

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Stigma

a. Definisi Stigma

Dalam buku *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* pada tahun 1986 oleh Erving Goffman menyebutkan bahwa stigma merupakan seperangkat atribut, penanda, simbol, lambang dan ciri khas yang melekat atau dilekatkan masyarakat terhadap individu tertentu dengan sifat dasarnya yang merusak, merendahkan martabat, menyudutkan, memojokkan, mencemarkan reputasi, bergerak dinamis, berkesinambungan namun juga tak jarang berkesan ambigu (Goffman, 1986; Nisa 2021).

Bernice A. Pescosolido dan Jack K. Martin menyebutkan bahwa stigma merupakan atribut yang sangat mendiskreditkan; "tanda malu"; "tanda penindasan"; *mendevaluasi* identitas sosial. Stigma dapat saja dialamatkan kepada para penderita penyakit menahun dan gangguan kesehatan fisik serta mental. Empat komponen stigma menurut Link & Phelan;

- 1) *Labeling*, yaitu membedakan dan melabeli perbedaan,
- 2) *Stereotypes*, yaitu mengasosiasikan perbedaan manusia dengan atribusi negatif atau stereotip,
- 3) *Separating*, yaitu memisahkan "kita" dari "mereka", dan

- 4) *Discrimination*, yaitu mengalami kehilangan status dan diskriminasi (Link & Phelan, 2001; Pescosolido & Martin, 2015).

b. Bentuk Stigma

- 1) *Public stigma*

Public stigma adalah Bentuk *stereotype*, prasangka dan diskriminasi yang kuasanya bersumber dari masyarakat umum. *Public stigma*, yang juga dikenal dengan stigma budaya, sangatlah bervariasi bergantung pada konteks demografis di berbagai belahan tempat dan waktu. Sebagaimana stigma terhadap penderita penyakit mental, walaupun terdapat dinamika dan perubahan yang lebih cair sampai saat dengan terbukanya penerimaan dan pengakuan, namun tetap saja penderita yang terstigma dianggap sebagai individu yang lemah dan gagal (Quinn & Chaudoir, 2009; Pescosolido & Martin, 2015; Nisa, 2021).

- 2) Stigma berbasis *structural*

Stigma berbasis *structural* merupakan bentuk stigma yang diperoleh dari berbagai kebijakan pada tataran swasta maupun lembaga pemerintah, dengan secara sengaja membatasi akses kesempatan bagi individu tertentu dan hal ini turut andil dalam mengurangi hak-hak personalnya (Corrigan *et al.*, 2004; Nisa, 2021). Biasanya seseorang dengan lagi-lagi penyakit mental atau penyakit kronik lainnya menjadi sasaran empuk bentuk stigma ini. Kelompok tersebut kerap kali tidak dilibatkan dalam kegiatan sipilnya seperti pemilihan dan perayaan pemilu (Burns, 2009; Nisa, 2021). Stigma struktural inilah yang juga memicu kecenderungan

tindak diskriminasi melalui ketiadaan akses kelembagaan (Yang *et al.*, 2014; Nisa, 2021).

3) *Provider-based stigma*

Provider-based stigma merupakan bentuk stigma yang bersumber dari para penyedia jasa/ layanan profesional publik seperti tenaga medis dan kesehatan yang berfungsi untuk membantu individu yang telah rentan dengan stigma umum, namun di sisi lain juga sekaligus berperan sebagai aktor yang mengukuhkan label dan *stereotype* tertentu terhadap pasien-pasiennya. Dalam hal ini misalnya penderita HIV-AIDS dan orang dengan penyakit kronik lainnya memiliki kondisi berbahaya yang dapat menular sehingga isolasi menjadi satu-satunya pilihan yang tepat untuk diberikan (Surlis & Hyde, 2001; Nisa, 2021).

4) *Self-stigma*

Self-stigma merupakan keadaan di mana seorang individu menerima penaksiran orang lain tentang kebernilaian dirinya yang dianggap rendah dan tidak layak (Ritsher *et al.*, 2003; Nisa, 2021). Seorang yang menstigma dirinya menyadari akan kegagalannya dalam memenuhi ekspektasi normatif di masyarakat. Padahal hal demikian justru hanya akan memperkuat ancaman *prejudice* dan *stereotype* (Major & O'Brien, 2005; Nisa, 2021) sampai pada kemunculan sikap putus asa dalam mengusahakan sebuah kemajuan (Pilgrim & McCranie, 2013; Nisa, 2021).

