

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV dan AIDS

2.1.1 Pengertian HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang tubuh terutama menyerang sel darah putih (Limfosit) yang dapat mengakibatkan menurunnya kekebalan tubuh manusia. Jika seseorang sudah terserang dengan virus HIV, tubuh seseorang tersebut akan rentan terhadap resiko infeksi oportunistik atau penyakit lainnya (Sudikno, Bona Simanungkalit 2011). Sedangkan kumpulan dari gejala-gejala yang timbul akibat dari melemahnya sistem kekebalan tubuh biasanya disebut dengan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) (Jambak, Nur Ainun, Wiwit Febrina 2016).

2.1.2 Etiologi

Infeksi HIV pertama kali dikenal pada tahun 1981 sebagai penyakit baru pada pria homoseksual dan pengguna obat intravena di New York, San Fransisco, dan Los Angeles pada tahun 1979-1980. HIV dan AIDS kemudian menyebar dengan cepat dan terjadi di seluruh dunia (Nasronudin 2012). Pada tahun 1983 seorang ilmuwan dari perancis Montagnier berhasil mengisolasi virus tersebut, dan pada tahun 1994 telah dipastikan bahwa virus ini adalah penyebab AIDS. Virus HIV termasuk golongan retrovirus yang memiliki materi genetik RNA. Jika virus tersebut masuk kedalam tubuh seorang penderita (sel hospes) maka RNA di dalam virus akan di ubah menjadi DNA oleh *enzim reverse transcriptase* yang dimiliki oleh virus HIV.

Virus HIV menyerang sel tertentu di dalam tubuh, yaitu sel-sel yang memiliki antigen permukaan CD4 terutama sel limfosit T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Virus HIV juga dapat menginfeksi sel monosit dan makrofag, sel Langerhans pada kulit, sel dendrit pada kelenjar limfa, makrofag pada alveoli paru, sel retina, dan sel serviks uteri. Virus HIV masuk ke dalam limfosit T4 kemudian akan menggandakan dirinya menjadi banyak, selanjutnya akan menghancurkan sel limfosit itu sendiri. Sistem kekebalan tubuh yang tidak mampu lagi menyerang virus ini akan menyebabkan seseorang mengalami keganasan dan infeksi oportunistik (Susilo, 2006 dalam (Fauzan 2015).

2.1.3 Cara Penularan

Penularan HIV ke dalam tubuh manusia ada 3 cara, yaitu (1) dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak selama mengandung, persalinan dan menyusui, (2) secara transeksual yaitu melalui homoseksual maupun heteroseksual, (3) melalui kontak antar darah dari seseorang yang terinfeksi HIV (sterilisasi darah kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum secara bersama-sama, penggunaan jarum tindik bersama, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisis (cuci darah), dan saat melakukan perawatan gigi (Nasronudin 2013). HIV dan AIDS tidak dapat menular melalui berjabat tangan, memeluk, berciuman, batuk, bersin, air mata, keringat, makanan dan minuman, dan berenang bersama-sama (Fauzan 2015).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Nasronudin (2013) manifestasi dari HIV merupakan gejala dan tanda infeksi. Tanda dan gejala dari HIV dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

1. Tahap pertama

Tahap ini awalnya muncul gejala tetapi masih belum spesifik. Tahap ini biasanya muncul 6 minggu pertama setelah seseorang terpapar virus HIV. Tanda dan gejala yang biasanya muncul seperti demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan, dan pembesaran kelenjar getah bening.

2. Tahap kedua

Pada tahap ini gejala dan keluhan biasanya hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahunan. Pada tahap ini seseorang biasanya masih dapat beraktivitas secara normal.

3. Tahap ketiga

Pada tahap ini tanda dan gejala muncul lebih spesifik dari mulai yang sedang sampai berat. Berat badan seseorang yang terinfeksi mulai mengalami penurunan tetapi tidak sampai 10%. Pada selaput mulut terjadi sariawan yang terjadi berulang, terjadi peradangan juga pada mulut, serta dapat ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas, tetapi penderita masih dapat beraktivitas secara normal.

4. Tahap keempat

Tahap ini merupakan tahap yang lebih lanjut atau tahap terjadinya AIDS. Pada tahap ini penderita mengalami penurunan berat badan lebih dari 10%, diare lebih dari 1 bulan, panas yang tidak diketahui penyebabnya yang terjadi lebih dari 1 bulan, terjadi kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, tuberkulosis paru,

dan pneumonia bakteri. Penderita juga berbaring di tempat tidur lebih dari 12 jam sehari selama sebulan terakhir. Pada tahap keempat ini penderita juga banyak diserang berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplasmosis otak, diare akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esofagus, trakea, bronkus atau paru serta infeksi jamur yang lain.

2.1.5 Pencegahan HIV

Menurut Nasronudin (2012) dalam upaya untuk mencegah penularan HIV dan AIDS kepada petugas kesehatan, petugas kesehatan harus selalu waspada dan menghindari dirinya agar tidak terjadi kecelakaan kerja. Jika kecelakaan kerja terjadi di lingkungan tempat kesehatan, disarankan untuk mencegahnya dengan kewaspadaan universal (*universal precaution*). Upaya-upaya yang dapat Menurut Nasronudin (2012) dalam upaya untuk mencegah penularan HIV dan AIDS kepada petugas kesehatan, petugas kesehatan harus selalu waspada dan menghindari dirinya agar tidak terjadi kecelakaan kerja. Jika kecelakaan kerja terjadi di lingkungan tempat kesehatan, disarankan untuk mencegahnya dengan kewaspadaan universal (*universal precaution*). Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan resiko terjadinya penularan penyakit HIV dan AIDS ada 2 cara yaitu:

1. Upaya untuk menurunkan resiko penularan di tempat kerja

- 1) Memahami dan selalu mengaplikasikan kewaspadaan universal (*universal precaution*) setiap berada di sekitar pasien, disemua tempat pelayanan kesehatan (baik di dalam ruangan maupun di luar ruangan).

- 2) Mencegah transfusi, suntikan, jahitan, dan tindakan invasif lainnya yang dirasakan tidak perlu.
- 3) Mentaati peraturan, kebijakan serta pedoman yang telah disesuaikan dengan penggunaan bahan dan alat secara baik dan benar.
- 4) Menilai serta menurunkan resiko dengan cara pengawasan yang teratur di tempat sarana pelayanan kesehatan.

