

IMPLEMENTASI KEMITRAAN KADER KESEHATAN HIV/AIDS UNTUK MENGURANGI STIGMA PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS: STUDY KASUS

Ernawati*, Siti Aminah, Nurhayati, Ahmad Fathurohman

Universitas Muhammadiyah Semarang, Jln. Kedungmundu raya No.18 Semarang, Indonesia 50273

*ernawati@unimus.ac.id

ABSTRAK

Kinerja kader kesehatan HIV/AIDS menjalankan peran di masyarakat luas masih rendah. Kapasitas diri kader perlu ditingkatkan melalui kemitraan dengan *stakeholder*. Tujuan menjelaskan implementasi kemitraan kader kesehatan HIV/AIDS dengan *stakeholder* sebagai upaya mengurangi stigma pada orang dengan HIV/AIDS di Kabupaten Kudus, Propinsi Jawa Tengah, Indonesia. Metode penelitian menggunakan *a holistic multiple-case design*, dengan fokus pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS dan kader kesehatan HIV/AIDS di dua lokasi yaitu desa Kandangmas dan desa Rejosari kecamatan Dawe kabupaten Kudus. Sebanyak 40 peserta direkrut melalui *purposive sampling* dengan kriteria inklusi. Analisis data menggunakan analisis tematik dan analisis dokumen. Hasil menunjukkan setelah pelatihan kader kesehatan HIV/AIDS merasa lebih berdaya, mengetahui peran dan menjalankan kemitraan dengan berbagai pihak terkait. Strategi kemitraan menjawab tantangan kritis sumber daya manusia kesehatan di wilayah ini. Kader kesehatan HIV/AIDS dengan peran transformatifnya berpotensi meningkatkan layanan di masyarakat untuk mengurangi stigma ODHA sehingga tercapai tujuan eliminasi HIV.

Kata kunci : *capacity building*; kader HIV/AIDS; kemitraan; ODHA, *perceived stigma*

IMPLEMENTING OF HIV/AIDS CADRE PARTNERSHIP TO REDUCE STIGMA ON PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS: A CASE STUDY

ABSTRACT

The performance of HIV/AIDS cadres playing a role in the wider community is still low. The capacity of cadres needs to be improved through partnerships with stakeholders. The purpose is to explain the implementation of the partnership of HIV/AIDS cadre with stakeholders as an effort to reduce stigma among people living with HIV/AIDS in Kudus Regency, Central Java Province, Indonesia. The research method used a holistic multiple-case design, with a focus on PLWHA and HIV/AIDS cadres in two locations are Kandangmas and Rejosari villages, Dawe sub-district, Kudus district. A total of 40 participants were recruited through purposive sampling with inclusion criteria. Data analysis using thematic and document analysis. The results showed that after training HIV/AIDS cadres felt more empowered, knew their roles and carried out partnerships with stakeholders. The partnership strategy addresses the critical challenges of health human resources in this region. HIV/AIDS cadres with their transformative role have the potential to improve services in the community to reduce the stigma of PLWHA so as to achieve the goal of HIV elimination.

Keywords: capacity building; HIV/AIDS cadre, partnership; PLWHA; perceived stigma

PENDAHULUAN

Kinerja kader kesehatan HIV/AIDS menjalankan peran di masyarakat luas masih rendah. Beberapa faktor kendala diantaranya ketakutan, kekhawatiran privasi/kerahasiaan pada layanan kesehatan, kurangnya pengetahuan terkait HIV/AIDS, keterbatasan aksesibilitas, keterjangkauan serta hubungan yang belum harmonis antar layanan, mobilisasi masyarakat untuk memberikan dukungan

yang dibutuhkan orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA), dan stigma (Masquillier and Wouters, 2015; Lazuardi, Bell and Newman, 2018).

