

Penguatan Literasi dan Lingkungan Sosial sebagai Upaya Transformasi Paradigma Masyarakat terhadap HIV/AIDS

Muhammad Nur¹ , Syamsir Syamsir² , Muhammad Asikin³ 

¹ Keperawatan Makassar, Poltekkes Kemenkes Makassar

^{2,3} Keperawatan ParePare, Poltekkes Kemenkes Makassar

Abstrak: Stigma masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) masih menjadi hambatan utama dalam upaya pengendalian epidemi HIV. Literasi kesehatan dan lingkungan sosial berperan dalam membentuk paradigma masyarakat terhadap ODHA. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh literasi dan lingkungan sosial terhadap stigma masyarakat dalam kerangka pengabdian masyarakat berbasis komunitas. Penelitian menggunakan desain analitik potong lintang. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Salimbongan Kabupaten Pinrang pada Oktober–Desember 2025. Sampel berjumlah 200 responden yang dipilih secara purposive. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis dilakukan secara univariat, bivariat dengan uji Chi-square, dan multivariat menggunakan regresi logistik. Sebagian responden masih menunjukkan stigma terhadap ODHA. Analisis bivariat menunjukkan hubungan signifikan antara pengetahuan, persepsi, sikap keluarga, dan sikap tokoh masyarakat dengan stigma ($p < 0,05$). Analisis multivariat menunjukkan bahwa sikap tokoh masyarakat dan sikap keluarga menjadi determinan paling dominan terhadap stigma masyarakat setelah dikontrol variabel lain. Penguatan literasi saja tidak cukup untuk menurunkan stigma. Intervensi berbasis komunitas yang melibatkan aktor sosial kunci lebih efektif dalam mentransformasi paradigma masyarakat terhadap HIV/AIDS.

Kata Kunci: stigma HIV, literasi kesehatan, lingkungan sosial, ODHA, pengabdian masyarakat.

Strengthening Literacy and the Social Environment as an Effort to Transform the Community's Paradigm towards HIV/AIDS

Abstract: Public stigma against people living with HIV/AIDS (ODHA) remains a major obstacle in efforts to control the HIV epidemic. Health literacy and the social environment play a role in shaping the public's perception of ODHA. This study aims to analyze the influence of literacy and the social environment on public stigma within a community-based community service framework. The study used a cross-sectional analytical design. The study was conducted in the Salimbongan Community Health Center (Puskesmas) area of Pinrang Regency from October to December 2025. A sample of 200 respondents was selected purposively. Data were collected using a structured questionnaire. Analysis was performed using univariate, bivariate analysis using the Chi-square test, and multivariate analysis using logistic regression. Some respondents still exhibited stigma against ODHA. Bivariate analysis showed a significant relationship between knowledge, perceptions, family attitudes, and community leaders' attitudes with stigma ($p < 0.05$). Multivariate analysis showed that community leaders' and family attitudes were the most dominant determinants of public stigma after controlling for other variables. Strengthening literacy alone is not sufficient to reduce stigma. Community-based interventions involving key social actors are more effective in transforming societal attitudes toward HIV/AIDS.

Keywords: HIV stigma, health literacy, social environment, ODHA, community service.

Corresponding Author: Muhammad Nur, E-mail: muhnur@poltekkes-mks.ac.id

Source: Muhammad Nur *dkk.*, (2026), Jurnal Inovasi Pengabdian Masyarakat Celebes, *JIPMC*, Vol.2, (No.1) Hal. 1–9.

Submission Date: February, 02, 2026 Acceptance Date: May, 05, 2026 Online Publishing: June, 01, 2026

1 PENDAHULUAN

HIV/AIDS masih menjadi tantangan kesehatan global yang memerlukan pendekatan multidimensional. World Health Organization melaporkan bahwa epidemi HIV belum sepenuhnya terkendali dan hambatan sosial masih menghambat akses layanan pencegahan serta terapi (WHO, 2019) [1]. UNAIDS menegaskan bahwa stigma dan diskriminasi menjadi penghalang utama dalam pencapaian target global 2030 (UNAIDS, 2026)[2]. Stigma meningkatkan keterlambatan diagnosis dan menurunkan retensi terapi. Rueda et al. (2020) menunjukkan bahwa stigma memperburuk kesehatan mental dan kepatuhan pengobatan [3]. Argumentasi ini menegaskan bahwa HIV/AIDS bukan hanya persoalan klinis, tetapi juga persoalan sosial yang memerlukan transformasi paradigma masyarakat.

Beberapa hasil penelitian melaporkan bahwa literasi kesehatan berperan dalam menurunkan stigma melalui peningkatan pemahaman tentang mekanisme penularan dan pencegahan. Davey et al. (2021) melaporkan bahwa intervensi berbasis komunitas efektif ketika memadukan edukasi dan partisipasi sosial [4]. Li et al. (2009) menunjukkan bahwa norma sosial memengaruhi sikap kolektif terhadap ODHA [5]. Namun, beberapa penelitian menemukan bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menghasilkan perubahan sikap. Individu dapat memahami informasi medis tetapi tetap mempertahankan bias moral karena tekanan norma komunitas. Kontradiksi ini menunjukkan bahwa faktor kognitif dan sosial saling berinteraksi dalam pembentukan stigma.