2. Upaya perlindungan melalui kewaspadaan universal (*universal precaution*)

- 1) Cuci tangan yang bersih dengan cara mengikuti langkah-langkah cuci tangan yang telah ditetapkan di lingkungan tempat pelayanan kesehatan.
- 2) Memakai alat pelindung untuk petugas kesehatan agar mencegah terjadinya penularan infeksi HIV dan AIDS.
- 3) Pemakaian antiseptik dengan benar dan tepat agar menurunkan resiko penularan penyakit HIV dan AIDS.
- 4) Melakukan dekontaminasi, pembersihan dan sterilisasi tingkat tinggi untuk peralatan bedah, sarung tangan dan juga benda yang lain yang dianggap perlu untuk dibersihkan dan disterilisasi.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Nasronudin (2012), penatalaksanaan dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Penatalaksanaan Umum

Istirahat yang cukup untuk meminimalkan kondisi yang hipermetabolik dan hiperkatabolik. Dukungan nutrisi yang mengandung makronutrien dan mikronutrien harus optimal agar terhindar dari sindrom *wasting*. Konseling merupakan cara yang baik untuk mendukung seseorang yang terinfeksi HIV dan AIDS dari segi psikososial dan psikobiologis.

2. Penatalaksanaan Khusus

Pemberian obat ART (*antiretroviral therapy*) perlu diberikan secara kombinasi atau campuran. Penatalaksanaan terapi pada infeksi sekunder dan malignansi perlu disesuaikan dengan tanda dan gejala yang muncul.

2.1.7 Stigma Pada Penderita HIV-AIDS Oleh Tenaga Kesehatan Serta Dampak Adanya Stigma.

Stigma adalah suatu proses dinamis yang terbangun dari suatu persepsi yang telah ada sebelumnya yang menimbulkan suatu pelanggaran terhadap sikap, kepercayaan dan nilai. Menurut Castro dan Farmer (2005), stigma ini dapat mendorong seseorang untuk mempunyai prasangka pemikiran, perilaku, dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, para teman, dan keluarga-keluarga. Menurut Castro dan Farmer (2005), stigma ini dapat mendorong seseorang untuk mempunyai prasangka pemikiran, perilaku, dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, para teman, dan keluarga-keluarga. Goffman (1963) membuat konsep tentang stigma yaitu suatu atribut yang mendeskridetkan secara signifikan. Goffman juga mengemukakan istilah stigma merujuk pada keadaan suatu kelompok sosial yang membuat identitas terhadap seseorang atau kelompok berdasarkan sifat fisik, perilaku, ataupun sosial yang dipersepsikan menyimpang dari norma-norma dalam komunitas tersebut (Goffman,1963).

Stigma adalah suatu proses dinamis yang terbangun dari suatu persepsi yang telah ada sebelumnya yang menimbulkan suatu pelanggaran terhadap sikap, kepercayaan dan nilai. Stigma ini dapat mendorong seseorang untuk mempunyai

prasangka, pemikiran, perilaku dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, teman dan keluarga. Menurut *UNAIDS*, diskriminasi terhadap penderita HIV digambarkan selalu mengikuti stigma dan merupakan perlakuan yang tidak adil. Stigma dari lingkungan sosial dapat menghambat proses pencegahan dan pengobatan. Penderita akan cemas terhadap diskriminasi dan sehingga tidak melakukan tes. ODHA dapat juga menerima perlakuan yang tidak semestinya, sehingga menolak untuk membuka status mereka terhadap pasangan atau mengubah perilaku mereka untuk menghindari reaksi negatif. Mereka jadi tidak mencari pengobatan dan dukungan, juga tidak berpartisipasi untuk mengurangi penyebaran. Reaksi ini dapat menghambat untuk mengintervensi HIV & AIDS. Selain itu stigma yang ada dalam masyarakat dapat menimbulkan diskriminasi. Perlakuan diskriminasi terjadi karena faktor risiko penyakit HIV-AIDS terkait penyimpangan perilaku seksual, penggunaan jarum suntik bersamaan pada pengguna narkoba. Diskriminasi yaitu penghilangan kesempatan untuk ODHA seperti ditolak bekerja, penolakan dalam pelayanan kesehatan bahkan perlakuan yang berbeda pada ODHA oleh petugas kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Andrewin et al. (2008) di Belize, diketahui bahwa petugas kesehatan (dokter dan perawat) mempunyai stigma dan melakukan diskriminasi pada ODHA. Tidak hanya itu diskriminasi yang dialami orang ODHA bisa dating dari berbagai kelompok masyarakat mulai dari lingkungan keluarga, lingkungan tempat tinggal, lingkungan kerja, lingkungan sekolah, serta lingkungan komunitas lainnya.

Bentuk stigma staf rumah sakit terhadap pasien HIV/AIDS adalah sebagai berikut (Martiningsih, Abdul and Ade, 2015) :

1. Dianggap remeh dan mendapat *judgement* yang buruk.
2. Menjahui ODHA atau tidak menginginkan untuk menggunakan peralatan yang sama
3. Penolakan oleh keluarga, teman atau masyarakat terhadap ODHA
4. Peradilan moral berupa sikap yang menyalahkan ODHA karena penyakitnya dan menganggapnya sebagai orang yang tidak bermoral.
5. Tidak diberikan jaminan untuk mendapatkan fasilitas yang lain
6. Adanya "labelling", terhadap pasien
7. Penggunaan alat perlindungan diri yang berlebihan terhadap pasien
8. Tes HIV tidak dilakukan secara tuntas
9. Konseling pre dan post yang tidak adekuat
10. Pada tahun 2010, hanya 6% penduduk diatas usia 15 tahun yang mengetahui layanan tes sukarela dan rahasia (VCT).
11. Hasil tes HIV biasanya diberikan oleh pasien sendiri
12. Tidak adanya jaminan kerahasiaan terhadap hasil tes kepada keluarga dan staf kesehatan yang tidak merawat pasien tersebut
13. Penolakan / denial terhadap perawatan.

