

Efektivitas Layanan Pendampingan Sebaya dalam Menurunkan *Self-Stigma* pada ODHIV Muda di Kota Surakarta

Argyo Demartoto¹

¹Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Sebelas Maret, argyodemartoto_fisip@staff.uns.ac.id

ABSTRAK

Self-stigma pada Orang dengan HIV (ODHIV) muda di Kota Surakarta menjadi hambatan utama dalam kepatuhan terapi antiretroviral (ARV) dan kualitas hidup akibat internalisasi stigma publik dalam pengalaman sehari-hari. Kondisi tersebut mendorong ODHIV muda mengalami kecemasan antisipatif, menarik diri dari layanan kesehatan, serta membangun ekspektasi negatif terhadap masa depan yang melemahkan efikasi diri dan keberlanjutan pengobatan. Penelitian ini bertujuan menjawab pertanyaan bagaimana self-stigma memengaruhi kepatuhan terapi ARV pada ODHIV muda serta bagaimana pendampingan sebaya membangun kembali efikasi diri melalui perspektif Social Cognitive Theory Albert Bandura. Penelitian menemukan bahwa self-stigma terbentuk melalui interaksi antara faktor personal, lingkungan sosial, dan perilaku kesehatan yang saling memengaruhi. Layanan Pendampingan Sebaya (LPS) dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) berperan sebagai ruang aman yang memperkuat efikasi diri melalui modeling, vicarious learning, persuasi verbal, dan social reinforcement, sehingga mendorong kepatuhan terapi ARV secara lebih konsisten. Pendamping sebaya juga berfungsi sebagai role model yang menunjukkan bahwa HIV dapat dikelola secara klinis maupun sosial. Meskipun demikian, efektivitas pendampingan masih menghadapi kendala berupa keterbatasan privasi layanan, tingginya beban kerja pendamping, variasi keterampilan komunikasi, serta belum terintegrasinya layanan kesehatan mental secara optimal. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pendekatan Social Cognitive Theory. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan Focus Group Discussion (FGD) dengan Dinas Kesehatan, puskesmas, serta pendamping komunitas, kemudian dianalisis menggunakan model analisis interaktif dengan triangulasi sumber.

Kata kunci: *Social Cognitive Theory; Self-Stigma; Efikasi Diri; Pendampingan Sebaya; Kepatuhan ARV*

1. PENDAHULUAN

Persoalan HIV/AIDS hingga kini masih menempati posisi sebagai tantangan kesehatan global dengan kompleksitas yang menyentuh berbagai aspek kehidupan. Merujuk pada data terbaru UNAIDS, jumlah orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia telah menyentuh angka 40,8 juta jiwa. Meskipun selama dua dekade terakhir telah terjadi akselerasi yang

signifikan dalam penyediaan terapi antiretroviral (ARV), namun penyelesaian masalah ini tidak bisa hanya bertumpu pada intervensi medis klinis. Hambatan sosiokultural berupa stigma dan diskriminasi masih menjadi variabel krusial yang menentukan keberhasilan penanggulangan penyakit ini. Dalam kerangka pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs), isu HIV/AIDS menjadi fokus pada tujuan ketiga yang mengamankan sistem kesehatan inklusif tanpa mengecualikan kelompok rentan. Kendala paling mendasar dalam merealisasikan target tersebut adalah *self-stigma*, yakni proses internalisasi pandangan negatif masyarakat oleh penderita, yang secara drastis menurunkan kualitas hidup serta kepatuhan berobat, khususnya di kalangan generasi muda.

Berpijak pada agenda internasional tersebut, strategi penanganan HIV kini mengalami transformasi fundamental menuju penguatan partisipasi komunitas melalui prinsip *Meaningful Involvement of People Living with HIV*. UNAIDS menegaskan bahwa penyediaan dukungan psikososial berbasis komunitas merupakan elemen kunci guna meruntuhkan tembok penghalang emosional pasien (UNAIDS, 2025). Pendekatan ini didasari oleh realitas bahwa kelompok ODHIV muda sering kali menghadapi beban mental yang spesifik, sehingga keberadaan Layanan Pendampingan Sebaya (LPS) sangat dibutuhkan untuk memberikan dukungan yang bersifat empatik sekaligus cair. Indonesia turut mengadopsi semangat ini lewat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 yang menginstruksikan pelayanan rehabilitasi menyeluruh demi menjamin hak atas kesehatan yang adil. Hingga tahun 2025, estimasi jumlah ODHIV nasional mencapai 564 ribu orang, namun mirisnya baru 55 persen yang berhasil mencapai supresi *viral load* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Fenomena ini berakar pada permasalahan psikologis. Banyak pemuda dengan HIV enggan mengakses fasilitas kesehatan akibat rasa rendah diri dan kecemasan akan terbukanya status mereka.