Kesenjangan ilmiah masih terlihat pada integrasi kedua faktor tersebut dalam satu model analitik yang komprehensif. Sebagian besar penelitian menilai pengetahuan atau persepsi secara terpisah dari faktor lingkungan sosial. Studi yang menganalisis peran sikap tokoh masyarakat dan keluarga secara simultan masih terbatas, terutama dalam konteks Asia Tenggara dan Indonesia. Padahal, struktur sosial komunal dapat memperkuat legitimasi stigma melalui norma kolektif. Kekosongan bukti ini menghambat perumusan intervensi berbasis komunitas yang efektif dan kontekstual.

World Health Organization dalam strategi 2022–2030 menekankan integrasi determinan sosial dalam pengendalian HIV [1]. Chan (2021) menjelaskan bahwa stigma beroperasi melalui mekanisme interpersonal dan struktural. Literatur terbaru menggarisbawahi pentingnya keterlibatan aktor sosial dalam perubahan norma [6]. Namun, penerapan model tersebut dalam penelitian berbasis pengabdian masyarakat di Indonesia masih jarang dilakukan.

Berdasarkan struktur argumen tersebut, pengabdian masyarakat ini bertujuan menganalisis peran literasi dan lingkungan sosial dalam transformasi paradigma masyarakat terhadap HIV/AIDS melalui pendekatan analitik berbasis pengabdian masyarakat. Pengabdian masyarakat ini menguji determinan kognitif dan sosial secara simultan untuk mengidentifikasi faktor paling dominan yang memengaruhi stigma terhadap ODHA. Hasil penelitian diharapkan memberikan kontribusi teoretis pada pengembangan model sosial-ekologis serta kontribusi praktis pada desain intervensi komunitas yang lebih efektif.

2 METODE DAN BAHAN

2.1 Desain Studi

Pengabdian masyarakat ini menggunakan desain analitik observasional dengan pendekatan potong lintang. Desain ini mengikuti pedoman Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Pengabdian masyarakat bertujuan menganalisis hubungan faktor kognitif dan lingkungan sosial dengan stigma masyarakat terhadap ODHA. Kegiatan dilaksanakan dalam kerangka pengabdian masyarakat berbasis komunitas. Pengabdian masyarakat dilakukan selama tiga bulan, yaitu Oktober hingga Desember 2025. Lokasi dan Waktu Pengabdian masyarakat Pengabdian masyarakat dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Salimbongan, Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan. Lokasi ini dipilih karena memiliki karakteristik masyarakat komunal dan data HIV yang terdokumentasi secara sistematis di tingkat pelayanan primer.

2.2 Sumber Data

Data diperoleh dari dua sumber. Data sekunder berasal dari database Puskesmas Salimbongan terkait karakteristik demografis wilayah dan informasi program HIV. Data primer diperoleh melalui pengisian kuesioner terstruktur oleh responden. Kuesioner dikembangkan berdasarkan indikator literasi HIV dan konstruksi stigma terhadap ODHA.

2.3 Populasi dan Sampel

Populasi pengabdian masyarakat adalah masyarakat yang berdiam di wilayah kerja Puskesmas Salimbongan. Sampel berjumlah 200 responden. Penentuan sampel menggunakan teknik purposive sampling dengan kriteria inklusi masyarakat berusia 18 tahun dan bersedia menjadi responden. Responden yang tidak menyelesaikan kuesioner secara lengkap dikeluarkan dari analisis.

2.4 Pengukuran Variabel

Variabel independen terdiri atas karakteristik subjek, pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi terhadap HIV/AIDS, keterpaparan informasi, sikap tetangga, sikap keluarga, dan sikap tokoh masyarakat. Variabel dependen

adalah stigma masyarakat terhadap ODHA. Pengetahuan diukur menggunakan pertanyaan pilihan ganda terkait penularan dan pencegahan HIV. Skor dikategorikan menjadi baik dan kurang berdasarkan nilai median. Persepsi dan sikap diukur menggunakan skala Likert. Skor kemudian dikategorikan menjadi positif dan negatif. Stigma diukur berdasarkan respons terhadap pernyataan diskriminatif terhadap ODHA. Hasil dikategorikan menjadi stigma dan tidak stigma.

2.5 Pertimbangan Etika

Pengabdian masyarakat ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Pengabdian masyarakat Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Makassar. Seluruh responden menandatangani lembar persetujuan setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur pengabdian masyarakat. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas responden dan hanya menggunakan data untuk kepentingan ilmiah.

2.6 Analisis Statistik

Analisis dilakukan menggunakan perangkat lunak statistik. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan distribusi karakteristik responden. Analisis bivariat dilakukan dengan uji Chi-square untuk menilai hubungan antara variabel independen dan stigma. Variabel dengan nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat dimasukkan ke dalam model regresi logistik ganda. Analisis multivariat digunakan untuk menentukan faktor determinan dominan dengan menghitung adjusted odds ratio (AOR) dan interval kepercayaan 95%. Tingkat signifikansi ditetapkan pada $p < 0,05$ [7].

3 HASIL

3.1 Distribusi Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 200 responden. Mayoritas responden berusia 26–35 tahun sebesar 36,0%. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar 59,0%. Pendidikan responden didominasi tingkat menengah sebesar 49,0. Sebanyak 56,0% responden memiliki pendapatan di bawah UMR. Responden yang bekerja sebagai pegawai swasta sebesar 34,0%. Sebagian besar responden berstatus menikah sebesar 59,0. Sebanyak 43,0% responden memperoleh informasi HIV dari media sosial. Mayoritas responden belum pernah melakukan tes HIV sebesar 58,0%. Sebanyak 56,0% responden belum pernah terpapar edukasi HIV secara terstruktur. Tabel 1 menyajikan distribusi lengkap karakteristik responden.