2.1.8 Faktor-faktor Yang Dapat Mempengaruhi Kejadian Stigma Oleh Tenaga Kesehatan.

Hal-hal yang dapat menyebabkan stigma pada pasien dengan HIV/AIDS diantaranya :

1. Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Banyak tenaga kesehatan memiliki pengetahuan dan training yang kurang terhadap dasar-dasar transmisi HIV, kontrol infeksi dan manajemen klinis terhadap HIV/AIDS. Pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat mempengaruhi bagaimana individu tersebut akan bersikap terhadap penderita HIV/AIDS (Bradley, 2009). Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA muncul berkaitan dengan ketidaktahuan tentang mekanisme penularan HIV, perkiraan risiko tertular yang berlebihan melalui kontak biasa dan sikap negatif terhadap kelompok sosial yang tidak proporsional yang dipengaruhi oleh epidemi HIV/AIDS ini (Herek, 2002). Chase dan Aggleton (2001) mengatakan bahwa salah satu penyebab terjadinya stigma adalah *misinformasi* mengenai bagaimana HIV ditransmisikan (Chase and Aggleton, 2001).

2. Dukungan institusi

Kurangnya kebijakan RS dalam melindungi pasien dengan HIV, SOP (*Standart Operational prosedure*), penyediaan sarana-fasilitas, bahan dan alat perlindungan diri serta jaminan terhadap keamanan staf dalam pelayanan perawatan. Faktor kelembagaan atau institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan klinik mempengaruhi adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, antara lain hal-hal yang terkait penetapan kebijakan, SOP (*Standart Operational Procedure*), penyediaan sarana, fasilitas, bahan dan alat-alat perlindungan diri dalam penanganan pasien HIV/AIDS. Studi tentang pengaruh faktor lembaga atau institusi memang masih jarang dilakukan padahal sebenarnya hal ini sangat penting untuk mengintervensi secara legal terhadap adanya stigma terhadap ODHA oleh

petugas kesehatan (Li li *et al*, 2007). Sesuai dengan protokol UNAIDS untuk *Identification of Discrimination against People Living with HIV* dan hasil beberapa studi di Asia Pasifik mengungkapkan bahwa masalah stigma lebih banyak nampak dalam praktek-praktek yang tidak mempunyai kebijakan atau peraturan tertulis dalam penanganan pasien HIV/AIDS (UNAIDS, 2000).

3. Tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Mahendra pada tahun 2006 menyatakan bahwa jenis tenaga kesehatan sesuai dengan latar belakang pendidikannya mempengaruhi skor stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (Mahendra *et al*, 2006).

4. Lama bekerja

Lama kerja atau lama tugas seorang tenaga kesehatan untuk melakukan jenis pekerjaan tertentu dinyatakan dalam lamanya waktu dalam melaksanakan tugas tersebut. Pengembangan perilaku dan sikap tenaga kesehatan dalam pengambilan keputusan dan perilaku pelayanan kesehatan dibutuhkan pengalaman kerja sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri yang tinggi (Suganda, 1997).

5. Persepsi tentang ODHA

Herek, dkk pada tahun 2002 mengungkapkan hasil penelitiannya di Amerika Serikat bahwa sekitar 40 sampai 50% masyarakat percaya bahwa HIV dapat ditularkan melalui percikan bersin atau batuk, minum dari gelas yang sama, dan pemakaian toilet umum, sedangkan 20% percaya bahwa ciuman pipi bisa menularkan HIV (Herek *et al*, 2002). Persepsi terhadap pengidap HIV atau

penderita AIDS akan sangat mempengaruhi bagaimana orang tersebut akan bersikap dan berperilaku terhadap ODHA. Persepsi terhadap ODHA berkaitan dengan nilai-nilai seperti rasa malu, sikap menyalahkan dan menghakimi yang berhubungan dengan penyakit AIDS tersebut. Cock, dkk tahun 2002 menyatakan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berhubungan dengan persepsi tentang rasa malu (*shame*) dan menyalahkan (*blame*) yang berhubungan dengan penyakit AIDS tersebut (Cock, 2002).

6. Umur

Umur secara alamiah mempunyai pengaruh terhadap kinerja fisik dan perilaku seseorang. Bertambahnya umur seseorang mempengaruhi proses terbentuknya motivasi sehingga factor umur diperkirakan berpengaruh terhadap kinerja dan perilaku seseorang (Suganda, 1997)

7. Pelatihan

Sebuah intervensi pelatihan yang diberikan kepada dokter gigi menghasilkan peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS dan meningkatkan keinginan petugas untuk memberikan pelayanan kesehatan (Gerbert, 1988). Pelatihan kepada tenaga kesehatan tentang HIV/AIDS menghasilkan tidak hanya peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS tetapi juga peningkatan sikap yang lebih baik terhadap ODHA (Wu Z *et al*, 2002).

8. Jenis kelamin

Gibson menyatakan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu variabel individu yang dapat mempengaruhi kinerja (Gibson, 1996). Penelitian tentang kinerja di rumah sakit dan klinik di Amerika Serikat menemukan bahwa dokter wanita kurang melakukan konsultasi dan menghabiskan waktu lebih

sedikit dalam melakukan praktek dan kontak langsung dengan pasien daripada dokter pria. Dokter wanita diketahui bekerja lebih sedikit per minggu dibandingkan dokter pria, namun demikian produktifitas total dalam melakukan pelayanan pasien secara langsung tidak lebih sedikit dari dokter pria. Dokter wanita menghabiskan total waktu bekerja mereka dalam melakukan pelayanan pasien secara langsung dan melakukan pemeriksaan lebih banyak pasien dibandingkan dari dokter pria (Herek *et al*, 2002).

9. Kepatuhan terhadap agama

Agama mempunyai peran dalam membentuk konsep seseorang tentang sehat dan sakit. Konsep ini sangat dipengaruhi oleh keyakinannya tentang peran Tuhan dalam menentukan nasib seseorang, termasuk didalamnya adalah dalam hal sehat dan sakit (Chin, 2005). Peran agama dalam semua aspek kehidupan manusia sudah ada sejak berabad-abad yang lalu. Kepatuhan terhadap nilai-nilai agama para petugas kesehatan dan para pemimpin agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan HIV. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico tahun 2011 menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep tentang sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Diaz *et al*, 2011).

2.1.9 Tipe-tipe Stigma

Van Brakel dalam Fiorillo, Volpe, dan Bhugra (2016) mengungkapkan ada 5 tipe stigma sebagai berikut :

1. *Public stigma*, dimana sebuah reaksi masyarakat umum yang memiliki keluarga atau teman yang sakit fisik ataupun mental. Salah satu contoh kata-katanya adalah “saya tidak mau tinggal bersama dengan orang HIV”.

