

BAB V

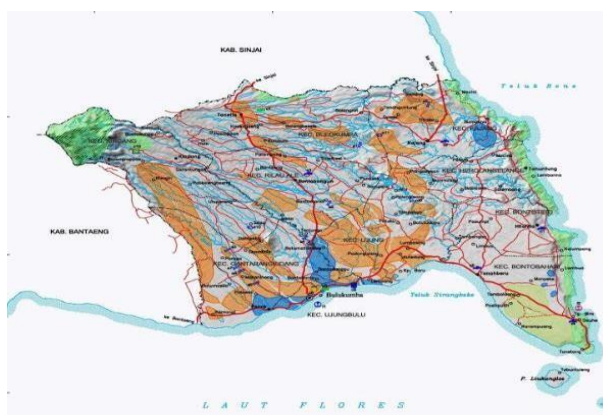
HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Gambaran dan Tata Letak Geografi

Kabupaten Bulukumba merupakan bagian dari Provinsi Sulawesi Selatan, secara geografi terletak pada 5°20'00" sampai 5°40'00" LS dan 119°58'00" sampai 120°28'00" (Greenwich). Daerah ini berada di sebelah tenggara Kota Makassar, terbagi atas 10 wilayah kecamatan dan terdiri atas 24 kelurahan serta 102 desa; dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Sinjai
- Sebelah timur berbatasan dengan Teluk Bone
- Sebelah selatan berbatasan dengan Laut Flores
- Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Bantaeng



Gambar 5.1 Peta Wilayah Kabupaten Bulukumba

2. Program – Program HIV/AIDS

Beberapa program tentang HIV/AIDS yang dilakukan oleh Kabupaten Bulukumba berdasarkan rencana kerja pemerintah sebagai berikut :

- a.) Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi HIV.
- b.) Pengelolaan Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk pada Kondisi Kejadian Luar Biasa (KLB), cakupan pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV/AIDS.
- c.) Pengumpulan Bahan Informasi tentang Pengasuhan dan Pembinaan Tumbuh Kembang Anak serta Penyuluhan Penanggulangan Narkoba PMS terhadap HIV/AIDS
- d.) Pendayagunaan Tenaga Penyuluh KB/Petugas Lapangan KB (PKB/PKLB) tentang bahaya narkoba, PMS dan HIV/AIDS di Sekolah
- e.) Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi HIV

B. Karakteristik Informan

Untuk informasi yang digunakan sebagai sumber penelitian, data dikumpulkan menggunakan prosedur wawancara. 7 informan yang dikumpulkan dalam penelitian diantaranya sebagai berikut :

Tabel 5.1 Tabel Karakteristik Responden

No.	Informan	Pekerjaan	Usia	Pendidikan Terakhir	Lama Menderita	Ket.
1.	SY	Tidak ada	31	SMA/SLTA	5 Tahun	IB
2.	MF	Freelance	34	SMA/SLTA	10 Tahun	IB
3.	NR	IRT	45	SMP	2 Tahun	IB
4.	WR	IRT	35	S1	6 Tahun	IB
5.	Dinas Kesehatan					IP
6.	PKDS					IK
7.	KPAD					IK

Sumber : Data Primer 2025

Keterangan :

IK : Informan Kunci

IP : Informan Pendukung

IB : Informan Biasa

Berdasarkan tabel 5.1 dapat di deskripsikan bahwa informan biasa dalam Penelitian ini berada pada rentang usia produktif hingga dewasa. Hal ini menunjukkan bahwa HIV/AIDS masih menjadi persoalan Kesehatan yang signifikan pada kelompok usia secara sosial dan ekonomi aktif, sehingga berpotensi berdampak tidak hanya pada kondisi Kesehatan, tetapi juga fungsi sosial dan peran

keluarga. Sementara itu, lama menderita pada informan menunjukkan variasi yang cukup lebar, mulai dari 2 tahun hingga 10 tahun. Variasi ini menandakan adanya perbedaan Tingkat penerimaan diri, adaptasi sosial, serta pengalaman menghadapi stigma dan diskriminasi.

Adapun profil informan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Informan SY, usia 31 tahun, merupakan pengidap HIV dengan latar belakang pendidikan terakhir SMA/SLTA yang telah mengidap HIV selama 5 tahun. Informan merasakan kekhawatiran karena stigma Masyarakat yang menganggap pengidap HIV sangat “buruk” dalam artian memiliki perilaku menyimpang. Informan mengaku mengalami gangguan kecemasan yang ditandai dengan beberapa reaksi fisik.
2. Informan MF, usia 34 tahun, merupakan pengidap HIV bekerja sebagai *freelance* dengan pendidikan terakhir SMA/SLTA. Informan telah menderita HIV selama 10 tahun. MF mengidap HIV karena ditulari oleh pasangannya yang berganti – ganti pasangan. MF mengaku butuh waktu yang lama untuk menerima status kesehatannya, awal terinfeksi MF merasakan kekecewaan karena telah berusaha menjaga diri tapi ditulari oleh pasangannya.
3. Informan NR, usia 45 tahun, merupakan seorang ibu rumah tangga (IRT) dengan pendidikan terakhir SMP/SLTP. Informan

diketahui telah mengidap HIV selama 2 tahun dan tertular dari suaminya. NR pertama kali mengetahui statusnya saat suaminya meninggal dunia karena HIV. Saat pertama Mengetahui status kesehatannya, NR shock karena menganggap suaminya adalah seseorang yang taat ibadah. Stres semakin menguliti NR karena anak nya yang harus masuk SMK pada saat itu juga.

4. Informan WR, usia 35 tahun, merupakan seorang ibu rumah tangga (IRT) dengan latar belakang pendidikan terakhir strata 1 (S1) telah mengidap HIV selama 6 Tahun. WR pertama kali mengetahui statusnya saat melahirkan anak kedua, WR diketahui tertular HIV dari mantan pacarnya yang merupakan seorang pelayaran namun telah meninggal dunia karena HIV. Kecemasan berulang dan rasa bersalah dialami oleh WR saat adiknya juga terinfeksi HIV.
5. KPAD atau Komisi Penanggulangan AIDS Daerah dalam penelitian ini sebagai informan kunci, dimana KPAD memiliki program – program penanggulangan dan menelusuri pengidap HIV/AIDS yang ada di Kabupaten Bulukumba
6. PKDS atau Pendamping Kelompok Dukungan Sebaya dalam penelitian ini juga sebagai informan kunci, PKDS berperan sebagai wadah berbasis komunitas bagi ODHIV untuk pemberian dukungan dan peningkatn kepatuhan pengobatan.

PKDS juga berperan dalam penjangkauan ODHIV dan bekerja sama dengan KPAD dalam program penanggulangan HIV/AIDS.

7. Dinas Kesehatan, dalam penelitian ini bertindak sebagai informan pendukung yang mengelola data serta berperan dalam penyelenggaraan edukasi. Dinas kesehatan kabupaten Bulukumba selaku otoritas kesehatan daerah yang menangani program penanggulangan HIV/AIDS melalui pendekatan promosi, pencegahan, dan pengobatan.

C. Hasil Penelitian

1. Pengalaman Stigma

Stigma dalam penelitian ini adalah atribut negatif yang diberikan masyarakat atau lingkungan sekitar kepada pengidap atau kelompok yang dianggap menyimpang dari norma sosial, moral, dan agama. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, informan 1 mengungkapkan pengalaman awal menghadapi stigma yang memengaruhi interaksi sosial dan kondisi psikologisnya sebelum akhirnya mampu beradaptasi dan menjalani kehidupan secara terbuka. Informan mengatakan :

“Dulu sih ada, kayak dulu kan saya kalau di Jakarta di entertainment MNC, Dulu saya sempat ndamau ketemu orang banyak, kayak takut – takut tapi lama kelamaan bisaja belajar dari orang- orang bisaka hidup normal”(SY, 16 Desember 2025)

Pernyataan tersebut menunjukkan pada fase awal informan merasakan stigma yang cukup kuat yang tercermin dari perasaan takut bertemu orang lain. Namun seiring waktu

informan mengalami proses pembelajaran sosial melalui interaksi dengan lingkungan sekitar yang membantu mengurangi rasa takut tersebut. Pada wawancara lanjutan, informan menekankan adanya dukungan keluarga sebagai salah satu faktor penting yang membantunya bertahan dan menghadapi pengalaman stigma. Informan mengatakan :

“Keluarga pasti ada, bagusji. Karena saya kan kebetulan juga punya dua keluarga. Kalau yang beliau itu almarhum keluarga adopsi dia tauji tapi dia terimaji, kalau keluarga kandung itu karena kan pendidikannya agak kurang jadi mereka itu kayak kalau saya nalihatma begini kayak nalupami yang lama – lama” (SY, 16 Desember 2025)

Pernyataan informan menunjukkan bahwa penerimaan keluarga memiliki variasi berdasarkan latar belakang masing – masing anggota keluarga. Hal itu dipengaruhi oleh keterbatasan pemahaman, namun informan tetap bersikap terbuka dan tidak menutup diri. Pada sesi wawancara, informan mengungkapkan adanya kecemasan yang muncul akibat persepsi negatif masyarakat terhadap individu yang hidup dengan HIV. Informan berkata :

“karena kan orang-orang itu stigmanya kalau kita kena HIV itu kayak buruk sekalimi” (SY, 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa sumber utama kecemasan berasal dari kekhawatiran terhadap pandangan dan penilaian sosial masyarakat. Informan menilai bahwa stigma terhadap HIV masih sangat kuat dan sering dikaitkan dengan

citra negatif, sehingga menimbulkan rasa takut dan penolakan maupun perlakuan diskriminatif.

Melalui pertanyaan mendalam (probing), informan mengungkapkan proses perubahan sikap dari awalnya sulit menerima kondisi diri hingga mampu mencapai penerimaan melalui dukungan komunitas dan edukasi. (SY) mengatakan :

“Saya juga awalnya kurang menerima tapi saya sering ikut juga sama komunitas komunitas, dapat edukasi juga dari pendamping alhamdulillah sekarang saya terimami saya harus hidup dengan HIV” (SY, 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa pada fase awal diagnosis, informan mengalami kesulitan dalam menerima kondisinya yang berkaitan dengan stigma internal maupun tekanan psikologis. Namun, keterlibatan aktif dalam komunitas sebaya serta adanya pendampingan dan edukasi kesehatan memberikan kontribusi besar dalam meningkatkan pemahaman serta membangun perspektif yang lebih positif terhadap kondisi yang dialami. Melalui pertanyaan pendalaman, informan menjelaskan bahwa dirinya telah mencapai tahap penerimaan diri, informan mengatakan :

“Saya itu sudah masuk ke di tahap menerima, ya sudah saya hidup dengan HIV tidak papa karena saya juga bisaja beraktifitas seperti biasa, kayak bisa ja juga bermanfaat untuk orang lain juga” (SY, 16 Desember 2025)



Gambar 5.2 Wawancara Tertutup dengan Informan SY

Pernyataan ini menunjukkan adanya perkembangan psikologis yang positif, di mana informan telah mencapai fase penerimaan terhadap kondisi hidup dengan HIV. Informan memaknai bahwa status kesehatan tidak lagi menjadi hambatan utama untuk menjalani aktivitas sehari – hari secara normal dan produktif. Persepsi bahwa dirinya mampu berkontribusi dan bermanfaat bagi orang lain mencerminkan peningkatan rasa percaya diri serta terbentuknya makna hidup yang lebih konstruktif.

