

**MODEL *SELF STIGMA* BERBASIS APLIKASI “*BESTIE ODHA*”
TERKAIT HIV PADA SUKU BUGIS MAKASSAR**

*Self Stigma Model Based on the “Bestie ODHA” Application
Related to HIV in the Bugis Makassar Tribe*

SRI HANDAYANI

K013191020



PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2023

**MODEL *SELF STIGMA* BERBASIS APLIKASI “*BESTIE ODHA*”
TERKAIT HIV PADA SUKU BUGIS MAKASSAR**

***Self Stigma Model Based on the “Bestie ODHA” Application
Related to HIV in the Bugis Makassar Tribe***

Disertasi

Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor (Dr)

**Program Studi
Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh

**SRI HANDAYANI
NIM: K013191020**

Kepada

PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2023

DISERTASI

**MODEL SELF STIGMA BERBASIS BESTIE ODHA TERKAIT HIV
PADA SUKU BUGIS MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

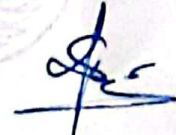
SRI HANDAYANI
Nomor Pokok K013191020

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 15 Agustus 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,


Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH
Promotor


Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel., M.Kes
Ko-Promotor


Dr. Suriah, SKM., M.Kes
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,


Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes, M.Sc.PH., Ph.D

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes, M.Mod.Ed

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : SRI HANDAYANI

NIM : K013191020

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis berjudul Model *Self Stigma* Berbasis Aplikasi "Bestie ODHA" Terkait HIV Pada Suku Bugis Makassar adalah hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2023

Yang menyatakan,



Sri Handayani

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur yang sebesar-besarnya penulis ucapkan kehadirat Allah SWT. Karena berkat rahmat dan karuniaNya, penulis dapat menyelesaikan disertasi yang berjudul “Model *Self Stigma* Berbasis Aplikasi “Bestie ODHA” Terkait HIV Pada Suku Bugis Makassar”.

Penulis menyadari bahwa dalam proses mengikuti pendidikan banyak pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan baik secara moril, materil maupun doa untuk kesuksesan penulisan disertasi ini. Secara khusus, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH selaku Promotor, Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel.,M.Kes, dan Ibu Dr. Suriah, SKM,.M.Kes, sebagai Ko-Promotor yang selalu meluangkan waktunya, memberikan arahan, bimbingan, perhatian, motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi ini.

Terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis ucapkan kepada penguji eksternal Prof. Dr. dr. Chatarina Umbul Wahyuni, MS, MPH, dan penguji internal Prof. Dr. Ridwan A, SKM.,M.Kes, M.Sc.PH, Prof. Dr. AB Takko, M.Hum dan Prof. Dr. Intan Sari Areni, ST., MT yang selalu meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan saran dalam penyusunan disertasi ini. Penghargaan dan ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Prof Sukri Palutturi, SKM,M.Kes.M.Sc.Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes.,M.Med.Ed. selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin beserta segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan Program S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Pada kesempatan ini ucapan terima kasih dengan penuh rasa hormat dan penuh rasa cinta yang mendalam kepada kedua Orang Tua H. Abd. Basir, S.Pd.I dan Hj. Sitti Rahmah, S.Pd.I. Kepada Mertua Sibon dan Alm. Le'leng yang selalu mendoakan di setiap sujudnya sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan program Doktor. Terima kasih kepada Suami

Rafasyah R yang selalu menjadi penyemangat dan inspirasi. Kepada Adik-Adik tercinta Muhammad, A.Md.Kep, drg. Fathimah, S.KG dan Ns. Nirmasari, S.Kep.,M.Kep yang selalu setia mendukung dan memberikan motivasi.

Kepada Ketua Yayasan Pendidikan Tamalatea, H. Rahmat Haris, SE, Ketua STIK Tamalatea Makassar Dr. Rahmawati, SKM.,M.Si beserta jajarannya yang telah memberikan ijin belajar dan memberikan dukungan moril dan materil. Seluruh rekan-rekan Dosen, Tenaga Kependidikan dan Mahasiswa STIK Tamalatea Makassar yang tak dapat penulis sebut satu persatu terima kasih atas motivasi, bantuan, pengertian dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan studi. Kepada Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) Makassar, tim pendamping ODHA yang bersedia menjadi enumerator, kepada ODHA, keluarga dan masyarakat. Terima kasih sedalam-dalamnya atas fasilitas dan kesediaannya untuk membantu penelitian ini.

Kepada seluruh keluarga dan sahabat-sahabatku Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Angkatan 2019 yang telah banyak membantu selama proses studi sampai penyusunan disertasi. Teman rasa saudara di group *Next Trip*, *Genk Produktif*, dan *Bestie-bestie* yang tidak dapat disebutkan satu persatu sekali lagi terima kasih banyak atas semua doa dan dukungannya, sehingga penulis termotivasi dalam menyelesaikan studi.

Pada akhirnya penulis menyampaikan permohonan maaf bila dalam penulisan disertasi ini masih banyak terdapat kesalahan maupun kekeliruan. Semoga disertasi ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua. Upaya serta usaha telah penulis berikan, namun penulis sadar bahwa masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan disertasi ini.

Penulis



Sri Handayani

ABSTRACT

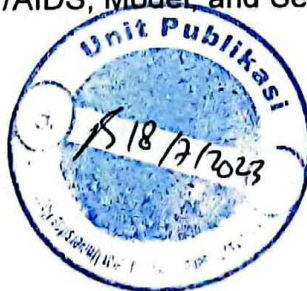
SRI HANDAYANI. *Self Stigma Model Based on the “Bestie ODHA” Application Related to HIV in the Bugis Makassar Tribe. (Supervised by **Alimin Maidin, Agus Bintara Birawida, and Suriah**)*

HIV/AIDS is a global health problem and a challenge to achieving the 2030 SDGs. Various efforts have been made, but the problem of stigma is still an important issue, especially for PLWHA (people with HIV/AIDS). This study aims to determine the effectiveness of an application-based model in reducing HIV-related self-stigma in the Bugis Makassar tribe.

This research was conducted using a mixed-methods explanatory sequential design approach using four stages of research. A cross-sectional study approach was used in Phase I's quantitative investigation to construct a model, which was then analyzed by SEM utilizing the AMOS application on 125 PLHIV. The objective of Phase II's qualitative study, which takes a phenomenological approach, is to develop content for the creation of application media. A prototype application system is designed in phase III, and phase IV involves testing the application medium and validating the system while working with a team of experts.

Results from the first phase of the study revealed that fear of HIV infection, self-esteem, and social support had direct and indirect relationships with self-stigmatism through fear of disclosure. However, Bugis Makassar culture did not directly affect self-stigmatism but had an indirect influence through fear of disclosure. In the second phase, the study focused on developing content for the "Bestie ODHA" application. Then, third phase involved creating psychoeducational content, reminders, testimonials, and chat forums. Subsequently, fourth phase confirmed the validity of the "Bestie ODHA" application system. Finally, "Bestie ODHA" application model effectively reduces HIV-related self-stigma in the Bugis Makassar tribe. It is recommended to related agencies to support the use of the "Bestie ODHA" application model in efforts to prevent HIV/AIDS.

Keywords: Application, HIV/AIDS, Model, and Self Stigma.



ABSTRAK

SRI HANDAYANI. Model *Self Stigma* Berbasis Aplikasi “Bestie ODHA” Terkait HIV pada Suku Bugis Makassar. (Dibimbing oleh **Alimin Maidin, Agus Bintara Birawida dan Suriah**).

HIV/AIDS masih menjadi salah satu masalah kesehatan global dan menjadi tantangan dalam pencapaian SDGs 2030. Berbagai upaya telah dilakukan namun permasalahan stigma masih menjadi isu penting khususnya *self stigma* pada ODHA. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui konstruk model berbasis aplikasi dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada Suku Bugis Makassar.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *mixed method explanatory sequential design* menggunakan empat tahapan penelitian. Tahap I adalah penelitian kuantitatif untuk mengembangkan model dengan menggunakan desain *cross sectional study* pada 125 ODHA dan dianalisis SEM. Tahap II adalah penelitian kualitatif dengan perspektif fenomenologi yang bertujuan untuk membangun konten dalam penyusunan media aplikasi. Tahap ke III adalah membuat rancangan *prototype* sistem aplikasi dan tahap ke IV adalah uji coba media aplikasi.

Hasil penelitian tahap I menunjukkan variabel ketakutan infeksi HIV, harga diri dan dukungan sosial memiliki hubungan langsung dan tidak langsung terhadap *self stigma*. Namun budaya Bugis Makassar tidak memiliki hubungan secara langsung, tetapi memiliki hubungan tidak langsung terhadap *self stigma* melalui kekhawatiran pengungkapan. Hasil penelitian tahap II yaitu terbangun konten dalam aplikasi “Bestie ODHA”. Hasil penelitian tahap ke III yaitu dibuat konten berisi psikoedukasi, *reminder*, testimoni, dan forum chat. Hasil penelitian tahap ke IV menunjukkan bahwa sistem aplikasi “Bestie ODHA” terbukti valid. Disimpulkan bahwa model aplikasi “Bestie ODHA” merupakan model fit dan mampu mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar. Direkomendasikan kepada instansi terkait agar mendukung penggunaan model aplikasi “Bestie ODHA” dalam upaya pencegahan HIV/AIDS.

Kata Kunci: Aplikasi, HIV/AIDS, Model dan *Self stigma*.



DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Lembar Pengesahan.....	iii
Pernyataan Keaslian Disertasi.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep HIV/AIDS.....	9
2.2 Konsep Stigma dan Diskriminasi Terkait HIV	11
2.3 Konsep Budaya dan Stigma terkait HIV	26
2.4 Konsep Budaya Bugis Makassar	29
2.5 Pemodelan	39
2.6 Aplikasi Digital untuk Kesehatan.....	52
2.7 Kerangka Teori.....	59
2.8 Kerangka Konsep.....	61
2.9 Hipotesis Penelitian.....	63
BAB III METODE PENELITIAN	64
3.1 Jenis Penelitian	64
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
3.3 Tahapan Penelitian	65
3.4 Alur Penelitian	90
3.5 Kajian Etik Penelitian	91
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	92
4.1 Hasil.....	92
4.2 Pembahasan	150

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	211
5.1 Kesimpulan.....	211
5.2 Saran.....	213
DAFTAR PUSTAKA.....	214
Lampiran	228
Lampiran 1 Penjelasan Sebelum Persetujuan Bagi Responden	228
Lampiran 2 Informed Consent	230
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian.....	231
Lampiran 4 Panduan Focus Group Discussion.....	246
Lampiran 5 Daftar Hadir Kegiatan FGD	248
Lampiran 6 Output Penelitian pada Software AMOS	251
Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian.....	268
Lampiran 8 Keterangan dan Artikel Hasil Penelitian.....	270
Lampiran 9 Dokumentasi Kegiatan.	274

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Hubungan Stigma dengan Diskriminasi HIV/AIDS	12
Gambar 2. 2 Model Tingkatan Self Stigma	15
Gambar 2. 3 Konsep Stigma.	17
Gambar 2. 4 <i>Sulapa Appa' Nilai Siri' na Pesse</i>	33
Gambar 2. 5 Sintesa Variabel Penelitian	57
Gambar 2. 6 Kerangka Teori Stigma	59
Gambar 2. 7 Kerangka Konsep Penelitian.....	61
Gambar 3. 1 <i>Model the Explanatory Sequential Design</i>	64
Gambar 3. 2 Alur Analisis Kualitatif	80
Gambar 3. 3 Menu <i>login</i> pada aplikasi	83
Gambar 3. 4 Menu pada aplikasi	83
Gambar 3. 5 Sub menu konten aplikasi	85
Gambar 3. 6 Alur Penelitian.....	90
Gambar 4. 1 <i>Output</i> Nilai Validitas dan Reliabilitas.....	103
Gambar 4. 2 <i>Output</i> Setelah Variabel Tidak <i>Reliabel</i> di <i>Drop Out</i>	105
Gambar 4. 3 Model dalam Mengurangi <i>Self Stigma</i> Terkait HIV	115
Gambar 4. 4 Halaman <i>Login Admin Panel</i>	135
Gambar 4. 5 <i>Dashboard</i> Aplikasi	136
Gambar 4. 6 Tampilan List Pengaduan.....	137
Gambar 4. 7 Tampilan Psikoedukasi.....	137
Gambar 4. 8 Tampilan Testimoni.....	138
Gambar 4. 9 Pengguna Aplikasi.....	138
Gambar 4. 10 Tampilan Catatan Aplikasi	139
Gambar 4. 11 Tampilan <i>Web</i> Konfigurasi.....	140
Gambar 4. 12 Tampilan <i>Login</i> Aplikasi	140
Gambar 4. 13 Tampilan Registrasi Untuk ODHA	141
Gambar 4. 14 Tampilan Registrasi Untuk Pendamping dan Masyarakat.....	141
Gambar 4. 15 Tampilan <i>Home</i> atau Beranda	142
Gambar 4. 16 Tampilan Menu Psikoedukasi.....	143
Gambar 4. 17 Tampilan Menu Chit chat	144
Gambar 4. 18 Tampilan Menu <i>Reminder</i>	145
Gambar 4. 19 Tampilan Menu Bilik Pengaduan	146
Gambar 4. 20 Potensi Stigma yang Ada di Masyarakat	170
Gambar 4. 21 Tahapan model pengembangan ADDIE	183
Gambar 4. 22 <i>Flowchart</i> Aplikasi “Bestie ODHA”	195
Gambar 4. 23 <i>E- Health Support Sistem</i>	206

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Analisis Deskriptif Status Sosial Ekonomi	94
Tabel 4. 2 Analisis Deskriptif Variabel Ketakutan Infeksi HIV	95
Tabel 4. 3 Analisis Deskriptif Variabel Dukungan Sosial, Budaya.....	96
Tabel 4. 4 Analisis Deskriptif Variabel <i>Self Stigma</i> Terkait HIV	97
Tabel 4. 5 Nilai Rata-Rata Indikator tiap Variabel	98
Tabel 4. 6 Tabulasi Silang Karakteristik Responden.....	99
Tabel 4. 7 Hasil Uji Normalitas pada AMOS.....	101
Tabel 4. 8 Hasil Uji Multikolinearitas pada AMOS.....	102
Tabel 4. 9 Nilai Estimasi Setiap Indikator.....	104
Tabel 4. 10 Nilai Estimasi Variabel.....	105
Tabel 4. 11 Nilai Estimasi Indikator Penelitian	106
Tabel 4. 12 Perhitungan CR dan AVE.....	106
Tabel 4. 13 <i>Goodness of Fit Index full</i> model SEM.....	107
Tabel 4. 14 Nilai <i>Regression Weights</i>	109
Tabel 4. 15 Hasil Perhitungan Uji Hubungan Tidak Langsung.....	112
Tabel 4. 16 Karakteristik Peserta <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	117
Tabel 4. 17 Hasil Penilaian Oleh Tim Ahli Terhadap Aplikasi	147
Tabel 4. 18 <i>Instructional Design: The ADDIE Approach</i>	184

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan global (Naseer *et al.*, 2018; Hemelaar *et al.*, 2019) dan menjadi tantangan dalam pencapaian SDGs 2030 (UNAIDS, 2018). Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa 54% penderita HIV dari kasus infeksi baru (WHO, 2019). Sejak awal epidemi, 75 juta orang telah terinfeksi virus HIV dan sekitar 32 juta orang telah meninggal karena HIV (UNAIDS, 2019).

Eropa Timur, Afrika Utara dan Timur Tengah, insidensi kasus HIV sebesar 95% (Beloukas *et al.*, 2016; WHO, 2019). Wilayah WHO di Afrika tetap terkena dampak paling parah, dengan hampir 1 dari setiap 25 orang dewasa (3,9%) hidup dengan HIV dan merupakan lebih dari dua pertiga dari orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia (Gilbert *et al.*, 2015). Selain itu di Asia Tenggara juga masih memiliki kasus HIV/AIDS yang cukup tinggi diantaranya Myanmar, Thailand, Malaysia termasuk Indonesia (Baghaei Lakeh and Ghaffarzadegan, 2017). Selain angka kesakitan dan kematian tinggi, HIV/AIDS juga berdampak pada krisis ekonomi global karena empat juta penderita berpenghasilan rendah dan menengah menerima pengobatan antiretroviral. Keadaan ini menyebabkan meningkatnya pengangguran, mengurangi kesejahteraan penderita HIV/AIDS (Dewa Putu Yudi Pardita, 2016).

Kasus HIV telah menyebar di seluruh wilayah Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018b). Sampai saat ini HIV/AIDS sudah menyebar di 407 dari 507 Kabupaten/Kota (80%) di seluruh provinsi di Indonesia. Sepuluh besar kasus HIV terbanyak ada di Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa tengah, Papua, Bali, termasuk Sulawesi Selatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2018b, 2018a).

Sulawesi Selatan menempati urutan ketiga di Indonesia Timur setelah Papua dan Bali dalam hal jumlah kasus AIDS terbanyak. Semua

wilayah kabupaten/kota di dalam wilayah Provinsi Sulawesi Selatan telah ditemukan kasus HIV/AIDS, baik di pedesaan maupun perkotaan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018a). Menurut data SDKI Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2017, diperkirakan terdapat sekitar 620.000 orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA); sekitar 48.000 orang penderita baru HIV, dan sekitar 38.000 kematian yang terkait dengan HIV/AIDS (SDKI,2017).