5) *Courtesy-stigma*

Courtesy-stigma merupakan bentuk stigma terasosiasi (Ostman & Kjellin, 2002; Nisa, 2021) dimana lingkaran kedekatan relasi dalam pertemanan, pekerjaan dan kekeluargaan turut menjadi subjek yang dinilai rendah bahkan dicurigai juga berperan dalam menyebabkan terjadinya ‘kecacatan’ yang ada pada individu yang terstigma. Bahkan mereka yang hanya sekedar berkesempatan untuk berinteraksi juga dapat tercemar reputasi dan nama baiknya (Pryor *et.al.*, 2011; Nisa, 2021). Bentuk *courtesy-stigma* ini paling banyak dialami oleh keluarga dan kerabat dekat seperti orang tua yang memiliki anak difabel (Angermeyer *et al.*, 2003; Nisa, 2021).

c. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Stigma Tenaga Kesehatan terhadap ODHA

Dalam penelitian yang dilakukan oleh *Stringer et al.*, (2016) Stigma terkait HIV dalam pengaturan layanan kesehatan beroperasi pada berbagai tingkatan:

- 1) Tingkat individu, yaitu usia, pendidikan, jumlah tahun dalam perawatan kesehatan, dan kategori pekerjaan.
- 2) Tingkat klinik, yaitu jenis klinik, lokasi klinik, dan ketersediaan profilaksis paska pajanan, dan
- 3) Tingkat kebijakan, yaitu kebijakan institusional, dukungan, dan pelatihan.

Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Tavakoli *et al.*, (2020) faktor – faktor yang mempengaruhi tenaga kesehatan dalam memberikan stigma terhadap ODHA adalah;

1) Sosio-demografis

Sosio-demografi berasal dari kata sosio/ sosial dan demografi. Sosial dapat didefinisikan sebagai segala sesuatu yang berkenaan dengan masyarakat dan demografi adalah studi tentang penduduk yang dilihat dari ukuran (jumlah), struktur/ komposisi, persebaran ke ruangan serta faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah, struktur dan persebaran penduduk yaitu fertilitas, mortalitas dan migrasi di suatu wilayah tertentu (Sonny Harmadi, 2014).

Dalam kajian demografi terdapat 3 hal penting yang berkaitan dengan penduduk yaitu, dinamika penduduk, komposisi atau struktur penduduk dan jumlah dan distribusi atau persebaran penduduk. Penduduk dapat dikelompokkan berdasarkan ciri-ciri atau karakteristik tertentu, yaitu:

- a) Struktur penduduk menurut karakteristik demografi seperti struktur penduduk menurut umur, jenis kelamin, jumlah perempuan umur subur, jumlah anak dan sebagainya. Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai dengan berulang tahun. Dalam analisis demografi pengelompokan umur penduduk dilakukan dengan 2 model yaitu penduduk umur tunggal dan penduduk kelompok umur 5

tahunan, 10 tahunan atau kelompok umur khusus untuk kepentingan yang berbeda-beda. Jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seorang itu dilahirkan.

- b) Struktur penduduk berdasarkan karakteristik sosial dan budaya seperti status kawin, bahasa, etnis/ suku bangsa, agama, pendidikan, kepemilikan identitas dan akte dan lain sebagainya.

Status kawin adalah status terikat dalam perkawinan, baik tinggal bersama maupun terpisah (kawin sah, secara hukum/adat, agama, negara dan sebagainya, juga hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami istri). Status perkawinan dikategorikan menjadi; belum kawin; kawin; cerai hidup; dan cerai mati.

Dalam UU No 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, disebutkan bahwa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Perguruan Tinggi adalah satuan

pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi dan dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut, atau universitas. Jenjang pendidikan perguruan tinggi yaitu diploma (D1, D2, D3, D4), sarjana (S1), magister (S2), doktor (S3), dan spesialis.

c) Struktur penduduk berdasarkan ekonomi seperti kegiatan utama sehari-hari, bekerja - tidak bekerja, lapangan pekerjaan, status pekerjaan, jenis pekerjaan, rata-rata jam kerja dan lain sebagainya. Pekerjaan adalah jenis perbuatan atau kegiatan untuk memperoleh imbalan atau upah. Pengalaman kerja adalah masa kerja di pekerjaan saat ini dan di bidang kesehatan. Pengaturan tempat kerja adalah jenis dan lokasi fasilitas, jenis layanan yang diberikan oleh penduduk. Pengalaman bekerja dengan ODHA adalah pernah bekerja bersama dengan rekan/ kolega ODHA di masa lalu dalam 12 bulan terakhir. Pernah lulus kursus pendidikan terkait HIV adalah jenis pelatihan yang diterima di masa lalu dalam 12 bulan terakhir.

d) Struktur penduduk berdasarkan geografi dan tempat tinggal seperti penduduk perkotaan dan pedesaan, penduduk berdasarkan pulau dan lain sebagainya.

