

KEPERAWATAN HIV/AIDS



**Sri Indaryati, Dewi Sartiya Rini,
Wibowo Hanafi Ari Susanto, Mei Rianita Elfrida Sinaga,
Sulistiyani, Suriyani, Santalia Banne T, Helmi,
Noviyati Rahardjo Putri, Dary, Evy Noorhasanah,
Andi Ijriani, Adriani, Lukman Harun**

KEPERAWATAN HIV/AIDS

**Sri Indaryati
Dewi Sartiya Rini
Wibowo Hanafi Ari Susanto
Mei Rianita Elfrida Sinaga
Sulistiyani
Suriyani
Santalia Banne T
Helmi
Noviyati Rahardjo Putri
Dary
Evy Noorhasanah
Andi Ijriani
Adriani
Lukman Harun**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KEPERAWATAN HIV/AIDS

Penulis:

Sri Indaryati
Dewi Sartiya Rini
Wibowo Hanafi Ari Susanto
Mei Rianita Elfrida Sinaga
Sulistiyani
Suriyani
Santalia Banne T
Helmi
Noviyati Rahardjo Putri
Dary
Evy Noorhasanah
Andi Ijriani
Adriani
Lukman Harun

ISBN: 978-623-8102-50-1

Editor: Dr. Neila Sulung, S.Pd, Ns, M.Kes.
Ilda Melisa A.Md, Kep.

Penyunting: Yuliatr Novita, M. Hum.

Desain Sampul Dan Tata Letak: Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi: Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

website: www.globaleksekutifteknologi.co.id
email: globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan Pertama, Desember 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Ta'ala karena atas limpahan rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan "Buku Keperawatan HIV/AIDS". Pengendalian penyakit HIV/AIDS merupakan tantangan serius dalam pelayanan kesehatan di dunia. Pada buku ini menjelaskan tentang Sejarah dan perkembangan penularan HIV dan AIDS, asuhan keperawatan HIV dan AIDS, Promosi kesehatan pencegahan HIV dan AIDS, kondisi psikososial pada ODHA dan prinsip hidup dengan ODHA, VCT dan dasar-dasar konsep konseling pasien HIV/AIDS, terapi medis antiretroviral (ARV), farmakologi antiretroviral, *Prevention Of Mother – To – Child HIV Transmission* (PMTCT), asuhan keperawatan pada bayi dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS, populasi resiko tinggi HIV, *nursing management issues* (pencegahan transmisi HIV), mencegah ketidakpatuhan minum obat ARV (antiretroviral), serta tinjauan islam tentang HIV/AIDS.

Kami menyadari, Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

Padang, Desember 2022
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR DIAGRAM	ix
DAFTAR GRAFIK	x
BAB 1 TREND ISSUE DAN PERILAKU YANG BERISIKO TERTULAR/ MENULARKAN HIV-AIDS	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Sejarah dan Perkembangan HIV/AIDS.....	3
1.2.1 Sejarah HIV/AIDS di Amerika	4
1.2.2 Perjalanan HIV/AIDS di Indonesia	11
1.3 Trend dan Issue HIV/AIDS.....	20
1.3.1 Trend HIV/AIDS secara Global	20
1.3.2 Issue Global HIV/AIDS	28
1.3.3 Trend HIV/AIDS di Indonesia	29
1.3.4 Issue HIV/AIDS di Indonesia.....	36
1.4 Perilaku Berisiko Tertular dan Menularkan HIV/AIDS	37
1.4.1 Perilaku Heteroseksual.....	45
1.4.2 Perilaku Homoseksual	48
1.4.3 Perilaku Pengguna Jarum Suntik Bergantian	51
DAFTAR PUSTAKA.....	54
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN PADA INDIVIDU YANG TERINFEKSI HIV	57
2.1 Pendahuluan.....	57
2.2 Pengkajian Keperawatan	57
2.2. Diagnosa Keperawatan	60
2.2.1 Pathway HIV/AIDS	60
2.2.2 Penegakkan Diagnosa Keperawatan pada pasien HIV/AIDS	62
2.3 Perencanaan Keperawatan.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	68
BAB 3 PROMOSI KESEHATAN, WELLNESS, DAN PENCEGAAHAN TRANSMISI HIV AIDS	69
3.1 Pendahuluan.....	69
3.2 Konsep Dan Definisi Promosi Kesehatan	70
3.3 Konsep Wellness	71
3.4 Pencegahan Transmisi HIV-AIDS.....	73
DAFTAR PUSTAKA.....	79

BAB 4 KONDISI PSIKOSOSIAL PADA ODHA DAN PRINSIP HIDUP	
DENGAN ODHA.....	81
4.1 Pendahuluan	81
4.2 Stigma dan Dampaknya	82
4.3 ODHA dengan Permasalahan Psikologi, Sosial, dan Spiritualnya	83
4.4 Prinsip Hidup dengan ODHA.....	84
DAFTAR PUSTAKA	87
BAB 5 PRINSIP HIDUP DAN KONDISI PSIKOSOSIAL PADA BAYI DAN	
ANAK YANG TERINFEKSI HIV.....	91
5.1 Pendahuluan	91
5.2 Issue Psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV.....	93
5.3 Masalah Psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV	94
5.4 Stigma, Kerahasiaan, dan Keterbukaan penderita HIV/AIDS.....	96
5.5 Dampak Masalah Psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV	98
5.5.1 Penyesuaian psikologis	98
5.5.2 Dampak Kognitif.....	99
5.5.3 Nutrisi	100
5.5.4 Sekolah	100
5.5.5 Paparan kekerasan	101
5.5.6 Kesehatan seksual	101
5.6 Intervensi mengatasi masalah psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV.....	102
DAFTAR PUSTAKA	107
BAB 6 VCT DAN DASAR-DASAR KONSEP KONSELING PASIEN	
HIV/AIDS.....	111
6.1 Pendahuluan	111
6.2 Definisi VCT dan HIV/AIDS	112
6.3 Definisi Konseling Dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT).....	113
6.4 Prinsip Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)	114
6.6 Tahapan dan Proses dalam VCT.....	115
6.7 Syarat-Syarat VCT.....	117
6.8 Proses Konseling.....	121
6.8 Konseling terhadap ODHA.....	123
DAFTAR PUSTAKA	125
BAB 7 TERAPI MEDIS ANTIRETROVIRAL (ARV)	127
7.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV) / Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) dalam Kehamilan	127
7.1.1 Pengertian HIV/AIDS	127
7.1.2 Cara Penularan HIV/AIDS	127
7.1.3 Diagnosis HIV (Kementerian Kesehatan RI, 2019)	128

7.1.4 Pencegahan penularan infeksi HIV dengan pengobatan ARV	129
7.2 Antiretroviral (ARV)	129
7.2.1 Pengertian Antiretroviral (ARV)	129
7.2.2 Sasaran yang menerima ARV	130
7.2.4 Terapi Antiretroviral (ARV)	132
7.2.5 Pemantauan Klinis Setelah lini pertama ARV	133
7.2.5 Efek samping ARV	134
7.2.6 Kegagalan Terapi ARV	135
7.2.7 Terapi ARV Lini Kedua (Kementerian Kesehatan RI, 2019)	136
7.2.8 Terapi ARV Lini Ketiga	136
7.2.9 Pencegahan Pasca Paparan HIV	138
DAFTAR PUSTAKA.....	140
BAB 8 FARMAKOLOGI ANTIRETROVIRAL	141
8.1 Aspek Farmakodinamik Antiretroviral	141
8.1.1 Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)	142
8.1.2 Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)	143
8.1.3 Protease Inhibitor (PI)	144
8.1.4 Entry Inhibitor (EI)	145
8.1.5 Integrase Strand Transfer Inhibitor (INSTI)	146
8.2 Aspek Farmakokinetik Antiretroviral	147
8.3 Interaksi Obat Antiretroviral	149
8.3.1 Interaksi Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)	149
8.3.2 Interaksi Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)	149
8.3.3 Interaksi Protease Inhibitor (PI)	150
8.4 Efek Samping Antiretroviral	151
8.4.1 Efek samping Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)	151
8.4.2 Efek samping Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)	152
8.4.3 Efek samping Protease Inhibitor (PI)	152
8.5 Resistensi Antiretroviral	153
8.5.1 Resistensi Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)	153
8.5.2 Resistensi Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)	153
8.5.1 Resistensi Protease Inhibitor (PI)	154

8.5.3 Resistensi Entry Inhibitor (EI).....	154
DAFTAR PUSTAKA	155
BAB 9 PREVENTION OF MOTHER – TO – CHILD HIV TRANSMISSION (PMTCT).....	157
9.1 Pendahuluan	157
9.2 Kebijakan dan Strategi	157
9.2.1 Kebijakan	158
9.2.2 Strategi.....	160
9.3 Faktor Penularan HIV Dari Ibu ke Anak	160
9.4 Waktu dan Risiko Penularan.....	163
9.5 Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PIPA)	164
9.5.1 Prong 1: Pencegahan Penularan HIV Pada Perempuan Usia Reproduksi	165
9.5.2 Prong 2: Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan Pada Perempuan Dengan HIV	168
9.5.3 Prong 3: Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Hamil dengan HIV ke Bayi yang Dikandungnya.....	169
9.5.4 Prong 4: Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada Ibu dengan HIV beserta Anak dan Keluarganya	177
DAFTAR PUSTAKA	178
BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK YANG TERINFEKSI HIV/AIDS	181
10.1 Pendahuluan.....	181
10.2 Pengkajian Keperawatan.....	182
10.3 Diagnosis Keperawatan.....	185
10.4 Rencana Intervensi dan Implementasi Keperawatan	186
10.5 Evaluasi Keperawatan.....	191
DAFTAR PUSTAKA	192
BAB 11 POPULASI RESIKO TINGGI HIV.....	193
11.1 Pengertian HIV/AIDS	193
11.2 Populasi Berisiko Tertular HIV.....	197
2.2.1 Populasi Kunci (<i>High-Risk People</i>)	197
11.2.2 Kelompok Rentan (<i>Vulnerable People</i>)	201
11.2.3 Kelompok Masyarakat Umum (<i>General Population</i>).....	201
DAFTAR PUSTAKA	202
BAB 12 NURSING MANAGEMENT ISSUES (PENCEGAHAN TRANSMISI HIV).....	205
12.1 Pendahuluan	205
12.2 Penularan HIV.....	206

12.3 Cara Mencegah HIV/AIDS.....	207
12.4 Cara Pencegahan Penularan HIV.....	207
12.3.1 Kelompok Tertular (<i>Infection People</i>).....	208
12.3.2 Kelompok Berisiko Tertular atau Rawan Tertular (<i>High-Risk People</i>)	208
12.3.3 Kelompok Rentan (<i>Vulnerable People</i>)	208
12.3.4 Masyarakat Umum (<i>General Population</i>)	209
12.5 Penanggulangan HIV/AIDS	211
12.4.1 Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan. Jaminan kualitas layanan perawatan dan pengobatan perlu dikembangkan melalui:	212
DAFTAR PUSTAKA.....	213
BAB 13 MENCEGAH KETIDAKPATUHAN MINUM OBAT ARV (ANTIRETROVIRAL).....	215
13.1 Pendahuluan	215
13.2 Definisi.....	215
13.3 Efek samping obat.....	216
13.4 Penyebab umum ketidakpatuhan.....	217
13.5 Pedoman edukasi untuk kepatuhan minum obat antiretroviral	219
13.5 Kesimpulan.....	228
DAFTAR PUSTAKA.....	229
BAB 14 TINJAUAN ISLAM TENTANG HIV AIDS	231
14.1 Pendahuluan	231
14.2 Definisi.....	232
14.3 Tinjauan Islam pada HIV AIDS	233
14.4 Pandangan Islam Terkait HIV AIDS.....	237
14.5 <i>Long Term Care</i>	240
DAFTAR PUSTAKA.....	243
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 7.1. Mekanisme ARV.....	131
Gambar 7.2. Pemantauan setelah pemberian ART	134
Gambar 7.3. Gagal Terapi ARV.....	135
Gambar 7.4. Rekomendasi ARV pada ibu hamil dan menyusui	137
Gambar 8.1. Mekanisme aksi NRTI.....	142
Gambar 8.2 Perbandingan struktur kimia antara nukleotida, nukleosida dan NRTI.....	143
Gambar 8.3. Mekanisme aksi NNRTI.....	144
Gambar 8.4. Mekanisme aksi PI.....	145
Gambar 8.5. Mekanisme aksi EI.....	146
Gambar 8.6. Mekanisme aksi INSTI.....	147
Gambar 9.1 Alur Kegiatan PPIA	165
Gambar 9.2 Alur Pemberian Terapi Antiretroviral Pada Ibu Hamil.....	172
Gambar 9.3 Alur proses ibu hamil menjalani kegiatan Prong 3 dan 4 dalam Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.....	178
Gambar 11.1 Struktur virus HIV.....	195
Gambar 11.2 Siklus Replikasi Virus HIV	196
Gambar 11.3 Resiko Peningkatan Tertular HIV	200

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perjalanan AIDS Tahun 1983-2000 di Indonesia.....	11
Tabel 1.2 Jumlah Penderita HIV, Terinfeksi HIV dan Kematian Akibat HIV Tahun 2021	26
Tabel 1.3 Kesenjangan Target Penanggulangan HIV/AIDS.....	37
Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan dan Luaran Keperawatan Pada Pasien HIV/AIDS.....	62
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan Pada Pasien HIV/AIDS.....	63
Tabel 7.1. Terapi ARV	132
Tabel 7.2. Terapi ARV pada penderita yang belum pernah mendapatkan terapi ARV.....	132
Tabel 7.3. Pemberian ARV pada penderita HIV dewasa dan 5 tahun.....	132
Tabel 7.4. Terapi ARV pada anak < 5 tahun.	133
Tabel 7.5. Terapi ARV pada bayi.....	133
Tabel 7.6. Terapi ARV Lini Kedua Pada Dewasa dan Remaja.....	136
Tabel 7.7. Terapi ARV pada Anak	136
Tabel 7.9. Terapi ARV pada Bayi Baru Lahir (Zidovudin).....	138
Tabel 7.10. Terapi PPP HIV	138
Tabel 8.1 Profil Farmakokinetik Beberapa Antiretroviral (diadaptasi dari Flexner, 2017).....	140
Tabel 9.1 Faktor Penularan HIV/ AIDS dari Ibu Ke Anak.....	162
Tabel 9.2 Waktu dan Risiko Penularan HIV/ AIDS dari Ibu ke Anak.....	163
Tabel 9.3 Pencegahan Penularan HIV/ AIDS dari Ibu ke Anak.....	169
Tabel 9.4 Rekomendasi ART pada Ibu Hamil dan ARV Profilaksis pada Bayi.....	172
Tabel 9.5 Rekomendasi Persalinan.....	174
Tabel 9.6 Risiko Penularan Ibu ke Bayi	176

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 1.1 Persentase ODHA berdasarkan Faktor Risiko HIV/AIDS (Januari-Maret 2021).....	54
Diagram 1.2 Persentase ODHA berdasarkan Kelompok Populasi berisiko (Januari-Maret 2021).....	54

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1 Jumlah Orang Hidup dengan HIV dan Orang Terinfeksi Baru HIV di Dunia Tahun 2000-2021.....	23
Grafik 1.2 Jumlah Orang Dewasa dan Anak Terinfeksi Baru HIV Tahun 2000-2021.....	23
Grafik 1.3 Jumlah Orang dengan Infeksi HIV yang Mengakses ART dari Tahun 2000-2021.....	24
Grafik 1.4 Orang Meninggal akibat HIV Tahun 2000-2021.....	25
Grafik 1.5 Ketersediaan Sumber Daya HIV Tahun 2000-2021.....	25
Grafik 1.6 Capaian Global Target 95-95-95 pada Tahun 2021	27
Grafik 1.7 Kumulatif HIV, AIDS & Kematian Th. 2015-2021.....	31
Grafik 1.8 Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 1987-1997 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan	31
Grafik 1.9 Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 2001-2007 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan.....	32
Grafik 1.10 Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 2005-2010 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan.....	33
Grafik 1.11 Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 2011-2020 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan.....	34
Grafik 1.12 Kematian Akibat AIDS Tahun 2001-2020.....	35
Grafik 1.13 Perilaku Risiko Terinfeksi HIV Tahun 2019-2021.....	45
Grafik 1.14 Jumlah Orang terinfeksi HIV berdasarkan Faktor Perilaku Risiko HIV;Heteroseksual Tahun 2010-2019	46
Grafik 1.15 Perilaku Homoseksual	50
Grafik 1.16 Perilaku Pengguna Jarum suntik bergantian (Penasun)	53

BAB 1

***TREND ISSUE* DAN PERILAKU BERISIKO TERTULAR ATAU MENULARKAN HIV/AIDS**

Oleh Sri Indaryati

1.1 Pendahuluan

Sampai pada pertengahan tahun 2022, dunia secara global termasuk Indonesia mengalami hambatan mencapai program percepatan mengakhiri HIV (*Human Immunodeficiency Vyrus*) yang akan dicapai pada 2025-2030. Kondisi ini terkait dengan pandemi Covid-19, ketidakstabilan politik, ekonomi, ketidaksetaraan dan peperangan. Situasi ini berisiko menghambat kemajuan perbaikan pelayanan kesehatan termasuk program pengendalian HIV yang pada tahun-tahun sebelumnya sudah mulai tercapai dengan baik. Pandemi Covid-19 telah mengganggu rencana program layanan Kesehatan. Pelayanan kesehatan secara global diprioritaskan untuk mencegah penularan dan kematian akibat Covid-19 (United Nations, 2022). Pandemi Covid-19, perang Rusia-Ukraina dan kemiskinan di beberapa negara turut memberi dampak pengurangan pendanaan global untuk mengakhiri HIV. Data infeksi baru HIV menunjukkan penurunan hanya 3,6%. Bila dibandingkan dengan capaian sebelum tahun 2020, ini merupakan capaian terendah sejak 2010 (UNAIDS, 2022b).

HIV adalah virus penyebab AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) yang termasuk dalam genus lentivirus, golongan retrovirus. Virus ini memiliki 2 tipe yaitu: Tipe-I yang dikenal dengan HIV sebagai penyebab penyakit AIDS dan HIV

tipe-II. Keduanya termasuk golongan retrovirus, namun HIV tipe 2 lebih jarang kasusnya karena penularannya lebih sulit dan proses perjalanan penyakitnya lebih lambat. HIV memiliki RNA (*Ribo Nucleic Acid*) yang akan menyerang limfosit CD4 (Cluster Differential Four) yang berperan penting dalam sistem kekebalan tubuh (Corwin, 2009).

HIV yang menginfeksi manusia menyebabkan daya tahan tubuh menurun karena penyerangan CD4 oleh virus. Kondisi ini menyebabkan pasien mudah terserang penyakit infeksi menular lainnya atau dikenal dengan infeksi oportunistik yang dapat menyebabkan kematian (UNAIDS, 2020). Munculnya infeksi oportunistik ataupun munculnya sekumpulan tanda dan gejala penyakit akibat virus HIV inilah yang kita kenal dengan sebutan AIDS. Orang yang telah diketahui terinfeksi HIV dan memiliki AIDS ini sering disebut dengan sebutan ODHA (orang hidup dengan HIV/AIDS). Ketika seseorang terdiagnosis HIV, maka orang tersebut akan hidup bersama dengan virus ini selama hidupnya. Setelah virus ini masuk dalam tubuh manusia, virus akan menetap di dalam darah meskipun keberadaan virus ini bisa tidak terdeteksi minum obat Anti Retroviral (ARV) dengan benar. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan, namun tanda dan gejala dapat dikendalikan (Hutapea, 2003). Perawatan diri mencegah infeksi menular dan patuh minum obat sangat penting dilakukan oleh semua orang yang hidup dengan HIV.

Pengendalian penyakit HIV/AIDS merupakan tantangan serius dalam pelayanan kesehatan di dunia. Tahun 2021 Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) mendesak negara-negara di dunia menyambut dan berkomitmen untuk mengakhiri AIDS secara global dan memastikan semua orang yang telah terinfeksi HIV mendapat pengobatan ARV dengan mudah (UNAIDS, 2021). Hal ini karena jumlah orang terinfeksi HIV masih tetap meningkat secara global sejak tahun 2010 meskipun orang yang terinfeksi baru menurun. Pada tahun

2021 ini total orang di dunia yang terinfeksi HIV mencapai kurang lebih 38,4 juta. Mayoritas sekitar 54% mereka yang terinfeksi adalah perempuan dewasa dan anak perempuan. Angka kesakitan akibat HIV tahun 2021 ini menunjukkan peningkatan dari tahun-tahun sebelumnya, dimana sebelumnya pada tahun 2010 mencapai $\pm$ 33,3 juta orang dan tahun 2020 telah meningkat menjadi $\pm$ 37,7 juta (UNAIDS, 2021).

Jumlah kasus HIV maupun AIDS di Indonesia juga dilaporkan secara kumulatif masih cenderung mengalami peningkatan sejak tahun 2005 sampai 2021. Orang yang terinfeksi HIV sampai Maret 2021 di Indonesia mencapai 427.201 atau mencapai 78,7% dari target 90% kasus baru. Sedangkan orang dengan AIDS dari tahun 1987 sampai Maret 2021 telah mencapai 131.147 orang. Jumlah orang yang baru terinfeksi HIV di Indonesia masih terus meningkat bila dilihat dari data sebelumnya. Orang yang terinfeksi baru HIV (kasus baru HIV) pada tahun 2005 sebanyak 859 orang, tahun 2010 sebesar 21.591 orang, tahun 2015 sebesar 30.935 dan tahun 2020 menjadi sebesar 41.987 orang (Ditjen P2P, 2021).

Data capaian target sampai tahun 2020 sangat penting digunakan untuk mengevaluasi capaian target global 2020. Data ini sangat berguna untuk memprediksi dan untuk menyusun strategi Global penanggulangan HIV tahun 2021-2030. Negara-negara di dunia telah diajak dan telah berkomitmen mengakhiri HIV sejak tahun 2016, maka saat ini semua negara sedang melangkah bersama memerangi HIV/AIDS untuk mencapai target global HIV 2025-2030 (UNAIDS, 2021).

1.2 Sejarah dan Perkembangan HIV/AIDS

Pada bab ini dijelaskan sejarah munculnya virus pertama kali, perjalanannya pada manusia hingga menjadi penyakit

yang menular dan berbahaya di dunia dan penanganannya di Amerika.

1.2.1 Sejarah HIV/AIDS di Amerika

Sebelumnya para ahli hanya menduga-duga asal munculnya HIV, namun dugaan belum dapat dibuktikan bahwa Virus HIV berasal dari tubuh monyet dan simpanse. Para peneliti menyimpulkan bahwa kasus AIDS pertama kalinya di AS terjadi pada seorang pria belasan tahun di St. Louis. Hal ini berbeda dari laporan yang ditemukan pada 5 orang Gay tahun 1981. Kesimpulan ini didasarkan bahwa dokter Gottlieb menemukan beberapa kliennya mengalami pneumonia yang jarang terjadi Biasanya pneumonia jenis pneumocytis carinii pneumonia hanya ditemukan pada pasien kanker yang mengalami penekanan sistem imun akibat dari pemakaian Chemoterapy. Di luar biasanya saat itu klien juga mengalami demam tinggi dan jamur di mulut. Awalnya kliennya diduga akan sembuh, namun klien yang mengalami kelainan-kelainan aneh, semuanya meninggal dunia(Muma, 1999). Perkembangan sejarah HIV/AIDS selanjutnya dituliskan dengan referensi dari buku yang sama “ AIDS & PMS dan Pemeriksaan” (Hutapea, 2003).

Tahun 1920-1959

Para ahli menduga bahwa virus HIV masuk ke tubuh manusia karena efek kegiatan uji coba. Tahun 1920-an, para ahli di Afrika Barat melakukan percobaan pada malaria, dengan menginjeksikan darah monyet dan simpanse ke dalam tubuh manusia. Tujuan percobaan untuk mengetahui apakah parasit malaria yang ada di dalam tubuh monyet dan simpanse ini juga dapat menulari tubuh manusia. Tahun 1959 Sampel darah seorang pria di Kinshasa Republik Demokratik Kongo (Semula Zaire) ini telah diambil dan ditemukan pertama kali terinfeksi HIV.

Tahun 1981-1985

Juni 1981, *Centers Disease Control* (CDC) di Atlanta AS melaporkan ditemukannya tanda dan gejala langka dari radang paru (pneumonia) pada 5 orang gay. Kasus berkembang menjadi 152 dan diberi nama GRID (*gay-related immune deficiency*). Pada tahun 1982 ini CDC menyebut bahwa GRID adalah sebuah penyakit yang menular karena perilaku seksual. Selanjutnya CDC melaporkan timbulnya kasus -kasus baru pada penderita homofilia di kalangan Imigran Haiti. Penyakit GRID kemudian diganti menjadi AIDS (*Acquired immunodeficiency Syndrome*).

Pada tahun 1983 CDC juga melaporkan temuan kasus pertama AIDS pada orang dari hubungan seksual heteroseksual. Pada Maret 1983 ini diumumkan bahwa bagi semua yang memiliki risiko tinggi tertular penyakit AIDS tidak diperbolehkan menyumbangkan darah kepada siapapun. Pada tahun 1983 inilah Surgeon General sebagai seorang pejabat kesehatan tertinggi di A.S. menyatakan bahwa AIDS menjadi masalah kesehatan yang diutamakan bagi negaranya. Pada tahun 1993 tepatnya pada musim panas Dr. Luc Montaigner memimpin tim di Institute Pasteur berhasil mengisolasi sejenis virus dari darah-darah yang berasal dari pasien dengan AIDS. Pada akhir tahun 1983, CDC melaporkan kasus AIDS mencapai 4156 kasus dan sejumlah 1291 diantaranya meninggal.

Pada bulan April 1984 virus HIV berhasil juga diisolasi oleh tim riset A.S. yang dipimpin oleh Dr. Robert C. Gallo dari institut Kanker Nasional. Pada tahun yang sama Rudolf Nureyev seorang penari balet terkenal telah mengetahui dirinya tertular HIV, namun merahasiakannya demi menyelamatkan karirnya dan menghindari kemungkinan pelanggaran visa masuk dari beberapa negara. Pada akhir tahun 1984 secara kumulatif kasus AIDS di A.S. dilaporkan berjumlah 9920 dan yang meninggal berjumlah 3665 orang. Pada tahun 1985 kedua ahli bersama-sama menyandang gelar penemu

virus “HIV” sebagai penyebab AIDS. Predikat ini diberikan setelah adanya persetujuan antara ketua tim Riset perancis (Luc Montagnier) dan A.S. (Robert C. Gallo) yang mengaku telah berhasil juga mengisolasi virus.

Pada tanggal 2 Oktober 1985 seorang bintang terkenal di dunia “Rock Hudson” meninggal karena AIDS. Kematian seorang bintang ini diliput dimana-mana dan kematiannya menjadi tenar selain sebagai bintang juga karena AIDSnya. Dimana sebelumnya AIDS hanya dianggap sebagai penyakit kotor bagi kaum Gay ternyata salah. Hingga peristiwa ini menghantui karena seolah-olah baru dirasakan bahwa penyakit AIDS ini mengancam siapapun, seluruh orang di kalangan apapun. Setelah kematian seorang bintang terkenal “Rock Hudson” semua orang kemudian menyadari ancaman AIDS bagi semua orang sehingga muncul ketakutan yang serius. Ternyata bahwa penyakit AIDS ini juga dapat diderita oleh seorang heteroseksual, pengguna jarum suntik, pasangan sek, bayi yang memiliki ibu AIDS dan seorang hemofilia yang mendapatkan darah terpapar HIV. Sehingga kematian seorang bintang ini dianggap sebagai tonggak pemisah antara sejarah AIDS sebelum dan sesudah kematiannya ini.

Pada Maret 1985 FDA (*Federasi Drug Administration*) memberikan lisensi pada sebuah tes darah untuk menguji antibodi virus HIV. Sehubungan dengan ini Perancis menyatakan keberatan atas lisensi ini dan mengajukan tuntutan kepada pemerintah AS terkait hak penemuan dan royalti atas tes darah tersebut.

Tahun 1985 ini juga untuk pertama kalinya diselenggarakan konferensi AIDS di Atlanta, Georgia. Tepatnya pada musim gugur 1995 ini suatu survei menyatakan bahwa 4 dari orang di AS berpendapat bahwa anak-anak yang mengidap HIV seharusnya tidak diizinkan sekolah. Pada akhir tahun 1985 ini kasus AIDS dilaporkan secara kumulatif berjumlah 20.740 orang dan kematian berjumlah 8161 orang.

Tahun 1986-1990

Para peneliti yang menyatakan pada awal tahun 1986 mengumumkan bahwa virus AIDS bisa tidur bertahun-tahun dan baru akan menimbulkan tanda dan gejala. Pada tahun ini juga Presiden AS (Ronald Reagan) dan PM Perancis sepakat bahwa tim riset kedua negara akan membagi sama pengakuan dan royalti atas tes darah terhadap antibodi HIV. Pada tahun 1986 ini tepatnya pada musim panas diselenggarakan konferensi AIDS yang kedua. Pada musim tahun 1986 ini Dr. C. Everres Koop menggalakkan anjuran untuk pemberian edukasi mengenai sekitar infeksi HIV dan AIDS dan mengkampanyekan untuk penggunaan kondom sebagai pencegahan penyakit. Pada akhir tahun 1986 CDC melaporkan pencapaian angka kasus AIDS mencapai 37.061 dan kematian 16.301.

Pada tahun 1987 telah dibentuk kelompok aktivis AIDS yang dikenal di AS dengan nama *AIDS Coalition to Unleash Power* (AacT-UP). Keberadaan AacTUP menyebabkan AIDS menjadi sorotan umum karena kelompok ini sangat aktif dan terlalu keras bahkan mendesak agar HIV menjadi perhatian. Keadaan ini memicu tenaga kesehatan merasa kurang nyaman dan tidak senang dengan tindakannya yang dinilai bersikap ekstrim. Kegiatan yang dilakukan antara lain: demonstrasi di jalan, negosiasi untuk percepatan perbaikan kondisi kesehatan dengan memberikan ijin obat dipercepat dan murah dan peningkatan pelayanan dan pendanaan penelitian mengenai AIDS. Aktivis ini menganggap tindakan apapun baik untuk menyelamatkan nyawa dari kematian AIDS. Dan menyatakan pendapatnya untuk melakukan peperangan terhadap AIDS untuk menyelamatkan jutaan orang di dunia. Aktivis ini memiliki slogan "*Silence = Death*". Pada saat yang sama FDA pertama kalinya memberikan izin penggunaan obat zidovudine atau AZT. Pada konferensi AIDS ke-III telah ditetapkan bahwa kriteria penderita AIDS harus terinfeksi HIV dan menunjukkan minimal 1 dari Infeksi oportunistik seperti pneumonia atau

sarkoma kaposi atau infeksi sejenisnya. Pada aksi demonstrasi dilakukan protes di Woshinton DC dengan memajang lembaran kain raksasa sepanjang 2 blok kota, kurang lebih berukuran panjang 4 mil yang berisi 1000 nama-nama pengidap HIV. Laporan akhir tahun 1987 total AIDS berjumlah 569.587 orang dengan 27.909 kematian.

Pada tahun 1988 tepatnya pada musim panas Konferensi AIDS Internasional ke-4 diselenggarakan di Stockholm, Swedia. Laporan akhir tahun 1988 secara kumulatif berjumlah 88.864 orang dengan 46.134 kematian. Pebruari 1989 akhirnya FDA memberi izin penggunaan terbatas aerosol pentamidine yang mencegah PCP, penyakit penyebab kematian terbesar 60% penderita AIDS. Tepatnya pada musim panas tahun 1989 ini juga diselenggarakan Konferensi AIDS ke-5 di Montreal Canada. Pada saat yang sama peneliti melaporkan bahwa obat AZT yang diberikan kepada penderita hanya memperlambat, bukan menghentikan perjalanan HIV. Akhirnya semakin banyak desakan untuk wajib tes darah untuk mengetahui keberadaan virus HIV. Tetapi para aktivis berpendapat tes darah tidak perlu diwajibkan, namun baiknya dilakukan secara sukarela tanpa paksaan. Pada akhir tahun 1989 CDC melaporkan total AIDS berjumlah 115.756 orang dengan 70.313. Tahun 1990 tepat pada musim panas diselenggarakan Konferensi AIDS ke-6. Para ilmuwan mengembangkan sistem untuk mempermudah proses mendapat pengobatan. Pada akhir tahun 1990 CDC melaporkan secara kumulatif berjumlah 161.073 orang dengan 111.115 meninggal.

Tahun 1991-1995

Pada awal tahun 1990-an para aktivis AIDS dan pemerintah membentuk suatu komisi untuk menanggulangi AIDS. Komisi Nasional AIDS ini kemudian melakukan kesepakatan bahwa pemerintah A.S saat itu belum menyediakan dukungan dana untuk pengadaan penelitian

tentang AIDS, pencegahan dan penanganan AIDS. Michael Gottlieb berpendapat “dirinya merasa belum melakukan upaya yang cukup untuk menghambat penyebaran virus, khususnya pada kaum minoritas. Kemungkinan ada muatan politif sehingga sejak bencana melanda di awal tahun 1980-an semua seperti tidak peduli untuk mencegah penyebaran HIV dan akhirnya pemerintah tidak berbuat sesuatu. Dokter ini berpendapat bahwa jika tingkat pencegahan rendah, maka bencana ini akan melanda sampai abad yang mendatang. Menjadi catatan bahwa bencana terjadi di negara paling maju teknologinya, namun belum mampu mengoptimalkan teknologinya.

Juni 1991 perjalanan HIV/AIDS telah memakan waktu 10 tahun sejak ditemukannya kasus pertama sejak dilaporkan oleh CDC. Tahun 1991 ini diselenggarakan Konferensi AIDS ke-7 dan diperkirakan 1 juta orang di A.S telah terinfeksi HIV. Pada saat ini juga WHO memperkirakan 10 juta orang di dunia terinfeksi HIV dan akan mencapai 40 juta orang di dunia akan menderita HIV menjelang tahun 2000. Pada tahun 1991 obat ke-II dideoxynosine (DDI) diperbolehkan penggunaannya untuk AIDS, walaupun masih dalam taraf percobaan dan pengujian lagi. Pada 7 November 1991 pemain basket profesional Magic Johnson yang mengumumkan dirinya terinfeksi HIV, memberikan edukasi supaya melakukan praktik seks yang aman. Edukasi mendapat banyak kritikan, sehingga ia meralat supaya abstinensi dan monogami. CDC melaporkan pada tahun 1991, total kasus AIDS berjumlah 202.000 orang dengan 140.175 kematian di AS.

Tahun 1992, Pada Olimpiade Barselona, Magic Johnson sebagai pengidap AIDS, tetap membintangi regu basketnya di AS “*Dream Team*“. Tahun 1984, Dr. Robert C. Gallo yang pernah mengakui telah mengisolasi virus penyebab AIDS atau HIV di nyatakan telah membiakkan virus HIV. Sehingga pejabat bidang penelitian Departemen Kesehatan dan Layanan Masyarakat

mengumumkan bahwa Gallo melanggar etika keilmuan atas tindakan membiakkan virus yang telah diisolasi oleh Luc Montaigner untuk mengambil keuntungan. Institut Pasteur menyatakan bahwa pemerintah Perancis akan melakukan perundingan ulang mengenai royalti pada tes darah AIDS. Akhir tahun 1992 CDC melaporkan kasus AIDS total berjumlah 249.199 orang dengan 171.890 kematian.

Pada tahun 1993 Pejabat Federal AS memperbaiki pengertian AIDS yang lebih luas dari sebelumnya, yaitu bahwa untuk menyatakan AIDS haruslah terdapat minimal 3 penyakit yaitu TBC paru, pneumonia dan kanker inavasif leher rahim yang disertai juga dengan $CD4 < 200/mm^3$. Tahun 1993 juga dinyatakan bahwa AIDS merupakan penyebab kematian utama pada orang dewasa di Uganda, Afrika. Satu dari 5 orang dewasa yang kehidupannya aktif melakukan hubungan seksual dilaporkan mengidap HIV, dan wanita ditemukan lebih banyak dari laki-laki. Pada Konferensi AIDS yang ke-9 di Berlin, AIDS menjadi penyebab kematian nomor 3 pada wanita dan pria usia 15-44 di AS.

Tahun 1993 Dr. James Curran yang pemimpin CDC menyatakan dengan rasa prihatin bahwa untuk beberapa tahun mendatang belum dapat diharapkan akan ada obat untuk menyembuhkan ataupun vaksin yang aman dan efektif untuk mencegah AIDS. WHO memperkirakan 14 juta orang di dunia telah terinfeksi HIV pada tahun 1993 ini. CDC memprediksikan bahwa tahun 1993 ini juga akan ada 47.000-85.000 lagi penduduk AS yang akan terkena ADS dan kematian akan bertambah kurang lebih 47.000 sampai 66.000. Pada akhir tahun 1993, CDC melaporkan secara kumulatif pengidap AIDS di AS berjumlah 415.000 sampai 535.000 orang dan total kematian antara 330.000 – 385.000 kematian.

Pada tahun 1993 San Fransisco berhasil mencatat penurunan angka kejadian sebanyak 50%. San Fransisco pada tahun 1980-an telah ditemukan kasus baru pertama kalinya.

Tahun 1982 kasus baru HIV/AIDS mencapai 8000 dan telah mengalami puncak epidemi pada tahun 1992. Secara menyeluruh di AS saat itu jumlah kasus HIV/AIDS mulai dapat dikendalikan penularannya. Keberhasilan ini ditunjukkan di berbagai kota. Namun masih ditemukan komunitas-komunitas baru yang mencatat peningkatan kasus baru, sehingga menjadi perhatian untuk terus mengembangkan upaya pencegahan HIV/AIDS (Hutapea, 2003).

Tahun 1994 dalam Deklarasi Paris, ke-42 negara termasuk Indonesia memutuskan untuk mendukung prinsip keterlibatan ODHA sebagai sarana dalam menciptakan lingkungan politik, hukum dan sosial yang dikenal dengan GIPA (*Greater Involvement of People Living with HIV*). Deklarasi Paris ini menjadi pernyataan resmi bahwa pemerintah berniat melibatkan Odha dalam penanggulangan epidemi di tingkat nasional, regional dan global.

1.2.2 Perjalanan HIV/AIDS di Indonesia

Perjalanan HIV/AIDS di Indonesia ditampilkan dalam tabel untuk menceritakan kronologis temuan HIV/AIDS dan upaya-upaya dalam penanggulangannya.

Tabel 1.1 Perjalanan AIDS Tahun 1983-2000 di Indonesia

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
1983	Dr. Zubairi Djoerban memeriksa 30 Waria di Jakarta dan menemukan 2 responden memiliki gejala kinik dan limposit rendah. Menteri Kesehatan RI mengumumkan untuk pencegahan AIDS dengan cara mencegah masuknya virus melalui turis dan menghindari homoseks pada bulan November 1993. Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (KOPAPDI) VI melakukan konggres.

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
1984	Pada pemeriksaan terhadap 15 orang, ditemukan 3 memenuhi kriteria minimal diagnosis AIDS dan hasil dilaporkan pada konggres Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (KOPAPDI) VI pada Bulan Juli. Pada November, Kepala Divisi Transfusi Darah PMI, Dr. Masri Rustam menyatakan bahwa masyarakat tidak perlu khawatir dengan penyebaran melalui tranfusi darah karena ada proses skrining dalam transfuse darah.
1985	Kemungkinan AIDS sudah masuk ke Indonesia diduga oleh Menkes RI. Dr. Arjatmo Tjokrnegoro PhD, ahli imunologi di FK-UI, menduga mungkin orang Indonesia kebal terhadap AIDS karena aspek rasial. RSSM pada bulan Agustus membentuk satuan kajian AIDS pada 8 Agustus 1985
1985	September 1985 pasien Hemofilia yang didiagnosis HIV di RSIJ, tes darahnya menunjukkan terinfeksi HTLV-III dan menunjukkan gejala AIDS. 2 September 1985 Menkes RI menyatakan penemuan kasus AIDS pada 5 orang di Bali, namun Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (P2MPLP) Depkes, Dr. M. Adhyantama mengatakan belum mengetahui kasus ini. 11 November 1985 Menkes Menyatakan kasus pasti AIDS belum ada di Indonesia. Menkes juga menyatakan “Orang yang bertaqwa kepada Tuhan tidak perlu khawatir terjangkit AIDS.
1986	FKUI RSCM melakukan penelitian terhadap penerima donor darah Faktor VIII dan hasilnya menemukan 1 pasien terinfeksi HIV, pasien tetap hidup selama 12 tanpa ERT. 2 September 1985

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	Menkes RI menyatakan penemuan kasus AIDS pada 5 orang di Bali, namun Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (P2MPLP) Depkes, Dr. M. Adhyantama mengatakan belum mengetahui kasus ini. 11 November 1985 Menkes Menyatakan kasus pasti AIDS belum ada di Indonesia. Menkes juga menyatakan “Orang yang bertaqwa kepada Tuhan tidak perlu khawatir terjangkit AIDS.
1987	Seorang wisatawan Belanda berusia 44 tahun meninggal di RS Sanglah Bali akibat HIV. Indonesia adalah negara pelapor HIV KE -13 di ASIA menurut Data WHO. Pada Oktober 1987 Menkes menyatakan penyakit HIV/AIDS adalah penyakit menular. Sebelumnya hanya dikaitkan dengan hubungan sek yang menyimpang agama. Tahun Agustus 1987 adalah hari pertama kali dicetuskan hari AID sedunia oleh James W. Bunn dan Thomas Netter di Geneva, Swiss.
1988	Tanggal 1 Desember 1988 diperingati sebagai Hari AIDS Sedunia (HAS). Pada peringatan hari AIDS ini masyarakat diajak untuk meningkatkan kesadaran tentang infeksi HIV (Kemenkes RI, 2020).
1989	Tema peringatan hari AIDS sedunia tahun 1989 adalah “Kaum Muda (<i>Youth</i>)”
1990	1 Desember 1990 hari AIDS sedunia diperingati dengan Tema “Wanita dan AIDS (<i>Women and AIDS</i>).”
1991	<i>Kegiatan International AIDS Candlelight Memorial</i> pertama kalinya diselenggarakan di Surabaya oleh kelompok kerja lesbian dan Gay Nusantara (Gaya

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	Nusantara) dengan bantuan Persatuan waria kotamadya Surabaya. Pada tanggal 19-31 Juli 1991 kegiatan Semiloka Nasional AIDS dilaksanakan di kota Denpasar untuk membahas pengembangan strategi penanggulangan AIDS di Indonesia. Depkes melaporkan HIV berjumlah 18 dan 12 orang menjadi AIDS.
1992	Hari AIDS diperingati dengan tema “Komitmen Komunitas”.
1993	Hari AIDS sedunia 2003 ini mempunyai tema “Waktunya Untuk Bertindak! (<i>Time to Act</i>)”.
1994	Terbit buku sederhana “Sepuluh Pakar Bicara” AIDS dan “Sebelas Langkah Memahami AIDS” hasil dari kegiatan Workhop penulisan AIDS bagi wartawan yang digagas oleh LP3Y, Lentera PKBI DIY dan “ <i>The Ford Foundation</i> ”. Pada 30 Mei 1994 Presiden RI mengeluarkan Keputusan Presiden No 36 Tahun 2004. Cara penularan diantaranya dari heteroseks (160), homoseks (69), IDU (2), transfusi darah (2), hemofilia (2) dan tidak diketahui (40). Tema Hari AIDS tahun 1994 ini adalah “ <i>AIDS and the Family</i> .”
1995	Pada tahun ini muncul beberapa peristiwa antara lain: LP3Y di Yogyakarta mendirikan Media Pelatihan AIDS untuk Wartawan (PMP AIDS). Newsletter PMP AIDS menerbitkan edisi perdananya pada Mei 1995; Yayasan Pelita Ilmu menerbitkan edisi perdananya di Majalah Support pada Januari; Yayasan Pelita Ilmu (YPI) menyediakan peristirahatan bagi ODHA di Kebon Baru Jakarta sebagai tempat kerja yayasannya atas dukungan <i>Ford Foundation</i> ; Pendampingan ODHA

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	oleh Buddies juga dimulai tahun 1995. Rumah Sakit Medistra pada Agustus melarang Dr Samsuridhal Djauzi untuk merawat pasien di RS tersebut karena kesediaannya merawat pasien dengan AIDS; Suzana Murni mendirikan Spirita sebagai organisasi yang mandiri pada November 1995. Tema Hari AIDS Sedunia pada tahun 1995 dikoordinasi oleh BKKBN adalah <i>"Shared Rights, Shared Responsibilities."</i> Kegiatan dikoordinasi oleh BKKBN.
1996	Grup Koordinasi Nasional Mobilisasi AIDS Nusantara (GKNMAN) Indonesia memimpin penyelenggaraan "International AIDS Candlelight Memorial" sebagai malam renungan AIDS Nusantara dengan tema "Bersama Membangun Harapan" di 31 kota. Hadirin di Jakarta menyalakan kurang lebih 1000 lilin turut menerangi Plaza Taman Ismail Marzuki sambil diiringi oleh lagu Lilin-lilin Kecil oleh James F. Sundah sekaligus sebagai pencipta lagunya. Pertemuan Nasional pencegahan dan penatalaksanaan HIV/AIDS ke-I, memutuskan untuk mendirikan: Perhimpunan Dokter Peduli HIV/AIDS; Forum komunikasi LSM/ Organisasi Peduli AIDS (FKLOPA) dan masyarakat peduli AIDS Indonesia (MPAI). Pada 15 Maret 1996 dikeluarkan pernyataan Pacet pada pertemuan di Pacet Jawa Timur. Tema Hari AIDS Sedunia 1996 tahun ini adalah <i>"One World One Hope"</i>
1997	Pada Mei 1997 obat ARV dikirimkan dari luar negeri untuk pengobatan HIV/AIDS. Pada Juni 1997 ARV di Indonesia telah menyediakan obat: AZT, ddI, ddC, 3TC, saquinavir dan ritonavir. Namun

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	harganya tidak terjangkau untuk mayoritas. Prevalensi pada Waria di Jakarta didapatkan peningkatan kejadian dari 0,5% tahun 1995 menjadi 6% tahun 1997. Tema Hari AIDS Sedunia 1997 adalah “Anak-anak yang Hidup di Dunia dengan AIDS (<i>Children Living in a World with AIDS</i>)”.
1998	SPIRITIA menyelenggarakan pertemuan ODHA untuk pertama kalinya dengan menghadirkan 16 ODHA dan OHIDHA dari seluruh Indonesia pada tahun 1998 di Ubud, Bali. Gambaran permasalahan medis, sosial, psikologis dan mitos seputar HIV dan AIDS ditampilkan melalui Sinetron Kupu-kupu Ungu karya Nano Riantiarno. Tema hari AIDS sedunia tahun 1998 adalah “Kaum Muda: Semangat Perubahan”. Kegiatan dikoordinasi oleh Departemen Agama. Menjelang Hari AIDS, KPA meluncurkan Kampanye Nasional AIDS, ditandai oleh lambing baru, yaitu pita merah-putih. Tanggal 1 Desember 1988 diperingati sebagai Hari AIDS Sedunia (HAS) pertama kali untuk meningkatkan kesadaran tentang infeksi HIV.
1999	Kelompok aktivis HIV dan Narkoba mengadakan semiloka Nasional bertema Mencegah Penggunaan dan Penyalahgunaan NAFZA dengan narasumber dari Australia dan Malaysia. Pada kesempatan ini para pembuat kebijakan membahas konsep <i>Harm Reduction</i> pada kesempatan ini. Tema Hari AIDS Sedunia 1999, ‘Dengar, Simak, Tegar! (<i>Listen, Learn, Live!</i>)’ tetap ditujukan pada orang berusia di bawah 25 tahun, dikoordinasi oleh Departemen Pendidikan. Pada akhir tahun, ARV yang berikut

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	tersedia di Indonesia: AZT, ddI, ddC, 3TC, d4T, saquinavir, ritonavir dan indinavir.
2000	Pada April 2000 diselenggarakan Pertemuan Nasional HIV/AIDS ke-II di Jakarta. Pada survei didapatkan dari 67 pengguna narkoba suntik yang ditahan di Lapas Kerobokan Bali didapat 35 (56%) terinfeksi HIV. Tema Hari AIDS Sedunia 2000 adalah 'AIDS - Pria Berpengaruh (<i>AIDS- Men Make a Difference</i>)'. Kegiatan dikoordinasi oleh BKKBN.
2001	Delapan dari duabelas yang tinggal di pusat pemulihan narkoba di Bali, ditemukan terinfeksi HIV setelah dilakukan tes HIV. Beberapa ARV generik tahun 2001 dari India mulai tersedia di Indonesia, termasuk AZT, 3TC, gabungan AZT+3TC, d4T dan nevirapine. Pada September 2001 Spirita mengadakan pertemuan Nasional ODHA ke-2 di Kuta Bali. Pertemuan dihadiri oleh 36 Odha dan Ohidha Indonesia.
2002	Hari AIDS pada 2002 bertema "Tetap Hidup dengan Tegar (<i>Live and Let Live</i>)". Dirjen Farmasi Depkes memasukkan AZT, 3TC dan nevirapine dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk semua rumah sakit tipe A dan tipe B se-Indonesia.
2003	Spirita melakukan pertemuan ke-3, dihadiri oleh 50 ODHA dan OHIDHA Indonesia di Cikopo pada Pebruari 2003. Pertemuan menghasilkan keputusan bahwa pemerintah akan melakukan subsidi ARV generik sebesar 200.000/ bulan untuk ODHA yang membutuhkan. Beberapa provinsi memutuskan untuk menyediakan ARV secara gratis. Penyediaan ART untuk 100 Odha di

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	Indonesia yang didanai oleh Global Fund mulai direncanakan pada Juli 2003. Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) meluncurkan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS 2003-2007. Tema Hari AIDS Sedunia 2003 ditetapkan oleh Departemen Sosial sebagai “Stigma dan Diskriminasi”.
2004	Ketua KPA (Jusuf Kalla) dan perwakilan dari 6 provinsi yang paling rentan terhadap HIV tahun 2014 antara lain: Papua, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, DKI Jakarta, dan Riau serta ketua komisi DPR-RI (Sanusi Tambunan) melakukan pertemuan di Sentani tanggal 19 Januari 2004. Pertemuan menghasilkan komitmen Sentani dan janji peserta “Mengupayakan pengobatan HIV/AIDS termasuk penggunaan ARV kepada minimum 5.000 Odha pada tahun 2004.” Pertemuan Nasional Odha ke-4 dilakukan oleh Spiritia di Tretes, Jawa Timur pada Februari, dihadiri oleh 60 Odha dan Ohidha Indonesia. Peserta menyetujui dikeluarkannya “Pernyataan Tretes” sebagai suatu hasil dari pertemuan itu. Departemen Kesehatan menetapkan 25 rumah sakit di 15 provinsi sebagai Rumah Sakit Rujukan AIDS, tahap pertama. Hari AIDS Sedunia 2004 ditetapkan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan sebagai ‘Perempuan, Remaja Putri, HIV dan AIDS’, dengan slogan “Sudahkah Kau Dengar Aku Hari Ini? (<i>Women, Girls, HIV and AIDS</i> ’, dengan slogan “ <i>Have You Heard Me Today ?</i>)”.
2005	Dana Fase ke -2 (Juli 2005-Juni 2007) dari 9 juta

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	dollar AS dipotong menjadi 900 ribu dollar setelah <i>Global Fund</i> mengevaluasi kinerja Indonesia dalam penerapan dana untuk fase pertama penanggulangan AIDS. Pada Juli 2005 dilakukan <i>International Congress on AIDS in Asia and the Pacific</i> (ICAAP) ke-7 di Kobe, Jepang dengan tema “<i>Bridging Science and Community</i> (Menjembatani Ilmiah dan Komunitas)”. Departemen Dalam Negeri menetapkan hari AIDS tahun 2005 dengan tema ‘Kepemimpinan dan Penanggulangan HIV/AIDS’. Sedangkan tema peringatan hari AIDS internasional adalah “<i>Stop AIDS. Keep the Promise</i>”.
2006	Departemen Kesehatan Indonesia menetapkan tema hari AIDS tahun 2006 dengan “Stop AIDS-Tepati Janji” dan memfokuskan pada akuntabilitas. Tema Internasional tahun 2006 masih sama dengan tahun 2005 yaitu “<i>Stop AIDS. Keep the Promise</i>”. Peraturan presiden No.75 tahun 2006 yang memberikan amanat perlunya peningkatan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di seluruh Indonesia.
2007	Pada Februari 2007 di Surabaya, dilakukan Pertemuan Nasional HIV/AIDS ke-3 dengan tema “Menyatukan Langkah untuk Memperluas Respons”. Pertemuan menghasilkan “Strategi Nasional Penanggulangan AIDS 2007-2010”. Ditemukannya ketidaksesuaian dalam mengelola dana penanggungan AIDS, TB, dan Malaria, maka dana <i>Global Fund</i> Indonesia dihentikan sementara pada pertengahan Maret 2007. Spiritia pada 29 Juni-1 Agustus 2007 di Lido menyelenggarakan konggres Nasional Odha dan

Tahun	Pemeriksaan/ Temuan terkait, Tindakan/ Pernyataan mengenai AIDS
	Ohidha ke-II. "Peduli AIDS-Jangan Hanya Slogan" menjadi tema konggres Spiritia pada tahun 2007. Bali diumumkan akan dipakai sebagai tempat konggres ke-9 ICAAP tahun 2009. Rencana ini diumumkan pada konggres " <i>International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP)</i> " ke-8 di Colombo, Sri Lanka, tahun 2007. Dana <i>Global Fund</i> , yang dibekukan pada Maret 2007, dicairkan lagi pada Oktober 2007.
2008	Pada Juli 2008 pada Hari Anak Nasional (HAN) diselenggarakan Konggres Anak Indonesia ke -VII di Taman Mini Indonesia Indah (TMII), Jakarta. Peserta bertekad "meningkatkan pemahaman cara hidup sehat, hak kesehatan reproduksi" agar anak terhindari dari bahaya HIV/AIDS dan penyalahgunaan narkotika. Tema Hari AIDS Sedunia 2008 ditetapkan sebagai "Yang Muda Yang Membuat Perubahan". Tema HIV/AIDS internasional tetap sama yaitu " <i>Stop AIDS. Keep the Promise</i> ".