Prevalensi kasus HIV/AIDS yang aktif terapi ARV di Kabupaten/Kota Se-Sulawesi Selatan diperoleh data 8 Kabupaten/Kota tertinggi yaitu Kota Makassar (10.819 kasus), Parepare (561 kasus), Kabupaten Jeneponto (369 kasus), Kota Palopo (298 Kasus), Kabupaten Wajo (203 kasus), Kabupaten Sidrap (198 kasus) dan Kabupaten Bulukumba (178 kasus) (Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya, 2021). Rata-rata penderita berada pada usia produktif berstatus anak sekolah, mahasiswa dan pekerja (Slogrove *et al.*, 2019). Hal yang memprihatinkan adalah tingginya prevalensi penderita HIV/AIDS pada usia produktif atau usia remaja pada kelompok usia 15-19 tahun dan usia 20-29 tahun (SDKI, 2017; Xiayan Zhang *et al.*, 2017). Masih tingginya jumlah kasus HIV/AIDS di Sulawesi Selatan khususnya pada Suku Bugis Makassar sehingga menjadi komitmen semua pihak agar dapat menekan penyebaran kasus tersebut (Arifin and Maidin, 2016).

Berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS telah dilakukan (Van De Vijver and Boucher, 2018), namun permasalahan stigma masih menjadi isu penting (Vorasane *et al.*, 2017; Nyblade *et al.*, 2018; Tran, Than, *et al.*, 2019). Stigma merupakan atribut, perilaku, atau reputasi sosial yang mendiskreditkan dengan cara tertentu. Menurut Yang, stigma memiliki dua pemahaman sudut pandang, yaitu stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri (*self stigma*). Stigma masyarakat terjadi ketika masyarakat umum setuju dengan *stereotip* buruk seseorang (misal, penyakit mental, pecandu, dll). Dan *self stigma* adalah konsekuensi dari

orang yang distigmakan menerapkan stigma untuk diri mereka sendiri (Yang *et al.*, 2018).

Stigma pada ODHA terjadi karena 3 sumber. Pertama yaitu ketakutan, semua tahu HIV/AIDS adalah penyakit infeksi yang tidak ada obat untuk menyembuhkan. Kedua: moril, penyakit HIV/AIDS sering terkait dengan seks berisiko dan penyalahgunaan obat terlarang, kutukan Tuhan dengan alasan bahwa ODHA adalah orang-orang yang telah melanggar norma agama. Ketiga: ketidakacuhan oleh media massa; adanya ketakutan dan pikiran moril pembaca (Reysa, 2017; Yang *et al.*, 2018). Karena adanya stigmatisasi yang terjadi di masyarakat, Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) cenderung untuk memberikan stigma terhadap dirinya sendiri atau yang disebut dengan *self stigma*. Biasanya *Self stigma* juga sering dikaitkan dengan konsep diri negatif yang mana ODHA memberikan label negatif pada dirinya sendiri (Adam, Badwi and Palutturi, 2019).

Label negatif dan diskriminasi yang diterima ODHA mempengaruhi cara pandang ODHA terhadap dirinya dan bentuk diskriminasi dari lingkungan yang diterima oleh ODHA dijadikan sebagai informasi untuk menilai dirinya sendiri. Dibandingkan dengan bentuk stigma dari luar seperti dari masyarakat, bentuk *self stigma* memiliki pengaruh lebih kuat pada keseluruhan kesejahteraan ODHA, terutama kesehatan psikologis mereka. *Self stigma* bagi ODHA merupakan bentuk internalisasi stigma, dimana seseorang melabeli dirinya sebagai tidak dapat diterima oleh masyarakat karena status HIV mereka (Ardani and Handayani, 2017).

Stigma bagi ODHA dapat menghambat proses pencegahan dan pengobatan. Penderita akan cemas terhadap diskriminasi sehingga tidak mau melakukan tes (Kumar *et al.*, 2017). ODHA dapat juga menerima perlakuan yang tidak semestinya, sehingga menolak untuk membuka status mereka terhadap pasangan atau mengubah perilaku mereka untuk menghindari reaksi negatif. Mereka jadi tidak mencari pengobatan dan dukungan, juga tidak berpartisipasi untuk mengurangi penyebaran. Reaksi

ini dapat menghambat usaha untuk mengintervensi HIV/AIDS (Prinsloo *et al.*, 2016).

Angka diskriminasi dan stigma terhadap ODHA masih tinggi baik di perkotaan maupun pedesaan (Woalder, 2017). Hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian Lin *et al.*, 2018 mengemukakan bahwa proporsi peserta yang memiliki sikap stigma terhadap ODHA adalah 49,6% di antara responden pedesaan dan 37,0% di antara responden perkotaan ($P < 0,001$). Analisis regresi binomial log multivariat di antara kedua peserta pedesaan ($RR = 0,89$, 95% CI: 0,87-0,91, $P < 0,001$) dan peserta perkotaan ($RR = 0,89$, 95% CI: 0,87-0,91, $P < 0,001$) menunjukkan bahwa pengetahuan yang lebih besar kesalahpahaman penularan HIV secara signifikan terkait dengan sikap stigma yang lebih rendah terhadap orang yang hidup dengan HIV (Lin *et al.*, 2018). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Oke *et al.*, 2019 yang menunjukkan korelasi antara total skala stigma yang diberlakukan dan yang dirasakan oleh ODHA. Skor rata-rata stigma keseluruhan yang diperoleh dengan menggunakan skala stigma HIV Berger adalah 95,74 ($\pm 16,04$) (Oke *et al.*, 2019).

Stigma pada ODHA melekat kuat karena masyarakat masih memegang teguh nilai-nilai moral, agama dan budaya atau adat istiadat bangsa timur (Indonesia) dimana masyarakatnya belum/ tidak membenarkan adanya hubungan di luar nikah dan seks dengan berganti-ganti pasangan. Sehingga jika virus ini menginfeksi seseorang maka dianggap sebagai sebuah balasan akibat perilaku yang merugikan diri sendiri (Maharani, 2014). Begitupun dengan budaya suku Bugis Makassar.

Suku Bugis Makassar merupakan kelompok etnik yang wilayah asalnya adalah Sulawesi Selatan dengan angka kejadian HIV/AIDS tertinggi ketiga di Indonesia Timur. Kajian stigma terkait HIV ini menjadi spesifik karena nilai *ade siri'* yang masih dipegang teguh masyarakat Bugis Makassar. *Siri'* arti kulturalnya adalah malu, yang erat hubungannya

dengan harkat, martabat, kehormatan dan harga diri sebagai manusia yang utuh (Safitri and Suharno, 2020).

Dalam konteks budaya Bugis Makassar nilai paling berharga untuk dibela dan dipertahankan adalah *siri'na pacce*. Budaya Bugis Makassar berprinsip lebih baik mati dalam mempertahankan harga diri (*mate ri siri'na*) daripada hidup tanpa rasa malu atau *siri (mate siri)*. Ketika harkat dan martabat diri dan keluarga jatuh (*ripakasiri*) karena dipermalukan maka mereka berkewajiban untuk membela dan menegakkan harga diri (Badewi, 2019).

Terkait masalah stigma HIV, orang Bugis Makassar lebih menyembunyikan status HIV mereka karena adanya budaya *siri'*. Hasil interview mendalam dengan salah satu ODHA pada penelitian (Reysa, 2017) yang mengatakan bahwa "*Tidak ada orang yang tau statusku (status positif HIV). Kalau orang tau, keluarga ku juga tau, Takutnya saya dihina, saya dijauhi. Keluarga ku juga nantinya malu*". Faktor keharusan adat, dengan cara memberikan hukuman adat kepada yang mempermalukan (*mappakasiri'*). Akibatnya, individu menerima sanksi sosial tidak dapat menahan tekanan adat sehingga menutup diri dengan lingkungan eksternalnya. *Siri'* dalam diri penderita HIV dan keluarganya berpotensi menyebabkan ODHA tersebut menyembunyikan status mereka dan menutup diri terhadap lingkungannya (Bahfiarti, 2020). Hal ini, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Zang and Guida, 2014) yang menghasilkan pemodelan dan menemukan bahwa stigma HIV berakar pada budaya oleh karena itu, penting untuk menyelidikinya dalam konteks budaya. Faktor budaya yang menonjol (secara khusus menjadi perhatian) dalam stigma (Loutfy, 2016).

Selain faktor budaya, beberapa penelitian pemodelan menemukan bahwa pengetahuan dan pendidikan kesehatan sebagai salah satu faktor yang paling mempengaruhi terjadinya pengurangan stigma (Bekalu and Eggermont, 2015; Coleman *et al.*, 2016). *Self stigma* juga terkait dengan kenyamanan perumahan atau tempat tinggal. Hal ini juga berkaitan

dengan status sosial ekonomi seperti penghasilan dan pekerjaan dari ODHA (Glynn, 2020). Hasil penelitian Mak *et al.*, (2015) mengungkapkan bahwa *self stigma* dikaitkan dengan dukungan sosial dari tetangga ($b = -0,27$); dan stigma publik dikaitkan dengan dukungan sosial dari tetangga ($b = -0.24$). Penelitian ini mendokumentasikan bahwa stigma HIV dapat memediasi hubungan antara budaya kolektivis dan dukungan jaringan sosial (Mak *et al.*, 2015). Untuk merumuskan skenario dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV khususnya pada suku Bugis Makassar, maka dibutuhkan penelitian pemodelan. Kebaruan dalam penelitian ini yaitu model *self stigma* terkait HIV dari penelitian pemodelan sebelumnya melalui variabel dan indikator-indikator dengan menekankan pada nilai budaya yaitu budaya *siri'* yang belum pernah ada sebelumnya.

Sebagai alternatif dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV di era revolusi industri 4.0 dan era *society* 5.0 yaitu melalui aplikasi. Menurut beberapa penelitian yang dilakukan menilai tingkat efektifitas aplikasi berbasis elektronik lebih baik dibandingkan dengan menggunakan media cetak atau konvensional (Källander *et al.*, 2013; José A. Bauermeister *et al.*, 2017; Marent, Henwood and Darking, 2018). Selain itu, android dinilai berkembang dengan sangat cepat karena bersifat *open source* sehingga mudah dipelajari oleh siapa saja (Kundi, 2016). Sistem ini juga tersedia dalam berbagai bentuk, ukuran, spesifikasi, merk, dan harga sehingga pembeli dapat memilih sesuai dengan kebutuhan mereka, serta aplikasi-aplikasi tersedia secara luas dan mayoritas tidak berbayar (Bassett *et al.*, 2014). Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian tentang "Model Self Stigma Berbasis Aplikasi "Bestie ODHA" Terkait HIV Pada Suku Bugis Makassar"

1.2 Rumusan Masalah

Salah satu permasalahan dunia saat ini yang terus berkembang adalah HIV/AIDS. Telah dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan, namun yang menjadi masalah utama adalah stigma khususnya *self stigma* bagi ODHA. Hal ini terjadi karena budaya yang

dianut masih tinggi begitupun pada suku Bugis Makassar. Budaya *siri'* pada suku Bugis Makassar menyebabkan ODHA tidak membuka status HIV mereka dan menutup diri terhadap lingkungannya.

Melalui aplikasi berbasis android dinilai memiliki tingkat efektifitas lebih baik dibandingkan dengan media konvensional sehingga menjadi alternatif dalam mengurangi *self stigma* pada ODHA. Berdasarkan latar belakang, maka penulis tertarik untuk mengetahui:

- a. Bagaimana membangun model dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar?
- b. Bagaimana membangun konten dan sistem aplikasi berbasis android dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar?
- c. Bagaimana membuat rancang bangun *prototype* sistem aplikasi berbasis android dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar
- d. Bagaimana validitas model sistem aplikasi berbasis android "Bestie ODHA" sebagai aplikasi yang dapat mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Membangun model *self stigma* berbasis aplikasi terkait HIV pada suku Bugis Makassar.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Membangun model dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar.
- b. Membangun konten dan sistem aplikasi berbasis android dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar.
- c. Membuat rancang bangun *prototype* sistem aplikasi berbasis android dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar
- d. Melakukan uji validitas model sistem aplikasi berbasis android "Bestie ODHA" sebagai aplikasi dapat mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Doktor dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat yang memberikan informasi ilmiah dan landasan bagi penelitian selanjutnya terkait dengan pengurangan *self stigma* HIV pada suku Bugis Makassar. Penelitian ini juga menghasilkan konsep baru yaitu model berbasis android dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada suku Bugis Makassar dengan melihat pengaruh budaya, dukungan sosial, harga diri, sosial ekonomi, kekhawatiran pengungkapan status HIV dan *self stigma* terkait HIV.

1.4.2. Manfaat Praktis

Penelitian ini memberikan kontribusi kepada pemerintah Sulawesi Selatan dengan mayoritas penduduknya suku Bugis Makassar, Dinas Kesehatan, KPAI, LSM yang bergerak dibidang HIV/AIDS dalam membuat program kebijakan untuk mengurangi *self stigma* pada ODHA, sehingga secara praktis dapat menurunkan prevalensi HIV/AIDS di Sulawesi Selatan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV/AIDS

1. Definisi HIV/AIDS

HIV atau *Human immunodeficiency virus* merupakan sebuah *retrovirus* yang memiliki genus *lentivirus*, genus ini memiliki tipe klinis seperti sumber penyakit infeksi yang kronis, periode laten klinis yang panjang, replikasi virus yang persisten dan terlibat dalam sistem saraf pusat. Virus ini berbeda dengan virus lain karena tubuh manusia tidak dapat menyingkirkan virus ini (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). HIV menyebar melalui cairan tubuh dan memiliki cara khas dalam menginfeksi sistem kekebalan tubuh manusia terutama sel CD4 atau sel-T. HIV merupakan virus yang memperlemah sistem kekebalan tubuh, pada akhirnya menyebabkan AIDS (Kemenlu, 2019).

AIDS atau *Acquired Immunodeficiency Syndrome* merupakan kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV. AIDS merupakan stadium ketika sistem imun penderita jelek dan penderita menjadi rentan terhadap infeksi yang dinamakan infeksi *oportunistik*. Pada individu yang terinfeksi HIV dengan jumlah $CD4 < 200 \mu L$ juga merupakan definisi AIDS meskipun tanpa adanya gejala yang terlihat atau infeksi oportunistik (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

2. Epidemiologi HIV/AIDS

Kasus HIV/AIDS pada awal ditemukan di rumah sakit di negara Afrika Sub Sahara pada akhir tahun 1970-an. Tetapi kasus AIDS pertama kali dilaporkan oleh Gottlieb dan kawan-kawan di Los Angeles pada tanggal 5 Juni 1981. Kejadian HIV

global mencapai puncaknya pada tahun 1997 (Cohen *et al.*, 2008). Epidemii HIV telah bergeser selama 30 tahun terakhir, dari kasus pertama yang dilaporkan pada awal 1970-an, menjadi sekitar 3,7 juta infeksi baru pada tahun 1997, dan kemudian mengalami penurunan infeksi baru dan kematian terkait AIDS sepanjang tahun 2000 (Fettig *et al.*, 2014).

Wilayah Asia termasuk populasi hampir setengah populasi dunia dapat menjadi penentu pandemi global HIV/AIDS di masa depan. Jika tingkat prevalensi di Cina, Indonesia dan India mencapai tingkat prevalensi seperti di Thailand dan Kamboja, maka prevalensi HIV/AIDS global dapat menjadi dua kali lebih besar. Pertumbuhan yang seperti ini sangat berpengaruh pada setiap individu, di samping juga akan berpengaruh terhadap sistem kesehatan, ekonomi dan tatanan sosial di wilayah ini. Oleh karena itu HIV/AIDS merupakan tantangan pembangunan multi sektoral dan menjadi prioritas Bank Dunia (CIMSA, 2018).

Di Indonesia, kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Bali pada bulan April tahun 1987. Penderitanya adalah seorang wisatawan Belanda yang meninggal di RSUP Sanglah akibat infeksi sekunder pada paru-parunya. Sampai dengan akhir tahun 1990, peningkatan kasus HIV/AIDS menjadi dua kali lipat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018a). Sejak pertengahan tahun 1999 mulai terlihat peningkatan tajam akibat penggunaan narkoba suntik. Fakta yang mengkhawatirkan adalah pengguna narkoba ini sebagian besar adalah remaja dan dewasa muda yang merupakan kelompok usia produktif (Kemenlu, 2019).

3. Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV secara primer, yang mengubah perilaku seksual dengan menetapkan prinsip ABCDE, yaitu (CIMSA, 2018):

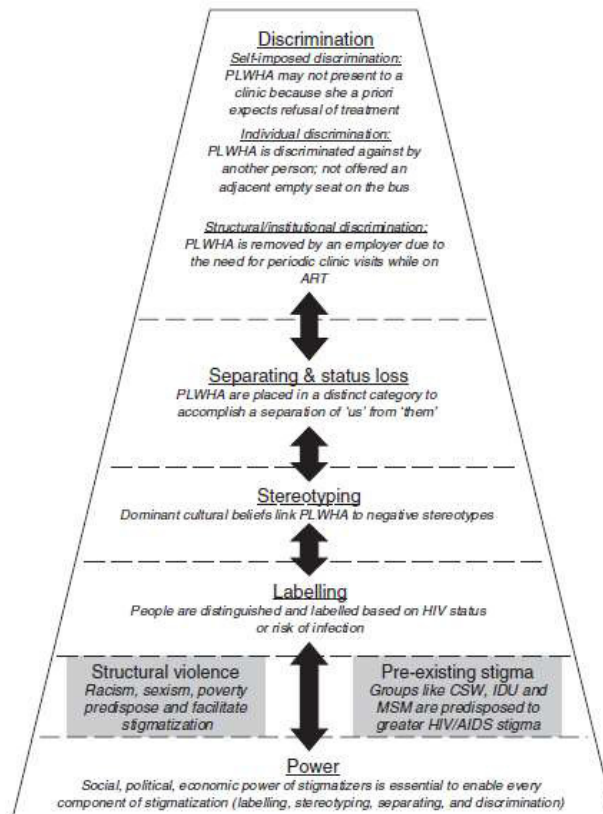
- a. *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual),
- b. *Be Faithful* (setia pada pasangan), dan
- c. *Condom* (menggunakan kondom jika melakukan hubungan dengan pasangan),
- d. *Don't Drug*
- e. *Education*.

2.2 Konsep Stigma dan Diskriminasi Terkait HIV

1. Definisi Stigma dan Diskriminasi

Menurut asal katanya stigma berasal dari bahasa huruf Yunani "*sigma*" bulan (C) dan tau (T) (Dieujuste, 2016). Stigma adalah suatu proses dinamis yang terbangun dari suatu persepsi yang telah ada sebelumnya yang menimbulkan suatu pelanggaran terhadap sikap, kepercayaan dan nilai (Goffman, 1963; Campbell, Services and Griffiths, 2017). Sedangkan menurut Clair (2018), stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya (Clair, 2018). Menurut Scheid & Brown, stigma adalah sebuah fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan *labeling*, *stereotip*, *separation*, dan mengalami diskriminasi.

Diskriminasi merujuk kepada pelayanan yang tidak adil terhadap individu tertentu, dimana layanan ini dibuat berdasarkan karakteristik yang diwakili oleh individu tersebut. Diskriminasi merupakan suatu kejadian yang biasa dijumpai dalam kehidupan masyarakat, ini disebabkan karena kecenderungan sikap manusia yang lebih suka membeda-bedakan yang lain.



Gambar 2. 1 Hubungan Stigma dengan Diskriminasi HIV/AIDS
 (Mahajan et al., 2008)

Stigma memberikan tekanan dengan berbagai cara yang tidak kelihatan terhadap ODHA namun bisa membuat perasaan ODHA terpukul dan malu. Sedangkan diskriminasi memberikan tekanan dengan cara yang kelihatan dengan berbagai cara yang membuat ODHA harus menanggung perasaan malu. Sebagai akibatnya ODHA menutup diri untuk tidak mau membuka status HIVnya dan bahkan putus asa. Sebaliknya bagi orang yang belum tahu status HIVnya tidak akan mau untuk mengikuti tes HIV di klinik VCT. Disisi lain ODHA yang menutup diri yang tidak mau membuka status HIVnya kepada pasangannya (suami atau istri/ sebagai *partner seks*) akan menularkan HIV kepada pasangannya.

2. Bentuk Stigma dan Diskriminasi

Secara umum, orang yang terkena stigma dihubungkan dengan hal negatif seperti seks bebas, penggunaan narkoba, dan homoseksual. Hal ini menjadi bumerang bagi mereka seperti wanita yang menjadi korban terkena stigma karena berhubungan seksual dengan lawan jenis yang diduga memiliki HIV. Maka dari itu, stigma bisa muncul dari kata-kata kasar, gosip, dan menjauhi atau mendiskriminasi orang HIV. Berikut tipe-tipe stigma yaitu (Li *et al.*, 2016) :

- a. *Public stigma*, sebuah reaksi masyarakat umum yang memiliki keluarga atau teman yang sakit fisik maupun mental. Salah satu contoh kata-katanya adalah “saya tidak mau tinggal bersama dengan orang HIV”.
- b. *Structural stigma*, sebuah institusi hukum atau perusahaan yang menolak orang berpenyakit. Misalnya, perusahaan X menolak memiliki pekerja HIV.
- c. *Self stigma*, dimana menurunnya harga dan kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit. Contohnya pasien HIV yang merasa bahwa dirinya sudah tidak berharga di dunia karena orang-orang disekitarnya menjauhi dirinya.
- d. *Felt or perceived stigma*, dimana orang dapat merasakan bahwa ada stigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan komunitas. Misalnya seorang wanita tidak ingin mencari pekerjaan dikarenakan takut status HIV dirinya diketahui dan dijauhi oleh rekan kerjanya.
- e. *Experienced stigma*, dimana seseorang pernah mengalami diskriminasi dari orang lain. Contohnya seperti pasien HIV diperlakukan tidak ramah dibandingkan dengan pasien yang tidak HIV diperlakukan ramah oleh tenaga kesehatan.

- f. *Label avoidance*, dimana seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit. Salah satu contoh adalah pasien menyembunyikan obatnya.

Para ahli psikologi dan sosiologi membedakan beberapa bentuk stigma yaitu stigma masyarakat dan stigma diri (*self stigma*). Stigma masyarakat merupakan cara publik bereaksi terhadap suatu kelompok berdasarkan stigma mengenai kelompok tersebut. Stigma masyarakat bermanifestasi dalam bentuk penghindaran, membuat jarak secara sosial, dan penggunaan kekerasan. Stigma masyarakat dikenal juga sebagai *enacted stigma* atau *external stigma* (Yang *et al.*, 2018).

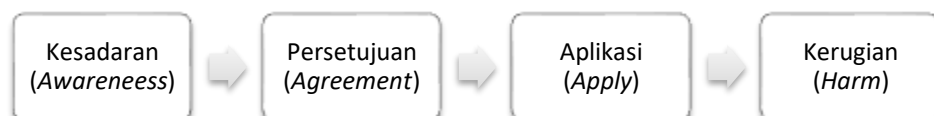
Stigma diri (*self stigma*) merupakan persepsi individu bahwa dirinya mengalami stigma dari masyarakat karena merupakan bagian dari kelompok yang distigma sehingga menimbulkan reaksi negatif dari individu tersebut terhadap diri mereka sendiri. Stigma diri juga dikenal sebagai *perceived stigma*, *felt stigma*, *internal stigma*, atau *internalized stigma*. Stigma diri muncul bila seseorang sadar mengenai stigma terhadap kelompok mereka. Mereka akan menyetujui stigma tersebut dan menerapkannya pada diri sendiri (menginternalisasi stigma masyarakat) dapat menyebabkan berkurang atau hilangnya kepercayaan diri (*self-esteem*) dan efikasi diri (*self-efficacy*). Orang dengan efikasi diri yang rendah akibat stigma diri memiliki kemungkinan yang lebih rendah untuk melamar pekerjaan atau bersosialisasi dengan orang lain (Purwansyah, 2019).

Dibandingkan dengan bentuk stigma dari luar seperti dari masyarakat, bentuk *self stigma* memiliki pengaruh lebih kuat pada keseluruhan kesejahteraan ODHA, terutama kesehatan psikologis mereka. *Self stigma* bagi ODHA merupakan bentuk internalisasi stigma, dimana seseorang melabeli dirinya sebagai tidak dapat

diterima oleh masyarakat karena memiliki masalah penyakit HIV (Ardani and Handayani, 2017).

3. *Self stigma*

Self stigma adalah persepsi negatif yang muncul dari respon emosional seseorang karena suatu penyakit yang dapat menyebabkan perasaan takut dan perubahan respon perilaku dan yang paling buruk dapat memiliki efek merusak yang mengarah pada penurunan kualitas hidup, harga diri rendah dan penurunan penggunaan layanan kesehatan (Nguyen and Li, 2020). Pada umumnya, orang dengan kondisi yang tidak diinginkan ini sadar akan fenomena yang ada di masyarakat tentang kondisi mereka. Dengan demikian tahap ini disebut dengan tahap kesadaran (*Awareness*). Orang ini kemudian setuju bahwa *stereotip negatif* tentang mereka di masyarakat itu benar, tahap ini disebut dengan tahap persetujuan (*Agreement*). Selanjutnya, orang tersebut setuju bahwa *stereotip* ini berlaku untuk dirinya sendiri atau disebut dengan tahap aplikasi (*Apply*). Hal ini menyebabkan kerugian, penurunan harga diri dan *self-efficacy* atau efikasi diri yang signifikan, sehingga tahap ini menjadi tahap akhir stigma diri yang disebut kerugian (*Harm*) (Reysa, 2017).

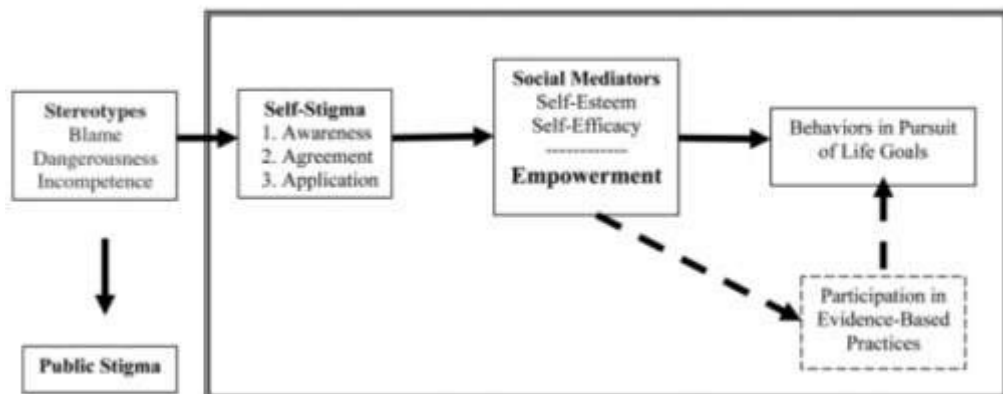


Gambar 2. 2 Model Tingkatan *Self Stigma* (Reysa, 2017)

Gambar 2.2 menjelaskan konsep stigma diri atau *self stigma* menurut Corrigan et al (2009) “*The Why Try Effect*” atau efek “mengapa mencoba”. Efek ini merupakan konsekuensi dari stigma diri dimana stigma diri mengganggu pencapaian tujuan hidup seseorang. Stigma diri berfungsi sebagai penghalang untuk mencapai tujuan hidup. Harga diri yang berkurang menyebabkan

rasa kurang layak mendapat kesempatan atau peluang yang ada sehingga melemahkan usaha pada kesempatan atau peluang tersebut seperti mendapatkan pekerjaan yang kompetitif. Efek "*Why Try*" adalah varian dari teori pelabelan yang dimodifikasi bahwa penolakan sosial yang terkait dengan stigmatisasi juga berkontribusi pada harga diri yang rendah. Teori pelabelan yang dimodifikasi ini juga menyarankan tindakan menghindari sebagai konsekuensi perilaku devaluasi atau merendahkan diri (Corrigan, Larson and Rüschi, 2009).

Banyak orang menghadapi stigma diri lebih memilih untuk bersembunyi. Mereka mampu melindungi rasa malu mereka dengan tidak membiarkan orang lain tahu tentang diri mereka. Salah satu cara untuk mempromosikan stigma dan melawan rasa malu adalah bersikap terbuka. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa bersikap terbuka berkaitan dengan penurunan efek negatif dari stigma diri terhadap kualitas hidup, sehingga mendorong orang untuk bergerak menuju pencapaian tujuan hidupnya (Grambal *et al.*, 2016). Ketika orang-orang terbuka tentang kondisi mereka, kekhawatiran demi kekhawatiran akan kerahasiaan berkurang, mereka mungkin segera menemukan teman sebaya atau anggota keluarga yang akan mendukung mereka bahkan setelah mengetahui kondisi mereka. Mereka mendapati bahwa keterbukaan mereka mendorong rasa memiliki kekuasaan dan kendali atas hidup (Watson *et al.*, 2007).



Gambar 2. 3 Konsep Stigma *The “Why Try” Effect* (Corrigan, Larson and Rüsçh, 2009).

4. Faktor Terbentuknya *Self Stigma*

Self stigma pada ODHA terjadi dalam konteks dua faktor yaitu persepsi individu mengenai sikap sosial terhadap ODHA dan pengetahuan bahwa dirinya terinfeksi HIV (Suganda, Sutrisno and Wardana, 2013). Berikut beberapa faktor yang membentuk *self stigma*:

1. Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian menyatakan bahwa laki-laki cenderung mempunyai *self stigma* yang relatif tinggi dari perempuan. Karena seorang laki-laki dituntut untuk memperoleh kedudukan yang tinggi dari perempuan, sehingga laki-laki harus mampu untuk mengontrol sakitnya tanpa bantuan orang lain (Purwansyah, 2019; Tran, Than, *et al.*, 2019). Dan dibandingkan dengan wanita (48,2%), lebih dari setengah (51,5%) dari peserta laki-laki telah mengalami stigma pribadi terkait HIV/AIDS ($P > 0,05$) (Kumar *et al.*, 2017). Berbeda dengan penelitian Chen (2018) menyebutkan bahwa perempuan juga cenderung memiliki stigma yang tinggi dimana bersikap menyalahkan dibanding dengan laki-laki (Chen, 2018).

2. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan pemahaman yang dimiliki oleh setiap individu. Jika seseorang memiliki pengetahuan yang rendah maka akan rentan terpengaruh ketika mengalami stigma sosial. Individu akan selalu membenarkan segala respon yang didapat dari orang lain adalah suatu kebenaran sehingga hal ini dapat memungkinkan seseorang mengalami *self stigma* (Sari, 2018).

Selain pengetahuan, wawasan juga dihubungkan dengan *self stigma* yang diartikan sebagai kesadaran akan kondisi seseorang yang dikaitkan dengan suatu penyakit dan kesadaran perlunya perawatan. Wawasan yang tinggi menyebabkan rendahnya tingkat harga diri, harapan, dan kualitas hidup. Ketika seseorang mendapatkan wawasan tentang penyakit mereka, maka lebih sadar akan gangguan, konsekuensi, dan manfaat perawatan. Dalam hal ini, wawasan tampak bermanfaat bagi seseorang. Namun disisi lain, semakin banyak wawasan yang diperoleh, semakin meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengalami *self stigma*. Melalui wawasan, seseorang sadar akan penyakitnya bahwa mereka telah di diagnosis suatu penyakit (Koo H.J., 2017).

Tingkat pendidikan dan pengetahuan HIV secara signifikan terkait dengan stigmatisasi yang dirasakan ($P < 0,001$). Responden dengan pengetahuan HIV yang buruk, memiliki risiko tiga kali lebih tinggi melaporkan stigma (rasio ganjil (OR) = 3,38, dengan interval kepercayaan 95% (CI) = 2.54 - 4.49, $P < 0.001$). Selain itu, responden dengan pendidikan dasar empat kali lebih mungkin untuk melaporkan stigma tinggi jika dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendidikan tinggi (OR = 3,80, 95% CI = 2,36-6,13, $P < 0,001$) (Motunrayo *et al.*, 2017).

3. Stereotip

Stereotip adalah penilaian pada orang lain berdasarkan persepsi yang dimiliki oleh seseorang atau kelompok dan biasanya memiliki tujuan untuk melakukan tindakan diskriminatif. Jika seseorang membenarkan *stereotip* tersebut dapat dengan mudah memunculkan *self stigma* (Richards et al., 2018).

Stereotip juga dapat diartikan sebagai persepsi atau keyakinan yang dianut mengenai kelompok atau individu berdasarkan pendapat dan sikap yang lebih dulu terbentuk. Keyakinan ini menimbulkan penilaian yang cenderung negatif bahkan merendahkan orang lain. *Stereotip* diprediksi berkontribusi terhadap *self stigma*. Seseorang yang menerima *stereotip* negatif dari masyarakat akan lebih mudah memunculkan *self stigma*. Ketika seseorang sadar akan stereotip tersebut, maka *self stigma* akan berkembang (Xu et al., 2017).

4. Sosio-Kultural/ Budaya

Self stigma yang tinggi ditemukan pada orang-orang di bawah pengaruh nilai-nilai budaya tradisional dan sikap negatif anggota keluarga. Di bawah pengaruh budaya seperti itu, seseorang cenderung menerima stigma, mengembangkan *self stigma* dan kemudian mengalami rasa malu di dalam keluarga sebagai komunitas mereka (Boyd et al., 2016; J. A. Bauermeister et al., 2017). Selain itu, nilai-nilai budaya yang diyakini jika suatu penyakit muncul yang dianggap sebagai kutukan berdasarkan nilai budaya, maka seseorang akan mudah mendapatkan stigma dari keluarganya dan dapat berkembang menjadi *self stigma* pada individu tersebut (Young and Ng, 2016; J. A. Bauermeister et al., 2017).

5. Dukungan Sosial

Orang dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan dukungan sosial, karena dukungan sosial merupakan sumber eksternal

positif yang dapat melindungi individu dari efek negatif yang ditimbulkan oleh masalah atau perasaan tertekan. Selain itu, dukungan sosial dapat mengembangkan respon yang positif pada ODHA untuk beradaptasi dengan tekanan yang dihadapi terkait dengan penyakitnya, baik fisik, psikologis maupun sosial (Wang *et al.*, 2017).

Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompok lain (Nugrahawati and Nugraha, 2011). Dukungan sosial dapat dibedakan menjadi dua tipe yaitu dukungan struktural dan dukungan fungsional. Dukungan struktural mengacu pada jaringan sosial yang dimiliki oleh individu, sedangkan dukungan fungsional berkaitan dengan fungsi spesifik yang disediakan/ diberikan oleh anggota dalam jaringan sosialnya seperti *emotional*, *tangible*, *informational*, dan *companionship support*. Dukungan sosial fungsional tampaknya lebih relevan terhadap ODHA daripada dukungan sosial struktural, karena fungsi dari dukungan sosial telah dikaitkan dengan manfaat kesehatan fisik dan psikososial yang penting bagi diri ODHA seperti penurunan respon stres psikologis, terlibat dalam meningkatkan perilaku yang sehat, dan penghindaran akan perilaku yang membahayakan diri (Mendelson, Turner and Tandon, 2010).

6. Harga Diri (*Self esteem*)

Self esteem memiliki peran penting dalam kehidupan manusia. *Self esteem* tinggi memiliki efek positif bagi manusia, seperti perasaan positif, namun disisi lain *self esteem* tinggi memiliki sisi gelap, yaitu keinginan untuk selalu menjaga *self esteem* dari ancaman orang lain sehingga ego atau harga dirinya tetap menjadi tinggi (Grambal *et al.*, 2016). Setiap individu ingin memiliki *self esteem* tinggi dan berusaha menjaganya atau

mempertahankan ketika ada situasi yang mengancam. Individu dengan *self esteem* yang tinggi akan menilai dirinya orang yang berharga, percaya diri, serta memiliki keyakinan untuk dapat menyelesaikan segala tantangan. Individu dengan *self esteem* tinggi cenderung lebih percaya diri ketika berhadapan dengan risiko, seperti perkelahian. *Self esteem* tinggi secara langsung atau tidak langsung meningkatkan persepsi positif terhadap dirinya bahkan cenderung meningkatkan narsistik. Hal tersebut secara langsung meningkatkan harga diri (martabat) seseorang (Kalomo, 2018).

Sintesa Penelitian Tentang Determinan Stigma

No.	Penulis/ Tahun/ Negara	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian	Variabel Determinan Stigma
1	(Tran, Than, et al., 2019) Vietnam.	<i>Changing Sources of Stigma against Patients with HIV/AIDS in the Rapid Expansion of Antiretroviral Treatment Services in Vietnam</i>	1,016 pasien di RS Vietnam	Menilai stigmatisasi dan diskriminasi yang dialami oleh (ODHA) di berbagai pengaturan sosial seperti keluarga, komunitas, dan fasilitas kesehatan di Vietnam.	(Model Poisson zero-inflated) (Cross Sectional Study)	Tingkat stigma dari masyarakat dilaporkan oleh ODHA dikaitkan dengan status sosial ekonomi (mis., pendapatan, pekerjaan), dan pendidikan. Kelas ekonomi miskin dan menengah dan pasien yang menganggur melaporkan lebih banyak stigmatisasi dan diskriminasi dari masyarakat.	Status sosial ekonomi, jenis kelamin, pendidikan, status, perkawinan.
2	(J. A. Bauermeister et al., 2017). China	<i>Cross-Cultural Validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) in China</i>	349 staf medis dari 52 rumah sakit.	Penelitian ini bertujuan untuk memvalidasi skala stigma pada penyedia layanan kesehatan HIV/AIDS di antara staf medis di Tiongkok	Using exploratory factor analysis, (Cross Sectional Study)	Ada hubungan antara tingkat pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, dan pengetahuan tentang HIV/AIDS yang divalidasi secara lintas budaya Tiongkok dan China.	Umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, medikal klinik.
3	(Kumar et al., 2017) India	<i>Stigmatization and Discrimination toward People Living with HIV/AIDS in a Coastal City of South India</i>	Sebanyak 104 pasien HIV positif dalam kelompok usia 18 tahun	Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma	Cross Sectional study	Kerahasiaan status positif HIV sebesar 14,4% dari peserta. Dan dibandingkan dengan wanita (48,2%), lebih dari setengah (51,5%) dari peserta laki-laki telah mengalami stigma pribadi terkait HIV/AIDS ($P > 0,05$)	Pengungkapan status HIV dan jenis kelamin.

			hingga 65 tahun.				
4	(Coleman <i>et al.</i> , 2016) South Carolina	<i>Social Determinants of HIV-Related Stigma in Faith-Based Organizations</i>	Sebanyak 1.747 jemaat dari organisasi yang berbasis iman di Afrika Amerika terutama Proyek FAITH	Untuk memeriksa hubungan antara faktor-faktor sosial dalam pengaturan berbasis agama.	Regresi logistik	Jenis kelamin perempuan (P = 0,001), pendidikan tinggi (P <0,001), mengenal seseorang dengan HIV/AIDS (P = 0,01), dan mengenal seseorang yang gay (P <0,001), tetapi religiusitas tidak dikaitkan dengan tingkat stigma.	Jenis kelamin, Pendidikan dan pengungkapan diri.
5	(J. A. Bauermeister <i>et al.</i> , 2017) South Africa	<i>Ethnic heterogeneity in the determinants of HIV/AIDS stigma and discrimination among Nigeria women</i>	38.948 wanita berusia 15-49 tahun	Penelitian ini memberikan penjelasan empiris tentang dimensi etnis penentu stigma dan diskriminasi HIV di Nigeria.	Analisis multivariat, regresi logistik biner.	Perbedaan etnis yang signifikan dalam stigma HIV/AIDS dan diskriminasi dengan variabel pendidikan sekolah menengah masing-masing antara Hausa dan Igbo (OR = 0,79; CI: 1,49-2,28 dan OR = 1,62; CI: 1,18-2,23, p <0,05).	Etnis, dan Pendidikan.
6.	(Rosina Cianelli, 2015). USA	<i>Predictors of HIV enacted stigma among Chilean women</i>	496 orang Chili yang berusia antara 18-49 tahun.	Untuk menyelidiki apakah pengetahuan terkait HIV, keyakinan dan budaya terhadap predictor stigma yang diberlakukan di antara perempuan Chili.	Studi <i>cross-sectional</i> dan dilanjutkan dengan desain kuasi-eksperimental	Tingkat pengetahuan terkait HIV yang lebih tinggi dikaitkan dengan tingkat stigma yang diberlakukan. Wanita dengan pendidikan tinggi memiliki stigma lebih rendah daripada wanita dengan pendidikan dasar. Selain itu, keyakinan budaya bahwa perempuan harus pasif, setia, dan mengabdikan pada keluarga dikaitkan dengan skor stigma yang lebih tinggi yang diberlakukan	Pengetahuan terkait HIV, Pendidikan dan keyakinan dan budaya.

						pada kasus HIV.	
7.	(Motunrayo et al., 2017)Nigeria	<i>Determinants of perceived stigmatizing and discriminating attitudes towards people living with HIV/AIDS among women of reproductive age in Nigeria</i>	15.639 wanita usia (15 – 49 tahun)	Faktor yang terkait dengan stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS yang dirasakan pada kalangan perempuan usia reproduksi di Nigeria.	Analisis retrospektif dan Multinomial model regresi logistik.	Tingkat pendidikan dan pengetahuan HIV secara signifikan terkait dengan stigmatisasi yang dirasakan (P<0,001). Responden dengan pengetahuan HIV yang buruk adalah tiga kali lebih mungkin melaporkan stigma tingkat tinggi (OR) = 3,38, interval kepercayaan 95% (CI) = 2.54 – 4.49, p <0.001). Selain itu, responden dengan pendidikan dasar 4 kali lebih mungkin untuk melaporkan stigma tinggi jika dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendidikan tinggi (OR = 3,80, 95% CI = 2,36-6,13, p <0,001).	Tingkat pendidikan dan pengetahuan
8.	(Adam, Badwi and Palutturi, 2019) Makassar, Indonesia.	<i>Analysis of Factors Associated with Self-Stigma (PLHIV) on the HIV and AIDS Incidence in Jongaya Positive Care Supporting Group of Makassar City</i>	ODHA yang namanya tercatat di <i>Kelompok Jongaya Positive Care Peer Support</i> (58 orang)	Tujuan dari ini Penelitian ini untuk menganalisis stigma ODHA terhadap kejadian HIV/AIDS dalam dukungan kelompok sebaya Jongaya.	<i>Cross Sectional Study</i>	Hasil uji statistik Fisher Exact Test menunjukkan bahwa p>0,05 untuk sikap, motivasi, pengalaman, harapan, lama sakit, dan jenis kelamin sehingga kesimpulan penelitian ada hubungan yang signifikan antara keenam faktor dengan stigma diri pada ODHA, dan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan usia terhadap stigma diri ODHA.	Sikap, motivasi, pengalaman, harapan, lama sakit, dan jenis kelamin

5. Dampak Stigma dan Diskriminasi

Stigma dan diskriminasi saling menguatkan satu sama lain dan beroperasi dalam suatu siklus yang dinamis. Tanda atau label sebagai ODHA dapat menyebabkan stigma. Stigma dapat menyebabkan diskriminasi yang selanjutnya dapat mengakibatkan isolasi, hilangnya pendapatan atau mata pencaharian, penyangkalan atau pembatasan akses pada layanan kesehatan, kekerasan fisik dan emosional, ketakutan pada penghakiman dan diskriminasi dari orang lain mempengaruhi bagaimana cara ODHA melihat diri mereka sendiri dan mengatasi kesulitan terkait status atau perilaku berisikonya (Chen, 2018).

Bayangan/perasaan terstigma dan stigma internal sangat mempengaruhi upaya pencegahan HIV/AIDS. Hal ini dapat mengakibatkan kerentanan dan risiko lebih besar pada HIV/AIDS. Stigma dan diskriminasi sendiri tidak tetap dan diam, tetapi berkembang (Spooner *et al.*, 2015). Oleh karena itu, penting bagi pelaksana program pencegahan HIV/AIDS untuk memahami elemen-elemen stigma dan mengadaptasinya dalam konteks saat ini dan konteks lokal. Bentuk lain dari stigma berkembang melalui internalisasi oleh ODHA dengan persepsi negatif tentang diri mereka sendiri (Chong *et al.*, 2017).

Stigma dan diskriminasi yang dihubungkan dengan penyakit menimbulkan efek psikologis yang berat tentang bagaimana ODHA melihat diri mereka sendiri. Hal ini bisa mendorong dalam beberapa kasus, terjadinya depresi, kurangnya penghargaan diri, dan keputusasaan. Stigma dan diskriminasi juga menghambat upaya pencegahan dengan membuat orang takut untuk mengetahui apakah terinfeksi atau tidak atau bisa pula menyebabkan mereka yang telah terinfeksi meneruskan praktek seksual yang tidak aman karena takut orang-orang akan curiga terhadap status HIV mereka. Akhirnya, ODHA dilihat sebagai

“masalah”, bukan sebagai bagian dari solusi untuk mengatasi epidemi ini (Solomon, Kumarasamy and Challacombe, 2016).

2.3 Konsep Budaya dan Stigma terkait HIV

Stigma masyarakat pada ODHA merupakan penilaian yang bertumpu pada nilai dan norma yang mengakar dalam masyarakat. Menurut (Koentjaraningrat, 2009) nilai budaya merupakan tingkat yang paling tinggi dan paling abstrak. Hal itu karena nilai budaya merupakan konsep-konsep mengenai sesuatu yang ada dalam alam pikiran sebagian besar dari masyarakat yang mereka anggap bernilai, berharga dan penting dalam hidup sehingga dapat berfungsi sebagai suatu pedoman yang memberi arah dan orientasi pada kehidupan para warga masyarakat. Selain itu, nilai budaya sudah meresap pada para individu sejak mereka kecil sehingga konsep nilai budaya sejak lama telah mengakar dalam jiwa mereka. Itulah yang menyebabkan nilai dalam suatu kebudayaan tidak dapat diganti dengan nilai-nilai budaya yang lain dalam waktu singkat (Koentjaraningrat, 2009).

Pemahaman budaya mengenai penyakit, ketakutan akan pengungkapan berakar dalam respon budaya terhadap penyakit yang epidemik. Dari penelitian (Peyon *et al.*, 2010) semua kelompok budaya dalam penelitiannya setuju bahwa AIDS harus diperlakukan dan dipahami sebagai penyakit yang sama dengan penyakit-penyakit epidemik lainnya. Untuk penyakit yang serius, pada masa lampau, normanya adalah orang sakit harus benar-benar menyendiri (*complete withdrawal*). ODHA sering dikucilkan, hidup sendiri di hutan dan kalau penyakit tersebut dipercaya sebagai penyakit menular maka makanan yang diberikan kepadanya ditaruh dalam jarak yang cukup jauh dari pondoknya dan ia tidak mempunyai kontak sosial. Baik masyarakat maupun orang sakit mengharapkan agar ia memutuskan semua hubungan sosial. Hasil wawancara penelitian menyebutkan bahwa, orang

yang mengalami penyakit, orang lain tidak duduk dekat, makan, bekerja dan tempat tinggal tidak bisa bersama-sama. Mereka harus membuat orang sakit itu punya rumah sendiri terpisah jauh dari kampung. Mereka buat rumah di tengah hutan dan di tempatkan di sana.

Orang-orang berbicara tentang AIDS terutama dalam pola-pola respon yang ada terhadap penyakit yang dianggap berbahaya. Setiap suku pedalaman mempunyai penjelasan spesifik dan pemahaman mengenai penyakit *epidemik*, dan setiap suku menjelaskan responnya dalam istilah-istilah budaya. Peneliti Ibrahim Peyon memberi contoh tentang bagaimana suku Yali memandang AIDS. Di antara anggota suku Yali, AIDS dikaitkan dengan penyakit kusta/lepra, karena kesamaannya dengan adanya pengeluaran (cairan) yang banyak, luka terbuka dan kondisi kulit yang jelek. Pasien diisolasi karena masyarakat takut kalau orang sakit tersebut menyimpan epidemi yang akan melenyapkan seluruh penduduk. Orang tersebut diisolasi di hutan, satu-satunya yang boleh mengunjunginya adalah dukun (penyembuh pribumi), yang mungkin dapat menyembuhkan pasien. Kalau pasien tersebut meninggal dunia, rumahnya di hutan harus dibakar. Sang dukun harus melakukan upacara untuk melindungi keluarga dekat dari orang yang mati tersebut. Seperti yang dikatakan oleh peneliti Ibrahim Peyon, ada implikasi yang luas dari konsep ini, karena konsep ini menyebar sampai ke orang-orang yang tidak merasa untuk menjadi bagian dari kewajiban komunitas: "Seorang yang dianggap tidak berguna, kotor, atau yang telah melakukan suatu kesalahan harus dijauhkan dari masyarakat atau hubungan dengan orang tersebut harus diputuskan. AIDS masuk dalam kategori ini sebab lewat penderitaan mereka, mereka distigmatisasi oleh masyarakat (Peyon *et al.*, 2010).

Sama halnya dengan suku asli di Amerika Selatan yaitu suku Warao di Venezuela Timur. Ada komunitas di kalangan kelompok suku tersebut yang tidak ada laki-laki karena hampir semua pria berusia 16 dan 23 tahun adalah positif HIV dan semuanya meninggal. Kini perempuan yang bertahan hidup pada suku tersebut mendapat stigma dan dijauhi. Orang-orang berpikir komunitas itu pasti mendapat kutukan berat (Rangel *et al.*, 2012).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Mbonu dkk (2019) di Afrika Selatan, menyebutkan bahwa stigma yang menempel pada penyakit HIV menyebabkan jumlah kasus ini tidak pernah menurun, khususnya di daerah pedesaan Qudsi, sebuah desa terpencil di Kwa Zulu Natal. Tempat di mana ratusan anak menjadi yatim piatu karena virus tersebut. Di sebuah klinik kesehatan dimana seorang ODHA bekerja, ibu-ibu menolak suplemen gizi untuk anak-anaknya yang kurang gizi karena orang-orang percaya, jika mengonsumsi suplemen yang diberikan oleh ODHA yang bekerja di tempat tersebut maka anak mereka juga akan mengidap HIV positif (Mbonu, van den Borne and De Vries, 2019).

Di Indonesia tepatnya di Pekanbaru, menurut hasil penelitian (Trijupitasari and Riauan, 2017) isu stigma terkait HIV/AIDS dalam pelayanan kesehatan masih tinggi yaitu pasien HIV jika meninggal di rumah sakit wajib dibungkus dengan plastik dan dimasukkan ke dalam peti. Setelahnya semua peralatan bekas pasien HIV/AIDS dibuang dan dibakar. ODHA dianggap orang yang tidak baik dan wanita yang positif HIV tidak diizinkan punya anak, serta penolakan layanan kesehatan. Selain itu, diskriminasi juga diterima ODHA, antara lain meliputi dilecehkan secara lisan dengan mengungkap status ODHA dengan suara lantang, tempat pembuangan sampah yang dibedakan, pelayanan kesehatan yang lambat, diisolasi, serta melakukan tindakan medis tanpa pemberitahuan seperti vasektomi secara paksa pada pasien yang

melahirkan dengan tindakan operasi *sectio caesarea* dan pemeriksaan darah (Trijupitasari and Riau, 2017).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Gorontalo dalam menanggapi kasus HIV. Di Provinsi Gorontalo yang mayoritas penduduknya adalah muslim, menjadikan sistem nilai dan norma etnik mayoritas itu sebagai tatanan fundamental dalam menanggapi suatu peristiwa atau fenomena, termasuk fenomena HIV/AIDS. Budaya masyarakat Gorontalo dapat dijelaskan menurut konsep kearifan lokal yaitu budaya "*Huyula*". Semangat kebersamaan dan gotong royong yang disimbolkan dalam bahasa lokal "*Huyula*". Simbol bahasa ini sarat dengan makna saling membantu agar terhindar dari masalah HIV/AIDS. Simbol ini juga mengandung makna kerelaan anggota masyarakat memberi pertolongan dan bantuan serta dukungan bagi mereka yang sudah berada dalam status HIV positif (ODHA) (Irwan, 2017).