2) Kekhawatiran Terkait Pemberian Pelayanan kepada ODHA

Kecemasan atau kekhawatiran adalah suatu reaksi yang wajar yang bisa dialami oleh siapapun, sebagai respon terhadap situasi

yang dianggap membahayakan atau mengancam. Namun kecemasan akan menjadi tidak wajar ketika terjadi terus menerus sehingga dapat mengganggu pola pikir serta aktifitas seseorang. Kecemasan mempunyai karakteristik berupa hadirnya perasaan takut dan kewaspadaan atau kehati-hatian yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Kecemasan menurut Chaplin (dalam Oktapiani & Pranata, 2018) adalah perasaan campur aduk berisikan ketakutan keprihatinan mengenai masa-masa mendatang tanpa sebab khusus akan ketakutan tersebut.

Menurut Ghufron (dalam Oktapiani & Pranata, 2018) ada beberapa hal yang dapat menyebabkan kecemasan pada individu, yaitu pengalaman negatif masa lalu dan pikiran yang tidak rasional. Pengalaman negatif masa lalu dapat berupa kegagalan, penolakan dan lain-lain. Sedangkan pikiran tidak rasional dapat berupa pikiran takut hal yang akan terjadi, hal ini disebabkan oleh kepercayaan dan keyakinan irasional individu akan apa yang akan terjadi pada masa mendatang yang belum tentu memalukan.

Menurut Iskandar (dalam Oktapiani & Pranata, 2018) penyebab utama kecemasan dapat dibagi menjadi dua hal yaitu internal dan eksternal. Penyebab internal dapat berupa kepribadian, keinginan dan keyakinan irasional individu. Sedangkan faktor eksternal individu mengalami kecemasan adalah lingkungan sekitar subjek (Oktapiani & Pranata, 2018).

Calhoun dan Acocella (dalam Setyawan, 2020) mengemukakan aspek-aspek kecemasan yang dikemukakan dalam tiga reaksi, yaitu sebagai berikut:

- a) Reaksi emosional, yaitu komponen kecemasan yang berkaitan dengan persepsi individu terhadap pengaruh psikologis dari kecemasan, seperti perasaan keprihatinan, ketegangan, sedih, mencela diri sendiri atau orang lain.
- b) Reaksi kognitif, yaitu ketakutan dan kekhawatiran yang berpengaruh terhadap kemampuan berpikir jernih sehingga mengganggu dalam memecahkan masalah dan mengatasi tuntutan lingkungan sekitarnya.
- c) Reaksi fisiologis, yaitu reaksi yang ditampilkan oleh tubuh terhadap sumber ketakutan dan kekhawatiran. Reaksi ini berkaitan dengan sistem syaraf yang mengendalikan berbagai otot dan kelenjar tubuh sehingga timbul reaksi dalam bentuk jantung berdetak lebih keras, nafas bergerak lebih cepat, tekanan darah meningkat.

Maher (dalam Baihaqi, 2014) menyebut tiga komponen dari reaksi kecemasan yang kuat, yaitu:

- a) Emosional: orang tersebut mempunyai ketakutan yang amat sangat dan secara sadar.
- b) Kognitif: ketakutan meluas dan sering berpengaruh terhadap kemampuan berpikir jernih, memecahkan masalah, dan mengatasi tuntutan lingkungan.

c) Psikologis: tanggapan tubuh terhadap rasa takut berupa pengerasan diri untuk bertindak, baik tindakan itu dikehendaki atau tidak.

3) Sikap Terhadap ODHA Di Antara Penyedia Layanan Kesehatan

Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai – nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain:

- a) Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan pada situasi pada saat itu.
- b) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain.
- c) Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
- d) Nilai (*value*). Di dalam suatu masyarakat apa pun selalu berlaku nilai – nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam

menyelenggarakan hidup bermasyarakat (Mahendra et al., 2019).

d. Dampak Stigma Tenaga Kesehatan terhadap ODHA

Menurut Li *et al.* dalam Wilandika (2019) stigma terkait HIV dalam pelayanan kesehatan dapat menghambat ODHA dalam proses mencari perawatan jika sebelumnya pernah mengalami perlakuan yang tidak diharapkan atau kerahasiaan status HIV tidak dihormati. Munculnya stigma pada ODHA di pelayanan kesehatan sangat erat kaitannya dengan sikap dan perilaku yang diperlihatkan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan, baik itu perawat, dokter, atau petugas kesehatan lainnya. Stigma dan diskriminasi HIV/AIDS pada fasilitas kesehatan kesehatan menjadi hambatan dalam kemajuan upaya pencegahan epidemi HIV dan bahkan dapat menurunkan intervensi untuk mereduksi penyebaran infeksi HIV (Wilandika, 2019).