2. *Structural stigma*, dimana sebuah institusi, hukum, atau perusahaan yang menolak orang berpenyakit. Misalnya, perusahaan X menolak memiliki pekerja HIV.
3. *Self-stigma*, dimana menurunnya harga dan kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit. Contohnya seperti pasien HIV yang merasa bahwa dirinya sudah tidak berharga di dunia karena orang-orang disekitarnya menjauhi dirinya.
4. *Felt or perceived stigma*, dimana orang dapat merasakan bahwa ada stigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan komunitas. Misalnya seorang wanita tidak ingin mencari pekerjaan dikarenakan takut status HIV dirinya diketahui dan dijauhi oleh rekan kerjanya.
5. *Experienced stigma*, dimana seseorang pernah mengalami diskriminasi dari orang lain. Contohnya seperti pasien HIV diperlakukan tidak ramah dibandingkan dengan pasien yang tidak HIV diperlakukan ramah oleh tenaga kesehatan.
6. *Label avoidance*, dimana seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit. Salah satu contoh adalah pasien menyembunyikan obatnya.

2.1.10 Alat Pengukuran Stigma oleh Tenaga Kesehatan

Adanya stigma HIV bagaikan memiliki dinding pemisah antara orang HIV dengan upaya pencegahan dan pengobatan HIV dari pelayanan kesehatan. Maka dari itu, stigma HIV memiliki alat pengukuran untuk mengetahui seberapa banyak stigma HIV yang terjadi di lingkungan masyarakat maupun di pelayanan kesehatan. Pengukuran stigma HIV ada berbagai macam, yaitu HASI-N

(HIV/AIDS *Stigma Instrument Nurse*) dengan menggunakan lima parameter yaitu:

1. *Neglecting*
2. *Fearing contagion*
3. *Avoiding*
4. *Negating*
5. *Verbal abuse*

Tabel 2.1 Instrumen HASI-N (Wantland *et al.*, 2009)

| No | Statement | Never | Once or Twice | Several times | Most of the time |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|---------------|------------------|
| 1. | <i>A nurse provided poorer quality care to an HIV/AIDS patient than to other patients</i> | | | | |
| 2. | <i>A nurse shuted at or scolded an HIV/AIDS patients</i> | | | | |
| 3. | <i>A nurse kept her distance when talking to an HIV/AIDS patients</i> | | | | |
| 4. | <i>A nurse ignored the physical pain of an HIV/AIDS patients</i> | | | | |
| 5. | <i>A nurse refused to feel an HIV/AIDS patients</i> | | | | |
| 6. | <i>A nurse did not check the condition of her HIV/AIDS patient in the unit / ward</i> | | | | |
| 7. | <i>A nurse made an HIV/AIDS patient wait until last for care</i> | | | | |
| 8. | <i>A nurse made an HIV/AIDS patient do things for himself / herself to avoid touching him/her</i> | | | | |
| 9. | <i>A nurse left an HIV/AIDS patient for a long time in a soiled bed</i> | | | | |
| 10. | <i>Nurses made HIV/AIDS patient wait for care</i> | | | | |

2.1.11 Tingkat Stigma

Menurut Azwar (2016) untuk membuat kategorisasi individu ke dalam tingkatan atau kategori berjenjang menjadi 2 jenjang. Total skor menentukan stigma perawat terhadap ODHA. Kemudian skor dijumlah, jika data berdistribusi normal maka:

1. Stigma tinggi : $X \geq \text{median}$
2. Stigma rendah : $X < \text{media}$

Sedangkan jika data berdistribusi tidak normal maka :

1. Stigma tinggi : $X \geq \text{mean}$
2. Stigma rendah : $X < \text{mean}$

2.1.12 Cara menghentikan stigma oleh tenaga kesehatan

Corrigan dalam Fiorillo, Volpe, dan Bhugra (2016) menyebutkan bahwa ada 3 strategi yang dapat dilakukan untuk menghentikan stigma di masyarakat, yaitu protes, pendidikan, dan kontak. Protes untuk menghilangkan pernyataan negatif masyarakat, media, dan iklan. Pendidikan dapat memberikan informasi yang lengkap dan jelas mengenai penyakit sehingga orang yang berpengetahuan lebih bisa bijak dalam berhubungan dengan orang yang memiliki penyakit dan tidak akan mendiskriminasinya. Kontak, maksudnya adalah orang yang memiliki penyakit dapat berkumpul dengan orang yang memiliki penyakit yang sama sehingga dapat meningkatkan harga dirinya dan semakin percaya diri. Adanya perkumpulan khusus juga dapat mengurangi kecemasan seseorang dan bisa saling mengungkapkan perasaannya selama didiagnosa penyakit.

2.1.13 Upaya Untuk Mengurangi Stigma Oleh Tenaga Kesehatan

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi stigma perawat terhadap pasien dengan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Mengkaji dan meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap HIV pada seluruh tenaga kesehatan.

Informasi yang keliru dan sikap menghakimi pada petugas kesehatan dapat menimbulkan stigma, ketakutan dan perawatan yang berbeda pada penderita dengan HIV. Sering tenaga kesehatan senior tidak memiliki pemahaman yang cukup terhadap transmisi dan pencegahan HIV. Sehingga sangatlah penting untuk diadakannya pelatihan agar dapat meningkatkan pengetahuan sehingga staf dapat memiliki kepedulian, memenuhi kebutuhan dan memberikan hak-hak pasien HIV.

2. Menciptakan suasana kerja yang aman bagi pekerja kesehatan
Melakukan pengkajian dan menggali ketakutan dan resiko pada petugas kesehatan, kemudian mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan yang menjamin keamanan pekerja dan memperhatikan hak-hak pekerja kesehatan. Kebijakan dibutuhkan untuk memfasilitasi kebutuhan penting (misal sarung tangan), yang berguna untuk kontrol infeksi secara optimal sehingga tidak hanya sebagai proteksi terhadap pekerja kesehatan, namun juga bagi pencegahan terhadap pemaparan infeksi ke pasien

3. Menggunakan pendekatan partisipasi dan *partnership* untuk mengurangi stigma dalam lingkungan kesehatan

Dari laporan hasil penelitian pada sikap pekerja kesehatan dan praktik dan dalam kebijakan RS mendukung karakteristik pendekatan melalui identifikasi

partisipasi problem dan pemecahan masalah, dan adanya kesesuaian pada semua level staf dalam melakukan aktivitas intervensi, dari *ward staff* sampai dengan pejabat RS. Kelompok dan organisasi diharapkan bekerja dalam seting perawatan kesehatan juga mampu untuk memposisikan diri mereka sebagai rekan/ patnert dibandingkan sebagai pengamat atau pelengkap jika tujuan mereka adalah untuk meningkatkan perawatan kesehatan lingkungan bagi penderita HIV. Pendidikan HIV/AIDS bagi pembuat kebijakan di seluruh level harus difokuskan pada penghapusan ketidakpedulian pada kebutuhan untuk mengalokasikan sumber daya yang cukup guna mendukung penanggulangan HIV-AIDS.