Grafik menunjukkan distribusi stigma masyarakat terhadap ODHA pada 200 responden. Sebanyak 102 responden menunjukkan stigma, sedangkan 98 responden tidak menunjukkan stigma. Proporsi ini menunjukkan bahwa stigma masih menjadi isu yang signifikan di tingkat komuni-

Tabel 1 Karakteristik Responden (N=200)

Variabel	Kategori	Frek (n)	%
Umur (tahun)	<25	38	19.0
	26-35	72	36.0
	36-45	54	27.0
	>45	36	18.0
Jenis Kelamin	Laki-laki	822	41.0
	Perempuan	118	59.0
Pendidikan	Dasar	46	23.0
	Menengah	98	49.0
	Tinggi	56	28.0
Penghasilan bulan	Di bawah UMR	112	56.0
	Sesuai UMR	48	24.0
	Di atas UMR	40	20.0
Pekerjaan	Tidak bekerja	44	22.0
	Pegawai swasta	68	34.0
	PNS	32	16.0
	Wiraswasta	56	28.0
Status Perkawinan	Belum Menikah	64	32.0
Menikah	Menikah	118	59.0
	Cerai/Janda/Duda	18	9.0
Sumber informasi HIV/AIDS	Media sosial	86	43.0
	Tenkes	54	27.0
Televisi	Televisi	38	19.0
	Tokoh agama/masyarakat	22	11.0

tas. Perbedaan jumlah antar kelompok relatif kecil, namun kelompok dengan stigma tetap lebih dominan, seperti yang ditunjukkan pada **Gambar 1**

3.2 Hubungan Faktor Kognitif dan Sosial dengan Stigma Masyarakat terhadap ODHA

Secara keseluruhan, 102 responden menunjukkan stigma terhadap ODHA. Uji Chi-square digunakan untuk menilai hubungan antara variabel independen dan stigma masyarakat. Pengetahuan tentang HIV/AIDS berhubungan signifikan dengan stigma ($p < 0,001$). Responden dengan pengetahuan kurang lebih banyak menunjukkan stigma sebesar 75,6%. Persepsi negatif terhadap HIV/AIDS berhubungan signifikan dengan stigma ($p < 0,001$). Sebanyak 78,6% responden dengan persepsi negatif menunjukkan stigma. Keterpaparan informasi juga berhubungan signifikan dengan stigma ($p < 0,001$). Responden yang kurang terpapar informasi menunjukkan stigma sebesar 76,1%. Sikap tetangga, sikap keluarga, dan sikap tokoh masyarakat berhubungan signifikan dengan stigma ($p < 0,001$). Responden dengan lingkungan sosial yang bersikap negatif menunjukkan proporsi stigma lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan sikap positif. Tabel 2 menyajikan hasil analisis bivariat secara rinci.

Tabel 2 Faktor Determinan Stigma Masyarakat terhadap ODHA (N=200).

Variabel	Kategori	Frek (N)	%	Stigma Masyarakat terhadap ODHA				Nilai P
				Ya		Tidak		
				n	%	n	%	
Pengetahuan tentang HIV/AIDS	Kurang	90	45.0	68	75.6	22	24.4	.001
	Baik	110	55.0	34	30.9	76	69.1	
Persepsi tentang HIV/AIDS	Negatif	84	42.0	66	78.6	18	21.4	.001
	Positif	116	58.0	36	31.0	80	69.0	
Keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS	Kurang terpapar	92	46.0	70	76.1	22	23.9	.001
	Terpapar	108	54.0	32	29.6	76	70.4	
Sikap tetangga terhadap ODHA	Negatif	88	44.0	72	81.8	16	18.2	.001
	Positif	112	56.0	30	26.8	82	73.2	
Sikap keluarga terhadap ODHA	Negatif	76	38.0	64	84.2	12	15.8	.001
	Positif	124	62.0	38	30.6	86	69.4	
Sikap tokoh masyarakat terhadap ODHA	Negatif	70	35.0	60	85.7	10	14.3	.001
	Positif	130	65.0	42	32.3	88	67.7	

Forest plot menunjukkan kekuatan asosiasi masing-masing variabel terhadap stigma setelah dikontrol secara simultan. Seluruh variabel memiliki nilai AOR di atas 1 dan interval kepercayaan tidak melewati angka 1. Hal ini menunjukkan hubungan yang signifikan. Sikap tokoh masyarakat yang negatif memiliki AOR tertinggi sebesar 6,62. Faktor sosial menunjukkan efek yang lebih kuat dibandingkan faktor kognitif, seperti yang ditunjukkan pada **Gambar 2**

3.3 Model Regresi Logistik Faktor Determinan Stigma Masyarakat terhadap ODHA

Analisis regresi logistik menunjukkan seluruh variabel tetap berhubungan signifikan setelah dikontrol secara simultan. Sikap tokoh masyarakat yang negatif merupakan faktor paling dominan (AOR=6,62; CI95%: 2,38–18,41; p<0,001). Sikap keluarga negatif meningkatkan risiko stigma sebesar 5,60 kali. Sikap tetangga negatif meningkatkan risiko stigma sebesar 4,75 kali. Persepsi negatif meningkatkan risiko stigma sebesar 3,82 kali. Pengetahuan kurang meningkatkan risiko stigma sebesar 3,35 kali. Keterpaparan informasi rendah meningkatkan risiko stigma sebesar 3,26 kali. Tabel 3 menyajikan hasil analisis multivariat secara lengkap.