Layanan Pendampingan Sebaya muncul sebagai instrumen vital yang menjembatani aspek medis dengan kebutuhan mental para penggunanya. Melalui mekanisme *shared lived experience*, para pendamping yang juga merupakan ODHIV memberikan edukasi serta penguatan moral bagi pasien baru agar mampu berdamai dengan kondisinya. Akan tetapi, implementasi di lapangan masih menemui jalan terjal karena adanya isu privasi serta keterbatasan kompetensi pendamping dalam menangani trauma psikis yang berat. Realitas ini sangat terasa di Kota Surakarta, yang pada tahun 2025 tercatat memiliki 6.765 kasus HIV (KPAD, 2025). Meski Surakarta telah memiliki payung hukum berupa Perda No. 12 Tahun 2014 dan sistem rumah sakit serta puskesmas yang mumpuni, angka *self-stigma* di kalangan remaja tetap tinggi meskipun akses obat-obatan sudah tersedia secara cuma-cuma di berbagai fasilitas kesehatan pemerintah.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini memfokuskan kajian pada Efektivitas Layanan Pendampingan Sebaya dalam Menurunkan *Self-Stigma* pada ODHIV Muda di Kota Surakarta. Studi ini bertujuan membedah sejauh mana hubungan antar-rekan sebaya mampu menghancurkan isolasi diri yang selama ini mengurung potensi anak muda terdampak. Kerangka analisis yang digunakan adalah *Social Cognitive Theory* (SCT) dari Albert Bandura untuk menelaah proses *modeling* dan *vicarious learning*. Melalui pendekatan SCT, diharapkan dapat terungkap bagaimana kehadiran pendamping sebagai figur sukses mampu memicu *self-efficacy* atau efikasi diri klien dalam melawan stigma internal.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk memahami secara mendalam makna, proses, dan dinamika sosial dalam implementasi Layanan Pendampingan Sebaya (LPS) guna menurunkan *self-stigma* pada ODHIV muda. Pendekatan ini dipilih untuk menelusuri pengalaman subjektif, persepsi, dan relasi antarpelaku tanpa berfokus pada pengukuran statistik (Creswell dan Creswell, 2017). Lokasi penelitian dipilih di Kota Surakarta karena memiliki jejaring layanan HIV yang terintegrasi, melibatkan pemerintah, fasilitas kesehatan, serta organisasi masyarakat sipil yang berperan dalam penanggulangan HIV.

Informan penelitian ditentukan secara *purposive* dengan melibatkan aktor yang terlibat langsung dalam penyelenggaraan layanan, yaitu Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Puskesmas Sangkrah, Puskesmas Nusukan, Puskesmas Banyuanyar, Puskesmas Manahan, serta pendamping dari Yayasan PEKA dan Yayasan Mitra Alam. Pengumpulan data dilakukan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) untuk menggali dinamika kolektif serta wawancara mendalam untuk memahami *self-efficacy* dan proses *modeling* berdasarkan kerangka *Social Cognitive Theory*. Validitas data dijamin melalui triangulasi sumber dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari instansi pemerintah, puskesmas, dan komunitas. Analisis data menggunakan model analisis interaktif yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan untuk menghasilkan temuan yang kredibel mengenai efektivitas layanan pendampingan sebaya di Kota Surakarta (Creswell dan Creswell, 2017).

3. ANALISIS DATA

3.1. *Self-Stigma* dan Efikasi Diri ODHIV Muda

Pada fase awal sebelum mengakses Layanan Pendampingan Sebaya (LPS), banyak ODHIV muda di Kota Surakarta berada dalam kondisi psikososial yang rapuh dan cenderung menilai status HIV sebagai sesuatu yang merusak masa depan. *self-stigma* muncul bukan hanya karena individu merasa dirinya berbeda, tetapi karena stigma publik yang sudah lama berkembang di masyarakat menjadi semacam pengetahuan sosial yang terus mereka serap sejak awal (Liang dan Huang, 2023). Dalam kerangka *Social Cognitive Theory* (SCT), hal ini dapat dipahami sebagai dominasi faktor personal (*personal factors*) yang membentuk keyakinan dan cara individu menafsirkan realitas sosialnya (Bandura dan Cervone, 2023). HIV tidak hanya dimaknai sebagai penyakit, melainkan sebagai label moral yang seolah melekat pada karakter seseorang. Ketika stigma publik itu terus terdengar dalam bentuk candaan, gosip, atau narasi agama yang menyudutkan, individu kemudian menanamkan kesimpulan bahwa dirinya “tidak normal” dan harus disembunyikan. Pada titik ini, *self-stigma* bekerja sebagai proses internalisasi sosial yang secara perlahan mengubah cara individu melihat dirinya sendiri.

Self-stigma semacam ini tidak bisa dilepaskan dari hubungan timbal balik antara pikiran dan perilaku. Banyak ODHIV muda akhirnya mengalami kecemasan antisipatif, yaitu ketakutan yang muncul bahkan sebelum sesuatu benar-benar terjadi (Small dkk, 2024). Mereka takut bertemu tetangga di puskesmas, takut nama mereka terdengar di ruang tunggu, bahkan takut dianggap “tidak bermoral” hanya karena datang ke layanan HIV. Perilaku menghindari kemudian muncul sebagai strategi perlindungan diri, tetapi strategi ini justru memperkuat

stigma yang ada dalam pikiran mereka. Perilaku penghindaran dapat memperbesar keyakinan negatif karena individu tidak pernah memperoleh pengalaman yang membuktikan bahwa situasi tersebut aman (Bandura dan Cervone, 2023). Mereka tidak datang ke layanan kesehatan, lalu merasa bahwa itu keputusan tepat karena “kalau datang pasti ketahuan”. Akibatnya, terbentuk lingkaran kognitif yang membuat rasa takut semakin menguat dan semakin sulit dipatahkan.