Stigma terhadap ODHA memiliki dampak yang besar bagi program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS termasuk kualitas hidup ODHA. Populasi berisiko akan merasa takut untuk melakukan tes HIV karena apabila terungkap hasilnya reaktif akan menyebabkan mereka dikucilkan. Orang dengan HIV positif merasa takut mengungkapkan status HIV dan memutuskan menunda untuk berobat apabila menderita sakit, yang akan berdampak pada semakin menurunnya tingkat kesehatan mereka dan penularan HIV tidak dapat dikontrol. Dampak stigma dan diskriminasi pada perempuan

ODHA yang hamil akan lebih besar ketika mereka tidak mau berobat untuk mencegah penularan ke bayinya (Shaluhyah *et al.*, 2015).

e. Pengukuran Stigma

Pengukuran stigma dilakukan dengan menggunakan kuesioner dengan Skala Likert. Skala Likert merupakan skala yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial (Sugiyono, 2016). Di dalam kuesioner ini terdapat 10 pertanyaan dengan indikator stigma meliputi labeling, stereotyping, separation dan diskriminasi. Kuesioner ini menggunakan skala likert dengan penilaian pertanyaan *favorable* yaitu dengan skor sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), sangat tidak setuju (1). Sedangkan penilaian untuk *unfavorable* yaitu sangat setuju (1), setuju (2), tidak setuju (3), sangat tidak setuju (4). Untuk penilaian stigma dibagi menjadi dua yaitu stigma positif dan stigma negatif. Kategori positif bila skor responden $> \text{Mean}$ (>25) dan negatif apabila skor responden $< \text{Mean}$ (<25).

2. HIV/ AIDS

a. Definisi HIV/ AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah retrovirus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem imun/ kekebalan tubuh manusia. Penurunan kekebalan tubuh pada orang yang terinfeksi HIV memudahkan berbagai infeksi, sehingga dapat menyebabkan timbulnya AIDS.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala dan tanda klinis pada pengidap HIV akibat infeksi tumpangan (*oportunistik*) karena penurunan sistem imun. Dengan demikian orang yang terinfeksi HIV secara alamiah tanpa pengobatan mudah mengalami infeksi tumpangan akan berlanjut menjadi AIDS. Orang dengan HIV/ AIDS sering disebut ODHA. ODHA mudah terinfeksi berbagai penyakit karena imunitas tubuh yang lemah, sehingga tubuh gagal melawan kuman yang biasanya tidak menimbulkan penyakit. *Infeksi oportunistik* ini dapat disebabkan oleh berbagai virus, jamur, bakteri dan parasite serta dapat menyerang berbagai organ, antara lain kulit, saluran cerna/ usus, paru-paru dan otak. Beberapa kondisi *degenerative* dan keganasan juga mungkin cenderung timbul akibat terjadinya perubahan *intraseluler*.

Kebanyakan orang yang terinfeksi HIV akan berkembang menjadi AIDS bila tidak diberi pengobatan dengan *antiretrovirus* (ARV). Kecepatan perubahan dari infeksi HIV menjadi AIDS, sangat tergantung pada jenis dan virulensi virus, status gizi serta cara penularan. Dengan demikian infeksi HIV dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: *rapid progressor* (berlangsung 2 – 5 tahun), *average progressor* (berlangsung 7 – 15 tahun), dan *slow progressor* (lebih dari 15 tahun) (Kemenkes, 2019).

b. Penularan HIV/ AIDS

Cara penularan HIV melalui alur sebagai berikut (Kemenkes, 2019):

- 1) Hubungan seksual: cairan sperma dan cairan vagina pengidap HIV memiliki jumlah virus yang tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan, terlebih jika disertai IMS lainnya. Karena itu semua hubungan seksual yang berisiko dapat menularkan HIV, baik genital, oral maupun anal.
- 2) Kontak dengan darah dan produknya, jaringan atau organ yang terinfeksi HIV: penularan HIV dapat terjadi melalui kontaminasi darah seperti transfusi darah dan produknya (plasma, trombosit) dan transplantasi organ yang tercemar virus HIV atau melalui penggunaan peralatan medis yang tidak steril, seperti suntikan yang tidak aman, misalnya penggunaan alat suntik bersama pada penusun, tato dan tindik tidak steril. Kontak langsung dengan luka kulit atau membrane mukosa dengan darah terinfeksi HIV atau cairan tubuh yang mengandung darah.
- 3) Penularan dari ibu HIV ke janin/ bayinya: penularan dari ibu ke janin/ bayi/ anak terjadi melalui plasenta selama kehamilan, jalan lahir saat persalinan dan ASI pada masa menyusui.

