

SKRIPSI

PENGALAMAN STIGMA, DISKRIMINASI, DAN TRAUMA PADA KOMUNITAS BERISIKO INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)/HIV/AIDS DI KABUPATEN BULUKUMBA



Oleh

Salsa Dilla

141 2022 0034

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
Memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**PEMINATAN PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

2026

PENGESAHAN TIM PENGUJI

PENGALAMAN STIGMA, DISKRIMINASI, DAN TRAUMA PADA KOMUNITAS BERISIKO IMS/HIV/AIDS DI KABUPATEN BULUKUMBA

Salsa Dilla

14120220034

Telah diujikan pada tanggal 11 Maret 2026
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes

Anggota : Harpiana Rahman, SKM., MPH.

Anggota : Dr. Fairus Prihatin Idris, SKM., M.Kes.

Anggota : Mansur Sididi, SKM., M.Kes.

Makassar, 6 April 2026
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Dekan,



Prof. Dr. Sunami, S.Pd., M.Kes.

FKM UMI

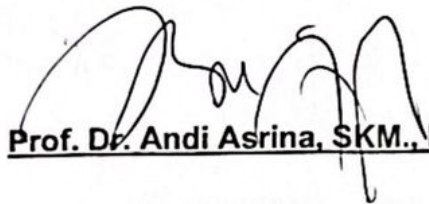
PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji ujian skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia.

Makassar, April 2026

Tim Pembimbing

Pembimbing I


Prof. Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes

Pembimbing II


Harpiana Rahman, SKM., M.Kes

Diketahui,

Wakil Dekan I



Dr. Sundari, S.ST., M.PH

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Waahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahirabbil 'alamin, dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Bersyukur kepada Allah Suhanahu Wa Ta'ala adalah hal yang tiada hentinya penulis lakukan bahkan hingga detik ini insya Allah hingga detik – detik kedepannya. Shalawat dan salam juga tak lupa penulis hadiahkan teruntuk Rasulullah Nabi Muhammad Shallallahu 'alaihi wasallam, semoga kita termasuk ke dalam umatt yang kelak mendapatkan syafaatnya.

Penulisan skripsi ini diselesaikan guna melengkapi tugas akhir Program S1 Jurusan Kesehatan Masyarakat konsentrasi Promosi Kesehatan Universitas Muslim Indonesia Makassar. Adapun judul skripsi ini adalah **“Pengalaman Stigma, Diskriminasi, dan Trauma pada Komunitas Berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS)/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba”** alhamdulillah dapat terselesaikan dengan baik. Ada begitu banyak doa yang penulis langitkan, hingga salah satunya saat penulis dapat menyelesaikan masa perkuliahan yang penuh dengan perjuangan.

Untaian kata demi kata penulis susun dengan sepenuh hati sebagai ungkapan rasa sayang dan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua tercinta serta seluruh keluarga besar penulis yang telah memberikan perhatian, semangat, dukungan, serta doa yang tiada henti dipanjatkan untuk putri sulung sekaligus cucu pertama dalam keluarga ini.

Doa – doa tulus yang menjadi cahaya dalam setiap langkah dan penyemangat dalam setiap perjuangan penulis. Semoga segala kebaikan dibalas oleh Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya dan penghargaan yang tak terhingga kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Mansyur Ramly, SE., M.Si selaku ketua pembina Yayasan Wakaf Universitas Muslim Indonesia.
2. Ibu Prof. Dr. Hj. Masrurah Mokhtar, MA, selaku ketua Yayasan Wakaf Universitas Muslim Indonesia.
3. Bapak Prof. Dr. H. Hambali Thalib, SH., MH, selaku Rektor Universitas Muslim Indonesia.
4. Ibu Dr. Suharni, S.Pd., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia.
5. Bapak Mansur Sididi, SKM., M.Kes, selaku Ketua Prodi Kesehatan Masyarakat dan Ibu Ayu Puspitasari, SKM., M.Kes, selaku Sekretaris Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia.
6. Ibu Prof. Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes selaku dosen Pembimbing 1 yang senantiasa meluangkan waktu meskipun di tengah kesibukan dan arahan serta masukan yang sangat membangun. Penulis merasa sangat beruntung atas dukungan penuh dalam

memfasilitasi penelitian ini, kemudahan komunikasi, bimbingan, serta rasa aman yang beliau berikan adalah anugrah terbesar dalam perjalanan akademik penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

7. Ibu Harpiana Rahman, SKM., M.Ph selaku dosen pembimbing 2 saya, yang banyak meluangkan waktu baik offline maupun online, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Ilmu dan motivasi yang diberikan sangat membantu penulis menyelesaikan skripsi ini hingga tahap akhir.
8. Ibu Dr. Fairus Prihatin Idris, SKM., M.Kes dan Bapak Mansur Sididi, SKM., M.Kes, selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan serta saran dalam penyusunan skripsi ini.
9. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang telah diberikan selama di bangku kuliah dan para staf sub bagian akademik, kemahasiswaan dan perlengkapan Fakultas Kesehatan Masyarakat atas berbagai bantuan dan kerja samanya selama masa kuliah saya.
10. Seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran dan kerja sama yang sangat kooperatif serta informasi yang komprehensif yang diberikan sangat membantu penulis dalam penelitian ini.

11. Teman – teman peminatan Promosi Kesehatan angkatan 2022 terkhusus Andi Alvina Arnol dan Muh. Arief Saifullah yang telah menjadi teman seperjuangan selama studi di Universitas Muslim Indonesia. Terima kasih atas segala motivasi dan kekompakan.
12. Partner Organisasi Forum Anak Wajo dan Forum Anak Sulawesi Selatan yang telah menjadi wadah bagi penulis untuk berkembang, mengasah keterampilan, memperluas relasi, dan meningkatkan kemampuan *soft skill* dalam berorganisasi yang tentunya sangat berguna bagi karier ke depan.
13. Jajaran DPA, Pengurus dan salah seorang demisioner HIPERMAWA yang senantiasa menemani dan memberikan motivasi kepada penulis.
14. Sahabat karib sejak SMP dan MAS As'Adiyah Putri Sengkang hingga kini yang selalu memberikan dukungan moril dan motivasi, sehingga penulis terus bersemangat dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
15. Sahabat tercinta, almarhumah Ulfyani Safitri Ali yang telah menemani penulis dari awal masa perkuliahan dan selalu menjaga keseimbangan emosional sehingga memberikan ketenangan batin bagi penulis dalam menjalani studi.
16. Coffee Shop Autentik tempat dimana skripsi ini diselesaikan, serta kakanda Ahmad Hunaefi, Aldi Saputra, dan Ahmad Irfandi selaku

kerabat yang menjadi mentor informal senantiasa memberikan saran serta dukungan moral.

17. Terakhir, kepada diri saya sendiri **Salsa Dilla**, apresiasi yang sebesar – besarnya atas tanggung jawab yang telah dijalankan untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terima kasih telah berjuang, tidak menyerah, selalu memberikan yang terbaik untuk orang tua, dan senantiasa menikmati setiap prosesnya. Terima kasih telah bertahan sejauh ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak demi perbaikan di masa yang akan datang.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat serta kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang kesehatan. Semoga segala bantuan dan dukungan yang telah diberikan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT. Aamiin

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, April 2026

Penulis



SALSA DILLA

141 2022 0034

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv
RINGKASAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum Tentang Stigma.....	10
B. Tinjauan Umum Tentang Diskriminasi	20
C. Tinjauan Umum Tentang Trauma.....	25
D. Tinjauan Umum Tentang Infeksi Menular Seksual (IMS).....	28
E. Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS	32
F. Tinjauan Umum Tentang Perilaku Berisiko	39
G. Penelitian Terdahulu	42
BAB III KERANGKA KONSEP	45
A. Dasar Pemikiran Masalah yang Diteliti	45
B. Kerangka Pikir	47
C. Defenisi Konseptual.....	47
BAB IV METODE PENELITIAN.....	52
A. Jenis Penelitian.....	52

B. Lokasi dan Waktu Penelitian	52
C. Informan.....	52
D. Teknik Pengumpulan Data.....	53
E. Sumber Data.....	54
F. Pengolahan dan Analisis Data.....	54
G. Penyajian Data	56
BAB V HASIL PENELITIAN	57
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	57
B. Karakteristik Informan.....	58
C. Hasil Penelitian	62
D. Pembahasan.....	97
BAB VI PENUTUP	117
A. Kesimpulan	117
B. Saran	118
DAFTAR PUSTAKA.....	119
LAMPIRAN.....	130

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Sintesa.....	42
Tabel 5.1 Tabel Karakteristik Responden	59
Tabel 5.2 Matriks Analisis Tematik (Stigma)	98
Tabel 5.3 Matriks Analisis Tematik (Diskiminasi).....	106
Tabel 5.4 Matriks Analisis Tematik (Trauma)	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 Peta Wilayah Kabupaten Bulukumba	57
Gambar 5.2 Wawancara Tertutup dengan Informan SY	65
Gambar 5.3 Sesi Focup Group Discussion	73
Gambar 5.4 Wawancara Tertutup dengan Informan WR	76

DAFTAR SINGKATAN

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
APD	: Alat Pelindung Diri
ARV	: Antiretroviral
CD4	: <i>Cluster of Differentiation 4</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
LSL	: Lelaki Seks dengan Lelaki
LGBT	: Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender
ODHA	: Orang dengan HIV/AIDS
ODHIV	: Orang dengan HIV
PERDA	: Peraturan Daerah
PTSD	: <i>Post – Traumatic Stres Disorder</i>

DAFTAR ISTILAH

Analisis Tematik	: Metode analisis data kualitatif yang digunakan untuk mengidentifikasi, menganalisis dan merumuskan tema dari data penelitian
Coping	: Strategi yang digunakan individu untuk mengatasi tekanan, stress, atau permasalahan yang dihadapi.
Diskriminasi	: Perlakuan tidak adil terhadap individu tau kelompok berdasarkan atribut tertentu, seperti status kesehatan, yang berdampak pada kerugian sosial.
IMS	: Infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik secara vaginal, anal, maupun oral.
Marginalisasi	: Proses penyingkiran individu tau kelompok dari akses terhadap sumber daya, kesempatan, dan partisipasi sosial.
Stigma	: Atribut yang diberikan kepada individu tau kelompok yang dianggap berbeda dari norma sosial.
Trauma	: Respon emosional yang muncul akibat pengalaman yang menekan atau menyakitkan secara mental.
Triangulasi	: Teknik untuk menguji keabsahan data dengan membandingkan berbagai sumber, metode, atau teori.

RINGKASAN

Universitas Muslim Indonesia

Fakultas Kesehatan Masyarakat

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Peminatan Promosi Kesehatan

Salsa Dilla

14120220034

“Pengalaman Stigma, Diskriminasi, dan Trauma pada Komunitas Berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS)/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba”

(xiv + 121 + 1 tabel + 7 lampiran)

Stigma dan diskriminasi terhadap komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS masih menjadi permasalahan sosial yang berdampak luas, tidak hanya terbatas pada kondisi kesehatan fisik, melainkan pada kondisi psikologis dan sosial individu juga terdampak. Stigma muncul dalam bentuk pelabelan negatif, stereotip, pengucilan, serta anggapan moral yang menyudutkan individu dengan HIV/AIDS. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan diskriminasi dan trauma yang dapat menghambat akses layanan kesehatan serta menurunkan kualitas hidup.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk memahami secara mendalam pengalaman stigma, diskriminasi, dan trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba. Adapun informan dalam penelitian terbagi tiga yaitu informan utama, informan pendukung, dan informan kunci yang dipilih secara purposive. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi, dan dokumentasi. Analisis data dilakukan secara tematik melalui proses reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa stigma masih dialami dalam bentuk pelabelan negatif dan penghakiman moral. Diskriminasi teridentifikasi dalam bentuk perlakuan berbeda dalam pelayanan kesehatan, pengucilan sosial, serta sikap penolakan setelah status kesehatan diketahui. Pengalaman stigma dan diskriminasi tersebut menimbulkan dampak psikologis seperti rasa malu, takut, cemas, rendah diri, menarik diri dari lingkungan sosial, dan trauma emosional yang

berkepanjangan. Kondisi ini menyebabkan sebagian informan enggan membuka status kesehatannya dan khawatir mengakses layanan kesehatan karena takut akan konsekuensi sosial yang diterima.

Di sisi lain, penelitian juga menemukan adanya dukungan sosial dari pendamping, tenaga kesehatan tertentu, serta komunitas sebaya yang berperan dalam meningkatkan kepercayaan diri dan kepatuhan pengobatan. Dukungan tersebut menjadi faktor protektif dalam mengurangi dampak psikologis yang ditimbulkan oleh stigma dan diskriminasi. Oleh karena itu, diperlukan penguatan edukasi masyarakat untuk mengurangi stigma, penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan tanpa diskriminasi, serta penyediaan dukungan psikososial yang berkelanjutan bagi komunitas berisiko. Upaya tersebut penting guna menciptakan lingkungan yang lebih inklusif serta mendukung keberhasilan program pencegahan dan pengendalian IMS/HIV/AIDS.

DAFTAR PUSTAKA : 37 (2020 – 2024)

KATA KUNCI : Stigma, Diskriminasi, Trauma, Komunitas Berisiko, HIV/AIDS.

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.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stigma

1. Pengertian Stigma

Stigma merupakan fenomena sosial yang kompleks dan multidimensi yang melibatkan penilaian negatif, stereotip, atau perlakuan diskriminatif terhadap individu atau kelompok berdasarkan karakteristik tertentu, seperti status kesehatan, identitas sosial maupun perilaku menyimpang lainnya. Dalam konteks kesehatan masyarakat, stigma sering dikaitkan dengan kondisi medis seperti Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS yang menyebabkan pengucilan sosial, hambatan akses layanan kesehatan dan dampak psikologis seperti depresi atau kecemasan. Menurut Makmur et al. (2022), stigma adalah proses devaluasi sosial yang menandai individu atau kelompok sebagai “berbeda” atau “tidak diinginkan”, yang mengarah pada diskriminasi dan penurunan status sosial.

Stigma sebagai fenomena sosial yang kompleks dan mendalam, sering didefinisikan sebagai tanda aib atau diskreditasi yang memisahkan individu dari norma masyarakat, menyebabkan diskriminasi dan eksklusi yang tidak adil. Konsep ini berakar pada kerangka sosiologis historis, tetapi telah disempurnakan dalam studi kontemporer untuk mencakup sikap

negatif dan perilaku yang ditujukan terhadap mereka yang dianggap berbeda karna atribut atau kondisi tertentu. Dalam konteks kesehatan mental, stigma sering dikaitkan dengan kesalahpahaman yang merusak yang merusak identitas individu dan akses terhadap perawatan. Selain itu, stigma bukan hanya pengalaman individu tetapi konstruksi masyarakat yang dipengaruhi oleh norma budaya dan praktik institusional. Para ahli berpendapat bahwa memahami stigma memerlukan pengakuan atas sifat dinamisnya, di mana ia berevolusi seiring perubahan sosial namun tetap persistente dalam berbagai bentuk. Ketekunan ini terlihat dalam cara stigma berinterseksi dengan kondisi kesehatan yang beragam, dari penyakit mental hingga penyakit kronis, memperbesar kerentanan.