Kondisi tersebut berkaitan langsung dengan rendahnya efikasi diri (*self-efficacy*). Efikasi diri bukan hanya keyakinan bahwa seseorang bisa melakukan sesuatu, tetapi keyakinan bahwa ia mampu mengelola situasi, menahan tekanan sosial, dan tetap berfungsi di tengah masalah (Bandura dan Cervone, 2023). Pada banyak ODHIV muda, efikasi diri jatuh karena mereka merasa HIV adalah kondisi yang tidak bisa dikendalikan dan tidak bisa dinegosiasikan dalam kehidupan sosial. Mereka merasa masa depan telah “diputuskan” oleh diagnosis. Dalam kondisi seperti ini, mereka tidak hanya takut pada virus, tetapi takut pada respons sosial yang mungkin muncul. Efikasi diri yang rendah juga memengaruhi cara mereka menilai tindakan medis. Pengobatan ARV tidak lagi dipahami sebagai alat pemulihan hidup, tetapi sebagai rutinitas yang melelahkan dan mengingatkan mereka pada identitas yang ingin mereka lupakan (Huang dkk, 2024). Di titik ini, pengobatan dipersepsikan bukan sebagai harapan, tetapi sebagai simbol bahwa mereka sedang menjalani hidup yang berbeda.

Rendahnya efikasi diri ini juga berkaitan dengan *outcome expectations* atau ekspektasi hasil yang negatif. Banyak ODHIV muda pada tahap awal merasa bahwa kepatuhan minum ARV tidak akan mengubah apa pun, karena masalah terbesar bukan hanya kesehatan, tetapi stigma sosial. Mereka melihat bahwa walaupun mereka sehat, masyarakat tetap bisa menilai mereka buruk. Ketika seseorang tidak percaya bahwa tindakannya akan menghasilkan manfaat, maka motivasi untuk bertindak menjadi lemah (Bandura dan Cervone, 2023). Ini yang menjelaskan beberapa ODHIV muda bersikap pasif terhadap layanan kesehatan. Mereka tidak selalu menolak secara terang-terangan, tetapi menunda, menghindari, atau menormalisasi keterlambatan kontrol sebagai sesuatu yang tidak penting. Pola ini menunjukkan bahwa faktor personal yang dibentuk stigma dapat menutup jalan bagi perilaku kesehatan yang seharusnya proaktif.

Kondisi psikologis tersebut juga menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara faktor personal dan lingkungan sosial. Surakarta sebagai kota dengan kultur sosial yang masih kuat pada nilai kolektivitas memiliki karakter masyarakat yang mudah membicarakan urusan orang lain, terutama dalam lingkungan kampung (Subroto, 2024). Pada satu sisi, kultur ini dapat menjadi kekuatan solidaritas, tetapi pada sisi lain ia juga bisa memperkuat stigma karena kontrol sosial berjalan melalui gosip dan label. Lingkungan seperti ini menjadi faktor eksternal (*environmental factors*) yang membentuk cara individu merespons dirinya sendiri (Bandura dan Cervone, 2023). ODHIV muda tidak hanya menghadapi masalah internal, tetapi juga menghadapi ancaman sosial yang terasa nyata. Mereka merasa bahwa identitas kesehatan mereka bisa menjadi konsumsi publik, sehingga rasa aman sosial menjadi sangat rendah. Ketika rasa aman sosial tidak ada, maka proses membangun efikasi diri menjadi jauh lebih berat karena individu selalu merasa dirinya diawasi.

Perubahan mulai terlihat ketika ODHIV muda mengakses LPS secara rutin dan membangun hubungan yang lebih stabil dengan pendamping sebaya. Pendampingan sebaya

dapat dibaca sebagai bentuk intervensi yang mengubah struktur kognitif individu melalui persuasi verbal (*verbal persuasion*) dan dukungan emosional yang konsisten (Bandura dan Cervone, 2023). Pendamping bukan hanya memberi informasi medis, tetapi membangun ruang komunikasi yang tidak menghakimi. Di Surakarta, praktik pendampingan yang sering dilakukan dalam suasana santai misalnya di luar puskesmas atau melalui komunikasi yang lebih personal seperti membantu mengurangi rasa tegang. Dalam situasi tersebut, klien mulai merasa bahwa ia tidak sendirian dan tidak perlu terus-menerus bersembunyi. Perlahan, keyakinan bahwa HIV adalah “akhir dari segalanya” mulai bergeser karena ada orang lain yang membuktikan bahwa kehidupan masih dapat dijalani.