4. Meningkatkan layanan tes sukarela dan rahasia (VCT)

Pada tahun 2010, hanya 6% penduduk usia diatas 15 tahun yang mengetahui layanan VCT. Proporsi ini, yang sama untuk perempuan dan laki-laki, hanya 4% di daerah pedesaan. Kelompok dengan tingkat ekonomi yang lebih tinggi memiliki informasi yang lebih baik tentang pelayanan VCT maupun penanggulangan HIV. Pada bulan desember 2011, kementerian kesehatan melaporkan 500 tempat VCT aktif di 33 propinsi, meningkat dari 156 di 27 propinsi pada thun 2009. Masalah kerahasiaan dan ketakutan terhadap stigma dan diskriminasi masih menghalangi upaya-upaya untuk meningkatkan cakupan dan pemahaman tentang tes HIV/AIDS disamping peningkatan program-program perlindungan dan bantuan sosial perlu lebih sensitif terhadap masalah HIV (Unicef Indonesia, 2012).

5. Melakukan riset

Jumlah penderita HIV yang semakin meningkat perlu didukung dengan adanya penelitian untuk mendapatkan penilaian balik tentang intervensi dari pasien dengan HIV positif. Selain itu pada riset yang akan datang harus dapat mengukur tentang peran dan peningkatan kemampuan petugas kesehatan dalam pemberian terapi antiretroviral pada ODHA dan penelitian mendalam tentang stigma pada area perawatan kesehatan.

2.1.14 Asuhan Keperawatan HIV/AIDS

Menurut UU RI No. 38 Pasal 1 Tahun 2014 menyebutkan bahwa asuhan keperawatan merupakan bentuk interaksi perawat terhadap pasien dan lingkungannya dalam mewujudkan tujuan pemenuhan kebutuhan dasar dan kemandirian pada diri pasien tersebut.

Ketika seseorang telah mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV maka akan memunculkan 4 respons pada dirinya (Nursalam dan Kurniawati, 2007), yaitu respons biologis, respons adaptif psikologis, respons adaptif sosial, dan respons adaptif spiritual. Peran perawat dalam hal ini sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan baik biologi, psikologi, sosial, dan spiritual sehingga pasien mampu menerima dirinya atau beradaptasi dengan kondisi kesehatannya.

1. Asuhan keperawatan segi biologis.

- 1) Universal Precautions, dengan cara pertama adalah menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh pasien HIV. Jika perawat melakukan tindakan invasif, maka perawat menggunakan APD sesuai jenis tindakan yang dilakukan. Kedua dengan menggunakan alat medis yang sekali pakai dan

sudah disterilisasi. Alat atau cairan yang terkena HIV dibuang dengan benar dan aman (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

2) Pemberian ARV sesuai pemeriksaan darah CD4 dan viral load, serta jadwal obat yang telah diresepkan oleh dokter.

3) Pasien HIV terkadang mengalami anoreksia atau penurunan nafsu makan sehingga berat badan akan menurun. Maka dari itu, pasien HIV membutuhkan nutrisi baik mineral maupun vitamin dengan jumlah yang banyak untuk meningkatkan imun tubuh sehingga dapat melawan HIV. Pasien HIV harus diberi makanan yang disukai dengan porsi yang kecil tapi sering makan. Pada pasien HIV yang mengalami diare dianjurkan untuk memberikan makanan yang lunak tapi tidak berlemak. Air putih 8 gelas sehari dapat memenuhi kebutuhan mineral dalam tubuh pasien.

4) Pasien yang terinfeksi HIV cenderung mengalami penurunan imun sehingga dibutuhkan olahraga dan istirahat yang cukup. Olahraga ringan misal membersihkan rumah dan melakukan kegiatan yang disukai pasien seperti berenang atau senam bersama dapat merangsang hormone untuk memicu imun tubuh lebih baik.

2. Asuhan keperawatan segi psikologis.

Perawat mampu memfasilitasi strategi koping dan dukungan sosial pada pasien HIV. Perawat mampu memfasilitasi pasien dalam proses penerimaan diri pada penyakitnya. Proses penerimaan diri memiliki 5 tahap, yaitu penolakan (denial), marah (anger), sikap tawar-menawar (bargaining), depresi, dan penerimaan diri. Dalam proses penerimaan diri, perawat juga dapat

memberikan dukungan sosial pada pasien berupa emosional, informasi, dan material (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

Ketiga dukungan tersebut dapat diaplikasikan oleh perawat seperti membantu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah, meningkatkan rasa percaya diri pasien, memberikan pasien kebebasan dalam pengambilan keputusan berdasarkan keyakinan dan agama, memberikan pendidikan kesehatan tentang minum obat teratur, menyarankan untuk aktivitas dan istirahat yang cukup, nutrisi yang seimbang, dan memberitahukan perilaku-perilaku yang dapat membantu penyembuhan (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

3. Asuhan keperawatan segi sosial.

Seseorang tidak dapat menyelesaikan masalah tanpa bantuan orang lain, begitu juga dengan pasien HIV. Maka dari itu, pasien HIV membutuhkan dukungan sosial sangat diperlukan agar dapat bermanfaat bagi kesehatan, keamanan dan kesejahteraan pasien tersebut (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

Dukungan sosial bisa berasal dari keluarga, teman, kekasih, kelompok masyarakat ataupun tenaga kesehatan, yaitu perawat. Sebagai contoh, perawat dapat memberikan informasi yang pasien inginkan, memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaan, memberitahu betapa pentingnya kehadiran pasien bagi orang lain, memberi dukungan berupa moral, material, dan spiritual, serta menghargai pasien (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

4. Asuhan keperawatan segi spiritual

Pada segi spiritual lebih dipusatkan pada penerimaan diri pasien terhadap penyakitnya. Maka dari itu, perawat harus menyakinkan pasien untuk selalu

memiliki harapan untuk sembuh dan pasien mampu berpikir positif terhadap penyakitnya. Pada pasien HIV membutuhkan perawatan paliatif yang meliputi tiga hal, seperti pemberian kenyamanan, pengelolaan nyeri, dan menyiapkan pasien menghadapi kematian.