Stigma juga dapat didefinisikan sebagai proses sosial yang melibatkan diskriminasi, prasangka atau stereotip yang ditujukan pada individu dengan penyakit mental, menghubungkan perilaku melalui diskriminasi, sikap melalui prasangka, dan pengetahuan melalui ketidak tahuan. Ia bermanifestasi secara umum di seluruh komunitas dan budaya, mengarah pada eksklusi sosial, kerugian ekonomi, dan tekanan pribadi, sambil memengaruhi kesejahteraan pribadi, ekonomi, dan sosial bagi mereka yang membutuhkan kesehatan mental. Pengetahuan yang tidak akurat memicu stigma dengan memungkinkan sikap negatif dan

perilaku tidak dapat diterima terhadap individu dengan penyakit mental. (Porfyri et al. 2022)

2. Jenis – Jenis Stigma

Stigma memiliki beberapa jenis, diantaranya yaitu :

a. Stigma Publik

Jenis stigma publik yang melibatkan sikap negatif atau diskriminatif dari orang lain terhadap penyakit mental. Jenis ini bermanifestasi sebagai stereotip dan prasangka yang menggambarkan individu dengan gangguan mental sebagai interior atau berbahaya, menghasilkan konsekuensi sosial yang luas seperti pengurangan peluang kerja, hubungan yang tidak stabil, perumahan yang tidak memadai, dan integrasi sosial yang terbatas. Stigma publik digambarkan sebagai tradisi lama yang menghalangi perilaku pencarian bantuan dengan individu yang terkena dampak menghadapi penyendiri, penurunan kepercayaan diri, dan pemikiran negatif yang diinternalisasi. Stigma publik ini bertahan di antara profesional kesehatan yang meskipun keahlian mereka menunjukkan bias yang mengonfirmasi stigmatisasi berkelanjutan, seperti keengganan untuk mendukung inklusi komunitas yang setara atau efikasi rehabilitasi.

b. Stigma diri

Jenis stigma diri dikonseptualisasikan sebagai sikap negatif yang diinternalisasi, termasuk rasa malu dimana individu dengan penyakit mental mengarahkan terhadap kondisi mereka sendiri. Bentuk ini muncul dari penyerapan prasangka masyarakat, mengarah pada rasa harga diri yang berkurang dan isolasi lebih lanjut. Stigma diri berkontribusi pada keengganan pasien untuk mencari pengobatan, memperburuk kondisi mereka dan mempertahankan siklus eksklusi. Stigma ini masih terkait dengan stigma publik yang dimana dapat menghalangi integrasi sosial dan pekerjaan. (Porfyri et al. 2022)

c. Stigma emosional

Jenis stigma ini melibatkan evaluasi emosional otomatis menggunakan atribut kata dengan kontras emosional yang jelas, seperti “baik vs buruk”, “disukai vs tidak disukai”, “menyenangkan vs tidak menyenangkan”, “suram vs ceria”, atau “positif vs negatif”. Jenis stigma ini menyoroti bagaimana emosi secara tidak sadar dapat memperburuk stigma, dalam konteks penyakit HIV, stigma ini muncul sebagai ketakutan penularan. (Ren et al. 2025)

d. Stigma sosial budaya

Stigma sosial budaya sebagai bentuk prasangka yang tertanam norma masyarakat dan nilai – nilai kebudayaan yang sering kali merujuk pada sikap negatif pemisahan individu. Stigma ini muncul dari interaksi antara normal tradisional dan ketakutan modern terhadap penyakit menular seperti HIV/AIDS di mana pelaku stigma melihat HIV sebagai kegagalan moral. Beberapa penelitian membuktikan bahwa stigma ini berkontribusi pada peningkatan depresi dan kecemasan, karena merusak rasa aman dan identitas diri. Stigma sosial budaya sering kali berinterseksi dengan faktor ekonomi, memperburuk kerentanan terlebih lagi di daerah pedesaan.

Stigma sosial budaya dalam penyakit HIV/AIDS sering kali dikategorikan sebagai stigma publik, di mana masyarakat menolak komunitas/individu dengan status HIV karena norma budaya yang memandang penyakit tersebut sebagai hukuman moral. Jenis stigma ini bermanifestasi melalui gosip, isolasi sosial dan penolakan pertemanan yang memperburuk trauma psikologis di kalangan remaja dan dewasa. Salah satu hal yang memperkuat stigma ini adalah normal

tradisional, norma ini membuat komunitas berisiko merasa terasing dari keluarga dan masyarakat. Korban dari stigma ini biasanya mengalami penurunan harga diri dan ketakutan mengungkapkan statusnya.(Leichsenring et al. 2024)

3. Stigma pada Komunitas Berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS) / HIV/AIDS

Stigma terhadap komunitas berisiko infeksi menular seksual (IMS) merupakan persoalan kompleks yang berakar pada nilai-nilai sosial, budaya, moralitas dan relasi kuasa dalam masyarakat. Stigma ini tidak muncul dalam ruang hampa, ia terbentuk dan berkembang melalui proses sosial yang memperkuat perbedaan identitas, orientasi seksual, pekerjaan dan status kesehatan. Dalam banyak kasus, individu yang tergolong dalam komunitas kungsi seperti laki – laki yang berhubungan seks dengan laki – laki (LSL), transgender, pekerja seks dan pengguna narkoba suntik. Manifestasi stigma dalam kehidupan sehari – hari komunitas berisiko sangat beragam dan bersifat multidimensi. Tidak sedikit individu dari kelompok ini yang secara aktif menghindari atau menunda pengujian HIV dan penyakit menular seksual lainnya karena takut dikaitkan dengan identitas yang dianggap menyimpang oleh masyarakat. Studi di Amerika Serikat, China, dan Ghana menunjukkan bahwa

ketakutkan akan penolakan, pengucilan sosial, dan cap negatif terhadap perilaku seksual seorang menjadi faktor utama dalam penghindaran layanan kesehatan. (Gobel and Asrina 2020)

Dampak dari stigma terhadap komunitas berisiko tidak hanya terbatas pada aspek fisik atau akses layanan, tetapi juga merusak kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup secara keseluruhan. Individu yang terus – terusan menerima penolakan atau mengalami perlakuan diskriminatif cenderung mengembangkan gangguan mental seperti kecemasan, depresi bahkan ide untuk bunuh diri. Situasi ini menjadi semakin kompleks ketika individu tersebut juga harus menyembunyikan identitas seksual atau praktik seksual mereka dari lingkungan sosial terdekat, termasuk keluarga dan komunitas keagamaan. Ketegangan batin yang berlarut – larut ini tidak hanya memicu penderitaan psikologis, tetapi juga memperburuk kondisi kesehatan fisik akibat rendahnya keterlibatan dalam pengobatan dan pencegahan. Penyebab atau determinan stigma juga tidak bisa dipisahkan dari struktur sosial, ekonomi dan budaya tempat individu berada. Pengetahuan masyarakat yang rendah mengenai penyakit menular seksual terbukti menjadi salah satu akar dari tingginya stigma publik di berbagai wilayah termasuk di Indonesia. Dalam beberapa studi, stigma ini kerap diperkuat oleh media, tokoh agama, atau bahkan sistem pendidikan yang masih

keliru dalam menyampaikan informasi. Selain itu, kondisi sosial – ekonomi juga memainkan peran penting, individu dengan pendapatan rendah atau yang hidup dalam keterbatasan ekonomi lebih rentan terhadap pengalaman stigma karena keterbatasan dalam mengakses informasi, dukungan sosial, maupun pelayanan kesehatan yang ramah. Tetapi tidak menutup kemungkinan individu dengan pendapatan yang lebih tinggi juga dapat mengalami stigma apabila mereka tidak memiliki jaringan sosial yang suportif. (Ninef, Situmeang, and Da Costa 2023)

Stigma terjadi melalui beberapa tahapan, sebagaimana dijelaskan oleh Suswani et al. (2023), yang meliputi :

- a. Pelabelan : masyarakat mengidentifikasi karakteristik tertentu, seperti status HIV positif atau identitas sebagai pekerja seks sebagai sesuai yang menyimpang dari normal sosial
- b. Stereotipisasi : karakteristik ini dikaitkan dengan pandangan negatif, misalnya anggapan bahwa orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) tidak bermoral.
- c. Pemisahan Sosial : individu yang distigma dipisahkandari masyarakat melalui narasi “kami” versus “mereka” yang memperkuat jarak sosial

- d. Diskriminasi : akibatnya, individu mengalami perlakuan tidak adil, seperti penolakan layanan kesehatan atau pengucilan dari komunitas.

Proses stigma dimulai dengan pelabelan, di mana individu dikaitkan dengan karakteristik tertentu seperti status positif HIV yang dianggap berbeda atau menyimpang dari norma sosial. Pelabelan ini sering kali diikuti oleh stereotipisasi, yaitu penerapan asumsi negatif tentang individu berdasarkan label tersebut. Misalnya individu dengan HIV/AIDS (ODHIV) mungkin dianggap tidak bermoral atau berisiko tinggi, meskipun asumsi ini tidak didukung fakta. Stereotip ini kemudian memicu pemisahan sosial, di mana individu atau kelompok yang terstigma diasingkan dari masyarakat umum, menciptakan batas antara “kita” dan “mereka”. (Suswani et al. 2023)

Selain itu, stigma sering dikaitkan dengan dinamika kekuasaan, di mana kelompok dominan memberlakukan norma yang merugikan kelompok minoritas. Dalam studi tentang HIV/AIDS, definisi menyoroti bagaimana stigma memperburuk kerentanan komunitas berisiko tinggi, mencegah pengujian dan pengobatan. Komplexitas stigma terkait HIV/AIDS sering disebut sebagai alasan utama untuk upaya pengurangan stigma yang terbatas. Studi menyoroti stigma sebagai penghalang utama bagi respons efektif terhadap epidemi HIV/AIDS. Stigma

dalam konteks HIV/AIDS didefinisikan sebagai akumulasi stres psikologis dan sosial yang dialami oleh orang yang hidup dengan HIV ketika faktor stigmatisasi bergabung, mengintensifkan stigma terkait HIV secara keseluruhan dan mengurangi kualitas hidup. Proses ini muncul dari interaksi antara status medis yang diremehkan HIV dan identitas minoritas tambahan, mengarah pada tekanan yang lebih tinggi melalui mekanisme seperti stigma yang diberlakukan, stigma yang diantisipasi, dan stigma yang diinternalisasi. Dalam komunitas berisiko tinggi, stigma mencakup ketakutan akan penularan dan persepsi ketidakmenarikan, yang memperburuk eksklusi sosial.

Studi di wilayah timur Indonesia memperlihatkan bahwa masyarakat sering kali memiliki pemahaman yang minim tentang HIV/AIDS dan adanya unsur moralitas yang kuat bahwa HIV/AIDS dipersepsikan sebagai akibat dari “perilaku menyimpang”. Sesuatu yang memperparah adalah ketakutan masyarakat akan penularan yang tidak selalu berdasarkan fakta ilmiah, hal ini mendorong praktik sosial seperti pengucilan, penolakan terhadap interaksi sosial, bahkan penolakan akses pendidikan dan pekerjaan bagi ODHA.

Bentuk stigma dalam kehidupan ODHA sering muncul sebagai perasaan rendah diri, kecemasan, ketidakmampuan untuk terbuka tentang status HIV, dan niat menghindar dari

pengobatan. Rasa malu atau takut dicap negatif memicu ODHA menjadi enggan menjalani terapi ARV secara konsisten atau bahkan menghindari fasilitas kesehatan karena khawatir akan sikap diskriminasi petugas kesehatan dan masyarakat sekitar. Penelitian lain menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS berkorelasi secara signifikan dengan tingkat stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA, ketika pengetahuan rendah, stigma dan diskriminasi cenderung lebih tinggi. Meski demikian, bukan berarti semua orang dengan pengetahuan yang luas bebas dari stigma, beberapa penelitian menyebut bahwa meskipun memiliki pengetahuan yang luas, stigma tetap muncul melalui stereotip, pelabelan moral, atau pemisahan sosial. Selain menyentuh psikologis seperti depresi, kecemasan, dan rasa tidak percaya diri, stigma pada HIV/AIDS juga menyerang kesehatan fisik karena mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan dan penggunaan layanan kesehatan secara optimal. (Rizki, Sutiaputri, and Heryana 2020)

B. Tinjauan Umum Tentang Diskriminasi

1. Pengertian Diskriminasi

Secara umum, diskriminasi dapat didefinisikan sebagai perlakuan yang berbeda dan tidak adil terhadap individu atau kelompok berdasarkan karakteristik tertentu seperti kasus

kesehata, orientasi seksual, identitas gender, atau status sosial. Dalam konteks HIV/AIDS, diskriminasi berarti perlakuan terhadap ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) ataupun komunitas kunci yang berdampak negatif. Tidak hanya sikap atau pandangan, trtapi juga tindakan yang membatasi hak, akses, atau peluang misalnya penolakan dalam pelayanan akses kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan pembatasan sosial lainnya. Diskriminasi bisa bersifat terbuka (*eksplisit*) maupun terselubung (*implicit*). Kata “diskriminasi” sering disamakan dengan stigma padahal keduanya berbeda, stigma lebih ke persepsi negatif atau prasangka, sedangkan diskriminasi adalah manifestasi nyata dari prasangka itu ke dalam tindakan. Diskriminasi tidak hanya merugikan secara praktis, tapi juga memperburuk beban psikologis dan sosial orang yang terdampak hingga pada akhirnya diskriminasi memperkuat ketidakadilan struktural, di mana komunitas berisiko sudah memiliki posisi lemah dan memperlebar jurang kesenjangan.

Dari sudut pandang Komnas HAM menekankan bahwa setiap orang memiliki hak untuk diperlakukan sama dan tidak mengalami perlakuan yang merugikan atas dasar status yang tidak relevan. Diskriminasi juga dapat muncul dalam konteks hukum dan kebijakan seperti undang – undang ataupun kebijakan regulasi pemerintah daerah berpotensi menjadi instrumen disiplin

diskriminatif apabila tidak di rancang dengan memperhatikan bahwa ODHA dan komunitas berisiko memerlukan perlindungan khusus terhadap diskriminasi. Diskriminasi bukan semata persoalan moral atau sikap warga, tetapi juga berkaitan dengan struktur hukum dan kebijakan publik. Hal ini terjadi ketika suatu kebijakan atau regulasi memberlakukan persyaratan yang merufikan ODHA atau komunitas berisiko menjadi diskriminasi struktural misalnya persyaratan untuk mengungkapkan status HIV di beberapa layanan. (Komnas HAM 2024)

2. Jenis – Jenis Diskriminasi

Jenis – jenis diskriminasi diklasifikasikan menjadi beberapa kategori, diantaranya yaitu :

a. Diskriminasi langsung secara interpersonal (*Direct interersonal discrimination*)

Diskriminasi ini adalah tindakan individu kepada individu. Dikatakan diskriminasi interpersonal langsung ketika individu mengalami perlakuan berbeda dari orang lain misalnya penolakan layanan, ucapan kasar, dan pengucilan sosial.

b. Diskriminasi institusional/struktural

Diskriminasi ini berasal dari kebijakan, regulasi, atau institusi misalnya kurangnya perlindungan hukum, aturan untuk pengungkapan status diwajibkan, pelayanan publik yang tidak

mengakomodasi kerahasiaan dan regulasi daerah yang diskriminatif bagi populasi berisiko.

c. Diskriminasi sosial publik

Diskriminasi ini sering terjadi di lingkungan masyarakat seperti penolakan di sekolah, tempat kerja, pemisahan sosial, dan penghindaran kontak sosial

d. Diskriminasi internal (*Self – discrimination*)

Diskriminasi internal yang terjadi pada ODHA membuat mereka menghindar untuk mengungkapkan statusnya, merasa malu pada diri sendiri karena pengaruh stigma dan takut diskriminasi, hal ini dapat mempengaruhi kesehatan mental pada ODHA sehingga mereka menahan diri untuk mencari layanan atau berbagi dengan keluarga karena takut reaksi negatif.