c. Perjalanan Alamiiah dan Stadium Infeksi HIV

Terdapat tiga fase perjalanan alamiiah infeksi HIV sebagai berikut (Kemenkes, 2019):

- 1) Fase I: masa jendela (*window period*) – tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan darahnya masih belum ditemukan *antibody anti-HIV*. Pada masa jendela yang biasanya berlangsung sekitar dua minggu sampai tiga bulan sejak infeksi awal ini,

penderita sangat mudah menularkan HIV kepada orang lain. Sekitar 30 – 50 % orang mengalami gejala infeksi akut berupa demam, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri sendi, sakit kepala, bisa disertai batuk seperti gejala flu pada umumnya yang akan mereda dan sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Fase “*flu-like syndrome*” ini terjadi akibat *serokonversi* dalam darah, saat replikasi virus terjadi sangat hebat pada infeksi primer HIV.

- 2) Fase II: masa laten yang bisa tanpa gejala/ tanda (*asimtomatik*) hingga gejala ringan. Tes darah terhadap HIV menunjukkan hasil positif walaupun gejala penyakit belum timbul. Penderita pada fase ini tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa tanpa gejala rata-rata berlangsung selama 2 – 3 tahun; sedangkan masa dengan gejala ringan dapat berlangsung selama 5 – 8 tahun.
- 3) Fase III: masa AIDS merupakan fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang telah menurun drastis sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai *infeksi oportunistik*, berupa peradangan berbagai mukosa, misalnya infeksi jamur di mulut.

d. Stadium Infeksi HIV

World Health Organization (WHO) menyatakan stadium infeksi HIV yang dapat digunakan untuk memandu tatalaksana penderita HIV secara komprehensif dan berkesinambungan. Stadium klinis infeksi HIV dapat dilihat dalam table berikut ini (Kemenkes, 2019):

Tabel 2 1 Stadium Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa Menurut WHO

	Stadium 1 Asimtomatik	Stadium 2 Sakit Ringan	Stadium 3 Sakit Sedang	Stadium 4 Sakit Berat (AIDS)
Berat Badan (BB)	Tidak ada penurunan BB	Penurunan BB 5 – 10 %	Penurunan BB > 10 %	<i>Syndrome wasting HIV</i>
Gejala	Tidak ada gejala atau hanya: Limfadenopati generalisata persisten	<ul style="list-style-type: none"> a. Luka disekitar bibir (keilitis angularis) b. Ruam kulit yang gatal (seboroik atau prurigo) c. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir d. ISPA berulang, misalnya sinusitis atau otitis e. Ulkus mulut berulang 	<ul style="list-style-type: none"> a. Kandidiasis oral atau vaginal b. <i>Oral hairy leukoplakia</i> c. Diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya lebih dari satu bulan d. Infeksi bacterial yang berat (pneumoni, piomiositis, dll) e. TB paru dalam satu tahun terakhir f. TB Limfadenopati g. Gingivitis/ periodontitis ulseratif nekrotika akut 	<ul style="list-style-type: none"> a. Kandidiasis esophageal b. Herpes simpleks ulseratif lebih dari satu bulan c. Limfoma d. Sarcoma Kaposi e. Kanker serviks invasive f. Retinitis cytomegalovirus g. Pneumonia pnemosistis h. TB ekstra – paru i. Abses otak toksoplasmosis j. Meningitis kriptokokus k. Ensefalopati HIV l. Gangguan fungsi neurologis dan tidak oleh penyebab lain, sering kali membaik dengan ART