2.2 Konsep Peran Perawat

2.2.1 Pengertian

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Kusnanto, 2009). Jadi peran perawat adalah suatu cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, yang telah menyelesaikan pendidikan formalnya, diakui dan diberikan kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesinya. Peran yang dimiliki oleh seorang perawat antara lain peran sebagai pelaksana, peran sebagai pendidik, peran sebagai pengelola, dan peran sebagai peneliti (Asmadi, 2008). Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat diantaranya pemberi perawatan, sebagai advokat keluarga, pencegahan penyakit, pendidikan, konseling, kolaborasi, pengambil keputusan etik dan peneliti (Hidayat, 2012). Sudarma (2008) mengatakan bahwa peran merupakan suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap yang diharapkan oleh masyarakat, sehingga menjadi penanda atau ciri khas si pemegang status atau kedudukan sosial. Teori peran menggambarkan interaksi sosial dalam terminologi aktor-aktor yang bermain sesuai dengan apa

yang ditetapkan oleh budaya. Teori ini juga menjelaskan bahwa seseorang yang mempunyai peran harus dapat berperilaku sesuai dengan perannya (Siska, 2016). Berdasarkan opini di atas peneliti menyimpulkan bahwa peran adalah suatu ciri khas atau penanda dari pemegang status yang diharapkan dapat berperilaku sesuai dengan karakter khususnya dimasyarakat yang ditetapkan oleh budaya.

Setiap peran memiliki 3 elemen, yaitu (Blais, 2006) :

1. Peran ideal

Peran ideal mengacu pada hak dan tanggung jawab terkait peran yang secara sosial dianjurkan atau disepakati.

2. Peran yang dipersepsikan

Peran yang mengacu pada bagaimana penerimaan peran (orang yang menerima peran) percaya dirinya harus berperilaku dalam peran tersebut.

3. Peran yang ditampilkan

Peran yang mengacu pada apa yang sebenarnya dilakukan oleh penerima peran.

2.2.2 Pengertian Perawat

Perawat adalah tenaga profesional yang mempunyai pendidikan dalam sistem pelayanan kesehatan. Kedudukannya dalam sistem ini adalah anggota tim kesehatan yang mempunyai wewenang dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan (Kozier, Barbara 1995). Menurut UU RI. No 23 tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan (Budiono, 2016).

2.2.3 Macam-macam Peran Perawat

Dalam melaksanakan keperawatan, menurut Hidayat (2012) perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat sebagai berikut:

1. Pemberian perawatan (*Care Giver*)

Perawat bertugas memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan pendekatan pemecahan masalah yang sesuai dengan kondisi kliennya sesuai metode dan proses keperawatan (Sudarma, 2008). Peran utama perawat adalah memberikan pelayanan keperawatan, sebagai perawat, pemberian pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan memenuhi kebutuhan asah, asih dan asuh. Contoh pemberian asuhan keperawatan meliputi tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikologis sambil tetap memelihara martabat klien. Tindakan keperawatan yang dibutuhkan dapat berupa asuhan total, asuhan parsial bagi pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian dan perawatan suportif-edukatif untuk membantu klien mencapai kemungkinan tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi (Berman, 2010). Perencanaan keperawatan yang efektif pada pasien yang dirawat haruslah berdasarkan pada identifikasi kebutuhan pasien dan keluarga.

2. Sebagai *advocad* keluarga

Perawat adalah orang yang dapat dipercaya seperti orang tua, tokoh masyarakat, atau rohaniawan guna memenuhi kebutuhan/membantu mengatasi masalah klien atau pasiennya (Simmamora, 2009). Selain melakukan tugas utama dalam merawat, perawat juga mampu sebagai advocat keluarga sebagai pembela keluarga dalam beberapa hal seperti dalam menentukan haknya

sebagai klien. Dalam peran ini, perawat dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada profesional kesehatan lain, seperti menyampaikan keinginan klien mengenai informasi tentang penyakitnya yang diketahui oleh dokter. Perawat juga membantu klien mendapatkan hak-haknya dan membantu pasien menyampaikan keinginan (Berman, 2010).

3. Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan merupakan bagian dari bentuk pelayanan keperawatan sehingga setiap dalam melakukan asuhan keperawatan harus selalu mengutamakan tindakan pencegahan terhadap timbulnya masalah baru sebagai dampak dari penyakit atau masalah yang diderita. Salah satu contoh yang paling signifikan yaitu keamanan, karena setiap kelompok usia beresiko mengalami tipe cedera tertentu, penyuluhan preventif dapat membantu pencegahan banyak cedera, sehingga secara bermakna menurunkan tingkat kecacatan permanen dan mortalitas akibat cedera pada pasien (Wong, 2009). Peran perawat dalam pencegahan penyakit pada kasus HIV-AIDS yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang bahaya seks bebas serta pemakaian jarum suntik bergantian bagi pengguna NAPZA suntik. Untuk perawat yang merawat pasien HIV-AIDS menggunakan alat pelindung diri sesuai dengan protap, dalam hal ini perawat tidak perlu menggunakan APD yang berlebihan, menimbulkan stigma bagi penderita ODHA.

4. Pendidik

Perawat berupaya memberikan pendidikan dan pelatihan kepada klien dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatan dalam ranah keperawatan (Simmamora, 2009). Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien,

perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, sebab beberapa pesan dan cara mengubah perilaku pada pasien atau keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan khususnya dalam keperawatan. Melalui pendidikan ini diupayakan pasien tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan dapat mengubah perilaku yang tidak sehat. Contoh dari peran perawat sebagai pendidik yaitu keseluruhan tujuan penyuluhan pasien dan keluarga adalah untuk meminimalkan stres pasien dan keluarga, mengajarkan mereka tentang terapi dan asuhan keperawatan di rumah sakit, dan memastikan keluarga dapat memberikan asuhan yang sesuai di rumah saat pulang (Kyle & Carman, 2015).

