yang dijalani.

d. Hubungan positif dengan orang lain (*positive relations with others*)

Dimensi ini berulang kali ditekankan sebagai dimensi yang penting dalam konsep *psychological well-being*. Ryff menekankan pentingnya menjalin hubungan saling percaya dan hangat dengan orang lain. Dimensi ini juga menekankan adanya kemampuan yang merupakan salah satu komponen kesehatan mental yaitu kemampuan untuk mencintai orang lain. Individu yang tinggi atau baik dalam dimensi ini ditandai dengan adanya hubungan yang hangat, memuaskan, dan saling percaya dengan orang lain. Ia juga mempunyai rasa afeksi dan empati yang kuat.

Sebaliknya, individu yang hanya mempunyai sedikit hubungan dengan orang lain, sulit untuk bersikap hangat dan enggan untuk mempunyai ikatan dengan orang lain, menandakan bahwa ia kurang baik dalam dimensi ini.

e. Tujuan hidup (*purpose in life*)

Dimensi ini menjelaskan mengenai kemampuan individu untuk mencapai tujuan dalam hidup. Seseorang yang mempunyai rasa keterarahan dalam hidup, mempunyai perasaan bahwa kehidupan saat ini dan masa lalu mempunyai keberartian, memegang kepercayaan yang memberikan tujuan hidup, dan

mempunyai target yang ingin dicapai dalam hidup, maka ia dapat dikatakan mempunyai dimensi tujuan hidup yang baik.

Sebaliknya, seseorang yang kurang baik dalam dimensi ini mempunyai perasaan bahwa tidak ada tujuan yang ingin dicapai dalam hidup, tidak melihat adanya manfaat dalam masa lalu kehidupannya, dan tidak mempunyai kepercayaan yang dapat membuat hidup lebih berarti. Dimensi ini dapat menggambarkan kesehatan mental karena kita tidak dapat melepaskan diri dari keyakinan yang dimiliki oleh seorang individu mengenai tujuan dan makna kehidupan ketika mendefinisikan kesehatan mental.

Seseorang yang memiliki nilai tinggi dalam dimensi tujuan hidup memiliki rasa keterarahan (*Directedness*) dalam hidup, mampu merasakan arti dari masa lalu dan masa kini, memiliki keyakinan yang memberikan tujuan hidup, serta memiliki tujuan dan target yang ingin dicapai dalam hidup.

Sebaliknya orang yang kurang memiliki tujuan hidup akan kehilangan makna hidup, memiliki sedikit tujuan, kehilangan rasa keterarahan dalam hidup, kehilangan keyakinan yang memberikan tujuan hidup, serta tidak melihat makna yang terkandung untuk hidupnya dari kejadian masa lalu.

f. Penerimaan diri (*self-acceptance*)

Dimensi ini merupakan ciri utama kesehatan mental dan juga sebagai karakteristik utama dalam aktualisasi diri, berfungsi optimal, dan kematangan. Penerimaan diri yang baik ditandai dengan kemampuan menerima diri apa adanya. Kemampuan tersebut memungkinkan seseorang untuk bersikap positif terhadap diri sendiri dan kehidupan yang dijalani.

Hal tersebut menurut Ryff (1989) menandakan *psychological well-being* yang tinggi. Individu yang memiliki tingkat penerimaan diri yang baik ditandai dengan bersikap positif terhadap diri sendiri, mengakui, dan menerima berbagai aspek yang ada dalam dirinya, baik positif maupun negatif, dan memiliki pandangan positif terhadap masa lalu.

Demikian pula sebaliknya, seseorang yang memiliki tingkat penerimaan diri yang kurang baik yang memunculkan perasaan tidak puas terhadap diri sendiri, merasa kecewa dengan pengalaman masa lalu, dan mempunyai pengharapan untuk tidak menjadi dirinya saat ini.

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Psychological Well-Being*

Berbagai penelitian mengenai *Psychological Well-being* telah banyak dilakukan dan dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan faktor-faktor yang mempengaruhi *Psychological Well-being* seseorang. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi *Psychological Well-being* antara lain :

a. Usia

Ryff & Keyes (dalam Ryff & Keyes, 1995; Snyder & Lopes, 2002) menjelaskan bahwa terdapat perbedaan tingkat *psychological well-being* didasarkan pada perbedaan usia. Perbedaan usia ini terbagi dalam tiga fase kehidupan masa dewasa yakni dewasa muda, dewasa madya dan dewasa akhir. Individu-individu yang berada di masa dewasa madya dapat menunjukkan *psychological well-being* yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang berada di masa dewasa awal dan dewasa akhir pada beberapa dimensi dari *psychological well-being* (Papalia, Sterns, Feldman dan Camp, 2002). Ryff dan Keyes (1995)

menemukan bahwa dimensi penguasaan lingkungan dan dimensi otonomi mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia, terutama dari dewasa muda hingga dewasa madya. Sedangkan dimensi tujuan hidup dan pertumbuhan pribadi memperlihatkan penurunan seiring bertambahnya usia, penurunan ini terutama terjadi pada dewasa madya hingga dewasa akhir. Namun, tidak ada perbedaan yang signifikan dalam dimensi penerimaan diri selama usia dewasa muda hingga dewasa akhir.

b. Jenis Kelamin

Wanita cenderung lebih memiliki *Psychological Well-being* dibandingkan laki-laki. Hal ini dikaitkan dengan pola pikir yang berpengaruh terhadap strategi mengatasi stress yang dilakukan, serta aktivitas sosial yang dilakukan, dan wanita memiliki kemampuan interpersonal yang lebih baik daripada laki-laki oleh Ryff & Singer (dalam Ryff, 1989; Synder & Lopes, 2002; Papalia et al, 2002). Selain itu wanita lebih mampu mengekspresikan emosi dengan bercerita kepada orang lain, dan wanita juga lebih senang menjalin relasi sosial dibanding laki-laki. Wanita memiliki skor yang lebih tinggi pada dimensi hubungan yang positif dengan orang lain (Ryff & Keyes, 1995).

