

HIV AIDS

PREVENTIVE HEALTH CARE

INTERPROFESSIONAL COLLABORATIVE

Putri Maretyara Saptyani., M.Tr.Keb
Dr. Johariyah, M.Keb
Titi Legiati PS, SST., M.Kes
Ema Wahyu Ningrum, SST. S.Kep., Ns., M.Kes
Susanti, SST., M.Keb
Dhiah Dwi Kusumawati, SST., MPH
Sohimah., SST., M.Keb
Susilawati, SST., M.Keb
Dwi Maryanti., S.Si.T., M.Kes

Editor:

Dr. Johariyah, M.Keb



UNAIC PRESS
CILACAP

**HIV AIDS
PREVENTIVE HEALTH CARE INTERPROFESSIONAL
COLLABORATIVE**

Penulis

Putri Maretyara Sptyani, M.Tr.Keb

Dr. Johariyah, M.Keb

Titi Legiati PS, SST, M.Kes

Ema Wahyu Ningrum, SST. S.Kep., Ns., M.Kes

Susanti, SST, M.Keb

Dhiah Dwi Kusumawati, SST, MPH

Sohimah., SST, M.Keb

Susilawati, SST, M.Keb

Dwi Maryanti., S.Si.T, M.Kes

Editor

Dr. Johariyah, M.Keb

Tata Letak

Al-Istiqlal

Desain Sampul

Indy

15,5 x 23 cm, vi + 152 hlm.

Cetakan I, Juli 2023

ISBN: 978-623-88026-5-4 (PDF)

Diterbitkan oleh:

UNAIC Press Cilacap

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia-Nya sehingga *book chapter* dengan judul ***HIV AIDS Preventive Health Care Interprofessional Collaborative*** telah terbit. Sebanyak 6 paper hasil penelitian dan kajian pustaka dibukukan dalam *book chapter*. *Book chapter* ini merupakan bagian dari program Lembaga Pengabdian dan Penelitian Universitas Al-Irsyad Cilacap bekerjasama dengan Program Studi Sarjana Dan Pendidikan Profesi Bidan (PSPB) yang ditulis oleh beberapa tenaga pengajar baik dari lingkungan Universitas Al-Irsyad maupun dari luar institusi yang memiliki ketertarikan dengan preventive health care HIV/AIDS, yang selanjutnya dikemas dalam satu topik. Topik *book chapter* merujuk pada 2 pilar preventive care yang telah ditetapkan oleh PSPB, yaitu (1) pencegahan terhadap penularan HIV/AIDS, (2) Perawatan dan Upaya peningkatan Kualitas hidup pada ODIV/ODHA. Secara garis besar, cakupan materinya meliputi: (1) menuju Tree Zero Tahun 2030, (2). Peningkatan pelayanan Interprofesional Pada Preventive Health Care HIV/AIDS, (3). Prevention Mother To Child Transmission (PMTCT), (4). Perawatan ibu dengan HIV/AIDS di di keluarga, (5). Keluarga Berencana dalam Preventive Mother To Child Program, (6). Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA. Semua paper yang ditulis membahas preventive Care HIV/AIDS pada perspektif ibu dan anak. Harapan kami, dengan terbitnya *book chapter* ini, semoga dapat menambah referensi dan wawasan tentang upaya pencegahan dan peningkata kualitas hidup pada HIV/AIDS dan dapat digunakan sebagai rujukan oleh berbagai pihak.

Editor

Dr. Johariyah, M. Keb

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I	
MENUJU "THREE ZERO" TAHUN 2030	1
A. PENDAHULUAN.....	1
B. URAIAN ISI	3
C. PENUTUP.....	10
BAB II	
PENINGKATAN PELAYANAN INTERPROFESIONAL PADA <i>PREVENTIVE HEALTH CARE</i> PADA HIV/AIDS	17
A. PENDAHULUAN.....	17
B. URAIAN ISI	18
C. PENUTUP.....	28
BAB III	
<i>PREVENTION MOTHER TO CHILD TRANSMISSION (PMTCT)/</i> PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PIIA) PROGRAM.....	33
A. PENDAHULUAN.....	33
B. URAIAN ISI	34
C. PENUTUP.....	45
BAB IV	
PERAWATAN IBU DENGAN HIV/AIDS DI KELUARGA (<i>FAMILY</i> <i>CENTER CARE</i> PADA IBU DENGAN HIV/AIDS).....	51
A. PENDAHULUAN.....	51
B. URAIAN ISI	53
BAB V	
KELUARGA BERENCANA DALAM <i>PREVENTIVE MOTHER TO</i> <i>CHILD</i> PROGRAM.....	65
A. PENDAHULUAN.....	65
B. URAIAN ISI	65

BAB VI	
STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA	79
A. PENDAHULUAN.....	79
B. URAIAN ISI	80
BAB VII	
ASPEK PSIKOLOGI, SOSIAL, KULTURAL, DAN SPIRITUAL PADA KASUS HIV/AIDS.....	103
A. PENDAHULUAN.....	103
B. ISI	104
BAB VIII	
POLA INFEKSI OPORTUNISTIK PASIEN HIV	127
A. PENDAHULUAN.....	127
B. URAIAN ISI	127

BAB I

MENUJU “THREE ZERO” TAHUN 2030

Putri Maretyara Sptyani.,M.Tr.Keb

Universitas Al Irsyad Cilacap

Email Penulis : putrim96@gmail.com

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)*. AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang. Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) adalah orang yang telah terinfeksi virus HIV (Kementerian Kesehatan RI 2013). Ada beberapa gejala HIV. Tidak semua orang akan memiliki gejala yang sama, hal itu tergantung pada setiap individu dan pada stadium penyakit apa mereka berada. Terdapat tiga tahap HIV dan beberapa gejala yang mungkin dialami ODHA:

1. Tahap 1: Infeksi HIV Akut

Tahap ini terjadi dalam 2 sampai 4 minggu setelah terinfeksi HIV, sekitar dua pertiga orang akan mengalami penyakit seperti flu. Ini adalah respons alami tubuh terhadap infeksi HIV. Gejala seperti flu dapat meliputi; Demam; Panas dingin; Ruam; Keringat malam; Nyeri otot; Sakit tenggorokan; Kelelahan; Pembengkakan kelenjar getah bening; Ulkus mulut

2. Tahap 2: Latensi Klinis

Pada tahap ini, virus masih berkembang biak pada tingkat yang sangat rendah. Orang dalam tahap ini mungkin tidak merasa sakit atau memiliki gejala apa pun. Tahap ini juga disebut infeksi HIV kronis. Tanpa pengobatan HIV, ODHA dapat bertahan dalam tahap ini selama 10 atau 15 tahun, tetapi beberapa melewati tahap ini lebih cepat. Jika pasien meminum obat HIV persis seperti yang ditentukan dan mendapatkan serta

mempertahankan VL (*viral load* / jumlah virus) yang tidak terdeteksi, pasien dapat hidup dan panjang umur serta sehat dan tidak akan menularkan HIV ke pasangan HIV-negatifnya melalui hubungan seks. Tetapi jika *viral load* terdeteksi, pasien dapat menularkan HIV selama tahap ini, bahkan ketika pasien tidak memiliki gejala. Sehingga menjadi penting untuk mengunjungi penyedia layanan kesehatan secara teratur untuk memeriksa *viral load*.

3. Tahap 3: AIDS

Jika pasien mengidap HIV dan tidak sedang menjalani pengobatan HIV, virus akan melemahkan sistem kekebalan tubuh dan berkembang menjadi AIDS yang merupakan tahap akhir dari infeksi HIV. Gejala AIDS dapat meliputi; Penurunan berat badan yang cepat; Demam berulang atau keringat malam yang banyak; Kelelahan ekstrem yang tidak dapat dijelaskan; Pembengkakan kelenjar getah bening yang berkepanjangan di ketiak, selangkangan, atau leher; Diare yang berlangsung lebih dari seminggu; Luka pada mulut, anus, atau alat kelamin; Radang paru-paru; Bercak merah, coklat, merah muda, atau keunguan pada atau di bawah kulit atau di dalam mulut, hidung, atau kelopak mata; Kehilangan memori, depresi, dan gangguan neurologis lainnya. Banyak gejala dari penyakit parah berasal dari infeksi oportunistik (infeksi karena jamur, parasite, bakteri, dan virus) yang terjadi karena sistem kekebalan tubuh pasien telah rusak (HIV.gov 2022).

Pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia tertuang dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 dengan tercapainya Three Zero di tahun 2030, antara lain tidak ada infeksi baru HIV (*Zero new HIV Infection*), tidak ada kematian karena AIDS (*Zero AIDS related Death*) dan tidak ada diskriminasi (*Zero Discrimination*). Oleh sebab itu, pemerintah menyusun strategi 90-90-90, yaitu 90% ODHA mengetahui status HIV, 90 % ODHA yang mengetahui statusnya mendapat ARV (Antiretroviral), serta 90 % ODHA on ART (*Antiretroviral Therapy*) mengalami supresi virus (Setyani 2021).

B. URAIAN ISI

1. Tidak Ada Infeksi Baru/ *Zero new HIV Infection*

Infeksi HIV adalah salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (GBD 2013 *Mortality and Causes of Death Collaborators* 2015), dengan sebagian besar penyakit terkonsentrasi di sub-Sahara Afrika. Infeksi HIV sering terjadi pada orang dewasa yang berada di puncak produktivitas ekonomi sehingga menyebabkan secara dramatis mengubah ekonomi banyak negara (Deeks *et al.* 2015). HIV menargetkan sel T CD4+. Setelah proses penularan, HIV bertahan di jaringan mukosa dan menyebar ke organ limfoid dalam beberapa hari (Haase 2005). Sekitar hari ke-10, virus menjadi terdeteksi dalam darah dan kemudian terus menyebar secara eksponensial selama beberapa minggu berikutnya, seringkali memuncak sekitar hari ke-30 saat tingkat antibodi HIV menjadi terdeteksi (Deeks *et al.* 2015).

Ada tiga jenis tes untuk menentukan diagnosa HIV; tes antibodi, tes antigen/antibodi, dan tes asam nukleat (*Nucleic Acid Test/NAT*). Antibodi diproduksi oleh sistem kekebalan tubuh ketika terpapar virus seperti HIV. Antigen adalah zat asing yang menyebabkan sistem kekebalan tubuh menjadi aktif. Jika seseorang memiliki HIV, antigen yang disebut p24 sudah diproduksi bahkan sebelum antibodi berkembang. Tes HIV biasanya dilakukan pada darah, cairan oral, dan urin (*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) 2022).

Pada tahun 2021, 1,5 juta orang terinfeksi HIV (World Health Organization 2022). Menurut *World Health Organization* (WHO), Indonesia merupakan salah satu negara dengan pertumbuhan kasus infeksi HIV yang sangat cepat dengan perkiraan lebih dari 200.000 penderita (*World Health Organization. Regional Office for South-East Asia* 2007). Kasus HIV & AIDS di Indonesia pertama kali dilaporkan pada tahun 1987. Hingga Juni 2022 kasus HIV yang dilaporkan mencapai 519 ribu kasus dengan kasus terbanyak ditemukan pada kelompok risiko tinggi termasuk pengguna narkoba suntik (penasun), pekerja seks dan pasangan/pelanggannya, homoseksual,

dan bayi yang tertular dari ibunya. Pada awalnya cara penularan HIV/AIDS terjadi melalui hubungan heteroseksual. Seiring meningkatnya jumlah penasun di Indonesia menyebabkan cara penularan HIV & AIDS mengalami perubahan terutama melalui penggunaan jarum suntik bersama di kalangan para penasun. Namun, cara penularan HIV/AIDS berubah lagi menjadi utamanya adalah melalui hubungan heteroseksual. Perubahan cara penularan tersebut yang bila tidak diwaspadai akan menyebabkan makin meningkatnya kasus HIV/AIDS akibat upaya pencegahan yang kurang tepat (Astindari and Lumintang 2014). Perubahan cara penularan HIV/AIDS dari kelompok penasun ke heteroseksual memengaruhi strategi pencegahan penularan HIV/AIDS di Indonesia. Selain itu pergeseran cara penularan ke kontak seksual juga meningkatkan kewaspadaan terhadap meningkatnya kasus Infeksi Menular Seksual (IMS), namun tetap mengupayakan pencegahan di kalangan para penasun serta kelompok risiko tinggi lainnya. Hal ini menandakan bahwa perlunya pemantauan yang berlanjut terhadap perkembangan penularan HIV/AIDS yang terus mengalami perubahan sesuai dari masa ke masa.

Meskipun kemajuan besar dalam ilmu pencegahan, penularan HIV tetap umum di banyak populasi rentan, termasuk laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki, pengguna narkoba suntikan dan pekerja seks. Kurangnya tes HIV yang meluas dan biaya serta toksisitas yang terkait dengan obat antiretroviral, mayoritas populasi yang terinfeksi tidak menggunakan terapi antiretroviral yang efektif membuat angka kejadian HIV/AIDS yang masih tinggi (Deeks *et al.* 2015). Sehingga diperlukan pendekatan pencegahan, pengobatan, dan implementasi yang lebih baik untuk tercapainya *Zero new HIV infection* dan strategi 90% ODHA yang mengetahui status HIV.

2. Tidak Ada Kematian Karena AIDS/*Zero AIDS Related Death*

Pada tahun 2021, 650.000 orang meninggal terkait HIV (*World Health Organization* 2022). Indonesia dilaporkan sebagai salah satu negara Asia yang mengalami peningkatan infeksi HIV yang signifikan dengan jumlah kasus infeksi baru 48.000 kasus di tahun

2016 menduduki peringkat ketiga di Asia Pasifik setelah India dan China. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016 menyebutkan bahwa hingga saat ini HIV/AIDS telah menyebar di 407 dari 507 kabupaten/kota (80%) di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS di Indonesia dari 1 April 1987 sampai dengan 31 Desember 2016, yaitu kasus HIV sebanyak 232.323 kasus dan AIDS 86.725 kasus dengan jumlah kematian 14.608 kasus (Kusumaadhi et al. 2021).

Kementerian Kesehatan melaporkan jumlah kasus HIV turun 16,5% dari 50.282 kasus pada 2019 menjadi 41.987 pada 2020 (Jayani 2021). Hal ini tak luput dari strategi dalam menurunkan dan mencegah kematian karena HIV/AIDS, yaitu dengan cara mengetahui faktor risikonya. Penelitian Sumantri R (2012) tentang faktor risiko penting kematian pada pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melaporkan bahwa jumlah CD4 50 sel/mm^3 , derajat anemia sedang-berat, dan Indeks Massa Tubuh (IMT) $<18,5$ merupakan faktor risiko penting yang berkaitan pada kematian pasien HIV/AIDS (Sumantri *et al.* 2012).

Penelitian Srasuebkul dkk (2009) yang membagi pasien dalam kelompok risiko rendah, sedang, dan tinggi untuk terjadi progresivitas atau kematian. Risiko rendah bila usia ≥ 40 tahun, wanita, IMT >18 , tidak anemia, VL tidak terdeteksi, dan CD4 $>200 \text{ sel/mm}^3$. Risiko sedang bila wanita, usia <40 tahun, anemia sedang, CD4 $51-200 \text{ sel/mm}^3$, tanpa pemeriksaan VL. Risiko tinggi bila anemia berat, BMI ≤ 18 , CD4 $\leq 50 \text{ sel/mm}^3$, dan VL terdeteksi. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa IMT yang rendah (≤ 18), dan anemia berat (Hb $\leq 8 \text{ g/dL}$) merupakan faktor prediktif pada ketiga kelompok tersebut di atas. Gabungan anemia sedang-berat dan IMT $<18,5$, serta CD4 $\leq 50 \text{ sel/mm}^3$ merupakan kombinasi yang menunjukkan peluang kematian terkait HIV/AIDS terbesar (Srasuebkul et al. 2009). Di negara berkembang belum semua tempat fasilitas kesehatan dapat memeriksa VL karena keterbatasan biaya. Di Indonesia, pemeriksaan VL belum dikerjakan secara rutin, hanya pada sebagian pasien dapat dilakukan pemeriksaan (Sumantri *et al.* 2012).

Petunjuk untuk mengetahui risiko kematian pada penderita HIV/AIDS perlu diketahui sejak awal penderita datang ke fasilitas kesehatan, agar dapat dilakukan usaha yang maksimal untuk mengatasi penderita HIV/AIDS. Usaha yang dimaksud antara lain pemberian ARV lebih awal sesuai dengan kriteria WHO, pemberian medikamentosa untuk infeksi oportunistik, dan perbaikan gizi penderita (Sumantri et al. 2012). Dalam upaya merencanakan dan mengevaluasi program terapi ARV lanjutan, informasi tentang faktor risiko kematian pada pasien HIV/AIDS menjadi penting.

Terapi antiretroviral (ART) telah tersedia untuk mengobati infeksi HIV selama hampir dua dekade. Ketika digunakan dengan tepat, ART sangat efektif sepenuhnya atau hampir sepenuhnya menekan replikasi HIV, meningkatkan fungsi kekebalan dan sangat mengurangi risiko pengembangan menjadi AIDS. Namun, ART tidak kuratif jika pengobatan dihentikan karena virus hampir selalu pulih dalam beberapa minggu (Davey et al. 1999). Walaupun mampu bekerja secara efektif, ART sering kali gagal dalam menekan kejadian HIV/AIDS. Faktor risiko kegagalan ART antara lain *adherence* (kepatuhan) yang buruk, VL tinggi, CD4 rendah, kunjungan kurang teratur, dan usia muda. Dari faktor risiko tersebut, *adherence* merupakan faktor risiko paling penting. Untuk keberhasilan pengobatan ARV *adherence* harus baik, artinya penderita hanya boleh lupa minum obat tidak lebih dari dua kali dalam satu bulan. *Adherence* yang buruk akan mempercepat resistensi obat dan meningkatkan kembali VL. Perlu diingat juga bahwa *adherence* ini sangat dipengaruhi oleh efek samping obat atau faktor psikososial (Bangsberg et al. 2006).

Penurunan kasus kematian pasien HIV/AIDS di Indonesia menunjukkan kemajuan yang baik dan membuktikan bahwa upaya pengobatan ARV efektif. Hal ini juga merupakan salah satu strategi untuk mencapai keberhasilan program AIDS dan sebagai langkah menuju pencapaian Three Zero yang telah menjadi komitmen Indonesia pada tahun 2030 (Kusumaadhi et al. 2021). Peningkatan ketersediaan pengobatan ARV telah meningkatkan tingkat kelangsungan hidup dan menurunkan kejadian infeksi

oportunistik pada orang dengan AIDS. Meskipun ARV bukan obat untuk HIV, mereka sangat efektif dalam mengendalikan virus, bahkan dapat mengurangi jumlah virus ke titik di mana tidak mungkin lagi mendeteksi HIV dalam darah. Obat-obatan ini mencegah HIV berkembang biak dengan cepat dan pada saat yang sama meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Oleh karena itu, ART telah terbukti berhasil menurunkan viral load dan meningkatkan jumlah CD4. Penurunan dramatis dalam morbiditas dan mortalitas terkait HIV telah diamati di negara-negara di mana ART telah tersedia secara luas (Do 2011). Pentingnya skrining dini tentang faktor risiko pasien dan kepatuhan akan pengobatan ARV menjadi strategi terkini dalam mencegah kematian karena HIV/AIDS, juga target pencapaian 90% ODHA yang mengetahui statusnya mendapat ARV (Antiretroviral), serta 90 % ODHA on ART (*Antiretroviral Therapy*) mengalami supresi virus.

3. Tidak Ada Diskriminasi/Zero Discrimination

Salah satu hambatan paling besar dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Stigma berasal dari pikiran seorang individu atau masyarakat yang memercayai bahwa penyakit AIDS merupakan akibat dari perilaku amoral yang tidak dapat diterima oleh masyarakat. Stigma terhadap ODHA tergambar dalam sikap sinis, perasaan ketakutan yang berlebihan, dan pengalaman negatif terhadap ODHA. Banyak yang beranggapan bahwa orang yang terinfeksi HIV/AIDS layak mendapatkan hukuman akibat perbuatannya sendiri. Mereka juga beranggapan bahwa ODHA adalah orang yang bertanggung jawab terhadap penularan HIV/AIDS (Maman et al. 2009). Hal inilah yang menyebabkan orang dengan infeksi HIV menerima perlakuan yang tidak adil, diskriminasi, dan stigma karena penyakit yang diderita. Isolasi sosial, penyebaran status HIV dan penolakan dalam pelbagai lingkup kegiatan kemasyarakatan seperti dunia pendidikan, dunia kerja, dan layanan kesehatan merupakan bentuk stigma yang banyak terjadi (Carr and Gramling 2004; Duffy 2005; Maman et al. 2009). Tingginya

penolakan masyarakat dan lingkungan akan kehadiran orang yang terinfeksi HIV/AIDS menyebabkan sebagian ODHA harus hidup dengan menyembunyikan status.

Stigma yang sering dimanifestasikan sebagai diskriminasi atau perlakuan tidak adil oleh orang lain (HIV-negatif) juga sebagai salah satu dampak negatif utama pada ODHA di banyak aspek. Penelitian dan laporan sebelumnya menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi HIV terhadap ODHA terjadi di dalam keluarga, masyarakat, dan di tempat perawatan kesehatan (Jackson-Best and Edwards 2018; Tran *et al.* 2019). Beberapa penelitian melaporkan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHA sering terjadi dalam keluarga oleh orang tua, saudara kandung, kerabat atau mertua (Halli *et al.* 2017; Paxton *et al.* 2005). Hal ini tercermin dalam berbagai perlakuan dan perilaku diskriminatif, termasuk penolakan oleh orang lain untuk berbagi makanan dan kamar dengan ODHA, pemisahan barang-barang pribadi dan peralatan makan ODHA dari milik anggota keluarga lainnya. Isolasi ODHA oleh keluarganya sendiri, termasuk dikecualikan dari kegiatan keluarga yang biasa seperti memasak dan berkumpul bersama keluarga (Devi 2016; Halli *et al.* 2017; Paxton *et al.* 2005; Ruffell 2017; de Souza 2010). Stigma dan diskriminasi HIV terhadap ODHA juga telah dilaporkan ditimbulkan oleh tetangga, teman, dan rekan kerja dan ini sering bermanifestasi sebagai penolakan, pengabaian, penghindaran, ejekan, pelecehan verbal, penghinaan dan pelecehan (Cuca *et al.* 2012; Devi 2016; Paxton *et al.* 2005; Ruffell 2017; de Souza 2010; Withell 2000). Tindakan stigma dan diskriminasi serupa terhadap ODHA juga telah dilaporkan dalam fasilitas atau pengaturan kesehatan oleh profesional kesehatan dalam berbagai cara, termasuk mengkritik, menyalahkan, meneriaki atau melemparkan catatan kesehatan ke wajah pasien, dan mengabaikan atau menolak perawatan dan pengobatan, dan melalui rujukan yang tidak perlu ke fasilitas kesehatan lainnya (Ashaba *et al.* 2017; Cuca *et al.* 2012; Paxton *et al.* 2005; Subramaniam *et al.* 2013). Ketakutan akan tertular HIV melalui kontak dan interaksi fisik, sosial dan terkait perawatan kesehatan, dan kurangnya pengetahuan tentang bagaimana HIV

ditularkan telah dilaporkan sebagai pendorong utama stigma dan diskriminasi HIV (Geter, Herron, and Sutton 2018; Halli et al. 2017; Harapan *et al.* 2013; Mahamboro et al. 2020; Paxton *et al.* 2005). Stigma dan diskriminasi HIV juga telah dilaporkan menyebabkan dampak negatif pada keadaan psikologis, hasil pemeriksaan kesehatan, dan kehidupan sosial ODHA. Hal ini berhubungan dengan stres, kecemasan, depresi dan kualitas hidup yang rendah untuk ODHA (Fauk *et al.* 2021). Mereka telah dilaporkan secara negatif mempengaruhi akses dan kepatuhan terhadap ART atau upaya pencegahan dan pengobatan HIV dan mengganggu hubungan sosial ODHA dengan keluarga, kerabat, teman dan tetangga mereka.

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 (Foster and Williamson 2000; Maman *et al.* 2009; Shaluhiyah, Musthofa, and Widjanarko 2015).

Pemberian pengetahuan atau informasi terkait HIV adalah salah satu cara yang efektif untuk menjelaskan tentang pencegahan dan penularan HIV. Seseorang dengan pengetahuan yang baik dan benar terkait HIV diharapkan dapat menurunkan bahkan menghilangkan stigma pada ODHA. Media televisi merupakan salah satu akses untuk mendapatkan informasi tentang HIV. Selain media televisi, seseorang juga dapat memperoleh informasi terkait HIV/AIDS melalui koran, radio, majalah, dan internet. Media telah lama digunakan untuk memberikan informasi terkait HIV/AIDS dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan

perilaku pencegahan penularan HIV/AIDS. Tokoh masyarakat juga ikut berperan penting dalam menurunkan terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA karena tokoh-tokoh lokal merupakan model atau contoh yang biasanya menjadi panutan masyarakat, terutama pada masyarakat di daerah pedesaan. Sehingga perlunya pemberian informasi HIV/AIDS yang lengkap kepada masyarakat untuk memberikan pemahaman yang dapat mengubah persepsi individu dan masyarakat termasuk keluarga, tetangga, dan tokoh masyarakat tentang ODHA. Selain itu, diperlukan upaya penurunan stigma terhadap ODHA melalui penyuluhan oleh tenaga kesehatan, sebagai contoh untuk meluruskan mitos dan penularan HIV/AIDS agar tidak terjadi kekhawatiran dan ketakutan masyarakat terhadap ODHA (Shaluhyah et al. 2015).

C. PENUTUP

Demi tercapainya Three Zero di tahun 2030, yaitu dengan tidak adanya infeksi baru HIV (*Zero new HIV Infection*), tidak ada kematian karena AIDS (*Zero AIDS related Death*) dan tidak ada diskriminasi (*Zero Discrimination*). Hal ini menandakan bahwa perlunya pemantauan yang berlanjut terhadap perkembangan penularan HIV/AIDS yang terus mengalami perubahan sesuai dari masa ke masa. Selain itu, diperlukan pendekatan pencegahan, pengobatan, dan implementasi yang lebih baik untuk tercapainya *Zero new HIV infection* dan strategi 90% ODHA yang mengetahui status HIV. Peningkatan kerjasama antara pemerintah dan fasilitas kesehatan supaya ketersediaan pengobatan ARV tetap berjalan optimal walaupun ARV bukan obat HIV namun ARV telah meningkatkan tingkat kelangsungan hidup ODHA dalam pengendalian virus. Hal penting lainnya yaitu usaha penurunan stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA yang perlu digencarkan bersama dengan fasilitas kesehatan dan tokoh masyarakat berupa pengetahuan atau informasi terkait HIV. Hal tersebut diharapkan dengan adanya pengetahuan yang baik dan benar terkait HIV maka dapat menurunkan bahkan menghilangkan stigma pada ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

- Ashaba, Scholastic, Angela Kaida, Jessica N. Coleman, Bridget F. Burns, Emma Dunkley, Kasey O'Neil, Jasmine Kastner, Naomi Sanyu, Cecilia Akatukwasa, David R. Bangsberg, Lynn T. Matthews, and Christina Psaros. 2017. "Psychosocial Challenges Facing Women Living with HIV during the Perinatal Period in Rural Uganda." *PLOS ONE* 12(5):e0176256.
- Astindari, and Hans Lumintang. 2014. "Cara Penularan HIV & AIDS Di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr. Soetomo Surabaya (Modes of Transmission of HIV & AIDS in Infectious Disease Intermediate Care Unit Dr. Soetomo General Hospital Surabaya)." *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin* Vol. 26 No(6):36–40.
- Bangsberg, David R., Edward P. Acosta, Reena Gupta, David Guzman, Elise D. Riley, P. Richard Harrigan, Neil Parkin, and Steven G. Deeks. 2006. "Adherence-Resistance Relationships for Protease and Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors Explained by Virological Fitness." *AIDS (London, England)* 20(2):223–31. doi: 10.1097/01.aids.0000199825.34241.49.
- Carr, Rebecca L., and Lou F. Gramling. 2004. "Stigma: A Health Barrier for Women with HIV/AIDS." *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC* 15(5):30–39. doi: 10.1177/1055329003261981.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2022. "Types of HIV Testing." *HIV Basic*, June 22.
- Cuca, Yvette P., Maricianah Onono, Elizabeth Bukusi, and Janet M. Turan. 2012. "Factors Associated with Pregnant Women's Anticipations and Experiences of HIV-Related Stigma in Rural Kenya." *AIDS Care* 24(9):1173–80. doi: 10.1080/09540121.2012.699669.
- Davey, R. T. Jr, N. Bhat, C. Yoder, T. W. Chun, J. A. Metcalf, R. Dewar, V. Natarajan, R. A. Lempicki, J. W. Adelsberger, K. D. Miller, J. A. Kovacs, M. A. Polis, R. E. Walker, J. Falloon, H. Masur, D. Gee, M. Baseler, D. S. Dimitrov, A. S. Fauci, and H. C. Lane. 1999. "HIV-1 and T Cell Dynamics after Interruption of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in Patients with a History of Sustained Viral Suppression." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 96(26):15109–14. doi: 10.1073/pnas.96.26.15109.

- Deeks, Steven G., Julie Overbaugh, Andrew Phillips, and Susan Buchbinder. 2015. "HIV Infection." *Nature Reviews. Disease Primers* 1:15035. doi: 10.1038/nrdp.2015.35.
- Devi, N. Dayabati. 2016. "Women Living with HIV/AIDs in Manipur: Relations with Family and Neighbourhood." *Indian Journal of Gender Studies* 23(2):324–35. doi: 10.1177/0971521516635329.
- Do, Hoa Mai. 2011. "Antiretroviral Therapy (ART) Adherence among People Living with HIV/AIDS (PLHIV) in the North of Vietnam: A Multi-Method Approach."
- Duffy, Lynne. 2005. "Suffering, Shame, and Silence: The Stigma of HIV/AIDS." *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC* 16(1):13–20. doi: 10.1016/j.jana.2004.11.002.
- Fauk, Nelsensus Klau, Karen Hawke, Lillian Mwanri, and Paul Russell Ward. 2021. "Stigma and Discrimination towards People Living with Hiv in the Context of Families, Communities, and Healthcare Settings: A Qualitative Study in Indonesia." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10). doi: 10.3390/ijerph18105424.
- Foster, G., and J. Williamson. 2000. "A Review of Current Literature on the Impact of HIV/AIDS on Children in Sub-Saharan Africa." *AIDS (London, England)* 14 Suppl 3:S275-84.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. 2015. "Global, Regional, and National Age-Sex Specific All-Cause and Cause-Specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *The Lancet* 385(9963):117–71. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
- Geter, Angelica, Adrienne R. Herron, and Madeline Y. Sutton. 2018. "HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review." *AIDS Patient Care and STDs* 32(10):418–24. doi: 10.1089/apc.2018.0114.
- Haase, Ashley T. 2005. "Perils at Mucosal Front Lines for HIV and SIV and Their Hosts." *Nature Reviews. Immunology* 5(10):783–92. doi: 10.1038/nri1706.
- Halli, Shiva S., C. G. Hussain Khan, Stephen Moses, James Blanchard, Reynold Washington, Iqbal Shah, and Shajy Isac. 2017. "Family and Community Level Stigma and Discrimination among Women Living with HIV/AIDS in a High HIV Prevalence District

- of India." *Journal of HIV/AIDS & Social Services* 16(1):4–19. doi: 10.1080/15381501.2015.1107798.
- Harapan, Harapan, Syarifah Feramuhawan, Hendra Kurniawan, Samsul Anwar, Mohd. Andalas, and Mohammad B. Hossain. 2013. "HIV-Related Stigma and Discrimination: A Study of Health Care Workers in Banda Aceh, Indonesia." *Medical Journal of Indonesia* 22(1 SE-Community Research). doi: 10.13181/mji.v22i1.518.
- HIV.gov. 2022. "Symptoms of HIV." *About HIV and AIDS*, June.
- Jackson-Best, Fatimah, and Nancy Edwards. 2018. "Stigma and Intersectionality: A Systematic Review of Systematic Reviews across HIV/AIDS, Mental Illness, and Physical Disability." *BMC Public Health* 18(1):919. doi: 10.1186/s12889-018-5861-3.
- Jayani, Dwi Hadya. 2021. *Kasus HIV Indonesia Turun, Namun AIDS Meningkat*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Indonesia.
- Kusumaadhi, Zaki Mita, Nur Farhanah, Muchlis Achsan, and Udji Sofro. 2021. "Risk Factors for Mortality among HIV / AIDS Patients." *Diponegoro International Medical Journal* 2(1):20–29.
- Mahaboro, Dionius B., Nelsensius K. Fauk, Paul R. Ward, Maria S. Merry, Theodorus A. Siri, and Lillian Mwanri. 2020. "HIV Stigma and Moral Judgement: Qualitative Exploration of the Experiences of HIV Stigma and Discrimination among Married Men Living with HIV in Yogyakarta." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(2).
- Maman, Suzanne, Laurie Ablner, Lisa Parker, Tim Lane, Admire Chirowodza, Jacob Ntrogwisangu, Namtip Srirak, Precious Modiba, Oliver Murima, and Katherine Fritz. 2009. "A Comparison of HIV Stigma and Discrimination in Five International Sites: The Influence of Care and Treatment Resources in High Prevalence Settings." *Social Science & Medicine (1982)* 68(12):2271–78. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.002.
- Paxton, S., G. Gonzales, K. Uppakaew, K. K. Abraham, S. Okta, C. Green, K. S. Nair, T. Parwati Merati, B. Thephthien, M. Marin, and A. Quesada. 2005. "AIDS-Related Discrimination in Asia." *AIDS Care* 17(4):413–24. doi: 10.1080/09540120412331299807.

- Ruffell, Simon. 2017. "Stigma Kills! The Psychological Effects of Emotional Abuse and Discrimination towards a Patient with HIV in Uganda." *BMJ Case Reports* 2017:bcr-2016-218024. doi: 10.1136/bcr-2016-218024.
- Setyani, Rizka Ayu. 2021. "Dilematis Penanggulangan HIV AIDS Selama Pandemi COVID-19 : Akankah Three Zero 2030 Terwujud?" *PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM DOKTOR (S3) UNIVERSITAS SEBELAS MARET*, June.
- Shaluhiah, Zahroh, Syamsulhuda Budi Musthofa, and Bagoes Widjanarko. 2015. "Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS." *Kesmas: National Public Health Journal* 9(4):333. doi: 10.21109/kesmas.v9i4.740.
- de Souza, Rebecca. 2010. "Women Living with HIV: Stories of Powerlessness and Agency." *Women's Studies International Forum* 33(3):244–52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2010.01.006>.
- Srasuebku, Preeyaporn, Poh Lian Lim, Man Po Lee, Nagalingeswaran Kumarasamy, Jialun Zhou, Thira Sirisanthana, Patrick C. K. Li, Adeeba Kamarulzaman, Shinichi Oka, Praphan Phanuphak, Saphonn Vonthanak, Tuti P. Merati, Yi-Ming A. Chen, Somnuek Sungkanuparph, Goa Tau, Fujie Zhang, Christopher K. C. Lee, Rossana Ditangco, Sanjay Pujari, Jun Y. Choi, Jeffery Smith, and Matthew G. Law. 2009. "Short-Term Clinical Disease Progression in HIV-Infected Patients Receiving Combination Antiretroviral Therapy: Results from the TREAT Asia HIV Observational Database." *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 48(7):940–50. doi: 10.1086/597354.
- Subramaniam, Anbarasi, Sonali Sarkar, Gautam Roy, and Subitha Lakshminarayanan. 2013. "Experiences of HIV Positive Mothers From Rural South India during Intra-Natal Period." *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR* 7(10):2203–6. doi: 10.7860/JCDR/2013/5782.3471.
- Sumantri, Rachmat, Iman Supandiman, Ponpon Indjradinata, Andre van der Ven, and Reinout van Crevel. 2012. "Peluang Kematian Penderita Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immune Deficiency Syndrome Berdasarkan Gabungan Derajat Anemia, Indeks Massa Tubuh, Dan Jumlah Cluster Differentiation 4." *Majalah Kedokteran Bandung* 44(1):50–56. doi: 10.15395/mkb.v44n1.212.