5. Konseling

Perawat bertugas membimbing kliennya sehingga permasalahannya dapat terselesaikan dengan baik atau dapat menghindari perilaku yang maladaptif (Simamora, 2009). Konseling merupakan upaya perawat dalam melaksanakan perannya dengan memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh pasien maupun keluarga, berbagai masalah tersebut diharapkan mampu diatasi dengan cepat dan diharapkan pula tidak terjadi kesenjangan antara perawat, keluarga maupun pasien itu sendiri. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual dan psikologis. Dalam hal ini perawat memberikan konsultasi terutama kepada individu sehat dengan kesulitan penyesuaian diri yang normal dan fokus dalam membuat individu tersebut untuk mengembangkan sikap, perasaan dan perilaku baru dengan cara mendorong klien untuk mencari perilaku alternatif, mengenai

pilihan-pilihan yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri (Berman, 2010).

6. Kolaborasi

Kolaborasi merupakan tindakan kerja sama dalam menentukan tindakan yang akan dilaksanakan oleh perawat dengan tim kesehatan lain. Pelayanan keperawatan pasien tidak dilaksanakan secara mandiri oleh tim perawat tetapi harus melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog dan lain-lain, mengingat pasien merupakan individu yang kompleks yang membutuhkan perhatian dalam perkembangan (Hidayat, 2012).

7. Pengambilan keputusan etik

Dalam mengambil keputusan, perawat mempunyai peran yang sangat penting sebab perawat selalu berhubungan dengan pasien kurang lebih 24 jam selalu disamping pasien, maka peran perawat sebagai pengambil keputusan etik dapat dilakukan oleh perawat, seperti akan melakukan tindakan pelayanan keperawatan (Wong, 2009).

8. Peneliti

Peran perawat ini sangat penting yang harus dimiliki oleh semua perawat pasien. Sebagai peneliti perawat harus melakukan kajian-kajian keperawatan pasien, yang dapat dikembangkan untuk perkembangan teknologi keperawatan. Peran perawat sebagai peneliti dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pasien (Hidayat, 2012). Selain itu Perawat diharapkan mampu melakukan penelitian baik secara mandiri atau kolaborasi seperti mengidentifikasi masalah penelitian, menetapkan prinsip dan metode

penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan keperawatan (Sudarma, 2008).

Menurut Puspita (2014) peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sebagai upaya memberikan kenyamanan dan kepuasan pada pasien, meliputi:

1. *Caring*, merupakan suatu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, artinya memberi perhatian dan mempelajari
2. *Sharing* artinya perawat senantiasa berbagi pengalaman dan ilmu atau berdiskusi dengan pasiennya.
3. *Laughing*, artinya senyum menjadi modal utama bagi seorang perawat untuk meningkatkan rasa nyaman pasien.
4. *Crying* artinya perawat dapat menerima respon emosional baik dari pasien maupun perawat lain sebagai suatu hal yang biasa disaat senang ataupun duka.
5. *Touching* artinya sentuhan yang bersifat fisik maupun psikologis merupakan komunikasi simpatis yang memiliki makna.
6. *Helping* artinya perawat siap membantu dengan asuhan keperawatannya.
7. *Believing in others* artinya perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya.
8. *Learning* artinya perawat selalu belajar dan mengembangkan diri dan keterampilannya.
9. *Respecting* artinya memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan terhadap orang lain dengan menjaga kerahasiaan pasien kepada yang tidak berhak mengetahuinya.

10. Listening artinya mau mendengar keluhan pasiennya. 11) Feeling artinya perawat dapat menerima, merasakan, dan memahami perasaan duka , senang, frustrasi dan rasa puas pasien.

2.2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Peran

Peran adalah sebagian dari perilaku, menurut Green Lawrence (1990) dalam (Notoatmojo, 2003) perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:

1. Predisposing factors

Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan 10 sebagainya, faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku maka sering disebut faktor pemudah.

2. Enabling factors

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, bagi masyarakat misalnya air bersih, tempat pembuangan tinja. Ketersediaan makanan yang bergizi dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan, praktek swasta dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pen-dukong. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terjadinya perilaku kesehatan maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin

3. Reinforcing factors

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas kesehatan. Untuk berperilaku sehat masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif, dan dukungan fasilitas saja melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan.

2.2.5 Instrumen untuk mengukur peran perawat

Untuk mengukur peran perawat, dengan menggunakan kuesioner. Yang terdiri dari : Peran sebagai *care giver* terdiri dari 5 pertanyaan, peran sebagai *Advocad* terdiri dari 5 pertanyaan, peran perawat sebagai *konselor* terdiri dari 5 pertanyaan, dan peran perawat sebagai pendidik terdiri dari 5 pertanyaan. Peran sebagai *advocad* pertanyaan mengandung unsur, perawat menghormati hak klien dan keluarga, persetujuan tindakan, pendampingan klien dan keluarga serta memfasilitasi klien dan keluarga mendapat sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bermanfaat. Peran perawat sebagai *care giver* pertanyaan mengandung unsur, perawat selalu memperkenalkan diri, mempertahankan kontak mata selama memberikan pelayanan, menunjukkan muka yang jujur, menghargai pasien dan perawat senantiasa memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Sedangkan peran perawat sebagai *educator* pertanyaannya mengandung unsur mengidentifikasi kebutuhan klien atau keluarga, memilih metoda pembelajaran, melaksanakan pendidikan kesehatan serta mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan. Peran perawat sebagai *konselor* pertanyaannya mengandung unsur perawat membantu menyelesaikan

masalah, membantu mempertimbangkan segala sesuatu tindakan yang akan diberikan, menunjang komunikasi efektif untuk memilih cara penyelesaian masalah.

