

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Syndrome atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. AIDS disebabkan oleh HIV yaitu suatu retrovirus pada manusia yang termasuk dalam keluarga lentivirus. Keduanya merupakan virus yang menginfeksi sel T-CD4 yang memiliki reseptor dengan afinitas tinggi untuk HIV. Virus HIV dapat menular melalui : beberapa cara yaitu : HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina. Penyakit HIV / AIDS merupakan penyakit yang akan disandang seumur hidup oleh penderitanya. Hal ini yang mengakibatkan orang yang menderita HIV/AIDS mengalami perubahan dalam hidupnya baik psikologi, social, kultural dan spiritual dalam kehidupannya. Perubahan psikologi pada orang yang menderita penyakit kronis adalah : denial, anger, bargaining, depression, acceptance.

Epidemi HIV AIDS Indonesia memiliki pola epidemi HIV yang kompleks dengan sebaran wilayah yang luas serta jumlah penduduk yang besar. Terdapat lebih dari 260 juta jiwa penduduk yang tersebar di 514 kabupaten/kota dimana 90% diantaranya telah melaporkan kasus HIV dan AIDS sehingga memiliki tantangan tersendiri dalam Pengendalian HIV. Dampak HIV/AIDS sangat besar, baik bagi individu yang terinfeksi virus maupun bagi masyarakat secara keseluruhan. Oleh karena itu, penanggulangan HIV/AIDS adalah tanggung jawab bersama seluruh elemen masyarakat. Edukasi dan penyuluhan tentang HIV/AIDS, tes HIV, terapi antiretroviral, dan pencegahan penularan adalah upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menanggulangi HIV/AIDS. Upaya pencegahan AIDS jangka pendek diantaranya pencegahan Infeksi HIV melalui hubungan seksual, pencegahan Infeksi HIV melalui darah, pencegahan Infeksi HIV melalui ibu hamil pengidap HIV, pencegahan infeksi HIV dengan kondom, sedangkan upaya pencegahan AIDS jangka panjang diantaranya dengan cara perilaku seksual yang bertanggung jawab.

Komunikasi dan konseling yang dilakukan pada pasien dengan HIV/AIDS merupakan langkah penting dalam pencegahan dan penanganan pasien dengan HIV/AIDS. Komunikasi dan konseling pada pasien HIV / AIDS dapat dilakukan dengan tiga acara : Voluntary Counseling and Testing (VCT), Provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) dan Prevention of Mother to Child.

Penyakit HIV AIDS merupakan penyakit kronis sehingga memerlukan *long term care*. *Long term care* mengacu pada rangkaian layanan medis dan sosial yang dirancang untuk mendukung kebutuhan orang yang hidup dengan masalah kesehatan kronis yang mempengaruhi kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Penyakit HIV / AIDS diketahui mempunyai manifestasi yang dapat dipersepsikan sebagai sebuah karma atau kutukan yang dapat menyebabkan penderitanya merasa terpuruk karena dosa besar.

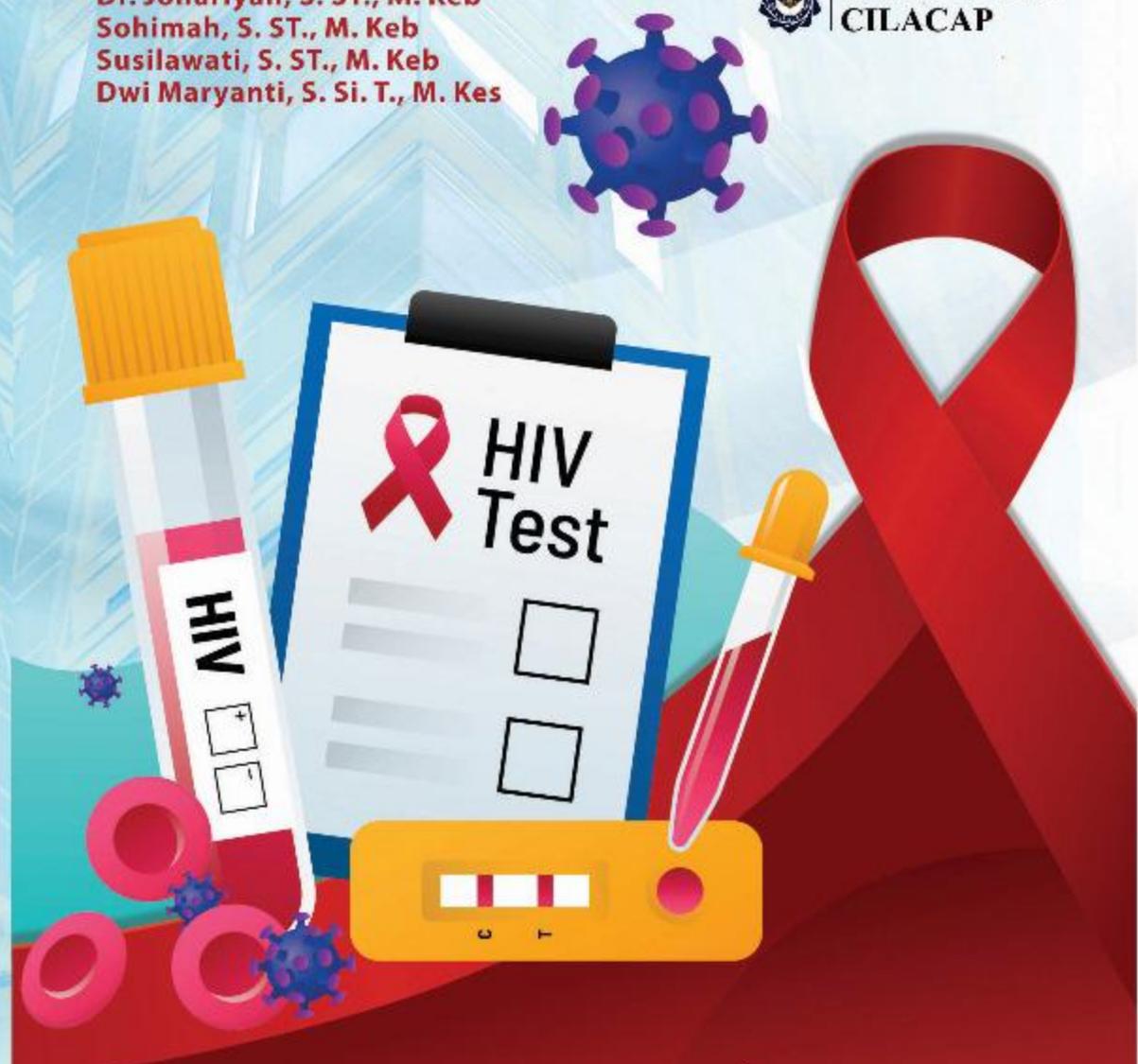
Islam hadir dengan ajaran bahwa setiap dosa akan diampuni dengan cara bertaubat. Untuk menghindari penyakit HIV / AIDS menurut pandangan Islam adalah kembali pada ajaran-ajaran Islam. Dalam perkembangan program pengendalian HIV-AIDS dan IMS, penguatan bukan hanya dilakukan pada berbagai jenis kegiatan program, akan tetapi juga pada sistem manajemen informasinya, yaitu dengan dikembangkannya aplikasi Sistem Informasi HIV-AIDS dan IMS (SIHA).

Dr. Johariyah, S. ST., M. Keb
Sohimah, S. ST., M. Keb
Susilawati, S. ST., M. Keb
Dwi Maryanti, S. Si. T., M. Kes

UNAIC PRESS
CILACAP

Dr. Johariyah, S. ST., M. Keb - Sohimah, S. ST., M. Keb
Susilawati, S. ST., M. Keb - Dwi Maryanti, S. Si. T., M. Kes

Buku Ajar MANAJEMEN HIV



Buku Ajar MANAJEMEN HIV



email: unaicpress@gmail.com
website : www.unaicpress.com



Dr. Johariyah, S. ST., M. Keb
Sohimah, S. ST., M. Keb
Susilawati, S. ST., M. Keb
Dwi Maryanti, S. Si. T., M. Kes

BUKU AJAR MANAJEMEN HIV



UNAIC PRESS
CILACAP

BUKU AJAR MANAJEMEN HIV

Penulis

Dr. Johariyah, S. ST., M. Keb
Sohimah, S. ST., M. Keb
Susilawati, S. ST., M. Keb
Dwi Masyanti, S. Si. T., M. Kes

Tata Letak

Galuh Sukma

Desain Sampul

M. Ashab Saefullah

15.5 x 23 cm, xii + 332 hlm.
Cetakan I, Agustus 2024

ISBN: 978-623-89603-0-9

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 ke hadirat Allah Swt. yang telah melimpahkan karunia-Nya sehingga *Buku Ajar Manajemen HIV/AIDS* telah terbit. Pengembangan buku ajar ini merupakan bagian dari program Lembaga Pengabdian dan Penelitian Universitas Al-Irsyad Cilacap (UNAIC) bekerja sama dengan Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan (PSPB) yang ditulis oleh Tim Pengajar Manajemen HIV/AIDS, yang merupakan keunggulan pada PSPB UNAIC.

Perguruan tinggi mempunyai potensi dan peran strategis sebagai lembaga yang memiliki legitimasi untuk menerjemahkan hasil penelitian menjadi kebijakan publik terkait pencegahan HIV/AIDS yang didukung bukti ilmiah. Beberapa rekomendasi peran perguruan tinggi yang dapat berkontribusi dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS adalah: Perguruan Tinggi turut serta dalam penyiapan pengembangan kapasitas dan kompetensi teknis dan manajerial sumber daya manusia yang bekerja dalam upaya penanggulangan AIDS. Salah satu contoh adalah pengembangan kompetensi dalam pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi SDM yang tersedia untuk program HIV/AIDS agar mampu meningkatkan cakupan, aksesibilitas, kualitas, pemerataan, dan keberlanjutan program.

Berdasarkan hal tersebut, PSPB UNAIC terus melakukan upaya pemahaman mahasiswa dalam *preventive care* HIV/AIDS. Salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui pemberian mata kuliah Manajemen HIV/AIDS bagi mahasiswa PSPB. Harapan kami, dengan terbitnya buku ajar ini, semoga dapat menambah referensi dan wawasan mahasiswa tentang manajemen HIV/AIDS dan dapat digunakan sebagai rujukan oleh berbagai pihak.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I SITUASI EPIDEMI, LOKAL, NASIONAL DAN GLOBAL	1
A. PENDAHULUAN	1
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	1
C. MATERI	1
D. RANGKUMAN	4
E. LATIHAN SOAL	4
F. KISI-KISI JAWABAN	5
G. GLOSSARIUM	5
H. DAFTAR PUSTAKA	6
BAB II ASPEK KLINIK HIV/AIDS	7
A. PENDAHULUAN	7
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	7
C. MATERI	7
D. RANGKUMAN	11
E. LATIHAN SOAL	12
F. KISI-KISI JAWABAN	12
G. GLOSSARIUM	12
H. DAFTAR PUSTAKA	13
BAB III FAKTOR RISIKO HIV/AIDS	15
A. PENDAHULUAN	15
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	15
C. MATERI	15
D. RANGKUMAN	18
E. LATIHAN SOAL-SOAL	18
F. KISI-KISI JAWABAN	19
G. GLOSSARIUM	19
H. DAFTAR PUSTAKA	19

BAB IV DAMPAK HIV/AIDS	21
A. PENDAHULUAN	21
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS.....	22
C. MATERI	22
D. RANGKUMAN	34
E. LATIHAN SOAL	35
F. KISI-KISI JAWABAN	36
G. GLOSSARIUM.....	36
H. DAFTAR PUSTAKA	36
BAB V PENCEGAHAN HIV/AIDS	37
A. PENDAHULUAN	37
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS.....	38
C. MATERI	38
D. RANGKUMAN	46
E. LATIHAN SOAL	47
F. KISI-KISI JAWABAN	47
G. GLOSSARIUM.....	48
H. DAFTAR PUSTAKA	48
BAB VI FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERUBAHAN PERILAKU	49
A. PENDAHULUAN	49
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	50
C. MATERI	50
D. RANGKUMAN	58
E. LATIHAN SOAL	59
F. KISI-KISI JAWABAN	59
G. GLOSARIUM	59
H. DAFTAR PUSTAKA	60
BAB VII PENGKAJIAN BIO, PSIKO, SOSIAL, KULTURAL, DAN SPIRITUAL PADA KASUS HIV/AIDS.....	63
A. PENDAHULUAN	63
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	63
C. MATERI	63

D. RANGKUMAN	71
E. LATIHAN SOAL	72
F. KISI-KISI JAWABAN	72
G. GLOSSARIUM	72
H. DAFTAR PUSTAKA	73
BAB VIII PEMERIKSAAN FISIK DAN DIAGNOSTIK HIV/AIDS	75
A. PENDAHULUAN	75
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	75
C. MATERI	75
D. RANGKUMAN	87
E. LATIHAN SOAL	87
F. KISI-KISI JAWABAN	88
G. GLOSARIUM	88
H. DAFTAR PUSTAKA	88
BAB IX PENATALAKSANAAN HIV/AIDS PADA WANITA SEPANJANG SIKLUS HIDUPNYA	91
A. PENDAHULUAN	91
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	92
C. MATERI	92
D. RANGKUMAN	104
E. LATIHAN SOAL	104
F. KISI-KISI JAWABAN	105
G. GLOSSARIUM	105
H. DAFTAR PUSTAKA	106
BAB X HUBUNGAN GENDER DAN HIV/AIDS.....	109
A. PENDAHULUAN	109
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	110
C. MATERI	111
D. RANGKUMAN	118
E. LATIHAN SOAL	119
F. KISI-KISI JAWABAN	119
G. GLOSARIUM	120
H. DAFTAR PUSTAKA	120

BAB XI PRINSIP PREVENTION MOTHER TO CHILD TRANSMISSION	123
A. PENDAHULUAN	123
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	123
C. MATERI	124
D. RANGKUMAN	150
E. LATIHAN SOAL	150
F. KISI-KISI JAWABAN	151
G. GLOSSARIUM	151
H. DAFTAR PUSTAKA	152
BAB XII PRINSIP HIDUP DENGAN ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DAN STIGMA.....	153
A. PENDAHULUAN	153
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	153
C. MATERI	153
D. RANGKUMAN	159
E. LATIHAN SOAL	159
F. KISI-KISI JAWABAN	160
G. GLOSARIUM	160
H. DAFTAR PUSTAKA	160
BAB XIII KOMUNIKASI DAN KONSELING PADA KLIEN DENGAN HIV/AIDS	163
A. PENDAHULUAN	163
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	163
C. MATERI	163
D. RANGKUMAN	171
E. LATIHAN SOAL	171
F. KISI-KISI JAWABAN	172
G. GLOSSARIUM	172
H. DAFTAR PUSTAKA	172
BAB XIV TERAPI KOMPLEMENTER DAN LONG TERM CARE PADA HIV/AIDS	173
A. PENDAHULUAN	173
B. TUJUAN PEMBELAJARAN	173

C. MATERI	174
D. RANGKUMAN	193
E. LATIHAN SOAL	193
F. KISI-KISI JAWABAN	194
G. DAFTAR PUSTAKA	195
BAB XV PERAN BIDAN DAN JENIS PELAYANAN PALIATIF PADA KLIEN PENYAKIT TERMINAL	201
A. PENDAHULUAN	201
B. TUJUAN PEMBELAJARAN	201
C. MATERI	202
D. RANGKUMAN	204
E. LATIHAN SOAL	204
F. KISI-KISI JAWABAN	205
G. DAFTAR PUSTAKA	206
BAB XVI PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN PENYAKIT TERMINAL.....	207
A. PENDAHULUAN	207
B. TUJUAN PEMBELAJARAN	207
C. MATERI	208
D. RANGKUMAN	231
E. LATIHAN SOAL	231
F. KISI-KISI JAWABAN	232
G. DAFTAR PUSTAKA	232
BAB XVII GANGGUAN PEMENUHAN PSIKOSIPRITUAL DAN PERSIAPAN KEMATIAN PADA PENYAKIT TERMINAL	235
A. PENDAHULUAN	235
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	235
C. MATERI	235
D. RANGKUMAN	240
E. LATIHAN SOAL	240
F. KISI-KISI JAWABAN	241
G. GLOSSARIUM	241
H. DAFTAR PUSTAKA	241

BAB XVIII TINJAUAN ISLAMI TENTANG HIV/AIDS	243
A. PENDAHULUAN	243
B. TUJUAN PEMBELAJARAN	243
C. MATERI	244
D. RANGKUMAN	250
E. LATIHAN SOAL	251
F. KISI-KISI JAWABAN	251
G. DAFTAR PUSTAKA	252
BAB XIX PENCATATAN LAYANAN KONSELING DAN TES HIV/ AIDS	255
A. PENDAHULUAN	255
B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS	256
C. MATERI	256
D. RANGKUMAN	299
E. LATIHAN SOAL	299
F. GLOSARIUM	300
G. DAFTAR PUSTAKA	300
BAB XX PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN HIV/AIDS	301
A. PENDAHULUAN	301
B. TUJUAN PEMBELAJARAN	301
C. MATERI	301
D. RANGKUMAN	321
E. LATIHAN SOAL	321
F. KISI-KISI JAWABAN	322
G. DAFTAR PUSTAKA	323
BAB XXI FAMILY CENTER CARE (FCC) TERHADAP PENGOBATAN HIV/AIDS	325
A. PENDAHULUAN	325
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS	325
C. MATERI	325
D. RANGKUMAN	330
E. LATIHAN SOAL	330
F. KISI-KISI JAWABAN	331

G. GLOSARIUM	331
H. DAFTAR PUSTAKA	331

BAB I

SITUASI EPIDEMI, LOKAL, NASIONAL DAN GLOBAL

A. PENDAHULUAN

Kejadian HIV/AIDS pertama kali dikenal pada tahun 1981, namun kasus HIV/AIDS secara retrospektif telah muncul selama tahun 1970-an di Amerika Serikat dan di beberapa bagian di dunia seperti Haiti, Afrika, dan Eropa. UNAIDS (2017) menunjukkan terjadi peningkatan jumlah orang yang menderita HIV dari 36,1 milyar di tahun 2015 menjadi 36,7 milyar di tahun 2016. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang memiliki tingkat prevalensi HIV/AIDS yang cukup tinggi. Kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Provinsi Bali pada tahun 1987. Kasus HIV/AIDS telah menyebar di 407 dari 507 kabupaten/kota (80%) di seluruh provinsi di Indonesia hingga saat ini [1].

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami situasi epidemi, lokal, nasional, dan global pada HIV/AIDS.

C. MATERI

Diperkirakan 39.0 juta [33.0-45.7 juta] orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia pada tahun 2022, 2.58 juta [1.91-3.47 juta] adalah anak-anak berusia 0-19. Setiap hari pada tahun 2022, sekitar 740 Anak terinfeksi HIV dan sekitar 274 anak meninggal karena penyebab terkait AIDS, sebagian besar karena akses yang tidak memadai ke pencegahan, perawatan dan perawatan HIV. Pada tahun 2022, sekitar 13,9 juta [10,6-18,4 juta] anak di bawah

usia 18 telah kehilangan salah satu atau kedua orang tua mereka karena penyebab yang terkait dengan AIDS. Jutaan lainnya telah terpengaruh oleh epidemi, melalui peningkatan risiko kemiskinan, ketidakhadiran, putus sekolah, diskriminasi COVID-19, penyakit oportunistik dan kematian. Dari 624.000 [466.000-890.000] orang yang meninggal karena penyakit terkait AIDS pada tahun 2022, 990.000 [67.000-140.000] (atau sekitar 16 persen) dari mereka adalah anak-anak di bawah usia 20 tahun. Pada tahun 2022, sekitar 130.000 [90.000-210.000] Anak berusia 0-9 tahun baru terinfeksi HIV, membawa jumlah total Anak usia 0-9 yang hidup dengan HIV menjadi 930.000 [730.000-1.28 juta]. Hampir 85 persen dari anak-anak ini tinggal di Afrika Sub-Sahara. Salah satu titik terang di cakrawala global adalah penurunan pesat dari sekitar 58 persen infeksi HIV baru di antara anak-anak usia 0-9 sejak 2010 karena peningkatan upaya untuk mencegah transmisi HIV dari Ibu ke anak. Namun, jumlah infeksi HIV baru di kalangan remaja (usia 10-19) telah menurun pada tingkat yang lebih lambat sekitar 47 persen [2].

Tabel 1. Estimasi Jumlah Penderita HIV 0-19 Tahun di Dunia

	Estimasi	Terendah	Tertinggi
Jumlah Anak dengan HIV	2.580.000	1.910.000	3.470.000
Anak usia 0-9	930.000	730.000	1.280.000
10-19 tahun	1.650.000	1.180.000	2.190.000
Jumlah infeksi baru	270.000	125.000	460.000
Anak usia 0-9 tahun	130.00	90.000	210.000
10-19 tahun	140.000	35.000	250.000
Jumlah kematian akibat AIDS	100.000	67.000	146.000
Anak usia 0-9 tahun	73.000	48.000	110.000
10-19 tahun	27.000	19.000	36.000
Jumlah Anak usia 0-17 tahun yang kehilangan orang tuanya karena AIDS	13.900.000	10.600.000	18.400.000

Data prevalensi HIV usia dewasa (15-49 tahun) diperkirakan mencapai 0,32% pada tahun 2019. Secara global, epidemi HIV mengalami penurunan sekitar 33% sejak 2001, sehingga pada tahun 2012 diperkirakan terjadi sekitar 2.3 juta infeksi baru pada dewasa dan anak. Kematian yang dikaitkan dengan AIDS menurun sampai 30% sejak 2005 karena peningkatan akses pengobatan ARV, termasuk kematian yang dikaitkan dengan TBC, juga menurun sampai 30% sejak 2004. Kematian terkait AIDS menurun dari puncaknya pada 2004 dengan 1,7 juta kematian terkait AIDS per tahun menjadi 770 ribu kematian terkait AIDS pada 2018. Prevalensi HIV di Indonesia adalah 0,26% pada populasi dewasa lebih dari 15 tahun terkecuali di Tanah Papua yang mempunyai epidemi meluas tingkat rendah dengan prevalensi 1,8% [3].

Berdasarkan perhitungan estimasi yang dilakukan pada tahun 2020 diperkirakan sebanyak 543.100 orang dengan HIV AIDS (ODHA). Laporan Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA) pada bulan Desember 2019 menunjukkan terdapat sekitar 377.564 ODHA yang telah mengetahui status terinfeksi HIV, dan terdapat 319.618 kasus Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS).

Epidemi HIV AIDS Indonesia memiliki pola epidemi HIV yang kompleks dengan sebaran wilayah yang luas serta jumlah penduduk yang besar. Terdapat lebih dari 260 juta jiwa penduduk yang tersebar di 514 kabupaten/kota di mana 90% diantaranya telah melaporkan kasus HIV dan AIDS sehingga memiliki tantangan tersendiri dalam Pengendalian HIV. Diperkirakan terdapat 543.100 orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di tahun 2020. Hingga akhir tahun 2019 dilaporkan 377.564 ODHA mengetahui statusnya terinfeksi HIV dan 127.613 ODHA (23,5% dari total estimasi ODHA tahun 2020) sedang dalam pengobatan ARV.

Sejalan dengan target global untuk mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030, maka Indonesia telah menetapkan untuk mencapai 90-90 -90 dan three zero/3.0 HIV AIDS dan PIMS pada tahun 2020-2024.

Terdapat enam strategi pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS yaitu:

1. Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga yang terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS yang komprehensif dan bermutu.
3. Penguatan program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS berbasis data dan dapat dipertanggungjawabkan,
4. Penguatan kemitraan dan peran serta masyarakat termasuk pihak swasta, dunia usaha, dan multisektor lainnya baik di tingkat nasional maupun internasional.
5. Pengembangan inovasi program sesuai kebijakan pemerintah, dan.
6. Penguatan manajemen program melalui monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut.

D. RANGKUMAN

Dalam rangka menuju eliminasi HIV di Indonesia tahun 2030 maka ada tiga target dampak (impact) yang hendak dicapai pada tahun 2024, yaitu:

1. Infeksi baru HIV berkurang menjadi 0,18 per 1000 penduduk.
2. Infeksi baru HIV dan Sifilis pada Anak mencapai kurang dari atau sama dengan 50/100.000 pada tahun 2022.
3. Infeksi Sifilis menjadi 5,3 per 1.000 penduduk tidak terinfeksi atau penurunan 30% di tahun 2024.

E. LATIHAN SOAL

1. Propinsi dengan Prevalensi paling tinggi pada HIV di Indonesia adalah :
 - A. Papua
 - B. Jakarta

- C. Surabaya
 - D. Jawa tengah
2. Di bawah ini adalah target Indonesia dalam pengendalian HIV dan PIMS:
- A. 90-90-90
 - B. 80-80-80
 - C. 100-100-100
 - D. Triple Eliminasi
3. Dibawah ini bukan merupakan strategi pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia:
- A. Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga yang terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten Penurunan berat badan
 - B. Penguatan kemitraan dan peran serta masyarakat termasuk pihak swasta, dunia usaha, dan multisektor lainnya baik di tingkat nasional maupun internasional
 - C. Pengembangan inovasi program sesuai kebijakan pemerintah
 - D. Pembangunan ATM kondom

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. A
- 2. A
- 3. D

G. GLOSSARIUM

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kemeterian Kesehatan, "Infodatin 2020 HIV."
- [2] UNICEF, "Global and Regional Trend HIV/AIDS," UNICEF data.
- [3] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024. 2020.

BAB II

ASPEK KLINIK HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Kejadian HIV/AIDS pertama kali dikenal pada tahun 1981, namun kasus HIV/AIDS secara retrospektif telah muncul selama tahun 1970-an di Amerika Serikat dan di beberapa bagian di dunia seperti Haiti, Afrika, dan Eropa. UNAIDS (2017) menunjukkan terjadi peningkatan jumlah orang yang menderita HIV dari 36,1 milyar di tahun 2015 menjadi 36,7 milyar di tahun 2016. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang memiliki tingkat prevalensi HIV/AIDS yang cukup tinggi. Kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Provinsi Bali pada tahun 1987. Kasus HIV/AIDS telah menyebar di 407 dari 507 kabupaten/kota (80%) di seluruh provinsi di Indonesia hingga saat ini [1].

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang konsep dasar HIV/AIDS.

C. MATERI

1. Pengertian

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan keturunan. *Immuno* terkait dengan sistem kekebalan tubuh kita. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir.

AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh maka semua penyakit dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Karena sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya. Orang yang baru terpapar HIV belum tentu menderita AIDS. Hanya saja lama kelamaan sistem kekebalan tubuhnya makin lama semakin lemah, sehingga semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh. Pada tahapan itulah penderita disebut sudah terkena AIDS.[2].

2. Etiologi

AIDS disebabkan oleh HIV yaitu suatu *retrovirus* pada manusia yang termasuk dalam keluarga *lentivirus*. secara genetik HIV dibedakan menjadi dua, tetapi berhubungan secara antigen, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Keduanya merupakan virus yang menginfeksi sel T-CD4 yang memiliki reseptor dengan afinitas tinggi untuk HIV/AIDS disebabkan oleh HIV yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya afinitas yang kuat terhadap limfosit [3].

3. Tanda dan Gejala

Gejala-gejala HIV bervariasi tergantung pada tahap infeksi. Meskipun orang yang hidup dengan HIV cenderung paling menular dalam beberapa bulan pertama, banyak yang tidak menyadari status mereka sampai tahap selanjutnya. Beberapa minggu pertama setelah infeksi awal, individu mungkin tidak mengalami gejala atau penyakit seperti influenza termasuk demam, sakit kepala, ruam, atau sakit tenggorokan. Ketika

infeksi semakin memperlemah sistem kekebalan, seorang individu dapat mengembangkan tanda dan gejala lain, seperti kelenjar getah bening yang membesar, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk. Tanpa pengobatan, mereka juga bisa mengembangkan penyakit berat seperti tuberkulosis, meningitis kriptokokus, infeksi bakteri berat dan kanker seperti limfoma dan sarkoma kaposi [4].

Berikut ini adalah tanda-tanda gejala mayor dan minor untuk mendiagnosis HIV berdasarkan WHO [5].

- a. Gejala mayor yaitu penurunan berat badan, diare lebih dari 1 bulan (kronis/berulang), demam, dan tuberkulosis.
- b. Gejala minor yaitu kandidiasis oral, batuk, pneumonia, dan infeksi kulit.

Hidayat dan Barakbah (2018) menjelaskan bahwa diagnosa HIV/AIDS dapat dilakukan melalui pemeriksaan antibodi HIV meliputi:

- a. *Enzyme Immunosorbent Assay (EIA)*. Tes ini digunakan untuk mendeteksi antibodi IgM dan IgG HIV-1 dan HIV-2.
- b. *Rapid/simple assay*. Tergantung jenisnya, tes ini dapat dilakukan dalam waktu kurang dari 20 menit sampai 2 jam dan merupakan tes yang paling banyak digunakan dengan fasilitas yang terbatas.
- c. *Western Blotting (WB)*. Pemeriksaan ini membutuhkan waktu lama dan mahal, serta memerlukan waktu yang lama. Butuh keahlian khusus sehingga digunakan untuk konfirmasi diagnostik.
- d. *ELISA (Enzyme-linked immunoassay)*. Pemeriksaan ini juga merupakan pemeriksaan yang mahal dan memerlukan waktu yang lama (Nurul Hidayat & Barakbah, 2018)

4. Patofisiologi

Menurut Klatt E (2022) HIV dapat membelah diri dengan cepat dan kadar virus dalam darah berkembang cepat, dalam satu hari HIV dapat membelah diri menghasilkan virus baru

jumlahnya sekitar 10 miliar [6]. Proses terjadinya defisit nutrisi pada HIV/AIDS, pasien akan mengalami 4 fase yaitu:

- a. Periode jendela: Pada periode ini pemeriksaan tes antibodi HIV masih negatif walaupun virus sudah ada dalam darah pasien. Hal itu karena antibodi yang terbentuk belum cukup terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium. Biasanya Antibodi terhadap HIV muncul dalam 3-6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Pada periode ini pasien mampu dan berisiko menularkan HIV kepada orang lain.
- b. Fase infeksi akut: Proses ini di mulai setelah HIV menginfeksi sel target kemudian terjadi proses replika yang menghasilkan virus baru yang jumlahnya berjuta-juta virion. Virion dari banyak virion ini memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala mirip flu. Sekitar 50-70% orang HIV yang terinfeksi mengalami sindrom infeksi akut selama 3-6 minggu seperti influenza yaitu demam, sakit otot, berkeringat, ruam, sakit tenggorokan, sakit kepala, kelelahan, pembengkakan kelenjar limfe, mual, muntah, anoreksia, diare, dan penurunan BB. Antigen HIV terdeteksi kira-kira 2 minggu setelah infeksi dan terus ada selama 3-5 bulan. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis kemudian terjadi kenaikan limfosit T karena respon imun. Pada fase ini jumlah limfosit T masih di atas 500 sel/mm³ kemudian akan menurun setelah 6 minggu terinfeksi HIV.
- c. Fase infeksi laten: Pada fase infeksi laten terjadi pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam *Sel Dendritic Folikuler (SDF)* di pusat germinativum kelenjar limfe. Hal tersebut menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang dan mulai memasuki fase laten. Pada fase ini jarang di temukan virion sehingga jumlahnya menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe dan terjadi replika. Jumlah limfosit T-CD4 menurun sekitar 500-200 sel/mm³. Meskipun telah terjadi serokonversi

positif individu pada umumnya belum menunjukkan gejala klinis (asimtomatis). Fase ini terjadi sekitar 8-10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada tahun ke delapan setelah terinfeksi HIV gejala klinis akan muncul seperti demam, kehilangan BB < 10%, diare, lesi pada mukosa dan infeksi kulit berulang.

- d. Fase infeksi kronis: Selama fase ini, replika virus terus terjadi di dalam kelenjar limfe yang diikuti kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe yaitu sebagai perangkap virus akan menurun atau bahkan hilang dan virus diluncurkan dalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion berlebihan, limfosit semakin tertekan karena infeksi HIV semakin banyak. Pada saat tersebut terjadi penurunan, jumlah limfosit T-CD4 di bawah 200 sel/mm³. Kondisi ini menyebabkan sistem imun pasien menurun dan semakin rentan terhadap berbagai infeksi sekunder. Perjalanan penyakit semakin progresif yang mendorong ke arah AIDS.

D. RANGKUMAN

HIV adalah sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. *Syndrome* atau sindrom berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan gejala tertentu. Jadi AIDS berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir. HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Karena sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya. Orang yang baru terpapar HIV belum tentu menderita AIDS. AIDS disebabkan oleh HIV yaitu suatu retrovirus pada manusia yang termasuk dalam

keluarga lentivirus. Keduanya merupakan virus yang menginfeksi sel T-CD4 yang memiliki reseptor dengan afinitas tinggi untuk HIV.

E. LATIHAN SOAL

1. Hal yang diserang oleh virus HIV adalah:
 - A. Sel Cd-4
 - B. Sel T
 - C. Sel Lymfosit
 - D. Sel Leukosit
2. Periode fase HIV di mana pemeriksaan tes antibodi HIV masih negatif walaupun virus sudah ada dalam darah pasien, termasuk dalam:
 - A. Periode jendela
 - B. Fase infeksi laten
 - C. Fase infeksi kronis
 - D. Fase infeksi aktif
3. Gejala Minor pada penderita HIV adalah:
 - a. Diare dalam waktu lama
 - b. Penurunan berat badan
 - c. Tuberkolosis
 - d. Pneumonia

F. KISI-KISI JAWABAN

1. A
2. A
3. D

G. GLOSSARIUM

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

Sel CD-4 : Jenis sel darah putih yang memiliki peran sangat penting bagi sistem kekebalan tubuh.

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kemetrian Kesehatan, "Infodatin 2020 HIV,"
- [2] Cpariotti Teri, HIV/AIDS: An Update For Home Helathcare Clinicians, 6th ed., vol. 36. Wolters Kluwer Health, 2018.
- [3] J. A. Hidalgo, R. D. MacArthur, and L. R. Crane, "An overview of HIV infection and AIDS: etiology, pathogenesis, diagnosis, epidemiology, and occupational exposure.," *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, vol. 12, no. 2, pp. 130–139, 2000, doi: 10.1053/ct.2000.7128.
- [4] A. G. Letizia et al., "Clinical signs and symptoms associated with acute HIV infection from an intensely monitored cohort on continents," *Medicine (United States)*, vol. 101, no. 5, p. E28686, Feb. 2022, doi: 10.1097/MD.00000000000028686.
- [5] WHO, "Guidelines For HIV/AIDS Diagnosis and Traetment," 2009.
- [6] E. C. Klatt, "Pathology Of HIV/AIDS 33 rd Edition," 2022.

BAB III

FAKTOR RISIKO HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), *Acquired* yang artinya didapat jadi bukan merupakan penyakit keturunan, *Immuno* berarti sistem kekebalan tubuh, *Deficiency* artinya kekurangan sedangkan *syndrome* adalah kumpulan gejala. Virus HIV di temukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu. Virus tersebut merusak kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi [1].

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa dapat memahami tentang faktor risiko pada HIV AIDS.

C. MATERI

HIV/AIDS merupakan penyakit ini menular melalui berbagai cara, antara lain melalui cairan tubuh seperti darah, cairan *genetalia*, dan ASI. HIV tidak dilaporkan terdapat dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah sirkumsisi memiliki risiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan pria yang tidak sirkumsisi.

Selain melalui cairan tubuh, HIV juga ditularkan melalui:

1. Ibu Hamil
 - a. Secara *intrauterine*, *intrapartum*, dan *postpartum* (ASI).
 - b. Angka transmisi mencapai 20-50%.

- c. Angka transmisi melalui asi ASI dilaporkan lebih dari sepertiga.
 - d. Laporan lain menyatakan risiko penularan melalui ASI adalah 11- 29%.
 - e. Sebuah studi meta-analisis prospektif yang melibatkan penelitian pada dua kelompok ibu yang menyusui sejak awal kelahiran bayi dan kelompok ibu yang menyusui setelah beberapa waktu usia bayinya, melaporkan bahwa HIV pada bayi yang belum disusui 30 adalah 14% (yang diperoleh dari penularan melalui mekanisme kehamilan dan persalian), dan angka penularan HIV meningkat menjadi 29% setelah bayinya disusui.
 - f. Bayi normal dengan ibu HIV bisa memperoleh antibodi HIV dari ibunya selama 6-15 bulan.
2. Jarum Suntik
 - a. Prevalensi 5-10%.
 - b. Penularan HIV pada anak dan remaja biasanya melalui jarum suntik karena penyalahgunaan obat.
 3. Transfusi Darah
 - a. Resiko penularan sebesar 90%.
 - b. Prevalensi 3-5%.
 4. Hubungan Seksual
 - a. Prevalensi 70-80%.
 - b. Kemungkinan tertular adalah 1 dalam 200 kali hubungan intim.
 - c. Model penularan ini adalah yang tersering di dunia.
 - d. Akhir-akhir ini dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat untuk menggunakan pengaman saat berhubungan intim.

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina. Individu tidak dapat terinfeksi melalui kontak

sehari-hari biasa seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan atau air.

Cara penularan HIV/AIDS

1. Hubungan seksual: hubungan seksual yang tidak aman dengan orang yang telah terpapar HIV.
2. Transfusi darah: melalui transfusi darah yang tercemar HIV.
3. Penggunaan jarum suntik: penggunaan jarum suntik, tindik, tato, dan pisau cukur yang dapat menimbulkan luka yang tidak disterilkan secara bersama-sama dipergunakan dan sebelumnya telah dipakai orang yang terinfeksi HIV. Cara-cara ini dapat menularkan HIV karena terjadi kontak darah.
4. Ibu hamil kepada anak yang dikandungnya
 - a. Antenatal: saat bayi masih berada di dalam rahim, melalui plasenta.
 - b. Intranatal: saat proses persalinan, bayi terpapar darah ibu atau cairan vagina.
 - c. Postnatal: setelah proses persalinan, melalui air susu ibu.

Kenyataannya 25-35% dari semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang sudah terinfeksi di negara berkembang 17 tertular HIV, dan 90% bayi dan anak yang tertular HIV tertular dari ibunya.

Perilaku berisiko yang menularkan HIV/AIDS

1. Melakukan seks anal atau vaginal tanpa kondom.
2. Memiliki infeksi menular seksual lainnya seperti sifilis, herpes, klamidia, kencing nanah, dan vaginosis bakterial.
3. Berbagi jarum suntik yang terkontaminasi, alat suntik dan peralatan suntik lainnya dan solusi obat ketika menyuntikkan narkoba.
4. Menerima suntikan yang tidak aman, transfusi darah, transplantasi jaringan, prosedur medis yang melibatkan pemotongan atau tindakan yang tidak steril.

5. Mengalami luka tusuk jarum yang tidak disengaja, termasuk diantara pekerja kesehatan.
6. Memiliki banyak pasangan seksual atau mempunyai pasangan yang memiliki banyak pasangan lain.

D. RANGKUMAN

Virus HIV dapat menular melalui beberapa cara yaitu: HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina.

E. LATIHAN SOAL-SOAL

1. Penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi pada saat:
 - A. Memandikan bayi
 - B. Menggendong tanpa masker
 - C. Menemani tidur
 - D. Menyusui dengan ASI
2. Perilaku yang menyebabkan prevalensi terbesar adalah:
 - A. Hubungan seks anal dan vaginal tanpa condom
 - B. Penggunaan jarum suntik
 - C. Penularan dari ibu ke bayi
 - D. Penularan karena penggunaan tindik, tato
3. Abstinence merupakan upaya pencegahan HIV AID yang dilakukan melalui:
 - A. Tidak berhubunagn seksual
 - B. Menggunakan kondom
 - C. Tidak menggunakan obat terlarang
 - D. Setia dengan pasangan

F. KISI-KISI JAWABAN

1. D
2. A
3. A

G. GLOSSARIUM

ABCD : Abstinence, Be Faithful, Condom, Drug

PPIA : Pencegahan Penularan ibu Ke anak

PMTCT : Prevention Mother To Child Transmission

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] I. Ketut, A. Priastana, H. Sugiarto, and J. Homepage, "Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Sikap Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja (Correlation between Knowledge of HIV/AIDS and Prevention Attitude against HIV/AIDS in Adolescents) Indonesian Journal of Health Research," 2018. [Online]. Available: <https://orcid.org/0000-0003-4227-3456>
- [2] WHO, "HIV and AIDS," 2005, 2005.
- [3] Kemenkes RI, "Infodatin Situasi Penyakit HIV AIDS di Indonesia," Jakarta, 2019.

BAB IV

DAMPAK HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, yang menyebabkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) pada individu yang terinfeksi virus. HIV menyerang sel-sel CD4 dalam sistem kekebalan tubuh, yang bertanggung jawab untuk melawan infeksi dan penyakit. Seiring berjalannya waktu, sistem kekebalan tubuh menjadi semakin lemah, dan individu yang terinfeksi virus dapat mengalami infeksi dan penyakit yang parah.

Di Indonesia, sejak kasus pertama AIDS diidentifikasi pada tahun 1987, HIV/AIDS menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Menurut data terbaru dari Kementerian Kesehatan Indonesia, pada tahun 2021 terdapat sekitar 653.000 orang yang hidup dengan HIV/AIDS di Indonesia.

Dampak HIV/AIDS sangat besar, baik bagi individu yang terinfeksi virus, maupun bagi masyarakat secara keseluruhan. Pada BAB IV ini, akan dibahas dampak HIV/AIDS secara lebih detail meliputi dampak HIV/AIDS, cara pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS yang dapat mempengaruhi tingkat penyebaran dan dampaknya terhadap masyarakat serta peran bidan dalam mengurangi dampak HIV/AIDS, dengan mengambil referensi dari jurnal Indonesia dan jurnal internasional.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini diharapkan:

1. Mahasiswa mampu memahami dampak HIV/AIDS.
2. Mahasiswa mampu memahami cara pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS yang dapat mempengaruhi tingkat penyebaran dan dampaknya terhadap masyarakat.
3. Mahasiswa mampu memahami peran bidan dalam mengurangi dampak HIV/AIDS.

C. MATERI

1. Dampak HIV/AIDS

a. Dampak HIV/AIDS pada Individu

1) Gangguan Sistem Kekebalan Tubuh

Dampak HIV/AIDS yang paling signifikan pada individu adalah gangguan pada sistem kekebalan tubuh. HIV menyerang sel-sel CD4 dalam sistem kekebalan tubuh, yang bertanggung jawab untuk melawan infeksi dan penyakit. Seiring berjalannya waktu, sistem kekebalan tubuh menjadi semakin lemah, dan individu yang terinfeksi virus dapat mengalami infeksi dan penyakit yang parah.

Gangguan sistem kekebalan tubuh yang diakibatkan oleh HIV/AIDS dapat membuat individu lebih rentan terhadap infeksi dan penyakit. Beberapa infeksi yang sering terjadi pada individu dengan HIV/AIDS antara lain infeksi saluran pernapasan, infeksi saluran pencernaan, dan infeksi kulit. Infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, atau parasit dapat berkembang menjadi infeksi yang parah pada individu dengan HIV/AIDS karena sistem kekebalan tubuh mereka sudah sangat lemah.

Kondisi sistem kekebalan tubuh yang lemah juga dapat membuat individu dengan HIV/AIDS lebih rentan terhadap kanker tertentu, seperti kanker kulit dan kanker limfoma. Selain itu, infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B atau C juga dapat berkembang menjadi masalah kesehatan yang serius pada individu dengan HIV/AIDS.

Pada tahap lanjut HIV/AIDS, gangguan sistem kekebalan tubuh yang parah dapat mengakibatkan kondisi yang disebut sebagai sindrom penurunan berat badan yang berlebihan (*wasting syndrome*). Kondisi ini ditandai dengan penurunan berat badan yang signifikan, kelemahan otot, dan penurunan kualitas hidup yang signifikan.

Gangguan sistem kekebalan tubuh yang parah pada individu dengan HIV/AIDS juga dapat mengakibatkan kondisi yang disebut sebagai infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme yang biasanya tidak menimbulkan masalah kesehatan pada orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang sehat. Beberapa contoh infeksi oportunistik yang sering terjadi pada individu dengan HIV/AIDS antara lain pneumonia bakteri, tuberkulosis, dan toksoplasmosis.

Oleh karena itu, menjaga kesehatan sistem kekebalan tubuh sangat penting bagi individu dengan HIV/AIDS. Individu yang terinfeksi virus harus menjaga pola makan yang sehat, menghindari paparan terhadap infeksi dan penyakit, dan mengikuti pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter. Dalam beberapa kasus, individu dengan HIV/AIDS juga dapat diberikan terapi yang disebut sebagai terapi *Antiretroviral (ARV)*, yang bertujuan untuk menekan perkembangan virus HIV dan memperkuat sistem kekebalan tubuh.

2) Gangguan Psikologis

Dampak HIV/AIDS pada psikologi individu yang terinfeksi virus adalah salah satu dampak yang paling signifikan. HIV/AIDS dapat menyebabkan stres, kecemasan, dan depresi pada individu yang terinfeksi virus, baik karena ketidakpastian kondisi kesehatannya, diskriminasi dari masyarakat, atau stigma yang terkait dengan penyakit ini. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi dampak psikologis HIV/AIDS pada individu adalah:

(a) Stigma dan Diskriminasi

Individu yang terinfeksi HIV/AIDS seringkali mengalami stigmatisasi dan diskriminasi dari masyarakat, yang dapat memperburuk kondisi psikologisnya. Stigma dan diskriminasi dapat membuat individu merasa malu dan terasing, sehingga sulit untuk mencari bantuan atau dukungan dari orang lain.

(b) Ketidakpastian Kondisi Kesehatan

HIV/AIDS adalah penyakit yang tidak memiliki obat atau vaksin yang dapat menyembuhkannya sepenuhnya. Oleh karena itu, individu yang terinfeksi virus seringkali mengalami ketidakpastian kondisi kesehatannya dan masa depannya. Hal ini dapat menyebabkan stres dan kecemasan yang signifikan pada individu, terutama jika mereka belum memulai pengobatan yang tepat.

(c) Dampak Sampingan dari Obat

Pengobatan HIV/AIDS seringkali melibatkan penggunaan obat-obatan yang memiliki efek samping yang tidak menyenangkan, seperti sakit kepala, mual, dan kelelahan. Dampak sampingan

dari obat-obatan tersebut dapat memperburuk kondisi psikologis individu yang terinfeksi virus.

(d) Kehilangan Orang yang Dicintai

Individu yang terinfeksi HIV/AIDS juga seringkali kehilangan orang yang dicintai karena penyakit ini. Hal ini dapat menyebabkan depresi dan kesedihan yang signifikan pada individu, terutama jika mereka kehilangan pasangan atau anggota keluarga yang dekat.

(e) Ketidakmampuan untuk Melakukan Aktivitas yang Diinginkan

HIV/AIDS dapat menyebabkan kelelahan dan penurunan berat badan yang signifikan pada individu yang terinfeksi virus. Hal ini dapat menyebabkan individu kehilangan minat pada aktivitas yang mereka sukai, seperti olahraga atau hobi. Kehilangan minat pada aktivitas tersebut dapat memperburuk kondisi psikologis individu.

Dalam rangka mengatasi dampak psikologis HIV/AIDS pada individu yang terinfeksi virus, penting untuk menyediakan dukungan psikologis yang memadai dan menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap penyakit ini. Bantuan psikologis dapat membantu individu mengatasi stres, kecemasan, dan depresi yang terkait dengan penyakit ini, sehingga mereka dapat menjalani hidup yang lebih produktif dan bahagia.

3) Gangguan Fisik

Pengobatan *antiretroviral* dapat membantu memperlambat atau menghentikan kemajuan infeksi HIV dan meningkatkan kualitas hidup individu dengan HIV/AIDS. Namun, beberapa obat ARV dapat menyebabkan efek samping yang memengaruhi kesehatan fisik individu, seperti kerusakan ginjal atau

masalah jantung. Oleh karena itu, penting bagi individu dengan HIV/AIDS untuk menerima perawatan yang terkoordinasi dan memperhatikan kesehatan fisik mereka secara menyeluruh.

Beberapa dampak fisik yang umumnya terjadi pada individu dengan HIV/AIDS antara lain:

(a) Kelelahan

Kelelahan kronis adalah salah satu dampak fisik yang paling umum pada individu dengan HIV/AIDS. Kelelahan ini dapat disebabkan oleh infeksi HIV itu sendiri, infeksi yang disebabkan oleh virus atau bakteri lain, atau efek samping dari pengobatan ARV. Kelelahan yang berat dapat memengaruhi kualitas hidup dan kemampuan individu untuk menjalankan aktivitas sehari-hari.

(b) Penurunan Berat Badan yang Drastis

Kehilangan berat badan yang drastis adalah tanda khas dari tahap akhir infeksi HIV atau AIDS. Kehilangan berat badan ini dapat disebabkan oleh infeksi atau kanker yang terkait dengan HIV/AIDS, atau karena individu tersebut tidak dapat menyerap nutrisi dengan baik. Kehilangan berat badan yang signifikan dapat menyebabkan penurunan kekuatan dan daya tahan tubuh.

(c) Sakit Kepala

Sakit kepala adalah gejala yang umum pada individu dengan HIV/AIDS. Sakit kepala dapat disebabkan oleh infeksi HIV itu sendiri, infeksi lain seperti meningitis atau ensefalitis, atau efek samping dari obat-obatan ARV. Sakit kepala yang parah dapat memengaruhi kemampuan individu untuk menjalankan aktivitas sehari-hari.

(d) Gejala Lainnya

Individu dengan HIV/AIDS dapat mengalami gejala lain seperti demam, berkeringat di malam hari, dan pembengkakan kelenjar getah bening. Gejala ini dapat disebabkan oleh infeksi atau kanker yang terkait dengan HIV/AIDS, atau karena efek samping dari obat-obatan ARV. Gejala-gejala ini dapat memengaruhi kualitas hidup dan kemampuan individu untuk menjalankan aktivitas sehari-hari.

Dalam beberapa kasus, individu dengan HIV/AIDS dapat mengalami kondisi yang sangat serius seperti neuropati perifer, yaitu kerusakan saraf yang menyebabkan mati rasa, kesemutan, dan kelemahan pada tangan dan kaki. Beberapa individu dengan HIV/AIDS juga dapat mengalami infeksi yang serius seperti tuberkulosis atau pneumonia, yang dapat memengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Penting untuk diingat bahwa setiap individu dengan HIV/AIDS dapat mengalami dampak fisik yang berbeda-beda, tergantung pada tahap infeksi dan kondisi kesehatan yang mendasarinya.

b. Dampak HIV/AIDS pada Masyarakat

HIV/AIDS dapat berdampak pada masyarakat karena penyakit ini tidak hanya memengaruhi individu yang terinfeksi virus, tetapi juga dapat memengaruhi struktur sosial, ekonomi, dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Beberapa dampak HIV/AIDS pada masyarakat antara lain:

1) Dampak Sosial

Dampak sosial dari HIV/AIDS sangat kompleks dan dapat memengaruhi struktur sosial dan interaksi antara individu dan kelompok dalam masyarakat.

Terinfeksi HIV/AIDS seringkali mengalami diskriminasi dan stigmatisasi dari masyarakat, keluarga, bahkan teman-teman mereka, yang dapat menyebabkan isolasi sosial, masalah kesehatan mental, dan kesulitan dalam mencari pekerjaan.

Diskriminasi dan stigmatisasi terhadap orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) dapat menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan dan dukungan sosial yang mereka butuhkan. Beberapa contoh stigmatisasi yang sering terjadi adalah menghindari atau menolak bersentuhan fisik dengan ODHA, menganggap ODHA sebagai orang yang berperilaku buruk atau berbahaya, atau memandang rendah dan merendahkan ODHA. Sikap diskriminatif ini seringkali didasarkan pada ketidaktahuan atau kurangnya pemahaman tentang cara penularan virus HIV.

Stigmatisasi dan diskriminasi juga dapat memengaruhi kualitas hidup ODHA dan mendorong mereka untuk menyembunyikan status HIV mereka dari orang lain. Hal ini dapat berdampak negatif pada kepatuhan pengobatan ODHA, dan meningkatkan risiko penyebaran virus kepada orang lain.

Dampak sosial dari HIV/AIDS juga dapat berdampak pada kestabilan ekonomi keluarga. Ketika individu yang terinfeksi virus HIV/AIDS mengalami diskriminasi dan stigmatisasi, mereka mungkin mengalami kesulitan dalam mencari pekerjaan, mempertahankan pekerjaan, atau mengembangkan karir mereka. Hal ini dapat memengaruhi pendapatan keluarga mereka, dan bahkan mengarah pada kemiskinan.

Dalam hal ini, dukungan sosial dan perlindungan hukum bagi ODHA sangat penting dalam melindungi

hak-hak mereka dan memastikan bahwa mereka dapat hidup secara produktif dan bermanfaat dalam masyarakat. Upaya ini termasuk program pendidikan dan kampanye untuk menghilangkan stigmatisasi dan diskriminasi, pembentukan kelompok dukungan ODHA, dan pembuatan kebijakan yang pro-ODHA.

2) Dampak Ekonomi

Dampak HIV/AIDS pada ekonomi sangat besar, terutama pada produktivitas tenaga kerja dan biaya pengobatan yang tinggi. Individu yang terinfeksi virus HIV/AIDS biasanya memerlukan perawatan medis yang mahal dan intensif untuk menjaga kesehatan mereka, seperti terapi *Antiretroviral* (ARV) dan pengobatan untuk infeksi oportunistik. Biaya pengobatan HIV/AIDS yang tinggi dapat menjadi beban finansial yang berat bagi individu dan keluarga mereka, terutama bagi mereka yang kurang mampu secara ekonomi.

Selain itu, HIV/AIDS juga dapat memengaruhi produktivitas tenaga kerja. Individu yang terinfeksi virus HIV/AIDS dapat mengalami gejala-gejala yang mengganggu, seperti kelelahan, sakit kepala, dan sakit otot, yang dapat memengaruhi kinerja mereka di tempat kerja. Selain itu, individu yang terinfeksi virus HIV/AIDS mungkin harus absen dari pekerjaan mereka untuk menjalani perawatan medis atau untuk menjaga kesehatan mereka, yang dapat mengurangi produktivitas mereka dan bahkan menyebabkan kehilangan pekerjaan.

Dampak HIV/AIDS pada ekonomi juga dapat dirasakan oleh negara secara keseluruhan. Biaya pengobatan HIV/AIDS yang tinggi dapat menyebabkan pengeluaran kesehatan negara meningkat, dan dapat mengurangi anggaran yang tersedia untuk program-program kesehatan lainnya. Selain itu, HIV/AIDS juga dapat

memengaruhi investasi dan perdagangan, karena dapat mengurangi jumlah tenaga kerja dan memengaruhi kepercayaan investor terhadap perekonomian negara.

Oleh karena itu, penanggulangan HIV/AIDS juga harus memperhatikan dampaknya pada ekonomi. Upaya untuk mencegah penyebaran virus dan memberikan perawatan yang tepat pada individu yang terinfeksi virus dapat membantu mengurangi biaya pengobatan dan meningkatkan produktivitas tenaga kerja. Selain itu, program-program dukungan seperti bantuan keuangan dan pelatihan kerja dapat membantu individu yang terinfeksi virus HIV/AIDS untuk tetap produktif dan mandiri secara ekonomi.

3) Dampak Kesehatan Masyarakat

Dampak HIV/AIDS pada kesehatan masyarakat sangat signifikan, karena HIV/AIDS dapat menyebar melalui kontak dengan darah, cairan tubuh, dan hubungan seksual yang tidak aman. Beberapa dampak kesehatan masyarakat yang dapat terjadi akibat HIV/AIDS adalah:

(a) Tingginya Angka Kematian

HIV/AIDS adalah penyakit yang dapat mematikan, dan angka kematian akibat HIV/AIDS di Indonesia masih relatif tinggi. Hal ini dapat memengaruhi struktur demografi masyarakat, terutama di kalangan usia produktif.

(b) Penyebaran Penyakit Menular Lain

Individu yang terinfeksi virus HIV memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit menular lain, seperti tuberkulosis (TB) dan hepatitis. Hal ini dapat memperburuk kondisi kesehatan individu yang terinfeksi virus HIV.

(c) Meningkatnya Kasus Kehamilan Risiko Tinggi

Individu yang terinfeksi virus HIV memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kehamilan risiko tinggi karena dapat memengaruhi kesehatan janin dan ibu hamil. Hal ini dapat meningkatkan angka kematian neonatal dan ibu hamil.

(d) Stigmatisasi dan Diskriminasi

Individu yang terinfeksi virus HIV sering mengalami stigmatisasi dan diskriminasi, baik dari masyarakat maupun dari tenaga kesehatan. Hal ini dapat memengaruhi kualitas hidup dan kesehatan mental individu yang terinfeksi virus HIV.

(e) Penurunan Kualitas Hidup

HIV/AIDS dapat memengaruhi kualitas hidup individu yang terinfeksi virus, terutama dalam hal kesehatan fisik dan mental. Hal ini dapat memengaruhi produktivitas dan kesejahteraan sosial ekonomi individu yang terinfeksi virus HIV.

Oleh karena itu, penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan dengan serius dan berkelanjutan, melalui pendekatan yang holistik dan melibatkan seluruh elemen masyarakat. Upaya-upaya pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS harus dilakukan dengan tepat dan efektif, serta didukung oleh kebijakan dan regulasi yang baik. Selain itu, edukasi dan penyuluhan tentang HIV/AIDS juga perlu ditingkatkan, untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang bahaya HIV/AIDS dan upaya pencegahannya.

2. Cara Pencegahan dan Pengobatan HIV/AIDS yang Dapat Mempengaruhi Tingkat Penyebaran dan Dampaknya Terhadap Masyarakat

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyebabkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), suatu kondisi yang menurunkan sistem kekebalan tubuh manusia dan memungkinkan infeksi lain dan penyakit yang lebih serius berkembang. HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan global yang signifikan, dan telah menyebar ke seluruh dunia. Pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS sangat penting untuk mengendalikan penyebaran virus ini dan mengurangi dampaknya pada masyarakat.

Pencegahan HIV/AIDS dapat dilakukan melalui berbagai cara, di antaranya:

- a. Edukasi tentang HIV/AIDS dan cara penularannya: Pengetahuan yang tepat tentang HIV/AIDS dapat membantu mencegah penyebaran virus ini. Oleh karena itu, edukasi tentang HIV/AIDS dan cara penularannya sangat penting. Hal ini dapat dilakukan melalui kampanye informasi di media massa, program-program pendidikan, dan sosialisasi melalui kelompok-kelompok masyarakat.
- b. Penggunaan kondom: Penggunaan kondom saat berhubungan seks dapat mencegah penyebaran HIV. Kondom mengurangi risiko kontak dengan cairan tubuh yang terinfeksi dan dapat mengurangi kemungkinan penyebaran virus dari satu pasangan ke pasangan lainnya.
- c. Menjaga perilaku seksual yang aman: Menjaga perilaku seksual yang aman dapat membantu mencegah penularan HIV/AIDS. Hal ini dapat dilakukan dengan membatasi jumlah pasangan seksual, tidak menggunakan narkoba suntik, dan melakukan tes HIV secara rutin.
- d. Pencegahan penularan dari ibu ke bayi: Upaya pencegahan HIV/AIDS juga harus memperhatikan penularan dari

ibu ke bayi saat kehamilan, persalinan, atau menyusui. Pemberian obat *antiretroviral* pada ibu hamil dan bayi dapat mengurangi risiko penularan dari ibu ke bayi.

Pengobatan HIV/AIDS juga sangat penting dalam mengurangi penyebaran virus ini dan dampaknya pada masyarakat. Terapi *antiretroviral* (ART) adalah pengobatan yang efektif untuk HIV/AIDS. ART dapat mengurangi jumlah virus dalam tubuh dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Hal ini dapat mencegah perkembangan AIDS dan mengurangi kemungkinan penularan virus ke orang lain. Penelitian telah menunjukkan bahwa penggunaan ART dapat mengurangi jumlah orang yang terinfeksi HIV/AIDS, mengurangi angka kematian, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Selain itu, pengobatan HIV/AIDS dapat mengurangi biaya perawatan dan mengurangi beban pada sistem kesehatan.