Stigma HIV berdampak sangat merugikan penderita maupun masyarakat. Kompleksnya permasalahan stigma menjadi penghambat orang dengan HIV/AIDS (ODHA) mengakses layanan kesehatan. Serapan layanan tes HIV

menjadi lebih rendah dan tingkat penularan lebih tinggi (Golub and Gamarel, 2013). Stigma menjadi alasan utama epidemi global penyakit HIV/AIDS (Brent, 2016). Pengendalian penyebaran HIV/AIDS mengacu pada kebijakan *Getting To Zeros*, salah satunya adalah meniadakan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Pendekatan kunci untuk mengatasi masalah stigma yang meluas adalah dengan pemberdayaan kader di masyarakat (Bhatta and Liabsuetrakul, 2016b). Hal ini tentu membutuhkan kemitraan dengan berbagai pihak. Keterlibatan anggota masyarakat sebagai sumber utama kerjasama memajukan kesejahteraan masyarakat. Menurut teori *social capital*, kader masyarakat merupakan sumber daya sosial yang sangat efektif (Koput, 2010). Kader mempunyai elemen inti yaitu jaringan sosial, dukungan sosial, kepercayaan, dan partisipasi masyarakat luas (Xie *et al.*, 2019). Idealnya, modal sosial mendukung ikatan di dalam masyarakat, menjembatani antara masyarakat, dan menghubungkan masyarakat dengan pemerintah sehingga memperkuat kohesi atau keterpaduan masyarakat (Grootaert and Bastelaer, 2002).

Kader merupakan sekumpulan orang atau organisasi yang memiliki tujuan dan fungsi yang sama. Pekerja kesehatan masyarakat (*Community Health Worker/CHW*) merupakan kelompok pendukung utama pada perawatan kesehatan primer yang direkrut dari dan untuk masyarakat sipil (Mottiar and Lodge, 2018).

Kader didefinisikan sebagai pekerja kesehatan yang melakukan fungsi yang terkait dengan pemberian layanan kesehatan, telah terlatih dalam beberapa cara intervensi, dan tidak memiliki ijazah atau gelar profesional atau paraprofesional formal dalam pendidikan tersier (Mwai *et*

al., 2013). Kader merupakan komponen masyarakat yang mampu menjadi penggerak dan fasilitator perpanjangan tangan petugas kesehatan di layanan kesehatan primer dalam memenuhi kebutuhan masyarakat. WHO mengakui partisipasi aktif masyarakat sebagai elemen kunci kesuksesan program mencapai perawatan kesehatan yang adil. Pendekatan ‘akar rumput’ dengan menggali potensi yang ada di masyarakat untuk mengelola aspek-aspek penting yang ada di masyarakat sehingga dapat menjadi mitra kerja bagi layanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah.

Partisipasi dan dukungan kader kesehatan HIV/AIDS dari unsur orang-orang yang berpengaruh di masyarakat masih rendah (Prinsloo, 2015; Angula and Ncama, 2016; Kruger, Greeff and Letsosa, 2018). Unsur kader kesehatan HIV/AIDS di Kabupaten Kudus, Provinsi Jawa Tengah, Indonesia terdiri dari kelompok dukungan sebaya (KDS), pendamping program harapan keluarga (PKH) dan warga peduli AIDS (WPA) (Nursalam *et al.*, 2020). Pada konteks permasalahan HIV/AIDS, kader ini menjadi motivator dan sumber belajar bagi masyarakat untuk mengenal dan peduli dalam penanganan dan penanggulangan kasus penyakit HIV/AIDS di wilayahnya.

Kader kesehatan HIV/AIDS secara umum menjalankan fungsi perannya yang berpusat pada masyarakat untuk sosialisasi tentang HIV/AIDS, mobilisasi deteksi dini HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS), menjadi *public figure*, pendamping ODHA, melakukan rujukan ODHA dampingan ke puskesmas/rumah sakit, memfasilitasi berbagai konseling seperti: masalah kesehatan fisik dan mental, aspek hukum, administrasi kependudukan ODHA, dan membangun kerjasama/kemitraan dengan *stakeholder* (Ernawati, Nursalam and Devy, 2020).