Setiap pertanyaan dapat dijawab dengan pilihan jawaban sangat tidak setuju (STS), tidak setuju (TS), setuju (S), dan sangat setuju (SS). Jika responden menjawab STS maka skornya adalah 0, TS dengan skor 1, S dengan skor 2, dan SS skornya adalah 3. Menurut Azwar (2016) untuk membuat kategorisasi individu ke dalam tingkatan atau kategori berjenjang menjadi 3 jenjang. Total skor menentukan peran perawat pada penderita ODHA. Kemudian skor dijumlah, bila data berdistribusi normal maka :

1. Peran perawat baik : $X < \text{mean data} - \text{SD}$
2. Peran perawat cukup : $\text{mean data} - \text{SD} \leq X \leq \text{mean data} + \text{SD}$
3. Peran perawat kurang : $X > \text{mean data} + \text{SD}$

2.3 Hubungan Antara Kejadian Stigma Oleh Perawat Dengan Peran Perawat Dalam Memberikan Pelayanan

Salah satu tujuan dalam *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) adalah menghilangkan stigma terkait *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrom* (AIDS). Komitmen global UNAIDS mencapai akses universal untuk pencegahan HIV, pengobatan, perawatan dan dukungan yang didalamnya mencakup memajukan hak asasi dan kesetaraan gender untuk penanggulangan HIV. Visi yang ditetapkan adalah dengan zero stigma. Terdapat tiga tujuan UNAIDS di tahun 2015 ini yaitu 1) Menurunkan lebih dari setengah untuk negara-negara yang menerapkan hukum

dan praktik sekitar penularan HIV, pekerja seks, pengguna obat maupun homoseksual, 2) Negara-negara yang menerapkan pembatasan terkait HIV untuk masuk, tinggal dan berdomisili dapat dieliminasi setengahnya, 3) Kebutuhan khusus HIV pada perempuan ditempatkan tidak kurang dari setengah respon nasional, 4) Toleransi nol untuk kekerasan gender (UNAIDS, 2014). Visi lain dari UNAIDS adalah tidak terdapat kematian terkait AIDS atau nol untuk kematian terkait AIDS. Terdapat 3 tujuan untuk mencapai visi ini yaitu 1) ODHA dapat mengakses pengobatan dengan mudah, 2) Menguatkan system komunitas dan nasional dalam pemberian layanan, 3) Meningkatkan akses pelayanan, perawatan, dukungan dan pelayanan proteksi sosial (UNAIDS, 2014). Berdasarkan penelitian Damalita (2014) kepada 51 responden tenaga kesehatan yang mana salah satunya adalah perawat ternyata masih ada stigma terhadap pasien HIV. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan harus mampu mendukung program tersebut dengan memberikan pelayanan keperawatan bebas stigma dan diskriminasi serta mampu menguatkan pelayanan terhadap ODHA di klinik dan komunitas. Pedoman penatalaksanaan HIV dan AIDS di Indonesia (Kementerian kesehatan RI, 2011) menyatakan terdapat empat pilar dalam penatalaksanaan HIV dan AIDS diantaranya adalah penanganan stigma terkait penyakit ini. Intervensi yang dapat meningkatkan kompetensi pengetahuan, perilaku dan emosi pada saat merawat ODHA sangat penting dilakukan untuk menurunkan stigma. Penurunan stigma terkait HIV dan AIDS merupakan hal yang sangat penting, sesuai dengan pedoman penatalaksanaan HIV dan AIDS Kementerian Kesehatan RI (2011). Jika peran perawat dilaksanakan secara optimal, maka stigma terhadap pasien HIV/AIDS akan berkurang. Peran perawat salah satunya sebagai pendidik

(*educator*). Perawat yang sudah terlatih hendaknya dapat memberikan nasehat, usulan, saran dan informasi tentang HIV dan AIDS kepada penderita (Budiarti, 2016) yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV yang dapat berakibat positif terhadap penerimaan pada penderita HIV dan AIDS (Babalola, 2007). Penelitian lain menyebutkan bahwa tenaga kesehatan yang profesional dapat membantu seseorang terinfeksi untuk memberikan informasi sehingga dapat mengurangi kesakitan dan kematian, bahkan tenaga kesehatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana cara pencegahan HIV untuk mengurangi penularannya (The Lancet, 2014). Diharapkan dengan peran perawat yang maksimal dapat menurunkan stigma petugas kesehatan dalam hal ini perawat pada penderita ODHA.

2.4 Kerangka konsep

Variabel bebas (independen) : Variabel terikat (dependen) :

Stigma oleh
petugas kesehatan :

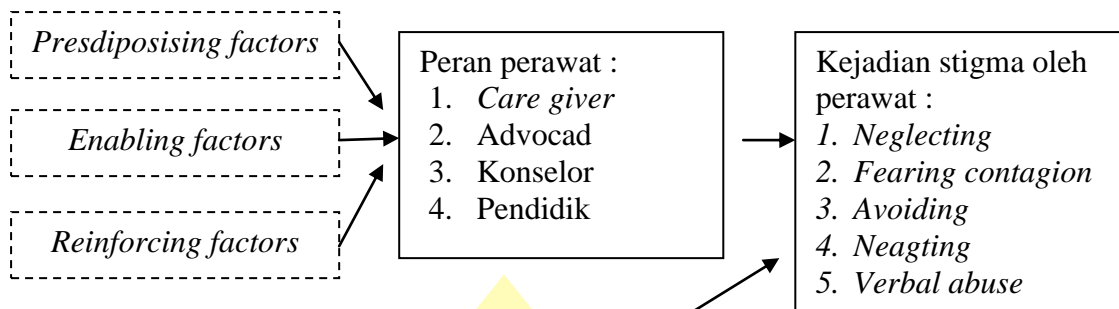
1. *Neglecting*
2. *Fearing contagion*
3. *Avoiding*
4. *Negating*
5. *Verbal abuse*

Peran perawat :

1. *Care giver*
2. Advocad
3. Konselor
4. Pendidik
5. Pencegahan penyakit
6. Pengambilan keputusan etik
7. Peneliti
8. kolabarsi

Skema 2.1 Kerangka konsep

2.5 Kerangka Teori



- Faktor faktor terbentuk stigma :
1. Pengetahuan
 2. Persepsi
 3. Tingkat pendidikan
 4. Lama bekerja
 5. Umur
 6. Pelatihan
 7. Jenis kelamin
 8. Dukungan isntitusi
 9. Kepatuhan agama

Keterangan



= Diteliti

= Tidak diteliti

Skema 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Hidajat (2012), Nursalam dan Kurniawati (2007); Nursalam (2011); Volpe, dan Bhugra (2016)

2.6 Hipotesis penelitian

H1 : Ada hubungan antara kejadian stigma oleh perawat dengan peran perawat dalam pemberian pelayanan di Graha Amerta RSUD Dr Soetomo Surabaya.