3. Diskriminasi pada Komunitas Berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS) / HIV/AIDS

Komunitas berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS) seperti LGBT, pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dan kelompok dengan perilaku berisiko tinggi lainnya sering menjadi target diskriminasi ganda, baik itu karena status penyakit maupun karena identitas atau perilaku mereka dianggap menyimpang oleh norma sosial. Komunitas LGBT sering menghadapi bukan hanya diskriminasi layanan, tetapi juga pengucilan dari jaringan sosial, keluarga, dan terkadang penolakan secara hukum atau

administratif terhadap hak – hak mereka. Faktor budaya, norma agama, dan moralitas publik sangat dominan dalam memicu diskriminasi terhadap komunitas ini.

Selain itu, diskriminasi pada komunitas berisiko IMS mempengaruhi perilaku kesehatan dan akses pencegahan, Ketakutan akan diskriminasi menyebabkan individu dari komunitas berisiko menghindari skrining IMS termasuk HIV, menunda pengobatan, bahkan tidak mengidentifikasi perawatan dirinya karena takut pelayanan akan mengungkap status dan kemudian menjadi bahan ejekan atau pengucilan. *Behavior – Risk Studies* di Indonesia menyebut bahwa keterbatasan literasi kesehatan, kurangnya kerahasiaan, dan stigma moral membuat layanan IMS tidak digunakan secara maksimal oleh komunitas LGBT atau mereka yang memiliki perilaku seksual di luar norma heteronormatif. Komunitas berisiko IMS juga menghadapi diskriminasi dari tenaga kesehatan, beberapa studi menemukan bahwa meskipun petugas kesehatan adalah tenaga profesional, masih banyak di antara mereka menunjukkan sikap diskriminatif terhadap ODHA. Efeknya bukan hanya emosional atau psikologis, diskriminasi ini secara nyata mengurangi akses ke pencegahan IMS/HIV, memperlambat diagnosis, pengobatan, dan meningkatkan risiko transmisi.

Dalam literatur terbaru di Indonesia, diskriminasi terus dilaporkan sebagai penghalang serius bagi ODHA dan populasi kunci dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan, dan hak asasi manusia. Laporan Komnas HAM juga menyebutkan bahwa terdapat berbagai pelanggaran HAM yang terkait diskriminasi, seperti hak atas kesehatan, hak atas privasi, dan hak atas informasi bagi ODHA dan populasi kunci. Selain layanan kesehatan, diskriminasi dalam konteks ODHA muncul di bidang pendidikan dan sosial, seperti penolakan bagi anak dengan HIV di sekolah, pengucilan oleh tetangga, bahkan penolakan terhadap interaksi sosial atau kegiatan komunitas. Efek diskriminasi bagi ODHA sangat signifikan, selain menyakiti psikologis, diskriminasi menghambat akses ke layanan kesehatan (baik pencegahan, pengobatan ARV, layanan pendukung), memperlambat diagnosis, menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan, dan memperburuk prognosis penyakit. Diskriminasi juga berdampak pada kualitas hidup secara keseluruhan, termasuk kesejahteraan mental seperti depresi, kecemasan, dan isolasi sosial. (Mukminin, Asmaningrum, and Kurniawan 2023)

C. Tinjauan Umum Tentang Trauma

1. Pengertian Trauma

Trauma psikologis merujuk pada respon emosional yang intens terhadap suatu peristiwa yang dianggap mengancam atau

membahayakan, yang melebihi kemampuan seseorang untuk memprosesnya secara emosional. Pengalaman ini bisa berasal dari kejadian tunggal atau serangkaian kejadian yang dirasakan sangat merugikan bagi diri sendiri maupun orang lain. Peristiwa traumatis sering kali mengganggu rasa aman dasar seseorang terhadap dunia yang menciptakan keyakinan bahwa bahaya bisa muncul secara tak terduga. Individu yang mengalami trauma sering kali mengulang – ulang kejadian tersebut secara mental, disertai perubahan fungsi otak seperti peningkatan sensitivitas terhadap ancaman. Defenisi ini menekankan bahwa trauma bukan hanya tentang kejadian eskternal, melainkan tentang bagaimana pengalaman itu dirasakan dan diproses secara subjektif. Istilah trauma diadaptasi dari konteks medis untuk menggambarkan pengalaman yang dirasakan sebagai menyakitkan atau menekan sehingga mengakibatkan gangguan signifikan dalam kehidupan sehari – hari.

Penyebab trauma umumnya dipicu oleh gangguan mendadak dan intens yang melampaui kapasitas pemrosesan emosional individu. Perbedaan individu dalam ketahanan dan dukungan sosial memengaruhi kemungkinan serta tingkat keparahan respon traumatis, di mana kejadian serupa mungkin traumatis bagi sebagian orang tapi tidak bagi yang lain. Respon terhadap trauma melibatkan gejala intrusi seperti ingatan

berulang, mimpi buruk, atau kilas balik yang membuat individu merasa seperti mengulangi kejadian tersebut. Tidak hanya pada orang dewasa, trauma juga dapat terjadi pada anak – anak dan menimbulkan dampak serius seperti gangguan perkembangan otak, sistem respon stres, penurunan fungsi imun, kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilakunya. (Olf et al. 2025)

2. Trauma pada Komunitas berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS) / HIV/AIDS

Trauma pada komunitas berisiko infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS sering kali muncul dari paparan berulang terhadap stigma sosial, diskriminasi, kekerasan, dan ketidakstabilan akses layanan kesehatan yang memperburuk kerentanan terhadap infeksi dan menghambat pengobatan. Penelitian terkini menunjukkan prevalensi gangguan stres pasca – trauma (PTSD) mencapai 40-60% di kalangan individu dengan HIV. Dalam konteks global, UNAIDS melaporkan bahwa trauma kumulatif meningkatkan infeksi HIV baru hingga 6 juta kasus jika tidak ditangani terutama di negara berkembang, di mana stigma memperburuk isolasi sosial.

Di Indonesia sendiri, studi pada populasi kunci menunjukkan bahwa 80% kasus HIV terkait trauma interpersonal, dengan peningkatan 13% kasus sejak 202 akibat pandemi mengganggu layanan. Dampak trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS

meliputi peningkatan komorbiditas seperti depresi yang memperbesar kemungkinan transmisi infeksi hingga 10 kali lipat. Salah satu penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa 50% remaja berisiko mengalami trauma sekunder dari stigma keluarga sehingga meningkatkan infeksi gonore dan sifilis. Faktor budaya seperti tabu membahas seks di masyarakat memperburuk isolasi dan menunda diagnosis. (*U.S. Department of Health and Services 2021*)

D. Tinjauan Umum Tentang Infeksi Menular Seksual (IMS)

1. Pengertian Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi menular seksual (IMS) yang juga dikenal sebagai penyakit menular seksual (PMS) merupakan kelompok kondisi kesehatan yang disebabkan oleh patogen seperti bakteri, virus, parasit, atau jamur yang ditularkan terutama melalui kontak seksual. Transmisi ini terjadi melalui aktivitas seksual vagina, anal, atau oral di mana cairan tubuh seperti sperma/air mani, cairan vagina, dan darah berperan sebagai media penyebaran utama. Selain itu, IMS dapat menular secara vertikal dari ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan, dan menyusui. Pengertian ini menekankan bahwa IMS bukan hanya masalah individu, melainkan isu kesehatan masyarakat yang memengaruhi jutaan orang setiap tahun dengan prevalensi global yang terus meningkat akibat perubahan perilaku sosial,

resistensi antibiotik, dan akses layanan kesehatan yang terbatas.(Iriana, andi surahman 2025)

Di Indonesia, prevalensi IMS pada populasi kunci seperti pekerja seks mencapai 30 kali lipat dibandingkan dpopulasi umum, dengan kasus HIV mencapai 41.987 pada 2020 dan terus meningkat hingga 2025. Pencegahan IMS memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan edukasi, penggunaan kondom, skrining rutin, dan vaksinasi seperti yang direkomendasikan WHO untuk mengurangi beban global. Infeksi menular seksual juga didefenisikan sebagai infeksi yang menyerang sistem reproduksi dan kemih, sering kali menyebabkan gejala seperti keluarnya cairan abnormal, nyeri saat berhubungan seksual atau luka pada genital meskipun banyak kasus bersifat asimtomatik. Hal ini membuat deteksi dini menjadi tantangan utama, karena individu yang tidak menunjukkan gejala dapat secara tidak sadar menularkan infeksi ke mitra seksualnya. (World Health Organization 2023)

2. Pandangan Islam terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)

Pandangan islam terhadap IMS berakar pada prinsip pencegahan dosa dan pelestarian kesehatan sebagai amanah dari Allah SWT, di mana zina menjadi salah satu penyebab utama penularan IMS. Al – Qur'an dalam surah Al – Isra ayat 32 yang berbunyi :

وَلَا تَقْرَبُوا الزَّيْنَىٰ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا (٣٢)

Terjemahan : *“Dan janganlah kamu mendekati zina; sesungguhnya zina itu adalah suatu perbuatan yang keji dan suatu jalan yang buruk,”*

Dalam ayat di atas diterangkan bahwa islam melarang perilaku seksual di luar nikah yang berisiko menularkan IMS seperti HIV atau sifilis. Islam menekankan untuk senantiasa menjaga pandangan dan kesucian diri sebagaimana dalam Surah An – Nur ayat 30-31 yang memerintahkan laki – laki dan perempuan untuk menjaga pandangan dan menjaga kemaluan sebagai bentuk pencegahan primer terhadap penyakit menular. Dalam perspektif ilmu fiqih, IMS seperti HIV/AIDS ditinjau melalui pengaturan kesehatan umum, di mana hubungan seksual di luar batas syariat dianggap sebagai mudharat (bahaya) yang harus dihindari. Dalam salah satu hadits Nabi Muhammad SAW bersabda “Tidak ada penyakit menular, kecuali apa yang telah ditakdirkan Allah” (HR. Bukhari & Muslim), hadis ini diinterpretasikan sebagai dorongan untuk taat pada aturan pencegahan, bukan sebagai pembenaran kelalaian. Jika salah satu pasangan menderita penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), hubungan seksual menjadi haram sementara untuk menghindari mudharat, sebagaimana dijelaskan dalam kajian fiqih bahwa menularkan penyakit adalah bentk kezaliman. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa ajaran islam efektif

dalam pencegahan IMS pada komunitas muslim dengan 80-90% kasus HIV disebabkan zina yang dilarang syariat. Oleh karena itu, islam memandang IMS sebagai konsekuensi pelanggaran fitnah, tetapi menawarkan solusi holistik melalui taubat, pengobatan, dan dakwah.

Islam memandang IMS sebagai ujian yang memerlukan respons berbasis rahmat, di mana penderita tidak boleh distigma tetapi didukung dengan perawatan medis yang halal. Rasulullah SAW bersabda “Orang yang sakit tidak boleh menularkan penyakitnya kepada orang sehat”, hadis ini mendorong isolasi sementara dan skrining untuk mencegah penyebaran. Di Indonesia yang di mana mayoritas penduduknya beragama islam, pandangan ini selaras dengan program Kemenkes untuk eliminasi IMS pada tahun 2030 mendatang. Fiqih muamalah menekankan tanggung jawab suami – istri untuk saling melindungi dari IMS, termasuk wajib memeriksakan diri sebelum menikah. Dalam tinjauan hukum islam terhadap kebijakan penggunaan kondom menunjukkan bahwa penggunaan alat kontrasepsi diperbolehkan jika untuk pencegahan penyakit bukan untuk memfasilitasi zina, islam juga mendorong peran ulama dalam kampanye anti – IMS, seperti larangan eksploitasi seksual yang bertentangan dengan kehormatan umat. Oleh karena itu, pandangan islam bukan hanya retributif, melainkan preventif

melalui pendidikan akhlak. Di tingkat global, perspektif ini mendukung kolaborasi dengan WHO untuk integrasi nilai agama dalam program pencegahan sehingga IMS dilihat sebagai pelajaran untuk kembali ke fitrah, dengan tobat sebagai obat utama bagi jiwa. (Bukan Mendiskriminasi et al. n.d.)

3. Jenis – Jenis Infeksi Menular Seksual (IMS)

Jenis – jenis infeksi menular seksual (IMS) yang paling umum mencakup empat kategori utama menurut klasifikasi WHO: IMS yang dapat disembuhkan (*curable STIs*) seperti klamidia, gonore, sifilis, dan trikomoniasis. Kemudian ada juga jenis IMS yang tidak dapat disembuhkan (*incurable*) seperti herpes genital, HPV dan HIV. Klamidia disebabkan oleh bakteri *chlamydia trachomatis*, adalah salah satu penyakit menular seksual yang paling sering ditemukan secara global dengan jumlah kasus 129 juta pada tahun 2020. Jenis IMS lain terkandung ulkus mole (*chancroid*) dan *granuloma inguinale*, yang menyebabkan luka genital dan lebih umum ditemukan di daerah tropis seperti Indonesia bagian timur. (Yardi 2025)

E. Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS

1. Pengertian HIV/AIDS

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah jenis virus yang menyerang atau menginfeksi sel darah putih, sehingga melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia. Sedangkan AIDS

atau *Acquired Immunodeficiency Syndrome* adalah penyakit yang disebabkan oleh melemahnya system kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV. Infeksi HIV mengurangi jumlah sel darah putih dan melemahkan sistem kekebalan tubuh dari waktu ke waktu. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) diartikan sebagai suatu infeksi yang menyerang sistem kekebalan tubuh, khususnya sel darah putih yang disebut sel CD4. Sedangkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* merupakan sekumpulan gejala yang didapat dari turunnya kekebalan tubuh kita akibat HIV. (Hanifah et al. 2024)

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh sehingga daya tahan tubuh semakin lemah dan rentan di serang berbagai penyakit. HIV yang tidak cepat ditangani akan berkembang menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) yang mana kondisi ini terbilang sebagai stadium akhir dari infeksi HIV dan tubuh sudah tidak mampu lagi melawan infeksi yang ditimbulkan. Penularan dapat terjadi ketika berhubungan seks dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril atau telah terkontaminasi. (Tanjung et al. 2022)

2. Proses Penularan HIV/AIDS

Penularan HIV dapat terjadi karena adanya hubungan seksual melalui vagina (penis masuk ke dalam vagina),

hubungan seksual melalui anus (penis masuk ke dalam anus), seks oral (penis masuk ke dalam mulut atau mulut menyentuh vagina), transfusi darah yang mengandung bakteri/virus/parasit IMS, penggunaan jarum suntik bersama (untuk narkoba atau tato), dan penularan ibu kepada anak (penularan terjadi saat hamil, persalinan, atau menyusui). (Asrina, Idris, and Ikhtiar 2023)

Menurut (Anindhita et al. 2025) , adapun penularan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dapat menular ke orang lain melalui tiga cara, yaitu :

a. Hubungan seksual

Penularan *Human Immunodeficiency Virus* melalui hubungan seksual adalah cara yang paling dominan, penularannya terjadi saat kontak seksual antara laki – laki baik melalui vagina, anal, atau oral antara individu.

b. Penggunaan jarum yang tidak steril, produk darah atau organ dan jaringan yang terinfeksi HIV

Penularan melalui darah dapat terjadi jika darah donor tidak disaring (tes skrining) untuk tes HIV, penggunaan jarum suntik, atau penggunaan alat kesehatan lain yang dapat menembus kulit.

c. Penularan dari ibu ke anak dalam kandungan

Penularan HIV pada anak yang didapatkan dari ibunya memiliki presentase lebih dari 90%. Virus tersebut

dapat ditularkan saat hamil, saat persalinan dan saat menyusui.