Dalam wawancara mendalam, Informan 2 menyampaikan pandangannya mengenai munculnya stigma dan respons negatif masyarakat yang dipengaruhi oleh rendahnya pemahaman

terhadap isu HIV dan kelompok berisiko. Informan tersebut mengungkapkan :

“Kalau menurut saya sih, sebenarnya situasi seperti itu yang mungkin yang belum paham sama sekali. Makanya banyak yang kasih respon yang negatif sama orang-orang yang diskriminasi” (MF, 16 Desember 2025)

Pernyataan informan 2 menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi dipeseptikan sebagai konsekuensi dari kurangnya pengetahuan serta pemahaman masyarakat mengenai HIV dan kondisi individu yang mengalaminya. Informan menilai bahwa respon negatif yang muncul bukan semata – mata karena niat buruk, melainkan lebih disebabkan oleh ketidaktahuan dan miskonsepsi yang masih berkembang di lingkungan sosial.

Melalui pertanyaan pendalaman, (MF) menyoroti bahwa kurangnya kurangnya pemahaman mengenai HIV tidak hanya terjadi pada masyarakat umum, tetapi juga pernah dirasakan dari sebagian tenaga kesehatan. (MF) mengatakan :

“Jangankan orang awam, dalam waktu itu dari dunia kesehatan saja para perawat, para dokter itu tidak tahu” (MF, 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa stigma dan respon negatif terhadap individu dengan HIV dapat muncul bahkan dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang seharusnya menjadi ruang aman dan suportif. Pada pertanyaan pendalaman (probing), informan juga mengatakan :

“Karena sempat saya disini gara – gara habis kecelakaan terus habis operasi, ada satu perawat yang tiba – tiba bocorkan. Makanya saya jengkel sekali sama itu. dan kebetulan yang bocorkan itu keluarganya dari ipar” (MF, 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan adanya pengalaman stigma yang muncul akibat terbukanya informasi kesehatan secara tidak etis oleh tenaga kesehatan yang seharusnya menjaga prinsip kerahasiaan pasien. Kebocoran informasi tersebut memicu rasa marah, kecewa, dan kehilangan kepercayaan terhadap layanan kesehatan karena berdampak langsung pada hubungan sosial informan dengan lingkungan keluarga. Setelah status kesehatannya diketahui, informan merasakan perubahan sikap dari orang sekitarnya.

(MF) juga menceritakan pengalaman awal menyadari risiko tertular HIV yang berawal dari relasi pasangan serta proses emosional yang dialami sebelum memutuskan melakukan pemeriksaan kesehatan, (MF) menceritakan :

“eh, saya blak – blakan saja. ya salah satu ya gitu lah kebetulan pasangan saya waktu itu saya kan sudah seperti ini, jadi saya berusaha untuk menjaga supaya tidak terkena iya, tapi kan, yang berusaha tidak bisa Saya terus-terusan setia sama pasangan. Baru tahu setahun kebelakangan, baru tahu setahun dua tahun ternyata dia suka berganti pasangan. Nah, setelah itu di rumah sakit, kembali ke rumah sakit. saya mulai curiga, akhirnya saya tanya baik - baik sebenarnya sakit apa jadi selalu mengelak jadi saya berusaha sebenarnya saya tahu saya curiga nih sebenarnya kau seperti ini, habis itu saya tahu saya shock sempat beberapa malam itu saya nda bisa tidur pikir saya berpikir harus cek juga Akhirnya saya sudah cari tahu” (MF, 16 Desember 2025)

Pernyataan diatas menunjukkan bahwa kesadaran terhadap risiko HIV muncul dari dinamika hubungan dengan pasangan yang tidak terbuka dan memiliki perilaku berisiko seperti berganti pasangan sehingga menimbulkan kecurigaan serta kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan diri. Informan menggambarkan adanya upaya untuk menjaga diri melalui kesetiaan dalam hubungan, namun situasi yang tidak terkendali tetap menimbulkan risiko penularan. Setelah mengetahui fakta tersebut, informan mengalami reaksi emosional yang kuat seperti rasa terkejut, kecemasan, dan gangguan tidur yang mencerminkan tekanan psikologis pada fase awal kesadaran risiko.

Selanjutnya, informan mengungkapkan respons emosional yang kuat pada saat pertama kali mengetahui kondisi kesehatannya, seperti yang informan ceritakan :

*“Wah saya sudah setengah mati jaga diri, olahraga tapi dia yang kasih saya seperti itu. Awalnya sih pasti shock, denial segala macam, tapi konsekuensinya punya pasangan seperti ini”
(MF, 16 Desember 2025)*

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pada fase awal mengetahui status HIV, informan mengalami tekanan emosional yang intens serta kekecewaan yang berkaitan dengan pengalaman hubungan pasangan. Adanya pengakuan terhadap konsekuensi dari relasi interpersonal menunjukkan upaya

informan untuk memaknai pengalaman secara rasional seiring berjalannya waktu..

Dalam wawancara lanjutan, informan menjelaskan pandangannya terkait pemeriksaan kesehatan lanjutan serta persepsi pribadi terhadap kondisi HIV yang memengaruhi perilaku pemantauan kesehatannya, (MF) mengatakan :

“Nah itu masalahnya saya jarang cek, karena saya berpikir untuk apa saya tahu karena saya tahu kalau tidak bisa sembuh yang penting saya tidak sering – sering melakukan seperti itu lagi” (MF, 16 Desember 2025)

Pernyataan diatas menunjukkan adanya persepsi bahwa HIV merupakan kondisi yang tidak dapat disembuhkan, sehingga memengaruhi motivasi informan untuk melakukan pemeriksaan rutin. Informan lebih menekankan pada perubahan perilaku pribadi sebagai upaya pencegahan lanjutan. Hal ini mencerminkan adanya pemahaman yang bersifat parsial mengenai manajemen HIV, khususnya terkait pentingnya kontrol kesehatan secara kualitas hidup dan menurunkan risiko penularan.

Sikap penerimaan diri MF semakin baik disertai pandangan mengenai keterbukaan status kesehatan serta pentingnya menjaga kendali atas cara informasi tersebut diketahui oleh orang lain. (MF) mengatakan :

“Saya pengen orang-orang itu tahu saya memang merasa mereka tahu. Tapi kalau dia tahu karena omongan dari orang-

orang, saya tidak terima. Saya tetap terima jika orang-orang tahu saya seperti ini. Mau diapa juga” (MF, 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa informan telah siap secara psikologis apabila orang lain mengetahui kondisinya, selama informasi tersebut disampaikan secara langsung dan berdasarkan keputusan pribadi, bukan penyebaran informasi melalui pihak lain.

Selanjutnya, informan juga mengungkapkan keinginan untuk berbagi pengalaman sebagai bentuk penerimaan diri dan upaya membantu orang lain yang mengalami kondisi serupa. Informan mengatakan :

“saya tuh, terkadang saya tuh pengen ka orang tau kalau saya sakit begini dan pengen bantu orang – orang yang punya sakit yang sama dengan saya tuh” (MF, 16 Desember 2025)

Informan mengekspresikan keinginan agar orang lain mengetahui kondisinya bukan sebagai bentuk mencari simpati, tetapi motivasi untuk membantu orang lain yang memiliki kondisi serupa. Pengalaman informan menggambarkan transformasi dari posisi sebagai penerima stigma menuju individu yang memiliki peran aktif dalam pemberdayaan komunitas dan dukungan sebaya. Namun, informan masih ragu karena ketakutan terhadap konsekuensi sosial apabila status kesehatannya diumumkan, (MF) mengatakan :

“pengen ka seperti itu, tapi belum beranika untuk diriku seperti itu karena saya pikir diriku, saya pikir perangkapku kalau saya umumkan diri kalau saya begini” (MF, 16 Desember 2025)

Keraguan tersebut menggambarkan adanya konflik batin antara keinginan untuk membantu dan kebutuhan untuk melindungi diri dari potensi penilaian negatif atau diskriminasi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun individu telah mencapai tingkat penerimaan diri, tekanan akan takutnya mendapatkan stigma sosial tetap memengaruhi keputusan terkait pengungkapan identitas kesehatan.

Kemudian, pada sesi *focus group discussion* (FGD), informan (NR) mengungkapkan pengalaman stigma yang kuat dari lingkungan keluarga dan masyarakat, serta strategi pribadi yang digunakan untuk melindungi diri dari penilaian negatif sosial. (NR) mengungkapkan:

“Itulah saya kan natau semua tetanggaku oh katanya nr sehatji jadi banyak temanku, kalau ambilka obat sembunyi – sembunyika. Betul – betul (nr) itu kena nanti menular” (NR, 16 Desember 2025)

Pernyataan (NR) menunjukkan bahwa stigma sosial terhadap HIV masih sangat kuat, adanya ketakutan masyarakat terhadap penularan HIV menyebabkan ia memilih menyembunyikan aktivitas pengambilan obat agar terhindar dari prasangka dan pengucilan sosial..

Informan menceritakan tentang strategi yang dilakukan untuk menjaga kerahasiaan status kesehatan di tengah

kekhawatiran terhadap penilaian negatif dari lingkungan sosial, seperti yang ia ceritakan :

“Saya itu kasi tahu dengan teman – teman tidak apa bu saya tidak minum supaya dia percaya, tapi saya itu kalau saya minum sembunyi – sembunyi kalau pigika pesta ku bawaki obatku ku sembunyi” (NR, 16 Desember 2025)

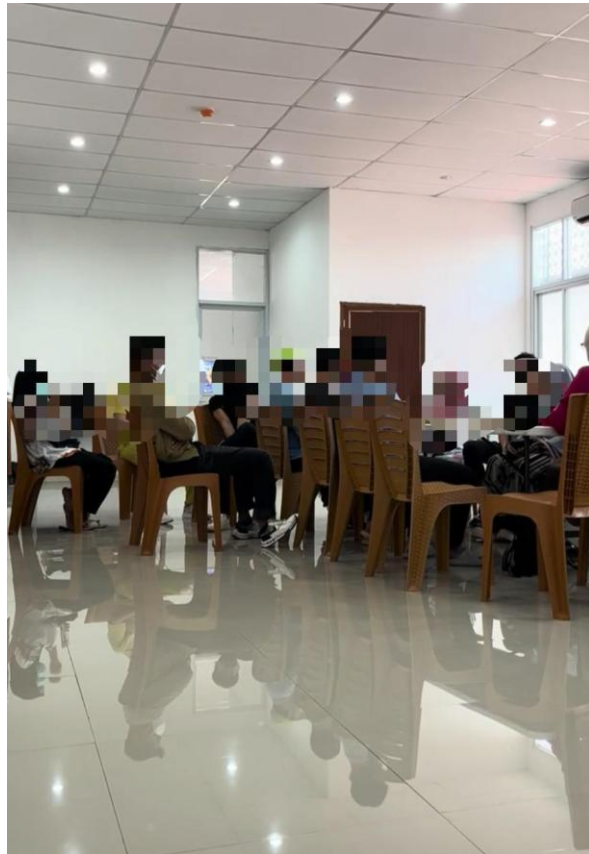
Ini menunjukkan bahwa tekanan stigma sosial mendorong individu untuk menyembunyikan perilaku pengobatan sebagai bentuk perlindungan diri dari prasangka dan potensi penolakan sosial. Informan mengungkapkan bahwa dalam situasi sosial tertentu, seperti saat menghadiri acara ia memilih untuk tidak menunjukkan aktivitas minum obat secara terbuka agar tetap diterima di lingkungannya. Strategi “menyembunyikan obat” mencerminkan adanya rasa takut terhadap label negatif serta kekhawatiran dianggap berisiko oleh orang lain.