3. Peran Bidan dalam Mengurangi Dampak HIV/AIDS

Peran bidan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS sangat penting. Hal ini dikarenakan bidan dapat memberikan edukasi dan konseling kepada pasien mereka tentang risiko HIV dan cara mencegah penularannya. Bidan juga dapat membantu mengarahkan pasien untuk melakukan tes HIV dan mendapatkan perawatan yang diperlukan jika mereka terinfeksi HIV.

Selain itu, bidan juga dapat berperan dalam mendukung individu yang hidup dengan HIV dan keluarga mereka dengan memberikan dukungan emosional dan praktis. Bidan juga dapat membantu mempromosikan praktik-praktik aman dalam keluarga dan masyarakat, seperti menggunakan kondom dan mengurangi jumlah pasangan seksual yang berganti-ganti, yang dapat membantu mengurangi penyebaran HIV.

Dalam konteks keterlibatan bidan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, terdapat beberapa upaya yang dapat dilakukan, seperti meningkatkan pelatihan dan edukasi

bidan tentang HIV/AIDS, meningkatkan akses ke tes HIV dan perawatan yang diperlukan, serta memperbaiki sistem rujukan untuk pasien yang terinfeksi HIV. Selain itu, penting untuk mempromosikan sikap yang tidak diskriminatif dan menghilangkan stigma terhadap orang yang hidup dengan HIV, sehingga bidan dapat memberikan dukungan dan perawatan yang tidak diskriminatif dan memperbaiki kondisi kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat.

Dalam artikel yang diterbitkan di jurnal *BMC Pregnancy and Childbirth*, penulis menyebutkan bahwa bidan dapat menjadi agen perubahan yang efektif dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, terutama di daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi. Bidan dapat berperan dalam mengurangi penyebaran HIV/AIDS dan memperbaiki kondisi kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat melalui tindakan-tindakan yang telah disebutkan sebelumnya.

D. RANGKUMAN

HIV/AIDS adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia dan di seluruh dunia. Dampak HIV/AIDS sangat besar, baik bagi individu yang terinfeksi virus maupun bagi masyarakat secara keseluruhan. Oleh karena itu, penanggulangan HIV/AIDS adalah tanggung jawab bersama seluruh elemen masyarakat. Edukasi dan penyuluhan tentang HIV/AIDS, tes HIV, terapi *antiretroviral*, dan pencegahan penularan adalah upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menanggulangi HIV/AIDS. Dengan memahami dampak HIV/AIDS dan melakukan upaya-upaya tersebut, diharapkan penyebaran virus dapat dikurangi dan individu yang terinfeksi virus dapat menerima perawatan yang tepat.

E. LATIHAN SOAL

1. Menjaga kekebalan tubuh sangat penting bagi individu dengan HIV/AIDS, antara lain dengan?
 - A. Menghitung jumlah kalori makanan
 - B. Menjaga pola makan
 - C. Menghindari paparan bahan kimia
 - D. Minum obat peningkat imun
2. Berikut merupakan dampak HIV/AIDS pada psikologi individu yang signifikan memengaruhi individu tersebut?
 - A. Stigma, efek samping obat, pengobatan selamaya
 - B. Diskriminasi, kehilangan orang yang dicintai, tidak mampu bekerja
 - C. Stigma, diskriminasi, pengobatan selamanya
 - D. Diskriminasi, efek samping obat, kehilangan orang yang dicintai
3. Merupakan dampak HIV/AIDS yang dapat terjadi pada masyarakat?
 - A. Sosial
 - B. Budaya
 - C. Kesehatan
 - D. Kemandirian
4. Beberapa cara pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS sangat penting untuk mengendalikan penyebaran penyakit ini dan mengurangi dampaknya pada masyarakat, di antaranya?
 - A. Edukasi, seks aman, tinggal dilingkungan aman
 - B. Seks aman, penggunaan kondom, PPIA
 - C. PPIA, tinggal dilingkungan aman, menghindari infeksi
 - D. Menghindari infeksi, seks aman dan penggunaan kondom

F. KISI-KISI JAWABAN

1. B
2. D
3. A
4. B

G. GLOSSARIUM

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ART : *Antiretroviral*

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

ODHA : Orang Dengan HIV/AIDS

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Mahendra, V. S., & Gilborn, L. (2007). Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Indonesia. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- [2] Nugroho, A., & Saputra, A. (2018). The economic impact of HIV/AIDS on households in Indonesia. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 6(1), 15-24.
- [3] UNAIDS. (2021). Indonesia. Retrieved from <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/indonesia>
- [4] World Health Organization. (2020). HIV/AIDS. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- [5] Ndwiga, C., Abuya, T., Mutemwa, R., Kimani, J., Colombini, M., & Mayhew, S. (2018). Exploring the experiences of women and health care workers in the context of PMTCT Option B+ in Malawi. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1685-5>

BAB V

PENCEGAHAN HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, yang menyebabkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) pada individu yang terinfeksi virus. HIV menyerang sel-sel CD4 dalam sistem kekebalan tubuh, yang bertanggung jawab untuk melawan infeksi dan penyakit. Seiring berjalannya waktu, sistem kekebalan tubuh menjadi semakin lemah dan individu yang terinfeksi virus dapat mengalami infeksi dan penyakit yang parah.

Di Indonesia, sejak kasus pertama AIDS diidentifikasi pada tahun 1987, HIV/AIDS menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Menurut data terbaru dari Kementerian Kesehatan Indonesia, pada tahun 2021 terdapat sekitar 653.000 orang yang hidup dengan HIV/AIDS di Indonesia.

Pencegahan HIV/AIDS sangat besar. Pada dasarnya upaya pencegahan AIDS dapat dilakukan oleh semua orang dengan mudah, asal kita tahu secara pasti cara-cara penyebaran virus HIV/AIDS. Ada dua cara pencegahan AIDS, yaitu jangka pendek dan jangka panjang. Pada BAB V ini, akan dibahas upaya pencegahan penularan HIV/AIDS yaitu upaya pencegahan jangka pendek meliputi pencegahan HIV melalui hubungan seksual, melalui darah, memalui ibu hamil pengidap HIV, dan melalui kondom. Sedangkan upaya pencegahan jangka panjang meliputi cara perilaku seksual yang bertanggung jawab.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini diharapkan:

1. Mahasiswa mampu memahami pencegahan HIV jangka pendek.
2. Mahasiswa mampu memahami pencegahan HIV jangka panjang.

C. MATERI

1. Pencegahan HIV/AIDS

Pada dasarnya upaya pencegahan AIDS dapat dilakukan oleh semua orang dengan mudah, asal kita tahu secara pasti cara-cara penyebaran virus AIDS (HIV). Ada dua cara pencegahan AIDS, yaitu jangka pendek dan jangka panjang.

a. Upaya Pencegahan Jangka Pendek

Upaya pencegahan AIDS jangka pendek adalah dengan memberikan informasi kepada kelompok risiko tinggi bagaimana pola penyebaran virus AIDS (HIV), sehingga dapat diketahui langkah-langkah pencegahannya. Adapun pencegahan Infeksi HIV melalui beberapa cara yaitu:

1) Pencegahan infeksi melalui hubungan seksual

HIV terdapat pada semua cairan tubuh penderita tetapi yang terbukti berperan dalam penularan AIDS adalah air mani, cairan vagina dan darah. HIV dapat menyebar melalui hubungan seksual dari pria ke wanita, dari wanita ke pria dan dari pria ke pria.

Cara hubungan seksual yang sangat rawan bagi penularan AIDS yaitu:

- (a) Penis mitra seksual mengidap HIV masuk ke lubang dubur pasangannya (Anogenital Pasif).
- (b) Penis orang sehat masuk ke lubang dubur mitra seksual pengidap HIV (Anogenital Aktif).

- (c) Penis mitra seksual pengidap HIV masuk ke vagina orang sehat (G-MITO-Genital Aktif).
- (d) Penis orang sehat masuk ke vagina mitra seksual pengidap HIV (G-MITO-Genital Aktif).
- (e) Senggama terputus (*coitus interruptus*) dengan mitra seksual pengidap HIV.

Hubungan yang belum tentu aman, hubungan antara mulut orang sehat dengan kelamin mitra seksual pengidap HIV (orogenital), dengan tidak ada luka di mulut (sariawan).

Hubungan yang Aman:

- (a) Penggunaan kondom secara tepat.
 - (b) Melakukan hubungan seksual hanya dengan seorang mitra seksual yang setia dan tidak terinfeksi HIV (Monogami).
 - (c) Mengurangi jumlah mitra seksual sesedikit mungkin.
 - (d) Hindarai hubungan seksual dengan kelompok risiko tinggi tertular AIDS.
 - (e) Tidak melakukan hubungan seksual anogenital.
 - (f) Gunakan kondom mulai dari awal sampai akhir hubungan seksual dengan kelompok risiko tinggi tertular AIDS dan pengidap HIV.
- 2) Pencegahan infeksi HIV melalui darah

Darah merupakan media yang cocok untuk hidup virus AIDS. Penularan AIDS melalui darah terjadi dengan:

- (a) Tranfusi darah yang mengandung HIV.
- (b) Jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupunktur, tato, tindik) bekas pake orang yang mengidap HIV tanpa di sterilkan dengan baik.
- (c) Pisau cukur, gunting kuku, atau sikat gigi bekas pake orang pengidap HIV.

Langkah-langkah untuk mencegah terjadinya penularan melalui darah adalah:

- (a) Darah yang digunakan untuk tranfusi di usahakan bebas HIV dengan jalan memeriksa darah donor. Hal ini masih belum dapat di laksanakan, sebab memerlukan biaya yang tinggi serta peralatan yang canggih. Karena prevalensi HIV di indonesia masih rendah, maka pemeriksaan donor darah hanya dengan uji petik.
 - (a) Menghimbau kelompok risiko tinggi tertular AIDS untuk tidak menjadi donor darah. Apabila terpaksa karena menolak menjadi donor menyalahi kode etik donor, maka darah yang di curigai harus di buang.
 - (b) Jarum suntik dan alat tusuk yang lain harus di sterilisasikan secara baku setiap kali habis di pakai.
 - (c) Semua alat yang tercemar dengan cairan tubuh penderita AIDS harus di sterilisasikan secara baku.
 - (d) Kelompok penyalahguna narkotika harus menghentikan kebiasaan menyuntikan obat kedalam badannya, serta menghentikan kebiasaan menggunakan jarum suntik bersama.
 - (e) Gunakan jarum suntik sekali pakai (*disposable*).
 - (f) Membakar semua alat bekas pakai pengidap HIV.
- 3) Pencegahan Infeksi HIV melalui ibu hamil
- Ibu hamil yang mengidap HIV dapat memindahkan virus tersebut kepada janinnya. Penularannya dapat terjadi pada waktu bayi di dalam kandungan, pada waktu persalinan dan sesudah bayi di lahirkan. Upaya untuk mencegah agar tidak terjadi penularan hanya dengan himbauan agar ibu yang terinfeksi HIV tidak hamil.

4) Pencegahan AIDS dengan kondom

Kondom di Indonesia di kenal dengan alat kontrasepsi pada pria selain untuk KB kondom biasanya di konotasikan dengan pelacuran, sehingga gambaran masyarakat awam tentang kondom sangat rendah. Dalam upaya pencegahan pencegahan penyebab AIDS, kondom sangat berperan dalam memutuskan mata rantai penularan aids lewat jalur seksual. Penyuluhan di tunjukan pada risiko tinggi, agar melakukan *safe sex* dengan menggunakan kondom saat melakukan hubungan kondom.

Kondom yang di anjurkan untuk di gunakan adalah terbuat dari lateks, sebab hasil penelitian membuktikan, bahwa kondom lateks tidak dapat di tembus HIV. Sedangkan kondom yang terbuat dari bahan alamiah seperti usus kambing dan sejenisnya tidak dapat memberikan proteksi yang baik di anjurkan pula untuk menggunakan obat-obat pembunuh sperma, karena obat tersebut juga dapat membunuh HIV.

b. Upaya Pencegahan Jangka Panjang

Penyebaran AIDS di Indonesia (Asia Pasifik) sebagian besar adalah karena hubungan seksual, terutama dengan orang asing. Kasus AIDS yang menimpa orang Indonesia adalah mereka yang pernah keluar negeri dan mengadakan hubungan seksual dengan orang asing. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa risiko penularan dari suami pengidap HIV ke isterinya adalah 22% dan dari istri pengidap HIV kesuaminya adalah 8%. Namun ada penelitian lain yang lain berpendapat, bahwa risiko penulara suami- istri dan istri suami dianggap sama. Kemungkinan penularan tidak tergantung pada frekuensi hubungan yang dilakukan suami istri. Mengingat masalah seksual masih merupakan barang tabuh di Indonesia, karena norma-norma budaya dan agama yang masih kuat, sebetulnya masyarakat kita

tidak boleh risau terhadap penyebaran virus AIDS. Namun demikian, kita boleh lengah sebab negara kita merupakan terbuka.

Upaya jangka panjang yang harus kita lakukan untuk mencegah merajalelanya AIDS adalah merubah sikap dan perilaku masyarakat dengan meningkatkan norma-norma agama maupun social, sehingga masyarakat dapat berperilaku seksual yang bertanggung jawab. Sedangkan yang dimaksud perilaku seksual yang bertanggung jawab adalah:

- 1) Tidak melakukan hubungan seksual sama sekali.
- 2) Hanya melakukan hubungan seksual dengan mitra seksual yang setia dan terinfeksi HIV (*monogamy*).
- 3) Menghindari hubungan seksual dengan wanita/pria tuna susila.
- 4) Menghindari hubungan seksual dengan orang yang mempunyai lebih dari satu mitra seksual.
- 5) Mengurangi jumlah mitra seksual sedikit mungkin.
- 6) Tidak hamil bila terinfeksi HIV.
- 7) Tidak melakukan hubungan seksual bila sariawan.
- 8) Menggunakan kondom dari awal sampai akhir hubungan seksual.

Kegiatan tersebut dapat berupa dialog antara tokoh tokoh agama, penyebar luasan informasi tentang AIDS dengan bahasa agama, melalui penataran P4, dan lain-lain yang semua bertujuan untuk mempertebal iman serta norma-norma agama menuju perilaku seksual yang bertanggung jawab. Dengan perilaku yang bertanggung jawab diharapkan mampu mencegah penyebaran AIDS di Indonesia.

Lima cara untuk mencegah penularan HIV, dikenal konsep "ABCDE" sebagai berikut:

- 1) A (*Abstinence*): artinya Absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah.
- 2) B (*Be faithful*): artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- 3) C (*Condom*): artinya Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
- 4) D (*Drug No*): artinya Dilarang menggunakan narkoba.
- 5) E (*Education*): artinya pemberian Edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan dan pengobatannya.

Individu dapat mengurangi risiko infeksi HIV dengan membatasi paparan faktor risiko. Pendekatan utama untuk pencegahan HIV sebagai berikut:

- 1) Penggunaan kondom pria dan wanita
Penggunaan kondom pria dan wanita yang benar dan konsisten selama penetrasi vagina atau dubur dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual, termasuk HIV. Bukti menunjukkan bahwa kondom lateks laki-laki memiliki efek perlindungan 85% atau lebih besar terhadap HIV dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya.
- 2) Tes dan konseling untuk HIV dan IMS
Pengujian untuk HIV dan IMS lainnya sangat disarankan untuk semua orang yang terpajan salah satu faktor risiko. Dengan cara ini orang belajar tentang status infeksi mereka sendiri dan mengakses layanan pencegahan dan perawatan yang diperlukan tanpa penundaan. WHO juga merekomendasikan untuk menawarkan tes untuk pasangan. Selain itu, WHO merekomendasikan pendekatan pemberitahuan mitra bantuan sehingga orang dengan HIV menerima dukungan untuk

menginformasikan mitra mereka sendiri atau dengan bantuan penyedia layanan kesehatan.

3) Tes dan konseling, keterkaitan dengan perawatan tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang paling umum dan penyebab kematian di antara orang dengan HIV. Hal ini fatal jika tidak terdeteksi atau tidak diobati, yang bertanggung jawab untuk 1 dari 3 kematian terkait HIV. Deteksi dini TB dan keterkaitan yang cepat dengan pengobatan TB dan ARV dapat mencegah kematian pada ODHA. Pemeriksaan TB harus ditawarkan secara rutin di layanan perawatan HIV dan tes HIV rutin harus ditawarkan kepada semua pasien dengan dugaan dan terdiagnosis TB. Individu yang didiagnosis dengan HIV dan TB aktif harus segera memulai pengobatan TB yang efektif (termasuk untuk TB yang resistan terhadap obat) dan ARV. Terapi pencegahan TB harus ditawarkan kepada semua orang dengan HIV yang tidak memiliki TB aktif.

4) Sunat laki-laki oleh medis secara sukarela

Sunat laki-laki oleh medis, mengurangi risiko infeksi HIV sekitar 60% pada pria heteroseksual. Sunat laki-laki oleh medis juga dianggap sebagai pendekatan yang baik untuk menjangkau laki-laki dan remaja laki-laki yang tidak sering mencari layanan perawatan kesehatan.

5) Penggunaan obat *antiretroviral* untuk pencegahan

Penelitian menunjukkan bahwa jika orang HIV-positif mematuhi rejimen ARV yang efektif, risiko penularan virus ke pasangan seksual yang tidak terinfeksi dapat dikurangi sebesar 96%. Rekomendasi WHO untuk memulai ARV pada semua orang yang hidup

dengan HIV akan berkontribusi secara signifikan untuk mengurangi penularan HIV.

6) Profilaksis pasca pajanan untuk HIV

Profilaksis pasca pajanan adalah penggunaan obat ARV dalam 72 jam setelah terpapar HIV untuk mencegah infeksi. Profilaksis pasca pajanan mencakup konseling, pertolongan pertama, tes HIV, dan pemberian obat ARV selama 28 hari dengan perawatan lanjutan. WHO merekomendasikan penggunaan profilaksis pascapajanan untuk pajanan pekerjaan, non pekerjaan, dewasa dan anak-anak.

7) Pengurangan dampak buruk bagi orang-orang yang menyuntikkan dan menggunakan narkoba

Mulai berhenti menggunakan NAPZA sebelum terinfeksi HIV, tidak memakai jarum suntik, sehabis menggunakan jarum suntik langsung dibuang atau jika menggunakan jarum yang sama maka disterilkan terlebih dahulu, yaitu dengan merendam pemutih (dengan kadar campuran yang benar) atau direbus dengan suhu tinggi yang sesuai.

8) Bagi remaja

Semua orang tanpa kecuali dapat tertular, sehingga remaja tidak melakukan hubungan seks tidak aman, berisiko IMS karena dapat memperbesar risiko penularan HIV/AIDS. Mencari informasi yang lengkap dan benar yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Mendiskusikan secara terbuka permasalahan yang sering dialami remaja dalam hal ini tentang masalah perilaku seksual dengan orang tua, guru, teman maupun orang yang memang paham mengenai hal tersebut. Menghindari penggunaan obat-obatan terlarang dan jarum suntik, tato dan tindik. Tidak melakukan kontak langsung percampuran darah dengan orang yang sudah terpapar

HIV. Menghindari perilaku yang dapat mengarah pada perilaku yang tidak sehat dan tidak bertanggung jawab.

Paket komprehensif intervensi untuk pencegahan dan pengobatan HIV meliputi:

- 1) Program jarum dan alat suntik.
- 2) Terapi substitusi *opioid* untuk orang yang bergantung pada *opioid* dan pengobatan ketergantungan obat berbasis bukti lainnya.
- 3) Tes dan konseling HIV.
- 4) Perawatan HIV.
- 5) Informasi dan edukasi pengurangan risiko dan penyediaan *nalokson*.
- 6) Penggunaan kondom.
- 7) Manajemen IMS, tuberkulosis dan virus hepatitis.

D. RANGKUMAN

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* merupakan penyebab dari AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Ada dua upaya pencegahan penularan AIDS, yaitu upaya pencegahan AIDS jangka pendek dan upaya pencegahan AIDS jangka panjang. Upaya pencegahan AIDS jangka pendek di antaranya pencegahan Infeksi HIV melalui hubungan seksual, pencegahan Infeksi HIV melalui darah, pencegahan Infeksi HIV melalui ibu hamil pengidap HIV, pencegahan infeksi HIV dengan kondom, sedangkan upaya pencegahan AIDS jangka panjang di antaranya dengan cara perilaku seksual yang bertanggung jawab. Selain itu pencegahan terhadap HIV/AIDS juga melalui "ABCDE" dan paket komprehensif intervensi untuk pencegahan dan pengobatan HIV.

E. LATIHAN SOAL

1. Merupakan beberapa upaya untuk mencegah terjadinya penularan melalui darah yaitu?
 - A. Menggunakan jarum suntik *disposable*
 - B. Membakar semua alat bekas pakai
 - C. Membuang semua alat bekas HIV
 - D. Mengubur alat bekas HIV
2. Berikut merupakan perilaku seksual yang bertanggung jawab?
 - A. Boleh berhubungan seksual tanpa kondom
 - B. Boleh hamil saat terinfeksi HIV
 - C. Boleh hubungan seksual saat sariawan
 - D. Boleh mempunyai satu mitra seksual
3. Pendekatan utama untuk pencegahan HIV sebagai berikut?
 - A. Penggunaan kondom pria dan wanita
 - B. Sunat perempuan oleh medis
 - C. Penggunaan obat untuk pencegahan
 - D. Tes untuk profilaksis
4. Cara hubungan seksual yang sangat rawan bagi penularan AIDS yaitu?
 - A. Anogenital Pasif
 - B. G-MITO Anogenital Aktif
 - C. G-MITO Anogenital Pasif
 - D. Coitus

F. KISI-KISI JAWABAN

1. A
2. D
3. A
4. D

G. GLOSSARIUM

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ART : *Antiretroviral*

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

ODHA : Orang Dengan HIV/AIDS

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] UNAIDS. (2021). Indonesia. Retrieved from <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/indonesia>
- [2] World Health Organization. (2020). HIV/AIDS. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

BAB VI

FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERUBAHAN PERILAKU

A. PENDAHULUAN

HIV merupakan sebuah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia. Virus tersebut menyerang dua jenis sel darah putih (sel CD4 dan T), di mana sel tersebut sangat penting bagi sistem kekebalan tubuh manusia. HIV/AIDS dipandang sebagai penyakit yang membuat aib bagi keluarga, sehingga orang yang terinfeksi HIV/AIDS harus dirahasiakan dan tidak dirawat di rumah HIV/AIDS. Saat ini, masih menjadi stigma sosial atau tidak diterimanya seseorang dalam satu kelompok atau lingkungan dan identik sebagai penyakit seksual di kalangan masyarakat. Tertularnya HIV dapat menyebabkan timbulnya berbagai kesulitan yang berhubungan dengan harga diri, isolasi sosial, dan kurangnya kesejahteraan psikologis.

Kesejahteraan ODHA dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk pengaruh internal dan eksternal. Perlakuan diskriminatif dapat berasal dari keluarga, kenalan, kerabat sendiri, masyarakat sekitar, atau pihak berwenang. Stigma dan prasangka yang dialami oleh ODHA memiliki dampak psikologis yang besar terhadap persepsi diri mereka. Penyakit ini dapat menyebabkan depresi, penurunan harga diri, keputusasaan, dan bahkan keinginan untuk bunuh diri atau melukai diri sendiri. Ketiadaan bantuan dari lingkungan sekitar (termasuk dukungan material, informasi, emosional, sosial, atau spiritual) akan memperburuk kondisi ODHA secara keseluruhan. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan intervensi yang komprehensif, seperti pengobatan, nutrisi, dukungan sosial, dan psikoterapi/konseling.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang faktor yang memengaruhi perubahan perilaku.

C. MATERI

1. Pengertian Perilaku dan Perubahan Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas, baik yang diamati langsung maupun tidak langsung.

2. Faktor- Faktor yang Memengaruhi Perilaku

Menurut hipotesis Becker (1974) sebagaimana dikutip dalam Notoadmodjo (2007), persepsi pentingnya suatu penyakit memengaruhi motivasi seseorang untuk mencari pengobatan dan pencegahan. Motivasi ditentukan oleh seberapa serius individu atau masyarakat memandang penyakit tersebut. Persepsi keseriusan penyakit HIV/AIDS juga dapat berbeda untuk setiap individu yang berisiko tinggi, karena setiap orang yang berisiko tinggi memiliki persepsi subyektif tentang keseriusan penyakit HIV/AIDS [1].

Perilaku seseorang bergantung pada pengetahuan yang mereka peroleh dari interaksi sosial yang sedang berlangsung. Jika pengetahuan yang diperoleh akurat, seseorang akan menerapkannya dengan benar, dan sebaliknya. Dorongan dari lingkungan sosial memiliki pengaruh yang signifikan dalam modifikasi perilaku. Keuntungan berfungsi sebagai faktor pendorong yang mendorong individu untuk melakukan tindakan yang bertujuan untuk memperoleh keuntungan atau

manfaat. Tingkat keuntungan atau manfaat yang diperoleh dari suatu tindakan pencegahan akan semakin tinggi apabila semakin besar kemungkinan individu untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit. Namun, jika manfaat yang dirasakan dari suatu tindakan pencegahan penyakit sangat minim, maka kemungkinan untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit akan lebih rendah [2].

Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku adalah sebagai berikut [3]:

- a. Faktor predisposisi (predisposing factor), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (enabling factor) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana Kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (reinforcing factor) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas Kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku Masyarakat.

Proses pembentukan perilaku karena adanya kebutuhan. Menurut Abraham Harold Maslow manusia memiliki kebutuhan dasar[4], antara lain:

- a. Kebutuhan fisiologis/biologis
- b. Kebutuhan rasa aman
- c. Kebutuhan mencintai
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

Komponen perilaku menurut Gerace & Vorp dapat dilihat dalam 2 aspek perkembangan penyakit [5], yaitu:

- a. Perilaku memengaruhi faktor risiko penyakit tertentu. Faktor risiko adalah ciri kelompok individu yang menunjuk mereka sebagai *at high risk* terhadap penyakit tertentu.
- b. Perilaku itu sendiri dapat berupa faktor risiko. Contoh: merokok dianggap sebagai faktor risiko utama baik bagi penyakit jantung koroner maupun kanker paru karena kemungkinan mendapatkan penyakit ini lebih besar pada perokok daripada orang yang tidak merokok.

Faktor-faktor yang memengaruhi perubahan perilaku pada ODHA [6]:

- a. Penerimaan Diri

Penerimaan diri mengacu pada kemampuan individu untuk menerima dan mengakui keberadaan mereka sendiri, dan terkait erat dengan kesejahteraan psikologis dan kemampuan mereka untuk sepenuhnya mengenali dan merangkul identitas mereka sebagai orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA).

Penerimaan diri mencakup tiga komponen mendasar: penyesuaian diri, kepuasan diri, dan sikap sosial. Penerimaan diri juga dipengaruhi oleh banyak faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang memengaruhi penerimaan diri termasuk kesadaran diri, harapan yang realistis, dan kurangnya tekanan emosional yang intens. Selain itu, faktor ekstrinsik seperti dukungan sosial dan keberhasilan pasien dengan HIV/AIDS sebelumnya yang juga turut memengaruhi persepsi individu ODHA. Individu yang memiliki penerimaan diri baik memiliki harapan yang realistis dan akan mengarah pada rasa optimisme yang tinggi terhadap keberlangsungan hidup mereka.

b. Dukungan Keluarga

ODHA membutuhkan dukungan keluarga sebagai sumber bantuan utama untuk mengembangkan *coping mechanism* yang efisien untuk mengelola stresor yang terkait dengan kondisi mereka secara efektif, yang mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial.

c. Konseling

Terapi psikologis sangat penting bagi ODHA karena terapi ini tidak hanya menangani kesehatan fisik tetapi juga kondisi psikologis mereka, untuk memastikan bahwa mereka tetap memiliki pandangan yang positif terhadap kehidupan. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kepercayaan diri, mendorong aktualisasi diri, dan mengatasi masalah pribadi yang timbul dari faktor internal dan eksternal. Biasanya, individu menerima konseling dalam bentuk psikoterapi suportif untuk mencegah mereka mengalami keputusasaan. Terapi ini sangat penting karena orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) mungkin menghadapi tingkat kesedihan yang tinggi, perasaan dikucilkan secara sosial, dan tantangan lainnya yang membuat mereka lebih memilih untuk mengakhiri hidup dengan cepat.

d. Lingkungan sosial yang mendukung

Saat ini, terdapat beberapa program dan lembaga rehabilitasi khusus untuk ODHA baik yang berdiri secara mandiri maupun di bawah kepemilikan Kementerian Sosial (KEMENSOS). Hal ini menunjukkan komitmen untuk memerangi penularan HIV/AIDS secara efektif. Terlibat dalam percakapan dengan kenalan yang peduli tentang AIDS terbukti cukup bermanfaat. Organisasi AIDS biasanya menyelenggarakan acara yang berhubungan dengan pekerjaan dan forum diskusi. Terlibat secara aktif dalam berbagai kelompok untuk memerangi masalah ini dapat mengurangi perasaan tidak berdaya dan mengasingkan diri.

3. **Konseling pada ODHA dengan VCT**

Konseling adalah hubungan formal dan khusus antara konselor dan klien. Tujuan dari hubungan ini adalah untuk membantu klien dalam memahami kehidupan mereka dan memperoleh kemampuan untuk mencapai tujuan yang ditentukan sendiri dengan menggunakan sumber-sumber informasi yang dapat dipercaya serta menyelesaikan masalah-masalah emosional dan interpersonal. Konseling HIV/AIDS adalah interaksi pribadi dan personal antara konselor dan klien yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi stres dan membuat pilihan-pilihan yang tepat terkait dengan HIV/AIDS [7].

Tujuan utama konseling bagi ODHA meliputi:

- a. Menawarkan dukungan psikologis yang komprehensif yang mencakup aspek emosional, sosial, dan spiritual.
- b. Mempromosikan pencegahan penularan HIV melalui edukasi mengenai perilaku berisiko tinggi (seperti seks tidak aman dan penggunaan jarum suntik), membekali individu dengan keterampilan pribadi untuk perubahan perilaku, dan memfasilitasi negosiasi praktik-praktik yang lebih aman.
- c. Memastikan efisiensi rujukan kesehatan.
- d. Meminimalkan dampak buruk terhadap individu yang terlibat dan konteks sosial di sekitarnya.
- e. Individu yang terdiagnosa HIV/AIDS memiliki kemampuan untuk menyusun strategi dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.
- f. *Voluntary counselling and testing (VCT)* adalah pendekatan kesehatan masyarakat yang sangat efektif untuk mencegah dan menangani kasus HIV/AIDS. VCT berfungsi sebagai pintu gerbang untuk mengakses layanan manajemen kasus, serta perawatan, dukungan, dan pengobatan untuk ODHA. VCT dilakukan pada setiap intervensi, minimal sebelum dan

sesudah tes HIV. VCT sangat penting karena kemampuannya untuk mencegah penularan HIV. Saat ini beberapa fasilitas kesehatan seperti puskesmas telah memiliki klinik VCT yang berfungsi sebagai titik akses utama untuk berbagai layanan HIV/AIDS yang komprehensif, termasuk perawatan medis, keluarga berencana, dukungan psikososial, konseling tentang perilaku gaya hidup sehat, bantuan mental dan emosional, serta bantuan hukum dan perencanaan masa depan. Selain itu, layanan ini juga mengurangi prasangka masyarakat dan menjunjung tinggi prinsip-prinsip hak asasi manusia[8].

Konseling VCT pra-tes

- a. Menggali pengetahuan klien tentang HIV/AIDS. Menyampaikan prosedur tes dan pengelolaan diri setelah menerima hasil.
- b. Membantu klien untuk memutuskan tes atau tidak.
- c. Mempersiapkan *informed consent*.
- d. Konseling berhubungan yang aman.
- e. Menyiapkan klien menghadapi hari depan.

Konseling pasca-tes.

- a. Menyampaikan hasil tes dan membantu klien beradaptasi dengan hasil tes.
- b. Menilai pemahaman kondisi mental-emosional klien dan menjawab respon emosional yang muncul.
- c. Menyusun rencana kehidupan yang harus dijalani dengan menurunkan perilaku berisiko.
- d. Membuat rencana dengan menyertakan orang lain yang bermakna dalam kehidupannya.
- e. Upayakan klien untuk bertanya.

Mengapa Konseling Individu dengan ODHA diperlukan?

AIDS memiliki kompleksitas psikologis yang berbeda. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa penyakit ini mencakup tiga sumber konflik: seksualitas, kematian, dan ambiguitas. Epideminya ini dapat menyebabkan tekanan psikologis dan fisik yang mendalam, yang menyebabkan kecemasan baik bagi mereka yang menderita maupun yang khawatir. Hal ini juga sangat memprihatinkan dan memengaruhi budaya dan kehidupan seksual jutaan orang di berbagai tempat di seluruh dunia [9].

Ada beberapa faktor yang mendasari pentingnya konseling bagi orang yang hidup dengan HIV (ODHA). Diagnosis HIV memiliki dampak buruk yang signifikan terhadap elemen psikologis, sosial, fisik, dan spiritual. Selain itu, HIV adalah penyakit yang berpotensi fatal dan pengobatannya membutuhkan komitmen seumur hidup. Selain itu, memberikan konseling kepada orang yang hidup dengan HIV (ODHA) dapat secara efektif mengurangi risiko penularan yang luas di masyarakat. Selain itu, orang yang hidup dengan HIV (ODHA) sering kali menghadapi pengucilan sosial dan stigma, karena dianggap sebagai kelompok yang terpinggirkan.

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa konseling yang efektif dapat membantu individu dalam mengambil keputusan, seperti pilihan untuk menjalani tes HIV. Memberikan konseling kepada ODHA dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam mengelola kondisi mereka, menumbuhkan pandangan hidup yang lebih optimis, dan berkontribusi pada pencegahan penularan HIV [10].

4. Hak-Hak Asasi Manusia ODHA

- a. Sebelum terinfeksi atau tidak
 - 1) Informasi dan keterampilan melindungi diri dari penularan.
 - 2) Konseling sebelum menjalani tes HIV.

- 3) Memberikan persetujuan atau tidak sebelum menjalani tes HIV.
 - 4) Tes dan hasilnya dirahasiakan.
- b. Hak Hidup Dengan HIV/AIDS
- 1) Hak untuk tidak dibedakan serta persamaan hukum. Hukum HAM internasional menjamin perlindungan yang sama di hadapan hukum dari diskriminasi atas dasar apapun, seperti ras, warna kulit, bahasa, agama, politik atau pendapat, asal-usul dan status lainnya termasuk HIV.
 - 2) Hak untuk hidup.
 - 3) Hak untuk mendapatkan standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang bisa dicapai.
 - 4) Hak atas privasi.
 - 5) Hak untuk bekerja.
 - 6) Hak untuk bergerak atau berpindah tempat.
 - 7) Hak untuk menikah dan membangun keluarga.
 - 8) Hak untuk mengakses pendidikan.
 - 9) Hak untuk berkumpul.
 - 10) Hak untuk mengikuti program asuransi.
- c. Saat dan setelah meninggal
- 1) Hak untuk jenazahnya diperlakukan dengan bermartabat.
 - 2) Hak untuk mendapatkan pelayanan dan penguburan yang layak.
 - 3) Hak untuk tidak dibocorkan identitasnya.
 - 4) Hak bagi keluarganya untuk tidak diganggu.
 - 5) Hak untuk mendapatkan santunan dan pensiun yang menjadi haknya[11].

Saat ini, program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia telah dilakukan oleh beberapa pihak, baik dari sektor pemerintah, swasta maupun LSM[12]. Upaya tersebut masih perlu diimbangi dengan beberapa hal berikut ini, yaitu:

- a. Penguatan perspektif kebijakan kesehatan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia masih perlu untuk dilakukan.
- b. Upaya untuk berbagi pengalaman, pengetahuan dan ilmu yang sesuai dengan upaya penanggulangan HIV dan AIDS masih tetap perlu untuk dilakukan, karena hal ini telah terbukti mampu membantu menginisiasi, mengembangkan serta mengevaluasi pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS.
- c. Pemanfaatan pengetahuan bagi semua pihak perlu untuk ditingkatkan, untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat.

D. RANGKUMAN

HIV/AIDS bukanlah sekedar masalah lokal tapi telah mewabah ke seluruh Indonesia. Sekalipun belum ditemukan data yang lebih valid dan reliabel namun dipastikan virus ini sudah mengarah menjadi masalah sosial. Persoalannya masih relatif kecil studi tentang HIV/AIDS dari kajian Ilmu Sosial.

Penelitian menggambarkan suatu fenomena sosial yang bersifat khusus mengenai perilaku sosial penderita HIV/AIDS sebagai diskriminan dalam menghadapi reaksi masyarakat. Penderita HIV/AIDS terus-menerus melakukan proses adaptasi sosial. Negara Republik Indonesia mengakui dan menjunjung tinggi hak asasi manusia dan kebebasan dasar manusia sebagai hak yang secara kodrati melekat pada dan tidak terpisahkan dari manusia, yang harus dilindungi, dihormati, dan ditegakkan demi peningkatan martabat kemanusiaan, kesejahteraan, kebahagiaan, dan kecerdasan serta keadilan.

E. LATIHAN SOAL

1. Konseling VCT pra-tes adalah:
 - A. Menilai pemahaman kondisi mental-emosional klien.
 - B. Menggali pengetahuan klien tentang HIV/AIDS.
 - C. Menilai pemahaman kondisi mental-emosional klien.
 - D. Menyusun rencana kehidupan yang harus dijalani.
 - E. Membuat rencana dengan menyertakan orang lain.
2. Faktor – faktor yang memengaruhi perubahan perilaku pada ODHA adalah:
 - A. Ekonomi
 - B. Dukungan Keluarga
 - C. Upayakan klien bertanya
 - D. Pendidikan
 - E. Kepentingan social
3. Termasuk hak ODHA saat dan setelah meninggal adalah:
 - A. Hak untuk mendapatkan standar kesehatan fisik dan mental
 - B. Hak untuk bekerja
 - C. Hak Pengobatan
 - D. Hak untuk tidak dibocorkan identitasnya
 - E. Bantuan Ekonomi

F. KISI-KISI JAWABAN

1. B
2. B
3. D

G. GLOSARIUM

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

ODHA : Orang Dengan HIV/AIDS

VCT : *Voluntary Counselling and Testing*

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Abraham C, Sheeran P. The health belief model. Cambridge Handb Psychol Heal Med Second Ed. 2014;(January):97–102.
- [2] Notoadmodjo S. Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan. Jakarta: EGC. 2012.
- [3] Fatmala RD. Faktor Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Dalam Pemanfaatan VCT Oleh Laki-Laki Seks Dengan Laki-Laki (LSL). Jbe. 2016;4(1):138–50.
- [4] Sunarya FR. Urgensi Teori Hirarki Kebutuhan dari Abraham Maslow Dalam Sebuah Organisasi. SALAM J Sos dan Budaya Syar-i. 2022;9(2):647–58.
- [5] Margawati A, Purwanti R, Nuryanto. Buku Ajar Sosioantropologi Gizi. Vol. 1. 2022.
- [6] Pohan DS, Ulfiana E, Qona'ah A. Analysis of Factors Affecting Self-Acceptance in Older Adult Living in Nursing Homes. Indones J Community Heal Nurs. 2021;6(2):64.
- [7] Hubaybah H, Wisudariani E, Lanita U. Evaluasi Pelaksanaan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) Dalam Program Pencegahan HIV/AIDS di Puskesmas Pakuan Baru Kota Jambi. J Kesmas Jambi. 2021;5(1):61–71.
- [8] Hutomo WMP, Pramukti I, Sari SP. Pengetahuan tentang HIV berhubungan dengan Ketertarikan Mengikuti Voluntary Counselling and Testing pada Pasangan Usia Subur: Penelitian Observasional. Heal Inf J Penelit. 2023;15(3):e11116.
- [9] Kusumaadhi ZM, Farhanah N, Udji Sofro MA. Risk Factors for Mortality among HIV/AIDS Patients. Diponegoro Int Med J. 2021;2(1):20–19.
- [10] Putra I, Oktarini S, Bachri Y. Hubungan Dukungan Keluarga Dan Stigma Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS

- Di Poliklinik Voluntery Counseling Testing (VCT) Rsup M. Djamil Padangtahun 2022. *J Ners* [Internet]. 2022;6(2):187–93. Available from: <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- [11] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Update to International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. [Internet]. Vol. 7, Canadian HIV/AIDS policy & law review / Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2006. 1–118 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14725244>
- [12] Diliiana, Farich A, Sary L, Amirus K, Setiawati OR. Analisis Bentuk Dukungan Keluarga Terhadap Konsep Diri Orang Dengan HIV. *J Ilk (Jurnal Ilmu Kesehatan)*. 2023;14(1):62–73.

BAB VII

PENGAJIAN BIO, PSIKO, SOSIAL, KULTURAL, DAN SPIRITUAL PADA KASUS HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Pasien yang menderita suatu penyakit dengan kondisi akut sebagian besar akan menunjukkan adanya gangguan psikologis di antaranya depresi. Suatu penyakit dan akibat yang diderita, baik akibat penyakit ataupun intervensi medis tertentu dapat menimbulkan perasaan negatif seperti kecemasan, depresi, marah, ataupun rasa tidak berdaya dan perasaan-perasaan negatif tertentu yang dialami terus-menerus ternyata dapat memperbesar kecenderungan seseorang terhadap suatu penyakit tertentu. Masing-masing orang memiliki caranya sendiri untuk mengatasi permasalahannya yang pada akhirnya reaksi menekan itu memunculkan strategi/pola menghadapi untuk melindungi keutuhan dirinya dan beradaptasi terhadap stres yang dialami, hal ini yang disebut *coping mechanism*.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari BAB ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang pengkajian biologi, psikologi, sosial, kultural dan spiritual pada pasien dengan HIV/AIDS.

C. MATERI

1. Aspek Psikologi Pasien dengan HIV/AIDS

Masalah-masalah psikososial penderita HIV/AIDS antara lain khawatir, frustrasi, sedih, berduka, takut anggota keluarga tertular, perasaan marah, depresi dan takut dalam menghadapi kematian. Ketika seseorang pertama kali didiagnosis HIV, semua "putus harapan", kaget, takut, marah, jengkel, malu,

dan tidak percaya. 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 (Siyoto et al., n.d.).

Terdapat 2 strategi *coping* yang biasanya digunakan oleh individu, yaitu *problem focused coping* dan *emotion focused coping*.

- a. *Problem focused coping*, merupakan usaha individu yang secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres. *Problem focused coping* terdiri dari:
 - 1) *Confrontative coping*, usaha untuk mengubah keadaan yang di anggap menekan dengan cara yang agresif.
 - 2) *Confrontative coping*, usaha untuk mendapatkan kenyamanan dan bantuan informasi dari orang lain untuk menyelesaikan masalahnya.
 - 3) *Planful problem solving*, usaha untuk mengubah keadaan yang di anggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.
- b. *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.
- c. *Seeking social emotional support*, yaitu usaha untuk memperoleh dukungan secara emosional maupun social dari orang lain.
- d. *Self control*, usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- e. *Distancing*, usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandanganpandangan yang positif, seperti menganggap masalah seperti lelucon

- f. *Positive reappraisal*, usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
- g. *Accepting responsibility*, usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya, dan mencoba menerimanya untuk Membuat semuanya menjadi lebih baik.
- h. *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.

Perubahan yang terjadi pada penderita HIV menuntut ODHA untuk melakukan perubahan-perubahan sosial secara cepat. Namun, tidak semua orang mampu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan tersebut yang pada gilirannya yang bersangkutan dapat jatuh sakit, atau mengalami gangguan penyesuaian diri/adjustment disorder. Perubahan-perubahan psikososial pada sebagian orang dapat merupakan beban atau tekanan mental yang disebut stresor psikososial. Stresor psikososial (Hawari, 2004), adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewa (2014) didapatkan bahwa terjadi perubahan signifikan indikator psikologi sebelum dan sesudah didiagnosa HIV. Adapun indikator tersebut adalah: stress, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu dan berduka (Putu et al., n.d.).

Adapun reaksi yang dimunculkan oleh seseorang yang menderita penyakit seperti HIV/AIDS adalah:

- a. *Denial*, reaksi pertama untuk prognosa yang mengarah kematian melibatkan perasaan menolak mempercayainya sebagai suatu kebenaran. Ia menjadi gelisah, menyangkal, gugup, dan kemudian menyalahkan hasil diagnosis.

Penyangkalan sebenarnya merupakan suatu mekanisme pelindung terhadap trauma psikologis yang dideritanya.

- b. *Anger*, secara tidak sadar proses psikologis akan terus berkembang menjadi rasa bersalah bahwa dirinya telah terinfeksi, marah terhadap dirinya sendiri atau orang yang menularinya, tidakberdaya, dan kehilangan control serta akal sehatnya.
- c. *Bargaining*, pada tahapan ini orang tersebut berusaha mengubah kondisinya dengan melakukan tawar-menawar atau berusaha bernegosiasi dengan Tuhan.
- d. *Depression*, perasaan depresi muncul ketika upaya negosiasi tidak menolong dan orang tersebut merasa tidak ada harapan serta tidak berdaya. Mereka dalam keadaan tidak menentu dalam menghadapi reaksi orang lain terhadap dirinya.
- e. *Acceptance*, akhir dari proses psikologis ini adalah menerima nasib. Keadaan ini merupakan suatu keadaan di mana seseorang menyadari bahwa ia memiliki suatu penyakit, bukan akibat dari penyakit itu. Orang dengan kesempatan hidup yang tidak banyak lagi akan mencapai penerimaan ini setelah tidak lagi mengalami depresi, tetapi lebih merasa tenang dan siap menghadapi kematian.

Masing-masing orang memiliki caranya sendiri untuk mengatasi permasalahannya yang pada akhirnya reaksi menekan itu memunculkan strategi/pola menghadapi untuk melindungi keutuhan dirinya dan beradaptasi terhadap stres yang dialami. Hal-hal ini yang disebut coping menurut Sarafino (1998). Coping adalah usaha-usaha kognitif dan perilaku yang berkesinambungan untuk mengelola tekanan dari dalam dan atau dari luar individu yang dirasakan merugikan atau melebihi kemampuan individu itu (Lazarus dan Folkman, 1984). Proses coping muncul karena adanya berbagai peristiwa bernuansa penuh tekanan dalam kehidupan. Respon seseorang terhadap

permasalahan ini sangat dipengaruhi oleh perkembangan kekuatan yang ada dalam dirinya serta dukungan sosial.

Manajemen masalah psikologis temuan penelitian menunjukkan bahwa manajemen masalah psikologis yang dilakukan oleh pasien HIV/AIDS antara lain:

- a. Peningkatan koping
- b. Konseling
- c. Upaya spiritual
- d. Meningkatkan dukungan supports sosial

2. Aspek Sosial Pada Pasien dengan HIV/AIDS

Selain perubahan psikologi, penderita HIV/AIDS juga akan mengalami dampak sosial. Dampak sosial ini terjadi karena adanya stigma dan diskriminasi pada HIV/AIDS. ODHA merasa khawatir mendapatkan stigma dari pasangan bahkan dari keluarga ODHA sendiri. Disebutkan juga bahwa kekhawatiran ODHA juga sampai menyebabkan ODHA takut untuk mengakses ARV apabila bertemu dengan orang yang dikenalnya (Mhode & Nyamhanga, 2016). Adanya stigma dan diskriminasi akan berdampak pada tatanan sosial masyarakat. Penderita HIV dan AIDS dapat kehilangan kasih sayang dan kehangatan pergaulan sosial. Sebagian kehilangan pekerjaan dan sumber penghasilan yang pada akhirnya menimbulkan kerawanan sosial, sebagian lagi dikucilkan oleh teman temannya bahkan keluarga sendiri ketakutan akan perlakuan yang dibedakan ini akan membuat orang yang terkena HIV/AIDS susah menjembatani diri dengan orang lain, membagi pengalamannya, bahkan takut untuk meminta pertolongan bahwa ia sakit. Ia senantiasa khawatir menerima reaksi orang lain terhadap dirinya dan orang lain pun juga menjaga jarak.

Akibat stigma dan diskriminasi pada ODHA, akhirnya tidak semua ODHA mau membuka statusnya kepada orang lain. ODHA mau membuka statusnya kepada orang lain dengan

berbagai pertimbangan, yaitu di antaranya untuk mengurangi beban yang dirasakan, untuk mendapatkan dukungan sosial maupun dukungan secara ekonomi serta sebagai wujud kepedulian terhadap masyarakat. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2010, menemukan data bahwa sikap diskriminatif terhadap anggota keluarga yang terinfeksi HIV cukup tinggi (Dian Savitri, 2017).

3. Apsek Kultural pada Pasien dengan HIV/AIDS

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. Dan bagi keluarga yang anak wanitanya menjadi PSK, sebagian warga wilayah Pantura tersebut bisa menjadi orang kaya di kampungnya. Hal tersebut merupakan permasalahan HIV/AIDS dalam aspek budaya, dan budaya adat seperti ini seharusnya dihapuskan.

AIDS juga merupakan penyakit yang disebabkan adanya pola perilaku dan sistem nilai karena adanya penyakit tersebut. Fakta bahwa manusia adalah makhluk individu dan budaya memperkenalkan kompleksitas dan variabilitas yang besar untuk memahami perilaku berisiko. Dengan demikian, konteks sosiokultural dapat berdampak pada perilaku individu.

Lingkungan sosial budaya menyediakan berbagai skenario dan peluang yang dapat memicu perilaku maladaptif atau dapat menciptakan situasi stres yang meningkatkan kemungkinan perilaku beresiko yang diambil. Modal sosial telah menunjukkan bagaimana pengaruh komunitas positif yang didasarkan pada identitas budaya bersama dapat memengaruhi individu untuk mengubah perilaku (dengan menolak pilihan yang berbahaya). Sebagai contoh dari komunitas sosial dan organisasi kemanusiaan dalam konteks Epidemio HIV adalah perubahan perilaku yang terjadi selama tahun 1980-an, komunitas LSL kelas menengah AS dan Eropa dengan jaringan dukungan yang sangat intensif dan masukan intensif yang menghasilkan strategi pencegahan berbasis masyarakat yang efektif. Pengaruh yang jelas dari masyarakat dan budaya dalam perilaku risiko kesehatan individu meningkatkan hubungan antara paradigma biomedis dan sosiokultural. Tindakan efektif untuk secara radikal mengubah arah epidemio HIV di antara populasi dengan tingkat kejadian yang meningkat telah terhalang oleh pemahaman yang tidak lengkap tentang konteks budaya, sosial dan politik dan bagaimana hubungannya dengan ranah biomedis dan psikologis (Ordóñez & Marconi, 2012).

4. Aspek Spiritual pada Pasien dengan HIV/AIDS

Penyakit HIV/AIDS yang diderita pasien tentunya akan menyebabkan stres, gangguan emosi, merasa diasingkan atau stigmatisasi. Beratnya permasalahan yang dialami pasien HIV/AIDS memengaruhi aspek psikologis, sosial dan spiritual. Permasalahan spiritual juga bisa dialami pasien HIV/AIDS seperti: menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, beribadah akan tetapi tidak sesuai panduan, gangguan dalam beribadah maupun *distress* spiritual. Spiritual dan religi merupakan coping seseorang yang merasakan sakit atau sedang mengalami penderitaan, hal yang dijadikan sumber harapan dan semangat dalam menghadapi suatu penyakit, dalam perasaan menderita

maupun depresi adalah agama dan spiritual (Adib-Hajbaghery et al., 2017).

Pemberian dukungan spiritual bertujuan untuk menguatkan iman, memberikan harapan yang dipandang sebagai jembatan antara keputusan dan makna hidup. Semakin dekat dengan Tuhan merupakan indikasi tingginya kehidupan spiritual pada pasien HIV/AIDS. Pendekatan spiritual dapat bermanfaat sebagai upaya dalam menghadapi penyakit HIV/AIDS dalam penggunaan koping positif. Spiritualitas merupakan langkah penting yang dilakukan oleh pasien HIV/AIDS yang menjadikan jalan untuk menemukan arti dan bertahan hidup serta mendapatkan petunjuk untuk menghadapi tantangan dari penyakit HIV.

Faktor memengaruhi kesehatan spiritual menurut (Amal & Khofsoh, n.d.) adalah:

- 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 memengaruhi spiritualitas dan pada akhirnya memengaruhi 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 (Gede Meyantara Eka Superkertia et al., n.d.) adalah:

- a. Kebutuhan untuk menyakini bahwa kehidupan memberikan makna dan memiliki tujuan.
- b. Kebutuhan untuk hubungan yang lebih dalam dengan komunitas. Termasuk di dalamnya 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 mempraktikkan rasa saling percaya.

D. RANGKUMAN

Penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit yang akan disandang seumur hidup oleh penderitanya. Hal ini yang mengakibatkan orang yang menderita HIV/AIDS mengalami perubahan dalam hidupnya baik psikologi, sosial, kultural dan spiritual dalam kehidupannya. Perubahan psikologi pada orang yang menderita penyakit kronis adalah: *denial, anger, bargaining, depression, acceptance*. Dampak sosial ini terjadi karena adanya stigma dan diskriminasi pada HIV/AIDS. ODHA merasa khawatir mendapatkan stigma dari pasangan bahkan dari keluarga ODHA sendiri. AIDS juga merupakan penyakit yang disebabkan adanya pola perilaku dan sistem nilai karena adanya penyakit tersebut. Permasalahan spiritual juga bisa dialami pasien HIV/AIDS seperti: menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, beribadah akan tetapi tidak sesuai panduan, gangguan dalam beribadah maupun *distress* spiritual. Spiritual dan religi merupakan koping seseorang yang merasakan sakit atau sedang mengalami penderitaan, hal yang dijadikan sumber harapan dan semangat dalam menghadapi suatu penyakit, dalam perasaan menderita maupun depresi adalah agama dan spiritual.

E. LATIHAN SOAL

1. Tahan pasien menyalahkan tuhan atas penyakit yang diterita, merupakan tahapan perubahan psikologi pada pasien yang disebut:
 - A. *Denial*
 - B. *Anger*
 - C. *Bargaining*
 - D. *Acceptance*
2. Penyebab adanya perubahan social pada ODHA di antaranya adalah:
 - A. Stigma
 - B. Perubahan fisik
 - C. Dukungan orang terdekat
 - D. Pandangan tenaga kesehatan
3. Faktor yang memengaruhi spiritual pasien dengan HIV/AIDS adalah, kecuali:
 - A. Usia
 - B. Kebudayaan
 - C. Jenis kelamin
 - D. Pengalaman sebelumnya

F. KISI-KISI JAWABAN

1. B
2. A
3. A

G. GLOSSARIUM

ODHA: Orang Dengan HIV/AIDS

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S., & Fini, I. A. (2017). Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nursing Ethics*, 24(4), 462–473. <https://doi.org/10.1177/0969733015600910>
- [2] Amal, A. I., & Khofsoh, E. (n.d.). Buku Proceeding Unissula Nursing Conference Tema: "Nurse Roles in Providing Spiritual Care in Hospital, Academic and Community" 70 UNISSULA PRESS (Potret Kebutuhan Spiritual pasien HIV/AIDS Description Of Spiritual Need Among Hiv Aids Patient).
- [3] Dian Savitri, A. (2017). Penyesuaian Diri pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Ditinjau Dari Dukungan Sosial. In *Philantrophy Journal of Psychology* (Vol. 1).
- [4] Gede Meyantara Eka Superkertia, I., Widi Astuti, I., Pande Lilik Lestari, M., & Studi Ilmu Keperawatan, P. (n.d.). Hubungan Antara Tingkat Spiritualitas Dengan Tingkat Kualitas Hidup Pada pasien Dengan HIV/AIDS.
- [5] Mhode, M., & Nyamhanga, T. (2016). Experiences and impact of stigma and discrimination among people on antiretroviral therapy in Dar es Salaam: A qualitative perspective. *AIDS Research and Treatment*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/7925052>
- [6] Ordóñez, C. E., & Marconi, V. C. (2012). Understanding HIV Risk Behavior from a Sociocultural Perspective.
- [7] Putu, D., Pardita, Y., Dampak Sosial, A., & Sudibia, I. K. (n.d.). Analisis Dampak Sosial, Ekonomi dan Sosial pada Orang dengan HIV.
- [8] Siyoto, S., Peristiowati, Y., Agustina, E., Surya, S., & Kediri, M. H. (n.d.). Mekanisme Koping Pada ODHA Dengan Pendekatan Teori *Adaptasi Callista Roy* (*Coping Mechanism on People Living with HIV Using Theory of Adaptation Callista Roy*).

BAB VIII

PEMERIKSAAN FISIK DAN DIAGNOSTIK HIV/ AIDS

A. PENDAHULUAN

Acquired Immuno deficiecny Syndrome (AIDS) adalah merupakan kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV. Tahapan akhir infeksi HIV adalah AIDS. Penegakan diagnostic pada HIV/AIDS ada dua macam pendekatan, yaitu secara sukarela dan atas inisiatif petugas kesehatan. Selain itu terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk memastikan diagnosis infeksi HIV. Secara garis besar dapat dibagi menjadi pemeriksaan *serologic* untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV dan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan virus HIV [1].

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang anamnesa, pemeriksaan fisik dan diagnostik HIV/AIDS (ODHA).

C. MATERI

1. Anamnesa

Pada anamnesa perlu diidentifikasi identitas dan latar belakang pasien. HIV lebih rentan terjadi pada populasi kunci, yaitu pekerja seks, pengguna narkoba suntik (penasun), laki-laki seks dengan laki-laki (LSL), waria dan warga binaan pemasyarakatan. Anamnesis juga perlu menanyakan latar belakang seksual pasien, yaitu mengidentifikasi riwayat paparan faktor risiko, seperti perilaku hubungan seks tanpa proteksi,

pasangan seks berganti-ganti, memiliki riwayat penyakit menular seksual, penyalahgunaan obat dengan menggunakan jarum suntik yang sama bergantian, atau luka akibat jarum suntik [2].

Pasien umumnya memiliki keluhan yang tidak spesifik, seperti *flu-like symptoms*, tetapi dapat pula menemukan keluhan sesuai penyakit oportunistik yang diderita.

Gejala yang muncul pada infeksi HIV juga dapat tergantung pada fase infeksi. Pada fase serokonversi akut, pasien dapat mengeluhkan gejala *flu-like symptoms*, seperti demam, malaise dan ruam generalisata. Pada fase asimtomatik, pasien tidak menunjukkan gejala namun dapat ditemukan limfadenopati generalisata. Pada fase *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), pasien dapat mengeluhkan gejala infeksi yang tidak biasa, berat, berulang dan sulit sembuh [3].

2. Pemeriksaan Fisik

Terdapat 4 stadium klinis infeksi HIV berdasarkan tanda dan gejala yang dapat ditemukan dari anamnesa dan pemeriksaan fisik [4].

Stadium Klinis 1

Stadium klinis 1 tidak ada gejala. pasien bisa mengalami limfadenopati generalisata persisten.

Stadium Klinis 2

Stadium klinis 2 ditandai dengan penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas (<10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya) dan infeksi saluran pernapasan berulang. pasien juga bisa mengalami *herpeszoster*, *cheilitis angularis*, ulkus mulut yang berulang, ruam kulit pada lengan dan tungkai yang gatal (*pupular pruritic eruptions*), *dermatitis seboroik* dan infeksi jamur pada kuku.

Stadium Klinis 3

Stadium klinis 3 ditandai dengan penurunan berat badan yang banyak dan tanpa sebab yang jelas (> 10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya), serta dari kronis yang tidak jelas penyebabnya selama >1 bulan. Pasien mengalami demam intermiten atau menetap yang tidak jelas penyebabnya selama >1 bulan, kandidiasis pada mulut ataupun tuberkulosis (TB) paru.