Efikasi diri klien meningkat seiring munculnya pengalaman keberhasilan kecil (*mastery experiences*) yang dialami secara berulang. Keberhasilan seperti berani mengambil obat sendiri, berani bertanya pada tenaga kesehatan, atau berani datang kontrol tanpa ditemani adalah hal sederhana, tetapi hal ini menjadi dasar pembentukan efikasi diri yang paling kuat (Bandura dan Cervone, 2023). Keberhasilan kecil membuat individu membangun narasi baru bahwa dirinya mampu mengatur hidupnya. Dari sini, perubahan tidak hanya terjadi pada aspek kepatuhan klinis, tetapi juga pada cara individu memandang dirinya sebagai subjek yang memiliki kontrol. Ketika efikasi diri meningkat, perilaku kesehatan tidak lagi dilakukan karena takut atau terpaksa, tetapi karena individu mulai percaya bahwa tindakannya membawa manfaat (Huang dkk, 2024). Dengan demikian, transformasi *self-stigma* menjadi lebih mungkin terjadi karena individu mulai membangun identitas baru sebagai orang yang mampu bertahan, bukan orang yang hanya menunggu dikasihani.

3.2. Peran Pendamping Sebaya sebagai Role Model

Pendamping sebaya dalam LPS di Surakarta tidak hanya berperan sebagai penghubung layanan kesehatan, tetapi juga sebagai aktor sosial yang menyediakan proses pembelajaran perilaku melalui contoh nyata. Dalam *Social Cognitive Theory*, perubahan perilaku tidak selalu lahir dari pengalaman langsung, melainkan juga dari pengamatan terhadap orang lain atau *observational learning* (Bandura dan Cervone, 2023). Pada konteks ODHIV muda, pendamping sebaya hadir sebagai figur yang memperlihatkan bahwa seseorang dengan HIV tetap dapat bekerja, menjalani rutinitas sosial, bahkan memiliki kehidupan yang stabil. Pengalaman melihat pendamping sebagai “role model” jauh lebih kuat dibanding sekadar mendengar ceramah kesehatan. Banyak klien muda tidak percaya pada narasi abstrak bahwa HIV bisa dikelola, tetapi mulai percaya ketika mereka melihat seseorang yang mengalami hal sama dan tetap berfungsi secara sosial. Dalam hal ini disebut sebagai *vicarious learning*, yaitu pembelajaran melalui pengalaman orang lain yang diamati (Bandura dan Cervone, 2023).

Modeling menjadi efektif karena adanya kesamaan sosial antara pendamping dan klien. Kesamaan usia, kesamaan latar sosial, dan kesamaan konteks budaya Surakarta membuat proses identifikasi berlangsung kuat. Model yang efektif adalah model yang dianggap relevan, bukan model yang terlalu jauh dari realitas pengamat (Bandura dan Cervone, 2023). ODHIV muda lebih mudah berpikir “kalau dia bisa, saya juga bisa” ketika mereka melihat pendamping berasal dari lingkungan yang sama, menghadapi stigma yang sama, dan tetap bertahan. Pada titik ini, pendamping sebaya bukan hanya figur motivasional, tetapi figur yang mengubah batas

kemungkinan dalam pikiran klien. Klien yang sebelumnya merasa dirinya tidak akan bisa bekerja atau sekolah lagi mulai membangun perspektif bahwa HIV tidak otomatis menghapus masa depan (Yang, 2024). Proses ini secara langsung meningkatkan efikasi diri, karena efikasi diri tidak hanya terbentuk dari pengalaman sendiri, tetapi juga dari pengamatan terhadap keberhasilan orang lain.

Peran pendamping juga penting dalam mengubah cara klien menilai *outcome expectations*. Pada awal diagnosis, banyak ODHIV muda tidak percaya bahwa kepatuhan ARV akan membawa hasil yang baik (Newman, 2022). Namun, ketika mereka melihat pendamping yang viral load-nya stabil dan tetap sehat, ekspektasi mereka berubah. Perubahan *outcome expectations* adalah langkah penting karena individu akan lebih terdorong bertindak jika mereka percaya tindakannya menghasilkan manfaat (Bandura dan Cervone, 2023). Pendamping menjadi media yang menjembatani narasi medis dengan realitas sosial. Ia membuat manfaat ARV menjadi sesuatu yang dapat dilihat, bukan sekadar sesuatu yang dijelaskan dokter. Hal ini menjadikan kepatuhan bukan lagi kewajiban abstrak, melainkan strategi yang masuk akal.

Lebih jauh, pendamping sebaya tidak hanya menjadi model dalam hal kepatuhan minum obat, tetapi juga menjadi model dalam mengelola identitas sosial. Dalam banyak kasus, tantangan terbesar ODHIV muda bukan hanya minum obat, tetapi menjaga rahasia medis dan menghadapi stigma. Pendamping sering berbagi strategi bagaimana bersikap di lingkungan kerja, bagaimana menolak pertanyaan yang terlalu pribadi, bagaimana menjaga jarak dari situasi sosial yang berisiko membuka status kesehatan (Kopo dkk, 2023). Proses ini berkaitan dengan kemampuan regulasi diri (*self-regulation*) dan pembelajaran strategi perilaku. Klien tidak hanya meniru tindakan pendamping, tetapi meniru cara berpikir pendamping dalam membaca situasi sosial. Ini menunjukkan bahwa *modeling* dalam SCT tidak hanya menghasilkan peniruan, tetapi menghasilkan pembentukan keterampilan sosial yang membantu individu bertahan.