Selanjutnya, informan NR juga menceritakan pengalaman stigma yang muncul dari lingkungan keluarga, khususnya terkait ketakutan berlebihan terhadap penularan HIV yang memengaruhi kondisi emosionalnya, NR bercerita :

“Itu nabilang jangan selalu dekat – dekat itu baby N nanti menular, itu ponakanku. Tapi dia mungkin kasi taku takut saja aku jadi kubilang ah biarmi matika saja sama kuludahi tapi sampai sekarang sehatji”(N, 16 Desember 2025)

Dari cerita tersebut ditunjukkan bahwa stigma berbasis ketakutan penularan masih kuat terjadi di lingkungan keluarga, yang tercermin dari adanya larangan untuk berinteraksi dekat

dengan anggota keluarga lain karena dianggap berisiko. Pernyataan tersebut menunjukkan adanya reaksi emosional yang kuat sebagai bentuk perlawanan simbolik terhadap stigma dan perlakuan diskriminatif yang dialami.



Gambar 5.3 Sesi *Focup Group Discussion*

Kemudian, informan mengungkapkan pengalaman menghadapi stigma serta upaya untuk menunjukkan bahwa HIV tidak menular melalui interaksi sosial sehari – hari. (NR) menceritakan :

“Itu kemenakanku sudah kuludahi sekarang SMP sudah, biar apa kumakan naambe juga nasiku itu yang kemenakannya suamiku itu biar sudah kuminum air naambe juga” (NR, 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan adanya dorongan untuk melawan stigma dan ketakutan masyarakat dengan cara membuktikan secara langsung bahwa HIV tidak mudah menular dalam interaksi sosial biasa. Namun, narasi ini juga mengindikasikan adanya miskonsepsi mengenai batasan perilaku aman dan tidak aman, yang menegaskan pentingnya edukasi kesehatan yang tepat mengenai cara penularan HIV berdasarkan prinsip ilmiah. (NR) juga menceritakan pengalaman dukungan dari tenaga kesehatan dan PKDS :

“Ini kan ke puskesmas ... kan itu hari Bu Nr masih rutin makan obat bilangka iya, terus Bu Nr semangat Ki, jangan ki takut - takut janganki malu sama kita karna di tahu sudah, jadi kami ini tidak kena keluaskan dengan begini begini Bu Nur tapi itu ya Bu semangatki karna yang lebih ditakutkan sekarang TBC Bu” (NR. 16 Desember 2025)

Pernyataan ini menunjukkan tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan dukungan emosional dan edukasi yang dapat meningkatkan kepercayaan individu dalam menjalani pengobatan HIV. Pengalaman ini menegaskan bahwa interaksi positif dengan tenaga kesehatan dapat menjadi faktor protektif yang membantu individu membangun rasa aman, meningkatkan literasi kesehatan, serta memperkuat proses adaptasi psikososial dalam menghadapi stigma HIV.

Selanjutnya, informan ke 4 seorang ibu rumah tangga yang menceritakan pengalaman keterbukaan status kesehatan

kepada pasangan serta dinamika penerimaan dalam hubungan pernikahan. (WR) menceritakan :

“dia sih diam ji terus natanyaka, saya kan melahirkan disini juga. Kayak anu dia kalau orang bugis bilang itu orang kayak manenneng.” (WR, 16 Desember 2025)

“Manenneng” dalam konteks budaya bugis merupakan sikap yang merujuk pada perilaku pendiam atau menahan ekspresi perasaan. Respons nonverbal ini dapat dimaknai sebagai bentuk proses internalisasi emosi atau upaya pasangan untuk memahasi situasi sebelum memberikan tanggapan lebih lanjut. Namun, suami tetap mendukung informan dan informan tidak merasakan stigma maupun diskriminasi dari orang terdekatnya, (WR) mengatakan :

“Ya alhamdulillah tidak ada. Karena kalau kuperhatikan dekatji sama saya, na makanji masakanku. Bahkan pakeji juga biasa dipinjam bajuku begitu. Jadi biasa berpikir, mungkin nda na anuji kan biasa orang maciddi – ciddi toh. Jadi kutanyami nda anuko bajuku ini nda ji kak” (WR, 16 Desember 2025)

Dalam bahasa bugis, “maciddi – ciddi” memiliki arti jijik, dari pengalaman tersebut dapat dilihat bahwa dari interaksi sehari - harinya informan tidak merasakan stigma apalagi diskriminasi dalam lingkungan terdekat. Informan juga menceritakan dukungan dari suami nya yang positif dan tidak menghakimi, seperti yang ia katakan :

“Waktu natau itu bilangka kalau mauki pale ceraikanka silahkan ceraikanma tapi ndamau ji juga, karena maksudnya pilihanta to ji to pilihka bukan pilihan keluargata na kalau maluki.

*Ndaji juga alhamdulillah malah nabantuka pekerjaan rumah”
(WR, 16 Desember 2025)*

Meskipun di awal suami WR muncul reaksi emosional, namun suami tetap menerima kondisi istrinya. Informan menunjukkan distress emosional yang kuat, terlihat dari tangisan sepanjang wawancara .



Gambar 5.4 Wawancara Tertutup dengan Informan WR

Meski telah mendapat dukungan dari suami, WR masih memiliki ketakutan suami dan anaknya juga terkena HIV, seperti yang ia ceritakan :

*“Iye itu kutakutkan. Terus kalau masalah orang – orang cueknya juga bisa di bilang seperempatnya lah yang tahu itu. Tapi sudah dikasih arahan sama pak Asfa nda usah ditanggapi.”
(WR, 16 Desember 2025)*

Pernyataan ini menunjukkan informan memiliki mekanisme coping adaptif dengan bersikap cuek dan mengikuti arahan PKDS untuk tidak terlalu memikirkan pandangan orang lain.

Meski demikian, informan mengaku masih memiliki ketakutan jika ada lagi yang mengetahui statusnya. (WR) mengatakan :

“Takutka itu kalau misalnya ada lagi yang tau adami perasaan minderku begitu tapi kalau sudah cerita sama pak Aspa tidak mi lagi plong mi lagi pikiranku” (WR, 25 Desember 2025)

Perasaan minder menggambarkan stigma internal, namun dukungan dari pendamping kelompok dukungan sebaya (PKDS) berperan sebagai faktor protektif psikososial yang membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan penerimaan diri.

Dari informan pendukung, yaitu Dinas Kesehatan mengungkapkan kekhawatiran akan penularan penyakit HIV, informan mengatakan :

“Maksudku saya lebih berbahaya ini HIV daripada itu kan Stunting” (Dinas Kesehatan 14, Desember 2025)

Informan juga secara tersirat mengungkapkan bahwa saat ini HIV didominasi oleh pasangan LSL, sebagaimana yang informan katakan :

*“Dulu yang kita takutkan kalau duduk – duduk itu laki laki dengan perempuan sekarang laki – laki sama laki – laki”
(Dinas Kesehatan 14, Desember 2025)*

Selain LSL, informan dari Dinas Kesehatan juga mengungkap populasi berisiko banyak dari anak - anak usia sekolah, Dinas Kesehatan mengatakan :

“Ini juga kalau kita lihat itu populasi banyak kan di usia anak sekolah.” (Dinas Kesehatan 14, Desember 2025)

Melihat kondisi tersebut, Dinas kesehatan mengharapkan adanya media sebagai promosi kesehatan bahkan intervensi ke sekolah – sekolah untuk menanggulangi hal tersebut. Namun, masih terkendala di anggaran, seperti yang informan katakan :

“Karena ya HIV itu, berapa ji kasih anggaran? Sedikit sekali, sedikit sekali” (Dinas Kesehatan 14, Desember 2025)

Pernyataan – pernyataan tersebut dikuatkan oleh informan kunci bahwa kasus HIV tampak kuat pada kelompok usia muda, khususnya remaja dan anak sekolah, yang justru menjadi kelompok dengan peningkatan kasus baru. Informan KPAD mengungkapkan bahwa anak – anak yang terlibat dalam perilaku berisiko sering kali berasal dari lingkungan yang tidak menyadari risiko tersebut, namun ketika kasus terungkap, respon keluarga dan masyarakat cenderung menyalahkan dan menyangkal. Namun, populasi berisiko sulit dijangkau, informan dari KPAD mengatakan :

“misalkan saya mau ketemu populasi kunci mauka jangkau ini LSL misalkan angkat saja telfonku baru datangkan tidak semudah itu, saya harus ada partner diluar yang harus ketemu diluar kuajak dulu nongkrong di café yang budgetnya ini itu” (KPAD, 14 Desember 2025)

Hal ini menunjukkan bahwa untuk bertemu dengan populasi berisiko harus ada bayaran dan harus di diskusikan dengan mucikari “waria” terlebih dahulu , seperti yang dikatakan informan kunci :

“misalkan kayak kemarin kuundang satu anak anak kutanyai 50 ribu mo kukasi bocahmu di, pasti dia kukasi lebihkan dari itu karena dia yang kawat i.” (KPAD, 14 Desember 2025)

Dari perspektif inoman kunci, stigma juga berkontribusi pada praktik layanan yang belum sepenuhnya ideal. Informan menjelaskan bahwa dalam beberapa kasus, tenaga kesehatan melakukan pemeriksaan HIV secara tidak langsung atau “memotong prosedur” karena asumsi risiko berdasarkan penampilan atau latar belakang pasien. Selanjutnya, informan mengatakan :

“ ini pun yang di bulukumba kenapa banyak juga kasus yang kita dapat teman teman di IGD itu kan mereka akhirnya setengah mandatory setengah mandatory itu artinya ketika mereka melihat riwayat pasien misalnya lakilaki tidak punya istri perantau atau memang secara look kita sudah lihat dia beresiko jadi ndak dikasih dulu bilang dulu periksa anuta di, langsung jadi tes darahnya begitu positif baru pi konseling “ (KPAD, 14 Desember 2025)