c. Status Sosial Ekonomi

Penelitian Ryff dan Koleganya (1999) menjelaskan bahwa status sosial ekonomi yang meliputi : tingkat pendidikan dan keberhasilan pekerjaan memberikan pengaruh tersendiri pada *psychological well-being*, dimana individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan memiliki pekerjaan yang baik akan menunjukkan tingkat *psychological well-being* yang lebih tinggi pula (dalam Synder & Lopes, 2002). Ryff (1999) juga menjelaskan bahwa status ekonomi

berhubungan dengan dimensi dari penerimaan diri, tujuan dalam hidup, penguasaan lingkungan, dan pertumbuhan pribadi. Beberapa penelitian juga mendukung pendapat ini (Ryan & Deci, 2001), yaitu individu-individu yang memfokuskan pada kebutuhan materi dan finansial sebagai tujuannya menunjukkan tingkat kesejahteraan yang rendah. Hasil ini sejalan dengan status sosial/ kelas sosial yang dimiliki individu akan memberikan pengaruh berbeda pada *psychological well-being* seseorang.

d. Faktor Dukungan Sosial

Dukungan sosial termasuk salah satu faktor yang mempengaruhi *Psychological Well-being* seseorang. Dukungan sosial atau jaringan sosial, berkaitan dengan aktivitas sosial yang diikuti oleh individu seperti aktif dalam pertemuan-pertemuan atau organisasi, kualitas dan kuantitas aktivitas yang dilakukan, dan dengan siapa kontak sosial dilakukan (Pinquart & Sorenson, 2000). Sejalan dengan hal tersebut Hume menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara interaksi sosial dengan *psychological well-being* (Bauer-Jones, 2002).

e. Religiusitas

Ellison (1991) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara ketaatan beragama (*religiosity*) dengan *psychological well-being*. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa individu dengan religiusitas yang kuat menunjukkan tingkat *Psychological Well-being* yang lebih tinggi dan lebih sedikit mengalami pengalaman traumatik. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Koenig, Kvale dan Ferrel (1998) menunjukkan bahwa individu yang tingkat religiusnya tinggi mempunyai sikap yang lebih baik, merasa lebih puas dalam hidup dan hanya sedikit mengalami rasa kesepian. Penelitian lain dilakukan oleh (Walls & Zarit,

1991; 39 Coke, 1992) bahwa individu yang merasa mendapatkan dukungan dari tempat peribadatan mereka cenderung mempunyai tingkat *Psychological Well-being* yang tinggi (dalam Papalia et al, 2002).

f. Kepribadian

Schumutte dan Ryff (1997) telah melakukan penelitian mengenai hubungan antara lima tipe kepribadian (*the big five traits*) dengan dimensi-dimensi *Psychological Well-being*. Hasilnya menunjukkan bahwa individu yang termasuk dalam kategori ekstreversion, *conscientiousness* dan *low neuroticism* mempunyai skor tinggi pada dimensi penerimaan diri, penguasaan lingkungan dan keberarahan hidup. Individu yang termasuk dalam kategori *openness to experience* mempunyai skor tinggi pada dimensi pertumbuhan pribadi. Individu yang termasuk dalam kategori *agreeableness* dan ekstreversion mempunyai skor tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain dan individu yang termasuk kategori *low neuroticism* mempunyai skor tinggi pada dimensi ekonomi (dalam Ryan & Deci, 2001).

2.5 Hubungan antara Dukungan Sosial dengan *Psychological Well-being* ODHA (Orang dengan HIV/AIDS)

Dengan adanya perubahan – perubahan yang dihadapi ODHA wanita baik secara fisik, psikis maupun sosial, membuat beberapa ODHA wanita merasa bahwa mereka belum mampu menerima kondisinya sebagai ODHA, pasif hanya menunggu informasi dari ODHA lain, menarik diri dari lingkungan, tidak puas dalam menjalani hidup sehingga tidak mempunyai tujuan dalam hidup, serta dengan kondisi kesehatannya yang semakin menurun merasa tak berdaya dan

merasa tidak ada hal yang dapat dilakukan yang mengindikasikan adanya permasalahan yang berkaitan dengan *Psychological Well-being*, sehingga *Psychological Well-being* mereka menjadi tidak terpenuhi.

Dengan dampak tersebut ODHA wanita membutuhkan dukungan dari luar dirinya untuk tetap dapat menyelesaikan masalah – masalahnya ketika menghadapi masalah fisik dan psikologis. Hal tersebut dapat dikatakan sebagai dukungan sosial. Dukungan sosial termasuk salah satu faktor yang mempengaruhi *Psychological Well-being* seseorang. Dukungan sosial atau jaringan sosial, berkaitan dengan aktivitas sosial yang diikuti oleh individu seperti aktif dalam pertemuan-pertemuan atau organisasi, kualitas dan kuantitas aktivitas yang dilakukan, dan dengan siapa kontak sosial dilakukan (Pinquart & Sorenson, 2000). Sejalan dengan hal tersebut Hume menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara interaksi sosial dengan *psychological well-being*. Dalam dukungan sosial terdapat 4 aspek yaitu dukungan emosional atau penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informatif dan dukungan jaringan.

Dukungan emosional atau penghargaan yang diberikan pada orang yang sedang menghadapi suatu masalah dapat membuat mereka merasa diperhatikan dan dipedulikan oleh orang disekitarnya, hal ini dapat membentuk hubungan yang positif dan menimbulkan adanya rasa saling percaya, individu pun dapat menerima keadaannya dirinya baik sekarang maupun di masa lalunya.

Dengan adanya dukungan emosional atau penghargaan, individu menjadi dapat memiliki penilaian positif tentang dirinya dan dapat mempertahankan sikap – sikap positifnya serta sadar mengenai keterbatasan – keterbatasan yang mereka miliki.

Pemberian dukungan instrumental berupa adanya bantuan langsung membuat individu merasa bahwa masih ada yang peduli dan memperhatikan kebutuhan mereka sehingga dapat menjalin relasi yang baik serta menimbulkan rasa saling percaya.