Kemitraan masyarakat berkembang melalui proses pemberdayaan. Maka, tujuan petugas layanan kesehatan masyarakat adalah memberdayakan anggota masyarakat untuk memvisualisasikan kebutuhan mereka dan secara aktif berpartisipasi dalam merencanakan dan implimentasi perubahan yang diperlukan. Intervensi pencegahan HIV mengakui kemitraan masyarakat sebagai dasar partisipatif berbasis masyarakat (Dunleavy, Chudnovskaya and Simmons, 2018).

Model pemberdayaan kader kesehatan HIV/AIDS *Community Healthcare as Partner (CHCP)* oleh Nursalam *et al* (2020) digunakan sebagai kerangka teoritis untuk penelitian ini. Pemberdayaan dipengaruhi oleh faktor demografi, personal kader, kontekstual sosial, dukungan perawat dan *line of resistance* kepercayaan masyarakat pada kompetensi kader. Proses pemberdayaan yang baik ditunjukkan dengan indikator menghargai keberagaman, aktualisasi diri, dan keterhubungan dengan layanan kesehatan, Hal ini berperan dalam membentuk kemampuan kader kesehatan HIV/AIDS dalam mendampingi kebutuhan ODHA dan akhirnya hasil stigma yang dirasakan berkurang dan kualitas hidup perempuan HIV/AIDS meningkat (Nursalam *et al.*, 2020).

Prinsip membangun pemberdayaan dari *health empowerment intervention* adalah melalui peningkatan kapasitas diri sumberdaya personal, keterhubungan sosial dan pemanfaatan layanan sosial yang ada (Shearer, 2009). Kapasitas diri kader perlu ditingkatkan melalui kemitraan dengan *stakeholder*. Fokus penelitian ini bertujuan mendeskripsikan implementasi intervensi kemitraan kader Kesehatan HIV/AIDS dengan *stakeholder*. Identifikasi kekuatan kader sebagai sumber daya masyarakat digunakan untuk mencapai tujuan menurunkan stigma pada ODHA.

METODE

Desain rancangan penelitian a *holistic multiple-case design* digunakan dengan fokus ODHA perempuan tentang stigma yang dirasakan (*perceived stigma*) dan pada kader kesehatan HIV/AIDS tentang pengalaman menjalin kemitraan dengan *stakeholder*, tantangan, peluang dalam penerapan, dan pelembagaan kader kesehatan HIV/AIDS.

Area penelitian dan periode penelitian ini merupakan bagian dari proyek pengurangan stigma dan peningkatan kualitas hidup perempuan HIV/AIDS melalui pemberdayaan kader di dua lokasi yaitu desa Kandangmas dan desa Rejosari. Dua desa tersebut mempunyai prevalensi HIV tertinggi di wilayah Kudus. Sedangkan untuk mengambil sampel yang mempresentasikan kondisi ODHA perempuan penulis memperluas area penelitian. Selain 2 desa tersebut juga lokasi terdekat sekitarnya namun masih di wilayah Kabupaten Kudus. Intervensi kemitraan kader Kesehatan HIV/AIDS untuk memberikan wawasan mereka tentang keterlibatannya dalam program dan secara khusus mendapatkan pemikiran mereka tentang studi kemitraan. Rentang pelaksanaan selama bulan Juli-Oktober 2020.

Partisipan kader sebanyak 40 peserta direkrut melalui *purposive sampling* dengan kriteria inklusi, sebuah metode yang sering digunakan dalam penelitian kualitatif untuk mengidentifikasi tema-tema yang terkait dengan fenomena yang menarik (Palinkas *et al.*, 2015). Partisipan yang dipilih sesuai kriteria inklusi laki-laki atau perempuan dewasa (20 tahun > usia <60 tahun), bisa berkomunikasi verbal secara lancar, keadaan umum kesehatan baik, *volunteer* aktif di masyarakat, tinggal menetap di wilayah desa Kandangmas dan Rejosari. Sedangkan survei pada ODHA perempuan dilakukan pada 80 orang kasus dampingan kelompok dukungan sebaya (KDS “Kasih) yang aktif menjalani

pengobatan ARV. Sampel diambil secara *convenience*.