Sumber: (Spirita, 2009)

1.3 Trend dan Issue HIV/AIDS

1.3.1 Trend HIV/AIDS secara Global

Pada tahun 2016 negara-negara telah menyepakati Deklarasi Politik mengakhiri AIDS sebagai ancaman kesehatan masyarakat pada tahun 2030 melalui pertemuan Perserikatan Bangsa-Bangsa. Komitmen dengan cara yang cepat ditujukan untuk mencapai target 2020 dalam mengurangi infeksi baru < kurang dari 500.000 sampai Nol infeksi baru pada bayi; mengurangi kematian terkait HIV di bawah 500.000 orang;

target 90% orang dengan HIV/AIDS mengetahui statusnya; 90% dari orang yang terinfeksi HIV 90% dapat mengakses pengobatan dan 90% orang yang mengakses pengobatan HIV 90% virus dapat ditekan. (WHO, 2016).

10 Komitmen harus dilaksanakan oleh semua negara-negara dalam mencapai target di tahun 2020, demi pencapaian program mengakhiri HIV pada tahun 2030 (UNAIDS, 2020). Komitmen dalam pencapaian target tahun 2020 yang telah ditetapkan adalah:

Komitmen 1: Pastikan bahwa 30 juta orang yang hidup dengan HIV memiliki akses pengobatan melalui pertemuan target 90-90-90 pada tahun 2020 berkomitmen pada target 90-90-90.

Komitmen 2: Hilangkan infeksi HIV baru pada anak-anak pada 2020 sambil memastikan bahwa 1,6 juta anak memiliki akses pengobatan HIV pada 2018.

Komitmen 3: Pastikan akses untuk pencegahan dengan pilihan kombinasi, termasuk pra-paparan profilaksis, laki-laki surat secara sukarela, pengurangan dampak buruk dan kondom, untuk setidaknya 90% orang pada tahun 2020, khususnya remaja putri dan remaja putri dengan prevalensi tinggi negara dan populasi kunci: pria gay dan pria lain yang berhubungan seks dengan laki-laki, transgender, pekerja seks dan kliennya, pengguna jarum suntik pada narkoba dan narapidana.

Komitmen 4: Hilangkan ketidaksetaraan gender, akhiri bentuk kekerasan dan diskriminasi terhadap wanita dan anak perempuan, orang yang hidup dengan HIV dan populasi kunci pada tahun 2020.

Komitmen 5: Pastikan bahwa 90% anak muda memiliki keterampilan, pengetahuan dan kemampuan melindungi diri dari HIV dan dapat mengakses layanan kesehatan seksual reproduksi pada tahun 2020, untuk mengurangi jumlah infeksi HIV baru remaja putri dan anak muda wanita di bawah 100.000 per tahun

Komitmen 6: bahwa 75% orang yang berisiko dan terpengaruh oleh HIV mendapat manfaat dari perlindungan sosial yang peka terhadap HIV dengan 2020.

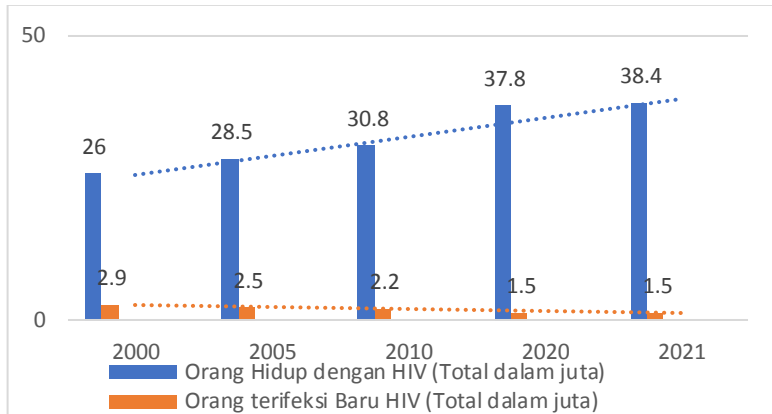
Komitmen 7: bahwa setidaknya 30% dari semua pemberi layanan adalah dipimpin oleh komunitas pada tahun 2020

Komitmen 8: Pastikan bahwa Investasi HIV meningkat menjadi US\$ 26 miliar pada tahun 2020, termasuk seperempat untuk pencegahan HIV dan 6% untuk pemberdayaan sosial

Komitmen 9: Memberdayakan orang yang berisiko dan terkena HIV untuk mengetahui hak-hak mereka dan untuk mengakses keadilan dan layanan hukum untuk mencegah dan menantang pelanggaran terhadap hak asasi Manusia

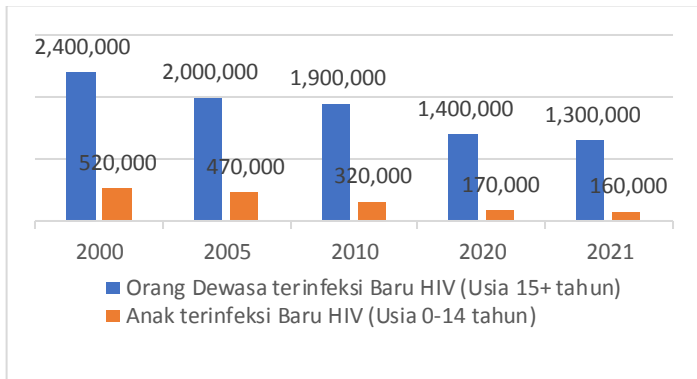
Komitmen 10: Mengentaskan AIDS dari isolasi melalui sistem yang memperhatikan manusia untuk ditingkatkan cakupan kesehatan universal, termasuk pengobatan tuberkulosis, serviks kanker dan hepatitis B dan C.

Goncangan pandemi Covid-19 hampir 2 tahun ini mengacaukan pelaksanaan program penganggulangan AIDS. Data baru menginformasikan bahwa beberapa negara mengalami kelumpuhan dalam upaya mencapai kemajuan mengakhiri HIV tahun 2030 dan target 2020. Sumber daya yang hanya difokuskan pada upaya pencegahan Covid-19, issue ketidaksetaraan terjadi dan investasi dan tindakan yang tidak memadai mengarah pada situasi bahaya menghadapi kematian akibat AIDS dan jutaan kasus baru HIV (UNAIDS, 2022).



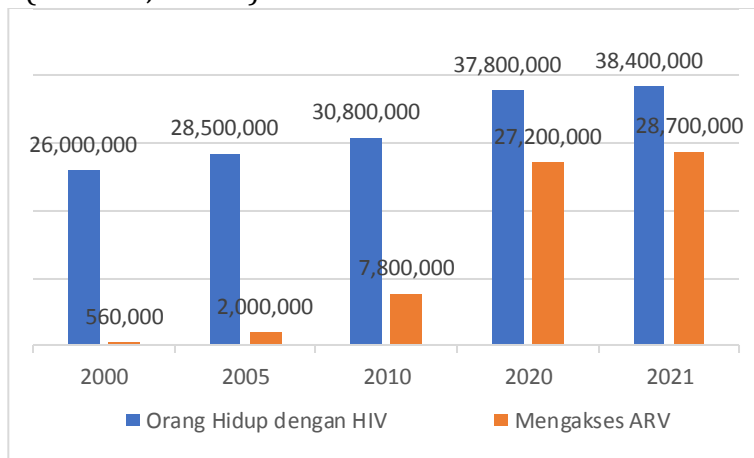
Grafik 1.1 Jumlah Orang Hidup dengan HIV dan Orang Terinfeksi Baru HIV di Dunia Tahun 2000-2021
(Sumber:UNAIDS, 2022)

Grafik 1.1 menunjukkan jumlah orang hidup dengan HIV cenderung meningkat dari 26 juta (th.2000) menjadi 38,4 juta (th.2021). Orang yang terinfeksi baru HIV cenderung menurun dari tahun 2000 (2,9 juta) menjadi 1,5 juta (th.2021).



Grafik 1.2 Jumlah Orang Dewasa dan Anak Terinfeksi Baru HIV Tahun 2000-2021
(Sumber:UNAIDS, 2022a)

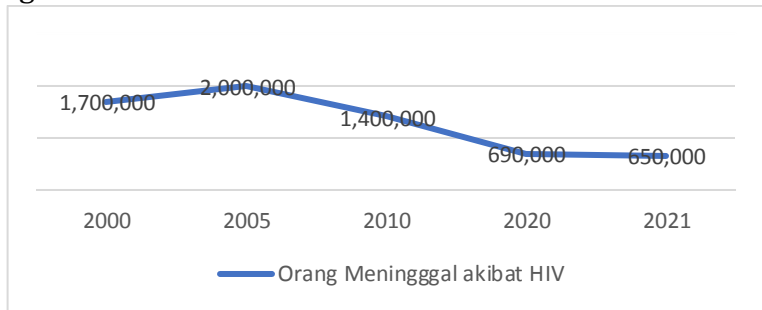
Jumlah infeksi HIV baru pada usia dewasa ≥ 15 tahun memiliki kecenderungan menurun dari tahun 2000 (2,4 juta) menjadi 1,3 juta pada tahun 2021. Demikian juga pada anak, jumlah anak yang terinfeksi baru HIV cenderung menurun dari tahun 2000 (520.000) menjadi 160.000 pada 2021. Jumlah infeksi HIV baru pada anak mengalami penurunan sebesar 52% dari 320.000 pada tahun 2010 menjadi 160.000 pada 2021(UNAIDS, 2022a).



Grafik 1.3 Jumlah Orang dengan Infeksi HIV yang Mengakses ART dari Tahun 2000-2021
(Sumber:UNAIDS, 2022a)

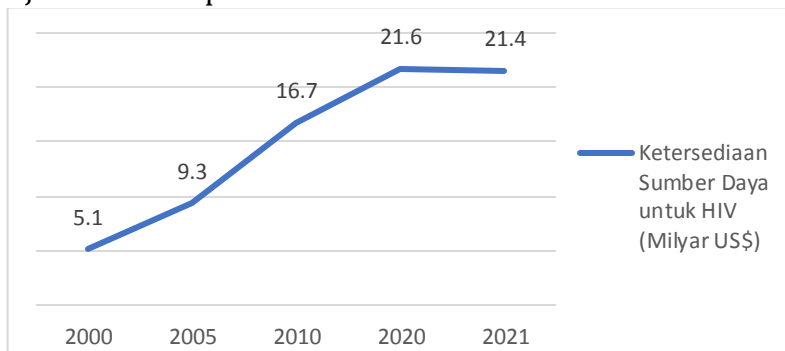
Grafik 1.3 menunjukkan bahwa jumlah orang yang mengkonsumsi ART memiliki kecenderungan yang meningkat seiring dengan peningkatan jumlah orang yang hidup dengan HIV. Pada tahun 2000 jumlah yang mengakses ART hanya mencapai 2,15% dan pada tahun 2021 mencapai 74,74%. Adanya kesadaran dan peningkatan akses pengobatan HIV diharapkan dapat menekan virus yang pada akhirnya mengurangi angka kesakitan dan angka kematian akibat infeksi HIV. Penekanan virus pada masing-masing orang dengan HIV

ini juga diharapkan dapat mengurangi risiko penularan HIV ke orang lain.



Grafik 1.4 Orang Meninggal akibat HIV Tahun 2000-2021
(Sumber: UNAIDS, 2022a)

Pada Grafik 1.4 menunjukkan bahwa kematian akibat HIV mempunyai kecenderungan menurun sejak tahun 2005. Pada tahun 2005 kematian akibat HIV berjumlah 2.000.000 orang menjadi 650.000 pada tahun 2021.



Grafik 1.5 Ketersediaan Sumber Daya HIV Tahun 2000-2021
(Sumber:UNAIDS, 2022a)

Grafik 1.5 menggambarkan Sumber daya yang tersedia secara global meningkat untuk penanganan HIV/AIDS. Dana yang disediakan tahun 2000 sejumlah 5,1 Milyar US\$ meningkat pada tahun 2020 menjadi 21,6 Milyar US\$. Pada

tahun 2021 dana menurun akibat pandemi Covid-19 dan ketidakstabilan berbagai bidang.

Tabel 1.2 Jumlah Penderita HIV, Terinfeksi HIV dan Kematian Akibat HIV Tahun 2021

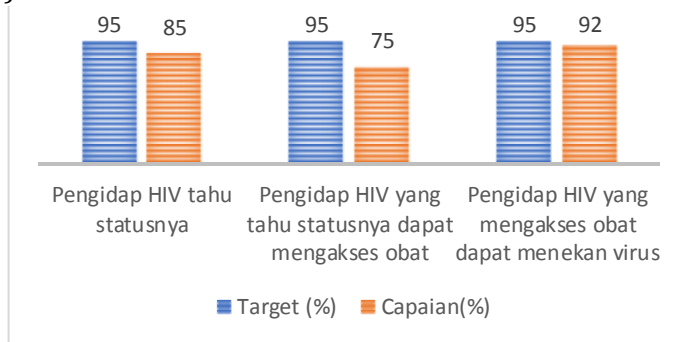
	Orang Hidup dengan HIV Tahun 2021	Orang terinfeksi HIV Tahun 2021	Orang Meninggal akibat HIV Tahun 2021
Total	38,4 juta (33,9-43,8 juta)	1,5 juta (1,1-2,0 juta)	640.000 (510.000-860.000)
Dewasa	36,7 juta	1,3 juta	560.000
(≥ 15 th)	(32,3-4,9 juta)	990.000-1,8 juta	(430.000-740.000)
Wanita	19,7 juta	640.000	240.000
(≥15 th)	(17,6-22,4 juta)	(480.000-870.000)	(180.000-320.000)
Laki-laki	16,9 juta	680.000	320.000
(≥15 th)	(14,6-19,7 juta)	(500.000-920.000)	(250.000-430.000)
Children	1,7 juta	160.000	98.000
(≤15 th)	(1,3-2,1 juta)	(110.000-230.000)	(67.000-140.000)

Sumber: (WHO, 2022)

Pada Tabel 1.2 dapat dilihat Jumlah orang yang hidup dengan HIV di dunia pada tahun 2021 berjumlah 38,4 juta (33,9 juta-43,8 juta). Penderita baru terinfeksi ada 1,5 juta penduduk (1,1-2,0 juta). Kematian akibat HIV TAHUN 2021 mencapai 640.000 (510.000-860.000).

Data capaian 90-90-90 dapat diuraikan sebagai berikut: 85% (75-97%) dari semua orang yang hidup dengan HIV telah mengetahui status HIV dan sekitar 5,9 juta orang tidak tahu bahwa mereka hidup dengan HIV pada tahun 2021. Orang hidup dengan HIV yang dapat mengakses obat antiretroviral mengalami peningkatan. Tahun 2010 terdapat 7,8 juta orang dapat mengakses pengobatan. Jumlah ini meningkat menjadi 28,7 juta orang atau 75 % (66-85%) pada akhir tahun 2021. Orang dewasa (>15 th) yang hidup dengan HIV memiliki akses ke pengobatan berjumlah 76% (67-87%); anak (0-14 tahun) 52% (42-65%) dan pada wanita dewasa (>15 tahun) 80% (72-

91%) juga telah memiliki akses ke pengobatan. Pada pria dewasa (>15 tahun) hanya 70% (61-82%) yang memiliki akses pengobatan. Pada wanita hamil yang hidup dengan HIV 81% (63-97%) telah memiliki akses ke obat antiretroviral untuk mencegah penularan HIV ke anak mereka pada tahun 2021. Jadi capaian target orang dapat mengakses obat untuk semua orang yang telah mengetahui status HIVnya belum mencapai 95%. Diantara orang-orang yang telah mengakses pengobatan, ada 92% (81- 98%) mengalami penekanan virus (UNAIDS, 2022a).



Grafik 1.6 Capaian Global Target 95-95-95 pada Tahun 2021
(Sumber:United Nations, 2022)

Pada Grafik 1.6 terlihat capaian target 95–95–95 secara global pada tahun 2021 adalah 85% orang yang terinfeksi HIV mengetahui statusnya, 75% orang yang mengetahui status HIV nya mengakses obat dan 92% dari orang yang mengakses obat dapat menekan virus (UNAIDS, 2022a).

Trend risiko tertular dan menularkan HIV pada tahun 2021 menurut UNAIDS (2022) adalah:

1. Pengguna jarum suntik narkoba 35 kali berisiko lebih tinggi dari pada orang dewasa yang bukan pengguna jarum suntik narkoba

2. Pekerja seks wanita memiliki risiko 30 kali lebih tinggi dari pada wanita dewasa
3. Pria gay dan pria lain yang berhubungan seks dengan pria dewasa lainnya mempunyai risiko 28 kali lebih tinggi dari pada pria dewasa lainnya.
4. Wanita transgender memiliki risiko tertular 14 kali lebih besar daripada wanita dewasa lainnya
5. Setiap minggu, sekitar 4900 remaja putri berusia 15-24 tahun terinfeksi HIV.
6. Di Afrika sub-Sahara, perempuan dan anak perempuan menyumbang 63% infeksi HIV baru pada tahun 2021.

1.3.2 Issue Global HIV/AIDS

Negara-negara di dunia akan mengalami ancaman kegagalan mengakhiri HIV di tahun 2030 bila tidak melakukan penanganan dengan serius. Hal ini dikarenakan munculnya pandemi Covid-19, krisis ekonomi dan kemiskinan, issue ketidaksetaraan dan ketidakstabilan dalam berbagai bidang menambah ancaman global HIV karena mengganggu pelayanan kesehatan secara global. Putusnya anak sekolah akan menambah jumlah risiko peningkatan HIV. Negara-negara berpendapatan rendah dan menengah merupakan tantangan tersendiri untuk merespon tantangan global akibat HIV. 60% negara termiskin di dunia sedang dalam kesulitan hutang, sehingga 75-90 juta orang akan mengalami kemiskinan yang memperburuk keadaan sehingga menyulitkan penanggulangan HIV (UNAIDS, 2022b).

Beberapa negara mampu bertahan dan terhindar dari keterpurukan sehingga mampu melakukan pengendalian HIV. Namun data global menunjukkan infeksi baru menurun, hanya mencapai 3,6%. Penurunan ini merupakan penurunan terendah sejak tahun 2016 lalu. Sementara bantuan pengembangan untuk HIV dari AS jatuh 57% dalam dekade

terakhir mengakibatkan pemanfaatan dana global untuk memerangi AIDS pada tahun 2022, TBC dan Malaria lebih memburuk dari sebelumnya (UNAIDS, 2022b).

Pada tahun 2021 ketersediaan sumber daya untuk penanganan HIV 6% lebih rendah dari tahun 2010. Investasi dari masing-masing negara saat ini tidak mungkin dapat diharapkan bisa menggantikan pendanaan internasional yang hilang, seperti pada tahun sebelumnya. Pendanaan domestik di negara berpenghasilan rendah dan menengah telah jatuh selama dua tahun berturut-turut. Kondisi ekonomi global dan kerentanan negara berkembang diperburuk oleh meningkatnya ketidaksetaraan perolehan vaksin dan pembiayaan kesehatan mengancam perencanaan pengakhiran HIV. Bank dunia memproyeksikan 52 negara miskin akan mengalami penurunan belanja negara sampai tahun 2026. Tingkat utang yang tinggi semakin melemahkan kemampuan pemerintah meningkatkan investasi untuk HIV. Layanan hutang untuk negara termiskin saat ini bahkan telah mencapai 171% dari semua pengeluaran untuk perawatan kesehatan, pendidikan dan perlindungan sosial (UNAIDS, 2022b).

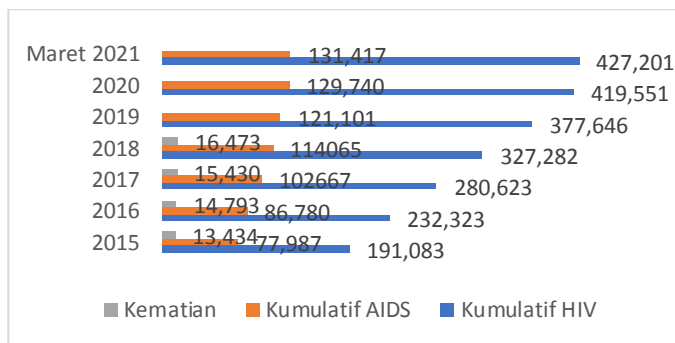
Negara berpenghasilan menengah tidak memenuhi syarat lagi untuk mendapat hibah kesehatan termasuk HIV karena negara-negara donor harus mengalihkan sumber daya untuk pengungsi Ukraina dan ketidakstabilan bidang-bidang lainnya pada berbagai negara. Kondisi ekonomi global dan kerentanan negara berkembang yang diperburuk oleh meningkatnya ketidaksetaraan dalam penerimaan vaksin dan pembiayaan kesehatan mengancam komitmen negara dalam menanggapi tantangan serius HIV (UNAIDS, 2022b).

1.3.3 Trend HIV/AIDS di Indonesia

Para pembaca diharapkan cermat dalam menganalisis laporan perkembangan HIV, AIDS ataupun HIV dan AIDS baik laporan tahunan ataupun laporan kumulatif. Karena masih ada

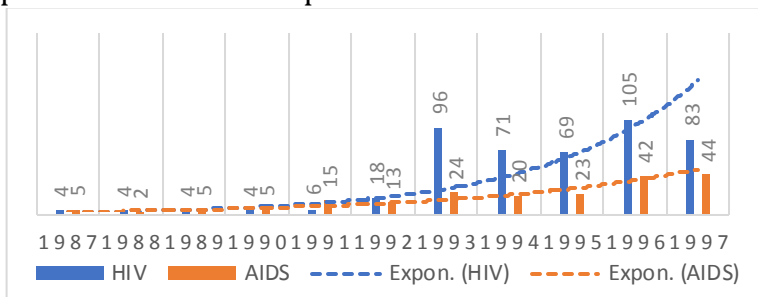
perbedaan laporan jumlah HIV ataupun AIDS pada tahun sebelum 2018, meskipun sumbernya sama. Perubahan telah disebutkan karena adanya validasi data dengan Dinkes Provinsi. Contohnya terdapat perbedaan laporan jumlah AIDS pada tahun 2010. Ditjen P2K, Menkes RI melaporkan: jumlah AIDS pada tahun 2016 dilaporkan sebanyak 7.418 orang; tahun 2017 dilaporkan 7.470 orang; tahun 2018 dilaporkan 7.437 orang. Namun pada tahun setelah tahun 2018 sampai 2021 jumlah telah dilaporkan tetap sama dengan tahun 2018 yaitu 7.437 orang. Demikian juga jumlah AIDS pada tahun 2015 dilaporkan pada tahun 2016 sebanyak 6.373 orang namun data berubah karena validasi pada tahun 2021 menjadi 9.215 orang.

Sejak 1 Juli 1987 s.d 31 Maret 2008 dilaporkan bahwa orang dengan HIV berjumlah 6.130 dan AIDS berjumlah 11868. Secara kumulatif HIV/AIDS (HIV dan AIDS) dilaporkan sebanyak 17.998 dengan kematian akibat penyakit HIV/AIDS berjumlah 2.486(Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2008). Jumlah HIV dari 2005 sampai Maret 2021 dilaporkan telah mencapai 427.201 orang dan AIDS mencapai 131.417 orang.



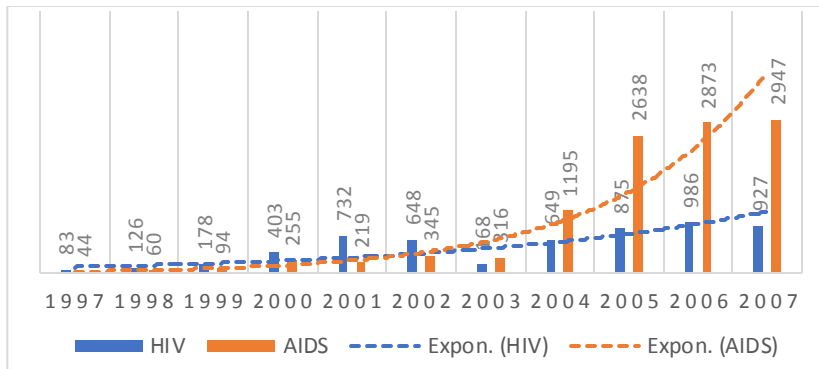
Grafik 1.7 Kumulatif HIV, AIDS & Kematian Th. 2015-2021
(Sumber:Ditjen P2P, Menkes RI, 2016;
2017;2018;2019;2020;2021)

Jumlah kumulatif HIV/AIDS dan kematian akibat HIV/AIDS tahun 2015 sampai Maret 2021 terlihat selalu meningkat jumlahnya. HIV dilaporkan tahun 2015 berjumlah 191.083 dan Maret 2021 telah mencapai 427.202. AIDS dilaporkan tahun 2015 berjumlah 77.987 orang menjadi 131.417 pada Maret 2021. Pada tahun 2015 kematian akibat HIV/AIDS berjumlah 13.434 menjadi 16.473 pada tahun 2018. Selanjutnya mulai 2019 laporan kematian akibat HIV dilaporkan dalam bentuk persentase.



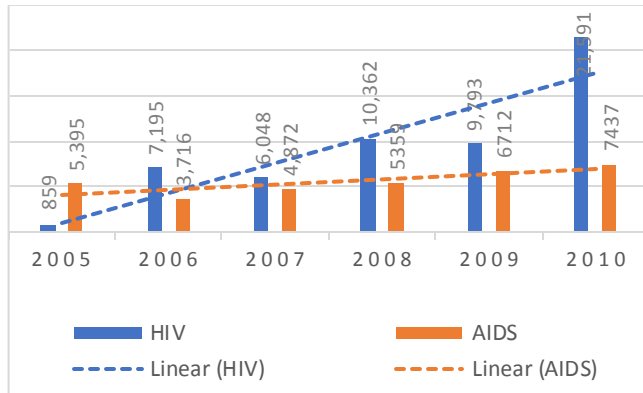
Grafik 1.8 Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 1987-1997 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan (Sumber: Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2008)

Pada Grafik 1.8 menunjukkan peningkatan dratis jumlah penderita terinfeksi HIV dari tahun 1992, dari 18 orang menjadi 96 tahun 1993 dan menjadi 105 pada tahun 1996. Penyebab lonjakan angka tidak diketahui apakah akibat dari edukasi atau paparan terkait peringatan hari AIDS sedunia yang bertema “Komitmen Komunitas” dan pada tahun 1993 hari AIDS sedunia memiliki tema “Waktunya untuk Bertindak” (*Time to Act*) (Spirita, 2009). Data AIDS juga memperlihatkan trend yang meningkat dari 15 tahun tahun 1991 menjadi 44 pada tahun 1997. Namun peningkatan jumlah AIDS lebih rendah dari peningkatan pada HIV.



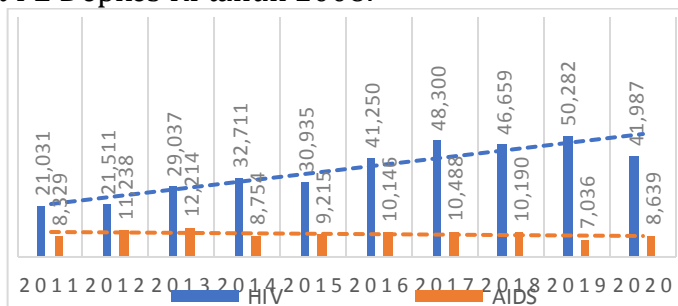
Grafik 1.9 Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 2001-2007 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan
(Sumber: Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2008)

Data HIV dan AIDS pada Grafik 1.9 menggambarkan bahwa peningkatan jumlah penderita HIV memiliki trend lebih rendah dari pada peningkatan AIDS. Penemuan kasus yang masih kurang atau memang sebenarnya tidak ada kasus baru HIV dan pelaporan pada saat itu juga mempengaruhi jumlah kasus. Berbeda dengan jumlah penderita AIDS mengalami lonjakan kasus dari tahun 2001 yang semula 219 menjadi 2947 pada tahun 2007. Hal ini dapat disebabkan kemungkinan cepatnya proses HIV menjadi AIDS akibat faktor pengobatan ARV yang belum optimal ataupun dikarenakan karena sistem pelaporannya yang belum optimal karena ditemukan perbedaan jumlah kasus pada beberapa sumber. Sementara jumlah HIV terus meningkat dari tahun 1997 yang semula berjumlah 83 menjadi 927 pada tahun 2007.



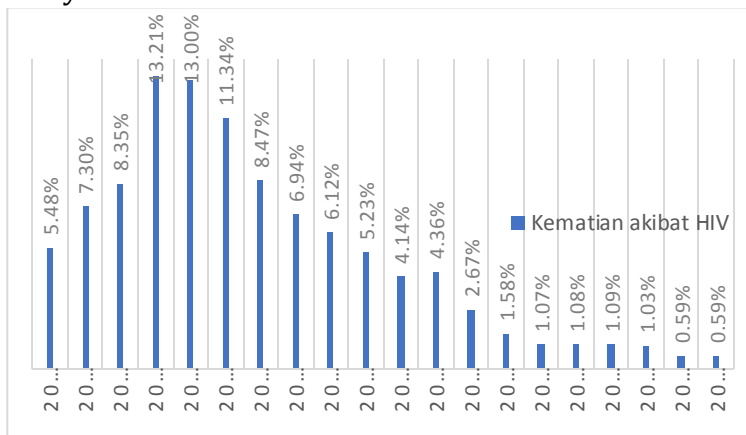
Grafik 1.10 Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 2005-2010 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan
(Sumber: Menkes RI, 2021)

Grafik 1.9 dan 1.10 memperlihatkan data yang berbeda pada tahun 2005, 2006 dan 2007, memperlihatkan bahwa jumlah penderita HIV memiliki kecenderungan yang meningkat lebih cepat dari pada penambahan jumlah AIDS dari tahun 2005 sampai tahun 2010. Data ini memiliki pola yang berbeda dari data sebelumnya yang dilaporkan sebelumnya oleh Ditjen PPM & PL Depkes RI tahun 2008.



Grafik 1.11 Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Th. 2011-2020 di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan
(Sumber: Menkes RI, 2021)

Pada Grafik 1.11 terlihat jumlah kasus baru penderita HIV selalu dilaporkan lebih tinggi kasus baru AIDS dan meningkat setiap tahun, kecuali tahun 2015 dan 2020. Pada tahun 2014, *the Joint United Nation Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) memberikan rapor merah kepada Indonesia sehubungan penanggulangan HIV/AIDS. Pasien baru meningkat sejak 2005. AIDS memiliki trend yang stabil dari 8.329 menjadi 8.639 pada tahun 2020. Hal ini mungkin bisa dihubungkan dengan semakin mudahnya akses ARV untuk menekan virus.



Grafik 1.12 Kematian Akibat AIDS Tahun 2001-2020
(Sumber: Menkes RI, 2021)

Pada Grafik 1.12 menunjukkan peningkatan persentase angka kematian yang terus meningkat dari tahun 2001 sampai tahun 2004 dan 2005. Namun sejak 2004 terlihat persentase kematian menurun terus sampai pada titik terendah tahun 2019 sama dengan tahun 2020 yaitu sebesar 0,59%.

Subsidi ARV dan pengobatan gratis diberikan pada tahun 2003. Pada tahun 2004 pemerintah dan perwakilan beberapa provinsi yang rentan HIV berkomitmen mengupayakan pengobatan HIV/AIDS termasuk penggunaan ARV kepada minimum 5.000 Odha. Pada tahun 2006 juga telah diamanatkan

oleh pemerintah untuk meningkatkan penanggulangan HIV/AIDS. Pada tahun 2013 Indonesia menyediakan APBN dan mendapat bantuan dari Global Fund untuk mengatasi permasalahan HIV/AIDS di Indonesia (Kemenkes RI, 2021).

Pada tahun 2014, *The Joint United Nation Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) memberi penilaian buruk terhadap penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia karena pasien baru meningkat 47 persen sejak tahun 2005.

Kematian akibat AIDS yang masih tinggi, karena hanya 8% orang dengan HIV AIDS (ODHA) yang mendapatkan obat antiretroviral (ARV). Indonesia adalah negara ketiga di dunia yang memiliki penderita HIV terbanyak yaitu sebanyak setelah China dan India. Namun prevalensi di Indonesia hanya 0,43 persen atau masih di bawah tingkat epidemi sebesar satu persen. Indonesia dan sebagian negara di ASEAN tidak dapat mencapai target 90-90-90 yang ditetapkan pada tahun 2020, yaitu target: 90% orang terinfeksi HIV mengetahui statusnya; 90% pengidap HIV menggunakan ARV; 90% dari pengkomsumsi ARV mencapai supresi viral hingga tidak dapat menularkan orang lain (Kemenkes RI, 2020).

Tahun 2018 dikeluarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri dan Peraturan Menteri Kesehatan No.4 Tahun 2019 mengenai Standar Teknis Pelayanan Minimal bagi orang berisiko terinfeksi HIV (Menkes RI, 2019) Program *Global Fund*, Tahun 2013 berlanjut sampai tahun 2018-2020 dengan Program *New Funding Model Continuation AIDS*, Tuberculosis dan Malaria (NFMc ATM). Tahun 2020 di Labuan Bajo 2-5 Desember 2020 dilakukan Kegiatan “Monitoring dan Evaluasi Program Nasional HIV-AIDS 34 Provinsi dalam Fase Persiapan EXIT Strategy Dukungan *Global Fund* AIDS Tahun 2021”. Menkes RI pada kegiatan mengumumkan capaian program HIV/AIDS masih rendah, yaitu: tahun 2018 mencapai 27,83%, tahun 2019 mencapai 37,90% dan tahun 2020 menurun 20,04%. Perlu peningkatan pencapaian indikator dengan meningkatkan akses

pengobatan dan pemberian ARV kepada semua ODHA serta profilaksis TB pada ODHA. Rencana Proposal *Global Fund* pada Februari 2021 akan disesuaikan dengan Rencana Aksi Nasional dan Perkembangan Pendekatan Kesehatan Masyarakat terkini seperti penggunaan obat baru Dolutegravir (Kemenkes RI, 2020).

1.3.4 Issue HIV/AIDS di Indonesia

Pandemi COVID-19 pada tahun 2020 di Indonesia juga berdampak pada penanggulangan HIV/AIDS antara lain menurunnya capaian cakupan penemuan kasus. Hal ini terkait dengan adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) yang mengakibatkan keengganan klien melakukan tes HIV maupun untuk rawat inap. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan/protokol pelaksanaan layanan HIV/ AIDS selama masa pandemi COVID-19 untuk menjamin keberlangsungan pelayanan bagi ODHA. Yayasan Spiritia juga mengeluarkan kebijakan/protokol terkait pelaksanaan kegiatan penjangkauan dan pendampingan yang dapat digunakan oleh petugas pendamping bagi ODHIV dalam melakukan aktifitas di lapangan. Bank Dunia (*World Bank*) menilai bahwa Indonesia pada tahun 2020-2021 ini menjadi negara berpenghasilan menengah ke atas, sehingga bantuan pendanaan sudah saatnya dikurangi. Peran bersama pemerintah, swasta, kelompok-kelompok sosial sangat penting dalam mencapai program penghentian HIV tahun 2030.(Ong, 2021).

Berdasarkan perhitungan kesenjangan antara program nasional dan program komunitas 2021-2023, terdapat kesenjangan antara target komunitas dengan target nasional dalam perencanaan target sasaran kelompok berisiko tinggi HIV.

Tabel 1.3 Kesenjangan Target Penanggulangan HIV/AIDS

Jangkauan	Estimasi & Target	Th. 2021		Th. 2022		Th. 2023	
		Negara	Komunitas	Negara	Komunitas	Negara	Komunitas
LSL	Estimasi	502.986 Th. 2021-2023					
	Target	377.200	294.200	402.400	313.800	427.538	363.407
WPS	Estimasi	277624 Th. 2021-2023					
	Target	208.200	138.800	222.100	157.300	236.928	178.266
Waria	Estimasi	34695 Tn. 2021-2023					
	Target	26.000	17.800	27.800	19.000	29.725	20.800
Penasun	Estimasi	34517 Th. 2021-2023					
	Target	25.900	16.000	27.600	17.100	29.412	18.400
Estimasi ODHA		526.830		515.470 Th. 2022-2023			
ODHA dengan ART		290.892		341.543			
ODHA dengan dukungan Komunitas		180.639		204.016		230.418	

(Sumber: Ong, 2021)

Indonesia diperkirakan akan mengalami kekurangan dana untuk penanganan HIV pada periode 2022-2023 sebesar 55,2 juta dollar AS dan 58,4 juta dollar AS pada tahun 2024. 72% dari kesenjangan pendanaan tahun 2022-2023. Negara Indonesia seperti belum siap menghadapi tuntutan program menghentikan HIV, kelompok masyarakat yang masih tertinggal, mengatasi populasi kunci, mengatasi kesulitan dalam memperoleh hak asasi manusia terutama dalam mendapatkan pelayanan HIV dan CSS serta melibatkan kelompok-kelompok yang dipimpin oleh masyarakat komunitas (Ong, 2021).

1.4 Perilaku Berisiko Tertular dan Menularkan HIV/AIDS

Perilaku adalah tindakan nyata ataupun aktivitas individu yang dapat diamati ataupun dilihat. Perilaku biasanya didahului oleh adanya pengetahuan dan sikap. Perilaku bisa berubah sesuai dengan pengetahuan dan sikap seseorang.

Ketika seseorang tahu dengan baik disertai dengan keinginan untuk bertindak dengan baik maka memiliki kecenderungan untuk bertindak dengan baik. Misalnya seseorang yang tidak terinfeksi HIV namun sudah memahami tentang penyakit serta pengobatan dan telah siap menghadapi sakit dan sikap yang baik terhadap pencegahan HIV maka dia akan melakukan pencegahan dengan baik juga, demikian sebaliknya. Seorang ibu yang telah terinfeksi HIV namun telah memiliki pengetahuan dan sikap baik terhadap pengobatan HIV dan pencegahan HIV, maka akan ibu tersebut akan memiliki kecenderungan berperilaku yang baik juga dalam hal pengobatan dan pencegahan penularan baik kepada pasangannya maupun kepada calon anaknya

Perilaku berisiko tertular HIV/AIDS adalah kegiatan/aktivitas seseorang yang memiliki kecenderungan untuk mendapatkan penularan (transmisi) virus HIV melalui kontak tubuh yang terbatas dari orang lain yang terinfeksi HIV. Perilaku berisiko menularkan HIV/AIDS adalah Kegiatan/aktivitas seseorang yang memiliki kecenderungan untuk mengirimkan (menularkan) virus HIV nya melalui kontak tubuh yang terbatas kepada orang lain. Perilaku seseorang yang dapat tertular dan menularkan HIV adalah: perilaku/aktivitas seksual yang tidak aman (heteroseksual dan homoseksual) dan perilaku/ aktivitas menggunakan jarum suntik bersamaan atau yang disingkat penasin. Ibu hamil dapat menularkan HIVnya kepada janinnya, melalui proses kehamilannya, jadi kehamilan bukanlah termasuk dalam pembahasan BAB ini, karena ibu hamil dan proses kehamilan bukanlah merupakan perilaku. Ibu-ibu hamil yang terinfeksi masuk dalam kelompok/ populasi berisiko menularkan infeksi kepada janinnya melalui proses kehamilannya. Ibu hamil yang terinfeksi HIV harus benar-benar memahami dan menyadari bagaimana mencegah penularan HIV, sehingga proses infeksi

yang bisa terjadi melalui proses kehamilan, persalinan maupun menyusui tidak terjadi dan anaknya tidak akan terinfeksi HIV.

Secara umum penularan HIV dapat terjadi bila memenuhi 4 prinsip penularan mikroorganisme yaitu:

1. Virus dapat keluar dari tubuh; memiliki pintu keluar (*Exit*)

Virus dikeluarkan dari tubuh orang yang terinfeksi melalui perlukaan pada kulit, mukosa mulut, anus, liang penis maupun vagina melalui perantara cairan darah, sperma ataupun cairan vagina saat melakukan aktivitas seksual maupun aktivitas non seksual yang dapat mengeluarkan cairan tersebut aktivitas tindak, injeksi/suntik, mendonor darah, operasi dll.

2. Virus cukup untuk menginfeksi tubuh (*Sufficient*).

Jumlah virus HIV diukur dengan viral load yang artinya jumlah kisaran virus dan jumlah RNA HIV yang terdeteksi dalam darah 1 cc pada sampel darah orang yang terinfeksi HIV. *Viral load* digunakan sebagai patokan untuk mengetahui tingkat kerentanan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) untuk bertahan hidup ataupun menularkan penyakit. Semakin tinggi *Viral Load* seseorang semakin tinggi risiko dapat menularkan ke orang lain dan sebaliknya semakin rendah viral load atau bahkan sampai tidak terdeteksi akan semakin rendah risiko untuk dapat menularkan virusnya kepada orang lain. Hasil yang berkisar kurang dari atau sama dengan ($\leq$) 40 sampai 75 kopi virus per 1 cc darah adalah kategori *viral load* “tidak terdeteksi” (*undetected*). Keadaan ini dapat dicapai dengan perawatan diri yang baik dan kepatuhan dalam minum ART. Sebaiknya kita jangan beranggapan bahkan melakukan edukasi dengan pernyataan “jika viral loadnya tidak terdeteksi maka kemungkinan tidak dapat

menularkan virusnya kepada orang lain". Meski viral load tidak terdeteksi sehingga risiko sangat rendah, namun tetap melalui kontak berisiko akan dapat menularkan virus.

3. Virus dapat bertahan hidup (*Survive*)

Setelah virus masuk ke dalam tubuh manusia melalui beberapa tahapan: (1) virus masuk melalui aliran darah kemudian menempel pada permukaan CD4 (Binding) ; (2) Virus yang menempel pada CD4 kemudian bergabung dengan membrane sel CD4 dan berusaha menduplikasi gen manusia (Fusion); (3) Gen RNA virus berusaha menduplikasi gen DNA manusia sehingga virus masuk ke inti sel-T dan bergabung dengan materi genetik selnya (*Transcription Reverse*); (4) Virus melepaskan dan memasukkan DNA HIV ke dalam sel penjamu. Ketika sel tubuh akan memproduksi protein baru, maka sel tubuh akan menghasilkan dan membual sel HIV yang baru. Sehingga virus ini akan tetap ada selamanya didalam tubuh manusia, meskipun pada pemeriksaan viral load tidak terdeteksi.

4. Virus masuk ke tubuh penjamu; ada pintu masuk (*Enter*).

Pintu masuk HIV sama dengan pintu keluar HIV yaitu melalui perlukaan di kulit ataupun mukosa pada alat kelamin, anus, mulut, kulit seseorang yang belum terinfeksi HIV. Virus akan masuk dengan perantara media darah, sperma, dan cairan vagina dari orang yang telah terinfeksi HIV melalui aktivitas seksual dan non seksual yang menyebabkan kontak fisik yang menyebabkan kontak cairan tubuh.

Virus ditransmisikan dari tubuh seseorang ke tubuh lainnya melalui beberapa cara: yaitu kontak transeksual, kontak vertikal dan kontak horizontal.

1. Kontak transeksual adalah kontak seksual baik heteroseksual maupun homoseksual. Perilaku kontak seksual merupakan salah satu penyebab terbanyak terjadinya proses transmisi HIV di dunia ini. Pada orang yang telah terinfeksi HIV, virus ini dapat ditemukan pada cairan yang dihasilkan oleh kelamin laki-laki dan wanita sehingga pada hubungan seksual heteroseksual mudah terjadinya penularan. Risiko penularan menjadi tinggi bila adanya perlukaan ataupun peradangan misalnya urethritis, epidedemiatis, yang menyebabkan peningkatan jumlah limfosit dalam cairan.
2. Kontak horizontal adalah pertemuan langsung antar darah atau komponen darah yang terinfeksi karena media perkembangan dan transmisi HIV. Penularan terjadi bila cairan darah/ produk darah masuk ke dalam peredaran darah seseorang. Ludah, muntahan, urine, faeses maupun air susu ibu belum dapat dibuktikan penularannya. Perilaku yang berisiko dan dilaporkan melalui kontak horizontal adalah perilaku penggunaan jarum suntik secara bergantian dengan penderita HIV ataupun pemberian ataupun penerimaan darah terkontaminasi HIV karena tidak dilakukan penapisan HIV.
3. Kontak vertikal adalah kontak ibu yang terinfeksi ke janin atau anaknya melalui proses: kehamilan, persalinan maupun pasca persalinan yaitu menyusui.

Pada awal perjalannya HIV/AIDS ini diberi nama penyakit GRID (*gay-related immune deficiency*) karena dicurigai ada pada 5 gay di Amerika pada tahun 1980 yang disebabkan karena perilaku seksual. Awalnya penularan HIV lebih banyak ditemukan pada pria gay di Amerika Serikat. Namun perilaku sampai saat ini Ditjen P2P melaporkan perkembangan HIV

pada perilaku berisiko tertular dan menularkan HIV menjadi 3 yaitu:

1. Perilaku Heteroseksual
Hubungan seksual antara laki-laki dan wanita
2. Perilaku Homoseksual
Hubungan seksual sesama jenis (Sebelum tahun 2020 menggunakan istilah LSL)
3. Perilaku pengguna jarum suntik bergantian (sebelum tahun 2020 disebutkan “penasun” saja, namun setelah 2020 penasun ini dikelompokkan pada populasi berisiko bukan sebagai perilaku perisiko HIV.

Ditjen P2P (2021) dalam laporan perkembangannya HIV, mengelompokkan populasi risiko terinfeksi menjadi 10 kelompok, yaitu:

1. Bumil (ibu hamil). Bumil sebelum tahun 2020 tidak dilaporkan dengan sebutan kelompok “perinatal”.
2. LSL (lelaki suka lelaki), sebelum tahun 2020 dilaporkan sebagai “homosex”
3. Pasien TB (tuberkulosis)
4. Pasangan risti (risiko tinggi)
5. Pelanggan PS (pekerja seksual)
6. WPS (wanita pekerja seksual)
7. WBP (Warga binaan pemasyarakatan)
8. Penasun (Pengguna jarum suntik), sejak tahun 2020 dilaporkan ada pada kelompok polulasi. Sedangkan pada “perilaku berisiko” disebutkan “Pengguna Jarum suntik bergantian”. Sebelum tahun 2020 penasun ini tidak disebutkan namun dilaporkan sebagai IDU (*Injection Drug Users*).
9. Pasien IMS (Infeksi Menular Seksual)
10. Waria

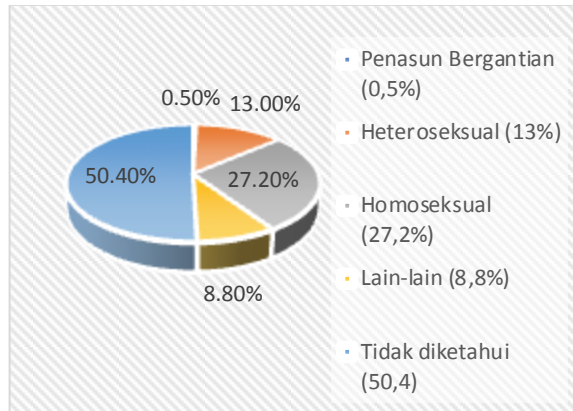


Diagram 1.1 Persentase ODHA berdasarkan Faktor Risiko HIV/AIDS (Januari-Maret 2021)
Sumber (Ditjen P2P, 2021)

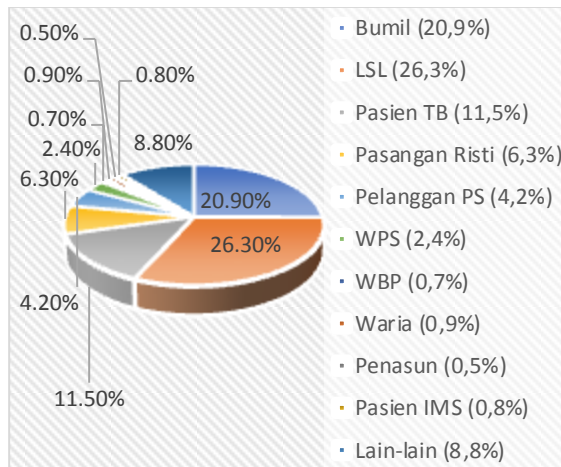
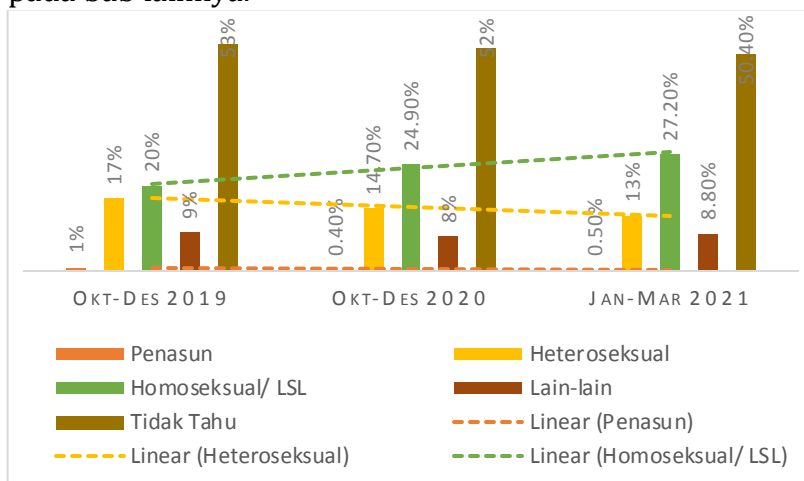


Diagram 1.2 Persentase ODHA berdasarkan Kelompok Populasi berisiko (Januari-Maret 2021)
Sumber (Ditjen P2P, 2021)

Persentase ODHA berdasarkan faktor risiko terinfeksi HIV tertinggi dari perilaku homoseksual sebesar 27,2% sedangkan kelompok berisiko dari populasi LSL yaitu 26,3%. Transfusi mulai tahun 2020 tidak lagi dilaporkan sebagai populasi/kelompok berisiko HIV, meskipun termasuk di dalam faktor resiko HIV.