Tabel 2 2 Stadium Klinis Infeksi HIV pada Anak Menurut WHO

Stadium 1 Asimtomatik	Stadium 2 Sakit Ringan	Stadium 3 Sakit Sedang	Stadium 4 Sakit Berat (AIDS)
Tidak ada gejala atau hanya: Limfadenopati generalisata persisten	a. Hepatosplenomegali persisten b. Popular pruritic eruption (ruam berbentuk popular dan gatal) c. Kutil yang meluas (extensive wart) d. Molluscum contagiosum yang luas e. Ulkus mulut berulang f. Pembesaran kelenjar parotis persisten g. Eritema ginggitiva lineal h. Herpes zoster i. ISPA berulang j. Infeksi jamur kuku	a. Malnutrisi sedang b. Diare persisten (14 hari atau lebih) c. Demam persisten ($> 37,5^{\circ}\text{C}$ intermitten atau konstan lebih dari 1 bulan) d. Kandidiasis oral persisten (setelah 8 minggu pertama kehidupan) e. Leukoplakia oral f. Gingivitis/periodonitis ulserative yang nekrotik akut g. TB kelenjar getah bening h. TB paru i. Pneumonia bakteri berulang j. Pneumonitis inteersitial limfoid k. Penyakit paru kronis termasuk bronkiektasis l. Anemia < 8 gr/dl, neutropenia $< 0,5 \times 10^9/\text{L}^3$ atau trombositopenia kronis ($< 50 \times 10^9/\text{L}^3$)	a. Stunting atau malnutrisi berat b. Pneumosis pneumonia c. Infeksi bakteri berat berulang (empyema, pyomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis) d. Infeksi herpes simplek kronis (oral, labial atau kulit lebih dari 1 bulan) e. TB ekstra paru f. Sarcoma Kaposi g. Kandidiasis esophagus h. Toksoplasmosis i. Toksoplasmosis saraf pusat j. Ensefalopati HIV k. Infeksi virus (CMV); retinitis atau infeksi CMV pada organ lain dengan onset pada usia > 1 bulan l. Criptococcosis ekstra pulmoner termasuk meningitis m. Endemic mikosis (histoplasmosis ekstra pulmoner, coccidioidomikosis, penicilliosis) n. Kriptosporidiosis kronis dengan diare o. Isosporiosis kronis p. Infeksi mikrobakteri non TB diseminata q. Sel limfoma non-Hodgkin serebral atau B-leukoensefalopati multi focal yang progresif r. Kardiomiopati terkait HIV atau netropati

Gejala

e. Cara Pencegahan Penularan HIV

Cara untuk menghindari diri dari risiko tertular HIV adalah (Kemenkes, 2019):

- 1) Melakukan perilaku seksual aman
 - a) Tidak berhubungan seksual sebelum menikah
 - b) Berhubungan seksual hanya dengan pasangan yang sah
 - c) Menggunakan kondom secara konsisten untuk mencegah IMS
- 2) Tidak menggunakan jarum suntik bergantian atau tidak steril yang berisiko menularkan penyakit infeksi menular lewat transfer darah
- 3) Apabila terinfeksi HIV pasangan wajib diperiksa dan dilakukan penanganan yang tepat untuk menghindari fenomena pingpong dan atau superinfeksi
- 4) Petugas kesehatan wajib menerapkan kewaspadaan standar agar tidak terjadi penularan horizontal non seksual
- 5) Setiap petugas kesehatan diberikan hak untuk melakukan skrining HIV bagi dirinya sendiri untuk memastikan dapat diberikannya profilaksis pasca pajanan dan menghilangkan stigma dan diskriminasi pada tenaga kesehatan.

Pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak (PPIA) didefinisikan sebagai intervensi pencegahan infeksi dari ibu kepada bayi. Intervensi pencegahan tersebut meliputi penanganan komprehensif dan berkelanjutan pada perempuan dengan HIV sejak sebelum kehamilan hingga setelah kehamilan serta termasuk penanganan bayi lahir dari ibu HIV. Empat pilar pendekatan

komprehensif untuk mencegah transmisi vertical HIV yang dikenal dengan Prong, yaitu:

Prong 1: Pencegahan primer infeksi HIV pada wanita usia reproduksi

Prong 2: Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita terinfeksi HIV

Prong 3: Pencegahan transmisi vertical HIV dari ibu kepada bayi

Prong 4: Penyediaan terapi, perawatan dan dukungan yang baik bagi ibu dengan HIV, serta anak dan keluarganya (Kemenkes, 2019).

f. Strategi pemerintah terkait dengan program pengendalian HIV/ AIDS dan PIMS

- 1) Meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini:
 - a) Daerah dengan epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat, penawaran tes HIV perlu dilakukan kepada semua pasien yang datang ke layanan kesehatan baik rawat jalan atau rawat inap serta semua populasi kunci setiap 6 bulan sekali.
 - b) Daerah dengan epidemi terkonsentrasi maka penawaran tes HIV rutin dilakukan pada ibu hamil, pasien TB, pasien hepatitis, warga binaan pemasyarakatan (WBP), pasien IMS, pasangan tetap ataupun tidak tetap ODHA dan populasi kunci seperti WPS, waria, LSL dan penasun.
 - c) Kabupaten/ kota dapat menetapkan situasi epidemi di daerahnya dan melakukan intervensi sesuai penetapan tersebut,

melakukan monitoring & evaluasi serta surveilans berkala.