Stigma juga tampak kuat pada kelompok usia muda, khususnya remaja dan anak sekolah, yang justru menjadi kelompok dengan peningkatan kasus baru. Informan KPAD mengungkapkan bahwa anak – anak yang terlibat dalam perilaku berisiko sering kali berasal dari lingkungan yang tidak menyadari resiko tersebut, namun ketika kasus terungkap, respon keluarga dan masyarakat cenderung menyalahkan dan menyangkal. Hal ini terlihat saat orang tua tidak percaya anaknya terlibat perilaku

berisiko karena label “anak baik-baik” , sebagaimana dikisahkan

:

“Kayak kemarin pak Aspa ada anak smp pasiennya anak-anak masuk dengan keluhan sakit demam terus diare akhirnya di tes darah positif ternyata LSL nah ini anak anak rumahan termasuk anak pendiam sempat bilang baku gea sama mace nya di IGD bilang bisanya itu pak na ini anakku baik – baik” (KPAD, 14 Desember 2025)

Hal tersebut sudah marak terjadi di Bulukumba, karena ada iming – iming dari waria ke orang tua anak , KPAD mengatakan

:

“yang kemarin itu ibu yang ikut dan bilang, warianya sendiri yang datang ke rumah orang tuanya dan bilang kasihma anakmu saya kasih sekolah di kota janganmi kau tau biayanya apa nyawanya ji saya tidak tanggung. Dengan senang hati orang tuanya memberikan, kan?” (KPAD, 14 Desember 2025)

Mirisnya, orang tua tidak tahu anaknya diminta untuk dijadikan pemuas nafsu, seperti yang dikatakan informan dari

KPAD :

“Yah dia nda tahu, anaknya disodori tiap hari jadi pemuas seksnya ini orang” (KPAD, 14 Desember 2025)

Fenomena ini menunjukkan bahwa sekarang bukan hanya anak perempuan yang harus diawasi, namun anak laki – laki pun perlu diawasi. Tidak sampai disitu, KPAD juga menginisiasikan agar ada kegiatan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi, KPAD menyatakan :

“Stigma juga termasuk. Kalau bersediaki untuk ini saya coba untuk nakes memang rumah sakitmo dulu, nanti konsultasi

ka berapa orang yang bisa kita mematikan untuk stigma dan diskriminasi” (KPAD, 14 Desember 2025)

Informan KPAD juga menjelaskan bahwa individu berisiko maupun ODHA sering kali memilih untuk menutup diri karena takut di cap negatif, sehingga mereka enggan menampakkan identitas maupun mengikuti layanan secara terbuka. Kondisi ini tergambar dari pernyataannya :

“Ini disini PKS juga cuma mereka tuh nda mau sekali baku tahu bilang ta pertemuan 5 orang ka itu hari, deh batena berlapis lapis maskernya, massuku biar itu yang anak itu yang usia kemarin itu usia 16/15 tahun.” (KPAD, 14 Desember 2025)

Selain KPAD, informan pendukung dari PKDS juga menceritakan sulitnya menjangkau ODHIV untuk pengobatan, informan mengatakan :

“ Stigma itu masih menjadi penghambat untuk menjangkau ini yang kena HIV, kita sudah telusuri sudah cari tapi mereka nda mau datang berobat sudah dipaksa untuk datang tetap nda mau. Mereka ini juga ndamau ketemu sesama nya HIV karena mereka nda mau di tau statusnya.”

Fenomena ini menunjukkan usaha PKDS agar ODHIV mau untuk berobat tetapi terhalang oleh ketakutan stigma. Stigma yang kuat di masyarakat menyebabkan individu dengan HIV cenderung menolak untuk mengakses layanan pengobatan meskipun telah dilakukan upaya penjangkauan secara aktif. Ketakutan akan terbukanya status kesehatan membuat sebagian individu memilih menghindari fasilitas kesehatan serta

menolak berinteraksi dengan sesama penyintas, karena khawatir identitasnya diketahui oleh orang lain.

Pada pertanyaan pendalaman (probing), PKDS juga menceritakan satu kejadian saat ODHIV berada dalam satu lokasi namun mereka saling tidak mengetahui statusnya, PKDS mengatakan :

“Pernah satu hari itu ada pengidap HIV yang meninggal dunia, nah mereka – mereka yang juga kena HIV datang melayat disitu saya kasi kode mata artinya lihat ini karena dia tidak berobat akhirnya KO” (PKDS, 14 Desember 2025)

Situasi tersebut menunjukkan kuatnya stigma yang membuat ODHIV cenderung menyembunyikan status kesehatan, bahkan dari sesama yang memiliki riwayat yang sama. Tindakan PKDS mencerminkan pendekatan komunikasi yang berhati – hati untuk menyampaikan pesan edukatif tanpa membuka identitas individu secara langsung. Peristiwa kematian akibat tidak menjalani pengobatan dimaknai sebagai bentuk konsekuensi nyata dari ketakutan terhadap stigma yang dapat menghambat akses layanan kesehatan.

Sebagai respon terhadap situasi tersebut, baik informan pendukung maupun informan kunci menekankan pentingnya intervensi edukatif lintas sektor untuk menurunkan stigma, seperti melalui sekolah, tokoh agama, dan komunitas. Upaya untuk membangun narasi yang seragam dan sederhana tentang

HIV dipandang penting agar masyarakat tidak lagi memandang HIV sebagai aib.

Secara keseluruhan, hasil wawancara dengan informan biasa, pendukung dan kunci menunjukkan bahwa stigma terhadap ODHA di Kabupaten Bulukumba masih bersifat sistemik dan multidimensi dipengaruhi oleh pengetahuan masyarakat, sikap lingkungan sosial, dan praktik pelayanan kesehatan. Stigma ini berperan besar dalam membatasi akses layanan, menurunkan kualitas hidup ODHA, serta memperumit upaya penanggulangan HIV/AIDS di tingkat daerah. Meski demikian dengan adanya edukasi, pendampingan, dan dukungan komunitas terbukti mampu mengurangi dampak stigma dan membantu informan mempertahankan kualitas hidup.

2. Diskriminasi

Diskriminasi terhadap komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba terbaca jelas dari pengalaman beberapa informan yang mengalami perlakuan beda dalam interaksi sosial dan layanan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, informan pertama menyampaikan bahwa ketika status HIV diketahui, dia merasakan pengucilan langsung bahkan dari keluarganya sendiri. Informan (SY) mengatakan :

“Kalau yang beliau itu almarhum keluarga adopsi dia tauji tapi dia terimaji, kalau keluarga kandung itu karena kan

pendidikannya agak kurang jadi mereka itu kayak kalau saya nalihatma begini kayak nalupami yang lama – lama” (SY, 16 Desember 2025)

Pengalaman tersebut menunjukkan adanya bentuk diskriminasi tidak langsung atau diskriminasi terselubung karena kurangnya pemahaman yang berpotensi memengaruhi kualitas dukungan yang diberikan kepada informan. Meski demikian, informan menunjukkan sikap terbuka yang mencerminkan upaya mempertahankan relasi sosial yang positif.

Informan (SY) mengaku tidak menutup diri meskipun sempat mengalami stigma dan diskriminasi. Informan juga mengaku meskipun mendapat edukasi dari pendamping namun penerimaan diri informan cukup bagus, seperti ia yang katakan

“Biasanya kayak berfikirka semua orang itu pasti adaji juga sakit – sakitnya begini. Saya itu sudah masukma di tahap menerima, ya sudah saya hidup dengan HIV tidak papa ji karena saya juga bisaji beraktifitas seperti biasa, kayak bisa ja juga bermanfaat untuk orang lain juga” (SY, 16 Desember 2025)

Berbeda dengan informan 2, ia mengatakan justru mendapatkan diskriminasi di fasilitas kesehatan setelah salah satu perawat membocorkan status kesehatannya. Pengalaman ini mencerminkan diskriminasi struktural, di mana informasi pribadi pasien disebarluaskan tanpa persetujuan, sehingga memicu perlakuan pengucilan dari keluarga. Informan mengatakan :

“Karena sempat saya jalan di sini, gara – gara habis kecelakaan, terus habis-habis ada operasi yang berlaku, ada

satu perawat yang tiba-tiba bocorkan. Makanya saya jengkel sekali sama itu. Sempat dia bocorkan, dan kebetulan yang bocorkan itu keluarganya dari Ipar, dia kasi masuk keluarga ipar dan kalau sudah jadinya segala macam sempat tiba-tiba menghindar, menjauh” (MF, 16 Desember 2025)

Lebih lanjut, informan menceritakan tentang diskriminasi yang dirasakan :

“Mereka menarik diri, menjauhi saya segala macam lost contact, akhirnya baru dikasi paham kalau sudah seperti itu baru bisa terima” (MF, 16 Desember 2025)

Pengalaman tersebut memperlihatkan adanya diskriminasi sosial secara langsung berupa pengucilan interpersonal yang dipicu oleh ketakutan dan kurangnya pemahaman tentang HIV. Sama halnya dengan informan pertama, (MF) juga sempat tidak bisa menerima statusnya hingga butuh waktu 5 tahun agar dia bisa menerima statusnya.

Hal ini mencerminkan stigma sosial yang kemudian bereskalasi menjadi tindakan diskriminatif, seperti pengucilan atau sikap tidak ramah yang konsisten. Salah satu informan di *Focus Group Discussion* yang pernah mendapatkan diskriminasi di lingkungan keluarganya secara nonverbal mengatakan :

“jangan selalu dekat – dekat itu baby nanti menular itu ponakanku tapi dia mungkin dia kasi takut – takut saja aku jadi kubilang ah biarmi matika saja sama kuludahi” (NR, 16 Desember 2025)

Ini menunjukkan bahwa diskriminasi juga muncul dalam bentuk asumsi moral negatif yang diarahkan kepada individu berstatus HIV. Hal ini juga tersirat dari respons beberapa

informan yang menilai bahwa masyarakat sering kali mengaitkan infeksi HIV dengan perilaku tidak bermoral. Asumsi moral ini tidak hanya mencederai perasaan individu, tetapi juga dapat berdampak negatif pada kesehatan mental mereka.