Pada bab ini akan dibahas mengenai perilaku risiko menularkan dan tertular HIV. Populasi berisiko akan di bahas pada bab lainnya.



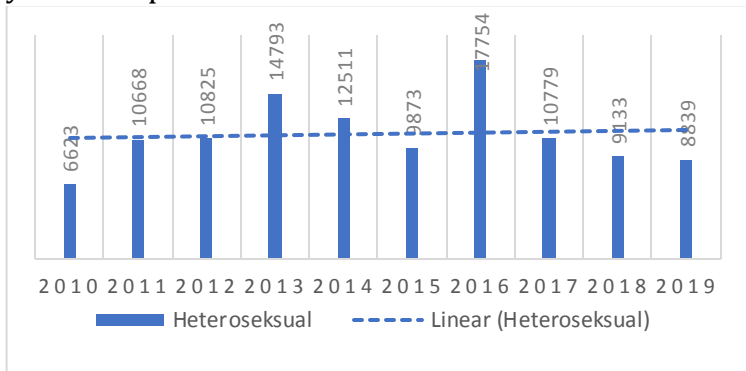
Grafik 1.13 Perilaku Risiko Terinfeksi HIV Tahun 2019-2021
Sumber: (Ditjen 2P, 2019;2020;2021)

Data orang yang terinfeksi HIV berdasarkan faktor risiko; penasun mengalami trend penurunan dari 1% pada Periode akhir Desember 2019 menjadi 0,5% pada Triwulan I tahun 2021. Perilaku heteroseksual juga menunjukkan trend menurun dari 17% pada Periode Oktober-Desember 2019 menjadi 14,70% Periode Oktober-Desember 2020 dan Periode Januari-Maret 2021 menjadi 13%. Perilaku Homoseksual/ LSL adalah perilaku yang lebih besar kejadiannya dibanding perilaku lain dan trend juga mengalami trend yang meningkat dari

tahun 2019 sejumlah 20%, tahun 2020 menjadi 24,9% dan meningkat lagi pada periode Januari-Maret 2021 yaitu 27,20%

1.4.1 Perilaku Heteroseksual

Heteroseksual dapat diartikan dengan ketertarikan satu individu terhadap individu lainnya yang berlainan jenis kelamin. Heteroseksual normal dialami oleh seseorang sebagai orientasi seksual yang biasa di dalam kehidupan normal. Namun sebaliknya homoseksual masih dipandang sebagai perilaku seksual yang menyimpang. Heteroseksual merupakan perilaku hubungan seksual antara wanita dan pria yang banyak menyebabkan penularan HIV.



Grafik 1.14 Jumlah Orang terinfeksi HIV berdasarkan Faktor Perilaku Risiko HIV;Heteroseksual Tahun 2010-2019

Sumber: (Ditjen P2P, 2019)

Risiko HIV dari perilaku heteroseksual memiliki trend menurun bila dilihat dari jumlah tahun 2016 yaitu 17.754 orang menjadi 8.839 orang. Pada diagram 1.22 Perilaku heteroseksual juga menunjukkan trend menurun dari 17% pada periode Oktober-Desember 2019 menjadi 14,70% Periode Oktober-Desember 2020 dan Periode Januari-Maret 2021 menjadi 13%.

Cara berhubungan seksual paling berisiko bagi penularan HIV menurut Noviana (2016) adalah:

- a. Genetalia-genetalia pasif
Perilaku sek dimana penis pasangan seksual pengidap HIV/AIDS masuk ke vagina
- b. Genetalia-genetalia aktif
Perilaku sek dimana vagina pengidap HIV/AIDS dimasuki oleh penis pasangan seksual yang tidak terinfeksi HIV
- c. Hubungan seksual yang sengaja diputus dengan mitra pengidap HIV/AIDS
- d. Oral Sek (Orogenetalia)
Perilaku sek dimana dilakukan dengan cara memasukkan alat penis orang yang terinfeksi HIV ke dalam mulut mitra seksual.

Jenis-jenis perilaku heteroseksual yang telah berkembang di masyarakat adalah hubungan seksual dengan lawan jenis dengan pasangan hasil pernikahan sah dan di luar pernikahan. Perilaku heteroseksual dengan pasangan pernikahan sah. Perilaku sek dengan pasangan hasil pernikahan sah dan monogami adalah hubungan seks yang dianggap sesuai norma di Indonesia. Bisa pasangan sudah diketahui tidak terinfeksi HIV dan pasangan ini setia maka pasangan ini seharusnya tidak akan mendapatkan infeksi HIV dari hubungan sek tanpa memakai kondom. Perilaku yang perlu dihindari agar tidak tertular HIV hanyalah menyingkirkan faktor-faktor risiko lainnya.

Perilaku heteroseksual dengan pasangan sek pra-nikah. Perilaku seksual sebelum menikah (pra-nikah) yaitu bentuk perilaku sek yang dilakukan atas dorongan seksual dan berhubungan dengan merangsang sensasi pada reseptor yang terletak pada sekitar organ reproduksi. Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan sensasi seksual yang dilakukan perempuan dan laki-laki sebelum ada ikatan suami istri resmi

(Ismaniar, 2018). Perilaku ini biasanya dilakukan oleh remaja mulai sejak sekolah di Sekolah Menengah Atas (SMA). Efek buruk terjadi ketika perilaku bebas ini berlanjut terus sampai menginjak jenjang perkawinan.

Pada perkembangan heteroseksual, remaja sebenarnya harus belajar memerankan peran jenis kelamin yang diketahui dari lingkungannya. Adapun efek penggolongan mengenai peran jenis kelamin, yaitu:

- a) Pada remaja laki-laki mulai relatif berperan sebagai pemimpin di lingkungan masyarakat.
- b) Prasangka jenis kelamin, memiliki kecenderungan rendah diri walaupun prestasi perempuan melebihi laki-laki.
- c) Perasaan takut akan kesukaan pada perempuan akan dukungan sosial laki-laki dan bisa menjadi halangan dalam proses mencari pasangan hidup.

Remaja mulai mencoba-coba berperilaku sek mulai dari bentuk yang paling sederhana sampai pada saatnya terjebak dalam bentuk seksual yang berbahaya karena belum menikah. Bentuk perilaku seksual yang sering ditemukan secara bertahap pada remaja (Abrori, 2017):

1. Mencium pipi atau kening
2. Menyentuh bibir ke bibir lawan seknya
3. Berpelukan untuk mendapatkan rasa aman dan nyaman
4. Meraba bagian-bagian sensitif pasangan seksual
5. Membayangkan aktivitas seksual
6. Merangsang organ kelamin dengan menggunakan tangan
7. Memasukkan alat kelamin ke dalam mulut lawan jenis.
8. Mencium leher dan sekitarnya
9. Menggesekan bagian tubuh yang sensitif kepada lawan seksualnya
10. Memasukkan penis laki-laki ketika ereksi ke dalam vagina untuk mendapatkan kepuasan seksual.

Kebiasaan seksual remaja ini untuk selanjutnya dapat berlanjut terus menerus dan berulang-ulang karena efek ketagihan. Perilaku ini sangat berisiko tertular atau menularkan virus bila perilakunya ini memenuhi prinsip ada pintu masuk dan pintu keluar virus. Sampai saat ini data menunjukkan bahwa persentase ODHA yang dilaporkan pada triwulan I tahun 2021 didapatkan kelompok usia 25-49 tahun mencapai 71,3% dan selanjutnya umur 25-49 tahun (71,3%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun (Ditjen P2P, 2021).

Hal ini dapat dihubungkan dengan semakin mudahnya remaja dalam mengakses informasi dan mudahnya mereka menjalin hubungan dengan teman-temannya. Saat ini juga muncul fenomena perilaku pelacuran oleh anak-anak remaja. Selain pelacuran juga muncul istilah-istilah baru mengenai hubungan-hubungan intim antar remaja baik dikarenakan karena hubungan percintaan maupun hubungan yang hanya didasari oleh pertemanan biasa sebagai bentuk kesetiaan kawan dalam pertemanan biasa.

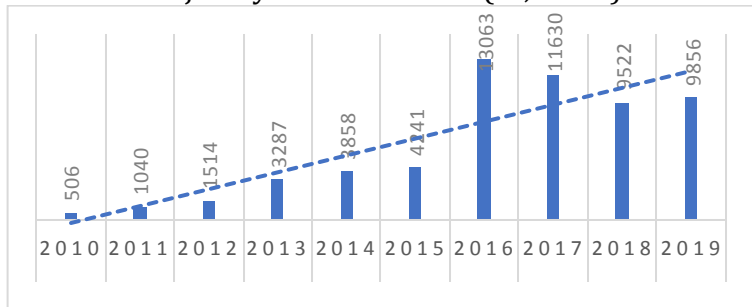
Perilaku heteroseksual dengan pasangan sek di luar nikah sering terjadi juga dan merupakan perilaku berisiko tertular atau menularkan HIV juga. Perilaku sek yang dilakukan dengan orang lain di luar nikah ini dilakukan oleh orang yang menginginkan berhubungan dengan orang lain yang bukan istrinya.

1.4.2 Perilaku Homoseksual

Homoseksual merupakan perilaku seksual antara pribadi yang berjenis kelamin sama. Perilaku orang-orang yang melakukan hubungan seksual sesama jenis ini dilakukan suka sama suka dan mereka menikmati hubungan seksualnya. Perilaku ini bisa dilakukan siapa saja tanpa mereka harus menjadi seorang gay atau lesbian. Perilaku seksual kelompok

homo cenderung rentan untuk terpapar virus HIVAIDS karena hubungan seks mereka biasanya dilakukan melalui anus.

Penularan HIV melalui kontak seksual pada perilaku homoseksual diketahui dimiliki oleh 27,20% dari orang yang terinfeksi HIV pada Januari-Maret 2021. Sedangkan 13% orang yang terinfeksi HIV pada Januari-Maret 2021 berasal dari kontak Heteroseksual(Ditjen P2P, 2021). Perilaku homoseksual sering melakukan aktivitas seksualnya melalui anus yang merupakan transmisi paling berisiko 30x lebih berisiko dibanding dari perilaku seks melalui vaginal. Anus dilapisi membran mukosa tipis dan tidak mengeluarkan lubrikasi yang bisa keluar secara alami seperti oleh vagina ketika terjadi kontak seksual sehingga anus mudah robek atau luka. Luka ini merupakan pintu masuk virus ke dalam darah sehingga memudahkan terjadinya transmisi HIV(UI, 2020).



Grafik 1.15 Perilaku Homoseksual
(Sumber: Ditjen P2P, 2019)

Homoseksual juga masuk dalam klasifikasi gangguan psikoseksual seperti kegemaran melihat kegaitan seks orang lain (voyeurisme), kesenangan melakukan seks dengan berbagai benda sambil voyeurisman pasangannya ataupun membayangkan bagian-bagian tubuh yang dianggap dapat merangsang. Perilaku homoseksual ini dapat bervariasi dari mulai memegang alat kelamin sesama, memeras, memaksa

melakukan sesuatu terhadap alat kelamin sendiri atau orang lain yang sejenis. Mereka bisa jadi menjadi korban kekerasan seksual yang pada awalnya mearsakan sakit, jijik, kecewa dan marah. Namun mereka juga merasakan sesuatu yang berbeda seperti sensasi nikmat menurutnya. Pengalaman ini kadang diinginkan Kembali, sehingga mereka akan mengulangnya. Jika keinginan telah terwujud dan ternyata meraka merasakan kenyamanan yang seperti meraka harapkan sebelumnya, meraka akan merasa ketagihan dan menjadi sebuah perilaku seksual nya.

Seseorang laki-laki yang memiliki perilaku seksual di luar kewajaran ini dikenal dengan istilah Lelaki seks lelaki (LSL). Kelompok LSL ini sebenarnya banyak dan tersembunyi. Hanya Sebagian saja yang bisa terlihat, yang lainnya benar-benar menyembunyikan dirinya karena mereka malu, sehingga tidak mau identitasnya diketahui orang lain. LSL mempunyai kecenderungan banyak pasangan lelaki karena meraka bebas melakukan hubungan sek tanpa memiliki resiko untuk hamil seperti yang dihindari dari Seseorang remaja normal. Jika 1 LSL ini telah memiliki HIV di dalam tubuhnya dan melakukan hubungan sek dan karena sering memilih melalui anus, maka risiko menularkan ke pasangannya sangat tinggi.

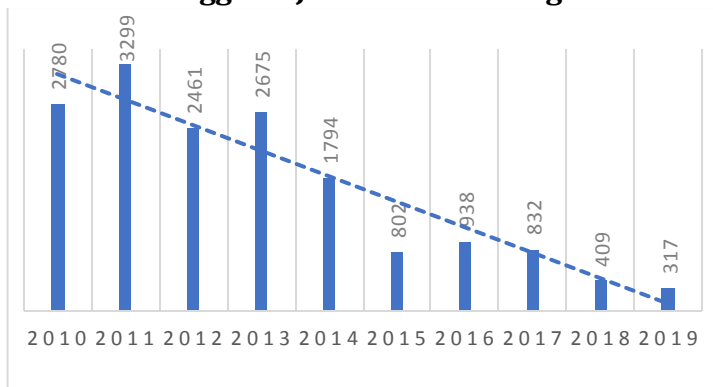
LSL cenderung memiliki banyak pasangan seks, baik laki-laki maupun perempuan. Jaringan seksual yang luas ini meningkatkan risiko penularan HIV pada pasangan seksualnya. Jika ada LSL yang tertular HIV tentu LSL tersebut berpotensi untuk menyebarkan HIV di komunitasnya. Selain itu LSL juga dapat menularkan kepada pasangannya baik itu istri, perempuan lain, maupun wanita penjaja seks yang melakukan hubungan seksual dengannya. Oleh karena itu, LSL akan menjadi salah satu mata rantai penyebaran HIV yang potensial (Depkes RI, 2007).

Perkembangan komunitas LGBT di Indonesia setidaknya sudah ada sejak tahun 1960. Menurut Tom Boellstorff, baru

pada tahun 1970 komunitas LGBT Indonesia mulai mengidentifikasi diri sebagai *Lesbian, Gay, Biseksual* dan *Transgender* hingga saat ini. Hubungan sesama jenis tersebut hingga kini belum di akui keberadaanya secara resmi dan terbuka oleh negara karena Indonesia selalu mempromosikan keluarga heteroseksual yang diperjelas dengan di keluarkannya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 tahun 1974 tentang perkawinan sebagai fondasi dasar masyarakat sehingga kaum homoseksual Indonesia tidak bisa dengan mudah kabur dari tuntutan serta desakan keluarga dan lingkungan untuk menikah.

Negara terbesar kelima penyumbang LGBT adalah Indonesia menjadi setelah negara China, India, Eropa, dan Amerika. Indonesia memiliki populasi 3% LGBT. Dengan kata lain, dari 250 juta penduduk Indonesia, sekitar 7,5 juta adalah LGBT. Berarti dari 100 orang yang berkumpul di suatu tempat, 3 di antaranya memungkinkan mereka adalah LGBT (Onhit, 2016). Tujuan penelitian ini adalah: menelaah secara kritis LGBT ditinjau dari aspek kesehatan.

1.4.3 Perilaku Pengguna Jarum Suntik Bergantian



Grafik 1.16 Perilaku Pengguna Jarum suntik bergantian (Penasun)

Perilaku beresiko yang secara umum menunjukkan trend penurunan adalah pada perilaku beresiko narkotika suntik atau penasun, sampai dengan 2010 tercatat dengan jumlah infeksi sebagai 2.780 orang sedangkan pada Desember 2018 menunjukkan angka hanya mencapai 409. Sedangkan kategori perilaku beresiko yang cenderung mengalami kenaikan secara umum adalah infeksi pada hubungan seksual antara lelaki (LSL) yang tercatat sampai dengan 2010 berjumlah 506 orang, sedangkan pada Desember 2017 mengalami peningkatan mencapai lebih dari 20 kali sampai dengan 11.630 orang, dan di Desember 2018 pada angka 9.133 orang.

Sepanjang pendataan dari Kementerian kesehatan, maka trend transmisi HIV berdasarkan perilaku beresikonya dari yang paling besar sampai dengan yang paling rendah adalah sebagai berikut:

1. Perilaku beresiko hubungan seksual heteroseksual: 102.959 orang tertransmisi HIV 2. Perilaku beresiko hubungan seksual laki-laki dengan laki-laki: 48.661 orang tertransmisi HIV 3. Perilaku beresiko penggunaan narkotika suntik: 15.990 orang tertransmisi HIV
2. Trend Pengguna Jarum suntik. Perilaku beresiko yang secara umum menunjukkan trend penurunan adalah pada perilaku beresiko narkotika suntik atau penasun, sampai dengan 2010 tercatat dengan jumlah infeksi sebagai 2.780 orang sedangkan pada Desember 2018 menunjukkan angka hanya mencapai 409. Sedangkan kategori perilaku beresiko yang cenderung mengalami kenaikan secara umum adalah infeksi pada hubungan seksual antara lelaki (LSL) yang tercatat sampai dengan 2010 berjumlah 506 orang, sedangkan pada Desember 2017 mengalami peningkatan mencapai lebih dari 20 kali sampai dengan 11.630 orang, dan di Desember 2018 pada angka 9.133 orang. Sepanjang pendataan dari Kementerian kesehatan,

maka trend transmisi HIV berdasarkan perilaku beresikonya dari yang paling besar sampai dengan yang paling rendah adalah sebagai berikut: 1. Perilaku beresiko hubungan seksual heteroseksual: 102.959 orang tertransmisi HIV 2. Perilaku beresiko hubungan seksual laki-laki dengan laki-laki: 48.661 orang tertransmisi HIV 3. Perilaku beresiko penggunaan narkotika suntik: 15.990 orang tertransmisi HIV.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrori. 2017. *Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*. UM Pontianak Pers: Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- Corwin, E. J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Edited by E. K. dkk. Yudha. Jakarta.
- Ditjen P2P, K. R. 2016. *Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular (PIM) 2016*.
- Ditjen P2P, K. R. 2021. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2021*. Jakarta.
- Ditjen PPM & PL Depkes RI. 2008. Statistik Kasus HIV / AIDS di Indonesia Dilapor s / d Maret 2008 Cases of HIV / AIDS in Indonesia Reported thru ' March 2008. (March).
- Hutapea, R. 2003. *AIDS & PMS dan Perkosaan*. 1st edn. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ismaniar, H. 2018. *Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Kemenkes RI. 2020. *Monitoring dan Evaluasi Nasional Program Pengendalian HIV AIDS dan IMS Tahun 2020 dan Dukungan Global Fund AIDS Tahun 2021, Kemenkes RI*. Available at: <http://p2p.kemkes.go.id/monitoring-dan-evaluasi-nasional-program-pengendalian-hiv-aids-dan-ims-tahun-2020-dan-duktungan-global-fund-aids-tahun-2021/> (Accessed: 20 October 2022).
- Kemenkes RI. 2021. *HAS 2021 – Akhiri AIDS: Cegah HIV, Akses Untuk Semua*. Available at: <https://promkes.kemkes.go.id/has-2021--akhiri-aids-cegah-hiv-akses-untuk-semua>.
- Menkes RI. 2019. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta, p. 139. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_4_Th_2019_ttg_Standar_Teknis_Pelayanan_Dasar_Pada_Standar_Pelayanan_Minimal_Bidang_Kesehatan.pdf.

- Muma, R. D. dkk. 1999. *HIV Manual untuk Tenaga Kesehatan*. Edited by Y. Anugerah Peter, Asih. Jakarta.
- Noviana, N. 2016. *Konsep HIV/ AIDS Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi*. Edited by M. Ari. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Ong, R. 2021. Peningkatan Sumber Daya Domestik dan Penguatan Sistem Komunitas untuk Program Penanggulangan HIV, TB dan Malaria di Indonesia.
- Spirita. 2009. Sejarah HIV and AIDS (faktor VIII), p. 10. Available at: <https://spiritia.or.id/dokumen/hal/50?kategori=#>.
- UI, F. 2020. *HIV hingga Herpes, Apa Saja Penyakit Akibat Seks Anal*. Available at: <https://fk.ui.ac.id/infosehat/hiv-hingga-herpes-apa-saja-penyakit-akibat-seks-anal/>.
- UNAIDS. 2020. *Global AIDS Monitoring 2021*. Jenewa, Swis.
- UNAIDS. 2021. *UNAIDS data 2021*.
- UNAIDS (2022a). Global HIV Statistics. *Fact Sheet 2021*, (June), pp. 1–3.
- UNAIDS (2022b). UNAIDS Global AIDS Update 2022', p. 376. Available at: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2022-global-aids-update-en.pdf>.
- United Nations. 2022. *The sustainable development goals report 2022, United Nations publication issued by the Department of Economic and Social Affairs*. Available at: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf>.
- WHO. 2016. *Global Health Sector Strategy on HIV 2016-2021, World Health Organization*. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246178/1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?ua=1%0Afile:///C:/Users/Harrison/Desktop/Consult/Mubarc/A1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf>.
- WHO. 2022. *The Global Health Observatory Explore a world of health data*. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>.

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA INDIVIDU YANG TERINFEKSI HIV

Oleh Dewi Sartiya Rini

2.1 Pendahuluan

Asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS adalah melakukan proses keperawatan secara sistematis oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien melalui tahapan pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan tahap akhirnya yaitu melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan perawat pada pasien dengan merujuk pada luaran keperawatan yang telah disusun perawat sebelumnya (Kozier *et al.*, 2010).

2.2 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data subjektif maupun objektif terkait kondisi pasien sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan masalah keperawatan (Potter and Perry, 2006). Selama fase pengkajian, perawat melakukan pengumpulan data berupa:

1. Riwayat kesehatan klien
Selama pengkajian Riwayat keperawatan, perawat mengkaji adanya:
 - a. Tingkat resiko klien terkena infeksi, adanya demam kronik, dengan atau tanpa menggigil, keringat malam hari berulang kali, lemah, lelah, anoreksia, BB menurun, nyeri, sulit tidur

- b. Semua keluhan klien mengenai adanya infeksi
 - c. Mengidentifikasi klien beresiko melalui observasi meninjau kondisi status klien serta melakukan wawancara mengumpulkan data mengenai factor yang mempengaruhi perkembangan infeksi, adanya Riwayat infeksi berulang, Riwayat perilaku beresiko, dan penggunaan obat-obatan.
 - d. Tes HIV menunjukkan hasil positif
2. Riwayat kesehatan keluarga
- Pada bagian ini, perlu diperhatikan adanya Riwayat keluarga dengan penyakit yang sama.
3. Pemeriksaan Fisik
- a. HEENT (*head, eye, ear, nose and throat*)
Adanya keluhan nyeri periorbital, mengalami fotophobia, keluhan sakit kepala, nampak edem pada wajah, tinitus, ulser pada bibir atau mulut, mulut kering, suara berubah, kesulitan menelan atau disfagia, dan mengalami epsitaksis
 - b. Sistem pernapasan
Adanya sesak napas, takipnea, nampak sianosis , SOB (*shortness of breath*), klien menggunakan otot Bantu pernapasan, adanya batuk produktif atau non produktif.
 - c. Sistem kardiovaskuler
Adanya peningkatan frekuensi nadi (takikardi), sianosis, penurunan tekanan darah (hipotensi) , adanya edem perifer, ditemukan adanya vertigo (dizziness).
 - d. Sistem musculoskeletal
Penurunan kemampuan motoric, adanya kelemahan, dan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari (ADL).
 - e. Sistem persarafan
-Adanya gangguan pada refleks pupil, nystagmus, mengalami gangguan keseimbangan (vertigo) , pemeriksaan kaku kuduk (+), kadang disertai kejang, dan adanya kelemahan/kelumpuhan anggota gerak.

-Status mental : adanya rasa marah atau pasrah, mengalami depresi, ada keinginan bunuh diri, tingkat kesadaran apatis, withdrawal, kehilangan minat pada lingkungan sekitar, mengalami gangguan proses pikir, adanya kehilangan memori, gangguan konsentrasi, adanya halusinasi dan delusi.

-Psikososial : kondisi cemas, takut akan kehilangan pekerjaan dan penghasilan akibat penyakit yang dialami saat ini, dan adanya perubahan pola hidup.

f. Sistem pencernaan

Penurunan kemampuan makan dan minum , adanya mual dan muntah, penurunan BB, diare lebih dari 1 bulan tanpa diketahui penyebabnya, terkadang disertai inkontinensia, adanya perut kram, hepatosplenomegali, nampak kuning.

g. Sistem perkemihan

Adanya lesi atau eksudat pada genital

4. Pemeriksaan Diagnostik

Adapun beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mendeteksi HIV adalah :

a. ELISA adalah Teknik pemeriksaan yang bertujuan untuk menilai kadar protein, antibody dan hormon

b. Western blot adalah tes antibody yang Ketika hasilnya positif maka menunjukkan adanya pengikatan spesifik antibodi dengan protein virus HIV

c. P24 antigen test adalah tes yang dapat mendeteksi dini dengan cara mendeteksi adanya protein P24 pada darah suspek HIV/AIDS. Umumnya protein ini sudah ada dalam darah sebelum terbentuk antibody baru.

d. Kultur HIV adalah

Tes untuk deteksi gangguan system imun:

a. Hematokrit

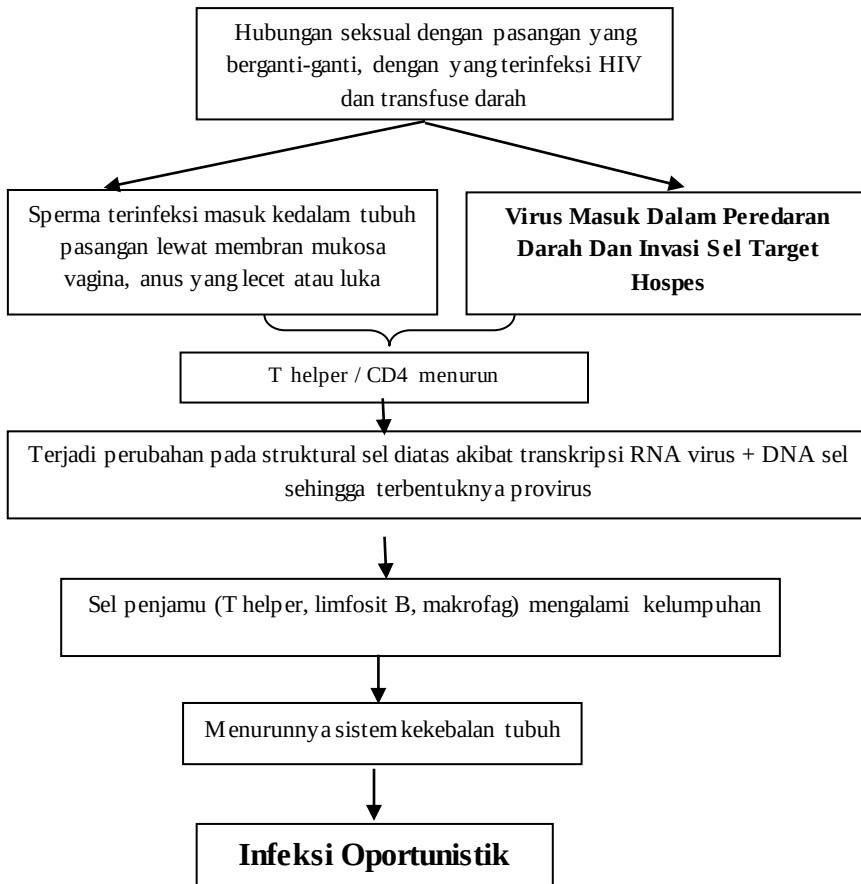
b. LED

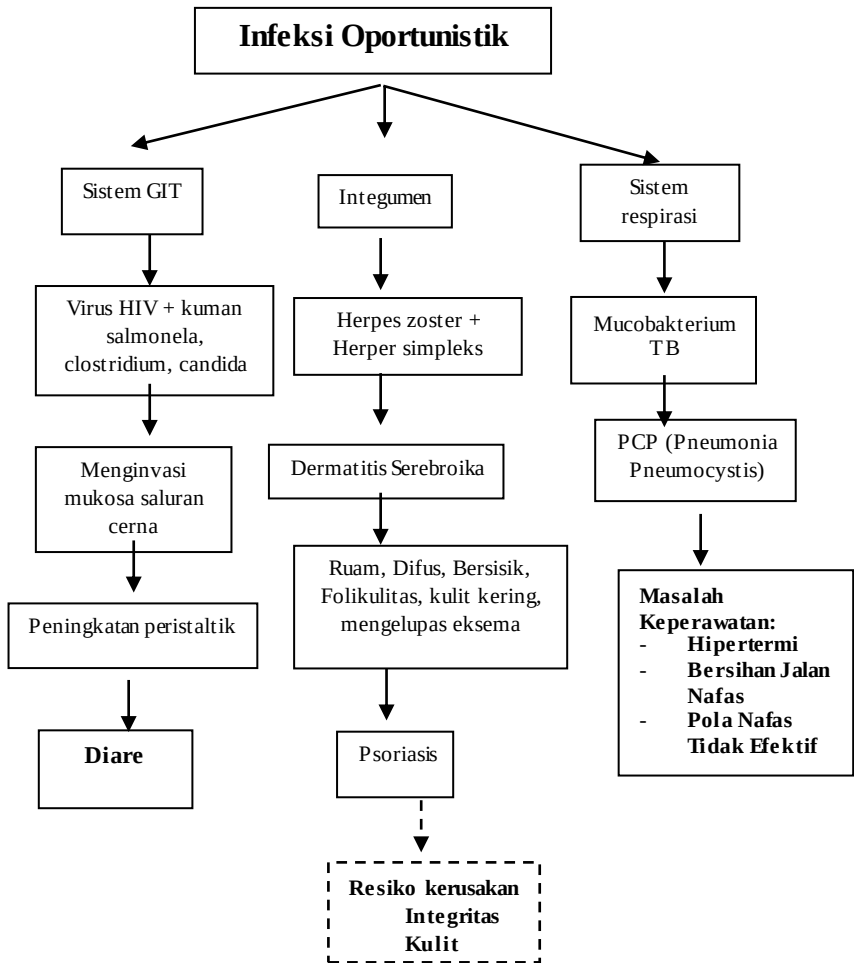
c. CD4

- d. limfosit
- e. Rasio CD4/CD limfosit
- f. Serum mikroglobulin B2
- g. Hemoglobulin

2.2. Diagnosa Keperawatan

2.2.1 Pathway HIV/AIDS





2.2.2 Penegakkan Diagnosa Keperawatan pada pasien HIV/AIDS

Diagnosa keperawatan terdiri dari dua komponen utama yaitu: P (problem) dan indikator diagnostik. Adapun indikator diagnostik terdiri dari penyebab dan tanda gejala (T. P. S. D. PPNI, 2016; PPNI, 2019). Berikut diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien HIV/AIDS:

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan dan Luaran Keperawatan Pada Pasien HIV/AIDS

No	Diagnosa Keperawatan	Gejala
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan: Penyebab/etiologi: a. Spasme jalan napas b. Hipersekresi jalan napas c. Disfungsi neuromuskular d. Benda asing dalam jalan napas e. Proses infeksi	Subjektif: tidak tersedia Objektif: a. Batuk efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Penyebab/etiologi: a. Depresi pusat pernapasan b. Kelemahan otot pernapasan c. Gangguan neurologis d. Penurunan energi e. Hambatan upaya napas	Subjektif : Dispnea Objektif: a. Penggunaan otot bantu napas b. Fase ekspirasi memanjang c. Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi,

No	Diagnosa Keperawatan	Gejala
		kusmaul dan cheyne-stokes)
3	Hipertermi berhubungan dengan: Penyebab/etiologi: a. Dehidrasi b. Proses penyakit	Subjektif : Tidak tersedia Objektif: Suhu tubuh lebih dari 37.8 ⁰ C oral atau 38.8 ⁰ C rektal
4	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Subjektif: Tidak tersedia Objektif: - Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam - Feses lembek atau cair

2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan tindakan keperawatan dan tujuan yang akan dicapai(luaran keperawatan) berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan(T. P. S. PPNI, 2016). Adapun rencana keperawatan pada pasien HIV/AIDS adalah:

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan Pada Pasien HIV/AIDS

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax	Manajemen jalan napas 1. Monitor pola napas (frekuensi,kedalaman dan usaha napas

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	infeksi	jam maka Bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: a. Produksi sputum dari meningkat menjadi menurun b. Batuk efektif dari menurun menjadi meningkat c. Mengi dari meningkat menjadi menurun d. Dispnea dari meningkat menjadi menurun	2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen jika perlu 6. Ajarkan teknik batuk efektif 7. Kolaborasi pemberian mukolitik, bronkodilator
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan distress pernapasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax jam maka	Manajemen jalan napas 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		pola napas membaik dengan kriteria hasil: a. frekuensi napas dari memburuk menjadi membaik b. kedalaman napas dari memburuk menjadi membaik c. Dispnea dari meningkat menjadi menurun d. Penggunaan otot bantu napas dari meningkat menjadi menurun	napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen jika perlu 6. Ajarkan teknik batuk efektif 7. Kolaborasi pemberian mukolitik, bronkodilator Pemantauan Respirasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor nilai AGD 6. Monitor saturasi O ₂
3	Hipertermi berhubungan dengan proses	Setelah dilakukan tindakan	Manajemen Hipertermia 1. Identifikasi

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	penyakit	keperawatan selamax jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: a. menggigil dari meningkat menjadi menurun b. suhu tubuh dari memburuk menjadi membaik	penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor haluaran urine 4. Berikan cairan oral 5. Berikan oksigen jika perlu 6. Anjurkan tirah baring 7. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
4	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax jam maka Eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: a. Kontrol pengeluaran feses dari menurun	Manajemen Diare 1. Identifikasi penyebab diare 2. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 3. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 4. Berikan cairan intravena 5. Anjurkan makanan porsi kecil dan bertahap

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		menjadi meningkat b. Konsistensi feses dari memburuk menjadi membaik c. Frekuensi BAB dari memburuk menjadi membaik d. Peristaltik usus dari memburuk menjadi membaik	6. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 7. Kolaborasi pemberian obat antispasmodik 8. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses

DAFTAR PUSTAKA

- Kozier *et al.* 2010. *Fundamental Of Nursing:concept, process and practice*. New jersey: Prentice Hall.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. 2006. *Buku Ajar Fundamental: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. S. 2016. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. 2016. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

BAB 3

PROMOSI KESEHATAN, WELLNESS, DAN PENCEGAAHAN TRANSMISI HIV AIDS

Oleh Wibowo Hanafi Ari Susanto

3.1 Pendahuluan

Memasuki era baru revolusi industri 4.0, era digitalisasi berbagai perubahan terjadi, baik dari segi *life style* (gaya hidup), cara kerja serta cara dalam melakukan interaksi satu dengan yang lainnya. Arah pemangungan yang awalnya ditujukan untuk meningkatkan sumber daya alam bergeser menjadi penguasaan teknologi serta peningkatan kompetensi dalam bekerja. Masalah lainnya adalah masih banyak orang yang cenderung memiliki perspektif serta perilaku yang cenderung memiliki fokus kepada tindakan kuratif serta rehabilitatif.

Adapun dampak lainnya dari pergeseran dan perubahan tersebut adalah munculnya penyakit menular atau *communicable disease* dan *non-communicable disease*. Adapun untuk mencegah muncul masalah kesehatan lebih lanjut diberlakukan suatu program yang disebut juga dengan wellness program yang akan mendukung upaya peningkatan kesehatan dalam bidang promotif dan preventif (Kurniasari, 2020).

3.2 Konsep Dan Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan pada dasarnya adalah usaha atau upaya dalam menyampaikan informasi atau pesan kepada individu dan masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatannya. Promosi kesehatan sangat mengandalkan perbaikan upaya kognitif. Peningkatan upaya kognitif tersebut merupakan domain utama yang akan membentuk perilaku individu. Adapun promosi kesehatan yang telah diterapkan di Indonesia seyogyanya sudah memiliki landasan yang cukup jelas dengan standarisasi dan legalitas yang jelas. Adapun visi misi pelaksanaan promosi kesehatan di Indonesia diatur dalam peraturan perundang undangan yaitu SK menteri kesehatan Republic Indonesia NO 1193 tahun 2004, yang berisikan berbagai kebijakan strategis mengenai paradigma pembangunan dengan membangun konsep MDGS (*millennium development goals*). Adapun salah satu bentuk rencana jangka panjang yang tercantum dalam konsep tersebut yaitu memerangi anagak kejadian HIV AIDS, serta berbagai bentuk penyakit communicable disease lainnya dengan menurunkan prevalensi jumlah kasus baru. Adapun beberapa metode promosi kesehatan yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku adalah dengan menerapkan metode ceramah, dengan menjelaskan ide dan gagasan dengan menggunakan media yang interaktif seperti media audiovisual (Takainginan, Pesak and Sumenge, 2016).

Agar informasi yang diberikan dapat diterima dengan baik pemilihan media komunikasi sangat penting untuk dilakukan. Adapun media yang paling banyak digunakan untuk mempercepat pemahaman peserta penyuluhan atau yang diberikan edukasi adalah dengan menggunakan media audiovisual. Berdasarkan penelitian terdapat perbedaan pemahaman peserta yang hanya diberikan media visual seperti booklet dengan peserta yang diberikan media audiovisual (Sugiarto, Ayubi and Martha, 2020). Pada pelaksanaan edukasi

pasien HIV, Media sangat mempengaruhi Pemahaman pasien HIV AIDS. Pada ibu hamil dengan HIV-AIDS, penggunaan antiretroviral (ARV) dapat menjadi medikasi pencegahan transmisi dari ibu ke bayi. Semakin menarik dan interaktif media promosi yang digunakan akan meningkatkan efektifitas edukasi yang diberikan.

Adapun beberapa media promosi kesehatan yang dapat digunakan seperti video, leaflet, poster, slide power point, serta lembar balik. Selain media hal yang berpengaruh adalah metode yang digunakan dalam melakukan penyuluhan. Adapun dalam kasus ibu dengan HIV AIDS metode promosi yang digunakan dapat berupa pelaksanaan serta konseling individu serta membuat kelas ibu hamil. Adapun beberapa jenis materi yang dapat dijadikan topik promosi kesehatan pada pasien HIV adalah mulai dari pengertian, tindakan pencegahan, cara penularan, tindakan medikasi, tingkat peluang untuk sembuh, serta cara mengubah stigma yang ada dimasyarakat (Maydianasari and Ratnaningsih, 2020).

Bentuk pelaksanaan promosi kesehatan lainnya adalah dengan melakukan FGD (*focus group discussion*). FGD dilakukan dengan melakukan sharing pengalaman dengan keluarga tetangga serta teman sebaya, namun teman sebaya seringkali menjadi prioritas, karena peer group diharapkan dapat menjadi lebih terbuka dalam membagikan informasi dan pengalaman yang pernah dialami. FGD dilakukan oleh beberapa kader dengan dipimpin oleh seorang narasumber (Theresa, Nugrohowati and Pramesyanti, 2020).

3.3 Konsep Wellness

Berdasarkan definisi dari WHO wellness dapat didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam menentukan arah dan gaya hidup yang dimiliki dan pada akhirnya memiliki dampak positif bagi kesehatan individu. Selain itu wellness dapat diartikan juga sebagai kemampuan

dalam menetapkan pikiran, menuat berbagai rinsip-prinsip hidup yang mengarah pada kempuan dalam mebuat kepuasan dalam hidup dan kualitas hidup.

Adapun beberapa hal pokok yang dapat menjadi poin pokok dari konsep wellness adalah (Pramono, 2013):

1. Perubahan gaya hidup (life style)
2. Tanggung jawab serta tindakan mandiri
3. Tingkat kualitas hidup yang aingin dicapai
4. Pilihan hidup yang dambil

Berbagai pilihan hidup yang kiat ambil akan menentukankebiasaan seseorang dalam melakukan pola hidup sehat seperti berolahraga, pola istirahat tidur serta makan makanan bergizi. Serta munculnya berbagai perilaku seperti menghindari minum minuman beralkohol serta menghindari kosusmsi drug. Selain beberapa poin poko tersebut diatas beberapa pon lainnya adalah, poin pokok lainnya adalah emotional wellness serta *carrerr wellness*. Emotional wellness adalah kemampuan dalam mengenali, menciptakan, meluapkan ekspresi dalam berbicara yang sehat guna mempertahankan nilai dan konsep diri yang positif. Jadi jika diperinci lebih lanjut konsep *wellness* terdiri atas beberapa komonen yaitu:

1. *Spiritual wellness* (proses seseorang dalam membuat keputusan terhadap amakna dan nilai hidup)
2. *Environmental wellness* (pilihan dalam menggunakan energy dan sumberdaya alam yang tersedia dengan baik)
3. *Intellectual wellness* (proses dalam menentukan prioritas dan pilhan hidup)
4. *Physical wellness* (proses dalam menentukan fleksibilitas fisik yang dimiliki)
5. *Emotional wellness* (proses dalam menentukan keseimbangan rasa)

Beberapa hal tersebut sangat perlu menjadi fokus perhatian kita dalam membuat berbagai tindakan guna meningkatkan nilai wellness dan ketercapaian nilai yang diyakini pasien (Pramono, 2013).

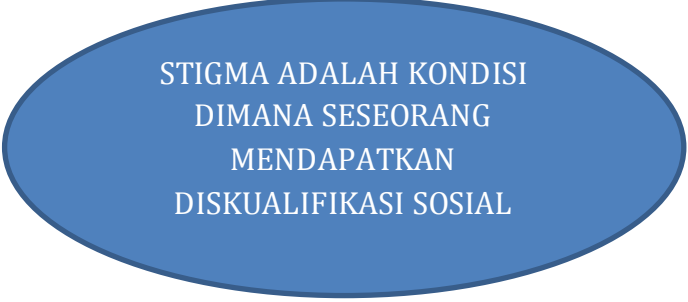
3.4 Pencegahan Transmisi HIV-AIDS

HIV atau yang disebut juga dengan human immunodeficiency virus, merupakan jenis virus yang bersifat melemahkan system imunitas tubuh manusia, sehingga berbagai jenis infeksi tidak mampu dilawan dengan baik. Jika dibiarkan berlarut larut tanpa diberikan terapi medis, akan dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan seperti masalah fisik, psikologis serta sosial. Orang yang terkena penyakit ini cenderung menutup diri, putus asa dan cenderung memiliki konflik batin yang tinggi. Oleh karena itu pada pasien HIV Aids penangan semua aspek secara keseluruhan sangat diperlukan. Ketidaksiapan ODHA dalam menerima realita yang ada akan dapat mengganggu tingkat kesejahteraan (*well-being*) pasien ODHA. Namun demikian aspek *well-being* pada dasarnya memiliki konsep diri yang cenderung kompleks . namun intinya, ketakutan dan kecemasan yang dialami penderita HIV sangat mempengaruhi komponen *well-being* yang dimiliki (Hattu and Lahade, 2021).

Jenis virus merupakan virus berbahaya yang tidak bisa dianggap remeh. Diberbagai Negara intervensi terhadap virus mendapatkan perhatian khusus, adapun alasan mengapa penanganan virus sangat perlu mendapatkan concern khusus adalah :

1. Belum ditemukan adanya vaksin atau obat-obatan yang dapat mencegah penyakit tersebut
2. Penderita yang terinfeksi akan bersifat sebagai pembawa dan menularkan penyakit seumur hidup
3. Tarif biaya yang perlu disediakan untuk pengobatan relatif mahal

4. Produktifitas kerja dapat mengalami penurunan
5. Rantai penyebaran yang sangat cepat
6. Berbagai resiko tersebut dapat memunculkan adanya stigma negatif dalam masyarakat.



STIGMA ADALAH KONDISI
DIMANA SESEORANG
MENDAPATKAN
DISKUALIFIKASI SOSIAL

Stigma merupakan kendala pengobatan terbesar pasien HIV-AIDS. Adanya stigma akan menumbuhkan jarak antar hubungan social karena adanya atribut serta stereotif masyarakat. Adapun untuk mencegah dan memutus rantai penularan HIV AIDS terdapat beberapa tindakan yang dapat dilakukan yaitu (Shintadewi and Sumartias, 2017):

1. Melakukan advokasi lintas sector dan daerah
2. Melakukan bina suasana melalui berbagai media social
3. Menerapkan program community (pemberdayaan masyarakat) untuk mengurangi stigma dan meningkatkan keterlibatan masyarakat sebagai pendukung upaya kesehatan
4. Melakukan kerjasama intas mitra yang meliputi tahap rencana, pelaksana, sampai ketahap evaluasi kegiatan.

Selain beberapa tindakan terbut diatas, adapun beberapa langkah selanjutnya sebagai startegi selain pada ranah kebijakan, contohnya saja pada pencegahan penularan pada usia subur, metode yang dapat diambil adalah (RI, 2015) :

1. *Abstinence*: bagi yang belum menikah, tidak melakukan hubungan seks pranikah

2. *Be faithful*: terpercaya maknanya tidak melakukan gonta ganti pasangan dan setia pada satu pasangan
3. *Condom*: tetap melakukan proteksi saat berhubungan dengan menggunakan kondom
4. *Drug*: menghindari penggunaan obat yang memiliki adiksi yang tinggi
5. Edukasi: memberikan edukasi yang tepat mengenai pencegahan, penularan serta pengobatan HIV

Sedangkan untuk mencegah kehamilan yang tidak diplanningkan dengan baik pada pasien HIV terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan guna menunda kehamilan yaitu:

1. Meningkatkan akses ODHA untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan
2. Memberikan konseling mengenai pemilihan metode kontrasepsi yang paling tepat, aman dan memiliki efek samping yang kurang
3. Memberikan obat yang sesuai untuk penderita HIV

Pada beberapa daerah, strategi utama yang digencarkan adalah dengan melakukan komunikasi intensif melalui berbagai media yaitu, baik melalui media cetak dan elektronik guna menjelaskan dampak bahaya hiv aids beserta kecepatan transmisinya. Dalam beberapa media bahkan menghadirkan ODHA (orang dengan HIV AIDS) sebagai sampel contoh bahaya HIV AIDS sehingga dampak buruknya akan dapat benar-benar dicerna oleh masyarakat.



promkes.kemkes.go.id

Adapun beberapa strategi yang dilakukan untuk meningkatkan target pencapaian promosi kesehatan pada asien ODHA adalah dengan melakukan targeted-multimedia promotion dengan melalui beberapa media yaitu:

1. Menyebarkan pesan melalui berbagai media social seperti facebook, twitter, chatting serta sms gateway
2. Melakukan advokasi guna penyebarluasan bahaya hiv melalui pengelola chatting, serta penyebaran informasi melalui berbagai provider komunikasi.

Selain itu, adapun tindakan tegas pemerintah yang dilakukan dalam penanganan ODHA adalah pemerintah melakukan substitusi terhadap jarum suntik steril serta membuang jarum suntik bekas pakai. Gerakan pemeberdayaan masyarakat lainnya adalah dengan melakukan pembuangan jarum suntik bekas pakai secara bersama sama baik oleh ODHA ataupun masyarakat sekitar. Selain itu, pemerintah juga secara merata diseluruh daerah

menjalankan program KPA yaitu pembagian paket yang berisikan kondom, jarum suntik steril, kapas alkohol, serta storage sampah pada ODHA (Shintadewi and Sumartias, 2017).

Adapun berbagai bentuk keterlibatan masyarakat sangat diperlukan. Masyarakat sejatinya tidak hanya sebagai objek namun juga sebagai subjek. Berbagai bentuk pelayanan kesehatan sejatinya hendaknya melibatkan masyarakat seperti misalnya sebagai kader kesehatan yang ikut melakukan promosi kesehatan dengan melakukan berbagai kegiatan seperti menetapkan hari jumat bersih dengan melakukan gotong royong bersama. Namun demikian dalam implementasinya masih banyak menemui hambatan. Berbagai upaya kesehatan seperti penyediaan alat kesehatan, pengelolaan informasi, pengelolaan sumber daya, serta penyediaan berbagai informasi strategis belum memiliki cakupan yang maksimal (Sir, 2020).

Adapun beberapa bentuk dukungan yang dibutuhkan oleh masyarakat diantaranya adalah (RI, 2015):

1. Memberikan dukungan psikososial

Dikarenakan beratnya masalah psikososial yang dihadapi ODHA maka berbagai bentuk dukungan social sangat diperlukan. Dukungan tersebut dilakukan guna mengantisipasi adanya depresi, diskriminasi, stigma, serta masalah keterbatasan ekonomi. Adapun bentuk dukungan psikososial yang dapat diberikan seperti dukungan akshih sayang berupa empati terhadap kondisi dan kendala yang dihadapi ODHA, memberikan afirmatif positif (penghargaan) terhadap hal kecil yang positif yang dapat dilakukan ODHA secara mandiri, memberikan dukungan instrumental guna memenuhi dan menopang ambuknya perekonomian keluarga, memberikan supporting informasi yang akan mendukung berbagai kegiatan baik dari teman sebaya, lembaga swadaya masyarakat ataupun petugas kesehatan lainnya.

2. Memberikan (*medical care*) dukungan medis

Adapun beberapa dukungan terapi yang diberikan seperti pemberian terapi ARV (antiretroviral), mencegah penyakit oportunistik, melakukan konseling guna mencegah munculnya penyakit tambahan atau lanjutan atau penyakit oportunistik, konseling terkait manajemen kehamilan guna mencegah penularan ibu-anak, memberikan dukungan asupan gizi seimbang, melakukan kunjungan langsung kerumah penderita ataupun memberikan pelayanan dirumah sakit. Sedang pada bayi dengan tidak lupa memberikan imunsasi serta pemantauan tumbuh kembang.