- Tran, Bach X., Hai T. Phan, Carl A. Latkin, Huong L. Nguyen, Chi L. Hoang, Cyrus S. H. Ho, and Roger C. M. Ho. 2019. "Understanding Global HIV Stigma and Discrimination: Are Contextual Factors Sufficiently Studied? (GAPRESEARCH)." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(11).
- Withell, B. 2000. "A Study of the Experiences of Women Living with HIV/AIDS in Uganda." *International Journal of Palliative Nursing* 6(5):234–44. doi: 10.12968/ijpn.2000.6.5.8925.
- World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. 2007. *Review of the Health Sector Response to HIV and AIDS in Indonesia 2007*. New Delhi PP - New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- World Health Organization. 2022. "HIV." *Newsroom*, July 27.

DAFTAR GLOSARIUM

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ODHA	:Orang dengan HIV/AIDS
Viral Load	:Jumlah virus HIV didalam darah
Anti retroviral (ARV)	:Obat yang digunakan untuk menekan virus jumlah virus dalam darah
<i>Anti retroviral Therapy (ART)</i>	:Terapi yang dilakukan orang pengidap HIV/AIDS dengan mengkonsumsi ARV secara rutin supaya jumlah virus dalam darah penderita bisa ditekan sampai kondisinya tidak terdeteksi oleh tes laboratorium
CD4	:Sel darah putih/limfosit yang digunakan sebagai indikator untuk melakukan terapi ARV
Supresi	:Adanya penekanan suatu proses
WHO	:World Health Organization
IMS	:Infeksi Menular Seksual
IMT	:Indeks Masa Tubuh

PROFIL PENULIS



Putri Maretyara Sptyani.,M.Tr.Keb. Lahir di Purbalingga tanggal 9 Maret tahun 1996. Mengawali pendidikannya di Program Studi Kebidanan Kampus Pusat Poltekkes Kemenkes Semarang, meraih Sarjana Terapan Kebidanan tahun 2018. Kemudian meraih Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2020. Pernah menjadi Presenter in The 4th International Conference on Applied Science and Health, Mahidol University tahun 2019. Saat ini adalah dosen kebidanan di Universitas Al Irsyad Cilacap (UNAIC).

BAB II

PENINGKATAN PELAYANAN INTERPROFESIONAL PADA PREVENTIVE HEALTH CARE PADA HIV/AIDS

Dr. Johariyah, M. Keb
Universitas Al-Irsyad Cilacap
Johariyah2022@gmail.com

A. PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan diutamakan pada upaya promotive dan preventive. Peningkatan kualitas asuhan didasarkan kepada hasil yang optimal dan pengurangan kesenjangan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa upaya pelayanan interprofessional collaboration lebih baik dibandingkan dengan pelayanan medis tunggal (Fowler *et al.*, 2020). Pelayanan interprofesi merupakan upaya asuhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesional bekerja sama dengan pasien, keluarga, perawat, dan komunitas untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik di seluruh rangkaian pelayanan kesehatan. Pelayanan interprofesi dibutuhkan dalam menunjang kebutuhan perawatan dan penyembuhan pasien baik pada tatanan Rumah Sakit maupun dalam upaya promotive dan preventif, selain itu pelayanan interprofessional juga berfungsi untuk meningkatkan keselamatan pasien yang lebih akurat, dengan bergabungnya seluruh profesi kesehatan dapat menjaga angka keselamatan pasien meningkat, serta peningkatan kepuasan pasien. Adapun hambatan kolaborasi terprofesional adalah: komunikasi, perbedaan tingkat pendidikan dan kekurangpahaman akan peran masing-masing profesi (Windsor *et al.*, 2020).

AIDS merupakan masalah yang sangat kompleks, sehingga dalam upaya pencegahan penyelesaiannya membutuhkan penanganan interdisipliner. Penularan HIV Dalam dekade terakhir,

kemajuan besar dalam penurunan jumlah orang dengan sindrom imunodefisiensi yang didapat (AIDS) melalui peningkatan cakupan terapi antiretroviral (ART) pada orang yang hidup dengan HIV. Faktor kolaborasi interprofesi meningkatkan akses skrining HIV dan perawatan primer (Windsor et al., 2020).

B. URAIAN ISI

1. *Preventive Care HIV*

Selama 10 tahun terakhir, pemerintah Afrika—melalui program pengendalian AIDS nasional—lembaga pembangunan internasional, organisasi sukarela swasta, dan kelompok nonpemerintah lainnya di seluruh Afrika telah mencurahkan sumber daya, waktu, dan energi untuk mengembangkan intervensi berbiaya rendah untuk menahan penyebaran HIV dan AIDS. Banyak program yang berbeda telah mendistribusikan selebaran AIDS, lencana, stiker, dan perlengkapan lainnya. Pesan yang memberi tahu orang-orang tentang bahaya AIDS disiarkan secara teratur di radio dan televisi, diterbitkan di surat kabar, dipajang di papan reklame, dan di tempat hiburan. Ratusan pendidik sebaya di seluruh benua mengunjungi bar lokal, kebun bir, hotel, klinik PMS, dan lokasi kerja untuk memberikan pendidikan pencegahan AIDS dan mendistribusikan kondom gratis.

Jutaan kondom lainnya tersedia dengan biaya yang sangat rendah melalui program pemasaran sosial. Seberapa berhasilkah upaya ini dalam mencegah kasus baru infeksi HIV? Terlepas dari banyak keterbatasan yang melekat dalam upaya untuk mengevaluasi efektivitas intervensi yang ditujukan untuk pencegahan HIV, bukti yang jelas muncul bahwa upaya tersebut dapat berhasil, terutama di antara kelompok berisiko tinggi.

Human immunodeficiency virus (HIV) di negara maju kini dipandang sebagai penyakit kronis karena kompetensi terapi antiretroviral. Meskipun ada kemajuan dalam mengendalikan virus, obatnya tetap di luar jangkauan. Meskipun infeksi HIV menurun di Amerika Serikat, populasi tertentu masih memiliki tingkat HIV yang meningkat. Profilaksis paparan HIV sebelum dan sesudah HIV

menjadi salah satu komponen kunci pencegahan HIV. Pencegahan adalah landasan untuk menghentikan epidemi HIV. Kegiatan ini mengkaji faktor risiko penularan HIV dan metode penurunan risiko penularan.

Pre-exposure prophylaxis (PrEP) saat ini menjadi rekomendasi untuk pencegahan HIV. PrEP telah terbukti sangat efektif, dalam pencegahan penularan dan penurunan HIV. Pada 14 Mei 2014, Layanan Kesehatan Masyarakat AS merilis pedoman praktik klinis komprehensif pertama untuk PrEP. Beberapa uji coba besar mengevaluasi PrEP di antara pria gay dan biseksual, pria dan wanita heteroseksual, dan pengguna narkoba. PrEP oral adalah satu tablet, baik tenofovir disiproxil fumarat / emtricitabine atau tenofovir alafenamide / emtricitabine, kombinasi dari dua antiretroviral yang diambil oleh mereka yang berisiko tinggi untuk tertular HIV. PrEP oral direkomendasikan untuk diminum setiap hari bagi mereka yang berisiko tinggi HIV secara seksual atau ketika aktif pengguna narkoba. PrEP oral dapat diambil "sesuai permintaan" ketika pasien dapat mengidentifikasi peristiwa seksual berisiko tinggi setidaknya 2 jam sebelumnya. PrEP "Sesuai permintaan" atau episodik diambil sebagai dua pil *tenofovir disiproxil fumarat / emtricitabine* setidaknya dua jam, tetapi hingga 24 jam, sebelum hubungan seksual dan kemudian sekali sehari selama dua hari setelah hubungan seksual berisiko. Dosis ini juga dapat disebut sebagai "2:1:1" mengacu pada jadwal dosis. PrEP berpotensi merevolusi pencegahan HIV. Hal ini bermanfaat dalam keputusan yang dapat digunakan pada pasangan seksual berisiko yang tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks. Hal ini juga melindungi para pengguna narkoba. Akan tetapi, sampai saat ini penggunaan PrEP masih belum umum di antara penyedia medis.

Treatment as Prevention (TasP) adalah kampanye yang melibatkan pasien dan penyedia untuk mengobati HIV demi kesehatan pasien dan mengurangi risiko penularan ke orang lain. Pada penderita HIV yang dapat mempertahankan viral load yang tidak terdeteksi, HIV tidak akan dapat ditularkan. Program pencegahan HIV tidak hanya

menjadi tanggung jawab petugas medis, perawat, tetapi juga di masyarakat. Faktor sosial ekonomi dan kebijakan pemerintah mempengaruhi penggunaan PREP untuk mencegah HIV.

Pencegahan HIV sangat bergantung pada pendidikan pasien selain terapi farmasi baru. Untuk itu, diperlukan pendekatan tim interprofesional untuk perawatan pasien yang mencakup dokter, perawat, apoteker, dan profesional kesehatan mental. Semua anggota tim interprofesional harus berpengalaman dalam pencegahan HIV jika mereka ingin terlibat dengan pasien ini, dan semua berbagi tanggung jawab untuk pendidikan pasien untuk membuat strategi pencegahan efektif.

Menghentikan penularan HIV melalui vaksinasi, mikrobisida, profilaksis obat antivirus pra atau pascapaparan, atau oleh salah satu dari sejumlah strategi pencegahan lainnya sangat penting dalam mencegah meluasnya pandemi HIV/AIDS. Strategi baru untuk identifikasi molekuler yang ditransmisikan genom HIV, bersama dengan peningkatan eksplan jaringan dan model *in vivo* penularan HIV, mungkin akan menjelaskan kejadian penularan HIV pada kelompok resiko.. Studi masa depan dapat memperoleh manfaat dari membangun apa yang telah menjadi fondasi yang semakin kuat dalam pengetahuan kita tentang penularan HIV.(Shaw & Hunter, 2012)

Program pencegahan HIV yang sukses membutuhkan kombinasi intervensi struktural, biomedis, dan perilaku yang saling memperkuat, terus-menerus dievaluasi, dan disesuaikan dengan kebutuhan dan risiko populasi kunci tertentu dan lainnya yang rentan terhadap infeksi. Laporan sebelumnya telah menunjukkan pentingnya strategi pencegahan kombinasi(Vermund & Hayes, 2013). Masalah khusus mengatasi hal ini dengan memfokuskan tentang strategi pencegahan HIV yang tersedia untuk pria yang berhubungan seks dengan pria. *Conituity of care* pada HIV adalah kerangka kerja yang memodelkan tahapan dinamis perawatan HIV dan merupakan alat penting untuk mengukur kemajuan dalam perkiraan tingkat cakupan program dari diagnosis hingga kadar

virus dalam tubuh. (MacCarthy et al., n.d.). Perawatan pada pasien dengan HIV adalah meminum obat efektif yang mengurangi jumlah virus HIV di tubuh. Pengobatan HIV direkomendasikan untuk semua orang yang hidup dengan HIV, dan orang yang hidup dengan HIV harus memulai pengobatan HIV sesegera mungkin setelah diagnosis, bahkan pada hari yang sama dengan diagnosis HIV. Obat anti-HIV dapat menurunkan viral load ke titik yang tidak dapat dideteksi (undetected viral load). Hampir setiap orang yang menggunakan obat anti-HIV sesuai resep dapat mencapai undetected viral load, biasanya dalam satu hingga enam bulan setelah memulai pengobatan. Mendapatkan viral load serendah mungkin memiliki manfaat kesehatan yang signifikan. Orang yang hidup dengan HIV jika melakukan konsumsi obat anti HIV sesuai resep dan mendapatkan viral load tidak terdeteksi dapat berumur panjang dan hidup sehat.(Patel et al., 2014)

Kemampuan kombinasi terapi antiretroviral untuk menekan replikasi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah memberikan manfaat klinis dan kelangsungan hidup yang sangat besar bagi orang yang terinfeksi HIV(Lohse et al.,2007) Meskipun frekuensi dosis dan efek samping ARV telah meningkat sejak diperkenalkannya ARV pada pertengahan 1990-an, kepatuhan terhadap pengobatan tetap menjadi tantangan bagi banyak pasien terinfeksi HIV dan merupakan alasan utama kegagalan untuk menekan replikasi virus, munculnya resistensi antiretroviral, dan perkembangan penyakit(Piacenti, 2006)

Pencegahan positif pada dasarnya untuk orang-orang yang telah didiagnosis dengan HIV tetapi mayoritas orang HIV-positif tetap tidak terdiagnosis, dan begitu juga tidak menerima pengobatan HIV dasar dan layanan perawatan. Untuk positif Pencegahan untuk bekerja secara efektif, IT sangat penting bahwa upaya yang lebih besar dilakukan untuk mengurangi stigma terkait HIV dan diskriminasi. Adapun pencegahan penularan bagi ODHA menurut(Indian Network For People Living With HIV/AIDS, n.d.) adalah:

a. Menghindari penularan IMS

Melakukan seks yang lebih aman untuk melindungi diri sendiri dan pasangan dengan selalu menggunakan kondom pria atau wanita, pelumas saat melakukan hubungan seks penetrasi atau praktik non-penetrasi

b. Melakukan pemeriksaan kesehatan seksual secara teratur

ODHA diharapkan melakukan pemeriksaan kesehatan seksual secara teratur, terutama jika memiliki lebih dari satu pasangan seks dan pasangan seksualnya memiliki kontak seksual lainnya; atau jika ODHA atau pasangan seksualnya memiliki gejala IMS. Tanda dan gejala IMS dapat berupa benjolan di kulit, bisul, benjolan, keluar cairan atau benjolan di area anogenital. Namun, banyak IMS tidak menyebabkan tanda-tanda atau gejala yang nyata sehingga pemeriksaan kesehatan seksual secara teratur adalah yang terbaik, dikombinasikan dengan mempraktekkan perilaku seks aman.

c. Memahami obat-obatan yang harus dikonsumsi

Pada pasien HIV dengan pengobatan, biasanya terjadi keracunan obat. Kausalitas bersifat multifaktorial dan mencakup faktor terkait pasien dan terkait HIV, infeksi oportunistik, interaksi polifarmasi obat. Kerusakan ginjal seringkali merupakan komplikasi pemberian obat, dan gangguan fungsi ginjal mempersulit pemberian obat (Wearne et al., 2020) Hal ini menunjukkan pentingnya ODHA memahami tentang obat-obatan yang dikonsumsi setiap hari.

d. Menggunakan metode keluarga berencana yang tepat dengan menggunakan perlindungan ganda

Penggunaan kondom sebagai upaya pencegahan ganda, pencegahan kehamilan dan pencegahan penularan HIV menjadi rekomendasi yang kuat bagi penderita HIV/AIDS. Hasil penelitian di Kenya di dapatkan bahwa perlindungan tunggal kondom tidak menurunkan secara signifikan angka kehamilan, sehingga perlu diberikan advokasi penggunaan kontrasepsi kombinasi

pada pasangan ODHA dalam merencanakan kehamilan(Joshi et al., 2016)

e. Melakukan skrining serviks secara teratur

Pada wanita, kanker serviks adalah yang paling umum keempat kanker terhitung sekitar 20,4% dari semua kanker secara global, dengan perkiraan 528.000 kasus baru pada tahun 2012. Mayoritas (85%) dari beban global terjadi di kurang daerah maju, di mana ia menyumbang hampir 12% dari semua kanker wanita. Di Afrika sub-Sahara, kasus kanker serviks didiagnosis per 100.000 wanita setiap tahun dan itu terjadi pada sekitar 60% Wanita hidup dengan infeksi HIV. Prevalensi neoplasia intraepitel serviks (CIN) atau infeksi human papilloma virus (HPV) meningkat 2-6 kali pada wanita HIV-positif dibandingkan pada wanita HIVnegatif. (Mbulaiteye et al., 2011). Hal ini yang menjadi penyebab wanita dengan HIV harus senantiasa melakukan pemeriksaan skrining kanker serviks.

2. Penularan HIV

Penyebaran HIV dari orang ke orang disebut penularan HIV. Orang bisa tertular atau menularkan HIV hanya melalui aktivitas tertentu, seperti seks atau penggunaan narkoba injeksi. HIV hanya dapat ditularkan dalam cairan tubuh tertentu dari seseorang yang mengidap HIV. HIV ditularkan melalui cairan seksual (vagina dan air mani), darah, ASI, dan secara vertikal (ibu ke anak). Pada tahun 2015, 94% infeksi dikaitkan dengan kontak seksual; 70% adalah laki-laki ke laki-laki (termasuk mereka yang berisiko ganda dengan kontak seksual laki-laki ke laki-laki dan 24% ditularkan secara heteroseksual(Li et al., 2016)

Adapun penularan HIV dapat melalui:

a. Penularan dari ibu ke anak

Perawatan terapeutik untuk ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan pascapersalinan mengurangi tingkat penularan dari ibu ke anak hingga kurang dari 1%. Penggunaan susu formula

bayi, sebagai pengganti ASI, menghilangkan risiko ini. Selain itu, Tes HIV pada saat melahirkan di daerah dengan insiden tinggi telah terbukti mengurangi penularan lebih lanjut (R. K. Scott et al., 2018). Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa proses penularan HIV dari ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: kunjungan ANC, dimana ibu dengan kunjungan ANC tiga kali akan menurunkan kejadian penularan HIV dari ibu ke anak, ibu yang tidak patuh konsumsi ARV akan meningkatkan penularan dari ibu ke janin, dan terdapat hubungan yang signifikan antara viral load ibu dan HIV anak status baik pada usia 6 minggu dan 6 bulan (Osório et al., 2021). Penularan HIV dari ibu ke anak, yang menyumbang lebih dari 90% infeksi baru pada anak, dapat dikurangi menjadi kurang dari 5% dengan menyediakan ibu HIV-positif mengakses terapi antiretroviral (ART) yang efektif dan layanan dukungan selama kehamilan, persalinan, dan menyusui. Upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke janin adalah sebagai berikut:

1) Tes HIV selama kehamilan

Bagi wanita yang sedang hamil, konseling dan tes HIV adalah langkah pertama dan paling penting dalam mengurangi penularan dari ibu ke anak. Program konseling dan tes HIV telah dijalankan oleh kementerian kesehatan RI sejak tahun 2017 sesuai dengan Peraturan Kementerian Kesehatan No 52 tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan Human Immunodeficiency Virus, Sifilis, Dan Hepatitis B Dari Ibu Ke Anak dan secara luas dijadikan program terintegrasi dengan pemeriksaan kehamilan sejak tahun 2020. Adapun target yang ditetapkan untuk cakupan pemeriksaan Triple eliminasi secara nasinal adalah 100% pada tahun 2022.

2) Terapi selama kehamilan

ARV, ketika dikonsumsi selama kehamilan, persalinan, dan menyusui, dapat mengurangi risiko penularan HIV ke bayi hingga kurang dari 5%. Wanita yang dites HIV-positif selama kunjungan prenatal harus masuk dalam daftar

dalam komunitas pemberian ARV seumur hidup dengan disertai dengan dinasihati tentang manfaat pendaftaran dan retensi pada pengobatan. Komunitas ini seharusnya dibentuk di setiap wilayah, agar dapat digunakan sebagai upaya untuk meningkatkan kepatuhan konsumsi ARV pada penderita HIV.

3) Persalinan yang aman

Persalinan yang aman merupakan pertimbangan penting bagi semua ibu hamil dan terutama bagi wanita HIV-positif. Ibu hamil dengan HIV dan minum obat HIV seperti yang ditentukan selama kehamilan dan persalinan, yang mencapai penekanan viral load dan memberikan obat pencegahan HIV kepada bayi Anda setelah melahirkan, kemungkinan penularan HIV ke bayi Anda kurang dari 1%.

4) Perawatan post partum

Ibu dengan HIV pada masa postpartum sedianya harus tetap patuh dalam konsumsi ARV, karena ketidakpatuhan pada ibu postpartum akan meningkatkan penularan pada bayinya, terutama melalui proses laktasi. Pemilihan pemberian ASI harus mempertimbangkan viral load ibu postpartum. Alternatif pemberian susu formula dianjurkan bagi ibu yang viral loadnya masih terdeteksi.(Decker et al., 2017)

b. Penularan lewat darah dan produk darah

Upaya yang dilakukan melalui skrining terhadap pelaksanaan donor darah, tindakan pencegahan penularan HIV oleh seluruh tenaga kesehatan melalui pencegahan penularan dengan penggunaan alat Kesehatan yang tepat, dapat menurunkan resiko penularan HIV. Memastikan skrining dan teknik laboratorium yang inovatif dan adaptif untuk mengurangi kemungkinan penularan HIV merupakan bagian integral dari pengelolaan penyakit(S. R. Scott & Wu, 2019)

Orang yang menyuntikkan narkoba (PWID), seperti heroin, berisiko sangat tinggi terinfeksi HIV. Penyalahgunaan zat mengaburkan penilaian, dan seringkali ada berbagi jarum di antara individu HIV positif dan HIV negatif. Di daerah dengan prevalensi PWID yang tinggi, program layanan jarum suntik (SSP) terbukti sangat efektif. Misalnya, di Philadelphia, Prevention Point (program pertukaran jarum suntik) telah memainkan peran besar dalam mengurangi tingkat mereka yang tertular HIV dari menyuntikkan obat dari 42% pada tahun 2005 menjadi 5% pada tahun 2015. Pada November 2016, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) melaporkan bahwa program jarum suntik dapat secara signifikan mengurangi risiko HIV pada orang yang menyuntikkan narkoba. Satu studi pada tahun 2015 menunjukkan bahwa pengguna narkoba injeksi yang menerima semua jarum mereka dari program pertukaran jarum suntik berbagi jarum 13% dari waktu. Sebaliknya, mereka yang tidak menerima semua jarum mereka dari program pertukaran jarum suntik berbagi jarum 41% dari waktu (Baggaley et al., 2006)

c. Penularan melalui hubungan seksual

Epidemi HIV di Indonesia masih terkonsentrasi pada kelompok populasi kunci. Secara global, sekitar 47% infeksi baru pada tahun 2017 terdeteksi di kelompok populasi dan pasangannya. Jumlah kasus HIV pada kelompok LSL di Indonesia meningkat sebesar 500% antara tahun 2007 dan 2015. Peningkatan kasus HIV/AIDS pada kelompok populasi kunci LSL menunjukkan bahwa kelompok ini berisiko tinggi baik infeksi maupun infeksi. Program PMTS sebagai upaya pencegahan HIV/AIDS yang berfokus tentang faktor risiko penularan melalui hubungan seksual. Pelaksanaan program PMTS menggunakan empat komponen utama, yaitu peningkatan peran stakeholder engagement, komunikasi perubahan perilaku, manajemen suplai dan pelumas, dan IMS dan layanan HIV. (UNAIDS, 2018). Memiliki banyak pasangan, meningkatkan frekuensi seksual, berlatih seks berkelompok dan chemsex, atau mengabaikan status serologis pasangan adalah faktor utama terjadinya penularan

HIV saat ini.(de Sousa et al., 2021). Meningkatnya kasus HIV AIDS pada kelompok populasi kunci LSL menunjukkan bahwa kelompok ini berisiko tinggi tertular atau tertular. Faktor risiko relatif pada kelompok LSL 28 kali lebih tinggi untuk tertular HIV dibandingkan populasi umum.(UNAIDS, 2018)

d. Penularan HIV melalui jarum suntik

Penularan HIV di antara orang yang menyuntikkan narkoba menyumbang 9% dari semua infeksi HIV baru secara global dan dengan demikian tetap menjadi tantangan kesehatan masyarakat.(Mathers et al., 2008) Upaya yang dilakukan untuk mengurangi penularan melalui jarum suntik melalui Distribusi jarum suntik terbukti lebih efektif dibandingkan dengan pembatasan penggunaan jarum suntik pada pengguna obat terlarang.(Kerr et al., 2010)

3. *Interprofesional Collaborative (IPC) Pada Preventive Care HIV*

Banyak individu yang rentan terhadap infeksi HIV dan Orang yang Hidup dengan HIV (ODHA) mengalami pencegahan dan perawatan yang terfragmentasi. Integrasi layanan pencegahan dan perawatan, yang sangat penting untuk kontinum perawatan HIV, bergantung pada hubungan antara penyedia layanan dan lembaga yang menawarkan layanan HIV. (Rahman et al., 2021). Tes HIV, perawatan, dan kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral adalah kunci keberhasilan pengobatan HIV. *Continuum of Care*, yang telah terbukti mengurangi penularan, morbiditas, dan mortalitas HIV di antara individu yang berisiko terinfeksi atau sudah terinfeksi(Rahman et al., 2021).IPC mengacu pada penyedia layanan kesehatan dan sosial yang bekerja sama untuk memberikan pencegahan dan perawatan kepada pasien, keluarga, dan komunitas(World Health Organisation, 2010). Integrasi layanan HIV dengan pelayanan kesehatan yang konkret dan primer telah direkomendasikan sebagai cara untuk meningkatkan hasil kesehatan bagi individu pada orang yang terpapar HIV. (Rahman et al., 2017). IPC mencakup domain utama:

saling ketergantungan, aktivitas profesional, fleksibilitas, kolektif kepemilikan tujuan, dan refleksi pada proses (Bronstein, 2002).

Interdependensi mengacu pada saling mengandalkan penyedia untuk menawarkan perawatan kepada konsumen yang menghadapi berbagai masalah sosial dan kesehatan. Saling ketergantungan sering mengarah pada rujukan untuk layanan pelengkap, konsultasi, rencana perawatan yang direvisi, atau pengembangan program inovatif (Katon et al., 2010). Kegiatan profesional mengacu pada tindakan, program, protokol, dan struktur kolaboratif yang memungkinkan agensi dan penyedia untuk memberikan layanan terintegrasi. Fleksibilitas mengacu pada modifikasi peran yang disengaja di antara penyedia untuk memungkinkan terdiri. Kolektif kepemilikan tujuan mengacu pada bersama-sama mendefinisikan dan mencapai tujuan dengan penyedia yang berbeda, konsumen, dan keluarga konsumen.

Praktik kolaboratif dalam perawatan kesehatan terjadi ketika banyak petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesional memberikan layanan komprehensif dengan bekerja dengan pasien, keluarga mereka, pengasuh dan komunitas untuk memberikan kualitas perawatan tertinggi di seluruh layanan kesehatan (World Health Organization, 2010). Berdasarkan hasil literatur review didapatkan bahwa praktik kolaborasi interprofessional yang ditrapkan pada pelayanan primer memberikan manfaat yang besar kepada pasien (Rawlinson et al., 2021).

C. PENUTUP

Rekomendasi yang dihasilkan pada Kajian Respon Sektor Kesehatan terhadap HIV dan AIDS di Indonesia, 2011, menekankan perlunya membangun layanan HIV yang berkesinambungan dari layanan pencegahan, perawatan, pengobatan dan dukungan, yang lebih erat berkolaborasi dengan komunitas atau masyarakat, dengan tujuan untuk mempercepat perluasan layanan pengobatan yang terdesentralisasi, terpadu dan efektif. Kecuali itu juga perlu memperluas kemitraandengan pihak di luar sektor kesehatan,

terutama LSM, komunitas/kader, ODHA dan kelompok populasi kunci sesuai dengan sistem pendukung yang ada di suatu daerah. Interprofesional Collaboration pada preventive Care HIV terbukti dapat menurunkan angka penularan HIV, melalui peningkatan cakupan tes HIV, terapi pencegahan HIV pada kelompok resiko, terutama pada level komunitas.

REFERENSI

- Baggaley, R. F., Boily, M.-C., White, R. G., & Alary, M. (2006). *Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis*. www.sciencedirect.com.
- de Sousa, A. F. L., Lima, S. V. M. A., Rocha, J. V., de Carvalho, H. E. F., Queiroz, A. A. F. L. N., Schneider, G., de Oliveira, L. B., Camargo, E. L. S., Oliveira, A. D. da S., Mendes, I. A. C., & Fronteira, I. (2021). Sexual exposure to hiv infection during the covid-19 pandemic in men who have sex with men (Msm): A multicentric study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189584>
- Decker, S., Rempis, E., Schnack, A., Braun, V., Rubaihayo, J., Busingye, P., Tumwesigye, N. M., Harms, G., & Theuring, S. (2017). Prevention of mother-to-child transmission of HIV: Postpartum adherence to Option B+ until 18 months in Western Uganda. *PLoS ONE*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179448>
- Fowler, T., Garr, D., Mager, N. D. pietro, & Stanley, J. (2020). Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. In *Israel Journal of Health Policy Research* (Vol. 9, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00371-8>
- Indian Network For People Living With HIV/AIDS. (n.d.). *Positive Prevention: Prevention Strategiew for People Living With HIV*.
- Joshi, B., Velhal, G., Chauhan, S., Kulkarni, R., Begum, S., Nandanwar, Y. S., Fonseca, M., Baweja, S., Turbadkar, D., Ramachandran, A., Dalal, A., Shastri, J., Agrawal, S., Panhale, M., More, V., Sanap, P., Panchal, R., Kanougiya, S., & Chandhiok, N. (2016). Linking HIV & family planning services to improve dual methods of contraception among women infected with HIV in Mumbai, Maharashtra, India. *Indian Journal of Medical Research*, 143(April), 464–473. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.184286>

- Kerr, T., Small, W., Buchner, C., Zhang, R., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2010). Syringe sharing and HIV incidence among injection drug users and increased access to sterile syringes. *American Journal of Public Health, 100*(8), 1449–1453. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178467>
- Li, Z., Purcell, D. W., Sansom, S. L., Hayes, D., & Hall, ; H Irene. (2016). *Vital Signs: HIV Transmission Along the Continuum of Care*. <https://www.cdc.gov/mmwr>
- Lohse, N., Ann-Brit, ; Hansen, E., Pedersen, G., Kronborg, G., Gerstoft, J., Sørensen, H. T., Vaeth, M., & Obel, N. (2007). *Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005*. www.annals.org
- MacCarthy, S., Hoffmann, M., Nunn, A., Augusto Vasconcelos da Silva, L., Dourado, I., & Lav, S. (n.d.). Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: a cross-sectional study from a large urban center of Brazil Original research. In *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 40, Issue 6).
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Anie, S., Strathdee, A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufi, A., & Mattick, R. P. (2008). Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV Among People Who Inject Drugs: a Systematic Review. *Www.TheLancet.Com, 372*, 1733. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Mbulaiteye, S. M., Bhatia, K., Adebamowo, C., & Sasco, A. J. (2011). HIV and cancer in Africa: Mutual collaboration between HIV and cancer programs may provide timely research and public health data. In *Infectious Agents and Cancer* (Vol. 6, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/1750-9378-6-16>
- Osório, D., Munyangaju, I., Nacarapa, E., Muhiwa, A., Nhangave, A. V., & Ramos, J. M. (2021). Mother-to-child transmission of HIV infection and its associated factors in the district of Bilene, Gaza Province—Mozambique. *PLoS ONE, 16*(12 December). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260941>
- Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: A systematic review. *AIDS, 28*(10), 1509–1519. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000298>

- Piacenti, F. J. (2006). An update and review of antiretroviral therapy. In *Pharmacotherapy* (Vol. 26, Issue 8 I, pp. 1111–1133). <https://doi.org/10.1592/phco.26.8.1111>
- Rahman, R., Pinto, R. M., & Troost, J. P. (2021). Examining Interprofessional Collaboration across case managers, peer educators, and counselors in New York City. *Social Work in Public Health, 36*(4), 448–459. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1905131>
- Rahman, R., Pinto, R. M., & Wall, M. M. (2017). HIV education and welfare services in primary care: An empirical model of integration in Brazil's unified health system. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph14030294>
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Effectiveness. *International Journal of Integrated Care, 21*(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.5588>
- Scott, R. K., Crochet, S., & Huang, C. C. (2018). Universal Rapid Human Immunodeficiency Virus Screening at Delivery: A Cost-Effectiveness Analysis. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, 2018*. <https://doi.org/10.1155/2018/6024698>
- Scott, S. R., & Wu, Z. (2019). Risks and challenges of HIV infection transmitted via blood transfusion. In *Biosafety and Health* (Vol. 1, Issue 3, pp. 124–128). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.bsheal.2019.12.001>
- Shaw, G. M., & Hunter, E. (2012). HIV transmission. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 2*(11). <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006965>
- UNAIDS. (2018). *Miles To Go Closing Gaps Breaing Barriers Righting Injusticies*.
- Unaid. (2018). *UNAIDS DATA 2018*.
- Vermund, S. H., & Hayes, R. J. (2013). Combination Prevention: New Hope for Stopping the Epidemic. *Current HIV/AIDS Reports, 10*(2), 169–186. <https://doi.org/10.1007/s11904-013-0155-y>
- Wearne, N., Davidson, B., Blockman, M., Swart, A., & Jones, E. S. W. (2020). HIV, drugs and the kidney. In *Drugs in Context* (Vol. 9). Bioexcel Publishing LTD. <https://doi.org/10.7573/DIC.2019-11-1>

Windsor, L. C., Pinto, R. M., & Lee, C. A. (2020). Interprofessional collaboration associated with frequency of life-saving links to HIV continuum of care services in the urban environment of Newark, New Jersey. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05866-3>

World Health Organisation. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health*. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health*. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

PROFIL PENULIS

Dr. Johariyah, M. Keb merupakan dosen pada Prodi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap, yang lahir di Purbalingga, 12 November 1978. Penulis merupakan lulusan dari Program Studi S3 Fakultas Kedokteran Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat UGM pada tahun 2021 melalui beasiswa LPDP. Penulis telah mendapatkan hibah dari Kementrian Riset dan Pendidikan Tinggi melalui hibah penelitian dosen muda pada tahun 2014 dan tahun 2016. Penulis telah menulis beberapa buku diantaranya: Buku Asuhan Kebidanan Pada persalinan dan Bayi baru lahir, Buku Panduan Bidan: Waspada Preeklampsia, Buku Pegangan Kader: Kader Bersama Ibu Skrining Preeklampsia dan Pemantauan di Rumah dan Buku Panduan "Preeklampsia.com" yang menjadi alat untuk melakukan skrining preeklampsia di komunitas. Saat ini penulis concern kepada preventive care HIV dan melakukan penelitian tentang hal tersebut.