Selain itu, hubungan pendamping dan klien juga memunculkan *reinforcement* yang bersifat emosional. Reinforcement tidak selalu berbentuk hadiah, tetapi dapat berupa pengakuan, dukungan, atau rasa diterima (Bandura dan Cervone, 2023). Ketika pendamping memberi apresiasi atas langkah kecil klien misalnya datang kontrol tepat waktu atau berani terbuka klien merasakan bahwa tindakannya bernilai. Penguatan semacam ini memperkuat perilaku positif karena individu merasa tindakan tersebut dihargai. Penguatan juga membantu klien keluar dari pola pikir bahwa dirinya “gagal” atau “tidak berguna.” Perlahan, identitas klien bergeser dari identitas negatif menuju identitas yang lebih positif sebagai orang yang mampu mengelola hidupnya.

Pendamping sebaya juga berperan dalam membangun orientasi masa depan klien. Banyak ODHIV muda yang awalnya kehilangan harapan mulai berani memikirkan pendidikan, pekerjaan, atau relasi sosial setelah melihat pendamping tetap produktif. Hal ini menunjukkan bahwa *modeling* dapat memengaruhi proses kognitif jangka panjang karena individu mulai menyusun skenario masa depan yang baru. Klien tidak hanya mengubah perilaku kesehatan, tetapi mengubah cara memaknai hidupnya. Ini penting karena perubahan perilaku yang berkelanjutan biasanya lahir dari perubahan makna, bukan sekadar perubahan rutinitas. Ketika

klien mulai merasa bahwa hidupnya masih punya arah, maka kepatuhan ARV menjadi lebih mudah dipertahankan.

Dengan demikian, pendamping sebaya di Surakarta dapat dipahami sebagai agen perubahan karena ia menyediakan model perilaku, memperkuat efikasi diri, mengubah outcome expectations, sekaligus membangun strategi regulasi diri klien dalam menghadapi stigma. Proses ini menunjukkan bahwa pendampingan tidak hanya bekerja di level komunikasi, tetapi bekerja melalui mekanisme pembelajaran sosial yang terstruktur. Dalam konteks masyarakat yang stigma HIV-nya masih kuat, pendamping sebaya berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan realitas sosial dengan upaya kesehatan publik. Tanpa pendamping, klien mungkin tetap memiliki informasi medis, tetapi tidak memiliki contoh sosial yang membuat mereka percaya bahwa perubahan itu mungkin dilakukan (Li dkk, 2022).

3.3. Peran Pendamping Sebaya sebagai Role Model

Dalam kerangka *Social Cognitive Theory*, perilaku kesehatan individu tidak dapat dipisahkan dari lingkungan sosial yang membentuknya. Pada konteks ODHIV muda di Surakarta, Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) memainkan peran sebagai lingkungan yang menyediakan rasa aman, dukungan emosional, dan legitimasi sosial yang sering tidak mereka temukan di luar komunitas. KDS tidak hanya menjadi ruang berkumpul, tetapi menjadi ruang sosial yang memungkinkan individu merasa “normal” tanpa harus menyembunyikan identitas kesehatan. Kondisi lingkungan seperti ini disebut sebagai *environmental determinants* yang berpengaruh langsung pada tindakan individu (Bandura dan Cervone, 2023). Ketika seseorang merasa diterima dan tidak dihakimi, maka kecenderungan untuk menjaga kesehatan dan mematuhi pengobatan meningkat karena individu tidak lagi memandang dirinya sebagai beban sosial.

KDS juga memengaruhi perilaku melalui mekanisme *outcome expectations*. Banyak ODHIV muda awalnya ragu apakah ARV benar-benar akan membawa dampak positif. Namun dalam komunitas, mereka dapat melihat contoh nyata anggota lain yang berhasil mencapai kondisi klinis stabil. Pengalaman orang lain menjadi sumber pembelajaran sosial yang mengubah cara mereka menilai manfaat pengobatan (Kumbani, 2023). *Outcome expectations* tidak selalu dibentuk oleh informasi ilmiah, tetapi juga oleh pengalaman sosial yang diamati. Ketika individu melihat bahwa viral load dapat ditekan dan kualitas hidup bisa kembali stabil, mereka mulai percaya bahwa kepatuhan ARV adalah tindakan rasional yang membawa hasil konkret. Pada tahap ini, kepatuhan tidak lagi dilakukan karena tekanan tenaga kesehatan, tetapi karena keyakinan internal bahwa pengobatan adalah alat untuk mempertahankan hidup dan masa depan.

Pertukaran pengalaman juga berperan penting sebagai proses pembelajaran praktis. Banyak informasi teknis mengenai ARV justru lebih mudah dipahami ketika disampaikan oleh teman sebaya yang mengalami hal serupa. Di Surakarta, diskusi soal efek samping obat, strategi menjaga jadwal minum obat, atau cara menghadapi rasa lelah tidak selalu bisa dijelaskan dokter secara detail karena keterbatasan waktu. KDS mengisi ruang itu dengan bahasa yang lebih sederhana dan pengalaman yang lebih relevan. Proses ini memperkuat kemampuan individu untuk melakukan regulasi diri, karena mereka tidak hanya tahu apa yang

harus dilakukan, tetapi juga tahu bagaimana cara melakukannya. KDS menjadi ruang pembelajaran sosial yang menyiapkan individu menghadapi realitas keseharian pengobatan yang sering tidak mudah.