DAFTAR PUSTAKA

- Hattu, S.F. and Lahade, J. 2021. Konsep Diri dan Well-Being Penderita HIV/AIDS Di Kota Ambon. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), pp. 117–128.
- Kurniasari, F. 2020. Wellness Program : Intervensi Perubahan Paradigma Kesehatan Pt Kaltim Prima Coal. *Prosiding Temu Profesi Tahunan PERHAPI*, 1(1), pp. 673–686. Available at: <https://doi.org/10.36986/ptptp.v1i1.109>.
- Maydianasari, L. and Ratnaningsih, E. 2020. Upaya Promosi Kesehatan Untuk Pencegahan Hiv / Aids Pada Kehamilan. *Seminar Nasional UNRIYO*, 2(1), pp. 492–498.
- Pramono, J. 2013. Strategi Pengembangan Health AND Wellness di Bali. *Jurnal Manajemen, Strategi Bisnis, dan Kewirausahaan*, 7(1), pp. 66–74.
- RI, K.K. 2015. *pedomaan manajemen program pencegahan penularan HIV DAN SIFILIS DARI IBU KEANAK*, kementrian kesehatan reppublik indonesia.
- Shintadewi, E.A. and Sumartias, S. 2017. Promosi Kesehatan Hiv-Aids Dan Stigma Terhadap Pengguna Narkoba Suntik (Penasun) Di Kabupaten Sumedang', *Sosiohumaniora*, 19(2), pp. 129–140. Available at: <https://doi.org/10.24198/sosiohumaniora.v19i2.11403>.
- Sir, A.B. 2020. Integrasi Program Pencegahan HIV/AIDS melalui Transmisi Seksual ke dalam Sistim Kesehatan di Kota Kupang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 15(1), p. 1. Available at: <https://doi.org/10.14710/jpki.15.1.1-8>.
- Sugiarto, D.W., Ayubi, D. and Martha, E. 2020. *Hubungan Smoking Media Literacy dengan Status Merokok Siswa Menengah Atas, Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*. Available at: <https://doi.org/10.47034/ppk.v2i1.3973>.

- Takainginan, C., Pesak, E. and Sumenge, D. 2016. Pengaruh Promosi Kesehatan Tentang HIV/AIDS Terhadap Tingkat Pengetahuan Remaja. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 4(1), p. 91557.
- Theresa, R.M., Nugrohowati, N. and Pramesyanti, A. 2020. 'Promosi Kesehatan Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Hiv/Aids Di Karang Taruna X Dan Y Cinere, Depok', *Jurnal Bakti Masyarakat Indonesia*, 2(2), pp. 55-61. Available at:
<https://doi.org/10.24912/jbmi.v2i2.7225>.

BAB 4

KONDISI PSIKOSOSIAL PADA ODHA DAN PRINSIP HIDUP DENGAN ODHA

Oleh Mei Rianita Elfrida Sinaga

4.1 Pendahuluan

Meningkatnya kasus penderita HIV/AIDS (ODHA) menjadi masalah global termasuk Indonesia, dilaporkan data pada bulan Januari sampai Maret 2021 penderita HIV/AIDS sejumlah 7.650 orang dan 6.762 menjalani terapi ARV dengan populasi 810.846 orang. Usia terbanyak yang menderita HIV/AIDS usia 25-49 tahun (71,3%) dan 20-24 tahun (16,3%). Hal ini dikarenakan pada usia muda lebih sering melakukan perilaku seks yang tidak aman sehingga berisiko 5,5 kali kurang dalam melakukan pencegahan penularan HIV. Berdasarkan jenis kelamin tidak ada hubungan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan. Data menunjukkan terdapat 5 provinsi di Indonesia yang memiliki kasus AIDS terbanyak adalah provinsi Jawa Tengah, Sumatera bagian Utara, Jawa Timur, Jawa Barat, dan Kalimantan Timur (Kambu, Waluyo and Kuntarti, 2016; Kemenkes RI, 2021).

Peningkatan kasus dari tahun ke tahun di setiap negara menjadi tantangan masalah kesehatan baik masalah fisik, psikologis, maupun sosial dari stigma dan diskriminasi. ODHA sangat rentan mengalami stigma, dimana stigma ini akan memiliki dampak negatif pada kehidupan ODHA termasuk perilaku kesehatan. Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa pengalaman ODHA dalam menghadapi stigma dan diskriminasi

terkait penyakitnya adalah menderita penyakit yang menakutkan, dihindari, mengalami respon emosional negatif, ingin diterima, mengabaikan stigma dan diskriminasi (Carsita, 2017).

4.2 Stigma dan Dampaknya

ODHA merupakan penderita yang terserang virus RNA dengan kadar CD4 di dalam darah lebih dari 200 sel/mm³. Berbagai stigma dan diskriminasi dialami ODHA. Stigma merupakan label negatif diberikan masyarakat kepada ODHA sehingga menempel dalam diri ODHA seperti sinis, perasaan ketakutan berlebihan, dan pengalaman negatif. Stigma ini terjadi karena kurangnya pengetahuan dan pendidikan, pengalaman atau sikap negatif terhadap penularan HIV dari keluarga maupun masyarakat, sehingga perlu diberikan informasi terkait HIV/AIDS yang detail terhadap keluarga dan masyarakat (Shaluhiah, Musthofa and Widjanarko, 2015). Sedangkan diskriminasi merupakan perlakuan yang dibedakan dikarenakan warna kulit, agama, suku yang dapat mengakibatkan ODHA takut datang ke klinik bahkan terlibat di masyarakat (Balatif, 2019; Dr. Vincent Guilamo-Ramos, 2020).

Secara fisik, ODHA sering melaporkan berbagai masalah yang mengganggu tubuhnya, tergantung dari jenis infeksi yang dialaminya. Berbagai masalah fisik tersebut sering harus dialami oleh ODHA dalam waktu yang bersamaan. Akibat lanjutnya, ODHA tidak hanya mengalami masalah fisik, tetapi seluruh aspek hidupnya dapat juga terganggu (Wang *et al.*, 2018). Selain dari internal ODHA, faktor eksternal dari lingkungan juga menambah beban seorang ODHA, dengan adanya berbagai tekanan sosial, stigma, dan diskriminasi (Forouzan *et al.*, 2013).

Apa akibat yang muncul dari stigma ini?

Stigma akan menghalangi ODHA untuk takut dan malu periksa mengetahui status HIV, ODHA menarik diri dari

kehidupan bermasyarakat, berinteraksi dengan tetangga, teman, dan keluarga (Shaluhiyah, Musthofa and Widjanarko, 2015).

4.3 ODHA dengan Permasalahan Psikologi, Sosial, dan Spiritualnya

ODHA tidak hanya mengalami masalah kesehatan secara fisik tetapi berdampak negatif juga terhadap masalah psikologi, sosial, dan spiritual serta kualitas hidup terutama bagi ODHA yang menjalani pengobatan ARV. Terapi ARV merupakan salah satu cara untuk menurunkan infeksi HIV/AIDS sebagai obat penghambat proses replikasi virus yang menyebabkan penurunan imunitas tubuh dengan tujuan peningkatan kualitas dan harapan hidup. Tetapi demikian tidak semua ODHA patuh dalam menjalani terapi ARV, beberapa hal yang mempengaruhi kepatuhan tersebut adalah informasi aturan minum obat, motivasi minum obat, dan keterampilan berperilaku (Jaemi, Waluyo and Jumaiyah, 2020).

Kondisi psikologi ODHA selama penggunaan ARV di KPA Kota Bogor tahun 2019 menunjukkan hasil yang baik yaitu 96% dan kurang baik 4%. ODHA yang mengalami kondisi psikologis kurang baik akibat sering merasakan kesepian, putus asa, cemas, dan depresi, hal-hal yang bersifat negatif, dan kurang mengikuti arahan konselor untuk mengkonsumsi ARV secara rutin sehingga memasuki tahap AIDS yang dapat mempengaruhi kondisi psikologisnya. Sedangkan kondisi psikologis baik dikarenakan antara sesama ODHA laki-laki maupun perempuan saling mendukung dalam kelompok dukungan sebaya sehingga dapat mengurangi tekanan psikologis yang dialami ODHA karena mereka tidak merasa sendiri dalam menjalani kehidupan (Ariatama, Respati and Nurhayati, 2020).

Adanya dukungan sosial dari kelompok sebaya baik laki-laki maupun perempuan dapat meningkatkan kualitas hidup dan harapan hidup ODHA yang dianggap sebagai suatu kenyamanan, perhatian, penghargaan, atau bantuan dalam hal membagikan informasi layanan kesehatan dan pengetahuan dasar terkait HIV/AIDS, mendampingi ODHA dengan masalah kesehatannya, memantau keteraturan dan patuh menjalani terapi ARV, memberikan bantuan biaya pengobatan darurat, mendampingi cara membuka identitas kepada keluarga dan masyarakat, serta dukungan emosional (Diatmi and Fridari, 2014; Aswar, Munaing and Justika, 2020).

ODHA memiliki dinamika psikologis yang berbeda. Dinamika psikologis yang dimaksud antara lain mengalami reaksi penolakan, depresi, marah, ada tawar menawar, khawatir, penerimaan. Sedangkan lainnya mengalami reaksi penerimaan, penolakan, penerimaan, ada tawar menawar, depresi, tertekan, ada tawar menawar lagi, dan penerimaan. Sama halnya dengan penggunaan koping, masing-masing subjek berbeda. Subjek pertama menggunakan *positive reappraisal* yaitu mencari dukungan sosial, mencari dukungan sosial emosional, pendekatan positif, penerimaan, dan menghindar. Sedangkan subjek lainnya menggunakan pendekatan mencari dukungan sosial, dukungan emosional, kontrol diri, pendekatan positif, dan penerimaan (Paputungan, 2011).

4.4 Prinsip Hidup dengan ODHA

Bagaimana ODHA hidup?

Untuk dapat terus bereksistensi dalam kehidupan di masyarakat, beberapa sikap yang dilakukan ODHA yaitu menyembunyikan identitas, penggunaan simbol sebagai penyamaran kata yang hanya dipahami oleh mereka (tidak berlaku saat berhadapan langsung dengan masyarakat),

semakin sering terlibat dalam interaksi akan semakin meningkatkan eksistensi diri ODHA (Listiana, 2013).

Salah satu pihak yang terlibat dalam penanggulangan HIV/AIDS adalah keluarga. Keluarga memiliki peran penting dalam keberlangsungan kehidupan ODHA. Keluarga memberi pengaruh terhadap status kesehatan ODHA. Keluarga sebagai katalis dalam dukungan kepatuhan menjalani pengobatan untuk meningkatkan harapan hidup ODHA (Masquillier *et al.*, 2014). Hubungan sosial memiliki peran penting dalam melindungi kesehatan fisik dan mental, dan dapat membantu memfasilitasi layanan kesehatan bagi ODHA. Hubungan sosial ini dapat dicapai dengan memberikan pengetahuan untuk mencapai pemahaman yang lebih baik terkait fenomena yang kompleks termasuk penularan HIV (Casale, 2015).

Pemberian promosi kesehatan dapat meningkatkan pemahaman yang lebih baik bagi keluarga sehingga pikiran lebih terbuka untuk dapat menerima status ODHA. Masih munculnya ketakutan sosial stigmatisasi atau diskriminasi membuat keluarga merasa terisolasi dan sendirian dikarenakan tidak menerima dukungan dari lingkungan (da Silva and Campos Tavares, 2015). Kondisi ini akan berdampak bagaimana keluarga akan bersikap terhadap ODHA. Selain itu, pemberian edukasi tentang HIV/AIDS, khususnya tentang cara penularan dan perlindungan kepada keluarga dapat menurunkan stigma dan diskriminasi (Lundberg *et al.*, 2016).

Pemahaman keluarga yang baik terhadap ODHA akan berkaitan dengan penerimaan status ODHA, keluarga akan menjalin hubungan sosial yang baik, memberi dukungan sosial kepada ODHA. Tujuan diberikannya edukasi kepada keluarga adalah adanya penerimaan pengungkapan status positif HIV, dukungan psikologis dari keluarga, dukungan fisik, kepuasan dengan keputusan untuk menerima status positif, tidak ada pengalaman diskriminasi oleh keluarga, tidak takut

ditinggalkan keluarga, kelanjutan kunjungan keluarga (Xu *et al.*, 2017).

Kualitas hidup ODHA memiliki hubungan positif dengan dukungan sosial dan pendidikan yang minim sedangkan stigma, tingkat status sosial ekonomi yang rendah, dan usia di bawah 35 tahun memiliki hubungan negatif (Ghiasvand *et al.*, 2019). Selain itu, kualitas hidup dipengaruhi lama terdiagnosis yaitu ODHA memiliki kualitas hidup lebih baik apabila terdiagnosis HIV/AIDS ≥ 32 bulan, mendapat dukungan sosial, menjalani terapi ARV ≥ 2 tahun, memiliki pendidikan tinggi, tidak ada atau rendah stigma (Handayani and Dewi, 2017; Mardia, Andono Ahmad and Riyanto, 2017).

Untuk membentuk pribadi resilien pada ODHA diperlukan beberapa faktor internal maupun eksternal yaitu internal berupa regulasi emosi, kontrol impulsif, sikap optimis, empati, efikasi diri, analisis penyebab, *reaching out* sedangkan eksternal berupa dukungan keluarga dan teman sebaya, anak, tingkat religiusitas, dan menerapkan pola hidup sehat (Ardana and Sholichatun, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Ardana, E. and Sholichatun, Y. 2014. Resiliensi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). *Psikoislamika: Jurnal Psikologi dan Psikologi Islam*, 11(1). doi: 10.18860/psi.v11i1.6373.
- Ariatama, E. M., Respati, T. and Nurhayati, E. 2020. Kondisi psikologi, sosial, dan spiritual pada Orang dengan HIV/AIDS selama pengobatan antiretroviral di Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bogor Tahun 2019. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 2(2), pp. 109–113. doi: 10.29313/jiks.v2i2.5601.
- Aswar, A., Munaing, M. and Justika, J. 2020. Pengaruh dukungan sosial terhadap kualitas hidup ODHA di Kota Makassar KDS Saribattangku. *Jurnal RAP (Riset Aktual Psikologi)*, 11(1), p. 80. doi: 10.24036/rapun.v11i1.109551.
- Balatif, R. 2019. Pelajari HIV, hentikan stigma dan diskriminasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal JIMKI*, 7(2), pp. 125–129.
- Carsita, W. N. 2017. Pengalaman ODHA dalam menghadapi stigma dan diskriminasi terkait penyakitnya. *The Indonesian Journal of Health Science*, 8(2), pp. 156–164.
- Casale, M. 2015. The importance of family and community support for the health of HIV-affected populations in Southern Africa: What do we know and where to from here?. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), pp. 21–35. doi: 10.1111/bjhp.12127.
- Diatmi, K. and Fridari, I. G. A. D. 2014. Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(2), pp. 353–362. doi: 10.24843/jpu.2014.v01.i02.p14.

- Dr. Vincent Guilamo-Ramos 2020. *What Are HIV and AIDS?* / *HIV.gov*, *HIV.gov*. Available at: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/what-are-hiv-and-aids>.
- Forouzan, A. S. *et al.* 2013. Social Support Network among People Living with HIV / AIDS in Iran. 2013.
- Ghiasvand, H. *et al.* 2019. Social and demographical determinants of quality of life in people who live with HIV/AIDS infection: evidence from a meta-analysis. *Biodemography and Social Biology*, 65(1), pp. 57–72. doi: 10.1080/19485565.2019.1587287.
- Handayani, F. and Dewi, F. S. T. 2017. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Kupang. *Berita Kedokteran Masyarakat (BKM Journal of Community Medicine and Public Health)*, 33(11), p. 509. doi: 10.22146/bkm.25856.
- Jaemi, J., Waluyo, A. and Jumaiyah, W. (2020) 'Kepatuhan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) terhadap pengobatan Anti Retroviral (ARV)', *JHeS (Journal of Health Studies)*, 4(2), pp. 72–84. doi: 10.31101/jhes.1007.
- Kambu, Y., Waluyo, A. and Kuntarti, K. 2016. Umur orang dengan HIV AIDS (ODHA) berhubungan dengan tindakan pencegahan penularan HIV. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3), pp. 200–207. doi: 10.7454/jki.v19i3.473.
- Kemkes RI. 2021. *Laporan perkembangan HIV AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2021*, Kementerian Kesehatan RI.
- Listiana. 2013. Kehidupan sosial dan interaksi orang dengan HIV-AIDS di Yogyakarta. *Sosiologi Reflektif*, 8(1), pp. 302–324.
- Lundberg, P. C. *et al.* 2016. Caregiving to persons living with HIV/AIDS: Experiences of Vietnamese family members. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), pp. 788–798. doi: 10.1111/jocn.13099.

- Mardia, Andono Ahmad, R. A. and Riyanto, B. S. 2017. Kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan kriteria diagnosis dan faktor lain di Surakarta. *Berita Kedokteran Masyarakat (BKM Journal of Community Medicine and Public Health)*, 33(3), pp. 147–152.
- Masquillier, C. *et al.* 2014. Families as catalysts for peer adherence support in enhancing hope for people living with HIV/AIDS in South Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 17, pp. 1–10. doi: 10.7448/IAS.17.1.18802.
- Paputungan, K. 2011. Dinamika psikologis pada Orang Dengan HIV Dan AIDS (ODHA). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Shaluhiah, Z., Musthofa, S. B. and Widjanarko, B. 2015. Stigma masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9(4), pp. 333–339.
- da Silva, L. M. S. and Campos Tavares, J. S. 2015. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: A review of Brazilian research into the theme. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(4), pp. 1109–1118. doi: 10.1590/1413-81232015204.17932013.
- Wang, W. *et al.* 2018. Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: A cross-sectional study in Nanjing, China. *PLoS ONE*, 13(2), pp. 1–17. doi: 10.1371/journal.pone.0192940.
- Xu, J. F. *et al.* 2017. Family support, discrimination, and quality of life among ART-treated HIV-infected patients: A two-year study in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s40249-017-0364-5.

BAB 5

PRINSIP HIDUP DAN KONDISI PSIKOSOSIAL PADA BAYI DAN ANAK YANG TERINFEKSI HIV

Oleh Sulistiyani

5.1 Pendahuluan

Penyakit *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan penyakit menular yang masih menjadi salah satu penyebab kematian pada bayi dan anak. Di negara Indonesia, penyakit HIV/AIDS memiliki laju penyebaran yang cukup cepat. Peningkatan penyebaran kasus HIV/AIDS pada bayi dan anak disebabkan adanya transmisi vertikal dari Ibu ke Bayi/anak. Kasus penderita HIV/AIDS pada bayi/anak dilaporkan mencapai 1,5 hingga 2 juta penderita. Sedangkan kasus bayi/anak yang baru terinfeksi HIV sebanyak 190.000 kasus. (Mansyur, 2020). Kasus dan jumlah kematian anak dengan HIV mencapai 120.000 (Acácio et al., 2018; Ramdhanie, 2019; Vranda & Mothi, 2013). Sebagian besar, anak-anak mendapatkan infeksi vertikal dari ibu yang menderita HIV/AIDS selama kehamilan, persalinan ataupun menyusui (Vranda & Mothi, 2013; WHO, 2021). Sedangkan kasus penderita HIV/AIDS pada anak remaja juga masih tergolong cukup tinggi angka insidennya. UNAIDS juga memperkirakan pada tahun 2019, kasus anak remaja (15-24 tahun) dengan HIV/AIDS mencapai 1.700.000 dengan perkiraan terendah dan tertinggi (1.100.000-2.400.000) dengan total penderita anak

laki-laki sebanyak 740.000 (540.000–990.000) dan perempuan 1.000.000 (550.000–1.400.000) (UNAIDS, 2021).

Hingga saat ini pada tahun 2020, kasus HIV/AIDS pada anak cenderung mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2018. UNAIDS juga mengatakan bahwa insiden kasus HIV/AIDS pada anak-anak usia (0-14 tahun) mengalami penurunan secara substansial dengan jumlah kasus dengan jumlah estimasi penurun lebih dari 60% yaitu kisaran 450.000 (300.000-700.000) hingga 160000 (110000 260000). Sebagian besar, anak-anak mendapatkan infeksi vertikal dari ibu yang menderita HIV/AIDS selama kehamilan, persalinan ataupun menyusui. Ironisnya diwaktu yang sama, angka penularan infeksi HIV/AIDS pada Ibu hamil tetap statis sejak tahun 1999 dengan estimasi 1,3 Juta (980.000-1.600.000). Gambaran kasus infeksi vertikal HIV/AIDS dari ibu dan anak dapat menyebabkan dampak immunosupresi serta meningkatkan risiko yang mengancam jiwa pada anak (Acácio et al., 2018; Slogrove et al., 2020a).

HIV/AIDS telah menjadi ancaman secara global yang signifikan bagi anak-anak dan remaja karena dapat menyebabkan berbagai masalah yang dapat mengganggu tumbuh kembangnya, seperti fisik, psikologis, dan hambatan hubungan sosial (Vranda & Mothi, 2013). Anak-anak dengan infeksi HIV/AIDS membutuhkan waktu pengobatan seumur hidup. Tentunya hal ini banyak menimbulkan masalah psikologis seperti cemas, merasa terisolasi, depresi. Hal ini akan diperparah dengan adanya stigma di masyarakat yang dikaitkan dengan perilaku negatif dari orang tua serta dijauhi karena takut menularkan penyakit di masyarakat. Kompleksitas masalah psikologis yang dihadapi oleh para anak-anak dengan HIV/AIDS akan semakin diperburuk masalah ekonomi yang kebanyakan dalam taraf miskin. Dari aspek sosial akibat adanya stigma di masyarakat dapat berdampak mengganggu perkembangan sosial. Biasanya anak

dengan HIV/AIDS ketika bermain bersama temannya akan mendapatkan perundungan atau bullying. Jika kondisi tersebut terus menerus dialami oleh anak yang terinfeksi HIV/AIDS, maka anak-anak tidak dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan tahapan perkembangan (Domlyn et al., 2020).

Gambaran kasus masalah mental pada anak-anak yang terinfeksi HIV/AIDS memang tidak dapat digambarkan secara langsung, kecuali dari laporan orang tua. Gangguan yang paling umum ditemukan adalah gangguan kecemasan, diikuti oleh gangguan perhatian atau hiperaktif, gangguan perilaku, gangguan penyangkalan, dan gangguan mood. Bayi yang tidak terinfeksi HIV lahir dari orang tua yang terinfeksi HIV melaporkan kejadian 6,17 kasus psikiatri per 1000 orang-tahun. Ini secara signifikan lebih tinggi dari kejadian 1,70 kasus per 1000 orang-tahun pada populasi pediatrik umum. Hal ini juga terlihat bahwa pengetahuan tentang status seropositivitas HIV dan setelah mengalami peristiwa kehidupan yang signifikan keduanya secara signifikan terkait dengan peningkatan risiko rawat inap psikiatri (Slogrove et al., 2020b; Vranda & Mothi, 2013).

Oleh karena itu, sangat diperlukan adanya informasi tentang masalah psikososial bagi masyarakat, sehingga dapat memberikan dukungan kepada bayi dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS untuk tetap mendapatkan hak-hak maupun berhasil dalam menjalani pengobatan (Lentoor, 2017; Santyasa, 2005).

5.2 Issue Psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV

Secara umum, bayi dan Anak-anak yang memiliki riwayat penyakit kronis seperti HIV/AIDS berisiko tinggi mengalami berbagai masalah baik secara fisik, psikologis, dan sosial. Riwayat penyakit dengan pengobatan yang cukup lama serta dapat menularkan ke orang lain memberikan dampak pada tumbuh kembang bayi dan anak. Peningkatan kasus gangguan kesehatan mental pada bayi dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS

dapat diperparah dengan adanya stigma negatif dari lingkungan masyarakat. Masalah psikososial yang dialami oleh bayi dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS seperti merasa terisolasi, depresi, dan kecemasan (Hermetet-Lindsay et al., 2017; Vranda & Mothi, 2013)

Di negara Indonesia, bayi dan anak yang terinfeksi juga dilaporkan memiliki berbagai masalah psikososial. Kenangan akan kematian orang tua akibat menderita penyakit HIV/AIDS membuat anak-anak merasakan trauma, memiliki perilaku menarik diri (antisosial), stres, depresi, memiliki perasaan tidak bahagia, frustrasi, dan putus asa (*hopeless*). Kondisi tersebut akan semakin dirasakan sulit oleh bayi dan anak-anak yang hidup dengan HIV/AIDS apabila tidak mendapatkan dukungan secara emosional serta kurangnya cinta kasih dari keluarga. Tidak jarang bayi dan anak-anak yang terinfeksi HIV/AIDS juga mendapatkan stigma negatif dari masyarakat. Dampak dari stigma yang dirasakan adalah adanya diskriminasi yang dapat memperburuk kondisi emosional mereka (Chitiyo et al., 2016).

5.3 Masalah Psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV

Bayi/anak yang terinfeksi HIV/AIDS dapat menyebabkan masalah psikososial yang biasanya disebabkan karena adanya stigma dari masyarakat. Masalah psikologis yang dialami oleh bayi/anak dengan penyakit kronis cenderung lebih banyak dibandingkan dengan penyakit akut. Sifat penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan dengan jangka waktu yang lama dapat menimbulkan berbagai macam masalah psikologis seperti depresi, isolasi sosial, dan kecemasan. Tentunya bayi/anak-anak dengan penyakit HIV/AIDS cenderung memiliki masalah yang lebih kompleks terkait penyakit, pengobatan dan masalah lain seperti faktor ekonomi. Tingkat prevalensi gangguan kejiwaan di anak-anak yang terinfeksi perinatal bervariasi dari 55% hingga 61%. Gangguan yang

paling umum ditemukan adalah gangguan kecemasan, diikuti oleh gangguan kurang attention atau hiperaktif, gangguan perilaku, gangguan menentang oposisi, dan gangguan mood.

Sebuah studi kohort prospektif yang dirancang untuk menguji hasil jangka panjang di antara anak-anak yang terinfeksi HIV dan Bayi yang tidak terinfeksi HIV lahir dari orang tua yang terinfeksi HIV melaporkan kejadian 6,17 kasus psikiatri per 1000 orang-tahun. Ini secara signifikan lebih tinggi dari kejadian 1,70 kasus per 1000 orang-tahun pada populasi pediatrik umum. Hal ini juga terlihat bahwa pengetahuan tentang status seropositif HIV dan setelah mengalami peristiwa kehidupan yang signifikan keduanya secara signifikan terkait dengan peningkatan risiko rawat inap pada ruang psikiatri (Vranda & Mothi, 2013).

Masalah lain yang dapat dirasakan oleh anak terinfeksi HIV/AIDS adalah adanya rasa takut, kehilangan kepercayaan diri, dan kehilangan harga diri. Anak-anak biasanya tidak mengetahui kondisi status kesehatan orang tuanya. Mereka sering takut ketika orang tuanya sakit tidak kunjung sembuh dalam jangka waktu yang lama. Terkadang kondisi tersebut dialami oleh anak sampai orang tuanya meninggal. Tentu hal ini akan membuat anak merasa takut dan khawatir jika suatu saat penyebab kematian orang tuanya diketahui oleh banyak orang. Kondisi inilah yang semakin memperburuk status kesehatan mental pada anak dengan HIV/AIDS.

Masalah psikologis lainnya yang dirasakan oleh anak terinfeksi HIV/AIDS adalah adanya rasa sedih dan berduka akibat kehilangan orang tua. Tidak jarang orang tua sudah meninggal ketika anak masih sangat kecil. Disaat anak-anak lain memiliki orang tua dan dapat tumbuh dengan keluarga yang sehat, anak terinfeksi HIV/AIDS sudah menjadi yatim piatu. Biasanya mereka akan dirawat oleh nenek atau kakek yang tentunya sudah mengalami penurunan finansial. Ini akan semakin memperburuk kondisi kesehatan mental dari anak

yang terinfeksi HIV/AIDS. Dengan kondisi yang demikian, anak akan kehilangan kepercayaan diri dan harga diri ketika berada dilingkungan masyarakat khususnya teman sebaya. Anak akan cenderung dibully atau mengalami perundungan sehingga tidak dapat mendapatkan hak untuk bersekolah (Doku, 2010; Musindo et al., 2018; Xu et al., 2009).

5.4 Stigma, Kerahasiaan, dan Keterbukaan penderita HIV/AIDS

Masalah psikososial yang membedakan antara penyakit kronis lainnya dengan HIV/AIDS pada anak adalah adanya stigma yang didapatkan di masyarakat. Tidak jarang keluarga yang memiliki bayi/anak akan hidup terbelenggu dalam kebungkaman dan rasa malu untuk mengungkapkan kondisi yang dialami. Hal ini dilakukan karena takut dijaui oleh masyarakat sekitar. Dengan mempertimbangkan kondisi yang demikian, maka keluarga akan memilih untuk diam dan tidak mengungkapkan kondisi yang sebenarnya. Tentu saja hal ini akan berdampak dengan perilaku keluarga yang mulai menarik diri atau menjadi terisolasi dari lingkungan sekitar dan menjadi terputus secara emosional dari support sistem serta kebiasaan-kebiasaan bermasyarakat/sosial (Domlyn et al., 2020).

Akibat dari stigma sosial yang masih melekat di masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS membuat keluarga menunda mengungkapkan kondisi anaknya yang terinfeksi. Pengungkapan memaksa orang tua untuk menghadapi tanggung jawab pribadi mereka dan untuk mengakui perilaku negatif sanksi terkait dengan aktivitas seksual atau penyalahgunaan zat. Tidak ada toleransi bagi perilaku mereka hingga menyebabkan rasa bersalah, penyesalan, dan gangguan psikologis seperti penyangkalan terhadap penyakit yang diderita oleh anaknya. Kondisi seperti ini sudah mulai dialami ketika bayi masih didalam kandunga. Ibu yang sedang mengandung sering kali memiliki rasa khawatir terhadap

kondisi anaknya yang masih dalam kandungan. Tidak jarang pula ibu hamil dengan HIV/AIDS akan merasa marah, takut, menyalahkan diri sendiri, dan stigmatisasi dari keluarga dan teman, serta dari anak-anak mereka lebih memperumit masalah ini. Dengan adanya penolakan sosial, banyak orang tua yang akan memilih untuk merahasiakan diagnosis penyakit anaknya dari anggota keluarga, teman, dan masyarakat secara umum. Sikap keluarga yang memilih untuk merahasiakan kondisi anaknya yang terinfeksi HIV/AIDS dapat menjadi salah satu faktor penghambat keluarga untuk mencari bantuan kesehatan yang dibutuhkan oleh bayi/anak. Selain itu, sikap tersebut juga dapat menghambat perkembangan sosial bayi/anak-anak. Akibat negatif lainnya dari perilaku merahasiakan kondisi bayi/anak terinfeksi adalah anak-anak kehilangan support sistem yang tentunya dibutuhkan selama anak-anak menjalani pengobatan. Hasil penelitian yang dilakukan pada kelompok anak terinfeksi HIV/AIDS di India didapatkan data bahwa dari 50 orang anak yang terinfeksi hanya 7 orang (14%) yang mengetahui bahwa mereka terinfeksi HIV/AIDS. Sementara 43 anak dari 50 anak (86%) tidak menyadari seperti yang dilaporkan oleh wali/orang tuanya. Mayoritas orang tua merasa bahwa usia pertengahan atau remaja sebagai usia yang tepat untuk mengungkapkan kondisi infeksi HIV/AIDS yang mereka alami selama ini. HIV tetap menjadi penyakit stigmatisasi yang melemahkan jaringan pendukung, serta keterbatasan jaringan dan aksesibilitas gratis ke fasilitas perawatan kesehatan. Ini memiliki dampak negatif pada kesehatan mental pengasuh, dengan mayoritas perempuan di studi menampilkan gejala depresi (Vranda & Mothi, 2013). Kepanikan yang terkait dengan setiap kali anak sakit dikombinasikan dengan stresor lain seperti sumber daya terbatas dapat memperburuk konsekuensi negatif dari HIV pada kesehatan dan kesejahteraan anak dan bahkan pengasuh. Penyakit anak yang terinfeksi dapat muncul sebagai suatu

masalah yang sangat memberatkan, memicu kecemasan, dan stres bagi orang tua. Hal inilah yang dapat mengganggu kondisi kesejahteraan psikologis dari bayi/anak yang terinfeksi HIV/AIDS akibat adanya sikap menari atau mengisolasi diri dari sistem sosial (Domlyn et al., 2020; Lentoer, 2017; Muharman et al., 2019; Yassin et al., 2018).

5.5 Dampak Masalah Psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV

Masalah psikososial yang dialami oleh anak dengan HIV/AIDS akibat adanya diskriminasi dapat mengganggu tumbuh kembang dari penderita. Anak dengan HIV/AIDS memiliki kecenderungan mempunyai gangguan perilaku. Meskipun risiko gangguan perilaku tidak pasti menyebabkan bahaya, akan tetapi sejumlah penelitian terhadap anak-anak yang terkena HIV memiliki risiko yang lebih sering dapat menyebabkan bahaya, setidaknya dalam waktu jangka pendek dengan potensi berulang bahkan berlanjut terus menurun hingga jangka jangka panjang.

Dampak Psikososial yang dihadapi oleh anak dengan HIV/AIDS antara lain:

5.5.1 Penyesuaian psikologis

Bukti konklusif, sekarang disintesis dalam beberapa tinjauan sistematis, menunjukkan bahwa HIV orang tua adalah terkait dengan tekanan psikologis anak, seperti depresi, kecemasan dan stres pasca-trauma. Sebagian besar penelitian ini difokuskan pada anak-anak yatim piatu oleh HIV/AIDS, menemukan tingkat depresi yang meningkat dan reaksi stres pasca trauma dibandingkan dengan anak-anak yang tidak yatim piatu, dan juga dibandingkan dengan anak-anak yang orang tua meninggal karena penyebab selain Penyakit AIDS atau kekerasan kematian. Baru-baru ini, penelitian telah

menemukan peningkatan tingkat depresi, stres pasca-trauma dan, khususnya, kecemasan di antara anak-anak yang orang tuanya atau pengasuh masih hidup tetapi tidak sehat dengan HIV/AIDS simptomatik. Data kualitatif menunjukkan bahwa kecemasan ini terkait untuk ketakutan akan kesehatan dan kelangsungan hidup orang tua mereka. Dua studi di LMICs telah mengidentifikasi jalur yang jelas antara AIDS keluarga, kemiskinan dan psikologis anak distress, serta jalur dari kemiskinan ke anak risiko pendidikan dan seksual. Psikologis negatif dampaknya bertahan lama, dengan kesehatan mental yang memburuk status AIDS-anak yatim piatu selama periode 4 tahun. Temuan ini mirip dengan yang dilaporkan dari berbagai pengaturan di sub-Sahara Afrika, itu Amerika Serikat dan Cina . Sesungguhnya sebagian studi secara khusus menarik perhatian pada peningkatan risiko untuk Pemuda yang terkena HIV/AIDS, serta menggambarkan kompleksitas menghubungkan jalur kausal diskrit dengan HIV dewasa dan anak berpotensi berkontribusi untuk hasil.

5.5.2 Dampak Kognitif

Dampak kognitif yang dapat dialami oleh anak-anak dengan infeksi HIV/AIDS adalah adanya bentuk keterlambatan kognitif pada anak baik yang terinfeksi maupun terkena HIV. Semua domain pembangunan adalah terlibat, termasuk bahasa ekspresif dan reseptif, memori, pengolahan informasi, visual-spasial tugas, fungsi eksekutif dan pengambilan keputusan namun, kehati-hatian diperlukan dalam menyeimbangkan efek mapan dan jalur kausal, dengan beberapa penelitian menyoroti pentingnya latar belakang keluarga faktor, dan lain-lain tidak menemukan efek khusus dari paparan antiretroviral untuk semua senyawa. Mengingat sifat neurotropik HIV, intervensi dan kebutuhan khusus ketentuan harus diantisipasi. Ulasan terbaru mengidentifikasi empat intervensi mapan untuk

meningkatkan fungsi neurokognitif anak dalam pengaturan rendah dan tinggi.

5.5.3 Nutrisi

Paparan HIV telah dikaitkan baik dengan kelahiran berat badan rendah dan pertumbuhan awal yang lebih lambat. Namun, kondisi ini sering pulih dalam tahun pertama. Meskipun risiko terkait dengan paparan HIV mungkin bersifat sementara, risiko terkait dengan ketegangan ekonomi dapat bertahan. Di Selatan Afrika, misalnya, anak yatim piatu dari pihak ibu dan ayah lebih mungkin untuk melaporkan tidak makan malam dan tidur dalam kondisi lapar. Jika dibandingkan dengan anak-anak yang tidak yatim piatu, maka kondisi mereka sungguh memprihatinkan. Kondisi seperti kemungkinan juga menjadi efek dari adanya diskriminasi dan stigma.

5.5.4 Sekolah

Penyakit dewasa, tantangan kesehatan mental atau ekonomi kendala dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memenuhi anak-anak kebutuhan dasar termasuk pendidikan. Tinjauan sistematis menemukan efek pendidikan spesifik dari HIV keluarga, termasuk kerugian dalam pendaftaran dan kehadiran sekolah, perilaku sekolah, kinerja, penyelesaian dan pencapaian pendidikan. Anak-anak yang kehilangan ibunya, anak yatim ganda, kemiskinan yang lebih tinggi dan anak perempuan mungkin lebih rentan. Persiapan dari bantuan orang tua ke sekolah gangguan dan masalah psikologis anak meliputi distress, penyakit orangtua menjaga anak di rumah untuk membantu dan anak-anak putus sekolah untuk mendapatkan uang untuk kebutuhan rumah tangga. Kemiskinan rumah tangga yang parah adalah jalur utama, terutama ketika ada biaya (biaya, transportasi, seragam, dll.) terkait dengan pendidikan.

5.5.5 Paparan kekerasan

Wanita yang terinfeksi HIV dikenakan secara tidak proporsional untuk berbagai bentuk pelecehan verbal, fisik dan seksual. Anak-anak dalam keluarga yang terkena dampak AIDS telah terbukti lebih tinggi dari tiga kali lipat. Dua studi sub-Sahara Afrika jelas mengidentifikasi pelecehan anak sebagai link untuk infeksi HIV di masa depan.

5.5.6 Kesehatan seksual

Penelitian dari sub-Sahara Afrika secara konsisten menghubungkan yatim piatu dan Penyakit AIDS orang tua dengan HIV perilaku seroprevalensi dan risiko HIV di kalangan remaja. Sebuah tinjauan sistematis baru-baru ini dan meta-analisis ditemukan seroprevalensi HIV secara signifikan lebih besar di antara yatim piatu (10,8%) dibandingkan dengan pemuda non-yatim piatu (5,9%) [95]. Sedangkan sebagian dari asosiasi ini dapat dijelaskan melalui transmisi vertikal, hubungan positif antara yatim piatu dan perilaku berisiko juga muncul mungkin. Lima dari studi yang disertakan ditemukan secara signifikan risiko kehamilan lebih besar di kalangan anak yatim dibandingkan dengan bukan yatim piatu. Tren di 17 studi yang disertakan menunjukkan peningkatan laporan perilaku risiko seksual di antara anak yatim dibandingkan dengan non-anak yatim, termasuk lebih tinggi kemungkinan girls'unprotected hubungan seksual, beberapa mitra seumur hidup, seks paksa atau tidak mau, seks transaksional dan debut seksual sebelumnya. Infeksi dewasa dan perinatal juga telah terbukti terkait dengan perilaku risiko seksual, seperti halnya penyakit AIDS orang tua (Sherr et al., 2014; Yassin et al., 2018).

5.6 Intervensi mengatasi masalah psikososial Bayi dan Anak dengan infeksi HIV

Keluarga yang memiliki anak dengan HIV / AIDS umumnya keluarga yang menghadapi krisis, penyakit, kekurangan sumber daya, dan isolasi sosial, dan membutuhkan medis, psikologis dan pelayanan sosial. Penting untuk membantu ini anak-anak, dan keluarga mereka melalui antar-disiplin intervensi yang berorientasi pada peningkatan kualitas hidup. Pendekatan yang berpusat pada keluarga telah dianjurkan untuk mengatasi stres keluarga, adaptasi, dan budaya faktor-faktor yang mempengaruhi seluruh keluarga. Mereka juga memberikan dukungan yang tepat untuk anak yang terinfeksi dan saudara-saudaranya, dan menghubungkan keluarga dengan layanan dan sumber daya masyarakat seperti medis, mental kesehatan, pelayanan kesejahteraan sosial, dan perawatan tangguh melalui manajemen kasus. Intervensi terapeutik dengan keluarga yang menghadapi HIV/AIDS harus dimulai dengan konsep pemberdayaan. Pelaksanaan diagnosis yang dilakukan secara terpisah dari anggota keluarga lainnya dapat berdampak pada hilangnya momen dalam kebiasaan acara keluarga, kehilangan pertemuan keluarga dan kelompok persahabatan. Keluarga dapat membantu dalam merekonstruksi anggota keluarga yang terpisah dan dukungan yang tidak lagi tersedia. Seringkali keluarga harus dibantu untuk mengembangkan ritual baru untuk menarik bersama-sama mereka yang membutuhkan dukungan, terutama di fase terminal penyakit. Seperti diberitakan sebelumnya, anak-anak dengan infeksi HIV hadir dengan berbagai kondisi kejiwaan yang memerlukan intervensi intensif. Terapi dukungan memiliki peran terbesar dalam perawatan anak-anak dengan infeksi HIV. Terapi suportif dan kognitif untuk anak-anak ini dan orang tua mereka dan keluarga adalah penting karena mereka paling rentan terhadap masalah kesehatan, perpisahan dan kehilangan (Vranda & Mothi, 2013).

Masalah psikososial pada bayi dan anak dengan infeksi HIV/AIDS membutuhkan beberapa strategi penanganan agar mereka mendapatkan hak dan dapat memiliki tumbuh kembang yang normal sesuai dengan tahapan umur. Penerapan intervensi yang dapat membantu mengatasi masalah psikososial pada anak dengan HIV/AIDS merupakan tanggung jawab bersama. Pengembangan intervensi yang dapat membantu masalah psikologis pada anak yang terinfeksi HIV/AIDS seperti adanya peningkatan support sistem baik dari anggota keluarga, teman sebaya, maupun dari lingkungan masyarakat sekitar.

Adanya bukti bahwa anak-anak yang HIV positif berisiko mengalami hasil perkembangan yang buruk. Hal ini tentunya dapat mengganggu kualitas hidup dari anak penderita HIV/AIDS. Hasil penelitian menggambarkan bahwa kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan diukur dengan menggunakan skala kualitas hidup anak. Anak-anak HIV/AIDS lebih mungkin mengalami kesulitan perkembangan dan kesehatan yang lebih rendah dan kualitas pendidikan hidup, mengendalikan berbagai faktor. Kesulitan perkembangan dan kualitas hidup yang lebih buruk diprediksi dengan menjadi HIV/AIDS, tinggal di Afrika Selatan, tidak bersekolah secara teratur, miskin kondisi perumahan dan hidup dengan anggota keluarga yang sakit. Anak-anak HIV/AIDS cenderung telah terdaftar di CBO rogram untuk jangka waktu yang lebih lama dibandingkan dengan anak-anak lain tetapi melaporkan tingkat kontak yang lebih rendah. Proporsi yang lebih besar dari anak-anak HIV/AIDS menerima layanan medis, intervensi psikososial dan dukungan emosional, dibandingkan dengan anak-anak HIV/AIDS. Namun, lebih sedikit anak HIV/AIDS yang terdaftar dalam kelompok bermain, anak usia dini program intervensi dan program pendidikan. Skrining untuk masalah perkembangan menggunakan short alat dimungkinkan dalam pengaturan masyarakat untuk mengidentifikasi anak-anak

dengan kesulitan perkembangan dan merencanakan layanan untuk anak-anak yang terinfeksi dan terkena HIV. Studi ini menyoroti peran penting CBO untuk campur tangan untuk meningkatkan hasil perkembangan anak. Penyampaian layanan berbasis bukti yang menargetkan perkembangan anak hasil akan memungkinkan anak-anak yang terinfeksi HIV untuk memenuhi potensi perkembangan mereka dan mempromosikan partisipasi mereka dalam komunitas mereka (S. Skeen et al., 2014; Sugitha Adnyana et al., 2019)

Dukungan psikososial didefinisikan sebagai kontinum perawatan dan dukungan yang berusaha untuk mempromosikan mental kesejahteraan individu (Save The Children, 2009). Kontinum dukungan melibatkan primer pengasuh, anggota keluarga, teman, tetangga, petugas kesehatan, dan anggota masyarakat lainnya. Secara khusus, Dukungan Psikososial dapat mencakup aspek spiritual, pendidikan, dan gizi. Tujuan utama memberikan dukungan psikososial adalah untuk mencegah tekanan emosional berkembang menjadi sesuatu yang berat, membantu orang menyesuaikan diri dengan mereka kehidupan normal, dan mempromosikan hasil yang sukses (Chitiyo et al., 2016).

Pengembangan intervensi berbasis dukungan sosial bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikososial anak-anak terkena HIV/AIDS, seperti yang digunakan dalam King et al. (2009). Dengan demikian intervensi dikelompokkan menjadi empat jenis:

1. Intervensi psikologis, seperti terapi perilaku kognitif, interpersonal psikoterapi, terapi psikodinamik, konseling non-direktif, psikologis pembekalan, dan terapi pemecahan masalah.
2. Dukungan psikososial dan/atau perawatan, seperti kelompok bermain, klub pekerjaan rumah, dan program perawatan berbasis rumah.

3. Intervensi kesehatan fisik, termasuk intervensi medis, seperti terapi antiretroviral dan intervensi farmakologis lainnya
4. Intervensi sosial, seperti bantuan ekonomi (misalnya transfer tunai, pekerjaan dan keterampilan program pelatihan) dan bantuan materi (misalnya penyediaan bahan Sekolah, makanan keranjang).

Jenis ukuran hasil

Studi dimasukkan yang menggunakan ukuran hasil berikut:

1. Langkah-langkah psikologis untuk mencatat segala bentuk status kesehatan mental
2. Ukuran hasil sosial seperti kehadiran di sekolah, kualitas hidup, dan atau
3. Hasil yang merugikan seperti bunuh diri atau penahanan (S. A. Skeen et al., 2017)

Intervensi lainnya yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah psikososial pada anak yang terinfeksi HIV/AIDS adalah dengan memberikan dukungan sosial atau perlindungan sosial. Semua intervensi perlindungan sosial diuji dalam penelitian ini melibatkan pemerintah, LSM atau ketentuan keluarga, dan semua tidak bersyarat dalam ketentuan mereka. Dengan demikian, temuan studi ini mungkin memiliki implikasi untuk perdebatan saat ini antara pendekatan perlindungan sosial tanpa syarat dan program insentif tunai berdasarkan hasil seksual langsung seperti kehamilan atau infeksi IMS. Perlindungan sosial lainnya yang dibutuhkan oleh anak-anak dengan infeksi HIV/AIDS adalah perlindungan untuk menerima hak dalam bidang pendidikan seperti sekolah. Penghentian bullying, diskriminasi dan stigma pada anak dengan infeksi HIV/AIDS sangat dibutuhkan agar anak merasa aman dan nyaman ketika di sekolah (Cluver et al., 2016). Adanya perlindungan sosial merupakan salah satu

bentuk support sosial untuk anak penderita HIV/AIDS. Dengan adanya support sosial dapat terbukti menurunkan masalah kecemasan pada anak dengan infeksi HIV/AIDS (Besthorn et al., 2018).