Kurva ROC menunjukkan kemampuan model regresi logistik dalam membedakan responden yang memiliki

stigma dan tidak memiliki stigma. Nilai AUC mendekati 1,00. Nilai ini menunjukkan kemampuan diskriminatif model yang sangat baik. Model mampu memprediksi kejadian stigma dengan tingkat akurasi tinggi, seperti yang ditunjukkan pada **Gambar 3**

Boxplot menunjukkan perbedaan estimasi risiko stigma berdasarkan sikap tokoh masyarakat. Kelompok dengan sikap tokoh negatif menunjukkan nilai risiko yang lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan sikap tokoh positif. Distribusi risiko pada kelompok negatif lebih lebar. Hal ini menunjukkan pengaruh sosial tokoh masyarakat sangat kuat dalam pembentukan stigma, seperti yang ditunjukkan pada **Gambar 4**.

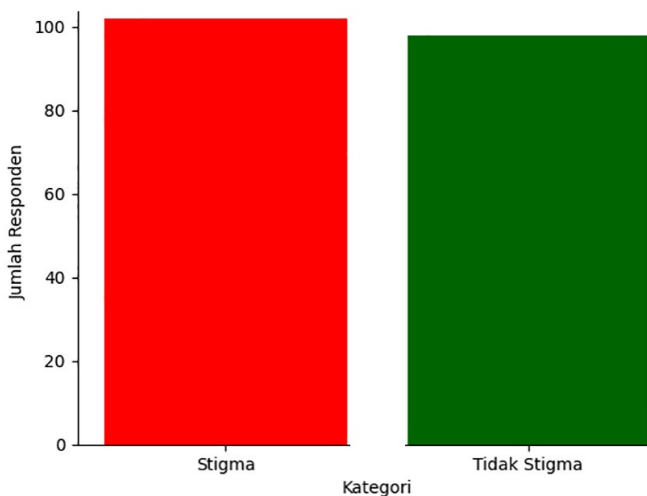
4 PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa stigma terhadap ODHA masih tinggi dan dipengaruhi oleh faktor kognitif serta faktor sosial. Temuan ini menegaskan bahwa transformasi paradigma masyarakat terhadap HIV/AIDS tidak cukup melalui peningkatan pengetahuan semata. Lingkungan sosial memegang peran dominan dalam membentuk sikap dan respons kolektif terhadap ODHA.

Hasil menunjukkan bahwa pengetahuan yang kurang berhubungan signifikan dengan stigma. Temuan ini sejalan dengan laporan World Health Organization yang mene-

Tabel 3 Analisis Multivariat Faktor Determinan Stigma Masyarakat terhadap ODHA (N = 200).

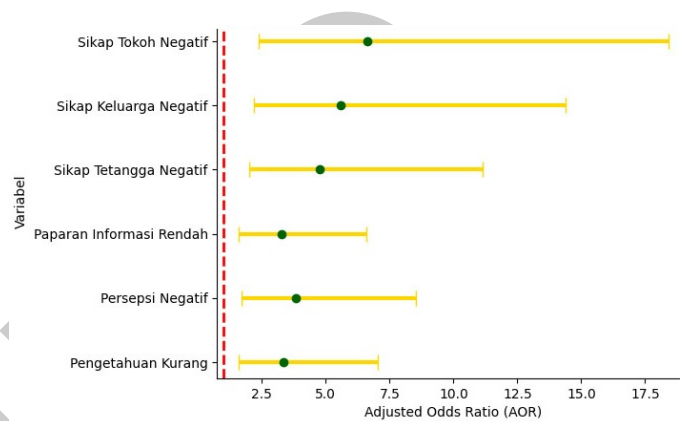
Variabel Independen	B	SE	Wald	Sig	Exp (B)	95% CI Bawah	95% CI Atas
Pengetahuan (kurang)	1.21	0.38	10.14	.001	3.35	1.59	7.05
Persepsi (negatif)	1.34	0.41	10.68	.001	3.82	1.71	8.54
Keterpaparan Informasi (Rendah)	1.18	0.36	10.72	.001	3.26	1.61	5.60
Sikap tetangga (negatif)	1.56	0.44	12.56	.001	4.75	2.02	11.16
Sikap keluarga (negatif)	1.72	0.48	12.84	.001	5.60	2.18	14.38
Sikap tokoh masyarakat (negatif)	1.89	0.52	13.19	.001	6.62	2.38	18.41



Gambar 1 Distribusi stigma masyarakat terhadap ODHA (N=200).

gaskan bahwa literasi kesehatan menjadi fondasi dalam menurunkan diskriminasi berbasis penyakit menular [1]. Individu dengan pemahaman yang baik cenderung tidak mengaitkan HIV/AIDS dengan konstruksi moral negatif [8]. Namun, beberapa studi menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menurunkan stigma secara otomatis [9], [10]. Turan et al. (2020) menjelaskan bahwa individu dapat memiliki pengetahuan yang baik tetapi tetap mempertahankan bias sosial karena norma budaya dan keyakinan agama [11]. Perbedaan konteks sosial ini menjelaskan mengapa edukasi berbasis informasi saja sering menghasilkan perubahan yang terbatas [12].