BAB III

PREVENTION MOTHER TO CHILD TRANSMISSION (PMTCT)/PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA) PROGRAM

Titi Legiati PS,SST,M.Kes

Poltekkes Kemenkes Bandung Jurusan Kebidanan
titi.legiati@gmail.com

A. PENDAHULUAN

Pada tahun 2021 kasus HIV positif yang dilaporkan sebanyak 36.902 kasus dan jumlah kasus baru AIDS sebanyak 5.750 kasus. Kasus HIV dan AIDS paling banyak terdapat pada kelompok umur produktif 15-49 tahun, dan masih ditemukan adanya kasus HIV dan AIDS pada kelompok usia di bawah 4 tahun, hal ini menunjukkan bahwa terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak.(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021) Terdapat lebih dari 90% bayi terinfeksi HIV tertular dari ibu HIV positif. Penularan tersebut dapat terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Bayi yang terinfeksi dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian sehingga berdampak buruk pada kelangsungan dan kualitas hidup anak. Selama tahun 2021 terdapat 2.485.430 ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan HIV di Indonesia. Berdasarkan pemeriksaan tersebut di dapatkan 4.466 (0,18%) ibu hamil positif HIV(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) atau *Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)* merupakan yang dapat dilakukan untuk mencegah penularan tersebut. Melalui pelayanan antenatal terpadu yang mengintegrasikan layanan PPIA kedalam layanan KIA baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan diharapkan dapat mencegah penularan HIV dari ibu ke anak.(Kementerian Kesehatan republik Indonesia, 2015)

B. URAIAN ISI

1. Status Epidemii HIV

Status epidemi HIV berdasarkan tingkat prevalensi kasus HIV di suatu wilayah yaitu sebagai berikut (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

- a. Apabila kasus HIV penyebarannya terjadi di populasi umum atau jika infeksi HIV lebih dari 1% di antara ibu hamil maka ditetapkan sebagai status epidemi meluas (*generalized epidemic*)
- b. Apabila kasus HIV penyebarannya di sub populasi tertentu seperti laki-laki suka laki-laki (LSL), pengguna narkoba suntik (penasun), pekerja seks dan pasangannya mencapai lebih dari 5% secara terus menerus, sedangkan pada populasi umum atau pada ibu hamil tetap di bawah 1% maka ditetapkan sebagai status epidemi terkonsentrasi (*concentrated epidemic*)
- c. Apabila kasus HIV telah ada namun penyebarannya belum meluas (< 5%) pada sub populasi tertentu dan hanya terjadi pada sejumlah individu yang berperilaku risiko tinggi (LSL, penasun, pekerja seks dan pasangannya) serta kejadian kasus HIV di bawah 1% pada populasi umum dan di bawah 5% pada sub populasi tertentu maka ditetapkan sebagai status epidemi rendah (*low epidemic*)

2. Kebijakan

Kebijakan untuk melakukan tes HIV pada ibu hamil didasarkan pada kategori epidemi yaitu pada daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi: sejak kunjungan pertama hingga menjelang persalinan semua ibu hamil melakukan tes HIV dan sifilis. Pada daerah epidemi rendah: sejak kunjungan pertama hingga menjelang persalinan bagi ibu hamil dengan tanda adanya perilaku berisiko, tanda infeksi menular seksual atau infeksi oportunistik (terutama TB) melakukan tes HIV dan sifilis (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

Kebijakan pengobatan, cara persalinan, KB dan pemberian ASI pada ibu hamil dengan HIV yaitu 1) ibu hamil dengan hasil tes

HIV positif dapat segera diberikan terapi ARV tanpa melihat kadar CD4 dan usia kehamilan, 2) persalinan secara pervaginam dapat dilakukan pada ibu dengan HIV, kecuali jika terdapat indikasi medis, 3) konseling dan pelayanan KB postpartum dapat diberikan pada ibu dengan HIV, dan semua metode kontrasepsi dapat digunakan kecuali kontrasepsi hormonal yang mengurangi efektivitas ARV, 4) apabila syarat-syarat pemberian ASI eksklusif terpenuhi maka ibu dengan HIV dapat memberikan ASI eksklusif pada bayinya, 5) penggunaan kondom tetap dianjurkan pada saat berhubungan seksual untuk mencegah penularan infeksi HIV (Kementerian Kesehatan republik Indonesia, 2015)

3. Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Penularan infeksi HIV dari ibu ke anak pada masa kehamilan dapat terjadi jika terjadi peradangan, infeksi atau kerusakan barrier plasenta, sehingga HIV bisa menembus plasenta. Persalinan dan masa menyusui merupakan waktu yang paling sering terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak. Apabila tanpa adanya upaya pencegahan maka risiko penularan HIV dari ibu ke anak antara 20-50%. Risiko penularan HIV yang terjadi selama kehamilan antara 5-10%, saat persalinan antara 10-20%, selama menyusui antara 5-20% dengan rata-rata 15%. Risiko penularan dapat turun kurang dari 2% apabila pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dilakukan dengan tepat. Beberapa faktor yang dapat menjadi risiko penularan HIV dari ibu ke anak yaitu: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

a. Kondisi ibu.

Kondisi yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak dilihat dari faktor ibu diantaranya yaitu kadar viral load tinggi terutama saat persalinan dan masa menyusui, kadar CD4 ibu rendah terutama jika dibawah 350 sel/mm^3 yang menandakan banyaknya sel limfosit yang rusak sehingga daya tahan tubuh menjadi rendah, ibu hamil mengalami kekurangan energi kronis karena kondisi tersebut meningkatkan risiko pada ibu untuk mengalami penyakit infeksi, infeksi selama kehamilan

seperti infeksi menular seksual, infeksi organ reproduksi, malaria dan tuberkulosis, masalah pada payudara saat menyusui seperti puting lecet, mastitis dan abses pada payudara.

b. Faktor bayi.

Kondisi yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak dilihat dari faktor bayi yaitu bayi prematur dan BBLR kerana belum berkembangnya sistem organ dan kekebalan tubuh dengan baik, ibu yang menyusui bayinya namun tidak mendapatkan pengobatan ARV, ketika ibu menyusui bayinya terdapat luka di mulut bayi.

c. Kondisi persalinan

Kondisi yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak dilihat dari faktor persalinan yaitu persalinan pervaginam dapat meningkatkan risiko penularan HIV dibandingkan dengan seksio sesaria, tetapi seksio sesaria lebih banyak risiko lainnya untuk ibu, proses persalinan yang lama karena kontak antara bayi dengan darah/ lendir ibu semakin lama, ketuban pecah lebih dari empat jam sebelum persalinan, adanya tindakan episiotomi, ekstraksi vakum atau forcep

4. Kegiatan Komprehensif Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Empat komponen (prong) dalam program PPIA dilaksanakan secara komprehensif berkesinambungan yaitu sebagai berikut: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

a. Prong 1 : Pencegahan Penularan HIV pada Perempuan Usia Reproduksi

Mencegah perempuan usia reproduksi, ibu hamil dan pasangannya agar tidak terinfeksi HIV merupakan langkah awal yang paling efektif dalam mencegah penularan HIV pada bayi secara dini. Langkah ini dapat dinamakan pencegahan primer, yang dapat dilakukan melalui kegiatan sebagai berikut:

1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang Pencegahan Infeksi HIV dan Sifilis

Penyebarluasan KIE tentang pencegahan infeksi HIV dan sifilis pada wanita usia reproduksi, khususnya ibu hamil, calon pengantin, remaja dan pasangan suami isteri yang mengunjungi fasilitas pelayanan KIA, KB dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Kegiatan merupakan upaya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang HIV dan AIDS untuk mencegah meluasnya penularan infeksi HIV. Pemberian KIE diintegrasikan dengan layanan KIA, KB, kesehatan peduli remaja, kelas ibu hamil, kegiatan kelompok pendamping ibu dan layanan IMS, tuberkulosis dan gizi.

2) Tes HIV dan Konseling

TIPK adalah tes HIV atas inisiatif pemberi pelayanan kesehatan dan konseling kepada pasien untuk kepentingan kesehatan dan pengobatannya. TIPK merupakan bagian dari standar pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan. TIPK dilaksanakan dengan memperhatikan dengan prinsip 3C (*confidential, consent* dan *counseling*) dan 2R (*recording-reporting* dan *referral*).

Penawaran tes HIV dan sifilis pada ibu hamil dilakukan pada saat kunjungan antenatal atau menjelang persalinan bersama pemeriksaan rutin lainnya. Ibu akan diminta persetujuannya untuk tes HIV, apabila ibu menolak maka akan diminta untuk menyatakan ketidak setujuannya secara tertulis. Pada kunjungan berikutnya ibu hamil diberi penjelasan ulang tentang pentingnya tes HIV dan sifilis demi keselamatan diri dan bayinya, terutama di daerah epidemi tinggi dan terkonsentrasi HIV/AIDS. Apabila ibu hamil tersebut masih menolak maka ia dapat dirujuk untuk mengikuti konseling yang lebih intensif pada layanan konseling dan tes sukarela (KTS), jika layanan tersebut tersedia. TIPK terdiri dari beberapa langkah yaitu pemberian informasi sebelum tes, pengambilan darah, penyampaian hasil tes dan konseling.

b. Prong 2: Mencegah Kehamilan Tidak Direncanakan pada Perempuan dengan HIV

Perempuan dengan HIV dan pasangannya perlu merencanakan kehamilannya sebelum memutuskan ingin mempunyai anak, agar anak yang dilahirkannya bebas dari HIV. Mereka dapat memanfaatkan layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Kontrasepsi kondom merupakan cara terbaik untuk pencegahan penularan IMS, termasuk HIV dan AIDS, apabila digunakan secara disiplin, terus-menerus dan benar. Namun kondom tidak melindungi infeksi yang berasal dari ulkus/lesi pada selangkangan yang tidak tertutup kondom. Kondom harus digunakan oleh semua pasangan, baik yang hanya satu maupun yang keduanya HIV positif.

Perempuan dengan HIV dianjurkan untuk menggunakan metoda kontrasepsi lain untuk pencegahan kehamilan walaupun telah menggunakan kondom (perlindungan ganda). Kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen mempunyai efek menurunkan efektivitas ARV sedangkan progesteron mempunyai efek sedikit meningkatkan efektivitas ARV. Namun, sebaiknya tetap diperhatikan pada pengguna polifarmasi (misalnya perempuan HIV dengan tuberkulosis), karena semua kontrasepsi hormonal dimetabolisme di hati, demikian juga ARV. Penggunaan keduanya dalam jangka panjang memperberat fungsi hati. Perempuan dengan HIV yang ingin hamil harus melakukan pemeriksaan kadar CD4 dan *viral load* untuk mengetahui apakah sudah layak untuk hamil. Apabila *viral load* tidak terdeteksi atau kadar CD4 lebih dari 350 sel/mm³, senggama tanpa kontrasepsi dapat dilakukan, terutama pada masa subur. Namun jika kadar CD4 masih kurang dari 350 sel/mm³, kehamilan ditunda dahulu dan diharuskan minum ARV secara teratur dan disiplin minimal selama enam bulan dan tetap menggunakan kondom selama senggama.

c. Prong 3: Mencegah Penularan HIV dari Ibu ke Bayi

Ibu hamil dengan HIV dapat melahirkan anak yang terbebas dari HIV melalui persalinan pervaginam dan menyusui bayinya apabila melakukan pengobatan ARV yang teratur dan perawatan yang baik.

1) Pemberian ARV pada ibu hamil dengan infeksi HIV

Ibu hamil dengan HIV diberi terapi ARV tanpa harus memeriksakan jumlah CD4 dan *viral load* terlebih dahulu. Pemeriksaan CD4 dilakukan untuk memantau pengobatan bukan sebagai acuan untuk memulai terapi. Beberapa hal perlu diperhatikan ketika akan memulai terapi ARV, yaitu edukasi pra pemberian ARV perlu diberikan sebelum klien menjalani terapi, apabila klien memiliki infeksi oportunistik terapi ARV baru bisa diberikan setelah infeksi oportunistik diobati (kira-kira setelah dua minggu sampai dua bulan pengobatan).

2) Perencanaan persalinan Aman bagi Ibu dengan HIV

Menurunkan risiko penularan HIV dari ibu ke bayi, risiko terhadap ibu, tim penolong (medis/non-medis) dan pasien lainnya merupakan tujuan persalinan aman bagi ibu dengan HIV. Risiko penularan terhadap bayi lebih kecil pada persalinan melalui bedah sesar, namun menambah risiko lainnya untuk ibu. Pada persalinan per vaginam risiko penularan dapat diperkecil dan cukup aman apabila ibu mendapat pengobatan ARV selama setidaknya enam bulan dan/atau *viral load* kurang dari 1000 kopi/mm³ pada minggu ke-36.

3) Pemberian ARV dan Kotrimoksazol Profilaksis pada Bayi

Dalam pemberian pengobatan ARV dan kotrimoksazol padabayi diperlukannya kesiapan kepatuhan pengasuh bayi untuk memberikan obat setiap hari, karena jika tidak patuh maka akan menyebabkan kegagalan pengobatan. Semua bayi lahir dari ibu dengan HIV harus diberi zidovudin sejak hari pertama (umur 12 jam) selama enam minggu,

baik yang diberikan ASI eksklusif maupun susu formula. Apabila diagnosis HIV belum dapat dihilangkan pada minggu keenam maka diperlukan pemberian kotrimoksazol profilaksis sampai usia 12 bulan atau sampai dinyatakan HIV negative / non-reaktif.

Keluarga pasien harus diberikan informasi bahwa kotrimoksazol tidak menyembuhkan infeksi HIV tetapi mencegah infeksi yang dapat terjadi pada bayi yang terpajan HIV. Apabila bayi yang terpajan HIV sesudah dipastikan tidak tertular HIV (setelah ada hasil laboratorium baik PCR maupun antibodi pada usia sesuai), maka profilaksis kotrimoksazol dapat dihentikan. Pada anak usia satu sampai lima tahun yang terinfeksi HIV, kotrimoksazol profilaksis dihentikan jika CD4 >25%.

4) Penatalaksanaan Nifas bagi Ibu dengan HIV

Perawatan ibu nifas dengan HIV sama dengan perawatan nifas normal. Ibu nifas mendapatkan pengobatan, perawatan, edukasi nutrisi, edukasi tentang cara mengelola bahan yang dapat menyebabkan infeksi, dukungan serta tatalaksana infeksi oportunistik. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan pada ibu nifas dengan HIV sangat diperlukan agar tidak terjadi kehamilan yang tidak direncanakan. Apabila ibu memilih tidak menyusui bayinya maka penghentian produksi ASI dapat dilakukan

5) Diagnosis HIV pada Bayi

Uji virologi dan serologi (antibodi) merupakan pemeriksaan untuk mendiagnosis HIV pada bayi dan anak. Uji serologi (antibodi) dapat digunakan untuk menentukan adanya keterpaparan HIV selama kehamilan dan persalinan pada anak berusia kurang dari 18 bulan, sedangkan pada anak berusia lebih dari 18 bulan uji serologi digunakan sebagai uji diagnostik. Pemeriksaan serologis (antibodi) HIV pada anak kurang dari 18 bulan dapat menunjukkan hasil reaktif, walaupun anak tersebut tidak terinfeksi HIV. Hal tersebut

terjadi karena antibodi dari ibu ditransfer secara pasif kepada janin saat kehamilan trimester ketiga, dan dapat terdeteksi sampai anak berusia 18 bulan.

Uji virologi digunakan untuk menegakkan diagnosis klinik pada bayi berusia kurang dari 18 bulan dan dilakukan setelah bayi berumur enam minggu. Uji virologi yang dianjurkan yaitu PCR DNA pada sampel darah lengkap (*whole blood*) atau *dried blood spot* (DBS), PCR HIV RNA (*viral load*) pada plasma. Jika bayi terpajan HIV sejak lahir dianjurkan untuk pemeriksaan uji virologi pada usia 4-6 minggu atau sesegera mungkin. Apabila pemeriksaan virologi pertama hasilnya positif, maka harus segera memulai pengobatan ARV.

6) Pemberian nutrisi bagi Bayi dengan Ibu HIV

Ibu dengan HIV diharuskan mendapat konseling tentang pemilihan makanan untuk bayinya. Ibu harus memilih apakah memberikan ASI saja atau susu formula saja. Ibu harus mendapatkan informasi bahwa memberikan ASI bersamaan dengan susu formula tidak dianjurkan karena susu formula dapat menyebabkan perubahan pada mukosa dinding usus sehingga memudahkan masuknya virus HIV yang ada dalam ASI ke dalam aliran darah bayi.

Ada beberapa syarat yang harus dipenuhi jika ibu ingin memberikan susu formula untuk bayinya yaitu *AFASS* (*affordable/terjangkau, feasible/mampu laksana, acceptable/dapat diterima, sustainable/berkesinambungan dan safe/aman*) diantaranya: tersedianya air bersih dan sanitasi yang baik di lingkungan tempat tinggal dan sekitarnya, ibu atau pengasuh bayi mampu menyediakan susu formula dalam jumlah cukup hingga mencapai pertumbuhan dan perkembangan anak normal sesuai usia, ibu atau pengasuh bayi mampu menyiapkan susu formula dengan bersih dan sesuai jadwal pemberian, sehingga bayi aman dan menghindari terjadinya diare atau malnutrisi, ibu atau

pengasuh bayi dapat memberikan susu formula sampai bayi berusia 6 bulan, keluarga mendukung pemberian susu formula, ibu atau pengasuh bayi dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah.

Apabila syarat tersebut tidak terpenuhi, WHO menganjurkan pemberian ASI cukup aman selama ibu mendapat terapi ARV secara teratur dan benar. Pada bayi yang diberi ASI, bila setelah 6 bulan syarat AFFAS belum dapat terpenuhi maka ASI tetap diberikan dengan cara diperah sementara bayi mulai mendapat makanan pendamping ASI. Pada usia 12 bulan ASI harus dihentikan dan makanan keluarga diberikan sebagai sumber nutrisi utama. Jika bayi telah diketahui HIV positif maka sangat dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif sampai bayi berumur enam bulan, dan ASI tetap dilanjutkan sampai berusia dua tahun

- d. Prong 4: Dukungan Psikologis, Sosial, Medis dan Perawatan
- Masalah psikososial masih dialami oleh ibu dengan HIV maupun ODHA lainnya seperti stigma dan diskriminasi, depresi, pengucilan dari lingkungan sosial dan keluarga, masalah dalam pekerjaan, ekonomi dan pengasuhan anak. Dukungan psikososial sangat diperlukan dalam pencegahan penularan HIV. Dukungan dapat diberikan oleh pasangan dan keluarga, kelompok dukungan sebaya, kader kesehatan, tokoh agama, masyarakat, tenaga kesehatan dan pemerintah. Dukungan yang diberikan dalam bentuk dukungan emosional, sikap dan dukungan positif, dukungan ekonomi keluarga, informasi terkait HIV-AIDS dan seluruh layanan pendukung, informasi tentang kontak petugas kesehatan/LSM/kelompok dukungan sebaya.

Selain dukungan psikososial, ibu dengan HIV dan ODHA lainnya memerlukan dukungan medis dan perawatan. Dukungan tersebut dapat berupa pemeriksaan kondisi kesehatan, pemantauan terapi ARV, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, konseling kontrasepsi dan perencanaan kehamilan,

konseling nutrisi, layanan klinik dan rumah sakit yang bebas stigma dan diskriminasi, pendampingan kunjungan rumah, tes HIV pada bayi dan anak, pemberian kotrimoksazol profilaksis, teapi ARV pada bayi dengan HIV, edukasi pemberian makanan bayi/anak, pemantauan tumbuh kembang anak, imunisasi, penyuluhan kepada anggota keluarga meliputi cara penularan HIV dan pencegahannya serta penggerakan dukungan masyarakat bagi keluarga.

5. Implementasi PMTC/PPIA di Beberapa Tempat

Sebuah studi tentang implementasi layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) pada RS rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat tahun 2014, yang dilakukan pada 4 RS di Jawa Barat yaitu RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung, RSUD Kota Bekasi dan RS Marzoeki Mahdi menunjukkan bahwa kesiapan keempat RS berbeda-beda dalam implementasi layanan PPIA, namun sebagian besar karena ketidaksiapan dalam hal sarana prasarana (reagen, obat-obatan, alat kesehatan, ruangan, pemeriksaan laboratorium), kurangnya pelatihan, masih adanya stigma dari tenaga kesehatan, serta belum adanya jaminan keamanan dan keselamatan bagi tenaga kesehatan pemberi layanan PPIA. RS Hasan Sadikin merupakan RS yang paling siap dalam implementasi layanan PPIA (Heny Lestari et al., 2016)

Hasil penelitian mengenai analisis implementasi pelaksanaan skrining HIV pada ibu hamil terintegrasi dalam layanan antenatal terpadu di Kota Depok 2017, didapatkan implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal belum optimal, hal ini didukung konseling pra tes dan pasca tes belum efektif, cakupan skrining HIV ibu hamil masih rendah, mekanisme rujukan yang belum berjalan dengan baik dan proses pencatatan dan pelaporan serta monitoring evaluasi yang belum terintegrasi (Puspitasari & Junadi, 2018)

Gambaran pengguna layanan PPIA di RS Rujukan di Jawa Barat yaitu diantaranya karakteristik pengguna layanan PPIA di Provinsi Jawa Barat sebagian besar berada pada kelompok usia produktif

yaitu 30-39 tahun, tingkat pendidikan SMA, pengetahuan yang benar tentang HIV-AIDS masih lebih rendah dibanding dengan target MDGs. Pada umumnya, ibu pengguna layanan PPIA adalah ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV dari suami/mantan suami/pasangannya. Hubungan seks pertama kali dilakukan pada usia remaja (13 tahun) dan sebagian besar ibu pengguna layanan PPIA mempunyai riwayat konsumsi alkohol, narkoba, merokok, dan menderita infeksi menular seksual. Sedangkan pasangan ibu pengguna layanan PPIA, jarang menggunakan kondom saat berhubungan seksual karena merasa tidak nyaman. (Mujiati & Heny Lestari, 2015)

Hasil studi mengenai hambatan implementasi PMTCT di Kecamatan Moretele Afrika Selatan mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi PMTCT adalah karena faktor pasien, manajemen dan staf yang berdampak pada penyediaan perawatan pasien yang efektif. Bidan dan perawat menjadi bagian yang sangat penting sehingga harus mendapatkan pelatihan dan sumberdaya yang tepat untuk memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas melalui penerapan PMTCT. (Ntsime et al., 2022)

Evaluasi implementasi dan integrasi PMTCT ke dalam kesehatan ibu dan anak secara rutin di Kwazulu Natal Afrika Selatan didapatkan bahwa adanya cakupan yang tinggi dari intervensi PMTCT selama kehamilan dan persalinan, namun tindak lanjut terhadap ibu dan bayi pasca persalinan masih buruk. Kejelasan tentang peran petugas kesehatan dan pencatatan yang buruk menyebabkan hambatan untuk mengakses layanan pasca persalinan. (Horwood et al., 2010)

Hasil literatur review mengenai hambatan keberhasilan implementasi PMTCT di Malawi dan Nigeria mengatakan bahwa faktor ekonomi dan sosial budaya (stigmatisasi dan kemiskinan) sebagai penghambat terbesar program PMTCT. Faktor lain yaitu kurangnya keterlibatan pasangan pria, kurang optimalnya manajemen layanan PMTCT dan inefisiensi tenaga. Hambatan tersebut dapat dihilangkan melalui pendidikan inovatif yang disesuaikan dengan sosial budaya dan keyakinan masyarakat untuk mempromosikan penerimaan

PMTCT, meningkatkan keterlibatan pasangan pria melalui inisiasi kelompok pendukung ayah atau suami dimana diajarkan tentang prinsip-prinsip PMTCT dan dukungan penting yang diperlukan dari mereka oleh pasangannya, memastikan layanan PMTCT yang efisien melalui ketersediaan penyedia layanan kesehatan multidisiplin yang terlatih dan dibayar, mengoptimalkan layanan PMTCT dan meningkatkan alokasi sumberdaya untuk kesehatan melalui kerjasama antara pemerintah dengan lembaga swadaya masyarakat serta lembaga internasional.(Okoli & Lansdown, 2014)

Implementasi PPIA di Kota Jayapura dapat dikatakan tidak berhasil karena masih ditemukannya 8 kelahiran bayi dengan HIV di rumah sakit Abepura, hal ini karena ibu hamil positif yang tidak mengonsumsi ARV secara rutin sampai melahirkan. Hal tersebut terjadi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu ibu hamil lebih tertarik ke dokter praktek, suami yang tidak setuju apabila istrinya mendapatkan tes VCT, dan rendahnya kesadaran ibu hamil akan pentingnya K1 sampai K4 dan juga VCT, kurangnya penyuluhan dikalangan bapak-bapak tentang pentingnya PPIA. Selain itu kendala juga datang dari ketersediaan tenaga dimana dalam pelaksanaan PPIA sangat dibutuhkan tenaga laboratorium untuk tes VCT dan juga dibutuhkan tenaga konselor untuk memonitoring ibu hamil dalam mengonsumsi ARV, begitu juga dengan SIHA yang tidak berjalan dengan baik. Penyuluhan perlu dilakukan melalui kerjasama dengan lintas sektor dengan melibatkan tokoh agama dan tokoh masyarakat. Dalam pelaksanaan PPIA sangat dibutuhkan dukungan sarana prasarana dalam penyediaan sumberdaya manusia seperti konselor dan tenaga VCT yang terlatih. (Tumangke et al., 2017)

C. PENUTUP

Risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan menyusui. Kondisi ibu, bayi dan persalinan yang bermasalah dapat menjadi faktor risiko penularan HIV dari ibu ke anak. Program PMTCT/PPIA melalui empat komponennya (prong) yang dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan

merupakan upaya untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak, yang terdiri dari prong 1: pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi melalui KIE serta tes HIV dan konseling, prong 2: mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV melalui konseling kontrasepsi dan perencanaan kehamilan, prong 3: mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi melalui pemberian ARV, perencanaan persalinan yang aman, pemberian ARV dan kotrimoksazol pada bayi, penatalaksanaan ibu nifas, tes diagnosis HIV pada bayi, konseling pemberian nutrisi pada bayi, dan prong 4: memberikan dukungan psikologis, sosial, medis dan perawatan.

Program PMTCT/PPIA akan berhasil apabila semua pihak mendukung dalam pelaksanaannya sesuai dengan tugas dan kewenangannya. Kesadaran ibu hamil dan pasangannya untuk tes HIV perlu ditingkatkan melalui konseling, hal ini sangat penting karena merupakan gerbang awal PMTCT/PPIA. Penyuluhan kepada masyarakat tentang HIV masih perlu dilakukan secara konsisten melalui kerjasama lintas sektor dengan melibatkan tokoh agama dan masyarakat untuk mengurangi stigma dan diskriminasi. Ketersediaan sarana prasarana dan tenaga kesehatan yang terlatih sangat diperlukan dalam pelayanan PMTCT/PPIA yang komprehensif dan terintegrasi, sehingga diperlukannya pelatihan bagi tenaga kesehatan dalam pengelolaan PMTCT/PPIA dan penyediaan sarana prasarana yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Heny Lestari, Sugiharti, & Andi Leny Susyanty. (2016). Kesiapan RS Rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat dalam Implementasi Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 15, 15–29.
- Horwood, C., Haskins, L., Vermaak, K., Phakathi, S., Subbaye, R., & Doherty, T. (2010). Prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) programme in KwaZulu-Natal, South Africa: An evaluation of PMTCT implementation and integration into routine maternal, child and women's health services. *Tropical*

- Medicine and International Health*, 15(9), 992–999. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02576.x>
- Kementrian Kesehatan republik Indonesia. (2015). *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. Jendral Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Ana Bagi Tenaga Kesehatank*. Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*.
- Mujiati, & Heny Lestari. (2015). Pengguna Layanan Pencegahan Penularan HIV dai Ibu ke Anak(PPIA) di RS Rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat. *Indonesian Journal of Reproductive Health*, 6, 159–172.
- Ntsime, N. R., Makhado, L., & Sehularo, L. A. (2022). Barriers in Implementing the PMTCT in Moretele Sub-District, South Africa: An Exploratory Study. *Health Services Insights*, 15. <https://doi.org/10.1177/11786329221083439>
- Okoli, J. C., & Lansdown, G. E. (2014). Barriers to successful implementation of prevention-of-mother-to-child-transmission (PMTCT) of HIV programmes in Malawi and Nigeria: A critical literature review study. *Pan African Medical Journal*, 19. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.154.4225>
- Puspitasari, M. M., & Junadi, P. (2018). ANALISIS IMPLEMENTASI INTEGRASI LAYANAN PPIA HIV KE LAYANAN ANTENATAL DI KOTA DEPOK 2017. In *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI* (Vol. 07).
- Tumangke, H., Tappy, M., & Kendek, R. (2017). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI EFEKTIVITAS PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA) DI KOTA JAYAPURA. In *Unnes Journal of Public Health* (Vol. 6, Issue 4). <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>

DAFTAR GLOSARI

- AIDS :Acquired Immune Deficiency Syndrome
- ARV :Antiretroviral Virus
- ASI :Air Susu Ibu

BBLR :Berat Badan Lahir Rendah
CD4 :Cluster of Differentiation 4
HIV Human Immunodeficiency Virus
KB :Keluarga Berencana
KIA :Kesehatan Ibu dan Anak
KIE :Komunikasi Informasi Edukasi
KTS :Konseling dan Tes Secara Sukarela
LSL :Laki-laki Suka Laki-laki
LSM :Lembaga Swadaya Masyarakat
IMS Infeksi menular Seksual
MDGs :Millenium Development Goals
ODHA :Orang dengan HIV AIDS
PCR :Polymerase Chain Reaction
Penasun:pengguna Narkoba Suntik
PMTCT :Prevention Mother To Child Transmission
PPIA :Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
SIHA :Sistem Informasi HIV-AIDS dan IMS
TIPK :Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan
Konseling
VCT :Voluntary Counseling and Testing

BIOGRAFI



Nama : Titi Legiati Praptiretno Sarwoayu, SST,M.Kes
Tempat tanggal lahir: Serang 27 Oktober 1980
Alamat : Sariwangi Regency Jl. Bukit 6 No.7 Bandung
Barat

Riwayat Pendidikan :

1. Program Studi Diploma 3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bandung, lulus tahun 2002
2. Program Studi D4 Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran, lulus tahun 2004
3. Program Studi S2 Promosi Kesehatan Peminatan Kesehatan Reproduksi dan HIV-AIDS Universitas Diponegoro, lulus tahun 2011.

Riwayat Pekerjaan : Dosen Poltekkes Kemenkes Bandung Jurusan Kebidanan sejak 2005 s.d sekarang

Hobi : Olah raga dan Yoga

BAB IV

PERAWATAN IBU DENGAN HIV/AIDS DI KELUARGA (FAMILY CENTER CARE PADA IBU DENGAN HIV/AIDS)

Emah Wahyu Ningrum, SST. S.Kep,Ns, M.Kes
Universitas Harapan Bangsa
Email: ema@uhb.ac.id

A. PENDAHULUAN

Epidemi HIV-AIDS merupakan permasalahan global yang mengalami peningkatan setiap tahun, sebanyak 2,5 juta orang terinfeksi dan 1,7 juta orang meninggal akibat HIV dan AIDS. Kasus HIV-AIDS meningkat lebih dari 25% pada perempuan usia 15-49 tahun, karena bertambahnya laki-laki melakukan hubungan seksual tidak aman, sehingga menular pada pasangannya (World Health Organization, 2015). Virus HIV ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama kehamilan, persalinan dan menyusui. (Thorne et al., 2010).

Kondisi kasus HIV/AIDS berdasarkan Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS (SIHA) pada triwulan 2017 menunjukkan beberapa fakta yang membutuhkan perhatian lebih untuk dapat mencegah dan menanggulangnya. Jumlah infeksi HIV dilaporkan sebanyak 10.376 orang sedangkan jumlah penderita AIDS mencapai 673 orang pada triwulan 2017. Persentase kasus HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok usia 24-49 tahun yaitu sebanyak 69,6 persen, sedangkan kasus AIDS tertinggi pada rentang usia 30-39 tahun yaitu sebesar 38,6 persen. Jumlah penderita AIDS pada ibu rumah tangga sebesar 12,3 persen (Kemenkes RI, 2020). Perempuan mempunyai risiko tinggi (20-50%) menularkan HIV ke anaknya dalam masa kehamilan (5-10%), persalinan (10-20%), maupun menyusui (5-20%) (Ghazali & Maulida, 2019).

Keluarga berperan penting terkait dengan seberapa jauh anggota keluarga terpajan risiko (Oktaviani et al., 2018); fungsi keluarga berhubungan dengan peningkatan persepsi dukungan sosial dan perilaku kesehatan yang lebih baik, sedangkan disfungsi keluarga berkaitan dengan peningkatan tekanan emosional termasuk depresi terutama pada wanita (Dyer et al., 2012) including family dynamics, play a major role in women's depression. We hypothesized an impact of HIV seropositivity on greater depression mediated through poorer family functioning and social support. Participants include 332 Mothers Living with HIV (MLH, PMTCT dengan pendekatan yang berpusat pada keluarga merupakan hal yang menjajikan dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak; meningkatkan kesehatan keluarga secara keseluruhan; dan memperkaya konteks perkembangan anak yang lahir dalam keluarga dengan HIV positif (Betancourt et al., 2010).

Friedman (2010) menyebutkan bahwa keluarga memiliki fungsi yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Fungsi keluarga dapat terlaksana melalui upaya-upaya yang diwujudkan melalui peran suami dan istri secara bersama-sama dalam mencapai fungsi dalam keluarga. Fungsi perawatan kesehatan tercermin pada aspek penyediaan kebutuhan fisik makanan, pakaian tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Upaya pencegahan penularan HIV/AIDS seyogyanya dilakukan melalui upaya peningkatan peran suami dan istri secara bersama-sama untuk memproteksi diri dari penularan HIV/AIDS (Sistiarani et al., 2018).

Perawatan ibu dengan HIV/AIDS di keluarga mengedepankan adanya proses pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan keluarga merupakan proses memandirikan klien dalam mengontrol status Kesehatan (Nurhaeni et al., 2011), memecahkan masalah atau kebutuhan secara profesional dan mandiri pada saat ini dan masa depan, mengatasi masalah kesehatan mental dengan lebih memprioritaskan masalah keluarga (Cleek et al., 2012).

Upaya pemberdayaan dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak menggunakan pendekatan siklus hidup untuk perempuan dan anak berupa intervensi klinis dan intervensi berbasis masyarakat (Rachmadani, 2020). Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak.5 (Kemenkes RI, 2020)(kemenkes 2017). Program pencegahan penularan dari ibu ke anak terdiri dari 4 program yang merujuk pada rekomendasi WHO 2010, yaitu penawaran tes HIV pada semua ibu hamil, pemilihan kontrasepsi untuk ibu dengan HIV positif, pemilihan persalinan aman untuk ibu hamil yang HIV positif, dan pemberian makanan terbaik bagi bayi baru lahir dengan ibu HIV positif (Ghazali & Maulida, 2019).

Upaya lainnya selama proses perawatan ibu dengan HIV/AIDS untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu dukungan psikologis, sosial dan perawatan kesehatan selanjutnya kepada ibu yang terinfeksi HIV, anak dan keluarganya. Perawatan dan dukungan HIV-AIDS harus dilaksanakan sesuai kebutuhan, holistik dan komprehensif dengan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual (Yogyakarta et al., 2018).

B. URAIAN ISI

1. Perawatan Keluarga Terhadap Ibu Dengan HIV-AIDS

Perawatan dan pemberdayaan keluarga dalam hal ini berupa keterlibatan anggota keluarga dalam upaya memberikan dukungan, memandirikan pasien khususnya ibu yang terinfeksi HIV dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak melalui perawatan kesehatan untuk mengontrol status kesehatannya dengan harapan perawatan kesehatan dapat mencapai kualitas hidup terbaik bagi ibu yang terinfeksi HIV dan keluarganya.

Keluarga mempunyai fungsi sebagai perawatan keluarga, yaitu menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan memberikan asuhan kesehatan/keperawatan dalam rangka mengontrol status kesehatan keluarga dan individu. Keterlibatan keluarga dalam

perawatan kesehatan khususnya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak lebih pada mengatasi berbagai masalah kesehatan mental yang dialami oleh ibu yang terinfeksi HIV, dalam hal pengobatan, membantu dalam kebutuhan sehari-hari baik secara moral maupun materi seperti: membantu dalam keadaan darurat; mengatur diet yang sesuai; jadwal pemeriksaan selanjutnya; kegiatan olahraga yang diperbolehkan; mengingatkan menjaga dan memelihara kebersihan diri; keteraturan dan kepatuhan minum obat; menjaga luka pada ibu terinfeksi HIV maupun pada anggota keluarga; menjaga kebersihan peralatan yang digunakan; tidak menggunakan barang tajam yang memungkinkan terjadinya penularan; dan menghindari infeksi lain.