Inovasi intervensi untuk menurunkan masalah psikososial pada anak dengan HIV/AIDS terus dikembangkan. Salah satu intervensi yang terus dikembangkan adalah program *Child-Caregiver Advocacy Resilience ChildCare*. Dalam program ini yang menjadi target intervensi tidak hanya anak tapi juga melibatkan semua anggota keluarga. Hasil penelitian mengatakan bahwa intervensi perawatan anak berkhasiat dalam mempromosikan kesejahteraan psikososial anak-anak yang terkena dampak HIV/AIDS orang tua di pedesaan Cina. Intervensi ChildCare Menargetkan anak dan pengasuh atau orang tua untuk diberikan intervensi peningkatan emosi positif sehingga dapat menurunkan masalah psikososial yang juga mungkin efektif dalam meningkatkan ketahanan anak-anak. Evaluasi dan modifikasi tambahan, termasuk dimasukkannya sesi booster, harus dipertimbangkan untuk lebih memperkuat program. Hasil dari penerapan intervensi ChildCare adalah anak memiliki peningkatan psikologis positif sehingga masalah psikososial dapat diturunkan. Salah satu bentuk psikologis positif yang ditunjukkan anak-anak terinfeksi HIV/AIDS setelah diberikan intervensi adalah mampu mengambil keputusan dengan mengungkapkan strategi koping yang dapat dilakukan, memiliki harapan, mampu mengelola emosi, dan melakukan pengontrolan diri sendiri (Li et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Acácio, S., Nhampossa, T., Quintó, L., Vubil, D., Saco, C., Kotloff, K., Farag, T., Dilruba, N., Macete, E., Levine, M. M., Alonso, P., Mandomando, I., & Bassat, Q. 2018. The role of HIV infection in the etiology and epidemiology of diarrheal disease among children aged 0–59 months in Manhica District, Rural Mozambique. *International Journal of Infectious Diseases*, 73, 10–17.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.05.012>
- Besthorn, F., Kalomo, E. N., Lightfoot, E., & Liao, M. 2018. The relationship between social support and anxiety amongst children living with HIV in rural northern Namibia. *African Journal of AIDS Research*, 17(4), 293–300.
<https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1534748>
- Chitiyo, J., Chitiyo, A., & Chitiyo, M. 2016. Psychosocial Support for Children Orphaned by HIV/AIDS in Zimbabwe. *Childhood Education*, 92(6), 465–469.
<https://doi.org/10.1080/00094056.2016.1251795>
- Cluver, L. D., Orkin, F. M., Meinck, F., Boyes, M. E., & Sherr, L. 2016. Structural drivers and social protection: Mechanisms of HIV risk and HIV prevention for South African adolescents. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1), 1–9.
<https://doi.org/10.7448/IAS.19.1.20646>
- Doku, P. N. 2010. Psychosocial adjustment of children affected by HIV/AIDS in Ghana. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 25–34.
<https://doi.org/10.2989/17280583.2010.493662>

- Domlyn, A. M., Jiang, Y., Harrison, S., Qiao, S., & Li, X. 2020. Stigma and psychosocial wellbeing among children affected by parental HIV in China. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 32(4), 500–507.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1687834>
- Hermetet-Lindsay, K. D., Correia, K. F., Williams, P. L., Smith, R., Malee, K. M., Mellins, C. A., & Rutstein, R. M. 2017. Contributions of Disease Severity, Psychosocial Factors, and Cognition to Behavioral Functioning in US Youth Perinatally Exposed to HIV. *AIDS and Behavior*, 21(9), 2703–2715. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1508-5>
- Lentoor, A. G. 2017. Psychosocial Challenges Associated with Caregiving in the Context of Pediatric HIV in Rural Eastern Cape. *Frontiers in Public Health*, 5(June).
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00127>
- Li, X., Harrison, S. E., Fairchild, A. J., Chi, P., Zhao, J., & Zhao, G. 2017. A randomized controlled trial of a resilience-based intervention on psychosocial well-being of children affected by HIV/AIDS: Effects at 6- and 12-month follow-up. *Social Science and Medicine*, 190, 256–264.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.007>
- Mansyur, A. R. 2020. Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal, Vol. 1, No*, 113–123.
- Muharman, M., Jendrius, J., & Indradin, I. 2019. Praktik Sosial Pengasuhan Anak Terinfeksi HIV dan AIDS dalam Keluarga di Kota Padang: Studi EnamKeluarga dengan Anak Terinfeksi HIV/AIDS. *FOKUS Jurnal Kajian Keislaman Dan Masyarakat*, 4(2), 173.
<https://doi.org/10.29240/jf.v4i2.1042>

- Musindo, O., Bangirana, P., Kigamwa, P., Okoth, R., & Kumar, M. 2018. Neurocognitive functioning of HIV positive children attending the comprehensive care clinic at Kenyatta national hospital: exploring neurocognitive deficits and psychosocial risk factors. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 30(5), 618–622.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1426829>
- Ramdhania, G. G. 2019. Perawatan Paliatif Pada Anak Dengan Hiv/Aids Sebagai Korban Transmisi Infeksi Vertikal: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan Dan Farmasi*, 19(2), 285.
<https://doi.org/10.36465/jkbth.v19i2.505>
- Santyasa, I. W. 2005. Model Pembelajaran inovatif dalam implementasi kurikulum berbasis kompetensi. *Makalah Disampaikan Dalam Penataran Guru-Guru SMP, SMA, Dan SMK Se Kabupaten Jembrana* Juni–Juli.
- Sherr, L., Cluver, L. D., Betancourt, T. S., Kellerman, S. E., Richter, L. M., & Desmond, C. 2014. Evidence of impact: Health, psychological and social effects of adult HIV on children. *Aids*, 28(SUPPL. 3), 251–259.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000327>
- Skeen, S. A., Sherr, L., Croome, N., Gandhi, N., Roberts, K. J., Macedo, A., & Tomlinson, M. 2017. Interventions to improve psychosocial well-being for children affected by HIV and AIDS: a systematic review. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 12(2), 91–116.
<https://doi.org/10.1080/17450128.2016.1276656>
- Skeen, S., Tomlinson, M., Macedo, A., Miltz, A., Croome, N., & Sherr, L. 2014. Child development in HIV-positive and HIV-affected children in South Africa and Malawi-What role for community organisations? *Children and Youth Services Review*, 45(C), 90–97.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.041>

- Slogrove, A. L., Powis, K. M., Johnson, L. F., Stover, J., & Mahy, M. (2020a). Estimates of the global population of children who are HIV-exposed and uninfected, 2000–18: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(1), e67–e75. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30448-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30448-6)
- Slogrove, A. L., Powis, K. M., Johnson, L. F., Stover, J., & Mahy, M. (2020b). Estimates of the global population of children who are HIV-exposed and uninfected, 2000–18: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(1), e67–e75. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30448-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30448-6)
- Sugitha Adnyana, I. G. A. N., Gunardi, H., & Kurniati, N. (2019). Quality of Life of Children With HIV Infection. / *Int J Clin Pediatr Child Health* |, 1(1), 1–8. www.journal.iipch.org/ijcpch
- UNAIDS. 2021. people and HIV. *Young People and HIV*, 1–20.
- Vranda, M. N., & Mothi, S. N. 2013. Psychosocial issues of children infected with HIV/AIDS. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 19–22. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.112195>
- WHO. 2021. Key facts HIV/ AIDS. *World Health Organization*, July.
- Xu, T., Yan, Z., Duan, S., Wang, C., Rou, K., & Wu, Z. 2009. Psychosocial well-being of children in HIV/AIDS-affected families in Southwest China: A qualitative study. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9202-5>
- Yassin, Z., Erasmus, C., & Frantz, J. 2018. HIV-related stigma and the psychosocial well-being of children orphaned by AIDS: a systematic review. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 13(3), 247–258. <https://doi.org/10.1080/17450128.2018.1457193>

BAB 6

VCT DAN DASAR-DASAR KONSEP KONSELING PASIEN HIV/AIDS

Oleh Suriyani

6.1 Pendahuluan

Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, jumlah kasus HIV terus mengalami kenaikan dari tahun ke tahun. Jumlah kasus mencapai puncaknya pada tahun 2019 yaitu sebanyak 50.282 kasus. Kasus HIV tertinggi dilaporkan terjadi pada kelompok usia produktif 25-49 tahun (70.4%). Kasus paling banyak dialami oleh laki-laki (64.5%) dibandingkan perempuan (35,5%).

HIV/AIDS masih menjadi persoalan kesehatan, terutama di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada tahun 2021 diketahui ada sekitar 427 ribu ODHA di Indonesia dengan 61 ribu orang di antaranya meninggal dunia. Infeksi HIV pada awalnya tidak menimbulkan gejala awal HIV yang jelas sehingga seseorang sering tidak menyadari jika sudah terinfeksi dan berisiko menularkannya pada orang lain. Oleh karena itu, diperlukan tes skrining penyakit kelamin untuk mendeteksi HIV sedini mungkin sehingga dapat mencegah penularan virus berbahaya ini.

Diagnosis dini dari pemeriksaan VCT juga membantu Anda mendapatkan pengobatan lebih cepat sehingga infeksi HIV tidak terlambat berkembang menjadi AIDS. Oleh karena itu, konseling VCT sangat penting dilakukan sebagai bentuk pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Indonesia. Layanan ini tidak hanya dilakukan di rumah sakit, tetapi juga bisa

dilakukan di puskesmas atau di klinik penyedia layanan VCT. Layanan konseling dan testing HIV/AIDS sukarela dapat dilakukan di sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, yang dapat diselenggarakan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Layanan konseling dan testing HIV/AIDS sukarela ini harus berlandaskan pada pedoman konseling dan testing HIV/AIDS sukarela, agar mutu layanan dapat dipertanggung jawabkan

6.2 Definisi VCT dan HIV/AIDS

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) adalah suatu gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV ke dalam tubuh seseorang. *Human Immuno-deficiency Virus* (HIV) adalah virus yang menyebabkan AIDS.

HIV/AIDS HIVAIDS adalah penyakit kelamin yang 10 tahun mendatang belum ditemukan obatnya. Semua penyakit yang disebabkan virus termasuk influenza belum ditemukan obatnya, walaupun kita berobat sekedar untuk meningkatkan daya tahan tubuh sehingga penyakit lain (penyakit *opportunities*) tidak menjadi patogen (ganas). Orang yang terkena HIV/AIDS daya tahan atau imunitas tubuhnya menurun sedemikian rupa sehingga orang itu meninggal, dan meninggalnya karena penyakit lain yang telah menjelma menjadi patogen. Adapun obat yang sekarang ditemukan yaitu anti retroviral, tetapi tidak mematikan virus itu sendiri.

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala-gejala penyakit yang diidap oleh seseorang yang sudah terinfeksi HIV (*Human Immunodeciency Virus*). AIDS juga diartikan sebagai sindrome cacat kekebalan tubuh dapatan, yang berarti AIDS bukan penyakit keturunan tetapi karena sistemkekebalan tubuh dirusak setelah seseorang terinfeksi HIV (Harahap, 2000). Konseling dan Testing (*Counselling and Testing*) adalah konseling dan testing

HIV/AIDS sukarela, suatu prosedur diskusi pembelajaran antara konselor dan klien untuk memahami HIV/AIDS beserta risiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan dan keluarga serta orang disekitarnya. Tujuan utamanya adalah perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman.

6.3 Definisi Konseling Dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)

Definisi Konseling dalam VCT Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS.

Adaptasi Konseling dan Testing Sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan.

1. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada saat klien mencari pertolongan medik dan testing yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik, dan ART.
2. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV/AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

3. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.

6.4 Prinsip Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)

1. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV.

Pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien, tanpa paksaan, dan tanpa tekanan. Keputusan untuk dilakukan testing terletak ditangan klien. Kecuali testing HIV pada darah donor di unit transfusi dan transplantasi jaringan, organ tubuh dan sel. Testing dalam VCT bersifat sukarela sehingga tidak direkomendasikan untuk testing wajib pada pasangan yang akan menikah, pekerja seksual, IDU, rekrutmen pegawai/tenaga kerja Indonesia, dan asuransi kesehatan.

2. Saling mempercayai dan terjaminnya konfidensialitas.

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan di luar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Untuk penanganan kasus klien selanjutnya dengan seijin klien, informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

3. Mempertahankan hubungan relasi konselor-klien yang efektif.

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku berisiko. Dalam VCT dibicarakan juga respon dan

perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.

Testing merupakan salah satu komponen dari VCT. WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV. Penerimaan hasil testing senantiasa diikuti oleh konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lainnya yang disetujui oleh klien.

6.5 Manfaat melakukan VCT

Berikut adalah beberapa manfaat melakukan VCT:

- a. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman secara detail terkait HIV/AIDS
- b. Meningkatkan langkah pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS
- c. Mendeteksi sedini mungkin risiko terkena HIV/AIDS
- d. Mendapatkan dukungan penuh untuk meningkatkan kualitas hidup, bagi ODHA
- e. Mendapat pengobatan antiretroviral (ARV) untuk menekan perkembangan virus HIV, bagi ODHA

6.6 Tahapan dan Proses dalam VCT

Pada prinsipnya, VCT bersifat rahasia dan dilakukan secara sukarela. Artinya, konseling dan tes ini hanya dilakukan atas inisiatif dan persetujuan pihak yang datang ke penyedia layanan VCT untuk diperiksa. Hasil pemeriksaan yang dilakukan selama VCT pun terjaga kerahasiaannya. Berikut ini adalah tahapan dan proses layanan VCT:

Tahap 1: Konseling sebelum Tes

Konseling sebelum tes (prates) dilakukan agar klien mendapatkan informasi sedetail mungkin terkait HIV/AIDS dan tesnya. Ada beberapa hal yang akan disampaikan konselor kepada klien di tahap ini, yaitu:

- Alasan atau tujuan melakukan konseling VCT
- Riwayat kesehatan dan gaya hidup klien
- Penilaian risiko untuk membantu klien memahami faktor risiko HIV/AIDS
- Penilaian kejiwaan klien jika diperlukan
- Penjelasan informasi dasar terkait HIV/AIDS

Setelah konseling ini dilakukan, konselor akan meminta persetujuan klien untuk memulai tahap berikutnya, yaitu tes HIV.

Tahap 2: Tes HIV

Jika klien sepakat untuk melakukan tes HIV, barulah konselor menjelaskan mengenai pemeriksaan yang akan dilakukan, termasuk meminta persetujuan klien (*informed consent*). Setelah mendapat persetujuan tertulis, barulah tes HIV dapat dilakukan. Bila hasil tes sudah muncul, klien akan diberi kabar dan diminta untuk datang kembali ke fasilitas penyedia layanan VCT agar konselor dapat memberitahu hasil tes.

Prosedur VCT ini memiliki tiga jenis tes, yaitu:

- Tes Elisa
- Tes Western Blot. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengambil sampel darah. Sampel lalu akan dikirimkan ke laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Hasil pemeriksaan ini bisa kamu ketahui dalam waktu sekitar satu minggu.
- Rapid test. Pemeriksaan ini dilakukan dengan pengambilan sampel darah melalui ujung jari. Darah tersebut kemudian

akan diletakkan pada kaca objek dan diberikan larutan kimia khusus. Hasil pemeriksaan bisa kamu ketahui hanya dalam waktu 15 menit. Apabila hasilnya positif, pemeriksaan ini akan diulangi guna memastikan diagnosis yang akurat.

Tahap 3: Konseling setelah Tes

Setelah menerima hasil tes, klien akan menjalani konseling setelah tes (*pascates*). Jika hasil tes negatif, konselor tetap akan memberi pemahaman mengenai pentingnya menekan risiko terkena HIV/AIDS. Misalnya, mengedukasi klien untuk berhubungan seksual dengan aman, salah satunya dengan menggunakan kondom. Namun, jika hasil tes positif, konselor akan memberikan dukungan emosional agar penderita tidak patah semangat. Konselor juga akan memberikan informasi tentang langkah berikutnya yang dapat diambil klien, seperti cara meningkatkan kualitas hidup, mencegah penularan HIV ke orang lain, serta menjalani pengobatan.

Peran konselor di tahap ini sangat penting untuk mendukung dan membangun mental para penderita HIV agar mereka tetap semangat dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Tak hanya itu, konselor harus memastikan penderita HIV tetap mendapatkan pengobatan secara teratur.

6.7 Syarat-Syarat VCT

Berikut adalah syarat-syarat untuk melakukan tes VCT yang perlu Anda perhatikan:

- Tes dilakukan hanya dengan sepengetahuan dan atas izin pasien.
- Pasien telah memahami dan mengetahui HIV/AIDS sebelum menjalani tes.
- Telah menjalani konseling sebelum tes.
- Hasil tes bersifat pribadi dan rahasia, serta hanya boleh diberikan kepada pasien.

- Menjalani konseling setelah tes agar pasien memahami hasil tes dan menyusun rencana selanjutnya terkait status HIV mereka (jika positif).

6.8 Konseling HIV/AIDS

Konseling HIV adalah komunikasi yang bersifat pribadi dan rahasia antara seorang klien dengan seorang konselor/orang yang telah dilatih mengenai HIV/AIDS untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi stress dan mengambil keputusan berkaitan dengan HIV&AIDS.

Konseling merupakan suatu hubungan profesional antara seorang konselor yang terlatih dan klien. Hubungan tersebut dirancang untuk membantu klien memperoleh pemahaman tentang kehidupannya dan untuk belajar mencapai tujuan-tujuan yang ditetapkannya sendiri dengan cara memanfaatkan sumber-sumber informasi yang terpercaya dan melalui pemecahan masalah-masalah emosional dan interpersonal (Nursalim, 2015)

Klien pada konseling HIV adalah orang-orang yang akan dan telah menjalani tes HIV. Aspek *consent* (izin) dan *confidentiality* (kerahasiaan) merupakan aspek yang sangat penting dalam konseling HIV.

Tujuan umum konseling ODHA (Lubis, 2011) adalah:

1. Menyediakan dukungan psikologis (emosi, sosial, spiritual)
2. Pencegahan penularan HIV (Informasi perilaku beresiko (seks aman, penggunaan jarum suntik), keterampilan pribadi untuk perubahan perilaku dan negoisasi praktik lebih aman.
3. Memastikan efektivitas rujukan kesehatan.

Karena konseling HIV merupakan bagian dari tes HIV, maka terdiri dari 2 tahap yaitu konseling awal sebelum pemeriksaan (konseling pra testing) dan konseling setelah dilakukan pemeriksaan (konseling pasca testing).

Konseling awal (*Konseling Pra Testing*) pada VCT meliputi:

- Alasan datang untuk konseling
- Keluhan utama
- Riwayat penyakit sekarang
- Apakah memiliki masalah kesehatan sebelumnya
- Identifikasi faktor risiko
- Informasi mengenai HIV/AIDS, termasuk prosedur pemeriksaan dan penularannya
- Penjelasan mengenai window period
- Alternatif pemecahan masalah
- Dampak yang mungkin muncul setelah dinyatakan positif HIV dan upaya menanggulangi dampak tersebut
- Keuntungan dan kerugian jika menjalani test HIV
- Dukungan yang akan diberikan untuk yang positif HIV
- Cara mengeliminasi faktor pemicu di masa sebelumnya.

Konseling setelah hasil pemeriksaan diketahui (*Konseling Pasca Testing*) meliputi :

- Menjelaskan hasil pemeriksaan dengan empati (kemungkinan hasil dapat positif, negative, atau indeterminate)
- Membiarkan pasien mengekspresikan perasaannya setelah mengetahui hasil pemeriksaan HIV
- Mendiskusikan masalah yang mungkin muncul dan membantu menyelesaikan masalah tersebut
- Menyampaikan informasi yang diperlukan pasien (pemeriksaan lanjutan atau pengobatan)
- Mendiskusikan pola hidup yang dianjurkan.

Pelayanan kesehatan dasar untuk individu yang terdiagnosis HIV negative:

- Konseling untuk individu/pasangan suami isteri tentang pencegahan HIV
- Promosi mengenai kondom
- Pelayanan jarum suntik steril dan harm reduction untuk Penasun (Pengguna Narkoba suntik)
- Profilaksis setelah paparan
- Tes ulangan setelah 3 bulan

Pelayanan kesehatan dasar untuk individu yang terdiagnosis HIV positif:

- Konseling pasca testing mengenai pencegahan penularan, perawatan, dan terapi HIV/AIDS
- Dukungan untuk keluarga dan konseling suami isteri
- Seks yang aman dengan penggunaan kondom
- Pelayanan jarum suntik steril dan harm reduction untuk Pengguna (Pengguna Narkoba suntik)
- Pencegahan penularan dari ibu hamil ke janinnya
- Pelayanan kesehatan reproduksi dan KB

Berikut kategori daerah epidemi HIV/AIDS menurut WHO :

1. Epidemi HIV derajat rendah: pada populasi dengan prevalensi HIV < 5%.
2. Epidemi HIV terkonsentrasi: pada populasi dengan prevalensi HIV > 5%, termasuk di dalamnya < 1% terdapat pada wanita hamil.
3. Epidemi HIV general: pada populasi dengan prevalensi HIV > 5%, termasuk di dalamnya > 1% terdapat pada wanita hamil.

6.8 Proses Konseling

Secara garis besar ada tiga langkah proses konseling ODHA yaitu persiapan, tahap action (pelaksanaan), dan tahap akhir yaitu terminasi. Langkah-langkah tersebut dirinci menjadi lima tahap sebagai berikut (Saam, 2013) :

Tahap satu merupakan tahap persiapan, yang meliputi:

- a. Penentuan jadwal konseling
- b. Penentuan tempat konseling
- c. Kesiapan konselor dan klien melaksanakan konseling.

Tahap dua : membangun hubungan baik dan terapeutik

- a. Meyakinkan kerahasiaan
- b. Mendiskusikan asas kesukarelaan
- c. Menggali masalah, meminta klien menceritakan kisah mereka
- d. Menjelaskan apa yang dapat konselortawarkan dan cara kerjanya.
- e. Konselor menjelaskan komitmen untuk bekerja bersama dengan klien.
- f. Konselor minta keterbukaan klien. Jika masih ada yang ditutup-tutupi maka konseling kurang bermanfaat.

Tahap Tiga : Definisi dan pemahaman peran konselor dan klien

- a. Mengemukakan peran dan batas dari hubungan dalam konseling.
- b. Mengklarifikasi tujuan dan kebutuhan klien.
- c. Membantu mengurutkan prioritas tujuan dan kebutuhan klien.
- d. Menjelaskan peran masing-masing (konselor-klien).
- e. Menggali keyakinan, sikap, pengetahuan, persepsi dan motivasi klien untuk memecahkan masalahnya.

Tahap Empat : proses konseling pada fase eksplorasi dan tindak lanjut

- a. Memfasilitasi ekspresi pikiran dan perasaan klien
- b. Mengenali berbagai alternatif pemecahan dan adaptasi.
- c. Mengenali keterampilan penyesuaian diri yang sudah ada dan yang akan dikembangkan.
- d. Mengevaluasi alternatif pemecahan masalah dan risiko yang mungkin timbul.
- e. Mengarahkan perubahan perilaku.
- f. Memonitor perubahan tingkah laku menuju tujuan konseling.
- g. Menjajaki makna hidup bagi klien.
- h. Tindakan alternatif yang dibutuhkan.
- i. Rencana rujukan sesuai kebutuhan klien.

Tahap Lima : enutup atau mengakhiri konseling.

Tahap akhir merupakan tahap terminasi yang terdiri dari:

- a. Konselor memfasilitasi klien untuk mengungkapkan hasil konseling yang sudah ada dilakukan.
- b. Klien menatalaksana dan menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari.
- c. Konselor menjelaskan hasil-hasil konseling yang sudah dicapai.
- d. Klien menegaskan kembali sistem dukungan yang tersedia yang dapat diakses.
- e. Klien dapat mendeskripsikan strategi untuk memelihara perubahan yang sudah terjadi.
- f. Klien mendeskripsikan rencana kegiatan kehidupan yang lebih berkualitas.
- g. Mendorong klien agar tetap berkomunikasi dengan konselor, bila diperbolehkan.

6.8 Konseling terhadap ODHA

ODHA adalah sekelompok orang yang bermasalah, meskipun ada sebagian mereka tidak menyadari bahwa mereka bermasalah. Masalah-masalah tersebut muncul tidak hanya terhadap diri sendiri, tetapi juga terhadap orang lain karena akan berkaitan dengan penularan HIV itu sendiri.

Berbagai studi menyimpulkan bahwa konseling yang baik dapat membantu orang mengambil keputusan, termasuk mengambil keputusan melakukan tes HIV. Konseling terhadap ODHA dapat membantu mereka untuk melakukan coping yang lebih baik, hidup yang lebih positif dan membantu mencegah penularan HIV (UNAIDS,1979).

Ada beberapa alasan yang mendasar pentingnya pemberian konseling terhadap ODHA.

1. Diagnosis HIV mempunyai banyak implikasi dan dampak negatif terhadap aspek psikologis, sosial, fisik,danspiritual.
2. HIV adalah penyakit yang mengancam kehidupan dan terapinya seumur hidup.
3. Konseling ODHA dapat mencegah penularan yang luas dalam masyarakat.
4. ODHA sering dikucilkan dalam masyarakat dan dipersepsi sebagai kelompok orang “yang tidak baik”.

Konseling HIV/AIDS adalah hubungan interpersonal yang bersifat rahasia antara konselor dan klien untuk meningkatkan kemampuan menghadapi stres dan mengambil keputusan yang berkaitan dengan HIV/AIDS. VCT dilakukan pada setiap intervensi minimal pada pra dan pasca tes HIV.

Rogers mengemukakan untuk terlaksananya proses konseling yang bertujuan, maka teknik atau kondisi yang diperlukan adalah:

1. Kontak psikologis (secara minimum harus ada), wujud dari kontak Psikologis adalah konselor menerima dan berempati pada klien.

2. *Minimum state of anxiety* maksudnya adalah klien perlu memiliki kecemasan akan dirinya yang bermasalah pada taraf minimum, apabila klien merasa tidak enak dengan keadaan sekarang, maka ia cenderung berkehendak untuk mengubah dirinya.
3. *Counselor genuiness*: konselor asli tidak dibuat-buat terlihat dari ciri-ciri jujur, tulus dan tanpa pamrih.
4. *Unconditione positive regard and respect*; penghargaan konseloryang tulus pada klien.
5. *Emphatic understanding*; konselor benar-benar memahami kondisi internal klien, merasakan jika seandainya konselor sendiri yang menjadi klien. *Clien perception*: klien perlu merasakan bahwa kondisi-kondisi diatas memang ada.
6. *Concreteness, immediacy and confrontation*; ini merupakan teknik-teknik khusus dalam proses konseling.

DAFTAR PUSTAKA

- Amirah Diniaty. 2009. Teori-teori Konseling, Pekanbaru: Daulat Riau.
- Dadang Hawari. 2006. Global Effect HIV/AIDS Dimensi Psikoreligi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Dewa Ketut Sukardi, dan Nila Kusmawati. 2008. Proses Bimbingan dan Konseling Di Sekolah, Jakarta: Rineka Cipta.
- Gerald Corey. 2013. Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi, Bandung : Refika Aditama.
- Hartono, Boy Soedarmadji. 2012. Psikologi Konseling, Jakarta : Kencana.
- Komite Penanggulangan Aids Indonesia (KPAI), 2013. Modul VCT. Dalam TOT Pengajar HIV/AIDS. Surabaya.
- M. Surya. 1994. Dasar-Dasar Konseling Pendidikan (Konsep dan Teori). Bandung: Bhakti Winaya.
- Mochammad Nursalim. 2015. Pengembangan Profesi Bimbingan & Konseling, Jakarta: Erlangga.
- Namora Lumangga Lubis. 2011. Memahami Dasar-Dasar Konseling Dalam Teori Dan Praktik. Jakarta: Kencana.
- Sofyan S Willis. 2017. Konseling Individual teori dan praktek, Alfabeta,
- Sugiyono. 2018. Metode penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D, Bandung : Alfabeta,
- Syaiful Harahap. 2000. Pers meliputi AIDS, Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- WHO, 2015. HIV Testing Services.
<http://www.who.int/hiv/topics/vct/about/en/>
- Zulfan Saam. 2013. Psikologi Konseling, Jakarta : Raja Grafindo Persada.

BAB 7

TERAPI MEDIS ANTIRETROVIRAL (ARV)

Oleh Santalia Banne T

7.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV) / *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)* dalam Kehamilan

7.1.1 Pengertian HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus dapat menyebabkan kekebalan tubuh menurun. yang menyerang sel darah putih (CD4). Virus ini dapat menyebabkan seseroang terkan penyakit AIDS. (Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan RI, 2014). *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang memiliki berbagai gejala penyakit yang disebarkan oleh virus HIV. AIDS merupakan kelanjutan dari fase infeksi dari HIV. Apabila pengobatan pada pasien yang terinfeksi HIV tidak diobati dengan benar maka kondisi pasien tersebut dapat masuk pada stadium lanjut gejala yang muncul dapat berupa berat badan menurun, diare, demam, pembengkakan kelenjar getah bening, TB bahkan kanker (limfoma dan sarcoma kaposi) (Najmah., 2016).

7.1.2 Cara Penularan HIV/AIDS

Cara penularan penyakit HIV/AIDS diantaranya adalah sebagai berikut (Masriadi, 2017):

1. Penularan melalui hubungan seksual

Hubungan seksual adalah salah satu cara utama penuluran HIV yang dapat ditemukan dalam cairan alat

reproduksi pria (cairan semen) dan alat reproduksi Wanita (cairan vagina dan serviks).

2. Penularan melalui darah

Penularan melalui transfusi darah dapat terjadi apabila seseorang mendapatkan donor darah dari orang terinfeksi HIV. pemeriksaan antibody HIV sangat perlu dilakukan sebagai langkah pencegahan penularan HIV/AIDS melalui transfuse darah.

3. Penularan secara vertikal (Ibu hamil/ ibu menyusui)

Penularan ini terjadi pada ibu yang terinfeksi HIV ke janin pada saat hamil, melahirkan / bersalin dan setelah bersalin melalui ASI.

4. Penularan dari tenaga kesehatan dan tenaga laboratorium

Penularan ini dapat terjadi pada petugas kesehatan oleh penggunaan jarum suntik, karena tidak hati-hati dan tertusuk jarum suntik yang sudah terinfeksi melalui darah pasien HIV.

7.1.3 Diagnosis HIV (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Terdapat 5 prinsip dasar dalam melakukan diagnose HIV yang telah disepakati secara umum (5C) yaitu *informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to care, treatment and prevention services*. Prinsip 5C harus diterapkan pada semua model layanan testing dan konseling (TK) HIV. Tes diagnosis HIV. Penegakkan diagnosis HIV dapat dilakukan dengan pemeriksaan serologis dan virologis.

a. Metode pemeriksaan serologis

Mendeteksi HIV dengan mengetahui antibody dan antigen dengan pemeriksaan serologi yaitu :

- *rapid immunochromatography test* (tes cepat)
- EIA (*enzyme immunoassay*)

b. Metode pemeriksaan virologis

Pada pemeriksaan ini HIV dideteksi dengan pemeriksaan DNA dan RNA HIV :

- ✓ bayi berusia < 18 bulan.
- ✓ infeksi HIV primer.
- ✓ Pasien dengan keadaan terminal dengan hasil pemeriksaan antibodi negatif namun gejala klinis menunjukkan gejala AIDS.
- ✓ konfirmasi hasil inkonklusif atau hasil yang berbeda pada dua pemeriksaan laboratorium.

Hasil pemeriksaan HIV dikatakan positif apabila:

- 1) tiga hasil pemeriksaan serologis dengan tiga metode atau reagen berbeda menunjukkan hasil reaktif.
- 2) pemeriksaan virologis kuantitatif atau kualitatif terdeteksi HIV.

7.1.4 Pencegahan penularan infeksi HIV dengan pengobatan ARV

Efektifitas dari ARV dalam menurunkan penularan HIV sebesar 93% untuk pasangan yang tidak melakukan hubungan seksual no HIV. Tindakan pencegahan dengan ARV adalah bagian dari pengobatan awal pencegahan. Selain penggunaan ARV yang efektif dalam mengurangi jumlah HIV, menjaga perilaku yang berisiko juga harus dilakukan agar dapat menurunkan kasus HIV (positive prevention).

7.2 Antiretroviral (ARV)

7.2.1 Pengertian Antiretroviral (ARV)

Antiretroviral (ARV) merupakan bagian dari treatment HIV/AIDS untuk menurunkan risiko penularan HIV, mencegah

infeksi berkembang, meningkatkan kualitas hidup penderita (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

7.2.2 Sasaran yang menerima ARV

1. Penderita HIV dewasa dan anak > 5 tahun pada stadium 3 atau 4 ($CD4 \leq 350$ sel / mm²)
2. Penderita HIV dengan TBC
3. Penderita HIV dengan hepatitis B dan C
4. Ibu hamil dengan HIV
5. Bayi baru lahir dari ibu penderita HIV (profilaksis)
6. Penderita HIV bayi dan anak < 5 tahun
7. Pasien HIV yang pasangannya pada hasil pemeriksaan negative / positif.
8. Penderita HIV pada populasi epidemik HIV meluas
9. Penderita HIV pada populasi kunci

Terapi ARV dapat diberikan setelah melewati tahap konseling (WHO,2017) dan memiliki pengawas minum obat agar dapat memantau dan mengontrol minum obat tersebut seumur hidup.

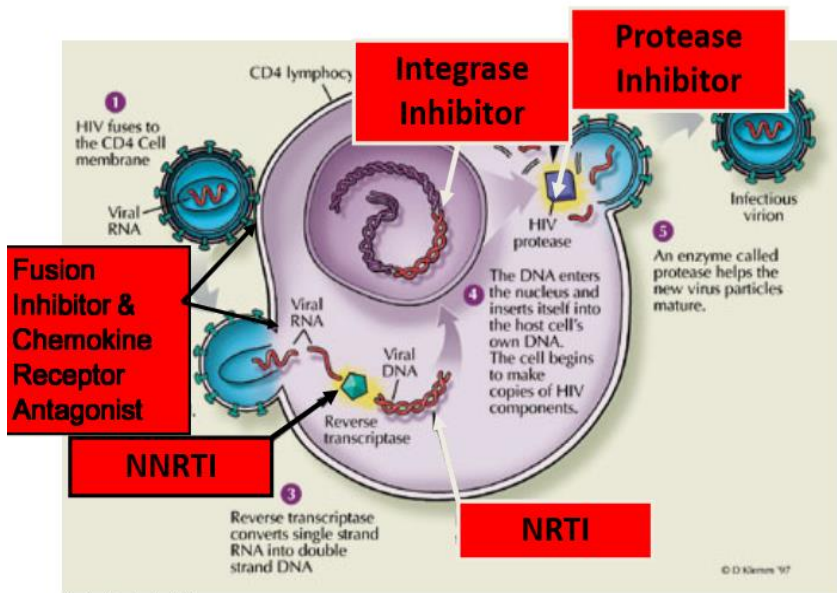
7.2.3 Jenis ARV terdiri dari (Kementerian Kesehatan RI, 2019):

1. Golongan obat anti-HIV: *nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NRTI, juga disebut analog nukleosida. NRTI berfungsi mencegah enzim reverse transkriptase dari RNA virus menjadi DNA pejamu.
2. *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NNRTI
NNRTI bekerja dengan cara berikatan dengan enzim reverse transcriptase sehingga dapat mengurangi kerja sintesis DNA HIV.
3. *Protease inhibitor* (PI)
Golongan ini berfungsi untuk mencegah kerja enzim

protease yang digunakan dalam proses maturase virus.

4. *Entry inhibitor*: berfungsi mencegah HIV masuk kedalam sel.
5. *Integrase inhibitor* (INI): mencegah HIV dan sel menjadi satu.

Mechanism of Action of ARVs



Gambar 7.1. Mekanisme ARV

7.2.4 Terapi Antiretroviral (ARV)

Pengobatan lini pertama :

Tabel 7.1. Terapi ARV

Paduan pilihan	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT
Paduan alternatif	• AZT + 3TC + NVP • AZT + 3TC + EFV • TDF + 3TC (atau FTC) + NVP • TDF + 3TC (atau FTC) + EFV^{400*}

*Belum dapat direkomendasikan pada ibu hamil dan ODHA yang menggunakan rifampisin.

Tabel 7.2. Terapi ARV pada penderita yang belum pernah mendapatkan terapi ARV

POPULASI TARGET	PILIHAN YANG DIIREKOMENDASIKAN
Dewasa dan anak	• AZT atau TDF + 3TC (atau FTC) + EVF atau NVP
Ibu hamil	• AZT + 3TC + EFV atau NVP
Koinfeksi HIV/TB	• AZT atau TDF + 3TC (atau FTC) + EVF
Koinfeksi HIV / Hepatitis B kronik	• TDF + 3TC (atau FTC) + EVF atau NVP

Tabel 7.3. Pemberian ARV pada penderita HIV dewasa dan 5 tahun

ARV		FORMULA	
Paduan pilihan	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT	Tablet TDF 300 mg + 3TC 300 mg + EFV 600mg	Dewasa: 1 tablet, 1 x sehari Anak: 88>35 kg: 1 tablet, 1 x sehari
Paduan alternatif	AZT + 3TC + EFV (atau NVP)	Tablet 300 mg + 3 TC 150 mg + EFV 600 mg	Dewasa: 1 tablet 2 x sehari, EFV 1x sehari Anak: sesuai berat badan
Paduan alternatif	TDF ⁱⁱ + 3 TC (atau FTC) + NVP	Tablet TDF 300 mg + 3TC 300 mg + NVP 200 mg	Dewasa: 1 tablet, 1x sehari Untuk NVP 1x sehari (selama 14 hari pertama) dan seterusnya 2x sehari Anak: sesuai berat badan

a) Apabila CCT < 50 ml/menit / pada penderita DM kronik, hipertensi, gagal ginjal tidak diijinkan terapi TDF.

- b) Apabila sebelum terpai Hb < 7g/dl makan penderita tidak diijinkan memulai terapi AZT.
- c) Apabila terjadi toksisitas yang berat pada terapu maka harus dirujuk ke fasilitas kesehatan sekunder.

Tabel 7.4. Terapi ARV pada anak < 5 tahun.

Pilihan NRTI ke-1	Pilihan NRTI ke-2	Pilihan NNRTI
Zidovudin (AZT) ^a	Lamivudin (3TC)	Nevirapin (NVP)
Stavudin (d4T) ^b		Efavirenz (EFV) ^d
Tenofovir (TDF) ^c		

Tabel 7.5. Terapi ARV pada bayi

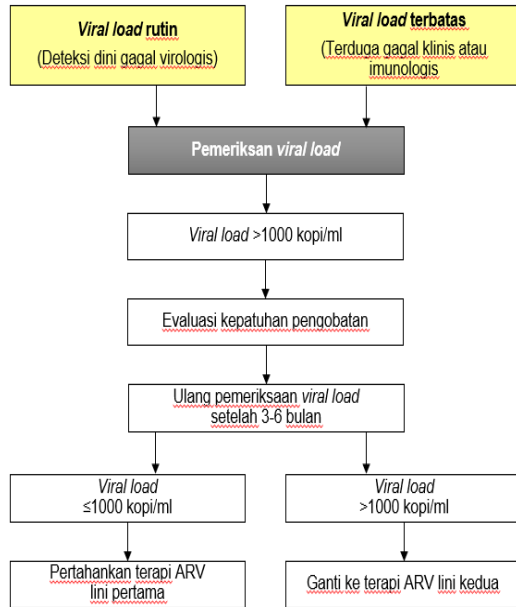
Kriteria	Dosis Zidovudin
Bayi cukup bulan	Zidovudin 4 mg/kg BB/12 jam selama 6 minggu, atau dengan dosis disederhanakan: • Berat lahir 2000-2499 g = 10 mg 2x sehari • Berat lahir ≥ 2500 g = 15 mg 2x sehari Bayi dengan berat < 2000 g harus mendapat dosis mg/kg, disarankan dengan dosis awal 2 mg/kg sekali sehari
Bayi prematur < 30 minggu	Zidovudin 2 mg/kg BB/12 jam selama 4 minggu pertama, kemudian 2 mg/kg BB/ 8 jam selama 2 minggu
Bayi prematur 30-35 minggu	Zidovudin 2 mg/kg BB/12 jam selama 2 minggu pertama, kemudian 2 mg/kg BB/ 8 jam selama 2 minggu, lalu 4 mg/kg BB/12 jam selama 2 minggu

7.2.5 Pemantauan Klinis Setelah lini pertama ARV

Pemantauan ini dilakukan untuk mengetahui sudah sejauh mana pengobatan yang dilakukan, mengenai respon penderita terhadap pengobatan.

Rekomendasi

Pemeriksaan *viral load* rutin dilakukan pada bulan ke 6 dan ke 12 setelah memulai ARV dan berikutnya setiap 12 bulan (*rekomendasi sesuai kondisi, kualitas bukti sangat rendah*).



Gambar 7.2. Pemantauan setelah pemberian ART

7.2.5 Efek samping ARV

Efek samping pengobatan biasanya terjadi di minggu pertama hingga pada pengobatan jangka panjang. Anemia, hipersensitivitas obat, depresi, mimpi buruk dan lainnya. Penanganan toksisitas ini dapat ditentukan dengan berat ringannya efek samping atau toksisitas, evaluasi obat yang dikonsumsi bersamaan, dan menentukan asal toksisitas dari ARV atau terapi lain, mempertimbangkan penyakit penyerta lainnya (Kemenkes RI, 2014).

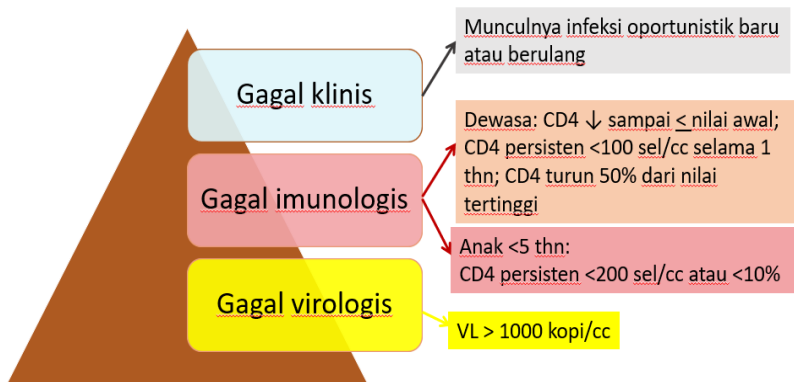
Secara umum terdapat 4 tingkat penanganan toksisitas ARV:

1. Tingkat 1: ringan: kondisi ini tidak perlu mengganti obat.
2. Tingkat 2: sedang: pada beberapa kondisi penderita akibat toksisitas dapat mengganti terapi.

3. Tingkat 3: berat: mengganti obat yang menjadi pemicu toksisitas dengan tidak memberhentikan terapi ARV
4. Tingkat 4: mengancam jiwa: hentikan pengobatan ARV (keseluruhan) ganti dengan terapi suprotif dan simptomatis. Setelah kondisi penderita stabil ARV dapat diberikan kembali dengan modifikasi.

7.2.6 Kegagalan Terapi ARV

Kegagalan terapi dapat dinilai setelah 6 bulan pengobatan dengan patuh minum obat yang baik. Apabila penderita kurang patuh atau putus obat maka penilaian gagal terapi dilakukan setelah minum obat dengan teratur selama 3-6 bulan.



Gambar 7.3. Gagal Terapi ARV.

7.2.7 Terapi ARV Lini Kedua (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Tabel 7.6. Terapi ARV Lini Kedua Pada Dewasa dan Remaja

Regimen lini pertama yang digunakan	Pilihan regimen lini ke-2
TDF + 3TC (atau FTC) + EFV	AZT + 3TC + LPV/r VHB AZT + 3TC + TDF + LPV/r TB AZT + 3TC + LPV/r dosis ganda
TDF + 3TC (atau FTC) + NVP	
AZT + 3TC + EFV	
AZT + 3TC + NVP	TDF + 3TC (atau) + LPV/r VHB AZT + 3TC + TDF + LPV/r TB TDF + 3TC (atau) + LPV/r dosis ganda
d4T + 3TC + EFV	
d4T + 3TC + NVP	

Tabel 7.7. Terapi ARV pada Anak

Paduan terapi ARV lini pertama		Pilihan regimen lini ke-2
Paduan berbasis LPV/r	ABC+3TC+ LPV/r	AZT + 3TC + EFV
	AZT+3TC +LPV/r	
Paduan berbasis NNRTI	ABC atau TDF + 3TC (atau FTC) + EFV (atau NVP)	ABC atau TDF ^R + 3TC (atau FTC) + EFV
	AZT + 3TC +EFV (atau NVP)	AZT + 3TC + LPV/r
		ABC atau TDF ^R + 3TC (atau FTC) + LPV/r

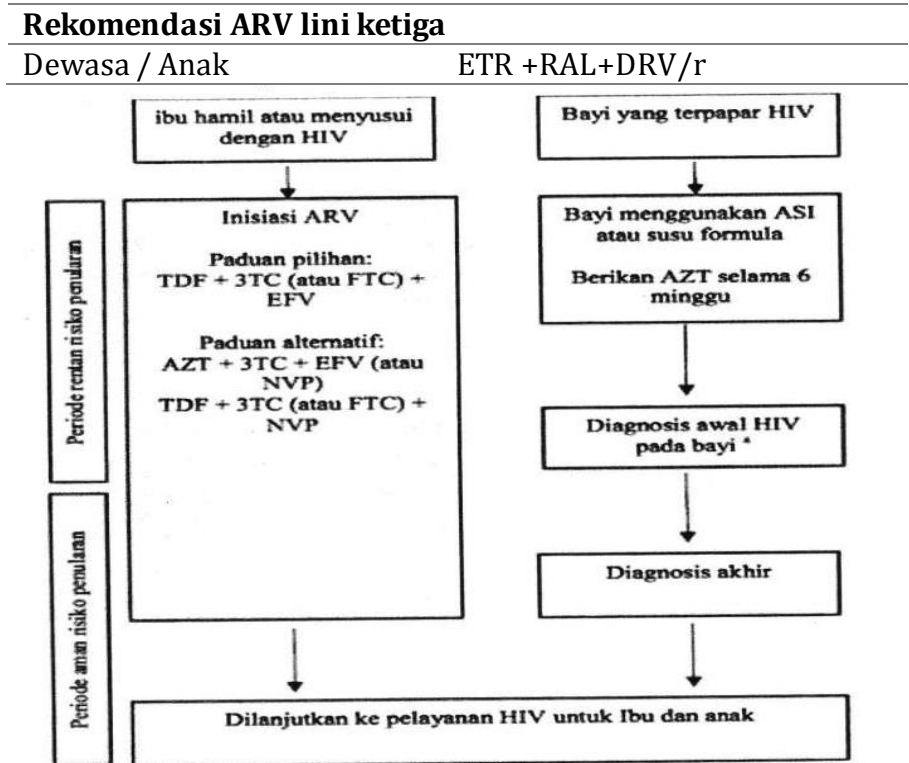
*Terapi TDF hanya diberikan pada anak > 2 tahun.

7.2.8 Terapi ARV Lini Ketiga

Apabila terjadi kegagalan dalam pengobatan lini kedua dapat dilakukkann terapi ketiga. Penentuan kegagalan pengobatan lini kedua di nilai dari pemeriksaan laboratorium dengan kriteria virologis. Pada pengobatan lini ketiga harus dilakukan konsultasi dengan RS yang menjadi rujukan yang

memiliki fasilitas penanganan HIV AIDS (Eron & MS, 2008; Kemenkes RI, 2014).

Tabel 7.8. Terapi ARV Lini Ketiga pada Dewasa dan Anak



Gambar 7.4. Rekomendasi ARV pada ibu hamil dan menyusui

Pada bayi yang baru lahir dari ibu penderita HIV, bayi yang meriman ASI atau susu formula dapat diberikan Ziovidin pada 12 jam pertama selama 6 minggu.

Tabel 7.9. Terapi ARV pada Bayi Baru Lahir (Zidovudin).

Orang yang Terinfeksi HIV AIDS		Panduan ARV
Remaja	Pilihan	TDF + 3TC+LPV/r
Dewasa	Alternatif	TDF + 3TC+EFV AZT + 3TC+LPV/r
	Pilihan	AZT + 3TC+LPV/r
Anak < 10 tahun	Alternatif	TDF + 3TC+LPV/r (dapat diberikan EFV/NVP untuk NNRTI).

7.2.9 Pencegahan Pasca Paparan HIV

Pencegahan ini dilakukan dengan memberikan ARV dengan waktu yang singkat untuk menurunkan risiko terpapar ulang kembali HIV yang diperoleh dari lingkungan sekitar. Pencegahan ini diberikan pada kedua kelompok paparan dalam waktu 3 hari setelah terpapar / terpajan. Pencegahan ini tidak diberikan pada penderita suspek sudah positif HIV sebelumnya atau sumber infeksi hasilnya negative HIV. Durasi pemberian pencegahan ini adalah 28-30 hari berdasarkan pada pemberian ARV lini pertama dengan mempertimbangkan risiko terjadinya resistensi ARV. Sebaiknya sebelum pemberian pencegahan ini dilakukan pengkajian untuk mengetahui Riwayat ARV, sumber infeksi / paparan, dan kepatuhan minum obat (Kemenkes RI, 2014).

Tabel 7.10. Terapi PPP HIV

Orang yang Terinfeksi HIV AIDS		Panduan ARV
Remaja	Pilihan	TDF + 3TC+LPV/r
Dewasa	Alternatif	TDF + 3TC+EFV AZT + 3TC+LPV/r
	Pilihan	AZT + 3TC+LPV/r
Anak < 10 tahun	Alternatif	TDF + 3TC+LPV/r (dapat diberikan EFV/NVP untuk NNRTI).

Pemberian pencegahan ini sangat dianjurkan diberikan pada orang-orang yang mengalami kekerasan seksual yang membutuhkan support dan konseling mengenai kepatuhan minum obat sebelum dan selama menerima ARV (Kemenkes RI, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Eron, J., & MS, H. 2008. *Antiretroviral Therapy of Human Immunodeficiency Virus Infection*.
- Kemenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV*.
- Masriadi. 2017. *Epidemiologi Penyakit Menular*.
- Najmah. 2016. *Epidemiologi Penyakit Menular*.

BAB 8

FARMAKOLOGI ANTIRETROVIRAL

Oleh Helmi

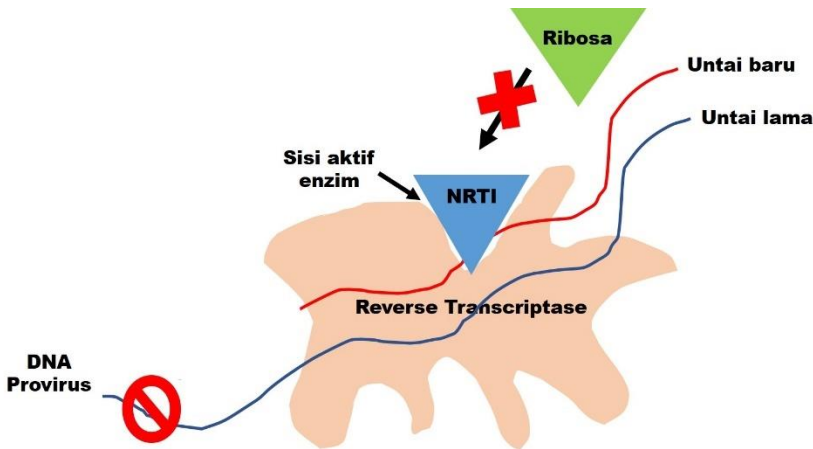
Antiretroviral (ARV) merupakan golongan obat yang digunakan untuk menangani penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Virus yang merupakan golongan *retrovirus* ini menjadi penyebab utama terjadinya *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) pada manusia, suatu sindrom penyakit yang disebabkan karena penurunan sistem kekebalan tubuh secara progresif dan kronis akibat serangan HIV pada sel imun tubuh. Penggunaan ARV pada pasien dengan diagnosa HIV/AIDS menjadi solusi tepat dalam mempertahankan sistem kekebalan tubuh pasien guna menurunkan angka kejadian infeksi oportunistik serta meningkatkan usia harapan hidup pasien (Flexner, 2017; Safirin, 2015; Sherman, 2019). Sebagaimana obat-obatan lainnya, obat-obatan ARV menarik untuk dikaji terutama ditinjau dari keilmuan farmakologi, yang meliputi aspek farmakodinamik, farmakokinetik, interaksi, efek samping serta kejadian resistensi dalam penggunaan ARV yang secara lebih detail akan disampaikan sebagai berikut.

8.1 Aspek Farmakodinamik Antiretroviral

Farmakodinamika merupakan bagian dari keilmuan farmakologi mempelajari mekanisme aksi dari suatu obat hingga dapat menimbulkan suatu efek terhadap tubuh. Berdasarkan aksinya, obat-obatan antiretroviral (ARV) dapat dibedakan menjadi 5 golongan utama, yakni:

8.1.1 Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)

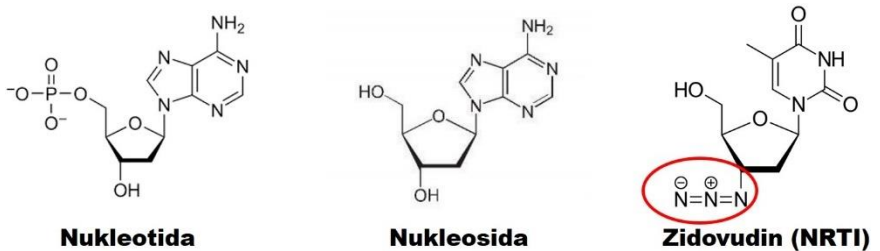
Secara ringkas, obat-obatan golongan NRTI bekerja dengan cara menghambat enzim *reverse transcriptase* secara kompetitif dengan menduduki sisi aktif enzim, akibatnya substrat (nukleosida atau nukleotida) tidak dapat menduduki sisi aktif dan proses polimerisasi rantai DNA virus terhenti. Secara skematis dapat dilihat pada Gambar 8.1.



Gambar 8.1. Mekanisme aksi NRTI
(diadaptasi dari Flexner, 2017)

Obat-obatan golongan ini memiliki struktur kimia yang sangat mirip dengan nukleosida atau nukleotida, suatu unit penyusun rantai DNA, yang terdiri atas gula, basa nitrogen dan fosfat. Perbedaan strukturnya terletak pada gugus hidroksil (-OH), dimana pada golongan ini gugus -OH dihilangkan (lihat Gambar 8.2), sehingga proses fosforilasi untuk membentuk ikatan fosfodiester terganggu. Akibatnya, proses elongasi rantai DNA virus terhenti. Sayangnya, afinitas obat-obatan golongan ini tidak selektif, sehingga juga dapat beraksi pada sel *host* dan

menimbulkan beberapa efek samping yang cukup serius (Flexner, 2017).

