

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stigma dan diskriminasi hampir selalu melekat pada individu yang memiliki riwayat penyakit infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS. Kondisi ini kerap dikaitkan dengan perilaku seksual yang dianggap tidak sesuai dengan norma agama, budaya, maupun nilai sosial masyarakat. Hal ini dipicu oleh ketidaktahuan, prasangka negatif serta ketakutan akan penularan yang membuat kelompok pekerja seks, lelaki seks dengan lelaki (LSL) dan kelompok berisiko lainnya menjadi target marginalisasi. Secara global, infeksi menular seksual masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang kompleks dengan dampak signifikan terhadap kualitas hidup individu dan komunitas berisiko. Data dari *World Health Organization* (WHO), menunjukkan tingginya jumlah kasus baru IMS setiap harinya di berbagai negara yaitu sebanyak 1 juta kasus yang terjadi di seluruh dunia (WHO,2022).

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa Infeksi Menular Seksual (IMS) terus meningkat pada tahun 2020, dengan estimasi 374 juta kasus. Dari 374 juta kasus, yang terinfeksi klamida kurang lebih 129 juta kasus, gonore 82 juta kasus, kemudian sifilis 7,1 juta kasus, dan trikomoniasis sebanyak 156 juta kasus. (WHO 2025). Salah satu yang termasuk penyakit Infeksi Menular Seksual adalah

HIV/AIDS. HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang jika dibiarkan dapat berkembang menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Apabila HIV telah memasuki fase AIDS, kondisi tubuh sangat rentan terhadap infeksi oportunistik dan kanker. Laporan UNAIDS memperkirakan sekitar 40,8 juta orang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2024, dengan catatan 1,4 juta kasus merupakan anak-anak usia 0-14 tahun dan infeksi baru mencapai jutaan setiap tahunnya. (UNAIDS 2024)

Jumlah kasus IMS dan HIV di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), pada 2025 diperkirakan terdapat 564 ribu orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) sehingga Indonesia menempati peringkat ke – 14 dunia untuk jumlah ODHIV. Namun, hanya 63% ODHIV yang mengetahui statusnya, hal ini terjadi karena komunitas berisiko terhambat oleh adanya stigma dan diskriminasi yang menyebabkan trauma sehingga mereka tidak mengetahui statusnya dengan pasti. Prevalensi nasional HIV sekitar 0,3% dengan peningkatan pada populasi kunci seperti LSL dan transgender. Meskipun upaya penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) telah dilakukan melalui berbagai program pemerintah dan kerja sama dengan lembaga swadaya masyarakat, namun kenyataannya stigma dan

diskriminasi terhadap komunitas berisiko IMS masih sangat kuat. (Rosilfa et al. n.d.)

Stigma terhadap komunitas berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS) kerap dikaitkan dengan perilaku seksual yang dianggap menyimpang baik secara agama, moral dan sosial. Bentuk perilaku menyimpangnya seperti seperti seks pra nikah, penyimpangan orientasi seksual, atau pekerjaan sebagai pekerja seks, sehingga populasi ini menjadi sasaran marginalisasi atau pengucilan sosial. Stigma ini muncul karena perilaku tersebut tidak diterima oleh masyarakat. (Lis et al 2024)

Stigma terhadap komunitas berisiko bersifat multidimensional, mencakup stigma eksternal dari masyarakat maupun tenaga kesehatan, juga stigma internal (*self stigma*) yang berdampak pada kepercayaan diri dan kesehatan individu. Penelitian serupa yang dilakukan Asrina dan tim di Wakatobi menelusuri akar masalah stigma terhadap ODHIV yang menunjukkan bahwa stigma publik berasal dari ketakutan mendasar. Stigma terhadap komunitas berisiko HIV tetap menjadi tantangan utama dengan data nasional menunjukkan bahwa 68.9% menunjukkan sikap diskriminatif terhadap ODHIV pada 2022. (Asrina, Ikhtiar, et al. 2023, *Coordinating and Issue* 2025)

Selain stigma, diskriminasi terhadap komunitas berisiko tidak hanya terbatas pada interaksi sosial tetapi juga merembes ke sistem kesehatan. Di tingkatan tenaga kesehatan, masih ada yang ditemukan

praktik diskriminatif, seperti penggunaan alat pelindung diri (APD) yang berlebihan dan penolakan pelayanan terhadap pasien yang berisiko IMS apalagi HIV sehingga memperkuat siklus trauma dan pengucilan sosial.(Suswani et al. 2023). Berdasarkan data dari *Asia Pasific Regional Analysis* ditemukan bahwa stigma dan diskriminasi berada hampir di semua sektor termasuk di dalamnya sektor kesehatan (54%), komunitas (32%), keluarga (18%) dan tempat kerja (18%), bahkan dari sektor tenaga kesehatan sudah ada sejak tahun 1980. Data tersebut juga menunjukkan bahwa Wanita lebih banyak mendapatkan stigma dan diskriminasi dari keluarga dan masyarakat.(Makmur et al. 2022)

Dampak dari stigma dan diskriminasi tidak hanya membatasi akses terhadap layanan kesehatan, tetapi juga meningkatkan risiko trauma psikologis yang berkepanjangan, seperti kecemasan, stress, bahkan depresi. Kejadian ini berpotensi menghambat keberhasilan upaya deteksi dini dan pengobatan penyakit infeksi menular seksual (IMS), karena komunitas yang merasa di diskriminasi dan mendapat pengucilan sosial cenderung menghindari fasilitas kesehatan.(Ni Wayan septarini 2023) Trauma yang di alami oleh komunitas ini sering kali berupa depresi dan kecemasan kronis, yang memperburuk prognosis kesehatan mereka.