Kebutuhan perawatan dan pengobatan bagi ibu yang terinfeksi HIV, antara lain: pengobatan ARV jangka panjang; pengobatan gejala penyakitnya; pemeriksaan kesehatan dan pemantauan terapi ARV; konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan; informasi dan edukasi pemberian makanan bayi; pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik untuk ibu dan bayi; edukasi ke keluarga tentang tata cara penularan HIV dan pencegahannya; layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat.

Perawatan kesehatan dilakukan untuk mengoptimalkan kesehatan ibu HIV positif dapat melalui penerapan pola hidup sehat, dengan: cukup nutrisi, cukup istirahat, cukup olahraga, tidak merokok, tidak minum alkohol, menggunakan kondom, pemeriksaan kehamilan secara teratur, minum suplemen dan kepatuhan dalam pengobatan HIV. Perawatan medis dan dukungan sosial penting bagi ibu yang terinfeksi HIV bertujuan untuk mengatasi kekhawatiran tentang kesehatan dan masa depan mereka sendiri, anak-anak dan keluarga mereka; ancaman terhadap kesehatan fisik, sikap negatif dan stigma sosial, kesehatan emosional dan sosial pasien (Yogyakarta et al., 2018)

2. Dukungan Keluarga Terhadap Mental Ibu Dengan HIV/AIDS

Komunikasi keluarga merupakan hal yang penting sebagai penentu ketahanan keluarga untuk mencegah tertularnya HIV-AIDS.

Hasil penelitian menegaskan perlunya upaya-upaya pencegahan penularan HIV/ AIDS melalui pengembangan program berbasis keluarga mengingat bahwa pengetahuan dan kesadaran tentang bahaya HIV/ AIDS masih rendah bukan hanya pada istri namun juga suami. Selain itu, kerentanan perempuan terhadap HIV/ AIDS lebih banyak disebabkan oleh ketimpangan gender seperti perempuan tidak bisa mengontrol perilaku pasangan, serta kurangnya akses untuk mendapatkan informasi dan pelayanan HIV-AIDS. (Lestari, Hargono, & Subarniati, 2013).

Ketidakhahaman masyarakat mengenai HIV/AIDS merupakan salah satu faktor penyebab munculnya stigma dan diskriminasi. Stigma dan diskriminasi akan mendorong munculnya pelanggaran hak asasi pada ODHA dan keluarganya. Stigma dan diskriminasi dapat menyebabkan keparahan akan epidemik HIV-AIDS. Hal tersebut akan menghambat upaya pencegahan dan pemenuhan akses pelayanan dan pengobatan HIV/ AIDS yang masih kurang (Sistiarani et al., 2018).

Stigma dan diskriminasi masih dirasakan oleh ibu dengan HIV-AIDS, terutama bagi yang memutuskan memberikan susu formula pada bayinya.⁷ Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku menyusui ibu dengan HIV-AIDS adalah faktor psikis, termasuk di dalamnya meliputi kepercayaan diri dan komitmen untuk menyusui. Keinginan dari dalam diri merupakan hal yang penting. Kepribadian juga mempengaruhi dalam pengambilan risiko, ada yang cenderung menghindar, ada juga merasa sangat yakin sanggup untuk menghadapi. Ibu menyusui dengan HIV-AIDS merasa takut terhadap risiko yang akan didapatkan. Ketakutan dapat berupa ketidakpastian masa depan, anak tertular, dan stigma negatif masyarakat mengenai HIV-AIDS. Pemikiran dan perasaan (*thought and feelings*) ataupun pertimbangan pribadi seseorang mengenai sesuatu hal adalah modal awal dalam bertindak atau berperilaku. Dukungan keluarga sebagai faktor dominan bagi ibu menyusui, sangat diperlukan terutama dalam kondisi psikis tertekan (Ghazali & Maulida, 2019).

3. Perawatan Ibu Menyusui Dengan HIV/AIDS

Makanan terbaik bagi bayi baru lahir adalah Air Susu Ibu (ASI), tetapi ASI juga salah satu jalan bagi penularan HIV dari ibu ke bayi. Maka bagi ibu dengan HIV, pemberian ASI harus didahului dengan konseling oleh petugas kesehatan dan konselor laktasi tentang risiko penularan HIV melalui ASI. Konseling diberikan sejak perawatan antenatal, dan ibu harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang HIV-AIDS. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan untuk anak yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV dan telah mendapatkan terapi ARV (Vision & Approach, 2012). Hal ini bertujuan untuk kelangsungan hidup anak (*HIV-free and child survival*). WHO juga menganjurkan kepada ibu dengan HIV untuk tetap menyusui selama 12 bulan dan tetap dibarengi dengan terapi ARV yang adekuat.

Secara fisiologis, setelah melahirkan hormon oksitosin pada perempuan akan meningkat dan memicu timbulnya perasaan sayang kepada bayinya, dan terbentuknya bonding (Britton et al., 2006). Bonding yang terbentuk membuat ibu menjadi lebih sensitif dan responsif terhadap kebutuhan bayinya. Bonding juga berhubungan dengan kontak kulit atau skin-to-skin contact, yang membantu bayi menjadi mudah ditenangkan bila menangis, mempercepat perkembangan lingual, sosial, motorik kasar, motorik halus pada usia 1 tahun, dan memiliki kontrol emosial yang lebih baik (Er et al., 2016).

Meskipun ibu menderita HIV-AIDS, anak tetap berhak mendapatkan bonding dengan ibunya, selain karena ASI mengandung gizi yang diperlukan oleh bayi dan sesuai dengan saluran pencernaan bayi kekentalannya. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menyatakan bahwa perempuan dengan HIV-AIDS mempunyai kecenderungan untuk tetap menyusui anak yang dilahirkannya. (Er et al., 2016).

Rekomendasi WHO untuk ibu menyusui dengan HIV positif adalah (1) Tidak menyusui sama sekali, bila pengadaan susu formula dapat diterima, mungkin dilaksanakan, terbeli, berkesinambungan

dan aman (*Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable, Safe/AFASS*); (2) Bila ibu dan bayi dapat diberikan obat-obat ARV (Anti Retroviral) dianjurkan menyusui eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan dan dilanjutkan menyusui sampai umur bayi 1 tahun bersama dengan tambahan makanan pendamping ASI yang aman; (3) Bila ibu dan bayi tidak mendapat ARV, maka ASI eksklusif yang harus diperah dan dihangatkan sampai usia bayi 6 bulan dilanjutkan dengan susu formula dan makanan pendamping ASI yang aman. Hal tersebut juga dikuatkan oleh rekomendasi dari WHO, dalam pedoman HIV and Infant Feeding, bahwa ibu yang telah mendapat terapi ARV selama 6 bulan dapat memberikan ASI kepada bayi, setelah pemberian 6 bulan dapat dilanjutkan hingga 12 bulan beserta makanan pendamping. Adanya panduan dari WHO, pihak-pihak yang terkait, khususnya perempuan dengan HIV-AIDS dapat lebih mudah memutuskan untuk memberikan ASI atau tidak pada anaknya (Ghazali & Maulida, 2019).

Minum ARV dan memberikan ARV kepada bayi terkadang menjadi beban berat bagi ibu menyusui dengan HIV-AIDS. Hal tersebut merupakan faktor lain yang menyebabkan ibu menyusui dengan HIV-AIDS lebih memilih susu formula sebagai pengganti ASI. Namun disisi lain pemberian susu formula kepada bayi baru lahir berisiko terjangkit diare. Risiko diare pada bayi baru lahir yang mengonsumsi susu formula sangat mungkin terjadi pada bayi dari ibu dengan HIV-AIDS (Aishat et al., 2015).

Pemahaman risiko pemberian susu formula perlu disampaikan kepada ibu menyusui dengan HIV-AIDS agar mereka memahami bahwa setiap pilihan yang dipilih mempunyai risiko yang harus ditanggung. Konsekuensi lain dari pemberian susu formula adalah biaya yang lebih mahal pemberian susu formula dibandingkan ASI. Pemberian ASI maupun susu formula pada bayi dari ibu dengan HIV-AIDS dibenarkan, selama memenuhi syarat yang telah ditentukan dan bersedia menerima konsekuensinya (Ghazali & Maulida, 2019).

Alternatif aman untuk memberikan ASI kepada bayi dari ibu dengan HIV-AIDS adalah ASI donor, tetapi ASI donor belum populer.

ASI donor belum menjadi pilihan utama bagi ibu menyusui dengan HIV-AIDS berkaitan dengan agama yang dianut. ASI donor dianggap akan menyebabkan saudara sepersusuan. Ajaran dalam Agama Islam saudara persusuan tidak boleh (haram) menikah. Masalah ini bisa diatasi dengan perbaikan manajemen pemberian ASI donor. Ibu dengan HIV-AIDS atau keluarganya dapat menjelaskan kepada anaknya mengenai siapa saudara persusuannya (Halim, 2019). Fatwa Majelis Ulama Indonesia Nomor 28 Tahun 2013 telah mengatur masalah donor ASI yang secara garis besar menyatakan bahwa seorang ibu boleh memberikan ASI kepada anak yang bukan anak kandungnya, demikian juga sebaliknya sepanjang memenuhi ketentuan syar'i, yaitu ibu harus sehat, baik fisik dan mental, dan tidak sedang hamil (Halim, 2019).

4. Perawatan Ibu Bersalin Dengan HIV/AIDS

Setiap ibu menginginkan persalinan berjalan dengan lancar dan kondisi ibu dan janin sehat setelah dilahirkan. Ibu yang terdeteksi HIV dapat menularkan infeksi HIV ke janin yang dikandung dan bayi yang dilahirkan. Ibu memerlukan dukungan yang adekuat untuk melewati proses ini. Salah satu factor yang berkontribusi dalam adaptasi wanita dalam masa persalinan adalah pengalaman ibu dan dukungan social yang positif terutama dari keluarga. Dukungan mempunyai peran penting untuk meningkatkan coping adaptasi seseorang terhadap situasi yang penuh dengan tekanan, mengurangi angka kesakitan serta mendisiplinkan pengobatan pada pasien sehingga secara tidak langsung dukungan keluarga dapat meningkatkan Kesehatan fisik seseorang (Parwati & Sriningsih, 2012).

Pilihan persalinan paling sering dilakukan pada ibu yang terdeteksi HIV adalah section caesarea karena berdasarkan kemanfaatan untuk mencegah penularan HIV ke bayi yang dilahirkan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa section caesarea yang dijadwalkan dapat mengurangi resiko penularan dari ibu ke bayi sampai dengan 80% dan apabila section caesarea elektif disertai dengan penggunaan pengobatan

antiretroviral maka resiko dapat diturunkan sampai dengan 87% (Thorne et al., 2010).

Dukungan keluarga merupakan sumber dukungan natural yang sangat efektif dalam proses perawatan ibu yang terdeteksi HIV selama persalinan. Dukungan ini dapat berupa dukungan secara fisik, emosional, spiritual. Hal ini didukung oleh penelitian Tchamba (2008) pada 26 wanita yang terinfeksi HIV pada 26 wanita yang terinfeksi HIV dengan desain kualitatif, 27% wanita memperoleh dukungan emosional berupa disayangi dan dirawat dari ibunya, 19% wanita mendapat dukungan dorongan semangat dari kakak perempuannya, 19% wanita mendapatkan semua dukungan dari suami sedangkan yang lainnya tidak mendapatkan dukungan dari keluarga (Parwati & Sriningsih, 2012).

Dampak dari dukungan keluarga yang dirasakan ibu yang terdeteksi HIV adalah perasaan Bahagia, membangkitkan semangat hidup, perasaan lebih tenang dan terbantu dalam perawatan selam persalinan. Penyampaian informasi yang dilakukan dengan komunikasi yang baik akan sangat membantu penerimaan yang baik dari anggota keluarga (Parwati & Sriningsih, 2012).

5. Perawatan Keluarga Pada Ibu Hamil Dengan HIV/AIDS

Ibu hamil juga membutuhkan dukungan psikologis dan social dari orang-orang sekitar terutama keluarga dan lingkungan sekitar termasuk petugas Kesehatan dalam melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak. Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan antiretroviral (ARV) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS yang berujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan aman (Oktaviani et al., 2018).

Selain itu keluarga berperan memberi dukungan agar penderitapatuh dalam minum obat. Peran keluarga yang sangat baik

merupakan motivasi atau dukungan yang ampuh dalam mendorong pasien untuk berobat teratur sesuai anjurannya. Adanya dukungan motivasi yang sangat penuh dari keluarga dapat mempengaruhi perilaku minum obat secara teratur. Keluarga harus berperan aktif dalam mendukung pasien untuk menjalani pengobatan secara teratur, menunjukkan bahwa dukungan dan penerimaan keluarga terhadap status HIV positif cukup baik. Dukungan yang diberikan keluarga meliputi dukungan emosi, instrument dan penghargaan (Nurhaeni et al., 2011).

REFERENSI

- Aishat, U., David, D., & Olufunmilayo, F. (2015). Exclusive breastfeeding and HIV/AIDS: A cross-sectional survey of mothers attending prevention of mother-to-child transmission of HIV clinics in southwestern Nigeria. *Pan African Medical Journal*, *21*, 1–6. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.309.6498>
- Betancourt, T. S., Abrams, E. J., McBain, R., & Fawzi, M. C. S. (2010). Family-centred approaches to the prevention of mother to child transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, *13*(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-S2-S2>
- Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*, *118*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2916>
- Cleek, E. N., Wofsy, M., Boyd-Franklin, N., Mundy, B., & Howell, T. J. (2012). The Family Empowerment Program: An Interdisciplinary Approach to Working with Multi-Stressed Urban Families. *Family Process*, *51*(2), 207–217. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01392.x>
- Dyer, T. P., Stein, J. A., Rice, E., & Rotheram-Borus, M. J. (2012). Predicting depression in mothers with and without HIV: The role of social support and family dynamics. *AIDS and Behavior*, *16*(8), 2198–2208. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0149-6>
- Er, M., Bergman, N., Gc, A., & Medley, N. (2016). Moore ER et al. Early skin-to-skin contact formothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

org/10.1002/14651858.CD003519.pub4.www.cochranelibrary.com

- Ghazali, P. L., & Maulida, F. (2019). Perilaku Menyusui pada Ibu dengan HIV-AIDS di Kota Yogyakarta. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(4), 376. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v15i4.7931>
- Halim, A. (2019). Donor ASI Dalam Perspektif Hukum Islam. *MIYAH: Jurnal Studi Islam*, 15(02), 274–290. <http://www.femina.co.id/isu.wanita/topik.hangat/mengenal.donor.asi.lebih.dekat.diakses>
- Kemendes RI. (2020). Infodatin HIV AIDS. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–8. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-2020-HIV.pdf>
- Nurhaeni, N., Sutadi, H., Rustina, Yeni., & Supriyatno, B. (2011). Pemberdayaan Keluarga Pada Anak Balita Pneumonia Di Rumah Sakit : Persepsi Perawat Anak Dan Keluarga. *Makara Kesehatan*, 15(2), 58–64. <http://journal.ui.ac.id/health>
- Oktaviani, N. P. W., Devhy, N. L. P., Adiputra, I. M. S., & Widiastuti, D. A. P. (2018). Bagaimana Perawatan Kesehatan Dan Dukungan Keluarga Dengan Ibu Hamil Berperan Dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Vct. *Bali Medika Jurnal*, 5(2), 242–251. <https://doi.org/10.36376/bmj.v5i2.39>
- Parwati, D. M., & Sriningsih, I. (2012). Pengalaman Ibu yang Terdeteksi HIV tentang Dukungan Keluarga Selama Persalinan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 35–41.
- Rachmadani, P. P. (2020). Pencegahan Penularan HIV / AIDS Pada Ibu hamil Ke Bayi Dengan PMTCT (Prevention Mother To Child Transmission). *Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia*, 1(1), 1–8.
- Sistiarani, C., Hariyadi, B., Munasib, M., & Sari, S.. (2018). Peran Keluarga dalam Pencegahan HIV/ AIDS di Kecamatan Purwokerto Selatan. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 11(2), 96–107. <https://doi.org/10.24156/jikk.2018.11.2.96>
- Thorne, C., Boer, K., England, K., Godfried, M. H., Newell, M. L., Mahdavi, S., England, K., Giaquinto, C., Rampon, O., Mazza, A., De Rossi, A., Grosch Worner, I., Mok, J., de Jose, M. I., Larru Martinez, B., Ma Pena, J., Gonzalez Garcia, J., Arribas Lopez, J. R., Garcia Rodriguez, M. C., ... Pilipenko, T. (2010). Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-

to-child transmission: Changing practices in Western Europe. *HIV Medicine*, 11(6), 368–378. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2009.00800.x>

Vision, W., & Approach, I. (2012). *Cpmctt-Wv-Integratedapproach*. June.

World Health Organization. (2015). *Guideline on When To Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV*. September, 1–76.

Yogyakarta, S., Rochmawati, L., Melina, F., Rochmawati, L., & Melina, F. (2018). PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK Family Empowerment in HIV Infected Mother Through Health Care in HIV Prevention of Mother to Children Transmission Dalam Pencegahan Penularan Hiv Dari Ibu Ke Anak A. Latar Belakang Masalah peningkatan setiap tahun, sebanyak. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada : Jurnal Ilmu Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 26–34.

BIODATA PENULIS



Ema Wahyu Ningrum, SST, S.Kep, Ns, M.Kes

adalah dosen tetap yang mengajar di fakultas Kesehatan di Program Studi S1 Keperawatan, Universitas Harapan Bangsa Purwokerto sejak tahun 2012-sekarang. Penulis lulus Diploma 3 Kebidanan dari Poltekkes Depkes Semarang tahun 2002, kemudian pada tahun 2002-2003 sempat bekerja di Rumah Sakit Ibu dan Anak Panti Nugroho Purbalingga sebagai bidan pelaksana. Pada tahun 2004 melanjutkan kuliah Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung, kemudian tahun 2005-2011 sebagai dosen di program studi Kebidanan STIKes Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap. Pada tahun 2011-2014 kuliah master di Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro, pada tahun 2017-2019 melanjutkan pendidikan S1 keperawatan dan profesi Ners di Universitas Harapan Bangsa Purwokerto, kemudian pada tahun 2019-sekarang sedang melanjutkan studi Doktorat di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK) UGM.

Penulis telah mempublikasikan beberapa artikel penelitian di jurnal-jurnal nasional dan pernah mempresentasikan hasil penelitiannya di konferensi nasional atau internasional. Penulis juga menerbitkan buku-buku yang terkait bidan kebidanan seperti Buku Ajar Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Penulis juga aktif melakukan penelitian dengan sumber dana dari pemberi dana hibah institusi maupun dana hibah melalui kementerian Riset dan Teknologi melalui skim Penelitian Dosen Pemula tahun 2017 dan 2018, serta menghasilkan 2 buku monograf yang berjudul "Status Gizi Stunting dan Perkembangan Balita" dan "Status Gizi Ibu dan Pertumbuhan Bayi".

BAB V

KELUARGA BERENCANA DALAM PREVENTIVE MOTHER TO CHILD PROGRAM

Susanti, S.ST., M.Keb
Dhiah Dwi Kusumawati, S.ST., MPH
Universitas Al-Irsyad Cilacap
Email : susanti@universitasalirsyad.ac.id.

A. PENDAHULUAN

Lebih dari 90% kasus penularan langsung penyakit infeksi HIV pada anak dan bayi ditularkan dari ibu. Prevalensi pada wanita muda tetap berisiko terinfeksi HIV yang sangat tinggi. Di Afrika timur dan selatan, perempuan muda (usia 15-24 tahun) menyumbang 26% infeksi HIV baru, di Afrika bagian barat dan tengah dan Karibia masing-masing menyumbang 22% dan 17% infeksi HIV (J et al., 2011). Jenis penularan HIV adalah vertikal pada saat kehamilan, proses persalinan, dan melalui Air Susu Ibu (ASI). Program pencegahan penularan vertikal telah dicanangkan Pemerintah melalui program *Prevention Mother To Child Transmission (PMTCT)* sejak tahun 2005. Program PMTCT menjadi bagian dari *Sustainable Development Goals (SDGs)* pada rencana target mengakhiri epidemi AIDS tahun 2030 (Dataku, 2021). Salah satu upaya pencegahan penularan HIV pada kelompok berisiko adalah tersedianya fasilitas dukungan program keluarga berencana (kondom, alat suntik steril) bila digunakan secara tepat dan konsisten (Indonesia, 2020).

B. URAIAN ISI

1. PMTCT

a. Pengertian

Pengertian PPIA adalah program dari pemerintah untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Salah satu cara penularan HIV dari ibu ke anak adalah melalui plasenta dan

dapat berlangsung dari mulai kehamilan, persalinan, menyusui. Penyebab penularan ke anak adalah jumlah virus dalam darah, sehingga perlu deteksi awal ibu hamil dengan HIV positif bertujuan untuk pemberian obat ARV seawal mungkin sehingga dapat memutus rantai penularan HIV ke anak.

- b. Tujuan dari PPIA adalah mencegah terjadinya kasus baru HIV dan mencegah penularan HIV dan sifilis dari ibu ke anak, meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak dengan HIV, meningkatkan kemampuan profesional pelaksana pelayanan kesehatan dan manajemennya, menghilangkan segala bentuk stigma dan diskriminasi yang berbasis penyakit.
- c. Upaya PPIA dilaksanakan melalui kegiatan pencegahan dan penanganan HIV secara komprehensif berkesinambungan dimulai sejak sebelum kehamilan hingga setelah kehamilan sampai pada penanganan bayi lahir dengan ibu HIV yang meliputi empat komponen (prong) sebagai berikut :

Prong 1 : pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi.

Prong 2 : pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV.

Prong 3 : pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya.

Salah satu prosedur PPIA dapat dilaksanakan Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja.

Empat komponen dari program PMTCT komprehensif menurut WHO dan UNICEF, yaitu :

- a. Pencegahan Primer Infeksi HIV di kalangan wanita usia subur.
- b. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan di antara wanita yang hidup dengan HIV.
- c. Mencegah penularan HIV dari seorang wanita yang hidup dengan HIV ke bayi.

- d. Memberikan perawatan, perawatan, dan dukungan yang tepat untuk ibu yang hidup dengan HIV dan anak-anak dan keluarga mereka.
(Claude et al., 2017)

2. Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana (KB).

Metode kontrasepsi jangka panjang diantaranya (IUD dan implan) kurang dimanfaatkan, pada <4% di Zimbabwe dan Afrika sub-Sahara pada umumnya (C et al., 2014). World Health Organization (WHO) telah merekomendasikan program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PMTCT) untuk perempuan yang hidup dengan HIV(10). Layanan PMTCT harus ditawarkan sebelum konsepsi, selama kehamilan, persalinan dan proses menyusui. Kemenkes Nomor 51 tahun 2013 telah membuat pedoman pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Pedoman tersebut dibuat sebagai acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola, profesi dan pemangku kepentingan terkait pencegahan HIV dari ibu ke anak (Riski, 2020). Kontrasepsi merupakan komponen utama PMTCT yang berguna untuk perempuan dan laki-laki yang menderita HIV positif selain untuk pencegahan primer dan terjadinya infeksi HIV berulang, kontrasepsi juga dapat mengurangi kejadian kehamilan yang tidak direncanakan agar tidak meningkatkan risiko penularan kepada bayi yang dikandung (K et al., 2012).

3. Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan pada Perempuan terinfeksi

Pada prinsipnya setiap perempuan perlu merencanakan kehamilannya_ Pada perempuan dengan PML, perencanaan kehamilan harus dilakukan dengan lebih hati-hati dan matang karena adanya risiko penularan kepada bayinya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa dari 20 wanita dengan HIV/AIDS mayoritas usia 20-35 tahun sebesar 55%, yang mempunyai riwayat penggunaan alat kontrasepsi paling banyak adalah kondom sebesar 35% dan terdapat 1 orang yang tidak menggunakan KB. Tingkat pengetahuan

ibu tentang alat kontrasepsi sebagai pencegahan penularan karena HIV/AIDS yang mayoritas memiliki pengetahuan kurang sebesar 65%, dan baik sebesar 35%. Penggunaan alat kontrasepsi pada ibu dengan HIV/AIDS mayoritas menggunakan alat kontrasepsi kondom sebesar 60% sedangkan *double protection* hanya 30% (Susanti et al., 2021). Hal ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Susanti & Widyoningsih bahwa responden menggunakan kontrasepsi "*double protection*" (Susanti & Widyoningsih, 2018)

Sebagai contoh, dengan mengetahui bahwa seorang perempuan terinfeksi HIV, maka terapi ARV segera dapat diberikan dan kehamilan dapat direncanakan setelah viral load tidak terdeteksi dan kekebalan tubuh memadai. Demikian juga pada perempuan yang diketahui terinfeksi sifilis, maka terapi adekuat dengan penisilin dapat diberikan atau terapi alternatif bagi perempuan terinfeksi sifilis, sehingga kehamilan dapat direncanakan setelah pengobatan tuntas tanpa risiko penularan sifilis transplasental ke bayinya, sekalipun TP Rapid tetap positif. Pada perempuan hepatitis B, perencanaan kehamilan dapat dilakukan ketika dalam fase *immunotolerant* dan karier inaktif, sehingga sekalipun HBsAg positif, karena pada HBeAg negatif maka risiko penularan ke bayi jauh lebih kecil, sekalipun bayi tetap harus mendapatkan booster vaksin imunisasi pasif HBIg. Kegiatan Yang dilakukan meliputi:

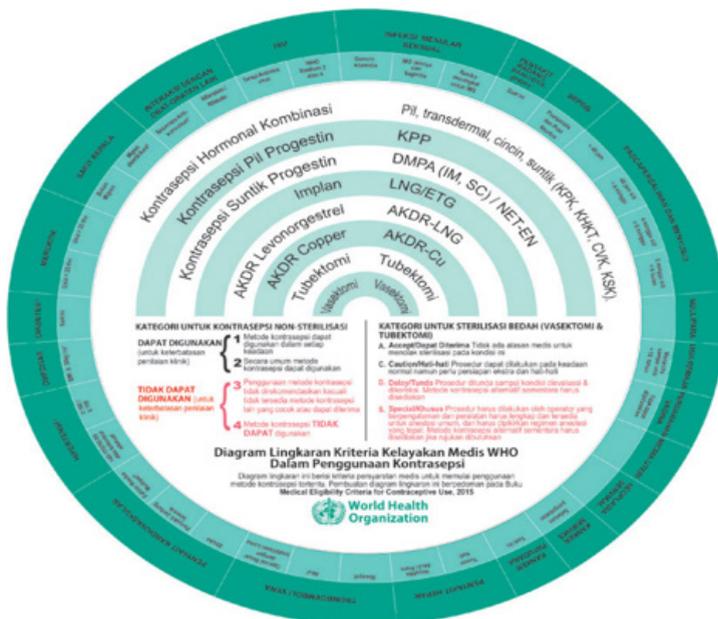
Pencegahan dan atau penundaan kehamilan pada ibu dengan PML melalui konseling dan penyediaan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif; dan perencanaan dan persiapan kehamilan Yang tepat jika ibu ingin hamil.

Pencegahan dan atau Penundaan Kehamilan pada Ibu dengan PM

Setiap perempuan usia subur yang datang ke pelayanan KB harus dilakukan penapisan/skrining terhadap PML sesuai indikasi dan kecurigaan petugas kesehatan pada penyakit IMS, HIV atau Hepatitis B. Bila ditemukan salah satu positif, maka harus dilakukan pemeriksaan Yang lainnya. Pada perempuan usia subur Yang Salah

satu atau ketiga positif, penggunaan kontrasepsi harus dikomunikasi dengan baik dan benar untuk dilakukan konfirmasi diagnosis dan penatalaksanaan dan pengobatan dilakukan sesuai kompetensi dan kewenangan petugas kesehatan. Kelayakan medis pemilihan kontrasepsi harus dipertimbangkan Yang terbaik bagi perempuan usia subur agar kontrasepsi efektif, dengan efek samping minimal.

Pada perempuan dengan HIV, petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu berupa Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi WHO Edisi 2015, yang telah diadaptasi di Indonesia dalam bentuk Diagram Lingkaran dan aplikasi Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi WHO, 2015. Bagi perempuan HIV menggunakan Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis WHO dalam Penggunaan Kontrasepsi (Diagram LKKM) (KEMENKES RI, 2019).



Gambar 1 Diagram LKKM Tampak Depan

Sebagai contoh, kita putar diagram tersebut pada klien dengan HIV stadium 3 atau 4, maka AKDR-Cu memiliki kategori 3^A. Pada diagram lingkaran Sisi belakang, keterangan kode "A" bermakna

Sebaiknya pemasangan dilakukan segera setelah plasenta lahir, walaupun tidak tertutup kemungkinan dipasang pada fase interval. Syarat-syarat pemasangan AKDR mengikuti standar yang berlaku. Perlu perhatian khusus bila ada keluhan efek samping, seperti nyeri dan perdarahan.

2) Hormonal:

- a) Pil KB kombinasi: aman dan efektif untuk perempuan dengan HIV yang tidak dalam terapi obat ARV (dan obat lain) yang dapat meningkatkan enzim hati (NVP atau EFV), karena ARV tersebut dapat menurunkan efektivitas pil KB kombinasi.
- b) Pil progestin: tidak direkomendasikan bagi perempuan dengan HIV yang dalam terapi obat ARV, karena ARV menurunkan efektivitas pil progestin.
- c) Suntik progestin jangka panjang: DMPA Dapat digunakan bagi perempuan HIV yang dalam terapi ARV tanpa kehilangan efektivitas kontrasepsi. Metabolisme DMPA tidak dipengaruhi Oleh Obat ARV dan tetap dapat diberikan setiap 12 minggu.
- d) Implan: implan etonorgestrel adalah kontrasepsi yang amat efektif dan aman, namun tidak dapat digunakan pada perempuan HIV dalam terapi ARV.

Hormon estrogen mempunyai efek menurunkan efektivitas ARV. Progesteron mempunyai efek sedikit meningkatkan efektivitas ARV. Namun, sebaiknya tetap diperhatikan pada pengguna polifarmasi (misalnya perempuan HIV dengan tuberkulosis), karena semua kontrasepsi hormonal dimetabolisme di hati, demikian juga ARV. Penggunaan keduanya dalam jangka panjang memperberat fungsi hati. Catatan. Kontrasepsi hormonal yang efektif untuk perempuan dengan HIV adalah suntik progestin jangka panjang DMPA. ARV akan menurunkan efektivitas kontrasepsi hormonal lainnya

Kondom merupakan cara terbaik untuk pencegahan penularan IMS, termasuk HIV bila digunakan secara konsisten dengan benar.

Oleh karena itu kondom harus digunakan oleh semua pasangan, baik salah satu maupun yang keduanya terinfeksi. Kondom tidak melindungi infeksi yang berasal dari ulkus/lesi pada bagian yang tidak tertutup kondom. Walaupun telah menggunakan kondom, perempuan dengan HIV dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain untuk pencegahan kehamilan (perlindungan ganda)

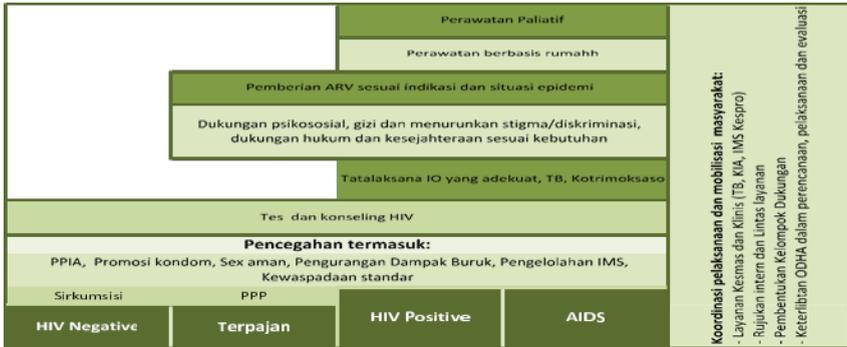
Paket Pelaksanaan Program Pengendalian HIV-AIDS dan IMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (RI, 2017)

Seperti diketahui bahwa infeksi HIV merupakan penyakit kronis yang dapat dikendalikan dengan pemberian obat ARV seumur hidup. Oleh karena itu diperlukan layanan yang mudah dijangkau untuk menjaga ketersinambungan perawatan dan pengobatan pasien. Layanan ini pada awalnya hanya tersedia di rumah sakit rujukan ARV saja.

Ketersediaan layanan perlu diperluas hingga ke tingkat puskesmas atau puskesmas pembantu, bahkan polindes/poskesdes terutama untuk daerah dengan beban HIV yang besar seperti Papua dan Papua Barat serta daerah dengan geografi sulit dan memiliki sumber daya terbatas (daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan/DTPK).

Dalam upaya memperluas akses layanan bagi ODHA, Kementerian Kesehatan menerapkan sistem Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB). LKB merupakan suatu model layanan terpadu yang melibatkan semua unsur layanan baik dari sektor kesehatan primer, sekunder hingga tersier dan layanan dari sektor lain yang terkait dengan kebutuhan ODHA, termasuk keterlibatan dari komunitas. LKB bertujuan untuk mendekatkan dan memperkuat sistem layanan kesehatan hingga menjamin ketersediaan layanan komprehensif dan berkesinambungan. Adapun yang dimaksud dengan layanan komprehensif adalah layanan yang mencakup semua kebutuhan ODHA seperti tergambar pada Bagan 1 di bawah ini. Sedangkan layanan berkesinambungan adalah layanan yang

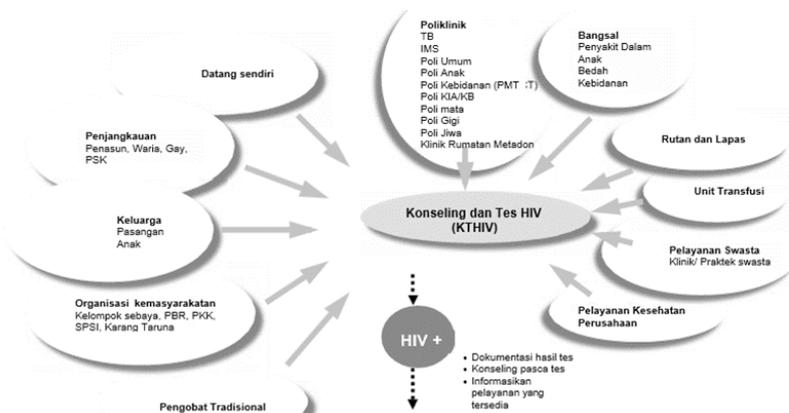
terhubung dari satu titik layanan ke titik layanan lain dengan sistem rujukan yang efektif sepanjang hayat.



Bagan 1. Layanan HIV-PMS Komprehensif Berkesinambungan

Bagan diatas menunjukkan kegiatan dan paket layanan yang perlu dilakukan oleh FASYANKES dan mitranya sesuai dengan status HIV seseorang.

Mengingat infeksi HIV merupakan kondisi kronis dengan di antaranya terjadi kondisi akut maka pelayanannya membutuhkan perawatan akut, kronis dan paliatif yang meliputi fase seseorang belum terpapar hingga masuk fase terminal. Diperlukan paket pengobatan dan perawatan kronis secara komprehensif termasuk pengobatan ARV dan layanan untuk mengurangi penularan HIV, pencegahan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup ODHA.



Bagan 2. Pintu Masuk Layanan HIV

Bagan diatas menunjukkan tempat penemuan kasus baru HIV dan tindak lanjut yang perlu dilakukan. Penemuan kasus bisa dilakukan difasyankes rawat jalan maupun rawat inap.