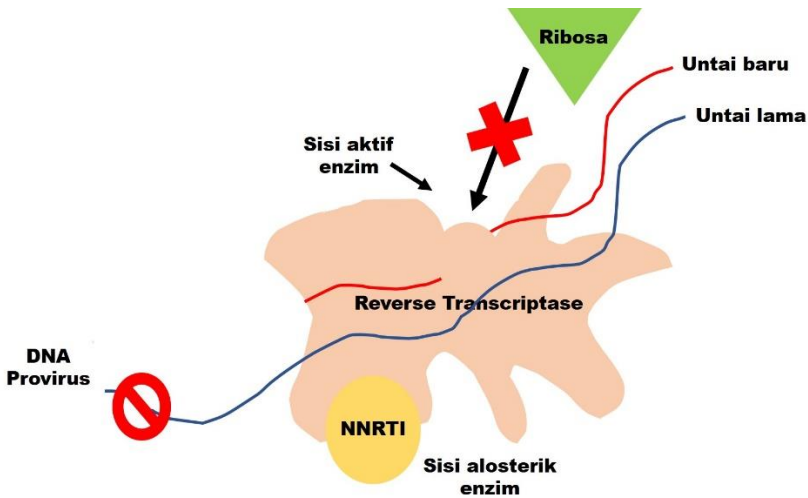


Gambar 8.2 Perbandingan strukur kimia antara nukleotida, nukleosida dan NRTI

Adapun contoh obat-obatan dari golongan ini adalah zidovudin, didanosin, stavudin, lamivudin, abacavir, tenofovir dan emtrisitabin.

8.1.2 Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)

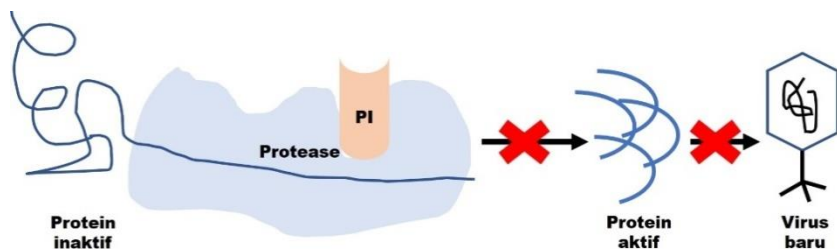
Berbeda dengan golongan NRTI, obat-obatan golongan ini bekerja secara non kompetitif dalam menghambat aktivitas *reverse transcriptase*, dimana obat-obatan ini berikatan hidrofobik dengan sisi alosterik dari enzim tersebut. Adanya ikatan ini menyebabkan terjadinya perubahan konformasi sisi aktif dari enzim, sehingga substrat dalam hal ini ribosa tidak dapat menduduki sisi aktif dan proses pembentukan rantai DNA baru virus terhambat. Secara skematis dapat dilihat pada Gambar 8.3. Adapun contoh obatnya seperti, nevirapin, efavirenz, delavirdin, etravirin dan rilpivirin (Flexner, 2017).



Gambar 8.3. Mekanisme aksi NNRTI
(diadaptasi dari Flexner, 2017)

8.1.3 *Protease Inhibitor (PI)*

PI merupakan golongan antiretroviral yang bekerja dengan cara menghambat enzim *aspartyl protease* atau retropepsin yang berperan penting dalam proses pemotongan prekursor protein menjadi suatu protein aktif yang diperlukan dalam proses konstruksi virus baru, seperti *reverse transcriptase*, protease, integrase dan protein-protein struktural lainnya. Selain itu, golongan ini juga dapat menghambat proses maturasi partikel virus, sehingga menghasilkan virus yang bersifat non infeksi. Secara skematis dapat dilihat pada gambar 8.4.

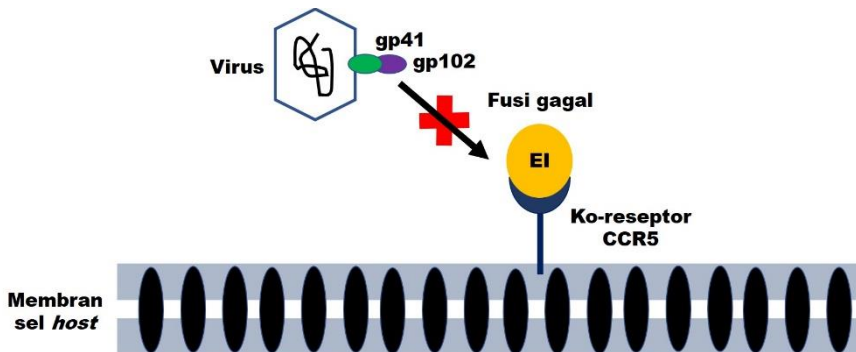


Gambar 8.4. Mekanisme aksi PI (diadaptasi dari Flexner, 2017)

Adapun contoh obat dari golongan ini, yaitu saquinavir, indinavir, ritonavir, nelfinavir, amprenavir, lopinavir, atazanavir, fosamprenavir, tipranavir dan darunavir (Flexner, 2017).

8.1.4 Entry Inhibitor (EI)

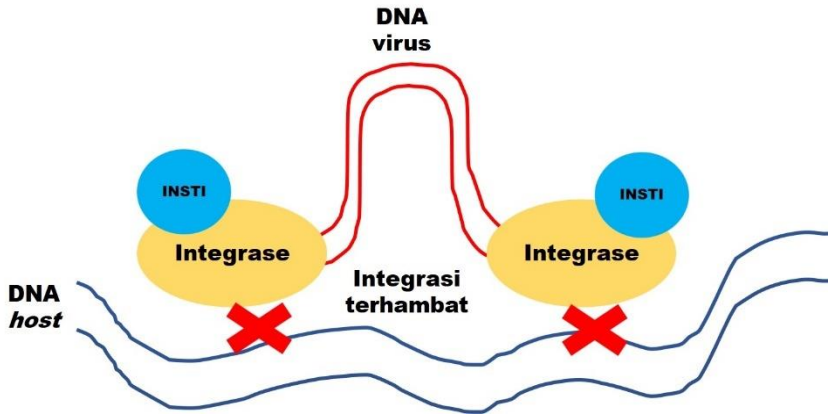
Sering juga disebut sebagai *fusion inhibitor*. Sesuai dengan namanya, obat-obatan golongan ini bekerja dengan cara menghambat proses masuknya atau bergabungnya virus HIV ke dalam sel *host* melalui 2 cara. Pertama, melalui penghambatan ikatan antara membran sel *host* dengan gp41, suatu glikoprotein transmembran yang digunakan virus HIV untuk mengubah konformasinya saat berikatan dengan sel *host* untuk kemudian melakukan fusi masuk ke dalam sel *host*. Contoh obatnya adalah enfuviritid. Kedua, melalui blokade ko-reseptor CCR5 yang bekerja sama dengan gp41 dan gp120 untuk memfasilitasi masuknya virus HIV ke dalam sel *host*. Contoh obatnya adalah maraviroc (Flexner, 2017). Secara skematis dapat dilihat pada Gambar 8.5.



Gambar 8.5. Mekanisme aksi EI
(diadaptasi dari Flexner, 2017)

8.1.5 Integrase Strand Transfer Inhibitor (INSTI)

Golongan obat ini disebut juga golongan *integrase inhibitor* yang bekerja dengan cara menghambat enzim integrase, suatu enzim berperan penting dalam proses integrasi atau penyatuan antara DNA provirus dengan DNA *host*. Secara skematis dapat dilihat pada gambar 8.6. Sisi aktif dari enzim ini mengikat DNA sel *host* dengan 2 buah kation logam bivalen yang merupakan target aksi dari obat-obatan golongan ini, melalui proses kelasi. Adapun contoh dari obat-obatan ini adalah raltegravir, elvitegravir dan dolutegravir (Flexner, 2017).



Gambar 8.6. Mekanisme aksi INSTI
(diadaptasi dari Flexner, 2017)

8.2 Aspek Farmakokinetik Antiretroviral

Aspek farmakokinetik menarik untuk dipelajari, dimana aspek ini menggambarkan nasib obat yang masuk ke dalam tubuh, sehingga dapat digunakan untuk memprediksi terkait proses absorpsi, distribusi, metabolisme hingga ekskresi obat dari dalam tubuh. Obat-obatan antiretroviral menarik untuk dikaji secara farmakokinetika, karena penggunaannya seringkali digunakan bersamaan dengan obat-obatan lainnya yang berisiko untuk mempengaruhi proses ADME yang berujung pada efikasi dan keamanan dari terapi HIV. Berikut beberapa rangkuman mengenai profil farmakokinetika beberapa obat-obatan antiretroviral yang sering digunakan dapat dilihat pada Tabel 8.1 di bawah ini.

Tabel 8.1 Profil Farmakokinetik Beberapa Antiretroviral (diadaptasi dari Flexner, 2017)

Parameter	NRTI				NNRTI					
	ZDV	3TC	d4T	ddI	ABC	TDF	FTC	NVP	EFV	ETV
Bioavailabilitas Oral (%)	64	86-87	86	42	83	25	93	90-93	50	NR
Efek makanan terhadap AUC	↓ 24% (tinggi lemak)	↔	↔	↓ 55% (kondisi asam)	↔	↑ 40% (tinggi lemak)	↔	↔	↑ 17-28%	↑ 33-102%
Ikatan protein plasma (%)	20-38	<35	<5	<5	50	<8	<4	60	99	99,9
Waktu paruh plasma (jam)	1,0	5-7	1,1-1,4	1,5	0,8-1,5	14-17	10	25-30	40-55	41
Metabolisme (%)	60-80	<36	ND	50	>80	ND	13	ND	ND	ND
Ekskresi ginjal (%)	14	71	39	18-36	<5	70-80	86	<3	<3	1

Keterangan:

- NRTI (*Nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor*), NNRTI (*Non nucleoside reverse transcriptase inhibitor*), ZDV (zidovudin), 3TC (lamivudin), d4T (stavudin), ddI (didanosin), ABC (abacavir), TDF (tenofovir), NVP (nevirapin), EFV (efavirenz), ETV (etavirin), ND (tidak ditentukan), NR (tidak dilaporkan)
- ↓ (menurun), ↔ (tidak terganggu), ↑ (meningkat)

8.3 Interaksi Obat Antiretroviral

Interaksi obat menjadi hal yang krusial dan memerlukan perhatian pada terapi HIV mengingat pasien mendapatkan regimen terapi lebih dari satu jenis obat-obatan antiretroviral. Selain itu, pasien yang telah berada pada stadium AIDS juga seringkali memerlukan terapi suportif guna menangani infeksi oportunistik yang dialaminya serta untuk tujuan peningkatan sistem imun. Kondisi polifarmasi ini dapat meningkatkan risiko terjadinya interaksi obat. Interaksi obat dapat terjadi pada berbagai fase farmakokinetiknya, baik pada proses absorpsi, distribusi, metabolisme maupun ekskresi dengan berbagai mekanisme interaksi yang terjadi (Francia et al., 2014). Secara ringkas, beberapa interaksi obat yang sering terjadi pada terapi HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

8.3.1 Interaksi *Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI)

Obat-obatan golongan NRTI merupakan suatu *prodrug*, sehingga untuk bisa memiliki efek perlu aktivasi intraseluler terlebih dahulu, yakni melalui fosforilasi. Obat-obatan golongan ini diketahui berkompetisi secara aktif dengan obat-obatan yang juga memerlukan fosforilasi untuk bisa aktif, yakni seperti zidovudin dan stavudin. Adanya kompetisi ini menyebabkan terjadinya penurunan konsentrasi obat aktif di dalam sirkulasi sistemik (Francia et al., 2014; Rathbun dan Michelle, 2011).

8.3.2 Interaksi *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI)

Obat-obatan golongan NNRTI diketahui dapat bersifat sebagai inducer maupun *inhibitor* terhadap aktivitas sitokrom P-450 (CYP450), sehingga dapat berdampak pada bioavailabilitas obat-obatan yang metabolismenya diperantarai oleh CYP450. Hal ini tentunya sangat berdampak pada efek terapi yang diharapkan, bisa meningkat atau menurun

tergantung jenis mekanisme yang terjadi (Francia et al., 2014; Rathbun dan Michelle, 2011).

Sebagai contoh, efavirenz dan nevirapin mampu meningkatkan aktivitas CYP3A4, sehingga kedua obat ini dapat meningkatkan metabolisme obat-obatan yang dimetabolisme oleh CYP3A4, seperti indinavir dan saquinavir. Alhasil, konsentrasi plasma kedua obat ini sangat rendah ketika diberikan bersamaan dengan NNRTI. Selanjutnya, delavirdin diketahui memiliki sifat *inhibitor* CYP3A4, sehingga akan meningkatkan risiko terjadinya toksisitas obat-obatan jantung dan syaraf. Hal ini karena penghambatan metabolisme dari obat-obatan tersebut (Francia et al., 2014; Rathbun dan Michelle, 2011).

8.3.3 Interaksi *Protease Inhibitor* (PI)

Penggunaan obat-obatan golongan PI diketahui berisiko tinggi menimbulkan kejadian interaksi dengan beberapa obat-obatan yang sering digunakan secara klinis. Obat-obatan golongan ini memiliki sifat menghambat aktivitas CYP3A4, sehingga sangat jarang digunakan sebagai kombinasi bersama obat-obatan jantung, syaraf dan hipolipidemik. Ritonavir diketahui merupakan *inhibitor* sekaligus *inducer* kuat CYP3A4 (tergantung dosis). Ritonavir berinteraksi dengan rifabutin dan rifampin, suatu antituberkulosis, yang menyebabkan terjadinya peningkatan kadar plasma rifabutin hingga 4 kali lipat. Sehingga penggunaan kedua obat ini secara bersamaan harus dilakukan penyesuaian dosis terlebih dahulu. Ritonavir juga diketahui berinteraksi dengan obat-obatan hipolipidemik golongan statin, dimana penggunaan secara bersamaan dapat meningkatkan konsentrasi plasma obat-obatan ini secara drastis, terutama jika digunakan bersama simvastatin (Francia et al., 2014; Rathbun dan Michelle, 2011).

Terjadinya interaksi obat tidak selalu merugikan, namun terkadang juga menguntungkan. Sebagai contoh, pemberian secara bersamaan suatu obat dengan *inhibitor* CYP450 dapat meningkatkan konsentrasi plasma, sehingga dapat menurunkan dosis dan frekuensi pemberian obat. Interaksi yang menguntungkan ini bisa dijumpai pada kombinasi ritonavir dengan sakuinavir. Pemberian ritonavir—suatu *inhibitor* CYP450—menurunkan aktivitas CYP450 dalam memetabolisme sakuinavir, sehingga konsentrasi plasma sakuinavir meningkat dan lebih mudah mencapai kondisi tunak di dalam darah (Francia et al., 2014; Rathbun dan Michelle, 2011).

Walaupun demikian, kemungkinan adanya interaksi obat dalam terapi antiretroviral harus selalu dalam pengawasan, guna memaksimalkan efektivitas terapi yang digunakan serta menghindari reaksi-reaksi obat yang tidak diinginkan, mengingat penggunaan kronis dari obat-obatan antiretroviral (Francia et al., 2014; Rathbun dan Michelle, 2011).

8.4 Efek Samping Antiretroviral

Beberapa efek samping cukup sering ditemui pada penggunaan obat-obatan antiretroviral secara kronis seumur hidup (Arisudhana, et al., 2018; Chen et al., 2013), yakni sebagai berikut:

8.4.1 Efek samping Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)

Obat-obatan golongan ini diketahui memiliki efek samping yang cukup banyak, yakni diantaranya kelelahan, gangguan saluran pencernaan, demam, *hepatosteatosi*, asidosis laktat dan *lipodystrophy*. Selain itu, NRTI seringkali menyebabkan terjadinya neuropati perifer. Hal ini diduga berkaitan dengan mekanisme kerjanya yang mengganggu

penghambatan DNA polimerase mitokondria. Sekitar 5% pasien yang menggunakan obat golongan ini mengalami reaksi alergi, yang ditandai dengan timbulnya ruam kemerahan pada kulit serta penghambatan saluran nafas berat, terutama pada penggunaan abacavir. Kondisi alergi ini seringkali ditemukan pada pasien dengan yang memiliki gen HLA-B*5701 (Sarifin, 2015; Sherman, 2019).

8.4.2 Efek samping *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI)

Obat-obatan golongan ini dikontraindikasikan untuk digunakan pada ibu hamil. Golongan NNRTI diketahui seringkali memicu terjadinya reaksi hipersensitivitas pada penggunaanya. Selain itu juga dilaporkan seringkali menyebabkan pusing dan gangguan tidur di malam hari (Sherman, 2019).

8.4.3 Efek samping *Protease Inhibitor* (PI)

Antiretroviral golongan PI memiliki risiko efek samping yang cukup banyak. Secara umum, obat-obatan golongan ini seringkali menyebabkan mual muntah dan diare. Selain itu, obat-obatan ini juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan metabolisme glukosa dan lemak, sehingga tidak jarang meningkatkan angka kejadian diabetes melitus, hipertrigliserida dan hiperkolesterolemia (Sherman, 2019).

Pemberian golongan PI secara kronis dilaporkan memicu terjadinya ‘redistribusi’ lemak, terutama pada anggota gerak. Sebagai gantinya, lemak tersebut menumpuk pada bagian perut dan payudara serta bagian leher membentuk tonjolan “*buffalo hump*”. Perubahan ini seringkali ditemukan pada orang-orang yang terinfeksi HIV (Sherman, 2019).

8.5 Resistensi Antiretroviral

Sebagaimana agen antiinfeksi lainnya, antiretroviral juga tidak bisa dihindarkan dari terjadinya resistensi. Peristiwa resistensi pada antiretroviral menyebabkan terjadinya penurunan efektivitas terapi yang telah diberikan, sehingga menuntut perubahan atau penambahan regimen terapi yang baru (Pennings, 2013; Sharma, 2015; Zdanowicz, 2006). Adapun secara ringkas mengenai mekanisme terjadinya resistensi pada beberapa golongan antiretroviral adalah sebagai berikut:

8.5.1 Resistensi *Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI)

Terjadinya resistensi pada obat-obatan golongan ini disebabkan karena terjadinya mutasi genetik pada kodon dari enzim *reverse transcriptase* virus, yang merupakan target aksi dari obat-obatan golongan ini. Telah diketahui bahwa, kodon 41, 44, 67, 70, 210, 215 dan 219 telah mengalami mutasi dan memicu terjadinya resistensi silang antar obat-obatan dengan target aksi yang sama (Sharma, 2015; Zdanowicz, 2006).

8.5.2 Resistensi *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI)

Resistensi obat-obatan golongan NNRTI dilaporkan sangat tinggi yang disebabkan karena adanya perubahan asam amino tunggal pada kantong, suatu bagian dari enzim *reverse transcriptase* yang menjadi tempat terjadinya ikatan antara NNRTI dengan enzim tersebut, yakni pada kodon 103 atau 181. Adanya perubahan ini mengakibatkan NNRTI tidak dapat berikatan dengan enzim untuk kemudian menghambat aktivitasnya. Sehingga obat-obatan golongan ini selalu diberikan secara kombinasi dengan golongan lain untuk meningkatkan efektivitasnya (Sharma, 2015; Zdanowicz, 2006).

8.5.1 Resistensi *Protease Inhibitor* (PI)

Sama seperti golongan obat sebelumnya, resistensi obat-obatan PI terjadi akibat mutasi gen penyusun enzim protease. Mutasi ini terjadi secara bertahap dari ringan hingga berat tergantung dari seberapa besar mutasi yang terjadi, hingga pada akhirnya terjadi resistensi silang antara obat satu dengan yang lainnya dalam satu golongan (Sharma, 2015; Zdanowicz, 2006).

8.5.3 Resistensi Entry Inhibitor (EI)

Resistensi pada golongan ini diperantarai oleh terjadinya mutasi pada gen glikoprotein 41 (gp41), yakni pada susunan asam amino ke 36 hingga 45. Pasien-pasien yang memiliki riwayat resistensi pada golongan obat-obatan lainnya, akan tetap sensitif saat menggunakan obat golongan ini (Sharma, 2015; Zdanowicz, 2006).

Adapun beberapa strategi yang perlu dilakukan untuk menangani kondisi resistensi ARV, diantaranya adalah dengan meningkatkan kepatuhan pasien dalam menggunakan ARV, melakukan *genotyping* secara rutin guna mengidentifikasi perubahan mutase yang terjadi, melakukan monitoring secara rutin pada pasien dan kejadian resistensi, melakukan penggantian kelas terapi serta menggunakan kombinasi ARV terbaik (Sharma, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Arisudhana, G. A. B., M. A. U. Sofro dan U. Sujianto. 2018. Antiretroviral Side Effect on Adherence in People Living with HIV/AIDS. *Nurse Media Journal of Nursing*. 8(2): 79-85.
- Chen, W. T., C. S. Shiu, J. P. Yang, J. M. Simon, K. I. F. Goldsen, et al. 2013. Antiretroviral Therapy (ART) Side Effect Impacted on Quality of Life and Depressive Symptomatology: A Mixed-Method Study. *J. AIDS Clin Res*. 4(6): 2-8.
- Flexner C. W. 2017. Antiretroviral Agents and Treatment of HIV Infection. In: Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics The 13th Edition. United States: McGraw-Hill Education, p. 1137-1158.
- Francia, R. D., M. Di Paolo, D. Valente, B. Cacopardo dan L. Cilenti. 2014. Pharmacogenetic Based Drug-Drug Interactions Between Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) and Antiblastic Chemotherapy. *World Cancer Research Journal*. 1(2): 1-13.
- Pennings, P. S. 2013. HIV Drug Resistance: Problems and Perspectives. *Infectious Disease Reports*. 1-10.
- Rathbun, R. C. dan Michelle, D. L. 2011. Antiretroviral Drug Interactions: Overview of Interactions Involving New and Investigational Agents and the Role of Therapeutic Drug Monitoring for Management. *Pharmaceutics*. 3: 745-781.
- Safirin, S. 2015. Antiviral Drugs. In: Katzung BG, ed. Basic and Clinical Pharmacology 14th. United States: McGraw-Hill, p. 870-884.
- Sharma, B. 2015. Drug Resistance in HIV-1: Genetic and Molecular Bases, Mechanisms and Strategies to Combat the Issue. *Biochemistry and Analytical Biochemistry*. 4(1): 1-2.

- Sherman, E. 2019. Antiviral Drugs. In: Karen Whalen Lippincott Illustrated Reviews Pharmacology The 7th Edition. China: Wolters Kluwer, p. 1272-1292.
- Zdanowicz, M. M. 2006. The Pharmacology of HIV Drug Resistance. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 70(5): 1-9.

BAB 9

PREVENTION OF MOTHER – TO – CHILD HIV TRANSMISSION (PMTCT)

Oleh Noviyati Rahardjo Putri

9.1 Pendahuluan

Pelayanan antenatal merupakan salah satu pelayanan yang mengupayakan perlindungan kesehatan ibu dan bayi selama proses kehamilan. Cakupan pelayanan antenatal K4 pada tahun 2013 baru mencapai 70,4%. Salah satu tujuan akhir dalam pelayanan antenatal yang berkualitas adalah mencegah, mendeteksi dini masalah atau penyakit yang diderita ibu hamil dan janin. Salah satu masalah atau penyakit yang menjadi konsentrasi dalam pencegahan penularan adalah HIV/ AIDS (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission (PMTCT) atau Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA) merupakan salah satu upaya strategis yang dicanangkan oleh pemerintah dalam upaya pencegahan penularan HIV/ AIDS dari ibu dan anak. Optimalisasi pelaksanaan PPIA yang optimal di negara maju terbukti mampu menekan menurunkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak sampai dengan 2%, sedangkan di negara berkembang dengan segala keterbatasan akses intervensi, risiko penularan tersebut masih dalam angka 20 – 50 % (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

9.2 Kebijakan dan Strategi

Kebijakan dan Strategi program PPIA mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Kebijakan dan strategi PPIA antara lain (Kementerian Kesehatan RI, 2015);

9.2.1 Kebijakan

Kebijakan PPIA antara lain:

- a. PPIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV – AIDS dan IMS terutama sifilis dan upaya kesehatan ibu dan anak (KIA).
- b. Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan yang melibatkan non-pemerintah, LSM dan komunitas.
- c. Setiap perempuan dan remaja yang datang ke layanan KIA-KB mendapat layanan kesehatan diberi informasi tentang PPIA.
- d. Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan tes HIV dan sifilis kepada semua ibu hamil sebagai bagian dari pemeriksaan laboratorium rutin pada waktu pemeriksaan antenatal sampai menjelang persalinan.
- e. Di daerah epidemi HIV rendah, tes HIV dan sifilis diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS, berisiko tertulari HIV, IMS dan TB. Pemeriksaan dilakukan sebagai bagian dari pemeriksaan laboratorium rutin pada waktu pemeriksaan antenatal sampai menjelang persalinan.
- f. Daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu/ berwenang memberikan pelayanan PPIA, pelayanan tersebut tetap dilakukan dengan cara:
 - 1) merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan HIV yang memadai;
 - 2) pelimpahan wewenang kepada tenaga kesehatan lain yang terlatih dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan setempat berdasarkan rekomendasi dari Kepala Laboratorium Rujukan

Provinsi. Penetapan daerah yang memerlukan pelimpahan wewenang petugas ditetapkan oleh Kepala Dinkes setempat.

g. Setiap ibu hamil yang positif HIV:

1. Wajib diberi obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut (PDP). Demikian pula halnya dengan ibu hamil yang positif sifilis wajib diberi terapi sifilis yang memadai;
2. pertolongan persalinannya, baik pervaginam atau melalui bedah sesar, dilakukan berdasarkan indikasi medis ibu/bayinya dan dengan menerapkan kewaspadaan standar untuk pencegahan infeksi;
3. diberi konseling menyusui secara khusus sejak perawatan antenatal pertama dengan menyampaikan pilihan yang ada sesuai dengan pedoman pelayanan, yaitu ASI eksklusif atau susu formula eksklusif. Bila ibu memilih susu formula, maka ibu, pasangannya serta keluarga perlu mendapat konseling cara penyiapan dan pemberian susu formula yang memenuhi persyaratan;
4. diberi konseling KB secara khusus dan penjelasan tentang risiko penularan infeksi HIV dan sifilis dari ibu kepada bayi, sejak perawatan antenatal, dengan menyampaikan pilihan metoda kontrasepsi yang sesuai dengan pedoman pelayanan.

h. Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten merencanakan ketersediaan logistik (obat dan reagen/tes HIV) melalui koordinasi dengan Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes.

9.2.2 Strategi

Strategi Program PPIA sebagai berikut:

- a. PPIA dilaksanakan di seluruh Indonesia dengan ekspansi bertahap.
- b. Semua fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan PPIA sesuai dengan pendekatan ekspansi bertahap.
- c. Perlu adanya jejaring pelayanan PPIA sebagai bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) yang melibatkan peran swasta, lembaga swadaya masyarakat (LSM) maupun komunitas secara keseluruhan.
- d. Daerah menetapkan wilayah yang memerlukan pelimpahan wewenang petugas.
- e. Ketersediaan logistic (obat dan reagen) dan memnentukan petugas yang beri kewenangan melakukan tes HIV.

9.3 Faktor Penularan HIV Dari Ibu ke Anak

Sebanyak 90% anak tertular HIV dari ibunya (penularan secara vertikal). Virus ditularkan pada anak saat kehamilan (masa janin), saat persalinan dan menyusui. Tanpa adanya penanganan yang tepat maka 50% anak yang terinfeksi akan meninggal sebelum ulang tahun kedua. Faktor penularan HIV antara lain faktor ibu, bayi/anak, dan tindakan obstetric (Kemenkes RI, 2013):

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 mempengaruhi 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 jumlah sel CD4 rendah lebih berisiko menularkan HIV ke bayinya. Semakin rendah jumlah sel CD4 risiko penularan HIV semakin besar. HIV cenderung untuk menyerang sel limfosit T4 (CD4) yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh.

Virus yang masuk ke dalam limfosit T4 selanjutnya mengadakan replikasi sehingga akhirnya menjadi banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit itu sendiri (Ladyani and Kiristianingsih, 2019).

3) Status gizi selama hamil

Berat badan rendah serta kekurangan vitamin dan mineral selama hamil meningkatkan risiko ibu untuk menderita penyakit 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

1) Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir

Bayi lahir prematur 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 di mulutnya lebih berisiko tertular HIV ketika diberikan ASI.

c. Faktor 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 antara lain:

1) Jenis persalinan

Risiko penularan persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan melalui bedah sesar (*sectio caesaria*).

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 episiotomi, ekstraksi vakum dan forceps meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu atau bayi.

Tabel 9.1 Faktor Penularan HIV/ AIDS dari Ibu Ke Anak

Faktor Ibu	Faktor Bayi	Faktor Obstetrik
Kadar HIV (viral load)	Prematuritas dan berat bayi saat lahir.	Jenis persalinan
Kadar CD4	Lama menyusui	Lama persalinan
Status gizi saat hamil	Luka di mulut bayi	Adanya ketuban

	(jika bayi menyusui)	pecah dini
Penyakit infeksi saat hamil		Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forceps
Masalah di payudara (jika menyusui)		

9.4 Waktu dan Risiko Penularan

Plasenta merupakan barier untuk melindungi bayi dari penularan infeksi HIV. Sirkulasi darah antara janin dan ibu dipisahkan oleh beberapa sel yang terdapat di plasenta. Namun, apabila terjadi kerusakan plasenta baik karena radang atau infeksi, maka HIV bisa menembus plasenta sehingga memungkinkan terjadi adanya penularan.

Penularan secara vertikal dari ibu ke anak cenderung mengalami peningkatan dibandingkan saat hamil yang terlindungi oleh plasenta. Pada fase kehamilan, ibu yang tidak mendapatkan terapi dan tindakan sesuai PPIA akan meningkatkan risiko penularan 15 – 45 %. Sedangkan saat masa nifas dan menyusui, risiko penularan adalah 10 – 20%.

Berikut ini adalah rangkuman waktu dan risiko penularan HIV/ AIDS dari ibu ke janin:

Tabel 9.2 Waktu dan Risiko Penularan HIV/ AIDS dari Ibu ke Anak (Kemenkes RI, 2013)

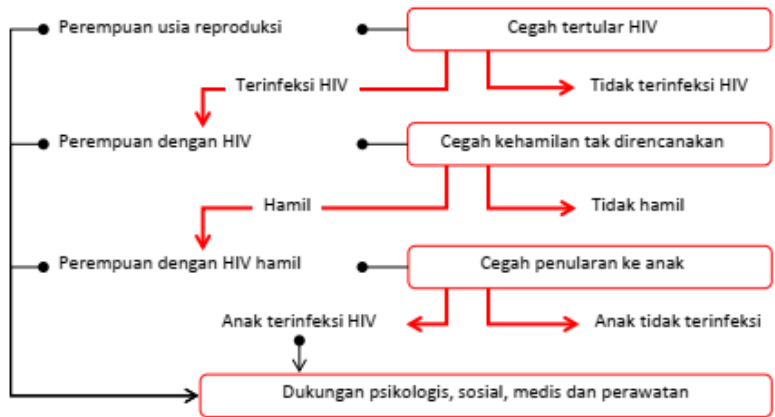
Waktu	Risiko
Selama hamil	5 – 10 %
Bersalin	10 – 20 %
Menyusui	5 – 20 %
Risiko penularan keseluruhan	20 – 50 %

Ibu yang memutuskan tidak menyusui bayinya akan memiliki risiko penularan HIV/ AIDS ke bayinya menjadi 20 – 30% dan berkurang bila mendapatkan pengobatan ARV. Jika ibu mendapatkan ARV jangka pendek dan memberikan ASI Eksklusif maka risiko penularan menurun menjadi 15 – 25% dan menurun kembali menjadi 5 – 15% apabila bayi diberikan Pengganti ASI (PASI). Konsumsi obat antiretroviral (ART) jangka panjang akan menurunkan risiko penularan sampai dengan 1 – 5% baik pada ibu yang menyusui maupun memberikan PASI. Implementasi PPIA yang optimal akan menurunkan risiko menjadi kurang dari 2% (Kemenkes RI, 2013).

9.5 Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA)

Pemerintah Indonesia telah meresmikan 4 pilar (4 prong) dalam Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. Empat pilar tersebut meliputi; pencegahan penularan, pencegahan kehamilan pada ODHA, pencegahan penularan dari ibu ke anak dan dukungan. Empat pilar secara lengkap antara lain (Kemenkes RI, 2013):

1. Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi (15-49 tahun).
2. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan HIV positif.
3. Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke bayi yang dikandungnya
4. Dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kesehatan selanjutnya kepada ibu yang terinfeksi HIV dan bayi serta keluarganya.



Gambar 9.1 Alur Kegiatan PPIA (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

9.5.1 Prong 1: Pencegahan Penularan HIV Pada Perempuan Usia Reproduksi

Pencegahan primer dalam menurunkan angka penularan HIV ke anak adalah dengan mencegah penularan HIV pada perempuan usia reproduksi yaitu rentan waktu 15 – 49 tahun. Pencegahan primer dapat mencegah penularan HIV dari ibu ke anak dari hulu (secara dini) dimulai dengan mencegah adanya perilaku seksual yang berisiko dan menyimpang pada perempuan usia reproduktif atau bila terdapat perilaku seksual berisiko maka penularan dapat dicegah agar ibu tidak tertular dari pasangannya (Kemenkes RI, 2013).

Penyuluhan kesehatan merupakan ujung tombak dari pencegahan primer. Adanya penyuluhan terkait dengan penyakit HIV dan AIDS, dan penyakit IMS dan kesehatan reproduksi. Pesan yang disampaikan menyesuaikan dengan sasaran meliputi usia, adat istiadat setempat, norma yang berlaku sehingga proses edukasi dapat berjalan maksimal untuk meningkatkan pengetahuan sehingga bisa menstimulasi

perilaku pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (Kemenkes RI, 2013).

Stretgi dalam pencegahan penularan HIV dengan menggunakan slogan “ABCD”, yaitu (Kemenkes RI, 2013):

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 dan tidak berganti-ganti pasangan;
3. C (*Condom*), artinya menggunakan **Condom** bagi perilaku seksual berisiko
4. D (*Drug No*), artinya Dilarang menggunakan narkoba yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV.

Implementasi kegiatan pencegahan primer antara lain (Kemenkes RI, 2013):

1. Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV/ AIDS dan Kesehatan Reproduksi baik individu atau kelompok

Tujuan KIE baik individu atau kelompok antara lain:

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang cara menghindari penularan HIV dan IMS, terutama remaja agar mengetahui cara pencegahan penularan.
 - b. Menjelaskan manfaat mengetahui status atau tes HIV sedini mungkin
 - c. Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang tata laksana ODHA perempuan
 - d. Meningkatkan keterlibatan aktif keluarga dan komunitas untuk meningkatkan pengetahuan komprehensif HIV dan IMS, hal ini juga dapat meningkatkan dukungan pada setiap program yang mendukung pencegahan penularan.
2. Mobilisasi Masyarakat
Impelementasi dalam mobilisasi masyarakat antara lain melibatkan semua unsur masyarakat dan petugas lapangan

dalam rangka KIE sebagai pemberi informasi ke masyarakat dengan topik pencegahan dan pengurangan risiko penularan HIV secara umum dan dari ibu ke anak serta menghilangkan stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV AIDS (ODHA).

3. Layanan Tes HIV

Pendekatan yang digunakan adalah Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK) dan Konseling dan Tes Sukarela (KTS). Tes yang digunakan melalui tes darah dengan menggunakan prosedur 3C, yaitu *Counseling, Confidentiality, dan informed consent*. Setelah hasilnya keluar, apabila positif maka dilakukan intervensi PPIA dan bila negatif bisa dilakukan konseling dan dukungan tentang pencegahan penularan HIV (menjaga agar tetap negatif).

Layanan konseling dan tes HIV diintegrasikan dengan pelayanan KIA terutama pada ANC terpadu sehingga bisa menurunkan stigma masyarakat. Selain itu setiap petugas kesehatan khususnya yang melayani Kesehatan Ibu dan Anak wajib menawarkan tes HIV dan pemeriksaan IMS bersamaan dengan pemeriksaan laboratorium lainnya pada kunjungan antenatal pertama kali. Konseling penyampaian hasil tes bagi ibu hamil yang menunjukkan hasil positif maka diberikan kesempatan untuk konseling pasangan dan penawaran tes HIV bagi pasangan laki – lakinya.

4. Dukungan untuk perempuan yang negatif HIV.

Kegiatan dalam rangka memberikan dukungan perempuan yang negatif HIV antara lain:

- 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.

9.5.2 Prong 2: Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan Pada Perempuan Dengan HIV

Ibu dengan HIV/AIDS positif (ODHA) harus mendapatkan akses pelayanan tentang KIE dan sarana kontrasepsi yang aman dalam rangka mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Selain itu mendorong ibu dan pasangan untuk menggunakan kondom sehingga hubungan seksual yang aman bisa terjadi.

- a. Perempuan dengan HIV yang tidak ingin hamil maka menggunakan kontrasepsi
- b. Perempuan dengan HIV yang memutuskan untuk tidak mempunyai anak lagi disarankan untuk menggunakan kontrasepsi mantap dan tetap menggunakan kondom.

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 ARV dan jumlah virus rendah (viral load) maka risiko penularan HIV ke anak menjadi lebih kecil sehingga mempunyai peluang anak lahir

dengan HIV negatif. Selain itu petugas kesehatan juga harus menyakini bahwa ibu dan pasangan mempunyai hak dalam menentukan kehamilan atau tidak.

9.5.3 Prong 3: Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Hamil dengan HIV ke Bayi yang Dikandungnya

Kegiatan pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya antara lain:

Tabel 9.3 Pencegahan Penularan HIV/ AIDS dari Ibu ke Anak
(Kemenkes RI, 2013)

No	Kegiatan
1.	Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV
2.	Diagnosis HIV
3.	Pemberian terapi antiretroviral
4.	Persalinan yang aman
5.	Tata laksana 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.

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 dan AIDS.

2. Diagnosis HIV

Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV dapat dilakukan secara virologis (mendeteksi antigen DNA atau RNA) dan serologis (mendeteksi antibody 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 Nomor 241/Menkes/SK/IV/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

Belum ada obat yang bisa menyembuhkan HIV dan AIDS. Pengobatan yang diberikan adalah terapi antiretroviral yang dapat menekan jumlah virus di dalam tubuh, sehingga ODHA dapat tetap hidup layaknya orang sehat.

Tujuan pemberian terapi ARV yaitu:

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

Cara paling efektif untuk menekan replikasi HIV adalah dengan memulai pengobatan dengan kombinasi ARV yang efektif. Obat ARV harus diminum terus menerus secara teratur dengan menggunakan dosis yang tepat untuk menghindari timbulnya resistensi. Penentuan waktu dan

dosis yang tepat untuk memulai terapi obat antiretroviral (ARV) pada ODHA dewasa didasarkan pada kondisi klinis pasien (stadium klinis WHO) atau hasil pemeriksaan CD4. Pengobatan tanpa melihat stadium klinis dan jumlah CD4 dilakukan pada ibu hamil, pasien TB dan penderita Hepatitis B kronik aktif yang terinfeksi HIV. Namun pemeriksaan CD4 harus dilakukan secara rutin untuk memantau kemajuan pengobatan yang dilakukan.

Pemberian ARV kepada ibu selama hamil dan dilanjutkan selama menyusui adalah intervensi PPIA yang paling efektif. Pemberian ARV disesuaikan dengan kondisi klinis ibu dan mengikuti ketentuan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2013):

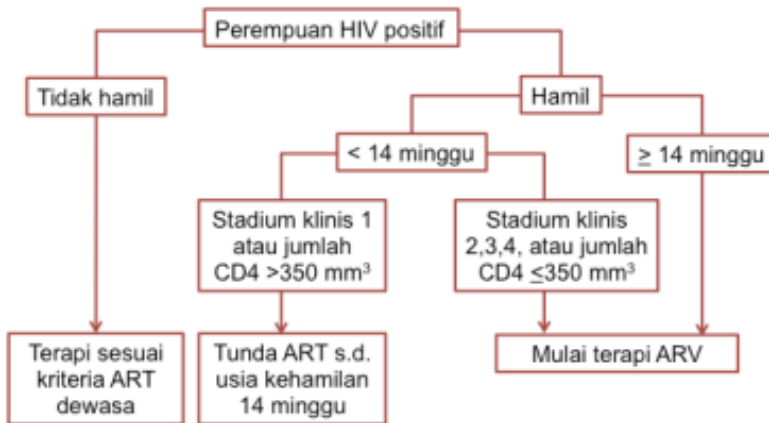
- a. Ibu hamil merupakan indikasi pemberian ARV.
- b. Perempuan yang status HIV-nya diketahui sebelum kehamilan, dan pasien sudah mendapatkan ART, maka saat hamil ART tetap diteruskan dengan regimen yang sama.
- c. Ibu hamil yang status HIV-nya diketahui sebelum umur kehamilannya 14 minggu, jika ada indikasi dapat diberikan ART. Namun jika tidak ada indikasi, pemberian ART ditunggu hingga umur kehamilannya 14 minggu.

Terdapat 2 alasan utama kenapa konsumsi ART dimulai pada umur kehamilan 14 minggu antara lain (Green, 2016):

- 1) Proses organogenesis berlangsung dalam 12 minggu pertama. Fase ini merupakan fase rentan terhadap dampak negatif obat apapun. Penelitian membuktikan bahwa ibu hamil yang mengonsumsi ART tidak menimbulkan efek teratogenetik dan resiko kesehatan ibu dan janin pada triwulan 1 dibandingkan ibu hamil yang tidak mendapatkan terapi ARV, kecuali terapi efavirenz. Namun sebagian besar ibu tidak mau mengambil resiko pada 14 minggu pertama kehidupan.
- 2) Selama trimester awal ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil adalah adanya *morning sickness*. Sedangkan

salah satu efek awal konsumsi ART juga mual dan muntah dipagi hari. Efek samping dan ketidaknyamanan yang terjadi tersebut akan mengurangi potensi keteraturan konsumsi obat.

- d. Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui pada umur kehamilan ≥ 14 minggu, segera diberikan ART berapapun nilai CD4 dan stadium klinisnya.
- 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.



Gambar 9.2 Alur Pemberian Terapi Antiretroviral Pada Ibu Hamil (Kemenkes RI, 2013)

Rekomendasi pemberian ARV pada ibu hamil antara lain (Kemenkes RI, 2013):

Tabel 9.4 Rekomendasi ART pada Ibu Hamil dan ARV Profilaksis pada Bayi

Situasi Klinis	Rekomendasi pengobatan (paduan untuk ibu)
ODHA sedang terapi ARV, kemudian hamil	• Lanjutkan paduan (ganti dengan NVP/ Nevirapin atau golongan PI/ Protease inhibitor jika sedang menggunakan EFV/ Efavirenz pada trimester I) • Lanjutkan dengan paduan ARV yang sama selama dan sesudah persalinan.
ODHA hamil, jumlah CD4 >350/mm ³ dan belum terapi ARV	• ARV dimulai pada minggu ke-14 kehamilan • Paduan terapi antara lain: AZT + 3TC + NVP* atau TDF + 3TC (atau FTC) + NVP* AZT + 3TC + EFV** atau TDF + 3TC (atau FTC) + EFV*
ODHA hamil, jumlah CD4 <350/mm ³ / stadium klinis 2,3,4	Segera mulai terapi ARV dengan paduan seperti pada baris tabel kedua.
ODHA hamil, tuberculosi aktif	• OAT tetap diberikan • Paduan untuk ibu, bila pengobatan mulai trimester II dan III: AZT (TDF) + 3TC + EFV
Ibu hamil dalam masa persalinan dan status HIV tidak diketahui	• Tawarkan tes HIV dalam masa persalinan; atau tes setelah persalinan • Jika hasil tes reaktif, dapat diberikan paduan pada baris tabel kedua.
ODHA datang pada masa persalinan dan belum mendapat terapi ARV	Terapi mengacu pada baris tabel kedua.
Profilaksis ARV untuk Bayi	
AZT (zidovudine) 4 mg/KgBB, 2X/hari, mulai hari ke-1 hingga 6 minggu.	

Keterangan:

* Terapi Nevirapin (NVP) saat CD4 >250 sel/mm³ atau yang tidak diketahui jumlah CD4-nya dapat menimbulkan reaksi hipersensitif berat.

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

4. Persalinan Aman

Pemilihan persalinan yang aman dipilih oleh ibu dan keluarga setelah konseling komprehensif tentang pilihan, risiko penularan dan berdasarkan saran tenaga kesehatan berdasarkan hasil pemeriksaan. Pemilihan persalinan antara lain (Kemenkes RI, 2013):

Tabel 9.5 Rekomendasi Persalinan

Persalinan per vaginam	Persalinan per abdominal
Syarat: - Pemberian ARV mulai pada < 14 minggu (ART > 6 bulan); atau - VL <1.000 kopi/μL	Syarat: - Ada indikasi obstetrik; dan - VL >1.000 kopi/μL atau - pemberian ARV dimulai pada usia kehamilan > 36 minggu

Persalinan aman dapat mencakup penurunan risiko penularan dan keamanan tenaga penolong persalinan dimana risiko tertusuk jarum sangat kecil yaitu kurang dari 0,3%. Tenaga kesehatan yang mendapatkan pajanan HIV selama bekerja dapat menerima terapi ARV untuk Pencegahan Pasca Pajanan (PPP atau PEP, *Post Exposure Prophylaxis*). Terapi PPP antara lain (Kemenkes RI, 2013):

- a. Waktu yang terbaik adalah diberikan kurang dari 4 jam dan maksimal dalam 48-72 jam setelah kejadian.
- b. Terapi yang dianjurkan antara lain:

- AZT + 3TC + EFV atau AZT + 3TC + LPV/r (Lopinavir/Ritonavir).
 - Nevirapine (NVP) tidak digunakan untuk PPP
 - ARV untuk PEP diberikan selama 1 bulan.
 - c. Perlu dilakukan tes HIV sebelum memulai PPP.
 - d. 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
 - e. Perlu dilakukan pemantauan efek samping dari obat ARV yang diminum.
 - f. Perlu dilakukan tes HIV ulangan pada bulan ke 3 dan 6 setelah pemberian PPP.
 - g. Pada kasus kecelakaan kerja pada petugas yang menderita hepatitis B maka PPP yang digunakan mengandung TDF/3TC untuk mencegah terjadinya *hepatic flare*.
5. Tata laksana pemberian makanan bagi bayi/anak
- Ibu menyusui dengan HIV dan telah mendapatkan terapi ARV memiliki viral load yang rendah sehingga aman untuk memberikan ASI pada bayinya. World Health Organization (WHO) dalam Pedoman HIV dan *Infant Feeding* merekomendasikan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan untuk ibu yang telah mendapatkan terapi ARV untuk kesejahteraan dari bayinya (*HIV-free and child survival*). Pemberian ASI selama 6 bulan tidak boleh dilakukan dengan *mix feeding* karena bisa meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke bayi. MPASI atau makanan Pendamping ASI mulai diberikan setelah usia 6 bulan sampai 12 bulan. Namun ibu yang tidak memberikan ASI

Eksklusif bisa memberikan susu formulas sebagai pengganti yang aman (Kemenkes RI, 2013).

Tabel 9.6 Risiko Penularan Ibu ke Bayi (Kemenkes RI, 2013)

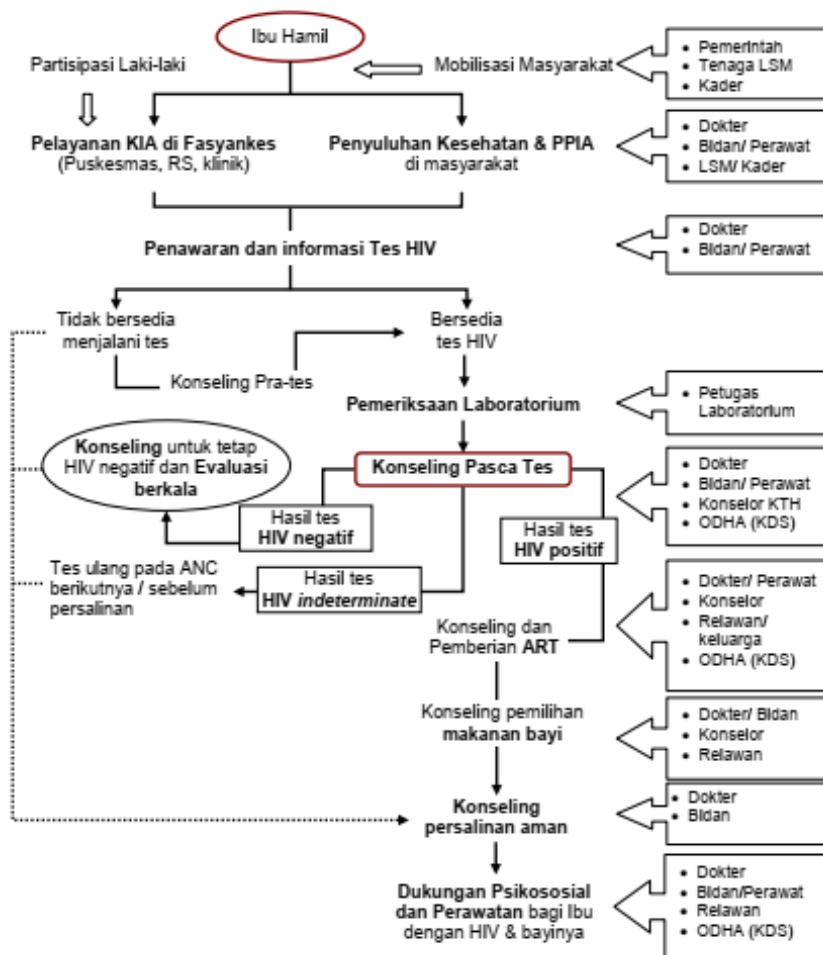
ASI eksklusif	Susu formula	<i>Mixed feeding</i>
5 – 15%	0%	24,1%

Susu formula merupakan makanan yang aman sepanjang adanya akses kesediaan air bersih yang masih minim di negara berkembang termasuk beberapa daerah di Indonesia. Pemberian susu formula dengan ASI (*mixed feeding*) tidak dianjurkan karena pemberian susu formula dapat menimbulkan perlukaan pada dinding usus/ perubahan mukosa usus sehingga dapat mempermudah masuknya HIV yang ada di ASI ke aliran darah bayi (Kemenkes RI, 2013).

6. Mengatur kehamilan dan Keluarga Berencana
Pelaksanaan pengaturan kehamilan dan KB pada ibu dengan HIV yaitu menggunakan kondom atau alat kontrasepsi jangka panjang dan kontrasepsi mantap bagi ibu yang tidak menginginkan adanya kehamilan dimasa yang akan datang (Kemenkes RI, 2013).
7. Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak
Pemberian profilaksis ARV dimulai hari pertama sampai 6 minggu. Terapi ARV yaitu zidovudine (AZT atau ZDV) dengan dosis 4 mg/kgBB diberikan 2 kali sehari. Mulai usia 6 minggu diganti dengan otrimoksazol profilaksis dengan dosis 4-6 mg/kgbb, satu kali sehari, setiap hari sampai 1 tahun atau diagnosa HIV ditegakkan.
8. Pemeriksaan diagnostik HIV pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV

9.5.4 Prong 4: Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada Ibu dengan HIV beserta Anak dan Keluarganya

Dukungan psikologis dan sosial diperlukan karena perawatan ibu dan bayi dengan HIV positif akan dilakukan sepanjang hayat. Stigma dan diskriminasi yang mungkin diterima ibu. Faktor kerahasiaan status HIV ibu perlu dijaga serta harus ada dukungan ke anak dan keluarga sebagai *support system* terdekat (Kemenkes RI, 2013).