Lingkungan KDS juga menyediakan *reinforcement* yang membuat kepatuhan lebih stabil. *Reinforcement* dapat berupa dukungan verbal, pengakuan sosial, atau bahkan sekadar perhatian yang konsisten (Bandura dan Cervone, 2023). Banyak ODHIV muda merasa bahwa mereka punya “teman seperjuangan” yang akan memahami ketika mereka lelah atau hampir menyerah. Penguatan ini penting karena perilaku cenderung bertahan jika ada dukungan lingkungan yang memperkuatnya. Di Surakarta, beberapa kelompok bahkan merayakan capaian kecil seperti keberhasilan kontrol rutin atau hasil pemeriksaan laboratorium yang membaik. Walaupun terlihat sederhana, pengakuan semacam ini memiliki dampak besar karena membuat individu merasa perjuangannya berarti. Kepatuhan kemudian tidak lagi dipahami sebagai kewajiban medis, tetapi sebagai bentuk pencapaian yang layak dihargai.

Selain *reinforcement*, KDS juga menciptakan kontrol sosial positif yang memperkuat komitmen. Dalam komunitas, ada semacam tanggung jawab moral untuk saling menjaga. Ketika seseorang tidak hadir dalam pertemuan atau terlihat menurun motivasinya, anggota lain akan bertanya dan memberikan dukungan (Kopo dkk, 2023). Mekanisme ini menunjukkan bahwa lingkungan dapat membentuk perilaku melalui norma sosial yang tidak tertulis. Norma tersebut berbeda dari tekanan sosial yang diskriminatif, karena yang terbentuk dalam KDS adalah norma yang mendukung pemulihan. Pada titik ini, KDS bukan hanya tempat curhat, tetapi sistem sosial yang mendorong individu untuk tetap bertahan dalam perilaku sehat.

Dalam konteks budaya Surakarta yang kolektif, dukungan komunitas seringkali lebih kuat pengaruhnya dibanding edukasi formal. Banyak ODHIV muda lebih percaya pada pengalaman teman sebaya dibanding pada narasi institusional. Hal ini memperlihatkan bahwa perubahan perilaku kesehatan tidak cukup dilakukan lewat pendekatan medis, tetapi membutuhkan pendekatan sosial. Kondisi ini menegaskan pentingnya *reciprocal determinism*: individu membentuk perilaku melalui lingkungan, tetapi lingkungan juga terbentuk oleh perilaku individu (Bandura dan Cervone, 2023). Ketika semakin banyak anggota yang patuh ARV dan stabil secara klinis, komunitas menjadi semakin kuat, dan kekuatan komunitas itu kembali memperkuat motivasi anggota lain. Terjadi siklus positif yang memperkuat perubahan.

Dengan demikian, KDS di Surakarta dapat dipahami sebagai lingkungan strategis yang memperkuat efikasi diri, membangun *outcome expectations* yang lebih optimis, dan menyediakan *reinforcement* sosial yang menjaga perilaku kepatuhan ARV. KDS tidak hanya bekerja sebagai ruang pendampingan, tetapi sebagai arena sosial yang mengubah pengalaman HIV dari sesuatu yang memalukan menjadi sesuatu yang dapat dikelola bersama. Dalam konteks stigma yang masih kuat di masyarakat luas, keberadaan komunitas sebaya menjadi salah satu mekanisme sosial yang paling realistis untuk memastikan pengobatan berjalan konsisten. Tanpa dukungan lingkungan semacam ini, kepatuhan ARV mudah rapuh karena individu harus berjuang sendirian melawan tekanan sosial dan ketakutan pribadi.

3.4. Hambatan dalam Pendampingan Sebaya

Walaupun pendampingan sebaya dan KDS di Surakarta menunjukkan efektivitas yang kuat

dalam membangun efikasi diri serta meningkatkan kepatuhan ARV, program ini tetap menghadapi hambatan yang bersifat struktural maupun sosial. Hambatan tersebut penting dibahas karena perubahan perilaku selalu bergantung pada keseimbangan antara faktor personal, lingkungan, dan perilaku itu sendiri (Bandura dan Cervone, 2023). Jika salah satu unsur tidak mendukung, maka perubahan bisa melambat atau bahkan mundur. Salah satu hambatan utama yang sering muncul di fasilitas kesehatan adalah keterbatasan ruang privasi untuk pendampingan. Banyak sesi pendampingan dilakukan di ruang tunggu, koridor, atau sudut-sudut puskesmas yang ramai. Situasi ini membuat klien muda sulit membicarakan hal-hal yang paling sensitif, seperti trauma, rasa takut, atau pengalaman diskriminasi. Dalam SCT, kondisi lingkungan seperti ini jelas tidak mendukung karena komunikasi yang efektif membutuhkan rasa aman agar persuasi verbal dan dukungan emosional dapat bekerja maksimal.