Stadium Klinis 4

Pada stadium klinis 4, pasien mungkin mengalami HIV *wasting syndrome*, pneumonia *pneumocystis (jiroveci)*, pneumonia bacterial berat berulang, infeksi herpes simpleks kronis kandidiasis esofagela atau kandidiasis di trakea, bronkus atau paru-0paru. Pasien juga mungkin mengalami TB ekstraparu, *sarcoma* kaposi, infeksi *cytomegalovirus*, toksoplasmosis disistem saraf pusat, *ensefalopati* HIV, kriptokokosis ekstraparu termasuk meningitis, infeksi *Mycobacterium* non-tuberkulosis yang menyebar, *leukoensefalopati multifocal* progresif, kriptosporidiosis kronis dan isoporiasis kronis [5].

3. Diagnostik Pada Klien HIV/AIDS

a. Diagnosis Banding

Terjadinya efek respon imun pada HIV memungkinkan terjadinya koinfeksi (infeksi oportunistik). Diagnosis banding infeksi HIV/AIDS adalah penyakit-penyakit yang dapat terjadi secara koinfeksi dengan infeksi HIV. Gejala dan tanda yang muncul akan sesuai dengan penyakit koinfeksi tersebut, sedangkan gejala dan tanda pada infeksi HIV tidak khas sehingga sulit untuk membedakan antara penyakit tanpa infeksi HIV atau penyakit yang berhubungan dengan infeksi HIV.

Anamnesa faktor risiko dapat membantu mengarahkan diagnosis dan diagnosis banding. Infeksi HIV perlu

dipertimbangkan pada pasien dengan penyakit infeksi yang serius, tidak biasa berulang dan sulit sembuh, terutama pada pasien yang memiliki faktor risiko.

Infeksi oportunistik yang dapat terjadi pada infeksi HIV juga dapat terjadi pada penyakit imunodefisiensi lain (bukan infeksi HIV) sehingga pertimbangan diagnosis infeksi HIV harus dilakukan kasus perkasus [6].

1) *Burkitt limfoma type imunodefisiensi*

Burkitt limfoma type imunodefisiensi berkaitan dengan gangguan imunitas seperti infeksi HIV. Penyakit ini sering terjadi pada anak-anak dan merupakan endemik di daerah Afrika. Manifestasi klinis berupa pembesaran kelenjar getah bening diusus, organ reproduksi, hati, limpa dan susmsum ulang belakang. Gejala lain pada *Burkitt Limfoma type imunodefisiensi* tidak khas namun mirip dengan gejala infeksi HIV yaitu penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, *fatigue*, berkeringat di malam hari dan demam.

Perbeda denga infeksi HIV, Burkitt limfoma tidak ditularkan. Diagnosa dilakukan dengan biopsi kelenjar getah bening yang membesar. Tes serologi HIV dapat dialllkukan jika terdapat faktor risiko yang kuat [7].

2) *Kandisiasis*

Kandisiasis sering koinfeksi dengan infeksi hIV, terutama kandisiasis esofagus dan kandisiasi trakeobronkitis. Tanda dan gejala kandisiasis yang dapat muncul antara lain bercak atau erosi yang disertai tasa panas dan gatal dimulut, sudut bibir, vagina, lipatan kulit atau perianal. Munculnya kandidiasis yang berat berulang atau sulit sembuh perlu dicuriagi adanya HIV[7].

3) *Cryptosporidiosis*

Bebeda dengan HIV yang dapat menyerang segala usia *cryptosporidiosis* terutama terjadi pada anak-anak

dengan manifestasi utama diare. Pada kondisi diare menjadi kronis keterlibatan system respirasi (sesak napas, *wheezing*, batuk, serak, croup) dan keterlibatan system bilier (*sclerosing cholangitis*, *acalculous cholecystitis*, pankreatitis) perlu dicurigai adanya HIV [7].

4) *Coccidioidomycosis dan Valley Fever*

Coccidioidomycosis ditransmisikan via inhalasi (*airborne transmission*) sehingga terutama menyerang organ paru, Gejala yang dapat muncul seperti gejala flu, namun 60-65% kasus bersifat asimtomatik. Pasien dapat mengalami demam bersamaan dengan atralgia, eritema nodosum atau multiformis, dan nyeri dada, yang sering disebut *San Joaquin Valley Fever*. Pada kasus dengan keterlibatan ekstrapulmonal pada berbagai organ yang luas (kelenjar endokrin, mata, hati, ginjal, prostat, kavum peritoneal, kulit, jaringan lunak, sendi, system saraf pusat), perlu dicurigai adanya HIV.

5) *Cryptococcosis*

Cryptococcosis terutama menyerang paru dan sistem saraf pusat, namun dapat juga melibatkan organ lain seperti kulit, prostat dan tulang. Pada *cryptococcosis* dengan keterlibatan saraf pusat yang berat, *distress* nafas akut (ARDS), dan lesi kulit, perlu dicurigai adanya HIV.

6) *Cytomegalovirus*

Infeksi *cytomegalovirus* (CMV) dapat bersifat asimtomatik atau memunculkan gejala seperti flu dengan *limfadenopati*. Manifestasi CMV dapat melibatkan berbagai organ seperti pneumonia, hepatitis, ensefalitis, myelitis, colitis dan retinitis. Pada infeksi CMV yang melibatkan seluruh tractus

gastrointestinal (*upper dan lower gastrointestinal tract*) dan retinitis, perlu dicurigai adanya HIV.

7) *Herpes Simpleks*

Seperti HIV, *herpes simpleks* (HSV) tranmisikan melalui cairan atau sekresi tubuh yang mengandung virus HSV. Gejala yang muncul antara lain malaise, anoreksia, demam, limfadenopati, lesi vesikel berkelompok dengan dasar eritema, nyeri yang terlokalisasi dan rasa terbakar pada lesi. Pada infeksi HSV berat yang melibatkan organ respirasi dan saraf pusat perlu dicurigai adanya HIV.

8) *Immunoblastic Lymphoma atau Disffuse Histiocytic Lymphoma*

Immunoblastic lymphoma adalah tumor ganas sel B. Gejala yang muncul antara lain limfadenopati, anemia perdarahan dan hepatosplenomegali. Kondisi ini juga dapat melibatkan tractus gastrointestinal, tulang, testis dan saraf pusat. Berbeda dengan infeksi HIV, *immunoblastic lymphoma* tidak ditularkan. Tes serologi HIV dapat dilakukan jika terdapat faktor risiko yang kuat.

9) *Infeksi Mycobacterium avium complex*

Infeksi Mycobacterium avium complex (MAC) adalah agen patogen di paru-paru yang menyerang pasien imunokompromais. Penyebaran MAC dalam tubuh manusia terjadi secara limfogen, namun pada orang dengan infeksi HIV juga terjadi penyebaran secara hematogen ke hati, lien, sumsum tulang system gastrointestinal, dan respirasi, sehingga menimbulkan *disseminated* MAC (DMAC). Infeksi HIV perlu dicurigai jika terjadi DMAC.

10) Toksoplasmosis

Toksoplasmosis adalah infeksi yang disebabkan oleh parasit *Toxoplasma gondii*. Penyakit ini tidak menular antar manusia namun dapat ditransmisikan secara vertical dari ibu ke janin. Toksoplasmosis dapat bersifat asimtomatik atau muncul gejala ringan seperti flu dan limfadenopati. Pada toksoplasmosis dengan keterlibatan saraf pusat, retinokoroiditis, pneumonitis, dan *septic shock-like presentation* perlu dicurigai adanya HIV [8].

b. Pemeriksaan Penunjang

Semua pemeriksaan HIV harus mengikuti prinsip 5C yaitu persetujuan pasien (*consent*), kerahasiaan (*confidentiality*), konseling (*counseling*), hasil tes valid (*correct test result*) dan terhubung dengan layanan pengobatan, perawatan dan dukungan (*connection to prevention, care and treatment services*)[9].

1) Pemeriksaan Serologi

Infeksi HIV didiagnosis dengan pemeriksaan serologi dan virologi. Pemeriksaan serologi bertujuan untuk mendeteksi antigen dan antibody terhadap HIV. Pemeriksaan serologi terdiri dari pemeriksaan antibody saja atau pemeriksaan antibody sekaligus antigen (antigen p24). Metode yang sering digunakan untuk pemeriksaan serologi adalah *rapid immunochromatography test* (tes cepat) dan *enzyme immunoassay* (EIA). Pemeriksaan serologi dapat digunakan untuk pemeriksaan skrining HIV [6].

2) Pemeriksaan Virologi

Pemeriksaan virologi adalah pemeriksaan asam nukleat (*nucleic acid test/NAT*) untuk mendeteksi DNA HIV dan RNA HIV. Metode yang digunakan untuk pemeriksaan virologi adalah *polymerase chain reaction (PCR)*. Pemeriksaan virologi digunakan pada bayi berusia

dibawah 17 bulan, infeksi HIV primer, kasus terminal dengan hasil pemeriksaan antibodi negatif namun gejala klinis mengarah ke AIDS, dan konfirmasi hasil inkonklusif atau 2 hasil laboratorium yang berbeda[10]. Pada bayi usia <18 bulan, WHO merekomendasikan pemeriksaan uji virologi pertama dilakukan pada usia 4-6 minggu. Bayi dengan risiko tinggi harus mendapatkan pemeriksaan PCR tambahan pada saat lahir dan usia 4 bulan. Jika hasil PCR pertama negatif. Pada fasilitas Kesehatan yang tidak memiliki uji virologi HIV, didiagnosis presumif infeksi HIV dapat ditegakkan jika terhadap kelaian terkait HIV disertai hasil serologi HIV yang seropositive. Penegakan diagnosis infeksi HIV presuntif harus segera dikonfirmasi dengan uji virologi (PCR DNA HIV) atau uji serologi setelah anak berusia >18 bulan.

Selain mendeteksi DNA dan RNA HIV, pemeriksaan virologi juga dilakukan untuk mengetahui *viral load*. Pemeriksaan *viral load* dilakukan untuk mengetahui perkiraan jumlah virus HIV dalam darah, menandakan tingkat virulensi pasien, dan sebagai target terapi ARV. Diharapkan setelah terapi ARV, nilai *viral load* dapat turun hingga tidak terdeteksi yaitu 20-75 kopi/ml. Hal ini menandakan terapi ARV berhasil menekan aktivitas HIV dan virulensi menjadi tergolong rendah dengan terapi ARV [11].

Viral load menunjukkan aktifnya replikasi virus yang berhubungan dengan progresi ke arah AIDS dan kematian. Pasien dengan *viral load* >30.000/mL memiliki risiko kematian akibat AIDS 18,3 kali lebih besar dibandingkan pasien dengan *viral load* yang sudah tidak terdeteksi [12].

c. Waktu Pemeriksaan

Pemeriksaan HIV idealnya dilakukan setelah melewati *window period*, yaitu waktu antara terpapar HIV sampai dapat dilakukan pemeriksaan diagnostik HIV. *Window period* setiap orang berbeda-beda dan juga bergantung pada metode pemeriksaan yang digunakan. *Window periode* pada pemeriksaan NAT adalah 10-33 hari setelah paparan HIV. *Window period* pada pemeriksaan antigen/antibody adalah 18-45 hari setelah paparan HIV untuk sampel darah vena dan 18-90 hari setelah paparan HIV untuk sampel *finger prick*. *Window period* pemeriksaan antibody (pemeriksaan cepat dan pemeriksaan mandiri) adalah 23-90 hari setelah paparan HIV [13].

d. Hasil Pemeriksaan

- 1) Hasil pemeriksaan HIV diinterpretasikan positif jika:
 - (a) 3 kali pemeriksaan serologi dengan metode atau reagen semuanya menunjukkan hasil reaktif, atau
 - (b) Terdeteksi HIV pada pemeriksaan virologi kuantitatif atau kualitatif.
- 2) Hasil pemeriksaan HIV diinterpretasikan negatif jika:
 - (a) Hasil pemeriksaan pertama nonreaktif, dan tidak ada faktor risiko.
 - (b) Hasil pemeriksaan serologi pertama reaktif, namun hasil pemeriksaan kedua dan ketiga nonreaktif dan tidak ada faktor risiko.
- 3) Hasil pemeriksaan HIV diinterpretasikan *indeterminate* jika:
 - (a) 2 dan 3 hasil pemeriksaan serologi nonreaktif, tetapi ada faktor risiko atau pasangan berisiko [13].

e. Tindak lanjut Hasil Pemeriksaan HIV

- 1) Apabila hasil pemeriksaan HIV positif, pasien diberikan terapi ARV. Apabila hasil pemeriksaan HIV negatif

namun berisiko, maka dianjurkan pemeriksaan ulang minimal 3 bulan, 6 bulan, dan 12 bulan dari pemeriksaan pertama.

- 2) Bila hasil negatif dan tidak berisiko maka edukasi mengenai perilaku sehat.
- 3) Apabila hasil pemeriksaan HIV *indeterminate*, maka tes perlu diulang dengan spesimen baru minimal 2 minggu setelah pemeriksaan pertama. Bila hasil tetap *indeterminate*, dilanjutkan dengan pemeriksaan PCR. Bila tidak ada akses ke pemeriksaan PCR, rapid test diulang 3 bulan, 6 bulan dan 12 bulan dari pemeriksaan pertama. Bila hasil tetap *indeterminate* dan faktor risiko rendah, hasil dinyatakan sebagai negatif [5].

(a) Skrining HIV pada populasi khusus

Pada orang dengan risiko tinggi seperti populasi kunci, dianjurkan melakukan tes HIV secara regular setiap tahun. Pada wanita hamil di daerah dengan prevalensi tinggi, diajurkan melakukan tes HIV saat akhir kehamilan, saat persalinan atau sesegera mungkin setelah persalinan[9].

(b) Pemeriksaan Setelah Terkonfirmasi HIV positif

Pada pasien yang baru terdiagnosis infeksi HIV, perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mendekati adanya infeksi oportunistik dan sebagai pertimbangan terapi ARV[9].

(c) Pemeriksaan penunjang tambahan

Pemeriksaan penunjangn tambahan lainnya dilakukan sesuai indikasi dan kondisi klinis pasien. Pemeriksaan yang mungkin diperlukan mencakup hitung darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati, purified protein derivate (PPD) skin test untuk TB, pemeriksaan infeksi cytomegalovirus (CMV), ataupun pemeriksaan hepatitis [3].

f. Langkah-Langkah Asuhan Kebidanan pada HIV/AIDS

Langkah-langkah asuhan kebidanan pada HIV/AIDS mengacu pada tujuh (7) langkah dengan pola pikir Varney, sebagai mana berikut [14]:

1) Pengkajian

(a) Data Subjektif (Anamnesa)

- (1) Biodata
- (2) Keluhan Utama
- (3) Riwayat Kesehatan Sekarang
- (4) Riwayat Kesehatan yang Lalu
- (5) Riwayat Kesehatan Keluarga
- (6) Riwayat Obstetrik
- (7) Riwayat Psikososial
- (8) Keadaan Sosial Budaya
- (9) Pola Aktifitas
- (10) Pola Istirahat
- (11) Pola Personal *Hygiene*
- (12) Pola Eliminasi
- (13) Pola Seksual

(b) Data Objektif (Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan dan Penunjang)

- (1) Kesehatan umum
- (2) Tanda-tanda Vital (TTV)
- (3) Pemeriksaan fisik
 - Inspeksi
 - Palpasi
 - Auskultasi
 - Perkusi
- (4) Pemeriksaan Laboratorium

- (5) Pemeriksaan penunjang
 - HIV
- 2) Interpretasi Data

Interpretasi data dasar meliputi:

 - (a) Diagnosa Kebidanan
 - (b) Masalah
- 3) Identifikasi Diagnosa/masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi.
- 4) Tindakan Segera

Langkah ini merupakan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu, misalnya perlunya tindakan segera untuk konsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim Kesehatan yang lain sesuai kondisi klinis [14].
- 5) Rencana Asuhan

Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien. Pada langkah ini tugas bidan merumuskan dengan hasil pembahasan bersama klien baik lisan maupun tertulis kemudian membuat kesepakatan Bersama sebelum melaksanakannya.
- 6) Pelaksanaan

Bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama klien.
- 7) Evaluasi

Pada Langkah terakhir ini, yang dilakukan adalah:

- (a) Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan.
- (b) Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen tidak efektif.

D. RANGKUMAN

Manajemen asuhan kebidanan merupakan penerapan manajemen kebidanan yang menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara otomatis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan.

E. LATIHAN SOAL

1. Merupakan populasi kunci HIV/AIDS adalah:
 - A. Pekerja seks komersial
 - B. Ibu hamil
 - C. Remaja
 - D. Sopir
 - E. Ibu rumah tangga
2. Terjadinya penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas (<10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya) merupakan tanda dan gejala infeksi HIV stadium?
 - A. Stadium 1
 - B. Stadium 2
 - C. Stadium 3
 - D. Stadium 4
 - E. HIV Kronis

3. Selain mendeteksi DNA dan RNA HIV, pemeriksaan virologi juga dilakukan untuk mengetahui adalah:
- A. *Infeksi oportunistik*
 - B. *cytomegalovirus*
 - C. *Viral load*
 - D. Antigen
 - E. Antibodi

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. A
- 2. B
- 3. C

G. GLOSARIUM

LSL	: Laki-laki seks dengan laki-laki
Penasun	: Pengguna Narkoba Suntik
CMV	: <i>Cytomegalovirus</i>
HSV	: <i>herpes simpleks virus</i>
MAC	: <i>Mycobacterium avium complex</i>

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] A. Nurtikasari and R. Soraya, "Perbedaan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Pencegahan Penularan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dari Ibu ke Anak (PPIA) Sebelum dan Sesudah Diberi Penyuluhan (Desa Gampeng Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri)," *J. KEBIDANAN*, vol. 6, no. 2, pp. 94–99, Mar. 2019, doi: 10.35890/jkdh.v6i2.37.
- [2] 1 Marianto Hartanto, "Infeksi Human Immun-deficie-cy Virus (HIV) dalam Kehamilan," CDK-276, 2019. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nsI0-JZV3X-J:https://kalbemed.com/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx%3Fportalid%3D0%26moduleid%3>

- D471%26articleid%3D656%26documentid%3D651+&cd=8&hl=en&ct=clnk&gl=id&client=firefox-b-d (accessed Jan. 25, 2020).
- [3] G. Dewita, A. B. Barus, A. I. Yusuf, and A. Tjiptaningrum, "Pendekatan Diagnostik dan Penatalaksanaan Pada pasien HIV-AIDS Secara Umum," *J Medula Unila*, vol. 6, no. 1, pp. 56–61, 2016.
- [4] N. E. Helwig, S. Hong, and E. T. Hsiao-wecksler, NoTitle.
- [5] K. K. R. Indonesia, "Penatalaksanaan Orang Dengan Hiv Aids (Odha) Untuk Eliminasi Hiv Aids Tahun 2030." pp. 1–8, 2018.
- [6] E. Durman, "Diagnosis Serologis Infeksi Human Immunodeficiency Virus," *Maj. Kedokt. FK UKI*, vol. XXVIII, no. 3, pp. 126–132, 2016, [Online]. Available: <http://ejournal.uki.ac.id/index.php/mk/article/view/1884>
- [7] Kementerian Kesehatan RI, "Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak," Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Ibu dan Anak, 2015. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nUz-xxHKs5sJ:siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Pedoman_Manajemen_PPIApdf.pdf+&cd=5&hl=id&ct=clnk&gl=id&client=firefox-b-d (accessed Jan. 25, 2020).
- [8] Z. T. Haile, "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*, 2014. <https://search.proquest.com/docview/1705084988/D768908D1DC2405BPQ/9?accountid=62691> (accessed Jan. 25, 2020).
- [9] National library of medicine, "[AIDS. HIV testing of pregnant women]. - ProQuest," Sykepleien, 2020. <https://search.proquest.com/docview/78611122/23A91762F-62D4C70PQ/7?accountid=62691> (accessed Jan. 25, 2020)

- [10] Setiyawati N Shaluhayah Z Cahyo K, "Sikap Ibu Rumah Tangga Terhadap Tes HIV/AIDS di Sleman Yogyakarta," vol. 9, no. 1, pp. 56–66, 2016, doi: 10.14710/jpki.9.1.56-66.
- [11] Aderibigbe, "NTitle," *Energies*, vol. 6, no. 1, pp. 1-8, 2018, [Online]. Available: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.03.044%0Ahttps://reader.el-sevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?TO-ken=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295fcd8>
- [12] Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Health Resources and Services Administration (HRSA), "Integrated HIV Prevention and Care Plan Guidance, including the Statewide Coordinated Statement of Need, CY 2022- 2026," pp. 1–38, 2021, [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/funding/announcements/ps18-1802/cdc-hiv-Integrated-HIV-Prevention-Guidance.pdf>
- [13] F. Kesehatan and T. Pertama, "Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS".
- [14] L. Arlenti, "Manajemen Pelayanan Kebidanan," Jakarta: EGC, p. h.25-29, 2021.

BAB IX

PENATALAKSANAAN HIV/AIDS PADA WANITA SEPANJANG SIKLUS HIDUPNYA

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV-AIDS) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi virus HIV yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Perjalanan penyakit ini lambat dan rata-rata gejala AIDS baru timbul 10 tahun sesudah terjadinya infeksi bahkan dapat lebih lama lagi. Sampai saat ini penyakit HIV/AIDS masih menjadi perhatian dunia dan masuk ke dalam salah satu tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) untuk mengakhiri epidemi AIDS yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030. Angka morbiditas penyakit ini terus meningkat sehingga dapat mengancam hidup penderitanya serta infeksi oportunistik dan komplikasi-komplikasinya juga dapat menyebabkan kematian, sehingga penting sekali untuk dilakukan tata laksana yang baik pada setiap fase di sepanjang siklus kehidupan wanita untuk dapat memutus rantai penularan penyakit tersebut. Pada BAB IX akan dipaparkan penatalaksanaan HIV/AIDS pada wanita sepanjang siklus hidupnya di antaranya tata laksana pada prenatal, persalinan, postnatal, neonatus, anak, dan wanita lanjut usia untuk memutus rantai penularan dan memperpanjang angka harapan hidup wanita dengan HIV/AIDS.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini diharapkan:

1. Mahasiswa mampu memahami tata laksana pada prenatal.
2. Mahasiswa mampu memahami tata laksana pada persalinan.
3. Mahasiswa mampu memahami tata laksana pada postnatal.
4. Mahasiswa mampu memahami tata laksana pada neonatus.
5. Mahasiswa mampu memahami tata laksana pada anak.
6. Mahasiswa mampu memahami tata laksana pada wanita lanjut usia.

C. MATERI

1. Tata Laksana pada Prenatal

Sebelum konsepsi, wanita yang terinfeksi sebaiknya melakukan konseling dengan dokter spesialis. Program ini membantu pasien dalam menentukan terapi yang optimal dan penanganan obstetrik, seperti toksisitas ARV yang mungkin terjadi, diagnosis prenatal untuk kelainan kongenital (malformasi atau kelainan kromosomal) dan menentukan cara persalinan yang boleh dilakukan. Wanita yang terinfeksi disarankan untuk melakukan servikal sitologi rutin, menggunakan kondom saat berhubungan seksual, atau menunggu konsepsi sampai plasma viremia telah ditekan. Profilaksis terhadap PCP tidak diperlukan, tetapi infeksi oportunistik yang terjadi harus tetap diobati. Status awal yang harus dinilai pada ibu hamil dengan infeksi HIV adalah riwayat penyakit HIV berdasarkan status klinis, imunologis (jumlah $CD4 < 400/ml$) dan virologis (*viral load* tinggi). Riwayat pengobatan, operasi, sosial, ginekologi dan obstetrik sebelumnya harus dilakukan pada kunjungan prenatal pertama. Pemeriksaan fisik lengkap penting untuk membedakan proses penyakit HIV dengan perubahan fisik normal pada kehamilan.

a. Intervensi untuk Mencegah Progresifitas Penyakit pada Ibu Hamil

Highly active anti-retroviral therapy (HAART) adalah kemoterapi antivirus yang disarankan oleh WHO untuk ibu hamil sebagai pengobatan utama HIV selama masa kehamilan dan *postpartum*. Selain memperbaiki kondisi maternal, HAART terbukti dapat mencegah transmisi perinatal yaitu dengan mengurangi replikasi virus dan menurunkan jumlah *viral load maternal*. Obat pilihan pertama yang boleh digunakan untuk ibu hamil adalah *lamivudine* (3TC) 150 mg dan *zidovudine* (ZDV) 250 mg untuk golongan *nucleoside reverse transcriptase inhibitors* (NRTIs), *nevirapine* (NVP) 200 mg untuk golongan non-NRTIs (NNRTIs), *indinavir* 800 mg dan *nelfinavir* 750 mg untuk golongan *protease inhibitors* (PI). Obat-obatan ini terbukti memiliki potensi teratogenik dan efek samping maternal yang sangat minimal. Sasaran terapi ARV pada kehamilan adalah untuk menjaga viral load dibawah 1000 kopi/ml. Kombinasi terapi ARV dianjurkan untuk semua kasus yaitu 2 NRTIs/NNRTIs dengan 1 PI. Berhubung ZDV merupakan satu-satunya obat yang menunjukkan penurunan transmisi perinatal, obat ini harus digunakan kapan saja memungkinkan sebagai bagian dari HAART. Apabila viral load <10.000 kopi/ml, monoterapi ZDV 250 mg dapat diberikan secara oral 2x sehari, dimulai antara umur kehamilan 20 sampai 28 minggu. Jika wanita yang terinfeksi HIV ditemukan pada proses kelahiran, baik dengan status HIV positif sebelumnya atau dengan hasil *rapid test*, lebih dari satu pilihan pengobatan tersedia, tetapi semua harus termasuk infus ZDV.

Ibu hamil yang terinfeksi HIV dan tidak pernah mendapatkan terapi ARV, HAART harus dimulai secepat mungkin, termasuk selama trimester pertama. Pada kasus di mana ibu hamil yang sebelumnya mengkonsumsi HAART

untuk kesehatannya sendiri, harus melakukan konseling mengenai pemilihan obat yang tepat. Efek samping obat terlihat meningkat pada ibu hamil dengan jumlah sel T CD4+ <250/ml. Misalnya pada ibu dengan CD4 <200/ml yang sebelumnya mendapat pengobatan *single dose* NVP, *ritonavir-booster* lapinavir ditambah tenofovir-emtricitabine, diganti dengan NVP ditambah *tenofovir-emtricitabine* sebagai terapi awal. Oleh karena itu, NVP sebaiknya bukan *single dose* karena berpotensi menimbulkan *hepatotoksik* yang fatal pada ibu hamil. Ibu hamil juga membutuhkan antibiotic profilaksis terhadap infeksi oportunistik yang dideritanya. Apabila CD4 <200/ml, profilaksis pilihan untuk PCP adalah *trimetrophine/sulfamethoxazole* (TMX/SMX). Pada trimester pertama, sebaiknya obat ini diganti dengan *pentamidine aerosol* karena obat berpotensi *teratogenic*. TMX/SMX juga digunakan untuk mencegah tokoplasmik ensefalitis dan diberikan saat level CD4 <100/ml. *Azithromycin* menggantikan *clarithromycin* sebagai profilaksis MAC. Dosis seminggu sekali jika jumlah CD4 <50/ml. Wanita yang sebelumnya mengkonsumsi obat-obatan tersebut sebelum hamil sebaiknya tidak menghentikan pengobatannya.

b. Intervensi untuk Mencegah Transmisi Perinatal (PMTCT)

Selain terapi ARV dan profilaksis, pemilihan susu formula dibandingkan ASI terbukti dapat menurunkan transmisi HIV dari ibu ke anak dari 15-25% sampai kurang dari 2%. Persalinan dengan elektif seksio sesaria ternyata juga dapat menurunkan transmisi perinatal. Persalinan ini dinilai dapat meminimalkan terpaparnya janin terhadap darah maternal, akibat pecahnya selaput plasenta dan sekresi maternal, saat janin melewati jalan lahir. Indikasi persalinan dengan elektif seksio sesaria adalah wanita tanpa pengobatan antiviral, wanita yang mengkonsumsi HAART dengan viral load >50 kopi/mL, wanita yang hanya

mengonsumsi monoterapi ZDV, wanita dengan HIV positif dan koinfeksi virus hepatitis, termasuk HBV dan HCV.

c. **Tata Laksana Pada Komplikasi Obstetrik**

Wanita dengan HIV positif yang menjadi lemah mendadak pada masa kehamilannya, harus segera dievaluasi oleh tim multidisiplin (dokter obstetrik, pediatrik dan penyakit dalam) untuk mencegah kegagalan diagnostik. Komplikasi yang berhubungan dengan HIV sebaiknya dianggap sebagai penyebab dari penyakit akut pada ibu hamil dengan status HIV tidak diketahui. Pada keadaan ini, tes diagnostik HIV harus segera dikerjakan. HAART dapat meningkatkan risiko lahir prematur. Oleh sebab itu, pemilihan dan penggunaan terapi ARV yang tepat berperan penting dalam hal ini. Wanita yang terancam lahir prematur baik dengan atau tanpa PROM harus melakukan skrining infeksi, khususnya infeksi genital sebelum persalinan. Bayi prematur 34 minggu, persalinan harus dipercepat. Augmentation dapat dipertimbangkan jika viral load <50 kopi/ml dan tidak ada kontraindikasi obstetrik. Pertimbangan tersebut termasuk pemberian antibiotik intravena spektrum luas, jika pasien terbukti ada infeksi genital atau *korioamnionitis*. Lain halnya pada umur kehamilan <34 minggu penatalaksanaannya sama tetapi obat antibiotik oral yang diberikan adalah *eritromisin*. Semua ibu hamil, baik yang terinfeksi HIV maupun tidak sangat memungkinkan untuk menderita anemia. Untuk itu pemeriksaan darah lengkap wajib dikerjakan.

2. Tata Laksana pada Persalinan

Cara persalinan harus ditentukan sebelum umur kehamilan 38 minggu untuk meminimalkan terjadinya komplikasi persalinan. Sampel plasma *viral load* dan jumlah CD4 harus diambil pada saat persalinan. pasien dengan HAART harus mendapatkan obatnya sebelum persalinan, jika diindikasikan,

sesudah persalinan. Semua ibu hamil dengan HIV positif disarankan untuk melakukan persalinan dengan seksio sesaria. Infus ZDV diberikan secara intravena selama persalinan elektif seksio sesaria dengan dosis 2 mg/kg selama 1 jam, diikuti dengan 1 mg/kg sepanjang proses kelahiran. Pada persalinan ini, infus ZDV dimulai 4 jam sebelumnya dan dilanjutkan sampai tali pusar sudar terjepit. *National Guidelines* menyarankan pemberian antibiotik peripartum pada saat persalinan untuk mencegah terjadinya infeksi. Ruang operasi juga harus dibuat nyaman mungkin untuk mencegah PROM sampai kepala dilahirkan melalui operasi insisi. Kelompok meta-analisis Internasional Perinatal HIV, menemukan bahwa risiko transmisi vertikal meningkat 2% setiap penambahan 1 jam durasi PROM. Jika persalinan sesaria dikerjakan setelah terjadi PROM, keuntungan operasi jelas tidak ada. Pada kasus ini, pemilihan jalan lahir harus disesuaikan secara individu. Oleh karena itu, usahakan agar membran tetap intak selama mungkin. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh ACOG pada tahun 2000, pasien HAART dengan viral load >1000 kopi/ml, harus konseling berkenaan dengan keuntungan yang didapat dari persalinan dengan elektif seksio sesaria dalam menurunkan risiko transmisi vertikal pada perinatal.

Persalinan pervaginama yang direncanakan hanya boleh dilakukan oleh wanita yang mengkonsumsi HAART dengan viral load <50 kopi/ml. Jika pasien ini tidak ingin melakukan persalinan lewat vagina, seksio sesaria harus dijadwalkan pada umur kehamilan 39+ minggu, untuk meminimalkan risiko transient *tachypnea of the newborn* (TTN). Prosedur invasif seperti pengambilan sampel darah fetal dan penggunaan elektrode kulit kepala fetal merupakan kontraindikasi. Pada persalinan pervaginam, amniotomi harus dihindari, tetapi tidak jika proses kelahiran kala 2 memanjang. Jika terdapat indikasi alat bantu persalinan, forsep dengan kavitas rendah lebih disarankan untuk janin karena insiden trauma fetal lebih kecil.

3. Tata Laksana pada Postnatal

Setelah melahirkan, ibu sebaiknya menghindari kontak langsung dengan bayi. Dosis terapi antibiotik *profilaksis*, ARV dan *imunosuportif* harus diperiksa kembali. Indikasi penggunaan infus ZDV adalah kombinasi single dose NVP 200 mg dengan 3TC 150 mg tiap 12 jam, dan dilanjutkan ZDV/3TC kurang lebih selama 7 hari *postpartum* untuk mencegah resistensi NVP. Imunisasi MMR dan *varicella zoster* juga diindikasikan, jika jumlah limfosit CD4 diatas 200 dan 400. ibu disarankan untuk menggunakan kontrasepsi pada saat berhubungan seksual.

Secara teori, ASI dapat membawa HIV dan dapat meningkatkan transmisi perinatal. Oleh karena itu, WHO tidak merekomendasikan pemberian ASI pada ibu dengan HIV positif, meskipun mereka mendapatkan terapi ARV. Saran suportif mengenai susu formula pada bayi sangat diperlukan untuk mencegah gizi buruk pada bayi. Menurut penelitian yang dilakukan di Eropa, semua wanita dengan HIV positif direkomendasikan untuk mengonsumsi kabergolin 1 mg oral dalam 24 jam setelah melahirkan, untuk menekan laktasi.

Pemberian susu pada bayi (ASI/PASI) harus memenuhi kriteria AFASS (*acceptable, feasible, affordable, sustainable, and safe*), dan selalu mempertimbangkan antara risiko transmisi vertikal HIV dan manfaat proteksi terhadap mortalitas terkait malnutrisi, diare, dan pneumonia. Penggunaan terapi ARV dapat menekan transmisi HIV melalui ASI, namun belum dapat mengeliminasi risiko transmisi seluruhnya. ASI untuk bayi dari ibu terinfeksi HIV hanya dapat diberikan apabila kriteria AFASS terhadap PASI tidak terpenuhi, dengan syarat ibu harus dalam terapi ARV dan anak mendapatkan ARV profilaksis.

4. Tata Laksana pada Neonatus

Seluruh bayi lahir dari ibu HIV wajib mendapatkan ARV profilaksis. Pemberian ARV profilaksis dengan dosis sesuai gestasi sebaiknya mulai diberikan pada usia 6-12 jam setelah

lahir, atau setidaknya tidaknya kurang dari usia 72 jam. Pemberian ARV pada bayi yang lahir dari ibu HIV bertujuan untuk mencegah transmisi HIV yang terjadi terutama pada saat persalinan dan menyusui. Prinsip pemberian ARV profilaksis pada bayi lahir dari ibu HIV adalah sebagai pencegahan pasca-pajanan (PPP) yang bertujuan untuk menurunkan risiko infeksi HIV setelah mendapat pajanan potensial.

Bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV yang mendapatkan pengganti ASI (PASI) diberikan profilaksis dengan menggunakan *zidovudine* (AZT) monoterapi selama 6 minggu terbukti efektif untuk mencegah transmisi vertikal HIV pada bayi yang lahir dari ibu yang mendapat ARV dan jumlah virus HIV di darahnya tidak terdeteksi. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group* (ACTG) membuktikan pemberian AZT per oral saat kehamilan dan intravena (IV) saat persalinan pada ODHA hamil yang dilanjutkan dengan pemberian AZT per oral (2mg/kg/kali setiap 6 jam) pada bayi yang dilahirkannya sampai dengan usia 6 minggu menurunkan risiko transmisi vertikal HIV sebesar 67,5% (IK 95% 40,7–82,1%) bila dibandingkan dengan plasebo. Pilihan lain yang lebih mudah diberikan dan direkomendasikan adalah AZT 4mg/kg setiap 12 jam.

Penggunaan kombinasi dua ARV profilaksis pada bayi terpajan HIV yang mendapatkan ASI memiliki efektivitas yang cukup baik dalam menurunkan transmisi vertikal. Penelitian di Malawi terhadap 3.016 bayi terpajan HIV yang diberi ASI mendapatkan angka transmisi vertikal saat usia 9 bulan pada kelompok kontrol (NVP dosis tunggal dan AZT satu minggu) adalah 10,6%. Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang mendapat AZT satu minggu dan NVP selama 14 minggu (5,2%) dan kombinasi NVP dan AZT selama 14 minggu (6,4%). Masalah yang kemudian timbul dengan penggunaan kombinasi NVP dan AZT pada bayi terpajan HIV yang diberikan ASI adalah angka resistensi NVP lebih tinggi. Penelitian lanjutan dari penelitian penggunaan kombinasi ARV

pada bayi yang diberikan ASI mendapatkan angka resistensi NVP pada usia 6 bulan sebesar 82,6%. Penelitian Nelson, dkk. mendapatkan angka resistensi NVP sebesar 56% pada bayi yang mendapat profilaksis NVP. Angka tersebut lebih tinggi bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol (11%) dan kelompok profilaksis terapi ARV kombinasi maternal (6%) ($p=0.004$).

Pemberian antibiotik profilaksis, *cotrimoxazole* terhadap PCP wajib dilakukan sejak usia 6 minggu sampai diagnosis infeksi HIV dapat disingkirkan atau sampai usia 12 bulan. Tes IgA dan IgM, kultur darah langsung dan deteksi antigen PCR merupakan serangkaian tes yang harus dijalankan oleh bayi pada umur 1 hari, 6 minggu dan 12 minggu. Jika semua tes ini negatif dan bayi tidak mendapat ASI, orang tua dapat menyatakan bahwa bayi mereka tidak terinfeksi HIV. Konfirmasi HIV bisa dilakukan lagi saat bayi berumur 18 sampai 24 bulan. Pemberian imunisasi tetap dilakukan mengikuti standar pemberian imunisasi pada anak, termasuk vaksin hidup, kecuali bila terdapat gejala klinis infeksi HIV.

Pemberian nutrisi pada bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV memerlukan diskusi dengan ibu terkait pemilihannya. Nutrisi untuk bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV adalah pengganti ASI (PASI) untuk menghindari transmisi HIV lebih lanjut (sangat direkomendasikan, kualitas bukti tinggi). Air susu ibu untuk bayi dari ibu terinfeksi HIV hanya dapat diberikan apabila syarat AFASS terhadap PASI tidak terpenuhi. Air susu ibu harus diberikan eksklusif selama 6 bulan, dengan syarat ibu harus mendapatkan ARV kombinasi dan anak mendapatkan ARV profilaksis. Pemberian nutrisi campur ASI dan PASI (*mixed feeding*) harus dihindari karena menempatkan bayi pada risiko terinfeksi HIV yang lebih tinggi (sangat direkomendasikan, kualitas bukti tinggi).

5. Tata Laksana pada Anak

Patogenesis infeksi HIV perinatal sangat berbeda dengan patogenesis infeksi pada dewasa. Infeksi HIV pada masa perinatal memiliki progresivitas yang lebih cepat dibandingkan dengan infeksi HIV pada dewasa. *Viral load set-point* pada bayi yang terinfeksi perinatal berkali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan dewasa. Optimalisasi terapi ARV pada anak berusia kurang dari 3 tahun memiliki peran penting untuk mencapai kontrol replikasi virus yang efektif, sehingga tumbuh kembang yang optimal dapat tercapai.

Telaah sistematis terhadap dua uji klinis acak menyimpulkan keunggulan paduan berbasis PI dibandingkan dengan paduan berbasis NVP sebagai paduan terapi ARV lini pertama untuk anak berusia kurang dari 3 tahun. Anak berusia kurang dari 3 bulan yang mendapat paduan ARV berbasis PI memiliki luaran kegagalan virologis dan mortalitas yang lebih rendah. Paduan LPV/r memiliki ketahanan resistensi yang lebih baik, sehingga dapat melindungi resistensi paduan NRTI tanpa mengganggu penggunaan obat PI lain sebagai paduan terapi ARV lini kedua.

Pemilihan LPV/r sebagai paduan terapi ARV lini pertama pada anak berusia kurang dari 3 tahun bukan tanpa hambatan. Formulasi paduan LPV/r yang dapat diberikan dengan mudah pada bayi adalah yang berbentuk sirup, namun formulasi sirup membutuhkan ketersediaan rantai dingin hingga sesaat sebelum dikonsumsi. Formulasi paduan LPV/r yang lebih stabil tersedia dalam bentuk tablet, namun palatabilitasnya kurang optimal dan secara teknis sulit diberikan untuk bayi berusia kurang dari 3 bulan. Penyediaan paduan LPV/r dalam bentuk sirup maupun tablet memiliki biaya yang lebih mahal dibandingkan dengan penyediaan paduan NVP. Alternatif mengatasi hambatan tersebut adalah dengan mengganti paduan LPV/r menjadi paduan NNRTI setelah usia >3 tahun, apabila tercapai supresi virus yang persisten. Uji klinis acak di Afrika

Selatan mendapatkan EFV lebih baik dibandingkan NVP untuk menggantikan LPV/r pada anak berusia >3 tahun.

Pemilihan paduan NRTI pada paduan terapi ARV diharapkan dapat menjadi paduan “tulang punggung” dengan *toksitas* yang minimal. Pemilihan paduan ABC dibandingkan dengan AZT dikombinasikan dengan 3TC sama efektifnya untuk mencapai respons klinis, imunologis, dan virologis. Pemilihan paduan terapi ARV lini pertama akan memengaruhi pemilihan paduan pada lini kedua. Kegagalan paduan terapi ARV lini pertama menggunakan AZT dapat menyebabkan akumulasi mutasi terhadap analog timidin sehingga mengurangi efektifitas ABC atau TDF sebagai paduan terapi ARV lini kedua. Risiko mutasi tersebut lebih besar apabila paduan terapi ARV lini pertama berbasis NNRTI. Sebaliknya, resistensi terhadap ABC tidak memicu bahkan dapat meningkatkan kerentanan virus HIV terhadap AZT.

Penggunaan ABC sebagai pilihan paduan NRTI pada paduan terapi ARV lini pertama juga bukan tanpa masalah. Pemilihan ABC sebagai paduan terapi lini pertama, apalagi bila dikombinasikan dengan LPV/r akan meningkatkan biaya terapi ARV. Hal tersebut akan menjadi beban terutama pada negara dengan sumber daya terbatas.

Paduan terapi ARV lini pertama di Indonesia, belum sepenuhnya dapat mengikuti panduan terbaru dari WHO. Paduan LPV/r baik dalam formulasi sirup maupun tablet serta ABC belum tersedia di seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang melayani pasien dengan infeksi HIV. Kedua paduan tersebut masih digunakan sebagai paduan terapi ARV lini kedua. Pemilihan paduan terapi ARV harus mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat menghambat keterlangsungan terapi, salah satunya ketersediaan obat dalam jangka waktu panjang. Pemilihan paduan terapi ARV lini pertama pada anak berusia kurang dari 3 tahun di Indonesia masih menggunakan paduan alternatif yaitu AZT+3TC+NVP. Beberapa pertimbangan

yang mendasari antara lain ketersediaan obat di fasilitas primer dalam jangka panjang, kemudahan pemberian LPV/r formulasi sirup membutuhkan rantai dingin/*cold chain* hingga sesaat sebelum dikonsumsi, serta keterbatasan pilihan paduan terapi ARV lini kedua dan lini ketiga.

Dapat disimpulkan paduan terapi ARV pada anak berusia <3 tahun terdiri atas 2 obat kelompok NRTI dan 1 obat kelompok PI, sedangkan paduan alternatif terdiri atas 2 obat kelompok NRTI dan 1 obat kelompok NNRTI. Pilihan paduan kelompok NRTI adalah ABC atau AZT dikombinasikan dengan 3TC. Paduan berbasis LPV/r harus digunakan sebagai pilihan lini pertama ARV pada anak berusia <3 tahun, tanpa melihat riwayat paparan terhadap kelompok NNRTI sebelumnya. Bila LPV/r tidak tersedia, terapi harus diinisiasi dengan paduan berbasis NVP. Apabila tersedia pemantauan viral load, dapat dipertimbangkan perubahan paduan LPV/r menjadi EFV setelah usia >3 tahun, dengan syarat tercapai supresi virus persisten. paduan terapi ARV lini pertama pada anak berusia <3 tahun, paduan pilihan (ABC atau AZT) +3TC+LPV/r, paduan alternatif (ABC atau AZT)+3TC+NVP.

6. Tata Laksana pada Wanita Lanjut Usia

Pilihan rejimen *Antiretroviral* (ARV) untuk wanita lanjut usia yang mengidap HIV harus didasarkan pada tinjauan komprehensif terhadap kondisi medis dan pengobatan wanita tersebut. Dalam memilih *rejimen* ARV berdasarkan karakteristik seseorang dan kondisi klinis tertentu (misalnya penyakit ginjal, peningkatan risiko penyakit kardiovaskular, dan osteoporosis). Pada wanita lanjut usia dengan HIV dan penurunan fungsi ginjal, penyesuaian dosis *nucleoside reverse transkriptase inhibitor* (NRTI) mungkin diperlukan. Selain itu, pemilihan rejimen ARV mungkin dipengaruhi oleh potensi interaksi antara obat ARV dan obat yang digunakan secara bersamaan untuk menangani penyakit penyerta. Wanita dewasa

berusia > 50 tahun harus dipantau efektivitas dan keamanannya seperti yang direkomendasikan pada populasi pengidap HIV lainnya namun, pada wanita lanjut usia, perhatian khusus harus diberikan pada potensi efek samping ART yang lebih besar terhadap kesehatan ginjal, hati, kardiovaskular, sistem saraf pusat, metabolisme. Regimen ART yang mengandung *tenofovir disoproxil fumarate* (TDF), *boosted protease inhibitor* (PI), atau keduanya berhubungan dengan hilangnya kepadatan mineral tulang secara signifikan lebih besar dibandingkan rejimen yang mengandung NRTI lain dan *integrase strand transfer inhibitor* (INSTI). *Abacavir* (ABC), rejimen hemat NRTI, dan *tenofovir alafenamide* dapat dipertimbangkan sebagai alternatif penggunaan TDF pada wanita lanjut usia yang mungkin berisiko terkena osteopenia atau osteoporosis; Namun, dengan ABC, manfaatnya harus diimbangi dengan potensi peningkatan risiko penyakit kardiovaskular.

Mengingat tingginya kejadian penyakit penyerta, komplikasi non-AIDS, dan kelemahan di antara wanita lanjut usia dengan HIV, penggantian satu atau lebih ARV ke rejimen HIV mungkin diperlukan untuk meminimalkan toksisitas dan interaksi obat-obat. Misalnya, panduan para ahli saat ini merekomendasikan pemantauan kepadatan tulang pada pria berusia ≥ 50 tahun dan wanita cisgender pasca menopause, dan menyarankan peralihan dari TDF atau PI yang ditingkatkan ke ARV lain pada wanita lanjut usia yang berisiko tinggi mengalami patah tulang akibat kerapuhan. Mengingat prevalensi yang tinggi dan perkembangan yang lebih cepat penyakit ginjal kronis pada wanita lanjut usia dengan HIV, kemungkinan besar disebabkan oleh kombinasi faktor risiko HIV, ART, dan non-HIV, perkembangan penyakit pada wanita lanjut usia yang memakai ART harus dipantau dengan sangat waspada. Pada wanita dengan HIV berisiko atau mengalami penurunan fungsi ginjal, pertimbangan harus diberikan untuk menghindari rejimen yang mengandung TDF dan *atazanavir*.

D. RANGKUMAN

Di negara berkembang, lebih dari 10 juta wanita hamil hidup dengan HIV/AIDS. Sebanyak 80% kasus disebabkan oleh hubungan heteroseksual, 20% akibat terkontaminasi jarum suntik dan sisanya melalui transfusi darah dan transmisi perinatal. Frekuensi rata-rata transmisi vertikal dari ibu ke anak dengan infeksi HIV mencapai 30%. Kasus tertinggi terjadi akibat terpaparnya intrapartum terhadap darah maternal, sekresi saluran genital yang terinfeksi dan ASI. ACOG merekomendasikan wanita berumur 19-64 tahun untuk melakukan skrining HIV secara rutin, khususnya wanita yang berisiko tinggi diluar umur tersebut. Kombinasi terapi ARV yang tepat dan pemilihan cara persalinan, yaitu persalinan dengan elektif seksio sesaria terbukti dapat menurunkan prevalensi transmisi HIV dari ibu ke anak dan mencegah komplikasi obstetrik secara signifikan. Pada neonatus, pemberian ARV profilaksis dengan dosis sesuai gestasi sebaiknya mulai diberikan pada usia 6-12 jam setelah lahir, atau setidaknya tidaknya kurang dari usia 72 jam. Optimalisasi terapi ARV pada anak berusia kurang dari 3 tahun sehingga tumbuh kembang yang optimal dapat tercapai. Pada wanita lanjut usia, memilih rejimen ARV disesuaikan berdasarkan karakteristik seseorang dan kondisi klinis tertentu.

E. LATIHAN SOAL

1. HAART pilihan pertama yang boleh digunakan untuk ibu hamil adalah?
 - A. *Lamivudine* 100 mg dan *zidovudine* 200 mg
 - B. *Lamivudine* 150 mg dan *zidovudine* 200 mg
 - C. *Lamivudine* 100 mg dan *zidovudine* 250 mg
 - D. *Lamivudine* 150 mg dan *zidovudine* 250 mg
2. Tata laksana persalinan dengan HIV di antaranya pemberian Infus ZDV diberikan secara intravena selama persalinan elektif seksio sesaria. Pemberian infus tersebut harus dimulai sejak?
 - A. 2 jam sebelumnya

- B. 3 jam sebelumnya
 - C. 4 jam sebelumnya
 - D. 6 jam sebelumnya
3. Seluruh bayi lahir dari ibu HIV wajib mendapatkan ARV profilaksis. Pemberian ARV profilaksis dengan dosis sesuai gestasi sebaiknya mulai diberikan pada usia?
- A. 6-12 jam setelah lahir
 - B. 6-18 jam setelah lahir
 - C. 6-24 jam setelah lahir
 - D. 6-36 jam setelah lahir
4. Pilihan rejimen *Antiretroviral* (ARV) untuk wanita lanjut usia dengan HIV harus didasarkan pada kondisi klinis tertentu di antaranya?
- A. Kadar Hb
 - B. Status gizi
 - C. Kadar leukosit
 - D. Osteoporosis

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. D
- 2. C
- 3. A
- 4. D

G. GLOSSARIUM

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ARV : *Antiretroviral*

ASI : Air Susu Ibu

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

HAART : *Highly Active Anti-Retroviral Therapy*

INSTI : *Integrase Strand Transfer Inhibitor*

- KIA : Kesehatan ibu dan anak
KTIP : Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan
KTS : Konseling dan Tes Sukarela
NRTI : *Nucleoside Reverse Transkriptase Inhibitor*
PASI : Pengganti Air Susu Ibu

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Chasela CS, Hudgens MG, Jaimeson DJ, Kayira D, etc. Maternal or Infant Antiretroviral Drugs to Reduce HIV-1 Transmission. *N Engl J Med.* 2010;362:2271-81
- [2] Coll O, Suy A, Hernandez S, Pisa S, Lonca M, Thorne C, Borrell A. Prenatal Diagnosis in HIV-Infected Women: A New Screening Program For Chromosomal Anomalies. *American Journal of Obstetricians and Gynecologists.* 2006;194:192-8.
- [3] Department of HIV/AIDS, Department of Reproductive Health and Research. Antiretroviral Drugs For Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. Dalam: *Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living With HIV/AIDS and Their Children in Resource-Constrained Settings.* Geneva: WHO. 2004; h. 1-41. 4.
- [4] Gabbe SG, Nielbyl JR, Simpson JL. Maternal and Perinatal Infection. Dalam: *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies.* Edisi ke-4. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002; h.1320-25. 14 3.
- [5] Green-top Guideline No.39. Management of HIV in Pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. 2010; h. 1-28.
- [6] James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. Human Immunodeficiency Virus. Dalam: *High Risk Pregnancy: Management Options.* Edisi ke-1. London: W. B. Saunders Company Ltd, 1994; h. 498-502.
- [7] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2017.

- [8] Marino T. HIV in Pregnancy. Emedicine, 2010.
- [9] Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana HIV. 2019
- [10] Minkoff HL. Human Immunodeficiency Virus. Dalam: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, penyunting. Maternal-Fetal Medicine Principles and Practice. Edisi ke5. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004; h. 803-14. 5.
- [11] Valerian CM, Kemara KP, Megadhana IW. Tatalaksana Infeksi HIV Dalam Kehamilan. SMF Obsgyn FK Universitas Udayana.
- [12] Witarini KA. Pencegahan penularan infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dari Ibu ke Anak di Indonesia: Intisari Sains Medis 2021, Volume 12, Number 2: 601-605.
- [13] Zorilla CD, Tamayo-Agrait V. Pharmacologic and Non-Pharmacologic Options for The Management of HIV Infection During Pregnancy. HIV/AIDS Research and Palliative Care in Review. 2009;1:41-53.

BAB X

HUBUNGAN GENDER DAN HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Data global menunjukkan bahwa jumlah perempuan yang terinfeksi HIV dan AIDS lebih tinggi dibanding jumlah laki-laki yang terinfeksi. Data yang sama juga ditunjukkan di Botswana dan Afrika Selatan, sementara untuk data di Indonesia menurut laporan Kemenkes, jumlah kasus terinfeksi HIV/AIDS selalu lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan, namun bila dilihat jumlah proporsinya setiap tahun proporsi perempuan yang terinfeksi menunjukkan trend yang semakin meningkat dibanding laki-laki.

Feminisasi pada HIV/AIDS memiliki dimensi gender di mana umumnya beban untuk merawat keluarga secara umum ada di tangan perempuan. Karena itu dampak HIV/AIDS sangat besar pada wanita dalam memengaruhi keluarga dibanding pada laki-laki. Beban untuk merawat keluarga atau pasangan yang terinfeksi HIV lebih besar pada perempuan padahal umumnya tingkat pendidikan dan pengetahuan terkait HIV pada perempuan jauh lebih rendah dibanding laki-laki dan pada akhirnya banyak wanita yang tertular HIV dari pasangannya.

Sekitar 68 persen orang yang terinfeksi HIV di seluruh dunia tinggal di Afrika Sub-Sahara, di mana virus ini lebih banyak menyerang perempuan. Kekerasan berbasis gender telah diidentifikasi sebagai penyebab utama penularan HIV/AIDS. Strategi pencegahan perlu mengatasi kesenjangan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan, serta norma dan praktik yang menempatkan perempuan pada risiko lebih tinggi terhadap paparan HIV.

Dalam satu dekade terakhir, perempuan telah menjadi ikon HIV/AIDS di Afrika Sub-Sahara, karena 61 persen pengidap virus

di wilayah tersebut adalah perempuan. Tingkat infeksi HIV/AIDS tertinggi di kalangan perempuan berusia 15 hingga 49 tahun terjadi di Afrika bagian selatan, khususnya di Botswana, Lesotho, Swaziland, dan Afrika Selatan. Gambar 1 menunjukkan perbedaan tingkat prevalensi HIV antara laki-laki dan perempuan di negara-negara tersebut, di mana perempuan secara konsisten terinfeksi dalam proporsi yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Kesenjangan gender bahkan lebih besar lagi terjadi di kelompok usia muda: Di Afrika Selatan, prevalensi HIV di kalangan perempuan muda berusia 20 hingga 24 tahun kira-kira tiga kali lebih tinggi 21 persen dibandingkan dengan 7 persen dibandingkan di antara laki-laki pada usia yang sama. Di Lesotho, sekitar 8 persen perempuan muda berusia 15 hingga 19 tahun terinfeksi HIV, sementara angka prevalensinya adalah 3 persen di antara laki-laki dalam kelompok usia yang sama. Angka-angka ini menunjukkan faktor-faktor tertentu yang meningkatkan paparan perempuan terhadap virus.

Pembangunan Kesehatan sebagai salah satu penentu kualitas SDM telah mengadopsi pengarus-utamaan Gender (PUG). Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 2 menyebutkan bahwa pengabunan Kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender, non diskriminatif dan norma-norma agama. PUG dilingungkan kementerian Kesehatan juga diperkuat dengan adanya kesepakatan Bersama antara meteri negara pemebrdayaan Perempuan dan perlindungan anak dengan Menteri Kesehatan tentang pelaksanaan pengarusutamaan gender bidang Kesehatan.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang Hubungan Gender dan HIV/AIDS.

C. MATERI

1. Isu Gender dalam Kejadian HIV/AIDS

Terdapat kesenjangan dalam kesempatan laki-laki dan perempuan untuk tertular dan menyebarkan HIV/AIDS. Pada tahun 1994, WHO menyatakan bahwa penularan HIV dari laki-laki yang positif HIV ke perempuan lebih efektif daripada penularan dari perempuan ke laki-laki. Penularan HIV dari laki-laki yang terinfeksi ke perempuan lebih efisien daripada penularan dari perempuan yang positif HIV ke laki-laki, dengan rasio perempuan yang positif HIV ke laki-laki. Perempuan memiliki kemungkinan 2-4 kali lebih tinggi tertular HIV/AIDS dibandingkan laki-laki [1]. Salah satu alasannya adalah karena struktur anatomi alat kelamin wanita lebih luas dibandingkan dengan pria. Infeksi berpotensi ditularkan melalui sperma selama hubungan seksual [2]. Selama hubungan seksual, sperma membawa konsentrasi HIV yang lebih besar, yang kemudian masuk ke dalam cairan vagina. Sindrom ini membuat perempuan, yang sering kali lugu, sangat rentan terhadap infeksi HIV/AIDS. Terdapat faktor-faktor lain yang dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perbedaan Risiko dan Kerentanan terhadap HIV/AIDS pada Laki-Laki dan Perempuan

Laki-Laki	Perempuan
<p>1. Faktor Psikologi dan Perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rata-rata usia terinfeksi adalah >30 tahun. b. Pengalaman seksual, keinginan memiliki pasangan, jumlah pasangan (kecenderungan multi partner seperti budaya). c. Banyak yang aktif berhubungan seks baik dengan Perempuan maupun dengan laki-laki (LSL). d. Resiko rendah untuk terinfeksi tidak rentan seperti Perempuan. e. Suka mengambil resiko sebagai bagian sifat maskulin. 	<p>1. Faktor Psikologi dan Perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rata-rata usia terinfeksi adalah 5-10 tahun lebih awal dari laki-laki, khususnya umur 15-24 tahun. b. Risiko dari perilaku pasangan. c. Secara fisiologi lebih mudah terinfeksi IMS dan HIV/AIDS. Berisiko tinggi menjadi korban kekerasan fisik dan seksual. d. Berisiko menularkan HIV/AIDS ke bayi yang dikandung (20-40%).

Laki-Laki	Perempuan
<p>2. Faktor Sosiokultur</p> <p>a. Dominasi seksual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ketidakseimbangan kekuatan seksual. Kurang bertanggung jawab atas aktivitas seksualnya sendiri. 2) Kekerasan (termasuk yang terkait dengan obat dan alkohol). 3) Pemaksaan seks dan pemerkosaan. <p>b. Kurang aktif mencari informasi (informasi hanya berdasarkan asumsi/dugaan), tidak berupaya mencari informasi/kontrasepsi/ pengobatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi penggunaan narkoba tinggi termasuk penggunaan narkoba suntik. 2) Stigma bahwa laki-laki lebih sedikit masalahnya dibanding perempuan. 3) Stigma status HIV positif menghambat test dan berbagi pengetahuan yang mengakibatkan keterasingan. 	<p>2. Faktor Sosiokultur</p> <p>a. Menitikberatkan keperawanan dan norma pernikahan dan rumah tangga.</p> <p>b. Sebagian besar tidak mampu melawan dominasi laki-laki dalam Keputusan reproduksi/ seksual dalam rumah tangga, seks komersial dan bentuk hubungan lain.</p> <p>c. Berisiko mendapat kekerasan seksual, termasuk pemerkosaan dan pelecehan seksual.</p> <p>d. Budaya untuk diam dalam urusan seksual (tidak boleh untuk memahami tentang seks atau bentuk meminta pasangan menggunakan kondom).</p> <p>e. Sebagai penghubung antar penyalahgunaan narkoba atau barter narkoba dengan seks.</p> <p>f. Stigma dan diskriminasi.</p>

Laki-Laki	Perempuan
<p>3. Faktor Ekonomi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kekuatan ekonomi (sebagai penghasil/kontributor utama pendapatan keluarga). b. Dominasi control terhadap sumber daya keluarga. c. Jenis pekerjaan yang berisiko (misalnya supir truk jarak jauh, anggota militer) yang melibatkan gangguan mobilitas dan gangguan keluarga). 	<p>3. Faktor Ekonomi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Adanya ketergantungan finansial pada pasangan. b. Kurangnya akses dan control terhadap aset ekonomi, kurangnya pilihan untuk mendapatkan penghasilan menyebabkan peningkatan kerentanan (misalnya akhirnya menjadi pekerja seks komersial). c. Kurangnya akses dan pengetahuan tentang hukum dan seringnya mendapatkan diskriminasi dalam urusan hukum dan perlindungan. d. Adanya Upaya untuk memberikan layanan seks komersial diantara pengungsi Perempuan atau Ketika berpisah dari keluarga/pasangan.