Gambar 9.3 Alur proses ibu hamil menjalani kegiatan Prong 3 dan 4 dalam Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (Kemenkes RI, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Green, C.W. 2016. *Seri Buku Kecil HIV-AIDS: HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan*. 2nd edn. Jakarta: Yayasan Spiritia.
- Kemenkes RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak*. Jakarta , Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Manajemen Program pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. Pertama. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Ibu dan Anak Kemenkes.
- Ladyani, F. and Kiristianingsih, A. 2019. Hubungan antara Jumlah CD4 Pada Pasien Yang Terinfeksi HIV/AIDS dengan Infeksi Oportunistik di Rumah Sakit Umum Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2016', *Jurnal Kesehatan Unila*, 3(1), pp. 34–41.

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK YANG TERINFEKSI HIV/AIDS

Oleh Dary

10.1 Pendahuluan

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan jenis virus yang menginfeksi dan mengganggu fungsi sel sistem kekebalan tubuh sehingga menyebabkan kelemahan pada sistem pertahanan tubuh manusia terhadap berbagai infeksi. Infeksi HIV yang tidak diterapi dapat berkembang menjadi AIDS (*Acquired Immunodeficiency syndrome*) ditandai dengan munculnya berbagai infeksi atau berkembangnya sel kanker dan manifestasi klinik yang lain (WHO, 2022). HIV masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan global hingga saat ini. Data WHO tahun 2021 menyatakan, sekitar 38,4 juta orang menderita HIV/AIDS (ODHA), 650.000 kematian terjadi karena HIV/AIDS, dan sekitar 1,5 juta orang terinfeksi baru HIV (WHO, 2022). Menurut UNICEF dari 38,4 juta ODHA, sebanyak 27,3 juta merupakan anak berusia 0-19 tahun, kasus baru infeksi HIV pada anak sebanyak 310.000 dan sebanyak 110.000 kematian anak terjadi akibat AIDS. Setiap harinya, sekitar 850 anak terinfeksi HIV dan 301 anak meninggal karena AIDS, sebagian besar diakibatkan oleh akses yang tidak adekuat terhadap layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV (UNICEF, 2022).

Anak dengan HIV/AIDS (ADHA) berisiko memiliki status kesehatan dan kualitas hidup yang rendah. Risiko kematian pada ADHA empat kali lebih tinggi dan tanda gejala infeksi oportunistik seperti demam, diare, dermatitis cenderung lebih serius, mudah kambuh, bersifat kronik, dan sulit diobati. Selain itu, ADHA juga berisiko mengalami stres akibat kondisi penyakitnya. ADHA akan lebih sering dirawat inap di rumah sakit, menghadapi stigma terkait penyakitnya dan kondisi ini dapat membangkitkan perasaan cemas, takut dan kesedihan bagi anak (Walakira dkk., 2014).

HIV/AIDS pada anak didominasi akibat penularan vertikal dari ibu ke anak (Evalina, 2012; Huriati, 2014), sehingga untuk memutuskan mata rantai HIV pada anak serta meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup ADHA, peranan tim kesehatan sangat diperlukan, mengingat anak merupakan generasi lanjutan untuk berlangsungnya proses regenerasi. Tim kesehatan atau perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut. Pembelajaran Bab 10 ini menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada bayi dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS berdasarkan pendekatan proses keperawatan.

10.2 Pengkajian Keperawatan

Pada pengkajian anak dengan infeksi HIV/AIDS perlu dilakukan anamnesa untuk mendapatkan riwayat penyakit secara lengkap. Hal-hal yang perlu ditanyakan terutama kepada pengasuh anak antara lain: keluhan utama, tanda gejala yang dialami, riwayat kesehatan yang lalu, status imunisasi dan riwayat kesehatan keluarga. Pada anak remaja perempuan, tanyakan apakah ada riwayat kandidiasis vagina, penyakit radang panggul dan aktivitas seksual yang dilakukan. Pada anak remaja laki-laki perlu ditanyakan terkait aktivitas seksual dan riwayat penggunaan obat-obatan terlarang khususnya penggunaan obat terlarang melalui jarum suntik.

Periksa tanda-tanda vital khususnya pemeriksaan suhu terkait dengan kondisi demam yang dapat menunjukkan adanya indikasi infeksi. Pemeriksaan secara menyeluruh dilakukan dengan mengobservasi turgor kulit (ODHA memiliki turgor kulit yang buruk), adanya lesi dan ruam kemerahan di kulit, rambut rontok dan kebotakan (alopecia), lesi pada membran mukosa, penurunan berat badan, perubahan perilaku, tanda gejala infeksi pernafasan (misalnya *tuberculosis*), diare, keputihan pada vagina, lesi perineum atau kutil kelamin.

Tanda dan gejala klinis yang dapat ditemukan dalam pengkajian pada bayi dan anak dengan infeksi HIV dapat bervariasi. Sebelum timbul infeksi oportunistik dan atau keganasan, penderita infeksi HIV pada anak biasanya memperlihatkan gejala awal yang ditandai oleh (Hockenberry dkk., 2022) :

- Demam
- Penurunan berat badan lebih dari 10%
- Malaise
- Keringat malam
- Diare kronik atau berulang
- Lemah
- Limfadenopati
- Nyeri sendi atau otot
- Kandidiasis oral

Bayi-bayi yang terinfeksi HIV pada periode neonatal, biasanya memperlihatkan tanda dan gejala penyakit sebelum berumur 1 tahun berupa (Hockenberry dkk., 2022; Rampengan, 2007):

- Gagal untuk bertumbuh (*failure to thrive*)
- Perkembangan terlambat
- Stomatitis yang berulang atau menetap

- Pneumonitis interstisial yang kronik
- Pembesaran hati dan limpa (Hepatosplenomegali)
- Diare kronik atau berulang
- Limfadenopati
- Infeksi berat dan berulang seperti sepsis dan meningitis
- Parotitis

Infeksi HIV dapat berkembang menjadi AIDS pada bayi dan anak apabila terdapat infeksi oportunistik yang memperlihatkan tanda dan gejala penyakit-penyakit sebagai berikut (Hockenberry dkk., 2022; Rampengan, 2007):

1. Infeksi protozoa dan cacing
 - *Cryptosporidiosis* yang berlangsung lebih dari satu bulan
 - Pneumonia oleh *Pneumocystis carinii*
 - *Strongiloidosis* paru atau susunan saraf pusat
 - *Toksoplasmosis* paru atau susunan saraf pusat
2. Infeksi virus
 - *Cytomegalovirus*, infeksi diseminata dengan serangan pada bayi usia lebih dari 6 bulan
 - *Herpes simplex virus*, infeksi kronis atau diseminata dengan serangan pada bayi usia lebih dari 1 bulan
 - *Lekoensepalopati* progresif dan multifokal
3. Infeksi jamur
 - Kandidiasis esofagus
 - *Cryptococcosis* susunan saraf pusat atau infeksi diseminata
4. Infeksi bakteri
 - *Mycobacterium avium*, infeksi diseminata.
5. Kanker
 - Sarkoma kaposi
 - Limpoma yang terbatas pada otak

Tanda dan gejala lainnya yang dapat ditemukan pada anak dengan infeksi HIV/AIDS diantaranya tubuh pendek, malnutrisi dan kardiomiopati. Gangguan sistem saraf pusat akibat infeksi HIV/AIDS dapat berupa defisit neuropsikologi, gangguan perkembangan, gangguan motorik, gangguan komunikasi dan perubahan perilaku (Hockenberry dkk., 2022).

Hasil pemeriksaan laboratorium ELISA (*Enzym-Linked Immunosorbent Assay*) dan *Western Blot immunoassay* pada anak usia 18 bulan keatas menunjukkan hasil positif HIV. Pemeriksaan PCR (*Polymerase Chain Reaction*) HIV untuk mendeteksi materi genetik (RNA dan DNA) HIV dalam darah dapat dilakukan sebagai pemeriksaan diagnostik pada bayi umur kurang dari 18 bulan (Hockenberry dkk., 2022).

10.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada bayi dan anak dengan infeksi HIV/AIDS adalah sebagai berikut (Hockenberry dkk., 2022; PPNI, 2016):

1. Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi)
2. Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan penurunan berat badan lebih dari 10%, adanya kandidiasis oral, diare kronik, penyakit berulang
3. Isolasi sosial (D.0121) berhubungan dengan keterlambatan perkembangan, perubahan penampilan fisik, perubahan status mental ditandai dengan tidak adanya minat berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan, afek sedih, menarik diri, lemah
4. Nyeri kronik (D.0078) berhubungan dengan gangguan imunitas (infeksi HIV/AIDS) ditandai dengan tampak

meringis, gelisah, mengeluh nyeri, merasa depresi dan takut mengalami cedera berulang

5. Gangguan proses keluarga (D.0120) berhubungan dengan perubahan status kesehatan anggota keluarga, krisis situasional ditandai dengan keluarga tidak mampu beradaptasi terhadap situasi, kondisi penyakit kronis/mengancam nyawa, keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan anggota keluarga
6. Berduka (D.0081) berhubungan dengan antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti ditandai dengan menangis, tidak mampu berkonsentrasi.

10.4 Rencana Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Berikut ini rencana intervensi dan implementasi keperawatan yang dapat diterapkan pada bayi dan anak dengan infeksi HIV/AIDS (Hockenberry dkk., 2022; PPNI, 2018a, 2018b):

1. Risiko infeksi (infeksi oportunistik) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)

Intervensi keperawatan dilakukan dengan tujuan meminimalkan risiko infeksi dan mencegah penularan penyakit.

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi
- b) Batasi jumlah pengunjung dan anjurkan pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah bertemu anak
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan anak dan lingkungannya
- d) Tempatkan anak di ruang perawatan non-infeksius atau di ruang tersendiri (ruang isolasi)
- e) Pertahankan teknik aseptik
- f) Lakukan perawatan kulit

- g) Batasi kontak antara anak dengan orang lain, baik keluarga, teman, atau staf ruang perawatan yang sedang sakit infeksi
 - h) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - i) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 - j) Anjurkan meningkatkan asupan gizi dan istirahat yang cukup
 - k) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
 - l) Kolaborasi pemberian imunisasi dan antibiotik
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi, dan peningkatan kebutuhan metabolisme.
- Intervensi keperawatan bertujuan agar anak mendapatkan asupan gizi yang optimal. Intervensi keperawatan berikut ini dapat membantu meningkatkan status gizi anak dengan HIV/AIDS:
- a) Identifikasi status gizi
 - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
 - c) Identifikasi makanan yang disukai anak
 - d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
 - e) Monitor asupan makanan
 - f) Monitor berat badan anak
 - g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
 - h) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu
 - i) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - j) Berikan makanan tinggi serat, tinggi kalori dan tinggi protein
 - k) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - l) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

3. Isolasi sosial berhubungan dengan keterlambatan perkembangan, perubahan penampilan fisik, perubahan status mental.

Tujuan dilakukannya intervensi keperawatan pada masalah isolasi sosial adalah untuk meningkatkan partisipasi anak (keterlibatan sosial) dalam aktivitas keluarga dan kelompok, dengan cara:

- a) Identifikasi kekuatan dan kelemahan anak dalam menjalin hubungan
- b) Pertahankan kesabaran dan kejujuran dalam mengembangkan hubungan
- c) Berikan umpan balik yang positif terhadap aktivitas yang dilakukan
- d) Motivasi anak untuk berpartisipasi dalam kegiatan individu, kelompok dan sosial bersama teman dan keluarga.
- e) Motivasi anak untuk mempertahankan komunikasi verbal dan atau kontak melalui telepon dengan temannya selama perawatan
- f) Berikan edukasi kepada guru dan teman sekolah anak tentang infeksi HIV/AIDS sehingga anak tidak merasa terisolasi saat bersekolah. Seringkali anak mendapat stigma dan dikucilkan oleh masyarakat dan bahkan keluarga sendiri, karena masyarakat dan keluarga kurang mendapat pengetahuan dan informasi terkait HIV/AIDS (Fadhila dkk., 2020).

4. Nyeri kronik berhubungan dengan gangguan imunitas (infeksi HIV/AIDS).

Tujuan diberi intervensi keperawatan adalah untuk menurunkan tingkat nyeri dan membantu anak mampu mengontrol rasa nyeri.

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non-verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pada bayi berikan kenyamanan dengan menggendong, membelai dan menimang-nimang bayi.
- h) Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri
- i) Fasilitasi istirahat dan tidur
- j) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- k) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- l) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- m) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri
- n) Kolaborasi pemberian analgesik

5. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anggota keluarga, dan krisis situasional. Tujuan dilakukan intervensi keperawatan agar keluarga mendapatkan dukungan yang adekuat dan mampu memenuhi kebutuhan anak yang sakit. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain:
 - a) Identifikasi sumber daya fisik, emosional dan pendidikan keluarga
 - b) Identifikasi respons emosional keluarga terhadap kondisi saat ini
 - c) Identifikasi beban prognosis secara psikologis pada keluarga
 - d) Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan
 - e) Identifikasi gejala fisik akibat stres

- f) Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga
- g) Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
- h) Kaji pemahaman keluarga tentang diagnosis dan rencana perawatan. Diskusikan rencana medis dan perawatan bersama keluarga
- i) Diskusikan cara mengatasi kesulitan dalam perawatan
- j) Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien anak dan keluarga atau antar anggota keluarga
- k) Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang
- l) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga seperti tempat tinggal, makanan dan pakaian
- m) Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk perawatan dan pengobatan pasien anak
- n) Anjurkan keluarga menggunakan terapi bermain bersama anak sebagai strategi koping
- o) Ijinkan anak membawa barang atau mainan kesukaannya selama perawatan
- p) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan dan pengobatan yang dijalani anak
- q) Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien anak dan atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
- r) Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan keluarga
- s) Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga
- t) Informasikan kemajuan kondisi pasien anak secara berkala
- u) Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
- v) Rujuk untuk terapi keluarga jika perlu

6. Berduka berhubungan dengan antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti.
Setelah diberikan intervensi keperawatan, tujuan yang diharapkan adalah keluarga menerima dukungan yang adekuat, tingkat berduka membaik.
- a) Identifikasi perasaan kehilangan yang dihadapi keluarga
 - b) Identifikasi reaksi keluarga terhadap perasaan kehilangan
 - c) Tunjukkan sikap menerima dan empati
 - d) Motivasi keluarga untuk mengungkapkan perasaan kehilangan
 - e) Motivasi keluarga untuk berkomunikasi dengan anak
 - f) Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat
 - g) Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial
 - h) Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman
 - i) Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan
 - j) Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar terhadap perasaan kehilangan
 - k) Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap.

10.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan meliputi hal-hal sebagai berikut (Hockenberry dkk., 2022):

- a) Risiko infeksi minimal
- b) Pencegahan penyebaran penyakit
- c) Integritas kulit terpelihara
- d) Nyeri minimal
- e) Kebutuhan asupan gizi terpenuhi
- f) Tidak mengalami stigma dan isolasi sosial
- g) Dukungan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Evalina, R. 2012. Studi deskriptif infeksi HIV pada anak di Rumah Sakit Umum Pusat Adam Malik Medan. *Sari Pediatri*, 14(2), 73–78.
- Fadhila, M. N., Salsabila, R. N., Rahayu, S., & Arini, L. D. D. 2020. Perlindungan masyarakat terhadap anak penderita HIV/AIDS di kota Surakarta. *Terapan Informatika Nusantara*, 1(2), 79–82.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. 2022. *Wong's essentials of pediatric nursing* (11 ed.). Elsevier Mosby.
- Huriati, H. 2014. HIV/AIDS pada anak. *Sulesana: Jurnal Wawasan Keislaman*, 9(2), 126–131.
<https://doi.org/10.24252/.v9i2.1318>
- PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- Rampengan, T. H. (2007). *Penyakit infeksi tropik pada anak* (2 ed.). EGC.
- UNICEF. (2022, Juli). *Global and regional trends*. <https://data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/>
- Walakira, E. J., Ddumba-Nyanzi, I., & Kaawa-Mafigiri, D. 2014. HIV and AIDS and its impact on child well-being. Dalam *Handbook of child well-being* (hlm. 2355–2377). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_91
- WHO. (2022, Juli 27). *HIV*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

BAB 11

POPULASI RESIKO TINGGI HIV

Oleh Evy Noorhasanah

11.1 Pengertian HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh sehingga melemahkan kekebalan seseorang terhadap infeksi dan beberapa jenis penyakit kanker yang dapat dilawan oleh orang dengan sistem kekebalan yang sehat atau tidak terpapar virus HIV (WHO, 2022). Virus HIV adalah virus yang dapat menyerang kekebalan tubuh manusia pada komponen sel darah putih berupa limfosit T CD4 (*cluster of differentiation 4*) sehingga kekebalan orang tersebut mengalami penurunan untuk melawan berbagai penyakit dan dapat berlanjut menjadi *Aquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (Noviana, 2017).

Penyakit *Aquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi imun dengan kondisi berat dan merupakan stadium akhir dari infeksi HIV (Kathiandago, 2017). *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)* merupakan suatu syndroma atau kumpulan gejala penurunan kekebalan tubuh berupa limfosit T CD4 yang berakibat munculnya penyakit infeksi Oportunistik yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, cacing, jamur dan protozoa (Desmawati, 2013).

Jadi virus HIV merupakan retrovirus yang menyerang kekebalan tubuh Seseorang berupa limfosit T CD4 yang akan berdampak terhadap menurunnya kondisi sistem kekebalan tubuh (immuno defisiensi) Seseorang terhadap berbagai

mikroorganisme penyebab penyakit sehingga menjadikan seseorang mudah masuk pada fase penyakit AIDS. Fase penyakit AIDS merupakan tahap lanjutan dari infeksi virus HIV dimana prosesnya dapat berkembang dan berjalan selama bertahun-tahun dengan manifestasi klinik infeksi Oportunistik yang parah seperti TBC, diare, candidiasis, sarkoma kaposi dan lain-lain tergantung pada kondisi individu yang terserang infeksi HIV tersebut.

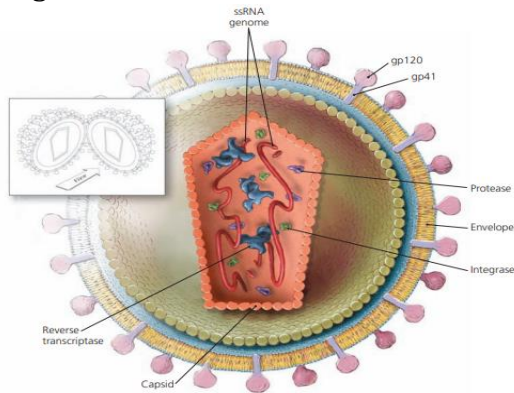
Limfosit T merupakan sel target yang diserang virus HIV berperan penting pada respons imun seluler, yaitu melalui kemampuannya mengenali kuman patogen dan mengaktivasi imun seluler lainnya, seperti fagosit serta limfosit B dan sel-sel pembunuh alami. Limfosit T berfungsi menghancurkan sel yang terinfeksi kuman patogen. Limfosit T ini memiliki kemampuan memori, evolusi, aktivasi dan replikasi cepat, serta bersifat sitotoksik terhadap antigen guna mempertahankan kekebalan tubuh (Abbas, 2022). Sedangkan CD (*cluster of differentiation*) adalah reseptor tempat “melekat”-nya virus pada dinding limfosit T. CD4 merupakan reseptor yang menjadi petunjuk kerusakan pada limfosit T pada infeksi HIV.

Karakteristik dari *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) memiliki struktur virus berupa RNA yang memiliki kemampuan dalam mengubah *genom ribonucleic acid* (RNA) virus melalui enzim *reversi transcriptase* (RT) dalam bentuk salinan *deoxyribonucleic acid* (DNA) kemudian bergabung ke kromosom inang melalui untaian ganda sehingga menjadi DNA virus. Virus HIV merupakan jenis retrovirus yang termasuk ke dalam *family* lentivirus yang dapat mereproduksi diri sendiri di dalam sel penjamu (Nursalam, et al, 2018).

Partikel virus HIV memiliki diameter sekitar 100 nm yang dikelilingi oleh membran lipoprotein berupa glikoprotein gp120 yang dapat melekat pada permukaan sel limfosit CD4. Serta memiliki enzim pengkode seperti *reverse transcriptase* (RT), integrase dan protease. Penyebab utama terjadi AIDS

diseluruh dunia saat ini dikelompokkan menjadi dua tipe yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV. Agen utama penyebab penyebaran HIV di dunia adalah jenis HIV -1 yang dapat bermutasi lebih cepat karena replikasi yang lebih cepat (Fanales-Belasio, 2010; Nursalam et al, 2018)

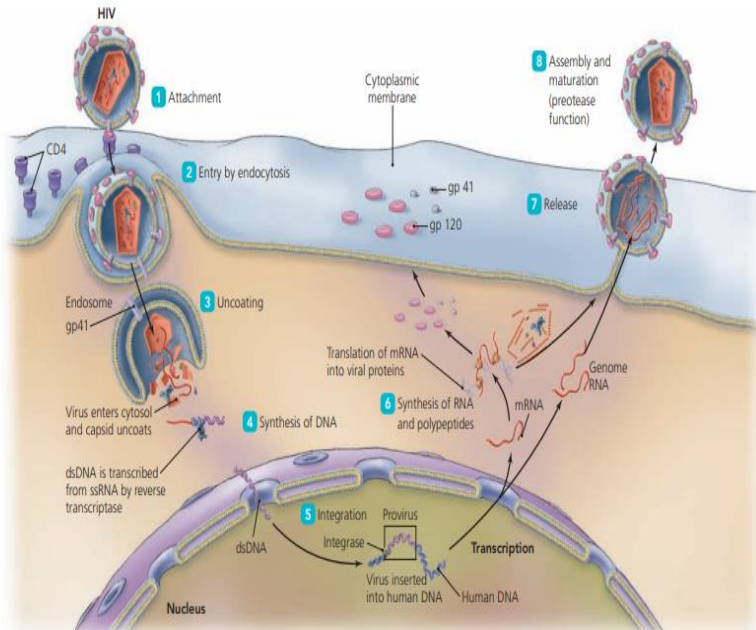
Para peneliti mengidentifikasi penyebaran *Virus HIV* adalah infeksi zoonosis hasil dari mutasi *Simian Immunodeficiency Virus* (SIV) yang terdapat pada hewan primata jenis simpanse sub spesies *Pan troglodytes troglodytes* yang diduga sebagai sumber pandemi AIDS pada manusia (BF Keele, 2006). Penyebaran terjadi ketika manusia memburu hewan sipanse yang sudah terinfeksi virus ini untuk dijadikan bahan pangan, dimana terjadi kontak antara manusia dengan darah sipanse yang sudah tertular virus SIV.



Gambar 11.1 Struktur virus HIV
(Sumber : Bauman, 2015)

Proses perjalanan virus HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui perantara darah, cairan tubuh berupa cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu yang terinfeksi virus HIV. Virus yang masuk ke dalam sel limfosit akan menghancurkan CD4 melalui reseptor virus berupa gp120 dan co reseptor CCR5 atau CXCR4 sehingga virus berhasil masuk ke

dalam sel limfosit yang akan menggunakan RNA nya dan DNA sel penjamu untuk membentuk virus DNA menjadi RNA virus untuk melakukan proses replikasi secara terus menerus (Bauman, 2015).



Gambar 11.2 Siklus Replikasi Virus HIV
(Sumber : Bauman, 2015)

Menurut data UNAIDS 2022 penderita yang dinyatakan positif HIV sebanyak 37,7 juta kasus. Benua Afrika merupakan populasi terbesar di dunia yang banyak terinfeksi virus HIV., kemudian di Asia Tenggara sebanyak 3,8 juta dan kasus terendah ada di Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta kasus (Kemenkes, 2019).

Kasus HIV di Indonesia masih tinggi hingga Juni 2022, berdasarkan data Kemenkes RI pengidap HIV mencapai 519.158 orang yang tersebar di seluruh Provinsi Indonesia,

kasus ini merupakan penyakit yang harus di waspadai karena hingga kini penyakit yang menyerang sistem imun ini belum ditemukan obatnya. Cara penularan virus ini masih di dominasi kelompok heteroseksual juga termasuk didalamnya para pelaku LGBT dan juag penggunaan jarum suntuk secara bergantian, proses persalinan dan menyusui dari ibu keanak.

11.2 Populasi Berisiko Tertular HIV

Upaya strategis dalam penanggulangan dan pencegahan penyebaran kasus HIV dan AIDS berdasarkan pada strategi nasional penanggulangan HIV AIDS sangat dipengaruhi oleh perilaku berisiko pada pada populasi kunci dan kelompok rawan tertular HIV dan AIDS. Secara garis besar perilaku yang dapat menempatkan individu atau populasi untuk tertular HIV diklasifikasikan kedalam 3 kelompok diantaranya adalah populasi kunci atau kelompok resiko tinggi tertular HIV (*High-Risk People*), kelompok rentan (*Vulnerable People*) dan masyarakat umum (*General Population*) (Kumalasari, 2013).

2.2.1 Populasi Kunci (*High-Risk People*)

Populasi kunci atau kelompok berisiko tertular HIV adalah seseorang atau kelompok yang memiliki gaya hidup sangat berisiko untuk tertular HIV. Orang-orang atau kelompok yang termasuk populasi ini adalah para Wanita Seks Komersil (WSK) baik langsung ataupun tidak langsung, laki-laki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL) penyalahgunaan narkoba dan pasangannya terutama pengguna narkoba suntik (Penasun), para penaja seks waria (transgender) beserta pelanggannya (Kemenkes, 2017). Pada kelompok populasi kunci infeksi penyakit HIV yang didapatkan melalui paparan seksual dapat terjadi pada kelompok WSK baik perempuan atau laki-laki beserta pelanggannya, kelompok waria (transgender) serta LSL beserta pasangan seksnya.

Kelompok WSK adalah perempuan yang menjual seks untuk mendapatkan uang atau barang sebagai sumber pendapatan mereka. Kelompok WSK langsung adalah perempuan yang menjual seks untuk materi berupa uang atau barang dan menjadikannya sebagai sumber utama pendapatan mereka seperti WSK rumah bordil, lokasi atau jalanan. Sedangkan WSK tidak langsung adalah perempuan yang bekerja ditempat hiburan seperti bar, tempat pijat, karaoke, dan lain-lain) yang menjual seks saat berada di tempat hiburan (Kemenkes, 2016).

Kelompok WSK merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap virus HIV walaupun kebanyakan dari kelompok tersebut termasuk heteroseksual. Heteroseksual adalah individu yang memiliki ketertarikan terhadap individu lain dengan jenis kelamin yang berbeda atau aktivitas seksual pada dimana pasangan seksualnya berasal dari lawan jenis. Hubungan heteroseksual secara umum termasuk hal normal atau ekspresi seksual alami yang dapat diterima di lingkungan masyarakat. Heteroseksual sendiri memiliki beberapa variasi atau jenis yang dilakukan dimasyarakat diantaranya adalah pasangan suami isteri (*marriage*), pasangan sebelum nikah (*pre marital sex*), pasangan sex di luar nikah (*extramarital sex*) dan pasangan kumpul kebo (*cohabitation*) (Noviana 2017).

Virus HIV dapat menginfeksi pada semua variasi kelompok heteroseksual tersebut terutama sekali adalah pada kelompok pasangan sebelum nikah (*pre marital sex*), pasangan sex di luar nikah (*extramarital sex*) dan pasangan kumpul kebo (*cohabitation*) dimana pada kelompok ini memiliki kecenderungan untuk berganti-ganti pasangan seksual, hubungan seks dengan orang yang telah tertular HIV ataupun aktivitas seksual yang tidak aman.

Kelompok populasi kunci berikutnya adalah kelompok waria (transgender) dan LSL beserta pasangan seksnya. Waria (transgender) adalah laki-laki yang secara biologis

menidentifikasi atau berperilaku sebagai perempuan sedangkan LSL adalah laki-laki yang berhubungan seks dengan pasangan laki-lakinya. Kelompok ini dapat mengidentifikasi diri sebagai homoseksual, biseksual ataupun heteroseksual.

Pada kelompok homoseksual orientasi seksual mereka mengacu pada interaksi seksual yang dilakukan pada individu dengan jenis kelamin atau identitas gender yang sama secara situasional atau berkelanjutan. Penularan virus HIV pada kelompok homoseksual dapat terjadi pada laki-laki yang berperan untuk memasukan penis ke dalam anal pasangan seksnya (insertif) dan pada laki-laki yang senantiasa berlaku menerima pemasukan penis pasangannya ke dalam rectumnya (reseptif). Resiko penularan HIV pada kelompok reseptif lebih tinggi dari kelompok kelompok insertif karena meningkatkan resiko terjadinya trauma pada mukosa rectum lebih besar pada kelompok reseptif sehingga memudahkan virus HIV masuk ke dalam tubuh kelompok reseptif melalui secret tubuh.

Perilaku seksual lainnya selain heteroseksual atau homoseksual terdapat juga kelompok biseksual yaitu kelompok yang memiliki perilaku atau orientasi seksual tertarik pada dua jenis kelamin baik laki-laki atau perempuan. Kelompok ini yang juga dapat menjadi kelompok berisiko jika tidak melakukan perilaku seks aman dalam melakukan hubungan seksual.

Secara umum penularan HIV melalui seksual pada kelompok berisiko masih cukup tinggi baik pada kelompok heteroseksual, homoseksual ataupun biseksual. Resiko penularan tertinggi terutama pada rute seksual melalui anal sebagai *reseptive anal intercourse*, yang kedua pada rute seksual *insertive anal intercourse* dan yang ketiga pada rute seksual *reseptive penile-vaginal intercourse* serta *insertive penile- vaginal intercourse*. Sedangkan untuk *reseptive* dan *insertive oral sex* memiliki kecenderungan yang lebih rendah untuk paparan virus HIV (Patel et al, 2014).

Populasi kunci dengan rute penularan melalui jarum suntik adalah kelompok pengguna narkoba suntik atau penasun. Kelompok penasun adalah laki-laki atau wanita yang menyuntikan napza dalam waktu 12 bulan terakhir selain yang ditentukan oleh profesional medis. Penularan virus HIV pada kelompok ini dapat terjadi lewat kontak langsung darah dengan jarum dan sempurit yang terkontaminasi, penggunaan jarum suntik yang bersamaan dengan sesama pengguna narkoba suntik. Meskipun jumlah darah dalam suntikan relatif kecil namun kuantitas pemakaian bersama peralatan suntik yang terkontaminasi tersebut akan meningkatkan resiko penularan.



Gambar 11.3 Resiko Peningkatan Tertular HIV
(Sumber : UNAIDS 2019 dalam Infodatin Kemenkes 2020)

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa resiko peningkatan penularan HIV pada kelompok LSL, penasun dan pekerja seks memiliki resiko yang lebih besar untuk tertular virus HIV. Populasi kunci ini menjadi kelompok utama yang harus diberikan perhatian dan upaya promotif untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman agar tidak tertular dan menularkan penyakit HIV ke orang lain.

11.2.2 Kelompok Rentan (*Vulnerable People*)

Kelompok rentan atau rawan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, status kesehatan, kesejahteraan dan ketahanan keluarga lingkungan sosial akan mudah untuk tertular HIV AIDS. Kelompok ini terdiri dari orang-orang dengan mobilitas yang tinggi baik militer ataupun sipil (seperti pelaut, supir truk, supir ojek, TKBM) perempuan, remaja, anak jalanan, ibu hamil, pengungsi, penerima transfusi serta petugas Kesehatan.

Penularan pada ibu hamil dan menyusui dapat terjadi secara vertikal pada ibu yang mengidap HIV kepada bayinya selama proses kehamilan, persalinan dan pada saat post partum melalui ASI. Pada kelompok penerima transfusi dan petugas Kesehatan resiko penularan dapat terjadi lewat darah dan produk darah yang mencakup pemberian transfusi pada kelompok pasien penerima transfuse darah (resipien). Sedangkan pada petugas Kesehatan insiden penularan HIV terjadi akibat cedera penggunaan jarum suntik yang terkontaminasi.

11.2.3 Kelompok Masyarakat Umum (*General Population*)

Kelompok masyarakat umum adalah komponen masyarakat yang tidak termasuk dalam kelompok populasi kunci ataupun kelompok rentan namun tetap menjadi target untuk upaya promotif dan peningkatan kewaspadaan untuk penanggulangan HIV dan AIDS

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas. Abul K, et al 2022. *Celluler and Moleculer Immunology*. Tenth Edition, Philadelphia: Elsevier Inc.
- Bauman, Robert W. 2015. *Microbiology: with Diseases by Body System*. United States of America: Pearson Education, Inc.
- BF Keele, et al, 2006. Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1. 313(5786), 523-526. Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1 - PMC (nih.gov)
- Desmawati, 2013. *Sistem Hematologi dan Immunologi Asuhan Keperawatan Umum dan Maternitas*. Jakarta: Penerbit In Media
- Fanales-Belasio, et al, 2010. *HIV Virology and Pathogenetic Mechanism of Infection: A Brief Overview*. 46(01), 5-14. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/aiss/v46n1/02.pdf
- Kathiandagho, Desmon, 2017. *Epidemiologi HIV-AIDS*. Bogor: Penerbit In Media
- Kemenkes, 2017. *Estimasi Jumlah Populasi Kunci HIV Di Indonesia 2016*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit P2PML. Jakarta
- Kemenkes, 2019. *InfoDATIN Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi*. Jakarta Selatan.
- Kumalasari, Eka Yuli, 2013. *Skripsi: Perilaku Berisiko Penyebab Human Immunodefisiensi Virus (HIV) Positif (Studi Kasus Di Rumah Damai Kelurahan Cepeko Kecamatan Gunung Pati Kota Semarang*.
- Nursalam, dkk, 2018. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Salemba Medika

- Noviana, Nana, 2016. Konsep HIV/AIDS, Seksualitas, Dan Kesehatan Reproduksi. Edisi I Jakarta: CV. Trans Info Media
- Patel, Pragna et al, 2014. *Estimating per-act HIV Transmission risk: A Systematic Review.* , 28(10), 1509-1519. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review - PMC (nih.gov)
- Program of Mathematics Study Program at Islamic Institute Of Muhammadiyah Sinjai. Matematika Dan Pembelajaran*, 7(1), 65. <https://doi.org/10.33477/mp.v7i1.1046>.
- Suarnianti, dkk , 2020 Penguatan Intervensi Perilaku terhadap Pencegahan HIV pada Kelompok Berisiko: Sistematis Review. Jurnal Kesehatan Andalas Vol 9, No 4. Penguatan Intervensi Perilaku terhadap Pencegahan HIV pada Kelompok Berisiko: Sistematis Review | Suarnianti | Jurnal Kesehatan Andalas (unand.ac.id)
- WHO. HIV/AIDS. 2022 (Internet). (Dikutip 27 Oktober 2022) tersedia di HIV/AIDS (who.int)

BAB 12

NURSING MANAGEMENT ISSUES (PENCEGAHAN TRANSMISI HIV)

Oleh Andi Ijriani

12.1 Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang melemahkan kekebalan tubuh manusia. HIV menyerang tubuh manusia dengan cara membunuh atau merusak sel-sel yang berperan dalam kekebalan tubuh untuk melawan infeksi dan kanker menurun drastis (Sunaryati, 2011).

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang dapat menyebabkan terjadinya AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*). AIDS adalah sekumpulan gejala dan infeksi yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV atau Human Immunodeficiency Virus (Rizki Prayuda, 2015).

HIV dapat masuk kedalam tubuh mencapai sirkulasi sistemik secara langsung. Setelah sampai dalam sirkulasi sistemik, 4–11 hari sejak paparan pertama HIV dapat dideteksi di dalam darah (Nasronudin, 2014). Sampai sekarang obat untuk mengobati dan vaksin untuk mencegah HIV / AIDS belum ditemukan maka untuk menanggulangi masalah HIV / AIDS adalah melakukan berbagai upaya pencegahan dari semua pihak agar tidak terlibat dalam lingkaran transmisi yang memungkinkan dapat terserang HIV/ AIDS.

12.2 Penularan HIV

HIV menular melalui berbagai cara, antara lain cairan tubuh seperti darah, cairan genetalia dan ASI. HIV tidak didapatkan dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah di sunat memiliki resiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan pria yang tidak di sunat. Selain melalui cairan tubuh (Widoyono, 2011). HIV juga ditularkan melalui :

a. Hubungan seksual

Penularan HIV dapat terjadi saat hubungan seks melalui vaginal, anal, maupun melalui oral. Prevelensi 70-90 % dan Model penularan ini paling sering didunia. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif (Notoatmodjo, 1985).

b. Kehamilan ,Persalinan atau Menyusui

Pada ibu hamil bisa terjadi Penularan HIV dari ibu pada saat kehamilan (*in utero*). Prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01 % sampai 0,7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi akan terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinannya mencapai 50% berdasarkan dari laporan CDC Amerika. Penularan juga terjadi selama proses persalinan kontak antara kulit dan membran mukosa bayi dengan darah saat melahirkan Transmisi lain terjadi selama periode *post partum* melalui ASI. Risiko bayi tertular melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10% (Nursalam, 2007).

c. Kontak Langsung dengan Darah, Produk Darah atau Jarum Suntik

Kontak langsung dengan darah dari pasien yang positif HIV melalui luka terbuka, Transfusi darah atau produk darah yang tercemar mempunyai risiko sampai > 90%, ditemukan 3-5% total kasus sedunia (Nursalam, 2007).

Selain jarum suntik, para pemakai IDU (*Injecting Drug User*-IDU) secara bersama-sama juga menggunakan tempat

penyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi menularkan HIV.

d. Pemakaian Alat Kesehatan yang Tidak Steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV (Nursalam, 2007).

e. Alat-alat Untuk Menoreh Kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyuntat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan dulu (Nursalam, 2007).

12.3 Cara Mencegah HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV pada wanita dilakukan secara primer, mencakup mengubah perilaku seksual dengan menetapkan prinsip ABC, yaitu *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual), *Be faithful* (setia pada pasangan), dan *Condom* (pergunakan kondom jika terpaksa melakukan hubungan dengan pasangan), *Don't Drug, Education*. Petugas kesehatan perlu menetapkan kewaspadaan universal dan menggunakan darah serta produk darah yang bebas dari HIV untuk pasien (Nursalam, 2007).

Pada tahun 2003, Menurut Depkes RI WHO mencanangkan empat strategi untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi dan anak, yaitu dengan mencegah jangan sampai wanita terinfeksi HIV/AIDS Apabila sudah dengan HIV/AIDS, dicegah supaya tidak hamil. (Nursalam, 2007).

12.4 Cara Pencegahan Penularan HIV

Pada tahun 2007 - 2010 Berdasarkan strategi nasional penganggulangan HIV dan AIDS penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko kelompok kelompok masyarakat.

Pencegahan dilakukan pada kelompok masyarakat sesuai dengan perilaku kelompok dan potensi ancaman yang dihadapi. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk penyuluhan, promosi hidup sehat, pendidikan sampai kepada cara penggunaan alat pencegahan yang efektif dikemas sesuai dengan sasaran upaya pencegahan. Program pencegahan pada kelompok sasaran meliputi:

12.3.1 Kelompok Tertular (*Infection People*)

Kelompok tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.

12.3.2 Kelompok Berisiko Tertular atau Rawan Tertular (*High-Risk People*)

Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penjaja seks, penyalahguna napza suntik dan pasangannya, waria, penjaja seks dan pasangannya, serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.

12.3.3 Kelompok Rentan (*Vulnerable People*)

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfuse darah dan petugas

pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV (menghambat menuju kelompok berisiko).

12.3.4 Masyarakat Umum (*General Population*)

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu. Pencegahan ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya

Pencegahan penularan HIV/AIDS menurut (Kunoli, 2012) yaitu meliputi :

- a. Program pencegahan HIV/AIDS hanya dapat efektif bila dilakukan dengan komitmen masyarakat dan komitmen politik yang tinggi untuk mencegah dan atau mengurangi perilaku resiko tinggi terhadap penularan HIV.
 - 1) Pemberian penyuluhan kesehatan di sekolah dan di masyarakat harus menekankan bahwa mempunyai pasangan seks yang berganti-ganti serta pembangunan obat suntik bergantian dapat meningkatkan resiko terkena infeksi HIV.
 - 2) Edukasi (*education*) Mencari pengetahuan atau informasi yang benar tentang HIV/AIDS dan membagikan informasi yang telah diketahui kepada orang-orang yang belum mengetahui informasi mengenai HIV/AIDS.
 - 3) Tidak melakukan hubungan seks atau hanya berhubungan seks hanya satu orang yang diketahui tidak mengindap infeksi.
 - 4) Memperbanyak fasilitas pengobatan bagi pecandu obat terlarang akan mengurangi penularan HIV. Begitu pula program "*harm 20 reduction*" yang menganjurkan para pengguna jarum suntik untuk menggunakan metode

dekontaminasi dan menghentikan penggunaan jarum bersama telah terbukti efektif.

- 5) Menyediakan fasilitas konseling HIV di mana identitas penderita dirahasiakan atau dilakukan secara anonim serta menyediakan tempat-tempat untuk melakukan pemeriksaan darah. Konseling, tes HIV secara sukarela dan rujukan medis dianjurkan dilakukan secara rutin pada klinik keluarga berencana dan klinik bersalin, klinik bagi kaum homo dan terhadap komunitas dimana seroprevalensi HIV tinggi. Orang yang aktivitas seksualnya tinggi disarankan untuk mencari pengobatan yang tepat bila menderita penyakit menular seksual (PMS).
- b. Pengawasan penderita, kontak dan lingkungan sekitarnya :
 - 1) Laporan kepala instansi kesehatan setempat, mengirimkan laporan resmi kasus AIDS adalah wajib disemua jajaran kesehatan di AS dan hampir semua Negara di dunia.
 - 2) Isolasi ; mengisolasi orang dengan HIV positif secara terpisah tidak perlu tidak efektif dan tidak dibenarkan "Universal Precaution" (kewaspadaan universal) diterapkan untuk semua penderita yang dirawat. Tindakan kewaspadaan tambahan tertentu perlu dilakukan pada infeksi spesifik yang terjadi pada penderita AIDS.
 - 3) Desinfeksi serentak ; dilakukan pada alat-alat yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh dengan menggunakan larutan pemutih (*chlorine*) atau germisida tuberkulosidal.
 - 4) Karantina; tidak diperlukan. Penderita HIV/AIDS dan pasangan seks mereka sebaiknya tidak mendonasikan darah, plasma organ untuk transplantasi, jaringan sel semen untuk inseminasi buatan atau susu untuk manusia.
 - 5) Imunisasi dari orang-orang yang kontak; tidak ada.

- 6) Investigasi terhadap kontak dan sumber infeksi.
 - 7) Pengobatan spesifik : disarankan untuk melakukan diagnosa dini dan melakukan rujukan untuk evaluasi medis.
- c. Penanggulangan wabah-HIV saat ini sudah pandemik, dengan jumlah penderita yang sangat besar dilaporkan di Amerika, Eropa, Afrika dan Asia Tenggara.

12.5 Penanggulangan HIV/ AIDS

Pada tahun 2010-2014 Strategi penanggulangan HIV dan AIDS Nasional ditujukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA (orang dengan HIV/AIDS), serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV/AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat, agar setiap individu menjadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan. Strategi yang ditempuh adalah:

12.4.1 Meningkatkan dan memperluas cakupan seluruh pencegahan

- 1) Pencegahan penularan melalui alat suntik.
- 2) Pencegahan penularan melalui hubungan seksual tidak aman.
- 3) Peningkatan dan perluasan program pencegahan dengan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks tidak aman, pengobatan infeksi menular seksual dengan skala luas dan mudah dijangkau untuk menghentikan jalannya epidemic berupa menurunnya insidensi dan prevalensi kasus IMS, HIV dan AIDS untuk pekerja seks, pelanggan pekerja seks, penasun, LSL, waria, ODHA, dan pasangan seks dari populasi kunci.
- 4) Pengembangan program yang komprehensif.
- 5) Pencegahan penularan melalui ibu ke bayi.

12.4.1 Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan. Jaminan kualitas layanan perawatan dan pengobatan perlu dikembangkan melalui:

- 1) Peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi ketersediaan layanan yang bersahabat dan sesuai kebutuhan ODHA.
- 2) Menjamin ketersediaan dukungan logistik untuk obat-obat esensial yang diperlukan dalam pengobatan terkait HIV dan AIDS.
- 3) Peningkatan peran layanan berbasis masyarakat untuk melengkapi layanan yang telah disediakan oleh pemerintah.
- 4) Mengurangi dampak negatif dari epidemic dengan meningkatkan akses program mitigasi sosial bagi mereka yang memerlukan.
- 5) Penguatan kemitraan, system kesehatan dan system masyarakat.
- 6) Meningkatkan koordinasi antara para pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber dana di semua tingkat.
- 7) Mengembangkan intervensi structural.
- 8) Penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data.

DAFTAR PUSTAKA

- Kunoli, 2012. *Penyakit Tropis*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mansjoer, A, Triyadinti, Savitri, dkk, 2008. *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi 3, Jilid 2, Jakarta: Media Aesculapilis.
- Nursalam, Kurniawati, N, D, 2007. *Asuhan Keperawatan Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nasronudin. 2014. Virologi HIV. Dalam Sudoyo AW, Setiyono B, Alwi I, Simadibrata M, dan Setiati S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Interna Publishing.
- Notoatmodjo, S. dan Sawono. 1985, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Universitas Indonesia: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Rizki Prayuda, M. 2015. *Pencegahan dan Tatalaksana HIV/AIDS*. In Jurnal Agromedicine (Vol. 2, Issue 3). <https://juka.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1351>.
- Sunaryati , 2011. *HiV dan AIDS pendekatan biologis molekuler, klinis sosial*. Surabaya : Airlangga University.
- Widiyono, M. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.

BAB 13

MENCEGAH KETIDAKPATUHAN MINUM OBAT ARV (ANTIRETROVIRAL)

Oleh Adriani

13.1 Pendahuluan

Terapi antiretroviral pada pasien HIV dan AIDS bertujuan untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat terjadi perburukan infeksi oportunistis (IO), meningkatkan kualitas hidup penderita HIV dan menurunkan jumlah virus (*viral load*) dalam darah sampai tidak terdeteksi (Kemenkes, 2014), maka untuk itu harus dijaga kepatuhan minum obat Antiretroviral tersebut.

13.2 Definisi

Kepatuhan *Compliance* atau *Aderence* adalah sejauh mana pasien melaksanakan tindakan dan pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter atau orang lain. Kepatuhan minum obat adalah pendekatan yang efektif untuk mencegah penularan HIV (Dawson-Rose *et al.*, 2016). Menurut WHO; Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang sesuai dengan rekomendasi dari pemberi pelayanan medis, mengikuti diet dan menerapkan perubahan gaya hidup (Agala *et al.*, 2020). *Adherence* adalah menunjukkan sifat kolaboratif pasien dengan pengobatan (Brandt *et al.*, 2018).

Ketidakpatuhan terhadap terapi Antiretroviral (ART) harus menjadi perhatian petugas kesehatan baik dokter atau perawat, bila pasien tidak patuh kurang dari 80%, maka

merupakan prediktor bagi kegagalan terapi HIV (normalnya nilai kepatuhan diatas 95%), kepatuhan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: Jenis kelamin, stigma, sosial ekonomi, tingkat pendidikan, efek samping obat, interaksi obat dan jumlah obat yang diminum tiap hari (*pill burden*). Faktor lain adanya pasien merasa penyakitnya tidak akan sembuh, kounikasi petugas-pasien yang kurang baik, konsumsi alkohol, penyalahgunaan obat dll, sebanyak 70% pasien yang mendapatkan Antiretroviral lini pertama dengan viral load yang tinggi akan mengalami penurunan viral load setelah mendapatkan intervensi kepatuhan(Karyadi, 2017).

13.3 Efek samping obat

Sebelum kita membahas tentang kepatuhan pasien minum obat Antiretroviral (ARV), maka diperlukan untuk mengenal terlebih dahulu efek samping obat yang sering membuat ketidakpatuhan pasien minum obat, ditambah penyebab lainnya,berikut efek samping tersebut dikelompokkan sesuai sistem tubuh yaitu(Bhatti, Usman and Kandi, 2016):

1. Sistem gastrointestinal antara lain: mual, muntah, perubahan kecap, konstipasi, nyeri perut, hepatotoxicity(keracunan hati) dan pangreatitis (infesi pada pangreas)
2. Gangguan syaraf pusat antara lain: sakit kepala, penglihatan kabur, pusing, telinga berdenging, sulit tidur, baal,nyeri sendi pada ekstremitas, neurophaty perifer, perubahan tidur, gangguan memori, gangguan fungsi penglihatan, gangguan pendengaran
3. Hematologi: anemia, bilirubinemia, uric acid meningkat, adanya darah dalam urin.
4. Gangguan psikologi antara lain: cemas, pusing, depresi, sulit tidur, delusi (Ketidaksinambungan antara pemikiran imajinasi dan emosi).

5. Gangguan metabolic antara lain: abnormal distribusi lemak, *anorexia* (nafsu makan menurun), *dyspnea* (sesak nafas) *fatigue* (lelah), *lethargy* (lelah berat), kehilangan berat badan.
6. Gangguan kulit : kulit kemerahan, kulit wajah lecet, gatal-gatal.
7. Musculoskeletal: antara lain; nyeri sendi, nyeri tulang dada
8. Lain-lain: reaksi sensitif, perlukaan pada mulut, demam, menstruasi tidak teratur

13.4 Penyebab umum ketidakpatuhan

Berikut ini diuraikan penyebab umum ketidakpatuhan minum obat secara umum antara lain (Kemenkes, 2014), (Planning Division Ministry of Health Malaysia, 2016),(Kemenkes no 74, 2014),(Dharan *et al.*, 2019).

Pemahaman individual (faktor sosio-demografis) yaitu:

- Komunikasi (budaya, ketidakpercayaan, takut, malu)
- Hambatan bahasa
- Tingkat pendidikan rendah, kemampuan baca terbatas
- Pengetahuan terbatas/ keyakinan keliru
- Kurang kesadaran, kurang percaya terhadap efektifitas ART

Motivasi dan daya ingat individu antara lain:

- Pelupa
- Sibuk
- Tertidur
- Sudah merasa sembuh dan tidak butuh obat
- Adanya efek samping obat
- Perubahan kebiasaan rutin
- Merasa obat itu racun

- Terlalu banyak minum obat
- Sulit saat mengambil obat
- Tidak mau orang lain tahu
- Stigma
- Depresi / gangguan psikiatrik
- Pemakaian obat aktif atau alkohol, narkoba
- Tidak mampu menetapkan tujuan hidup jangka panjangnya.