Persepsi negatif terhadap HIV/AIDS juga berhubungan kuat dengan stigma. Persepsi merefleksikan makna sosial yang dilekatkan pada penyakit. UNAIDS menekankan bahwa stigma sering muncul dari konstruksi sosial yang mengaitkan HIV dengan perilaku menyimpang [2]. Penelitian Logie et al. (2021) menunjukkan bahwa persepsi

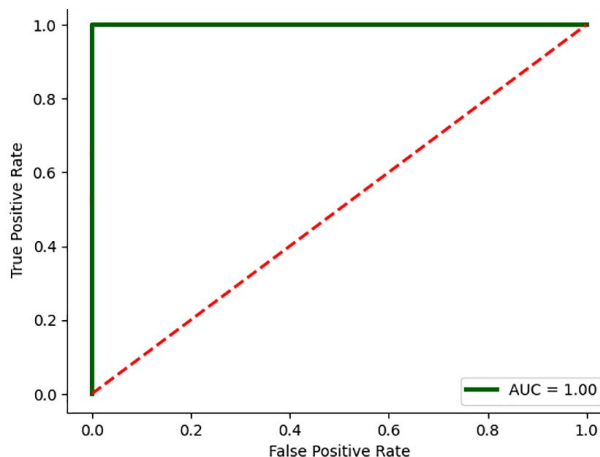


Gambar 2 Forest plot adjusted odds ratio faktor determinan stigma masyarakat terhadap ODHA.

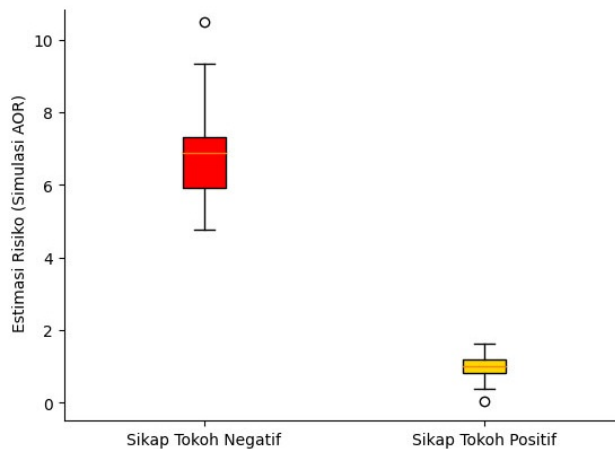
risiko yang dibentuk oleh ketakutan kolektif memperkuat eksklusi sosial terhadap ODHA[13], [14]. Namun, studi lain melaporkan bahwa dalam komunitas dengan paparan program advokasi jangka panjang, persepsi dapat berubah meskipun tingkat pendidikan relatif rendah [15], [16], [17], [18]. Hal ini menunjukkan bahwa perubahan persepsi sangat dipengaruhi oleh intensitas intervensi komunitas.

Keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS berhubungan signifikan dengan penurunan stigma. Informasi yang akurat mengurangi mitos tentang penularan. Aghae et al. (2023) dan Boah et al. (2024) menunjukkan bahwa kampanye berbasis komunitas efektif menurunkan stigma ketika pesan disampaikan secara konsisten dan partisipatif [19], [20]. Namun, terdapat temuan kontra yang menyebutkan bahwa paparan media sosial tanpa moderasi justru dapat memperkuat misinformasi [21], [22]. Konteks ini relevan dengan hasil penelitian yang menunjukkan media sosial sebagai sumber informasi utama. Artinya, kualitas informasi lebih penting daripada kuantitas paparan.

Faktor sosial menunjukkan pengaruh yang lebih kuat dibanding faktor kognitif [23], [24]. Sikap tokoh masyarakat muncul sebagai determinan paling dominan. Temuan ini



Gambar 3 Kurva ROC model regresi logistik stigma masyarakat terhadap ODHA.



Gambar 4 Distribusi estimasi risiko stigma berdasarkan sikap tokoh masyarakat.

memperkuat teori sosial-ekologis yang menyatakan bahwa individu dipengaruhi oleh norma kolektif. Dalam komunitas yang menghormati otoritas sosial, pernyataan tokoh masyarakat dapat membentuk standar moral bersama. Studi Earnshaw dan Chaudoir (2020) menyatakan bahwa legitimasi sosial terhadap stigma sering diproduksi oleh figur yang memiliki kekuasaan simbolik [25], [26]. Namun, terdapat penelitian yang menunjukkan bahwa pengaruh tokoh masyarakat menurun pada komunitas urban yang lebih individualistik. Perbedaan ini menunjukkan bahwa kekuatan determinan sosial sangat kontekstual.

Sikap keluarga dan tetangga juga meningkatkan risiko stigma secara signifikan. Lingkungan mikro membentuk pengalaman sehari-hari ODHA. Ketika keluarga menunjukkan sikap negatif, stigma menjadi lebih terinternalisasi. Hal ini sejalan dengan konsep stigma berlapis yang

dijelaskan oleh Turan et al. (2020). Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat tetap kuat meskipun masyarakat luas bersikap negatif. Hal ini mengindikasikan bahwa intervensi berbasis keluarga dapat menjadi strategi efektif dalam transformasi paradigma.

Model regresi menunjukkan kemampuan prediktif yang sangat baik. Hal ini menegaskan bahwa kombinasi faktor kognitif dan sosial mampu menjelaskan variasi stigma secara komprehensif. Temuan ini mendukung pendekatan paradigma baru HIV/AIDS yang menekankan integrasi literasi kesehatan dan pemberdayaan sosial. Transformasi paradigma harus bergerak dari pendekatan individual menuju pendekatan struktural.

Secara kritis, penelitian ini memperlihatkan bahwa literasi tetap penting tetapi tidak dominan. Faktor sosial memiliki pengaruh lebih kuat. Hal ini menuntut strategi pengabdian masyarakat yang melibatkan tokoh masyarakat, keluarga, dan jejaring sosial. Pendekatan berbasis komunitas harus bersifat partisipatif dan kontekstual. Transformasi paradigma tidak dapat dicapai melalui edukasi satu arah. Intervensi harus membangun dialog sosial dan perubahan norma kolektif.