Informan dalam kegiatan FGD yang telah mengidap HIV selama puluhan tahun menceritakan pengalamannya dan memberi nasihat kepada teman - temannya, informan (D) mengatakan :

“Janganki juga terlalu anu artinya iya kecemasan berlebihan karena tidak mungkin juga menutup mulutnya orang to hiya orang kadang bully karena bagaimana ki jangan meki terlalu anu kalau kita mau pikirkan tidak bisaki juga dan juga itu masalah kita punya artinya statusta jangan juga sembarangan disebar” (D, 16 Desember 2025)

Namun, penting dicatat bahwa tidak semua pengalaman diskriminatif bersifat eksplisit. Beberapa informan justru mengaitkan diskriminasi dengan persepsi pribadi dan kekhawatiran akan dihakimi, sehingga mereka memilih menarik diri dari lingkungan sosial untuk menghindari kemungkinan diskriminasi. Ini menunjukkan bahwa diskriminasi juga dapat bersifat implisit, berakar dari asumsi sosial internal atau kekhawatiran pribadi, bukan hanya tindakan langsung dari orang lain. (Deviantony et al. 2025)

Dari kacamata informan kunci yaitu KPAD Kabupaten Bulukumba menggambarkan bagaimana diskriminasi fisik dan sosial sebagai fenomena nyata yang masih terjadi terhadap

populasi berisiko IMS/HIV/AIDS. Diskriminasi ini tidak hanya muncul dari masyarakat umum, tetapi juga terinternalisasi dalam pola pikir keluarga dan layanan. Narasumber KPAD menyatakan bahwa banyak individu berisiko atau yang lebih mendeteksi statusnya enggan datang untuk layanan karena takut akan respon negatif masyarakat. KPAD mengatakan bahwa ada ODHA yang berkata seperti ini “

“angkat saja telfonku baru datangka tidak semudah itu... saya harus ada partner di luar.” (KPAD, 14 Desember 2025)

Penyebutan kebutuhan partner menunjukkan betapa kuatnya kekhawatiran untuk menghadapi diskriminasi langsung dari lingkungan sosial.

Informan dari KPAD juga memaparkan fenomena diskriminasi moral yang dialami ODHA di lingkungan keluarga memiliki persepsi bahwa HIV/AIDS merupakan akibat dari perilaku yang tidak bermoral atau menyimpang, yang selanjutnya dihukum secara sosial atau dibesarkan sebagai aib keluarga. Diskriminasi yang dialami juga bersifat implisit, di mana ketakutan individu akan respon negatif justru membuat mereka membatasi interaksi. Informan Pendukung dari Dinas Kesehatan menggambarkan bahwa stigma dan diskriminasi mendorong ODHA untuk menjaga jarak dalam kehidupan sosial dan medis.

Temuan ini menunjukkan bahwa diskriminasi di fasilitas kesehatan menjadi salah satu hambatan utama bagi ODHA

untuk mencari layanan yang diperlukan secara berkelanjutan, meningkatkan risiko tidak tertangani atau putus pengobatan.

Diskriminasi terhadap komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba tidak hanya terjadi secara langsung melalui tindakan sosial yang eksplisit, tetapi juga melalui persepsi dan ekspektasi sosial yang menimbulkan rasa takut, malu, dan penarikan diri. Dampaknya tidak hanya menghambat akses layanan kesehatan, tetapi juga berdampak pada kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup ODHA. Ini menunjukkan bahwa pendekatan intervensi yang efektif tidak hanya membutuhkan perubahan perilaku masyarakat, tetapi juga strategi untuk memperkuat dukungan sosial dan mengurangi asumsi negatif melalui edukasi yang berkelanjutan. Upaya mengatasi diskriminasi harus mencakup strategi edukasi publik, penguatan layanan sensitif gender dan HIV, serta peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan tanpa prasangka.

3. Trauma

Trauma psikologis pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba muncul sebagai dampak dari lanjutan pengalaman stigma dan diskriminasi yang mereka alami. Banyak informan menggambarkan trauma sebagai bentuk respon emosional yang mendalam terhadap penolakan sosial,

pengucilan, dan perlakuan negatif dari lingkungan sekitar.

Informan (SY) mengaku merasakan trauma akibat stigma, (SY)

mengatakan :

“Paling saya sebenarnya orang – orang sih, karena kan orang – orang itu stigmanya kalau kita kena HIV itu kayak buruk sekalimi.” (SY, 16 Desember 2025)

Informan (SY) menyampaikan bahwa setelah mengalami stigma, ia sering merasakan kecemasan di malam hari.

“Malam munculnya, siang tetap beraktifitas” (SY, 16 Desember 2025)

Namun, (SY) mampu untuk mengelola kecemasan yang dirasakan, sebagaimana yang ia ungkapkan :

“Biasanya kayak berfikirka semua orang itu pasti adaji juga sakit – sakitnya begini, saya itu sudah masukma di tahap menerima, ya sudah saya hidup dengan HIV tidak papaji karena saya juga bisaji beraktifitas seperti biasa, kayak bisa ja juga bermanfaat untuk orang lain” (SY, 16 Desember 2025)

(SY) juga menceritakan gejala – gejala yang ia alami seperti panik, keringat, gemataraan dan sesak. Ia mengatakan :

“iya, dulu dulu saya sering merasa begitu tapi alhamdulillah akhir – akhir ini sudah tidak lagi.” (SY, 16 Desember 2025)

Informan selanjutnya menceritakan reaksi awal saat Mengetahui status HIV nya, (MF) mengatakan :

“Wah saya sudah setengah mati, jaga diri olahraga tapi dia yang kasih saya seperti itu. Awalnya pasti shock, denial segala macam tapi konsekuensinya punya pasangan seperti ini.” (MF, 16 Desember 2025)

Walaupun sempat tidak menerima statusnya, ia berusaha untuk untuk berfikir positif dan tetap berobat. Namun, (MF) mengaku jarang melakukan cek. Ia mengatakan:

“Karena saya berfikir untuk apa saya tahu karena saya tahu kalau dia tidak bisa sembuh yang penting tidak sering – sering melakukan seperti itu lagi” (MF, 16 Desember 2025)

Sama halnya dengan informan sebelumnya, (MF) juga mengaku mengalami stress :

“Nah sebenarnya saya stress, tapi saya nda tau stress itu kenapa jadi akhir – akhir ini saya tidak bisa tidur cepat sudah berminggu – minggu” (MF, 16 Desember 2025)

Ia merasa banyak pikiran namun tidak tahu apa yang dipikirkan, dan itu muncul di malam hari. Tetapi (MF) tetap produktif dan masih aktif melakukan olahraga gym.

Trauma yang dialami informan tidak hanya bersifat individual tetapi juga saling memperkuat ketika dipicu oleh diskriminasi berkelanjutan. Ini menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHA menciptakan tekanan psiko-sosial kronis yang berhubungan dengan respon stress yang berkepanjangan, seperti kecemasan, penurunan harga diri, dan gejala depresi.

Dalam forum diskusi, salah satu informan membagikan pengalaman emosional awal saat mengetahui statusnya serta proses adaptasi psikologis yang berlangsung secara bertahap, (D) bercerita :

“Iye, setuju. Jujur, tabe waktu saya di tau status memang itu belum menerima Iya Tetapi ketika itu akhirnya belajar ma menerima Akhirnya ku anu mani bilangka mungkin ini memang artinya ini penyakit memang perilikuku to akhirnya saya terimami lama kelamaan sampai sekarang ituji itu ji kuncinya, ketika kita sudah tau status kita harus menerima statusta. Kita menerima statusta dan artinya bagaimana untuk sehat. Artinya kita bersedia untuk makan obat dan kita juga menjaga perilaku ta ituji saja janganki juga terlalu anu artinyaa iya kecemasan berlebihan karena tidak mungkin juga menutup mulutnya orang toh iya orang kadang bully karena bagaimana ki jangan meki terlalu anu kalau kita mau pikirkan tidak bisaki juga dan juga itu masalah kita punya artinya statusta statusta jangan juga sembarangan di sebar ini statusta ” (D, 16 Desember 2025)

Pengalaman ini memperlihatkan proses penerimaan berlangsung perlahan melalui refleksi diri sebagai konsekuensi dari perjalanan hidupnya. Informan menunjukkan adanya kesadaran terhadap potensi tekanan sosial seperti perundungan verbal, sehingga memilih strategi perlindungan diri dengan membatasi penyebaran informasi pribadi.

Informan lain juga menceritakan bahwa dia mengalami stress saat mengetahui dari mana ia mengidap, (NR) mengatakan :

“Menangiska saya tidak sangka bilang suami ku macam itu karena itu saya suamiku dia kuat agamanya dia tidak pernah begini sama Perempuan tapi tidak kutau begitu sudah. Anakku butuh uang karena dia di SMK 3 disitulah strees betulan ku tapi dokter yang selalu kasi anu aku bilang ibu jangan terlalu banyak pikir, semangat ibu, selalu kuokikir kemarin.” (NR, 16 Desember 2025)

Informan mengungkapkan reaksi awal berupa tangisan, perasaan tidak percaya, serta tekanan emosional mendalam

setelah mengetahui kondisi kesehatan yang berkaitan dengan pasangan. NR juga menceritakan rasa kesepiannya :

“Apalagi saya sendirian dirumah” (NR, 16 Desember 2025)

Rasa kesepian menjadi pengalaman traumatis karena informan menjalani sebagian besar proses emosional seorang diri di rumah tanpa dukungan langsung yang intens. Dukungan tenaga kesehatan dan pendamping menjadi faktor penting yang membantu mengurangi tekanan psikologis dan memberikan semangat untuk tetap bertahan.

Sama halnya dengan informan – informan sebelumnya, (NR) juga mengalami stigma dan diskriminasi dari orang terdekatnya. Namun karena mendapatkan pendampingan (NR) bisa menerima statusnya dan rutin untuk berobat.

Informan selanjutnya yang cukup emosional selama proses wawancara menceritakan bahwa ia tertular HIV dari mantan kekasihnya, tetapi karena adanya dukungan dari suami ia sudah bisa menerima status HIV nya. Namun, (WR) menggambarkan trauma yang muncul dalam bentuk keluhan fisik khususnya di malam hari dan saat melakukan aktivitas. (WR) mengatakan :

“ iye keringat dingin. Kalau misalnya, kan biasa ja juga kayak menyapu apa begitu saya rasa to berlebihan kurasa keringat ku ini”(WR, 16 Desember 2025)

Kondisi ini menunjukkan adanya tekanan psikologis yang belum sepenuhnya terselesaikan dan muncul kembali saat individu berada dalam kondisi reflektif atau sendirian. Respon tubuh yang berlebihan terhadap aktivitas ringan

mengindikasikan hubungan antara trauma emosional dengan sensasi fisik yang dirasakan sehari – hari. Informan juga takut terhadap kemungkinan dampak kondisi kesehatannya terhadap orang terdekat.