Menurut (Dewi et al. 2022), tahap – tahap HIV sebelum menjadi AIDS yaitu :

- a. Tahap pertama atau masa jendela (*window period*), pada awal terinfeksi belum dapat dilihat meskipun telah melakukan tes darah, karena pada tahap ini sistem antibodi terhadap HIV belum terbentuk. Tetapi, penderita sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa ini antara 1-3 bulan.
- b. Tahap kedua, umumnya penderita masih tampak sehat dan tidak menunjukkan gejala sakit, tetapi tes HIV sudah dapat mendeteksi status HIV seseorang. Masa ini 5-10 tahun sejak terinfeksi HIV,
- c. Tahap ketiga, sudah mulai muncul gejala – gejala awal penyakit dan sistem kekebalan tubuh mulai berkurang
- d. Tahap keempat, AIDS sudah dapat dideteksi karena kekebalan tubuh sangat kurang dan timbul penyakit *opportunity*.

Transmisi infeksi HIV/AIDS terdiri dari lima fase yaitu sebagai berikut :

- a. Periode jendela, lamanya 4 minggu sampai 6 bulan setelah infeksi dan tidak ada gejala.

- b. Fase infeksi HIV primer akut, lamanya 1 sampai 2 minggu dengan gejala *flu illness*.
- c. Infeksi *asimtomatik*, lamanya 1 sampai 15 tahun atau lebih dan tidak ada gejala
- d. Supresi imum *asimtomatik*, diatas 3 tahun dengan gejala; demam, keringat malam hari, berat badan menurun, diare, *neuropati*, lemah, *rash*, *limfadenipati*, dan lesi mulut.
- e. AIDS, lamanya bervariasi antara 2 sampai 5 tahun dari kondisi pertama kali AIDS ditegakkan. Pada masa ini didapatkan infeksi *opportunity* berat dan tumor pada berbagai sistem tubuh, dan manifestasi neurologi. (Asrina, Payapo, et al. 2023)

3. Gejala yang dialami Penderita HIV/AIDS

Adapun tanda dan gejala yang dialami penderita HIV/AIDS sebagai berikut :

a. Keadaan umum

Kondisi umum yang diduga terinfeksi virus HIV antara lain penurunan berat badan lebih dari 10% dari berat badan sebelumnya, demam dan diare terus menerus selama lebih dari 30 dengan demam lebih 37,5 derajat *celcius*, limfadenopati meluas.

b. Gejala neurologis

Sakit kepala terus menerus tanpa diketahui penyebabnya dan lama kelamaan akan semakin parah.

c. Kondisi kulit

PPE (*Pruritic Papular Eruption*) dan kulit kering yang meluas merupakan kecurigaan kuat terinfeksi HIV. Terdapat beberapa kelalaian kulit kelamin, folikulitis dan psoriasis yang sering dirasakan pada ODHA namun tidak selalu berhubungan dengan HIV.

d. Infeksi jamur

Kandidiasis vagina berulang, kandidiasis oral dan dermatitis seboroik. Pada kandidiasis oral dan dermatitis seboroik merupakan kecurigaan yang kuat terhadap infeksi HIV.

e. Infeksi virus

Herpes genital (berulang), moluskum contagiosum, kondiloma, dan *herpes zoster* (berulang dan lebih dari satu dermatom). (Hanifah et al. 2024)

4. Pencegahan HIV/AIDS

Menurut (Tanjung et al. 2022), adapun pencegahan HIV sebagai berikut :

- a. Memastikan darah saat transfusi tidak terkena infeksi HIV, alat suntik dan alat lain (jarum, alat cukur, alat tusuk)

yang dapat melukai kulit dan tidak digunakan bergantian dengan orang lain.

- b. Menghindari hubungan seksual yang berganti – ganti pasangan dan melakukan hubungan seksual yang aman dan lain – lain

Adapun upaya pencegahan HIV(Fernandes et al. 2022) , sebagai berikut :

- a. Pendekatan inovatif dengan penggunaan teknologi digital dalam upaya menyesuaikan layanan dengan kebutuhan individu dan populasi.
- b. Melakukan sunat laki – laki secara medis dan sukarela yang aman dan harus di tawarkan sebagai pilihan tambahan pencegahan HIV bagi remaja berusia 15 tahun ke atas dan laki – laki dewasa.
- c. Memaksimalkan manfaat pencegahan obat *antiretroviral* dengan menyediakan terapi *antiretroviral* untuk semua orang yang hidup dengan HIV.
- d. Memperluas tes HIV yang berpusat pada masyarakat melalui pemberian layanan yang terdesentralisasi dan berbeda dengan keterkaitan yang tepat waktu dengan pengobatan dan perawatan.
- e. Menghilangkan penularan HIV secara vertikal (dari ibu ke anak), menutup kesenjangan akses terhadap layanan

tes dan pengobatan HIV untuk bayi dan anak serta mendukung mereka untuk tetap sehat hingga remaja dan dewasa. Memastikan kesenjangan dalam pengobatan untuk bayi yang hidup dengan HIV juga sama pentingnya, sehingga semua anak yang hidup dengan HIV menerima tes HIV tepat waktu, pengobatan yang tepat dan dukungan kepatuhan serta perawatan jangka panjang yang memadai.

F. Tinjauan Umum Tentang Perilaku Berisiko

1. Pengertian perilaku berisiko

Perilaku berisiko dalam konteks Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS adalah tindakan – tindakan atau pola perilaku yang meningkatkan kemungkinan penularan atau akuisisi patogen seksual termasuk virus, bakteri, dan parasit. Perilaku ini melibatkan aktivitas seksual yang tidak aman, seperti hubungan intim tanpa pengaman, berganti – ganti pasangan seks, atau bahkan terlibat dalam praktik seksual berisiko tinggi seperti seks anal dan oral. Perilaku berisiko tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu, tetapi juga oleh dinamika sosial, budaya, dan akses informasi kesehatan yang sering kali memperburuk kerentanan kelompok populasi kunci seperti pekerja seks, lelaki seks lelaki (LSL), transgender, dan [pengguna narkoba suntik. Perilaku berisiko sering dikaitkan dengan

persepsi rendah terhadap ancaman HIV, di mana individu mungkin mengabaikan risiko karena kurangnya pengetahuan.(Masnarivan et al. n.d.)

2. Jenis – jenis perilaku berisiko

Perilaku berisiko terkait IMS dan HIV/AIDS dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis berdasarkan mekanisme penularan dan tingkat kerentanannya, diantaranya yaitu :

- 1.) Perilaku seksual tidak aman yang mencakup hubungan seksual tanpa kondom, baik vaginal, anal maupun oral.
- 2.) Perilaku dengan multiple pasangan seksual, di mana individu terlibat dengan lebih dari satu pasangan dalam waktu singkat.
- 3.) Perilaku kompulsif seksual yang melibatkan dorongan tak terkendali untuk terlibat dalam aktivitas seksual berisiko, seperti melakukan seks dengan pekerja seks komersial.
- 4.) Perilaku non-seksual yang mendukung penularan seperti penggunaan jarum suntik bersama pengguna narkoba.(Rahma, Handiny, and Immunodeficiency 2023)

3. Faktor yang memengaruhi perilaku berisiko

Ada banyak faktor yang dapat memengaruhi munculnya perilaku berisiko, termasuk akses pengetahuan kesehatan, persepsi, dan dinamika sosial – ekonomi. Akses terhadap informasi yang akurat tentang pencegahan IMS, seperti edukasi

terkait penggunaan kondom atau PrEP (*Pre-Exposure Prophylaxis*) secara signifikan mengurangi perilaku berisiko. Faktor psikologis seperti persepsi rendah terhadap risiko HIV dimana individu merasa “tidak mungkin terinfeksi”, sering kali mendorong hubungan tanpa penggunaan pengaman (kondom) terutama di kalangan LSL. Faktor lingkungan dan budaya juga berperan penting, seperti norma sosial yang menstigmatisasi diskusi tentang seks menghambat edukasi dan mendorong perilaku rahasia. Sehingga secara epidemiologis, perilaku ini berkontribusi pada peningkatan IMS skala nasional hingga global. (Dessie and Zewotir 2024)

G. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Tabel Sintesa

No.	Nama dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Andi Asrina, Ikhtiar Muhammad, Fairus Prihatin Idris, Adam Arlin, Alim Andi (2023)	Community stigma and discrimination against the incidence of HIV and AIDS	Kuantitatif (survei) di Wakatobi, Sulawesi Tenggara; responden ODHA / masyarakat terkait stigma & diskriminasi komunitas	Menemukan bahwa stigma dan diskriminasi sangat tinggi di komunitas; faktor pemicu termasuk kurangnya informasi, tabu budaya, dan takut penularan.
2.	Violin Irene Ninef, Sulistiyani, Lamria Situmeang, Aurelio Da Costa (2023)	Stigma dan Diskriminasi Sosial Terhadap Pengidap HIV-AIDS: Peran Masyarakat di Wilayah Timur Indonesia	Kualitatif — wawancara mendalam, observasi partisipatif, analisis dokumen; informan masyarakat dengan pengalaman langsung atau tidak langsung HIV/AIDS.	Mendapati masyarakat menunjukkan ketakutan, kurangnya pemahaman, norma moral/kultural kuat sebagai faktor penyebab stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.
3.	Maya Trisiswati, Liko Mardiyudhiyanto, Airindya BK (2025)	Hubungan Depresi Dengan Stigma dan Diskriminasi Diri Sendiri Pada Perempuan Dengan HIV AIDS (PDHA) di Jabodetabek	Kuantitatif cross-sectional; wawancara terstruktur terhadap perempuan ODHA; pengukuran depresi & stigma / diskriminasi diri sendiri.	Ditemukan bahwa semakin tinggi stigma dan diskriminasi diri sendiri, semakin tinggi tingkat depresi; sebagian responden bahkan melaporkan ide bunuh diri.
4.	Ima Fitriyani Weni, Eryc Z. Haba Bunga, Helga J. N. Ndun, Christina R. Nayoan (2023)	Gambaran Stigma dan Diskriminasi pada Remaja Terdiagnosis HIV/AIDS di Kota Kupang	Kualitatif fenomenologi; 10 informan (remaja HIV, ibu, staf yayasan); wawancara mendalam & dokumentasi; analisis tematik deduktif.	Remaja HIV/AIDS mengalami berbagai bentuk stigma: instrumental, simbolis, dan kesopanan; diskriminasi verbal, penghindaran, pengucilan; tidak ditemukan kekerasan fisik

5	Mega Oliviawati, Dinda Nur Fajri Hidayati, Arabta Malem Peraten Pelawi (2023)	Hubungan Tingkat Pengetahuan HIV/AIDS dengan Stigma dan Diskriminasi Masyarakat	Kuantitatif cross-sectional; masyarakat sebagai responden; pengukuran pengetahuan & tingkat stigma/diskriminasi.	Ditemukan bahwa semakin baik pengetahuan seseorang tentang HIV/AIDS, semakin rendah tingkat stigma dan diskriminasi yang ditunjukkan; sebaliknya, pengetahuan rendah terkait dengan stigma tinggi.
6	Sabrina Ayu Lestari, Ninik Yunitri, Fira Awanis Hazrina, Abdu Rahim Kamil (2024)	Hubungan Stigma yang Dirasakan dengan Depresi pada Pasien HIV/AIDS di RS Islam Jakarta Cempaka Putih	Cross-sectional; pasien ODHA; kuesioner stigma & instrumen depresi.	Terdapat hubungan bermakna antara stigma yang dirasakan dan tingkat depresi; semakin besar stigma, semakin tinggi gejala depresi.
7	Aris Tristanto, Afrizal, Sri Setiawati, Mery Ramadani (2023)	Stigma yang Dirasakan ODHA di Sumatera Barat	Kuantitatif deskriptif; 63 ODHA sebagai responden; skala Likert; pengumpulan data online (Google Form)	Di Sumatera Barat, mayoritas ODHA melaporkan stigma dari masyarakat yang mempengaruhi kepercayaan diri dan interaksi sosial; stigma negatif adalah hal umum.
8	Dian Paramitha Asyari, Annisa Wahyuni, Elsa Luvia Harmen (2023-2024)	Stigma Sosial dan Dampaknya pada Akses Layanan Kesehatan bagi Penderita HIV/AIDS Di Indonesia	Kuantitatif atau campuran? (detail metodologi penuh belum semua) – survei / studi lapangan mengenai akses layanan & stigma sosial di beberapa lokasi di Indonesia.	Menemukan bahwa stigma sosial signifikan menurunkan akses penderita ke layanan kesehatan; ODHA merasa takut menghadapi stigma di fasilitas kesehatan sehingga ada hambatan untuk pengobatan optimal.
9	Ari Athiutama, Imelda Erman, Indra Febriani (Poltekkes Palembang) (2023)	<i>Stigma Diskriminasi dan Dampaknya terhadap Kesiediaan Merawat Penderita HIV/AIDS bagi Mahasiswa Keperawatan</i>	Kuantitatif cross-sectional; mahasiswa keperawatan; kuesioner stigma diskriminasi dan kesiediaan merawat ODHA.	Hasil menunjukkan bahwa stigma diskriminasi mahasiswa keperawatan berbanding terbalik dengan kesiediaan mereka merawat ODHA; stigma yang tinggi mengurangi kemauan melaksanakan perawatan.

10	Asa Nur Fadhila, Iyar Siswandi, Dea Chairunnisa, Abdu Rahim Kamil (2021-2022)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)	Deskriptif korelasional cross-sectional; populasi masyarakat Jakarta Pusat; variabel seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi vs stigma masyarakat.	Pendidikan dan status ekonomi secara signifikan terkait dengan stigma masyarakat terhadap ODHA; penduduk dengan pendidikan rendah/ekonomi lemah memiliki stigma lebih tinggi.
11	Maulidiah Junnatul Azizah Heru, Atika Jatimi, Mukhlis Hidayat (2024)	<i>Stigma Pada Penderita HIV/AIDS: A Systematic Review</i>	Kajian sistematis (review) menggunakan PRISMA; 10 artikel Indonesia 2019-2023 yang full-text; artikel kualitatif.	Review menyimpulkan stigma mempengaruhi kesehatan mental ODHA—termasuk depresi, kecemasan, perasaan bersalah dan kurang berharga—dan terkait erat dengan rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat terhadap HIV/AIDS.
12	Fajrin Violita (2023)	Gambaran Pengetahuan dan Stigma Remaja tentang HIV/AIDS di Kota Jayapura	Kuantitatif cross-sectional; mahasiswa/jumlah remaja sebagai responden; kuesioner pengetahuan dan stigma.	Sebagian besar remaja memiliki pemahaman cukup terhadap HIV/AIDS (84.6%); namun ~51% masih menunjukkan stigma terhadap ODHA.
13.	Image Indra Fajarwati & Eka Sari Ridwan (tahun 2023)	Perilaku Seksual Waria dalam Upaya Pencegahan HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba, Sulawesi Selatan	Penelitian kualitatif; wawancara mendalam & snowball sampling dengan waria, ketua kelompok dukungan sebaya, remaja, dan petugas kesehatan.	Ada potensi elemen psikologis terkait “perilaku seksual waria” dan kemungkinan stigma, tetapi trauma secara eksplisit kurang dijelaskan dalam abstrak.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Masalah yang Diteliti

Infeksi Menular Seksual (IMS) dan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrom* (HIV/AIDS) merupakan tantangan kesehatan masyarakat yang signifikan secara global, dengan implikasi mendalam terhadap kesejahteraan individu dan komunitas. Menurut data terkini, jutaan orang di seluruh dunia hidup dengan kondisi ini, di mana stigma sosial, perlakuan tidak adil, serta pengalaman traumatis sering kali memperburuk beban penyakit tersebut. Di Indonesia, prevalensi HIV/AIDS terus menunjukkan tren peningkatan terutama di kalangan kelompok rentan seperti pekerja seks, pengguna narkoba suntik, komunitas lesbian/gay, dan transgender. Hal ini tidak hanya memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan, tetapi juga menimbulkan hambatan psikososial yang berkelanjutan.