2.4 Konsep Budaya Bugis Makassar

1. Definisi Bugis Makassar

Orang Bugis adalah salah satu dari berbagai suku bangsa di Asia Tenggara dengan populasi lebih dari empat juta orang. Mereka mendiami barat daya pulau Sulawesi. Mereka termasuk ke dalam rumpun keluarga besar *Austronesia*. Bugis adalah suku yang tergolong ke dalam suku-suku *Melayu Deutero*. Masuk ke nusantara setelah gelombang migrasi pertama dari daratan Asia tepatnya Yunan. Kata "Bugis" berasal dari kata *To Ugi*, yang berarti orang Bugis (Hijriani, 2018). Dan suku Makassar (Tu Mangkasara') adalah kelompok etnis yang mendiami pesisir selatan pulau Sulawesi, meliputi wilayah Kotamadya Makassar, Kabupaten Gowa, Takalar, Jeneponto, Bantaeng, Kepulauan Selayar, sebagian wilayah Bulukumba sebagian Maros, sebagian Pangkajene dan Kepulauan.

Kebudayaan Bugis Makassar adalah kebudayaan dari suku bangsa Bugis Makassar yang mendalami bagian terbesar dari jazirah selatan dari pulau Sulawesi. Dimana terdiri atas 23 kabupaten, diantaranya dua buah kota madya. Penduduk provinsi Sulawesi Selatan terdiri dari empat suku bangsa ialah: Bugis, Makassar, Toraja dan Mandar. Orang Bugis mendiami kabupaten Bulukumba, Sinjai, Bone, Soppeng, Wajo, Sidenreng-Rappang, Pinrang, Polewali-Mamasa, Enrekang, Luwu, Parepare, Barru, Pangkajene Kepulauan dan Maros. Pangkajene dan Maros merupakan daerah-daerah peralihan yang penduduknya menggunakan bahasa Bugis dan Makassar. Kabupaten Enrekang merupakan daerah peralihan Bugis-Toraja dan penduduknya sering dinamakan orang Duri. Orang Makassar mendiami kabupaten Gowa, Takalar, Jeneponto, Bantaeng, Maros dan Pangkajene (Bugis Makassar) (Kapojos and Wijaya, 2018).

2. Budaya “*Siri*” dalam Budaya Bugis Makassar

Secara historis, *siri* telah ada pada masa lampau. Beberapa petuah-petuah yang terdapat dalam Lontara telah menyinggung bahwa sikap *siri na pesse* merupakan penyangga bagi keberlangsungan kehidupan masyarakat Bugis Makassar. *Siri* menurut hasil penelitian Badewi (2019) antara lain sebagai berikut: “*siri*” merupakan adat kebiasaan yang hidup dan melembaga dalam kehidupan bermasyarakat Sulawesi Selatan sejak dahulu kala hingga dewasa ini. *Siri* mempunyai nilai-nilai positif dalam hidup bermasyarakat, namun tak dapat disangkal bahwa *siri* juga mempunyai aspek-aspek negatif terutama dalam perkembangan dewasa ini (Badewi, 2019).

Selain itu, pengertian *siri* dengan segala permasalahannya antara lain dapat diketahui dari buku *La Toa*. Buku ini berisi tentang pesan dan nasehat untuk dijadikan suri

tauladan (Mattulada, 1985). Tetapi, arti sebenarnya ialah petuah-petuah yang erat hubungannya dengan peranan *siri'* dalam pola hidup atau adat istiadat Suku Bugis Makassar. Menurut (Moein Andi M.G., 1990) beberapa arti *siri'* sebagai berikut:

- a. *Mate Siri'* (orang yang sudah hilang harga dirinya);
- b. *Siri'* sebagai harga diri atau kehormatan;
- c. *Mappakasiri'* artinya dinodai kehormatannya;
- d. *Siri' emmi ri onroang ri lino* artinya hanya jika ada nilai *Siri'* maka hidup ini memiliki makna;
- e. *Passampo Siri'* artinya penutup malu;
- f. *Tomasiri'na* artinya keluarga pihak yang dinodai kehormatannya;
- g. *Parakai Siri'mu* artinya jaga kehormatanmu;
- h. *Masedi Siri'* artinya bersatu dalam satu *Siri'*;
- i. *Mate ri Siri'na* artinya mati dalam *Siri'* yaitu mati dalam mempertahankan kehormatannya;
- j. *Siri'* sebagai perwujudan sikap tegas demi kehormatan tersebut.

Bagi suku Bugis Makassar yang diwariskan amanah untuk menjunjung tinggi adat istiadatnya yang didalamnya terpatri pula sendi-sendi *siri'* tersebut. Manakala harga diri tersebut disinggung yang karenanya melahirkan aspek-aspek *siri'* maka diwajibkan bagi yang tertimpa *siri'* itu untuk melakukan aksi-aksi tantangan. Dapat berupa aksi (perlawanan) seseorang atau aksi (perlawanan) kelompok masing-masing. Adapun batasan umum mengenai *siri'* adalah sebagai berikut (Sartika, 2015):

- a. *Siri'* dalam sistem budaya adalah pranata pertahanan harga diri, kesusilaan dan hukum serta agama sebagai salah satu nilai utamanya yang mempengaruhi dan mewarnai alam pikiran, perasaan dan kemauan manusia. Sebagai konsep

budaya, ia berkedudukan regulator dalam mendinamisasi fungsi-fungsi struktural dalam kebudayaan.

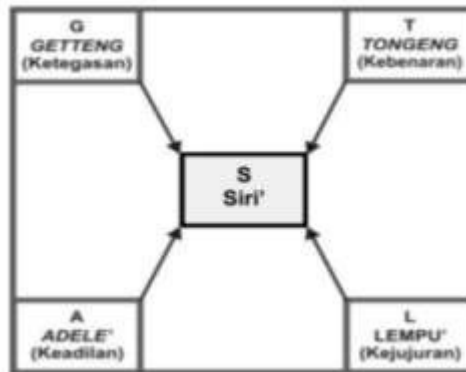
- b. *Siri'* dalam sistem sosial adalah mendinamisasi keseimbangan eksistensi hubungan individu dan masyarakat untuk menjaga kesinambungan kekerabatan. Sebagai dinamika sosial terbuka untuk beralih peranan (*bertransmisi*), beralih bentuk (*bertransformasi*) dan ditafsir ulang (*rein prestasi*) sesuai perkembangan kebudayaan nasional, sehingga *siri'* dapat ikut memperkokoh tegaknya falsafah bangsa Indonesia, Pancasila.
- c. *Siri'* dalam sistem kepribadian, adalah sebagai perwujudan konkrit di dalam akal budi manusia yang menjunjung tinggi kejujuran, keseimbangan, kewajaran, keserasian, keimanan, dan kesungguhan untuk menjaga harkat dan martabat manusia.

Sehingga, *siri'* adalah suatu sistem nilai sosio-kultural dan kepribadian yang merupakan pranata pertahanan harga diri dan martabat manusia sebagai individu dan anggota masyarakat.

3. Ciri-Ciri Konsep *Siri'*

Siri' (bahasa Bugis dan Makassar) adalah sebuah konsep yang sangat menentukan dalam identitas masyarakat Sulawesi Selatan pada umumnya. Konsep *siri'* mengacu pada perasaan malu dan harga diri. Secara fungsional, *siri'* tidak berdiri sendiri melainkan dibangun dari nilai-nilai tradisional yang kental dipegang dan dipraktikkan selama ini oleh masyarakat pendukungnya. Nilai-nilai yang membangun *siri'* terdiri dari *tongeng* (kebenaran), *getteng* (ketegasan), *lempu'* (kejujuran), dan *adele'* (keadilan). Keempat nilai-nilai tersebut dianalogikan sebagai rumah persegi empat yang memiliki empat tiang. Keempat pilar itu dapat dianalogikan sebagai *sulapa appa* (bersegi/sudut empat) yang berbentuk bujur sangkar. Sisi-sisi

dari bujur sangkar itu masing-masing diwakili oleh nilai-nilai tersebut terlihat pada gambar 2.4 (Tenrigau, 2017).



Gambar 2. 4 *Sulapa Appa' Nilai Siri' na Pesse* (Tenrigau, 2017)

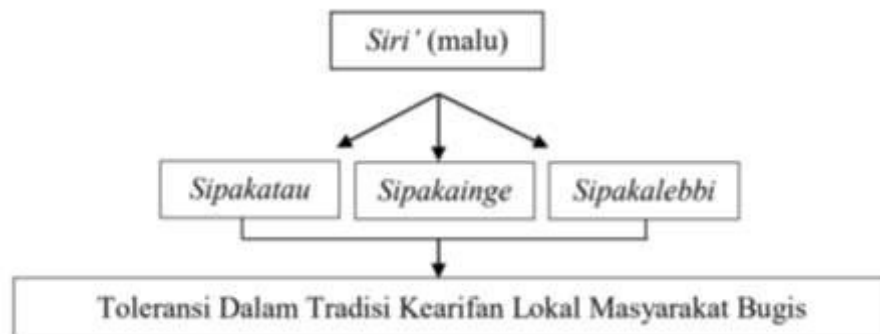
Keempat nilai tersebut mengandung makna yang lebih dalam karena berhubungan dengan transendental yang merupakan prinsip-prinsip yang dianut dalam masyarakat. Nilai-nilai tersebut senantiasa dijaga dan dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari sehingga terinternalisasi dalam diri masyarakat. Mattulada juga mengemukakan, bahwa peradaban (*panggadereng*) meliputi lima (5) unsur, yaitu (Mattulada, 1985):

- a. *Ade*; aturan perilaku di dalam masyarakat, berupa kaidah kehidupan yang mengikat semua warga masyarakat.
- b. *Bicara*, aturan peradilan yang menentukan sesuatu hal yang adil dan benar, dan sebaliknya curang atau salah.
- c. *Wari*, aturan ketatalaksanaan yang mengatur segala sesuatu yang berkenaan dengan kewajaran dan hubungan kekerabatan dan silsilah.
- d. *Rapang*, aturan yang menempatkan kejadian atau ikhwal masa lalu sebagai teladan atau kejadian yang patut diperhatikan atau diikuti bagi keperluan masa kini.
- e. *Syara'*; aturan atau syariat Islam yang menjadi unsur *panggadereng*, pada saat Islam diterima sebagai agama resmi dan dianut secara umum oleh masyarakat Bugis.

Panggadereng dan kelima unsurnya itu dibangun diatas konsep *siri'* yang menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia.

4. Budaya 3S (*Sipakatau*, *Sipakainge*, *Sipakalebbi*) dalam Bugis Makassar

Selain budaya *siri'* yang sangat kental dalam kebudayaan Bugis-Makassar juga dikenal tiga *sipa'* (*Sipakatau* “saling memanusiaikan”, *Sipakainge'* (saling mengingatkan”, dan *Sipakalebbi'* “saling menghormati”) yang dapat menjadi pedoman dalam kehidupan sosial masyarakat Bugis-Makassar (Rahim, 2019). Menurut (Nurmalasari and Mamonto, 2020) menunjukkan bahwa budaya *Sipakatau*, *Sipakainge*, dan *Sipakalebbi* memiliki nilai-nilai toleransi kearifan lokal yang dijadikan pedoman hidup, dimana masyarakat Bugis menekankan prinsip *Siri'* (malu) dan menjunjung tinggi nilai *Sipakatau*, *Sipakainge*, dan *Sipakalebbi*.



Sumber : (Nurmalasari and Mamonto, 2020)

Nilai-nilai budaya *sipakatau*, *sipakainge* dan *sipakalebbi* (3S) masih jelas tercermin pada pergaulan sehari-hari dan bisa menjadi pedoman dalam kehidupan sosial. Ketiga *sipa* yang dimaksud yaitu (Maida, 2016):

- a. *Sipakatau'*, merupakan sifat untuk memandang manusia seperti manusia. Maksudnya dalam kehidupan sosial kita selayaknya memandang manusia seperti manusia seutuhnya dalam kondisi apapun. Pada intinya kita seharusnya saling

menghormati sesama manusia tanpa melihat dia miskin atau kaya atau dalam keadaan apapun.

- b. *Sipakainge'*, merupakan sifat saling mengingatkan. Hal yang tak dapat dipungkiri dari manusia yaitu, memiliki kekurangan. Karena tentunya manusia tidaklah sempurna, walaupun manusia adalah ciptaan-Nya yang paling sempurna dimuka bumi ini.
- c. *Sipakalebbi*, sifat yang melarang kita melihat manusia dengan segala kekurangannya. Seperti mengingat kebaikan orang dan melupakan keburukannya. Manusia memiliki naluri yang senang dipuji, jadi saling memuji dapat menjernihkan suasana dan mengeratkan tali silaturahmi.

Kata *sipakatau* adalah sikap yang memanusiaikan manusia seutuhnya dalam kondisi apapun. Artinya, dalam menjalani kehidupan sosial kita selayaknya memandang manusia seperti manusia seutuhnya dalam kondisi apapun tanpa melihat dari latar belakang status ekonomi, pendidikan, dan lain sebagainya. *Sipakatau* merupakan bentuk penghormatan terhadap hak asasi manusia dalam masyarakat Bugis Makassar. Penghormatan dan perlindungan HAM tersebut mutlak diberikan tanpa pengecualian dan tanpa perbedaan menurut bangsa, suku, ras, agama, jenis kelamin, maupun status sosial dan status hukum dari seseorang. Oleh karena itu orang Bugis Makassar tidak akan memperlakukan manusia lainnya dengan seadanya, tetapi cenderung memandang manusia lainnya dengan penuh martabat hingga siapapun yang berada dalam kondisi tersebut akan senang dan bersemangat (Zainal, 2018).

Kemudian *sipakainge'* merupakan sifat saling mengingatkan yang harus dimiliki oleh setiap manusia demi keseimbangan kehidupan. Budaya *sipakainge'* hadir sebagai penuntun bagi masyarakat Bugis yang bertujuan agar senantiasa

saling mengingatkan dan menasehati antara satu sama lain. Selain itu, *sipakainge'* ini diperlukan dalam kehidupan untuk memberikan masukan baik berupa kritik dan saran satu sama lain. Mengingat manusia adalah makhluk sosial yang tidak terlepas dari kekhilafan, kesalahan dan dosa, sehingga sebagai manusia yang hidup dalam struktur masyarakat diharapkan saling mengingatkan ketika melakukan tindakan yang di luar norma dan etika yang ada. Kritik dan saran ini tentunya dibutuhkan untuk melakukan perbaikan atas kesalahan dan kekurangan yang dilakukan (Rahim, 2019).

Istilah *sipakalebbi* merupakan nilai kedua yang mengusung dan mengarah pada nilai saling menghargai kelebihan seseorang dengan bentuk pengakuan akan kelebihan yang dimiliki seseorang. Maka sifat *sipakalebbi* ini adalah wujud apresiasi. Sifat yang mampu melihat sisi baik dari orang lain dan memberikan ucapan bertutur kata yang baik atas prestasi yang telah diraihinya atau bertutur kata yang baik antara yang muda dan tua. Nilai ini mengajarkan untuk senantiasa memperlakukan orang lain dengan baik dan memandang orang dengan segala kelebihannya, artinya ketika kita berinteraksi dengan seseorang seyogianya melihat dengan objektif kelebihan yang dimiliki seseorang tanpa hanya selalu memandang kekurangan yang ada pada diri seseorang tersebut, dengan nilai ini kita dapat selalu memiliki pandangan yang positif terhadap setiap manusia (Sulo, 2018).

5. Nilai budaya *Ajjoareng-Joa* (*Patron-Klien*) dalam budaya Bugis Makassar

Masyarakat Bugis Makassar memiliki sistem stratifikasi sosial, yang memposisikan setiap individu menurut garis keturunan mereka atau mobilitas sosial seseorang. Terdapat satu sistem yang memberi peluang terjadinya proses mobilitas

sosial dan persaingan atau kerjasama antar kategori sosial lain. Sistem sosial ini disebut *patron klien* atau dalam masyarakat Bugis Makassar dikatakan *ajjoareng-joa'* (Ramidha M, Ahmadin and Jumadi, 2019).

Dalam masyarakat Bugis terdapat dua jenis *klien (joa')*. Pertama, *joa'* yang berasal dari kelompok masyarakat yang berstatus sosial biasa (*ata*) dengan mengabdikan langsung kepada *ajjoareng*, misalnya menjadi pengawal atau pekerja di rumah dan tanah milik *ajjoareng*. Jenis yang kedua adalah *joa'* dari kelompok yang berstatus sosial tinggi atau bangsawan dengan status sebagai pendukung. *Joa'* jenis ini juga memiliki pengikut dan pendukung sendiri. Untuk dapat mempertahankan kedudukan dan status politik maka seorang *ajjoareng* harus memperluas dan memelihara jaringan *joa'*-nya (Supartiningsih, 2016).