Dukungan informatif yang diberikan berupa nasihat, saran dan umpan balik dapat membentuk kemandirian pada diri individu berupa kemampuan untuk melakukan dan mengarahkan perilaku secara sadar dan mempertimbangkan mana yang positif dan mana yang negatif sehingga mampu mengambil sebuah tindakan serta mampu mengembangkan potensi yang dimilikinya.

Dengan adanya dukungan jaringan individu merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari kelompok yang memiliki kesamaan minat, aktivitas sosial dengan begitu individu akan merasa memiliki teman senasib. Selain itu dengan adanya dukungan jaringan sosial dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu dengan melindunginya dari efek negatif yang timbul dari tekanan-tekanan yang dialaminya (Sarafino, 2002). Pada dukungan jaringan juga individu akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahliannya sehingga individu dapat mengaktualisasikan diri di lingkungannya. (Weiss, 2002).

Menurut Davis (dalam Pratiwi, 2000), individu-individu yang mendapatkan dukungan sosial memiliki tingkat *psychological well-being* yang lebih tinggi. Menurut Waller (Peplau, 2006) dukungan sosial adalah salah satu hal yang dibutuhkan oleh seseorang, ada tidaknya dukungan sosial memiliki dampak pada kesejahteraan psikologis seseorang. Struktur dukungan sosial adalah bagian dari jaringan sosial individu tersebut. Hasil penelitian menemukan bahwa dukungan

sosial dari lingkungan sekitar individu akan mempengaruhi *psychological well-being* yang dirasakan oleh individu tersebut.

2.6 Dewasa Awal

Masa dewasa awal dimulai pada umur 18 tahun, sampai kira-kira 40 tahun (Hurlock, 2004). Masa dewasa awal merupakan periode penyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan baru dan harapan-harapan sosial baru. Orang dewasa muda dihadapkan pada peran baru, seperti suami/istri, orang tua. Pencari nafkah, serta mengembangkan sikap, keinginan, dan nilai-nilai baru sesuai dengan tugas-tugas barunya. Tugas-tugas perkembangan dewasa awal dipusatkan pada harapan-harapan masyarakat, meliputi mendapatkan pekerjaan, memilih seorang teman hidup, membentuk keluarga, menerima tanggung jawab sebagai seorang warga negara, dan bergabung dalam suatu kelompok sosial yang cocok (Havighurst dalam Hurlock, 2004). Orang dewasa awal mulai memilih pekerjaan dan studi berkaitan dengan pekerjaan tersebut. Selain itu, orang dewasa awal mulai memilih pasangan yang merupakan kebutuhan universal untuk mencintai dan dicintai, merasa dibutuhkan dan berakhir ke pernikahan (Gunarsa, 2004).

Orang dewasa awal diharapkan mengadakan penyesuaian diri secara mandiri. Mereka mungkin akan ragu-ragu untuk meminta pertolongan dan nasehat orang lain jika menemui kesulitan, karena khawatir dianggap "belum dewasa". Penyesuaian diri ini menjadikan periode dewasa awal sebagai suatu periode khusus dan sulit dari rentang hidup seseorang (Marini dalam Hurlock, 2004). Ciri-ciri masa dewasa awal menurut Hurlock (2004), antara lain:

a. Masa dewasa awal sebagai "masa ketegangan emosional"

Sebagian besar orang pada masa dewasa awal telah mampu memecahkan masalah-masalah mereka dengan cukup baik jika dibandingkan pada saat mereka berada pada masa remaja (Campbel dalm Hurlock, 2004). Emosi mereka tidak stabil atau terjadi ketegangan emosi, jika mereka tidak berhasil memecahkan persoalan yang dihadapi. Kekhawatiran-kekhawatiran utama mungkin terpusat pada pekerjaan yang tidak sesuai dengan harapan, atau kekhawatiran menyangkut peran mereka sebagai orang yang telah menginjak usia dewasa. Kekhawatiran ini dapat menimbulkan ketegangan emosional dan perasaan pesimis, frustasi, bahkan depresi.

b. Masa dewasa awal sebagai "masa bermasalah"

Tahun-tahun awal masa dewasa merupakan masa yang penuh dengan masalah baru yang harus dihadapi seseorang. Masalah utama yang dihadapi orang dewasa awal berhubungan dengan masalah penyesuaian diri dalam berbagai aspek kehidupan manusia dewasa. Ada tiga alasan utama mengapa penyesuaian diri terhadap masalah dewasa awal begitu sulit. Pertama, sedikit sekali orang muda yang mempunyai persiapan untuk menghadapi permasalahan yang perlu diatasi sebagai orang dewasa. Kedua, orang dewasa awal berusaha untuk menguasai dua ketrampilan secara bersamaan, yaitu penyesuaian diri di bidang karir sekaligus penyesuaian diri mengenai pasangan hidup. Melakukan dua hal secara bersamaan adalah sesuatu yang sulit. Ketiga, orang pada masa dewasa awal tidak memperoleh bantuan dalam menghadapi dan memecahkan masalah-masalah mereka, karena dianggap telah cukup dewasa dan mandiri.

c. Masa dewasa awal sebagai "masa reproduktif"

Masa dewasa awal merupakan masa individu untuk hidup berpasangan dan menjadi orang tua atau memiliki anak.

d. Masa dewasa awal sebagai "masa keterasingan sosial"

Erikson mengatakan masa dewasa awal sebagai "masa krisis isolasi". Berbeda dengan masa remaja atau kanak, pada masa dewasa awal hubungan individu dengan rekan sebaya atau kelompoknya mulai meregang. Individu dituntut untuk membentuk relasi baru agar tidak terisolasi dari lingkungannya.

e. Masa dewasa awal sebagai "masa komitmen"

Orang-orang pada masa dewasa awal mulai mengalami perubahan tanggung jawab dari seorang pelajar yang sepenuhnya tergantung pada orang tua, menjadi orang dewasa yang mulai hidup mandiri. Mereka menentukan pola hidup baru, memikul tanggung jawab baru, dan membuat komitmen baru. Komitmen ini meliputi komitmen pada pasangan hidup atau komitmen di bidang pekerjaan.

f. Masa dewasa awal sebagai "masa perubahan nilai"