- d) Memperluas akses layanan KTHIV dengan cara menjadikan tes HIV sebagai standar pelayanan di seluruh fasilitas kesehatan (FASKES) pemerintah sesuai status epidemi dari tiap kabupaten/kota.
 - e) Dalam hal tidak ada tenaga medis dan/atau teknisi laboratorium yang terlatih, maka bidan atau perawat terlatih dapat melakukan tes HIV.
 - f) Memperluas dan melakukan layanan KTHIV sampai ketinggian Puskesmas.
 - g) Bekerja sama dengan populasi kunci, komunitas dan masyarakat umum untuk meningkatkan kegiatan penjangkauan dan memberikan edukasi tentang manfaat tes HIV dan terapi ARV.
 - h) Bekerja sama dengan komunitas untuk meningkatkan upaya pencegahan melalui layanan PIMS dan PTRM
- 2) Meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV, serta perawatan kronis
- a) Menggunakan rejimen pengobatan ARV kombinasi dosis tetap (*KDT-Fixed Dose Combination-FDC*), di dalam satu tablet mengandung tiga obat. Satu tablet setiap hari pada jam yang sama, hal ini mempermudah pasien supaya patuh dan tidak lupa menelan obat.
 - b) Inisiasi ARV pada fasyankes seperti puskesmas

- c) Memulai pengobatan ARV sesegera mungkin berapapun jumlah CD4 dan apapun stadium klinisnya pada:
- (1) kelompok populasi kunci, yaitu : pekerja seks, lelaki seks lelaki, pengguna napza suntik, dan waria, dengan atau tanpa IMS lain
 - (2) populasi khusus, seperti: wanita hamil dengan HIV, pasien ko-infeksi TB-HIV, pasien ko-infeksi Hepatitis-HIV (Hepatitis B dan C), ODHA yang pasangannya HIV *negative* (pasangan sero-diskor), dan bayi/ anak dengan HIV (usia < 5 tahun).
 - (3) semua orang yang terinfeksi HIV di daerah dengan epidemi meluas
- d) Mempertahankan kepatuhan pengobatan ARV dan pemakaian kondom konsisten melalui kondom sebagai bagian dari paket pengobatan.
- e) Memberikan konseling kepatuhan minum obat ARV
- 3) Memperluas akses pemeriksaan CD4 dan *viral load* (VL) termasuk *early infant diagnosis* (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHA yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV sesegera mungkin, melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan.
- 4) Peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP.

- 5) Mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV-AIDS (Direktur Jenderal P2P Kemenkes RI, 2017).