Ajjoareng dan *joa'* merupakan proses jalinan hubungan dengan sukarela. Karena itu hubungan yang selama ini dijalin dapat dihentikan dan diakhiri kapan saja. Penghentian hubungan bisa dari pihak *ajjoareng* yang biasanya disebabkan karena *joa'* tidak dapat menunaikan kewajiban atas tuannya. Namun pihak *joa'* juga bisa mengakhiri hubungan antara lain karena alasan bahwa *ajjoareng* tidak bisa lagi memberikan perlindungan seperti yang diharapkannya. Untuk itu *joa'* dapat saja berpaling dengan menjalin hubungan *ajjoareng* dengan lain. Bahkan, pemutusan hubungan bisa dilakukan *joa'* jika menilai bahwa sudah tidak lagi membutuhkan *ajjoareng* karena merasa sudah bisa melindungi dirinya sendiri dan mandiri secara ekonomi atau sosial (Wahyuni, 2014).

Konsep ini merupakan sebuah nilai demokrasi dalam masyarakat Bugis. Pemimpin dipilih berdasarkan suara mayoritas dengan indikator jumlah *joa'* baik dari kalangan biasa

maupun dari kalangan bangsawan yang memiliki *joa'* sendiri yang dianggap sebagai 'orang terpandang' (*to riakkitangi*) atau 'orang yang dihargai' (*to riasiriqi*). Ikatan antara *ajjoareng-joa'* atau dengan istilah *patron-klien* ini merupakan kunci dalam masyarakat Bugis-Makassar di Sulawesi Selatan. Hubungan ini dikenal dengan nama "*minawang*". Prinsip mereka dalam hubungan ini adalah golongan yang lebih tinggi memiliki kekuatan yang lebih di mata masyarakat Sulawesi Selatan umumnya. Sehingga terlihat jelas strata yang terbentuk di masyarakat ini. Setiap strata memiliki hak dan kewajiban yang harus dijalankan oleh masing-masing agar terjadi keseimbangan (Heddy Shri Ahimsa Putra, 1988).

Hubungan *patron-klien* tidak akan berjalan mulus tanpa ada unsur-unsur yang menyertainya, antara lain (Ramidha M, Ahmadin and Jumadi, 2019):

1. Apa yang diberikan oleh satu pihak berharga di mata pihak lain, sehingga timbul keinginan atau rasa ingin membalas pemberian tersebut.
2. Adanya hubungan timbal balik (sebagai reaksi dari unsur pertama).
3. Adanya norma dalam masyarakat yang memberi hak klien untuk melakukan penawaran, (bila pemberian tidak sesuai boleh pindah patron).

Patron Klien memiliki ciri-ciri hubungan yaitu: adanya ketidaksamaan (*inequality*) dalam pertukaran timbal balik, dan pemberian sang patron kepada klien dianggap tidak seimbang, sehingga mengikat klien untuk senantiasa loyal pada patron. Poin ini dapat menimbulkan dua kemungkinan. Pertama adanya rasa saling ketergantungan yang berakibat mempererat hubungan antara patron dan klien, kedua klien melepaskan diri dari patron, karena apa yang dia terima merasa tidak sebanding

dengan yang dia beri. Pengaruh *chemistry* yang mempengaruhi berjalannya hubungan ini lebih dekat, lebih dari sekedar hubungan kerja sama karena ada unsur emosional di dalamnya serta bersifat luwes dan meluas (*diffuse flexibility*) (Ramidha M, Ahmadin and Jumadi, 2019).

Hubungan tidak hanya sebatas kebutuhan saat ini, akan tetapi dapat meluas sebagai teman di waktu kecil, tetangga dan sebagainya. Orang Makassar memiliki ungkapan untuk saling mendukung dan menguatkan antara martabat, tingkat kebangsawanan dan banyaknya pengikut dalam masyarakat Sulawesi tertulis seperti berikut :“...*bahwa seorang karaeng yang baik mempunyai pengikut yang baik, sedang karaeng yang jelek, jelek pula pengikutnya* (Heddy Shri Ahimsa Putra, 1988). Hubungan patron-klien sebagai suatu hubungan yang lumrah dalam masyarakat di Sulawesi Selatan. Karena hubungan ini sudah masuk ke dalam lingkup kebudayaan masyarakat setempat (Heddy Shri Ahimsa Putra, 1988).

2.5 Pemodelan

1. Pemodelan *Structural Equation Modeling* (SEM)

Pemodelan *Structural Equation Modeling* (SEM) merupakan suatu metode statistika yang menggunakan pendekatan *hipotesis testing* atau dikenal dengan istilah konfirmatori. *Structural Equation Modeling* (SEM) termasuk teknik modeling statistik yang bersifat sangat *cross-sectional*, linear dan umum. Termasuk dalam SEM ini adalah analisis faktor (*factor analysis*), analisis jalur (*path analysis*) dan regresi (*regression*) (Carrasco, 2010; Stang, 2017). Definisi lain, SEM adalah teknik analisis multivariat yang digunakan untuk membangun dan menguji model statistik yang biasanya dalam bentuk model-model sebab akibat. Beberapa fungsi SEM, diantaranya ialah (Sarwono, 2010):




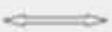

1. Memungkinkan adanya asumsi-asumsi yang lebih fleksibel;
2. Penggunaan analisis faktor penegasan (*confirmatory factor analysis*) untuk mengurangi kesalahan pengukuran dengan memiliki banyak indikator dalam satu variabel laten;
3. Daya tarik *interface* pemodelan grafis untuk memudahkan pengguna membaca keluaran hasil analisis;
4. Kemungkinan adanya pengujian model secara keseluruhan dari pada koefisien-koefisien secara sendiri-sendiri;
5. Kemampuan untuk menguji model-model dengan menggunakan beberapa variabel independen;
6. Kemampuan untuk membuat model terhadap variabel-variabel perantara;
7. Kemampuan untuk membuat model gangguan kesalahan (*error term*);
8. Kemampuan untuk menguji koefisien-koefisien diluar antara beberapa kelompok subjek;
9. Kemampuan untuk mengatasi data yang sulit, seperti data *time series* dengan kesalahan *autokorelasi*, data yang tidak normal, dan data yang tidak lengkap.

Isi sebuah model SEM adalah variabel-variabel, yaitu variabel laten dan variabel manifest. Jika ada variabel laten maka pastilah ada variabel manifest. Adapun Variabel-variabel Pada SEM (Murhadi, 2011):

- a. Variabel laten disebut pula dengan istilah *unobserved variabel*, konstruk atau konstruk latin, yaitu variabel yang tidak dapat diukur secara langsung, kecuali diukur dengan satu atau lebih variabel manifest. Variabel laten ini digambarkan dengan ikon lingkaran atau oval atau elips. Variabel laten dibedakan menjadi dua bagian, yaitu:

- 1) Variabel laten/konstruksi Eksogen (*variabel independen*), yaitu variabel yang mempengaruhi nilai dari variabel lain dalam model.
 - 2) Variabel laten/konstruksi Endogen (*variabel dependen*), yaitu variabel yang dipengaruhi secara langsung maupun tidak langsung oleh variabel eksogen.
- b. Variabel manifest adalah variabel yang digunakan untuk menjelaskan atau mengukur sebuah variabel laten. Variabel manifest sering juga disebut dengan istilah *observed variable*, *measured variable* atau *indicator*. Variabel *manifest* adalah variabel yang datanya harus dicari melalui penelitian lapangan.

Dalam sebuah model SEM, sebuah variabel laten dapat berfungsi sebagai variabel eksogen atau variabel endogen. Variabel eksogen adalah variabel independen yang mempengaruhi variabel dependen. Pada model SEM, variabel eksogen ditunjukkan dengan adanya anak panah yang berasal dari variabel tersebut menuju ke variabel endogen. Variabel endogen adalah variabel dependen yang dipengaruhi oleh variabel independen (eksogen). Dalam model SEM, variabel endogen ditunjukkan dengan adanya anak panah yang menuju variabel tersebut. Dalam sebuah model SEM, sebuah variabel dependen dapat saja menjadi variabel independen untuk variabel yang lain. Notasi simbol yang digunakan SEM adalah (Sarwono, 2010):

Notasi Simbol	Deskripsi
	Variabel yang tidak terobservasi / var laten / faktor
	Variabel yang diobservasi / indikator / manifest
	Menunjukkan pengaruh dari satu variabel ke var lainnya
	Menunjukkan kovarian / korelasi antara sepasang variabel
	Measurement error dan residual error

Untuk melakukan analisis SEM diperlukan langkah-langkah sebagai berikut (Murhadi, 2011):

- a. Pertama, kita membuat spesifikasi model yang didasarkan pada teori, kemudian menentukan bagaimana mengukur konstruk-konstruk, mengumpulkan data, dan kemudian masukkan data ke aplikasi *Amos*.
- b. Kedua, aplikasi *Amos* akan mencocokkan data kedalam model yang sudah di spesifikasi, kemudian memberikan hasil yang mencakup semua angka-angka statistik kecocokan model dan estimasi-estimasi parameter.
- c. Ketiga, masukkan data yang biasanya dalam bentuk matriks kovarian dari variabel-variabel yang sedang diukur, misalnya nilai butir-butir pertanyaan yang digunakan. Bentuk masukan lainnya dapat berupa matriks korelasi dan rata-rata (*mean*). Data dapat berupa data mentah kemudian diubah menjadi kovarian dan rata-rata.
- d. Keempat, membuat estimasi sesuai keperluan riset.
- e. Kelima, mencocokkan data dengan model yang sudah dibuat.

2. Pemodelan Terkait Stigma HIV

Pemodelan merupakan suatu proses dalam membuat sebuah model dari sistem. Model adalah representasi dari sebuah bentuk nyata, sedangkan sistem adalah saling keterhubungan antar elemen yang membangun sebuah kesatuan, biasanya

dibangun untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan suatu pemodelan adalah untuk menganalisa dan memberi prediksi yang dapat mendekati kenyataan sebelum sistem diterapkan di lapangan. Begitupun masalah stigma terkait HIV, dengan membuat pemodelan dapat memformulasikan sebuah proses tertentu dalam mengurangi stigma.

Penelitian yang dilakukan oleh Zang Chunpeng (2014) mengatakan bahwa stigma HIV berakar pada budaya, oleh karena itu penting untuk menyelidikinya dalam konteks budaya. Telah didokumentasikan bahwa stigma HIV merupakan penghalang untuk mendapatkan layanan pengobatan karena takut diskriminasi oleh petugas kesehatan dan publik, rasa malu dibawa ke diri mereka sendiri dan keluarga mereka (Choi and Miller, 2014). Sebagai hasil dari sikap budaya terhadap HIV/AIDS, orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) dapat menginternalisasi perasaan mereka sebagai stigma negatif yang dirasakan oleh masyarakat. Hasil penelitian mengungkapkan stigma diri dikaitkan dengan dukungan sosial dari tetangga ($b = -0,27$); dan stigma publik dikaitkan dengan dukungan sosial dari tetangga ($b = -0.24$). Penelitian ini mendokumentasikan bahwa stigma HIV dapat memediasi hubungan antara budaya kolektifis dan dukungan jaringan sosial (Mak *et al.*, 2015).

Stigmatisasi adalah konstruksi budaya dan pengalamannya berbeda antar negara dan komunitas. Perspektif yang berlawanan ini membantu menjelaskan perbedaan keyakinan, sikap, dan perilaku lintas budaya. Menurut penelitian Collins Airhihenbuwa, (2019) yang menerapkan model Budaya PEN-3 dalam menilai stigma yaitu identitas budaya (CI), pemberdayaan budaya (CE), serta hubungan dan harapan (RE). Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga dan pusat perawatan kesehatan ditemukan memiliki nilai non stigmatisasi positif dan stigmatisasi

negatif dalam menangani stigma terkait HIV/AIDS (Airhihenbuwa *et al.*, 2019).

Faktor budaya yang menonjol (secara khusus menjadi perhatian) dalam stigma diri. Hal ini juga seperti pada penelitian sebelumnya, bahwa dampak stigma diri pada kesejahteraan mereka yang distigmatisasi di masyarakat. Hal ini berimplikasi dalam pengembangan intervensi budaya yang bertujuan untuk mengurangi stigmatisasi diri dan meningkatkan kesehatan mental di antara kelompok yang terstigma (Loutfy, 2016). W Mark (2015) menyarankan konseling "moralisasi" untuk "memulihkan" kembali penderita. Pendekatan ini didasarkan pada asumsi bahwa pengalaman stigma diri terkait dengan hilangnya moral (yaitu demoralisasi). "Re-moralisasi" memiliki dua fungsi yaitu melawan penghinaan yang dialami oleh individu dengan menggantikan keyakinan mereka "depresiasi moral", dan membangun kepercayaan individu terhadap kapasitas mereka untuk berkontribusi kepada masyarakat dan memenuhi kewajiban sosial, bahkan atau membangun jaringan sosial mereka (Zang and Guida, 2014).

Stigma HIV juga terkait dengan kenyamanan perumahan atau tempat tinggal dan dukungan sosial seperti bantuan emosional, dukungan informasional, dukungan nyata, dukungan penuh kasih sayang, interaksi sosial yang positif (Glynn, 2020). Hasil penelitian Carmen H Logie *et al* (2016) dari pemodelan persamaan *structural* menyebutkan bahwa diskriminasi rasial memiliki efek langsung yang signifikan pada stigma terkait HIV, depresi dan dukungan sosial. Serta efek tidak langsung pada kesehatan yang dinilai melalui stigma. Stigma terkait HIV dan ketidakamanan perumahan memiliki efek langsung pada depresi dan dukungan sosial, dan stigma terkait HIV memiliki efek langsung pada kesehatan yang dinilai sendiri dengan nilai χ^2 (45,

$n = 154$) = 54,28, $p = 0,387$; CFI = 0,997; TLI = 0,996; RMSEA = 0,016 (Loutfy, 2016). Selain itu penelitian Wei Wang et al, (2017) stigma juga menyebabkan seseorang bunuh diri di kalangan ODHA. Harga diri dan depresi sangat berkaitan dengan *self stigma* dan memainkan peran penting dalam ide bunuh diri di kalangan ODHA (Wang et al., 2017).

Penelitian pemodelan lain yang dilakukan oleh Tiffany R. Glynn (2019) menyebutkan bahwa stigma terkait HIV dan stres secara langsung terkait dengan depresi, dan depresi berhubungan langsung dengan kesehatan. Ada efek tidak langsung yang signifikan dari stigma dan stres terhadap kesehatan melalui depresi (Logie et al., 2018). Selain itu Randolph C. H. Chan et al, (2020) meneliti dua proses model yaitu interpersonal dan intrapersonal. Hasil penelitian mengungkapkan proses interpersonal dan intrapersonal yang mendasari stigma HIV dan mental kesehatan. Sementara stigma yang diberlakukan memiliki efek langsung pada tekanan psikologis dan kepuasan hidup. Secara internal ODHA juga sadar akan keyakinan stigmatisasi yang terkait dengan identitas HIV, yang terkait dengan tekanan psikologis yang lebih besar dan yang lebih buruk terhadap kepuasan hidup mereka (Chan et al., 2020).

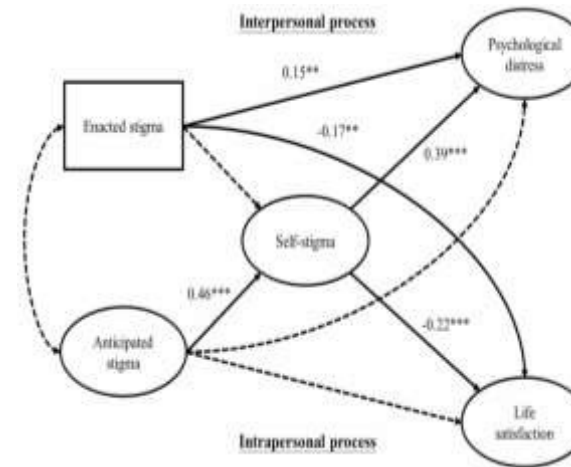
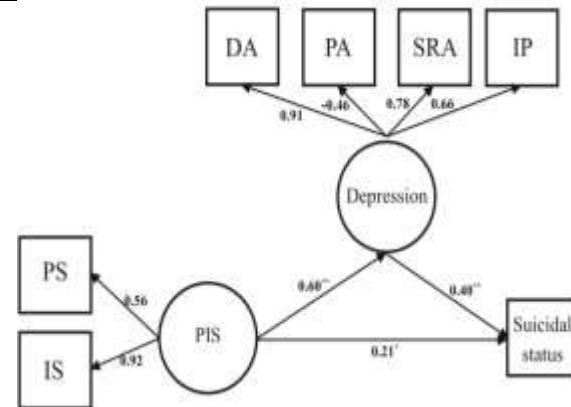
Sintesa Penelitian Terkait Model Stigma HIV

No	Judul / Penulis /Tahun	Variabel Dependen/ Laten	Variabel Independen	Bentuk Model	Hasil
1	<i>A Structural Equation Model of HIV-Related Stigma, Racial Discrimination, Housing Insecurity and Wellbeing among African and Caribbean Black Women Living with HIV in Ontario, Canada. Carmen H. Logie et al, 2016</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stigma terkait HIV = Stigma pribadi, pengungkapan kekhawatiran, citra diri negatif, dan sikap masyarakat. 2. Dukungan Sosial = bantuan emosional, dukungan informasional, dukungan nyata, dukungan penuh kasih sayang, interaksi sosial yang positif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskriminasi rasial = Stigma terkait HIV, ketidakamanan perumahan, depresi, dukungan sosial, Kesehatan yang dinilai sendiri 2. Ketidakamanan perumahan = depresi, dukungan sosial, Kesehatan yang dinilai sendiri. 		<p>Pentingnya ketidakamanan perumahan sebagai penyebab mendasar kesehatan. Interaksi kompleks antara masalah struktural seperti ketidakamanan perumahan, pengucilan sosial, mengentaskan kemiskinan dalam mengurangi stigma, dan membangun jaringan sosial.</p>
2	<i>A structural equation model of perceived and internalized stigma, depression, and suicidal status among people living with HIV/AIDS. Chengbo Zeng et al, 2018.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stigma yang dirasakan dan diinternalisasi (PIS) 2. Depresi 3. Status bunuh diri 	<p>DA: pengaruh depresi; PA: pengaruh positif; SRA: somatik dan terbelakang aktivitas; IP: masalah interpersonal; PS: stigma yang dirasakan; IS stigma yang diinternalisasi.</p>		<p>PIS dikaitkan dengan peningkatan depresi dan kemungkinan status bunuh diri. Depresi pada gilirannya terkait positif dengan status bunuh diri dan memainkan peran mediasi antara PIS dan status bunuh diri.</p>

3 *Interpersonal and intrapersonal manifestations of HIV stigma and their impacts on psychological distress and life satisfaction among people living with HIV: Toward a dual-process model.*
Randolph C. H. Chan, 2020.