Pada masa dewasa awal, banyak nilai masa kanak-kanak dan remaja yang berubah karena pengalaman dan hubungan sosial yang lebih luas dengan orang-orang yang berbeda usia. Nilai-nilai tersebut, kini dilihat dari kaca-mata orang dewasa. Individu dewasa awal harus mampu menyesuaikan dengan nilai-nilai orang dewasa, agar mereka dapat diterima oleh lingkungan orang dewasa. Tuntutan tugas perkembangan, jika tidak dapat dipenuhi atau dijalankan dengan baik oleh seseorang, dapat menjadi sumber tekanan atau stres. Stres yang biasa terjadi pada masa dewasa muda antara lain (Gunarsa, 2000):

a. Penekanan stress:

1. Membangun karir
2. Membentuk hubungan intim
3. Memilih pasangan hidup
4. Hidup berkeluarga
5. Persaingan dalam pekerjaan

b. Cara mengatasi:

1. Persiapan pernikahan
2. Kesadaran akan nilai-nilai dan keyakinan
3. Persiapan hidup berkeluarga, peran orang tua
4. Kelompok *social support*

Seorang dewasa muda harus mengembangkan kemampuannya dan bersedia memikul semua tanggung jawab pribadi mengenai status tugas, dan kewajibannya. Mereka perlu berusaha untuk mengantisipasi dan merencanakan tujuan jangka panjang. Sebelum dapat mengembangkan kepribadian yang dapat diandalkan dalam memenuhi perannya, orang muda harus belajar mengatasi ketakutan akan gagal, situasi dan kondisi yang tidak mendukung, sikap apatis, dan belajar mengabaikan reaksi orang-orang disekitarnya yang mungkin dapat membuatnya merasa rendah diri (Gunarsa, 2000).

2.7. Yayasan Akses Indonesia Tasikmalaya

Yayasan Akses Indonesia (YAKIN) adalah lembaga sosial yang berada di bawah dinas kesehatan yang mempunyai kepedulian terhadap masalah sosial yang berkembang di masyarakat kota Tasikmalaya. Sejak tahun 2003, YAKIN

melakukan pendampingan dan pemberdayaan terhadap kelompok marginal di kota Tasikmalaya. Tahun 2005, YAKIN mengembangkan kegiatan pendampingan terhadap kelompok pengguna Narkoba Suntik (Penasun) dan ODHA melalui Program YAKIN dalam pendampingan dan pemberdayaan kelompok ODHA, antara lain :

1. Melakukan kunjungan ke tempat-tempat kelompok ODHA berada, dan melakukan pemberdayaan melalui pendidikan tentang HIV/AIDS.
2. Melakukan konseling mengenai masalah pribadi dan keluarga,serta cara-cara berhenti dari narkoba.
3. Mengembangkan kelompok-kelompok, untuk mendukung kehidupan yang positif bagi ODHA. Adapun kegiatan yang dilakukan oleh YAKIN seperti:
 - a. *Open meeting*, yaitu pertemuan mingguan atau bulanan yang dihadiri oleh ODHA, dan orang-orang yang peduli pada masalah HIV/AIDS. Biasanya kegiatan ini diisi dengan acara saling berbagi pengetahuan dan permasalahan
 - b. *Close meeting*, yaitu pertemuan yang bersifat tertutup, hanya dihadiri oleh para ODHA, biasa dilakukan seminggu sekali. Sifatnya yang tertutup membuat pertemuan ini biasanya menjadi ajang untuk berbagi cerita dan permasalahan, mulai dari masalah pribadi hingga masalah yang lebih luas.
 - c. Pendampingan *Therapy Anti Retroviral (ARV)*.

Pendampingan *Therapy ARV* ditujukan untuk ODHA yang baru/telah memulai *therapy ARV* dengan tujuan adalah untuk melihat kepatuhan

maupun efek samping dari ARV namun dalam pelaksanaannya tetap bekerjasama dengan pihak medis.

d. *Home Visit*.

Home Visit dilakukan dengan tujuan menjenguk ODHA yang sakit baik di rumah maupun rumah sakit dengan tujuan memberikan kekuatan ataupun melihat keadaannya.

e. Pertemuan Rutin ODHA Mingguan.

Pertemuan ini dijalankan dengan tujuan untuk berbagi pengalaman kekuatan dan harapan sesama ODHA namun tidak menutup kemungkinan untuk bertukar informasi dan untuk pelaksanaannya rutin menjalankan setiap minggunya.

d. *Rekreasi*

diselenggarakan pada waktu-waktu tertentu tergantung situasi dan kondisi. Kegiatan ini dapat berupa berlibur bersama, atau sekedar melakukan hobi bersama seperti bermain musik dan olahraga.

e. Mengembangkan *life-skill* bagi Penasun dan ODHA.

f. Melakukan VCT dan manajemen kasus terhadap kasus ODHA. Manajemen kasus adalah usaha untuk memfasilitasi kebutuhan ODHA yang meliputi kebutuhan biologi, sosial, dan psikologi, dengan seorang manager kasus sebagai fasilitatornya.

g. Pertemuan Rutin OHIDA.

Pertemuan ini rutin dilaksanakan dan tujuan/ sifatnya adalah sama dengan pertemuan tertutup ODHA dan diikuti suami/istri dan teman dekat ODHA.

- h. Melakukan advokasi, pengembangan jaringan dan peningkatan *capacity building*.
- i. Pengembangan media bagi ODHA.
- j. Melakukan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan lainnya.

2.8. Kerangka Pikir

Ketika seseorang terkena penyakit HIV/AIDS terutama ODHA wanita merupakan masa sulit yang harus dihadapi, HIV merupakan suatu virus yang menyerang sel-sel darah putih. Implikasi dari HIV/AIDS ini tidak hanya meliputi hal yang bersifat fisik tetapi juga berkaitan dengan psikologis, dan sosial. Implikasi yang berkaitan dengan fisik seperti menurunnya sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit. Implikasi yang bersifat sosial sangat berkaitan erat dengan stigma dari masyarakat yang masih menganggap HIV/AIDS sebagai penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, penyakit yang selalu berkaitan dengan perilaku yang tidak benar sehingga seringkali mereka mengalami perlakuan diskriminasi terutama pada ODHA wanita.