Temuan pengabdian masyarakat ini memperkuat relevansi teori sosial-ekologis dalam menjelaskan pembentukan stigma terhadap ODHA. Teori ini menempatkan individu dalam sistem berlapis yang terdiri dari tingkat intrapersonal, interpersonal, komunitas, dan struktural. Hasil menunjukkan bahwa faktor sosial berada pada lapisan yang lebih tinggi dan memiliki pengaruh lebih kuat dibanding faktor kognitif individu. Sikap tokoh masyarakat muncul sebagai determinan dominan. Temuan ini menunjukkan bahwa norma kolektif memiliki daya legitimasi yang besar dalam membentuk sikap publik.

Secara teoretis, hasil ini memperkaya model stigma modern yang dikembangkan oleh Alfajen et al (2025), Chan et al, (2025) dan Mousley et al, (2018) [27], [28], [29]. Model tersebut membedakan stigma menjadi enacted stigma, anticipated stigma, dan internalized stigma. Sikap negatif tokoh masyarakat dan keluarga berpotensi memperkuat enacted stigma. Kondisi ini kemudian mendorong individu untuk mengantisipasi diskriminasi. Dampak lanjutan dapat berupa penarikan diri sosial atau penghindaran layanan kesehatan.

Namun, teori stigma modern juga menyatakan bahwa literasi kesehatan dapat memutus rantai stigma melalui peningkatan pengetahuan dan empati [30], [31], [32]. Hasil pengabdian masyarakat ini menunjukkan bahwa literasi memang berperan, tetapi tidak cukup kuat tanpa dukungan

lingkungan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa model kognitif individual tidak memadai jika berdiri sendiri. Integrasi antara literasi dan perubahan norma sosial menjadi kebutuhan konseptual.

Dari sudut pandang teori perubahan sosial, temuan ini mengindikasikan bahwa perubahan paradigma terjadi melalui rekonstruksi makna kolektif [32], [33], [34]. Norma sosial dibentuk oleh figur yang memiliki otoritas simbolik. Dalam konteks masyarakat yang komunal, tokoh masyarakat berfungsi sebagai agen legitimasi nilai [35]. Oleh karena itu, teori sosial-ekologis lebih mampu menjelaskan dinamika stigma dibanding teori perilaku individual semata.

Temuan pengabdian masyarakat ini memiliki implikasi langsung terhadap desain program pengabdian masyarakat. Intervensi tidak boleh hanya fokus pada peningkatan pengetahuan individu. Program harus melibatkan tokoh masyarakat sebagai aktor kunci. Pendekatan berbasis advokasi sosial dan dialog komunitas menjadi strategi yang lebih efektif dibanding penyuluhan satu arah.

Program literasi HIV perlu dirancang secara partisipatif. Materi edukasi harus mengatasi mitos dan membangun empati sosial. Media sosial dapat dimanfaatkan sebagai saluran informasi, tetapi perlu dikontrol agar tidak memperkuat misinformasi. Kualitas pesan harus menjadi prioritas utama [36], [37]. Keterlibatan keluarga juga menjadi strategi penting. Intervensi berbasis keluarga dapat mengurangi stigma pada tingkat interpersonal. Dukungan keluarga mampu meningkatkan penerimaan sosial dan mencegah isolasi terhadap ODHA. Pendekatan ini sejalan dengan paradigma baru HIV/AIDS yang menekankan inklusi sosial.

Pada tingkat kebijakan, hasil ini mendukung perlunya pendekatan multi-sektor. Kolaborasi antara tenaga kesehatan, tokoh agama, tokoh adat, dan organisasi masyarakat sipil menjadi krusial. Transformasi paradigma membutuhkan perubahan norma sosial yang terstruktur dan berkelanjutan.

Pengabdian masyarakat harus diarahkan pada pembentukan komunitas suportif. Indikator keberhasilan tidak hanya diukur dari peningkatan pengetahuan, tetapi juga perubahan sikap kolektif. Model intervensi berbasis komunitas perlu mengintegrasikan literasi, dialog sosial, dan pemberdayaan tokoh masyarakat.

5 KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa stigma masyarakat terhadap ODHA masih tinggi dan dipengaruhi oleh faktor kognitif serta faktor sosial. Pengetahuan yang kurang,

persepsi negatif, dan keterpaparan informasi yang rendah meningkatkan risiko munculnya stigma. Faktor sosial memiliki pengaruh yang lebih kuat dibanding faktor kognitif. Sikap negatif tokoh masyarakat menjadi determinan paling dominan, diikuti oleh sikap keluarga dan tetangga. Temuan ini menegaskan bahwa transformasi paradigma masyarakat terhadap HIV/AIDS tidak cukup melalui peningkatan literasi individu. Perubahan norma sosial dan dukungan lingkungan menjadi kunci dalam menurunkan stigma secara berkelanjutan.