Informan juga menceritakan tekanan psikologis tambahan setelah mengetahui adeknya mengalami kondisi serupa, ia mengatakan :

“Tapi ada juga ini sudaraku karena juga. terus dia sudah kuliah maksudnya sudah sampai 4 tahun begitu prof. Terus tahap pendidikan kesian baru ketahuan. Itu juga saya kemarin-kemarin stres ka tiga bulan yang lalu kutelponmi Pak Asfa bilang apakah itu HIV bisa menular lewat WC kah mungkin” (WR, 16 Desember 2025)

Setelah pertanyaan mendalam (probing), informan juga bercerita :

“Saya juga sangat stress karena itu lagi. Kutanya pak Asfa setiap tahun pak nda pernahja stress masalah beginiku waktunyaji awal terus muncul lagi adekku stressma lagi kayak begini, jadi kupikirmi.” (WR, 16 Desember 2025)

Informan mengalami stres berulang karena khawatir dirinya menjadi penyebab kondisi adiknya serta kurangnya pemahaman awal mengenai cara penularan. Pikiran berulang dan rasa bersalah memperlihatkan trauma sekunder yang muncul bukan hanya dari pengalaman pribadi, tetapi juga dari kondisi keluarga. (WR) juga mengalami ketakutan jika statusnya lebih terungkap lagi, namun (WR) selalu curhat ke pendamping agar pikirannya jadi lebih tenang. Seperti yang ia ungkapkan :

“ Takutka itu kalau misalnya ada lagi yang tau adami perasaan minderku begitu, tapi kalau sudah cerita sama pak Asfa plong mi lagi pikiranku” (WR, 16 Desember 2025)

Kemudian, informan menceritakan gangguan pikiran terbesarnya yang menyebabkan kesedihan, sambil meneteskan air mata (WR) mengungkapkan :

“1 tahun saya sedihku, saya menangis depannya pak Asfa. Banyak sekali beban pikiranku, kayak bukanji bilang anak – anakku saja bergantung di saya, adekku, bapakku juga”(WR, 16 Desember 2025)

Dukungan dari suami (WR) cukup memotivasi agar ia WR terus bangkit. Stres yang sebelumnya pernah reda Kembali muncul saat (WR) Mengetahui status adiknya yang sama dengannya. Bahkan saat mengerjakan pekerjaan rumah, (WR) kadang dihantui oleh pikirannya sendiri. Ia mengatakan :

“Biasa kalau menyapuma dirumah begitu biasa kayak terlintas juga, bagaimana ini nasibnya na laki – laki ceritanya ini. Kalau saya pribadi dulu andaikan kutau mentongmi sebelum menikahka nda bakalanka menikah ka banyak sekalimi dipikir sesudah itu.” (WR, 16 Desember 2025)

Ketakutan semakin meningkat karena adik menolak pengobatan, sehingga memicu kekhawatiran jangka panjang mengenai keselamatan anggota keluarga. Dalam hubungan rumah tangga, meskipun suami menerima status kesehatannya informan mengungkapkan kekhawatiran akan penolakan pasangan :

“itu juga waktu natau itu bilangka kalau mauki pale ceraikanka silahkan ceraikanma tapi nda mau ji juga ceraikanka. Iye jangan sampai karena maksudnya pilihanta to ji to pilihka bukan pilihan keluarga ta na kalau maluki, nda ji juga alhamdulillah malah nabantuka pekerjaan rumah begitu” (WR, 16 Desember 2025)

Informan sempat merasa tidak layak dan siap menghadapi kemungkinan perceraian setelah pasangan mengetahui status kesehatannya. Namun, penerimaan pasangan serta dukungan dalam aktivitas sehari – hari menjadi faktor protektif yang membantu mengurangi tekanan mental. Selama wawancara, (WR) memperlihatkan luapan emosi yang kuat, tangisan berulang sebagai bentuk ekspresi trauma yang masih aktif. Sambil terisak, informan mengatakan :

“1 tahun saya sedihku , saya menangiska didepannya pak Aspa. Banyak sekali bebanku. Kayak bukanji bilang anak anak ku saja bergantung di saya, adekku juga, bapakku juga” (WR, 16 Desember 2025)

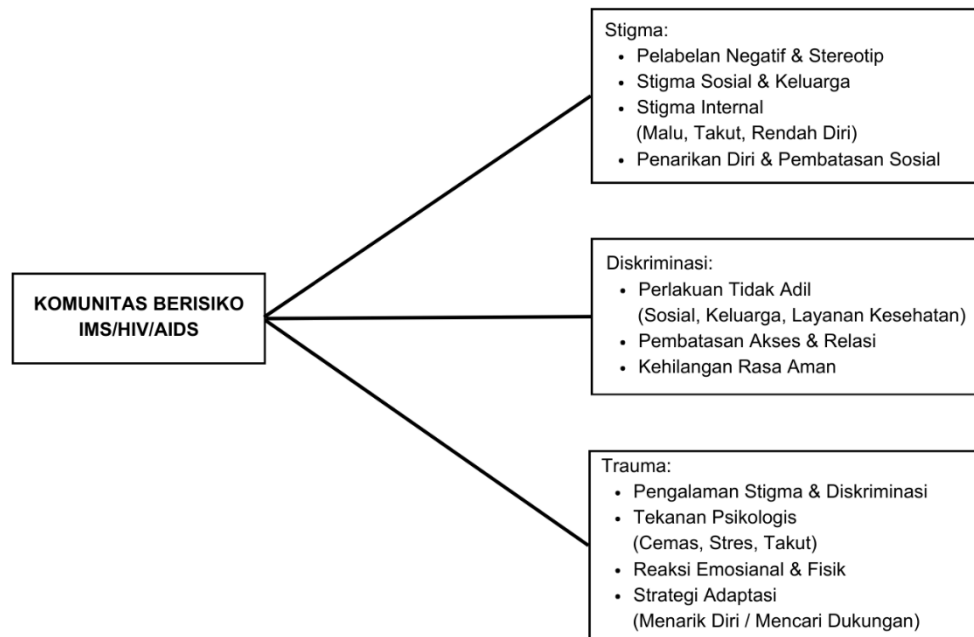
Informan mengalami beban psikologis berat yang bersumber dari tanggung jawab keluarga. Trauma muncul dalam bentuk pikiran berulang, rasa lelah emosional, serta penyesalan terhadap masa lalu yang memicu refleksi mendalam terhadap pilihan hidup. Tangisan yang muncul selama wawancara menunjukkan bahwa pengalaman trauma masih aktif secara emosional dan belum sepenuhnya terintegrasi dalam proses penerimaan diri.

Dari sudut pandang informan kunci, yaitu KPAD Kabupaten Bulukumba menggambarkan trauma psikologis sebagai salah satu konsekuensi langsung dari pengalaman stigma dan diskriminasi yang dialami oleh komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS.

Trauma ini muncul tidak hanya setelah pengalaman diskriminatif yang eksplisit, tetapi juga karena ketakutan berulang akan respon sosial negatif. Narasumber KPAD menyampaikan bahwa individu yang sudah mengalami stigma sering kali enggan terlibat secara terbuka dalam layanan dan kehidupan sosial karena membawa beban emosional.

Secara keseluruhan, hasil wawancara dari informan biasa, pendukung dan kunci menunjukkan bahwa trauma yang dialami komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Bulukumba merupakan buah dari stigma dan diskriminasi yang terus berulang, baik secara sosial maupun dalam layanan kesehatan. Trauma tersebut berdampak pada kesehatan mental, interaksi sosial, serta strategi coping individu dalam menghadapi lingkungan yang penuh tekanan emosional. Oleh karena itu, strategi intervensi harus mencakup tidak hanya untuk mengurangi stigma dan diskriminasi, tetapi juga pendekatan kesejahteraan mental yang berkelanjutan sebagai bagian dari perawatan komprehensif ODHA.

Setelah penyajian hasil Penelitian berdasarkan kutipan dan narasi pengalaman informan, tahap selanjutnya adalah melakukan analisis tematik sebagai rangkuman makna esensial dari pengalaman hidup komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS yang dapat dilihat pada bagan berikut :



Bagan 5.1 Bagan Analisis Tematik Pengalaman Stigma, Diskriminasi, dan Trauma pada Komunitas Berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba

D. Pembahasan

1. Pengalaman Stigma

Stigma terhadap komunitas berisiko dalam penelitian ini dimaknai sebagai pengalaman hidup yang dirasakan langsung oleh ODHIV sebagai label sosial negatif yang melekat pada identitas diri mereka. Stigma muncul sebagai konstruksi sosial yang dipengaruhi oleh persepsi negatif masyarakat dan keterbatasan literasi kesehatan. Stigma tidak hanya hadir sebagai sikap eksternal Masyarakat, tetapi dialami sebagai

beban psikologis yang memengaruhi cara informan memaknai dirinya sendiri. ODHIV menggambarkan bahwa kecemasan terbesar bukan berasal dari kondisi fisik HIV, melainkan dari pandangan sosial yang mengasosiasikan HIV dengan perilaku buruk dan penyakit yang dianggap menular.

Berdasarkan hasil Penelitian terkait pengalaman stigma, diskriminasi dan trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba ditemukan beberapa kode yang muncul, yang disajikan dalam bentuk matriks di bawah ini :

Tabel 5.2 Matriks Analisis Tematik (Stigma)

Tema Utama	Kode yang Muncul
Stigma Sosial Budaya	1. Dilabeli negatif, dianggap menyimpang
	2. Dianggap berisiko/berbahaya
Stigma Internal (<i>Self – Stigma</i>)	3. Malu, rendah diri
	4. Menutup diri
	5. Takut ditolak sebelum benar – benar ditolak

Stigma yang dialami komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba dalam penelitian ini menunjukkan karakter sosial budaya yang sangat kuat. Stigma tersebut muncul dalam bentuk pelabelan negatif, stereotip moral, serta pemisahan sosial yang dilakukan secara halus maupun terang – terangan. ODHIV menggambarkan adanya anggapan bahwa HIV

merupakan akibat dari perbuatan dosa atau perilaku menyimpang, sehingga penderita dianggap pantas menerima kondisi tersebut. Kondisi ini menunjukkan bahwa stigma tidak semata – mata lahir dari ketidaktahuan medis, tetapi juga dipengaruhi oleh konstruksi nilai agama dan norma sosial yang hidup di masyarakat. Apalagi mengingat Bulukumba memiliki PERDA bernuansa syariah atau keagamaan tahun 2002, 2003, 2015 dan memiliki norma sosial yang kuat, sehingga stigma lebih kompleks karena dilegitimasi oleh persepsi moral kolektif.

Keberadaan PERDA (Peraturan Daerah) ini menjadi salah satu factor kontekstual yang memengaruhi cara Masyarakat memandang isu HIV/AIDS. Secara substansif, PERDA syariat di Kabupaten Bulukumba mengatur tentang norma kesusilaan, perilaku sosial, serta penguatan nilai – nilai miral keagamaan dalam kehidupan Masyarakat. Dalam implementasinya, kebijakan ini berperan dalam membentuk standar sosial mengenai “perilaku yang dianggap benar dan menyimpang”.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Andi Asrina bersama timnya pada tahun 2023 yang menemukan bahwa stigma terhadap ODHA di wilayah Wakatobi dipicu oleh ketakutan berlebihan terhadap penularan serta kurangnya literasi kesehatan masyarakat. Penelitian tersebut menegaskan bahwa rendahnya pemahaman mengenai mekanisme transmisi HIV

berkontribusi terhadap munculnya prasangka dan pengucilan sosial. Ketika masyarakat tidak memiliki informasi yang benar, maka persepsi risiko menjadi tidak rasional dan cenderung berlebihan. Dalam kondisi demikian, ODHA tidak lagi dipandang sebagai individu yang membutuhkan dukungan medis, melainkan sebagai ancaman sosial. Temuan penelitian ini memperkuat argumen tersebut karena informan di Bulukumba juga melaporkan adanya ketakutan masyarakat untuk bersentuhan atau berinteraksi secara normal. (Asrina, Ikhtiar, et al. 2023)

Selain faktor ketidaktahuan, stigma juga terbentuk melalui proses pelabelan dan stereotipisasi yang bersifat moralistik. ODHIV mengungkapkan bahwa mereka sering dikaitkan dengan perilaku seks bebas, penyimpangan orientasi seksual, atau penyalahgunaan narkoba, meskipun tidak semua memiliki riwayat tersebut. Proses generalisasi ini menunjukkan bahwa masyarakat cenderung menyederhanakan identitas ODHIV ke dalam satu kategori negatif. Perspektif ini sejalan dengan kajian Fairus Prihatin Idris yang menjelaskan bahwa stigma HIV merupakan hasil konstruksi sosial yang dibentuk oleh norma dominan dan relasi kuasa dalam masyarakat. Ketika suatu kelompok dianggap menyimpang dari norma mayoritas, maka proses eksklusi dapat dipahami sebagai produk interaksi antara nilai moral kekuasaan sosial, dan persepsi kolektif.