Pengaruh dukungan keluarga dan sosial

- Tidak mampu atau tidak nyaman untuk membuka statusnya
- Kondisi hidup yang sulit
- Hidup tidak stabil, kurang dukungan sosial, stress
- Adanya kesulitan pembiayaan untuk berobat
- Masalah dalam pengambilan obat (traveling, jadwal kerja sibuk atau terlalu padat).

Peran petugas antara lain:

- Sikap negative petugas dan menghakimi
- Merasa tidak puas atau tidak percaya pada petugas
- Hubungan dengan petugas: kurang hangat, tidak terbuka, tidak kooperatif dengan petugas
- Petugas terlalu sibuk
- Kesulitan transportasi (jarak, waktu, biaya yang tidak ada)
- Biaya pengobatan(dokter) tidak terjangkau
- Biaya pemeriksaan labor tidak terjangkau
- Stok obat tidak cukup

Obat-obatan antara lain:

- Regimen obat terlalu banyak atau kompleks
- Frekuensi dosis yang banyak

- Jumlah pil terlalu banyak
- Pembatasan makanan sehingga mempengaruhi minum obat
- Dampak obat atau adanya efek samping obat.

13.5 Pedoman edukasi untuk kepatuhan minum obat antiretroviral

Edukasi sangat penting bagi pasien yang baru terdiagnosis HIV, tujuannya agar supaya pasien memahami keseluruhan proses penyakit HIV dan kejadian selanjutnya akan terjadi AIDS, dan pasien harus memahami tentang bagaimana minum obat secara rutin, karena minum obat Antiretroviral membutuhkan **kesadaran jangka panjang**, kepatuhan yang mendekati sempurna diperlukan agar respon tubuh maksimal terhadap efektifitas obat, diperlukan kerjasama antara pasien dan tenaga kesehatan, hal ini perlu diperhatikan saat dilakukan edukasi atau konseling sebagai berikut (Ministry of Health Malaysia, 2011):

Faktor umum edukasi yang harus diperhatikan agar tercapai kepatuhan antara lain:

1. Faktor sosio demografi antara lain:

- Usia yang masih muda
- Penghasilan yang kurang
- Kemampuan daya tangkap yang rendah/
- Kurang
- Tempat tinggal yang tidak tetap atau tidak stabil.

2. Faktor psikologis pasien antara lain:

- Kondisi depresi dan morbiditas serta kejiwaan pasien
- Penggunaan obat dan alkohol yang masih aktif
- Peristiwa kehidupan yang penuh stress
- Kurangnya dukungan sosial

3. Regimen obat mempengaruhi penerimaan edukasi antara lain:

- Jumlah regimen obat yang banyak
- Jumlah pil periodik yang diminum terlalu banyak
- Obat-obatan yang menyebabkan efek samping
- Regimen obat tidak sesuai dengan rutinitas harian pasien
- Ketidakmampuan untuk mengidentifikasi regimen obat dengan benar
- Ketidakmampuan pasien menghubungkan kepatuhan dengan resistensi obat.

4. Karakteristik penyakit

Hal ini terkait dengan pengalaman dengan penyakit HIV/AIDS yang memicu keinginan untuk sembuh atau tidaknya.

5. Hubungan pasien dengan petugas tempat pelayanan antara lain:

- Ketidakpuasan atau ketidakpercayaan pada penyedia atau petugas kesehatan sangat mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat
- Hubungan dengan petugas yang kurang hangat, kurang terbuka dan kurang kooperatif
- Hubungan jangka panjang dengan pasien penting sekali agar pasien mau menerima obat antiretroviral dan mengikuti ART

6. Pengaruh kondisi klinis lainnya antar lain:

- Akses pelayanan yang kurang baik
- Tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan untuk memilih obat
- Lingkungan tempat pelayanan/ klinik yang tidak nyaman
- Dirasakan kurang kerahasiaan

Sebelum diberikan terapi antiretroviral sebaiknya dilakukan konseling terlebih dahulu, walaupun sudah ada kebijakan terbaru bahwa bila diagnosis sudah mendukung dan tidak ada kontra indikasi dan tidak ada penyakit penyerta lainnya, maka pasien langsung diberi terapi Antoretroviral, namun edukasi atau konseling tetap menjadi penting dilakukan untuk mengurangi dampak jangka panjang, atau angka ketidakpatuhan tidak bertambah akibat tidak paham tentang penyakit HIV /AIDS tersebut. Sebelum pemberian obat ada hal-hal yang harus diperhatikan sebagai berikut:

7. Hal-hal yang dilakukan sebelum pemberian antiretroviral terapi (ART)

- Terdapat beberapa hal yang perlu dilakukan sebelum pemberian ART antara lain sebagai berikut :
- Lakukan pengkajian awal sejauh mana pengetahuan pasien tentang HIV/AIDS tentang jumlah CD4, viral load, dll.
- Edukasi pentingnya ART dan manfaat ART
- Tekankan pentingnya kepatuhan dan akibat ketidakpatuhan terhadap jumlah virus, diskusikan jadwal waktu minum obat
- Berikan contoh beberapa efek samping yang umum sehingga pasien akan paham tentang mengapa memulai ART, edukasi dengan baik
- Menilai keterjangkauan dan biaya obat dan pemeriksaan dan biaya serta komitmen, untuk datang untuk tindak lanjut berulang (terutama dalam beberapa minggu pertama setelah ART dimulai)
- Kaji masalah dalam gaya hidup pasien (misalnya pekerjaan, sering bepergian ke luar kota, zat aktif

penyalahgunaan dan jam kerja yang aneh) yang dapat mengganggu kepatuhan

- Bantu pasien mengidentifikasi anggota keluarga atau teman yang dapat membantu dan dalam beberapa kasus bahkan membantu bertanggung jawab atas pemberian pengobatan dan kepatuhan pasien, dan mereka yang dapat membantunya secara finansial jika diperlukan. Mereka kemudian dapat diundang untuk menghadiri sesi konseling kedua
- Berikan nomor kontak petugas yang bisa dihubungi dan kapan mereka dapat menghubungi petugas, jelaskan jadwal berobat berikutnya
- Berikan materi tertulis tentang ART, edukasi tentang efek samping obat
- Pertimbangkan untuk menggunakan ODHA lain untuk mendukung seperti LSM, teman sebaya, jika pasien memiliki persepsi negative dan tidak percaya akan keberhasilan pengobatannya.

8. Edukasi dan konseling kunjungan berikutnya

Edukasi atau konseling tentang kepatuhan harus menjadi bagian penting pada setiap kunjungan klinik pasien, kelelahan pengobatan dapat saja terjadi bahwa setelah bertahun-tahun terapi ART, kepatuhan akan bervariasi selama periode tertentu dan biasanya memburuk dari waktu ke waktu antara lain karena kebosanan. Petugas tidak boleh menghakimi pasien, lakukan pertanyaan terbuka kepada pasien, sehingga pasien merasa yakin bahwa dia didengar oleh petugas atau dokter.

9. Cara singkat untuk menilai kepatuhan pasien (Ministry of Health Malaysia, 2011):

- Pembicaraan pendahuluan
 - Akui kesulitan dalam meminum obat ART itu adalah hal biasa.
 - Petugas mengidentifikasi apa saja kesulitan pasien dalam meminum obat.
- Tanya ulang tentang pemahaman rejimen obat
 - Lihatkan obat mana yang mereka pakai.
 - Tanyakan ulang berapa buah obat yang diminum oleh pasien.
- Menilai kepatuhan
 - Tanyakan ulang kepatuhan pasien selama 3 hari terakhir, berapa banyak obat yang terlewatkan atau yang telat meminumnya.
 - Tanyakan berapa dosis obat yang terlewatkan selama 7 hari sebelumnya atau selaa 30 hari terakhir, tanyakan berapa lama itu terjadi.
- Tanyakan alasan dosis yang terlewatkan
 - Apa alasan dosis yang terlewatkan, hal umum seperti;lupa , sibuk, jauh mengambil obat, perubahan jadwal minum obat, adanya efek samping, merasa tertekan atau habisnya obat dll.
- Tanyakan efek samping obat
 - Apakah ada keluhan pasien seperti : mual, diare, sulit menelan obat, sakit kepala, kelelahan, depresi, keluhan fisik dan emosional lainnya.
- Kolaborasi dengan pasien untuk memfasilitasi kepatuhan

- Bila melewatkan 3-6 obat selama sebulan(5-10%) dapat menyebabkan kegagalan pengobatan.
- Berikan perhatian serius terhadap keluhan efek samping obat tersebut.
- Tawarkan atau beri saran untuk mengatasi hambatan khusus yang mungkin telah disebutkan pasien, seperti penggunaan *alarm* dalam *handphone* atau pada arloji, kotak obat. (kotak pil), paket pil tambahan di tempat kerja atau dalam mobil, atau botol yang tidak bertanda untuk meningkatkan privasi. Tanyakan kepada pasien apakah mereka memiliki ide sendiri untuk mempermudah minum obat, sarankan untuk menempatkan obat di lokasi dimana mereka akan melihat segera pada waktu pemberian dosis misalnya; dimeja sarapan, disamping tempat tidur dll.
- Dorong pasien untuk mengungkapkan masalahnya secara terbuka sehingga masalah kepatuhan dapat diselesaikan dengan baik.

10. Saran untuk mencapai kepatuhan yang penting

Agar pasien mencapai kepatuhan dengan baik maka diperlukan:

- Berikan penguatan positif oleh petugas untuk memperkuat hubungan pasien dengan kepatuhan, beri penjelasan tentang hasil pemeriksaan *viral load* (jumlah HIV dalam darah) dan jumlah CD4(CD4 membantu tubuh melawan infeksi)
- Alasan umum mengapa orang melewatkan obat termasuk hanya lupa, berada jauh dari rumah, terlalu sibuk dengan hal-hal lain, perubahan jadwal, terlalu banyak efek samping, merasa sakit atau tertekan, dan

kehabisan pil, harus diklarifikasi secara rinci sehingga memudahkan untuk membantu pasien tersebut

- Bantu pasien untuk mengantisipasi secara tepat saat obat habis dan apa yang harus dilakukan jika habis
- Beritahu jadwal kunjungan berikutnya

11. Akibat tidak patuh minum obat ART

Bila pasien tidak patuh minum obat, maka akan mempermudah terjadi hal sebagai berikut:

- Mengurangi produktivitas kerja
- Mempercepat timbulnya penyakit mempersulit yaitu *IO* (*infeksi oportunitis*)
- Mempercepat terjadinya kondisi AIDS
- Mempercepat kematian.

12. Keuntungan disiplin minum obat antara lain(Kalichman, 2020) antara lain:

- Menekan replikasi virus
- Meningkatkan kesehatan
- Memperpanjang umur harapan hidup ODHA, bahkan memiliki masa depan yang cukup baik

13. Penyakit penyulit umum (infeksi oportunistis atau IO) akibat karena tidak patuh

Infeksi oportunistik (IO) adalah penyakit yang terjadi lebih sering dan lebih parah pada orang dengan HIV. Maka penting untuk mencegah IO. Obat HIV dapat menjaga sistem kekebalan menjadi kuat dan sehat, jika sistem kekebalan tubuh rusak maka hal-hal yang mungkin dapat terjadi adalah (Ministry of Health Malaysia, 2011)

- a. *Kandidiasis* (infeksi jamur) mulut dan vagina
- b. Kanker serviks

- c. *Cryptococcus* (jamur yang mempengaruhi paru-paru atau system syaraf)
- d. Sitomegalovirus(CMV),CMV dapat menginfeksi beberapa bagian tubuh dan menyebabkan pneumonia, gastroenteritis (terutama sakit perut yang disebabkan oleh infeksi usus besar)
- e. Ensefalitis (infeksi) otak, dan retinitis yang bisa menyebabkan buta. *Ensefalopati* (gangguan pada otak).
- f. Virus herpes simpleks (HSV)
- g. *Sarkoma Kaposi (KS)*;KS menyebabkan pembuluh darah kecil tumbuh tidak normal dan dapat terjadi di bagian tubuh mana saja seperti bintik-bintik merah muda pada kulit, KS dapat mengancam jiwa ketika mempengaruhi organ di dalam tubuh, seperti paru-paru, kelenjar getah bening, atau usus.
- h. *Limfoma* mengacu pada kanker kelenjar getah bening dan jaringan limfoid
- i. Tuberkulosis (TBC), gejala TB; batuk, kelelahan, penurunan berat badan, demam, keringat malam
- j. *Pneumonia*; batuk berlendir, demam, menggigil, kesulitan bernafas.
- k. *Leukoensefalopati multifokal progresif*; Gejala mungkin termasuk kehilangan kontrol otot, kelumpuhan, kebutaan, masalah bicara, dan kondisi mental yang berubah.
- l. *Salmonella septikemia*; bakteri yang biasanya masuk ke dalam tubuh melalui makan atau minum makanan atau air yang terkontaminasi.
- m. Toksoplasmosis; Infeksi dapat terjadi pada paru-paru, retina mata, jantung, pankreas, hati, usus besar, testis, dan otak.
- n. *Sindrom wasting* karena HIV; Wasting sebagai kehilangan lebih dari 10% dari berat badan seseorang saat mengalami diare atau kelemahan, demam selama

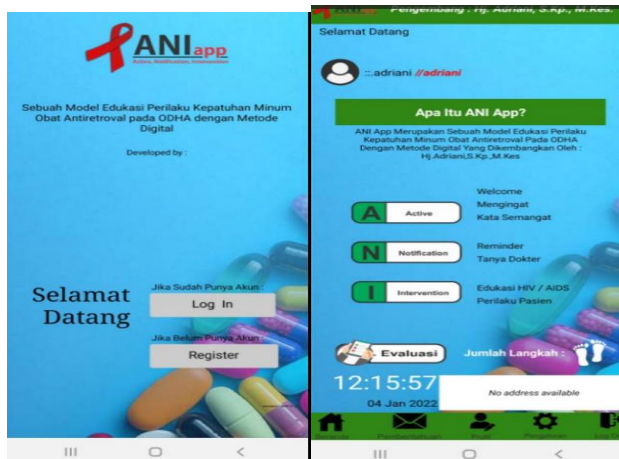
lebih dari 30 hari, hilangnya massa otot, meskipun bagian dari penurunan berat badan mungkin juga disebabkan oleh hilangnya lemak.

14. Edukasi kepatuhan minum obat melalui *Android*

Terapi antiretroviral untuk pasien HIV/AIDS harus diikuti seumur hidup, oleh sebab itu pahami benar tentang penyakit HIV/AIDS , baik penyebab, cara penularan serta pencegahannya, guna mempermudah mengingatkan tentang panyakit HIV/AIDS dapat dibuka melalui Hp *Android* dengan link sebagai berikut:

<http://tiny.cc/digital-HIV-ANI>

Tujuan alat digital tersebut adalah untuk mengingatkan bila ada penurunan motivasi minum obat, terdapat kalimat-kalimat motivasi yang membuat pasien termotivasi minum obat, disesuaikan dengan kebiasaan pasien minum obat.



Gambar: Display alat digital HIV Ani (hasil penelitian)

Didalam *link* tersebut terdapat edukasi kepatuhan minum obat melalui digital ANI (hasil penelitian penulis), yang hasilnya bermakna bagi peningkatan pengetahuan pasien, adapun keberadaan alat tersebut telah dapat diterima oleh pasien HIV/AIDS dan memudahkan bagi pasien untuk memahami dan tidak membosankan.

13.5 Kesimpulan

Edukasi kepatuhan minum obat ARV bagi pasien HIV/AIDS yang perlu diperhatikan antara lain (Menkes RI, 2014);

1. Cegah hubungan penularan HIV/AIDS dengan Tidak melakukan hubungan seksual (*Abstinensia A*), Setia dengan pasangan (*Be faithful B*), Gunakan kondom (*Condom use C*) Hindari penyalahgunaan obat adiktif, narkoba injeksi(*no Drug D*), Tingkatkan edukasi (E)
2. Segera test darah sekurangnya satu kali atau lebih jika kamu adalah orang yang berisiko
3. Gunakan kondom setiap saat berhubungan lewat anal atau lewat vaginal
4. Selalu disiplin dan minum obat tepat waktu, akan meningkatkan daya tahan tubuh anda dan memperpanjang umur anda
5. Telah tersedianya alat edukasi kepatuhan minum obat ARV dengan memakai digital ANI adalah sebagai salah satu upaya mempermudah pemberian edukasi melalui *Android*.

DAFTAR PUSTAKA

- Agala, C. B. *et al.* 2020. Reliability, validity and measurement invariance of the Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) among HIV-positive women in Ethiopia: A quasi-experimental study. *BMC Public Health*. BMC Public Health, 20(1), pp. 1–16. doi: 10.1186/s12889-020-08585-w.
- Bhatti, A. B., Usman, M. and Kandi, V. 2016. Current Scenario of HIV/AIDS, Treatment Options, and Major Challenges with Compliance to Antiretroviral Therapy. *Cureus*, 8(3), pp. 1–12. doi: 10.7759/cureus.515.
- Brandt, C. P. *et al.* 2018. A Novel Integrated Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Medication Adherence Among Persons Living With HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice*. Elsevier Ltd, 25(1), pp. 105–118. doi: 10.1016/j.cbpra.2017.01.007.
- Dawson-Rose, C. *et al.* 2016. ART Adherence as a Key Component of Prevention With Persons Living With HIV in Mozambique. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. Elsevier Inc, 27(1), pp. 44–56. doi: 10.1016/j.jana.2015.10.001.
- Dharan, N. J. *et al.* 2019. HIV treatment regimens and adherence to national guidelines in Australia: An analysis of dispensing data from the Australian pharmaceutical benefits scheme. *BMC Public Health*. BMC Public Health, 19(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12889-018-6325-5.
- Kalichman, et al. 2020. HIV-related stigma and non-adherence to antiretroviral medications among people living with HIV in a rural setting. *Social Science and Medicine*. Elsevier, 258(May), p. 113092. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113092.
- Karyadi, T. H. 2017. Keberhasilan Pengobatan Antiretroviral (ARV). *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 4(1), pp. 2–4.

- Kemenkes, 87. 2014. PP NO 87 TAHUN 2014 ttg pengobatan ARV. (August), pp. 1–43.
- Kemenkes no 74 2014. peranturan menteri no 74 tahun2014 , tentang konseling dan tes HIV', (August), pp. 1–43.
- Menkes RI. 2014. permenkes No 74 tahun 2014 tentang pedoman konseling dan tes HIV', in.
- Ministry of Health Malaysia. 2011. *Guidelines for the management of adult HIV infection with Antiretroviral Therapy*, *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Planning Division Ministry of Health Malaysia. 2016. Ministry of Health Strategic Plan 2016-2020.

BAB 14

TINJAUAN ISLAM TENTANG HIV AIDS

Oleh Lukman Harun

14.1 Pendahuluan

Pengobatan HIV AIDS masih belum ada titik terang hingga saat ini baik itu untuk membunuh virusnya maupun melakukan pencegahan dengan cara vaksinasi. Para ilmuwan hingga saat ini terus melakukan riset dan uji coba untuk menemukan obat maupun vaksin HIV AIDS namun selalu mengalami kegagalan dan dihadapkan dengan berbagai permasalahan virus yang selalu melakukan mutasi genetik. Pengobatan dengan cara stem cells juga terus dikembangkan untuk penyembuhan pasien HIV AIDS namun terbatas hanya pada individu tertentu. Kasus HIV AIDS kian tahun juga terus bertambah, menyebabkan harus menjadi perhatian serius untuk mengatasi hal tersebut.

Hingga saat ini pengobatan yg bisa di berikan yang kita tau adalah Antiretroviral (ARV) dengan efek menghambat pertumbuhan virus, menghambat proses maturase dan menghambat proses masuknya virus ke inang yaitu Cluster Defferensiasi Four (CD4). Hanya itu indikasi dari pemberian obat ARV tidak ada yang bisa membun atau mematikan Virus secara langsung. Meski demikian pengobatan tersebut mampu memberikan perlawanan atau bahkan mengurangi penyebaran virus di dalam tubuh penderita. Oleh karena itu pencegahan tertularnya hiv sangat bermanfaat bagi masyarakat saat ini baik itu dengan menintegrasikan nilai islam dalam kehidupan sehari-hari agar terhindar dari perbuatan yang dilarang agama.

Karna kita tahu bahwa salah satu penyebab penularan hiv tertinggi adalah dengan berhubungan sex tidak sehat dan pengguna narkoba suntik yang bergantian.

Kasus HIV AIDS tiap tahun terus bertambah baik yang tertular HIV kemudian beberapa tahun berikutnya menjadi terinfeksi oportunistik akhirnya menjadi AIDS kemudian jumlah Virus bertambah dengan cepat di dalam tubuh penderita akhirnya menyebabkan jumlah CD4 menurun begitu cepat. Dari beberapa kasus penyebab penularan hiv salah satunya adalah Sex bebas, pengguna narkoba dengan jarum suntik meskipun ada data lain. Namun yang perlu kita perhatikan adalah penularan yang terus bertambah dan meningkat menuntut petugas Kesehatan untuk melakukan sosialisasi pencegahan dengan menghindari sex bebas atau bergonta ganti pasangan, menjauhi narkoba serta pemahaman agama tentang nilai-nilai islam.

14.2 Definisi

HIV atau human Immunodefisiensi Virus merupakan virus yang menyerang system kekebalan tubuh manusia dengan cara menyerang sel CD4 sebagai inang kemudian membentuk virus yang baru. Fungsi CD4 sangat penting bagi system kekebalan tubuh manusia dengan rusaknya sel CD4 menyebabkan sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan menurun. Penurunan system kekebalan tubuh akan menyebabkan seseorang mudah terkena penyakit ataupun infeksi. Setelah seseorang terkena HIV akan menjadi AIDS dalam waktu beberapa tahun menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik yang berat.

Hiv bisa menular lewat sex bebas penggunaan jarum suntik yang bergantian dan terkena cairan atau darah orang yang terinfeksi serta dari ibu ke janin melalui jalan lahir dan meskipun kasusnya sangat kecil. Penularan hiv bukan hanya menyebabkan seseorang mengalami sakit secara fisik dengan

menurunnya system kekebalan tubuh menyebabkan seseorang mudah sekali terkena infeksi bakteri maupun jamur. Kemudian juga akan mengalami sakit secara psikologis hal ini diakibatkan karena HIV adalah penyakit yang belum ada obatnya dan harus menderita seumur hidup. Masalah sosial akan muncul karena adanya dikriminasi pada penderita HIV, kemudian masalah spiritual akan terjadi karena image penularan hiv adalah sex bebas dan pengguna narkoba. Juga masalah ekonomi karena dampak yang ditimbulkan akibat penularan HIV.

14.3 Tinjauan Islam pada HIV AIDS

Menurut hukum islam sebahai seorang manusia bis asana terkena sakit atau musibah yang akan menimpa seseorang baik itu dalam perjalanan, saat bekerja atau bahkan saat seseorang dalam tidur lelapnya. Begitu juga dengan penyakit bisa saja orang yang berada dalam ruangan yang bersih tertular penyakit atau orang yang bekerja dalam kondisi yang kotor tetap sehat, intinya kapanpun dan dimanapun apabila ALLAH SWT menghendaki maka akan terjadi.

ALLAH SWT Berfirman :

الْعَقَابِ اللَّهُ شَدِيدُ أَنْ تَوَاعَلُمُوا خَاصَّةً مِنْكُمْ ظَلَمُوا الَّذِينَ تُصِيبَنَّ لَا فِتْنَةً وَاتَّقُوا

Artinya:

dan peliharalah dirimu dari siksa yang tidak khusus menimpa orang-orang yang zalim saja di antara kamu. Dan ketahuilah Allah amat keras siksanya (QS Al-Anfal: 25)

Pada dunia Kesehatan kita di anjurkan untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat. Sehat menurut who adalah sehat fisik, sehat psikologis, sehat sosial, sehat spiritual dan sehat secara ekonomi. Hal ini sejalan dengan ajaran islam

dalam menjalankan kehidupan sehari-hari kita di tuntut untuk melakukan hidup bersih dan sehat agar terhindar dari berbagai penyakit dan dituntut untuk selalu beristigfar kepada ALLAH SWT. Kita juga di ajarkan untuk berbuat baik kepada sesama.

Nabi Muhammad SAW Bersabda:

يَا فَقَالَ الْأَعْرَابُ، وَجَاءَتْ وَسَلَّم، عَلَيْهِ اللَّهُ صَلَّى النَّبِيُّ عِنْدَ كُنْتُ
قَالَ هُوَ؟ مَا قَالُوا. وَاجِدِ دَاءٍ غَيْرَ شِفَاءَ لَهُ وَضَعَ إِلَّا دَاءً يَضَعُ لَمْ وَجَلَّ عَزَّ اللَّهُ
الْهَرَمُ
قَالَ هُوَ؟ مَا قَالُوا. وَاجِدِ دَاءٍ غَيْرَ شِفَاءَ لَهُ وَضَعَ إِلَّا دَاءً يَضَعُ لَمْ
الْهَرَمُ

Artinya:

Aku pernah berada di samping Rasulullah, kemudian datanglah serombongan arab Badui. Mereka bertanya ‘wahai Rasulullah bolehkah kami berobat?’ beliau menjawab ‘Iya wahai para hamba Allah, berobatlah. Sebab Allah tidak meletakkan sebuah penyakit melainkan meletakkan pula obatnya, kecuali satu penyakit’ mereka bertanya, penyakit ap aitu?’ beliau menjawab ‘penyakit tua’(HR Ahmad)

Dalam kehidupan sehari-hari sebagai seorang manusia kita kadang terlena dengan kehidupan dunia yang fana dan penuh tupu daya dan muslihat setan. Kadang kita lupa untuk beristighfar kepada ALLAH SWT, kadang kita larut dalam perbuatan yang jelas-jelas dilarang dari ajaran Islam, kadang kita larut dengan perbuatan dosa, kadang kita lebih mementingkan duniawi dan lupa dengan akhir dari kehidupan ini

ALLAH SWT Berfirman:

يَعْرِفُ وَمَنْ لِدُنُوبِهِمْ فَاسْتَغْفِرُوا اللَّهَ ذَكَرُوا أَنْفُسَهُمْ ظَلَمُوا أَوْ فَاحِشَةً فَعَلُوا إِذَا نَوَّالِذِي
يَعْلَمُونَ وَهُمْ فَعَلُوا مَا عَلَى بُصُرُوا وَلَمْ ۖ اللَّهُ إِلَّا الذُّنُوبُ

Artinya:

Dan (juga) orang-orang yang apabila mengerjakan perbuatan keji atau menzalimi diri sendiri, (segera) mengingat Allah, lalu memohon ampun atas dosa-dosanya, dan siapa (lagi) yang dapat mengampuni dosa-dosa selain ALLAH? Dan mereka tidak meneruskan perbuatan dosa itu, sedang mereka mengetahui (QS: Ali Imran 135)

Dalam kehidupan sehari-hari berbagai cobaan dan musibah kadang menimpa seseorang ada yang ringan dan ada yang berat ada yang diuji dengan penyakit hiv aids yang tidak sembuh-sembuh ada yang diuji dengan ekonomi ada yang di uji dengan berbagai macam, pada dasarnya kita tidak boleh berputus asa dalam menjalani kehidupan ini, terus berusaha dan memohon ampun kepada ALLAH SWT

ALLAH SWT Berfirman:

يَا أَيُّسْ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ رَّوْحَ مَنْ تَأْيِسُوا وَلَا وَآخِيهِ يُوسُفَ مَنْ فَتَحَسَّسُوا أَذْهَبُوا يَبْيِي
مِنْ
الْكُفْرُونَ الْقَوْمَ إِلَّا اللَّهُ رَّوْحَ

Artinya:

Dan jangan kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya tiada berputus asa dari rahmat Allah, melainkan kaum yang kafir

Penularan HIV/AIDS terus meningkat setiap tahun penyebab penularannya salah satunya adalah maraknya sex bebas diluar nikah dengan bergonta ganti pasangan tanpa alat pelindung dan perzinahan yang dilakukan bahkan di banyak kasus hamil diluar nikah, aborsi, bayi

dibuang, padahal dalam islam perbuatan zina sangat dilarang dan di haramkan.

Allah Swt Berfirman:

سَبِيلٌ وَسَاءَ فُحِشَةً كَانَ إِنَّهُ ۖ الرَّئِى تَقْرَبُوا وَلَا

Artinya:

Dan janganlah kami mendekati Zina, sesungguhnya zina adalah suatu perbuatan yang keji. Dan suatu jalan yang buruk (QS: Al-Isra: 32)

Dalam menjalani hidup kadang ada yang di berikan ujian yang ringan dan ada yang berat bahkan ada yang di uji dengan penyakit missal tertulat HIV/AIDS dalam ujian tersebut manusia di ingatkan agar senantiasa mengingat Allah Swt dari banyak kasus yang terjadi ada yang di uji dengan penyakit membuat seseorang sadar dan bertobat menjadikannya husnul khotimah, ada yang di uji karna perbuatannya menjadi pengedar dan pengguna narkoba di hukum hukuman mati menjadikannya bertobat, itu adalah gambaran betapa kita senantiasa mengingat ALLAH SWT.

Allah Swt Berfirman:

الْعَفُورُ الْعَزِيزُ وَهُوَ ۖ عَمَلًا أَحْسَنُ أَيُّكُمْ لِيَبْلُوكُمْ وَالْحَيَاةَ الْمَوْتَ خَلَقَ الَّذِي

Artinya:

Yang menjadikan mati dan hidup, supaya dia menguji kamu, siapa diantara kamu yang lebih baik amalnya. Dan diam aha perkasa lagi maha pengampun (QS: Al Mulk: 2)

Dalam islam apabila terjadi pernikahan pada penderita HIV dengan orang yang sehat menjadi makruh apabila hanya dipandang sebagai penyakit. Tetapi apabila penyakit tersebut diyakini adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan dan

sangat berbahaya bagi pasangannya dan keturunannya kemudian akan mendatangkan musibah dan membahayakan akan menjadi haram. Karena beberapa hal tersebut tidak sedikit yang menjadikan penyakit yang diderita HIV AIDS menjadikan pasangan suami istri bercerai karena menjadi ancaman.

Dalam dunia Kesehatan penularan HIV bisa terjadi dengan melakukan hubungan sex pada pasangan yang salah satunya menderita HIV tetapi apabila dalam melakukan hubungan suami istri menggunakan alat kontrasepsi akan mencegah penularan.

Kaidah dalam hukum islam adalah:

ضِرَارٌ وَلَا ضَرَرٌ أ

Artinya:

Tidak boleh membahayakan diri sendiri, dan tidak boleh membahayakan orang lain

14.4 Pandangan Islam Terkait HIV AIDS

Dari berbagai kasus penularan HIV AIDS ternyata tanpa memandang status seseorang baik itu laki-laki maupun perempuan baik itu masih muda atau sudah berumur, baik itu ibu rumah tangga hingga pekerja semua bisa tertular HIV apabila tidak menghindari penyebab penularan hiv kadang bisa terjadi akibat pasangan yang tidak menjaga. Dari kasis tersebut semua orang harus menyadari betapa berbahayanya penularan HIV karena bisa menularkan siapa saja maka dari itu kita wajib untuk berusaha menghindari perbuatan-perbuatan yang menyebabkan kita tertular penyakit tersebut.

Semua pihak harus terlibat dalam pencegahan penularan HIV baik itu petugas Kesehatan, para tokoh agam dan tokoh masyarakat serta pemerinta melalui program yang dijalankan. Kita berharap kasus penularan HIV bisa menurun bahkan di hentikan agar penyakit tersebut bisa menghilang. Penularan

HIV bisa terjadi karena Perzinahan dan Narkoba suntik maka dari itu semua pihak saling mengingatkan untuk menjauhi perbuatan tersebut. Menghindari perzinahan dan berhubungan sex diluar nikah sangat efektif untuk menekan penularan HIV. Kita diwajibkan menikah dan berhubungan hanya dengan satu pasangan agar terhindar dari penularan penyakit kelamin. Apabila ada yang mempunyai perilaku beresiko dianjurkan untuk menggunakan kontasepsi kondom agar terhindar dari penularan penyakit.

Pada kasus HIV positif pada perempuan di anjurkan untuk tidak hamil karena akan beresiko menurunkan kepada janin melalui jalan lahir dan prosers persalinan walaupun angka ini kecil tetapi demi kebaikan untuk mencegah penularan HIV AIDS. Pada kasus donor darah pernah terjadi penularan HIV walaupun saat ini sudah dilakukan skrining HIV pada pendonor tetapi alangkah lebih baik pada orang yang mempunyai penyakit yang beresiko misalnya kasus HIV AIDS untuk tidak mendonorkan darahnya karena sangat beresiko menularkan ke orang lain.

Kasus penularan dengan persentasi yang tinggi adalah pengguna narkoba dengan jarum suntik, karna tingginya kasus tersebut peredaran narkoba terus di tekan dan pengguna narkoba dengan suntik harus dihentikan selain itu juga pada kasus tato dengan jarum harus di ajarkan Teknik sterilisasi untuk mencegah terjadinya penularan.

Allah Swt Berfirman:

يُحِبُّ اللَّهُ إِنَّ وَأَحْسِنُوا ۖ اللَّهُ لَئِي بِأَيْدِيكُمْ تُلْقُوا وَلَا اللَّهُ سَبِيلَ فِي وَأَنْفَقُوا
الْمُحْسِنِينَ

Artinya:

Dan infakanlah (hartamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu jatuhkan (diri sendiri) ke dalam kebinasaan dengan tangan sendiri, dan berbuat baiklah. Sungguh

Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik (QS: Al-Baqarah: 195)

سَبِيلٌ وَسَاءَ فُجْشَةً كَانَ إِنَّهُ ۖ أَلَزَّيْ تَقْرُبُوا وَلَا

Artinya:

Dan janganlah kamu mendekati zina, sesungguhnya zina adalah suatu perbuatan yang keji. Dan suatu jalan yang buruk (QS: Al_Isra 32)

Dalam melakukan pencegahan penularan HIV AIDS banyak hal yang sudah dilakukan misalnya penertiban tempat prostitusi yang dilakukan oleh pemerintah pusat maupun daerah karena kita tahu bahwa penyebaran kasus HIV paling tinggi adalah ditempat-tempat prostitusi dan hiburan malam yang melegalkan perbuatan zina. Pemberantasan kasus narkoba melalui badan narkotika nasional yang kita tahu banyak sekali kasus-kasus besar peredaran narkoba yang sudah ditangkap. Hal tersebut secara otomatis mengurangi pengguna narkoba dengan jarum suntik diharapkan kasus penularan HIV juga akan menurun.

Petugas Kesehatan selalu mengingatkan kepada masyarakat tentang bahaya penularan HIV AIDS dengan begitu tingginya angka penularan dan sampai pada tidak adanya obat yang bisa mengobati penyakit tersebut diharapkan masyarakat sadar akan acaman penyakit tersebut. Dalam Pendidikan Kesehatan mata kuliah HIV AIDS menjadi pembahasan tersendiri yang tertuang dalam kurikulum agar selalu menjadi pengetahuan yang up to date.

HIV AIDS tidak bisa dipandang hanya dari dunia Kesehatan saja karena penyakit tersebut dengan penularan yang terus bertambah setiap tahunnya dan hingga saat ini belum ada vaksi maupun obat yang bisa mengobati penyakit tersebut kemudian pada kasus penularan yang salah satunya adalah karena pezinahan dan narkoba suntik serta homosexual

maka pandangan islam dalam hal ini sangat perlu meluruskan agar manusia tidak terjerumus dalam perbuatan yang dilarang dalam ajaran islam, perlunya melakukan pencegahan perilaku yang beresiko bisa menularkan penyakit HIV dengan cara menghindari perbuatan zina karena perbuatan zina diharamkan dalam ajaran islam begitu juga dengan narkoba dan homoseksual.

14.5 Long Term Care

Dalam menghadapi penyakit HIV AIDS yang Panjang dengan berbagai infeksi oportunistik dan penurunan system kekebalan tubuh sangat di berpengaruh terhadap Kesehatan fisik, psikologis, sosial spiritual dan ekonomi maka dari itu diperlukan semangat hidup dan kualitas hidup yang baik agar bisa menjalani kehidupan dengan baik meskipun dalam kondisi yang tidak baik-baik saja.

Dimensi sehat fisik dalam hal ini akan menjadi masalah terutama penurunan kekebalan tubuh, dirusaknya sel CD4 yang menjadi inang Virus HIV membuat seseorang yang terinfeksi menjadi terganggu dengan adanya infeksi oportunistik seperti penyakit diare, sariawan, limfoma, bahkan penyakit infeksi paru yang menyebabkan seseorang yang terinfeksi akan sangat merasa terganggu baik munculnya nyeri maupun sesak nafas. Hal ini menuntut seorang perawat untuk memberikan perawatan yang bisa mengurangi rasa sakit tersebut dengan memberikan relaksasi untuk mengurangi nyeri dan mengatur posisi serta memberikan oksigenasi agar dapat mengurangi sesak pada pasien. Hal kecil tersebut diberikan kepada pasien akan sangat membantu dalam memberikan harapan hidup pada pasien yang menderita HIV dengan long term diseases

Dimensi psikologis dimana apabila seseorang didiagnosa HIV AIDS akan membuat pasien menjadi stress bahkan depresi hal tersebut dikarenakan penyakit HIV sampai saat ini belum ada vaksin untuk mencegah bahkan obat yang bisa

menyembuhkan dari sakitnya bahkan akan mengalami diagnose seumur hidup. Menderita infeksi oportunistik, Bahkan sampai ajal menjemput. Maka dari itu seorang perawat sangat diperlukan dalam memberikan dukungan psikologis untuk meringankan beban pasien tersebut. Salah satu yang bisa diberikan adalah dengan memberikan pengetahuan perawat sebagai konseling HIV. Bisa dalam bentuk konseling pre test, konseling post test bahkan konseling HIV AIDS agar dapat membantu meringankan beban psikologis pasien yang menderita HIV AIDS agar mendapatkan kualitas hidup yang baik dengan long term care.

Dimensi sosial dimana akan terjadi diskriminasi pada penderita HIV AIDS menyebabkan mereka akan dijauhi oleh masyarakat dimana kita tahu dari beberapa hasil penelitian ditemukan semua kalangan masyarakat sangat membenci perbuatan zina dan narkoba yang mana salah satu penyebab penularan HIV adalah perbuatan tersebut yang menyebabkan Sebagian besar masyarakat juga membenci dan menjauhi bahkan mendiskriminasi penderita HIV. Sebagai perawat kita harus tetap care terhadap semua pasien baik itu penderita HIV AIDS dengan tetap memberikan perawatan dan tidak menjauhi pasien bahkan kita berusaha agar pasien tetap diterima di keluarga teman dan masyarakat karena penderita HIV AIDS sangat memerlukan dukungan semua pihak untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik.

Dimensi spiritual pada penderita HIV AIDS sangat merasa bersalah dan terbebani untuk menjalani kehidupan pada dimensi spiritual karena kita tahu bahwa penyebab penularan HIV AIDS adalah sex bebas dengan bergonta ganti pasangan, homosexual, narkoba dengan jarum suntik, penggunaan jarum tato yang tidak steril, apabila salah satu penderita adalah dengan berperilaku yang buruk dan menyimpang dari ajaran agama maka dari dimensi spiritual membuat penderita HIV AIDS merasa bersalah dan penuh dosa. Sebagai perawat kita

isa memberikan perawatan paliatif care untuk berkolaborasi dengan pemuka agama agar penderita HIV AIDS menyadari kesalahannya dan bertaubat menuju jalan yang benar agar mendapatkan kehidupan yang lebih baik.

Dimensi ekonomi dimana belum ada peraturan undang-undang yang membahas tentang pekerja yang menderita HIV AIDS hal tersebut menyebabkan perusahaan atau pengguna kerja tidak membuat aturan yang berhubungan dengan pekerja yang menderita HIV AIDS hal ini menyebabkan para penderita HIV akan kehilangan pekerjaan dan tidak memiliki penghasilan membuat mereka kesulitan dalam hal ekonomi. Disamping itu mereka memerlukan pengeluaran yang cukup besar untuk pengobatan baik itu ARV yang harus dikonsumsi seumur hidup dan pengobatan infeksi oportunistik. Sebagai perawat kita bisa membantu dengan memberikan informasi tentang pelayanan Kesehatan gratis untuk penderita Hiv serta melakukan pendataan jumlah penderita HIV sebagai sumber informasi dinas tenaga kerja.

Dukungan Keluarga juga sangat diperlukan pada orang dengan HIV AIDS (Odha) karena odha sangat dekat dengan diskriminasi, stigma dan penyakit terminal dimana hal tersebut sudah cukup membuat odha merasa tidak berguna maka keluarga harus memberikan dukungan pada odha baik dalam bentuk lima fungsi perawatan keluarga mulai keluarga harus mengenal apa itu penyakit HIV aids, mengambil keputusan apabila penderita memerlukan bantuan, memberikan perawatan terkait apa yang dirasakan dan dikeluhkan odha, memberikan lingkungan yang nyaman pada odha dan mengantarkan odha ke fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahradin, M. 2010. Tinjauan hukum islam penderita HIVAIDS dan upaya pencegahannya. Asas 2(2).
- Carsita w. Kusmiran n 2019. Kualitas Hidup Odha di kecamatan bongas. Jurnal Keperawatan Profesional Vol 7 No 2.
- Ermawan Budhy 2019. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system imunologi. Pustaka baru pres Yogyakarta.
- Friedman, L.M 2014. Buku ajar keperaeatan keluarga, teori dan praktek. EGC Jakarta.
- Frideman, L.M 2003. Family Nursing : Theory and Practic. Appleton & lange Philadelphia.
- Haryono rudi, Putri sari utami 2019. Keperawatan medical bedah II. Pustaka baru press. Yogyakarta.
- Pardita D P 2014. Analisis dampak sosial ekonomi psikologi penderita HIV AIDS. Universitas Udayana. Denpasar.

BIODATA PENULIS



Sri Indaryati, S. Kep., Ns., M. Kep.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan

Sri Indaryati, lahir di Kertosari 20-08-1974. Bekerja di Universitas Katolik Musi Charitas (UKMC), Fakultas Ilmu Kesehatan, Prodi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners. Menyelesaikan Pendidikan: SPK Perdhaki Charitas Palembang; AKPER Stikes Perdhaki Charitas Palembang; Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang dan Pasca Sarjana dengan Peminatan “Keperawatan Medikal Bedah” di STIK Sint Carolus Jakarta. Pernah menjadi perawat di BP. Bhakti Whara Pangkal Pinang dan di RS.RK. Charitas Palembang. Sejak Th. 2004 menjadi staf pendidik. Aktif melakukan Tridharma PT dengan mengampu MK. Konsep Dasar Keperawatan dan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) dan Melakukan penelitian serta PkM dalam bidang KMB. Penulis aktif menulis buku.

BIODATA PENULIS



Dewi Sartiya Rini,M.Kep.,Sp.Kep.,MB

Staf Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kendari

Penulis lahir di Kendari, Sulawesi Tenggara pada tanggal 22 April 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Hasanuddin, Pendidikan S2 Keperawatan dan spesialisasi keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia. Penulis menekuni bidang keilmuan keperawatan medical bedah khususnya system pernapasan dan telah membuat buku terkait system pernapasan.

BIODATA PENULIS



Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep.

Staf Dosen Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Klaten tanggal 4 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Nabire, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2018. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Keperawatan Nabire dan aktif di Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai Sekretaris Dewan Pengurus Daerah Nabire hingga sekarang.

Email : wibowohanaafi@gmail.com

BIODATA PENULIS



Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep

Staf Dosen Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta

Penulis lahir di Pematangsiantar tanggal 29 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap dengan jabatan fungsional Asisten Ahli di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Universitas Sumatera Utara dan Magister Keperawatan berhasil menyelesaikan dengan predikat *Cumlaude* dengan masa studi 3 semester di Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengajar di bidang keperawatan komunitas, keluarga, gerontik, pendidikan dan promosi kesehatan. Aktif menulis buku dan karya tulis ilmiah yang telah terdaftar hak cipta serta melakukan publikasi ilmiah di beberapa jurnal Nasional terakreditasi maupun jurnal Internasional terakreditasi. Mendapatkan beberapa hibah Penelitian Dosen Pemula dari Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi maupun pendanaan Institusi. Beberapa artikel yang sudah *publish* fokus pada masalah kelompok rentan seperti kelompok narapidana perempuan, ODHA, lansia, dan remaja **terkait intervensi hope** dan **penyakit tidak menular** pada usia produktif.

BIODATA PENULIS



Ns. Sulistiyani, M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners
Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan KEMENKES
Jayapura

Penulis lahir di Jayapura tanggal 13 Oktober 1983. Riwayat Pendidikan diawali dari lulus pendidikan D3 Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura pada tahun 2004. Penulis kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan SI Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya tahun lulus 2012. Kemudian pada tahun 2017 penulis melanjutkan Pendidikan jenjang S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2019. Mata kuliah yang penulis ampuh meliputi Komunikasi dalam Keperawatan, Falsafah keperawatan, Keperawatan Komunitas, Keperawatan keluarga, dan keperawatan Gerontik.

BIODATA PENULIS



Suriyani,S.Kep,Ns,M.Kes

Staf Dosen Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Abepura tanggal 3 September 1981. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Jayapura, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Tahun 2014. Sampai sekarang penulis aktif dan mengajar di Prodi D III Keperawatan Jayapura, juga menjabat sebagai Sekretaris Jurusan Keperawatan. Aktif juga diberbagai Organisasi, yaitu Ketua Sub Regional Papua AIPViKI Regional XI Papua dan aktif di Organisasi DPW PPNI Provinsi Papua, DPD PPNI Kota Jayapura dan DPK Pendidikan Keperawatan. Penulis juga aktif dalam Komite Nasional, kelompok kerja pelaksanaan Uji Kompetensi Mahasiswa Bidang Kesehatan, Divisi Penjaminan Mutu Regional AIPViKI.

BIODATA PENULIS



Dr. apt. Helmi, S.Farm.

Dosen Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman

Penulis lahir di Samarinda pada tanggal 03 November 1994. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan Sarjana Farmasi pada tahun 2016 dan Profesi Apoteker pada tahun 2018 di Universitas Mulawarman. Di tahun yang sama, Penulis menempuh program Pascasarjana di Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada melalui program beasiswa Pendidikan Magister menuju Doktor untuk Sarjana Unggul (PMDSU) *batch* III dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. Penulis menyelesaikan gelar Doktor Ilmu Farmasi dalam bidang keahlian Farmakologi dan Toksikologi pada tahun 2021. Saat ini penulis tergabung sebagai staf Dosen tetap di Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman pada kelompok bidang ilmu Farmakologi dan Toksikologi. Penulis aktif melakukan publikasi di beberapa jurnal nasional maupun internasional bereputasi serta aktif melakukan beberapa riset kerja sama dalam rangka pengembangan kandidat produk herbal terstandar maupun fitofarmaka berbasis tumbuhan Indonesia untuk aktivitas *cognitive enhancer* guna memelihara dan meningkatkan fungsi otak.

BIODATA PENULIS



Noviyati Rahardjo Putri

Dosen Prodi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret Surakarta

Penulis lahir di Purwodadi, 23 November 1989. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2010, Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2011. Kemudian mengabdikan diri sebagai bidan pelaksana ruang bersalin di RSUD dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi tahun 2011 – 2017. Menyelesaikan pendidikan di Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2020. Sekarang mengabdikan diri sebagai dosen di Prodi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis dapat dihubungi di email novirahardjo@staff.uns.ac.id

BIODATA PENULIS



Dary, S.Kep., Ns., MSN

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Kristen Satya Wacana

Penulis lahir di Malang tanggal 15 Maret 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga-Jawa Tengah sejak tahun 2011 sampai sekarang. Pada tahun 2007, penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya, Kota Malang-Jawa Timur. Setahun kemudian, penulis bekerja sebagai perawat di RS Panti Waluya (RKZ) Malang sampai tahun 2011. Magister Keperawatan diselesaikan di Silliman *University*, Philipinnes di tahun 2016. Beberapa karya ilmiah penulis, khususnya di lingkup keperawatan maternitas dan keperawatan anak sudah dipublikasikan ke berbagai jurnal nasional. Penulis juga menjadi editor dan *reviewer* di jurnal nasional.

BIODATA PENULIS



Evy Noorhasanah, S. Kep.,Ns, M.Imun

Dosen Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Kandangan Kalimantan Selatan tanggal 2 Mei 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawaatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan di Program Studi S1 Keperawatan Ners di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2018 dan menyelesaikan kuliah S2 pada Jurusan Imunologi Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2015. Penulis menekuni menulis terkait dengan bidang imunologi, keperawatan dasar, dan keperawatan anak.

BIODATA PENULIS



Andi Ijrani, S.Kep.Ns.M.Kes

Dosen Akper Yapenas 21 Maros

Penulis lahir di Sailong tanggal 12 Desember 1984. Riwayat Pendidikan diawali dari lulus pendidikan D3 Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Akper Nusantara Jaya Makassar pada tahun 2006 dan melanjutkan Pendidikan S1 dan Ners di Stikes Nani Hasanuddin Makassar Tahun 2012 Kemudian melanjutkan jenjang S2 Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia Tahun 2017.

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Akper Yapenas 21 Maros pada tahun 2011 sampai sekarang. Penulis mengajar pada mata kuliah Etika Keperawatan dan Keperawatan Medikal Bedah.

BIODATA PENULIS



Adriani, S.kp., M.kes.

Dosen Universitas Fort de Kock Bukittinggi

Penulis lahir di Sungayang Batusangkar, Sumatra Barat, masuk Akademi Keperawatan Poltekes Padang tahun 1987, S-1 Keperawatan Universitas Indonesia tahun 1996, S-2 Manajemen Rumah Sakit di UGM Yogyakarta tahun 2003, saat ini mengikuti pendidikan S-3 Kesehatan Masyarakat Unand Padang. **Riwayat Pekerjaan:** PNS di RSUD Solok, kemudian di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi, pernah dinas disemua ruangan saat pulang pendidikan, dinas di ruangan Bedah tahun 1989-1992, menjadi Kasi Asuhan Keperawatan dari tahun 1997-1998, diangkat menjadi Kepala Bidang Keperawatan dari tahun 2006-2011, Kepala Bidang penunjang 2012-2013. Ka.Prodi Keperawatan di Stikes Fort de Kock Bukittinggi dari tahun 2013-2017, menjadi Puket II dari tahun 2017-2019, menjadi Ka. Prodi Kesehatan Masyarakat tahun 2020-2021, Ka. Bag Umum dan Kepegawaian februari 2021. **Mata ajaran yang diasuh** antara lain: HIV/AIDS, Epid Tidak menular, Manajemen Rumah Sakit dan Puskesmas, Manajemen Bencana, Keperawatan Medical Bedah, Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit. Kegiatan Penelitian dan Pengabdian masyarakat terkait HIV, aktif juga menulis buku tentang HIV/AIDS dan ilmu kesehatan masyarakat.

BIODATA PENULIS



Lukman Harun, S.Kep.,Ns.,M.Imun

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis Lahir di Kumai Hilir pada tanggal 27 Oktober 2022. Penulis adalah dosen tetap pada program studi Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan Ners dan Melanjutkan Pendidikan S2 Imunologi. Penulis mengajar pada mata kuliah HIV AIDS, Mikrobiologi dan Parasitologi, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Keluarga dan Komunitas.