Sumber: Sex Differences in HIV Infection [3].

Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), terdapat kesenjangan antara jumlah laki-laki dan perempuan yang terkena AIDS. Data tersebut menunjukkan bahwa 64,8 persen penderita AIDS adalah laki-laki. Namun demikian, ini hanyalah salah satu. Perempuan yang terinfeksi HIV tidak semata-mata karena pergaulan bebas, sesuai dengan stigma masyarakat yang melekat pada perempuan yang positif

HIV, tetapi juga dapat terjadi akibat menjadi korban dari laki-laki yang positif HIV. Stigma terhadap ODHA berawal dari pemberitaan media mengenai HIV/AIDS di Indonesia yang dimulai pada tahun 1981. Pada saat itu, kasus HIV ditemukan di kalangan pria homoseksual di Amerika Serikat, diikuti oleh kasus di kalangan pekerja seks. Namun, pada tahun 1990-an, kasus HIV/AIDS sudah mulai ditemukan di kalangan ibu rumah tangga dan bayi [4].

Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa calon ibu, terutama mereka yang menderita HIV/AIDS, memiliki kekhawatiran akan penularan virus tersebut kepada anak dan kerabat dekatnya, yang sering melakukan aktivitas bersama. Kekhawatiran yang dialami oleh para perempuan ini merupakan hal yang wajar, karena tindakan memenuhi peran reproduksi sebagai seorang ibu memiliki potensi risiko penyebaran virus HIV kepada anak mereka. Tabel berikut ini memberikan estimasi risiko dan jangka waktu penularan HIV dari ibu ke bayi:

Tabel 2. Tabel Perkiraan Risiko dan Waktu Penularan *HIV* dari Ibu ke Bayi

Waktu	Risiko
Selama kehamilan	5-10 %
Ketika persalinan	10-20 %
Melalui air susu ibu	10-15 %
Keseluruhan risiko penularan	25-45 %

Sumber: Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2019 [5].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah memberikan data yang semakin menegaskan kekhawatiran akan peningkatan penularan HIV/AIDS dari pasangan suami-istri ke ibu rumah tangga dan dari ibu yang positif HIV ke bayi yang baru lahir pada tahun 2011. Beban untuk bertahan hidup saja sudah sangat berat. Jadi, bagaimana individu dengan HIV/

AIDS dapat menavigasi kerumitan dalam membangun sebuah keluarga dan berbagai implikasi yang harus mereka hadapi. Hal ini sangat menantang bagi perempuan dengan HIV/AIDS [5].

2. Persepsi Individu dalam Layanan *Voluntary Counselling and Testing*

Voluntary Counseling and Testing (VCT) atau Konseling dan Tes Sukarela adalah prosedur yang melibatkan konseling pra-tes, konseling pasca-tes, dan tes HIV sukarela. Ini adalah metode yang bijaksana dan tepat waktu yang memungkinkan individu untuk memastikan status HIV mereka. Tes HIV dilakukan setelah klien memahami dan menyetujui persetujuan informasi [6]. Perilaku ini dipengaruhi oleh berbagai kriteria, seperti usia, pertemuan sebelumnya dengan orang yang berisiko tinggi terkena HIV/AIDS, dan tingkat pendidikan. Karakteristik demografis seperti usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan memiliki dampak terhadap kerentanan yang dirasakan [7].

3. Kekerasan Meningkatkan Paparan Perempuan terhadap HIV/AIDS

Perempuan yang pernah mengalami kekerasan mempunyai kemungkinan tiga kali lebih besar tertular HIV dibandingkan mereka yang tidak pernah mengalami kekerasan [8]. Statistik negara yang dikumpulkan oleh PBB menunjukkan bahwa perempuan muda di Afrika lebih mungkin mengalami kekerasan fisik atau seksual dibandingkan perempuan yang lebih tua, yang umumnya dilakukan oleh pasangan dekat. Meskipun paparan terhadap kekerasan terhadap perempuan berbeda-beda di setiap negara dan wilayah, survei secara konsisten menunjukkan bahwa kekerasan mencapai puncaknya antara usia 20 dan 30 tahun, dan kemudian mulai menurun. Prevalensi HIV juga cenderung mencapai puncaknya pada usia 25 tahun pada perempuan. Di sisi lain, puncak prevalensi HIV di kalangan laki-laki terjadi sekitar lima sampai 10 tahun kemudian dan pada tingkat yang lebih rendah secara keseluruhan.

Sebuah survei pada tahun 2005 menemukan bahwa sekitar 60 persen perempuan HIV-positif memilih untuk tidak menerima pengobatan di klinik Zambia karena mereka takut akan perilaku kekerasan dan pengabaian oleh keluarga mereka. Remaja yang dipaksa melakukan hubungan seks dalam satu tahun terakhir bahkan lebih mungkin menyembunyikan status HIV-positif mereka [9].

4. Faktor Sosial dan Budaya Membuat Perubahan Menjadi Sulit

Masyarakat Indonesia masih sangat kental dengan budaya patriarki, yang mengakibatkan perempuan di dalam keluarga memiliki posisi yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Pembagian tanggung jawab untuk melakukan tugas-tugas tertentu di dalam keluarga tampaknya membutuhkan pelaksanaan yang sempurna untuk memenuhi standar masyarakat yang telah ditetapkan. Salah satu dari tiga tujuan utama keluarga, di samping biologis, kasih sayang, dan sosialisasi, adalah fungsi ekonomi [6]. Dalam masyarakat Indonesia, laki-laki atau suami berperan sebagai pencari nafkah, melengkapinya fungsi ekonomi melalui pembagian kerja.

Masalahnya terletak pada kenyataan bahwa perempuan yang berasal dari tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah menghadapi tekanan yang lebih besar untuk terlibat dalam pekerjaan untuk mempertahankan kesejahteraan finansial keluarga. Pemahaman yang terbatas di dalam masyarakat berdampak langsung pada perilaku mereka terhadap ODHA, yang sangat rentan mengalami stigma dan prasangka. Selain itu, perempuan yang terinfeksi virus HIV juga memiliki kekhawatiran akan penularan virus kepada anak-anak mereka, serta potensi ketidakmampuan untuk merawat anak mereka di masa depan. Jika perlakuan ini diterapkan, maka akan semakin menyurutkan semangat para perempuan yang hidup dengan HIV (ODHA), baik dalam hal menerima kondisinya maupun dalam menjalankan perannya sebagai istri yang mendukung dan berkontribusi terhadap kesejahteraan finansial keluarga.

Selain itu, lingkungan kerja mungkin akan menolak kemampuan mereka untuk bekerja [10].

Penerimaan masyarakat terhadap norma-norma perilaku maskulin dan patri bahwa, di antara remaja berusia 15 hingga 19 tahun, 28 persen laki-laki dan 27 persen perempuan percaya bahwa perempuan tidak mempunyai hak untuk menolak berhubungan seks dengan pacarnya [10].

D. RANGKUMAN

Perempuan memainkan peran penting dalam menjalankan fungsi biologis yaitu melahirkan anak, sedangkan fungsi-fungsi lainnya dapat dijalankan secara bersama-sama atau secara bergantian, tergantung pada situasi dan kondisi yang dihadapi oleh sebuah keluarga. Namun demikian, perubahan yang telah terjadi telah mengakibatkan pergeseran dalam pembagian kerja, sehingga peran pencari nafkah tidak lagi hanya menjadi tanggung jawab suami, tetapi juga istri karena berbagai alasan.

Menangani kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan dalam perang melawan HIV/AIDS membutuhkan penyesuaian jangka panjang yang menantang, yang mungkin sangat sulit karena fokus utama pada taktik intervensi konvensional seperti penggunaan kondom, pengobatan *antiretroviral*, dan pengobatan IMS. Kekerasan meningkatkan risiko infeksi HIV pada perempuan karena alasan fisiologis dan psikologis. Perempuan yang tidak terinfeksi mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar untuk tertular HIV dari laki-laki yang terinfeksi dibandingkan sebaliknya. Secara biologis, perempuan lebih rentan terhadap infeksi dan pemaksaan seks semakin meningkatkan risiko penularan HIV kepada perempuan akibat robekan dan luka, terutama pada remaja perempuan. Namun, ancaman kekerasan pun dapat menimbulkan dampak negatif yang serius.

E. LATIHAN SOAL

1. Faktor psikologi dan perilaku yang berhubungan dengan perbedaan risiko dan kerentanan terhadap HIV/AIDS pada laki-laki dan perempuan adalah:
 - A. Suka mengambil risiko sebagai bagian sifat maskulin.
 - B. Ketidakseimbangan kekuatan seksual.
 - C. Kurang bertanggung jawab atas aktivitas seksualnya sendiri
 - D. Stigma dan diskriminasi.
 - E. Adanya ketergantungan finansial pada pasangan.
2. Resiko penularan HIV dari ibu ke janin selama kehamilan adalah:
 - A. 20-25%
 - B. 5-10 %
 - C. 30-45%
 - D. 50%
 - E. Lebih dari 50%
3. Berapa besar perempuan memiliki kemungkinan lebih tinggi tertular HIV/AIDS dibandingkan laki-laki:
 - A. 10 kali lebih besar
 - B. 20 kali lebih besar
 - C. 2-4 kali lebih besar
 - D. 2- 4 kali lebih kecil
 - E. 4 – 7 kali lebih kecil

F. KISI-KISI JAWABAN

1. A
2. B
3. C

G. GLOSARIUM

FCC	: <i>Famiy Center Care</i>
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
FCS	: <i>Family Care Specialist</i>
PUG	: Pengarus-utamaan Gender
LSL	: Laki-laki sama laki-laki
IMS	: Infeksi Menular seksual

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Update to International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. [Internet]. Vol. 7, Canadian HIV/AIDS policy & law review / Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2006. 1–118 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14725244>
- [2] Rodriguez-Garcia M, Connors K, Ghosh M. HIV Pathogenesis in the Human Female Reproductive Tract. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18(2):139–56.
- [3] Altfeld M, Scully EP. Sex Differences in HIV Infection. *Curr Top Microbiol Immunol.* 2023;441:61–73.
- [4] Sapsuha K, Handayani S. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Hiv/Aids Dengan Sikap Voluntary Counseling and Testing (Vct) Pada Ibu Rumah Tangga. *J Kesehat Samodra Ilmu.* 2021;12(2):134–45.
- [5] Kemenkes RI. *Isi_Buku_PPIA.pdf.* 2019.
- [6] Hubaybah H, Wisudariani E, Lanita U. Evaluasi Pelaksanaan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) Dalam Program Pencegahan HIV/AIDS di Puskesmas Pakuan Baru Kota Jambi. *J Kesmas Jambi.* 2021;5(1):61–71.
- [7] Prawesti NA, Purwaningsih P, Armini NKA. Faktor Pendorong Pemanfaatan Layanan Voluntary Counselling and Testing (VCT) oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) di LSM Gaya Nusantara. *J Ners dan Kebidanan (Journal Ners Midwifery).* 2018;5(2):129–36.

- [8] Nurdina G, Ibrahim K, Yani DI. Pengalaman Kekerasan Pada Perempuan Dengan Hiv Di Bandung. *J Ilm Keperawatan (Scientific J Nursing)*. 2022;8(1):179–92.
- [9] Survey H. Zambia 2013-14. *Stud Fam Plann*. 2016;47(1):99–109.
- [10] Charles-Eromosele TO, Kanma-Okafor OJ, Sekoni AO, Olopade BO, Olopade OB, Ekanem EE. Gender disparities in the socio-economic burden of HIV/AIDS among patients receiving care in an HIV clinic in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2022;22(4):477–87.

BAB XI

PRINSIP *PREVENTION MOTHER TO CHILD TRANSMISSION*

A. PENDAHULUAN

Di sejumlah negara berkembang HIV/AIDS merupakan penyebab utama kematian perempuan usia reproduksi. Infeksi HIV pada ibu hamil dapat mengancam kehidupan ibu serta ibu dapat menularkan virus kepada bayinya. Lebih dari 90% kasus anak terinfeksi HIV, ditularkan melalui proses penularan dari ibu ke anak atau *mother-to child HIV transmission* (MTCT). Virus HIV dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama kehamilan, saat persalinan dan saat menyusui. Data estimasi UNAIDS/WHO (2009) juga memperkirakan 22.000 anak di wilayah Asia Pasifik terinfeksi HIV dan tanpa pengobatan, setengah dari anak yang terinfeksi tersebut akan meninggal sebelum ulang tahun kedua.

Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Di negara maju risiko anak tertular HIV dari ibu dapat ditekan hingga kurang dari 2% karena tersedianya intervensi PPIA dengan layanan optimal. Namun di negara berkembang atau negara miskin, dengan minimnya akses intervensi, risiko penularan masih berkisar antara 20% dan 50%. Pada BAB VIII akan dipaparkan definisi PPIA, tujuan program PPIA dan faktor yang berperan dalam penularan HIV dari ibu ke anak.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan:

1. Mahasiswa mampu memahami definisi PPIA.
2. Mahasiswa mampu memahami tujuan program PPIA.

3. Mahasiswa mampu memahami faktor yang berperan dalam penularan HIV dari ibu ke anak.
4. Mahasiswa mampu memahami waktu dan risiko penularan HIV dari ibu ke anak.
5. Mahasiswa mampu memahami Empat Pilar (*4 Prong*) Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA).

C. MATERI

1. Definisi PPIA

Pencegahan Penularan HIV/AIDS Dari Ibu Ke Anak (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.

2. Tujuan Program PPIA

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.

3. Faktor yang Berperan dalam Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Ada tiga faktor utama yang berperan pada penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu faktor ibu, bayi/anak, dan tindakan *obstetrik*.

a. Faktor Ibu

1) Jumlah Virus (*Viral Load*)

Jumlah virus HIV dalam darah ibu saat menjelang atau saat persalinan dan jumlah virus dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya sangat memengaruhi penularan HIV dari ibu ke anak. Risiko penularan HIV menjadi sangat kecil jika kadar HIV rendah (kurang dari 1.000 kopi/ml) dan sebaliknya jika kadar HIV di atas 100.000 kopi/ml.

2) Jumlah Sel CD4

Ibu dengan sel CD4 rendah lebih berisiko menularkan HIV ke bayinya. Semakin rendah jumlah sel CD4 risiko penularan HIV semakin besar.

3) Status Gizi Selama Hamil

Berat badan rendah serta kekurangan vitamin dan mineral selama hamil meningkatkan risiko ibu untuk menderita infeksi yang dapat meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

4) Penyakit Infeksi Selama Hamil

Penyakit infeksi seperti sifilis, infeksi menular seksual, infeksi saluran reproduksi lainnya, malaria, dan tuberkulosis, berisiko meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

5) Gangguan Pada Payudara

Gangguan pada payudara ibu dan penyakit lain, seperti mastitis, abses, dan luka di puting payudara dapat meningkatkan risiko penularan HIV melalui ASI.

b. Faktor Bayi/Anak

1) Usia Kehamilan Dan Berat Badan Bayi Saat Lahir

Bayi lahir premature dengan berat badan lahir rendah (BBLR) lebih rentan tertular HIV karena sistem organ

dan sistem kekebalan tubuhnya belum berkembang dengan baik.

2) Periode Pemberian ASI

Semakin lama ibu menyusui, risiko penularan HIV ke bayi akan semakin besar.

3) Adanya Luka Di Mulut Bayi

Bayi dengan luka dimulutnya lebih besar berisiko tertular HIV ketika diberikan ASI.

c. Faktor Tindakan Obstetrik

Pada saat persalinan, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor obstetrik yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah:

1) Jenis Persalinan

Risiko penularan persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan melalui bedah sesar (seksio sesaria).

2) Lama Persalinan

Semakin lama proses persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak semakin tinggi, karena semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu.

3) Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam.

4) Tindakan *episiotomy*, ekstraksi vakum dan *forceps* meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu atau bayi.

4. Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

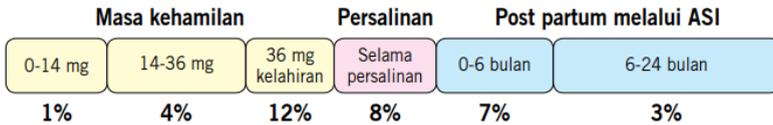
Pada saat hamil, sirkulasi darah janin dan sirkulasi darah ibu dipisahkan oleh beberapa lapis sel yang terdapat di plasenta.

Plasenta melindungi janin dari infeksi HIV. Tetapi, jika terjadi peradangan, infeksi ataupun kerusakan pada plasenta, maka HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan HIV dari ibu ke anak. Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui. Risiko penularan HIV pada ibu yang tidak mendapatkan penanganan PPIA saat hamil diperkirakan sekitar 15-45%. Risiko penularan 15-30% terjadi pada saat hamil dan bersalin, sedangkan peningkatan risiko transmisi HIV sebesar 10-20% dapat terjadi pada masa nifas dan menyusui.

Tabel 1. Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Waktu	Risiko
Selama hamil	5-10%
Bersalin	10-20%
Menyusui (ASI)	5-20%
Risiko penularan keseluruhan	20-50%

Apabila Ibu tidak menyusui bayinya, risiko penularan HIV menjadi 20-30% dan akan berkurang jika ibu mendapatkan pengobatan ARV. Pemberian ARV jangka pendek dan ASI Eksklusif memiliki risiko penularan HIV sebesar 25-25% dan risiko penularan sebesar 5-15% apabila ibu tidak menyusui (PASI). Akan tetapi, dengan terpai *Antiretroviral* (ART) jangka pandang, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat diturunkan lagi hingga 2-5%, dan ibu yang menyusui secara eksklusif memiliki risiko yang sama untuk menularkan HIV ke anaknya dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui. Dengan layanan PPIA yang baik, maka tingkat penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2%.



Bagan 1. Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak saat hamil, bersalin dan menyusui

5. Empat Pilar (4 Prong) Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dilaksanakan melalui kegiatan komprehensif yang meliputi empat pilar (4 prong), yaitu:

- a. *Prong* 1: Pencegahan Penularan HIV Pada Perempuan Usia Reproduksi

Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV pada anak adalah dengan mencegah penularan pada perempuan usia reproduksi 15 – 49 tahun (pencegahan primer). Pencegahan primer bertujuan mencegah penularan HIV dari ibu ke anak secara dini, yaitu baik sebelum terjadinya perilaku hubungan seksual berisiko atau bila terjadi perilaku seksual berisiko maka penularan masih bisa dicegah, termasuk mencegah ibu dan ibu hamil agar tidak tertular oleh pasangannya yang terinfeksi HIV.

Upaya pencegahan ini tentunya harus dilakukan dengan penyuluhan dan penjelasan yang benar terkait penyakit HIV-AIDS, dan penyakit IMS dan didalam koridor kesehatan reproduksi. Isi pesan yang disampaikan tentunya harus memperhatikan usia, norma, dan adat-istiadat, sehingga proses edukasi termasuk peningkatan pengetahuan komprehensif terkait HIV-AIDS dikalangan remaja semakin baik.

Untuk menghindari perilaku seksual yang berisiko upaya mencegah penularan HIV menggunakan strategi "ABCD", yaitu:

- 1) A (*Abstinence*) artinya Absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi orang yang belum menikah.
- 2) B (*Be Faithful*), artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- 3) C (*Condom*), artinya Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
- 4) D (*Drug No*), artinya Dilarang menggunakan narkoba.

Kegiatan yang dapat dilakukan pada pencegahan primer antara lain:

- 1) Menyebarluaskan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi, baik secara individu maupun kelompok, untuk:
 - (a) Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang cara menghindari penularan HIV dan IMS.
 - (b) Menjelaskan manfaat mengetahui status HIV sedini mungkin.
 - (c) Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang tatalaksana ODHA perempuan.
 - (d) Meningkatkan keterlibatan aktif keluarga dan komunitas untuk meningkatkan pengetahuan komprehensif HIV dan IMS.

Sebaiknya pesan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak juga disampaikan kepada remaja, sehingga mengetahui cara agar tidak terinfeksi HIV. Informasi tentang pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak juga penting disampaikan kepada masyarakat luas sehingga dukungan masyarakat kepada ibu dengan HIV dan kelurganta semakin kuat.

- 2) Mobilisasi masyarakat
 - (a) Melibatkan petugas lapangan (seperti kader kesehatan/PKK, PLKB, atau posyandu) sebagai pemberi informasi pencegahan HIV dan IMS kepada masyarakat dan untuk membantu klien mendapatkan akses layanan kesehatan.
 - (b) Menjelaskan tentang cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS, termasuk melalui penggunaan kondom dan alat suntik steril.
 - (c) Melibatkan komunitas, kelompok dukungan sebaya, tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi.

- 3) Layanan tes HIV

Konseling dan tes HIV dilakukan melalui pendekatan Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP) dan Konseling dan Tes Sukarela (KTS), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Cara untuk mengetahui status HIV seseorang adalah melalui tes darah. Prosedur pelaksanaan tes darah dilakukan dengan memperhatikan 3 C, yaitu: Counseling, Confidentiality, dan Informed Consent.

Jika status HIV ibu sudah diketahui,

- (a) HIV positif: lakukan intervensi PPIA komprehensif agar ibu tidak menularkan HIV kepada bayi yang dikandungnya.
 - (b) HIV negatif: lakukan konseling tentang cara menjaga agar tetap HIV negatif.
- 4) Dukungan untuk perempuan yang HIV negatif
 - (a) Ibu hamil yang hasil tesnya HIV negatif perlu didukung agar status dirinya tetap HIV negatif.
 - (b) Menganjurkan agar pasangannya menjalani tes HIV.

- (c) Membuat pelayanan KIA yang bersahabat untuk pria, sehingga mudah dan dapat diakses oleh suami/pasangan ibu hamil.
 - (d) Mengadakan kegiatan konseling berpasangan pada saat kunjungan ke layanan KIA.
 - (e) Peningkatan pemahaman tentang dampak HIV pada ibu hamil dan mendorong dialog yang lebih terbuka antara suami dan istri/pasangannya tentang perilaku seksual yang aman.
 - (f) Memberikan informasi kepada pasangan laki-laki atau suami bahwa dengan melakukan hubungan seksual yang tidak aman, dapat berakibat pada kematian calon bayi, istri, dan dirinya sendiri.
 - (g) Menyampaikan informasi kepada pasangan laki-laki atau suami tentang pentingnya memakai kondom untuk mencegah penularan HIV.
- b. *Prong 2: Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan pada Perempuan dengan HIV*

Perempuan dengan HIV berpotensi menularkan virus kepada bayi yang dikandungnya jika hamil. Karena itu, ODHA perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Konseling yang berkualitas, penggunaan alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta penggunaan kondom secara konsisten akan membantu perempuan dengan HIV agar melakukan hubungan seksual yang aman, serta menghindari terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan. Perlu diingat bahwa infeksi HIV bukan merupakan indikasi aborsi.

- 1) Perempuan dengan HIV yang tidak ingin hamil dapat menggunakan kontrasepsi yang sesuai dengan

kondisinya dan disertai penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV dan IMS.

- 2) Perempuan dengan HIV yang memutuskan untuk tidak mempunyai anak lagi disarankan untuk menggunakan kontrasepsi mantap dan tetap menggunakan kondom

Sejalan dengan kemajuan pengobatan HIV dan intervensi PPIA, ibu dengan HIV dapat merencanakan kehamilannya dan diupayakan agar bayinya tidak terinfeksi HIV. Petugas kesehatan harus memberikan informasi yang lengkap tentang berbagai kemungkinan yang dapat terjadi, terkait kemungkinan terjadinya penularan, peluang anak untuk tidak terinfeksi HIV. Dalam konseling perlu juga disampaikan bahwa perempuan dengan HIV yang belum terindikasi untuk terapi ARV bila memutuskan untuk hamil akan menerima ARV seumur hidupnya. Jika ibu sudah mendapatkan terapi ARV, jumlah virus HIV di tubuhnya menjadi sangat rendah (tidak terdeteksi), sehingga risiko penularan HIV dari ibu ke anak menjadi kecil, Artinya, ia mempunyai peluang besar untuk memiliki anak HIV negatif. Ibu dengan HIV berhak menentukan keputusannya sendiri atau setelah berdiskusi dengan pasangan, suami atau keluarganya. Perlu selalu diingatkan walau ibu/pasangannya sudah mendapatkan ARV demikian penggunaan kondom harus tetap dilakukan setiap hubungan seksual untuk pencegahan penularan HIV pada pasangannya.

Beberapa kegiatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV antara lain:

- 1) Mengadakan KIE tentang HIV-AIDS dan perilaku seks aman.
- 2) Menjalankan konseling dan tes HIV untuk pasangan.
- 3) Melakukan upaya pencegahan dan pengobatan IMS.
- 4) Melakukan promosi penggunaan kondom.

- 5) Memberikan konseling pada perempuan dengan HIV untuk ikut KB dengan menggunakan metode kontrasepsi dan cara yang tepat.
 - 6) Memberikan konseling dan memfasilitasi perempuan dengan HIV yang ingin merencanakan kehamilan.
- c. *Prong 3: Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Hamil dengan HIV ke Bayi yang Dikandungnya*

Strategi pencegahan penularan HIV pada ibu hamil yang telah terinfeksi HIV ini merupakan inti dari kegiatan Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak. Pelayanan Kesehatan ibu dan anak yang komprehensif mencakup kegiatan sebagai berikut:

- 1) Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV.
- 2) Diagnosis HIV.
- 3) Pemberian terapi *antiretroviral*.
- 4) Persalinan yang aman.
- 5) Tatalaksana pemberian makanan bagi bayi dan anak.
- 6) Menunda dan mengatur kehamilan.
- 7) Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak.
- 8) Pemeriksaan diagnostik HIV pada anak.

Semua jenis kegiatan di atas akan mencapai hasil yang efektif jika dijalankan secara berkesinambungan. Kombinasi kegiatan tersebut merupakan strategi yang paling efektif untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV serta mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan pasca kelahiran.

Pelayanan KIA yang komprehensif meliputi pelayanan pra-, persalinan dan pasca persalinan, serta layanan kesehatan anak. Pelayanan KIA bisa menjadi pintu masuk upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak bagi

seorang ibu hamil. Pemberian informasi pada ibu hamil dan suaminya ketika datang ke klinik KIA akan meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan mereka tentang kemungkinan adanya risiko penularan HIV di antara mereka, termasuk risiko lanjutan berupa penularan HIV dari ibu ke anak. Tes HIV atas inisiatif petugas serta *screening* IMS harus ditawarkan kepada semua ibu hamil sesuai kebijakan program. Harapannya, dengan kesadaran sendiri ibu hamil mau dites dengan sukarela.

Konseling dan tes HIV dalam PPIA komprehensif dilakukan melalui pendekatan Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Tujuan utama kegiatan ini adalah untuk membuat keputusan klinis dan/atau menentukan pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang, seperti pada saat pemberian ARV. Apabila seseorang yang datang ke layanan kesehatan dan menunjukkan adanya gejala yang mengarah ke HIV, tanggung jawab dasar dari petugas kesehatan adalah menawarkan tes dan konseling HIV kepada pasien tersebut sebagai bagian dari tatalaksana klinis.

Berbagai bentuk layanan di klinik KIA, seperti imunisasi untuk ibu, pemeriksaan IMS terutama sifilis, pemberian suplemen zat besi dapat meningkatkan status kesehatan semua ibu hamil, termasuk ibu hamil dengan HIV. Hendaknya klinik KIA juga menjangkau dan melayani suami atau pasangannya, sehingga timbul keterlibatan aktif para suami/ pasangannya dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Upaya pencegahan IMS, termasuk penggunaan kondom, merupakan bagian pelayanan IMS dan HIV serta diintegrasikan dalam pelayanan KIA.

1) Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV
Pelayanan tes HIV merupakan upaya membuka akses bagi ibu hamil untuk mengetahui status HIV, sehingga dapat melakukan upaya untuk mencegah penularan HIV ke bayinya, memperoleh pengobatan ARV sedini mungkin, dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan tentang HIV-AIDS.

2) Diagnosis HIV

Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV dapat dilakukan secara virologis (mendeteksi antigen DNA atau RNA) dan serologis (mendeteksi antibodi HIV) pada spesimen darah. Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV yang dilakukan di Indonesia umumnya adalah pemeriksaan serologis menggunakan tes cepat (Rapid Test HIV) atau ELISA. Pemeriksaan diagnostik tersebut dilakukan secara serial dengan menggunakan tiga reagen HIV yang berbeda dalam hal preparasi antigen, prinsip tes, dan jenis antigen, yang memenuhi kriteria sensitivitas dan spesifitas. Hasil pemeriksaan dinyatakan reaktif jika hasil tes dengan reagen 1 (A1), reagen 2 (A2), dan reagen 3 (A3) ketiganya positif (Strategi 3). Pemilihan jenis reagen yang digunakan berdasarkan sensitivitas dan spesifisitas, merujuk pada Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksa HIV dan Infeksi Oportunistik, Kementerian Kesehatan (SK Menkes No. 241 tahun 2006).

Untuk ibu hamil dengan faktor risiko yang hasil tesnya indeterminate, tes diagnostik HIV dapat diulang dengan bahan baru yang diambil minimal 14 hari setelah yang pertama dan setidaknya tes ulang menjelang persalinan (32-36 minggu).

3) Pemberian Terapi *Antiretroviral*

Sampai sekarang belum ada obat yang dapat menyembuhkan HIV-AIDS, namun dengan terapi *antiretroviral*, jumlah virus di dalam tubuh dapat ditekan sangat rendah, sehingga ODHA dapat tetap hidup layaknya orang sehat.

Terapi ARV bertujuan untuk:

- (a) Mengurangi laju penularan HIV di Masyarakat
- (b) Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV
- (c) Memperbaiki kualitas hidup ODHA
- (d) Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh, dan
- (e) Menekan replikasi virus secara maksimal

Cara paling efektif untuk menekan replikasi HIV adalah dengan memulai pengobatan dengan kombinasi ARV yang efektif. Semua obat yang dipakai harus dimulai pada saat yang bersamaan pada pasien baru. Terapi kombinasi ARV harus menggunakan dosis dan jadwal yang tepat. Obat ARV harus diminum terus menerus secara teratur untuk menghindari timbulnya resistensi. Diperlukan peran serta aktif pasien dan pendamping/keluarga dalam terapi ARV. Di samping ARV, timbulnya infeksi oportunistik harus mendapat perhatian dan tatalaksana yang sesuai.

Pemberian terapi *Antiretroviral* (ART) untuk ibu hamil dengan HIV mengikuti Pedoman Tatalaksana Klinis dan Terapi *antiretroviral* pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan (2011). Penentuan saat yang tepat untuk memulai terapi obat *Antiretroviral* (ARV) pada ODHA dewasa didasarkan pada kondisi klinis pasien (stadium klinis WHO) atau hasil pemeriksaan CD4. Namun pada ibu hamil, pasien TB dan penderita Hepatitis B kronik

aktif yang terinfeksi HIV, pengobatan ARV dapat dimulai pada stadium klinis apapun atau tanpa menunggu hasil pemeriksaan CD4. Pemeriksaan CD4 tetap diperlukan untuk pemantauan pengobatan.

Pemberian ARV jangka panjang, teratur dan disiplin pada ibu hamil HIV dapat menurunkan risiko penularan hingga 2%, selain itu untuk mengoptimalkan kondisi kesehatan ibu dengan cara menurunkan kadar HIV serendah mungkin. Pilihan terapi yang direkomendasikan untuk ibu hamil dengan HIV adalah terapi menggunakan kombinasi tiga obat (2 NRTI + 1 NNRTI). Semiminal mungkin hindari triple nuke (3 NRTI). Regimen yang direkomendasikan dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Saat yang tepat untuk memulai pengobatan ARV pada Ibu hamil

Populasi Target	Pedoman Tatalaksanaan dan Pemberian ARV (2011)
Pasien <i>naive</i> HIV+ <i>asimptomatik</i>	CD4 \leq 350 sel/mm ³
Pasien <i>naive</i> HIV+ dengan gejala	Stadium 2 dengan CD4 \leq 350 sel/mm ³ atau Stadium 3 atau 4 tanpa memandang nilai CD4-nya
Ibu hamil	ARV diberikan mulai pada umur kehamilan \geq 14 minggu, berapa pun stadium klinis dan nilai CD4-nya Jika umur kehamilannya < 14 minggu namun ada indikasi, ARV dapat segera diberikan

Data yang tersedia menunjukkan bahwa pemberian ARV kepada ibu selama hamil dan dilanjutkan selama menyusui adalah intervensi PPIA yang paling efektif

untuk kesehatan ibu dan juga mampu mengurangi risiko penularan HIV dan kematian bayi. Pemberian ARV untuk ibu hamil dengan HIV mengikuti Pedoman Tatalaksana Klinis dan Terapi *antiretroviral* pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan (2011).

Pemberian ARV disesuaikan dengan kondisi klinis ibu (lihat Tabel 5) dan mengikuti ketentuan sebagai berikut:

- (a) Ibu hamil merupakan indikasi pemberian ARV.
- (b) Untuk perempuan yang status HIV-nya diketahui sebelum hamil, dan pasien sudah mendapatkan ART, maka saat hamil ART tetap diteruskan dengan regimen yang sama seperti saat sebelum hamil.
- (c) Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui sebelum umur kehamilannya 14 minggu, jika ada indikasi dapat diberikan ART. Namun jika tidak ada indikasi, pemberian ART ditunggu hingga umur kehamilannya 14 minggu. Regimen ART yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis ibu.
- (d) Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui pada umur kehamilan \geq 14 minggu, segera diberikan ART berapapun nilai CD4 dan stadium klinisnya. Regimen ART yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis ibu.
- (e) Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui sesaat menjelang persalinan, segera diberikan ART sesuai kondisi klinis ibu. Pilihan kombinasi regimen ART sama dengan ibu hamil yang lain.

Tabel 3. Rekomendasi ART pada Ibu hamil dengan HIV dan ARV Profilaksis pada Bayi

No	Situasi Klinis	Rekomendasi Pengobatan (panduan untuk ibu)
1.	ODHA sedang terapi ARV, kemudian hamil.	Lanjutkan paduan (ganti dengan NVP atau golongan PI jika sedang menggunakan EFV pada trimester I). Lanjutkan dengan paduan ARV yang sama selama dan sesudah persalinan.
2.	ODHA hamil dengan jumlah dalam stadium klinis 1 atau jumlah CD4 >350 mm ³ dan belum terapi ARV.	Mulai ARV pada minggu ke-14 kehamilan. Paduan sebagai berikut: AZT + 3TC + NVP* atau TDF +3TC (atau FTC) + NVP* AZT + 3CT + EFV** atau TDF +3TC (atau FTC) +EFV**
3.	ODHA hamil dengan jumlah CD4 < 350/mm ³ atau stadium klinis 2,3,4.	Segera mulai terapi ARV dengan paduan seperti pada butir 2.
4	ODHA hamil dengan tuberculosi aktif.	OAT tetap diberikan Panduan untuk ibu, bila pengobatan mulai trimester II dan III: AZT (TDF) + 3TC + EFV

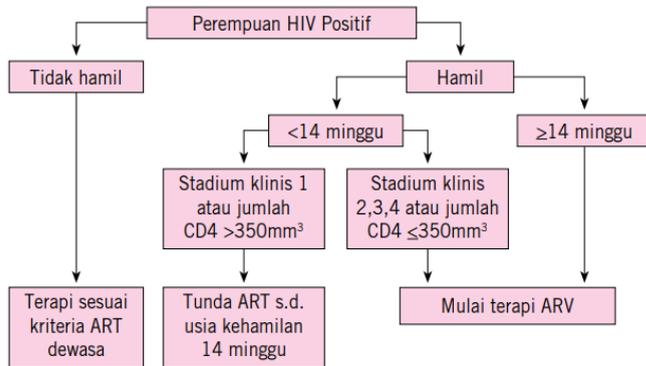
No	Situasi Klinis	Rekomendasi Pengobatan (panduan untuk ibu)
5.	Ibu hamil dalam masa persalinan dan status HIV tidak diketahui.	Tawarkan tes HIV dalam masa persalinan Jika hasil tes reaktif, dapat diberikan paduan pada butir 2.
6.	ODHA datang pada masa persalinan dan belum mendapat terapi ARV.	Paduan pada butir 2.
Profilaksis ARV untuk Bayi		
AZT (<i>zidovudine</i>) 4 mg/kgBB, 2x/hari, mulai hari ke-1 hingga 6 minggu.		

Keterangan:

** Penggunaan *Nevirapin* (NVP) pada perempuan dengan CD4 >250 sel/mm³ atau yang tidak diketahui jumlah CD4-nya dapat menimbulkan reaksi hipersensitif.

** Efavirens tidak boleh diberikan pada ODHA hamil trimester 1 karena *teratogenic*.

Pemerintah menyediakan ARV untuk ibu hamil sebagai upaya untuk mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, termasuk untuk tujuan pengobatan jangka panjang.



Bagan 2. Alur Pemberian Terapi *Antiretroviral* Pada Ibu Hamil

4) Persalinan aman

Pemilihan persalinan yang aman diputuskan oleh ibu setelah mendapatkan konseling lengkap tentang pilihan persalinan, risiko penularan, dan berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Pilihan persalinan meliputi persalinan per vaginam dan per abdominam (bedah sesar atau seksio sesarea). Dalam konseling perlu disampaikan mengenai manfaat terapi ARV sebagai cara terbaik mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Dengan terapi ARV yang sekurangnya dimulai pada minggu ke-14 kehamilan, persalinan per vaginam merupakan persalinan yang aman. Apabila tersedia fasilitas pemeriksaan viral load, dengan viral load < 1.000 kopi/ μL , persalinan per vaginam aman untuk dilakukan. Persalinan bedah sesar hanya boleh didasarkan atas indikasi obstetrik atau jika pemberian ARV baru dimulai pada saat usia kehamilan 36 minggu atau lebih, sehingga diperkirakan *viral load* >1.000 kopi/ μL .

Tabel 4. Pilihan Persalinan

Persalinan Per Vaginam	Persalinan Per Abdominal
<p>Syarat:</p> <p>a. Pemberian ARV mulai pada ≤ 14 minggu (ART >6 bula); atau</p> <p>b. VL < 1.000 kopi/μL.</p>	<p>Syarat:</p> <p>a. Ada indikasi obstetrik; dan</p> <p>b. VL > 1.000 kopi/μL atau</p> <p>c. Pemberian ARV dimulai pada usia kehamilan ≥ 36 minggu.</p>

Beberapa hasil penelitian menyimpulkan bahwa bedah sesar akan mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi hingga sebesar 2%– 4%, namun perlu dipertimbangkan:

- (a) Faktor keamanan ibu pasca bedah sesar. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa komplikasi minor dari operasi bedah sesar seperti endometritis, infeksi luka dan infeksi saluran kemih lebih banyak terjadi pada ODHA dibandingkan non-ODHA. Namun tidak terdapat perbedaan bermakna antara ODHA dan bukan ODHA terhadap risiko terjadinya komplikasi mayor seperti pneumonia, efusi pleura ataupun sepsis.
- (b) Fasilitas pelayanan kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan, apakah memungkinkan untuk dilakukan bedah sesar atau tidak.
- (c) Biaya bedah sesar yang relatif mahal.

Dengan demikian, untuk memberikan layanan persalinan yang optimal kepada ibu hamil dengan HIV direkomendasikan kondisi-kondisi berikut ini:

- (a) Pelaksanaan persalinan, baik secara bedah sesar maupun normal, harus memperhatikan kondisi fisik dan indikasi obstetri ibu berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Infeksi HIV bukan merupakan indikasi untuk bedah sesar.
- (b) Ibu hamil harus mendapatkan konseling sehubungan dengan keputusannya untuk menjalani persalinan per vaginam atau pun per abdominam (bedah sesar).
- (c) Tindakan menolong persalinan ibu hamil, baik secara persalinan per vaginam maupun bedah sesar harus selalu menerapkan kewaspadaan standar, yang berlaku untuk semua jenis persalinan dan tindakan medis.

Proses persalinan aman selain untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anaknya, juga mencakup keamanan bekerja bagi tenaga kesehatan penolong persalinan (bidan dan dokter). Risiko penularan HIV akibat tertusuk jarum suntik sangat kecil ($< 0,3\%$). Petugas yang mengalami pajanan HIV di tempat kerja dapat menerima terapi *Antiretroviral* (ARV) untuk Pencegahan Pasca Pajanan (PPP atau PEP, *post exposure prophylaxis*). Beberapa hal tentang PPP:

- (a) Waktu yang terbaik adalah diberikan kurang dari 4 jam dan maksimal dalam 48-72 jam setelah kejadian.
- (b) Paduan yang dianjurkan adalah AZT + 3TC + EFV atau AZT + 3TC + LPV/r (*Lopinavir/ Ritonavir*).
- (c) Nevirapine (NVP) tidak digunakan untuk PPP.
- (d) ARV untuk PEP diberikan selama 1 bulan.
- (e) Perlu dilakukan tes HIV sebelum memulai PPP.

- (f) ARV tidak diberikan untuk tujuan PPP jika tes HIV menunjukkan hasil reaktif (karena berarti yang terpajan sudah HIV positif sebelum kejadian); pada kasus ini, pemberian ARV mengikuti kriteria terapi ARV pada dewasa.
- (g) Perlu dilakukan pemantauan efek samping dari obat ARV yang diminum.
- (h) Perlu dilakukan tes HIV ulangan pada bulan ke 3 dan 6 setelah pemberian PPP.

Pada kasus kecelakaan kerja pada petugas yang menderita hepatitis B maka PPP yang digunakan sebaiknya mengandung TDF/3TC untuk mencegah terjadinya hepatic flare.

- 5) Tatalaksana Pemberian Makanan bagi Bayi/Anak
- Pemilihan makanan bayi harus didahului dengan konseling tentang risiko penularan HIV melalui ASI. Konseling diberikan sejak perawatan antenatal atau sebelum persalinan. Pengambilan keputusan oleh ibu dilakukan setelah mendapat informasi secara lengkap. Pilihan apapun yang diambil oleh ibu harus didukung.
- Ibu dengan HIV yang sudah dalam terapi ARV memiliki kadar HIV sangat rendah, sehingga aman untuk menyusui bayinya. Dalam Pedoman HIV dan Infant Feeding (2010), World Health Organization (WHO) merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan untuk bayi lahir dari ibu yang HIV dan sudah dalam terapi ARV untuk kelangsungan hidup anak (*HIV-free and child survival*). Eksklusif artinya hanya diberikan ASI saja, tidak boleh dicampur dengan susu lain (*mixed feeding*). Setelah bayi berusia 6 bulan pemberian ASI dapat diteruskan hingga bayi berusia 12 bulan, disertai dengan pemberian makanan padat. Bila ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif, maka ASI

harus dihentikan dan digantikan dengan susu formula untuk menghindari mixed feeding (Tabel 7).

Tabel 5. Perbandingan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak pada Pemberian Asi Eksklusif, Susu Formula, dan *Mixed Feeding*

ASI Eksklusif	Susu Formula	Mixed Feeding
5 – 15%	0%	24,1%

Beberapa studi menunjukkan pemberian susu formula memiliki risiko minimal untuk penularan HIV dari ibu ke bayi, sehingga susu formula diyakini sebagai cara pemberian makanan yang paling aman. Namun, penyediaan dan pemberian susu formula memerlukan akses ketersediaan air bersih dan botol susu yang bersih, yang di banyak negara berkembang dan beberapa daerah di Indonesia persyaratan tersebut sulit dijalankan. Selain itu, keterbatasan kemampuan keluarga di Indonesia untuk membeli susu formula dan adanya norma sosial tertentu di masyarakat mengharuskan ibu menyusui bayinya.

Sangat tidak dianjurkan menyusui campur (*mixed feeding*, artinya diberikan ASI dan PASI bergantian). Pemberian susu formula yang bagi dinding usus bayi merupakan benda asing dapat menimbulkan perubahan mukosa dinding usus, sehingga mempermudah masuknya HIV yang ada di dalam ASI ke peredaran darah.

6) Mengatur Kehamilan dan Keluarga Berencana

Seperti telah disebutkan pada Prong 2, semua jenis kontrasepsi yang dipilih oleh ibu dengan HIV harus selalu disertai penggunaan kondom untuk mencegah IMS dan HIV. Kontrasepsi pada ibu/perempuan HIV positif:

- (a) Ibu yang ingin menunda atau mengatur kehamilan, dapat menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - (b) Ibu yang memutuskan tidak punya anak lagi, dapat memilih kontrasepsi mantap.
- 7) Pemberian *profilaksis* ARV dan *kotrimoksazol* pada anak
- Pemberian *profilaksis* ARV dimulai hari pertama setelah lahir selama 6 minggu. Obat ARV yang diberikan adalah *zidovudine* (AZT atau ZDV) 4 mg/kgBB diberikan 2 kali sehari. Selanjutnya anak dapat diberikan *kotrimoksazol* profilaksis mulai usia 6 minggu dengan dosis 4-6 mg/kgbb, satu kali sehari, setiap hari sampai usia 1 tahun atau sampai diagnosis HIV ditegaskan.
- 8) Pemeriksaan Diagnostik HIV pada Bayi yang Lahir dari Ibu dengan HIV

Penularan HIV pada anak dapat terjadi selama masa kehamilan, saat persalinan, dan menyusui. Antibodi HIV dari ibu dapat berpindah ke bayi melalui plasenta selama kehamilan berada pada darah bayi/anak hingga usia 18 bulan. Penentuan status HIV pada bayi/anak (usia < 18 bulan) dari ibu HIV tidak dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan diagnosis HIV (*tes antibody*) biasa. Pemeriksaan serologis anti-HIV dan pemeriksaan virologis HIV RNA (PCR) dilakukan setelah usia 18 bulan atau dapat dilakukan lebih awal pada usia 9 – 12 bulan, dengan catatan bila hasilnya positif, maka harus diulang setelah usia 18 bulan. Pemeriksaan virologis, seperti HIV DNA (PCR), saat ini sudah ada di Indonesia dan dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV pada anak usia di bawah 18 bulan. Pemeriksaan tersebut harus dilakukan minimal 2 kali dan dapat dimulai ketika bayi berusia 4–6 minggu dan perlu diulang 4 minggu kemudian. Pemeriksaan HIV DNA (PCR) adalah pemeriksaan yang dapat menemukan virus atau partikel virus dalam tubuh bayi.

d. Prong 4: Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan Kepada Ibu Dengan HIV Beserta Anak dan Keluarganya

1) Dukungan Psikososial

Pemberian dukungan psikologis dan sosial kepada ibu dengan HIV dan keluarganya cukup penting, mengingat ibu dengan HIV maupun ODHA lainnya menghadapi masalah psikososial, seperti stigma dan diskriminasi, depresi, pengucilan dari lingkungan sosial dan keluarga, masalah dalam pekerjaan, ekonomi dan pengasuhan anak. Dukungan psikososial dapat diberikan oleh pasangan dan keluarga, kelompok dukungan sebaya, kader kesehatan, tokoh agama dan masyarakat, tenaga kesehatan dan Pemerintah. Bentuk dukungan psikososial dapat berupa empat macam, yaitu:

- (a) Dukungan emosional, berupa empati dan kasih sayang;
- (b) Dukungan penghargaan, berupa sikap dan dukungan positif;
- (c) Dukungan instrumental, berupa dukungan untuk ekonomi keluarga;
- (d) Dukungan informasi, berupa semua informasi terkait HIV-AIDS dan seluruh layanan pendukung, termasuk informasi tentang kontak petugas kesehatan/LSM/kelompok dukungan sebaya.

2) Dukungan Perawatan

Tujuan dari dukungan ini untuk menjaga ibu dan bayi tetap sehat dengan meningkatkan pola hidup sehat, kepatuhan pengobatan, pencegahan penyakit oportunistik dan pengamatan status kesehatan.

Dukungan bagi ibu meliputi:

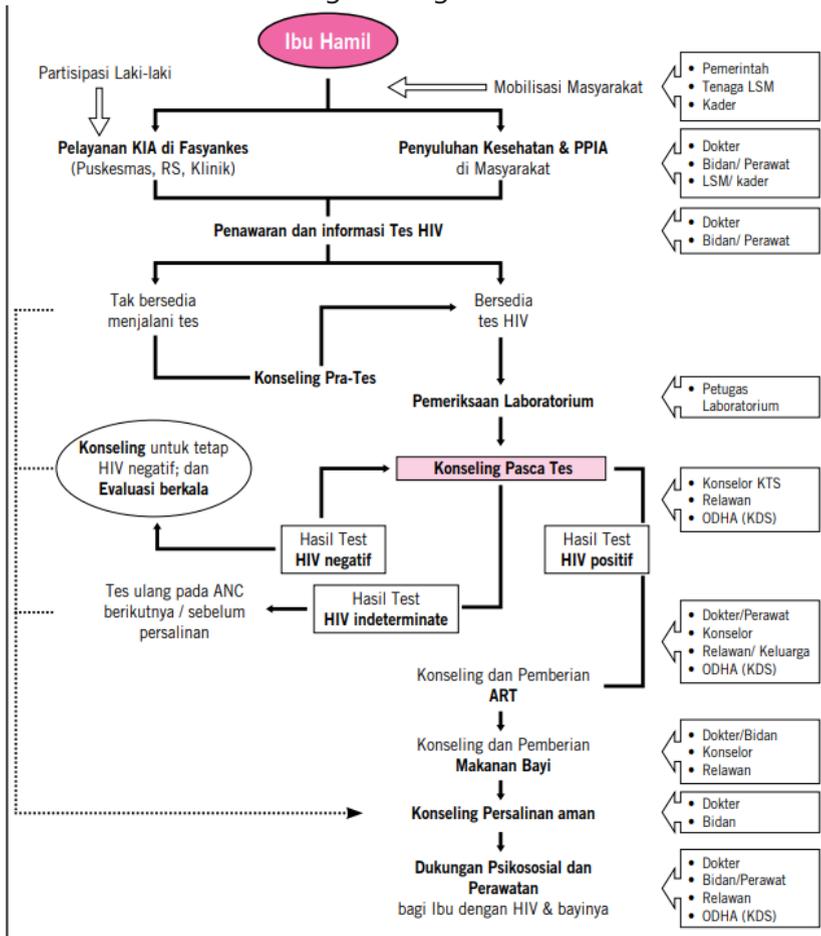
- (a) Pemeriksaan dan pemantauan kondisi kesehatan;
- (b) Pengobatan dan pemantauan terapi ARV;
- (c) Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik;
- (d) Konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan;
- (e) Konseling dan dukungan asupan gizi;
- (f) Layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat;
- (g) Kunjungan rumah.

Dukungan bagi bayi/anak meliputi:

- (a) Diagnosis HIV pada bayi dan anak;
- (b) Pemberian kotrimoksazol profilaksis;
- (c) Pemberian ARV pada bayi dengan HIV;
- (d) Informasi dan edukasi pemberian makanan bayi/ anak;
- (e) Pemeliharaan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak;
- (f) Pemberian imunisasi.
- (g) Penyuluhan yang diberikan kepada anggota keluarga meliputi:
 - (h) Cara penularan HIV dan pencegahannya;
 - (i) Penggerakan dukungan masyarakat bagi keluarga
 - (j) Dukungan dari pasangan
 - (k) Dukungan kegiatan peningkatan ekonomi keluarga.

Dengan dukungan psikososial yang baik, ibu dengan HIV akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapkan ia akan bertindak bijak dan positif untuk senantiasa menjaga kesehatan diri dan anaknya, serta berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain. Informasi

tentang adanya layanan dukungan psikososial untuk ODHA ini perlu diketahui oleh masyarakat luas, termasuk para perempuan usia reproduktif. Diharapkan informasi ini bisa meningkatkan minat mereka yang merasa berisiko tertular HIV untuk mengikuti konseling dan tes HIV agar mengetahui status HIV mereka.



Bagan 3. Alur Proses Ibu Hamil Menjalani Kegiatan Prong 3 dan 4 Dalam Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak

D. RANGKUMAN

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. Penularan HIV melalui ibu hamil ke janin yang dikandungnya tanpa upaya pencegahan memiliki tingkat penularan 20 – 50%. Adanya *screening* dini penularan HIV dari ibu ke janin dengan program PPIA dan pengobatan ARV jangka panjang, teratur dan disiplin dapat menurunkan risiko penularan menjadi kurang dari 2%. 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) meliputi 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; Prong 4: Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya. Diagnosis awal HIV sangatlah penting untuk inisiasi pengobatan, perawatan, dukungan, dan pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak.

E. LATIHAN SOAL

1. Prong 1 pada program pencegahan penularan HIV dari ibu ke Anak (PPIA) adalah?
 - A. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada Perempuan dengan HIV
 - B. Pencegahan penularan HIV pada Perempuan usia reproduksi

- C. Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya
 - D. Pencegahan penularan HIV pada Perempuan usia reproduksi
2. Faktor yang berpengaruh pada pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) adalah?
- A. Jumlah virus HIV pada ibu
 - B. Lama persalinan
 - C. Ketuban pecah dini lebih dari 4 jam sebelum persalinan
 - D. Semua benar
3. Dengan pengobatan ARV jangka panjang, teratur dan disiplin, penularan HIV dari ibu ke anak bisa diturunkan hingga?
- A. 1%
 - B. 2%
 - C. 3%
 - D. 4%
4. Waktu dan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama hamil adalah?
- A. 5 – 10%
 - B. 10 – 20 %
 - C. 5 – 20 %
 - D. Semua benar

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. D
- 2. D
- 3. B
- 4. A

G. GLOSSARIUM

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ARV : *Antiretroviral*

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

KIA : Kesehatan ibu dan anak

KTIP : Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan

KTS : Konseling dan Tes Sukarela

LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat

PPIA : Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak

Sel CD-4 : Jenis sel darah putih yang memiliki peran sangat penting bagi sistem kekebalan tubuh.

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] RI K. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Kementerian Kesehatan RI. 2nd ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
- [2] Kemenkes RI. Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak. Jakarta; 2015.

BAB XII

PRINSIP HIDUP DENGAN ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DAN STIGMA

A. PENDAHULUAN

Indonesia termasuk negara yang berada didalam Kawasan Asia Pasifik dan menyumbang 620 jiwa penderita HIV/AIDS. Kawasan Asia Pasifik menempati urutan ketiga penderita HIV/AIDS terbanyak dengan jumlah 5,2 juta jiwa. Keberadaaan kasus HIV/AIDS sangat memerlukan perhatian agar kasusnya tidak semakin bertambah setiap tahunnya. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) biasanya masih memiliki stigma negatif dari masyarakat. Kehidupan mereka yang semakin buruk dan bahkan berujung pada kematian penderita, ditambah stigma negatif, isolasi sosial dari masyarakat, mungkin menambah beban dan rasa sakit bagi penderita. Oleh karena itu, mahasiswa sebagai calon tenaga Kesehatan seharusnya memahami tentang prinsip hidup ODHA, sehingga dapat berperan aktif dalam mengupayakan adanya dukungan sosial, psikologis dan material dari keluarga sebagai lingkungan primer bagi penderita HIV/AIDS.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang Prinsip hidup dengan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dan Stigma terhadap ODHA.

C. MATERI

1. Prinsip Hidup dengan ODHA

Seorang pendap HIV/AIDS telah menjadi sumber ketakutan bagi masyarakat pada umumnya. Masalah yang timbul pada orang pengidap HIV/AIDS bukan hanya dari infeksi virus, tetapi

juga dampak sosial yang terjadi, misalnya dijauhi teman, keluarga, maupun dari masyarakat luas. Ketika orang dengan HIV/AIDS sebagian besar akan mengalami perubahan psikososial. Yaitu: hidup dalam tekanan, depresi, merasa diabaikan, perlunya dukungan sosial dan perubahan [1]. Sumber dukungan sosial dapat diperoleh dari keluarga, pasangan hidup, teman atau sahabat, tenaga Kesehatan dan jaringan sosial [2].

Dukungan sosial pada ODHA dapat memengaruhi kondisi fisik, mental, sosial, dan kesehatan yang baik. Penyesuaian diri adalah usaha manusia untuk mencapai harmoni pada diri sendiri dan pada lingkungan sehingga rasa permusuhan, dengki dan iri hati, prasangka, depresi, pergolakan, dan transisi negatif sebagai respons pribadi yang tidak sesuai dan kurang efisien dapat dikikis. Menyesuaikan diri dengan lingkungan adalah bagaimana individu mempersepsikan dan memilih melawan kenyataan yang ada. Individu yang dapat mengendalikan perasaan cemas, khawatir, dan marah mendapat tekanan dari lingkungan [3]. Diskusi sosial tentang seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap orang lain pada umumnya dan terhadap kelompok pada umumnya.

Adapun cara untuk mencapai keseimbangan sosial dengan cara dan proses belajar, memahamai dan mendorong untuk melakukan apa yang ingin dilakukan dan yang diinginkan oleh individu maupun lingkungan sosialnya [4]. Mengemukakan aspek, yang dibutuhkan untuk mencapai keseimbangan sosial adalah:

a. Kesadaran selektif,

Penyesuaian yang membutuhkan keleluasaan individu untuk melakukan penyeleksian terhadap berbagai tekanan yang ada, untuk direspon dengan tepat sesuai dengan kebutuhan diri individu tersebut. Belajar melakukan tergantung pada pengalamam hasil belajar.

- b. Memberikan toleransi

Toleransi yang diberikan merupakan kemampuan individu untuk menerima kehadiran orang lain dan menganggap orang lain dianggap memiliki, mampu menerima nilai-nilai hidup dengan kode-kode moral, dan mampu mengembangkan dengan baik tanpa memerlukan kepentingan lingkungan.
 - c. Otonomi

Otonomi individu memuat tiga aspek, yaitu otonomi emosional, kemampuan melakukan hubungan emosional dengan orang lain, dan otonomi sosial.
2. Stigma Terhadap HIV/AIDS
- 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. Stigma berbeda dengan diskriminasi yang memiliki arti perilaku yang sebenarnya [5].
 - b. Bentuk Stigma
 - 1) *Public stigma*

Public stigma adalah Bentuk *stereotype*, prasangka, dan diskriminasi yang kuasanya bersumber dari masyarakat umum. *Public stigma* juga dikenal dengan stigma budaya.
 - 2) Stigma berbasis *structural*

Stigma berbasis *structural* merupakan bentuk stigma yang diperoleh dari berbagai kebijakan pada tataran swasta maupun lembaga pemerintah, dengan secara sengaja membatasi akses kesempatan bagi individu tertentu dan hal ini turut andil dalam mengurangi hak-

hak personalnya. Stigma *structural* inilah yang juga memicu kecenderungan tindak diskriminasi melalui ketiadaan akses kelembagaan.

3) *Provider-based* stigma

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

4) *Self-stigma*

Self-stigma merupakan keadaan di mana seorang individu menerima penaksiran orang lain tentang kebernilaian dirinya yang dianggap rendah dan tidak layak. Seorang yang menstigma dirinya menyadari akan kegagalannya dalam memenuhi ekspektasi normatif di masyarakat. Padahal hal demikian justru hanya akan memperkuat ancaman *prejudice* dan *stereotype* sampai pada kemunculan sikap putus asa dalam mengusahakan sebuah kemajuan.

5) *Courtesy-stigma*

Courtesy-stigma merupakan bentuk stigma terasosiasi 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. Bentuk *courtesy-stigma* ini paling banyak dialami oleh keluarga

dan kerabat dekat seperti orang tua yang memiliki anak difabel.

c. Faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya Stigma

Faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya stigma sebagai berikut [6].

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 indra. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor Pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan, sosial dan budaya [7].

2) Aspek budaya

Budaya merupakan pedoman-pedoman bagi seseorang untuk berperilaku dalam kehidupan bermasyarakat. Aspek budaya dalam penulisan ini adalah hasil akal budi masuai dalam proses ineraksi 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 [8][9].