Berdasarkan temuan tersebut, program pengabdian masyarakat perlu mengintegrasikan penguatan literasi HIV dengan intervensi berbasis komunitas. Keterlibatan aktif tokoh masyarakat, keluarga, dan jejaring sosial harus menjadi prioritas strategis. Edukasi HIV perlu dirancang secara partisipatif dan kontekstual agar mampu membangun empati sosial. Kolaborasi lintas sektor juga diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang inklusif dan bebas stigma. Pendekatan ini diharapkan mampu mendorong transformasi paradigma masyarakat menuju penerimaan dan dukungan terhadap ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] World, *Hiv - global*, Who.int, Oct. 2019. Accessed: Feb. 22, 2026. [Online]. Available: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1.
- [2] *Unaids*, Unaids.org, Feb. 2026. Accessed: Feb. 22, 2026. [Online]. Available: https://www.unaids.org/en#:~:text=The%20Joint%20United%20Nations%20Programme%20on%20HIV/AIDS,speeches%20*%20New%20HIV%20Response%20Sustainability%20Approach.
- [3] S. Rueda et al., "Examining the associations between hiv-related stigma and health outcomes in people living with hiv/aids: A series of meta-analyses," *BMJ Open*, vol. 6, no. 7, 2016, Cited by: 752; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1136/BMJOPEN-2016-011453.
- [4] M. Davey-Rothwell et al., "Lessons learned from implementing the shield intervention: A peer education intervention for people who use drugs," *AIDS and Behavior*, vol. 25, no. 11, pp. 3472–3481, 2021, Cited by: 2; All Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1007/s10461-021-03275-z.
- [5] L. Li, L.-J. Liang, Z. Wu, C. Lin, and Y. Wen, "Individual attitudes and perceived social norms: Reports on hiv/aids-related stigma among service providers in china," *International Journal of Psychology*, vol. 44, no. 6, pp. 443–450, 2009, Cited by: 42; All Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1080/00207590802644774.

- [6] R. C. H. Chan, W. W. S. Mak, G. Y. K. Ma, and M. Cheung, "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," *Quality of Life Research*, vol. 30, no. 1, pp. 145–156, 2021, Cited by: 22. DOI: 10.1007/s11136-020-02618-y.
- [7] A. Zulkarnaev, "Pitfalls of statistical analysis and clinical interpretation of the estimates in patients with chronic kidney disease," *Nephrology and Dialysis*, vol. 21, no. 4, pp. 419–429, 2019, Cited by: 3. DOI: 10.28996/2618-9801-2019-4-419-429.
- [8] C. O. Muoghalu and S. A. Jegede, "Perception of hiv/aids among the igbo of anambra state, nigeria," *Sahara J*, vol. 10, no. 1, pp. 42–54, 2013, Cited by: 12; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1080/17290376.2013.807052.
- [9] A. Mukolo, M. Blevins, B. Victor, L. M. E. Vaz, M. Sidat, and A. Vergara, "Correlates of social exclusion and negative labeling and devaluation of people living with hiv/aids in rural settings: Evidence from a general household survey in zambézia province, mozambique," *PLoS ONE*, vol. 8, no. 10, 2013, Cited by: 15; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1371/journal.pone.0075744.
- [10] Y. Wei, J. Church, and S. Kutcher, "Long-term impact of a mental health literacy resource applied by regular classroom teachers in a canadian school cohort," *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 28, no. 3, pp. 370–376, 2023, Cited by: 15. DOI: 10.1111/camh.12597.
- [11] M. R. Hoffarth, G. Hodson, and D. S. Molnar, "When and why is religious attendance associated with anti-gay bias and gay rights opposition? a justification-suppression model approach," *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 115, no. 3, pp. 526–563, 2018, Cited by: 36. DOI: 10.1037/pspp0000146.
- [12] T. Ishii and K. Watanabe, "Cultural transmission and religious belief: An extended replication of gervais and najle (2015) using data from the international social survey programme," *PLoS ONE*, vol. 19, no. 6 June, 2024, Cited by: 1; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1371/journal.pone.0305635.
- [13] N. C. Kellett and K. Gnauck, "The intersection of antiretroviral therapy, peer support programmes, and economic empowerment with hiv stigma among hiv-positive women in west Nile Uganda," *African Journal of AIDS Research*, vol. 15, no. 4, pp. 341–348, 2016, Cited by: 9. DOI: 10.2989/16085906.2016.1241288.
- [14] H. Hosseinzadeh, S. Z. Hossain, and S. Bazargan-Hejazi, "Perceived stigma and social risk of hiv testing and disclosure among iranian-australians living in the sydney metropolitan area," *Sexual Health*, vol. 9, no. 2, pp. 171–177, 2012, Cited by: 19. DOI: 10.1071/SH10111.
- [15] R. A. Salam, S. Haroon, H. H. Ahmed, J. K. Das, and Z. A. Bhutta, "Impact of community-based interventions on hiv knowledge, attitudes, and transmission," *Infectious Diseases of Poverty*, vol. 3, no. 1, 2014, Cited by: 42; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1186/2049-9957-3-26.
- [16] K. S. Riehm et al., "Evaluating the effects of community-based organization engagement on hiv and aids-related risk behavior in kenya," *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 25, no. SUPPL.1, S67–S77, 2013, Cited by: 17; All Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1080/09540121.2013.778383.
- [17] X. Gao et al., "Effectiveness of school-based education on hiv/aids knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in wuhan, china," *PLoS ONE*, vol. 7, no. 9, 2012, Cited by: 60; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1371/journal.pone.0044881.
- [18] S. Mall, K. Middelkoop, D. Mark, R. Wood, and L.-G. Bekker, "Changing patterns in hiv/aids stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: The results of two consecutive community surveys conducted in the western cape, south africa," *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 25, no. 2, pp. 194–201, 2013, Cited by: 122. DOI: 10.1080/09540121.2012.689810.
- [19] A. Aghaei, A. Sakhaei, A. Khalilimeybodi, S. Qiao, and X. Li, "Impact of mass media on hiv/aids stigma reduction: A systematic review and meta-analysis," *AIDS and Behavior*, vol. 27, no. 10, pp. 3414–3429, 2023, Cited by: 20; All Open Access, Bronze Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1007/s10461-023-04057-5.
- [20] M. Boah, D. Yeboah, M. R. Kpordoxah, and M. N. Adokiya, "Frequency of exposure to the media is associated with levels of hiv-related knowledge and stigmatising attitudes among adults in ghana," *African Journal of AIDS Research*, vol. 21, no. 1, pp. 49–57, 2022, Cited by: 3. DOI: 10.2989/16085906.2022.2040549.
- [21] E. Denniss and R. Lindberg, "Social media and the spread of misinformation: Infectious and a threat to public health," *Health Promotion International*, vol. 40, no. 2, 2025, Cited by: 38; All Open Access, Green