Semua ODHA yang memenuhi syarat pengobatan wajib diberi ARV. FKTP perlu mencari cara untuk mendekatkan akses pengobatan bagi pasien yang tidak terjangkau dengan menggunakan sistem jejaring yang tersedia seperti kader, lembaga gereja, pustu, posyandu dll. Evaluasi jumlah pasien yang terdiagnosis dan mendapatkan ARV perlu dilakukan secara teratur setidaknya tiap 2 minggu untuk menurunkan lolos *follow up* pra ART. Sesuai dengan LKB maka yang disebut sebagai FKTP di dalam buku ini sesuai dengan Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan

Kegiatan Pengendalian HIV AIDS dan IMS dan penerapan dalam FKTP :

	Kegiatan	FKTP
A.	Identifikasi dan Analisis Besaran Masalah di Wilayah Kerja Fasyankes	Puskesmas (Fasyankes Primer maupun Fasyankes Primer Rujukan)
B.	Upaya Pencegahan	
B.1.	Upaya Pencegahan di Masyarakat	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
B.2.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
B.3.	Tatalaksana Pasca Paparan	Fasyankes Primer Rujukan
C.	Penemuan Kasus Baru	Fasyankes Primer Rujukan
D.	Penegakan Diagnosis	Fasyankes Primer Rujukan
E.	Penemuan Infeksi Oportunistik dan Penentuan Stadium Klinis	Fasyankes Primer Rujukan
F.	Profilaksis Kotrimoksazol	Fasyankes Primer Rujukan
G.	Penanganan Ko-Infeksi TB-HIV	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
H.	Perawatan Kronis yang Baik	Fasyankes Primer Rujukan
I.	Pemberian Obat ARV	Fasyankes Primer Rujukan

	Kegiatan	FKTP
J.	Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
K.	Pengendalian dan Pengobatan IMS	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
L.	Pengurangan Dampak Buruk Penyalahgunaan Napza Suntik (PDBN)	
L.1.	Program Terapi Rumatan Metadona (PTRM)	Fasyankes Primer Rujukan
L.2.	Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	Fasyankes Primer Rujukan
M.	Monitoring dan Evaluasi	
M.1.	Pencatatan dan Pelaporan	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
M.2.	Analisis Data	Puskesmas (Fasyankes Primer maupun Fasyankes Primer Rujukan)

DAFTAR PUSTAKA

- C, S. C., Precious, M., Lynda, S.-C., Tsungai, C., L, K. J., & A, M. Y. (2014). Integrating family planning and prevention of mother to child HIV transmission in Zimbabwe. *Contraception*, 89(3), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.003>.
- Claude, M. J., Christina, Z., & Helen, T. (2017). The impact of programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV on health care services and systems in sub-Saharan Africa - A review. *Public Health Reviews*, 38(22). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0072-5>
- Indonesia, P. K. V. H. (2020). *Modul Pelatihan Konseling HIV*. Kementerian Kesehatan RI.
- J, K. R., M., L. K., Changyu, S., K, W. K., & Hillary, M. (2011). Impact of Integrated Family Planning and HIV Care Services on Contraceptive Use and Pregnancy Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58(5), e121–e126. <https://doi.org/doi:10.1097/QAI.0b013e318237ca80>

- K, M. A., S, H. K., & P, M. (2012). Barriers to contraception among HIV-positive women in a periurban district of Uganda. *Int J STD AIDS*, 23(9), 661–666. <https://doi.org/10.1258/ijsa.2009.009357>
- KEMENKES RI. (2019). *Pedoman Pencegahan Penularan HIV, Sifilis & Hepatitis B dari Ibu ke Anak*.
- RI, D. J. P. K. K. (2017). *Program Pengendalian HIV/AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Kementerian Kesehatan RI.
- Riski, W. (2020). Efektifitas Program Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) di Indonesia: Literatur review. *The Indonesian Journal of Infectious Disease*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/DOI:10.32667/ijid.v6i1.89>
- Susanti, Sujianti, & Andhi, L. Y. (2021). Hubungan Usia, Tingkat Pengetahuan, dan Riwayat Penggunaan Alat Kontrasepsi dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Penderita HIV/AIDS. *Jurnal Bidan Cerdas*, 3(3), 103–109. <https://doi.org/10.33860/jbc.v3i.458>
- Susanti, & Widyoningsih. (2018). Study fenomenologis pemilihan alat kontrasepsi pada wanita usia subur penderita HIV/AIDS. *Medisain Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 16(3), 107–113. <https://doi.org/10.30595/medisains.v16i3.3495>

GLOSARIUM

- HIV (Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia
- PTCT adalah program dari pemerintah untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak
- Akseptor adalah peserta KB, Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan salah satu alat atau obat kontrasepsi.
- Alat Kontrasepsi Non Operatif : Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk), *Intrauterine Device*
- Alat Kontrasepsi Mantap : Metode kontrasepsi operatif (Medis Operatif Wanita/Medis Operatif Pria)
- Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis WHO adalah Aplikasi Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi

PROFIL PENULIS



Susanti, S.ST., M.Keb, Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Al-Irsyad Cilacap

Penulis lahir di Cilacap tanggal 4 Oktober 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Universitas Al-Irsyad

Cilacap, Jawa Tengah. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKES AL-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap Makassar, pendidikan DIV pada Jurusan Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung dan melanjutkan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Saat ini penulis menekuni bidang menulis dan tertarik mengembangkan media pembelajaran berbasis teknologi. Buku ini merupakan karya lima penulis setelah buku Perkembangan Metode Kontrasepsi Masa Kini Email: susanti@universitasalirsyad.ac.id.



Dhiah Dwi Kusumawati, S.ST., MPH, Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Al-Irsyad Cilacap

Penulis lahir di Cilacap tanggal 8 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Universitas Al-Irsyad

Cilacap, Jawa Tengah. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKES AL-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap Makassar, pendidikan DIV pada Jurusan Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu Dan Anak di Univeristas Sebelas Maret. Saat ini penulis menekuni bidang menulis dan tertarik mengembangkan media pembelajaran berbasis teknologi. Buku ini merupakan karya kedua penulis setelah buku Sukses UKOM DIII Bidan 2023 tahun 2023. Email: dhiahdwi@gmail.com.

BAB VI

STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA

Sohimah.,S.ST.,M.Keb

A. PENDAHULUAN

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. **“Acquired”** artinya tidak diturunkan, tetapi ditularkan dari satu ke orang lainnya; **“Immune”** adalah daya tangkal atau kekebalan tubuh terhadap penyakit; **“Deficiency”** artinya tidak cukup atau kurang; dan **“Syndrome”** adalah kumpulan tanda dan gejala penyakit. AIDS adalah bentuk lanjut dari infeksi HIV. **Human Immunodeficiency Virus (HIV)** adalah virus yang menyebabkan penyakit AIDS.

Seseorang yang terinfeksi HIV, akan mengalami infeksi seumur hidup. Banyak orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tetap “seperti sehat” tanpa tanda dan gejala dari suatu penyakit untuk waktu panjang dan tidak mengetahui bahwa dirinya terinfeksi. Meski demikian, mereka telah dapat menulari orang lain. Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA merupakan tantangan yang bila tidak teratasi, potensial untuk menjadi penghambat upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Diskriminasi yang dialami ODHA baik pada unit pelayanan kesehatan, tempat kerja, lingkungan keluarga maupun di masyarakat umum harus menjadi prioritas upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh sebab itu perlu dukungan dan perberdayaan Kelompok-kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dan mahasiswa sebagai kelompok yang potensial dalam mengurangi stigma dan diskriminasi

HIV/AIDS masih menjadi momok yang mneyeramkan, pasalnya orang yang tervonis positif yang terbayang dalam dirinya adalah kematian. Terlebih orang yang hidup dengan HIV positif sering mneglamai perilaku diskriminasi dari keluarga, kelompok pertemanan dan masyarakat. Diskriminasi yang dialami ODHA muncul karena

ada stigma negative yang berkembang dimasyarakat. Sehingga membuat mereka menarik diri dari lingkungan sekitar, stigma yang berkembang dalam masyarakat mengenai HIV/AIDS merupakan suatu vonis mati bagi mereka sehingga membatasi ruang gerak dalam menjalankan aktivitas kesehariannya.

Stigma dan diskriminasi telah menjadi hukuman sosial oleh masyarakat di berbagai belahan dunia terhadap pengidap HIV/AIDS yang bisa bermacam-macam bentuknya, antara lain berupa tindakan-tindakan pengasingan, penolakan, diskriminasi, dan penghindaran atas orang yang terinfeksi HIV. Tindakan diskriminasi dan stigmatisasi membuat orang enggan untuk melakukan tes HIV, enggan mengetahui hasil tes mereka, dan tidak berusaha untuk memperoleh perawatan yang semestinya serta cenderung menyembunyikan status penyakitnya. Hal ini semakin memperburuk keadaan, membuat penyakit yang tadinya dapat dikendalikan menjadi semacam "hukuman mati" bagi para pengidapnya dan membuat penyakit ini makin meluas penyebarannya secara terselubung. (Ignatius, 2014)

Kementerian Sosial RI (2005:12) mengemukakan dalam kaitannya dengan HIV/AIDS, diskriminasi diartikan sebagai perlakuan tidak adil karena mempunyai hubungan langsung dengan HIV/AIDS seperti misalnya status HIV positif atau AIDS maupun hubungan tidak langsung seperti misalnya pasangan, keluarga, sahabat ODHA atau orang yang berurusan dengan ODHA. Diskriminasi HIV/AIDS terjadi saat pikiran negative menggiring orang, masyarakat atau Lembaga mengambil Tindakan (tidak bertindak) tidak adil terhadap seseorang atas dasar dugaan atau keyakinan status HIV/AIDS orang tersebut.

B. URAIAN ISI

1. Perkembangan

Epidemiologi Stigma Negatif pada ODHA Sejak pertama kali ditemukan penyakit HIV/AIDS didunia sekitar tahun 1981, respon terhadap penyakit HIV/AIDS seperti ketakutan, penolakan, stigma

dan diskriminasi telah muncul bersamaan dengan terjadinya epidemic. Stigma dan diskriminasi telah tersebar secara cepat, menyebabkan terjadinya kecemasan dan prasangka terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) (Haile, 2014).

Stigma merupakan hambatan utama dalam pencegahan, perawatan, pengobatan dan dukungan HIV. Ketakutan akan stigma negative, membuat ODHA cenderung takut untuk melakukan pemeriksaan mengenai Kesehatan pribadi dan kurang ingin tau menunda mengungkapkan status HIV kepada pasangan. Stigma negative juga berhubungan dengan penundaan datau penolakan perawatan dan ketidak patuhan dalam pengobatan.

Sejumlah survey rumah tangga melaporkan meluasnya sikap stigmatisasi diantara masyarakat umum disemua sample yang diteliti pada keadaan yang berbedda sepersrti di Cina, Amerika, Hong kong, Afrika Selatan, Jamaica, Brazil, Nigeria, Thailand, Tanzania, Zimbabwe, Burkina Faso, Zambia dan Ghana menunjukkan prevalensi stigma dan persepsi negative terhadap ODHA berkisar 46-69%. Diindonesia terdapat sekitar 62,8 % laki-laki dan perempuan berusia 15-49 tahun masih memberikan stigma terhadap ODHA (Haile, 2014)

2. HIV/AIDS

a. Pngertian HIV

HIV adalah Human Imun virus (virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia). Virus ini adalah "retrovirus" yang menyerang sel-sel pembentukan system kekebalan tubuh manusia, sehingga fungsinya akan terlalang atau bahkan hancur. Infeksi HIV menyebabkan kelemahan terus menerus pada system pertahanan tubuh atau bisa disebut lemahnya kekebalan tubuh.

AIDS merupakan syndrome dari berbagai gejala dan tanda penyakit yang terjadi karena lemahnya system kekebalan tubuh sbagai akibat dari infeksi HIV. AIDS adalah fase terakhir dari penyakit HIV dan ditandai melalui munculnya berbagai infeksi

yang merupakan kelanjutan dari gagalnya daya tahan tubuh sebagai akibat dari infeksi.

b. Tanda, Gejala dan Tahapan HIV/AIDS

Riwayat alamiah infeksi HIV dari tahap awal hingga tahap akhir AIDS tergantung pada kekebalan dan kondisi individu, yang memerlukan waktu 2-15 tahun. Orang yang hidup dengan HIV umumnya tidak menyadari adanya HIV mereka tanpa tes HIV karena era mungkin mengalami tanda-tanda dan gejala atau hanya penyakit seperti demam, sakit kepala, ruam atau sakit tenggorokan. Namun HIV terus berkembang dan menginfeksi sel T-Helper yang mengandung reseptor CD4 sampai virus ini melemahkan system kekebalan tubuh dan menyebabkan gejala lebih lanjut, termasuk pembekakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk serta penyakit berat seperti tuberculosis, meningitis kriptokokus dan kanker seperti limfoma dan sarcoma Kaposi.

Tahapan HIV/AIDS dimulai ketika masuknya virus sampai timbulnya gejala AIDS.

- 1) Tahap pertama (periode jendela)
 - a) HIV masuk kedalam tubuh hingga terbentuk antibodi dalam darah
 - b) Penderita HIV tampak dan merasa sehat
 - c) Tes HIV belum bisa mendeteksi keadaan virus
- 2) Tahap ke dua (HIV Asimtomatik/masa laten)
 - a) Pada tahap ini HIV mulai berkembang didalam tubuh
 - b) Tes HIV sudah bisa mendeteksi keberadaan virus karena antibody yang mulai terbentuk
 - c) Penderita tampak sehat selama 5-10 tahun, bergantung pada daya tahan. Rata-rata penderita bertahan selama 8 tahun

- 3) Tahap ketiga (dengan gejala penyakit)
 - a) Pada tahap ini penertua dipastikan positif HIV dengan system kekebalan tubuh yang semakin menurun
 - b) Mulai muncul gejala infeksi oportunitis, misalnya pembengkakan kelenjar limfa atau diare terus menerus
 - c) Umumnya tahap ini berlangsung selama 1 bulan, bergantung pada daya tahan tubuh penderita
 - 4) AIDS
 - a) Pada tahap ini, penderita positif menderita AIDS
 - b) Sistem kekebalan tubuh semakin menurun
 - c) Berbagai penyakit lain (infeksi oportunitis) menyebabkan kondisi penderita semakin parah (Kesehatan, 2015).
- c. Transmisi HIV/AIDS

Di Indonesia ada dua cara utama penularan HIV/AIDS, pertama yaitu melalui perilaku seksual yang tidak aman, khususnya dikalangan kelompok berisiko tinggi seperti pekerja seks perempuan, homoskesual dan transgender laki-laki. Kedua, transmisi juga terjadi melalui praktek-praktek yang tidak aman dari penggunaan narkoba suntik.

Umumnya, Human Immunodeficiency Virus (HIV) dapat masuk ke dalam tubuh melalui tidak cara, yaitu dengan hubungan seksual (vagina, anal dan oral seks), penggunaan jarum tidak steril atau terkontaminasi dengan HIV difasilitas Kesehatan, penggunaan narkoba suntik atau tato/tindik, penularan dari ibu yang terinfeksi HIV ke janin yang ada dalam Rahim yang dikenal sebagai penularan HIV dari ibu ke anak (*Mother to Child HIV Transmission/MTCT*).

Pada perilaku seksual berisiko (tanpa kondom), virus HIV sangat mudah menular melalui hubungan seksual dari orang yang positif HIV ke pasangan yang sehat. Risiko penularan HIV akan meningkat jika ada luka atau sakit disekitar vagina atau penis. Apalagi jika orang yang terinfeksi melakukan hubungan

skesual melalui anus, amak akan terjadi peningkatan risiko penularan HIV karena lapisan anus lebih mudah terluka. Oral seks juga memiliki risiko menularkan HIV jika orang yang terinfeksi memiliki gusi berdarah atau luka kecil dimulut dan tenggorokan mereka.

Pajanan melalui darah, produk darah atau organ dan jaringan yang terinfeksi difasilitas Kesehatan meningkatkan risiko penularan HIV difasilitas Kesehatan. Risiko penularan HIV juga rentan terhadap petugas Kesehatan jika mereka kontak dengan darah yang terinfeksi HIV pada jaringan kulit mereka yang terluka. Peralatan Kesehatan yang tajam seperti jarum suntik yang terinfeksi HIV sangat rentan menjadi media penulaan HIV dikalangan petugas Kesehatan. Pengguna narkoba suntik yang berbagi jarum suntik juga rentan terinfeksi HIV dikalangan pengguna. Berbagi jarum suntuk dikalangan pengguna. Berbagai jarum suntik dikalangan pengguna narkoba suntik, jarum yang tidak streil selama tati atau tindaik dan transmisi darah yang terinfeksi dan transplantasi organ juga termasuk factor risiko penularan HIV. Penularan dari ibu ke anak selamama kehamilan, melahirkan dan menyusui menyebabkan 90% dari anak-anak yang terinfeksi HIV (Nursalam, 2006)

d. Dampak penyakit HIV/AIDS

Penyakit HIV/AIDS dapat menyebabkan dampak yang begitu besar bagi orang dengan HIV/AIDS, msyarakat, keluarga. Dampakn psikologis bagi penderita seperti kecemasan, deprsi, merasa terisolasi dan kurangnya dukungan sosial. Stigma yang terjadi terhadap orang dengan HIV/AIDS dimasyarakat tidak bisa memberikan solusi pencegahan dan penyebaran HIV/AIDS, malah menambahkan maslah baru bagi ODHA dan lebih sulit untuk dikontrol penularannya. Stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS tidak secara langsung berdampak pada fisik penderita HIV melainkan berdampak pada psikologis yang mendapalm dan berkepanjangan sehingga dapat betpengaruh terhadap kualitas hidup penderita HIV.

Ada beberapa dampak yang terjadi pada penderita HIV:

1) Dampak Psikologis

Penderita HIV akan mengalami tekanan psikologis seperti:

- a) Kecemasan: berupa rasa tidak pasti tentang penyakit yang diderita, perkembangan dan pengobatannya, merasa cemas dengan gejala-gejala baru, merasa cemas dengan prognosis dan ancaman kematian
- b) Depresi : merasa sedih, hilang rasa percaya diri, merasa bersalah, kehilangan nafsu makan, pasrah menerima Nasib, berkeinginan untuk bunuh diri
- c) Merasa terisolasi dan berkirangnya dukungan sosial: merasa dikucilkan oleh keluarga dan masyarakat, sedikitnya orang peduli saat ini
- d) Merasa takut kalau rahasia penyakit yang dideritanya diketahui orang lain
- e) Merasa khawatir dengan masalah kehilangan pekerjaan, perawatan dan pengaturan hidup dimasa depan
- f) Merasa malu dengan adanya stigma sebagai ODHA

2) Dampak Fisik

Secara umum kondisi fisik seorang penderita HIV akan mengalami perubahan seperti kondisi fisik yang semakin kurus, mulut kering, susah menelan, mudah tertular penyakit TBC, hepatitis, jamur kulit, karena sistem kekebalan yang semakin menurun, sehingga mengakibatkan kematian.

3) Dampak Sosial

Banyak yang bisa menjadi akibat masalah sosial pada penderita HIV dan hal ini tidak hanya berpengaruh terhadap kondisi pasien, tetapi juga ikut mempengaruhi keadaan masyarakat disekitarnya. Dampak sosial yang dialami oleh penderita HIV pada umumnya adalah rasa takut apabila tidak diterima dalam bersosialisasi di masyarakat bahkan didalam lingkungannya sendiri, selain itu yang paling mengkhawatirkan bagi penderita HIV

adalah rasa takut bagaiman nanti menjalani masa depan dan sisa hidupnya. Sedang rasa ketakutan yang muncul dimasyarakat pada umumnya merasa takut tertular penyakit HIV/AIDS dari orang yang telah terinfeksi sebelumnya, hal ini yang membuat penderita HIV dikucilkan penderita pun akan cenderung untuk menghindari orang lain, berusaha menutup diri, karena merasa ditolak dan tidak berguna lagi dimasyakat, sehingga stigma ini lah yang menjadi saah satu faktor penyebab menurunnya kualitas hidup ODHA dan mengakibatkan pencegahan dan penularan penyakit semakin sulit untuk dikontrol. (Haile, 2014)

3. Diskriminasi

a. Definisi Diskriminasi

Diskriminasi merupakan Tindakan yang lenggar HAM dan dapat mengganggu kehidupan ODHA. Diskriminasi atau discrimination menurut *the Oxford Dictionary of English* dalam Kementerian Sosial (2005) merupakan (1) perlakuan tidak adil atau berprasangka terhadap orang atau benda khususnya karena perbedaan ras, suku, usia atau jenis kelamin; (2) memahami dan mengenali suatu hal berbeda dari yang lain membedakan atau menilai kualitas Dalam psikologi diartikan sebagai kemampuan untuk membedakan stimuli yang beraneka ragam; (3) dalam elektronika diskriminasi berarti seleksi sinyal yang mempunyai karakteristik khusus seperti misalnya frekuensi atau amplitude dengan menyingkirkan sinyal-sinyal lain yang tidak dikehendaki (Ma'Arif, 2017).

Pasal 1 ayat 3 Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyebutkan pengertian diskriminasi sebagai berikut: "Diskriminasi adalah segenap pembatasan, pelecehan, atau pengucilan didasarkan pada perbedaan manusia atas dasar agama, suku, ras, etnik, kelompok, golongan, ststus bahsa, keyakinan politik, yang berakibat pengurangan, penyimpanganm atau penghapusan, pengakuan, pelaksanaan atau penggunaan hak asasi manusia

dan kebebasan dasar dalam kehidupan baik individual maupun kolektif dalam bidang politik, ekonomi dan aspek kehidupan lainnya.

Diskriminasi terdiri dari Tindakan atau kelalaian yang berasal dari stigma dan diarahkan kepada orang-orang yang mengalami stigma. Diskriminasi adalah perilaku negative yang ditujukan kepada orang lain. Menurut Myers (2012) dalam Femita Adelina (2017), diskriminasi adalah perilaku yang tidak pada tempatnya kepada satu kelompok dan anggota kelompoknya. Perilaku diiskriminasi terkadang bersumber dari sikap yang penuh prasangka. (IFTINAN MAITSA *et al.*, 2021)

Theodorson & Theodorson dalam Bambang Rustanto (2014) mengatakan bahwa diskriminasi adalah perlakuan yang tidak seimbang terhadap perseorangan, atau kelompok, berdasarkan sesuatu, biasanya bersifat kategorikal atau atribut-atribut khas, seperti berdasarkan ras, kesukubangsaan, agama atau kenaggotaan kelas-kelas sosial.(Subair *et al.*, 2015)

b. Dampak Diskriminasi terhadap ODHA

Orang dengan HIV akan berhadapan dengan stigma dan diskriminasi dalam bentuk prasangka berlebihan, sikap yang negative dan perlakuan salah secara langsung dari orang-orang sekitarnya. Konsekuensi dari stigma dan diskriminasi ODHA menjadi menarik diri dari lingkungan keluarga, kelompok pertemanan dan komunitas sekitarnya. Selain itu mengalami keterbatasan pelayanan Kesehatan, Pendidikan dan mengalami erosi perlindungan hak asasi manusianya serta mengalami kerusakan psikologis. Secara umum, ODHA menjadi terbatas dalam hal akses untuk pengujian HIV, memperoleh teratmen dan pelayanan HIV lainnya. Kesalahan persepsi dari masyarakat tentang risiko-risiko bagi kehidupan ODHA, berakibat ODHA ternajral dari kehidupan bermasyarakat dan semakin terbatasnya layanan yang dibutuhkan bagi ODHA (Ma'arif, 2017).

Dampak kondisi tersebut memberikan kontribusi meluasnya epidemic HIV dan kematian jumlah penderita AIDS secara global. Epidemik, stigmatisasi dan diskriminasi merupakan faktor yang menunjukkan ketidakmampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam melindungi dirinya sendiri dan merepspns peningkatan ODHA. Hasil enenlital dari *Iternasional Centre for Research on Women (ICRW)* tahun 2012, emnemukan konsekwensi dari stigma terhadap orang dengan HIV antara lain kehilangan pendapatanm diputusnya pekerjaan, kehilangan kelauraga, kegagalan dalam pernikahan, terhentinya keinginan mempunyai anak, miskin layanan Kesehatan, mundur dari layanan perawatan dirumah, hlangnya harapan hidup dan perasaan yang sangat sedih, serta kehilangan reputasi (IFTINAN MAITSA *et al.*, 2021)

c. Bentuk-bentuk diskriminasi

Diskriminasi memiliki beberapa bentuk yang membedakan secara spesifik Tindakan diskriminasi. Newman dalam Miharso (2009) dalam Dian Afriani (2018:2) mengemukakan bahwa, bentuk-bentuk diskriminasi, yaitu:

1) *Verbal expression*

Adalah diskriminasi yang dijalankan dengan cara menghina atau dengan kata-kata

2) *Avoidance*

Adalah diskriminasi yang dijalankan dengan menghindari atau menjauhi seseorang atau kelompok masyarakat tertentu dalam kelompoknya

3) *Exlusion*

Adalah diskriminasi yang dijalankan dengan cara tidak memasukan seseorang atau kelompok masyarakat tertentu dalam kelompoknya

4) *Physical abuse*

Adalah diskriminasi yang dijalankan dengan cara menyakiti, memukul atau menyerang

5) *Extinction*

Adalah perlakuan diskriminasi dengan cara membasmi atau melakukan pembunuhan besar-besaran (IFTINAN MAITSA *et al.*, 2021)

d. Tingkatan Diskriminasi

Kementerian Sosial RI (2005) menyatakan bahwa stigma dan diskriminasi HIV/AIDS dapat terjadi pada tiga tingkat, yaitu:

- 1) Tingkat negara-pemerintah
- 2) Tingkat masyarakat, baik itu lingkungan masyarakat sekitar seperti rukun tetangga (RT) dan rukun warga (RW) maupun lingkungan masyarakat yang lebih luar seperti kelurahan, desa ataupun daerah
- 3) Tingkat keluarga baik itu pasangan orang tua, anak, kaka-adik maupun lingkungan keluarga besar dan kerabat.

e. Tipe-tipe Diskriminasi

Menurut Pettigrew dalam buku Liwari Prasangka dan Konflik ada dua tipe diskriminasi, yaitu:

1) Diskriminasi Langsung

Tindakan membatasi suatu wilayah tertentu, seperti pemukiman, jenis pekerjaan fasilitas umum dan sebagainya dan terjadi manakala mengambil keputusan diarahkan oleh prasangka-prasangka terhadap kelompok tertentu

2) Diskriminasi tidak langsung

Diskriminasi tidak langsung diciptakan melalui penciptaan kebijakan-kebijakan yang menghalangi ras etnik tertentu untuk berhubungan secara bebas dengan kelompok ras etnik lainnya yang mana aturan dan prosedur yang mereka jalani mengandung bias diskriminasi yang tidak tampak dan mengakibatkan kerugian sistematis bagi komunitas atau kelompok masyarakat tertentu.

f. Sebab-sebab Diskriminasi

Sebab-sebab diskriminasi yahya dalam buku liwari Prasangka dan konflik mengemukakan sebab-sebab diskriminasi yaitu:

- 1) Mekanisme pertahanan psikologi projection
Seseorang memindahkan kepada orang lain ciri-ciri yang tidak disukai tentang dirinya kepada orang lain
- 2) Kekecewaan
Setengah orang yang kecewa akan meletakkan kekecewaan mereka kepada kambing hitam
- 3) Mengalami rasa tidak selamat dan rendah diri
Mereka yang merasa terancam dan rendah diri untuk memenagnkan diri maka mereka mencoba merendahkan orang atau kelompok lain
- 4) Sejarah
Ditimbulkan karena dalamnya sejarah pada masa lalu
- 5) Persaingan dan eksploitasi
Masyarakat lebih matrealistik dan hidup dalam persaingan, individual tau kelompok diantara bersaing untuk mendapatkan kekayaan
- 6) Corak sosialisasi
Diskriminasi adalah fenomena yang dipellajari dan diturunkan dari satu generasi kepadda gereasi lain melalui proses sosialisasi. Seterusnya terbentuk suatu pandangan stereotip tentang peranan sebuah bangsa dan yang lain dalam masyarakat, yaitu berkenan sebuah bangsa dan yang lain dalam masyarakat, yaitu berkenan dengan kelakuan, cara kehidupan dan sebagainya. Melalui pandangan stereotif ini kanak-kanak belajar menghakimi seseorang atau sesuatu ide. Sikap *prejudis* dipelajari melalui proses yang sama. (Shaluhyah et al., 2015b)

g. Sikap ODHA terhadap Perilaku Diskriminasi

Untuk menganalisis bagaimana ODHA mensikapi perilaku diskriminasi dilingkungan keluarga, lingkungan pekerjaan dan dilingkungan sosial, dapat merujuk dengan menggunakan teori resiliensi sebagai pisau analisisnya, sejumlah besar ahli psikologi menyadari bahwa abad 21 penuh dengan perubahan-perubahan dan menimbulkan dampak yang tidak menyenangkan bagi individu, sehingga individu membutuhkan kemampuan resiliensi untuk membangun keutamaan dalam menghadapi kondisi yang tidak menyenangkan. Menurut Reivich & Shatte ddidalam buku Desmuta, Resiliensi adalah "*The ability to persevere and adapt when thing go awry*" yang berarti kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi Ketika dihadapkan dengan masalah Menurut walker resiliensi juga dapata didefinisikan sebagai kapasitas system untuk menyerap gangguan dan mereorganisasi diri Ketika menghadapi perubahan sehingga masih mampu mempertahankan fungsi dasarnya uan sama, struktur, identitas dan feedback (Subair *et al.*, 2015)

4. Stigma dan HIV

a. Definisi Stigma

Stigma merupakan atribut, perilaku atau reputasi sosial yang mendiskreditkan dengan cara tertentu. Stigma HIV juga merupakan prasangka yang muncul dengan melabeli seseorang sebagai bagian dari kelompok itu yang diyakini secara sosial tidak dapat diterima. Stigna berbeda dengan diskriminasi yang memiliki arti perilaku yang sebenarnya. Diskriminasi berarti memperlakukan satu orang berbeda dari yang lain dengan cara seperti itu tidak adil. Misalnya memperlakukan satu orang lebih sedikit hanya karena dia memiliki HIV 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. Hal ini berkaitan dengan sasaran stigma yang berfokus pada 'kecacatan/kerusakan' yang dapat diamati baik secara properti luar/ fisik, non fisik maupun keadaan status sosial-moral yang menyertainya. Variasi target yang dijelaskan lebih spesifik oleh Bernice A. Pescosolido dan Jack K. Martin menyebutkan bahwa stigma dapat saja dialamatkan kepada para penderita penyakit menahun dan gangguan kesehatan fisik serta mental seperti orang dengan penyakit kusta/ lepra, kanker, diabetes, HIV-AIDS, obesitas, tuberculosi, cronic syndrome, penderita Alzheimer dan demensia, epilepsi, psikopat, para pobia, perokok, penyandang disabilitas, pengguna kursi roda. Jones, dkk. juga menggambarkan bahwa untuk memproduksi sebuah stigma sebagai penand (atribut), seseorang yang terstigma akan lebih dulu dihubungkan dengan berbagai prasangka yang membangun citra (*stereotype*) tak menyenangkan, hingga pada akhirnya muncullah ragam diskriminasi sebagai bagian dari imbas stigma tersebut (Shaluhayah *et al.*, 2015b)

Stigma dipengaruhi orang dalam banyak hal:

- 1) Pekerja Kesehatan yang melakukan perjalanan ke kloanik yang jauh untuk mendapatkan pasokan bulanannya antiretrovirals takut bahwa rekan-rekannya akan menemukan bahwa dia positif
- 2) Dokter yang melakukan uji tes HIV sendiri dan mengobati diri sendiri, dan tidak pernah mendiskusikan status HIVnya kepada siapapun karena takut kehilangan kredibilitas profesional.
- 3) Wanita yang diancam dengan kekerasan dan dicabut haknya oleh keluarganya Ketika dia mengungkapkan statusnya
- 4) Wanita yang diancam dengan kekerasan dan dicabut haknya oleh keluarganya Ketika dia mengungkapkan statusnya

- 5) Pedagang yang kiosnya diboikot oleh komunitas yang menakutkan ketika ada desas-desus menyebar tentang status HIV-nya
 - 6) Institusi militer tanpa kebijakan yang jelas tentang HIV, tetapi petugas tahu bahwa jika mereka sakit makan mereka tidak bisa melayani
- b. Bentuk Stigma

Public stigma

Public stigma adalah bentuk stereotype, prasangka dan diskriminasi yang kuasanya bersumber dari masyarakat umum. Public stigma, yang juga dikenal dengan stigma budaya (Quinn & Chaudoir, 2009), sangatlah bervariasi bergantung pada konteks demografis di berbagai belahan tempat dan waktu (Pescosolido & Martin, 2015). 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. (Li *et al.*, 2020).

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 *dkk.*, 2004). 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). Stigma struktural inilah yang juga memicu kecenderungan tindak diskriminasi melalui ketiadaan akses kelembagaan (Yang *dkk.*, 2014).

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).

Self-stigma

Self-stigma merupakan keadaan di mana seorang individu menerima penaksiran orang lain tentang kebernilaian dirinya yang dianggap rendah dan tidak layak (Ritsher dkk., 2003). 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) sampai pada kemunculan sikap putus asa dalam mengusahakan sebuah kemajuan (Pilgrim & McCranie, 2013).

Courtesy-stigma

Courtesy-stigma merupakan bentuk stigma terasosiasi (Ostman & Kjellin, 2002) di mana 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 dkk., 2011). Bentuk courtesy-stigma ini paling banyak dialami oleh keluarga dan kerabat dekat seperti orang tua yang memiliki anak difabel (Shaluhiah *et al.*, 2015a)

c. Faktor-faktor Terbentuknya Stigma

Faktor-faktor terbentuknya stigma sebagai berikut:

1) Pengetahuan

Stigma terbentuk karena ketidaktahuan, kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS dan kesalahpahaman tentang penularan HIV. Pengetahuan adalah hasil tahu dari informasi yang ditangkap oleh panca indera. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor Pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan, sosial dan budaya

2) Aspek budaya

Budaya merupakan pedoman-pedoman bagi seseorang untuk berperilaku dalam kehidupan bermasyarakat. Aspek budaya dalam penulisan ini adalah hasil akal budi manusia dalam proses interaksi sosial masyarakat tertentu yang berwujud pedoman-pedoman atau patokan-patokan tingkah laku manusia dalam hidup bermasyarakat. Sebagai suatu hasil dari proses interaksi menyebabkan segala aspek yang terdapat dalam masyarakat akan ikut pula berinteraksi.

3) Persepsi

Persepsi terhadap seseorang yang berbeda dari orang lain dapat mempengaruhi perilaku dan sikap terhadap orang tersebut. Stigma berkaitan berhubungan dengan persepsi seperti rasa malu dan menyalahkan orang yang memiliki penyakit seperti HIV.

4) Kepatuhan Agama

Kepatuhan agama bisa mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Seseorang yang patuh pada nilai-nilai agama bisa mempengaruhi peran dalam bekerja dalam pelayanan Kesehatan khususnya terkait HIV (Haile, 2014)

d. Stigma Negatif terhadap ODHA

Stigma bersumber dari pikiran seorang baik secara individu atau masyarakat dimana mereka mempercayai bahwa penyakit HIV adalah sebuah perbuatan atau perilaku yang menyimpang dan

tidak dapat diterima dalam kehidupan bermasyarakat. Stigma terhadap ODHA terlihat dari sikap sinis, perasaan ketakutan yang berlebihan, dan pengalaman negative terhadap penderita HIV.