Selain itu ODHA wanita juga merasakan implikasi terutama yang berkaitan dengan psikologis seperti menjadi mudah marah atau kesal, hilangnya rasa percaya diri, munculnya rasa frustrasi atau mudah putus asa dalam menjalani kehidupan, serta konflik yang muncul ketika mereka dihadapkan pada keharusan untuk membuka statusnya kepada teman, sahabat, dan anggota keluarga yang akan membawa resiko dijauhi oleh orang-orang, perubahan yang sangat mendalam pada dirinya tersebut membuat ODHA wanita di Yayasan Akses

Indonesia Tasikmalaya merasa stres bahkan terdapat ODHA yang merasakan depresi dalam menjalani aktivitasnya sehari-hari sehingga hal tersebut akan berdampak pada kesejahteraan psikologisnya.

Hal-hal demikian akan berdampak pada kegiatan sehari-hari yang mereka lakukan. Setiap perubahan tersebut dapat dievaluasi oleh ODHA wanita secara berbeda-beda. Apabila mereka mengevaluasi pengalaman tersebut secara positif, maka mereka akan dapat menerima segala perubahan yang terjadi pada dirinya dan tetap merasa percaya diri walaupun sudah mengalami perubahan – perubahan dan mampu mengoptimalkan potensi yang dimiliki walaupun menderita penyakit HIV/AIDS. Namun apabila mengevaluasi pengalaman tersebut secara negatif, maka mereka akan menjadi sulit untuk menerima segala perubahan yang terjadi pada dirinya, merasa menyesal dengan keadaannya, dan ingin kembali ke masa lalu. Begitu pula dengan ODHA wanita, mereka akan dapat mengevaluasi pengalaman hidup yang dialaminya dan mereka juga akan mengevaluasi statusnya sebagai ODHA sebagai suatu hal yang positif atukah suatu hal yang negatif.

Evaluasi individu mengenai kualitas diri dan hidupnya dikenal dengan istilah *Psychological Well-being* (Ryff, 1995). *Psychological well-being* itu sendiri merupakan realisasi pencapaian penuh dari potensi individu dimana individu mampu menerima keadaan dirinya, mandiri, mampu menguasai lingkungan, perkembangan pribadi, mampu memiliki hubungan yang positif dengan orang lain, dan memiliki tujuan hidup

Pada dimensi penerimaan diri (*self-acceptance*) mengarah pada penerimaan seseorang terhadap dirinya dan juga pada kehidupannya di masa lalu, yaitu kemampuan menerima segala hal positif maupun negatif yang ada dalam

dirinya dan juga pada kehidupannya di masa lalu. ODHA wanita yang memiliki penerimaan diri (*self-acceptance*) yang tinggi menunjukkan mampu menerima dirinya sebagai pengidap HIV/AIDS. Mereka merasa penyakit HIV/AIDS yang dideritanya kini sebagai bentuk teguran dari Tuhan supaya menjadi lebih baik lagi dan mereka merasa banyak pelajaran berharga yang diambil dari perjalanan hidupnya. Selain itu juga mereka berani untuk terbuka mengenai statusnya sebagai ODHA baik kepada teman, maupun masyarakat, tidak malu dan berani untuk berteman dengan siapa saja, selain itu walaupun statusnya sebagai ODHA tetapi mereka tetap bangga terhadap dirinya, dan tidak ada rasa malu atau bersalah yang mengikat diri mereka.

ODHA wanita yang memiliki penerimaan diri (*self-acceptance*) yang rendah merasa kecewa dengan kondisi saat ini, belum mampu menerima statusnya sebagai ODHA dan mereka merasa sedih dengan kehidupan yang telah dijalankannya, mereka seringkali merasa tidak percaya diri bahkan sampai saat ini sebagian besar ODHA wanita memilih untuk tidak memberitahu orang tua, dan keluarga besar mereka mengenai penyakit tersebut karena takut dijauhi dan ditinggalkan oleh orang-orang terdekat, seperti keluarga, teman-teman dan masyarakat jika mengetahui status mereka yang mengidap HIV/AIDS.

Pada dimensi hubungan positif dengan orang lain (*positive relations with others*) mengarah pada kemampuan seseorang untuk menjalin hubungan yang hangat, hubungan saling percaya dengan orang lain, prihatin dengan kesejahteraan orang lain, kasih sayang dan kedekatan. ODHA wanita yang memiliki dimensi hubungan positif dengan orang lain (*positive relations with others*) yang tinggi maka mereka menunjukkan adanya hubungan saling percaya terhadap sesama

ODHA mereka juga saling peduli dengan sesama ODHA yang ditunjukkan dengan memberi dukungan dan tidak segan untuk bertukar pengalaman dan saling bercerita mengenai masalah-masalah yang dihadapi, mereka juga tetap menjalin relasi yang hangat dengan kerabat atau orang-orang di lingkungannya.

ODHA wanita yang memiliki dimensi hubungan positif yang rendah mereka yang asalnya terkenal ramah dan suka bersosialisasi, setelah mengidap HIV/AIDS mereka menunjukkan sikap menarik diri dari lingkungan, selain itu juga mereka menunjukkan sikap yang tertutup pada sesama ODHA, kurang berempati terhadap masalah-masalah yang dihadapi oleh sesama ODHA.

Pada dimensi penguasaan terhadap lingkungan (*environmental mastery*) mengarah pada kemampuan seseorang dalam mengelola lingkungan hidup, mengontrol kegiatan eksternal, memanfaatkan peluang sekitar dan dapat memilih atau menciptakan kondisi yang sesuai dengan kebutuhan pribadi. ODHA wanita yang memiliki dimensi penguasaan terhadap lingkungan (*environmental mastery*) yang tinggi menunjukkan mereka mampu untuk mengatur dan memilih kegiatan apa saja yang akan dilakukannya sehari-hari dan juga sekaligus bertanggung jawab atas segala perilakunya. Mereka mampu memanfaatkan kegiatan yang biasa dilakukannya dengan mengikuti kegiatan - kegiatan sosial sekaligus memberikan penyuluhan kepada masyarakat mengenai pencegahan HIV/AIDS.