Stigma yang ditemukan juga memiliki dimensi internal atau *self-stigma* yang cukup kuat. Beberapa ODHIV menyatakan merasa malu, rendah diri, dan takut membuka status kesehatannya kepada orang lain. Proses internalisasi ini terjadi ketika individu menyerap pandangan negatif masyarakat dan menjadikannya bagian dari identitas diri. *Self – stigma* tidak hanya memengaruhi kesehatan mental, tetapi juga berdampak pada perilaku pencairan layanan kesehatan. ODHIV yang merasa dirinya “tidak layak” atau “tercemar” cenderung menarik diri dari lingkungan sosial dan menunda pemeriksaan medis. Fenomena ini menunjukkan bahwa stigma tidak berhenti pada level sosial, tetapi merasuk hingga pada dimensi psikologis individu.

Dari perspektif pembentukan sikap, pendekatan yang dikemukakan oleh Harpiana Rahman menekankan bahwa pengetahuan memegang peran penting dalam membentuk persepsi dan sikap seseorang terhadap isu kesehatan. (Rahman & Sartika 2022). Ketika pengetahuan rendah, maka persepsi cenderung dipenuhi asumsi, mitos, dan ketakutan. Persepsi negatif tersebut kemudian berkembang menjadi sikap diskriminatif yang diwujudkan dalam tindakan sosial. Dalam penelitian ini, rendahnya literasi kesehatan masyarakat Bulukumba mengenai HIV berkontribusi terhadap terbentuknya

sikap menghindar dan menghakimi. Oleh karena itu, stigma dapat dianalisis sebagai konsekuensi dari proses kognitif yang tidak didukung informasi ilmiah yang memadai.

Pengalaman kebocoran status HIV oleh tenaga kesehatan yang dialami salah satu ODHIV menunjukkan adanya stigma institusional yang dirasakan secara mendalam dan berujung pada pengucilan sosial. Peristiwa ini menjadi pengalaman traumatis karena melanggar rasa aman dan kepercayaan ODHIV terhadap sistem layanan kesehatan. Pengalaman kebocoran status kesehatan menyebabkan rasa marah, kecewa, dan hilangnya rasa aman terhadap layanan kesehatan. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa stigma dalam pelayanan kesehatan dapat menghambat akses layanan dan memperburuk kondisi psikososial individu dengan HIV.

Penelitian yang dilakukan oleh Andi Asrina menunjukkan bahwa stigma terhadap ODHIV di masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh kurangnya informasi tetapi juga oleh konstruksi sosial yang mengaitkan HIV dengan penyimpangan moral dan perilaku berisiko. Dalam temuannya, masyarakat cenderung membentuk persepsi negatif berdasarkan asumsi kolektif yang berkembang turun – temurun, bukan berdasarkan pemahaman medis yang akurat. Situasi ini menyebabkan Odhiv sering

diposisikan sebagai kelompok yang berbeda dan dijauhkan dari interaksi sosial yang wajar.

Pada sesi *Focus Group Discussion* (FGD), pengalaman stigma juga muncul dalam bentuk perilaku sembunyi – sembunyi saat mengakses pengobatan. Temuan ini sejalan dengan penelitian terbaru bahwa stigma internal berkontribusi pada penundaan akses layanan kesehatan dan menurunkan kepatuhan pengobatan. ODHIV menggambarkan bahwa ketakutan akan penilaian tetangga membuat mereka menyembunyikan aktivitas minum obat, meskipun telah memahami bahwa HIV tidak menular melalui interaksi sosial biasa. Fenomena ini menunjukkan adanya ketegangan antara pengetahuan medis dan tekanan sosial yang dialami informan dalam kehidupan sehari – hari. Dalam pendekatan fenomenologi, situasi ini mencerminkan *lived contradiction*, yaitu kondisi Ketika individu mengetahui kebenaran ilmiah tetapi tetap terikat pada realitas sosial yang menstigmatisasi.

Dari perspektif informan pendukung , informan menyoroti masih kuatnya stereotip terhadap kelompok tertentu seperti LSL dan remaja, yang secara tidak langsung membentuk narasi menyalahkan korban. Informasi tersebut dikuatkan oleh informan kunci, yang mengungkapkan bahwa stigma dipahami sebagai faktor struktural yang memperumit penanggulangan HIV di Kabupaten

Bulukumba. Stigma dalam persepsi informan pendukung dan kunci bersifat sistemik dan dipengaruhi oleh struktur sosial serta kebijakan kesehatan. Informan menggambarkan adanya stigma institusional seperti pemeriksaan berdasarkan asumsi risiko pasien. Stigma menyebabkan populasi berisiko sulit dijangkau dan enggan mengakses layanan kesehatan karena takut diketahui statusnya, sehingga upaya edukasi lintas sektor termasuk sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat dipandang penting untuk menurunkan stigma sosial.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma terhadap komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba bersifat multidimensi, melibatkan faktor individu, keluarga, masyarakat, dan institusi layanan kesehatan. Stigma yang dialami oleh ODHIV berupa pelabelan negatif, penghakiman moral, serta ketakutan akan penolakan sosial. Temuan ini diperkuat melalui triangulasi sumber, di mana informan pendukung juga mengungkapkan bahwa ODHIV seringkali mengalami penilaian negatif dari Masyarakat yang mengaitkan HIV dengan perilaku menyimpang. Selain itu, informan kunci dari pihak KPAD menyatakan bahwa stigma masih menjadi hambatan utama dalam Upaya pencegahan dan pengobatan HIV di Masyarakat.

Berdasarkan triangulasi Teknik melalui observasi dan dokumentasi menunjukkan adanya kecenderungan ODHIV menutup diri, membatasi interaksi sosial, serta menunjukkan ekspresi ketidaknyamanan saat membahas status kesehatannya. Hal ini menguatkan bahwa stigma tidak hanya dirasakan secara subjektif, tetapi juga tampak dalam perilaku sosial sehari – hari.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori stigma dari Goffman juga menjelaskan bahwa stigma muncul sebagai atribut yang mendiskreditkan individu dalam interaksi sosial, yang menyebabkan individu mengalami marginalisasi dan kehilangan identitas sosialnya.(On, Management, and Identity n.d.) Meskipun stigma masih kuat, adanya dukungan keluarga, komunitas seaya, tenaga kesehatan yang suportif, serta edukasi kesehatan terbukti membantu individu mencapai penerimaan diri dan meningkatkan kesejahteraan psikososial. Transformasi dari fase penolakan menuju penerimaan diri menggambarkan proses adaptasi yang kompleks namun memungkinkan individu menjalani kehidupan produktif.

Oleh karena itu, intervensi yang menekankan edukasi publik, perlindungan privasi pasien, serta penguatan komunitas seaya menjadi strategi penting dalam menurunkan stigma dan meningkatkan kualitas hidup ODHA

2. Pengalaman Diskriminasi

Pengalaman diskriminasi merupakan realitas yang secara konsisten terungkap dari hasil wawancara dengan informan biasa, informan kunci, dan informan pendukung. Diskriminasi dalam penelitian ini muncul melalui pengalaman perlakuan berbeda baik dalam lingkungan sosial maupun pelayanan kesehatan. Bentuk diskriminasi yang dialami tidak selalu bersifat langsung, melainkan sering muncul secara terselubung melalui interaksi sosial yang berjarak dan kurangnya dukungan emosional.

Berdasarkan hasil penelitian terkait pengalaman stigma, diskriminasi dan trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba ditemukan beberapa kode yang muncul, yang disajikan dalam bentuk matriks di bawah ini :

Matriks 5.2 Analisis Tematik (Diskriminasi) Komunitas Berisiko IMS/HIV/AIDS

Tabel 5.3 Matriks Analisis Tematik (Diskriminasi)

Tema Utama	Kode yang Muncul
Diskriminasi Sosial	1. Dijauhi tetangga, orang terdekat
	2. Kurangnya dukungan dari keluarga,
Diskriminasi pada Layanan Kesehatan	3. Status HIV dibocorkan, sehingga terjadi pengucilan
	4. Diperlakukan berbeda

Dampak Diskriminasi	5. Takut melakukan screening
	6. Menghindari Layanan kesehatan

Diskriminasi yang dialami komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba merupakan manifestasi nyata dari stigma yang telah mengakar. Jika stigma berada pada level persepsi dan sikap, maka diskriminasi merupakan tindakan konkret yang merugikan individu. ODHIV melaporkan adanya perlakuan berbeda dalam layanan kesehatan, seperti penggunaan alat pelindung diri secara berlebihan serta sikap menghindar dari petugas. Selain itu, terdapat pengalaman pelanggaran kerahasiaan medis yang menimbulkan rasa tidak aman. Kondisi ini menunjukkan bahwa diskriminasi tidak hanya terjadi di ruang publik, tetapi juga dalam institusi kesehatan yang seharusnya bersifat profesional dan nondiskriminatif.

Temuan ini selaras dengan penelitian Andi Asrina dan Fairus Prihatin Idris yang menemukan bahwa diskriminasi dalam layanan kesehatan memperburuk kepatuhan pengobatan ODHA. Ketika pasien merasa diperlakukan berbeda, maka rasa percaya terhadap tenaga kesehatan menurun. Akibatnya, individu cenderung menunda kontrol rutin atau bahkan menghentikan terapi ARV. Dalam konteks epidemiologi, kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko transmisi dan memperburuk kondisi klinis

pasien. Oleh karena itu, diskriminasi di fasilitas kesehatan memiliki dampak sistemik terhadap pengendalian HIV. (Asrina et al. 2022)

Diskriminasi juga terjadi dalam lingkungan sosial dan keluarga. Beberapa informan menyatakan mengalami pengucilan atau perlakuan berbeda setelah statusnya diketahui. Ada yang dijauhi oleh tetangga, dijauhi keluarga, bahkan diragukan dalam hubungan interpersonal. Diskriminasi sosial seperti ini memperkuat rasa keterasingan dari isolasi. Dalam jangka panjang, pengalaman tersebut dapat mengikis dukungan sosial yang sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan. Hilangnya dukungan sosial merupakan faktor risiko signifikan terhadap gangguan kesehatan mental.