Tingginya penolakan masyarakat dan lingkungan akan kehadiran orang yang terinfeksi HIV/AIDS menyebabkan Sebagian ODHA memiliki dampak yang besar bagi program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS termasuk kualitas hidup ODHA. Masyarakat yang mempunyai factor berisiko tinggi akan merasa takut untuk melakukan pemeriksaan HIV karena apabila terungkap hasilnya positif HIV menyebabkan mereka akan mendapatkan perlakuan negatif. Orang dengan HIV positif merasa takut untuk membuka status HIV dan memutuskan menunda untuk berobat apabila menderita sakit, yang nanti akan berakibat semakin menurunnya tingkat Kesehatan mereka dan penularan HIV tidak dapat dikontrol.

Faktor-faktor stigma negatif terhadap ODHA menurut teori Lawrence Green. Tiga faktor dalam *Procede proceed* pada teori *Lawrence Green* adalah sebagai berikut:

1) *Predisposing faktor* (faktor pendorong)

Faktor predisposing merupakan factor dasar atau motivasi yang memudahkan untuk bertindak, yang termasuk dalam faktor ini adalah pengetahuan, sikap, keyakinan dan nilai serta faktor-faktor demografi seperti staus sosial, ekonomi, umur, Pendidikan, jenis kelamin dan ukuran keluarga.

2) *Enabling Factor* (faktor pemungkin)

Faktor pemungkin adalah factor yang memungkinkan suatu motivasi atau aspiransi terlaksana, yang termasuk dalam factor ini adalah potensi dan sumber daya yang ada, antara lain ketersediaan sumber daya klesehatan, prioritas dan keterampilan yang berkaitan dengan Kesehatan.

3) *Reinforcing factor* (faktor penguat)

Faktor penguat adalah yang terwujud dalam pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga, temans ebaya, guru, dokter petuugas lain yang merupakan referensi dari perilaku masyarakat (Shaluhiah et al., 2015b)

e. Unsur-unsur Terjadinya Stigma Terhadap ODHA

Ada tida unsur terjadinya stigma terhadap ODHA yaitu:

- 1) Ketakutan, masyarakat berfikir bahwa HIV/AIDS adalah penyakit infeksi menular yang mematikan dan belum dapat diobati sampai kondisi orang tersebut dapat sembuh seperti semula.
- 2) Fakta tentang penyakit HIV/AIDS sering dihubungkan dengan perilaku seks tidak sehat, pengguna narkoba, kutukan tuhan sehingga ODHA dianggap[merupakan orang yang tidak taat terhadap norma agama.
- 3) Kurang pedulinya media massa untuk ikut mengedukasi, sehingga masih terbentuknya pemikiran dan ketakutan pembaca mengeai HIV/AIDS. Stigma terhadap ODHAM disebabkan oleh tiga hal yaitu:
 - a) Fungsi ODHA dilingkungan masyarakat. Dalam hal ini ODHA dianggap sudah tidak dapat melakukan hal-hal yang bersifat produktif oleh karena itu merkan dipandang dapt merugijan masyarakat. Produktifitas merupakan norma sosial yang ada dalam masyarakat.
 - b) Keberadaan ODHA dapat menjadi ancaman bagi masyarakat karena ppenderita HIV/AIDS dianggap potensial membahayakan masyarakat yang disebabkan karena penyakit yang dideritanya sehingga masyarakat berpikir ODHA dapat dengan mudah menularkan penyakitnya kepada orang lain disekitar mereka
 - c) Persepsi masyarakat terhadap penderita AIDS atau ODHA, bahwa ODHA harus bertanggung jawab

secara pribadi atas penyakit yang dideritanya terhadap kelompok yang beresiko tinggi tertular HIV/AIDS.

Stigma terhadap HIV/AIDS dapat terjadi dalam berbagai aspek yang dapat menjadi dan memperkuat konotasi negative yang berhubungan dengan perilaku margina; seperti contoh perilaku penaja seks komersial, pengguna narkoba, penderita LGBT (lesbian, gay, biseksual dan transgender) dan penyakit menular lainnya seperti IMS.

Masyarakat menganggap ODHA sebagai sumber penularan HIV/AIDS walaupun faktanya dilapangan tidak seperti itu. Faktor penyebab terjadinya stigma dan diskriminasi diataranta kirangnya sosialisasi mengenai Pendidikan HIV/AIDS yang lengkap dari petugas keseatan, ataupun beredarnya isu atau informasi tentang penyakit HIV yang tidak benar dikalangan masyarakat (Shaluhiyah et al., 2015b)

5. Stigma di Lingkungan Sosial Masyarakat

Masyarakat masih berfikir bahwa orang yang terinfeksi HIV/AIDS layak mendapatkan hukuman akibat perialuknya sendru dan merka beranggapan bahwa ODHA adalah orang yang bertanggung jawab terhadap enulran HIV/AIDS. Dari penilaian inilah, orang dengan HIV/AIDS mendapatkan perlakuan yang tidak adil, diskriminasi, dan stigma karena penyakit yang dideritanya. Isolasi sosial, penyebarluasan ststus HIV dan penolakan dalam pelbagai lingkup kegiatan kemasyarakatan seperti duania Pendidikan, dunia kerja, dan layanan Kesehatan merupakan bentuk stigma yang banyak terjadi (Nur et al., 2022)

Proses terjadinya stigma yang dilakukan masyarakat dapat melalui tiga tahapan diantaranya:

- a. Proses interpretasi, pelanggaran norma yang terjadi dalam masyarakat tidak semuanya mendapatkan stigma dari masyarakat, tetapi hanya pelanggaran norma yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai suatu penyimpangan perilaku yang dapat menimbulkan stigma

- b. Proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang, setelah pada tahap pertama dilakukan dimana terjadinya interpretasi terhadap perilaku yang menyimpang, maka tahap selanjutnya adalah proses penefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang dimasyarakat.
- c. Perilaku diskriminasi, tahap selanjutnya setekah proses kedua dilakukan, maka masyarakat memberikan perlakuan yang membedakan (diskriminasi). Melakukan stigmatisasi kepada orang lain dapat memberikan beberapa fungsi bagi individu termasuk meningkatkan harga diri, meningkatkan kendali sosial, menahan kecemasan. Stigmatisasi dapat menigktakna harga diri melalui proses pembandingan kebawah. Mengacu pada teori perbandinagn ke bawah, yaitu membandingkan diri sendiri dengan orang lain dapat meningkatkan perasaan berharga seseorang dan karenanya dapat meningkatkan harga dirinya. Pembadingan kebawah dapat berlangsung dalam bentuk pasif (seperti mencari kekurangan orang lain dalam bidang-bidang tertentu) atau juga berlangsung dalam bentuk aktif (seperti membuat kondisi yang tidak menyenangkan orang lain melalui diskriminasi (IFTINAN MAITSA et al., 2021)

6. Stigma di Lingkungan Pekerjaan

ILO mengidentifikasi prioritas program pencegahan HIV/AIDS untuk menjangkau laki-laki berisiko tinggi disektor rentan dan berisiko tinggi sebagai prioritas pada pencegahan HIV. Meningkatkan kesadaran dan pengetahuan HIV/AIDS, mengembangkan kapasitas dan menjadikan layanan HIV/AIDS yang dapat diakses di tempat kerja akan mengisi kesenjangan kesadaran HIV/IADS dan mengurangi stigma dan diskriminatif ditempat kerja. Ini mempengaruhi Kesehatan dan produktivitas pekerja dan memastikan kepastian hak yang sama ditempat kerja dan meningkatkan kepatuhan ketenagakerjaan dan daya saing instansi dimana dia bekerja.

Strategi program:

- a. Memperkuat pengembangan kapasitas yang sensitive HIV/AIDS ditempat kerja.

Memperkuat kapasitas kementerian ketenagakerjaan, organisasi pengusaha dan pekerja dan LSM yang bekerja dalam bidang HIV/AIDS untuk mengembangkan program pencegahan HIV/AIDS ditempat kerja. Desain konten pengembangan kapasitas akan berorientasi pada peran dan mencakup pelatihan atau pelatih, pengembangan keterampilan pendidik sebaya, intergasi HIV/AIDS ke dalam keselamatan dan Kesehatan kerja dan pengembangan program strategis serta rencana aksi dalam organisasi.

- b. Mempromosikan Kebijakan Non-Stigma dan Diskriminasi terkait dengan HIV/AIDS

Memfasilitasi program pencegahan kesadaran HIV/AIDS ditempat kerja melalui beberapa kegiatan seperti seminar, pengembangan kampanye media (informasi, Pendidikan, materi komunikasi). Memberikan bantuan teknis untuk sector dan perusahaan yang diprioritaskan dalam mengembangkan kebijakan non-diskriminatif, mendokumentasikan praktek.

- c. Memperluas layanan HIV/AIDS ditempat kerja dan akses yang setara bagi kelompok rentan terhadap pekerjaan.

Memfasilitasi layanan HIV/AIDS ditempat kerja dan akses dengan memberikan konseling dan tes sukarela ditempat kerja (VCT). ILO mendorong instansi untuk mengambil peran sebagai panutan dalam mengambil Tindakan untuk mencegah infeksi HIV baru diantara pekerja mereka melindungi pekerja melalui Pendidikan dan kebijakan pendukung.

- d. Meningkatkan koordinasi dan kemitraan di antara para pemangku kepentingan terkait kemajuan, data berbasis bukti (fakta) dan advokasi.

Memberikan studi dan tinjauan terkait dengan HIV/AIDS pada masalah-masalah ditempat kerja dan perlindungan sosial bagi

orang yang hidup dengan HIV, berbagi temuan dan tinjauan program dengan para pemangku kepentingan terkait dan kementerian Kesehatan. Memfasilitasi kelompok kerja tripartit tentang HIV ditempat kerja guna memantau kemajuan program pencegahan HIV/AIDS ditempat kerja (Ma'Arif, 2017)

REFERESI

1. Haile, Z. T. (2014). *Socio-demographic and behavioral factors associated with HIV testing and HIV seropositivity among women and children in sub-Saharan Africa: A population-based multilevel analysis*. -ProQuest. Dissertation Abstracts International. <https://search.proquest.com/docview/1705084988/D768908D1DC2405BPQ/9?accountid=62691>
2. IFTINAN MAITSA, D., Aritonang, A. N., & Oktilia, H. (2021). Diskriminasi Yang Dialami Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Dampingan Yayasan Sehat Panghuripan Sukowati Kabupaten Sragen. *Indonesian Journal of Social Work*, 4(02), 127–145. <https://doi.org/10.31595/ijsw.v4i02.342>
3. Ignatius, H. (2014). *Sejauhmana Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS untuk PPIA? - Kebijakan AIDS Indonesia*. Artikel Tematik. <https://www.kebijakanaidsendonesia.net/id/artikel/artikel-tematik/340-sejauhmana-kebijakan-penanggulangan-hiv-aids-untuk-ppia>
4. Kesehatan, K. R. (2015). *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan–Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bandung*. Pedoman PPIA. <http://kpakotabandung.or.id/book/pedoman-pelaksanaan-pencegahan-penularan-hiv-dan-sifilis-dari-ibu-ke-anak-bagi-tenaga-kesehatan/>
5. Li, L., Lin, C., Feng, N., Nguyen, D. B., Cao, W., Le, A. T., & Nguyen, A. T. (2020). Stigma Related to HIV and Drug Use: Layers, Types, and Relations to Mental Health. *AIDS and Behavior*, 24(8), 2347–2354. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02794-5>
6. Ma'Arif, A. W. (2017). *Diskriminasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*. 63.)
7. Nur, Y. M., Yolanda, M., & J.S Can, Z. A. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi dengan Stigma Masyarakat terhadap

- ODHA di Desa Naras I. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(2), 193. <https://doi.org/10.36565/jab.v11i2.508>
8. Nursalam, N. (2006). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS: Nursalam - Belbuk.com*. Belbuk. <https://www.belbuk.com/asuhan-keperawatan-pada-pasien-terinfeksi-hiv-aids-p-615.html>
 9. Shaluhiah, Z., Musthofa, S. B., & Widjanarko, B. (2015a). Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. *Kesmas: National Public Health Journal*, 9(4), 333. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v9i4.740>
 10. Shaluhiah, Z., Musthofa, S. B., & Widjanarko, B. (2015b). Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV / AIDS (Public Stigma to People Living with HIV/AIDS). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9(4), 333–339. <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/740>
 11. Subair, S., Kolopaking, L. M., Adiwibowo, S., & Pranowo, M. B. (2015). Resiliensi Komunitas Dalam Merespon Perubahan Iklim Melalui Strategi Nafkah (Studi Kasus Desa Nelayan di Pulau Ambon Maluku). *Jurnal Sosial Ekonomi Kelautan Dan Perikanan*, 9(1), 77. <https://doi.org/10.15578/jsekp.v9i1.1186>

PROFIL PENULIS

Sohimah, lahir di Cilacap 10 Januari 1979. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan terkahirnya di S2 Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung pada Tahun 2011 jurusan Kebidanan. Sejak tahun 2003 sampai sekarang bekerja dan pengabdikan dirinya sebagai dosen di Universitas Al-Irsyad Cilacap. *Learning by doing* adalah merupakan cara belajar yang kerap dilakukannya. Sejak tahun 2018 penulis telah meemfokuskan diri pada karya-karyanya yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Penulis telah banyak menghasilkan karya dalam bentuk jurnal-jurnal hasil-hasil penenlitiannya dan pengabdiannya

BAB VII

ASPEK PSIKOLOGI, SOSIAL, KULTURAL, DAN SPIRITUAL PADA KASUS HIV/AIDS

Susilawati, S.ST., M.Keb

Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan, FIKES, Universitas Al-Irsyad Cilacap
susilawatimdf@gmail.com

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis virus yang menyerang/menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sebagai progres dari infeksi HIV, sistem imun menjadi lemah dan manusia menjadi lebih rentan terkena paparan infeksi yang lainnya. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV (Depkes, 2014).

Virus HIV tidak menyebabkan kematian secara langsung bagi penderitanya, akan tetapi adanya penurunan imunitas tubuh mengakibatkan mudah terserang infeksi oportunistik bagi penderitanya. Penyakit HIV yang semula bersifat akut dan mematikan berubah mejadi penyakit kronis yang bisa dikelola. Namun demikian, hidup dengan penyakit kronis menyisakan persoalan-persoalan lain yang memerlukan penyesuaian-penyesuaian baik secara psikologis, sosial, kultural, dan spiritual, dan bukan dari segi klinis semata. Penderita AIDS akan mengalami krisis afektif pada dirinya, keluarganya, masyarakat, dan pada orang-orang yang dicintainya. Krisis tersebut dalam bentuk kepanikan, ketakutan, kecemasan, serba ketidakpastian, kepusasaan, dan stigma (Lindayani L, 2017)

Seseorang yang positif terinfeksi HIV, dalam menjalani kehidupan akan terasa sulit sekalipun itu dialami oleh orang-orang dewasa yang sejatinya telah memiliki kematangan hidup, karena

dari segi fisik individu tersebut akan mengalami perubahan yang berkaitan dengan perkembangan penyakitnya, tekanan emosional dan stres psikologis yang dialami karena dikucilkan oleh keluarga dan teman karena takut tertular, serta adanya stigma sosial dan diskriminasi di masyarakat yang dapat menyebabkan gangguan perilaku pada orang lain, termasuk menghindari kontak fisik dan sosial. Pasien HIV/AIDS tidaklah dipandang sebagai individu seorang diri, melainkan seseorang anggota dari sebuah keluarga, masyarakat dan lingkungan sosialnya. (Nihayati, 2012).

B. ISI

1. Aspek Psikologis

Pengalaman suatu penyakit akan membangkitkan berbagai perasaan dan reaksi stres, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, berduka dan ketidak pastian menuju pada adaptasi terhadap penyakit. Tahapan reaksi psikologis pasien HIV (Grame Stewart, 1997) adalah sebagai berikut:

Reaksi	Proses Psikologis	Hal-hal yang biasa dijumpai
<i>Shock</i> (kaget, guncangan batin)	Merasa bersalah, marah, tidak berdaya	Rasa takut, hilang akal, frustrasi, rasa sedih, susah, <i>acting out</i>
Mengucilkan diri	Merasa cacat dan tidak berguna, menutup diri	Khawatir menginfeksi orang lain, murung
Membuka status secara terbatas	Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stres, ingin dicintai	Penolakan, stres, konfrontasi
Mencari orang lain yang HIV positif	Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan, dukungan sosial	Ketergantungan, campur tangan, tidak percaya pada pemegang rahasia dirinya

Reaksi	Proses Psikologis	Hal-hal yang biasa dijumpai
Status khusus	Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, di butuhkan oleh yang lainnya	Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (semua orang dilihat sebagai terinfeksi HIV dan direspon seperti itu), <i>over identification</i>
Perilaku mementingkan orang lain	Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan memberi dan berbagi, perasaan sebagai kelompok	Pemadaman, reaksi dan kompensasi yang berlebihan
Penerimaan	Integrasi status positif HIV dengan identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dengan diri sendiri, bisa menyebutkan kondisi seseorang	Apatis, sulit berubah

Sumber: Grame Stewart: 1997

Kubler, Ross dalam Nursalam (2016) menguraikan lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap penyakit, yaitu.

a. Penolakan (Denial)

Pada tahap pertama pasien menunjukkan karakteristik perilaku pengingkaran, mereka gagal memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari diagnosa. Dalam Nursalam (2009) mengatakan bahwa individu bertindak seperti seolah tidak terjadi apa-apa dan dapat menolak untuk mempercayai bahwa telah terjadi kehilangan. Pengingkaran ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan pasien terhadap sakitnya atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya. Pengingkaran dapat dinilai dari ucapan pasien "saya di sini istirahat." Pengingkaran dapat berlalu sesuai dengan kemungkinan memproyeksikan pada apa yang diterima sebagai alat yang berfungsi sakit,

kesalahan laporan laboratorium, atau lebih mungkin perkiraan dokter dan perawat yang tidak kompeten. Rando dalam Rotter (2009) yang mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi kehilangan dimana seseorang akan sulit menerima suatu peristiwa kehilangan diantaranya adalah arti kehilangan, serta sifat kehilangan yang tiba-tiba (tidak dapat diramalkan) dan tidak diharapkan. Peningkaran diri yang mencolok tampak menimbulkan kecemasan, peningkaran ini merupakan buffer untuk menerima kenyataan yang sebenarnya. Peningkaran biasanya bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan (Achir Yani, 1999). Menurut Taylor (1995) dalam Papatungon, K (2010), denial atau penolakan merupakan mekanisme pertahanan diri untuk menghindari dampak dari penyakit.

b. Kemarahan (*Anger*)

Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan. Perilaku pasien secara karakteristik dihubungkan dengan marah dan rasa bersalah. Menurut teori Kubler-Ross'e (Sarafino, 2006), mengatakan bahwa reaksi ini timbul sebagai akibat pengaruh gencarnya kampanye AIDS yang mengandung informasi menakutkan. Pasien akan mengalihkan kemarahan pada segala sesuatu yang ada disekitarnya. Biasanya kemarahan diarahkan pada dirinya sendiri dan timbul penyesalan. Yang menjadi sasaran utama atas kemarahan adalah perawat, semua tindakan perawat serba salah, pasien banyak menuntut, cerewet, cemberut, tidak bersahabat, kasar, menantang, tidak mau bekerja sama, sangat marah, mudah tersinggung, minta banyak perhatian dan iri hati. Jika keluarga mengunjungi maka menunjukkan sikap menolak, yang mengakibatkan keluarga segan untuk datang, hal ini akan menyebabkan bentuk keagresipan (Hudak & Gallo, 1996).

Kusumawati dan Hartono (2010) mengatakan bahwa persepsi individu terhadap kejadian, arti kejadian tersebut pada individu, pengaruh kejadian terhadap masa depan

individu, mekanisme koping yang dimiliki individu dan kehilangan orang yang dicintai merupakan beberapa faktor yang dapat menyebabkan seseorang mengalami suatu masalah dalam dirinya, yang jika berlangsung terus menerus akan mengakibatkan timbulnya rasa marah yang dianggap menyebabkan masalah itu timbul.

c. Sikap tawar menawar (*Bargaining*)

Setelah marah-marah berlalu, pasien akan berfikir dan merasakan bahwa protesnya tidak ada artinya. Mulai timbul rasa bersalahnya dan mulai membina hubungan dengan Tuhan, meminta dan berjanji merupakan ciri yang jelas yaitu pasien menyanggupi akan menjadi lebih baik bila terjadi sesuatu yang menyimpannya atau berjanji lain jika dia dapat sembuh (Achir Yani, 1999). Koziar (2004) berpendapat bahwa pada tahap ini seseorang berpikir seandainya dia dapat menghindari kehilangan itu. Reaksi yang sering muncul adalah dengan mengungkapkan perasaan bersalah atau ketakutan pada dosa yang pernah dilakukan, baik itu nyata ataupun hanya imajinasinya saja.

d. Depresi (*depression*)

Depresi merupakan tahap keempat dari *KublerRoss's Stage of dying*, yaitu suatu tahapan dimana seseorang yang menghadapi suatu peristiwa kematian menghabiskan banyak waktu untuk menangis dan berduka, dan orang yang berada pada tahap ini dapat berkata "saya sangat sedih, mengapa peduli dengan yang lainnya?", "saya akan mati...", "apa keuntungannya?", "saya merindukan orang yang saya cintai", dan "mengapa saya harus hidup?" (Santrock, 2007). Menurut teori psikoanalitik (Freud) dalam Tomb, David A. (2007) mengatakan bahwa pasien depresi menderita kehilangan objek cinta yang ambivalen baik nyata atau hanya imajinasi, mereka bereaksi dengan kemarahan yang tidak disadari dan kemudian diarahkan kepada diri sendiri, dan ini menyebabkan penurunan harga diri dan depresi. Perilaku fase ini termasuk mengatakan ketakutan akan masa depan, bertanya

peran baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit (Netty, 1999 dalam Nursalam, 2007).

Selama fase ini pasien sedih/berkabung mengesampingkan marah dan pertahanannya serta mulai mengatasi kehilangan secara konstruktif. Lubis (2009) mengatakan bahwa depresi merupakan suatu keadaan akibat pengalaman yang menyakitkan, dimana individu yang mengalami depresi akan menunjukkan gejala seperti sedih yang berkepanjangan, perasaan tidak ada harapan lagi, sensitif, hilang rasa percaya diri dan munculnya pikiran tentang kematian yang berulang. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, kesepian dan waktu untuk menangis berguna pada saat ini.

e. Penerimaan (*Acceptance*)

Menurut Kubler-Ross (Wikipedia, 2017), secara signifikan, mereka yang mengalami tahapan-tahapan ini seharusnya tidak memaksakan proses. Proses kedukaan sangatlah pribadi dan tidak seharusnya tergesa-gesa ataupun diperpanjang, ia selayaknya sadar bahwa tahapantahapan tersebut akan lewat dengan sendirinya dan pada akhirnya tahapan "Penerimaan" (*Acceptance*) akan dicapai. Sesuai dengan berlalunya waktu dan pasien beradaptasi, kepedihan dari kesabatan yang menyakitkan berkurang dan bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang keterbatasan karena penyakitnya dan sebagai seorang cacat. Pasien mampu bergantung pada orang lain jika perlu dan tidak membutuhkan dorongan melebihi daya tahannya atau terlalu memaksakan keterbatasan atau ketidakadekuatan (Hudak & Gallo, 1996).

Masalah psikologis pasien HIV/AIDS meliputi khawatir, frustrasi, kesedihan, berduka, ketakutan anggota keluarga menjadi terinfeksi, perasaan marah, serta depresi dan ketakutan menghadapi kematian. (WHO 2016; et al, 2010). Lima tahap reaksi emosi atau respon adaptasi psikologis seseorang terhadap stresor yakni: pengingkaran, marah, tawar menawar, depresi, dan menerima (Potter & Perry, 2005)

Tahapan psikologis	Tindakan yang dibutuhkan
Tahap pengingkaran (<i>denial</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi terhadap penyakit pasien • Mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan takut menghadapi kematian dan mengeluarkan keluh kesahnya
Tahap kemarahan (<i>anger</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan kesempatan mengekspresikan marahnya • Memahami kemarahan pasien
Tahap tawar menawar (<i>bergaining</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong pasien agar mau mendiskusikan perasaan kehilangan dan takut menghadapi penyakit pasien • Mendorong pasien untuk menggunakan kelebihan (positif) yang ada pada dirinya.
Tahap depresi (<i>depression</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan dukungan dan perhatian • Mendorong pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kondisi. • Membantu menghilangkan rasa bersalah, bila perlu mendatangkan pemuka agama.
Tahap menerima (<i>acceptance</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Memotivasi pasien untuk mau berdoa dan sembahyang • Memberikan bimbingan keagamaan sesuai keyakinan pasien.

Perubahan aspek psikologis melalui dua tahapan yaitu:

a. Tahap satu

Respon ketika dinyatakan positif terinfeksi HIV/AIDS, antara lain:

- 1) Keinginan untuk bunuh diri. Penelitian (Safarina, 2012) menyatakan yang berada pada fase depresi sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara, kurang minat dan motivasi, putus asa dan menangis.

- 2) Rasa sedih. Penelitian (Safarina, 2012) menunjukkan kesedihan yang mendalam dengan menangis hampir setiap waktu dan malu untuk bertemu dengan orang-orang sekitarnya.
- 3) Putus asa. Bahwa keputusasaan dapat terjadi ketika menghadapi perubahan siklus kehidupan, kondisi sosial dan historis, serta kefanaan hidup di hadapan kekekalan hidup (kematian). Akibatnya, seseorang kadang mengalami perasaan tentang hidup mereka tidak berarti lagi.
- 4) Pemakai narkoba bertambah. Sakit mengakibatkan adanya gangguan emosi terkait dengan neurosis, yaitu adanya kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena konflik tidak sadar yang tidak dapat diselesaikan dengan baik dan memutuskan untuk menggunakan narkoba (Sunaryo, 2015).

b. Tahap kedua

Respon setelah lama terinfeksi HIV/AIDS, yaitu mampu menerima. Seseorang mulai dapat beradaptasi dengan keadaan serta berkurangnya kepedihan yang menyakitkan (Nursalam, Kurniawati, 2013).

Sebuah penelitian studi kasus yang dilakukan oleh (Nursalam, Kurniawati, 2013), mengenai *coping stress* ODHA menunjukkan bahwa ODHA memiliki kecenderungan untuk melakukan *emotion focus coping* daripada *problem focus coping*. Pengeksplorasiian emosi ternyata merupakan proses penting bagi ODHA untuk kemudian dapat menerima keadaan. Strategi koping yang biasanya digunakan oleh individu, yaitu *problem focused coping* dan *emotion focused coping* (Folkman, S.Lazarus, R.S., Gruen.R.J., & Logis, 1986)

1) *Problem focused koping*

Merupakan usaha individu yang secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stress. *Problem focused coping* terdiri dari:

- a) *Confrontative coping* merupakan usaha untuk mengubah keadaan yang di anggap menekan dengan cara yang agresif.
 - b) *Confrontative coping*, usaha untuk mendapatkan kenyamanan dan bantuan informasi dari orang lain untuk menyelesaikan masalahnya.
 - c) *Planful problem solving*, usaha untuk mengubah keadaan yang di anggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.
- 2) *Emotion focused coping*
- Merupakan usaha individu untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang penuh tekanan.
- a) *Seeking social emotional support*, yaitu usaha untuk memperoleh dukungan secara emosional maupun social dari orang lain.
 - b) *Self control*, usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
 - c) *Distancing*, usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah seperti lelucon.
 - d) *Positive reappraisal*, usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
 - e) *Accepting responsibility*, usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya, dan mencoba menerimanya untuk Membuat semuanya menjadi lebih baik.

- f) *Escape/avoidance*, usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.

2. Aspek Sosial

Respons adaptif sosial individu yang menghadapi stressor tertentu menurut Stewart (1997) dalam (Nursalam, Kurniawati, 2013) dibedakan dalam 3 aspek, antara lain:

- a. Stigma sosial memperparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri individu.
- b. Diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV, misalnya penolakan bekerja dan hidup serumah juga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan. Bagi pasien homoseksual, penggunaan obat-obat narkotika akan berakibat terhadap kurangnya dukungan sosial. Hal ini akan memperparah stres pasien.
- c. Terjadinya waktu yang lama terhadap respons psikologis mulai penolakan, marah-marah, tawar menawar, dan depresi berakibat terhadap keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan. Pasien akhirnya mengkonsumsi obat-obat terlarang untuk menghilangkan stres yang dialami.

Respons adaptif sosial dikembangkan peneliti berdasarkan konsep dari Pearlin & Aneshense (1986).

a. Emosi

Manusia hakekatnya adalah makhluk sosial, oleh sebab itu beban psikososial yang dirasakan penderita HIV/AIDS akibat stigma negatif dan diskriminasi masyarakat adakalanya sangat berat, sangatlah wajar jika hal tersebut menimbulkan berbagai reaksi emosi yang berhubungan dengan kehidupan sosialnya. Diskriminasi terhadap penderita HIV digambarkan selalu mengikuti stigma dan merupakan perlakuan yang tidak adil

terhadap individu karena status HIV mereka, baik itu status sebenarnya maupun hanya persepsi saja (UNAIDS, 2012).

b. Cemas

Payuk *et all* mengatakan bahwa infeksi HIV saat ini belum ditemukan pengobatannya, sehingga sangat memungkinkan bagi pasien yang tidak mempunyai koping individu efektif akan mengalami kecemasan dan depresi (Payuk, I., Arsin, AA., Abdullah, 2012)

c. Interaksi sosial

Stewart (1997) berpendapat bahwa stigma sosial dapat memparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri pasien. Penderita HIV/AIDS sesungguhnya menghadapi situasi yang kompleks. Selain menghadapi penyakitnya sendiri, ia juga harus menghadapi diskriminasi dan stigma dari keluarga dan masyarakat. Hal tersebut tentunya menimbulkan kecemasan atau rasa takut terhadap ancaman perubahan lingkungan sosialnya sebagai individu (Stewart, 1997).

Adanya dukungan sosial yang baik dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA (Payuk, I., Arsin, AA., Abdullah, 2012). Bentuk dukungan sosial terutama kepada ODHA menurut (Nurbani, 2013) antara lain *emotional support, informational support, instrumental or tangible support, dan companionship support*. Dukungan tersebut berdampak positif pada kehidupan ODHA, untuk kesehatan, ODHA.

Adapun dampak dukungan sosial pada ODHA diantaranya menjadi lebih banyak teman, merasa dirinya berarti, serta ODHA diikutsertakan dalam kegiatan kelompok. Selain dampak tersebut, ada pula dampak perkerjaan yaitu dapat mengoptimalkan kemampuannya, menjadikan kemampuan ODHA bertambah, ODHA dapat mengevaluasi pekerjaannya serta mendapatkan informasi yang dibutuhkan.

a. Jenis dukungan sosial

- 1) Dukungan emosional, mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.
- 2) Dukungan penghargaan, terjadi lewat ungkapan hormat/penghargaan positif untuk orang tersebut.
- 3) Dukungan instrumental, mencakup bantuan langsung, misalnya memberi pinjaman uang kepada orang yang membutuhkan, dan lain-lain.
- 4) Dukungan informatif, mencakup pemberian nasihat, saran, pencerahan, dan informasi serta petunjuk.

b. Dampak bagi lingkungan

1) Menurunnya produktivitas masyarakat

Salah satu masalah sosial yang dihadapi ODHA adalah menurunnya produktivitas mereka. Daya tahan tubuh yang melemah, dan angka harapan hidup yang menurun, membuat daya produktivitas ODHA tidak lagi sama seperti orang pada umumnya. Hal ini menyebabkan kebanyakan dari mereka kehilangan kesempatan kerja ataupun pekerjaan tetapnya semula. Hal ini juga berpengaruh terhadap permasalahan dalam aspek ekonomi yang mereka dihadapi.

2) Mengganggu terhadap program pengentasan kemiskinan

Berkaitan dengan poin yang pertama, ketika ODHA mengalami penurunan produktivitas, mereka akan kehilangan pekerjaan mereka dan mulai menggantungkan hidupnya kepada keluarganya ataupun orang lain. Tanpa disadari hal ini akan mengganggu terhadap program pemerintah dalam mengentaskan kemiskinan.

3) Meningkatnya angka pengangguran

Meningkatnya angka pengangguran ini juga merupakan salah satu dampak sosial yang ditimbulkan HIV/AIDS. Daya tahan tubuh yang melemah, antibodi yang rentan dan

ketergantungan kepada obat membuat ODHA merasa di diskriminasi dalam hal pekerjaan, sehingga mereka susah untuk mencari pekerjaan yang sesuai.

- 4) Mempengaruhi pola hubungan sosial di masyarakat
Pola hubungan sosial di masyarakat akan berubah ketika masyarakat memberikan stigma negatif kepada ODHA dan mulai mengucilkan ODHA. Hal ini bukan saja terjadi pada diri ODHA namun berdampak juga pada keluarga ODHA yang terkadang ikut dikucilkan oleh masyarakat sekitar.
 - 5) Meningkatkan kesenjangan pendapatan/kesenjangan sosial
Kesenjangan sosial dapat terjadi ketika masyarakat di sekitar tempat ODHA tinggal mulai memperlakukan beda atau mendiskriminasi, memberi stigma negatif dan mengucilkan ODHA.
 - 6) Munculnya reaksi negatif dalam bentuk; deportasi, stigmatisasi, diskriminasi dan isolasi, tindakan kekerasan terhadap para pengidap HIV dan penderita AIDS.
- c. Intervensi yang diberikan pada sistem pendukung diantaranya:
- 1) Memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaan
 - 2) Menegaskan tentang pentingnya pasien bagi orang lain
 - 3) Mendorong agar pasien mengungkapkan perasaan negatif
 - 4) Memberikan umpan balik terhadap perilakunya
 - 5) Memberi rasa percaya dan keyakinan
 - 6) Memberikan informasi yang diperlukan
 - 7) Berperan sebagai advokat
 - 8) Memberi dukungan moral, material (khususnya keluarga) dan spiritual

3. Aspek Kultural

Perubahan sosial dialami oleh setiap masyarakat yang pada dasarnya tidak dapat dipisahkan dengan perubahan kebudayaan masyarakat yang bersangkutan. Perubahan sosial dalam suatu

masyarakat diawali oleh tahapan perubahan nilai, norma, dan tradisi kehidupan sehari-hari masyarakat yang bersangkutan, yang juga dapat disebut dengan perubahan nilai sosial. Berlangsungnya perubahan nilai budaya tersebut disebabkan oleh tindakan diskriminasi dari masyarakat umum terhadap penderita HIV/AIDS, serta pengabaian nilai-nilai dari kebudayaan itu sendiri. Perilaku seksual yang salah satunya dapat menjadi faktor utama tingginya penyebaran HIV/AIDS dari bidang budaya.

Ditemukan beberapa budaya tradisional yang ternyata meluruskan jalan bagi perilaku seksual yang salah ini. Meskipun kini tidak lagi nampak, budaya tersebut pernah berpengaruh kuat dalam kehidupan masyarakat. Seperti budaya di salah satu daerah di provinsi Jawa Barat, kebanyakan orangtua menganggap bila memiliki anak perempuan, dia adalah aset keluarga. Menurut mereka, jika anak perempuan menjadi Pekerja Seks Komersial (PSK) di luar negeri akan meningkatkan penghasilan keluarga. Bagi keluarga yang anak wanitanya menjadi PSK, maka bisa menjadi orang kaya di kampungnya. Hal tersebut merupakan permasalahan HIV/AIDS dalam aspek budaya, dan budaya adat seperti ini seharusnya dihapuskan.