Namun, stigma dan diskriminasi terhadap komunitas berisiko infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS harus dihindari sepenuhnya karena dapat mempersulit pelacakan status kesehatan, menghambat deteksi dini, dan mengurangi kepatuhan pengobatan. Banyak pengidap yang mengalami stigma sosial dan budaya yang mendalam, diikuti diskriminasi berulang yang pada akhirnya

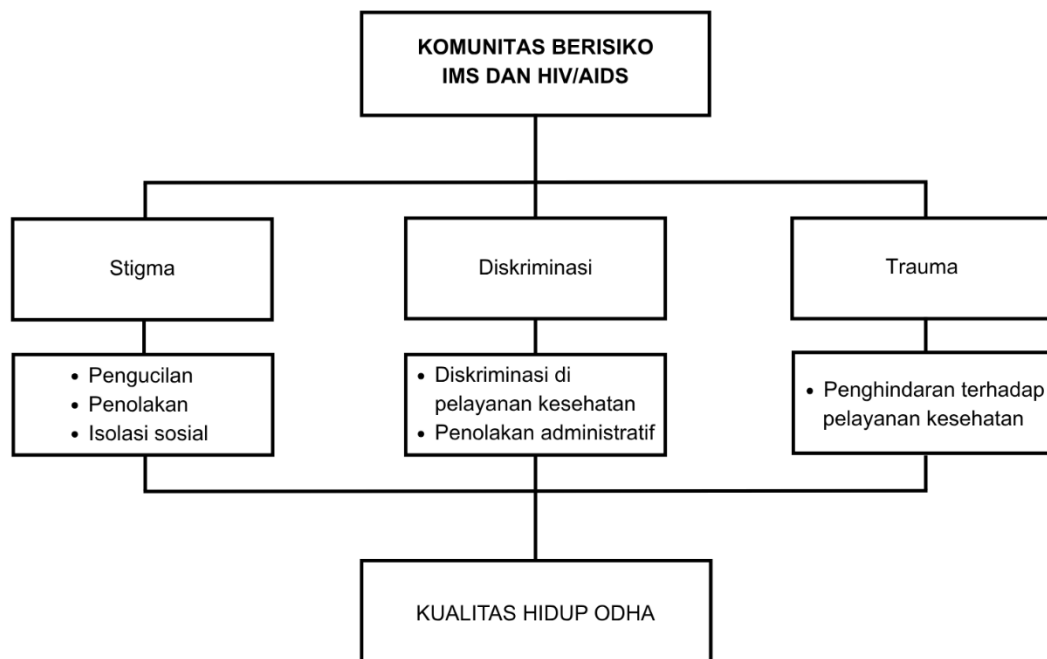
menimbulkan trauma psikologis kronis dan memperburuk kualitas hidup secara keseluruhan.

Stigma sosial budaya yang diletakkan kepada komunitas berisiko berawal dari pelabelan negatif dan stereotip moral. Stigma ini tidak berhenti pada persepsi, tetapi berkembang menjadi diskriminasi, yakni perlakuan tidak adil yang dialami dalam layanan kesehatan, lingkungan sosial, maupun keluarga. Diskriminasi inilah yang kemudian memicu respon psikologis mendalam berupa trauma, terlebih ketika pengalaman stigma dan diskriminasi terjadi berulang kali. Berdasarkan pola kejadian tersebut, penelitian ini memandang bahwa stigma, diskriminasi, dan trauma merupakan urutan masalah yang saling mempengaruhi dan perlu dipahami secara mendalam. Oleh karena itu, dasar pemikiran penelitian ini diarahkan untuk mengidentifikasi bagaimana ketiga variabel tersebut muncul, berinteraksi, dan berdampak terhadap kehidupan komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS.

Pemikiran ini kemudian dituangkan dalam kerangka pikir yang menggambarkan hubungan kausal antara ketiga variabel, dimana stigma menjadi pemicu diskriminasi, dan keduanya bersama – sama membentuk kondisi yang menghasilkan trauma psikologis pada komunitas berisiko.

B. Kerangka Pikir

Kerangka ini menggambarkan hubungan kausal antara stigma, diskriminasi, dan trauma yang dialami komunitas berisiko IMS dan HIV/AIDS dan. Pada bagian akhir bagan, kerangka ini menunjukkan dampak dari stigma, diskriminasi dan trauma pada komunitas berisiko IMS dan HIV/AIDS.



C. Defenisi Konseptual

Definisi Konseptual adalah item penelitian yang menjelaskan karakteristik masalah yang diteliti. Defenisi konsep pada penelitian ini yaitu :

1. 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. Stigma yang diberikan berupa stigma sosial budaya dengan berbagai tahapan, yaitu pelabelan berupa anggapan bahwa pengidap HIV itu mendapatkan karma dari perbuatannya, kemudian tahapan stereotipisasi menganggap bahwa komunitas berisiko itu “kotor” dan labeling moral “penyimpang” atau dosa besar, selanjutnya tahapan pemisahan sosial yaitu pengucilan sosial dari masyarakat atau lingkungan sekitar. Stigma bersifat multidimensi, mencakup stigma eksternal dari masyarakat dan tenaga kesehatan stigma internal yang membuat individu merasa malu dan rendah diri. Akibatnya, stigma menghambat layanan kesehatan pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba.

2. Diskriminasi

Diskriminasi dalam penelitian ini adalah tindakan verbal dan nonverbal yang timbul dari stigma berupa penolakan, perlakuan tidak adil, atau pengucilan terhadap pengidap IMS/HIV/AIDS. Diskriminasi yang dialami komunitas berisiko ini yaitu diskriminasi di fasilitas kesehatan, tempat kerja dan pendidikan. Bentuk diskriminasinya dapat berupa diskriminasi langsung atau dari individu ke individu seperti petugas medis menggunakan APD berlebihan, petugas

menunjukkan sikap menghindar dan menolak pelayanan. Kemudian ada diskriminasi institusi seperti pengucilan di sekolah/kampus, bahkan kehilangan pekerjaan. Diskriminasi menjadi pemicu utama trauma berkepanjangan pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Bulukumba.

3. Trauma

Trauma dalam penelitian ini adalah gangguan psikologis yang timbul akibat pengalaman stigma dan diskriminasi berulang, berupa kecemasan kronis, depresi, atau stress pascatrauma. Trauma bersifat kumulatif, menciptakan siklus ketakutan yang membuat komunitas berisiko menghindar dari layanan kesehatan dan putus obat sehingga pada akhirnya trauma menurunkan kesejahteraan hidup dan kualitas kesehatan komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba.

4. Infeksi Menular Seksual (IMS)

IMS adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat yang kompleks, IMS merupakan penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. IMS sering dikaitkan dengan perilaku berisiko pada populasi kunci seperti pekerja seks dan LSL. IMS juga menjadi pintu masuk infeksi HIV, sehingga stigma terhadap IMS memperburuk pengendalian

epidemi. Pengobatan IMS yang tertunda meningkatkan risiko penularan dan komplikasi seperti infertilitas.

5. HIV/AIDS

HIV adalah infeksi yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan akan berkembang ke AIDS jika tidak diobati. HIV/AIDS menjadi tantangan global karena stigma yang menghambat pencegahan dan pengobatan. Di Indonesia, kasus HIV meningkat pada kelompok rentan seperti transgender dan pengguna napza suntik. Stigma pada ODHA sering berujung pada putus obat dan kematian dini. HIV/AIDS tidak hanya menjadi masalah medis, tetapi juga sosial yang memicu trauma berkepanjangan sehingga diperlukan pengendalian HIV/AIDS yang inklusif.

6. Perilaku Berisiko

Perilaku berisiko dalam penelitian ini adalah suatu tindakan atau pola perilaku yang meningkatkan kemungkinan terjadinya penularan patogen seperti virus, bakteri, dan parasit yang menjadi faktor utama penyebaran penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS. Perilaku berisiko melibatkan aktivitas seksual yang tidak aman, seperti berganti – ganti pasangan seks dan tidak menggunakan pengaman, terlibat dalam praktik seksual berisiko tinggi seperti seks anal dan oral. Komunitas seperti

LSL, transgender, dan pekerja seks lebih rentan melakukan perilaku berisiko.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Metode penelitian yang digunakan metode quasi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bermaksud untuk mengeksplorasi secara mendalam mengenai pengalaman hidup komunitas berisiko IMS dan HIV/AIDS dalam menghadapi stigma, diskriminasi, dan trauma. Pendalaman ini dilakukan secara *indepth interview*, observasi dan dokumentasi secara terus menerus selama penelitian berlangsung.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini akan dilakukan di Kabupaten Bulukumba, Provinsi Sulawesi Selatan pada Bulan November – Desember 2025

C. Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri atas tiga macam yaitu :

1. Informan Kunci (*Key Informant*) dalam penelitian ini yaitu KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah) dan Dinas Kesehatan..
2. Informan biasa dalam penelitian ini dipilih secara purposif dengan kriteria sebagai berikut :
 - 1.) Bersedia untuk menjadi informan penelitian
 - 2.) Orang dengan HIV (ODHA)
 - 3.) Berdomisili di Kabupaten Bulukumba
 - 4.) Memiliki perilaku berisiko

3. Informan pendukung dalam penelitian ini adalah PKDS (Pendamping Kelompok Dukungan Sebaya) dan programeer.

D. Teknik Pengumpulan Data

Dalam Teknik pengumpulan data, peneliti melakukan wawancara mendalam terhadap informan dan dokumentasi.

1. Observasi

Observasi dilakukan untuk mengkaji kondisi dan hubungan sosial pada lingkungan komunitas berisiko IMS dan HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba. Peneliti mengamati interaksi antar anggota komunitas, pola komunikasi dengan keluarga/masyarakat sekitar, serta dinamika terhadap akses layanan kesehatan

2. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam digunakan untuk menggali data dan informasi terkait dengan pengalaman hidup pengidap HIV mengenai stigma, diskriminasi, dan trauma yang dialami. Wawancara ini mencakup jenis - jenis stigma sosial budaya, bentuk diskriminasi yang dirasakan, dan ekspresi trauma.

3. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan untuk memperoleh data tambahan untuk memperkuat data yang diperoleh melalui wawancara dan dokumentasi selama penelitian berlangsung. Data tersebut didukung oleh gambar, serta rekaman memo yang merupakan bukti data primer.

E. Sumber Data

Dalam pengumpulan data terdapat jenis dan sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder

1. Data Primer

Data primer adalah data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya atau tanpa perantara. Data primer merupakan data yang diambil oleh peneliti sendiri dari sumber utama untuk kepentingan penelitian. Data primer dapat berupa wawancara langsung yang berisi pengetahuan stigma, diskriminasi dan trauma.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data penelitian yang diperoleh secara tidak langsung yang diperoleh dari perantara dan dicatat oleh orang lain. Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dari KPAD dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba.

F. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah data diperoleh dari hasil wawancara dan observasi yang dapat membantu dalam mengolah data. Langkah yang dilakukan adalah reduksi data dimana penulis merangkum dan memfokuskan pada hal – hal yang berkaitan dengan variabel penelitian, kemudian langkah selanjutnya yaitu penyajian data dalam bentuk uraian singkat dengan cara menyusun hasil informasi dalam bentuk satu

kesatuan dan mudah dipahami. Langkah terakhir ialah mengambil kesimpulan yang dapat menjawab rumusan masalah, kesimpulan ditarik dengan bukti – bukti yang valid agar menghasilkan data yang dapat dipercaya.

2. Analisis data

Analisis data menggunakan analisis tematik yaitu proses untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan melaporkan data dalam bentuk tema atau berbentuk kesimpulan dan interpretasi.

3. Rencana keabsahan data

1.) Triangulasi sumber

Mengkonfirmasi jawaban atau informasi yang didapatkan dari informan biasa, pendukung dan informan kunci untuk menemukan data dan informasi spesifik atau yang berbeda.

2.) Triangulasi waktu

Mengkonfirmasi jawaban atau informasi yang didapatkan dengan pertanyaan yang sama tetapi pada waktu yang berbeda.

3.) Triangulasi Teknik

Mengkonfirmasi informasi atau data yang didapatkan dengan teknik yang berbeda dari observasi, wawancara mendalam, dan dokumentasi.

G. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat atau bagan. Penyajian data yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif. Berdasarkan data yang terkumpul dan setelah dianalisis, maka data disajikan secara detail dalam bentuk naratif sehingga dapat memberikan gambaran implementasi secara mendalam mengenai stigma, diskriminasi dan trauma yang dialami oleh komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba.

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 bisanya beraktifitas seperti biasa, kayak bisa 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)

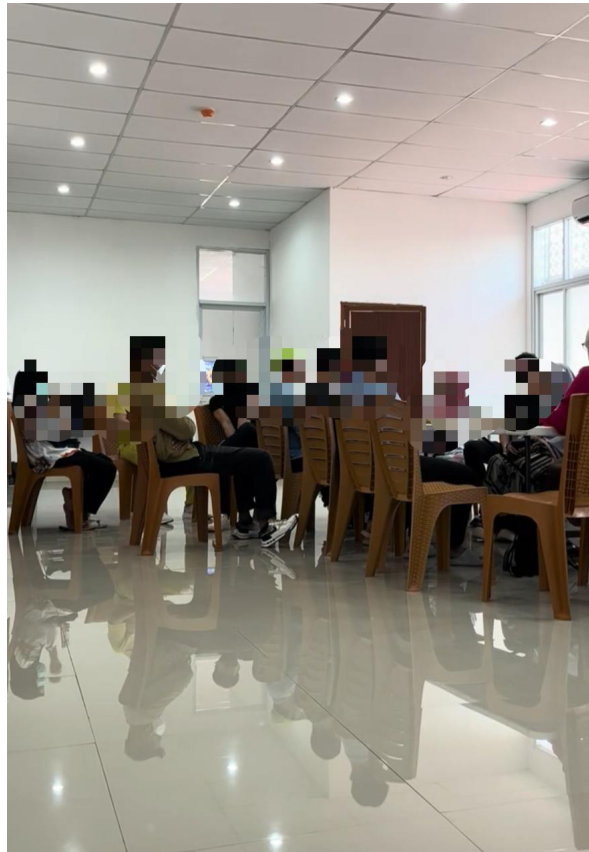
Ini menunjukkan bahwa tekanan stigma sosial mendorong individu untuk menyembunyikan perilaku pengobatan sebagai bentuk perlindungan diri dari prasangka dan potensi penolakan sosial. Informan mengungkapkan bahwa dalam situasi sosial tertentu, seperti saat menghadiri acara ia memilih untuk tidak menunjukkan 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 biar mi 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 yng 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 menampilkan 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 mencederaikan 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, gematara 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 kutelpomi 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)