3) Persepsi

Persepsi terhadap seseorang yang berbeda dari orang lain dapat memengaruhi perilaku dan sikap terhadap orang tersebut. Stigma bidan berhubungan dengan persepsi seperti rasa malu dan menyalahkan orang yang memiliki penyakit seperti HIV [7].

4) Kepatuhan Agama

Kepatuhan agama bisa memengaruhi sikap dan perilaku sesorang. Sesorang yang patuh pada nilai-nilai

agama bisa memengaruhi peran dalam bekerja dalam pelayanan Kesehatan khususnya terkait HIV [10][11].

d. Unsur-unsur Terjadinya Stigma Terhadap ODHA

Ada tiga unsur terjadinya stigma terhadap ODHA, yaitu [12]:

- 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 narkotika, dan kutukan tuhan sehingga ODHA dianggap orang yang tidak taat terhadap norma agama.
- 3) Kurang pedulinya media massa untuk ikut mengedukasi, sehingga masih terbentuknya pemikiran dan ketakutan pembaca mengenai HIV/AIDS.

Stigma terhadap ODHA disebabkan oleh tiga hal, yaitu [13]:

- 1) Fungsi ODHA di lingkungan masyarakat. Dalam hal ini ODHA dianggap sudah tidak dapat melakukan hal-hal yang bersifat produktif oleh karena itu merkan dipandang dapat merugikan masyarakat. Produktifitas merupakan norma sosial yang ada dalam masyarakat.
- 2) Keberadaan ODHA dapat menjadi ancaman bagi masyarakat karena penderita 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.
- 3) 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 [7].

Masyarakat menganggap ODHA sebagai sumber penularan HIV/AIDS walaupun faktanya dilapangan tidak seperti itu. Faktor penyebab terjadinya stigma dan diskriminasi diataranya kurangnya sosialisasi mengenai pendidikan HIV/AIDS yang lengkap dari petugas kesehatan, ataupun beredarnya isu atau informasi tentang penyakit HIV yang tidak benar di kalangan masyarakat [5]:

D. RANGKUMAN

Pasien yang terinfeksi HIV dan merasa terstigma, ODHA merasa tidak dapat mendiskusikan kondisi mereka dengan keluarga dan teman-temannya. Tidak semua ODHA tidak semua mampu terbuka tentang status positif HIV mereka. Ketika ODHA tersebut harus dirawat di rumah sakit karena penyakitnya, kebutuhan akan perawatan yang berkualitas tetap harus dipenuhi oleh para petugas kesehatan. Banyaknya kasus HIV/ AIDS di Indonesia menimbulkan pandangan yang berujung munculnya stigma negatif yang melekat kuat pada ODHA. Pandangan terhadap masa depan orang yang mengidap penyakit ini mengakibatkan keputusan, ketidakberdayaan, harapan yang pesimistik, dan persepsi tidak jelas yang akan membuat interpretasi salah terhadap fakta yang ada dengan cara negatif [6].

E. LATIHAN SOAL

1. Faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya Stigma adalah:
 - A. Persepsi
 - B. Status sosial
 - C. Status ekonomi
 - D. Dukungan Tenaga Kesehatan
 - E. Dukungan keluarga

2. Bentuk stigma yang diperoleh dari berbagai kebijakan adalah:
 - A. *Public* stigma
 - B. Stigma berbasis *structural*
 - C. *Provider-based* stigma
 - D. Self-stigma
 - E. *Courtesy*-stigma
3. Aspek, yang dibutuhkan untuk mencapai keseimbangan sosial adalah:
 - A. Pengetahuan
 - B. Tingkat pendidikan
 - C. Sosialisasi
 - D. Kesadaran selektif
 - E. Dukungan tenaga kesehatan

F. KISI-KISI JAWABAN

1. A
2. B
3. D

G. GLOSARIUM

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ODHA : Orang dengan HIV/AIDS

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] N. Nursalam, "Asuhan Keperawatan Pada pasien Terinfeksi HIV/AIDS: Nursalam - Belbuk.com," belbuk, 2006. <https://www.belbuk.com/asuhan-keperawatan-pada-pasien-terinfeksi-hivaid-p-615.html> (accessed Jan. 25, 2020).
- [2] K. Meirelles, Quiteria, Maia Batista:Lopes;Beze-ra, Ana Karla:Lima:Costa, "[HIV/AIDS surveillance amongpregnant

- women: assessing the quality of the available information]. - ProQuest, "Pan American Journal of public health, 2016, <https://search.proquest.com/docview/1921130672/23A91762F62D4C70PQ/27?accoun-tid=62691> (accessed Jan. 25, 2020).
- [3] A. Aswar, M. Munaing, and J. Justika, "Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup ODHA di Kota Makassar KDS Saribattangku," *J. RAP (Riset Aktual Psikol. Univ. Negeri Padang)*, vol. 11, no. 1, p. 80, 2020, doi: 10.24036/rapun.v11i1.109551.
- [4] D. Sosial, D. Spritual, K. Hidup, S. Support, S. Support, and Q. O. Life, "Hubungan Dukungan Sosial dan Spiritual Penderita HIV / AIDS dengan Kualitas Hidup Penderita HIV / AIDS A . G . Baidowi *, 2 K . Khotima , 3 S . A . Andayani * Email Korespondensi : abdulghoni576@gmail.com Abstrak Relationship of Social and Spiritual Suppo," *Citra Delima*, vol. 3, no. 2, 2020.
- [5] Z. Shaluhiah, S. B. Musthofa, and B. Widjanarko, "Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV / AIDS (Public Stigma to People Living with HIV/AIDS)," *J. Kesehat. Masy. Nas.*, vol. 9, no. 4, pp. 333–339, 2015, [Online]. Available: <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/740>
- [6] Z. Shaluhiah, S. B. Musthofa, and B. Widjanarko, "Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS," *Kesmas Natl. Public Heal. J.*, vol. 9, no. 4, p. 333, 2015, doi: 10.21109/kesmas.v9i4.740.
- [7] Y. M. Nur, M. Yolanda, and Z. A. J.S Can, "Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi dengan Stigma Masyarakat terhadap ODHA di Desa Naras I," *J. Akad. Baiturrahim Jambi*, vol. 11, no. 2, p. 193, 2022, doi: 10.36565/jab.v11i2.508.
- [8] A. Fitriani, Ayu.Shaluhiah, Zahroh.Suryoputro, "Stigmatisasi Bidan pada Ibu Hamil dengan HIV dan AIDS di Kota Semarang," *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 2013. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aK-Jx87b2ZHEJ:https://media.neliti.com/media/publications/126323-ID-stigmatisasi-bidan-pada-lbu-hamil-dengan>.

- pdf+&cd=2&hl=id&ct=clnk&gl=id&client=firefox-b-d (accessed Jan. 25, 2020).
- [9] L. Butt, J. Morin, G. Numbery, I. Peyon, and A. Goo, "Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua," *Kerjasama Penelit. antara Pus. Stud. Kependudukan–UNCEN, Abepura, Papua dan Univ. Victoria, Canada*, 2010, [Online]. Available: papuaweb.org/dlib/tema/hiv-aids/butt-morin-et-al-2010-stigma-hiv.pdf
- [10] A. Latifa and S. S. Purwaningsih, "Peran Masyarakat Madani dalam Mengurangi Stigma dan Diskriminasi terhadap Penderita HIV & AIDS," *J. Kependud. Indones.*, vol. 6, no. 2, pp. 51–76, 2016.
- [11] D. I. K. Banyumas, "Hubungan Pengetahuan dengan Stigma Tokoh Agama terhadap Orang dengan HIV/AIDS," *J. Ilm. Kebidanan*, vol. 8, pp. 86–94, 2017, [Online]. Available: <https://ojs.stikesylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/236>
- [12] L. E. A. Widjaja, "Pencegahan Penularan Penyakit dari Ibu ke Bayi | RS. St. Carolus - Rumah Sakit di Jakarta Pusat," *Info Kesehatan*, 2018. <http://www.rscarolus.or.id/article/pencegahan-penularan-penyakit-dari-ibu-ke-bayi> (accessed Jan. 30, 2020).
- [13] Z. T. Haile, "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*, 2014. <https://search.proquest.com/docview/1705084988/D768908D1DC2405BPQ/9?accountid=62691> (accessed Jan. 25, 2020)

BAB XIII

KOMUNIKASI DAN KONSELING PADA KLIEN DENGAN HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Konseling merupakan bagian dari prinsip "5C" tes HIV yaitu "*consent*", "*counseling*", "*confidentiality*", "*correct test result*" dan "*linkage*" (keterkaitan dengan terapi, pengobatan dan pencegahan). Klien konseling HIV adalah orang yang datang dan melakukan tes HIV. Tergantung pada jenisnya, konseling HIV terdiri dari *Voluntary Counseling and Testing* (VCT), *Provider-Initiated Testing and Counseling* (PITC), dan Pencegahan Penularan dari ibu ke anak (PMTCT). VCT adalah penelitian dan konseling yang diprakarsai oleh orang yang berisiko, PITC adalah penelitian dan konseling yang diprakarsai oleh profesional kesehatan yang menyelidikinya, sedangkan PMTCT direkomendasikan untuk mengurangi kemungkinan penularan dari ibu ke anak.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari bab ini mahasiswa diharapkan dapat memahami tentang komunikasi dan konseling pada pasien HIV/AIDS.

C. MATERI

Konseling HIV & AIDS merupakan komunikasi bersifat rahasia (membangun kepercayaan) antara klien dan konselor bertujuan meningkatkan kemampuan menghadapi stres dan mengambil keputusan berkaitan dengan HIV & AIDS. Proses konseling termasuk evaluasi risiko personal penularan HIV, fasilitasi pencegahan perilaku

dan evaluasi penyesuaian diri ketika klien menghadapi hasil tes positif.

Konseling HIV & AIDS memiliki perbedaan dengan konseling secara umum dalam hal:

1. Membantu klien melakukan informed consent (persetujuan) untuk tes HIV, CD4, atau *Viral load*.
2. Layanan konseling pra dan pasca tes.
3. Penilaian mengenai perilaku berisiko klien terhadap infeksi HIV (baik menularkan atau tertular).
4. Penggalan riwayat perilaku seks dan kesehatan klien.
5. Memfasilitasi perubahan perilaku.
6. Konfidensialitas klien sangat penting jika menyangkut isu stigma dan diskriminasi.
7. Menjangkau kelompok-kelompok khusus (pecandu napza, penaja seks, laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki, waria, pekerja migran, suku asli, dan pengungsi) menghadapi isu diskriminasi ganda, yaitu sebagai bagian dari kelompok khusus yang dikucilkan masyarakat dan sebagai orang yang selalu dianggap berisiko terhadap atau telah terinfeksi HIV.

Alasan pentingnya dilakukan konseling pada kasus HIV/AIDS:

1. Konseling pencegahan dan perubahan perilaku dapat mencegah penularan.
2. Diagnosis HIV mempunyai banyak implikasi – psikologik, sosial, fisik, spiritual.
3. HIV ialah penyakit yang dapat mengancam hidup dan sampai dengan saat ini masih membutuhkan pengobatan seumur hidup.
4. Melalui konseling, konselor memfasilitasi ODHA untuk dalam memilih dan mengambil keputusan opsi terbaik yang membuatnya dapat menikmati hidup yang berkualitas.

Konseling pada pasien dengan HIV & AIDS merupakan proses yang bertujuan untuk:

1. Menyediakan dukungan psikologis, misalnya: dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologis, sosial dan spiritual seseorang yang mengidap virus HIV atau virus lainnya.
2. Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku berisiko (seperti seks aman atau penggunaan jarum bersama) dan membantu orang dalam mengembangkan keterampilan pribadi yang diperlukan untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktek lebih aman.
3. Memastikan efektivitas rujukan kesehatan, terapi, dan perawatan termasuk pemecahan masalah kepatuhan berobat.

Pelaksanaan Komunikasi dan Konseling pada pasien dengan HIV/AIDS menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2010):

1. *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

Voluntary Counseling and Testing (VCT) merupakan pemeriksaan dan konseling sukarela dari individu yang berisiko terkena HIV/AIDS. VCT biasanya menggunakan *rapid test* untuk mendeteksi HIV, yang hanya memerlukan setetes darah atau sel/kerokan bucal. Pemeriksaan ini relatif murah, mudah, dan hasilnya dapat dibaca setelah 15 menit. Semakin banyak orang yang bersedia untuk dilakukan VCT, HIV/AIDS dapat dideteksi lebih dini, sehingga penderita dapat mempertahankan kesehatan seoptimal mungkin, mengetahui dan menerapkan pola hidup yang benar untuk penderita HIV/AIDS serta orang di sekitarnya, mengenali tanda-tanda infeksi oportunistik sehingga dapat diterapi sedini mungkin, mendapatkan sumber dukungan di masyarakat (support group), mendapatkan terapi *Anti retroviral (ARV)* sedini mungkin, mencegah penularan kepada orang lain, dan bagaimana mengatasi stres bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Konseling merupakan dialog rahasia antara seseorang dan pemberi layanan yang bertujuan membuat orang tersebut

mampu menyesuaikan diri dengan stres dan membuat keputusan yang sesuai berkaitan dengan HIV/AIDS. Proses konseling termasuk evaluasi risiko individu penularan HIV dan memfasilitasi pencegahan perilaku berisiko. VCT digunakan dalam upaya intervensi program pencegahan, perawatan dan pengobatan ataupun rehabilitasi di mana komponen konseling minimum setidaknya terdiri atas konseling pra dan pasca tes HIV, dan bisa dikembangkan lebih luas lagi dalam menyediakan konseling berkelanjutan jangka panjang dan konseling dukungan.

Kebijakan VCT dari *United Nations (UN)*, VCT berbasis pada kebutuhan dan memerlukan persetujuan (*informed consent*) dari orang yang akan dites. Tes HIV harus selalu atas keputusan klien. UN tidak pernah mendukung tes wajib. Telah dibuktikan bahwa tes wajib tidak efektif.

Alasan Penyelenggaraan VCT menurut (PMK No. 74 Ttg Pedoman Pelaksanaan Konseling Dan Tes HIV, 2014):

a. Pencegahan HIV

Konseling dan tes sukarela HIV berkualitas tinggi merupakan komponen efektif dalam upaya pencegahan, yang mempromosikan perubahan perilaku seksual dalam menurunkan penularan HIV. Mereka yang menggunakan jasa layanan VCT memiliki pengertian yang kuat tentang tata nilai, aktivitas seksual, dan diagnosis (apakah positif atau negatif) yang klien alami, dan terbukti memengaruhi secara positif dalam menurunkan perilaku berisikonya. VCT menawarkan dan membantu para pasangan untuk mencari tahu status HIV dan membuat perencanaan hidup mereka yang berkaitan dengan hal tersebut. UN (*United Nations*) juga menyediakan model untuk membantu konselor mengatasi situasi di mana pasangan menolak pengungkapan statusnya. Selain itu konseling dapat membantu menurunkan penularan HIV diantara pasangan serodiscordant (salah satu dari pasangan terinfeksi HIV).

Saat ini, meskipun banyak contoh layanan VCT berkualitas tinggi di negara berkembang, namun jumlahnya masih dalam skala kecil, sehingga tidak dapat melayani banyak orang, terutama di negara berkembang yang prevalensi HIVnya tinggi.

- b. Pintu masuk menuju terapi dan perawatan
VCT telah terbukti berperan penting sebagai pintu gerbang menuju akses layanan medis dan dukungan lainnya yang dibutuhkan. Dengan perkembangan bentuk intervensi yang aman dan efektif untuk prevensi penularan HIV ibu-anak, penerapan layanan nasional VCT menjadi prioritas di banyak negara. Diharapkan layanan VCT yang luas dapat membantu masyarakat secara luas mengakses layanan terapi/perawatan/pengobatan yang tepat, cepat, terjangkau (termasuk akses subsidi pemerintah dalam penyediaan obat *antiretroviral*).
 - c. VCT berperan penting dalam memengaruhi efektivitas dari semua intervensi program/layanan kesehatan yang terkait HIV.
 - d. Ketersediaan layanan VCT dipandang sebagai bentuk penghormatan atas hak asasi manusia dari sisi kesehatan masyarakat, karena infeksi HIV merupakan hal serius yang mempunyai dampak kesehatan dan kesejahteraan masyarakat demikian luasnya, termasuk kesehatan reproduksi, kehidupan seksual dan keluarga, kehidupan sosial dan produktivitas di masyarakat dalam jangka panjang.
2. *Provider-initiated HIV testing and counselling* (PITC)

Konseling dan Tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan dan konseling *Provider Initiated Testing and Counselling* (PITC) yaitu adalah tes HIV yang dianjurkan atau ditawarkan oleh petugas Kesehatan kepada pasien sebagai komponen pelayanan standar layanan di fasilitas tersebut.

Provider Initiated Testing and Counselling (PITC) merupakan salah satu strategi penting dalam meningkatkan cakupan layanan tes HIV dan menghubungkan klien ke layanan lanjutan. PITC juga dikenal sebagai 'tes rutin' atau 'tes konseling HIV terintegrasi di sarana kesehatan' di mana berbeda dengan pendekatan tes HIV yang diprakarsai oleh klien, dalam PITC tes HIV ditawarkan oleh petugas di fasilitas layanan kesehatan secara rutin. PITC biasanya dilaksanakan sebagai bagian dari layanan Kesehatan ibu dan anak di mana tes HIV ditawarkan oleh petugas layanan kepada ibu-ibu hamil yang mengakses layanan di fasilitas Kesehatan.

Prinsip PITC Penerapan PITC minimal yang harus dikuasai adalah tentang cara menginisiasi tes HIV dan penerapan prinsip atau asas dalam PITC.

Dalam PITC terdapat prinsip "3C" yaitu *Counselling, Consent, dan Confidential* yang bertujuan agar tidak mengarah pada tes yang dipaksa:

- a. *Counselling*: bertujuan memberikan informasi dan untuk menentukan diagnosis dan intervensi yang tepat untuk pasien. Selain itu juga menyediakan dukungan sosial dan psikologis pada orang dengan HIV/AIDS dan keluarga. Konseling diharapkan dapat menurunkan penularan infeksi. Konseling HIV/AIDS biasanya dilakukan dua kali, yaitu sebelum tes dan setelah test. Informasi pada konseling pre test diberikan secara individu dan privasi. Informasi diberikan secara langsung maupun dengan media. Konseling pre test ini bertujuan memberikan informasi pada pasien yang disampaikan petugas kesehatan ketika menawarkan tes HIV. Konseling post test diberikan dengan menjaga privasi dan tidak memandangi hasil tes HIV. Konseling berupa penjelasan tes HIV, periode jendela, pencegahan, penularan HIV, ataupun pemberian kondom.
- b. *Consent*: *Consent* atau persetujuan bertujuan untuk menghormati otonomi pasien sehingga pasien dapat

menerima atau menolak dilakukan tes. Tindakan tes HIV merupakan tindakan sensitif sehingga memerlukan informed consent dari pasien. Persetujuan tes diberikan oleh pasien secara lisan dan tertulis. pasien yang tidak ingin melakukan tes diberi kesempatan untuk menolak.

- c. *Confidentiality*: Prinsip *Confidentiality* menyatakan bahwa kerahasiaan hasil tes dan identitas tidak akan diungkapkan kepada orang lain yang tidak terkait dan tanpa seizin pasien. Masalah kerahasiaan hasil tes ini diatur dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran No.29 Tahun 2004 Pasal 48 mengenai kedokteran. Rekam medis dan hasil tes hanya boleh diketahui oleh petugas yang merawat.
- d. Sasaran Sasaran PITC adalah semua perempuan yang datang ke pelayanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, kesehatan remaja sehingga dapat memperoleh informasi tentang HIV dan penularan dari ibu ke anak. Sedangkan pada daerah epidemi HIV tenaga kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada ibu hamil selama kehamilan sampai menjelang persalinan. PITC atau PPIA dilaksanakan di seluruh jenjang fasilitas pelayanan kesehatan dalam strategi layanan komprehensif berkesinambungan HIV/AIDS.

Alur Pelayanan:

- a. Edukasi/konseling pra test meliputi penjelasan HIV/AIDS, tindakan pencegahan, dan penawaran tes HIV.
- b. Berikan informed concent, jelaskan jaminan kerahasiaan dan alurnya.
- c. Jika pasien menolak tes HIV petugas harus mengulang informasi tentang pentingnya tes HIV, bila masih menolak sarankan ke alternatif lain seperti KTS dan pada kunjungan selanjutnya ulangi informasi.
- d. Bila pasien setuju maka lanjutkan tes cepat HIV oleh petugas laboratorium.
- e. Petugas menyampaikan hasil tes kepadapasien.

- f. Pasien dengan hasil tes negatif diberikan pesan pencegahan, sarankan untuk ke klinik KTS, anjurkan pasangannya untuk tes HIV, dan berikan rujukan ke klinik KTS.
 - g. Pasien dengan hasil tes positif harus diberikan dukungan, informasikan perlu dilakukan perawatan dan pengobatan, informasikan pencegahan penularan, sarankan agar pasangan juga tes HIV, dan hasil tes di catat di klinik VCT.
3. *Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)*

Pencegahan HIV pada perempuan usia reproduktif Pencegahan pada usia reproduktif yaitu 15-45 tahun adalah pencegahan efektif disebut juga pencegahan primer agar tidak terjadi perilaku seksual berisiko.

Upaya mencegah perilaku seksual berisiko dilakukan dengan strategi:

- a. *Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)*:
 - 1) *Abstinence*: Tidak berhubungan sebelum menikah.
 - 2) *Be Faithful*: Bersikap setia pada pasangan.
 - 3) *Condom*: Menggunakan kondom dalam berhubungan.
 - 4) *Drug No*: Dilarang menggunakan narkoba.
 - 5) *Education*: Pendidikan seksual.

Kegiatan pencegahan penularan HIV/AIDS dalam pelayanan primer berupa:

- 1) Menyebarkan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi secara individu maupun kelompok.
- 2) Mobilisasi masyarakat dengan melibatkan kader, petugas lapangan dan PPK dalam memberikan informasi pencegahan HIV/AIDS.
- 3) Layanan tes HIV yang didahului konseling.
- 4) Dukungan ibu hamil dengan HIV negatif agar tetap negatif.

- b. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV.
- c. Pencegahan penularan dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya.

Pencegahan ini dapat mencakup:

- 1) ANC terpadu.
- 2) Tes HIV.
- 3) Pemberian *antiretroviral*.
- 4) Persalinan aman tatalaksana pemberian makan bagi bayi ke anak.
- 5) Menunda dan mengatur kehamilan.
- 6) Pemberian profilaksis ARV dan *kontrimokszol* pada anak.
- 7) Pemeriksaan diagnostik HIV pada anak.
- 8) Dukungan psikologis, sosial, perawatan kesehatan selanjutnya kepada ibu yang terinfeksi HIV dan bayi serta keluarga.

D. RANGKUMAN

Komunikasi dan konseling yang dilakukan pada pasien dengan HIV/AIDS merupakan langkah penting dalam pencegahan dan penanganan pasien dengan HIV/AIDS. Komunikasi dan konseling pada pasien HIV / AIDS dapat dilakukan dengan tiga cara: *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*, *Provider-initiated HIV testing and counselling (PITC)* dan *Prevention of Mother to Child*.

E. LATIHAN SOAL

- 1. Berikut ini adalah syarat dilakukannya VCT:
 - A. Telah terpapar virus
 - B. Kelompok Resiko
 - C. Sukarela

- D. Mengalami Gejala
- 2. Konseling dan Tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan termasuk dalam:
 - A. VCT
 - B. PICT
 - C. PMTCT
 - D. PPIA
- 3. Konseling yang dilakukan pada pasien dengan hasil tes positif di antaranya adalah:
 - A. Pencegahan HIV
 - B. Berikan rujukan ke KTS
 - C. Anjurkan pasangan untuk Tes HIV
 - D. Anjurkan pemakaian kondom

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. C
- 2. B
- 3. D

G. GLOSSARIUM

VCT : *Voluntary Counseling and Testing*

PICT : *Provider-initiated HIV testing and counselling*

PMTCT : *Prevention of Mother to Child*

PPIA : Pencegahan penularan ibu anak

KTS : Konseling dan tes HIV

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kementerian Kesehatan RI. (2010). Konseling dan Test HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan Pedoman Penerapan.
- [2] PMK No. 74 ttg Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, Kementerian Kesehatan RI (2014).

BAB XIV

TERAPI KOMPLEMENTER DAN LONG TERM CARE PADA HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Terapi *komplementer* dapat menjadi alternatif terapi pada penyakit kronis. Seorang ODHIV/ODHA memerlukan terapi jangka panjang berupa obat ARV. Problem yang dihadapi ODHIV/ODHA tidak semata hanya virus saja, namun stigma yang ada dimasyarakat. Kondisi menurunnya kekebalan tubuh dapat menjadi sebab berbagai penyakit masuk ke dalam tubuh klien. Berbagai penyakit tersebut memicu munculnya berbagai gejala yang dapat sebabkan masalah psikis seperti psikosomatis, depresi, insomnia, hilang nafsu makan dan lain sebagainya. Terapi *komplementer* hadir sebagai solusi untuk menangani sindrom psiko sosial klien maupun secara holistik terdapat bukti dapat meningkatkan kekebalan tubuh ODHIV/ODHA yang tujuan akhirnya adalah memperpanjang masa hidup klien.

Pada bab ini, saudara akan belajar tentang terapi *komplementer* meliputi: definisi, syarat pemberian, jenis-jenis terapi *komplementer*, peran tenaga kesehatan, aspek legal dan *long term care* pada klien dengan HIV/AIDS. Selamat belajar.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu mendefinisikan terapi *komplementer* dengan benar.
2. Mahasiswa mampu memahami syarat pemberian terapi *komplementer* dengan benar.
3. Mahasiswa mampu memahami peran tenaga kesehatan dalam terapi *komplementer* pada HIV AIDS dengan benar.
4. Mahasiswa mampu memahami long term care pada penderita HIV AIDS dengan benar.

C. MATERI

1. Terapi *Komplementer*

a. Definisi

Terapi *komplementer* didefinisikan sebagai sekelompok praktik, disiplin atau produk medis tradisional non farmakologis berhubungan dengan kesehatan yang diintegrasikan dengan terapi modern bersamaan dengan terapi farmakologis untuk membantu proses penyembuhan dan meningkatkan imunitas tubuh (Adiputra & Putu Anda Tusta, 2022; Nurmaguphita *et al.*, 2022; Widyatuti, 2008). Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1109 tahun 2007 telah diatur tentang pengobatan non konvensional. Bahwa pengobatan non konvensional adalah pengobatan yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang diperoleh melalui Pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan, dan efektifitas yang tinggi yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedis, yang belum diterima dalam konvensional (Menteri Kesehatan RI, 2007).

Pengobatan terapi *komplementer* tidak hanya untuk fisik, namun untuk non fisik seperti psikologis dan sosial. Dalam Permenkes RI No.15 / 2018 termaktub terminologi dari pelayanan kesehatan tradisional *komplementer* adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah (Kemenkes RI, 2018).

Menurut WHO (*World Health Organization*) terapi *komplementer* adalah pengobatan non konvensional yang bukan dari negara yang bersangkutan, sehingga untuk Indonesia jamu misalnya, bukan termasuk pengobatan *komplementer* tetapi merupakan pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional yang dimaksud adalah pengobatan

yang sudah dari zaman dahulu digunakan dan diturunkan secara turun menurun pada suatu negara. Menurut peraturan Menteri Kesehatan RI No. 37 tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi, pelayanan kesehatan tradisional integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang menggabungkan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional *komplementer*, baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu (Kemenkes RI, 2017).

b. Klasifikasi Pengobatan Tradisional dan *Komplementer-Alternatif*

Menurut KMK RI No. 1076/Menkes/SK/VII/2003 Pasal 3 ayat 2 diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Pengobat tradisional keterampilan terdiri dari pengobat tradisional pijat urut, patah tulang, sunat, dukun bayi, refleksi, akupunturis, chiropractor dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.
- 2) Pengobat tradisional ramuan terdiri dari pengobat tradisional ramuan Indonesia (Jamu), guruh, tabib, *shinshe*, *homeopathy*, *aromaterapist* dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.
- 3) Pengobat tradisional pendekatan agama terdiri dari pengobat tradisional dengan pendekatan agama Islam, Kristen, Katolik, Hindu, atau Budha.
- 4) Pengobat tradisional supranatural terdiri dari pengobat tradisional tenaga dalam (prana), paranormal, *reiky* master, *qigong*, dukun kebatinan dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis (Kemenkes RI, 2003).

c. Ruang lingkup pengobatan *komplementer alternatif*

Menurut Permenkes RI No. 1109/Menkes/Per/IX/2007 pasal 4 ayat 1 adalah:

- 1) Intervensi tubuh dan pikiran (*mind and body interventions*).
- 2) Sistem pelayanan pengobatan alternatif (*alternatif system of medical practice*).
- 3) Cara penyembuhan manual (*manual healing methods*)
- 4) Pengobatan farmakologi dan biologi (*pharmacologic and biologic treatments*).
- 5) Diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan (*diet and nutrition the prevention and treatment methode*)(Menteri Kesehatan RI, 2007).

d. Penyelenggaraan Terapi *Komplementer* sebagai Pengobat tradisional di Masyarakat

Bahwa semua terapis *komplementer* sebagai pengobat tradisional yang menjalankan pekerjaan pengobatan tradisional wajib mendaftarkan diri kepada Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota setempat untuk memperoleh Surat Terdaftar Pengobat Tradisional (STPT). Setelah terdaftar terapis *komplementernya* sebagai bagian dalam pengobat tradisional, maka dilanjutkan dengan mengajukan Surat Izin Pengobat Tradisional (SIPT) yang akan dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota. Sebelum memberikan ijin, Dinas Kesehatan akan melakukan penapisan meliputi faktor pemanfaatan pengobatan tradisional, faktor sistem/cara/ilmu pengobatan tradisional, dan faktor pengembangan (Menteri Kesehatan RI, 2016).

Bahwa perlunya dilakukan pengurusan STPT dan SIPT merupakan upaya untuk mencegah adanya keresahan di masyarakat, seperti kekhawatiran tentang aliran sesat, pelecehan seksual, atau penipuan yang mungkin dilakukan oleh pengobat demu keuntungan pribadi. Pengobat tradisional dengan cara supranatural harus mendapat rekomendasi terlebih dahulu dari Kejaksanaan kabupaten/kota setempat dan terdapat beberapa jenis terapi

komplementer sebagai pengobatan tradisional yang harus melalui uji kompetensi seperti akupuntur dan hipnoterapi.

e. Etik Legal dalam Terapi *Komplementer*

Kompetensi bidan terdiri dari 7 area, yang salah satunya adalah etik legal dan keselamatan klien. Dalam pelaksanaan terapi *komplementer*, sebagai bidan harus memperhatikan etik legal dan keselamatan klien, agar dapat memberikan pelayanan kebidanan berkualitas. Komponen area etik legal terdiri dari memiliki perilaku profesional, mematuhi aspek etik-legal dalam praktik kebidanan, menghargai hak dan privasi perempuan serta keluarganya dan menjaga keselamatan klien dalam praktik kebidanan.

Pelaksanaan terapi *komplementer* harus diberikan secara efektif, efisien dan aman kepada klien, dalam bentuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Kasus HIV AIDS dalam kebidanan berada pada ranah kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi merupakan salah satu ruang lingkup asuhan dalam praktik kebidanan.

Bahwa merujuk terminologi WHO bahwa terapi *komplementer* merupakan terapi non konvensional yang arahnya adalah pengobatan tradisional serta dapat berupa terapi untuk fisik maupun non fisik. Bahwa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan bersifat *holistic, humanistic* berdasarkan *evidence based* dengan memperhatikan aspek fisik, psikologi, emosional, sosial budaya, spiritual, ekonomi dan lingkungan. Maka dalam memberikan asuhan kebidanan berupa terapi *komplementer*, bidan perlu pengetahuan asuhan berkualitas yang tanggap budaya untuk semua ruang lingkup asuhan dan berdasarkan *evidence based* bukan berdasarkan turun temurun.

2. Syarat Pemberian Terapi *Komplementer*

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1076/Menkes/SK/VII/2003 Terapis *komplementer* masuk sebagai pengobat tradisional. Pengobat tradisional harus memberikan informasi lisan yang jelas dan tepat kepada pasien tentang tindakan terapi *komplementer* yang akan dilakukan. Bahwa seluruh tindakan terapi *komplementer* harus mendapatkan persetujuan lisan atau tertulis dari pasien / keluarga. Untuk jenis terapi *komplementer* khusus yang mengandung risiko tinggi bagi pasien harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan (Kemenkes RI, 2017, 2018).

Pemberian terapi *komplementer* sebagai bagian dari pengobatan tradisional harus memenuhi beberapa kaidah, karena tidak semua jenis pengobatan tradisional boleh dilaksanakan di Indonesia.

Pengobatan tradisional hanya dapat dilakukan apabila:

- a. Tidak membahayakan jiwa atau melanggar susila dan kaidah agama serta kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa yang diakui di Indonesia
- b. Aman dan bermanfaat bagi kesehatan
- c. Tidak bertentangan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat
- d. Tidak bertentangan dengan norma dan nilai yang hidup dalam masyarakat.

Terapi *komplementer* secara undang-undang boleh menggunakan peralatan yang aman, namun dilarang menggunakan peralatan kedokteran atau penunjang diagnostik kedokteran, termasuk tidak boleh menggunakan peralatan kedokteran paling sederhana sekalipun.

3. Peran Tenaga Kesehatan dalam Terapi *Komplementer* pada HIV/AIDS

a. Peran Tenaga Kesehatan dalam Terapi *Komplementer* pada HIV/AIDS

Peran tenaga kesehatan dalam hal ini adalah sebagai bidan, berupa pelayanan kebidanan. Pelayanan kebidanan berdasarkan pada UU No. 4 tahun 2019 merupakan bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan secara mandiri, kolaborasi dan atau rujukan. Ketika menangani ODHA, maka bidan dapat memberikan asuhan kebidanan sesuai kewenangannya. Asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Data triwulan III tahun 2022 dari sistem informasi HIV AIDS Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa kasus AIDS pada Ibu Rumah Tangga (IRT) menempati rangking ke-3 yaitu 20,108 (14,1%). Ibu rumah tangga yang mengidap AIDS berpotensi menularkan infeksi HIV ke bayinya. Faktanya lebih dari 90% bayi terinfeksi HIV tertular dari ibu HIV positif. Penularan dari jalur ibu, secara umum menyumbang 20 – 45% dibandingkan dengan sumber penularan lainnya. Penularan tersebut terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission* (PMTCT). Bahwa telah dibuat pedoman PPIA dengan sasaran tenaga kesehatan yaitu salah satunya adalah bidan (Dirjen Bina KIA Kemenkes RI, 2015; Dirjen P2P Kemkes, 2022; Tarmidzi, 2023).

Kebijakan program PPIA merupakan bagian dari program nasional pengendalian HIV-AIDS dan IMS serta

upaya KIA. Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, KB dan konseling remaja pada setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran non-pemerintah, LSM dan komunitas.

Upaya PPIA dilaksanakan melalui kegiatan pencegahan dan penanganan HIV secara komprehensif dan berkesinambungan dalam 4 komponen (*prong*) sebagai berikut:

- 1) *Prong 1*: pencegahan penularan HIV pada Perempuan usia reproduksi.
- 2) *Prong 2*: pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada Perempuan dengan HIV.
- 3) *Prong 3*: pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu hamil (dengan sifilis dan HIV) kepada janin/bayi yang dikandungnya.
- 4) *Prong 4*: dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya.

Bahwa peran bidan dalam terapi *komplementer* pada ODHA berpusat pada *prong 4* yaitu dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya. Pemberian dukungan psikologis dan sosial kepada ibu dengan HIV dan keluarganya cukup penting, mengingat ibu dengan HIV maupun ODHA lainnya menghadapi masalah psikososial, seperti stigma dan diskriminasi, depresi, pengucilan dari lingkungan sosial dan keluarga, masalah dalam pekerjaan, ekonomi dan pengasuhan anak. Dukungan psikososial dapat diberikan oleh pasangan dan keluarga, kelompok dukungan sebaya, kader kesehatan, tokoh agama dan masyarakat, tenaga kesehatan dan Pemerintah.

Bentuk dukungan psikososial dapat berupa empat macam, yaitu:

- 1) Dukungan emosional, berupa empati dan kasih sayang.
- 2) Dukungan penghargaan, berupa sikap dan dukungan positif.
- 3) Dukungan instrumental, berupa dukungan untuk ekonomi keluarga.
- 4) Dukungan informasi, berupa semua informasi terkait HIV-AIDS dan seluruh layanan pendukung, termasuk informasi tentang kontak petugas kesehatan / LSM / kelompok dukungan sebaya.

Selanjutnya adalah dukungan medis dan perawatan yang bertujuan untuk menjaga ibu dan bayi tetap sehat dengan meningkatkan pola hidup sehat, kepatuhan pengobatan, pencegahan penyakit oportunistik dan pengamatan status kesehatan.

Dukungan bagi ibu meliputi:

- 1) Pemeriksaan dan pemantauan kondisi kesehatan.
- 2) Pengobatan dan pemantauan terapi ARV.
- 3) Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik.
- 4) Konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan.
- 5) Konseling dan dukungan asupan gizi.
- 6) Layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat.
- 7) Kunjungan rumah.

Dukungan bagi bayi/anak meliputi:

- 1) Diagnosis HIV pada bayi dan anak.
- 2) Pemberian kotrimoksazol profilaksis.
- 3) Pemberian ARV pada bayi dengan HIV.
- 4) Informasi dan edukasi pemberian makanan bayi/anak;
- 5) Pemeliharaan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak.

6) Pemberian imunisasi (Dirjen Bina KIA Kemenkes RI, 2015).

b. Macam Terapi *Komplementer* pada HIV AIDS berbasis Bukti

Macam-macam terapi *komplementer* pada HIV AIDS berikut ini dapat menjadi opsi terapi bagi ODHA dan telat terbukti efektif berbasis riset:

1) Yoga

Yoga adalah praktik pikiran tubuh kuno yang melibatkan gerakan atau postur fisik, teknik pernafasan dan meditasi. Bentuk Latihan yoga yang paling umum adalah Hatha Yoga, Iyengar Yoga, dan Sudarshan Kriya. Yoga Hatha biasanya berfokus pada postur dan gerakan fisik serta pernafasan dan meditasi. Iyengar Yoga, adalah varian dari Hatha yang mana sebagian besar terdiri dari postur-postur tertentu dengan kesejajaran yang tepat serta teknik pernafasan. Sudarshan Kriya Yoga adalah salah satu bentuk yoga pernafasan dan menggabungkan beberapa teknik pernafasan (Dunne et al., 2019).

Latihan yoga komprehensif yang disesuaikan dengan kondisi fisik dan psikis ODHA meliputi aktivitas relaksasi, gerakan fisik, konsentrasi, kontemplasi dan diakhiri dengan doa. Latihan yoga signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup ODHA; memberikan dampak positif psikologi; mengurangi stres; mengurangi kecemasan; meningkatkan kualitas hidup; mengurangi depresi dan meningkatkan kekebalan orang dewasa terhadap HIV (Dunne et al., 2019; Naoroibam et al., 2016; Octaviani et al., 2023; Sugata et al., 2022).

2) *Reiki*

Reiki berasal dari bahasa Jepang, *Rei* berarti alam semesta, dan *Ki* atau bisa disebut dengan *Chi* berarti energi vital. Jadi *Reiki* berarti kekuatan yang

transedental, kekuatan misterius, esensi atau energi vital dari alam semesta. Dalam referensi lain disebutkan bahwa *Reiki* merupakan teknik penyembuhan dan spiritualitas dengan menggunakan energi alam semesta atau *universal life force*. *Reiki* dikelompokkan menjadi 3 yaitu *Tibetan Reiki* (esensi kekuatan penyembuhan dengan doa sesuai kepercayaan masing-masing); *Reiki Usui* (teknik penyembuhan dapat mengobati beragam penyakit yang disebabkan oleh faktor psikologis dan fisik); dan *Western Reiki* (Arroisi & Dwi Saputro, 2020; Bakri, 2009; Walangitan, 2013).

Reiki digunakan sebagai terapi *komplementer* dalam penanganan ODHA. Hasil riset membuktikan bahwa *reiki* efektif menurunkan kecemasan pada ODHA; dikombinasikan dengan musik, *reiki* memberikan efek menghilangkan rasa nyeri dan menurunkan stres selama 6 minggu terapi; serta *reiki* dapat mengatasi kecanduan, peningkatan jumlah sel T dan peningkatan keterampilan hidup (Bremner *et al.*, 2016; Mehl-Madrona *et al.*, 2011; Sri *et al.*, 2020).

3) Pijat

Pijat adalah salah satu terapi *komplementer* yang dapat diterapkan pada ODHA. Pijat terapeutik adalah manipulasi jaringan lunak di seluruh area tubuh untuk menghasilkan perbaikan kesehatan secara umum, seperti relaksasi atau peningkatan kualitas tidur, atau manfaat fisik tertentu seperti meredakan nyeri dan nyeri otot. Manfaat pijat digambarkan sebagai ketenangan dan keutuhan. Terapi pijat mempunyai berbagai bentuk dan dapat berlangsung dengan durasi 15–90 menit. Terdapat setidaknya 5 teknik dalam memijat yaitu *effleurage*, *petrissage*, *friction*, *kneading* dan *tapotement* (Vickers *et al.*, 2001).

Sebuah riset yang diterbitkan oleh *International Journal of Neuroscience* menunjukkan ODHA remaja yang selama 12 minggu diberikan terapi pijat 2x seminggu menunjukkan peningkatan fungsi kekebalan tubuh. Dampak pijat pada anak-anak dengan HIV menunjukkan fakta terjadi peningkatan tajam jumlah *natural killer cell*. Pijat dapat meningkatkan fungsi sistem kekebalan tubuh dengan mengurangi kecemasan dan stres; meningkatkan sel darah putih, penurunan kadar hormon stress dan kortisol serta mengaktifkan *natural killer cell*. Selain itu, pijat dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA (Cutler, 2019; Hillier *et al.*, 2010; Kaplan, 2023; Vickers *et al.*, 2001).

Berbagai modalitas pijat dapat dimasukkan ke dalam program terapi pijat HIV. Tujuan pijat pada ODHA adalah:

- (a) Memfasilitasi pembuangan dahak berlebihan
- (b) Meningkatkan aliran darah dan getah bening untuk membantu fungsi hati dalam pembuangan racun dan mendorong regenerasi sel darah
- (c) Mencegah atau mengurangi atrofi otot yang khas dari imobilisasi.

Pada saat terapi pijat berlangsung, para terapis harus sudah memiliki pengetahuan tentang HIV AIDS dan selalu mengevaluasi ketika proses pijat berlangsung. Bila ODHA merasa nyeri, pusing, mual dan sakit kepala ringan, maka terapi pijat harus dihentikan (Vickers *et al.*, 2001).

4) Terapi Psikoreligius

Terapi psikoreligius adalah terapi dengan melalui pendekatan keagamaan yang dianut oleh klien dan cenderung menyentuh sisi spiritual manusia. Terapi psikoreligius dapat diterapkan pada semua agama. Di

antaranya terapi psikoreligius adalah sholat, membaca dan mengkaji al-quran, berdoa, dzikir, membaca buku agama serta mendengarkan cerita keagamaan. Terapi ini dilakukan dengan pendekatan sisi psikologis manusia yaitu kekhusyukan saat melakukannya. Terapi psikoreligius dapat dilakukan dengan metode wawancara 2 arah; metode edukatif; metode kelompok; dan metode non direktif (Hidaayah, 2018; Mardiyati et al., 2017; Waluyo et al., 2022).

Beberapa riset telah membuktikan bahwa terapi psikoreligius dapat memberikan dampak positif terhadap ODHA. Diantara dampak positif tersebut adalah terjadi kenaikan kadar limfosit (CD 4) pada ODHA yang diberikan terapi doa selama 30 menit dalam 3x seminggu. Jenis terapi psikoreligius berikutnya adalah terapi dzikir yang terbukti menurunkan tingkat depresi pada ODHA serta menurunkan kecemasan akan ketakutan kematian pada ODHA (Firmansyah et al., 1970; Sari, 2021; Septivany, 2015; Zulfiana et al., 2020).

5) SEFT

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) adalah terapi non farmakaologis yang menggabungkan sistem energi tubuh dengan terapi spiritual dengan teknik *tapping* atau ketukan ringan pada titik-titik tertentu di tubuh. Ketukan ringan diberikan pada 14 jalur energi tubuh. Metode *SEFT* dapat membantu untuk keseimbangan dan hubungan dengan sebuah energi yang lebih besar untuk mendapatkan respon penyembuhan diri, menimbulkan rasa percaya diri dan merasakan kehadiran Allah SWT. Terapi SEFT bagian dari terapi *komplementer* yang keefektifannya terletak pada penggabungan spiritual power dengan energi psikologi. Intervensi SEFT ini yang mengubah kondisi kimia dalam otak yang selanjutnya dapat mengubah

kondisi emosi. Terapi SEFT ini efektif, mudah, cepat, murah, dan efeknya dapat permanen serta tidak terdapat efek samping dan dapat memberdayakan individu (Astuti et al., 2015; Sholihah, 2022).

Terapi *SEFT* telah terbukti efektif menjadi alternatif dalam pemberian terapi *komplementer* pada ODHA dengan depresi. Keberhasilan efektifitas SEFT tidak lepas dari kemampuan terapis dalam memberikan SEFT. Bahwa dengan melakukan *tapping* pada 18 jalur serta kombinasi *Spiritual Power* dan *Energy Psychology* dapat menstimulasi *gland pituitary* untuk mengeluarkan hormon endorfin, sehingga dapat berimbas pada penurunan emosi, yang salah satunya adalah depresi. Depresi dapat muncul pada ODHA disebabkan karena kekhawatiran atas stigma negatif tentang HIV AIDS serta perilaku diskriminatif pada ODHA (Astuti et al., 2015; Cahyanto et al., 2021; Roza et al., 2020).

6) Akupuntur

Akupuntur merupakan pengobatan tradisional Tiongkok yang telah dipraktikkan secara luas di China selama lebih dari 4000 tahun. Teknik akupuntur adalah dengan penyisipan dan manipulasi jarum halus pada titik-titik tertentu tubuh untuk mencapai tujuan terapeutik. Ada dua teknik dalam terapi akupuntur, yaitu akupuntur manual dan elektroakupuntur. Elektroakupuntur memiliki efek terapi gabungan antara TENS dengan akupuntur manual (Manik et al., 2022; Rukmono et al., 2019).

Akupuntur dapat digunakan sebagai terapi rasa sakit, alergi, peradangan, gangguan metabolisme dan pasca stroke. Riset membuktikan bahwa dengan akupuntur dapat mengatasi insomnia pada ODHA setelah diberikan terapi akupuntur selama 5 minggu. Akupuntur termasuk terapi yang tidak menimbulkan

efek samping (Phillips & Skelton, 2001; Swanson et al., 2015). Namun, perlu kehati-hatian dalam menggunakan jarum, tidak boleh digunakan secara bersama karena berisiko terhadap penularan HIV AIDS.

7) Hipnoterapi

Hipnosis merupakan bagian dari hipnoterapi. Hipnoterapi merupakan salah satu bagian dari ilmu psikologi yang menggunakan manfaat sugesti untuk menyelesaikan permasalahan perasaan, pikiran dan sikap. Hipnoterapi mudah diterapkan dan ekonomis sebagai intervensi untuk menurunkan stres serta berbagai masalah seperti nyeri, depresi, dan kecemasan. Hipnoterapi dapat dilakukan sendiri, yang disebut sebagai *self hypnosis*. Untuk mencapai keberhasilan hipnoterapi diperlukan tempat yang nyaman, pengaturan posisi dan sikap serta pencahayaan yang tidak terlalu terang (Aflahatiufus et al., 2022; Nengah Sumirta et al., 2018; A. Setyadi, 2017).

Beberapa metode hipnosis yang sering diterapkan adalah teknik relaksasi lima jari, teknik anchoring maupun sugesti langsung. Hipnoterapi dapat diterapkan pada ODHA untuk mengatasi depresi, kecemasan, dan stress pada berbagai level usia, termasuk remaja (Aflahatiufus et al., 2022; Nengah Sumirta et al., 2018; A. Setyadi, 2017; A. W. Setyadi et al., 2016; Utami et al., 2021).

4. **Long Term Care pada Penderita HIV/AIDS**

Long term care atau perawatan jangka panjang mengacu pada rangkaian layanan medis dan sosial yang dirancang untuk mendukung kebutuhan orang yang hidup dengan masalah kesehatan kronis yang memengaruhi kemampuan untuk melakukan aktiitas sehari-hari. *Long term care* dilakukan

untuk mendampingi seseorang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan baik kebutuhan dasar manusia dan mencegah keparahan penyakit / komplikasi. *Long term care* tidak hanya dilakukan ditempat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit atau Puskesmas, tetapi memerlukan tidak lanjut sampai dengan ke rumah pasien (*home care*) dan tentunya dengan melibatkan dan mengoptimalkan peran keluarga sebagai orang terdekat (Harris-Kojetin et al., 2013).

Peran yang strategis dalam *long term care* adalah Kader Posyandu dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dan pencegahan komplikasi penyakit HIV AIDS. Kader Posyandu dan keluarga dapat menjadi *caregiver* bagi ODHIV/ODHA. Kebutuhan *long term care* dipengaruhi oleh perubahan kapasitas fungsional fisik, mental dan atau kognitif yang pada gilirannya, selama kehidupan individu, dipengaruhi oleh lingkungan. *Long term care* mencakup rentang layanan yang jauh lebih luas daripada perawatan akut, menekankan layanan sosial dan medis dengan pendekatan komprehensif, bersifat holistik tercermin disetiap aspek perawatan secara menyeluruh dari klinis, psikologis dan sosial ekonomi (Harris-Kojetin et al., 2013).

Pelayanan *long term care* terdiri dari tipe pelayanan berdasarkan kebutuhan individu:

- a. Pelayanan medis, keperawatan dan rehabilitasi.
- b. Pelayanan kesehatan mental dan pelayanan demensia.
- c. *Social support*.
- d. *Supportive housing*.
- e. Pelayanan *hospice* (Singh, 2016).

Sistem pelayanan *long term care* yang ideal adalah memuat 10 dimensi berikut:

- a. Pelayanan yang bervariasi.
- b. Pelayanan khusus individual.

- c. Pelayanan total yang terkoordinasi.
- d. Peningkatan fungsi independent pasien.
- e. Perawatan jangka Panjang.
- f. Menggunakan teknologi baru.
- g. Menggunakan praktik.
- h. *Evidence-based*.
- i. Pendekatan holistik.
- j. Meningkatkan kualitas perawatan.
- k. Meningkatkan kualitas hidup pasien (Singh, 2016).

Tujuan *long term care* adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga ODHIV/ODHA yang membutuhkan perawatan, secara rinci tujuan utamanya adalah:

- a. Meningkatkan kapasitas keluarga untuk memberikan perawatan.
- b. Mendukung peningkatan akses untuk mendapatkan perawatan secara terus menerus.
- c. Mengintegrasikan perawatan, dukungan, dan layanan pengobatan yang ada.
- d. Mengajukan untuk perawatan yang berkelanjutan dan holistik.
- e. Meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan komoditas penting dalam perawatan.
- f. Meningkatkan kualitas pelayanan perawatan (Pratt, 2010).

Long Term Care pada pasien HIV/AIDS melalui penggunaan *highly active antiretroviral therapy* (HAART), kondisi pasien AIDS berubah dari *end-stage terminal illness* menjadi kondisi kronis. Dengan menurunnya angka mortalitas, prevalensi HIV meningkat pada populasi manusia. Perawatan pada pasien HIV/AIDS mirip dengan karakteristik pasien *long term care* (Singh, 2016). Pasien HIV/AIDS rentan mengalami berbagai komorbiditas dan gangguan kognitif. Penyakit hati dan kardiovaskuler seringkali dikaitkan dengan penggunaan

HAART jangka panjang. pasien HIV/AIDS juga berisiko tinggi mengalami bermacam-macam jenis kanker, depresi, demensia, dan penyakit Alzheimer (Cahill & Valadez, dalam Singh, 2016) dan memiliki risiko mengalami penurunan berat badan dan inkontinensia urin (Shin, *et al.*, dalam Singh, 2016). Banyak laporan bahwa lansia dengan HIV/AIDS memiliki kemampuan fisik yang rendah dan tidak independen.

Faktor-faktor inilah yang mengindikasikan bahwa diperlukannya *long term care* bagi pasien HIV/AIDS. pasien HIV/AIDS memerlukan perawatan medis dan dukungan sosial setiap waktunya (Singh, 2016). Virus HIV selain menyebabkan gangguan fisik, juga dapat menyebabkan gangguan sosial yang sangat berpengaruh terhadap kehidupan pasien. Stigma negatif dan diskriminatif dapat menghambat proses penanganan penyakit HIV dan penyebaran epidemik HIV/AIDS. Stigma tersebut secara tidak langsung dapat menurunkan kualitas hidup seorang pasien dengan HIV. Rendahnya kualitas hidup pasien HIV akan memengaruhi kesehatan dari pasien itu sendiri. Peningkatan kualitas hidup tidak hanya dapat dilakukan melalui proses penyembuhan secara fisik, hal yang paling utama adalah meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakitnya dan merubah orientasi pemikiran pasien dari kesembuhan menjadi kearah penyerahan diri kepada Tuhan dan hubungan dengan orang lain (hubungan sosial). Salah satu pendekatan yang sering digunakan dalam pendampingan pasien yang telah lama mengidap HIV/AIDS adalah melalui terapi spiritual. Terapi spiritual yang dilakukan secara tidak langsung dapat meningkatkan makna spiritualitas pasien tentang penyakitnya. Spiritualitas merupakan bagian dari kualitas hidup berada dalam domain kapasitas diri atau being yang terdiri dari nilai-nilai personal, standar personal dan kepercayaan. Terdapat empat hal yang diakui sebagai kebutuhan spiritual yaitu proses mencarimakna baru dalam kehidupan, pengampunan, kebutuhan untuk dicintai, dan pengharapan. Penemuan makna baru dalam kehidupan ini akan memfasilitasi pasien HIV/AIDS

untuk pengampunan terhadap dirinya sendiri (Hidayanti et al., 2015).

Penyakit HIV/AIDS dapat menurunkan kualitas hidup penderitanya seperti meningkatkan ketergantungan pada orang lain, mental disorder seperti depresi, cemas, putus asa, dan khawatir, serta berpengaruh pada rusaknya kehidupan sosial seperti mengisolasi diri dan mendapat stigmatisasi. HIV/AIDS adalah "*medical illness*" dan juga "*terminal illness*". Lebih lanjut dijelaskan bahwa individu dengan HIV/AIDS membutuhkan terapi dengan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual, artinya melihat pasien tidak semata-mata dari segi organobiologi, psikologi, psiko-sosial tetapi juga aspek spritual/kerohanian.

Dengan demikian jelaslah bahwa penderita HIV/AIDS memiliki masalah yang kompleks (biopsiko-sosio-religius). Penderita HIV/AIDS dengan berbagai masalahnya membutuhkan perawatan holistik. Perawatan holistik bagi pasien penyakit terminal dalam dunia kedokteran dikenal dengan perawatan paliatif. perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual serta untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan memadukan perawatan medis, dukungan social emosional, konseling, dan perawatan spiritual. Dengan demikian artinya implementasi perawatan paliatif membutuhkan keterlibatan berbagai profesi. Tim perawatan kesehatan seharusnya meliputi dokter, perawat dan ahli terapis serta kelompok profesional lainnya seperti pekerja sosial dan rohaniawan. Mereka yang memiliki peningkatan spiritual memberikan efek positif seperti berkurangnya rasa sakit, munculnya energi positif, hilangnya *psychological distress*, hilangnya depresi, kesehatan mental

yang lebih baik, meningkatnya fungsi kognitif dan sosial, serta berkurangnya perkembangan gejala HIV. Sementara mereka yang mengembangkan respon spiritual yang negatif seperti marah kepada Tuhan, menganggap penyakit sebagai hukuman, dan mengalami keputusan justru mempercepat progresivitas penyakit HIV/AIDS.

Efektivitas pendekatan holistik dengan menyentuh aspek spiritual dalam merawat orang dengan HIV/AIDS (ODHA) mampu mengantarkan mereka menemukan kembali harapan dan makna hidup, serta memperbaiki martabat yang mendapat stigma dan dihantui perasaan bersalah terhadap diri sendiri atau keluarga, dan meningkatkan keterampilan untuk bertahan hidup. Dengan demikian diketahui bahwa kebutuhan spiritualitas memberikan kontribusi yang maha penting dalam perjalanan hidup orang dengan HIV/AIDS. Pemenuhan kebutuhan rohani pasien HIV/AIDS dilakukan dalam bentuk konseling Islam yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan melalui klinik VCT HIV/AIDS (Hidayanti et al., 2015).

Tantangan Pelaksanaan *Long Term Care* adalah adanya perubahan budaya, serta pengembangan lahan praktik dan pendidikan yang belum memadai. Dalam perawatan, keterlibatan orang-orang disekitar klien diperlukan dalam pengambilan keputusan bagi tindakan perawatan klien. Dampak positif dari *long term care* meliputi peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan klien, penurunan biaya karena meningkatkan kesehatan, serta meningkatkan kompetensi perawat. Pada *long term care*, praktisi perawat mampu memberikan kualitas pelayanan yang tinggi, seperti mengelola penyakit kronis, manajemen nyeri, serta mengurangi kunjungan ke rumah sakit. Praktisi perawat mampu menilai kondisi akut, memberikan pelayanan teratur, dan mengelola kondisi klien (manajemen kasus). Donald et al., (2013) melaporkan adanya peningkatan status kesehatan dan kualitas hidup dewasa lanjut, serta kepuasan keluarga pada *long term care*.

D. RANGKUMAN

Terapi *komplementer* didefinisikan sebagai sekelompok praktik, disiplin atau produk medis tradisional non farmakologis berhubungan dengan kesehatan yang diintegrasikan dengan terapi modern bersamaan dengan terapi farmakologis untuk membantu proses penyembuhan dan meningkatkan imunitas tubuh. Syarat pemberian terapi *komplementer* yaitu tidak membahayakan jiwa atau melanggar susila dan kaidah agama serta kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa yang diakui di Indonesia; aman dan bermanfaat bagi kesehatan; tidak bertentangan dengan upaya derajat kesehatan masyarakat dan tidak bertentangan dengan norma dan nilai hidup dalam masyarakat.

Peran tenaga kesehatan dalam terapi *komplementer* pada ODHIV ODHA berupa dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya. Penyakit HIV AIDS adalah penyakit kronis sehingga memerlukan *long term care*. *Long term care* atau perawatan jangka Panjang mengacu pada rangkaian layanan medis dan sosial yang dirancang untuk mendukung kebutuhan orang yang hidup dengan masalah kesehatan kronis yang memengaruhi kemampuan untuk melakukan aktiitas sehari-hari. Long term care dilakukan untuk mendampingi seseorang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan baik kebutuhan dasar manusia dan mencegah keparahan penyakit/komplikasi.

E. LATIHAN SOAL

Berikan tanda centang (✓) pada jawaban yang menurut saudara benar.

No	Soal	Benar	Salah
1.	Terapi <i>komplementer</i> adalah terapi yang memerlukan resep dokter		
2.	Ruang lingkup terapi <i>komplementer</i> adalah intervensi untuk pikiran dan tubuh.		

No	Soal	Benar	Salah
3.	Tidak ada syarat pemberian terapi <i>komplementer</i> .		
4.	Terapi SEFT terbukti dapat meningkatkan nafsu makan.		
5.	Akupuntur efektif mengatasi insomnia pada ODHA.		
6.	Untuk perawatan ODHIV diperlukan keterlibatan keluarga sebagai bentuk perawatan jangka panjang.		
7.	<i>Supporting housing</i> merupakan dimensi <i>long term care</i> .		
8.	Prong 1 berisi perencanaan kehamilan.		