ODHA wanita yang memiliki penguasaan terhadap lingkungan (*environmental mastery*) yang rendah akan kurang mampu untuk mengatur dan memilih kegiatan sehari-hari. Ketika menyandang statusnya sebagai ODHA mereka hanya merasakan kondisi tubuhnya semakin menurun dan tidak

memanfaatkan peluang dengan tidak mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di lingkungan.

Pada dimensi Otonomi (*autonomy*) mengarah kepada kemampuan seseorang untuk dapat menentukan diri sendiri dan mandiri, kemampuan untuk melawan tekanan sosial dalam berpikir dan bertindak dengan cara tertentu; mengatur perilaku, serta mengevaluasi diri dengan standar pribadi. ODHA wanita yang memiliki kemandirian (*autonomy*) yang tinggi mampu bertahan terhadap stigma negatif dari masyarakat dan tidak khawatir mengenai tanggapan orang lain mengenai dirinya. Mereka juga menunjukkan perilaku mandiri dan bertanggung jawab dengan kesehatannya dengan cara para ODHA wanita rutin memeriksakan kesehatan diri secara teratur dan sedikitnya setiap enam bulan sekali, sehingga mereka dapat terus mengetahui keadaan kesehatan, melalui tes darah (TLC, dan CD 4 Jika mungkin) disertai dengan pemeriksaan dokter sehingga dapat mengetahui sejauh mana HIV tersebut sudah mempengaruhi sistem kekebalan tubuh, ketika dokter memberikan saran tentang perawatan, atau terapi ARV, mereka mampu mengambil keputusan untuk mengikuti terapi tersebut. Mereka juga aktif mencari sendiri informasi mengenai HIV/AIDS baik dari internet ataupun dari buku-buku.

ODHA wanita yang memiliki otonomi yang rendah mereka merasa tidak mampu mengatasi masalah yang dihadapinya. Mereka mudah dipengaruhi oleh orang lain, merasa khawatir dan tertekan mengenai apa yang dikatakan orang lain tentang statusnya sebagai ODHA. Mereka juga hanya mau melakukan terapi ARV jika ada yang mengantarkannya ke Rumah Sakit. Mereka terlihat pasif dan tidak mencari sendiri informasi mengenai penyakitnya maupun pengobatannya,

sehingga mereka hanya menunggu informasi dari ODHA yang lain tanpa berusaha mencari informasi sendiri.

Pada dimensi perkembangan pribadi (*personal growth*) mengarah pada kemampuan seseorang untuk mengembangkan potensi dalam diri dengan mengaktualisasikan diri, misalnya dengan keterbukaan terhadap pengalaman, menyadari potensi yang terdapat di dalam dirinya, dan melihat perbaikan dalam diri dan perilaku dari waktu ke waktu. ODHA wanita yang memiliki dimensi perkembangan pribadi (*personal growth*) yang tinggi maka mereka menunjukkan keyakinan bahwa dirinya memiliki potensi yang bisa dikembangkan dan terus berkarya serta mampu bermanfaat bagi orang lain misalnya beberapa ODHA wanita tersebut ada yang mulai mengembangkan keterampilan di bidang pakaian dan sablon sehingga membuka lahan pekerjaan bagi para ODHA lainnya di YAKIN, begitu juga para ODHA wanita tersebut mulai mengembangkan keterampilan di bidang kerajinan tangan seperti anyaman, hingga produknya dikirim ke Jepang dan Cina. Mereka merasa banyak perubahan yang telah dilakukan dan merasa telah berkembang menjadi seseorang lebih baik.

ODHA wanita yang memiliki dimensi perkembangan pribadi (*personal growth*) yang rendah mereka merasa bahwa dirinya tidak memiliki potensi yang dapat dikembangkan, tidak mau untuk terbuka terhadap hal baru dan tidak memiliki minat untuk mengembangkan kemampuan dalam dirinya. Misalnya mereka merasa malas untuk melakukan kegiatan-kegiatan sehari-hari seperti bekerja dan hanya lebih senang berdiam diri dan mereka merasa tidak banyak membuat perubahan dalam hidup.

Selanjutnya pada dimensi tujuan hidup (*purpose in life*) mengarah pada kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan dalam hidup dengan mempunyai rasa keterarahan dalam hidup, merasa ada makna pada kehidupan sekarang dan masa lalu, memegang keyakinan yang memberikan tujuan hidup, memiliki target dalam hidup. ODHA wanita yang memiliki tujuan hidup (*purpose in life*) yang tinggi menunjukkan memiliki target yang ingin dicapai dalam hidup, beberapa ODHA wanita juga belajar keterampilan seperti sablon, menjahit, anyaman dengan tujuan agar dapat membuka usaha sampingan di bidang pakaian atau kerajinan tangan dan dapat dijadikan mata pencaharian jika sudah berhenti bekerja.

ODHA wanita yang memiliki dimensi tujuan hidup yang rendah mereka merasa kehilangan arah hidup, mereka merasa bahwa mereka sudah tidak mempunyai masa depan, mereka hanya merasa kondisi kesehatannya terus menurun dan tidak ada yang dapat dilakukan.

Terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *Psychological Well-being*, yaitu jenis kelamin, status sosial-ekonomi, kesehatan, dan dukungan sosial. Menurut Ryff dan Singer (1996), wanita di segala usia mempunyai tingkat yang lebih tinggi dalam dimensi menjalin hubungan baik dengan orang lain daripada pria. Wanita memiliki karakteristik lebih hangat, bersikap ramah dan mudah berempati. Hal tersebut dapat menyebabkan wanita lebih mudah untuk membina hubungan dengan orang lain, adapun salah satu dari faktor yang mempengaruhi *Psychological Well-being* adalah dukungan sosial.