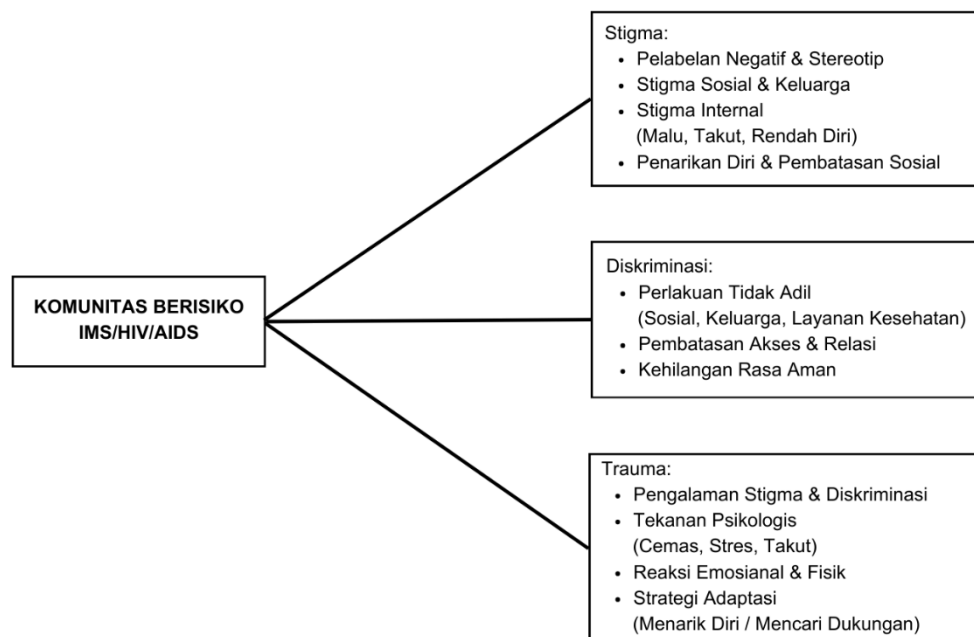
Informan mengalami beban psikologis berat yang bersumber dari tanggung jawab keluarga. Trauma muncul dalam bentuk pikiran berulang, rasa lelah emosional, serta penyesalan terhadap masa lalu yang memicu refleksi mendalam terhadap pilihan hidup. Tangisan yang muncul selama wawancara menunjukkan bahwa pengalaman 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 substansitif, 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 aumsi 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 negative, penghakiman moral, serta ketakutan akan penolakan sosial. Temuan ini diperkuat melalui triangulasi sumber, di mana informan pendukung juga mengungkapkan bahwa ODHIV seringkali mengalami penilaian negative 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 menasar

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 reson 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 berlebuhan 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.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Stigma yang dialami komunitas beresiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba bersifat multidimensional, meliputi stigma moral, sosial, dan *self – stigma*. Stigma tidak hanya muncul akibat kurangnya pengetahuan Masyarakat, tetapi juga dipengaruhi oleh konstruksi nilai sosial dan religious yang kuat.
2. Diskriminasi yang dialami komunitas beresiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba terjadi dalam berbagai konteks, termasuk dalam interaksi sosial, lingkungan keluarga, serta layanan kesehatan. Diskriminasi tidak hanya bersifat individual, tetapi juga structural karena dipengaruhi oleh norma sosial dan system yang berkembang di Masyarakat.
3. Trauma yang dialami ODHIV bersifat kompleks dan berlapis, mencakup trauma psikologis, sosial, dan fisiologis. Trauma tidak hanya dipicu oleh diagnosis penyakit, tetapi juga oleh pengalaman stigma dan diskriminasi yang berulang. Secara teoritis kondisi ini sejalan dengan teoris stress dan coping dari Lazarus, di mana tekanan sosial yang terus – menerus dapat memicu stress kronis dan gangguan psikologis.

B. Saran

1. Diperlukan Upaya peningkatan edukasi dan promosi kesehatan yang tidak hanya berfokus pada aspek medis HIV/AIDS, tetapi juga pada pengurangan stigma berbasis moral dan sosial. Intervensi harus dirancang dengan pendekatan sosial budaya dan melibatkan tokoh agama serta tokoh Masyarakat, agar pesan yang disampaikan dapat diterima dalam konteks nilai local. Selain itu, penting untuk mengembangkan program pemberdayaan ODHIV guna mengurangi *self – stigma* dan meningkatkan kepercayaan diri dalam berinteraksi sosial.
2. Perlu dilakukan penguatan kebijakan dan pengawasan terhadap praktik diskriminasi, khususnya dalam Layanan kesehatan agar ODHIV mendapatkan pelayanan yang setara dan non - diskriminatif. Tenaga kesehatan perlu diberikan pelatihan terkait pelayanan Berbasis hak asasi manusia.
3. Diperlukan penguatan Layanan dukungan psikososial bagi ODHIV, seperti konseling, terapi kelompok, dan pendampingan sebaya untuk membantu individu dalam mengatasi trauma dan meningkatkan kemampuan coping.
4. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengkaji lebih dalam pengaruh kebijakan lokal dan factor sosial budaya terhadap penanggulangan HIV/AIDS dengan pendekatan yang lebih luas, seperti metode campuran, sehingga dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- (WHO), World Health Organization. 2025. "Sexually Transmitted Infections (STIs)." 29 May.
- Asrina, Andi et al. 2022. "Prevention of Sexually Transmitted Infectious Diseases (Sti), Hiv Aids Based Onottawa Charter Health Promotion Strategy in Wakatobi District, Southeast Sulawesi." 3(1): 271–78.
- Asrina, Andi, Muhammad Ikhtiar, et al. 2023. "Community Stigma and Discrimination against the Incidence of HIV and AIDS." *Journal of Medicine and Life* 16(9): 1327–34.
- Asrina, Andi, Rizal Payapo, et al. 2023. "Health Behavior and Social Support in Postpartum Mothers Treatment in Ba ' Ukup Tradition in Maluku." 15(3): 438–42.
- Asrina, Andi, Fairus Prihatin Idris, and Muhammad Ikhtiar. 2023. *Partisipasi Masyarakat Dalam Pencegahan HIV/AIDS*. Nas Media Pustaka.
- Bukan Mendiskriminasi, Begini Sikap Islam Terhadap Penderita HIV/AIDS, Sumber: <https://nu.or.id/superapp> (Android/iOS) Download NU Online Super App. "Bukan Mendiskriminasi, Begini Sikap Islam Terhadap Penderita HIV/AIDS Sumber: <https://Nu.or.Id/Syariah/Bukan-Mendiskriminasi-Begini-Sikap-Islam-Terhadap-Penderita-Hiv-Aids-We6kH/Nu.or.Id/Superapp> (Android/IOS)." 29 *austus*: 2022.
- Coordinating, Programme, and Board Issue. 2025. "Priority and Key Populations Especially Transgender People, and the Path to 2025 Targets: Reducing Health Inequities through Tailored and Systemic Responses Agenda Item 3." (June 2023).
- Dessie, Zelalem G, and Temesgen Zewotir. 2024. "HIV-Related Stigma and Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Frontiers in public health* 12: 1356430.
- Deviantony, Fitrio et al. 2025. "Journal of Nursing Science Update." 13(1).

- Dewi, Nur, Rafidah, and Erni Yulastuti. 2022. "Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Wanita Usia Subur (WUS)." *Jurnal Inovasi Penelitian* 3(1): 4583–90.
- "DOI: [Http://Dx.Doi.Org/10.33846/Sf13330](http://dx.doi.org/10.33846/Sf13330) Upaya Mencegah Wabah." 2022. 13(3): 724–30.
- Fernandes, GeraldoWilson et al. 2022. 51 New Phytologist No 主觀的健康 https://doi.org/10.20935/AL189%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://
- Gobel, Fatmah Afrianty, and Andi Asrina. 2020. "PENGARUH EDUKASI PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN HIV / AIDS TERHADAP PENGETAHUAN SISWA SMU NEGERI 1." 1(2): 36–42.
- Hanifah, Laily, Fridya Syavina Putri, Febilla Dwinanda Riyanti, and Puteri Salwa. 2024. "Meningkatkan Pengetahuan Mahasiswa Mengenai Pencegahan Dan Deteksi Dini HIV Melalui Penyuluhan Kesehatan." *Jurnal Masyarakat Mandiri* 8(5): 1–10. <https://journal.ummat.ac.id/index.php/jmm/article/view/25757>.
- Iis Suryani, Titin Rohayati, Rika Rahayuningsih, dan Nurul Latifah. 2024. "Jurnal Penelitian Perawat Profesional." 6: 1919–26.
- Iriana, andi surahman, andi asrina. 2025. "Clinic Patients of Health Center and Hospital." 5(02): 133–38.
- Jatmika, Linda et al. 2022. "BURUH DI PELABUHAN YOS SUDARSO TUAL Peminatan Epidemiologi , Fakultas Kesehatan Masyarakat , Universitas Muslim Indonesia." 3(3): 563–73.
- Komnas HAM. 2024. "Omnas HAM. (2024). Pemenuhan Hak Asasi Manusia Bagi Orang Dengan HIV Dan Populasi Kunci. Komisi Nasional

Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

<https://www.komnasham.go.id/index.php/berita/2024/12/20/2589/pemenuhan-hak-asasi-manusia-bagi-orang-dengan-hiv-d>.

Leichsenring, Falk et al. 2024. "Borderline Personality Disorder: A Comprehensive Review of Diagnosis and Clinical Presentation, Etiology, Treatment, and Current Controversies." *World Psychiatry* 23(1): 4–25.

Makmur, Andi Suswani, Safruddin, Aszrul AB, and Asnidar. 2022. "Stigma Dan Diskriminasi Mahasiswa Profesi Ners Terhadap Penderita HIV Dan AIDS Di Kabupaten Bulukumba." *Jurnal Kesehatan Panrita Husada* 7(1): 105–18.

Masnarivan, Yeffi, Fatimah Khairiyah, Diva Maharani, and Humaira Fajra Yelna. "ANALYSIS OF CONDOM USE BEHAVIOR , NUMBER OF PARTNERS , AND INJECTING DRUGS WITH THE INCIDENCE OF HIV / AIDS IN INDONESIA: A SYSTEMATIC REVIEW AND META ANALYSIS."

Mukminin, Muhammad Amirul, Nurfika Asmaningrum, and Dicky Endrian Kurniawan. 2023. "Stigmatization and Discrimination in Patients with HIV/AIDS: A Systematic Literature Review." *Journal of Holistic Nursing Science* 10(1): 40–47.

Ni Wayan septarini, Dkk. 2023. "https://www.researchgate.net/publication/368788370_Prevalence_of_Stigma_and_Discrimination_Amongst_Men_Who_have_Sex_with_Men_MSM_and_Transgender_Women_Waria_in_Bali_Indonesia." *february*: 1–23.

Ninef, Irene Violin, Lamria Situmeang, and Aurelio Da Costa. 2023. "Stigma Dan Diskriminasi Sosial Terhadap Pengidap HIV-AIDS: Peran Masyarakat Di Wilayah Timur Indonesia Stigma and Social Discrimination Against People with HIV-AIDS: The Role of

Communities in Eastern Indonesia.” *Health Information: Jurnal Penelitian* 15(2): 2085–0840.

No Title.

Olf, Miranda et al. 2025. “The Impact of Trauma and How to Intervene: A Narrative Review of Psychotraumatology over the Past 15 Years.” *European Journal of Psychotraumatology* 16(1): 1–37. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>.

On, Notes, T H E Management, and O F Spoiled Identity. “No Title.”

Porfyri, Georgia Nektaria et al. 2022. “Mental Health-Related Stigma Discrimination and Prejudices among Greek Healthcare Professionals.” *Frontiers in Psychiatry* 13(November): 1–13.

Rahma, Gusni, Febry Handiny, and H I V Human Immunodeficiency. 2023. “Determinan Kejadian HIV AIDS Pada Populasi Kunci Di Indonesia : Systematic Review Systematic Review.” 8(1): 158–65.

Ren, Yila, Sheng Wang, Xiangqi Fu, and Xiuxiu Shi. 2025. “A Systematic Review and Meta-Analysis of Implicit Stigma Toward People with Mental Illness Among Different Groups: Measurement, Extent, and Correlates.” *Psychology Research and Behavior Management* 18(April): 851–75.

Rizki, Silvia, Lina Favourita Sutiaputri, and Wawan Heryana. 2020. “Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan Human Immunodeficiency Virus Dan Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hiv Dan Aids) Di Kota Bandung.” *Jurnal Ilmiah Rehabilitasi Sosial (Rehsos)* 2(1).

Rizsa Aulia Anindhita, Ahmad Ikhlasul Amal, and Erna Melastuti. 2025. “Hubungan Antara Health Literacy Dengan Kepatuhan Mengonsumsi Obat Antiretroviral Pada Orang Dengan HIV (ODHIV).” *Protein : Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 3(2): 63–71.

- Rosilfa, Siti, Marisa Anazma, Indah Laily Hilmi, and Hadi Sudarjat. "Literatur Review: Pengaruh Edukasi Terhadap Pencegahan HIV / AIDS Immunodeficiency Virus) Dan AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) Terus Menjadi." 15: 12–31.
- Sholat, Adhe Junaedi. 2025. *1.214 Kasus HIV/AIDS Di Sulsel Sepanjang 2025, Seks Sesama Pria 572 Orang Baca Artikel Detiksulsel, "1.214 Kasus HIV/AIDS Di Sulsel Sepanjang 2025, Seks Sesama Pria 572 Orang" Selengkapnya <https://www.detik.com/sulsel/berita/d-8118365/1-214-kasus-hiv-aids>*.
- Suswani, Andi et al. 2023. "Stigma and Discrimination of People with HIV/AIDS by Health Officers in Bulukumba Regency." *Global Medical & Health Communication (GMHC)* 11(1): 22–28.
- Tanjung, Tiara Nanda Puspita et al. 2022. "Pencegahan Penularan HIV/AIDS Dengan Metode 'ABCDE' DI SMK Gelora Jaya Nusantara Medan Tahun 2022." *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat* 1(1): 63–68.
- U.S. Department of Health, and Human Services. 2021. "STI Federal Implementation Plan 2021–2025."
- UNAIDS. 2024. "2024 Global AIDS Report The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads." : 4–274. <http://www.wipo.int/>.
- World Health Organization. 2023. "Location Type by Indicator Global Global Sex." (per 1000): 2023.
- Yardi, Samruddhi. 2025. "Sexually Transmitted Diseases Statistics 2025 By STIs, Control, Prevention." 13 januari. <https://media.market.us/sexually-transmitted-diseases-statistics/>.
- (WHO), World Health Organization. 2025. "Sexually Transmitted Infections (STIs)." 29 May.