Dalam perspektif struktural, diskriminasi dapat dipahami sebagai refleksi dari sistem sosial yang tidak inklusif. Mansur Sididi menekankan bahwa tindakan diskriminatif sering kali dilegitimasi oleh norma kolektif dan kebijakan yang tidak sensitif terhadap kelompok rentan. Ketika regulasi atau praktik institusi tidak menjamin perlindungan hak ODHIV, maka diskriminasi menjadi lebih mudah terjadi. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan diskriminasi tidak hanya bersifat individual, tetapi juga struktural. Dengan demikian, intervensi harus menyasar

perubahan sistem, bukan hanya perubahan perilaku individu.(Jatmika et al. 2022)

Diskriminasi yang terjadi juga berdampak pada perilaku pencarian layanan kesehatan. ODHIV menyatakan adanya ketakutan untuk melakukan skrining ulang atau pemeriksaan lanjutan karena khawatir melihat hasilnya. Ketakutan ini menciptakan hambatan akses yang bersifat psikologis. Dalam jangka panjang, hambatan tersebut dapat memperburuk angka deteksi dini HIV di wilayah tersebut. Diskriminasi memperburuk tekanan emosional yang telah dialami akibat stigma. Diskriminasi juga mempersempit ruang sosial individu untuk berinteraksi secara normal.

Dari perspektif informan pendukung dan kunci, diskriminasi dipandang sebagai hambatan struktural dalam penanggulangan HIV di Kabupaten Bulukumba. Informan kunci dari KPAD menggambarkan bahwa banyak individu berisiko dan ODHA enggan mengakses Layanan karena takut diperlakukan berbeda oleh Masyarakat maupun petugas. Diskriminasi moral yang mengaitkan HIV dengan perilaku menyimpang memperkuat anggapan bahwa ODHA adalah “aib keluarga”. Informan pendukung dari Dinas Kesehatan juga menilai bahwa stigma dan diskriminasi mendorong ODHA menjaga jarak dari kehidupan sosial dan Layanan Kesehatan.

Bentuk diskriminasi yang dialami ODHIV dalam penelitian ini meliputi perlakuan tidak setara dalam layanan kesehatan, pengucilan sosial, serta penolakan dalam lingkungan keluarga dan Masyarakat. Temuan dari ODHIV diperkuat oleh informan pendukung yang menyatakan bahwa banyak ODHIV memilih menjauh dari Layanan kesehatan karena takut mendapatkan perlakuan berbeda. Hasil observasi juga menunjukkan adanya keterbatasan interaksi sosial yang menjadi indikator nyata dari dampak diskriminasi dalam kehidupan sehari – hari.

7. Trauma

Trauma dalam penelitian ini muncul sebagai pengalaman psikologis mendalam yang dialami informan akibat paparan stigma dan diskriminasi yang berulang. ODHIV menggambarkan trauma sebagai respon emosional mendalam yang dipicu oleh penolakan sosial, stereotip negatif, serta perlakuan tidak adil dari lingkungan sekitar. Trauma tersebut termanifestasi dalam bentuk kecemasan, ketakutan sosial, dan perasaan tidak aman yang muncul terutama pada malam hari.

Berdasarkan hasil Penelitian terkait pengalaman stigma, diskriminasi dan trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba ditemukan beberapa kode yang muncul, yang disajikan dalam bentuk matriks di bawah ini :

Matriks 5.3 Analisis Tematik (Trauma) Komunitas Berisiko IMS/HIV/AIDS

Tabel 5.5 Matriks Analisis Tematik (Trauma)

Tema Utama	Kode yang Muncul
Trauma Emosional	1. Perasaan cemas, takut berlebihan
	2. Kesedihan mendalam, berulang
	3. Shock, denial
Trauma dengan gejala fisik (Psikosomatis)	4. Keringat berlebih, sesak, gemetar
Akibat Trauma	5. Takut membuka status, menghindari Layanan kesehatan
	6. Stress berkepanjangan, beban tanggung jawab, merasa terancam
Proses adaptasi dan coping	7. Mulai menerima diri dari dukungan pendamping dan komunitas, dukungan keluarga

Trauma yang dialami komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS dalam penelitian ini merupakan akumulasi dari pengalaman stigma dan diskriminasi yang berulang. ODHIV menggambarkan adanya kecemasan kronis, ketakutan membuka status, dan perasaan terancam dalam interaksi sosial. Trauma tidak hanya muncul saat pertama kali menerima diagnosis, tetapi berkembang melalui pengalaman sosial setelahnya. Situasi ini menunjukkan bahwa trauma bersifat dinamis dan dipengaruhi oleh konteks lingkungan. Di Kabupaten Bulukumba, tekanan sosial berbasis norma moral memperkuat pengalaman traumatis tersebut.

Beberapa ODHIV mengalami kecemasan yang muncul terutama pada malam hari meskipun tetap mampu menjalankan aktivitas normal pada siang hari. Pengalaman trauma ODHIV juga terlihat dari gejala fisik dan emosional yang menyerupai respon gangguan stress, seperti panik, gemetar, keringat berlebih, sesak napas, dan gangguan tidur. Kondisi ini menunjukkan bahwa trauma tidak selalu tampak secara eksternal, tetapi tetap aktif secara emosional dalam pengalaman individu sehari-hari. Namun demikian, sebagian ODHIV menunjukkan proses adaptasi melalui penerimaan diri dan perubahan cara pandang terhadap status kesehatannya.

Trauma juga muncul secara kuat pada fase awal mengetahui status HIV yang dialami ODHIV sebagai pengalaman kejut psikologis, penyangkalan, dan rasa kehilangan kontrol atas hidup terutama ketika kondisi kesehatan berkaitan dengan pengalaman hubungan interpersonal yang kompleks. Sebagian ODHIV menggambarkan perasaan “setengah mati” dan stress berkepanjangan yang memengaruhi pola tidur serta kesejahteraan mental. Trauma yang muncul tidak hanya berasal dari diagnosis medis, tetapi juga dari persepsi negatif masyarakat yang memperburuk tekanan emosional.

Dari perspektif psikologi kesehatan, trauma pada ODHIV sering bersifat kumulatif. Setiap pengalaman diskriminatif

memperkuat memori emosional negatif yang telah ada sebelumnya. Akumulasi ini menyebabkan individu semakin sensitif terhadap penolakan sosial. Dalam jangka panjang, kondisi ini dapat mengurangi kepercayaan diri dan motivasi untuk berinteraksi. Informan dalam penelitian ini juga menunjukkan kecenderungan menarik diri sebagai bentuk perlindungan diri. Mekanisme tersebut meskipun adaptif sementara, dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup.

Pendekatan yang dikemukakan oleh Harpiana Rahman mengenai pembentukan sikap dapat digunakan untuk menjelaskan dinamika ini. Pengalaman negatif yang berulang membentuk persepsi bahwa lingkungan sosial adalah sumber ancaman. Persepsi tersebut kemudian memengaruhi sikap dan perilaku individu dalam berinteraksi. Individu menjadi lebih berhati – hati, tertutup, dan menghindari situasi sosial tertentu. Trauma dapat menghambat kepatuhan pengobatan. (DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf13330> Upaya Mencegah Wabah 2022)

Selain aspek emosional, trauma juga muncul dalam bentuk keluhan fisik dan respon somatik yang berhubungan dengan tekanan psikologis. Beberapa informan mengalami keringat dingin, kelelahan berlebihan saat aktivitas ringan, serta sensasi tubuh yang meningkat ketika berada dalam kondisi reflektif atau

sendirian. Kondisi tersebut menunjukkan adanya hubungan antara trauma emosional dengan respon fisiologis yang dirasakan sehari – hari. Informan juga mengalami kecemasan berulang yang dipicu oleh kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan anggota keluarga serta ketakutan terhadap penularan. Trauma sekunder muncul ketika individu merasa bertanggung jawab atas kondisi orang lain, sehingga memicu stres tambahan dan pikiran berulang. Selain itu, Rasa kesepian dan isolasi sosial juga menjadi bentuk trauma yang dialami informan sebagai akibat dari stigma dan diskriminasi.

Dalam beberapa kajian Andi Asrina menegaskan bahwa pengalaman stigma dan diskriminasi yang berulang dapat menimbulkan dampak psikologis jangka panjang bagi ODHIV. Tekanan sosial yang terus – menerus, seperti pengucilan dan perlakuan tidak adil, berpotensi memicu kecemasan, perasaan tidak aman, serta penurunan harga diri. Dampak psikologis tersebut sering berkembang menjadi trauma sosial, terutama ketika individu merasa kehilangan dukungan dari lingkungan terdekatnya.

Dari sudut pandang informan kunci, KPAD Bulukumba, trauma dipahami sebagai konsekuensi langsung dari stigma dan diskriminasi yang dialami komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS. Trauma ini tidak hanya muncul setelah kejadian diskriminatif yang

nyata, tetapi juga dari ketakutan berulang terhadap kemungkinan penolakan sosial. Informan kunci menilai bahwa trauma psikologis menyebabkan individu enggan terlibat secara terbuka dalam Layanan Kesehatan maupun kegiatan sosial. Hal ini memperkuat temuan bahwa trauma menjadi hambatan structural dalam Upaya pencegahan dan perawatan HIV.

Pengalaman trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba merupakan dampak kumulatif dari stigma dan diskriminasi yang dialami secara berulang. Temuan dari ODHIV yang mengungkapkan adanya kecemasan, ketakutan, serta gangguan emosional yang muncul terutama pada malam hari. Temuan ini diperkuat oleh informan pendukung dan informan kunci yang menyatakan bahwa trauma psikologis menjadi hambatan bagi ODHIV dalam mengakses Layanan kesehatan dan berinteraksi sosial. Berdasarkan triangulasi Teknik selama wawancara menunjukkan adanya respon emosional yang kuat, seperti tangisan, suara bergetar, serta jeda Panjang saat wawancara, yang mengindikasikan bahwa trauma masih aktif secara psikologis pada informan.

Temuan ini sejalan dengan teori stress dan coping dari Lazarus yang menyatakan bahwa tekanan sosial yang berlangsung secara terus menerus dapat memicu stress kronis dan gangguan psikologis. (Lazarus n.d.)

Dalam kerangka fenomenologi, trauma dipahami sebagai realitas hidup yang membentuk pengalaman emosional, relasi sosial, dan strategi coping informan. Dampaknya mencakup gangguan Kesehatan mental, ketakutan sosial, serta pembatasan partisipasi dalam Layanan Kesehatan. Oleh karena itu, intervensi penanggulangan HIV perlu mengintegrasikan pendekatan Kesehatan mental Berbasis pengalaman hidup ODHA. Pendekatan komprehensif ini sejalan dengan rekomendasi Penelitian nasional dan internasional yang menekankan pentingnya pelayanan Layanan sensitive trauma (*trauma-informed care*) bagi ODHA.