Ketika ODHA terkena penyakit HIV/AIDS, merupakan masa sulit yang harus dihadapi oleh ODHA. Sarafino, 2011 menyatakan bahwa selama

menghadapi masa sulit, individu memerlukan dukungan sosial dari orang-orang disekitarnya (Rodin & Salovey dalam Yulianti, 2011).

Hal tersebut membuat staf, konselor, dan OHIDA melakukan pendekatan dan memberikan dukungan pada ODHA wanita, selain itu mereka juga mendapat dukungan dari sesama ODHA lainnya, mereka dapat saling bertukar informasi dan saling berbagi mengenai permasalahan yang dihadapi baik masalah kesehatan, keluarga dan berbagai permasalahan lainnya. Para ODHA wanita di Yayasan Akses Indonesia dapat membentuk jaringan sosial yang mendukungnya dan bisa berbagi masalah yang dihadapinya. Dalam hal ini dukungan sosial yang didapatkan ODHA wanita di Yayasan Akses Indonesia Tasikmalaya yaitu berupa dukungan emosional atau penghargaan, dukungan informatif ,dukungan instrumental dan dukungan jaringan.

Aspek dukungan emosional atau penghargaan mencakup ungkapan empati, kepedulian, perhatian, ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang tersebut, dorongan untuk maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif dengan orang yang bersangkutan. ODHA wanita yang memaknakan positif dukungan emosional atau penghargaan mereka merasakan adanya ungkapan perasaan empati dari konselor, OHIDA dan sesama ODHA ketika menghadapi masalah fisik maupun psikis, tidak menunjukkan perilaku diskriminatif, serta memberikan semangat dan motivasi kepada ODHA secara terus menerus. Sehingga dukungan ini menyebabkan mereka merasa nyaman, aman, merasa dimiliki dan dicintai ketika dia mengalami stres, memberi bantuan dalam bentuk semangat, kehangatan

Aspek dukungan instrumental meliputi bantuan langsung sesuai yang dibutuhkan oleh seseorang, dapat berupa alat atau bahan pembantu yang nyata. ODHA wanita yang memaknakan positif dukungan instrumental merasa akan mendapatkan bantuan langsung baik materi maupun layanan dari staf, konselor, OHIDA dan sesama ODHA lainnya ketika mereka membutuhkannya seperti biaya pengobatan, biaya untuk membeli obat-obatan dan juga selalu bersedia mengantar ODHA untuk rutin melakukan terapi ARV atau sekedar ingin memeriksakan kondisi kesehatannya ke rumah sakit, sehingga dukungan tersebut membuat ODHA wanita merasa tidak khawatir akan kekurangan biaya karena mereka banyak mendapatkan bantuan biaya untuk pengobatan dan biaya untuk membeli obat-obatan, selain itu ketika kondisinya menurun ODHA wanita merasa tenang karena masih ada orang-orang yang akan peduli dan memperhatikan kebutuhan mereka sehingga mereka merasa di perhatikan dan disayangi dan terciptanya hubungan interpersonal secara emosional.

Aspek dukungan informasi mencakup penyediaan informasi, saran atau petunjuk, nasihat, mengenai pemecahan yang memungkinkan tentang suatu masalah. ODHA wanita yang memaknakan positif dukungan informasi merasakan adanya orang-orang di lingkungan YAKIN yang mencarikan informasi mengenai berbagai macam pengobatan mulai dari pengobatan tradisional hingga berbagai terapi yang dapat dilakukan yaitu dengan cara bertanya kepada dokter, mencari informasi pengobatan di internet, serta dengan banyak membaca buku, selain itu dengan informasi tersebut ODHA merasa staf, konselor, OHIDA dan sesama ODHA lainnya akan memberikan saran dan arahan kepada ODHA mengenai pemecahan yang memungkinkan dalam setiap permasalahan yang dihadapinya.

Dukungan tersebut membuat ODHA wanita menjadi lebih nyaman dalam menyelesaikan masalahnya, dapat membuat mereka menjadi lebih mengetahui bagaimana mereka harus menjadi lebih baik lagi dalam menyelesaikan masalah.

Aspek dukungan jaringan sosial meliputi menyediakan perasaan menjadi anggota dari suatu perkumpulan orang-orang yang saling berbagi kepentingan dan aktivitas sosial. ODHA wanita yang memaknakan positif dukungan jaringan sosial yang merasakan adanya kebersamaan dengan mengikutsertakan atau melibatkan ODHA dalam aktivitas sosial atau kegiatan sehari-hari dalam kelompok. Hal tersebut akan membantu individu mengalihkan perhatiannya dari kekhawatiran terhadap masalah yang dihadapinya dengan meningkatkan suasana hati yang positif. (Sarafino, 2006). Dengan adanya dukungan jaringan membuat ODHA lebih aktif berpartisipasi dan melibatkan dirinya dalam kegiatan yang positif seperti sosialisasi pencegahan HIV/AIDS di lingkungan sekitarnya sehingga membuat ODHA wanita lebih bersemangat dan merasa hidupnya bermakna.

Menurut Gotlieb (2000 dalam Bernal, Maldonado-Molina & Sharon del Rio, 2003) menyatakan bahwa dukungan berkorelasi dengan masalah stres, depresi dan kesehatan mental manusia. Dengan kata lain dukungan sosial dapat menekan kemungkinan stres pada individu. Dalam kaitannya dengan kesehatan fisik dan psikologis manusia, dukungan sosial berfungsi untuk mencegah timbulnya efek negatif dari peristiwa menekan bagi individu (*buffering effect*).

Berdasarkan manfaatnya dukungan sosial dapat membantu meringankan stres yang dihadapi oleh ODHA wanita, kehadiran staf, konselor, OHIDA dan sesama ODHA lainnya dapat membuat ODHA wanita merasa tidak sendirian dan masih ada orang-orang yang peduli dan memberikan perhatian. Hal ini tentunya

dapat mempengaruhi dirinya dalam menampilkan usaha maksimal yang mewakili potensinya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Major, Zubek, Cozareli, dan Richards (1997 dalam Delamater&Mayer, 2004) menyatakan bahwa persepsi seseorang mengenai dukungan positif yang berasal dari orang-orang terdekatnya berkaitan dengan *kesejahteraan (well-being)* yang lebih baik.