Dampak dari budaya tersebut, HIV/AIDS semakin luas di Papua yang tidak terlepas dari perilaku masyarakat yang sering melakukan hubungan homoseksual dan heteroseksual. Dimana, perilaku seksual seperti itu merupakan salah satu penyebab terbesar terjadinya penyebab penyakit tersebut. Perilaku menyimpang tersebut sebagian besar dilakukan dalam praktek ritual, adat istiadat, perayaan festival-festival, dan pesta seks antri yang sudah menjadi satu kebudayaan bagi masyarakat Papua. Hubungan homoseksual yang sering dilakukan oleh masyarakat Papua tidak hanya dilakukan oleh kaum lelaki saja tetapi juga oleh kaum wanitanya. Mereka melakukannya atas dasar adat-istiadat yang berlaku dan merupakan praktek ritual terhadap nenek moyang. Selain itu, perilaku masyarakat yang sering mendatangi pekerja seks komersial (PSK) juga turut berpengaruh terhadap tingginya kasus HIV/AIDS di Papua. Mereka

sering mendatangi para PSK yang menjajakan diri di pinggir-pinggir jalan dan tempat-tempat hiburan lainnya.

Hasil studi kualitas perilaku seks di Papua mengindikasikan banyak masyarakat Papua yang mempunyai banyak pasangan dan sebagian besar memulai hubungan seks pada umur yang muda. Sementara hasil survei perilaku pada pegawai negeri di Jayapura pada tahun 2003 menunjukkan bahwa sekitar 32 persen pegawai negeri lelaki di Jayapura membeli seks. Dalam beberapa mitos di negara Afrika, dinyatakan bahwa pengidap HIV/AIDS dapat sembuh jika berhubungan intim dengan perawan. Hal ini ikut berkontribusi dalam banyaknya penderita HIV/AIDS wanita di Afrika. Banyak juga para penderita HIV/AIDS berusaha menyembuhkan diri mereka dengan bantuan shama, atau dukun dalam kepercayaan orang Afrika. Para shama akan menganjurkan mereka melakukan hal-hal yang bukan membantu menyembuhkan penyakit, tetapi malah memperparah penyakit mereka, seperti berendam dan mandi dalam lumpur. Padahal lumpur kotor mengandung ribuan virus dan bakteri yang akan menyerang tubuh penderita. Padahal, sangat jelas tubuh penderita HIV/AIDS sangat lemah dan tidak memiliki pertahanan terhadap bakteri dan virus yang masuk kedalam tubuh. Selain itu, masih terdapat banyak anggapan atau pandangan rendah terhadap para penderita AIDS diantaranya tidak ingin mendapatkan pengobatan karena malu dan takut dianggap aib bagi masyarakat.

Aspek budaya berkaitan juga dengan fenomena yang muncul dewasa ini dimana banyak ibu rumah tangga yang "baik-baik" tertular virus HIV /AIDS dari suaminya yang sering melakukan hubungan seksual selain dengan istrinya. Hal ini disebabkan oleh budaya permisif yang sangat berat dan perempuan tidak berdaya serta tidak mempunyai *bargaining position* (posisi rebut tawar) terhadap suaminya serta sebagian besar perempuan tidak memiliki pengetahuan akan bahaya yang mengancamnya. Kebijakan yang dilaksanakan oleh pemerintah untuk menanggulangi masalah HIV/AIDS adalah melaksanakan bimbingan sosial pencegahan HIV/AIDS, pemberian konseling dan pelayanan sosial bagi penderita HIV/

AIDS yang tidak mampu. Selain itu adanya pemberian pelayanan kesehatan sebagai langkah antisipatif agar kematian dapat dihindari, harapan hidup dapat ditingkatkan dan penderita HIV/AIDS dapat berperan sosial dengan baik dalam kehidupannya.

4. Aspek Spiritual

Salah satu aspek dari kualitas hidup adalah dukungan spiritual. Permasalahan spiritual yang biasa dialami pasien HIV/AIDS diantaranya menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, gangguan dalam beribadah maupun distress spiritual (Ramadani, S. P., Hastuti, M. F., & Yulanda, 2020). Dukungan spiritual lebih kepada penguatan iman, memberikan harapan yang dianggap sebagai jembatan antara keputusasaan dan kebermaknaan dalam kehidupan. Mendekatkan diri kepada Tuhan adalah salah satu indikasi adanya kualitas hidup spiritual yang tinggi pada pasien HIV/AIDS. Kehidupan spiritual juga mendapatkan dukungan dari keluarga atau anak. Spiritual dapat dipandang sebagai cara untuk mengatasi penyakit HIV/AIDS yang digunakan sebagai koping positif. Hasil penelitian menunjukkan 25% klien HIV/ AIDS menjadi lebih religius dan 41% mengalami peningkatan spiritual setelah di diagnosa HIV/AIDS (Cotton *et al*, 2006)

Spiritual adalah poin utama pada pasien HIV/AIDS yang merupakan jalan untuk menemukan arti dan bertahan hidup serta menemukan tujuan untuk menghadapi tantangan dari penyakit HIV. Terapi modalitas komplementer spiritual adalah berdoa dan terapi kasih sayang. Faktor mempengaruhi kesehatan spiritual antara lain: (Amal, A. I., & Khofsoh, 2017)

- a. Kebudayaan, termasuk didalamnya tingkah laku, kepercayaan dan nilai yang bersumber dari latar belakang sosial budaya.
- b. Jenis kelamin, spiritual biasanya bergantung pada kelompok sosial, nilai-nilai agama dan transgender. Misalnya menjadi pemimpin kelompok spiritual adalah laki-laki.

- c. Pengalaman sebelumnya. Pengalaman hidup baik yang positif atau negatif dapat mempengaruhi spiritualitas dan pada akhirnya mempengaruhi nilai spiritual.
- d. Situasi krisis dan berubah, situasi yang dihadapi berupa perubahan karena proses kematian atau sakitnya orang yang dicintai dapat menyebabkan perubahan atau distress status spiritual.

Enam kebutuhan dasar spiritual menurut (Superkertia, I. G. M. E., Astuti, I. W., & Lestari, 2016) adalah:

- a. Kebutuhan untuk menyakini bahwa kehidupan memberikan makna dan memiliki tujuan
- b. Kebutuhan untuk hubungan yang lebih dalam dengan komunitas. Termasuk didalamnya kebutuhan untuk menguatkan atau memperkokoh hubungan dengan diri sendiri, orang lain, Tuhan dan alam.
- c. Kebutuhan untuk dihargai dan respek
- d. Kebutuhan untuk didengarkan dan mendengarkan
- e. Kebutuhan untuk membangun rasa saling percaya
- f. Kebutuhan untuk mempraktekkan rasa saling percaya.

Complementary and alternative medicine merekomendasikan intervensi komplementer yang dapat diberikan pada pasien HIV/AIDS adalah spiritual yang merupakan terapi humor, *hypnosis*, *faith healing*, *guided imagery* dan *positive affirmations*. Pendekatan yang sering digunakan dalam pendampingan pasien yang telah lama mengidap HIV/AIDS adalah *spiritual approach* (Smeltzer, S., 2008)

Terapi spiritual dilakukan secara tidak langsung meningkatkan makna spiritualitas pasien tentang penyakitnya. Spiritualitas adalah bagian kualitas hidup yang memiliki nilai-nilai personal, standart personal dan kepercayaan, yang mana ketiga komponen tersebut berada dalam domain kapasitas diri. Pada penelitian (Astuti, Yosep, 2015) didapatkan hasil yang signifikan dalam penanganan pasien HIV/AIDS yang mengalami depresi dengan pemberian terapi

spiritual emotional freedom technique. Langkah-langkah teknik *spiritual emotional freedom technique* sebagai berikut:

a. *The Set-Up*: strukturnya Akui-Terima-Pasrah

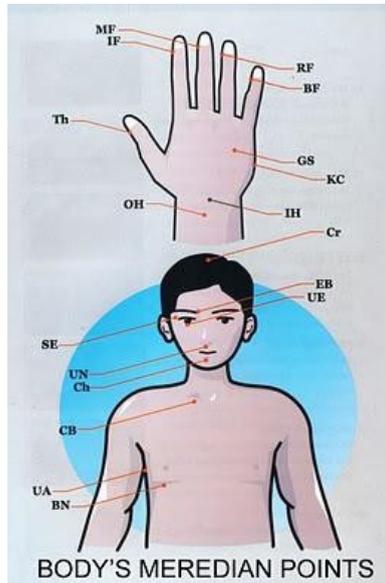
Seperti: "Ya Allah, meskipun saya sakit HIV/AIDS, tetapi saya ikhlas menerima penyakit saya ini dan saya pasrahkan kesembuhanku Padamu.

b. *The Tune-In*:

Melakukan "Tune-In dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa yang spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif yang ingin kita hilangkan. Bukan kita tolak rasa sakit tersebut namun kita terima kondisi tersebut. Sambil melakukan dua hal tersebut hati dan mulut kita mengatakan "Ya Allah, saya Ikhlas, saya pasrah". Tahap ini menghapus alam sadar kita yang menyebabkan energi negatif yang dialami.

c. *The Tapping*

Tapping adalah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu ditubuh kita sambil terus *Tune-In*, jika diketuk beberapa kali akan berdampak pada ternetralisirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan. Adapun titik-titik yang ditekan pada teknik *Spiritual Emosional Freedom Technique* (SEFT) sebagai berikut: (Septiani, L.D. and Siregar, 2022)



Gambar 1. *Body's Meridian Points*

- 1) *Crown* pada titik dibagian kepala
- 2) *Eye Brow* pada titik permulaan alis mata
- 3) *Side of Eye* diatas tulang disamping mata
- 4) *Under Eye* pada 2 cm dibawah kelopak mata
- 5) *Under Nose* pada tepat dibawah hidung
- 6) *Chin* diantara dagu dan bagian bawah bibir
- 7) *Collar Bone* diujung tepat bertemunya tulang dada, collar bone dan tulang rusuk pertama
- 8) *Under Arm* dibawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat di bagian tengah tali bra (wanita).
- 9) *Bellow Nipple* pada 2,5 cm dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara.
- 10) *Inside Hand* dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- 11) *Outside Hand* dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan

- 12) *Thumb* pada Ibu jari disamping luar bagian bawah kuku
- 13) *Index Finger* pada Jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).
- 14) *Middle Finger* pada Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).
- 15) *Ring Finger* pada Jari manis samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).
- 16) *Baby Finger* pada Jari kelingking samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).
- 17) *Karate Chop* disamping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat karate.
- 18) *Gamut Spot* dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking.

Respons adaptif spiritual dikembangkan dari konsep (Ronaldson, 2000). Respons adaptif spiritual, meliputi:

- a. Memperkuat harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan

Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Harapan yang realistis menunjukkan kemampuan klien untuk bangkit dan menerima diri apa adanya (Nursalam, Kurniawati, 2013).

Victor H. Vroom menyetengahkan suatu teori yang disebutnya sebagai "Teori Harapan". Menurut teori ini, motivasi merupakan akibat suatu hasil dari yang ingin dicapai oleh seorang dan perkiraan yang bersangkutan bahwa tindakannya akan mengarah kepada hasil yang diinginkannya itu. Orang bijak mengatakan "hidup tanpa harapan, akan membuat orang putus asa dan bunuh diri" (Vroom, 2006). Tenaga kesehatan harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, misalnya akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.

b. Ketabahan hati

Beck (2009) mengatakan bahwa seseorang dengan depresi mengalami juga disfungsi keyakinan akan pengalaman-pengalaman negatif, hal tersebut dapat di reposisi dengan keikhlasan seseorang dalam menjalani setiap episode kehidupannya. Karakteristik seseorang didasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Individu yang mempunyai kepribadian yang kuat, akan tabah dalam menghadapi setiap cobaan. Individu tersebut biasanya mempunyai keteguhan hati dalam menentukan kehidupannya (Beck A. T., 2009). Ketabahan hati sangat dianjurkan kepada penderita HIV. Tenaga kesehatan dapat menguatkan diri pasien dengan memberikan contoh nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak; bahwa Tuhan tidak akan memberikan cobaan kepada umat-Nya, melebihi kemampuannya (Al. Baqarah, 286). Pasien harus diyakinkan bahwa semua cobaan yang diberikan pasti mengandung hikmah, yang sangat penting dalam kehidupannya.

c. Pandai mengambil hikmah

Zainudin (2012) berpendapat ketika seseorang dalam keadaan yakin bahwa apa yang terjadi pada kehidupan ini adalah atas izin Allah SWT, dan semua kejadian dalam hidup ini adalah yang terbaik untuk dijalani. Yakin pada Maha Kuasanya Allah SWT dan Maha sayangnya Allah pada mahluknya maka seseorang akan menjalani kehidupan ini dengan lebih tenang dan ringan (Zainudin., 2012). Peran tenaga kesehatan dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada pasien untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami pasien, pasti ada maksud dari Sang Pencipta. Pasien harus difasilitasi untuk lebih mendekatkan diri kepada Sang Pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus menerus. Sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Amal, A. I., & Khofsoh, E. (2017). Potret Kebutuhan Spiritual Pasien HIV / AIDS Description Of Spiritual Need Among Hiv Aids Patient. *Unissula Nursing Conference Call for Paper & National Conference*, 70–74.
- Astuti, Yosep, & S. (2015). *Pengaruh Intervensi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) terhadap Penurunan Tingkat Depresi Ibu Rumah Tangga dengan HIV (Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran (ed.). Universitas Padjadjaran.*
- Beck A. T. (2009). *Depression : Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Cotton et all. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of Gen Intern Med*, 21, S5-13.
- Depkes. (2014). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi dan Analisis HIV AIDS.*
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen.R.J., & Logis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology.*, 50(3), 571.
- Lindayani L, G. M. (2017). Tinjauan Sistematis: Efektifitas Palliative Home Care Untuk Pasien Dengan HIV/AIDS. *Keperawatan Padjadjaran*, 5(1).
- Nihayati, A. (2012). Dukungan Sosial pada Penyandang HIV/AIDS Dewasa. *Fakultas Psikologi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.*
- Nurbani, F. (2013). *Dukungan Sosial Pada ODHA*. Universitas Gunadharma.
- Nursalam, Kurniawati, N. D. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Salemba Medika.
- Payuk, I., Arsin, AA., Abdullah, Z. (2012). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2012*. Makasar Universitas Hasanudin.
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan Volume 1*. In EGC.
- Ramadani, S. P., Hastuti, M. F., & Yulanda, N. A. (. (2020). *Kebutuhan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS: Literature Review (The Spiritual Need With Quality Of Life Of HIV/AIDS Fakultas Kedokteran. Universitas Tanjungpura Angka kejadian. Kebutuhan Spiritual Dengan Kualitas.*

- Ronaldson. (2000). *Spirituality: The Heart of Nursing*. Asumed Publication.
- Safarina, L. (2012). Pengalaman Hidup Perempuan yang Terinfeksi HIV Dalam Menjalani Kehamilan (Tesis). *Fakultas Ilmu Keperawatan. Departemen Keperawatan, Bandung*.
- Septiani, L.D. and Siregar, T. (2022). *Terapi Spiritual Emosional Freedom Technique (SEFT) Mengatasi Stres Kerja Perawat*. Penerbit Pradina Pustaka.
- Smeltzer, S., & B. B. (2008). *Text Book of Medical Surgical Nursing*.
- Stewart, T. A. (1997). *Intellectual Capital*. Nicholas Brealey Publishing.
- Sunaryo. (2015). *Sosiologi untuk Keperawatan*. Bumi Medika.
- Superkertia, I. G. M. E., Astuti, I. W., & Lestari, M. P. L. (2016). Hubungan Antara Tingkat Spiritualitas Dengan Tingkat Kualitas Hidup Pada Pasien HIV/AIDS di Yayasan Spirit Paramacitta Denpasar. *COPING NERS. Community of Publishing in Nursing, 4(1), 49–53*.
- UNAIDS. (2012). *Global aids response progress reporting 2012*.
- Vroom, V. H. (2006). *On The Origins of Expectancy Theory*. Great Minds in Management Oxford University.
- Zainudin. (2012). *Pendidikan Agama Islam*. Bumi Aksara.

DAFTAR GLOSARI

- AIDS : *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV.
- Diskriminasi : Pembedaan perlakuan terhadap sesama warga negara (berdasarkan warna kulit, golongan, suku, ekonomi, agama, dan sebagainya).
- Epidemik : Penyakit menular yang dengan cepat di daerah yang luas dan menimbulkan banyak korban.
- Euthanasia : Tindakan yang bertujuan untuk menghilangkan penderitaan seseorang dengan mengakhiri hidupnya.
- HIV : *Human Immunodeficiency Virus*, sejenis virus yang menyerang /menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia.
- Homoseksual : Rasa ketertarikan romantis dan/atau seksual atau perilaku antara individu berjenis kelamin atau gender yang sama.

- Heteroseksual: Rasa ketertarikan romantis dan/atau seksual atau perilaku antara individu berjenis kelamin atau gender yang berbeda.
- Norma :Aturan maupun ketentuan yang sifatnya mengikat suatu kelompok orang dalam masyarakat.
- ODHA :Orang dengan penyakit HIV/AIDS.
- Pasien :Orang yang menerima perawatan medis.
- PSK :Pekerja Seks Komersial, para pekerja yang bertugas melayani aktivitas seksual dengan tujuan untuk mendapatkan upah atau uang dari yang telah memakai jasa mereka tersebut.
- Shama :Dukun dalam kepercayaan orang Afrika.
- Stigma Bentuk prasangka/ciri/tanda negatif yang mendiskreditkan atau menolak seseorang atau kelompok karena menganggapnya berbeda dari banyak orang secara umum.

PROFIL PENULIS

Susilawati, S.ST., M.Keb, lahir di Cilacap pada tanggal 3 Oktober 1986, menempuh pendidikan di SD Negeri Tambakreja 09 Cilacap, SMP Negeri 8 Cilacap, dan SMA Negeri 2 Cilacap. Penulis melanjutkan studinya di D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al-Irsyad Al-Islamiyah Cilacap, D4 Bidan Pendidik Universitas Sebelas Maret Surakarta dan Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Saat ini penulis merupakan dosen tetap Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan di Universitas Al-Irsyad Cilacap.

BAB VIII

POLA INFEKSI OPORTUNISTIK PASIEN HIV

Dwi Maryanti., S. Si. T., M. Kes

A. PENDAHULUAN

Infeksi oportunistik (IO) adalah infeksi yang terjadi lebih sering dan lebih parah pada penderita HIV AIDS karena sistem kekebalan tubuh yang lemah dan menjadi penyebab utama morbiditas dan 90% mortalitas penderita AIDS (CDC, 2021; Dirjen P2P Kemkes RI, 2017; Elvina, 2015; A. J. Putri, Darwin, & Efrida, 2015). Infeksi oportunistik bukan merupakan penyakit invasif, namun dapat memperberat kondisi kesehatan orang dengan HIV (ODHIV) disebabkan lemahnya imunitas ODHIV. Jenis IO yang sering terjadi pada ODHIV adalah TBC, kandidiasis, diare kronis, dan bronkopneumoni.

Terjadinya IO dapat disebabkan karena ketidaksadaran ODHIV bahwa mengidap HIV AIDS atau ODHIV tidak dengan pengobatan atau dapat juga pengobatan ODHIV tidak berjalan dengan baik, seperti putus obat ARV bahkan kondisi eksternal ODHIV dapat memicu terjadinya IO. Pencegahan terjadinya IO adalah dengan kepatuhan mengkonsumsi ARV serta mengetahui pemicu IO dan menghindari sumber-sumber penularan IO. Strategi pencegahan dan penatalaksanaan IO merupakan langkah penting dalam optimalisasi penanganan kasus HIV AIDS.

B. URAIAN ISI

1. Potret Kejadian Infeksi Oportunistik Pasien HIV

Rekapitulasi kejadian ODHIV dengan IO belum tercover secara nasional. Diketahui nilai kumulatif ODHA dengan IO tahun 1987 – 2014 sebesar 36,7%. Distribusi kejadian ODHIV dengan dengan IO di beberapa RS sebagai berikut : 1). RSUD dr. Soedarso Pontianak periode Januari – Desember 2013 diketahui sebesar 71% dari total ODHIV, dengan mayoritas jenis IO adalah TBC dan Kandidiasis; 2).

RS. Dr. M. Djamil Padang semasa 2010 – 2012 diketahui 37% ODHIV dengan IO dan diagnosa penyakit IO terbanyak adalah Kandidiasis dan TBC; 3). RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh didapatkan data 70% ODHIV dengan IO serta paling besar mengidap TBC (Framasari, Flora, & Sitorus, 2020; Jamil, 2014; Natalia, Susanti, & Mukarromah, 2016; A. J. Putri *et al.*, 2015).

Jenis IO lainnya yang sering terjadi adalah Diare kronis, Pnemonia, Hepatitis, Herpes, Meningitis dan Stomatitis. Akibat dari IO pada ODHIV dapat sebabkan penurunan kadar CD4. Sel CD4 adalah limfosit atau disebut sebagai Sel-T4. Ketika terpajan HIV, maka kode genetik HIV menjadi bagian dari sel CD4. Sehingga waktu sel CD4 menggandakan diri untuk melawan infeksi apa pun, maka sel tersebut juga membuat tiruan HIV. Diperlukan tes CD4 untuk menentukan seberapa baik kondisi sistem imun orang yang telah didiagnosis HIV. Infeksi HIV didalam tubuh menyerang dan merusak sel-sel CD4+. Nilai normal dari CD4 adalah 500 – 1200 sel/mm³. Maka, bila makin rendah jumlah sel CD4+ menandakan semakin kuat infeksi dari HIV.

Kadar CD4 seorang ODHIV dengan IO TBC dapat turun hingga kurang dari 49. Seorang ODHIV dapat mengalami IO lebih dari 1 jenis bahkan kasus di Jawa Timur diketahui ODHIV dengan 6 jenis IO. Jenis IO diketahui hingga sebabkan kematian antara lain syok septik dan gagal nafas. Adanya penurunan CD4 menunjukkan keberadaan IO (Jamil, 2014; Pribadi & Cahyono, 2021; A. J. Putri *et al.*, 2015) didapatkan infeksi oportunistik penyebab kematian pada penyandang AIDS terbanyak adalah bronkopneumonia (9 orang. Macam-macam mikroba dapat sebabkan IO yaitu: bakteri, jamur, parasit, dan virus lainnya.

2. Pola Infeksi Oportunistik Pasien HIV

a. Jenis Infeksi Oportunistik

Infeksi Oportunistik adalah infeksi yang disebabkan oleh organisme seperti bakteri, jamur, parasit atau virus. Ketika invasi HIV masuk dalam tubuh sebabkan terjadinya penurunan

sistem imun berperan sebagai “oportunit” atau kesempatan bagi patogen tersebut untuk menimbulkan manifestasi penyakit. Berbagai macam patogen terlibat dalam IO dan dapat menyebabkan berbagai kondisi patologis. Berikut ini beberapa patogen oportunistik dan kondisi yang ditimbulkan :

1) Bakteri

a) Clostridioides difficile

Clostridium difficile (*C. Difficile*) adalah bakteri gram positif anaerob penghasil spora yang menjadi patogen penting penyakit diare yang diinduksi antibiotika. Kuman *C. Difficile* umumnya ada di usus besar manusia dan hewan tanpa menyebabkan penyakit serta merupakan kuman patogen yang paling sering diisolasi pada pasien HIV dengan penyakit diare dan $\geq 2x$ lipat lebih sering terjadi pada ODHIV seropositif. Peningkatan pada ODHIV terutama saat CD4 rendah. Prevalensi angka kejadian infeksi *C. Difficile* sangat sedikit dilaporkan. Di seluruh dunia *C. Difficile* sebabkan satu juta penyakit setiap tahun. Penyakit yang ditimbulkan oleh *C. Difficile* beragam dari gejala asimtomatik, kolitis fulminan, hingga diare rekuren (Collini, Kuijper, & Dockrell, 2013; Haines et al., 2013; D. I. Putri, 2015; Seugendo et al., 2020)

Diare menular yang paling sering dilaporkan pada pasien terinfeksi HIV di Amerika, disebabkan oleh *C. Difficile*. Usia penderita beragam dengan range pada anak-anak dan usia lanjut. Kemungkinan penyebab Infeksi *C. Difficile* pada ODHIV adalah peningkatan penggunaan antimikroba seperti klindamisin, penisilin, sefalosporin dan rifampisin; mikrobiota usus yang berubah; buruknya lapisan mukosa pada usus dan berkurangnya imunitas humoral tubuh *Legionella pneumophila*. Risiko infeksi *C. Difficile* meningkat sejumlah 6,8 kali pada pengguna immunosupresif;

27,6 kali pada pengguna klindamisin dan 20,7 kali pada ODHIV dengan CD4 $\leq 50 \text{mm}^3$. Diketahui pula ODHIV pada RS dr. Soedarso Pontianak dengan Diare mempunyai CD4 < 200 μl sebanyak 25,6% (Collini et al., 2013; Haines et al., 2013; Natalia et al., 2016)

b) Mycobacterium tuberculosis

Mycobacterium tuberculosis adalah bakteri penyebab penyakit menular yang menular melalui droplet infection ke udara serta pada ODHIV berpotensi terdapat sebesar 30x lipat dibanding non ODHIV. Penyakit tersebut bernama Tuberkulosis (TBC). Lokasi TBC dapat di Paru maupun ekstra paru yaitu pada pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, maupun selaput otak dan tulang. Kondisi HIV yang melemahkan sistem imunitas, membuka pintu untuk infeksi lain, salah satunya TBC, maka apabila tidak dirawat akan memperburuk keadaan ODHIV (Cahyawati, 2018; Fahila, 2017; NSW-Health, 2011).

Pemerintah sendiri memberikan target skrining TBC pada ODHIV pada tahun 2022 adalah 100%, namun capaian baru 82%. Provinsi Bangka Belitung telah tercapai 100% namun di Provinsi Sulawesi Tenggara 0%. Tidak semua penderita TBC mengetahui status HIV nya, hanya 52% penderita TBC yang telah dilakukan skrining HIV. Setiap ODHIV dengan TBC mendapatkan Terapi Pencegahan TBC (TPT) terutama pada kontak serumah. Dengan target 50% TPT dari pemerintah, secara nasional baru tercapai 11% saja serta pencapaian tertinggi di Provinsi Lampung yaitu 39%. Seorang ODHIV dengan TBC akan mendapatkan OAT dan ARV. Target pemerintah secara nasional dalam pemberian terapi OAT dan ARV sebesar 100% pada tahun 2022, namun capaian nasional baru 32% saja, dengan provinsi tertinggi yaitu Bali sebesar 74% (Ditjen

P2P Kemenkes RI, 2022). Profil CD4 <200 μ /l pada ODHIV dengan HIV diketahui salah satunya dari RS dr. Soedarso Pontianak sebanyak 27,9% bahkan pada penelitian lain, disebutkan TBC dari menurunkan CD4 sampai dengan ≤ 49 μ /l (Jamil, 2014; Natalia et al., 2016).

c) *Pseudomonas aeruginosa*

Pseudomonas aeruginosa merupakan bakteri gram negatif yang sering dijumpai sebagai penyebab infeksi oportunistik, namun dapat muncul pula pada pasien imunokompeten. Bakteri *P. Aeruginosa* terdistribusi di alam, sangat luas, dapat dijumpai pada tanaman, sayuran, hewan ternak dan binatang lainnya karena tipe bakteri yang hanya sedikit memerlukan sedikit nutrisi untuk tumbuh dan berkembang. Mengetahui bahwa bakteri ini dapat dijumpai pula pada benda mati seperti bak cuci piring, bak mandi, shower, kolam renang, maupun ventilator, sehingga hampir tidak mungkin mencegah paparan bakteri ini. Individu yang rentan terkena bakteri *P. Aeruginosa* adalah pasien yang mengalami defek imunitas salah satunya ODHIV. Diketahui sebesar 31% ODHIV di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso tahun 2013 menderita infeksi *P. Aeruginosa*. Lain hal di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya diketahui prevalensi ODHIV dengan *P. Aeruginosa* sebanyak 8,1% dari 64 pasien (Puspawati, 2016; Saroso, Hutabarat, & Silalahi, 2013; Tan, 2020)

d) *Salmonella*

Diare persisten adalah kondisi buang air besar cair lebih dari 2 minggu yang sebagian besar disebabkan infeksi. Salah satu infeksi bakteri penyebab diare adalah *Salmonella* yaitu pada saluran usus yang dapat menular melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi. Faktor risiko dari penyakit yang disebabkan salmonella

adalah sistem kekebalan tubuh yang lemah. Kasus diare pada anak dengan HIV di RSUP Sanglah dari 30 penderita dengan mayoritas gizi buruk, terdapat 1 penderita diare yang disebabkan Salmonella. Bahwa virus HIV dapat sebabkan perubahan mikrobular serta meningkatkan permeabilitas intestinal, malabsorpsi dan diare (DuPont, 2014).

e) *Staphylococcus Aureus*

Staphylococcus Aureus adalah bakteri patogen penyebab infeksi dengan manifestasi klinik infeksi kulit, terutama pada kondisi imunokompromais seperti HIV AIDS. Bakteri *S. Aureus* sering dilaporkan tidak terdiagnosis sebelum kematian (Muliato, 2022; Nisa Alifia Rahmi, Helmia Farida, 2019).

Strain *S. Aureus* yang resisten terhadap semua antibiotik betalaktam disebut methicillin-resistant *Staphylococcus Aureus* (MRSA). Pasien dengan risiko tinggi terinfeksi MRSA adalah ODHIV karena status imun yang rendah dan penggunaan obat-obatan antibiotik jangka panjang. Hasil pemeriksaan dari beberapa referensi yang didapatkan dari swab pada hidung dan tenggorok didapatkan hasil 31% dari 51 anak dengan ODHIV diketahui terdapat faktor risiko terkena *S. Aureus* adalah stadium HIV, kadar CD4, riwayat infeksi kulit dalam 6 bulan terakhir dan riwayat penggunaan antibiotik 6 bulan terakhir. Faktor lainnya ditemukan dalam penelitian sejalan adalah rawat inap sebelumnya dan penggunaan antimikroba pada ODHIV dewasa. Riset lain membuktikan, dari 300 ODHIV yang tidak mendapat pengobatan didapatkan 29,3% dikolonisasi *S. Aureus* pada hidung, faring dan faring-hidung, dengan faktor risiko berupa mandi ditempat umum, asupan alkohol serta infeksi menular seksual sebagai faktor prediktor (Aashirwad Panigrahy *et al*,

2020; Ferreira *et al.*, 2014; Nisa Alifia Rahmi, Helmia Farida, 2019)

f) *Streptococcus pneumoniae*

Berbagai infeksi oportunistik ditemukan pada ODHIV menunjukkan bahwa HIV melumpuhkan mekanisme pertahanan paru secara signifikan. Bahkan hampir 65% ODHIV mengalami komplikasi pulmonologis. Etiologi tersering dari pneumonia bakterial pada ODHIV adalah *S. Pneumonia*. Onset yang muncul hampir mirip dengan non ODHIV berupa demam akut, batuk dan sesak nafas serta durasi < 1 minggu. Infeksi bakteri *S. Pnemonia* disebarkan melalui kontak dengan percikan pernafasan dari carrier. Infeksi *S. Pnemonia* menjadi penyebab sinusitis, serta infeksi yang mengancam jiwa termasuk meningitis dan pnemonia (NIH GOV, 2021; Sutha, 2008).

Faktor risiko terkena *Streptococcus Pnemoniae* adalah jumlah CD4 yang rendah, usia yang lebih tua, merokok, penggunaan alkohol berat, kondisi paru-paru jangka panjang seperti asma, diabetes, dan penyakit jantung, hati, atau ginjal kronis. Riset lain menunjukkan prevalensi *S. Pnemoniae* sejumlah 8,8% dari 260 ODHIV serta sebanyak 7% dari 260 ODHIV terkena *S. Pnemoniae* dan TBC. Penelitian lain yang mendukung diketahui dari 549 ODHIV terdapat 43,% terkena *S. Pnemoniae* yang didapatkan dari tempat memasak yang terpisah dari ruang tidurnya (Conklin *et al.*, 2016; Corkery, 2017; Dedy Oceriza, Ricke Loesnihari, 2021; State, 2019)

g) *Streptococcus pyogenes*

2) Fungi

a) *Aspergillus*

Aspergillus adalah jamur penyebab penyakit aspergillosis. Spora jamur umumnya dihirup manusia

tanpa sebabkan sakit, namun orang dengan sistem imun yang lemah berisiko untuk mengalami gangguan kesehatan. Jamur aspergillus hidup di tanah, pohon, padi, daun kering, kompos, pendingin, pemanas ruangan atau tempat yang lembab. Jamur aspergillosis dapat meluas hingga ke mata sebabkan endoftalmitis, jantung mengakibatkan endokarditis, abses di otot jantung, ginjal, limpa, jaringan lunak, sistem saraf pusat dan juga tulang. Aspergillosis tidak menular antar manusia maupun ke hewan. Jamur aspergillus dapat sebabkan 4 sindrom paling sering yaitu :

- (1) Aspergillosis Bronkopulmonal Alergi
- (2) Aspergilloma
- (3) Pneumona Aspergillosis Kronis
- (4) Aspergillosis invasif

Faktor risiko ODHIV terkena aspergillosis adalah ODHIV dengan stadium lanjut dengan CD4 <100 sel/ μ . Sebuah riset di India menunjukkan bahwa dari 71 ODHIV, diketahui 7 orang dengan aspergillosis paru dengan range usia 21 – 40 tahun. Literature studi lainnya menunjukkan bahwa sebelum tahun 2000 melaporkan 853 pasien dari 16 negara dan tidak ada dari Afrika. Sebanyak 707 (83%) ODHIV meninggal dengan rerata hari mengidap 77,5 hari. Diagnosis post mortem terdapat 21% kematian cacat. Aspergillosis pada ODHIV dalam 3 bulan sebabkan kematian 68% sebelum ARV dan turun menjadi 31% dengan ARV dan vorikonazol (Denning & Morgan, 2022; Goncer, 2016; Kaur, Mehra, Dhakad, Goyal, & Dewan, 2017)

b) *Candida albicans*

Candida albicans merupakan infeksi jamur oportunistik yang paling sering terjadi pada ODHIV. *Candida* menyebabkan penyakit kandidiasis. Kandidiasis

orofaring merupakan manifestasi klinis yang pertama muncul pada ODHIV. Prevalensi dilaporkan kandidiasis orofaring terjadi 50 – 95% ODHIV. Gejala klinis kandidiasis kadang-kadang asimtomatik dan yang paling umum adalah rasa tidak enak serta rasa terbakar pada mulut juga muncul plak berwarna putih, perubahan warna serta kesukaran menelan makanan baik cair maupun padat (Rezeki & Rahmayanti, 2021; Siregar, 2015; Wibisono *et al.*, 2021)

Faktor risiko candida albicans adalah antibiotik spektrum luas, agen immunosupresif, transplantasi, kateter, DM, malnutrisi berat dan HIV. Sebuah riset menunjukkan 114 sampel dari bilasan air bekas kumur ODHIV, didapatkan 69,7% tumbuh candida albicans dan 30,3% candida non albicans. Pertumbuhan candida albicans lebih sering terjadi pada pasien dengan CD4 yang lebih tinggi sedangkan candida campuran antara candida non albicans tumbuh pada ODHIV dengan jumlah CD4 lebih rendah (Murtiastutik *et al.*, 2022; Rezeki & Rahmayanti, 2021).