Hambatan berikutnya berkaitan dengan kapasitas komunikasi pendamping sebaya yang tidak selalu merata. Tidak semua pendamping memiliki keterampilan komunikasi terapeutik, padahal banyak ODHIV muda membawa beban psikologis yang kompleks. *Modeling* dan *Reinforcement* hanya akan efektif jika klien merasa terhubung dengan pendamping sebagai figur yang relevan dan dapat dipercaya (Bandura dan Cervone, 2023). Jika pendamping tidak mampu membangun kedekatan emosional, maka hubungan sosial yang seharusnya menjadi jembatan justru menjadi hambatan. Dalam beberapa kasus, pendampingan hanya berakhir sebagai pengingat jadwal kontrol atau minum obat tanpa menyentuh dimensi psikologis yang lebih dalam. Padahal, perubahan perilaku kesehatan jangka panjang tidak hanya bergantung pada informasi, tetapi pada perubahan keyakinan personal yang dibangun melalui relasi sosial.

Selain masalah kompetensi, faktor beban kerja pendamping juga menjadi tantangan. Pendamping sering harus menangani banyak klien dengan waktu terbatas. Akibatnya, intensitas pendampingan menurun dan tidak semua klien mendapatkan perhatian yang cukup. Konsistensi *reinforcement* merupakan hal penting untuk menjaga perilaku (Bandura dan Cervone, 2023). Jika penguatan sosial tidak rutin, maka efikasi diri yang sedang dibangun bisa kembali melemah. ODHIV muda, terutama yang baru terdiagnosis, membutuhkan dukungan yang stabil pada fase awal karena fase ini menentukan apakah mereka akan patuh atau justru mundur. Ketika pendampingan tidak cukup intens, sebagian klien berisiko kembali pada pola penghindaran karena rasa takut belum benar-benar terurai.

Hambatan besar lainnya adalah stigma sosial yang tetap kuat di luar fasilitas kesehatan dan komunitas sebaya. Banyak ODHIV muda merasa aman saat berada dalam KDS, tetapi kembali rapuh ketika menghadapi keluarga, tetangga, atau lingkungan kerja yang masih memproduksi stigma. Kondisi ini menunjukkan bahwa lingkungan eksternal (*macro environment*) memiliki pengaruh besar terhadap faktor personal. Efikasi diri yang sudah terbentuk bisa mengalami fluktuasi ketika individu kembali berada dalam situasi sosial yang menekan (Bandura dan Cervone, 2023). Mereka mungkin tetap patuh ARV, tetapi menjalani hidup dengan kecemasan yang terus menerus. Dalam beberapa kasus, tekanan stigma membuat individu memilih untuk memutus relasi sosial atau membatasi mobilitasnya, sehingga kualitas hidup menurun walaupun kondisi klinis membaik. Hambatan ini memperlihatkan bahwa perubahan perilaku kesehatan tidak otomatis berarti perubahan penerimaan sosial.

Selain stigma eksternal, terdapat pula hambatan yang datang dari faktor personal klien.

Beberapa ODHIV muda memiliki karakter yang sangat tertutup atau mengalami gangguan kesehatan mental seperti depresi. Faktor personal seperti kondisi emosi dan kesehatan mental sangat menentukan karena memengaruhi kemampuan individu menerima pengaruh lingkungan (Adrado dkk, 2024). Pada kasus tertentu, pendampingan sebaya tidak cukup karena individu membutuhkan bantuan profesional seperti psikolog atau psikiater. Jika depresi tidak ditangani, maka motivasi untuk minum obat dapat menurun karena individu kehilangan dorongan hidup. Ini menunjukkan bahwa pendampingan sebaya perlu dilihat sebagai bagian dari sistem layanan, bukan sebagai solusi tunggal (Yang, 2024). Ketika klien mengalami gangguan mental yang berat, *modeling* dan *reinforcement* dari pendamping bisa tidak efektif karena individu sudah kehilangan kemampuan untuk merespons secara positif.

Hambatan lain yang juga penting adalah keterbatasan jangkauan pendampingan pada ranah privat klien. Banyak pendamping hanya dapat bekerja dalam ruang layanan atau komunitas, sementara sumber stigma terbesar sering datang dari rumah atau lingkungan kerja. Perilaku individu dipengaruhi oleh lingkungan tempat ia hidup sehari-hari. Jika pendampingan tidak menyentuh ruang sosial tersebut, maka perubahan perilaku hanya kuat dalam ruang komunitas tetapi rapuh dalam kehidupan nyata. Kesenjangan ini menyebabkan sebagian klien mengalami perubahan yang tidak konsisten: mereka mampu patuh dalam periode tertentu, tetapi mengalami kemunduran ketika tekanan keluarga atau lingkungan sosial meningkat. Kondisi ini menunjukkan bahwa pendekatan komunitas perlu dilengkapi dengan strategi yang lebih luas, seperti edukasi keluarga atau intervensi berbasis komunitas lokal agar lingkungan sehari-hari menjadi lebih mendukung.

Dengan demikian, hambatan pendampingan sebaya di Surakarta menunjukkan bahwa perubahan perilaku kesehatan pada ODHIV muda tidak hanya soal motivasi individu, tetapi soal kondisi lingkungan yang memungkinkan perubahan itu bertahan. Perilaku sehat akan lebih stabil jika lingkungan sosial luas mendukung, jika *reinforcement* berjalan konsisten, dan jika faktor personal seperti kesehatan mental mendapat perhatian serius. Oleh karena itu, penguatan LPS tidak cukup dilakukan hanya dengan menambah jumlah pertemuan, tetapi juga dengan memperbaiki aspek struktural seperti ruang privasi, peningkatan kapasitas komunikasi pendamping, serta integrasi layanan kesehatan mental. Tanpa perbaikan ini, pendampingan sebaya berisiko berjalan secara parsial: berhasil membangun harapan, tetapi belum mampu memastikan perubahan yang benar-benar berkelanjutan dalam kehidupan sehari-hari klien.