Adanya dukungan sosial yang diperoleh oleh ODHA wanita akan menurunkan tingkat stres atau depresi penderita. ODHA wanita yang dihadapkan pada masalah atau kesulitan hidup dan ia mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang di lingkungan YAKIN berupa tersedianya orang-orang yang dapat memberikan motivasi yang diperlukan ketika sedang dalam kondisi *down*, mendengarkan keluh kesah, memberikan informasi yang diberikan, diajak berdiskusi dan bertukar pikiran maka orang tersebut akan merasa lebih nyaman, merasa diperhatikan sehingga beban psikologis yang terasa berat, jika harus ditanggung sendirian bisa lebih ringan. Demikian halnya apabila dukungan sosial dimungkinkan tidak diperoleh maka beban yang dialami oleh ODHA wanita tersebut akan terasa lebih berat sehingga memunculkan stres dan frustrasi ketika menghadapi masa-masa yang sulit dan berdampak pada *psychological well-beingnya*, sehingga walaupun statusnya sebagai ODHA, tetapi mereka mampu merasa nyaman, damai dan bahagia sehingga dapat menjalankan fungsinya sebagai individu secara positif dan menampilkan usaha maksimal yang mewakili potensinya dan mampu mencapai *psychological well-being*.

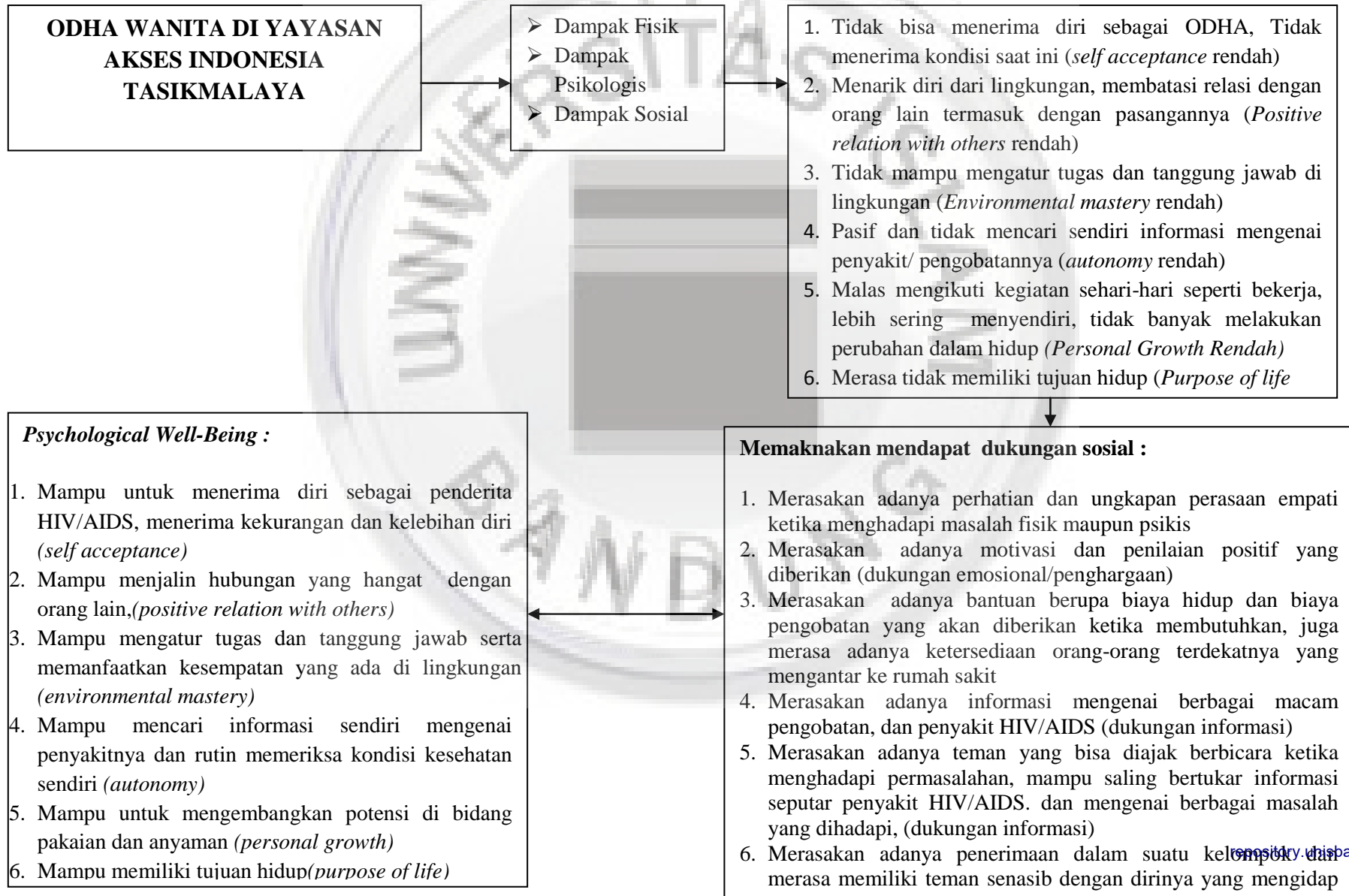
Namun pada kenyataannya tidak semua ODHA wanita di Yayasan Akses Indonesia Tasikmalaya memaksimalkan positif dukungan dari orang-orang terdekatnya. Terdapat beberapa ODHA yang merasa kurang mendapatkan

dukungan, mereka juga merasa jika dukungan yang diberikan bukan merupakan dukungan yang mereka butuhkan dan harapkan.

Berdasarkan kerangka pikir diatas, maka dapat divisualisasikan dalam skema pemikiran dihalaman selanjutnya, yaitu sebagai berikut:



2.8.1 Skema Pikir



2.9. Hipotesis :

Hipotesis yang dapat diturunkan dari penelitian ini adalah semakin positif pemaknaan terhadap dukungan sosial maka semakin tinggi *Psychological Well-being* pada ODHA wanita di Yayasan Akses Indonesia Tasikmalaya.