- Asrina, Andi et al. 2022. "Prevention of Sexually Transmitted Infectious Diseases (Sti), Hiv Aids Based Onottawa Charter Health Promotion Strategy in Wakatobi District, Southeast Sulawesi." 3(1): 271–78.
- Asrina, Andi, Muhammad Ikhtiar, et al. 2023. "Community Stigma and Discrimination against the Incidence of HIV and AIDS." *Journal of Medicine and Life* 16(9): 1327–34.
- Asrina, Andi, Rizal Payapo, et al. 2023. "Health Behavior and Social Support in Postpartum Mothers Treatment in Ba ' Ukup Tradition in Maluku." 15(3): 438–42.
- Asrina, Andi, Fairus Prihatin Idris, and Muhammad Ikhtiar. 2023. *Partisipasi Masyarakat Dalam Pencegahan HIV/AIDS*. Nas Media Pustaka.
- Bukan Mendiskriminasi, Begini Sikap Islam Terhadap Penderita HIV/AIDS, Sumber: <https://nu.or.id/syariah/bukan-mendiskriminasi-begini-sikap-islam-terhadap-penderita-hiv-aids-We6kH>, ____, and aplikasi keislaman terlengkap! <https://nu.or.id/superapp> (Android/iOS) Download NU Online Super App. "Bukan Mendiskriminasi, Begini Sikap Islam Terhadap Penderita HIV/AIDS Sumber: <https://Nu.or.Id/Syariah/Bukan-Mendiskriminasi-Begini-Sikap-Islam-Terhadap-Penderita-Hiv-Aids-We6kH> /Nu.or.Id/Superapp (Android/IOS)." 29 *austus*: 2022.
- Coordinating, Programme, and Board Issue. 2025. "Priority and Key Populations Especially Transgender People, and the Path to 2025 Targets: Reducing Health Inequities through Tailored and Systemic Responses Agenda Item 3." (June 2023).
- Dessie, Zelalem G, and Temesgen Zewotir. 2024. "HIV-Related Stigma and Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Frontiers in public health* 12: 1356430.
- Deviantony, Fitrio et al. 2025. "Journal of Nursing Science Update." 13(1).

- Dewi, Nur, Rafidah, and Erni Yulastuti. 2022. "Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Wanita Usia Subur (WUS)." *Jurnal Inovasi Penelitian* 3(1): 4583–90.
- "DOI: [Http://Dx.Doi.Org/10.33846/Sf13330](http://dx.doi.org/10.33846/Sf13330) Upaya Mencegah Wabah." 2022. 13(3): 724–30.
- Fernandes, GeraldoWilson et al. 2022. 51 New Phytologist https://doi.org/10.20935/AL189%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://
- Gobel, Fatmah Afrianty, and Andi Asrina. 2020. "PENGARUH EDUKASI PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN HIV / AIDS TERHADAP PENGETAHUAN SISWA SMU NEGERI 1." 1(2): 36–42.
- Hanifah, Laily, Fridya Syavina Putri, Febilla Dwinanda Riyanti, and Puteri Salwa. 2024. "Meningkatkan Pengetahuan Mahasiswa Mengenai Pencegahan Dan Deteksi Dini HIV Melalui Penyuluhan Kesehatan." *Jurnal Masyarakat Mandiri* 8(5): 1–10. <https://journal.ummat.ac.id/index.php/jmm/article/view/25757>.
- Iis Suryani, Titin Rohayati, Rika Rahayuningsih, dan Nurul Latifah. 2024. "Jurnal Penelitian Perawat Profesional." 6: 1919–26.
- Iriana, andi surahman, andi asrina. 2025. "Clinic Patients of Health Center and Hospital." 5(02): 133–38.
- Jatmika, Linda et al. 2022. "BURUH DI PELABUHAN YOS SUDARSO TUAL Peminatan Epidemiologi , Fakultas Kesehatan Masyarakat , Universitas Muslim Indonesia." 3(3): 563–73.
- Komnas HAM. 2024. "Omnas HAM. (2024). Pemenuhan Hak Asasi Manusia Bagi Orang Dengan HIV Dan Populasi Kunci. Komisi Nasional

Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.
<https://www.komnasham.go.id/index.php/berita/2024/12/20/2589/pemenuhan-hak-asasi-manusia-bagi-orang-dengan-hiv-d>.”

Leichsenring, Falk et al. 2024. “Borderline Personality Disorder: A Comprehensive Review of Diagnosis and Clinical Presentation, Etiology, Treatment, and Current Controversies.” *World Psychiatry* 23(1): 4–25.

Makmur, Andi Suswani, Safruddin, Aszrul AB, and Asnidar. 2022. “Stigma Dan Diskriminasi Mahasiswa Profesi Ners Terhadap Penderita HIV Dan AIDS Di Kabupaten Bulukumba.” *Jurnal Kesehatan Panrita Husada* 7(1): 105–18.

Masnarivan, Yeffi, Fatimah Khairiyah, Diva Maharani, and Humaira Fajra Yelna. “ANALYSIS OF CONDOM USE BEHAVIOR , NUMBER OF PARTNERS , AND INJECTING DRUGS WITH THE INCIDENCE OF HIV / AIDS IN INDONESIA: A SYSTEMATIC REVIEW AND META ANALYSIS.”

Mukminin, Muhammad Amirul, Nurfika Asmaningrum, and Dicky Endrian Kurniawan. 2023. “Stigmatization and Discrimination in Patients with HIV/AIDS: A Systematic Literature Review.” *Journal of Holistic Nursing Science* 10(1): 40–47.

Ni Wayan septarini, Dkk. 2023. “https://www.researchgate.net/publication/368788370_Prevalence_of_Stigma_and_Discrimination_Amongst_Men_Who_have_Sex_with_Men_MSM_and_Transgender_Women_Waria_in_Bali_Indonesia.” *february*: 1–23.

Ninef, Irene Violin, Lamria Situmeang, and Aurelio Da Costa. 2023. “Stigma Dan Diskriminasi Sosial Terhadap Pengidap HIV-AIDS: Peran Masyarakat Di Wilayah Timur Indonesia Stigma and Social Discrimination Against People with HIV-AIDS: The Role of

Communities in Eastern Indonesia.” *Health Information: Jurnal Penelitian* 15(2): 2085–0840.

Olf, Miranda et al. 2025. “The Impact of Trauma and How to Intervene: A Narrative Review of Psychotraumatology over the Past 15 Years.” *European Journal of Psychotraumatology* 16(1): 1–37. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>.

On, Notes, T H E Management, and O F Spoiled Identity. “No Title.”

Porfyri, Georgia Nektaria et al. 2022. “Mental Health-Related Stigma Discrimination and Prejudices among Greek Healthcare Professionals.” *Frontiers in Psychiatry* 13(November): 1–13.

Rahma, Gusni, Febry Handiny, and H I V Human Immunodeficiency. 2023. “Determinan Kejadian HIV AIDS Pada Populasi Kunci Di Indonesia : Systematic Review Systematic Review.” 8(1): 158–65.

Ren, Yila, Sheng Wang, Xiangqi Fu, and Xiuxiu Shi. 2025. “A Systematic Review and Meta-Analysis of Implicit Stigma Toward People with Mental Illness Among Different Groups: Measurement, Extent, and Correlates.” *Psychology Research and Behavior Management* 18(April): 851–75.

Rizki, Silvia, Lina Favourita Sutiaputri, and Wawan Heryana. 2020. “Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan Human Immunodeficiency Virus Dan Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hiv Dan Aids) Di Kota Bandung.” *Jurnal Ilmiah Rehabilitasi Sosial (Rehsos)* 2(1).

Rizsa Aulia Anindhita, Ahmad Ikhlusal Amal, and Erna Melastuti. 2025. “Hubungan Antara Health Literacy Dengan Kepatuhan Mengonsumsi Obat Antiretroviral Pada Orang Dengan HIV (ODHIV).” *Protein : Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 3(2): 63–71.

Rosilfa, Siti, Marisa Anazma, Indah Laily Hilmi, and Hadi Sudarjat. “Literatur Review : Pengaruh Edukasi Terhadap Pencegahan HIV / AIDS

Immunodeficiency Virus) Dan AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) Terus Menjadi.” 15: 12–31.

Sholat, Adhe Junaedi. 2025. *1.214 Kasus HIV/AIDS Di Sulsel Sepanjang 2025, Seks Sesama Pria 572 Orang Baca Artikel Detiksulsel, “1.214 Kasus HIV/AIDS Di Sulsel Sepanjang 2025, Seks Sesama Pria 572 Orang” Selengkapnya <https://www.detik.com/sulsel/berita/d-8118365/1-214-kasus-hiv-aids>*.

Suswani, Andi et al. 2023. “Stigma and Discrimination of People with HIV/AIDS by Health Officers in Bulukumba Regency.” *Global Medical & Health Communication (GMHC)* 11(1): 22–28.

Tanjung, Tiara Nanda Puspita et al. 2022. “Pencegahan Penularan HIV/AIDS Dengan Metode ‘ABCDE’ DI SMK Gelora Jaya Nusantara Medan Tahun 2022.” *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat* 1(1): 63–68.

U.S. Department of Health, and Human Services. 2021. “STI Federal Implementation Plan 2021–2025.”

UNAIDS. 2024. “2024 Global AIDS Report The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads.” : 4–274. <http://www.wipo.int/>.

World Health Organization. 2023. “Location Type by Indicator Global Global Sex.” (per 1000): 2023.

Yardi, Samruddhi. 2025. “Sexually Transmitted Diseases Statistics 2025 By STIs, Control, Prevention.” 13 *januari*. <https://media.market.us/sexually-transmitted-diseases-statistics/>.

**L
A
M
P
I
R
A
N**

LAMPIRAN

Lampiran 1 : SK Pembimbing



YAYASAN WAKAF UMI
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 KAMPUS II UMI, Jln. Urip Sumoharjo KM 5 Makassar Info - www.fkmumi.ac.id

SURAT KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UMI
 Nomor : 1867/H.23/FKM-UMI/X/2025

Tentang
PENGANGKATAN PEMBIMBING TUGAS AKHIR (SKRIPSI)
 Atas Rahmat Allah SWT
 Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia

Menimbang : 1. Bahwa untuk menjamin kelancaran dan terarahnya penulisan proposal dan Skripsi serta pelaksanaan penelitian mahasiswa maka dipandang perlu untuk menetapkan tim pembimbing Skripsi bagi mahasiswa S1 Kesehatan Masyarakat FKM UMI yang akan menyelesaikan studinya
 2. Tim pembimbing ini membantu dan membimbing mahasiswa dalam penulisan proposal, Skripsi, dan pelaksanaan penelitian / praktek sampai mahasiswa tersebut menyelesaikan studinya.

Mengingat : 1. UU Nomor 20 thn 2003 tentang sistem pendidikan Nasional
 2. Keputusan Menteri Pendidikan RI. Nomor 23/U/2000
 3. PP No. 4 tahun 2014 Tentang penyelenggaraan pendidikan tinggi
 4. Peraturan Universitas Muslim Indonesia Nomor 01 tahun 2014

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
Pertama : Mengangkat Tim Pembimbing Skripsi bagi saudara (i)
SALSA DILLA (NIM: 14120220034)
 Peminatan : PROMOSI KESEHATAN
 Dengan susunan Tim sebagai berikut :

1. Prof. Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes 2. Harpiana Rahman, SKM., MPH	Pembimbing I Pembimbing II
--	-------------------------------

Kedua : Kepada Tim Pembimbing diberikan honorarium sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam lingkungan Universitas Muslim Indonesia

Ketiga : Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau serta diperbaiki sebagaimana mestinya apabila terdapat kekeliruan di dalamnya

Keempat : Keputusan ini disampaikan kepada yang bersangkutan untuk diketahui dan dilaksanakan dengan penuh amanah dan rasa tanggungjawab.

Ditetapkan di : Makassar
 Pada Tanggal : 01 Jumadil Awwal 1447 H.
 23 Oktober 2025 M.
 Dekan

Prof. Dr. Suharni, S.Pd., M.Kes.

Tembusan :
 1. Ketua YW-UMI
 2. Rektor UMI
 3. Arsip

www.fkmumi.ac.id
KESEHATAN MASYARAKAT-ILMU KEPERAWATAN-KEBIDANAN-NERS
 "Terwujudnya Fakultas Kesehatan Masyarakat yang Unggul untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang Islami dan kompeten dalam melayani masyarakat dengan akses pelayanan kesehatan terbatas pada tahun 2030"



 fkmumiofficial
 Fakultas Kesehatan Masyarakat UMI
 fkmumiofficial
 fkmumiofficial

Lampiran 2 : Matriks Hasil Wawancara

MATRIKS WAWANCARA PENELITIAN PENGALAMAN STIGMA, DISKRIMINASI, DAN TRAUMA PADA KOMUNITAS BERISIKO INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)/HIV/AIDS DI KABUPATEN BULUKUMBA

No.	Masalah	Informan	Informasi Emik	Informasi Etik	Interpretasi (Pemaknaan Peneliti)	Kesimpulan
1.	Stigma	Informan SY	<i>"karena kan orang-orang itu stigmanya kalau kita kena HIV itu kayak buruk sekali"</i>	Stigma terhadap komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba muncul dalam bentuk pelabelan negatif, ketakutan penularan, serta penilaian moral berbasis sosial dan agama. Temuan ini sejalan dengan teori stigma dari Goffman yang menyatakan bahwa stigma merupakan atribut yang mendiskreditkan individu sehingga menurunkan status	Peneliti memaknai bahwa stigma di Kabupaten Bulukumba masih bersifat sistemik dan berakar pada konstruksi sosial yang mengaitkan HIV dengan moralitas. Stigma tidak hanya membentuk cara Masyarakat memandang ODHA, tetapi juga memengaruhi cara individu memandang dirinya sendiri.	Stigma terhadap komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di Kabupaten Bulukumba masih kuat dan dipengaruhi oleh miskonsepsi, ketakutan penularan, serta penilaian moral negatif. Stigma muncul tidak hanya dari masyarakat, tetapi juga dalam keluarga dan sebagian layanan
		Informan SY 16	<i>"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"</i>			

		Informan MF	<i>"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"</i>	sosialnya di mata Masyarakat. Stigma yang ditemukan dalam penelitian ini mencakup stigma sosial (Masyarakat), stigma keluarga, stigma layanan kesehatan, serta stigma internal (internalized stigma). Rendahnya literasi HIV dan miskonsepsi tentang cara penularan memperkuat konstruksi sosial bahwa HIV adalah aib atau konsekuensi perilaku menyimpang. Kondisi ini mendorong perilaku concealment (menyembunyikan status) sebagai mekanisme perlindungan diri.	Proses internalisasi stigma menjadi factor utama yang memperkuat isolasi sosial dan menghambat keterbukaan status kesehatan.	kesehatan, bahkan berkembang menjadi stigma internal pada individu. Kondisi ini mendorong perilaku menyembunyikan status kesehatan dan membatasi interaksi sosial.
		Informan NR	<i>"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"</i>			
		Informan WR	<i>"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"</i>			

		Informan Kunci PKDS	<i>"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."</i>			
2.	Diskriminasi	Informan MF	<i>"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</i>	Diskriminasi yang dialami informan muncul dalam bentuk pengucilan sosial, pembatasan interaksi, pelanggaran kerahasiaan medis, serta praktik Layanan kesehatan yang belum sepenuhnya sensitive terhadap prinsip hak pasien. Berdasarkan teori diskriminasi sosial, diskriminasi merupakan manifestasi konkret dari stigma dalam bentuk	Peneliti memaknai bahwa diskriminasi merupakan bentuk lanjutan dari stigma yang telah terinternalisasi dalam struktur sosial dan Layanan kesehatan. Diskriminasi tidak hanya terjadi secara terbuka, tetapi juga dalam bentuk ketakutan dan ekspektasi negative yang membuat	Diskriminasi dialami dalam bentuk pengucilan sosial, pembatasan interaksi, hingga pelanggaran kerahasiaan medis di fasilitas kesehatan. Diskriminasi tidak selalu bersifat terbuka, tetapi juga muncul secara implisit melalui ketakutan dan