4. KESIMPULAN

Fenomena *self-stigma* pada ODHIV muda di Surakarta menunjukkan bahwa hambatan terbesar dalam kepatuhan ARV tidak hanya berasal dari aspek medis, tetapi dari tekanan sosial yang membentuk cara individu menilai dirinya sendiri. Dalam kerangka *Social Cognitive Theory*, masalah ini muncul karena dominasi faktor personal berupa efikasi diri yang rendah dan outcome expectations yang negatif akibat internalisasi stigma publik. Lingkungan sosial yang masih kuat dengan kontrol sosial berbasis gosip dan pelabelan membuat ODHIV muda cenderung memilih perilaku menghindar dari layanan kesehatan sebagai strategi perlindungan diri. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa stigma bukan sekadar persepsi, tetapi mekanisme sosial yang nyata dan mampu memengaruhi perilaku kesehatan secara langsung.

Pada kondisi terkini, Layanan Pendampingan Sebaya (LPS) dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) terbukti menjadi ruang sosial yang lebih aman bagi ODHIV muda untuk membangun efikasi diri melalui modeling, persuasi verbal, dan reinforcement sosial. Meski demikian, pendampingan masih menghadapi hambatan struktural seperti keterbatasan ruang privasi layanan, beban kerja pendamping, ketimpangan keterampilan komunikasi, serta belum terintegrasinya dukungan kesehatan mental secara optimal. Oleh karena itu, rekomendasi kebijakan diarahkan pada penyediaan ruang pendampingan yang lebih privat, pelatihan pendamping berbasis komunikasi terapeutik, serta integrasi layanan HIV dengan psikolog dan edukasi keluarga. Penelitian lanjutan penting dilakukan untuk mengkaji lebih mendalam bagaimana stigma di ranah keluarga dan tempat kerja membentuk fluktuasi efikasi diri ODHIV muda di luar komunitas sebaya.

REFERENSI

- Adraro, Wasihun., dkk. 2024. Physical and psychological impact of HIV/AIDS toward youths in Southwest Ethiopia: A phenomenological study. (*BMC Public Health Vol. 24 No. 1*).
- Bandura, Albert., dan D. Cervone. 2023. *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective on Human Nature*. Hoboken, NJ; John Wiley & Sons.
- Creswell, John W., dan J. David Creswell. 2017. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks; Sage Publications.
- Huang, Xiao-Ping., dkk. 2024. Self-injury and suicide among people living with HIV/AIDS in China: A systematic review and meta-analysis. (*BMC Public Health Vol. 24 No. 1*).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual. Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2025. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Tahun 2024–2025*. Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Kota Surakarta. 2025. *Analisis Situasi dan Capaian Program HIV Kota Surakarta Tahun 2025*. Surakarta; Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Kota Surakarta.
- Kopo, Mathebe., dkk. 2023. Effectiveness of a peer educator-coordinated preference-based differentiated service delivery model on viral suppression among young people living with HIV in Lesotho: The PEBRA cluster-randomized trial. (*PLoS Medicine Vol. 20 No. 1*).
- Kumbani, Lily C., dkk. 2023. A peer group intervention implemented by community volunteers increased HIV prevention knowledge. (*BMC Public Health Vol. 23 No. 1*).
- Li, Yijun., dkk. 2022. The impact of peer education on HIV testing for Chinese men who have sex with men: The mediation effect of accompanying friends for testing. (*American Journal of Men's Health Vol. 16 No. 2*).
- Mphande, Fingani. 2023. *Sustainable Health in Low and Middle Income Countries: Achieving SDG3 in the (Post) Pandemic World*. Cham; Springer Nature.

- Newman, Peter A., dkk. 2022. Peer education interventions for HIV prevention and sexual health with young people in Mekong Region countries: A scoping review and conceptual framework. (*Sexual and Reproductive Health Matters Vol. 30 No. 1*).
- Pemerintah Kota Surakarta. 2014. Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 12 Tahun 2014 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus dan Acquired Immune Deficiency Syndrome. Surakarta; Pemerintah Kota Surakarta.
- Small, Latoya A., Alexis K. Huynh, dan Tyrone M. Parchment. 2022. The association between self-esteem, stigma, and mental health among South African youth living with HIV. (*AIDS Care Vol. 34 No. 1*).
- Subroto, T. Yoyok Wahyu. 2024. Modal Sosial dalam Masyarakat Kampung Perkotaan dalam Tinjauan Budaya Jawa. Yogyakarta; UGM Press.
- UNAIDS. 2024. How UNAIDS Supports Civil Society Engagement and Community Responses to HIV. Geneva; UNAIDS.
- UNAIDS. 2025. Overcoming Disruption: Transforming the AIDS Response. Geneva; UNAIDS.
- Yang, Zhongfang., dkk. 2024. Exploring stigma experience and coping strategies among women living with HIV/AIDS in China: A phenomenological study. (*Psychology Research and Behavior Management Vol. 17*).