F. KISI-KISI JAWABAN

1. Terapi *komplementer* adalah produk non medis.
2. Terdapat ruang lingkup tindakan *komplementer* secara holistik.
3. Meski terapi *komplementer* bukan produk medis, namun bukan berarti tanpa bekal pengetahuan dan keterampilan dapat memberikan terapi.
4. SEFT kepanjangan dari *Spiritual Emotional Freedom Technique*.
5. Akupuntur adalah terapi dengan penyisipan dan manipulasi jarum halus pada titik-titik tertentu tubuh untuk mencapai tujuan terapeutik.
6. *Long term care* dirancang untuk mendukung kebutuhan orang yang hidup dengan masalah kesehatan kronis
7. Terdapat 10 dimensi *long term care*.
8. Program pencegahan penularan HIV AIDS dituangkan dalam 4 *prong*.

G. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Adiputra, & Putu Anda Tusta. (2022). Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/865/terapi-primer-terapi-komplementer-terapi-alternatif-pada-kanker-apa-bedanya
- [2] Aflahatiufus, A., Sriati, A., & Shalahuddin, I. (2022). Efektivitas Hipnoterapi Sebagai Intervensi Untuk Mengurangi Stres Pada Remaja: Studi Literatur. In JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia (Vol. 10).
- [3] Arroisi, J., & Dwi Saputro, A. (2020). Problem Penyembuhan Reiki Perspektif Al-Ghazali. <https://doi.org/10.15575/daq.xxx.xxx>
- [4] Astuti, R., Yosep, I., & Susanti, R. D. (2015). Pengaruh Intervensi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) terhadap Penurunan Tingkat Depresi Ibu Rumah Tangga dengan HIV (Vol. 3).
- [5] Bakri, S. (2009). The Power of Tasawuf reiki: Sehat Jasmani Rohani dengan Psikoterapi Islami.
- [6] Bremner, M. N., Blake, B. J., Wagner, V. D., & Pearcey, S. M. (2016). Effects of Reiki With Music Compared to Music Only Among People Living With HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 27(5), 635–647. <https://doi.org/10.1016/J.JANA.2016.04.004>
- [7] Cahyanto, E. B., Sukamto, I. S., Nugraheni, A., Musfiroh, M., Argaheni, N. B. (2021). Spiritual Emotional Freedom Technique (Seft) To Reduce Depression In HIV/AIDS Sufferers. *GEMASSIKA : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.30787/gemassika.v5i1.613>
- [8] Cutler, N. (2019). Massage Therapy for HIV/AIDS | Massage Professionals Update. <https://www.integrativehealthcare.org/mt/massage-for-hiv-patients/>
- [9] Dirjen Bina KIA Kemenkes RI. (2015). Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak.

- [10] Dirjen P2P Kemkes. (2022). Laporan Eksekutif Perkembangan Hiv Aids Dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan III.
- [11] Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23527481/>
- [12] Dunne, E. M., Balletto, B. L., Donahue, M. L., Feulner, M. M., DeCosta, J., Cruess, D. G., Salmoirago-Blotcher, E., Wing, R. R., Carey, M. P., & Scott-Sheldon, L. A. J. (2019). The Benefits Of Yoga For People Living With HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34, 157. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2018.11.009>
- [13] Firmansyah, O. B. M., Bashori, K., & Hayati, E. N. (1970). Pengaruh Terapi Pemaafan Dengan Dzikir Untuk Meningkatkan Penerimaan Diri Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). *Psikis : Jurnal Psikologi Islami*, 5(1), 13–23. <https://doi.org/10.19109/PSIKIS.V5I1.2036>
- [14] Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Park-Lee, E., & Valverde, R. (2013). Long-Term Care Services in the United States: 2013. PUBMED. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158640/>
- [15] Hidaayah, N. (2018). Terapi Psikoreligi Dalam Meningkatkan Kesehatan pasien.
- [16] Hidayanti, N., Nurhayati, C., Sari, N. A., & Rustini, A. (2015). Analysis Of Factors Affecting Self Management In Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Jurnal Keperawatan*, 12(1), 84–95. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v11i1.416>
- [17] Hillier, S. L., Louw, Q., Morris, L., Uwimana, J., & Statham, S. (2010). Massage Therapy For People With HIV/AIDS. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007502.PUB2>

- [18] Kaplan, J. E. (2023). AIDS and HIV Alternative Medicine. <https://www.webmd.com/hiv-aids/aids-hiv-alternative-medicine>
- [19] Kemenkes RI. (2003). Kepmenkes RI No.1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional.
- [20] Kemenkes RI. (2017). Permenkes RI No.37 / 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi.
- [21] Kemenkes RI. (2018). Permenkes RI No.15/2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
- [22] Manik, M. E. R., Rindarwati, A. Y., & Destiani, D. P. (2022). Article Review: Efek Terapetik Akupuntur Pada pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe-2. *Farmaka*, 20(2), 113–120. <https://doi.org/10.24198/FARMAKA.V20I2.38800>
- [23] Mardiyati, S., Elita, V., & Sabrian, F. (2017). Pengaruh Terapi Psikoreligius: Membaca Al Fatihah terhadap Skor Halusinasi pasien Skizofrenia.
- [24] Mehl-Madrona, L., Renfrew, N. M., & Mainguy, B. (2011). Qualitative Assessment Of The Impact Of Implementing Reiki Training In A Supported Residence For People Older Than 50 Years With HIV/AIDS. *The Permanente Journal*, 15(3), 43–50. <https://doi.org/10.7812/TPP/10-152>
- [25] Menteri Kesehatan RI. (2007). Permenkes No. 1109 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- [26] Menteri Kesehatan RI. (2016). Permenkes RI No.61/2016 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris. www.peraturan.go.id
- [27] Naoroibam, R., Metri, K. G., Bhargav, H., Nagaratna, R., & Nagendra, H. (2016). Effect Of Integrated Yoga (IY) On Psychological States And CD4 Counts Of HIV-1 Infected Patients: A Randomized Controlled Pilot Study. *International Journal of Yoga*, 9(1), 57. <https://doi.org/10.4103/0973-6131.171723>
- [28] Nengah Sumirta, I., Candra, W., Kadek, N., Inlamsari, D., Keperawatan, P. D.-I., Kesehatan Denpasar, P., Denpasar, K., &

- Bali, I. (2018). Pengaruh Relaksasi Lima Jari Terhadap Depresi Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).
- [29] Nurmaguphita, D., Husen, M., Trihidayati, N., Sleman, K., Kemenkes Ternate, P., Cempaka, J., Tinggi Barat, T., Selatan, T., Ternate, K., Utara, M., Keperawatan Buntet Pesantren Cirebon, A., Pondok Buntet Pesantren, K., & Kulon, M. (2022). Terapi Komplementer Pada Skizofrenia Dengan Depresi: A Literature Review. In *Jl. Siliwangi Jl. Ringroad Barat (Issue 63)*. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>
- [30] Octaviani, O., Waluyo, A., & Rekawati, E. (2023). Efektifitas Aerobik Dan Yoga Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pada ODHA. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- [31] Phillips, K. D., & Skelton, W. D. (2001). Effects of Individualized Acupuncture on Sleep Quality in HIV Disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(1), 27–39. [https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(06\)60168-4](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(06)60168-4)
- [32] Pratt, J. R. (2010). Long-term care : managing across the continuum. Jones and Bartlett Publishers.
- [33] Roza, D., Anggreni, S. D., Sasmita, H., Fadriyanti, Y., & Yanti, N. (2020). Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) terhadap Kualitas Hidup pasien HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(1), 178–186. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i1.1514>
- [34] Rukmono, R. L. P., Rahmayani, F., & Utami, N. (2019). Akupunktur sebagai Terapi pada Nyeri Pascaoperasi: Artikel Review. *Jurnal Majority*, 8(1), 256–260. <https://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/2330>
- [35] Sari, G. D. (2021). Pengaruh Pemberian Terapi Psikoreligi Terhadap Tingkat Depresi pasien HIV/AIDS: Literature Review.
- [36] Septivany, M. (2015). Pengaruh Religiusitas, Dukungan Sosial dan Sense of Humor terhadap Kecemasan akan Kematian pada ODHA.
- [37] Setyadi, A. (2017). Pengaruh Hipnoterapi terhadap Perubahan Depresi, Kecemasan dan Stres pada Orang Dengan HIV / AIDS

(ODHA) di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Friendship Plus Kediri.

- [38] Setyadi, A. W., Murti, B., & Demartoto, A. (2016). The Effect Of Hypnotherapy On Depression, Anxiety, And Stress, In People Living With HIV/AIDS, In "Friendship Plus" Peer Supporting Group, in Kediri, East Java. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 01(02), 99–108. <https://doi.org/10.26911/thejhpb.2016.01.02.05>
- [39] Sholihah, A. W. (2022). Pandangan Studi Terkait Seft (Spiritual Emotional Freedom Technique) dalam Menurunkan Kecemasan pasien Sebelum Operasi. *Yankes Kemenkes RI*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1202/pandangan-studi-terkait-seft-spiritual-emotional-freedom-technique-dalam-menurunkan-kecemasan-pasien-sebelum-operasi
- [40] Singh, D. A. (2016). Effective management of long-term care facilities.
- [41] Sri, A. A., Laksmi, S., Nengah Sumirta, I., Candra, W., Harini, I., Ruspawan, I., Keperawatan, J., Kemenkes, P., & Denpasar, D. (2020). Pengaruh Terapi Reiki Terhadap Kecemasan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).
- [42] Sugata, I. M., Suryanti, P. E., Juniarta, M. G., & Istriyanti, N. L. A. (2022). Efektivitas Yoga Terhadap Peningkatan Kualitas Hidup ODHA di Bali. *Jurnal Penelitian Agama Hindu*.
- [43] Swanson, B., Keithley, J. K., Johnson, A., Fogg, L., Adeyemi, O., Sha, B. E., & Snell, K. A. (2015). Acupuncture to Reduce HIV-Associated Inflammation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : ECAM*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/908538>
- [44] Tarmidzi, S. N. (2023). Kasus HIV dan Sifilis Meningkat, Penularan Didominasi Ibu Rumah Tangga – Sehat Negeriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230508/5742944/kasus-hiv-dan-sifilis-meningkat-penularan-didominasi-lbu-rumah-tangga/>

- [45] Utami, H. W., Mintarsih, W., & Nurvita, N. (2021). The Effect of Hypnosis on The Level of Anniversity of Women With HIV/AIDS. *Midwifery and Nursing Research*, 3(1), 27–32. <https://doi.org/10.31983/MANR.V3I1.5406>
- [46] Vickers, A., Zollman, C., & Reinish, J. T. (2001). Massage therapies. *Western Journal of Medicine*, 175(3), 202. [/pmc/articles/PMC1071543/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1071543/)
- [47] Walangitan, B. (2013). Konsep energi reiKi dalam perspektif al-Qur'an (Vol. 7, Issue 2).
- [48] Waluyo, A., Dwi Nabella, N., Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung Jl Bakau No, A., & Raya Kec Kedamaian Kota Bandar Lampung, T. (2022). Efektivitas Terapi Psikoreligius Pada pasien Skizofrenia Dengan risiko Perilaku Kekerasan. In *Agustus* (Vol. 4, Issue 2).
- [49] Widyatuti. (2008). Terapi Kompletter Dalam Keperawatan.
- [50] Zulfiana, R., Murharyati, A., & Suparmanto, G. (2020). Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Terhadap Tingkat Depresi pasien Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Yayasan Sahabat Sehat Mitra Sebaya (Yasema) Sukoharjo.

BAB XV

PERAN BIDAN DAN JENIS PELAYANAN PALIATIF PADA KLIEN PENYAKIT TERMINAL

A. PENDAHULUAN

Pelayanan paliatif merupakan pelayanan terpadu dan menyeluruh dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin. Pelayanan paliatif sangat dibutuhkan karena meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa baik pada dewasa, anak, dan geriatrik.

Kebutuhan pelayanan paliatif secara global menunjukkan peningkatan signifikan setiap tahunnya. Diketahui lebih dari 56,8 juta orang membutuhkan perawatan paliatif di seluruh dunia. Prevalensi tertinggipasien yang membutuhkan pelayanan paliatif adalah pada usia tua atau lebih dari 70 tahun sekitar 40%. Di Indonesia kebutuhan perawatan paliatif sebesar 0,35%.

Pasien dengan penyakit yang dapat yang mengancam jiwa seperti HIV AIDS dan Kanker pada umumnya mengalami gejala fisik yang berat, gangguan psikologis, kesulitan sosial dan masalah spiritual yang saling memengaruhi sehingga membutuhkan tata laksana yang komprehensif dengan perawatan paliatif. Dengan mengoptimalkan perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup sampai akhir kehidupan.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu menjelaskan peran bidan dan jenis pelayanan paliatif pada klien yang menerima penyakit terminal.

C. MATERI

1. Tujuan Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah pelayanan dengan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, dengan cara mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian seksama, pengobatan nyeri, pengobatan gejala fisik lainnya, masalah psikososial dan spiritual.

Tujuan perawatan paliatif adalah memberikan tata laksana nyeri dan gejala lain yang kuat pada pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa; Memberikan dukungan psikologis, sosial, dan spiritual kepada pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa; Meringankan beban keluarga dalam memberikan perawatan bagi pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa serta mengembangkan layanan yang komprehensif, terpadu dan berkelanjutan dari tingkat layanan yang satu ke tingkat layanan kesehatan yang lain oleh tim multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.

2. Jenis Pelayanan Paliatif pada Klien Terminal

Filosofi pelayanan paliatif adalah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan yang terbaik sampai akhir hayat dan bahwa mengurangi penderitaan menjadi hal penting dalam setiap layanan kesehatan untuk mencapai kesembuhan tidak lagi memungkinkan. Bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 01.07 / MENKES / 2180 / 2023 disebutkan pelayanan paliatif diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan berupa Rumah Sakit, Klinik, atau Pusat Kesehatan Masyarakat maupun pada rumah-rumah paliatif yang bersumber daya masyarakat dalam rangka membantu pelayanan paliatif.

Dalam memberikan pelayanan paliatif, sebagai bidan perlu memperhatikan prinsip-prinsip dibawah ini:

- a. *Affirm life and regard dying as normal process.*
- b. *Aims to neither hasten nor postpone death.*
- c. *Gives the patient a central role in decision making.*
- d. *Provide relief from distressing symptoms.*
- e. *Integrates the psychological, emotional, spiritual and social aspects of care for the patients, the family and carers in a culturally sensitive manner.*
- f. *Avoids futile interventions.*
- g. *Offers a support system to help patients live as actively as possible until death.*
- h. *Offers a support system to help the family and carers coping during the patients illness and after the patients death.*
- i. *Uses a team approach to address the needs of patients and their care givers (Kepmenkes RI, 2023).*

3. Peran Bidan Dalam Pelayanan Paliatif pada Klien Terminal

Bidan dapat berperan dalam pelayanan paliatif pada klien terminal dengan memperhatikan pada prinsip-prinsip diatas serta melakukan layanan dengan penerapan 7 langkah manajemen Varney. Apabila dirinci lebih lanjut, peran bidan dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Dalam melakukan pengkajian aspek subjektif dan objektif perlu mengintegrasikan perhatian aspek psikologis, emosi, spiritual dan sosial bagi pasien dan keluarganya.
- b. Dalam memberikan intervensi kebidanan sesuai dengan advice dokter, dan bidan harus mampu melakukan deteksi dini jenis penyakit paliatif yaitu HIV/AIDS dan kanker.
- c. Bidan memberikan intervensi dengan dasar pemikiran bahwa intervensi yang diberikan tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian serta melibatkan klien dalam pengambilan keputusan.

- d. Bidan perlu berkolaborasi dengan profesi lain dalam memberikan layanan paliatif untuk menghindari intervensi yang sia-sia, untuk memenuhi kebutuhan pasien serta memberikan tata laksana yang dapat melepaskan stres dan menyediakan sistem dukungan untuk membantupasien dapat hidup seaktif mungkin sampai meninggal.
- e. Dalam menerapkan langkah evaluasi, bidan dapat memegang teguh kehidupan dan menempatkan kematian sebagai proses normal.

D. RANGKUMAN

Pelayanan paliatif merupakan pelayanan terpadu dan menyeluruh dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin. Pelayanan paliatif sangat dibutuhkan karena meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa baik pada dewasa, anak dan geriatrik. Filosofi pelayanan paliatif adalah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan yang terbaik sampai akhir hayat. Bidan dapat berperan dalam pelayanan paliatif pada klien terminal dengan memperhatikan pada prinsip-prinsip diatas serta melakukan layanan dengan penerapan 7 langkah manajemen Varney.

E. LATIHAN SOAL

Berikan tanda centang (✓) pada jawaban yang menurut saudara benar.

No	Soal	Benar	Salah
1.	Bidan memberikan asuhan paliatif menggunakan pola pikir varney.		
2.	<i>Affirm life and regard dying as normal process</i> adalah salah prinsip penanganan pasien paliatif.		
3.	setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan yang terbaik sampai akhir hayat adalah bukan filosofi perawatan paliatif.		

No	Soal	Benar	Salah
4.	Intervensi kebidanan memperhatikan bahwa harus sesuai dengan <i>advice</i> dokter, dan bidan harus mampu melakukan deteksi dini.		
5.	Bidan perlu berkolaborasi dengan profesi lain dalam memberikan layanan paliatif untuk menghindari intervensi yang sia-sia.		
6.	Bidan mengkaji aspek subjektif dan objektif perlu mengintegrasikan perhatian aspek psikologis, emosi, spiritual dan sosial bagi pasien dan keluarganya.		
7.	Bidan harus menghindari tindakan yang sia-sia untuk pasiennya.		
8.	Tujuan perawatan paliatif adalah memberikan tata laksana nyeri dan gejala lain yang adekuat pada pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa.		

F. KISI-KISI JAWABAN

1. Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, selalu menggunakan pola pikir Varney.
2. Bahwa prinsip perawatan paliatif terdiri dari beberapa hal yang salah satunya adalah memegah teguh kehidupan dan menempatkan kematian sebagai proses normal.
3. Filosofi pelayanan paliatif adalah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan yang terbaik sampai akhir hayat.
4. Dalam pelaksanaan tindakan kebidanan, hal yang harus diperhatikan adalah mengikut *advice* dokter, karena bidan mempunyai batasan kewenangan sampai dengan melakukan deteksi dini.
5. Bahwa bidan dalam penanganan kasus kanker dan HIV AIDS tidak bisa dilakukan sendiri, bidan memerlukan profesi lain.

6. Bidan mengkaji aspek subjektif dan objektif perlu mengintegrasikan perhatian aspek psikologis, emosi, spiritual dan sosial bagi pasien dan keluarganya.
7. Dalam menerapkan intervensi, bidan memutuskan berdasarkan diagnosa yang ada.
8. Prioritas perawatan paliatif adalah memberikan tata laksana nyeri dan gejala lain yang dapat berisiko kematian.

G. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kepmenkes RI. (2023). Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif.

BAB XVI

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN PENYAKIT TERMINAL

A. PENDAHULUAN

Pendokumentasian merupakan kewajiban bagi bidan pada setiap memberikan asuhan kebidanan. Terdapat berbagai model asuhan kebidanan yaitu: SOAPIER, SOAPIED, SOAPIE dan SOAP. Kekhususan pada ODHIV / ODHA bahwa, sifat dokumentasi dapat tertutup. Hal ini sebagai antisipasi terhadap perlakuan diskriminatif terhadap orang dengan penyakit terminal dan sebagai bentuk menghormati hak asasi manusia.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data fisik dan psikososial pada pasien HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data riwayat kesehatan pasien dengan HIV/AIDS, kanker dan penyakit terminal.
3. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dengan HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.
4. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian psikologis dan pengetahuan pasien dengan HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.
5. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa/masalah aktual pada pasien HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.
6. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa/masalah potensial pada pasien HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.
7. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan kebidanan pada pasien HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.

8. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada pasien HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.
9. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada pasien HIV/AIDS, kanker, dan penyakit terminal.

C. MATERI

1. Batasan Penyakit Terminal

Definisi dari penyakit terminal adalah penyakit yang tidak lagi respon terhadap terapi kuratif dengan harapan hidup terbatas dengan perburukan yang tidak dapat dikembalikan seperti adanya metastase, penurunan fungsi organ dan kualitas hidup, dengan prognosis harapan hidup kurang dari 12 bulan. Referensi lain menyebutkan usia harapan hidup kurang dari 6 bulan (Hui *et al.*, 2014; Kepmenkes RI, 2023; Salins *et al.*, 2018; Supardi & Ludiana, 2019).

Penyakit terminal diketahui sebagai penyakit akut berat maupun kronis. Penyakit dasar dari penyakit terminal yaitu Kanker, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) lanjut, Stroke dengan penurunan fungsional >50%, Parkinson, Penyakit Genetika, Penyakit Ginjal Kronik, Penyakit Jantung Berat (*Congestive Heart Failure*, *Coroner Artery Disease* berat, *Cardiomyopati* (Left Ventricular Ejection Fraction < 25%) dan atau HIV AIDS (Arini Winarti Rinawati, 2021; Kepmenkes RI, 2023; Supardi & Ludiana, 2019).

Kriteria penyakit terminal diketahui penyakit dengan batasan sebagai berikut:

- a. Penyakit tidak dapat disembuhkan.
- b. Stase akhir kehidupan dan penyakit mengarah pada kematian.
- c. Diagnosa medis sudah jekas.
- d. Tidak ada obat untuk menyembuhkan.
- e. Prognosis jelek.

- f. Bersifat progresif.
- g. Tubuh sudah tidak cukup menerima efek obat (Arini Winarti Rinawati, 2021).

Kanker sendiri didefinisikan sebagai penyakit yang melibatkan pertumbuhan sel yang tidak normal dan tidak terkendali yang memengaruhi setiap bagian tubuh manusia dengan banyak jenis dan subjenis. Angka kejadian kanker menurut Globocan tahun 2020 sebanyak 396.914 kasus baru. Sedangkan di Indonesia sebesar 136,2 / 100.000 penduduk (Ayo Sehat Kemkes RI, 2023; Ditjen P2P, 2019).

2. Definisi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Penyakit Terminal

- a. Definisi Dokumentasi

Secara umum dokumentasi adalah suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Pendokumentasian adalah suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan. Dokumentasi asuhan kebidanan adalah suatu kegiatan pencatatan bukti dan pelaporan yang dilakukan oleh bidan sejak dari awal asuhan kebidanan sampai akhir asuhan untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan yang terlibat dalam memberikan asuhan. Pendokumentasian asuhan kebidanan merupakan kewajiban bidan yang tertuang dalam UU No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan Pasal 61 poin e, bahwa Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban mendokumentasikan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar.

Dokumentasi kebidanan dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan klien, dalam hal ini ODHIV/ODHA, Kanker dan Penyakit Terminal pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik

tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, USG, rontgen, dsb), analisa (*diagnose*), perencanaan, dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada pasien terminal / kanker / ODHIV / ODHA baik rawat jalan maupun rawat inap serta pelayanan gawat darurat (Handayani & Mulyani, 2017; Subiyatin, 2017; Surtinah et al., 2019).

b. Isi dan Kegiatan Dokumentasi

- 1) Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
- 2) Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan, atau dokumentasi.
- 3) Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
- 4) Memonitor catatan professional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
- 5) Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia (Handayani & Mulyani, 2017; Subiyatin, 2017; Surtinah et al., 2019).

c. Sifat Dokumentasi

Sifat dokumentasi terdiri dari tertutup dan terbuka. Dokumentasi tertutup bila berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan dan disebarluaskan ke masyarakat. Sifat dokumentasi terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Dokumentasi bersifat terbuka dapat ditulis dengan teknik naratif yang

berorientasi pada sumber data disetiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diikuti memungkinkan bidan mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dengan kejadian kronologis (Subiyatin, 2017; Surtinah *et al.*, 2019).

Pada kasus ODHIV/ODHA sesuai UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, bahwa setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Maka, dokumentasi tertutup diperlakukan dalam rangka menjamin hak dari ODHA, hak untuk tidak mendapatkan perlakuan buruk dari masyarakat dan hak kerahasiaan atas statusnya (Virdaus, 2016).

d. Tujuan Pendokumentasian

- 1) Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangkai mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
- 2) Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.
- 3) Terkait penelitian, hukum, keuangan dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut:
 - (a) Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - (b) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung-jawaban kepada klien.
 - (c) Informasi terhadap perlindungan individu.
 - (d) Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - (e) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - (f) Pengurangan biaya informasi.
 - (g) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - (h) Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan

- (i) Informasi untuk mahasiswa.
 - (j) Dokumentasi untuk tenaga professional dan tanggungjawab etik.
 - (k) Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
 - (l) Suatu data keuangan yang sesuai.
 - (m) Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.
- e. Metode Dokumentasi

Dalam melakukan pencatatan asuhan kebidanan, ada beberapa metode pendokumentasian yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu:

1) SOAPIER

(a) S=Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "0" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan

ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) I=*Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

(f) E=*Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

(g) R=*Revised*

Revised (revisi) adalah perubahan rencana asuhan kebidanan berdasar hasil evaluasi guna tercapainya tujuan asuhan.

(h) Contoh:

S: pasien P3A0 mengeluh nyeri pada luka jahitan post SC 2 hari yang lalu dan mengigil.

O: TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, RR 22x/menit, Suhu 38,30C, pada balutan luka terlihat basah dan terdapat PUS.

A: P3A0 post SC 2 hari dengan infeksi: Lakukan perawatan luka, pendidikan kesehatan makan tinggi kalori dan protein.

I: Ganti balutan, pendidikan kesehatan nutrisi tinggi kalori dan protein.

E: Luka masih bernanah.

R: Ganti balutan 2 kali/hari.

2) SOAPIE

(a) S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "0" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) I=*Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

(f) E=*Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai

dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

(g) Contoh:

S: pasien P3A0 mengeluh nyeri pada luka jahitan post SC 2 hari yang lalu dan mengigil.

O: TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, RR 22x/menit, Suhu 38,30C, pada balutan luka terlihat basah dan terdapat PUS.

A: P3A0 *post* SC 2 hari dengan infeksi.

P: Lakukan perawatan luka, pendidikan kesehatan makan tinggi kalori dan protein.

I: Ganti balutan, pendidikan kesehatan nutrisi tinggi kalori dan protein.

E: Luka masih bernanah.

3) SOAPIED

(a) S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan daripasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "0" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif.

Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) *P=Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) *I=Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

(f) *E=Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

(g) *D = Dokumentasi*

Dokumentasi adalah pencatatan seluruh tindakan yang sudah dilakukan dalam asuhan kebidanan. Pencatatan dimulai dari pasien datang sampai pulang.

4) SOAP

(a) *S= Subjektif*

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "0" atau "X".

(b) *O=Objektif*

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga

kehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) *A=Assesment*

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) *P=Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) Standar Nomen Klatur Diagnosis Kebidanan:

- (1) Diakui dan telah disyahkan oleh profesi kebidanan.
- (2) Berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan.
- (3) Memiliki ciri khas kebidanan.
- (4) Didukung clinical judgment dalam praktek kebidanan.
- (5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Fungsi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Penyakit Terminal

Fungsi pendokumentasian secara umum adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban tindakan yang telah dilakukan dan sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan. Fungsi pendokumentasian asuhan kebidanan khususnya pada klien HIV/AIDS dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

a. Aspek Administrasi

Bahwa pendokumentasian berupa catatan-catatan medis dan pasca tindakan serta kelengkapan data pada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA sejak awal asuhan sampai akhir asuhan perlu ditulis sesuai dengan wewenang bidan. Pencatatan administrasi ini sesuai dengan UU No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan Pasal 61 poin e Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban mendokumentasikan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar.

b. Aspek Medis

Ditinjau dari aspek medis, fungsi dokumentasi sebagai dasar perencanaan pengobatan pada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA dan tindakan yang sudah ataupun akan dilakukan.

c. Aspek hukum

Ditinjau dari aspek hukum, fungsi dokumentasi dapat sebagai alat bukti di pengadilan apabila dijumpai suatu masalah pada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA yang berhubungan dengan profesi bidan.

d. Aspek keuangan

Ditinjau dari aspek keuangan, fungsi dokumentasi dapat dijadikan dasar perincian pembiayaan pada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA selama perawatan.

e. Aspek Penelitian

Ditinjau dari aspek penelitian, fungsi dokumentasi dapat sebagai dasar penelitian pada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA melalui studi dokumentasi.

f. Aspek Pendidikan

Ditinjau dari aspek Pendidikan, fungsi dokumentasi dapat menjadi sumber studi dan penelitian guna

pengembangan keilmuan, khususnya tentang pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA.

g. Aspek Jaminan Mutu

Ditinjau dari aspek jaminan mutu, fungsi dokumentasi dapat digunakan sebagai alat evaluasi penatalaksanaan yang sudah diberikan untuk meningkatkan mutu pelayanan bidang pada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA.

h. Aspek Akreditasi

Ditinjau dari aspek akreditasi, fungsi dokumentasi sebagai cerminan keberhasilan dalam pemberian asuhan dan cerminan mutu pelayanan yang sudah diberikan bidan kepada pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA.

i. Aspek Statistik

Ditinjau dari aspek statistic, fungsi dokumentasi dapat sebagai dasar perencanaan dalam menetapkan kebutuhan tenaga kesehatan khususnya bidan dalam penanganan kasus pasien terminal/kanker/ODHIV/ODHA.

j. Aspek Komunikasi

Ditinjau dari aspek komunikasi, fungsi dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam kordinasi pelayanan HIV / AIDS dalam suatu tim (Handayani & Mulyani, 2017; Subiyatin, 2017; Surtinah *et al.*, 2019).

4. Langkah-Langkah Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Klien Penyakit Terminal, Kanker, dan HIV/AIDS

a. Rancangan Format Pendokumentasian Klien dengan PENYAKIT TERMINAL. KANKER DAN HIV AIDS

Lembar Pengkajian Asuhan Kebidanan Penyakit Terminal/
Kanker/HIV AIDS

Tanggal Pengkajian :

Jam Pengkajian :

Pengkaji :

1) Subyektif

- | (a) Biodata | Ibu | Suami |
|----------------------|---------|-------|
| (1) Nama | : | |
| (2) Umur | : | |
| (3) Suku Bangsa | : | |
| (4) Agama | : | |
| (5) Pendidikan | : | |
| (6) Pekerjaan | : | |
| (b) Alasan Kunjungan | : | |
| (c) Keluhan utama | : | |

(Kaji tingkat nyeri, bila ada keluhan nyeri, meliputi: durasi nyeri, lokasi nyeri, waktu nyeri, penyebaran nyeri serta kemampuan pasien untuk menahan nyeri dan obat apa saja yang telah diberikan untuk mengatasi nyeri)

(d) Riwayat Haid :

(e) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu:

Kehamilan Ke	UK	Riwayat Persalinan	Penyulit Persalinan	JK	Komplikasi	Usia Sekarang	Riwayat Menyusui

(f) Riwayat Kesehatan

- (1) Penyakit yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat).
- (2) Persepsi klien terhadap penyakit yang Penyakit keluarga yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat).

(g) Riwayat Psiko-sosial-ekonomi-spiritual

- (1) Riwayat Psikologi (**Lakukan pengkajian keberadaan gangguan psikologis berupa cemas dan depresi, serta coping mekanisme yang dimiliki pasien dan keluarga**) (Kepmenkes RI, 2023)
 - Persepsi klien terhadap penyakit yang dialami:
 - Perasaan klien terhadap penyakit yang dialami:.....
 - Perasaan keluarga terhadap penyakit yang dialami:
- (2) Riwayat Sosial-Ekonomi (**Lakukan pengkajian kebutuhan sosial berupa siapa saja yang ingin dihadirkan untuk bertemu pasien dan dampak penyakit terhadap kondisi dan keseimbangan keluarga, hubungan dengan orang lain, pengambilan Keputusan dalam keluarga**) (Arini Winarti Rinawati, 2021; Kepmenkes RI, 2023)
 - Status perkawinan: (Kawin / tidak kawin)
Kawin: kali

- Lama nikah: tahun, menikah pertama pada umur tahun
 - Apakah menggunakan asuransi kesehatan?
 - Tempat bekerja sebelum sakit:
 - Tempat rujukan:
 - Riwayat pernah dipenjarakan: Ada / Tidak
 - Riwayat menggunakan narkoba suntik: Ada / Tidak
 - Riwayat menggunakan tato: Ada / Tidak
- (3) Riwayat Spiritual (**lakukan pengkajian aspek yang berhubungan dengan agama: harapan, pengampunan dosa, hukuman, kehidupan yang akan datang dan sumber-sumber yang dapat memberikan dukungan secara keyakinan**) (Kepmenkes RI, 2023)
- Kepercayaan yang berhubungan dengan penyakit yang dialami:

(h) Pola Aktifitas

- (1) Nutrisi (**Kaji keberadaan nausea dan anorexia, sariawan tidak sembuh, diare tidak sembuh dalam sebulan**)
- Makan: Frekuensi, Jenis, Masalah, Pantangan.
 - Minum: Frekuensi, Jenis, Masalah, Pantangan.
- (2) Istirahat
- Istirahat siang: lama, kondisi saat bangun, masalah.
 - Istirahat malam: lama, kondisi saat bangun, masalah.

(3) Aktivitas (**Kaji kemampuan pasien untuk dapat beraktifitas untuk keperluan diri sendiri atau sudah bergantung dengan orang lain. Bila bergantung orang lain, kaji kembali Tingkat ketergantungan pasien, total atau sebagian**)

- Sehari-hari/dirumah:
- Diluar rumah:

(4) Hubungan Seksual

- Frekuensi/minggu:
- Masalah:
- Jenis kelamin partner seksual:
- Pola seksual melalui:

2) Objektif

(a) Pemeriksaan Umum

- (1) KU : baik/buruk/lemah
- (2) Postur : mesomorph/endomorph/ektomorph
- (3) Kesadaran : compos mentis/apatis/delirium/sopor/coma
- (4) TTV : TD: mmHg; N: x/mnt; R: x/mnt; S: °c (**Kaji pola nafas, frekuensi nafas, bunyi nafas**)
- (5) Tinggi Badan : cm
- (6) Berat Badan : sebelum sakit: kg; setelah sakit: kg

(b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Kepala : Inspeksi: Palpasi:
- (2) Mata : Conjungtiva:; Sklera:
- (3) Hidung : infeksi: Fungsi nafas:
- (4) Mulut : sariawan; candida:

- (5) Telinga : infeksi:; pengeluaran:
- (6) Leher : Pembesaran kelenjar:
- (7) Payudara : Kesimetrisan:; Infeksi:
- (8) Abdomen : Kesimetrisan:; Infeksi:; Riwayat Operasi:
- (9) Genitalia : Infeksi:; Fungsi:
- (10) Anus : Infeksi:; Fungsi:
- (11) Ekstremitas : Tangan:.....; Kaki:

(c) Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium: reaktif/non reaktif

Viral load :

CD4 :

- 3) Analisa
- 4) Penatalaksanaan
 - Catatan Perkembangan
 - Hari, Tanggal dan Jam
 - S :
 - O :
 - A :
 - P :

b. Pola intervensi pada pasien dengan Penyakit Terminal/ Kanker / HIV AIDS

- 1) Tatalaksana nyeri baik terapi farmakologis maupun non farmakologis dengan memperhatikan biopsikososiospiritual.
- 2) Tatalaksana keluhan fisik menggunakan modalitas farmakologi dan non farmakologi, antara lain: sesak nafas.

- 3) Dukungan psikologis dengan memperhatikan mekanisme coping yang sudah dilakukan pasien dan memperhatikan faktor kultural dalam memberikan dukungan psikologis.
- 4) Dukungan sosial dengan menghormati nilai dan martabat pasien serta keluarga.
- 5) Dukungan spiritual, dengan melibatkan rohaniawan sesuai agama pasien atau keluarga.
- 6) Perencanaan perawatan di masa mendatang terkait nilai, tujuan dan pilihan atau penolakan tindakan terhadap penyakitnya.
- 7) Perawatan akhir kehidupan, bagi pasien menjelang proses kematian sampai kematian. Tujuan perawatan akhir kehidupan adalah mencapai kenyamanan, kedamaian dan kematian bermartabat.
- 8) Dukungan dan persiapan selama masa duka serta perlunya kewaspadaan gejala duka cita yang abnormal, antara lain: dukacita berlebihan, duka cita yang tertunda, dukacita tersamar, dukacita yang kronis, perubahan ekspresi duka cita, perubahan pola tidur, dan timbulnya kebiasaan baru yang kurang patut.
- 9) Penanganan duka cita dengan memperhatikan aspek psiko-sosio-spiritual dengan non farmakologis dan farmakologis.

c. Contoh Kasus Asuhan Kebidanan dengan Penyakit Terminal / Kanker / HIV AIDS dengan SOAP

Asuhan Kebidanan Ibu dengan Penyakit Terminal / Kanker / HIV AIDS

Tanggal Pengkajian :

Jam Pengkajian :

Pengkaji :

1) Subyektif

(a) Biodata Ibu Suami

(1) Nama : Ny. S Tn. K

(2) Umur : 27 tahun 32 tahun

(3) Suku Bangsa : Jawa Sunda

(4) Agama : Islam Islam

(5) Pendidikan : SMA SMA

(6) Pekerjaan : IRT Supir Truk

(b) Alasan Kunjungan : Ibu ingin mendapatkan terapi untuk sariawannya.

(c) Keluhan utama : sariawan berwarna putih merata dibagian mulut.

(d) Riwayat Haid: Menarche: 12 tahun, tidak ada disminor, durasi 5-7 hari siklus 28 hari.

(e) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu.

Kehamilan Ke	UK	Riwayat Persalinan	Penyulit Persalinan	JK	Komplikasi	Usia Sekarang	Riwayat Menyusui
1	37mg	Normal	-	P	-	5 thn	2 thn
2	39mg	Normal	-	L	-	2 thn	2 thn

(f) Riwayat Kesehatan

(1) Penyakit yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat)

- (2) Penyakit keluarga yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat)
- (g) Riwayat Psiko-sosial-ekonomi-spiritual
- (1) Riwayat Psikologi
- Persepsi klien terhadap penyakit yang dialami: ujian dari Allah
 - Perasaan klien terhadap penyakit yang dialami: sedih, cemas, malu
 - Perasaan keluarga terhadap penyakit yang dialami: tidak ada keluarga yang tahu.
- (2) Riwayat Sosial-Ekonomi
- Status perkawinan: (Kawin / ~~tidak kawin~~)
Kawin: 1 kali
 - Lama nikah: 6 tahun, menikah pertama pada umur 21 tahun
 - Apakah menggunakan asuransi kesehatan? BPJS
 - Tempat bekerja sebelum sakit: IRT
 - Tempat rujukan: RSUD Cilacap
 - Riwayat pernah dipenjara: Ada / Tidak
 - Riwayat menggunakan narkoba suntik: Ada / Tidak
 - Riwayat menggunakan tato: Ada / Tidak
- (3) Riwayat Spiritual
- Kepercayaan yang berhubungan dengan penyakit yang dialami:
- (h) Pola Aktifitas
- (1) Nutrisi
- Makan: 1x sehari, nasi lauk pauk, porsi kecil. Masalah: sakit ketika mengunyah karena sariawan

- Minum: 5 gelas/hari, air putih dan teh manis kalau pagi.

(2) Istirahat

- Istirahat siang: lama, kondisi saat bangun, masalah
- Istirahat malam: lama, kondisi saat bangun, masalah

(3) Aktivitas

- Sehari-hari / dirumah: membersihkan rumah, masak
- Diluar rumah: ke pasar, antar anak sekolah.

(4) Hubungan Seksual

- Frekuensi / minggu: setiap suami pulang, 2 bulan sekali
- Masalah: tidak ada.
- Jenis kelamin partner seksual: lelaki
- Pola seksual melalui: vaginal

2) Obyektif

(a) Pemeriksaan Umum

- (1) KU : baik / ~~buruk~~ / lemah
- (2) Postur : mesomorph / endomorph / ektomorph
- (3) Kesadaran : compos mentis / ~~apatis~~ / delirium / sopor / coma
- (4) TTV : TD: 110/80 mmHg; N: 80 x/mnt; R: 16 x/mnt; S: 37°c
- (5) Tinggi Badan : 156 cm
- (6) Berat Badan : sebelum sakit: 60 kg; setelah sakit: 50 kg

(b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Kepala : Inspeksi: bersih Palpasi: tidak ada benjolan
- (2) Mata : *Conjungtiva*: pucat; *Sklera*: putih
- (3) Hidung : Infeksi: tidak ada; Fungsi nafas: baik
- (4) Mulut : Sariawan: diseluruh permukaan bibir; *Candida*: dibagian lidah
- (5) Telinga : Infeksi: tidak ada; Pengeluaran: tidak ada
- (6) Leher : Pembesaran kelenjar getah bening di ketiak kanan kiri.
- (7) Payudara : simetris, tidak ada infeksi
- (8) Abdomen : simetris, tidak ada bekas operasi
- (9) Genetalia : Infeksi: tampak jamur di vulva
- (10) Anus : dalam batas normal
- (11) Ekstremitas : dalam batas normal
- (12) Pemeriksaan Penunjang
 - Hasil laboratorium : reaktif / ~~non reaktif~~
 - Viral load* : -
 - CD4 : -

3) Analisa

Ny. S usia 27 tahun dengan reaktif HIV.

Masalah: Cemas, takut, malu, nyeri pada mulut.

Kebutuhan: konseling tentang tanda gejala HIV dan support sistem.

4) Penatalaksanaan

(a) Menjelaskan hasil pemeriksaan

Hasil: klien menangis dan berusaha memahami kondisinya.

(b) Memberikan konseling lengkap tentang HIV AIDS

Hasil: klien dapat mengulang kembali tentang HIV AIDS.

(c) Memberikan konseling tentang ARV

Hasil: klien sudah mensetting alarm minum obat setiap hari.

(d) Memberikan konseling tentang kelompok dukungan sebaya.

Hasil: klien bersedia berkumpul dan mengikuti kegiatan kelompok dukungan sebaya.

(e) Memberikan terapi untuk sariawan dan candida

Hasil: klien memahami cara meminum obat sariawan dan obat oles untuk candida.

(f) Menganjurkan untuk kunjungan ulang bersama dengan suaminya

Hasil: klien berencana datang kembali 1 minggu lagi bersama suaminya.

(g) Catatan Perkembangan

Hari, Tanggal dan Jam

S : -

O : -

A : -

P : -

D. RANGKUMAN

Secara umum dokumentasi adalah suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi perlu dilakukan oleh bidan saat setelah selesai melakukan asuhan kebidanan. Terdapat sifat dokumentasi tertutup dan terbuka. Pada kasus penyakit terminal/kanker/HIV AIDS sifat dokumentasi tertutup sebagai bentuk antisipasi terhadap diskriminasi serta hak asasi manusia sebagai klien. Terdapat beberapa model dokumentasi yaitu: SOAPIER, SOAPIED. SOAPIE, dan SOAP.

E. LATIHAN SOAL

Berikan tanda centang (✓) pada jawaban yang menurut saudara benar.

No	Soal	Benar	Salah
1.	Terkait penelitian, tujuan pendokumentasian adalah Bukti kualitas asuhan kebidanan.		
2.	Dokumentasi tertutup artinya hanya pasien dan tenaga kesehatan saja yang mengetahui kondisi klien.		
3.	Dokumentasi kebidanan berfungsi untuk mengetahui semua aspek kehidupan klien dan lingkungannya		
4.	Dokumentasi kebidanan klien dengan HIV berisi jenis ARV yang digunakan klien		
5.	Dokumentasi klien dapat menjadi dasar klien ODHIV mendapatkan support dari kelompok dukungan sebaya.		
6.	Pada model dokumentasi SOAPIER, kata R berarti <i>recycle</i> tindakan dari awal		
7.	Bahwa syarat nomenklatur diagnosis kebidanan harus diakui dan disyahkan oleh profesi bidan.		
8.	Dokumentasi tertutup dapat menjadi opsi bagi klien.		

F. KISI-KISI JAWABAN

1. Terkait penelitian, hukum, keuangan dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut: Bukti kualitas asuhan kebidanan.
2. Dokumentasi tertutup bila berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan dan disebarluaskan ke masyarakat.
3. Dokumentasi kebidanan dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan klien.
4. Ditinjau dari aspek medis, fungsi dokumentasi sebagai dasar perencanaan pengobatan ODHIV/ODHA dan tindakan yang sudah ataupun akan dilakukan.
5. Ditinjau dari aspek komunikasi, fungsi dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam koordinasi pelayanan HIV / AIDS dalam suatu tim.
6. *Revised* (revisi) adalah perubahan rencana asuhan kebidanan berdasar hasil evaluasi guna tercapainya tujuan asuhan.
7. Standar Nomen Klatur Diagnosis Kebidanan: Diakui dan telah disahkan oleh profesi kebidanan.
8. Dokumentasi tertutup diperlakukan dalam rangka menjamin hak dari ODHA, hak untuk tidak mendapatkan perlakuan buruk dari masyarakat dan hak kerahasiaan atas statusnya.

G. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Arini Winarti Rinawati, S. (2021). Asuhan Keperawatan Terminal (Dilengkapi Dengan Contoh Praktik).
- [2] Ayo Sehat Kemkes RI. (2023). Kanker. <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-penyakit/neoplasma/kanker>
- [3] Supardi, & Ludiana. (2019). Prevalensi Terminal Illness Di RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Terminal Prevalence Of Illness In Rsud Jenderal Ahmad Yani Metro (Vol. 4, Issue 2). Prevalensi Terminal Illness 453.
- [4] Ditjen P2P. (2019). Penyakit Kanker di Indonesia Urutan 8 di Asia Tenggara dan Urutan 23 di Asia. <https://p2p.kemkes.go.id/>

penyakit-kanker-di-indonesia-berada-pada-urutan-8-di-asia-tenggara-dan-urutan-23-di-asia/

- [5] Handayani, S. R., & Mulyani, T. S. (2017). Dokumentasi Kebidanan.
- [6] Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and Definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill," "Terminal Care," and "Transition of Care": A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 77. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2013.02.021>
- [7] Kepmenkes RI. (2023). Pedoman Penyelenggaraan.
- [8] Salins, N., Gursahani, R., Mathur, R., Iyer, S., MacAden, S., Simha, N., Mani, R., & Rajagopal, M. R. (2018). Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 22(4), 249. https://doi.org/10.4103/IJCCM.IJCCM_165_18
- [9] Subiyatin, A. (2017). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. www.fkkumj.ac.id
- [10] Surtinah, N., Sulikah, & Nuryani. (2019). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan.
- [11] Virdaus, S. (2016). Analisis Yuridis Perlindungan Hukum Terhadap Pasangan Penderita Hiv Perspektif Hak Asasi Manusia. In *Journal Diversi* (Vol. 2, Issue 2). <http://www.spiritia.or.id/Stats/StatCurr.php?lang=id&gg=1>

BAB XVII

GANGGUAN PEMENUHAN PSIKOSIPRITUAL DAN PERSIAPAN KEMATIAN PADA PENYAKIT TERMINAL

A. PENDAHULUAN

Jumlah kasus dan kematian yang terkait dengan HIV/AIDS menunjukkan betapa penyakit tersebut menjadi ancaman yang serius. Menerima perawatan kesehatan yang memadai adalah hal penting bagi pasien untuk menjaga kualitas hidup mereka yang terbaik dan meningkatkan umur harapan hidup mereka. pasien tidak hanya harus menangani masalah penurunan fisik, tetapi juga harus mengantisipasi dan menangani masalah psikososial dan spiritual. pasien harus melakukan manajemen masalah psikososial dan spiritual dengan baik agar kualitas hidupnya tetap optimal. Dalam studinya pada 100 pasien HIV/AIDS, Hermawati (2012) menemukan bahwa 87,5% pasien mengalami masalah dalam interaksi sosial. pasien juga mungkin mengalami masalah spiritual, seperti menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, beribadah tidak sesuai ketentuan, mengalami kesulitan beribadah, dan stres spiritual [1].

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang pemenuhan psikospiritual dan persiapan kematian pada penyakit terminal.

C. MATERI

HIV/AIDS merupakan penyakit dengan risiko kematian yang tinggi. ODHA memiliki kecenderungan untuk mengubah kehidupan spiritual mereka. Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa ODHA

menjadi lebih rajin beribadah setelah didiagnosis HIV. Upaya positif mereka dapat mencegah *distress* spiritual. Upaya dukungan spiritual yang dilakukan pada ODHA di pelaksanaan ibadah, menyediakan perlengkapan spiritual, dan melibatkan keluarga dalam menyediakan perlengkapan [2].

Menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, dan Wagner (2012), aktifitas dukungan spiritual mencakup mengevaluasi kemampuan beribadah; meningkatkan partisipasi dalam beribadah; memfasilitasi pelaksanaan ibadah; ketenangan dalam beribadah; memenuhi kebutuhan spiritual; melibatkan sistem pendukung dalam penyediaan perlengkapan; dan mendukung penggunaan sumber spiritual. Sangat membantu dalam perawatan pasien yang mati bagi anggota keluarga untuk memahami dan memprediksi beberapa perubahan medis, emosional dan spiritual yang dapat terjadi sebagai bagian dari proses normal kematian dalam bulan-bulan terakhir kehidupan. Tim perawatan kesehatan dapat memainkan peran penting dalam mendidik anggota keluarga dan pengasuh lainnya tentang masalah akhir hidup, termasuk apa yang dapat diharapkan selama perjalanan akhir penyakit. Waktu prognosis umum untuk mendekati akhir kehidupan, menggambarkan karakteristik dan intervensi khas pasien yang mungkin berguna dalam bulan-bulan, minggu, hari-hari dan jam-jam terakhir kehidupan.

Rekomendasi umum untuk bekerja dengan keluarga pasien dalam perawatan akhir hidup disajikan segera di bawah ini.

1. Persiapan untuk kematian
 - a. Meningkatkan komunikasi di dalam keluarga. Pertemuan keluarga dapat berguna untuk mengidentifikasi ketakutan dan kekhawatiran pasien dan keluarga.
 - b. Berbicara dengan pasien untuk membangun pemahaman pasien dan prognosis penyakit adalah penting.
 - c. Membahas isu-isu yang mengkhawatirkan seperti pengasuhan anak, dukungan keluarga, biaya sekolah masa depan, pertengkar lama dan biaya pemakaman.

- d. Biarkan pasien tahu bahwa dia akan dicintai dan diingat.
 - e. Bicarakan tentang kematian jika orang itu menginginkannya. Cari tahu apakah pasien pernah melihat seseorang mati dan ketakutan sendiri tentang kematian. Ketakutan semacam itu mungkin memiliki dasar dalam ketakutan fisik dan/atau psikologis.
 - f. Pastikan pasien mendapat bantuan dalam menangani perasaan bersalah atau penyesalan.
 - g. Menanggapi kebutuhan spiritual seperti yang dimintapatient, menyediakan koneksi dengan penasihat spiritual atau lembaga agama pilihan pasien.
2. Kehadiran
- a. Bersedia hadir dengan belas kasihan.
 - b. Mengunjungi secara teratur, memegang tangan, mendengarkan dan berbicara.
3. Perawatan
- a. Menyediakan langkah-langkah kenyamanan, seperti: melembabkan bibir, mulut dan mata, menjaga pasien bersih dan kering, mengobati demam dan rasa sakit.
 - b. Mengendalikan gejala lain dan meringankan penderitaan dengan perawatan medis jika diperlukan.
 - c. Menyediakan cairan dan jumlah kecil makanan sesuai kebutuhan.
 - d. Menyediakan kontak fisik.
4. Persiapan
- Setelah kematian pasien, penting untuk mengakui dan merawat kebutuhan penderitaan orang yang selamat. Masalah-masalah khusus untuk keluarga yang terkena HIV meliputi:
- a. Usia yang relatif muda di mana sebagian besar pasien meninggal, yang dapat menjadi kerugian yang lebih sulit bagi keluarga daripada kematian anggota keluarga yang lebih tua;

- b. Risiko segera dan jangka panjang kehilangan keuangan dan sosial;
- c. Sifat stigmatisasi penyakit, yang mungkin mempersulit proses kesedihan; dan
- d. Kemungkinan bahwa anggota keluarga lain telah meninggal karena HIV / AIDS, atau bahwa orang yang selamat mungkin terinfeksi HIV dan berisiko meninggal karena itu.

Semua masalah ini membuat perlu bagi penyedia perawatan HIV/AIDS untuk sensitif dan responsif terhadap kebutuhan orang yang selamat dan anak yatim piatu untuk membantu mereka mengatasi kesedihan dan kerugian yang kerap terjadi pada keluarga [3][4].

Penting untuk diingat bahwa banyak orang yang terinfeksi HIV yang meninggal di negara maju saat ini mungkin meninggal bukan karena AIDS, tetapi karena salah satu komorbiditas lainnya. Sebuah penelitian yang dilakukan pada 230 pasien HIV dalam program pelayanan paliatif di Amerika Serikat menemukan bahwa dari 120 kematian yang terjadi, 36% adalah karena AIDS stadium akhir, 19% adalah karena kanker non-AIDS, 18% adalah karena pneumonia bakterial dan sepsis, 13% adalah karena gagal hati dan/atau sirosis, 8% adalah karena penyakit jantung dan paru-paru, 3% adalah karena penyakit ginjal stadium akhir, dan 2% adalah karena *Amyotropik Lateral Sklerosis* (ALS). Namun, di Amerika Serikat dan di luar negeri lainnya, orang masih meninggal karena penyakit AIDS meskipun ada kemajuan dalam terapi HIV. Meskipun ARV sudah populer di mudah ditemukan di Amerika Serikat, hanya 25% pasien HIV yang memiliki virus tidak diketahui. Ini disebabkan oleh berbagai faktor dan mencakup masalah dengan retensi, kepatuhan, dan akses ke pelayanan bagi populasi yang rentan.

Saat ini, ada tiga jenis pasien AIDS yang benar-benar meninggal:

- a. Mereka terdiagnosis terlalu dini dan tidak pernah menerima ARV atau menggunakan ARV hanya dalam jangka waktu

pendek tetapi penyakit mereka terus menjadi lebih parah saat mereka datang berobat.

- b. Mereka terdiagnosis saat penyakit masih stadium awal, tetapi tidak pernah menggunakan ARV secara teratur dan telah berkembang menjadi ireversibel karena berbagai faktor medis dan psikososial.
- c. Seseorang yang memiliki HIV selama bertahun-tahun dan mengalami berbagai kegagalan dalam terapi, yang sekarang memiliki virus yang tahan terhadap semua obat yang saat ini digunakan. Pasien HIV yang menunjukkan tanda-tanda AIDS stadium akhir akan dirujuk ke rumah sakit tanpa tes ARV.

Pasien yang baru didiagnosa dengan HIV dan langsung mengalami AIDS stadium akhir mungkin dirujuk ke rumah sakit tanpa mencoba pemberian ARV. Ini juga mungkin terjadi pada pasien yang terus mengalami retensi selama perawatan HIV awal, ketidakpatuhan terhadap terapi ARV, penyakit psikiatri atau penyalahgunaan zat. Rujukan ke rumah perawatan mungkin sesuai berdasarkan tingkat keparahan penyakit pasien, dan penting bagi pasien untuk dievaluasi oleh seorang dokter spesialis HIV [5].

Persiapan untuk kematian dimulai dengan komunikasi yang efektif dengan keluarga. Mulai berbicara tentang kekhawatiran yang mengganggu membantu kedua keluarga dan pasien mempertimbangkan akan, merawat keluarga, dan biaya terkait. Diskusi sensitif tentang kematian dan reaksi kesedihan adalah aspek penting dari perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV dan penjaga mereka [6].

Dalam penanganan pasien HIV, perencanaan pelayanan lebih lanjut sangat penting. Seperti halnya penyakit kronik lainnya, tujuan pengobatan harus disesuaikan dengan perkembangan penyakit, bukan hanya pada saat eksaserbasi atau krisis. Dibandingkan dengan populasi penyakit jangka

panjang lainnya, pasien AIDS lebih jarang memiliki waktu untuk berbicara dengan dokter mereka, menurut sebuah survei potong lintang di Amerika Serikat. Akibat progresifitas AIDS ke stadium lanjut yang tidak linier, percakapan akhir hidup sebaiknya lebih sering dilakukan dan tujuan mungkin berubah selama penyakit berjalan. Ada bukti yang mendukung pendapat bahwa dokter yang melakukan terapi HIV mungkin merasa tidak nyaman berbicara tentang masalah ini dengan pasien HIV stadium akhir, yang membuat mereka membatasi diri mereka sendiri untuk berbicara tentang tujuan pengobatan dengan baik [7].

D. RANGKUMAN

Ketika mendampingi pasien terminal, tim perawatan paliatif mungkin mengalami masalah kesedihan dan kehilangan mereka sendiri. Ini adalah tanggapan normal; yang penting adalah untuk menghadapi masalah-masalah ini secara terpisah sehingga seseorang dapat sepenuhnya hadir kepada orang-orang yang menderita pada saat mereka membutuhkan. Mungkin diperbolehkan untuk menangis bersama, atau di depan, orang yang menderita, selama pasien tidak sampai harus tim perawatan paliatif. Perawatan diri yang baik dan mengidentifikasi mekanisme mengatasi yang sehat dan tepat sangat penting.

E. LATIHAN SOAL

1. Di bawah ini persiapan kematian yang dapat dilakukan oleh keluarga ODHA menjelang kematian, kecuali:
 - A. Meningkatkan komunikasi di dalam keluarga
 - B. Mengendalikan gejala lain dan meringankan penderitaan
 - C. Membahas isu-isu yang mengkhawatirkan
 - D. Membiarkan pasien sendiri
2. Di bawah ini adalah aktifitas dukungan spiritual pada pasien terminalis:

- A. Meningkatkan partisipasi dalam beribadah
 - B. memfasilitasi pemenuhan kebutuhan fisik
 - C. ketenangan dalam menjalani perawatan
 - D. Memenuhi kebutuhan sesuai keluhan
3. Di bawah ini bukan merupakan penyebab tingginya kematian pada HIV:
- A. Adanya retensi terhadap ARV
 - B. Terlambatnya rujukan ke RS
 - C. Kepatuhan konsumsi ARV
 - D. Kesulitan akses bagi populasi yang rentan

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. D
- 2. A
- 3. B

G. GLOSSARIUM

ARV : *Anti Retro Virus*

ALS : *Amyotropik Lateral Sklerosis*

ODHA : *Orang Dengan HIV AIDS*

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] T. Y. Tursilarini and I. Hermawati, "Pendampingan Pekerja Sosial dalam Rehabilitasi Sosial Orang dengan HIV-AIDS Social Workers Assistance in Social Rehabilitation of People Living With HIV-AIDS Tateki Yoga Tursilarini 1) dan Istiana Hermawati 2)," *Jurnal Penelitian Kesejahteraan Sosial*, vol. 18, no. 2, pp. 149–166, 2019, [Online]. Available: <http://babesrehab.bnn.info/index.php/>

- [2] Y. Armiyati, D. A. Rahayu, and S. Aisah, "Manajemen masalah psikososiospiritual pasien hiv/aids di kota semarang," *Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 2015.
- [3] World Health Organization (WHO), *Palliative care for people living with HIV/AIDS: Clinical protocol for the WHO European Region*. 2006. [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/78121/E90840_Chapter_3.pdf
- [4] M. B. Joseph F. O'Neill, "A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS."
- [5] D. C. C. Nathan I. Cherny, Marie T. Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, "Oxford Textbook of Palliative Medicine," Oxford. [Online]. Available: https://books.google.co.id/books?id=W30_EAAQBAJ&pg=PA1207&d-q=Cherny,+N.,+et+al.,+2015;+HIV&source=bl&ots=hLmJY-qnhdX&sig=ACfU070_7pPIMLDMiEHgh4mfvmmkSGQ-&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwiHtJX4p-auGAxUhxzgGHW3uAEo-4ChDoAXoECAYQAw#v=onepage&q=Cherny%252C%20N.%25
- [6] Y.-L. Cheng et al., "Palliative Care in HIV/AIDS," *Intech*, vol. 11, no. tourism, p. 13, 2016, [Online]. Available: <https://www.intechopen.com/books/advanced-biometric-technologies/liveness-detection-in-biometrics>
- [7] C. S. Alexander et al., "Implementation of HIV palliative care: Interprofessional education to improve patient outcomes in resource-constrained settings, 2004-2012," *J Pain Symptom Manage*, vol. 50, no. 3, pp. 350–361, 2015, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.021.