Stigma yang diberlakukan/ Stigma dari masyarakat

Antisipasi stigma, *self stigma*, tekanan psikologis, dan kepuasan hidup

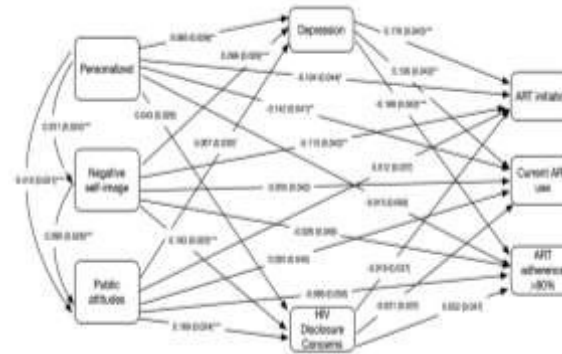


Hasil penelitian mengungkapkan proses interpersonal dan intrapersonal yang mendasari stigma dan Kesehatan mental HIV. Sementara stigma yang diberlakukan memiliki efek langsung pada tekanan psikologis dan kepuasan hidup, ODHA

4 *Pathways From HIV-Related Stigma to Antiretroviral Therapy Measures in the HIV Care Cascade for Women Living With HIV in Canada. Carmen H. Logie et al, 2018.*

Stigma terkait HIV (dipersonalisasi, citra diri negatif, dan sikap publik)

Mulai ART, penggunaan ART saat ini, dan kepatuhan ART 90%, dan Variabel laten melalui depresi dan kekhawatiran pengungkapan HIV

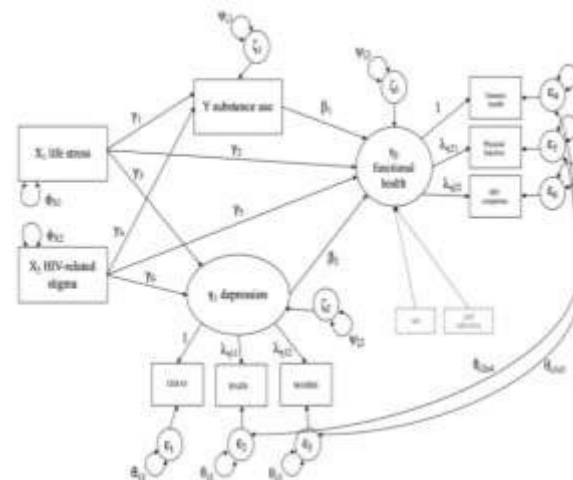


Depresi memediasi jalur dari *self stigma* ke kepatuhan ART, dan citra diri negatif terhadap penggunaan ART dan ketaatan ART saat ini.

5 *Pathways to Health: an Examination of HIV-Related Stigma, Life Stressors, Depression, and Substance Use Scrip. Tiffany R. Glynn, 2019*

Stigma terkait HIV/AIDS dan stres hidup

Kesehatan Fungsional pada ODHA = Variabel Laten: Penggunaan Zat dan Depresi.



Stigma terkait HIV dan stres secara langsung dengan depresi, dan depresi berhubungan langsung dengan kesehatan. Ada efek tidak langsung yang signifikan dari stigma dan stres terhadap kesehatan melalui depresi. Tidak ada efek signifikan yang melibatkan penggunaan zat.

<p>6 <i>Psychological pathway to suicidal ideation among People Living with HIV/AIDS in China: A Structural Equation Model. Wei Wang et al, 2017.</i></p>	<p>Bunuh diri</p>	<p>Stigma yang dirasakan, dukungan sosial, depresi, dan harga diri</p>		<p>Harga diri dan depresi sangat berhubungan dengan stigma, memainkan peran penting dalam ide bunuh diri di kalangan ODHA</p>
<p>7 <i>Cultural model of self stigma among Chinese with substance use Problems. Winnie W.S. Mak et al, 2015.</i></p>	<p>Stigma diri antara budaya Lian dan Mianzi terhadap Kesehatan mental</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emosi moral = Rasa bersalah dan malu 2. Perenungan 		<p>Temuan menunjukkan efek tidak langsung yang signifikan dari Lian tentang perenungan, stigma diri, dan kesehatan mental melalui emosi moral tetapi kami tidak menemukan efek yang sama untuk kekhawatiran Mianzi</p>
<p>8 <i>Stigma, Culture, and HIV and AIDS in the Western Cape, South Africa: An Application of the PEN-3 Cultural</i></p>	<p>Identitas budaya (CI), pemberdayaan budaya (CE), dan hubungan dan harapan (RE)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. CI = Orang, keluarga besar dan Lingkungan 2. CE = Atribut positif, eksistensial dan 		<p>Dalam konteks sosial dan budaya mereka. keluarga dan pusat perawatan kesehatan adalah dua konteks utama yang tidak bisa</p>

Model for
Community-Based
Research. Collins
Airhihenbuwa, 2019

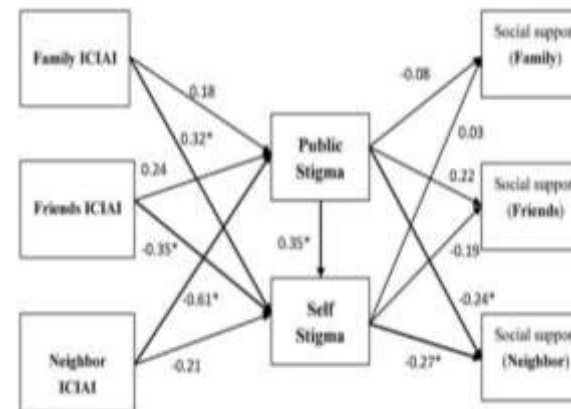
3. negatif
RE = persepsi,
pendukung,
pengasuhannya



dihindari oleh ODHA

9 Collectivism Culture, HIV Stigma and Social Network Support in Anhui, China: A Path Analytic Model. Chunpeng Zang, 2014. Public Stigma dan Self stigma

The Individualisme-Collectivism Interpersonal Assessment Inventory (ICIAI) digunakan untuk mengukur norma dan nilai budaya dalam konteks tiga kelompok sosial, anggota keluarga, teman, dan tetangga.

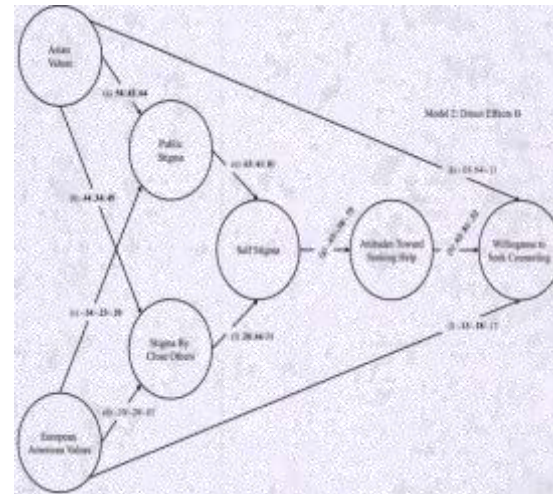


HIV bersifat publik dan stigma diri didorong oleh budaya Individualisme-Kolektivisme. Lebih lanjut, HIV publik dan stigma diri memediasi hubungan antara budaya kolektivisme dan dukungan jaringan sosial.

10 *AAPI College Students' Willingness to Seek Counseling: The Role of Culture, Stigma, and Attitudes.* Na-Yeun Choi and Matthew J. Miller, 2014.

Kesediaan individu AAPI untuk mencari konseling.

Sikap, stigma, dan budaya Asia dan Eropa Amerika.



Budaya adalah variabel distal yang mentransmisikan pengaruhnya stigma terhadap kesediaan untuk mencari konseling.

2.6 Aplikasi Digital untuk Kesehatan

Masuknya era baru yang disebut sebagai revolusi industri 4.0 dan *era society* 5.0 mendorong pemerintah untuk mempercepat pembangunan diberbagai sektor, tidak terkecuali sumber daya manusia, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan. Media online sebagai bentuk kecanggihan teknologi informasi dan komunikasi sangat berperan besar dalam kehidupan manusia, salah satunya dalam meningkatkan pelayanan kesehatan warga dunia. Pada era digital, masyarakat pun semakin menyadari bahwa teknologi komunikasi merupakan salah satu alat yang penting dalam mengatasi cepatnya penyebaran arus informasi. Seperti halnya pada permasalahan HIV/AIDS. Dalam pelayanan perawatan di rumah, pemeriksaan laboratorium maupun pemesanan obat, juga dapat dilakukan melalui aplikasi seluler, terpadu dengan jasa transportasi *daring*. Seperti halnya masalah stigma yang melekat pada orang dengan HIV/AIDS (Use, Information and E-health, 2002).

Sebagai langkah awal untuk memperbaiki stigmatisasi dan diskriminasi terhadap ODHA dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS. Ada beberapa ruang media dapat lakukan untuk membendung gelombang infeksi HIV/AIDS, dan memang banyak organisasi dan LSM yang sudah terlibat dalam upaya meningkatkan kesadaran dan mempromosikan perubahan perilaku yang berkelanjutan untuk mengurangi kerentanan terhadap virus. Salah satu peran yang paling jelas dari media adalah membuka saluran komunikasi dan diskusi tentang HIV/AIDS. Berdasarkan hal tersebut, diperlukan suatu cara atau strategi untuk mendukung dalam upaya menyampaikan pengetahuan dasar tentang HIV kepada masyarakat adalah dengan memanfaatkan sistem operasi android (Soepomo, 2014).

Platform android ini dipilih karena *platform* tersebut berkembang dengan sangat cepat karena bersifat *open source* sehingga mudah dipelajari oleh siapa saja. *Smartphone* dengan sistem operasi android

pun tersedia dalam berbagai bentuk, ukuran, spesifikasi, merek, dan harga sehingga pembeli dapat memilih sesuai dengan kebutuhan mereka, serta aplikasi-aplikasi tersedia secara luas dan mayoritas tidak berbayar. Pembuatan aplikasi pengetahuan HIV/AIDS berbasis android ini adalah aplikasi tersebut dapat menjadi alternatif untuk mempermudah penyebaran informasi-informasi tentang HIV/AIDS kepada masyarakat umum. Hal ini didukung dengan pemilihan aplikasi yang dapat berjalan pada sistem operasi android. Sistem operasi android dipilih dikarenakan selain perangkat elektronik dengan sistem operasi android ini bersifat *open source* sehingga mudah dipelajari oleh siapa saja.

Smartphone dengan sistem operasi android pun tersedia dalam berbagai bentuk, ukuran, spesifikasi, merek, dan harga sehingga pengguna dapat memilih sesuai dengan kebutuhan mereka, serta aplikasi-aplikasi tersedia secara luas dan mayoritas tidak berbayar (Maulik *et al.*, 2017). Itulah mengapa saat ini android menjadi banyak diminati pada masyarakat (Soepomo, 2014; Marent, Henwood and Darking, 2018). Hadirnya aplikasi ini diharapkan mampu meningkatkan tingkat pemahaman masyarakat mengenai informasi HIV/AIDS yang akurat dan bisa diakses dimana saja, meningkatkan tingkat kunjungan ke pelayanan kesehatan, meningkatkan kepatuhan mengkonsumsi obat bagi orang yang terinfeksi HIV dan juga layanan bagi komunitas terdampak lainnya (José A. Bauermeister *et al.*, 2017).

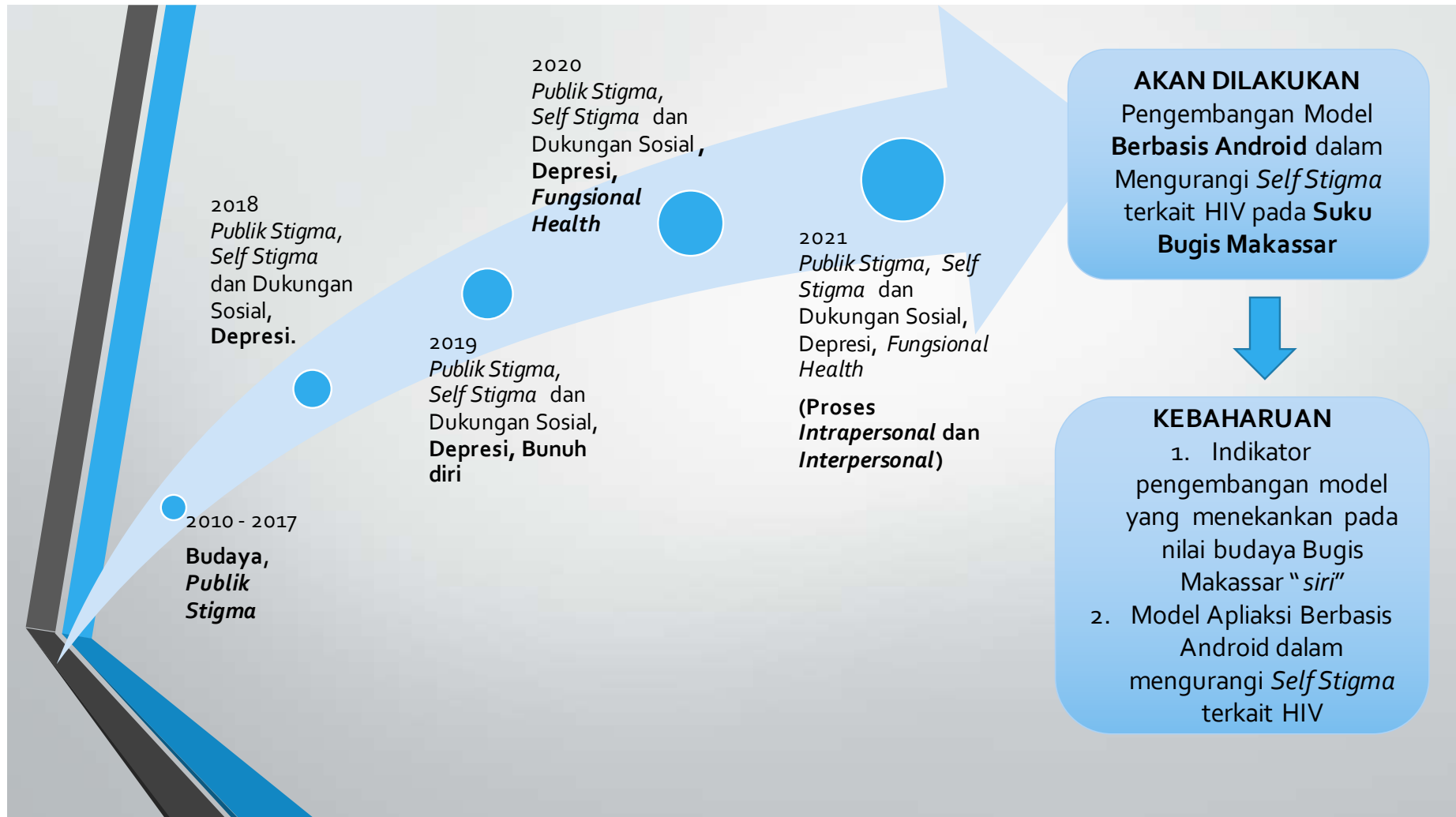
Sebuah tinjauan literatur yang dilakukan oleh Kallander (2013) tentang pendekatan dan pelajaran kesehatan *mobile (mHealth)* untuk peningkatan kinerja dan retensi pekerja kesehatan masyarakat di Lowand yang menunjukkan dampak pada hasil klinis. Aplikasi *mHealth* yang inovatif untuk petugas kesehatan masyarakat termasuk penggunaan ponsel dapat membantu pekerjaannya, alat pendukung keputusan klinis, untuk pengiriman data dan umpan balik instan untuk

menilai kinerja petugas kesehatan (Källander *et al.*, 2013; Marent, Henwood and Darking, 2018)