Pengalaman stigma dan diskriminasi yang berulang dapat menjadi asal muasal munculnya trauma pada komunitas berisiko

menciptakan siklus ketakutan dan penghindaran layanan medis. Jutaan nyawa dapat diselamatkan jika stigma dikurangi melalui pendidikan dan kebijakan. Trauma pasca diagnosis sering kali melibatkan penolakan keluarga yang memperburuk kesehatan Mental. Trauma pada komunitas berisiko sering kali berasal dari stigma kesehatan, di mana petugas menjadi sering kali menjadi sumber diskriminasi sehingga menyebabkan keterlambatan.

Perhatian terhadap pengidap HIV/AIDS penting karena dapat mempengaruhi kualitas hidupnya, begitupun di Provinsi Sulawesi Selatan yang menempati posisi ke-7 kasus HIV/AIDS tertinggi di Indonesia. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan, dari Januari hingga Agustus 2025 tercatat 1.431 kasus baru. Kota Makassar yang merupakan Ibu Kota provinsi Sulawesi Selatan menempati angka tertinggi yaitu sebanyak 563 kasus. Jumlah tersebut bukan jumlah yang sesungguhnya karena banyak komunitas berisiko yang enggan melakukan *screening* karna adanya stigma dan diskriminasi. Hal ini mengindikasikan bahwa komunitas berisiko di daerah ini menghadapi tantangan serupa, di mana faktor lokal seperti keterbatasan akses pendidikan kesehatan, norma budaya yang konservatif, dan kurangnya program intervensi spesifik memperburuk paparan terhadap IMS dan HIV/AIDS. Studi tahun 2020 di Sulawesi Selatan menemukan perbedaan signifikan yang mengungkap bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV lebih tinggi di pedesaan

dibandingkan di perkotaan. Komunitas berisiko sering mengalami *verbal abuse* dan *advoince* yang menyebabkan trauma mendalam. Diskriminasi di Sulawesi Selatan di dorong oleh kurangnya pengetahuan, di mana masyarakat pedesaan menunjukkan sikap negatif lebih tinggi. Tingginya kasus ini diakibatkan dari tingginya angka putus berobat, rendahnya upaya pencegahan, adanya stigma dan diskriminasi yang dialami oleh ODHIV sehingga memicu timbulnya masalah kesehatan mental yang dapat menurunkan kesejahteraan hidup mereka.(Adhe 2025)

Di Provinsi Sulawesi Selatan, Kabupaten Bulukumba merupakan salah satu daerah dengan peningkatan kasus dalam beberapa tahun terakhir. Data kabupaten menunjukkan kasus HIV terus meningkat dengan jumlah kasus pada 2024 sebanyak 64 kasus dan pada April 2025 tercatat ada 241 kasus baru.

Sebagai salah satu kabupaten yang masuk dalam posisi 10 besar kasus HIV terbanyak, stigma dan diskriminasi masih kuat terjadi di Bulukumba. Namun, angka temuan kasus ini belum menunjukkan kondisi yang sebenarnya, hal ini disebabkan masih banyak individu yang berperilaku berisiko tidak mau melakukan *screening*. Mereka menghindari *screening* karena kekhawatiran akan stigma dan diskriminasi yang dapat memunculkan trauma pada komunitas berisiko. Berdasarkan data , dari 3 ODHIV didapatkan ada 2 (66.67%) memiliki pengalaman stigma sosial budaya berupa labeling negatif

dan diasingkan karena dianggap mengidap penyakit kotor dari perilaku menyimpang. Selain stigma, data juga menunjukkan dari 3 ODHIV ada 1 (33.33%) yang mengalami diskriminasi dari lingkungan sekitar dan di fasilitas kesehatan berupa pelanggaran kerahasiaan medis dan diskriminasi dari keluarga. Tidak hanya itu, stigma dan diskriminasi inilah yang menyebabkan terjadinya trauma pada komunitas berisiko termasuk di Kabupaten Bulukumba. Dari pengukuran DASS, dari 30 ODHIV didapatkan ada 8 orang (26,7%) yang mengalami trauma. Hal ini diakibatkan karena sebagian besar masyarakat Bulukumba berpegung teguh pada prinsip – prinsip agama Islam, budaya dan ada PERDA syariat Islam.

Berdasarkan uraian sebelumnya mengenai pengalaman stigma, diskriminasi, dan trauma pada komunitas berisiko IMS dan HIV/AIDS, fenomena ini menarik untuk di kaji lebih lanjut dengan judul penelitian “Pengalaman Stigma, Diskriminasi, dan Trauma pada Komunitas Berisiko IMS dan HIV/AIDS di Bulukumba”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pengalaman stigma sosial budaya yang dialami oleh komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba ?
2. Bagaimana bentuk dan pengalaman diskriminasi yang dihadapi oleh komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba ?

3. Bagaimana pengalaman taruma yang timbul akibat stigma dan diskriminasi pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh dan mengkaji informasi secara mendalam terkait pengalaman stigma, diskriminasi dan trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menggali informasi secara mendalam tentang pengalaman stigma sosial dan budaya pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba
- b. Untuk menggali informasi secara mendalam tentang pengalaman diskriminasi pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba
- c. Untuk menggali informasi secara mendalam tentang pengalaman trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat berupa informasi, pengetahuan dan referensi serta

acuan kajian ilmu atau penelitian berikutnya mengenai Stigma, Diskriminasi, dan Trauma pada Komunitas Berisiko IMS di Kabupaten Bulukumba

2. Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk menentukan kebijakan, perencanaan aturan dan evaluasi bagi semua pihak yang terlibat dalam menangani masalah stigma, diskriminasi dan trauma.

3. Manfaat bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi pengalaman ilmiah untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapatkan dalam penelitian ini.