BAB XVIII

TINJAUAN ISLAMI TENTANG HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Penyakit HIV/AIDS adalah penyakit kronis, yang mana virusnya menetap seumur hidup pada penderita. Bahwa masih adanya stigma negatif terhadap ODHIV/ODHA yang dapat menjadi *trigger* munculnya persepsi bahwa HIV/AIDS adalah penyakit kutukan. Akibat persepsi negatif terhadap penyakit HIV/AIDS, dapat timbul perasaan bahwa ini penyakit menjadi musibah atau ujian bagi penderitanya. Islam mengajarkan bagaimana memaknai suatu penyakit dan cara menghindari serta bertaubat. Pada BAB XIII ini akan dipaparkan hukum islam tentang penyakit HIV/AIDS, cara menghindari, cara menerima Keputusan Allah swt dan cara bertaubat untuk menghapus dosa.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu memahami definisi hukum islam tentang penyakit HIV/AIDS.
2. Mahasiswa mampu memahami cara menghindari HIV/AIDS menurut islam.
3. Mahasiswa mampu memahami cara menerima segala keputusan Allah SWT.
4. Mahasiswa mampu memahami tentang bertaubat untuk menghapus dosa akibat perbuatan manusia.

C. MATERI

1. Definisi Hukum Islam tentang Penyakit HIV/AIDS

Sakit merupakan musibah yang menimpa bagi orang-orang saleh dan berahlak mulia sekalipun. Artinya, orang yang terkena penyakit belum tentu sakitnya itu akibat perbuatan dosa yang dilakukannya, tetapi boleh jadi merupakan korban perbuatan orang lain.

Allah swt berfirman dalam QS Al-Anfal: 25:

وَاتَّقُوا فِتْنَةً لَا تُصِيبَنَّ الَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْكُمْ خَاصَّةً وَعَلِمُوا أَنَّ اللَّهَ شَدِيدُ
الْعِقَابِ

Artinya: *Dan peliharalah dirimu dari siksaan yang tidak khusus menimpa orang-orang yang zalim saja di antara kamu. Dan ketahuilah bahwa Allah amat keras siksaan-Nya.*

Islam adalah ajaran dengan sarat tuntunan untuk berpola hidup sehat secara jasmani dan rohani. Islam mengajarkan untuk menghindari penyakit dan berobat jika sakit, bersabar dan banyak beristighfar jika mendapat musibah, pantang berputus asa dan agar merawat serta memperlakukan orang yang sakit dengan baik.

Allah swt berfirman dalam QS Luqman: 17

يُيَسِّرْ لَكَ الصَّلَاةَ وَأْمُرْ بِالْمَعْرُوفِ وَانْهَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأَصْبِرْ عَلَىٰ مَا أَصَابَكَ
إِنَّ ذَلِكَ مِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ

Artinya: *Wahai anakku, tegakkanlah salat dan suruhlah (manusia) berbuat yang makruf dan cegahlah (mereka) dari yang mungkar serta bersabarlah terhadap apa yang menimpamu. Sesungguhnya yang demikian itu termasuk urusan yang (harus) diutamakan.*

Rasulullah saw bersabda, yang artinya: *berobatlah wahai para hamba Allah, sesungguhnya Allah swt tidak menurunkan*

penyakit kecuali menurunkan pula obat bersamanya, kecuali sakit tua.

Jika suatu saat khilaf melakukan perbuatan keji, dosa besar yang mudaratnya tidak hanya menimpa diri pelaku perbuatan dosa tersebut, melainkan juga dapat menimpa orang lain, seperti zina dan riba. Maka, terhadap orang yang sakit, apapun sebabnya harus tetap mendapatkan tempat khusus dalam masyarakat Islam dengan memberikan bantuan moril maupun materiil, sehingga tidak terjadi pengucilan. Nabi Muhammad saw. bersabda, yang artinya: *Barang siapa membesuk orang sakit, maka akan ada Malaikat yang menyerunya dari langit 'engkau telah berbuat baik dan baik pula langkahmu dan engkau akan menempati rumah di surga kelak'* (Bahrudin, 2010).

Islam pun mengajarkan untuk menghindari hal-hal yang dapat membahayakan diri sendiri atau membahayakan orang lain, termasuk berhati-hati terhadap penyakit yang berpotensi menular. Sabda Nabi saw., yang artinya: *Tidak boleh membahayakan diri sendiri, dan tidak boleh membahayakan orang lain.* Dalam hadist lain disebutkan: *bahaya itu harus dihilangkan.*

Penyakit HIV/AIDS ditularkan melalui hubungan seksual yang berganti-ganti pasangan dengan faktor risiko antara lain LSL, PSK maupun pria pekerja seks. Penularan ini dimaknai sebagai zina. Dalam hadist nabi sudah tegas bahwa *janganlah engkau mendekati zina, karena zina itu merupakan perbuatan keji dan jalan yang buruk.* Hadist nabi lainnya disebutkan *bahwa apabila zina dan riba telah menjadi fenomena dalam suatu negeri, maka berarti penduduk negeri itu telah menghalalkan azab Allah.*

2. Cara Menghindari HIV/AIDS Menurut Islam

Majelis Ulama Indonesia (MUI) mengeluarkan buku yang berisi fatwa MUI. Salah satu fatwa MUI adalah tentang HIV/AIDS. Bahwa salah 1 cara menghindari HIV/AIDS yaitu

dengan peningkatan kesadaran pengetahuan. Dalam fatwa MUI disebutkan strategi penyebarluasan pengetahuan tentang HIV/AIDS yaitu melakukan advokasi dengan pendekatan kepada penentu kebijakan baik formal maupun informal; mengembangkan dukungan sosial; melakukan usaha pemberdayaan individu, kelompok atau masyarakat; membentuk satuan tugas di dalam MUI untuk merealisasikan program yang ada (Depag RI, 2003). Fatwa MUI lainnya untuk penderita AIDS yaitu bahwa penderita yang belum menikah harus berhenti melakukan kegiatan seks bebas, penderita yang sudah menikah harus memberitahu status positifnya kepada pasangannya. Semua penderita positif HIV dilarang menularkan penyakitnya dengan cara apapun. Fatwa MUI untuk kelompok perilaku tinggi bahwa harus mengecek status kesehatannya juga. Adapun masyarakat umum, MUI memfatwakan untuk meningkatkan ibadah dan keimanan kepada Allah (Yusuf, 2012).

Cara menghindari HIV/AIDS menurut perspektif Pendidikan Agama Islam dalam pencegahan HIV/AIDS adalah kesamaan tujuan yang hendak dicapai oleh Pendidikan Agama Islam yaitu terwujudnya perubahan perilaku yang condong ke arah yang lebih baik, memiliki kepedulian sosial, serta menjadi manusia sempurna. Perspektif Pendidikan Agama Islam dalam pelaksanaan pencegahan HIV/AIDS yaitu:

- a. Ajakan kembali kepada iman, pertaubatan dan amal shaleh.
- b. Menjaga etika pandangan dan kemaluan.
- c. Pendidikan keluarga sebagai konsep pencegahan HIV / AIDS keluarga(Nugroho, 2015).

3. Cara Menerima Segala Keputusan Allah Swt

Ketika pertama kali mengetahui bahwa hasil pemeriksaan HIV/AIDS reaktif, maka ODHIV/ODHA mempunyai hak untuk tidak memberitahu kepada siapapun. Petugas akan memberi kesempatan pada ODHIV/ODHA meluapkan perasaannya setelah mengetahui hasil tesnya reaktif. Reaksi ODHIV/ODHA

mungkin akan berbeda-beda, ada yang marah, ada yang sedih, ada yang berduka, ada yang langsung menerima. Merujuk pada kalamullah telah termaktub pada QS Al Baqarah: 216:

كُتِبَ عَلَيْكُمُ الْقِتَالُ وَهُوَ كُرْهُ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ
وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ

Artinya: *Diwajibkan atasmu berperang, padahal itu kamu benci. Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal itu baik bagimu dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu, padahal itu buruk bagimu. Allah mengetahui, sedangkan kamu tidak mengetahui.*

Bahwasannya apa yang sudah menjadi taqdir adalah ketentuan dari Allah, karena Allah sebaik-baiknya perencana.

Cara ODHIV / ODHA menerima kondisinya reaktif pada saat hamil, baik hamil dengan suaminya atau hamil karena zina dilarang menggugurkan kandungannya. Beberapa ayat dalam al quran telah mengajarkan larangan menggugurkan kandungannya dalam QS Al-Isra': 31, QS Al-Isra': 70, serta hadist nabi.

وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ حَشِيَّةً إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ
خِطَاءً كَبِيرًا

Artinya: *Janganlah kamu membunuh anak-anakmu karena takut miskin. Kamilah yang memberi rezeki kepada mereka dan (juga) kepadamu. Sesungguhnya membunuh mereka itu adalah suatu dosa yang besar.*

وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ
عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا

Artinya: *Sungguh, Kami telah memuliakan anak cucu Adam dan Kami angkut mereka di darat dan di laut. Kami anugerahkan pula kepada mereka rezeki dari yang baik-baik dan Kami*

lebihkan mereka di atas banyak makhluk yang Kami ciptakan dengan kelebihan yang sempurna.

Hadist Nabi saw. yang artinya: *Ada seorang wanita dari Juhainah mendatangi Nabi saw. dan mengaku berzina dan menyatakan bahwa ia sedang hamil. Kemudian Nabi saw. memanggil walinya dan bersabda : perlakukanlah dia dengan baik, dan jika kelak ia telah melahirkan bawalah ia kemari (HR Muslim).*

Diharamkan pula membunuh dirinya sendiri akibat menderita HIV/AIDS. Apabila orang yang meninggal karena penyakit HIV/AIDS wajib ditahjizkan sebagaimana mayat pada biasanya, seperti dimandikan, dikafani, dishalati, dan dimakamkan. Dalam QS Al Mulk: 2, QS An-Nisa': 29 serta QS Al-An'am: 151 mengajarkan larangan bunuh diri, sebagai berikut kutipan ayatnya:

الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ

Artinya: *yaitu yang menciptakan kematian dan kehidupan untuk menguji kamu, siapa di antara kamu yang lebih baik amalnya. Dia Mahaperkasa lagi Maha Pengampun.*

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِّنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا

Artinya: *Wahai orang-orang yang beriman, janganlah kamu memakan harta sesamamu dengan cara yang batil (tidak benar), kecuali berupa perniagaan atas dasar suka sama suka di antara kamu. Janganlah kamu membunuh dirimu. Sesungguhnya Allah adalah Maha Penyayang kepadamu.*

قُلْ تَعَالَوْا أَنِ اتُّبَّحَ مَا حَرَّمَ رَبِّيَ عَلَيْكُمْ إِلَّا تَشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ وَلَا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَّنَ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ذَلِكُمْ وَصَّيْتُكُمْ بِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ

Artinya: *Katakanlah (Nabi Muhammad), "Kemarilah! Aku akan membacakan apa yang diharamkan Tuhan kepadamu, (yaitu) janganlah mempersekutukan-Nya dengan apa pun, berbuat baiklah kepada kedua orang tua, dan janganlah membunuh anak-anakmu karena kemiskinan. (Tuhanmu berfirman,) 'Kamilah yang memberi rezeki kepadamu dan kepada mereka.' Janganlah pula kamu mendekati perbuatan keji, baik yang terlihat maupun yang tersembunyi. Janganlah kamu membunuh orang yang diharamkan Allah, kecuali dengan alasan yang benar. Demikian itu Dia perintahkan kepadamu agar kamu mengerti.*

Bagaimanapun kondisi yang diterima ODHIV/ODHA akibat penyakit HIV/AIDS adalah taqdir Allah swt yang harus dijalani. Menjadi *acceptance* adalah opsi terbaik, agar dapat melanjutkan hidup dan berfokus pada pengobatan ARV untuk meningkatkan derajat kesehatan ODHIV/ODHA serta terhindar dari peluang munculnya infeksi oportunitis.

4. Bertaubat untuk Menghapus Dosa Akibat Perbuatan Manusia

Bahwa tanda dan gejala HIV/AIDS dapat dipersepsikan sebagai terlihat suatu kutukan atau penyakit karma, hal ini menyebabkan ODHIV/ODHA merasa putus asa dan semakin terpuruk karena merasa sudah mendapat kutukan. Bagi yang tertimpa musibah, tidak perlu bersedih hati dan segera bertaubat nasuha dari segala dosanya. Nabi saw. bersabda yang artinya: *semua keturunan Adam adalah orang yang pernah berbuat salah. Dan sebaik-baiknya orang yang berbuat salah adalah orang yang bertaubat.*

Orang yang bertaubat akan Allah ganti kesalahan yang pernah diperbuat dengan kebaikan. Sehingga seakan-akan yang ada dalam catatan amalnya hanya kebaikan. Allah ta'ala berfirman dalam QS Al Furqon: 70:

إِلَّا مَنْ تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ عَمَلًا صَالِحًا فَأُولَئِكَ يُبَدِّلُ اللَّهُ سَيِّئَاتِهِمْ حَسَنَاتٍ
وَكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَحِيمًا

Artinya: Kecuali, orang yang bertobat, beriman, dan beramal saleh. Maka, Allah mengganti kejahatan mereka (dengan) kebaikan. Allah Maha Pengampun lagi Maha Penyayang.

Dan masih terbuka pintu taubat selama nyawa belum sampai ke tenggorokkan, Rasulullah Shallallahu 'alaihi wa sallam bersabda: *sesungguhnya Allah menerima taubat seorang hamba sebelum nsfasnya berada di kerongkongan.*

Tata cara taubat Nasuha:

- a. Berhenti dari perbuatan dosa ataupun menghindari penyebabnya dan mulai melaksanakan perintah Allah swt.
- b. Melakukan sholat taubat dan berdoa memohon ampunan Allah swt. Sholat taubat dilakukan sebanyak 2, 4 rakaat dan seterusnya.
- c. Menyesali sepenuhnya dan Ikhlas akan perbuatan dosa yang telah dilakukan.
- d. Berjanji untuk tidak mengulangi kembali dengan sungguh-sungguh.

D. RANGKUMAN

Penyakit HIV/AIDS diketahui mempunyai manifestasi yang dapat dipersepsikan sebagai sebuah karma atau kutukan yang dapat menyebabkan penderitanya merasa terpuruk karena dosa besar. Islam hadir dengan ajaran bahwa setiap dosa akan diampuni dengan cara bertaubat. Untuk menghindari penyakit HIV/AIDS menurut pandangan Islam adalah kembali pada ajaran-ajaran Islam.

E. LATIHAN SOAL

Berikan tanda centang (✓) pada jawaban yang menurut saudara benar.

No	Soal	Benar	Salah
1.	Dengan melakukan istighfar dan bersabar maka virus HIV/AIDS dalam tubuh akan hilang.		
2.	Penularan HIV/AIDS dapat melalui perzinahan saja.		
3.	Dalam rangka pencegahan HIV/AIDS, maka ODHIV/ODHA yang belum menikah untuk berhenti melakukan seks bebas.		
4.	Perspektif islam mengajarkan menjaga pandangan dan kemaluan sebagai salah satu kesadaran untuk menghindari HIV/AIDS.		
5.	Mayat ODHIV/ODHA tetap diberlakukan seperti mayat yang sehat.		
6.	Ketika seorang ibu hamil mengetahui bahwa hasil tes HIV nya reaktif, maka sebaiknya digugurkan kehamilannya agar tidak menulari janinnya.		
7.	Seorang ODHIV/ODHA diarahkan untuk acceptance dengan hasil tes HIV yang reaktif.		
8.	Menyesali sepenuhnya dan Ikhlas akan perbuatan dosa yang telah dilakukan merupakan salah satu cara taubat nasuha.		

F. KISI-KISI JAWABAN

1. Islam mengajarkan untuk menghindari penyakit dan berobat jika sakit, bersabar dan banyak beristighfar jika mendapat musibah, pantang berputus asa dan agar merawat serta memperlakukan orang yang sakit dengan baik.

2. Penyakit HIV/AIDS ditularkan melalui hubungan seksual yang berganti-ganti pasangan dengan faktor risiko antara lain LSL, PSK maupun pria pekerja seks. Penularan ini dimaknai sebagai zina.
3. Fatwa MUI lainnya untuk penderita AIDS yaitu bahwa penderita yang belum menikah harus berhenti melakukan kegiatan seks bebas, penderita yang sudah menikah harus memberitahu status positifnya kepada pasangannya.
4. Ditinjau dari Perspektif Pendidikan agama Islam dalam pelaksanaan pencegahan HIV/AIDS yaitu: menjaga etika pandangan dan kemaluan.
5. Diharamkan pula membunuh dirinya sendiri akibat menderita HIV/AIDS. Apabila orang yang meninggal karena penyakit HIV/AIDS wajib ditahjizkan sebagaimana mayat pada biasanya, seperti dimandikan, dikafani, disalati dan dimakamkan.
6. Cara ODHIV/ODHA menerima kondisinya reaktif pada saat hamil, baik hamil dengan suaminya atau hamil karena zina dilarang menggugurkan kandungannya.
7. Ditinjau Bagaimanapun kondisi yang diterima ODHIV/ODHA akibat penyakit HIV/AIDS adalah taqdir Allah swt yang harus dijalani. Menjadi *acceptance* adalah opsi terbaik, agar dapat melanjutkan hidup dan berfokus pada pengobatan ARV untuk meningkatkan derajat kesehatan ODHIV/ODHA serta terhindar dari peluang munculnya infeksi oppotunitis.
8. Salah satu cara taubat nasuha: menyesali sepenuhnya dan Ikhlas akan perbuatan dosa yang telah dilakukan.

G. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Bahruddin, M. (2010). Tinjauan Hukum Islam Terhadap Penderita HIV/AIDS dan Upaya Pencegahannya.
- [2] Depag RI. (2003). Himpunan Fatwa MUI.

- [3] Nugroho, P. A. (2015). Pelaksanaan Pencegahan HIV dan AIDS dalam Perspektif Pendidikan Agama Islam (Studi Kasus Pada Paguyuban Ojek di Terminal Giwangan).
- [4] Yusuf, M. I. (2012). Pencegahan AIDS dalam Tinjauan Islam. Surat Kabar.

BAB XIX

PENCATATAN LAYANAN KONSELING DAN TES HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Komponen penting dalam pelaksanaan dan tata kelola KTHIV adalah monitoring dan evaluasi, untuk memastikan bahwa sumber daya yang ada termanfaatkan dengan efektif, layanan yang tersedia dimanfaatkan dan terjangkau secara optimal oleh masyarakat, kegiatan sesuai dengan pedoman nasional dan target cakupannya tercapai. Monitoring dan evaluasi dapat memantau kualitas layanan terus meningkat dan bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya. Pada prinsipnya sistem monitoring dan evaluasi untuk KTHIV merupakan bagian dari sistem monitoring dan evaluasi Program Pengendalian HIV/AIDS dan IMS Nasional. Semua data dari fasilitas layanan kesehatan dan non-kesehatan pemerintah, LSM atau swasta penyelenggara layanan KTHIV, harus mengikuti pedoman monitoring dan evaluasi nasional dan terintegrasi dalam sistem informasi di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional, terutama dalam pengumpulan semua indikator yang terpilah dalam kelompok populasi.

Pencatatan dan pelaporan KTHIV dilaksanakan oleh petugas administrasi berwenang terhadap pengambilan data yang ada, proses pencatatan dilakukan dengan bantuan formulir pencatatan yang telah distandarkan oleh Kementerian Kesehatan, kegiatan pencatatan dilayanan KT saat ini dibantu oleh alat bantu pencatatan berupa aplikasi komputer, alat ini telah dibangun sejak tahun 2006 dan saat ini sudah siap untuk diimplementasikan ke setiap layanan VCT. Pada BAB X akan dipaparkan pencatatan layanan konseling dan tes HIV/AIDS.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini diharapkan:

1. Mahasiswa mampu memahami pencatatan.
2. Mahasiswa mampu memahami pengisian formulir pencatatan layanan.
3. Mahasiswa mampu memahami instalasi aplikasi sistim informasi.
4. Mahasiswa mampu memahami proses data menjadi laporan.
5. Mahasiswa mampu memahami pelaporan.

C. MATERI

1. Pencatatan

Pencatatan adalah proses entri data hasil kegiatan di unit pelayanan kesehatan ke dalam kartu registrasi maupun formulir pencatatan yang berkontribusi terhadap pengumpulan data rutin (*facility based*).

Salah satu komponen penting dari monitoring dan evaluasi adalah pencatatan dan pelaporan, dengan maksud mendapatkan data untuk diolah, dianalisis, diinterpretasi, disajikan dan disebarluaskan untuk dimanfaatkan. Data yang dikumpulkan harus valid (akurat, lengkap dan tepat waktu) sehingga memudahkan dalam pengolahan dan analisis. Petugas Fasyankes sangat berperan dalam pencatatan data secara akurat dan lengkap tersebut.

Data yang perlu dicatat:

- a. Data identitas.
- b. Alasan tes HIV dan asal rujukan kalau ada.
- c. Tanggal pemberian informasi HIV.
- d. Informasi tentang tes HIV sebelumnya bila ada.
- e. Penyakit terkait HIV yang muncul: TB, diare, kandidiasis oral, dermatitis, LGV, PCP, herpes, toksoplasmosis, wasting syndrome, IMS, dan lainnya.

- f. Tanggal kesediaan menjalani tes HIV.
- g. Tanggal dan tempat tes HIV.
- h. Tanggal pembukaan hasil tes HIV, dan reaksi emosional yang muncul.
- i. Hasil tes HIV, nama reagen ke 1, 2 dan ke 3.
- j. Tindak lanjut: rujukan ke PDP, konseling, dan rujukan lainnya.
- k. Penggalian faktor risiko oleh tenaga kesehatan/konselor (melalui rujukan).
- l. Nama petugas.

2. Pengisian Formulir Pencatatan Layanan

- a. Pengenalan Formulir Layanan Konseling Dan Tes HIV

Didalam layanan konseling dan tes HIV, terdapat beberapa formulir yang digunakan untuk mencatat informasi tentang kegiatan konseling dan tes HIV.

Berikut ini beberapa formulir yang digunakan di layanan konseling dan tes HIV.

- 1) Formulir Jaminan Kerahasiaan

Formulir ini berisi pernyataan/sumpah kerahasiaan petugas untuk melindungi dan menjaga kerahasiaan semua klien/pasien yang datang ke tempat layanan konseling dan tes HIV. Pernyataan ini bertujuan untuk menjaga hal-hal yang tidak diinginkan di layanan Konseling dan Tes HIV terutama tentang kebocoran informasi hasil tes HIV klien/pasien. Formulir ini ditandatangani oleh setiap petugas yang bertugas di layanan Konseling dan Tes HIV dengan diketahui oleh saksi dan penanggung jawab layanan.

Formulir ini hendaknya dikoordinir dan disimpan dengan baik oleh petugas admin. Proses penandatanganan dilakukan saat layanan konseling

dan tes mulai beroperasi atau jika ada penambahan staf baru. Penandatanganan hanya dilakukan satu kali selama petugas tersebut melaksanakan tugasnya dilayanan tersebut. Petugas admin harus menekankan pentingnya kerahasiaan data kepada petugas yang akan menandatangani formulir ini.

Formulir Sumpah Kerahasiaan

- 1) Saya mengerti bahwa, didalam tugas pelayanan saya, saya akan berhubungan dengan informasi pribadi yang sensitif siftnya mengenai klien/pasien yang datang ke tempat layanan KT. Saya mengerti bahwa informasi ini sangatlah rahasia dan saya bersumpah untuk meliindungi kerahasiaan dari semua klien/pasien yang datang ke tempat pelayanan.
- 2) Saya akan melindungi kerahasiaan dari para klien/pasien dengan tidak mendiskusikan atau membuka identitas klien/pasien dan status HIV dirinya dengan rekan ditempat kerja. Kasus klien/pasien yang akan didiskusikan didalam forum yang formal dengan pengawasan dan tetap tidak menggunakan identitas klien/pasien.
- 3) Saya akan melindungi kerahasiaan dari para klien/pasien dengan tidak mendiskusikan atau membuka informasi apapun mengenai mereka kepada orang-orang yang tidak diberi izin otoritas, termasuk fakta bahwa mereka menghadiri pelayanan seperti ini.
- 4) Jika keterangan dari pekerjaan saya termasuk menangani hasil tes HIV, saya mengerti bahwa hasil tes klien/pasien harus disimpan dengan amat sangat rahasia. Saya mengerti bahwa adanya potensi bahaya social yang mungkin terjadi kepada para klien/pasien yang hasil tesnya tidak tertutup kepada orang-orang yang tidak mempunyai izin atau otoritas.

5) Saya mengerti bahwa kesengajaan membuka informasi apapun mengenai klien/pasien di dalam pelayanan ini dapat menyebabkan pemutusan hubungan kerja atau tuntutan hukum kepada diri saya.

NAMA PETUGAS/STAFF VCT/ LAB	TANGGAL DAN TANDA TANGAN STAFF
NAMA DARI SAKSI	NAMA DAN TANDA TANGAN DARI SAKSI
NAMA DARI PENANGGUNG JAWAB LAYANAN	TANGGAL DAN TANDA TANGAN DARI PENANGGUNG JAWAB LAYANAN

- 2) **Formulir Surat Persetujuan Pasien/*Informed Consent***
 Surat persetujuan pasien/*informed consent* bertujuan untuk meminta persetujuan pasien atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter/petugas kesehatan/konselor terhadap prosedur pemeriksaan dan pengobatan yang akan diberikan, dan tahu segala akibat yang mungkin timbul dari penyakit dan tindakan medis yang akan dilakukan.

Formulir ini berisi pernyataan klien untuk bersedia menjalankan tes HIV secara sukarela. Formulir ini ditandatangani ketika pasien hendak melakukan pemeriksaan HIV. Penandatanganan formulir ini tidak boleh dilakukan pemaksaan kepada klien, apabila klien menolak konselor tidak berkah melanjutkan

pemeriksaan. Berikan kesempatan kepada klien untuk membaca atau membimbingnya bila klien tidak bisa baca tulis dan hendaknya petugas konselor menjelaskan isi dari formulir ini kepada klien.

INFORMED CONSENT	
<p>Saya yang bertanda tangan di bawah ini telah mengerti tentang HIV dan AIDS, memahami prosedur pemeriksaan dan tahu segala akibat yang mungkin timbul dari diketahuinya status HIV saya, serta telah diberikan konseling dengan baik maka saya:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Bersedia / Tidak bersedia diperiksa HIV	
<p>Saya menyetujui untuk menjalani pemeriksaan darah HIV dengan ketentuan bahwa hasil tes akan tetap rahasia dan terbuka hanya kepada saya dan untuk tim perawatan dan pengobatan. Saya menyetujui diambil darah untuk pemeriksaan HIV dan kemudian mendiskusikan kembali hasil tes dan cara-cara untuk meningkatkan kualitas hidup terkait HIV dan AIDS.</p>	
<p>Saya dengan ini menyetujui tes HIV.</p>	
<p>Tanda Tangan/Cap Jempol</p>	<p>Tanda Tangan</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Nama Klien</p>	<p>Nama Petugas /Konselor HIV</p>

3) Formulir Rujukan Pasien ke Laboratorium

Formulir rujukan pasien ke laboratorium bertujuan untuk merujuk pasien ke layanan laboratorium untuk mendapatkan pemeriksaan laboratorium dalam rangka menegakan diagnosis penyakit HIV dan AIDS. Formulir rujukan ini berlaku untuk layanan VCT yang memiliki laboratorium sendiri ataupun untuk melakukan rujukan ke laboratorium lainnya. Formulir ini akan diserahkan ke laboratorium.

FORM PERMINTAAN UNTUK PEMERIKSAAN HIV DI LABORATORIUM

Kode Klien/pasien :

Tanggal: / /

KLIEN/PASIEEN SUDAH MENANDATANGANI IZIN INFORMASI <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
I. Jenis Pemeriksaan			
1. _____ Nama Pemeriksaan	_____	_____	<input type="checkbox"/> REAKTIF <input type="checkbox"/> NONREAKTIF
2. _____ Nama Pemeriksaan	_____	_____	<input type="checkbox"/> REAKTIF <input type="checkbox"/> NON REAKTIF
3. _____ Nama Pemeriksaan	_____	_____	<input type="checkbox"/> REAKTIF <input type="checkbox"/> NON REAKTIF
II. HIV 1*		<input type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> V1
III. ADAKAH HASIL MERAGUKAN		Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Jika Ya, apakah sampel darah dikumpulkan dengan diberi label nama secara tepat?		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak Perlu
IV. Nama dari Laboratorium yang dirujuk			
V. No. Label dari Contoh sampel yang diambil			
VI. Tipe dari tes/pemeriksaan yang diminta			
VII. Alasan untuk melakukan tes ulang		<input type="checkbox"/> Kendali Mutu eksternal <input type="checkbox"/> Konfirmasi kejanggalan tes	
VIII. Hasil yang diterima dari laboratorium yang dirujuk		<input type="checkbox"/> Reaktif <input type="checkbox"/> Non-reaktif <input type="checkbox"/> Intermediate	

* Dalam area dimana juga terdapat HIV tipe 2, tambahkan 2 kotak dibawah baris ini. Satu untuk HIV tipe 2 dan satu untuk HIV tipe 1&2

KOMENTAR TAMBAHAN

Petugas Lab/nama dokter

Tanda tangan

Tanggal

4) Formulir Kembali Hasil Laboratorium

Berbeda dari tampilan hasil pemeriksaan lab lainnya, khusus pemeriksaan HIV diperlukan informasi yang lebih dalam mengenai jenis pemeriksaan yang digunakan serta nama reagen yang digunakan, hasil ini digunakan untuk pemantauan mutu pemeriksaan.

LAPORAN TES VCT ANTIBODI

Kode Klien/pasien : _____

Tanggal : __/__/__

LAPORAN LABORATORIUM		
Nama Tes	Hasil	
1. _____	<input type="checkbox"/> Reaktif	<input type="checkbox"/> Non Reaktif
2. _____	<input type="checkbox"/> Reaktif	<input type="checkbox"/> Non Reaktif
3. _____	<input type="checkbox"/> Reaktif	<input type="checkbox"/> Non Reaktif

HASIL AKHIR <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> V1*

* Dalam area dimana juga terdapat HIV tipe 2, tambahkan 2 kotak di bawah baris ini. Satu untuk HIV tipe 2 dan satu untuk HIV tipe 1 & 2.

NOTE :

Hasil tes Negatif tidak termasuk paparan terhadap HIV yang terjadi baru-baru ini (Klien/pasien mungkin sedang dalam masa jendela dari infeksi HIV).

Tanda tangan yang berwenang

Lokasi serta alamat dan nomor telepon harus disertakan dibawah ini

(Salinan dari laporan ini tidak boleh diberikan kepada klien/pasien)

5) Formulir Konseling dan Tes HIV

Formulir Konseling dan Tes HIV digunakan untuk mencatat segala informasi klien/pasien pada saat melakukan Konseling dan Tes HIV. Formulir ini diisi oleh konselor yang melakukan konseling. Formulir ini harus dijaga kerahasiaannya, karena di dalam formulir ini ada informasi tentang kesimpulan hasil tes HIV.

	FORMULIR TES DAN KONSELING HIV	
NO REKAM MEDIS <input style="width: 100px;" type="text"/>	NIK <input style="width: 100px;" type="text"/>	RAHASIA
NO REGISTER <input style="width: 150px;" type="text"/>		
PEMBERIAN INFORMASI <small>silakan bila penawaran tes oleh petugas kesehatan (TIPK)</small>		
TANGGAL PEMBERIAN INFORMASI (Tg/Bln/Thn) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
PERNAH TES HIV SEBELUMNYA (* coret yang tidak perlu) <input type="radio"/> Ya Dimana: <input style="width: 100px;" type="text"/> Kapan: <input style="width: 50px;" type="text"/> Hr/Bln/Thn* Hasil: <input type="radio"/> Non Reaktif <input type="radio"/> Reaktif <input type="radio"/> Tidak tahu		
<input type="radio"/> Tidak PENYAKIT TERKAIT PASIEN (boleh diisi lebih dari satu) <input type="radio"/> TB <input type="radio"/> Dermatitis <input type="radio"/> Herpes <input type="radio"/> Sifilis <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Diare <input type="radio"/> LGV <input type="radio"/> Toksiplasmosis <input type="radio"/> IMS lainnya <input type="radio"/> Kandidiasis oralesopagial <input type="radio"/> PCP <input type="radio"/> Wasting syndrome <input type="radio"/> Lainnya: _____		
KESEHATAN UNTUK TES <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
TES ANTIBODI HIV		
TANGGAL TES HIV (Tg/Bln/Thn) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
HASIL TES R1 <input type="radio"/> Non Reaktif <input type="radio"/> Reaktif Nama Reagen: <input style="width: 100px;" type="text"/> HASIL TES R2 <input type="radio"/> Non Reaktif <input type="radio"/> Reaktif Nama Reagen: <input style="width: 100px;" type="text"/> HASIL TES R3 <input type="radio"/> Non Reaktif <input type="radio"/> Reaktif Nama Reagen: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="radio"/> Non Reaktif <input type="radio"/> Reaktif <input type="radio"/> Indeterminate		
JENIS TES HIV <input type="checkbox"/> Rapid Test <input type="checkbox"/> ELISA		
NOMOR REGISTRASI NASIONAL PDP (Only bila hasil tes positif) <input style="width: 100px;" type="text"/> Tgl Masuk PDP <input style="width: 50px;" type="text"/> (dd mm / yyyy)		
TINDAK LANJUT (TIPK) (boleh diisi lebih dari satu) <input type="radio"/> Rujuk konseling _____ <input type="radio"/> Rujuk ke PDP dan PPIA		
Apakah termasuk ODHA dengan pasangan HIV Negatif? <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
KONSELING PASCA TES		
TANGGAL KONSELING PASCA TES (Tg/Bln/Thn) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
TERIMA HASIL <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak SKRINING GEJALA TB <input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak Jumlah Kondom yang Diberikan <input style="width: 50px;" type="text"/> Buah		
TINDAK LANJUT (KTS) (boleh diisi lebih dari satu) <input type="radio"/> Tes ulang <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan Rehab <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan PPIA <input type="radio"/> Rujuk ke petugas pendukung, yaitu: <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan TB <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan LASS <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan IMS <input type="radio"/> 1. Komunitas <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan PTRM <input type="radio"/> Rujuk ke Profesional <input type="radio"/> Konseling <input type="radio"/> 2. LDM (_____) <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan IMS <input type="radio"/> 3. Kader <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan IMS <input type="radio"/> 4. Kaputuhan minum obat <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan IMS <input type="radio"/> 5. Paraf <input type="radio"/> Rujuk ke Layanan IMS <input type="radio"/> 6. Lain - lain		
NAMA KONSELOR / PETUGAS KESEHATAN <input style="width: 100px;" type="text"/>		
STATUS LAYANAN <input type="radio"/> Rumah Sakit <input type="radio"/> Puskesmas <input type="radio"/> Klinik		
JENIS PELAYANAN <input type="radio"/> Layanan Menetap <input type="radio"/> Layanan Bergesit		

b. Cara Pengisian Formulir Konseling dan Tes HIV

Formulir konseling dan tes HIV dalam praktiknya akan diisi oleh konselor, namun petugas administrasi dapat melakukan validasi atas hasil pengisian yang dilakukan oleh konselor. Seorang petugas administrasi berhak mengkonsumsi hasil pengisian konselor supaya data yang dihasilkan berkualitas. Agar berjalan dengan baik maka petugas admin perlu mengetahui cara pengisian formulir konseling dan tes HIV.

Berikut ini petunjuk pengisian formulir konseling dan tes HIV:

1) Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS)

(a) Nomor Rekam Medis

Nomor rekam medis disesuaikan dengan kebijakan masing-masing layanan. Jika tidak ada kebijakan terkait nomor rekam medis di layanan, nomor medis dapat disamakan dengan nomor registrasi.

(b) Nomor Registrasi (10 digit)

10 digit harus terisi tidak boleh kosong. Cara penulisan sesuai petunjuk berikut:

4 digit pertama : Ditulis 4 huruf pertama nama klien (catatan: jika nama hanya terdiri dari 3 huruf maka digit ke empat ditulis angka 0)

Contoh: ANI → ANI0, JOKO → JOKO, HASAN → HASAN

2 digit kedua: Ditulis 2 angka terakhir tahun kelahiran klien. Jika klien tidak tahu/lupa tahun kelahirannya tulis "00"

2 digit ketiga: Ditulis 2 angka bulan kelahiran klien. Jika klien tidak tahu/lupa tanggal kelahirannya tulis "00"

2 digit keempat: Ditulis 2 angka tanggal kelahiran klien. Jika klien tidak tahu/lupa tanggal kelahirannya tulis "00"

Contoh penulisan kode, pojok kiri sebagai berikut:
Arie770128.

Nama klien: Arie, tahun kelahiran: 77, Bulan: 01, Tanggal lahir: 28

Catatan: Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal lahir maka gunakan umur sebagai patokan pengisian kemudian gunakan tanggal 1 Januari sebagai adjustment tanggal lahir. Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal lahir gunakan asumsi menurut pendapat kita dan untuk tanggal tetap menggunakan 1 Januari sebagai adjustment.

(c) Alamat

Tulis Alamat lengkap dengan Rukun Tetangga (RT) dan Rukun Warga (RW) atau keterangan tempat tinggalnya sesuai dengan kartu tanda pengenal yang dimiliki pasien untuk mempermudah kegiatan penanganan lebih lanjut. Apabila dimungkinkan ditambahkan informasi no telp klien.

(d) Kab/Kota

Diisi kab/kota tempat klien tinggal.

(e) Provinsi

Diisi provinsi/tempat klien tinggal.

(f) Jenis Kelamin

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien

- Contreng (✓) lingkaran "laki-laki" bila jenis kelamin laki-laki
- Contreng (✓) lingkaran "Perempuan" bila jenis kelamin Perempuan

- (g) Status Kehamilan (khusus klien perempuan)
Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien
- Contreng (✓) lingkaran "trimester I" bila kehamilan berumur antara bulan pertama hingga bulan ketiga
 - Contreng (✓) lingkaran "trimester II" bila kehamilan berumur antara keempat hingga bulan keenam
 - Contreng (✓) lingkaran "trimester III" bila kehamilan berumur antara bulan ketujuh hingga bulan kesembilan
 - Contreng (✓) lingkaran "tidak hamil" bila klien telah memeriksakan status kehamilannya dan dinyatakan negatif
 - Contreng (✓) lingkaran "tidak tahu" bila klien belum memeriksakan status kehamilannya

(h) Tanggal Lahir

Tulis tanggal lahir klien berdasarkan dengan kartu tanda pengenal yang dimiliki klien atau berdasarkan dengan pengakuan klien. Isikan sesuai dengan format 2 digit tanggal, 2 digit bulan, dan 4 digit tahun.

Catatan: Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal lahir, maka gunakan umur sebagai patokan pengisian kemudian gunakan tanggal 1 Januari sebagai adjustment tanggal lahir. Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal lahir, gunakan asumsi menurut pendapat kita dan untuk tanggal tetap menggunakan 1 Januari sebagai adjustment.

(i) Pendidikan Terakhir

Jenjang pendidikan terakhir yang pernah dijalani oleh klien.

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien.

- Contreng (✓) lingkaran “tidak pernah sekolah” bila klien tidak pernah mengenyam pendidikan formal.
- Contreng (✓) lingkaran “SD/ sederajat” bila klien tidak pernah mengenyam/ lulus pendidikan SD/ sederajat.
- Contreng (✓) lingkaran “SMP/ sederajat” bila klien pernah mengenyam/ lulus pendidikan SMP/ sederajat
- Contreng (✓) lingkaran “SMA/ sederajat” bila klien pernah mengenyam/ lulus pendidikan SMA/ sederajat.
- Contreng (✓) lingkaran “akademi/ perguruan tinggi/ sederajat” bila klien pernah mengenyam/ lulus pendidikan akademi/ perguruan tinggi/ sederajat.

Apabila klien putus sekolah maka tetap dicatat berdasarkan jenjang pendidikannya, contoh kelas 3 SD maka dicatat pendidikannya SD.

(j) Status Perkawinan

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien.

- Contreng (✓) lingkaran “kawin”: bila klien masih terikat pada ikatan pernikahan yang syah menurut aturan negara dan agama
- Contreng (✓) lingkaran “belum kawin” bila klien belum pernah terikat pada ikatan pernikahan yang syah menurut aturan negara dan agama

- Contreng (✓) lingkaran “cerai hidup” bila klien putus dari ikatan pernikahan yang sah menurut aturan negara dan agama dengan keduanya masih hidup saat bercerai
 - Contreng (✓) lingkaran “cerai mati” bila klien putus dari ikatan pernikahan yang sah menurut aturan negara dan agama dikarenakan salah satu pasangan meninggal dunia
- (k) Jumlah Anak Kandung
Diisi jumlah anak kandung yang dimiliki klien dari hasil dengan pasangan seksnya (tidak termasuk angkat angkat).
- (l) Umur Anak Terkecil (khusus klien perempuan)
Diisi umur anak kandung terkecil yang dimiliki klien. Isikan dalam satuan tahun.
- (m) Pekerjaan
Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien.
- Contreng (✓) lingkaran “tidak bekerja” apabila klien berstatus tidak memiliki pekerjaan 9 tidak dapat menghasilkan uang)
 - Contreng (✓) lingkaran “bekerja” apabila klien berstatus (dapat menghasilkan uang) kemudian tuliskan pekerjaan klien.
- (n) Kelompok Risiko
Contreng (✓) lingkaran jawaban yang sesuai dengan pilihan yang tersedia dan satu klien dapat memiliki lebih dari satu kelompok risiko.
- (1) Pekerja Seks (PS), berdasarkan jenisnya dibagi menjadi dua.

- PS Langsung: adalah pekerja seks laki-laki/perempuan yang menjalankan seks dan tanpa mempunyai profesi/pekerjaan lain. Biasanya ditandai dengan lokasi kerja di lokalisasi/resosialisasi maupun dijalanan.
 - PS Tidak Langsung: adalah laki-laki/perempuan yang berprofesi ganda yakni bekerja ditempat-tempat hiburan seperti bar, diskotik, karaoke, pub, warung minum, warung remang-remang, panti pijat, dan lain-lain, serta melakukan transaksi seksual.
- (2) Gay adalah laki-laki yang suka hubungan seks dengan sesama laki-laki (LSL): adalah laki-laki yang melakukan seks anal (receptive/dianal maupun penetrative/menganal) dengan sesama laki-laki, meskipun berperilaku biseksual (melakukan seks baik dengan laki-laki maupun dengan wanita).
- (3) Pelanggan PS: adalah pria/wanita berperilaku risiko tinggi yang menjadi pelanggan atau berpotensi sebagai pelanggan dari WPS, PPS (pria pekerja seks) dan atau waria.
- Umumnya adalah pria yang memiliki mobilitas tinggi dan memiliki uang, yaitu pekerja musiman, migran local yang karena pekerjaannya harus tinggal terpisah dari istri/pasangan dan keluarga, pekerja yang sering melakukan perjalanan jarak jauh (sebagai contoh pekerja transportasi laut dan darat jarak jauh).
 - Sebagian di antaranya adalah laki-laki dari masyarakat umum pada usia aktif seksual.

(4) Pasangan Kelompok Risti: seseorang yang menjadi berisiko karena memiliki pasangan kelompokberisiko tinggi meliputi:

- Pasangan wanita pekerja seks langsung.
- Pasangan wanita pekerja seks tidak langsung.
- Pasangan pria berisiko tinggi.
- Pasangan pria pekerja seks.
- Pasangan LSL.
- Pasangan waria.
- Pasangan penasun.
- Waria (wanita pria): adalah mereka yang secara fisik menunjukkan identitas sebagai pria, namun secara psikis merasa sebagai wanita.
- Penasun (pengguna narkoba suntik): jelas.
- Lainnya: jika tipe kelompok risiko tidak termasuk dalam kategori tersebut diatas.

(o) Status Kunjungan

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien.

- Contreng (✓) lingkaran "Datang Sendiri" jika klien datang sendiri ke layanan atas inisiatif sendiri.
- Contreng (✓) lingkaran "Dirujuk" jika klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk.

(p) Status Rujukan

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "LSM" apabila klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk oleh LSM.

- Contreng (✓) lingkaran "Tempat Kerja" apabila klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk oleh tempat kerja klien.
- Contreng (✓) lingkaran "KLP Dukungan" apabila klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk oleh kelompok dukungan.
- Contreng (✓) lingkaran "Pasangan" apabila klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk oleh pasangan (pacar/suami) klien.
- Contreng (✓) lingkaran "Kader" apabila klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk oleh kader.
- Contreng (✓) lingkaran "Lain-lain" apabila klien datang ke layanan dikarenakan dirujuk oleh selain pilihan diatas.

(q) Klien Pasien TB

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien adalah pasien TB dan mengikuti pengobatan TB dan dianjurkan melakukan pemeriksaan HIV.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien bukan klien TB dan mengikuti pengobatan TB.

(r) Klien Warga Binaan Pemasyarakatan

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" apabila klien adalah penghuni Lembaga Pemasyarakatan atau Rumah Tahanan.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" apabila klien bukan penghuni Lembaga Pemasyarakatan atau Rumah Tahanan

(s) Pasangan Tetap Klien (Khusus klien Perempuan)

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" apabila klien mempunyai pasangan tetap.
 - Contreng (✓) lingkaran "Tidak" apabila klien tidak mempunyai pasangan tetap.
- (t) Pasangan Perempuan Klien (Khusus klien laki-laki)
Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:
- Contreng (✓) lingkaran "Ya" apabila klien mempunyai pasangan seks perempuan.
 - Contreng (✓) lingkaran "Tidak" apabila klien tidak mempunyai pasangan seks perempuan.
- (u) Status Kehamilan Pasangan Perempuan (Khusus klien laki-laki)
Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:
- (1) Contreng (✓) lingkaran "Ya" apabila klien mempunyai pasangan perempuan dan pasangannya telah memeriksakan kehamilannya serta hasilnya positif.
 - (2) Contreng (✓) lingkaran "Tidak" apabila klien mempunyai pasangan perempuan dan pasangannya telah memeriksakan kehamilannya serta hasilnya negatif.
 - (3) Contreng (✓) lingkaran "Tidak Tahu" apabila klien mempunyai pasangan perempuan dan belum memeriksakan kehamilannya.
- (v) Tanggal Lahir Pasangan Klien (Khusus klien yang memiliki pasangan atau menjawab "ya" pada poin 19 atau 20)
Tulis tanggal lahir pasangan klien berdasarkan dengan kartu tanda pengenal yang dimiliki klien atau berdasarkan dengan pengakuan klien. Isikan format 2 digit tanggal, 2 digit bulan, dan 4 digit tahun.

Catatan: Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal lahir maka gunakan umur sebagai patokan pengisian kemudian gunakan tanggal 1 Januari sebagai adjustment tanggal lahir.

- (w) Status HIV Pasangan Klien (Khusus klien yang memiliki pasangan atau menjawab "ya" pada poin 19 atau 20).

Isikan status HIV pasangan sesuai jawaban klien:

- Nomor "1" apabila klien mempunyai pasangan dan pasangan telah tes HIV serta hasilnya positif.
- Nomor "2" apabila klien mempunyai pasangan dan pasangan telah tes HIV serta hasilnya negatif atau indeterminate.
- Nomor "3" apabila klien mempunyai pasangan dan pasangan belum pernah tes HIV atau pasangan telah tes HIV akan tetapi tidak mengetahui hasilnya.

- (x) Tanggal Tes HIV Terakhir Pasangan (Khusus klien yang memiliki pasangan atau menjawab "ya" pada poin 19 atau 20).

Tulis tanggal tes HIV terakhir pasangan klien berdasarkan jawaban klien apabila pasangan klien pernah melakukan tes HIV. Isikan format 2 digit tanggal, 2 digit bulan, dan 4 digit tahun.

Catatan: Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal tes terakhir maka gunakan lama waktu tes (bulan dan tahun) sebagai patokan pengisian, kemudian gunakan tanggal 1 untuk lama waktu tes dalam bulan dan 1 Januari untuk lama waktu tes dalam tahun sebagai adjustment tanggal tes terakhir.

(y) Tanggal Konseling Pra Tes HIV

Tuliskan tanggal sesuai saat klien datang ke klinik untuk konseling pra tes HIV. Isikan sesuai format 2 digit tanggal, 2 digit bulan, dan 4 digit tahun.

(z) Status Klien

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Baru" apabila kunjungan klien untuk pertama kali melakukan kegiatan KTS atau pernah melakukan kegiatan KTS namun belum pernah mengetahui status HIVnya.
- Contreng (✓) lingkaran "Lama" apabila klien datang untuk mengkonfirmasi hasil tes sebelumnya.

(aa) Alasan tes HIV

Contreng (✓) lingkaran latar belakang klien mengikuti KTS. Keterangan dapat ditulis sesuai dengan penjelasan klien kenapa perlu mengikuti KTS berdasarkan pilihan.

- Ingin tahu saja, cukup jelas.
- Mumpung gratis, cukup jelas.
- Untuk bekerja, cukup jelas.
- Ada gejala tertentu, apabila klien merasa dirinya memiliki gejala yang mengarah ke penyakit HIV/AIDS.
- Akan menikah, cukup jelas.
- Merasa berisiko, apabila klien merasa dirinya memiliki risiko penularan HIV.
- Tes ulang (window period), apabila klien diminta melakukan tes ulang karena penegakan diagnosis belum bisa dilakukan pada tes sebelumnya.

- Lainnya, apabila alasan tes klien selain dari pilihan diatas.

(ab) Mengetahui adanya tes dari (pilih yang paling dominan)

Contreng (✓) lingkaran sumber informasi klien terhadap keberadaan layanan tes HIV

- Brosur
- Koran
- TV
- Dokter
- Teman
- Petugas Outreach
- Poster
- Lay Konselor
- Lainnya

(ac) Pernah Tes Sebelumnya

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien pernah melakukan tes HIV sampai tahu hasil sebelumnya.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien tidak pernah melakukan tes HIV.

Jika klien menjawab ya, dilanjutkan ke pertanyaan:

(1) Dimana: tuliskan nama layanan atau kabupaten/kota tempat melakukan tes HIV sebelumnya.

(2) Kapan: tuliskan lama periode waktu tes HIV itu dilaksanakan (bisa dalam harian, bulanan, atau tahunan), misalnya 3 bulan yang lalu dituliskan 03 kemudian coret keterangan waktu yang tidak sesuai: Hr/Bln/Thn.

(3) Hasil: Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Non-Reaktif" jika hasil tesnya negatif atau indeterminative.
- Contreng (✓) lingkaran "Reaktif" jika hasil tesnya positif.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak Tahu" jika hasil tesnya tidak diketahui.

(ad) Kesiapan untuk Tes

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien pada hari bersangkutan memutuskan dan siap melakukan tes HIV dengan ditandatangani informed consent sebagai syarat dari tindakan medis yang akan dilakukan terkait dengan pengambilan darah.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien tidak bersedia.

(ae) Kajian Tingkat Risiko

(1) Hubungan seks vaginal berisiko

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien pernah melakukan seks vaginal berisiko.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien tidak pernah melakukan seks vaginal berisiko.

(2) Bergantian Peralatan Suntik

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien pernah melakukan berbagi alat suntik.

- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien tidak pernah melakukan berbagi alat suntik.

Jika jawaban "ya" maka isi kapan terakhir melakukan berbagi alat suntik.

(3) Transmisi ibu ke anak

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien diperkirakan tertular HIV melalui transmisi ibu ke anak.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien diperkirakan tidak tertular HIV melalui transmisi ibu ke anak.

Jika jawaban "ya" maka isi kapan klien diperkirakan tertular HIV melalui transmisi ibu ke anak.

(4) Periode Jendela

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien diperkirakan sedang berada pada periode jendela.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien diperkirakan tidak berada pada periode jendela.

(5) Anal Seks Berisiko

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien pernah melakukan seks anal berisiko.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien tidak pernah melakukan seks anal berisiko.

Jika jawaban "ya", maka isi kapan terakhir melakukan seks anal berisiko.

(6) Transfusi Darah

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien diperkirakan tertular HIV melalui transfusi darah.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien diperkirakan tidak tertular HIV melalui transfusi darah.

Jika Jawaban "ya" maka isi kapan klien diperkirakan tertular HIV melalui transfusi darah.

(7) Lainnya

Contreng (✓) lingkaran "lainnya" jika klien diperkirakan terpapar risiko selain yang disebut di atas.

Isikan kajian risiko yang dimaksud dan kapan klien diperkirakan terakhir terpapar risiko tersebut.

(af) Tes Antibodi HIV (diisi ketika pasien selesai menjalani pasca tes)

(1) Tanggal tes HIV: diisi dengan tanggal dilaksankannya tes HIV. Isikan sesuai format 2 digit tanggal, 2 digit bulan, dan 4 digit tahun.

(2) Jenis Tes:

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Rapid Tes" jika tes yang digunakan dengan menggunakan rapid tes dengan 3 reagen.

- Contreng (✓) lingkaran "Elisa" jika tes yang dilakukan menggunakan metode elisa.
- (3) Hasil Tes R1: adalah hasil yang diperoleh dari pengujian menggunakan rapid tes 1.
- Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:
- Contreng (✓) lingkaran "Non Reaktif" jika tes R1 non-reaktif.
 - Contreng (✓) lingkaran "Reaktif" jika tes R1 reaktif.
- Cantumkan nama reagen yang digunakan pada pemeriksaan pertama.
- (4) Hasil Tes R2: adalah hasil yang diperoleh dari pengujian menggunakan rapid tes 2.
- Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:
- Contreng (✓) lingkaran "Non Reaktif" jika tes R2 non-reaktif.
 - Contreng (✓) lingkaran "Reaktif" jika tes R2 reaktif.
- Cantumkan nama reagen yang digunakan pada pemeriksaan kedua.
- (5) Hasil Tes R3: adalah hasil yang diperoleh dari pengujian menggunakan rapid tes 3.
- Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:
- Contreng (✓) lingkaran "Non Reaktif" jika tes R3 non-reaktif.
 - Contreng (✓) lingkaran "Reaktif" jika tes R3 reaktif.
- Cantumkan nama reagen yang digunakan pada pemeriksaan ketiga.

(6) Kesimpulan hasil: Kesimpulan hasil ditentukan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

- Contreng (✓) lingkaran "Non-Reaktif" jika tes R1, R2, dan R3 semuanya negatif atau hasil tes elisa negatif.
- Contreng (✓) lingkaran "Reaktif" jika tes R1, R2, dan R3 semuanya positif atau hasil tes elisa positif.
- Contreng (✓) lingkaran "*Indeterminate*" jika tes R1, R2, dan R3 tidak semuanya positif.

(ag) Tanggal Konseling Pasca Tes HIV

Diisi dengan tanggal klien datang ke klinik untuk konseling pasca tes HIV. Isikan sesuai format 2 digit tanggal, 2 digit bulan, dan 4 digit tahun.

(ah) Terima Hasil

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien menerima hasil tes saat membuka hasil bersama konselornya.
- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien tidak menerima hasil tes saat membuka hasil bersama konselornya.

(ai) Skrining Gejala TB

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien: skrining TB yang dimaksud adalah hanya menanyakan gejala TB (assessment). Klien yang diskринing khusus, klien yang tidak dalam keadaan sakit TB.

- Contreng (✓) lingkaran "Ya" jika klien yang hasil pemeriksaannya positif dilakukan skrining TB.

- Contreng (✓) lingkaran "Tidak" jika klien yang hasil pemeriksaannya positif tidak dilakukan skrining TB.

(aj) Jumlah Kondom Yang Diberikan

Diisi dengan jumlah kondom yang diberikan kepada klien.

(ak) Tindak Lanjut

Contreng (✓) lingkaran tindak lanjut apabila hasil laboratorium sudah dibuka dengan klien, tindaklanjut dapat berupa:

- (1) Datang kembali karena masa jendela, jelas.
- (2) Rujuk ke layanan Rehab, bila klien dianjurkan dirujuk ke sarana rehabilitasi.
- (3) Rujuk ke layanan PPIA, bila klien membutuhkan layanan PPIA.
- (4) Rujuk ke layanan TB, bila klien membutuhkan perawatan TB.
- (5) Rujuk ke layanan LASS, bila klien membutuhkan layanan LASS.
- (6) Rujuk ke layanan IMS, bila klien/pasien membutuhkan penanganan IMS.
- (7) Rujuk ke layanan PTRM, bila klien membutuhkan perawatan Methadon karena faktor resikonya.
- (8) Rujuk ke layanan PDP, bila klien membutuhkan layanan PDP.
- (9) Rujuk ke petugas pendukung.
 - Contreng (✓) lingkaran "Manajer Kasus", jika dirujuk ke manajer kasus.
 - Contreng (✓) lingkaran "LSM", jika dirujuk ke LSM, dan isikan nama LSM tersebut.
 - Contreng (✓) lingkaran "Kader", jika klien dirujuk ke kader.

(al) Nama Konselor

Diisi dengan nama konselor yang melakukan konseling.

(am) Status Klinik

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Klinik Utama" jika kegiatan KTS dilakukan di klinik utama.
- Contreng (✓) lingkaran "Klinik Satelit" jika kegiatan KTS dilakukan di klinik satelit (klinik yang dibentuk oleh klinik utama untuk memperluas jaringan KTS).

(an) Jenis Pelayanan

Contreng (✓) lingkaran sesuai jawaban klien:

- Contreng (✓) lingkaran "Menetap" jika kegiatan KTS dilakukan di klinik baik klinik utama maupun satelit.
- Contreng (✓) lingkaran "Bergerak" jika kegiatan KTS dilakukan dalam kegiatan mobil VCT.

3. Instalasi Aplikasi Sistem Informasi HIV/AIDS

Aplikasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) adalah suatu aplikasi yang salah satu fungsinya dapat digunakan untuk menginput, mengolah dan menganalisis data KTS, selain itu juga dapat digunakan untuk membantu dalam pembuatan laporan bulanan KTS.

Aplikasi ini dapat diunduh di <http://siha.depkes.go.id> username menggunakan kode UPK atau kode kabupaten/kota (*username password* dapat menghubungi masing-masing pengelola program HIV kabupaten atau provinsi). *File* unduhan terdiri dari 2 jenis, untuk yang pertama kali instalasi, unduh *file* pada bagian *full application*, sedangkan jika sebelumnya sudah

terinstall dan hanya melakukan *update* versi SIHA terbaru maka unduh file pada bagian *update version*.

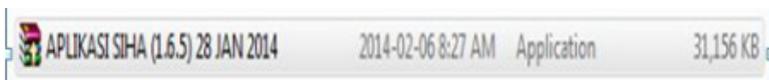


Langkah-langkah instalasi SIHA:

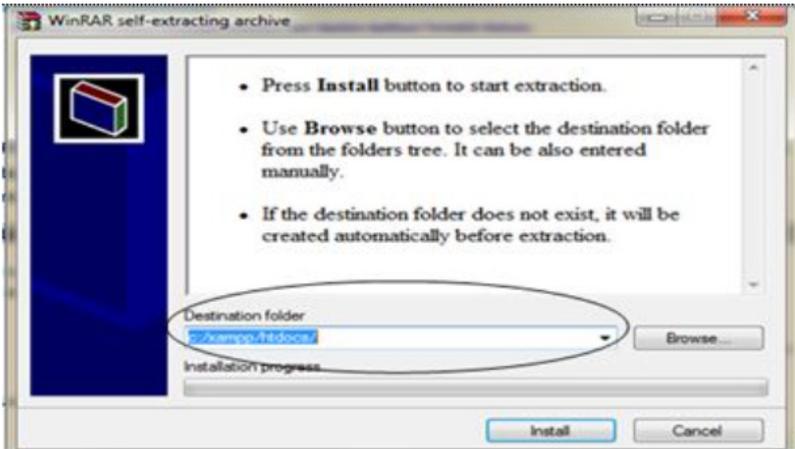
Instalasi SIHA sudah di desain TIM SIHA SUBDIT AIDS menjadi sangat *simple* dan mudah, hanya 3 langkah yang perlu diingat:

- Double Klik aplikasi SIHA-nya (RAR) dan Klik *Install* tunggu hingga selesai, kemudian;
- Restore database sql menggunakan url http://localhost/restore_db/uploaddb.php;
- Dan tampilkan SIHA dengan ketik url http://localhost/sim_aids/.