Sintesa Penelitian Terkait Media dan Aplikasi Kesehatan untuk Mengurangi Stigma Terkait HIV

NO	Penulis/ Tempat/ Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian	Media
1	Tabor E. Flickinger et al.2018. USA	<i>Addressing Stigma Through a Virtual Community for People Living with HIV: A Mixed Methods Study of the PositiveLinks Mobile Health Intervention</i>	77 partisipan.	Menyelidiki perubahan skor stigma setelah dilakukan intervensi <i>Positive Links</i> . <i>Positive Links</i> adalah intervensi kesehatan keliling termasuk papan pesan komunitas anonim aman (CMB)	<i>A Mixed Methods Study</i>	Skor stigma yang lebih baik untuk poster dan bukan poster (- 4,5 vs - 0,63). Bukti awal menunjukkan bahwa komunitas virtual yang mendukung, diakses melalui aplikasi smartphone yang berafiliasi dengan klinik, dapat membantu orang yang hidup dengan HIV untuk mengatasi stigma.	Intervensi <i>Positive Links</i>
2	J. A. Bauermeister et al.2018. USA	<i>HIV and Sexuality Stigma Reduction Through Engagement in Online Forums: Results from the Health MPowerment Intervention</i>	LGBT berkulit putih dan hitam; umur 18–30 sebanyak 238) di <i>United States</i>	Dalam penelitian ini, kami mengeksplorasi apakah keterlibatan YBMS (LGBT) dalam diskusi forum online <i>Mhealth</i> .	<i>(Model Poisson zero-inflated Kombina si intervensi Forum Online.</i>	Adanya perubahan stigma setelah LGBT ikut melakukan diskusi dan memposting terkait pengalaman mereka dan tantangan stigma yang dialami.	Forum Online <i>Mhealth</i>
3	Jelani C. Kerr, et al. 2015.	<i>The Effects of a Mass Media HIV-Risk Reduction Strategy on</i>	1613 remaja Afrika-	Untuk menguji efektivitas strategi media massa	<i>Hierarchical linear modeling</i>	Peserta media menunjukkan pengetahuan terkait HIV yang lebih besar ($p < 0,10$) pada 6 bulan dan	Media Massa

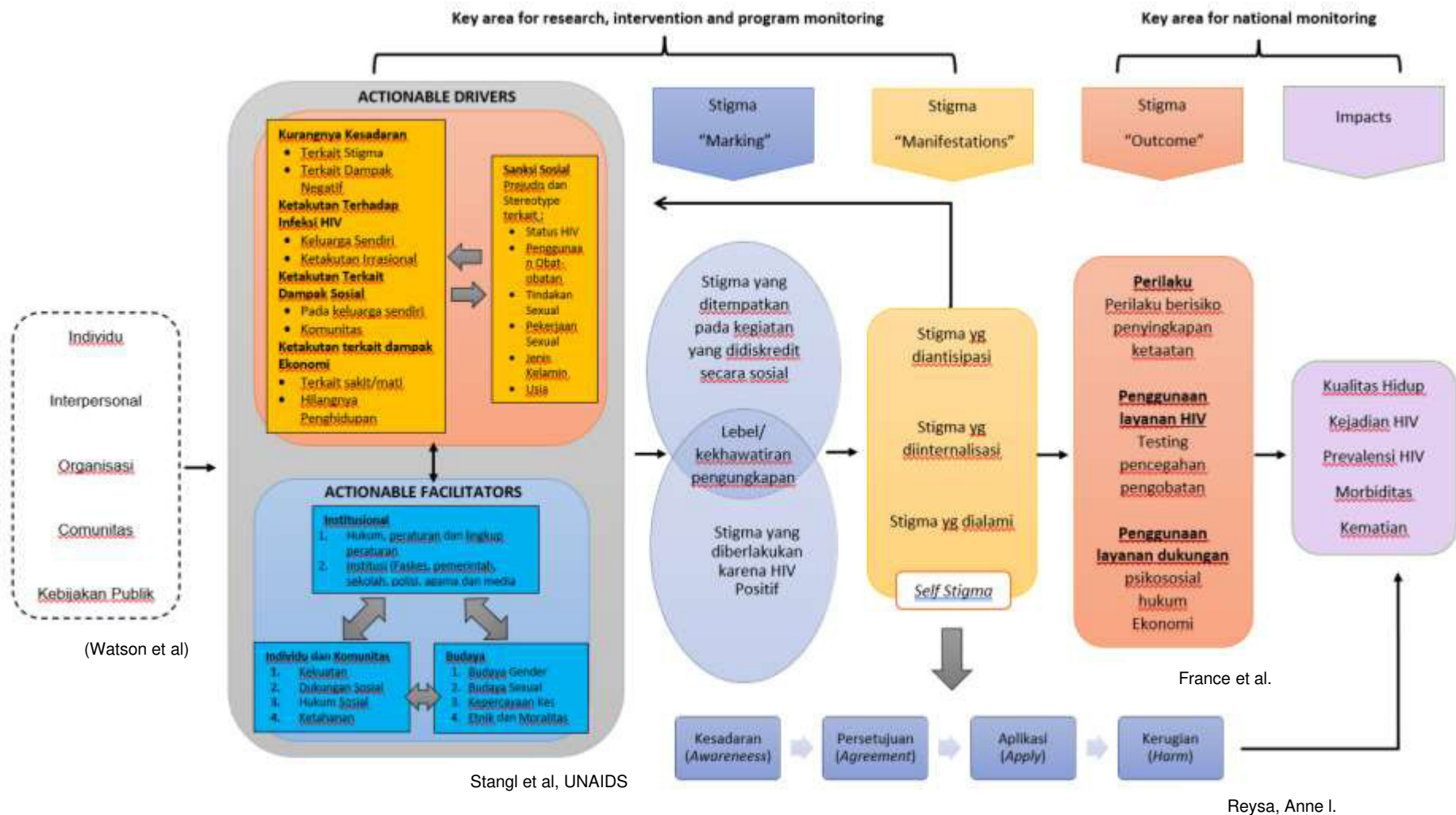
	Colombia	<i>HIV-Related Stigma and Knowledge Among African American Adolescents</i>	Amerika	dalam pengurangan risiko dalam mengatasi stigma.	(HLM)	stigma yang lebih rendah pada 3 bulan (p <0,10). Peserta media FOY memiliki skor stigma 3-bulan (p <0,05) dan 12-bulan (p <0,10) yang lebih rendah dibandingkan peserta FOY non-media.	
4	Mesfin Awoke Bekalu and Steven Eggermont , 2016,	<i>Socioeconomic and socioecological determinants of AIDS stigma and the mediating role of AIDS knowledge and media use</i>	977 penduduk kota dan desa di barat laut Ethiopia.	Model mediasi dan menguji peran pengetahuan HIV/AIDS pada penggunaan media massa di kota dan di desa.	Pemodelan dan menggunakan desain Cross Sectional	Secara umum stigma terlihat lebih rendah diantara sub-kelompok populasi. Analisis menunjukkan bahwa pendidikan dan tempat tinggal di kota secara positif berhubungan dengan penggunaan media.	Media Massa
5	Winnie W.S. Maka, 2015. China	<i>Reducing HIV-related stigma among health-care professionals: a game-based experiential Approach</i>	88 siswa program kesehatan di Hong Kong	Penelitian ini menyelidiki pendekatan baru yang hemat biaya untuk mengurangi stigma terkait HIV di kalangan profesional Kesehatan melalui permainan	Eksperimen	Terlihat efektivitas lebih baik dengan pendekatan pengalaman berbasis game dalam mengurangi stigma terkait HIV.	Aplikasi Game Online



Gambar 2. 5 Sintesa Variabel Penelitian

Kebaruan dalam penelitian ini yaitu model *self stigma* terkait HIV dari penelitian pemodelan sebelumnya melalui variabel dan indikator-indikator dengan menekankan pada nilai budaya yaitu Budaya Bugis Makassar yang belum pernah ada sebelumnya. Kajian stigma terkait HIV ini menjadi spesifik karena nilai *ade siri'* yang masih dipegang teguh masyarakat Bugis Makassar. Terkait masalah stigma HIV, orang Bugis Makassar lebih menyembunyikan status HIV mereka karena adanya budaya *siri'*. *Siri'* dalam diri penderita HIV dan keluarganya berpotensi menyebabkan ODHA tersebut menyembunyikan status mereka dan menutup diri terhadap lingkungannya. Keunggulan lain dari penelitian ini, yaitu setelah didapatkan hasil pemodelan untuk mengurangi *self stigma* terkait HIV khususnya pada suku Bugis Makassar, maka dibuatkan sebuah aplikasi berbasis android yang dinilai lebih efektif dan mudah diakses oleh ODHA dibandingkan dengan media konvensional lainnya.

2.7 Kerangka Teori

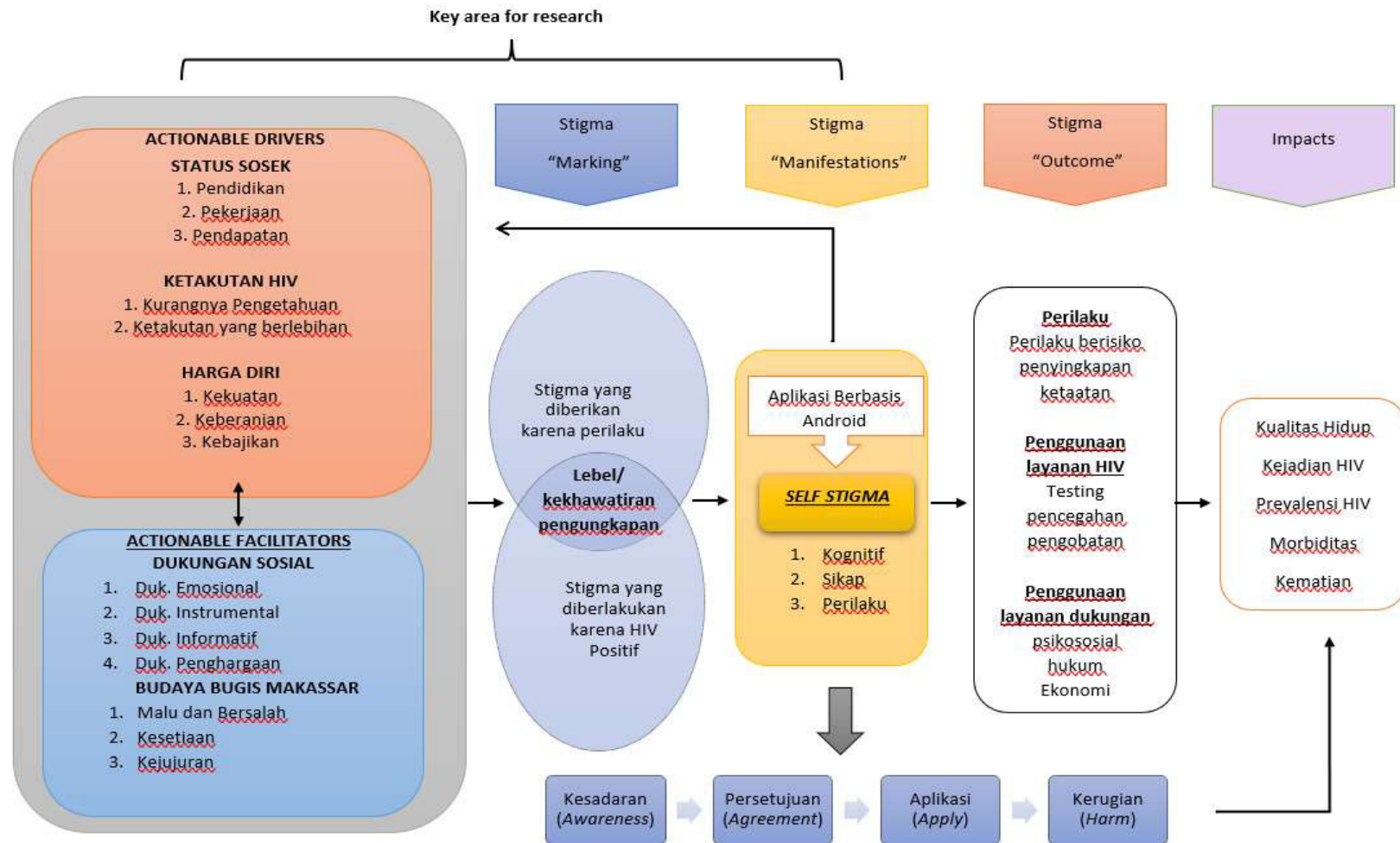


Gambar 2. 6 Kerangka Teori Stigma (Watson et al., 2007; Stangl et al., 2010, 2019; France et al., 2015; Pescosolido, 2016; Anne I. 2017; Reysa, 2017; UNAIDS, 2020)

Kerangka teori ini dimodifikasi dari teori (Watson *et al.*, 2007; Stangl *et al.*, 2010, 2019; France *et al.*, 2015; Pescosolido, 2016; Anne I. Stangl, 2017; Reysa, 2017; UNAIDS, 2020) dengan menekankan pada daerah kunci yaitu faktor dari dalam individu/ pendorong dan fasilitator yang bertanggung jawab dari program penurunan stigma terkait HIV/AIDS. Dalam kerangka teori ini membahas bagaimana stigma dibentuk dari faktor yang berasal dari individu (*actionable drivers*) yaitu kurangnya kesadaran (terkait stigma, terkait dampak negatif), ketakutan terhadap infeksi HIV (kurangnya pengetahuan, ketakutan yang berlebihan), ketakutan terkait dampak sosial (pada keluarga sendiri, komunitas), ketakutan terkait dampak ekonomi (terkait sakit dan kematian dan hilangnya penghidupan). Faktor tersebut saling berhubungan dengan sanksi sosial (*prejudis dan stereotype*): status HIV, penggunaan obat-obatan, tindakan seksual, pekerjaan seksual, jenis kelamin dan usia. Selain faktor dari individu, faktor dari fasilitator (*actionable facilitators*) juga saling berpengaruh satu sama lain membentuk stigma yaitu faktor institusional, individu dan komunitas serta faktor budaya.

Faktor (*actionable drivers*) dan (*actionable facilitators*) membentuk penanda stigma (*stigma marking*) dengan manifestasi berupa *anticipated stigma, internalized stigma, experienced stigma* sampai perilaku diskriminasi. Hal ini berdampak pada perilaku berisiko, penggunaan layanan kesehatan dan dukungan. Akhirnya, stigma terkait HIV memiliki efek hilir pada kejadian HIV serta morbiditas, mortalitas, dan kualitas hidup pada ODHA.

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. 7 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep ini direduksi dari beberapa konsep yang ada dalam kerangka teori untuk membatasi ruang lingkup penelitian. Pada kerangka konsep ini *self stigma* terkait HIV dipengaruhi secara langsung oleh label/kekhawatiran pengungkapan ODHA. Label/kekhawatiran pengungkapan ODHA dipengaruhi oleh status sosial ekonomi, ketakutan akan infeksi HIV, harga diri, dukungan sosial dan budaya.

Tingkat stigma dilaporkan oleh ODHA dikaitkan dengan status sosial ekonomi (pendidikan, pendapatan, pekerjaan). Menurut hasil penelitian, kelas ekonomi menengah kebawah dan pasien yang menganggur melaporkan lebih banyak stigmatisasi dan cenderung memiliki harga diri yang rendah. Variabel harga diri juga memiliki peran penting dalam kehidupan ODHA. Harga diri yang tinggi memiliki efek positif seperti perasaan positif, namun disisi lain harga tinggi memiliki sisi gelap, yaitu keinginan untuk selalu menjaga harga diri dari ancaman orang lain sehingga ego atau harga dirinya tetap menjadi tinggi. Faktor tersebut merupakan faktor yang muncul dari dalam diri ODHA. Sedangkan faktor dari luar individu yaitu dukungan sosial dimana dukungan sosial dapat mengembangkan respon yang positif pada ODHA untuk beradaptasi dengan tekanan yang dihadapi terkait dengan penyakitnya, baik fisik, psikologis maupun sosial.

Faktor budaya, seseorang cenderung menerima stigma, mengembangkan *self stigma* kemudian mengalami rasa malu di dalam keluarga sebagai komunitas mereka. Keseluruhan faktor tersebut membentuk sikap, perasaan dan pandangan ODHA terhadap dirinya sendiri sebagai interaksi dengan lingkungan yang berpengaruh langsung terhadap pengungkapan diri/melabeli diri sendiri dan akan membentuk *self stigma* terhadap diri ODHA. Dampak akhir dari *self stigma* terkait HIV

adalah kualitas hidup ODHA, prevalensi HIV, morbiditas dan mortalitas.

2.9 Hipotesis Penelitian

- a. Ada pengaruh langsung dan tidak langsung antara variabel budaya, sosial ekonomi, dukungan sosial, harga diri, ketakutan akan infeksi HIV dalam upaya mengurangi *self stigma* terkait HIV pada Suku Bugis Makassar.
- b. Ada pengaruh model *self stigma* berbasis aplikasi “Bestie ODHA” dalam mengurangi *self stigma* terkait HIV pada Suku Bugis Makassar.