g. Program HIV

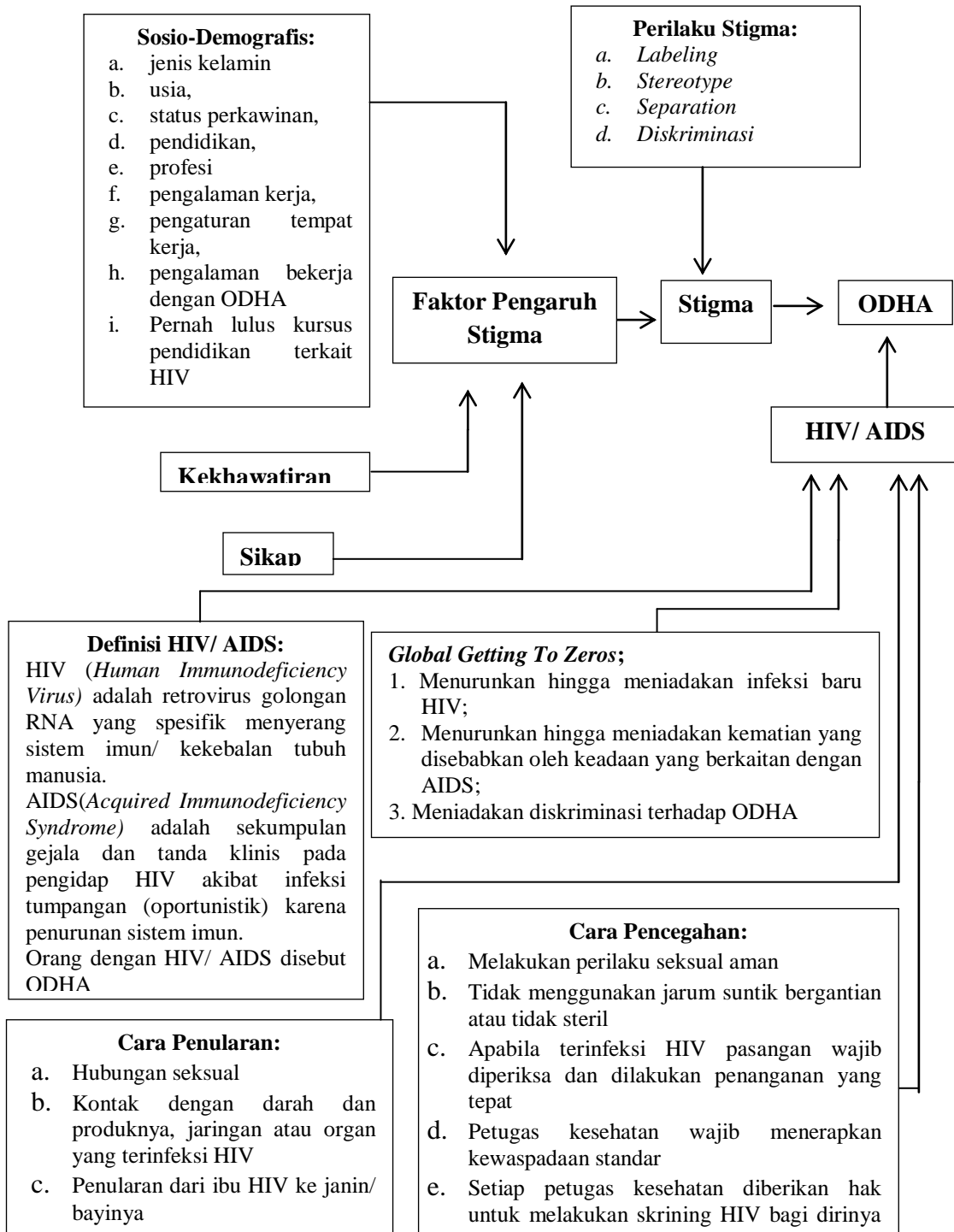
Salah satu kegiatan upaya yang dilakukan dalam pengendalian HIV adalah program pencegahan baik untuk populasi umum maupun populasi kunci yang meliputi: peningkatan pengetahuan tentang HIV dan AIDS, penggunaan kondom, layanan alat suntik steril (LASS), pemberian terapi rumatan metadon (PTRM), pre-exposure prophylaxis (PrEP, PEP) dan peningkatan akses pengobatan sebagai bagian dari pencegahan. Upaya peningkatan pengetahuan dan pemahaman HIV dan PIMS dilakukan melalui berbagai media social, media cetak dan media elektronik, kerjasama dengan dunia usaha dan lintas sektor antar kementerian Lembaga.

Kajian nasional program HIV dan IMS yang dilakukan oleh konsultan independen terkait dengan *testing* dan pengobatan HIV & IMS pada tahun 2020 (WHO, 2020) merekomendasikan hal sebagai berikut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020):

- 1) Penyederhanaan prosedur layanan tes dengan menghilangkan permintaan tanda tangan persetujuan tes dan prioritas penggunaan finger prick daripada pemeriksaan darah vena untuk HIV;

- 2) Melakukan *desentralisasi* layanan tes dan pengobatan HIV & hingga layanan primer dan membuat semua layanan primer mampu melakukan tes HIV dan akses pengobatan ARV;
- 3) Adaptasi inovasi baru untuk meningkatkan cakupan tes seperti testing HIV mandiri (*self testing*), tes HIV berbasis masyarakat;
- 4) Transisi ARV dari Tenofovir, Lamivudin dan Efavirens (TLE) menjadi TLD (Tenofovir/ Lamivudin/ Dolutegravir);
- 5) Memperluas akses pemeriksaan *viral load* dan EID (*early infant diagnosis*);
- 6) Promosikan penggunaan rasional *platform-platform* laboratorium bersama untuk diagnosis TBC dan tes Viral Load HIV (tes cepat molekular); dan
- 7) Perluas implementasi pendekatan satu pintu untuk layanan HIV dan TBC.

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Stigma Tenaga Kesehatan Terhadap ODHA

Sumber: Link & Phelan, (2001); Baihaqi, (2014); Sonny Harmadi, (2014); Pescosolido & Martin, (2015); Stringer *et al.*, (2016); Direktur Jenderal P2P Kemenkes RI, (2017); Oktapiani & Pranata, (2018); Kemenkes, (2019); Mahendra *et al.*, (2019); Wilandika, (2019); Setyawan, (2020); Tavakoli *et al.*, (2020); Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2020); Nisa, (2021)