Langkah 1. Double Klik aplikasi SIHA-nya (form RAR) dan Klik *Install*

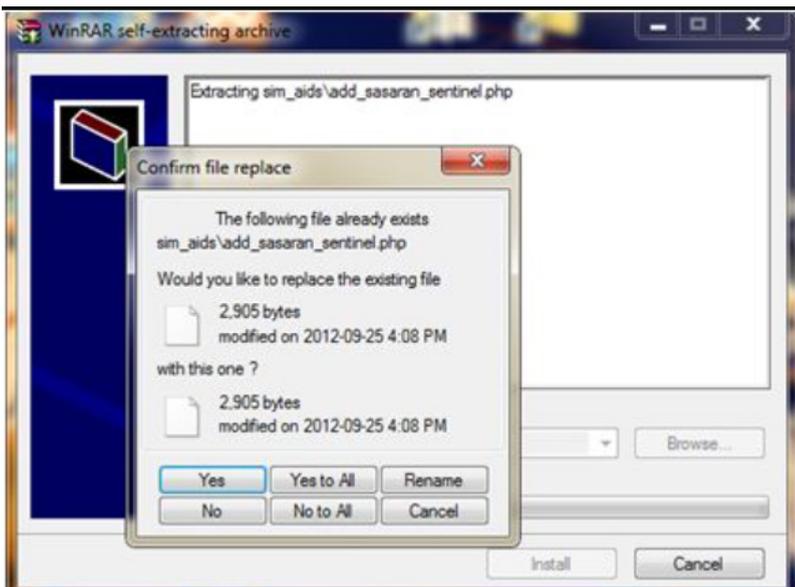


Klik 2 x pada file aplikasi tersebut hingga nanti tampil jendela instalasi kemudian klik *Install*

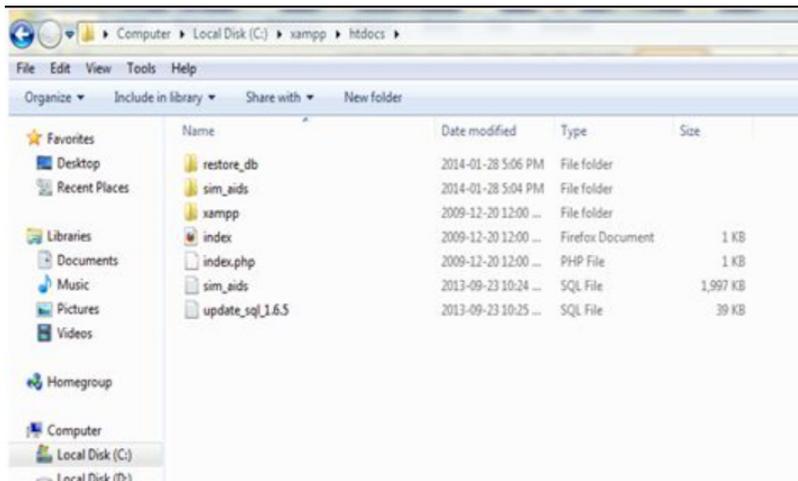


Perhatikan "*Destination Folder*" merujuk pada `c://xampp/htdocs/`, tidak perlu dirubah karena merupakan tempat aplikasi yang terinstall (`sim_aids.sql`).

Jika keluar jendela konfirmasi seperti di bawah ini klik *yes*.



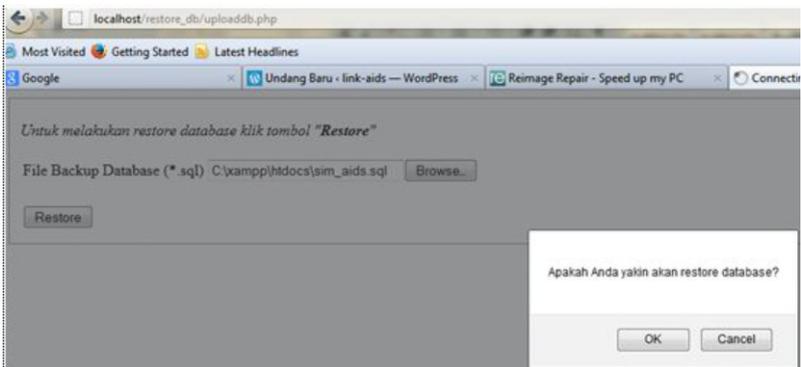
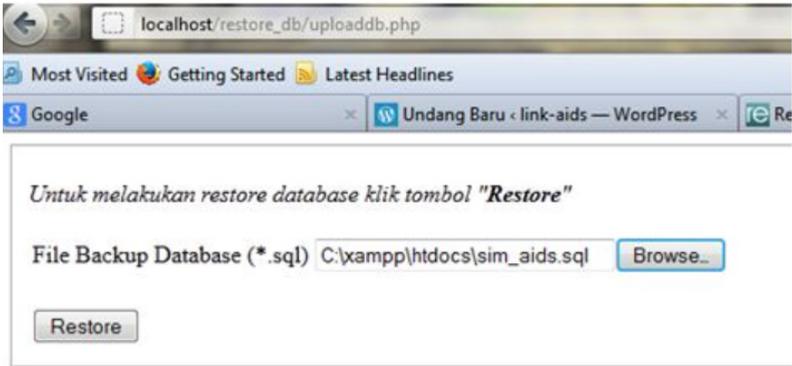
Setelah proses instalasi selesai, cek di C://xampp/htdocs/ akan terdapat file sim_aids.sql seperti gambar di bawah.



Langkah 2: *Restore Database*

Setelah instalasi langkah berikutnya adalah melakukan proses restore database sim_aids.sql di folder htdocs agar nantinya dikenali di oleh halaman browser internet. dengan cara

- Pastikan dulu XAMPP telah running.
- Buka Browser Internet (SIHA merekomendasikan penggunaan browser mozilla firefox versi dibawah 4, tetapi pengamatan kami juga dapat dijalankan dengan Google Chrome).
- Ketik Url http://localhost/restore_db/uploaddb.php/ kemudian pilih sim_aids.sql di folder htdoc dan klik restore, kemudian klik OK pada jendela konfirmasi.



Langkah 3: Tampilkan Melalui *Browser Internet*

Setelah restore berhasil maka SIHA sudah digunakan secara offline dengan ketik url http://localhost/sim_aids/ sehingga seperti tampilan dibawah:



Instalasi telah berhasil, selanjutnya dapat dilakukan entri data setelah sebelumnya membuat *user account* yang akan kami bahas selanjutnya atau dapat dilihat di pedoman operasional.

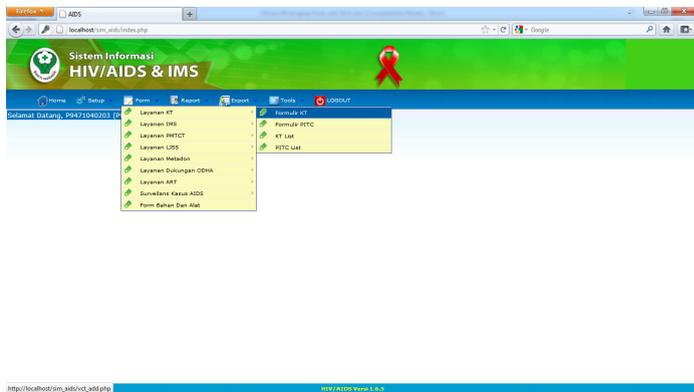
4. Proses Data Menjadi Laporan

a. Proses Input Data

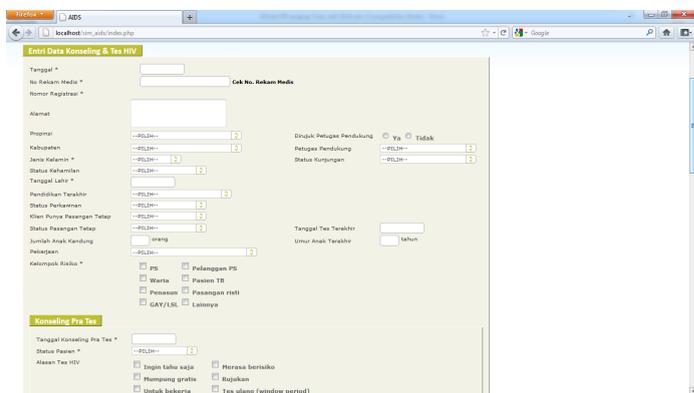
Sebelum memulai input data, hal pertama yang harus dilakukan adalah mengetahui *username* dan *password* layanan. *Username* dapat diminta melalui surat resmi kepada Subdit AIDS dan PMS.

Berikut adalah proses input data KTS di SIHA:

- 1) Buka aplikasi SIHA (SIHA.exe di desktop)
- 2) Masukkan username dan password layanan, klik "Enter" hingga muncul tulisan "Selamat Datang, *username* (Nama Layanan) [Group UPK]"
- 3) Arahkan kursor ke menu "Form → layanan KT", klik "Formulir KTS"



4) Input data pada *form* yang tersedia



Masukan semua informasi sesuai dengan yang ada di formulir konseling dan tes HIV. Berikut ini beberapa petunjuk detail cara pengisian masing-masing pertanyaan:

- Tanggal Entri (harus diisi): diisi tanggal saat entri data. Klik pada form isian, pilih tahun terlebih dahulu, kemudian bulan, dan terakhir klik pada tanggal yang dimaksud.
- No Rekam Medis (harus diisi): diisi nomor rekam medis klien sesuai dengan yang tertulis di formulir KTS.

- (c) No registrasi (harus diisi): diisi nomor registrasi klien sesuai dengan yang tertulis di formulir KTS.
- (d) Alamat: diisi alamat klien sesuai dengan yang tertulis di formulir KTS.
- (e) Provinsi: klik pada form isian, kemudian pilih provinsi alamat klien sesuai dengan yang tertulis di formulir KTS.
- (f) Kabupaten (hanya bisa diisi setelah provinsi diisi): klik pada form isian, kemudian pilih kabupaten/kota alamat klien sesuai dengan yang tertulis di formulir KTS.
- (g) Jenis Kelamin (harus diisi): klik pada form isian, kemudian pilih jenis kelamin klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (h) Tanggal Lahir (harus diisi): diisi tanggal lahir klien. Klik pada form isian, pilih tahun terlebih dahulu, kemudian bulan, dan terakhir klik pada tanggal yang dimaksud. (Catatan: Jika tahun yang dimaksud tidak muncul, kemudian cari tahun yang dimaksud kembali. Contoh: jika tanggal lahir tahun 1965, maka klik terlebih dahulu tahun 1975, kemudian klik kembali pilihan tahun dan tahun 1965 akan muncul.
- (i) Pendidikan Terakhir: klik pada form isian, kemudian pilih pendidikan terakhir klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (j) Status Perkawinan: klik pada form isian, kemudian pilih status perkawinan klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (k) Status Kehamilan (hanya bisa diisi jika klien perempuan): klik pada form isian status kehamilan klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.

- (l) Jumlah Anak Terakhir (hanya bisa diisi jika klien perempuan): diisi umur anak terkecil sesuai dengan yang tertulis di formulir KTS.
- (m) Pekerjaan: klik pada form isian, kemudian pilih pekerjaan klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (n) Kelompok Risiko (harus diisi): centang kelompok risiko klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
(Catatan: dapat dicentang lebih dari 1 pilihan)
- (o) Klien Punya Pasangan Tetap (hanya bisa diisi jika klien perempuan): klik pada form isian, kemudian pilih status apakah klien mempunyai pasangan tetap sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (p) Klien Punya Pasangan Perempuan (hanya bisa diisi jika klien laki-laki): klik pada form isian, kemudian pilih status apakah klien mempunyai pasangan perempuan sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (q) Pasangan Perempuan: Klien Hamil (hanya bisa diisi jika klien laki-laki dan mempunyai pasangan perempuan): klik pada form isian, kemudian pilih status kehamilan pasangan perempuan klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (r) Status HIV Pasangan (hanya bisa diisi jika klien mempunyai pasangan): klik pada form isian, kemudian pilih status HIV pasangan klien sesuai dengan nomor pilihan di formulir KTS.

- (s) Tanggal Tes HIV Terakhir Pasangan (hanya bisa diisi jika klien mempunyai pasangan): diisi tanggal tes HIV terakhir pasangan klien. Klik pada form isian, pilih tahun terlebih dahulu, kemudian bulan, dan terakhir klik pada tanggal yang dimaksud.
- (t) Status Kunjungan: klik pada form isian, kemudian pilih status kunjungan klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (u) Status Rujukan (hanya bisa diisi jika status kunjungan klien "dirujuk"): klik pada form isian, kemudian pilih status rujukan klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (v) Klien Pesein TB: klik pada form isian, kemudian pilih apakah klien merupakan pasien TB sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (w) Klien WBP: klik pada form isian, kemudian pilih apakah klien merupakan warga binaan pemasyarakatan sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (x) Tanggal Konseling Pra Tes HIV: diisi tanggal klien datang untuk konseling pra tes. Klik pada form isian, pilih tahun terlebih dahulu, kemudian bulan, dan terakhir klik pada tanggal yang dimaksud.
- (y) Status Klien: klik pada form isian, kemudian pilih status klien sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- (z) Alasan Tes HIV: centang alasan klien melakukan tes HIV sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS. (Catatan: dapat dicentang lebih dari 1 pilihan)
- (aa) Mengetahui Adanya Tes HIV dari: klik pada form isian, kemudian pilih sumber klien mengetahui adanya Tes HIV di klinik ini sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.

- (ab) Pernah Tes HIV Sebelumnya: centang apakah klien pernah melakukan tes HIV sebelumnya sesuai dengan yang dicentang di formulir KTS.
- 5) Jika selesai input data di *form*, klik simpan di paling bawah. Jika berhasil akan muncul tampilan seperti dibawah ini:



Catatan:

Jika klien baru sampai tahap tes dan datanya sudah dimasukkan kedalam SIHA, maka apabila klien tersebut datang kembali untuk post-tes dilain hari/bulan, lakukan edit data, bukan diisi dalam form yang baru. Masukkan informasi tentang post tes seperti tanggal post tes, kesimpulan, dan sebagainya.

b. Proses Edit Data

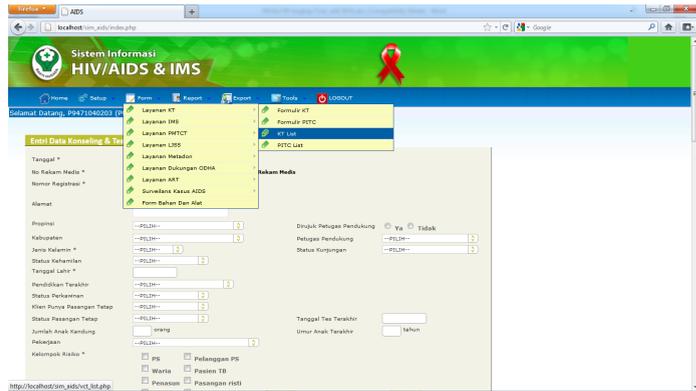
Fasilitas ini berfungsi untuk melakukan perubahan pada data yang telah di input. Perubahan data dapat dilakukan jika:

- 1) Terdapat kesalahan input pada saat input laporan.
- 2) Data yang di input sebelumnya belum lengkap. Ketika data telah lengkap, untuk melengkapi kekurangan data

tersebut menggunakan fasilitas edit data.

Berikut proses edit data:

- 3) Arahkan kursor ke menu "Form" → layanan KT", klik "KTS List"



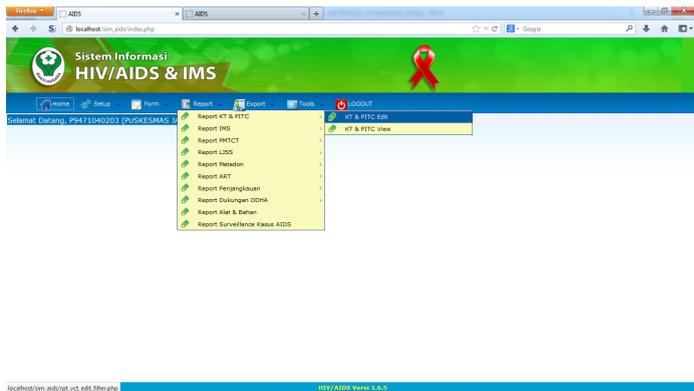
- 4) Cari data klien yang akan diedit. Jika data sudah banyak, dapat menggunakan fasilitas "Search". Fasilitas ini hanya bisa memfilter No. Rekam Medis, No registrasi dan tanggal lahir.
- 5) Klik data kiunjungan pada data klien yang akan diedit.
- 6) Klik "edit" pada bagian pojok kanan.
- 7) Edit data pada form yang tersedia.
- 8) Jika selesai edit data di form, klik simpan di paling bawah. Jika berhasil akan muncul tampilan.



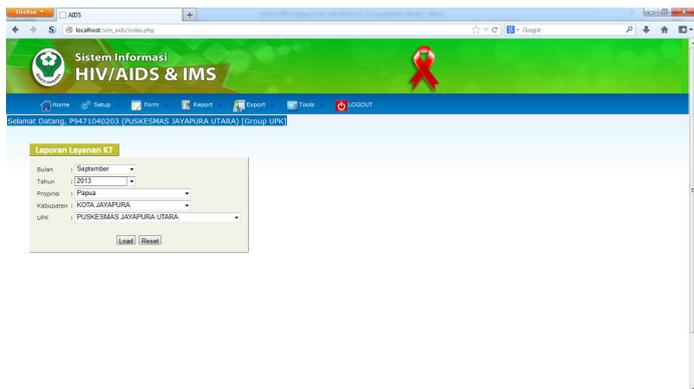
9) Selesai.

c. Proses Pembuatan Laporan KTS (Untuk di Print)

- 1) Arahkan kursor ke menu "Report" → Report KT", klik "KT Edit"



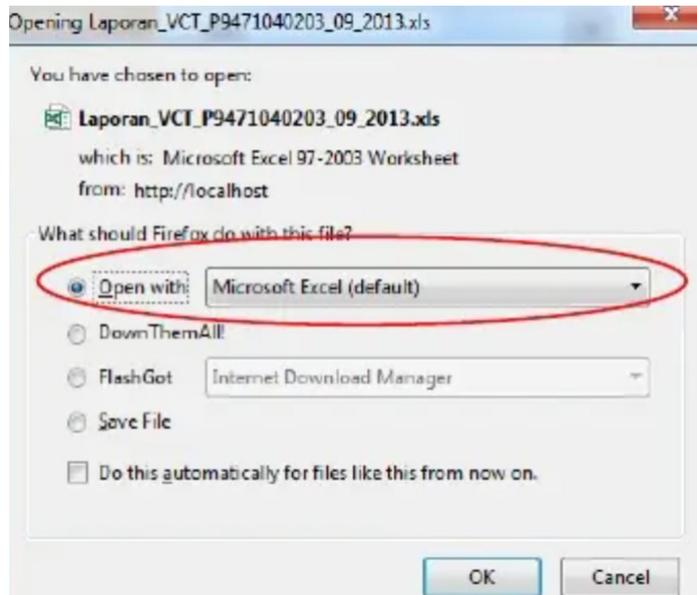
- 2) Pilih Bulan dan Tahun laporan yang akan di proses. Klik tombol *load*.



- 3) Maka akan muncul tampilan laporan seperti berikut. Jika data yang ditampilkan sudah sesuai, kemudian klik tombol "save" dibagian paling bawah.

The screenshot shows a web browser displaying a report titled "LAPORAN BULANAN KONSOLIDASI DAN TERBUK (SANGRELA INTSVC)". The report contains a large table with columns for months (Jan, Feb, Mar, Apr, Mei, Jun, Jul, Agt, Sep, Okt, Nov, Des) and sub-totals (TOTAL, Pengeluaran, Pendapatan, Laba). The table lists various items such as "Dijual barang yang tidak terjual bulan ini", "Dijual barang yang tidak terjual bulan sebelumnya", and "Dijual barang yang tidak terjual bulan sebelumnya".

- 4) Muncul tampilan cara penyimpanan file, pilih *open with* "microsoft excel".



- 5) File dalam excel ini dapat di simpan ataupun di print.

5. Pelaporan

Sistem pelaporan layanan KTHIV dibuat agar dapat melaporkan hasil dari kegiatan konseling di layanan KTHIV. Terdapat tujuh belas indikator untuk laporan KTS dan dua belas indikator untuk laporan KTIP. Laporan layanan KTHIV membantu Kementerian Kesehatan dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap layanan KTHIV yang ada. Selain itu data yang dilaporkan juga dapat dijadikan bahan perencanaan berbasis data dalam merencanakan program penanggulangan HIV di masa yang akan datang. Pelaporan layanan KTHIV dimulai dari laporan bulanan dari setiap layanan KTHIV yang ada kepada dinas kesehatan di kabupaten/kota tempat layanan tersebut berada. Selanjutnya setiap bulan laporan tersebut dilaporkan kembali ke tingkat provinsi dan pusat, yaitu Subdit AIDS dan PMS, Kementerian Kesehatan. Setiap bulan laporan tersebut diberi umpan balik untuk memantau kualitas pelaporan.

Formulir pelaporan dalam layanan KTHIV meliputi laporan bulanan pada unit pelayanan kesehatan (HA-UPK), kabupaten/kota (HA-Kab/Kota) dan propinsi (HA-Prov). Adapun jenis pelaporannya adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Kode dan Jenis Pelaporan

HA-UPK-1	Laporan Bulanan KTHIV
HA-Kab/Kota-1	HA-UPK-1
HA-Prov-1	HA-UPK-1

a. Sistem Informasi HIV-AIDS Dan IMS

Perangkat lunak aplikasi pelaporan telah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu SIHA yang merupakan sistem informasi manajemen yang digunakan untuk melakukan manajemen data program pengendalian HIV-AIDS dan IMS. SIHA adalah suatu perangkat lunak aplikasi sistem informasi HIV dan AIDS & IMS yang mampu menangkap data yang berasal dari UPK, dengan

memanfaatkan perangkat server Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan.

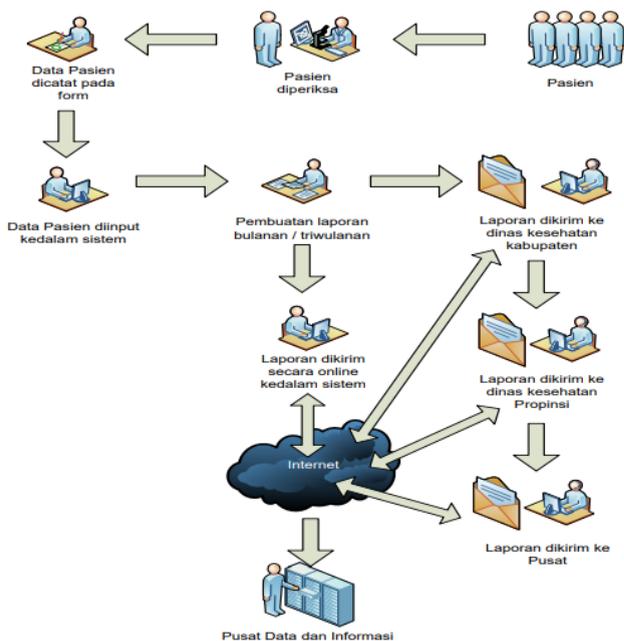
Manfaat aplikasi SIHA terutama adalah:

- 1) Untuk mendukung manajemen data program pengendalian HIV/AIDS dan IMS pada tingkat layanan, kabupaten/kota, provinsi dan tingkat nasional.
- 2) Untuk meningkatkan kualitas informasi yang meliputi validitas, akurasi dan ketepatan waktu.
- 3) Untuk meningkatkan efisiensi program dengan cara memproses dan menganalisis data dalam jumlah besar dengan cepat.

Sistem informasi dibuat sedemikian rupa untuk meminimalkan kesalahan dalam memasukkan data. SIHA KTHIV dilengkapi dengan menu yang didesain sedemikian rupa untuk menghindari kesalahan tersebut. Namun dalam sistem ini masih terdapat berbagai kelemahan yang dapat diminimalkan dengan keakuratan informasi dari data yang ada di catatan medis klien. Kualitas semua data yang dimasukkan sangat tergantung pada keakuratan catatan medisnya. Petugas administrasi memiliki tugas untuk memasukan data ke dalam SIHA KTHIV. Apabila dalam proses entry petugas administrasi menemukan kejanggalan data klien maka proses entri terhadap klien tersebut hendaknya ditunda hingga datanya benarbenar valid.

b. Alur Pelaporan

Alur pelaporan berguna untuk memantau jalannya proses pelaporan. Alur ini didesain dengan konsep berjenjang agar setiap tingkat dapat merespon data yang masuk dan memberikan umpan balik sebagai bagian dari sistem pelaporan. Dalam pedoman ini akan dibahas alur pelaporan mulai dari tingkat layanan hingga ke tingkat pusat.



Bagan 1. Proses Pengisian Data Sampai Pengiriman Laporan Dengan Menggunakan Perangkat Lunak Aplikasi SIHA

c. Proses Pelaporan

Tiap layanan KTHIV wajib melaporkan data hasil kegiatannya sesuai format pelaporan yang tersedia setiap bulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Laporan yang dikirimkan terlebih dahulu ditandatangani oleh Penanggungjawab Unit Pelayanan serta dlbubuhi stempel dan nama jelas. Data yang diterima Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dari Unit Pelayanan akan dilakukan tabulasi dan kajian tentang capaian/kendala/masalah/solusi untuk dilaporkan kembali ke tingkat Dinas Kesehatan Provinsi setiap bulan dengan format tersedia dan sudah ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta dlbubuhi stempel dan nama jelas. Data yang diterima Dinas Kesehatan Provinsi dari Dinas Kesehatan

kabupaten/kota dilakukan tabulasi dan kajian tentang capaian/kendala/masalah/solusi untuk dilaporkan ke Tingkat Kementerian Kesehatan khususnya Subdit AIDS dan PMS setiap bulan, yang sudah ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi serta dibubuhi stempel dan nama jelas. Data yang diterima Subdit AIDS dan PMS akan dilakukan tabulasi dan kajian tentang capaian/kendala/masalah/solusi untuk dilaporkan kepada Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

D. RANGKUMAN

Dalam perkembangan program pengendalian HIV-AIDS dan IMS, penguatan bukan hanya dilakukan pada berbagai jenis kegiatan program, akan tetapi juga pada sistem manajemen informasinya, yaitu dengan dikembangkannya aplikasi Sistem Informasi HIV-AIDS dan IMS (SIHA). Setiap pencatatan dan pelaporan program HIV-AIDS dan IMS dilaksanakan dengan menggunakan SIHA yang telah dibakukan oleh Kementerian Kesehatan. Setiap pengelola program di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan layanan harus mampu memahami tentang pencatatan dan pelaporan serta mampu mengaplikasikan SIHA. Penerapan SIHA akan meningkatkan kualitas manajemen data program HIV-AIDS dan IMS di setiap jenjang mulai dari layanan hingga nasional.

E. LATIHAN SOAL

1. Jenis formulir yang harus ada pada pencatatan konseling dan tes HIV adalah?
 - A. Formulir *Informed Consent*
 - B. Formulir Bulanan
 - C. Formulir Tindakan
 - D. Formulir Kesehatan

F. GLOSARIUM

KTHIV	: Konseling dan Tes HIV
KTS	: Konseling dan Tes Sukarela
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
LGV	: Lymphogranuloma Venereum
PCP	: Pneumocystis Carinii Pneumonia
PDP	: Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan
Penasun	: Pengguna NAPZA Suntikan
PPIA	: Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak
SIHA	: Sistem Informasi HIV AIDS
TB	: Tuberculosis

G. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV.
- [2] Subdit AIDS dan PMS Direktorat P2ML, Ditjen PP dan PL. *Materi Inti IX Pencatatan Layanan Konseling dan Tes HIV.*

BAB XX

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Pendokumentasian merupakan kewajiban bagi bidan pada setiap memberikan asuhan kebidanan. Terdapat berbagai model asuhan kebidanan yaitu: SOAPIER, SOAPIED, SOAPIE dan SOAP. Kekhususan pada ODHIV/ODHA bahwa, sifat dokumentasi dapat tertutup. Hal ini sebagai antisipasi terhadap perlakuan diskriminatif terhadap ODHIV/ODHA dan sebagai bentuk menghormati hak asasi manusia.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu memahami definisi pendokumentasian asuhan kebidanan pada klien HIV/AIDS.
2. Mahasiswa mampu memahami fungsi pendokumentasian asuhan kebidanan pada klien HIV/AIDS.
3. Mahasiswa mampu memahami langkah-langkah pendokumentasian asuhan kebidanan pada klien HIV / AIDS.

C. MATERI

1. Definisi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Klien HIV/AIDS

a. Definisi Dokumentasi

Secara umum dokumentasi adalah suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Pendokumentasian adalah suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta

yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan. Dokumentasi asuhan kebidanan adalah suatu kegiatan pencatatan bukti dan pelaporan yang dilakukan oleh bidan sejak dari awal asuhan kebidanan sampai akhir asuhan untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan yang terlibat dalam memberikan asuhan. Pendokumentasian asuhan kebidanan merupakan kewajiban bidan yang tertuang dalam UU No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan Pasal 61 poin e, bahwa Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban mendokumentasikan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar.

Dokumentasi kebidanan dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan klien, dalam hal ini ODHIV/ODHA pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, USG, *Rontgen*, dsb), analisa (*diagnose*), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada ODHIV / ODHA baik rawat jalan maupun rawat inap serta pelayanan gawat darurat (Handayani & Mulyani, 2017; Subiyatin, 2017; Surtinah et al., 2019).

b. Isi dan Kegiatan Dokumentasi

- 1) Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
- 2) Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
- 3) Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.

- 4) Memonitor catatan professional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
 - 5) Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia (Handayani & Mulyani, 2017; Subiyatin, 2017; Surtinah et al., 2019).
- c. Sifat Dokumentasi

Sifat dokumentasi terdiri dari tertutup dan terbuka. Dokumentasi tertutup bila berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan ke masyarakat. Sifat dokumentasi terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Dokumentasi bersifat terbuka dapat ditulis dengan teknik naratif yang berorientasi pada sumber data disetiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diikuti memungkinkan bidan mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dengan kejadian kronologis (Subiyatin, 2017; Surtinah et al., 2019).

Pada kasus ODHIV/ODHA sesuai UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, bahwa setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Maka, dokumentasi tertutup diperlakukan dalam rangka menjamin hak dari ODHA, hak untuk tidak mendapatkan perlakuan buruk dari masyarakat dan hak kerahasiaan atas statusnya (Virdaus, 2016).

- d. Tujuan Pendokumentasian
- 1) Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangkai mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.

- 2) Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.
 - 3) Terkait penelitian, hukum, keuangan dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut:
 - (a) Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - (b) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
 - (c) Informasi terhadap perlindungan individu.
 - (d) Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - (e) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - (f) Pengurangan biaya informasi.
 - (g) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - (h) Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
 - (i) Informasi untuk mahasiswa.
 - (j) Dokumentasi untuk tenaga professional dan tanggungjawab etik.
 - (k) Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
 - (l) Suatu data keuangan yang sesuai.
 - (m) Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.
- e. Metode Dokumentasi

Dalam melakukan pencatatan asuhan kebidanan, ada beberapa metode pendokumentasian yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu:

1) SOAPIER

- (a) S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan

atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "O" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=*Assesment*

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) I=*Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

(f) E=*Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

(g) R=*Revised*

Revised (revisi) adalah perubahan rencana asuhan kebidanan berdasar hasil evaluasi guna tercapainya tujuan asuhan.

(h) Contoh:

S: pasien P3A0 mengeluh nyeri pada luka jahitan post SC 2 hari yang lalu dan mengigil.

O: TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, RR 22x/menit, Suhu 38,30C, pada balutan luka terlihat basah dan terdapat PUS.

A: P3A0 post SC 2 hari dengan infeksi P: Lakukan perawatan luka, pendidikan kesehatan makan tinggi kalori dan protein.

I: Ganti balutan, pendidikan kesehatan nutrisi tinggi kalori dan protein.

E: Luka masih bernanah.

R: Ganti balutan 2 kali/hari.

2) SOAPIE

(a) S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "0" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=*Assesment*

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) I=*Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

(f) E=*Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

(g) Contoh:

S: pasien P3A0 mengeluh nyeri pada luka jahitan post SC 2 hari yang lalu dan mengigil.

O: TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, RR 22x/menit, Suhu 38,30C, pada balutan luka terlihat basah dan terdapat PUS.

A: P3A0 *post* SC 2 hari dengan infeksi.

P: Lakukan perawatan luka, pendidikan kesehatan makan tinggi kalori dan protein.

I: Ganti balutan, pendidikan kesehatan nutrisi tinggi kalori dan protein.

E: Luka masih bernanah.

3) SOAPIED

(a) S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "0" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan / tindakan yang tepat.

(d) P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) I=*Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

(f) E=*Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

(g) D = Dokumentasi

Dokumentasi adalah pencatatan seluruh tindakan yang sudah dilakukan dalam asuhan kebidanan. Pencatatan dimulai dari pasien datang sampai pulang.

4) SOAP

(a) S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "S" diberi kode "O" atau "X".

(b) O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

(c) A=*Assesment*

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan/tindakan yang tepat.

(d) *P=Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

(e) Standar Nomen Klatur Diagnosis Kebidanan:

- (1) Diakui dan telah disyahkan oleh profesi kebidanan.
- (2) Berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan.
- (3) Memiliki ciri khas kebidanan.
- (4) Didukung clinical judgment dalam praktek kebidanan.
- (5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Fungsi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Klien HIV/AIDS

Fungsi pendokumentasian secara umum adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban tindakan yang telah dilakukan dan sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan. Fungsi pendokumentasian asuhan kebidanan khususnya pada klien HIV/AIDS dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

a. Aspek Administrasi

Bahwa pendokumentasian berupa catatan-catatan medis dan pasca tindakan serta kelengkapan data ODHIV/ODHA sejak awal asuhan sampai akhir asuhan perlu ditulis sesuai dengan wewenang bidan. Pencatatan administrasi ini sesuai dengan UU No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan Pasal 61 poin e Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban mendokumentasikan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar.

b. Aspek Medis

Ditinjau dari aspek medis, fungsi dokumentasi sebagai dasar perencanaan pengobatan ODHIV/ODHA dan tindakan yang sudah ataupun akan dilakukan.

c. Aspek hukum

Ditinjau dari aspek hukum, fungsi dokumentasi dapat sebagai alat bukti di pengadilan apabila dijumpai suatu masalah pada ODHIV/ODHA yang berhubungan dengan profesi bidan.

d. Aspek keuangan

Ditinjau dari aspek keuangan, fungsi dokumentasi dapat dijadikan dasar perincian pembiayaan ODHIV/ODHA selama perawatan.

e. Aspek Penelitian

Ditinjau dari aspek penelitian, fungsi dokumentasi dapat sebagai dasar penelitian HIV/AIDS melalui studi dokumentasi.

f. Aspek Pendidikan

Ditinjau dari aspek Pendidikan, fungsi dokumentasi dapat menjadi sumber studi dan penelitian guna pengembangan keilmuan, khususnya tentang HIV/AIDS

g. Aspek Jaminan Mutu

Ditinjau dari aspek jaminan mutu, fungsi dokumentasi dapat digunakan sebagai alat evaluasi penatalaksanaan yang sudah diberikan untuk meningkatkan mutu pelayanan bidang HIV/AIDS.

h. Aspek Akreditasi

Ditinjau dari aspek akreditasi, fungsi dokumentasi sebagai cerminan keberhasilan dalam pemberian asuhan dan cerminan mutu pelayanan yang sudah diberikan bidan kepada ODHIV/ODHA.

i. Aspek Statistik

Ditinjau dari aspek statistic, fungsi dokumentasi dapat sebagai dasar perencanaan dalam menetapkan kebutuhan tenaga kesehatan khususnya bidan dalam penanganan kasus HIV/AIDS.

j. Aspek Komunikasi

Ditinjau dari aspek komunikasi, fungsi dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam kordinasi pelayanan HIV / AIDS dalam suatu tim (Handayani & Mulyani, 2017; Subiyatin, 2017; Surtinah et al., 2019).

1. Langkah-Langkah Pendokumentasian Asuhan Kebidanan pada Klien HIV/AIDS

a. Rancangan Format Pendokumentasian Klien dengan HIV AIDS

Lembar Pengkajian Asuhan Kebidanan HIV AIDS

Tanggal Pengkajian :

Jam Pengkajian :

Pengkaji :

1) Subyektif

(a) Biodata	Ibu	Suami
(1) Nama	:
(2) Umur	:
(3) Suku Bangsa	:
(4) Agama	:
(5) Pendidikan	:
(6) Pekerjaan	:
(7) Alasan Kunjungan	:	
(8) Keluhan utama	:	

(9) Riwayat Haid :

(10) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu:

Kehamilan Ke	UK	Riwayat Persalinan	Penyulit Persalinan	JK	Komplikasi	Usia Sekarang	Riwayat Menyusui

(b) Riwayat Kesehatan

(1) Penyakit yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat)

(2) Penyakit keluarga yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat)

(c) Riwayat Psiko-sosial-ekonomi-spiritual

(1) Riwayat Psikologi

- Persepsi klien terhadap penyakit yang dialami:
- Perasaan klien terhadap penyakit yang dialami:
- Perasaan keluarga terhadap penyakit yang dialami:

(2) Riwayat Sosial-Ekonomi

- Status perkawinan: (kawin/tidak kawin)
Kawin: kali
- Lama nikah: tahun, menikah pertama pada umur tahun
- Apakah menggunakan asuransi kesehatan?
- Tempat bekerja sebelum sakit:
- Riwayat pernah dipenjara: Ada/Tidak
- Riwayat menggunakan narkoba suntik :
Ada/Tidak

- Riwayat menggunakan tato : Ada/Tidak

(3) Riwayat Spiritual

- Kepercayaan yang berhubungan dengan penyakit yang dialami :
- Riwayat menggunakan narkoba suntik: Ada/Tidak
- Riwayat menggunakan tato: Ada/Tidak

(d) Pola Aktifitas

(1) Nutrisi

- Makan: Frekuensi, Jenis, Masalah, Pantangan
- Minum: Frekuensi, Jenis, Masalah, Pantangan

(2) Istirahat

- Istirahat siang: lama, kondisi saat bangun, masalah
- Istirahat malam: lama, kondisi saat bangun, masalah

(3) Aktivitas

- Sehari-hari/di rumah:
- Diluar rumah:

(4) Hubungan Seksual

- Frekuensi/minggu :
- Masalah:
- Jenis kelamin partner seksual :
- Pola seksual melalui:

2) Obyektif

(a) Pemeriksaan Umum

- (1) KU : baik/buruk/lemah

- (2) Postur : *mesomorph/endomorph/ektomorph*
 - (3) Kesadaran : *compos mentis/apatis/delirium/sopor/coma*
 - (4) TTV : TD:mmHg; N:x/mnt; R:x/mnt; S: ...°c
 - (5) Tinggi Badan : ...cm
 - (6) Berat Badan : sebelum sakit:kg; setelah sakit:kg
- (b) Pemeriksaan Fisik
- (1) Kepala : Inspeksi: Palpasi:
 - (2) Mata : *Conjunctiva*:; *Sklera*:
 - (3) Hidung : Infeksi: Fungsi nafas:
 - (4) Mulut : Sariawan; *Candida*:
 - (5) Telinga : Infeksi:; Pengeluaran:
 - (6) Leher : Pembesaran Kelenjar:
 - (7) Payudara : Kesimetrisan:; Infeksi:
 - (8) Abdomen : Kesimetrisan:; Infeksi:; Riwayat Operasi:
 - (9) Genetalia : Infeksi:; Fungsi:
 - (10) Anus : Infeksi:; Fungsi:
- (c) Ekstremitas : Tangan:; Kaki:Pemeriksaan Penunjang
- Hasil laboratorium: reaktif/non reaktif
- Viral load* :
- CD4 :

- 3) Analisa
- 4) Penatalaksanaan
 - Catatan Perkembangan
 - Hari, Tanggal dan Jam
 - S :
 - O :
 - A :
 - P :

b. Contoh Kasus Asuhan Kebidanan dengan HIV AIDS dengan SOAP

Asuhan Kebidanan ibu dengan HIV

Tanggal Pengkajian :
 Jam Pengkajian :
 Pengkaji :

1) Subyektif

- | (a) Biodata | Ibu | Suami |
|-----------------|------------|------------|
| (1) Nama | : Ny. S | Tn. K |
| (2) Umur | : 27 tahun | 32 tahun |
| (3) Suku Bangsa | : Jawa | Sunda |
| (4) Agama | : Islam | Islam |
| (5) Pendidikan | : SMA | SMA |
| (6) Pekerjaan | : IRT | Supir Truk |
- (b) Alasan Kunjungan: ibu ingin mendapatkan terapi untuk sariawannya.
- (c) Keluhan utama: sariawan berwarna putih merata dibagian mulut.

(d) Riwayat Haid: *Menarche*: 12 tahun, tidak ada disminor, durasi 5-7 hari siklus 28 hari.

(e) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu.

Kehamilan Ke	UK	Riwayat Persalinan	Penyulit Persalinan	JK	Komplikasi	Usia Sekarang	Riwayat Menyusui
1	37mg	Normal	-	P	-	5 thn	2 thn
2	39mg	Normal	-	L	-	2 thn	2 thn

(f) Riwayat Kesehatan

(1) Penyakit yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat)

(2) Penyakit keluarga yang pernah dialami (Menular, Genetik, Riwayat Operasi, Kondisi Cacat)

(g) Riwayat Psiko-sosial-ekonomi-spiritual

(1) Riwayat Psikologi

- Persepsi klien terhadap penyakit yang dialami: ujian dari Allah.
- Perasaan klien terhadap penyakit yang dialami: sedih, cemas, malu.
- Perasaan keluarga terhadap penyakit yang dialami: tidak ada keluarga yang tahu.

(2) Riwayat Sosial-Ekonomi

- Status perkawinan: (kawin/~~tidak kawin~~)
Kawin: 1 kali
- Lama nikah: 6 tahun, menikah pertama pada umur 21 tahun
- Apakah menggunakan asuransi kesehatan?
BPJS
- Tempat bekerja sebelum sakit: IRT
- Tempat rujukan: RSUD Cilacap
- Riwayat pernah dipenjarakan: ~~Ada~~/Tidak

- Riwayat menggunakan narkoba suntik: ~~Ada~~/Tidak
 - Riwayat menggunakan tato: ~~Ada~~/Tidak
- (3) Riwayat Spiritual
- Kepercayaan yang berhubungan dengan penyakit yang dialami:
- (h) Pola Aktifitas
- (1) Nutrisi
- Makan: 1x sehari, nasi lauk pauk, porsi kecil. Masalah: sakit ketika mengunyah karena sariawan.
 - Minum: 5 gelas/hari, air putih dan teh manis kalau pagi.
- (2) Istirahat
- Istirahat siang: lama, kondisi saat bangun, masalah
 - Istirahat malam: lama, kondisi saat bangun, masalah
- (3) Aktivitas
- Sehari-hari / dirumah: membersihkan rumah, masak
 - Diluar rumah: ke pasar, antar anak sekolah.
- (4) Hubungan Seksual
- Frekuensi / minggu: setiap suami pulang, 2 bulan sekali
 - Masalah: tidak ada.
 - Jenis kelamin partner seksual: lelaki
 - Pola seksual melalui: vaginal

2) Obyektif

(a) Pemeriksaan Umum

- (1) KU : baik/buruk/lemah
- (2) Postur : *mesomorph/endomorph/ektomorph*
- (3) Kesadaran : *compos mentis/apatis/delirium/sopor/coma*
- (4) TTV : TD: 110/80 mmHg; N: 80 x/mnt; R: 16 x/mnt; S: 37°c
- (5) Tinggi Badan : 156 cm
- (6) Berat Badan : sebelum sakit: 60 kg; setelah sakit: 50 kg

(b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Kepala : Inspeksi: bersih; Palpasi: tidak ada benjolan
- (2) Mata : *Conjunctiva*: pucat; *Sklera*: putih
- (3) Hidung : infeksi:tidak ada; Fungsi nafas: baik
- (4) Mulut : Sariawan: diseluruh permukaan bibir; *Candida*: dibagian lidah
- (5) Telinga : Infeksi: tidak ada; Pengeluaran: tidak ada
- (6) Leher : pembesaran kelenjar getah bening di ketiak kanan kiri
- (7) Payudara : simetris, tidak ada infeksi
- (8) Abdomen : simetris, tidak ada bekas operasi
- (9) Genetalia : infeksi:tampak jamur di vulva
- (10) Anus : dalam batas normal
- (11) Ekstremitas : dalam batas normal

- (c) Pemeriksaan Penunjang
Hasil laboratorium: reaktif / ~~non-reaktif~~
Viral load : -
CD4 : -
- (d) Analisa
Ny. S usia 27 tahun dengan reaktif HIV.
Masalah: kemas, takut, malu, nyeri pada mulut.
Kebutuhan: konseling tentang tanda gejala HIV dan support sistem.
- (e) Penatalaksanaan
- (1) Menjelaskan hasil pemeriksaan
Hasil: klien menangis dan berusaha memahami kondisinya.
 - (2) Memberikan konseling lengkap tentang HIV AIDS
Hasil: klien dapat mengulang kembali tentang HIV AIDS.
 - (3) Memberikan konseling tentang ARV
Hasil: klien sudah menyetel alarm minum obat setiap hari.
 - (4) Memberikan konseling tentang kelompok dukungan sebaya
Hasil: klien bersedia berkumpul dan mengikuti kegiatan kelompok dukungan sebaya.
 - (5) Memberikan terapi untuk sariawan dan candida
Hasil: klien memahami cara meminum obat sariawan dan oba toles untuk candida.

(6) Menganjurkan untuk kunjungan ulang bersama dengan suaminya.

Hasil: klien berencana datang kembali 1 minggu lagi bersama suaminya.

Catatan Perkembangan

Hari, Tanggal dan Jam

S : -

O : -

A : -

P : -

D. RANGKUMAN

Secara umum dokumentasi adalah suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi perlu dilakukan oleh bidan saat setelah selesai melakukan asuhan kebidanan. Terdapat sifat dokumentasi tertutup dan terbuka. Pada kasus HIV AIDS sifat dokumentasi tertutup sebagai bentuk antisipasi terhadap diskriminasi serta hak asasi manusia sebagai klien. Terdapat beberapa model dokumentasi yaitu: SOAPIER, SOAPIED. SOAPIE, dan SOAP.

E. LATIHAN SOAL

Berikan tanda centang (✓) pada jawaban yang menurut saudara benar.

No	Soal	Benar	Salah
1.	Terkait penelitian, tujuan pendokumentasian adalah Bukti kualitas asuhan kebidanan		

No	Soal	Benar	Salah
2.	Dokumentasi tertutup artinya hanya pasien dan tenaga kesehatan saja yang mengetahui kondisi klien		
3.	Dokumentasi kebidanan berfungsi untuk mengetahui semua aspek kehidupan klien dan lingkungannya		
4.	Dokumentasi kebidanan klien dengan HIV berisi jenis ARV yang digunakan klien.		
5.	Dokumentasi klien dapat menjadi dasar klien ODHIV mendapatkan support dari kelompok dukungan sebaya.		
6.	Pada model dokumentasi SOAPIER, kata R berarti recycle tindakan dari awal.		
7.	Bahwa syarat nomenklatur diagnosis kebidanan harus diakui dan disyahkan oleh profesi bidan..		
8.	Dokumentasi tertutup dapat menjadi opsi bagi klien.		

F. KISI-KISI JAWABAN

1. Terkait penelitian, hukum, keuangan dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut: Bukti kualitas asuhan kebidanan.
2. Dokumentasi tertutup bila berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan dan disebarluaskan ke masyarakat.
3. Dokumentasi kebidanan dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan klien.
4. Ditinjau dari aspek medis, fungsi dokumentasi sebagai dasar perencanaan pengobatan ODHIV/ODHA dan tindakan yang sudah ataupun akan dilakukan.
5. Ditinjau dari aspek komunikasi, fungsi dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam kordinasi pelayanan HIV / AIDS dalam suatu tim.

6. *Revised* (revisi) adalah perubahan rencana asuhan kebidanan berdasar hasil evaluasi guna tercapainya tujuan asuhan.
7. Standar Nomen Klatur Diagnosis Kebidanan: Diakui dan telah disyahkan oleh profesi kebidanan.
8. Dokumentasi tertutup diperlakukan dalam rangka menjamin hak dari ODHA, hak untuk tidak mendapatkan perlakuan buruk dari masyarakat dan hak kerahasiaan atas statusnya.

G. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Handayani, S. R., & Mulyani, T. S. (2017). Dokumentasi Kebidanan.
- [2] Subiyatin, A. (2017). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. www.fkkumj.ac.id
- [3] Surtinah, N., Sulikah, & Nuryani. (2019). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan.
- [4] Virdaus, S. (2016). Analisis Yuridis Perlindungan Hukum Terhadap Pasangan Penderita Hiv Perspektif Hak Asasi Manusia. In *Journal Diversi* (Vol. 2, Issue 2). <http://www.spiritia.or.id/Stats/StatCurr.php?lang=id&gg=1>

BAB XXI

FAMILY CENTER CARE (FCC) TERHADAP PENGOBATAN HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

FCC adalah pemberian perawatan yang memfokuskan dan melibatkan tenaga medis yang lainnya serta peran serta keluarga sebagai peran yang paling terpenting, di mana keluarga berperan memberikan dukungan, membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu keputusan pilihan yang akan dipilih serta meningkatkan kesembuhan terhadap pasien yang memerlukan perawatan [1].

ODHA adalah seseorang yang sudah dinyatakan positif mengalami HIV-AIDS, yang membutuhkan perawatan medis yang lebih lanjut serta dukungan dari keluarga untuk mendorong proses pengobatan dan tidak merasa terkucilkan karena kondisi penyakit yang dialaminya [2][3].

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah pembelajaran bahasan ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang *Family Centered Care* (FCC) terhadap pengobatan HIV/AIDS.

C. MATERI

FCC adalah pemberian perawatan yang memfokuskan dan melibatkan tenaga medis yang lainnya serta peran serta keluarga sebagai peran yang paling terpenting, di mana keluarga berperan memberikan dukungan, membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu keputusan pilihan yang akan dipilih serta meningkatkan kesembuhan terhadap pasien yang memerlukan

perawatan. *Family Canterede Care* (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstatnta dalam kehidupanpasien. *Family Centered Care* (FCC) menyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga [4].

Konsep FCC pada ODHA [5].

1. Martabat dan kehormatan praktisi kesehatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien.
2. Berbagi informasi, praktisi kesehatan melakukan komunikasi yang baik dan memberikan informasi lengkap yang berguna bagi keluarga pasien maupun pasien itu sendiri.
3. Partisipasi keluarga pasien danpasien.
4. Kolaborasi.
5. Penyebab dilakukan FCC pada ODHA.
6. Membangun sistem kolaborasi dari kontrol proses penyembuhan ODHA.
7. Memfokuskan pada kekuatan dan sumber keluarga dari pada kelemahan keluarga.
8. Mengakui keahlian keluarga dalam perawatan ODHA.
9. Membangun pemberdayaan dari pada efek ketergantungan.
10. Lebih memfokuskan untuk sharing informasi pada pasien ODHA, keluarga pasien, serta tenaga medis yang terlibat didalamnya.
11. Menciptakan program perawatan yang fleksibel dan tidak kaku.
12. Dampak dari ODHA.
13. Pasien mengalami stress yang berkepanjangan hingga mengalami depresi hingga cemas.
14. Merasa terisolasi dan kurangnya dukungan, sehingga dapat menimbulkan penolakan oleh keluarga, dan orang lain.
15. Merasa takut apabila ada seseorang yang mengetahui keadaanya.
16. Merasa khawatir dengan keadaan ekonomi kedepannya.

17. Merasa malu sehingga mengakibatkan mengurung diri karena penyakit yang dideritanya.
18. Menyangkalnya bahwa ada hidup riwayat penggunaan obat-obat terlarang.

Bentuk dukungan yang dibutuhkan oleh ODHA ini adalah bentuk dukungan sosial, karena dukungan sosial dapat membantu ODHA ini menjalani pengobatannya dengan baik, sehingga ODHA ini mampu mengelola stresnya dengan baik dan mampu meningkatkan daya tahan tubuhnya agar tidak menurun.

1. Dukungan Keluarga ODHA

Menurut Orford 1992, Sarafino, 2002 mengatakan bahwa terdapat 5 dukungan sosial yang seharusnya di terima oleh pasien ODHA ini, di antaranya [6][7].

- a. Dukungan Emosional
- b. Dukungan Penghargaan
- c. Dukungan Informasi
- d. Dukungan Jaringan Sosial
 - 1) Keluarga sebagai unsur yang konstan sementara profesi kesehatan fluktuatif.
 - 2) Memfasilitasi kolaborasi keluarga dengan profesi pada semua level perawatan kesehatan.
 - 3) Meningkatkan kekuatan pada keluarga dan pertimbangan metode-metode dalam coping.
 - 4) Memperjelas informasi yang menurut pasien ODHA dan keluarga kurang dipahami.
 - 5) Menimbulkan kelompok suport antara keluarga khususnya orang tua dan pasien ODHA.
 - 6) Memahami dan mampu memanfaatkan sistem pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan pada ODHA.
 - 7) Melaksanakan kebijakan dan program yang tepat, komprehensif, meliputi dukungan emosional dan

finansial dalam memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga.

- 8) Menunjukkan desain transportasi perawatan yang bersifat fleksibel accessible dan responsive terhadap kebutuhan ODHA.
- 9) Implementasikan kebijakan dan program yang tepat komperhensif melibatkan dukungan emosional dengan staff elemen *Family Centered Care*.

2. Elemen FCC

Elemen FCC adalah sebagai berikut [8][9]:

- a. Orientasi pada keluarga
- b. Terbentuknya *Family Care Specialist (FCS)*
- c. Visitasi Terbuka
- d. Mengijinkan keluarga untuk ada disebelah pasien selama pasien menjalani pengobatannya
- e. Membentuk dan menjalankan family support grup
- f. Mendorong keterlibatan keluarga dalam pengobatan

3. Manfaat FCC

Manfaat penerapan *family centered care* adalah sebagai berikut [9]:

- a. Hubungan tenaga Kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam emingkatkan Kesehatan dan perkembangan
- b. Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi
- c. Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga
- d. Menigkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasita pemberi pelayanan
- e. Penggunaan sumber-sumber pelayanan Kesehatan dan waktu tenaga professional lebih efisien dan efektif

(mengoptimalkan manajemen perawatan dirumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah sakit jika tidak perlu, lebih efektif dalam menggunakan cara pencegahan)

- f. Mengembangkan komunikasi antara anggota tim Kesehatan
 - g. Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk tenaga Kesehatan
4. Prinsip-prinsip Family Centered Care (FCC) adalah:
Beberapa prinsip family centered care meliputi:
- a. Menghormati setiap pasien dan keluarga.
 - b. Menghargai perbedaan suku, budaya, sosial ekonomi, agama dan pengalaman tentang ehat sakit yang ada pada anak dan keluarga.
 - c. Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada pasien dan keluarga.
 - d. Mendukung dan memfasilitasi pilihan pasien dan keluarga dalam memilih layanan kesehatan.
 - e. Menjamin pelayanan yang diperoleh pasien dan keluarga sesuai kebutuhan, keyakinan nilai dan budaya mereka.
 - f. Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan pasien dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan pasien dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan.
 - g. Memberikan dan menjamin dukungan formal dan informal untuk pasien dan keluarga.
 - h. Berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan pasien diberbagai tingkat pelayanan kesehatan [4].
5. Intervensi FCC ODHA
- a. Aspek pengobatan oleh tim kesehatan yang terlibat.
 - b. Aspek pengobatan yang melibatkan dukungan sosial.

- c. Intervensi pada pasien.
- d. Intervensi pada keluarga [1].

D. RANGKUMAN

Dukungan sosial sangat diperlukan terutama pada ODHA yang kondisinya sudah sangat parah, karena dukungan dari pasangan, orang tua, anak, keluarga, teman, tim kesehatan, atasan, dan konselor. Pendekatan *Family Centered Care* tidak hanya memfokuskan asuhan kebidanan pada klien dan individu dengan kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual (biopsikospiritual) tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian yang kontras dan tidak bisa dipisahkan.

E. LATIHAN SOAL

Jawablah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan memilih jawaban yang paling benar.

1. Dukungan sosial yang seharusnya di terima oleh pasien ODHA, adalah:
 - A. Dukungan Emosional
 - B. Dukungan Tenaga Kesehatan
 - C. Dukungan Materi
 - D. Dukungan Akses obat
 - E. Dukungan Keuangan
2. Merupakan elemen *Family Cantered Care* (FCC) adalah:
 - A. Berorientasi pada Individu
 - B. Orientasi pada keluarga
 - C. Orientasi pada Masyarakat Sekitar
 - D. Tenaga Kesehatan
 - E. Kelompok Dukungan Sebaya
3. Merupakan Prinsip *Family Centered Care* (FCC) adalah:
 - A. Berorinetasi pada Pasien

- B. Dukungan Tenaga Kesehatan
- C. Menghormati Hak pasien dan keluarga
- D. Intervendi pada Pasien
- E. Melibatkan Dukungan Sosial

F. KISI-KISI JAWABAN

- 1. A
- 2. B
- 3. C

G. GLOSARIUM

FCC : *Famiy Center Care*

ODHA : Orang Dengan HIV/AIDS

FCS : *Family Care Specialist*

H. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kementerian Kesehatan RI, "Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak," Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Ibu dan Anak, 2015. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nUz-xxHKs5sJ:siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Pedoman_Manajemen_PPIApdf.pdf+&cd=5&hl=id&ct=clnk&gl=id&client=firefox-b-d (accessed Jan. 25, 2020).
- [2] F. Kesehatan and T. Pertama, "Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS".
- [3] K. R. Kesehatan, "Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan – Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bandung," Pedoman PPIA, 2015. <http://kpakotabandung.or.id/book/pedoman-pelaksanaan-pencegahan-penularan-hiv-dan-sifilis-dari-ibu-ke-anak-bagi-tenaga-kesehatan/> (accessed Jan. 29, 2020).

- [4] A. Rohim et al., "Pentingnya Family Centered Care pada Anak Penderita HIV AIDS," *Pros. Semin. Hi-Tech*, vol. 1, no. 1, pp. 14–15, 2022, [Online]. Available: <https://ejournal.unuja.ac.id/index.php/hitech>
- [5] E. N. M. Bukhari, Ilhamsyah, and Edison Siringoringo, "Pendekatan Family Centered Care Dengan Kepuasan Kerja Perawat Di Rsud. H. a. Sulthan Daeng Radja," *J. Kesehat. Panrita Husada*, vol. 4, no. 2, pp. 83–94, 2019, doi: 10.37362/jkph.v4i2.138.
- [6] D. Sosial, D. Spritual, K. Hidup, S. Support, S. Support, and Q. O. Life, "Hubungan Dukungan Sosial dan Spiritual Penderita HIV / AIDS dengan Kualitas Hidup Penderita HIV / AIDS A . G . Baidowi *, 2 K . Khotima , 3 S . A . Andayani * Email Korespondensi : abdulghoni576@gmail.com Abstrak Relationship of Social and Spiritual Suppo," *Citra Delima*, vol. 3, no. 2, 2020.
- [7] A. Aswar, M. Munaing, and J. Justika, "Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup ODHA di Kota Makassar KDS Saribattangku," *J. RAP (Riset Aktual Psikol. Univ. Negeri Padang)*, vol. 11, no. 1, p. 80, 2020, doi: 10.24036/rapun.v11i1.109551.
- [8] Kementerian Kesehatan RI, "Panduan Perawatan Orang dengan HIV dan AIDS untuk Keluarga dan Masyarakat," *Panduan Perawatan Orang dengan HIV dan AIDS untuk Keluarga dan Masyarakat*. pp. 1–56, 2017. [Online]. Available: siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/pedoman_PBR.id
- [9] O. S. Saleh, "Bahan Ajar Bahan Ajar Bahan Ajar," no. Mkb 7056, pp. 1–101, 2016.