- Open Access, Hybrid Gold Open Access. DOI: 10.1093/heapro/daaf023.
- [22] S. Papathanassopoulos and I. Giannouli, "Health communication in the age of platforms: Drivers of misinformation and the crisis of medical expertise," *Encyclopedia*, vol. 5, no. 4, 2025, Cited by: 0; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.3390/encyclopedia5040195.
- [23] E. Small, S. P. Nikolova, Y. Zhou, and M. Okumu, "Exploring factors associated with hiv secondary stigma among adolescents and young adults in uganda: A cross-sectional study," *Global Public Health*, vol. 17, no. 4, pp. 526–537, 2022, Cited by: 6. DOI: 10.1080/17441692.2020.1869286.
- [24] C. K. Campbell, "The ongoing process of hiv-stigma (re)production," *Sociological Perspectives*, vol. 66, no. 2, pp. 355–374, 2023, Cited by: 6; All Open Access, Green Open Access, Hybrid Gold Open Access. DOI: 10.1177/07311214221117294.
- [25] M. Addison, W. McGovern, and R. McGovern, *Stigma 'Under the Skin'*. 2022, pp. 1–23, Cited by: 2. DOI: 10.1007/978-3-030-98286-7_1.
- [26] A. Zissi, "Social stigma in mental illness: A review of concepts, methods and empirical evidence," *Psychiatrike = Psychiatriki*, vol. 33, no. 2, pp. 149–156, 2022, Cited by: 3; All Open Access, Bronze Open Access. DOI: 10.22365/jpsych.2021.039.
- [27] B. Aljafen, N. Almutairi, H. Almousa, S. Alshamrani, and R. Alneseyan, "Evaluating felt stigma among people with epilepsy: Insights from saudi arabia," *Journal of Clinical Neuroscience*, vol. 135, 2025, Cited by: 0. DOI: 10.1016/j.jocn.2025.111115.
- [28] R. C. Chan, F. N. Hung, and W. W. Mak, "Evolving experiences of hiv stigma and their impact on well-being: A serial cross-sectional study of people living with hiv in hong kong from 2012 to 2022," *SSM - Mental Health*, vol. 7, 2025, Cited by: 2; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.1016/j.ssmmh.2025.100415.
- [29] V. L. Mousley and S. R. Chaudoir, "Deaf stigma: Links between stigma and well-being among deaf emerging adults," *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 23, no. 4, pp. 341–350, 2018, Cited by: 55. DOI: 10.1093/deafed/eny018.
- [30] X. He, S. Chen, Q. Zhang, S. He, L. Yang, and J. Ma, "Mental health literacy and professional psychological help-seeking attitudes among primary healthcare workers: The mediating role of social support and mental illness stigma," *Risk Management and Healthcare Policy*, vol. 18, pp. 703–718, 2025, Cited by: 6; All Open Access, Gold Open Access. DOI: 10.2147/RMHP.S512458.
- [31] S. A. Fleary, P. L. Joseph, C. Gonçalves, J. Somogie, and J. Angeles, "The relationship between health literacy and mental health attitudes and beliefs," *Health literacy research and practice*, vol. 6, no. 4, e270–e279, 2022, Cited by: 37; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.3928/24748307-20221018-01.
- [32] F. Yue, L. Liu, Q. Huang, H. Dai, L. Zhang, and T. Jiang, "Latent profiles of digital health literacy and perceived stigma in burn patients: A cross-sectional study," *Frontiers in Public Health*, vol. 13, 2026, Cited by: 0; All Open Access, Gold Open Access, Green Open Access. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1702458.
- [33] D. Parker, "Kuhnian revolutions in neuroscience: The role of tool development," *Biology and Philosophy*, vol. 33, no. 3-4, 2018, Cited by: 15; All Open Access, Green Open Access, Hybrid Gold Open Access. DOI: 10.1007/s10539-018-9628-0.
- [34] T. Nickles, *Paradigm Shifts*. 2011, vol. 2, V2–209 – V2–215, Cited by: 1. DOI: 10.1016/B978-0-12-375038-9.00166-7.
- [35] E. Zenzile, "The experiences of traditional leaders in the execution of crime prevention strategies in the rural settings of the or tambo district municipality, in the eastern cape province," *OIDA International Journal of Sustainable Development*, vol. 15, no. 6, pp. 19–28, 2022, Cited by: 0.
- [36] G. A. Gilliam, A. Eke, F. Aymer, and C. O'Neil, *Developing a theory-based, culturally sensitive intervention for adolescents: The Antigua School Project*. 2012, pp. 105–126, Cited by: 0.
- [37] S. R. Cohen et al., "Participatory simulation training design: The mama interprofessional team-training program for obstetric care of pregnant individuals living with hiv in tanzania," *Evaluation and Program Planning*, vol. 110, 2025, Cited by: 3. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2025.102550.