			<i>Ipar, dia kasi masuk keluarga ipar dan kalau sudah jadinya segala macam sempit tiba-tiba menghindar, menjauh</i>	Tindakan atau perlakuan yang merugikan individu. Temuan ini menunjukkan adanya diskriminasi interpersonal (pengucilan keluarga dan sosial), diskriminasi structural (pelanggaran prosedur layanan), serta diskriminasi implisit (ketakutan akan penilaian sosial). Diskriminasi tersebut berdampak langsung pada keterlambatan akses layanan, ketidakpatuhan pengobatan, serta penarikan diri dari lingkungan sosial.	individu membatasi dirinya sendiri. Situasi ini memperlihatkan bahwa penanganan HIV tidak cukup hanya pada aspek medis, tetapi juga membutuhkan transformasi sosial dan kelembagaan.	ekspektasi negatif dari lingkungan sosial. Dampaknya, individu cenderung menarik diri dan enggan mengakses layanan kesehatan secara optimal.
		Informan MF	<i>"Mereka menarik diri, menjauhi saya segala macam lost contact"</i>			
		Informan NR	<i>"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"</i>			
		Informan Kunci KPAD	<i>"angkat saja telfonku baru datangka tidak semudah itu... saya harus ada partner di luar."</i>			
3.	Trauma	Informan SY	<i>"Malam munculnya, siang tetap beraktifitas"</i>	Trauma psikologis dalam penelitian ini muncul sebagai respon emosional terhadap	Peneliti memaknai bahwa trauma pada komunitas berisiko IMS/HIV/AIDS di	Trauma psikologis muncul sebagai dampak lanjutan dari pengalaman

		Informan SY	<i>"iya, dulu dulu saya sering merasa begitu tapi alhamdulillah akhir – akhir ini sudah tidak lagi."</i>	pengalaman stigma dan diskriminasi yang berulang. Berdasarkan teori stress dan coping dari Lazarus & Folkman, tekanan sosial yang berlangsung terus – menerus dapat memicu stress kronis, gangguan kecemasan, serta manifestasi psikosomatis. Informan menunjukkan gejala shock, denial, insomnia, kecemasan malam hari, tangisan berulang, hingga keluhan fisik seperti keringat dingin. Pada informan WR, observasi peneliti selama wawancara menunjukkan ekspresi emosional yang intens berupa tangisan, suara bergetar, dan jeda Panjang saat menceritakan pengalaman. Hal ini memperkuat data	Bulukumba merupakan akumulasi dari pengalaman stigma dan diskriminasi yang terjadi secara berulang. Trauma tidak hanya muncul dalam bentuk gangguan emosional, tetapi juga dalam respon fisiologis dan pikiran berulang yang mengindikasikan tekanan batin. Dukungan pasangan, komunitas sebaya, dan pendamping terbukti menjadi factor protektif yang membantu proses penerimaan dan resiliensi individu.	stigma dan diskriminasi yang berulang. Informan menunjukkan respon emosional seperti shock, stres berkepanjangan, kecemasan, gangguan tidur, hingga gejala psikosomatis. Meskipun demikian, dukungan pasangan, komunitas sebaya, dan tenaga kesehatan berperan sebagai faktor protektif dalam proses penerimaan dan pemulihan psikologis.
		Informan MF	<i>"Awalnya pasti shock, denial segala macam tapi konsekuensinya punya pasangan seperti ini."</i>			
		Informan MF	<i>"Nah sebenarnya saya stress, tapi saya nda tau stress itu kenapa jadi akhir – akhir ini saya tidak bisa tidur cepat sudah berminggu – minggu"</i>			
		Informan NR	<i>"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"</i>			

			<i>sudah. Anakku butuh uang karena dia di SMK 3 disitulah stress betulan ku tapi dokter yang selalu kasi anu aku bilang ibu jangan terlalu banyak pikir, semangat ibu, selalu kupikir kemarin.”</i>	verbal bahwa trauma yang dialami bersifat mendalam dan belum sepenuhnya terselesaikan secara psikologis. Temuan ini menunjukkan bahwa trauma tidak hanya bersifat individual, tetapi diperkuat oleh tekanan sosial dan beban tanggung jawab keluarga.		
		Informan WR	<i>“ 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</i>			
		Informan WR	<i>“iye keringat dingin. Kalau misalnya, kan biasa ja juga kayak menyapu apa begitu saya rasa to berlibahan kurasa keringat ku ini”</i>			

Lampiran 3 : Pedoman Wawancara

A. Informan Biasa (Pengidap/Komunitas Beresiko IMS)

Karakteristik informan biasa

Kode Informan :

Jenis Kelamin :

Umur :

Alamat :

Pendidikan Terakhir :

Status Pekerjaan :

NO.	PERTANYAAN	KODE
1.	Identifikasi informasi tentang stigma sosial yang dialami saat terinfeksi IMS - Kapan pertama kali mengetahui bahwa anda terinfeksi HIV? - Gali informasi mengenai perasaan informan saat pertama kali di diagnosis HIV ? (Probing : dimana pertama melakukan <i>screening</i>? Saat mengetahui status anda apa yang dirasakan pertama kali, dst) - Gali informasi terkait dengan stigma yang dirasakan ? (Probing : bagaimanarespon keluarga, teman, dan lingkungan sekitar setelah mereka mengetahui kondisi anda ? adakah di antara mereka yang menjauhi Anda? Jika iya, siapa dan bagaimana Anda merasakannya?) Dst...	
2.	Identifikasi informasi tentang diskriminasi yang dialami saat terinfeksi IMS - Gali informasi tentang bentuk diskriminasi yang dialami (Probing : dalam kehidupan sehari – hari, dalam mengakses layanan kesehatan mengalami kesulitan, sikap tenaga medis) - Bagaimana manajemen diri dari diskriminasi yang dirasakan	

	Dst...	
3.	Identifikasi informasi tentang trauma yang dialami a. Bagaimana peristiwa – peristiwa tersebut memengaruhi kondisi emosional atau Kesehatan mental anda ? (Emosi apa yang anda rasakan, setelah kejadian itu adakah gangguan tidur yang dirasakan, apakah ada kebiasaan baru yang muncul setelah mengetahui status anda) b. Apa penyebab trauma itu muncul ? c. Bagaimana respon terhadap trauma yang dialami (sampai sekarang, apakah luka emosional itu masih terasa? Mencari bantuan mengelola perasaan/emosi) Dst...	

B. Informan Kunci (KPAD, Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba)

Karakteristik informan kunci

Kode Informan :

Jenis Kelamin :

Umur :

Alamat :

Pendidikan Terakhir :

Status Pekerjaan :

No.	Item – Item Pertanyaan	Kode
1.	Identifikasi informasi terkait stigma social dan budaya Masyarakat pada pengidap HIV a. Bagaimana pandangan Masyarakat terhadap kelompok yang beresiko HIV atau berisiko terkena IMS di wilayah ini ?(LSL, dll) b. Mengapa masyarakat di Bulukumba masih kental dengan stigma pada pengidap HIV?	

	c. Bagaimana bentuk kegiatan yang dilakukan KPAD/Dinas Kesehatan dalam upaya menghilangkan stigma pada pengidap HIV	
2.	Identifikasi informasi terkait diskriminasi pada pengidap HIV - Menurut anda, apakah ada bentuk diskriminasi structural yang dialami oleh komunitas ini ? Probing (bentuk diskriminasi seperti apa, diskriminasi di tempat kerja/layanan Kesehatan, bagaimana sikap tenaga medis - Bagaimana bentuk kegiatan yang dilakukan KPAD/Dinas Kesehatan dalam upaya menghilangkan diskriminasi pada pengidap HIV	
3.	Identifikasi informasi terkait trauma yang dialami pengidap HIV - Apa saja bentuk trauma yang dirasakan pengidap HIV - Bagaimana KPAD/Dinas Kesehatan memberikan dukungan dan konsultasi pada pengidap HIV untuk mengatasi trauma yang dialami Dst...	

C. Informan Pendukung (PKDS, Programmer)

Karakteristik informan pendukung

Kode Informan :

Jenis Kelamin :

Umur :

Alamat :

Pendidikan Terakhir :

Status Pekerjaan :

No.	Item – Item Pertanyaan	Kode
1.	Identifikasi informasi terkait stigma social dan budaya Masyarakat pada pengidap HIV - Bagaimana pandangan Masyarakat terhadap kelompok yang beresiko HIV atau berisiko terkena IMS di wilayah ini ?(LSL, dll) - Mengapa masyarakat di Bulukumba masih kental dengan stigma pada pengidap HIV?	

	c. Bagaimana bentuk pendekatan yang dilakukan dalam upaya menghilangkan stigma pada pengidap HIV	
2.	Identifikasi informasi terkait diskriminasi pada pengidap HIV a. Menurut anda, apakah ada bentuk diskriminasi structural yang dialami oleh komunitas ini ? Probing (bentuk diskriminasi seperti apa, diskriminasi di tempat kerja/layanan Kesehatan, bagaimana sikap tenaga medis b. Bagaimana bentuk pendekatan yang dalam upaya menghilangkan diskriminasi pada pengidap HIV	
3.	Identifikasi informasi terkait trauma yang dialami pengidap HIV a. Apa saja bentuk trauma yang dirasakan pengidap HIV b. Bagaimana anda memberikan dukungan dan konsultasi pada pengidap HIV untuk mengatasi trauma yang dialami Dst...	

Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU**

Jl. Ahmad Yani, Kelurahan Caile No. Hp. 082348675757, Kode Pos 92512

**SURAT IZIN PENELITIAN
NOMOR : 315/DPMTSP/IP/VI/2025**

Berdasarkan Surat Rekomendasi Teknis dari BAKESBANGPOL dengan Nomor: 074/0316/Bakesbangpol/VI/2025 tanggal 3 Juni 2025, Perihal Rekomendasi Izin Penelitian maka yang tersebut dibawah ini :

Nama Lengkap	: Prof. Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes
Nomor Pokok	: 0003087306
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat
Jenjang	: S3
Institusi	: Universitas Muslim Indonesia
Tempat/Tanggal Lahir	: Bulukumba / 1973-08-03
Alamat	: BTP. Jalan kesejahteraan Timur 1 Blok B No. 53, Makassar
Jenis Penelitian	: Hibah Kemendikisaintek
Judul Penelitian	: Model Coping Strategies Inovatif EmpowerMe Berbasis Komunitas dengan dukungan Platform Digital untuk transformasi kualitas hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV)
Lokasi Penelitian	: Bulukumba
Pendamping/Pembimbing	: -
Instansi Penelitian	: Dinas Kesehatan dan KPAD
Lama Penelitian	: tanggal 1 Juni 2025 s/d 30 Desember 2024

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, pada prinsipnya kami mengizinkan yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan tersebut dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mematuhi semua Peraturan Perundang - Undangan yang berlaku dan mengindahkan adat - istiadat yang berlaku pada masyarakat setempat;
2. Tidak mengganggu keamanan/ketertiban masyarakat setempat
3. Melaporkan hasil pelaksanaan penelitian/pengambilan data serta menyerahkan 1(satu) eksamplar hasilnya kepada Bupati Bulukumba Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab.Bulukumba;
4. Surat izin ini akan dicabut atau dianggap tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut di atas, atau sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan kegiatan penelitian/pengumpulan data dimaksud belum selesai.

Dikeluarkan di : Bulukumba
Pada Tanggal : 03 Juni 2025



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

Lampiran 5 : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian



KOMISI PENANGGULANGAN AIDS KABUPATEN BULUKUMBA
SEKRETARIAT KANTOR DINAS KESEHATAN KAB.BULUKUMBA
JLN. KEDONDONG POROS BTN I KAB BULUKUMBA
TELEPON 082132750688
EMAIL : kpabulukumba2017@gmail.com



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN

KPA-BK/006/1/2026

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Kab. Bulukumba

Nama : Prof. Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes dan Tim

NIDN : 0003087306

Status : Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, UMI

Nama tersebut diatas adalah benar-benar telah melaksanakan kegiatan penelitian dalam rangka penyusunan tesis yang berjudul "Coping Strategies Inovatif EmpowerMe Berbasis Komunitas dengan dukungan Platform Digital untuk transformasi kualitas hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) mulai " tanggal 01 Juni - 30 Desember 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Bulukumba, 20 Januari 2026

Kepala Sekretariat komisi penanggulangan AIDS



Harni Ekayanti Ishak,SKM

Lampiran 6 : Keterangan Bebas Plagiasi

 **FKM** FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA

KAMPUS II UMI . JL. Urip Sumoharjo KM 5 Makassar Info – www.fkmumi.ac.id

☐

SURAT KETERANGAN LULUS PLAGIASI
Nomor : 1203/PL.00/FKM/UMI/RB/2025

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Unit Ruang Baca Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Salsa Dilla

NIM : 141 2022 0034

Judul : PENGALAMAN STIGMA, DISKRIMINASI, DAN TRAUMA PADA KOMUNITAS BERISIKO INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)/HIV/AIDS DI KABUPATEN BULUKUMBA

Program Studi / Peminatan : Kesehatan Masyarakat / PROMOSI KESEHATAN

Status : Lulus (18%)

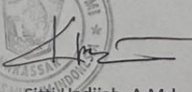
Laporan Hasil Plagiasi : Terlampir

Adalah benar-benar sudah lulus pengecekan plagiasi dari Naskah publikasi Tugas Akhir dengan menggunakan aplikasi Turnitin.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 03 Maret, 2026

Operator Turnitin FKM UMI

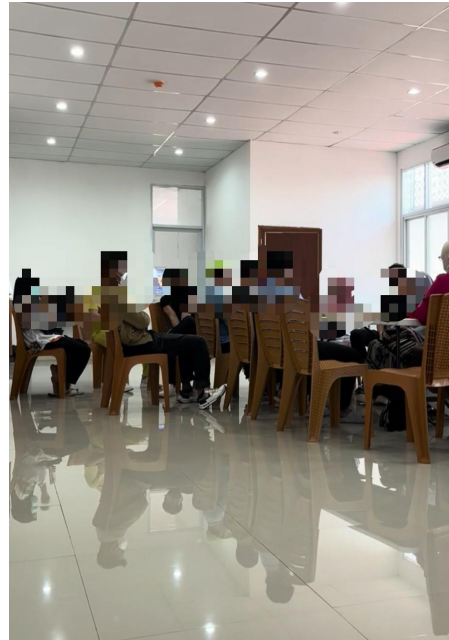

Siti Hadijah, A.Md

 Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 7 : Dokumentasi



Wawancara tertutup dengan Informan



Sesi Focus Group Discussion



Wawancara dengan Informan



Wawancara dengan Informan

Lampiran 8 : Riwayat Hidup Penulis

RIWAYAT HIDUP



Salsa Dilla, lahir di Arajang pada tanggal 07 Oktober 2003. Putri Sulung dari pasangan Bapak “**Nurdin Alwi**” dan Ibu “**Hafsah, S.Pd**”. Penulis memulai jenjang Pendidikan pertama di TK PGRI Arajang dan lulus pada tahun 2010, kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan Sekolah Dasar (SD) di SDN 211 Bulete di

Tahun 2010 dan selesai pada tahun 2016, di tahun yang sama, melanjutkan ke jenjang Pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMPN 1 Pitumpanua dan selesai di tahun 2019. Kemudian pada tahun 2019 penulis melanjutkan jenjang Pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) di Madrasah Aliyah As’Adiyah Pusat Sengkang memilih jurusan IPA dan selesai di tahun 2022. Pada tahun yang sama, penulis melanjutkan Pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan terdaftar pada salah satu perguruan tinggi swasta terbaik di Sulawesi selatan. Penulis memilih Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia.

Dengan penuh rasa syukur, penulis mempersembahkan skripsi ini sebagai wujud rasa terima kasih atas limpahan rahmat dan hidayah dari Allah SWT. Perjalanan panjang dalam menuntut ilmu di Universitas Muslim Indonesia ini tidak akan terwujud tanpa iringan doa dan dukungan yang tidak hentinya dari kedua orang tua tercinta serta seluruh keluarga.