3) Parasit Toxoplasma Gondii

Toxoplasma gondii adalah parasit penyebab toksoplasmosis pada manusia yang bersifat akut dan kronik yang menyerang sistem saraf pusat dengan gejala ringan berbersifat tidak spesifik sehingga sulit dibedakan dengan penyakit lain. Parasit Toxo berkembang baik pada iklim tropis seperti di Indonesia serta menempati 10 besar penyakit oportunistik penyebab morbiditas dan mortalitas. Parasit Toxo pada ODHIV terjadi jika kondisi CD4 rendah, penurunan sitokin dan interferon gama serta menurunnya fungsi sel limfosit T sehingga menyebabkan reaktivasi dari infeksi Toxo (Derosa & Ahmad, 2018; Hassana, Hadisaputro, Achsan, & Sofro, 2021; Noer Endah Pracoyo *et al.*, 2017)

Beberapa kasus ODHIV dengan Toxo diketahui berdasarkan beberapa riset diantaranya: 1). Di RSUP Kariadi Semarang, dari 158 ODHIV dilakukan tes, diketahui 81,6% positif Toxo dengan mayoritas laki-laki dan berusia lebih dari 30 tahun Hassan. 2). Di RS Dr. Saiful Anwar Malang didapatkan 26 ODHIV dengan Toxo, mayoritas wanita dan rentang usia 41 – 50 tahun Aznan. 3). RS. Pengayoman Cipinang Jakarta, diketahui 30 ODHIV dengan Toxo yang didominasi laki-laki dan kisaran usia 26 – 35 tahun Fitriana. Terkait gejala yang dialami ODHIV dengan Toxo diketahui mengalami penurunan kesadaran, hemiparesis sinistra, riwayat sakit kepala hebat dan sering berulang, memiliki riwayat menggunakan narkoba suntik dan pemakaian jarum suntik bergantian. Hasil pemeriksaan didapatkan kesadaran apatis, pupil isokor, pada mulut terdapat kandidiasis oral, tidak kaku kuduk. Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan CD4 35 sel/ μ serta gambaran CT Scan otak sesuai Toxo Cerebri (Aznan, 2016; Derosa & Ahmad, 2018; Hassan *et al.*, 2021; Noer Endah Pracoyo *et al.*, 2017)

4) Virus

a) Cytomegalovirus

Cytomegalovirus (CMV) adalah sekelompok virus herpes yang menginfeksi dan bertahan di tubuh manusia untuk waktu yang lama. Kuman CMV ditularkan melalui cairan tubuh, air ludah, urine, air mani dan ASI. Pada orang sehat, CMV tidak berbahaya dan tidak menimbulkan masalah kesehatan serta bisa sembuh sendiri. Bila CMV menyerang pada orang dengan DM tipe 2 atau HIV dapat menjadi komplikasi serius seperti gangguan saraf dan pneumonia. Kuman CMV mampu hidup lama dalam tubuh dengan keadaan tidak aktif serta menyerang pada retina. Insiden retinitis CMV pada ODHIV adalah 036/100.000 orang per tahun (Naryati, 2017).

Hasil riset pada 43 ODHIV dengan CMV yang terdiagnosis retinitis di Bali, didapatkan karakteristik mayoritas laki-laki (71%), dengan rentang usia 31-40 tahun (54,8) serta mayoritas mengalami gangguan bilateral pada mata (54,8%). Riset lainnya didapatkan ODHIV pada anak dengan CMV sebanyak 36 (6%) dari 599 anak HIV periode 2003 – 2018 di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Karakteristik 36 anak dengan HIV dan CMV mayoritas adalah laki-laki dan rerata usia 49 bulan serta mayoritas belum ARV. Gejala yang muncul berupa diare kronik, pnemoni, gangguan penglihatan dan nyeri kepala hebat (Muktiarti, Amalia, Kurniati, & Karyanti, 2019; Sufiawati, Widyaputra, & Djajakusumah, 2013)

b) Human herpesvirus 8

Human herpes virus (HHV) 8 secara etiologis terkait dengan sarkoma kaposi. Sarkoma Kaposi (SK) diungkap pertama kali oleh Moritz Kaposi tahun 1872, SK merupakan suatu tumor yang berkembang dari sel-sel yang membatasi pembuluh darah atau limfe. Tumor SK melibatkan berbagai organ seperti kulit, paru-paru, sistem saluran pencernaan, mata dan organ yang lain. Tumor biasanya muncul pada kulit sebagai makula berwarna merah kebiruan yang terdistribusi unilateral atau bilateral pada bagian distal dari ekstremitas bawah. Lesi ini berkembang dengan lambat kearah horisontal dan vertikal serta berubah menjadi plak keras dan setelah itu menjadi bentukan nodul (Djelantik *et al.*, 2017; Ersha & Ahmad, 2018).

Terdapat 4 tipe SK : Epidemik terkait AIDS; Klasik; Endemik (African) dan Iatrogenic. Penegakkan diagnosa dapat dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan oftalmologi dan biopsi. Orang dengan HIV mempunyai risiko 100 – 300 kali lebih sering

terkena SK dibanding populasi dengan HIV negatif. Seseorang dengan HIV positif tanpa adanya HHV 8 tidak akan berkembang menjadi SK. Sebaliknya, pada orang dengan HIV negatif yang terinfeksi HHV 8 bisa berkembang menjadi SK (Djelantik *et al.*, 2017; Ersha & Ahmad, 2018).

Dukungan riset atas kejadian SK diketahui dari 91 ODHIV didapatkan 7,7% sampel terdeteksi SK, dan HHV 8 diperoleh dari penggunaan narkoba suntik, homoseksual maupun heteroseksual, serta mayoritas 42,8% adalah laki-laki. Kasus lainnya dilaporkan lemah letih lesu dan bentol-bentol warna keunguan di dada, perut, punggung dan belakang telinga sejak 3 bulan sebelum masuk RS. Pemeriksaan lanjutan menunjukkan adanya HIV-AIDS dengan TB Paru, Candidiasis oral dan sarkoma kaposi (Adisty, Sawitri, & Sandhika, 2016; Ersha & Ahmad, 2018; Oktafiani *et al.*, 2020).

3. Pencegahan Infeksi Oportunistik Pasien HIV

- a. Patuh terhadap pengobatan ARV. Berdasarkan Permenkes no 23 tahun 2022, tentang penanggulangan HIV AIDS dan IMS pada bahwa ARV untuk menghambat perburukan infeksi oportunistik
- b. Penjangkauan populasi berisiko dan penemuan kasus HIV AIDS secara aktif maupun pasif dilaksanakan melalui promosi kesehatan dan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan ODHIV di fasilitas pelayanan kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020)
- c. Pencegahan terhadap paparan dan sumber-sumber penularan berbagai penyakit dengan memakai masker, selalu mencuci tangan, selalu mencuci alat makan, pakaian, lingkungan tempat tinggal dengan menerapkan PHBS.
- d. Menerapkan gaya hidup sehat dan pengaturan pola makan.
- e. Menerapkan seks yang aman.

4. Penatalaksanaan Infeksi Oportunistik Pasien HIV

a. Pengobatan profilaksis infeksi oportunistik

1) Profilaksis kotrimoksazol

Sebagaimana diketahui bahwa pasien dengan infeksi HIV mudah sekali terkena infeksi oportunistik. Berdasarkan rekomendasi WHO dan ISTC semua pasien HIV yang telah terdiagnosis TB sebagai salah satu infeksi oportunistik harus diberikan kotrimoksazol sebagai pencegahan infeksi lain tanpa menilai jumlah CD4 atau berapapun nilai CD4, diberikan dengan dosis 1 kali 960 mg per hari selama mendapat terapi OAT. Apabila pengobatan OAT selesai dan nilai CD4 >200 sel/ μ L, maka pemberian kotrimoksazol dapat dihentikan, tetapi apabila CD4 < 200 sel/ μ L, maka kotrimoksazol dapat diteruskan dengan dosis yang sama.

a) Profilaksis kotrimoksazol pada dewasa terinfeksi HIV

Profilaksis antimikroba menggunakan kotrimoksazol merupakan bagian dari pelayanan HIV. Berbagai penelitian telah membuktikan efektifitas pengobatan pencegahan kotrimoksazol dalam menurunkan angka mortalitas dan morbiditas pada ODHA. Di Indonesia, profilaksis kotrimoksazol diberikan pada pasien HIV (termasuk wanita hamil) dengan WHO stadium 3 atau 4 dan/atau kadar CD4 ≤ 200 sel/ μ L. Penelitian yang dilakukan di Afrika didapatkan bahwa pemberian profilaksis kotrimoksazol dapat menurunkan mortalitas dan kejadian komplikasi HIV yang berat pada pasien dengan keadaan immunosupresi berat pada WHO stadium 3 dan 4 atau pemeriksaan laboratorium didapatkan CD4 < 200 sel/ μ L. Profilaksis kotrimoksazol juga diberikan secara rutin pada wanita hamil. Telaah sistematik terhadap 24 studi yang mengevaluasi penggunaan kotrimoksazol pada wanita hamil pada tiap semester menunjukkan regimen ini aman diberikan pada ibu hamil dengan infeksi HIV.

Pemberian profilaksis kotrimoksazol dapat dihentikan, termasuk pada wanita hamil apabila klinis stabil dalam terapi ARV. Penghentian profilaksis kotrimoksazol apabila memungkinkan disertai dengan bukti pemulihan imunitas dan penekanan kadar virus. Data dari penelitian *Daily Co-trimoxazole Prophylaxis in Severely Immunosuppressed HIV-Infected Adults in Africa Started on Combination Antiretroviral Therapy (DART)* menunjukkan penggunaan kotrimoksazol menurunkan mortalitas sebanyak 50% pada pasien HIV dengan imunosupresi berat yang juga mendapat terapi ARV.

Dua studi di daerah yang tidak termasuk daerah endemis malaria menunjukkan bahwa profilaksis kotrimoksazol dapat dihentikan pada ODHA yang virusnya sudah tersupresi dan memiliki jumlah CD4 >100 sel/ μ L. Pada kedua kondisi tersebut tidak terdapat perbedaan angka kejadian *Pneumocystis jirovecii* pneumonia dan mortalitas antara yang tanpa maupun yang mendapatkan kotrimoksazol profilaksis. Pasien dewasa dengan infeksi HIV yang akan memulai terapi ARV dan memiliki jumlah CD4 < 200 sel/ μ L; dianjurkan untuk diberikan kotrimoksazol 2 minggu sebelum memulai terapi ARV. Hal tersebut bermanfaat untuk melihat kepatuhan pasien terhadap terapi dan menyingkirkan efek samping yang tumpang tindih antara kotrimoksazol dengan terapi ARV, mengingat bahwa banyak paduan ARV mempunyai efek samping yang sama dengan efek samping kotrimoksazol.

Profilaksis kotrimoksazol diberikan secara rutin pada ODHA dengan TB aktif tanpa melihat jumlah CD4. Profilaksis kotrimoksazol yang diberikan pada semua ODHA dengan TB aktif tersebut secara konsisten mengurangi mortalitas (RR 0,70; IK 95% 0,6-0,83) dan

perawatan rumah sakit (HR 0,54: IK 95% 0,39-0,74) pada uji klinis acak tersamar ganda. Profilaksis kotrimoksazol direkomendasi pada ODHA (termasuk wanita hamil) dengan stadium WHO 3 atau 4 dan/atau jumlah CD4 ≤ 200 sel/ μ L (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang*). ofilaksis kotrimoksazol direkomendasikan pada semua ODHA dengan TB berapapun jumlah CD4 (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti tinggi*).

b) Profilaksis kotrimoksazol pada anak terinfeksi HIV
Kotrimokzasol

Kotrimokzasol merupakan preparat kombinasi tetap dua obat yaitu trimethopim dan sulfametokzasol yang memiliki aktivitas antimikroba berspektrum luas terhadap bakteri, jamur, dan protozoa. Tujuan utama pemberian profilaksis kotrimoksazol pada anak terinfeksi HIV adalah untuk mencegah infeksi oportunistik yang disebabkan oleh *Pneumocystis jirovecii* dan *Toxoplasma gondii*.

Pemberian profilaksis kotrimoksazol pada anak dan dewasa terinfeksi HIV mulai direkomendasikan oleh WHO sejak tahun 2010 setelah dipublikasikannya dua penelitian efektivitas profilaksis kotrimoksazol pada ODHA di Afrika Barat. Penelitian observasional pada 112 bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV di Amerika Serikat menyimpulkan profilaksis kotrimokzasol efektif menurunkan angka kejadian PCP dan angka mortalitas [RR 2,57 (IK 95% 1,1-6,1)]. Telaah sistematik penggunaan profilaksis kotrimoksazol terhadap 541 anak terinfeksi HIV berusia 12 bulan–5 tahun mendapatkan angka mortalitas yang lebih rendah pada kelompok kotrimoksazol (28%) dibandingkan kelompok plasebo (42%) ($p < 0,001$).

Pemberian profilaksis kotrimoksazol dapat dipertimbangkan untuk dihentikan setelah tercapainya

rekonstitusi imun setelah pemberian terapi ARV. Studi PACTG 1008 melakukan evaluasi pada 235 anak dan remaja terinfeksi HIV dalam terapi ARV yang mendapatkan profilaksis kotrimoksazol. Subjek tersebut diikuti selama >6 bulan. Profilaksis kotrimoksazol dihentikan setelah tercapai persentase CD4 $\geq 20\%$ untuk subjek berusia >6 tahun dan $\geq 25\%$ untuk subjek berusia 2-6 tahun. Kasus PCP pada anak tidak didapatkan setelah 2,5 tahun profilaksis kotrimoksazol dihentikan. Studi tersebut memberikan bukti yang serupa dengan studi pada ODHA dewasa bahwa risiko terjadinya PCP sangat kecil terjadi pada anak terinfeksi HIV yang sudah mengalami rekonstitusi imunitas.

Rekomendasi : Profilaksis kotrimoksazol direkomendasikan pada anak terinfeksi HIV berusia >5 tahun dengan jumlah CD4 < 200 sel/ μL atau persentase CD4 $< 15\%$; anak berusia 1-5 tahun dengan jumlah CD4 < 500 sel/ μL atau persentase CD4 $< 15\%$; serta bayi berusia < 12 bulan tanpa melihat jumlah maupun persentase CD4 (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti tinggi*). Profilaksis kotrimoksazol dipertimbangkan untuk dihentikan setelah mendapat terapi ARV selama 6 bulan pada anak terinfeksi HIV berusia ≥ 5 tahun dengan jumlah CD4 ≥ 200 sel/ μL atau persentase CD4 $\geq 15\%$ serta pada anak terinfeksi HIV berusia 1 sampai dengan < 5 tahun dengan persentase CD4 $\geq 15\%$ atau jumlah CD4 ≥ 500 sel/ μL (*rekomendasi sedang, kualitas bukti sedang*).

- b. Pengobatan pencegahan dengan INH (PP INH)
 - 1) Pengobatan pencegahan INH pada dewasa

Tuberkulosis masih merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan pada ODHA, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Risiko ODHA untuk mengalami infeksi TB jauh lebih tinggi daripada non-HIV, walaupun sudah dalam

terapi ARV dan jumlah CD4 tinggi. Studi di Afrika Selatan menunjukkan insidens TB berkurang 12,4 kasus/100 ODHA per tahun (IK 95% 10,8-14,4) dengan pemberian ARV dalam 1 tahun pertama dan berkurang 4,92 kasus/100 ODHA antara tahun ke 5 dan ke 8. Bahkan pada ODHA dengan jumlah CD4 sudah mencapai lebih dari 700 sel/ μ L, insidens TB masih sebesar 2,7 per 100 ODHA per tahun, jauh lebih besar daripada pasien non-HIV (0,62/100 ODHA per tahun). Pemberian pengobatan profilaksis anti-TB dengan berbagai paduan menurunkan insidens TB aktif pada ODHA (RR 0,68; IK 95% 0,54-0,85) pada meta-analisis yang dilakukan pada tahun 2010. Efek protektif ini lebih terlihat pada ODHA dengan tes tuberkulin positif (RR 0,38; IK 95% 0,25- 0,57). Monoterapi dengan INH lebih dipilih untuk profilaksis TB karena toksisitasnya rendah dan tingkat penyelesaian lebih tinggi.

Berbagai studi observasi selanjutnya menunjukkan efek pemberian profilaksis INH lebih baik jika diberikan bersama dengan pemberian ARV. Telaah sistematis dan meta-analisis selanjutnya yang memasukkan studi pada ODHA dalam terapi ARV menunjukkan pemberian INH menurunkan insidens TB aktif dengan efek serupa meta-analisis sebelumnya (RR 0,65; IK 95% 0,51-0,84) dan menurunkan risiko progresivitas AIDS (RR = 0,69; IK 95% 0,48-0,99). Pemberian profilaksis INH meningkatkan risiko efek samping obat walaupun tidak bermakna (RR = 1,20; IK 95% 1,20-1,71).

Semua pasien HIV yang setelah dievaluasi dengan seksama tidak menderita TB aktif dan pasien yang memiliki kontak erat dengan pasien TB harus diobati sebagai infeksi TB laten dengan INH 300 mg/hari selama 6 bulan. Kesulitan umumnya terjadi saat diagnosis TB aktif pada kondisi imunodefisiensi berat, karena efek profilaksis bermakna jika ODHA memang tidak ada TB aktif. Isoniazid dosis 300

mg/hari diberikan setiap hari selama 6 bulan (total 180 dosis). Vitamin B6 diberikan untuk mengurangi neuropati perifer dengan dosis 25 mg per hari.

Pemberian INH untuk mencegah penyakit TB tidak tergantung dari jumlah CD4. Namun sebaiknya obat tidak diberikan dalam waktu yang sama. Jika pada skrining tidak didapatkan TB, maka dapat diberikan profilaksis kotrimoksazol (bila terdapat indikasi), kemudian dilanjutkan dengan memulai ARV kemudian pengobatan pencegahan INH. Pemantauan PP INH ini dilakukan selama dan setelah pemberian PP INH dengan tujuan untuk memastikan kepatuhan pasien dan mengetahui efek samping secara dini. Pemantauan dilakukan setiap kunjungan selama 6 bulan pengobatan. Efek proteksi dari pemberian PP INH bertahan selama 3 sampai dengan 5 tahun, sehingga pemberian PP INH ulang dapat dilakukan setelah 5 tahun. Pada daerah dengan prevalens TB yang sedang seperti di Brazil, efek proteksi INH selama 6 bulan tersebut dapat menurunkan risiko TB hingga tujuh tahun.

Hasil penilaian akhir PP INH adalah sebagai berikut: a). Pengobatan lengkap; b). Pasien yang telah menyelesaikan pengobatan pencegahan INH selama 6 bulan atau total 180 dosis; c). *Lost-to-follow-up* (putus berobat); d). Putus obat adalah pasien yang tidak minum obat INH selama 1 bulan secara berturut turut atau lebih; e). Gagal selama pemberian PP INH; f). Pasien yang selama waktu pengobatan pencegahan INH menjadi sakit TB, dibuktikan dengan hasil pemeriksaan sputum BTA positif atau TCM positif atau foto toraks menunjukkan gambaran TB; g). Gagal setelah pemberian PP INH; h). Pasien yang setelah pemberian lengkap pengobatan pencegahan INH menjadi sakit TB, dibuktikan dengan hasil pemeriksaan sputum BTA positif atau TCM positif atau foto toraks menunjukkan gambaran TB dalam masa pemantauan 3 tahun; i) Pindah;

j). Pasien yang pindah dan melanjutkan pengobatan ke fasilitas pelayanan lain selama 6 bulan masa pengobatan pencegahan INH; k). Meninggal; l). Pasien yang meninggal sebelum menyelesaikan paduan pengobatan pencegahan INH selama 6 bulan atau 180 dosis dengan sebab apapun; m). Efek samping berat; n). Pasien yang tidak dapat melanjutkan pengobatan pencegahan INH karena mengalami efek samping berat. Penentuan keputusan pemberian PP INH pada ODHA harus melalui alur penapisan berdasarkan ada tidaknya gejala dan tanda TB.

Rekomendasi : Pasien HIV yang tidak terbukti TB aktif, harus diberikan profilaksis isoniazid selama 6 bulan (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang*). Terapi profilaksis isoniazid harus diberikan kepada ODHA tanpa tanda TB aktif tanpa melihat derajat immunosupresi, status pengobatan ARV, ataupun status kehamilan (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti tinggi*)

2) Pengobatan Profilaksis INH pada anak

Isoniazid (INH) merupakan regimen terpilih yang efektif untuk mencegah penyakit tuberkulosis pada individu yang belum pernah terinfeksi TB. Beberapa studi pada dewasa menyebutkan keuntungan pemberian INH pada ODHA baik yang belum mendapat terapi ARV maupun yang sudah dalam terapi ARV. Isoniazid dapat mencegah progresivitas TB laten menjadi TB aktif.

Penggunaan INH sebagai pencegahan TB pada anak direkomendasikan oleh WHO untuk anak terinfeksi HIV dengan gejala sugestif TB (gagal tumbuh, demam atau batuk lama, riwayat kontak TB) yang setelah dilakukan evaluasi tidak didapatkan TB aktif. Pemberian tersebut diharapkan dapat mencegah progresivitas TB laten dan pada akhirnya menurunkan mortalitas dan morbiditas. Algoritme skrining TB dan pencegahan dengan isoniazid pada anak terinfeksi HIV. Telaah sistematis terhadap 3

studi dengan 991 subjek anak terinfeksi HIV mendapatkan bahwa profilaksis INH memberikan manfaat pada anak yang belum mendapat terapi ARV. Profilaksis INH dapat menurunkan risiko progresivitas TB laten menjadi TB aktif dan menurunkan angka mortalitas, namun keuntungan tersebut tidak didapatkan pada anak yang sudah dalam terapi ARV.

Rekomendasi : Anak terinfeksi HIV yang memiliki gejala gagal tumbuh, demam atau batuk lama atau riwayat kontak TB, harus dilakukan evaluasi ke arah TB dan kemungkinan penyebab lainnya. Apabila evaluasi tersebut tidak sesuai dengan TB, profilaksis INH dapat diberikan tanpa melihat usia (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti rendah*). Anak terinfeksi HIV yang memiliki riwayat kontak TB namun tidak sesuai dengan TB aktif setelah evaluasi, harus mendapatkan profilaksis INH selama 6 bulan (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti rendah*) (Kemenkes RI, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Aashirwad Panigrahy, Sanjeev Sinha, Bimal Kumar Das, Arti Kapil, S. V., & Dhawan, B. (2020). *Staphylococcus aureus* Colonisation in HIV-Infected Patients: Incidence, Risk Factors and Subsequent Skin- and Soft-Tissue Infections.
- Adisty, N. I., Sawitri, & Sandhika, W. (2016). Virus herpes yang berkaitan dengan Sarkoma Kaposi (Kaposi's Sarcoma-associated Herpesvirus). *Periodical of Dermatology and Venereology*, 28(1), 59–64. Retrieved from <https://e-journal.unair.ac.id/BIKK/article/download/2346/1700>
- Aznan, H. (2016). *Hubungan Antara Kadar Igg Toxoplasma Gondii Dengan Kadar Cd4 Dan Stadium Klinis Pada Penderita Hiv Di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar, Kota Malang.*
- Cahyawati, F. (2018). Tatalaksana TB pada Orang dengan HIV / AIDS. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(9), 704–708.
- CDC. (2021). *What is AIDS ? What are opportunistic infections ? How can I prevent opportunistic infections ?* (Stage 3), 1–5.

- Collini, P. J., Kuijper, E., & Dockrell, D. H. (2013). *Clostridium Difficile Infection in Patients with HIV/AIDS*. <https://doi.org/10.1007/s11904-013-0162-z>
- Conklin, L. M., Bigogo, G., Jagero, G., Hampton, L., Junghae, M., Carvalho, G., ... Feikin, D. R. (2016). High Streptococcus pneumoniae colonization prevalence among HIV-infected Kenyan parents in the year before pneumococcal conjugate vaccine introduction. *BMC Infectious Diseases*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1312-2>
- Corkery, S. (2017). *Pneumococcal disease and HIV Key points Pneumococcal disease and HIV*. (December), 1–6.
- Dedy Oceriza, Ricke Loesnihari, T. K. (2021). *Perbandingan Pola Resistensi Antimikroba Bakteri Gram Positif Dan Bakteri Gram Negatif Pada Pasien HIV Yang Mengalami Infeksi Saluran Nafas Bawah Dengan CD4 < 100 cell/μL DAN CD4 ≥ 100 cell/μL*. 8.
- Denning, D. W., & Morgan, E. F. (2022). Quantifying Deaths from Aspergillosis in HIV Positive People. *Journal of Fungi*, 8(11). <https://doi.org/10.3390/JOF8111131>
- Derosa, Y., & Ahmad, A. (2018). Toxoplasmosis Cerebri Pada HIV AIDS. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(0), 96–99. <https://doi.org/10.25077/JKA.V7I0.934>
- Dirjen P2P Kemkes RI. (2017). *Panduan Perawatan Orang Dengan HIV AIDS untuk Keluarga dan Masyarakat*.
- Ditjen P2P Kemenkes RI. (2022). Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual _PIMS_ Triwulan 1 -januari-Maret 2022. *Kemenkes*.
- Djelantik, A. S., Simanjuntak, E. A. B., Yulawati, P., Utari, N. M. L., Kusumadjaja, I. M. A., & Utama, I. M. S. (2017). Sarcoma Kaposi Konjungtiva Pada Pasien AIDS. *E-Jurnal Medika Udayana*. Retrieved from https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/4fd5c078b5c59a906f9163b48534642d.pdf
- DuPont, H. L. (2014). Bacterial Diarrhea. *Tropical Diseases in Travelers*, 154–160. <https://doi.org/10.1002/9781444316841.ch17>
- Elvina, P. A. (2015). Penatalaksanaan Dan Pencegahan Infeksi Oportunistik Yang Tersering Pada Penderita Hiv Di Indonesia. *Skripsi*, 4–8.
- Ersha, R. F., & Ahmad, A. (2018). Human Immunodeficiency Virus–Acquired Immunodeficiency Syndrome dengan Sarkoma

- Kaposi. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(0), 131–134. <https://doi.org/10.25077/JKA.V7I0.875>
- Fahila, R. (2017). TB Paru Aktif pada HIV. *Jurnal Kesehatan*, 1–18.
- Ferreira, D. D. C., Glaucilene, I. V, Cavalcante, V. F. S., Lima, F., Leonardo, V. I., Fernandes, A., ... Netto, R. (2014). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in HIV patients : Risk factors associated with colonization and / or infection and methods for characterization of isolates – a systematic review. *CLINSP*, 69(11), 770–776. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(11\)11](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(11)11)
- Framasari, D. A., Flora, R., & Sitorus, R. J. (2020). Infeksi Oportunistik Pada ODHA (Orang Denagn Hiv/Aids) Terhadap Kepatuhan Minum ARV (Anti Retroviral) Di Kota Palembang. *Jambi Medical Journal "Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan,"* 8(1), 67–74. <https://doi.org/10.22437/jmj.v8i1.9374>
- Goncer, I. R. (2016). Aspergillosis in AIDS - Aspergillus and Aspergillosis. Retrieved June 25, 2023, from https://www.aspergillus.org.uk/new_treatment/aspergillosis-in-aids/
- Haines, C. F., Moore, R. D., Bartlett, J. G., Sears, C. L., Cosgrove, S. E., Carroll, K., ... Corresponding Author, A. (2013). *Clostridium difficile* in a HIV-Infected Cohort: Incidence, Risk Factors, and Clinical Outcomes. *AIDS*, 27(17). <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000432450.37863.e9>
- Hassana, D. S., Hadisaputro, S., Achsan, M., & Sofro, U. (2021). Toxoplasmosis and Cerebral Toxoplasmosis in HIV/AIDS Patients in Kariadi Hospital, Semarang. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, 0(0), 213–217. <https://doi.org/10.14710/JEKK.V6I1.7351>
- Jamil, K. F. (2014). Profil Kadar CD4 Terhadap Infeksi Oportunistik pada Penderita Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome DI Rumah Sakit Umum Dokter Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 76–80. Retrieved from <http://jurnal.unsyiah.ac.id/JKS/article/viewFile/2735/2583>
- Kaur, R., Mehra, B., Dhakad, M. S., Goyal, R., & Dewan, R. (2017). Pulmonary aspergillosis as opportunistic mycoses in a cohort of human immunodeficiency virus-infected patients: Report from a tertiary care hospital in North India. *International Journal*

- of Health Sciences*, 11(2), 45. Retrieved from /pmc/articles/PMC5426406/
- Kemenkes RI. (2019). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV*. 561(3), S2–S3.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Permenkes No. 23 tahun 2020*. 69(555), 1–53.
- Muktiarti, D., Amalia, R., Kurniati, N., & Karyanti, M. R. (2019). Karakteristik Infeksi Sitomegalovirus pada Anak dengan Infeksi HIV di RSUPN Cipto Mangunkusumo. *Sari Pediatri*, 21(1), 8–15. <https://doi.org/10.14238/SP21.1.2019.8-15>
- Mulianto, P. O. R. S. W. A. K. I. J. K. L. S. N. R. (2022). *Hubungan Status Infeksi Human Immunodeficiency Virus Dan Kebersihan Personal Dengan Jumlah Koloni Staphylococcus Aureus Pada Kulit Anak Di Panti Asuhan*. 7(11), 1–9.
- Murtiastutik, D., Prakoeswa, C. R. S., Tantular, I. S., Listiawan, M. Y., Hidayati, A. N., Ervianti, E., & Bintanjoyo, L. (2022). *Association Between Etiologic Species With CD4 Count And Clinical Features Of Oral Candidiasis Among HIV/AIDS Patients*. *Journal of the Egyptian Women's Dermatologic Society*, 19(1), 51–57. https://doi.org/10.4103/jewd.jewd_44_21
- Naryati, L. P. E. (2017). *Karakteristik Retinitis Cytomegalovirus Pada Pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV) di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2012-2015*. *Medicina*, 48(3), 195–200. <https://doi.org/10.15562/medicina.v48i3.157>
- Natalia, D., Susanti, W. E., & Mukarromah, A. (2016). *Opportunistic Infection Among HIV Infected Patient in dr. Soedarso Hospital, Pontianak, West Kalimantan*. *Majalah Kedokteran*, XXXII(2), 60–66.
- NIH GOV. (2021). *Streptococcus Pneumoniae Infection*. 23.
- Nisa Alifia Rahmi, Helmia Farida, M. H. (2019). *Faktor Risiko Kolonisasi Methycillin Resistant Staphylococcus Aureus Pada Anak Dengan HIV/AIDS Di RSUP Dr. Kariadi Semarang*. 1, 4–7.
- Noer Endah Pracoyo, dan, Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, P., Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, B., Kesehatan, K. R., Percetakan Negara No, J., Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, P., & Percetakan, J. (2017). *Deteksi Toxoplasma Gondii dari Spesimen*

- Urine Penderita HIV/AIDS. Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 27(2), 105–110. <https://doi.org/10.22435/mpk.v27i2.5694.105-110>
- NSW-Health. (2011). *Hubungan antara TBC dan HIV – Lembar Fakta. NSW Service*, 1–5. Retrieved from <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/tuberculosis/Documents/Language/indonesian-hiv-tb-connection.pdf>
- Oktafiani, D., Megasari, N. L. A., Fitriana, E., Nasronudin, Lusida, M. I., & Soetjipto. (2020). *Human herpes virus 8 antibodies in HIV-positive patients in Surabaya, Indonesia. Infectious Disease Reports*, 12(Suppl 1). <https://doi.org/10.4081/IDR.2020.8746>
- Pribadi, G. S., & Cahyono, A. B. F. (2021). *Characteristics and Opportunistic Infections of AIDS Patients in East Java Province in 2018. Jurnal Berkala Epidemiologi*, 9(1), 96. <https://doi.org/10.20473/jbe.v9i12021.96-104>
- Puspawati, M. D. (2016). *Pseudomonas aeruginosa: Infeksi Kulit dan Jaringan Lunak. National Symposium of Dermatology and Venerology*, 31–50.
- Putri, A. J., Darwin, E., & Efrida, E. (2015). *Pola Infeksi Oportunistik yang Menyebabkan Kematian pada Penyandang AIDS di RS Dr. M. Djamil Padang Tahun 2010–2012. Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), 10–16. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i1.174>
- Putri, D. I. (2015). *Infeksi Clostridium Difficile Pada Diare yang Diinduksi Penggunaan Antibiotika Clostridium Difficile Infection On Antibiotic Associated Diarrhea. Majority*, 4(7), 39–44.
- Rezeki, S., & Rahmayanti, F. (2021). *Perawatan Kandidiasis Oral Pada Pasien HIV/AIDS (Studi Pustaka). Cakradonya Dental Journal*, 13(1), 39–47. <https://doi.org/10.24815/cdj.v13i1.20913>
- Saroso, S., Hutabarat, V., & Silalahi, H. (2013). *Pengaruh Rawat Gabung Pasien HIV/AIDS dengan Infeksi Pseudomonas Aeruginosa Terhadap Risiko Transmisi ke Pasien Lain di Ruang Dahlia II Rumah Sakit Penyakit Infeksi The Effect of Join Care of HIV/AIDS Patients with Pseudomonas Aeruginosa Infectious Againt.*
- Seugendo, M., Hokororo, A., Kabyemera, R., Msanga, D. R., Mirambo, M. M., Silago, V., ... Mshana, S. E. (2020). *High Clostridium difficile Infection among HIV-Infected Children with Diarrhea in a Tertiary*

- Hospital in Mwanza, Tanzania. International Journal of Pediatrics (United Kingdom)*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/3264923>
- Siregar, M. L. (2015). *Kandidiasis Orofaring Pada HIV/AIDS. Cakradonya Dental Journal*, 7(2), 868–868.
- State, O. (2019). *Prevalence of Streptococcus Pneumoniae and Mycobacterium Tuberculosis Co-Infection among HIV Infected Adult Patients on HAART in*. 1–26. <https://doi.org/10.23937/2469-567X/1510048>
- Sufiawati, I., Widyaputra, S., & Djajakusumah, T. S. (2013). A study of cytomegalovirus serology among HIV-infected patients in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era. *Majalah Kedokteran Gigi*, 45(1), 112–117.
- Sutha, O. A. dan I. B. (2008). *Aspek Pulmonologis Infeksi Oportunistik Pada Infeksi HIV/AIDS*. 233–244.
- Tan, F. (2020). *In Intermediate and Infectious Care Unit Soetomo Regional Public Hospital, Surabaya Di Unit Perawatan Intermediate dan Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr. Soetomo Surabaya*.
- Wibisono, Y., Hidayati, A. N., Sawitri, S., Prakoeswa, C. R. S., Zulkarnain, I., Ervianti, E.,... Murtiastutik, D. (2021). *In Vitro Comparison of Antifungal Activity between Epigallocatechin Gallate EGCG and Nystatin on Candida Sp. Stored Isolates in HIV/AIDS Patients with Oral Candidiasis. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 33(2), 103–109. <https://doi.org/10.20473/BIKK.V33.2.2021.103-109>

PROFIL PENULIS



Dwi Maryanti., S. Si. T., M. Kes, adalah seorang dosen di Prodi S1 Kebidanan Universitas Al-Irsyad Cilacap. Penulis menempuh pendidikan D3 Kebidanan di Akbid 'Aisyiyah Yogyakarta; Program Studi DIV Kebidanan UGM; dan menyelesaikan studi magister di Prodi Magister Kedokteran Keluarga Peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan UNS.

Penulis telah menulis beberapa buku yaitu Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan KB; Buku Ajar Asuhan Neonatus Bayi dan Balita; Buku Ajar Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi; Book Chapter Women in Social and Culture; Buku Monograf Kelainan Bawaan. Peneliti telah menghasilkan artikel nasional maupun internasional serta poster nasional bidang penelitian dan artikel nasional bidang pengabdian masyarakat. Penulis juga telah memiliki 2 sertifikat karya cipta hak kekayaan intelektual. Penulis aktif mengikuti hibah-hibah penelitian baik internal dan eksternal, dan telah memperoleh 2 kali hibah dosen pemula dan memperoleh hibah penelitian fundamental reguler dari Kemenristek Dikbud RI.