Ukuran sampel dipilih untuk memastikan representasi kader kesehatan HIV/AIDS dari berbagai unsur di masyarakat. Masing-masing desa 20 orang yang terdiri dari unsur: Tokoh masyarakat (2 orang), Perwakilan warga yang aktif di masyarakat/ketua RW (8 orang), Kader PKK (1 orang), Karang taruna (1 orang), IPPNU (2 orang), Muslimat NU (3 orang), dan Aisyah (3 orang). Semua anggota kader Kesehatan HIV/AIDS didorong dengan penguatan dan adopsi nilai-nilai spiritual Islam untuk mengasihi sesama, tidak menghakimi ODHA, menerima mereka apa adanya, empati, rasa hormat, dan toleransi sehingga diharapkan akan mampu meningkatkan kehidupan ODHA (Shaw *et al.*, 2017), dan ini juga bisa menjadi sumber kekuatan kader HIV/AIDS dalam menjalankan peran (Ah.Yusuf *et al.*, 2016).

Pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi terkait kebijakan, regulasi penanggulangan epidemi HIV/AIDS di Kabupaten Kudus. Panduan wawancara kami mencakup pertanyaan tentang pengalaman menjalin kemitraan dengan stake holder, tantangan, peluang dalam penerapan, dan pelembagaan kader kesehatan HIV/AIDS. Tim studi terdiri dari 4 peneliti dari Universitas Muhammadiyah Semarang, staf lapangan dan manajer kasus HIV/AIDS kabupaten Kudus, dan 2 orang mahasiswa program S1 Keperawatan melakukan survei kondisi *perceived stigma*. Tim studi melakukan pertemuan untuk penyamaan persepsi dan memastikan bahwa semua pewawancara melakukan wawancara dengan cara yang seragam. setelah serangkaian wawancara awal diselesaikan, tim bertemu kembali untuk membahas keterlibatan kader kesehatan HIV/AIDS dan penyelesaian wawancara, serta untuk mengatasi hambatan yang dihadapi.

Analisis data menggunakan koding terbuka. Tema-tema dihasilkan dari interpretasi dan eksplorasi berbagai pernyataan dan situasi, kemudian diberi kode warna, dipotong dan ditempel. Tema yang muncul dari catatan lapangan dimasukkan dalam analisis. Daftar tema gabungan dikembangkan dari sub-tema kemudian dikombinasi untuk menunjukkan keterkaitan antar tema. Selain itu analisis dokumen terkait regulasi dalam penanggulangan epidemi HIV/AIDS yang dimiliki daerah atau yang menjadi acuan di Kabupaten Kudus.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga No.1907-KEPK tahun 2020. Ijin penelitian juga diberikan oleh kantor kesatuan bangsa dan politik (Kesbangpol) Kabupaten Kudus No.270/204/39.00/2020. Semua peserta menerima informasi tentang maksud dan tujuan penelitian terlebih dahulu dan subjek berhak menerima atau menolak untuk dilibatkan dalam penelitian ini dengan memberikan *informed consent*.

HASIL

Karakteristik dan Kondisi Perceived stigma Perempuan HIV/AIDS

Survei stigma yang dirasakan (*perceived*) ODHA diukur pada awal menggunakan kuesioner (cetak *paper*). Hasil survei awal pada bulan Juli-Agustus 2020 pada 80 perempuan HIV/AIDS di wilayah Kabupaten Kudus ditemukan sebagai berikut:

Tabel 1.
 Karakteristik dan Perceived Stigma ODHA Perempuan (n=80)

Data	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
≤ 20 tahun	1	1,25
21 – 45 tahun	55	68,8
≥ 46 tahun	24	30
Pendidikan		
Tidak sekolah	5	6,3
SD	16	20,0
SMP	30	37,5
SMA	27	33,8
Perguruan tinggi	2	2,5
Pekerjaan		
Tidak bekerja/IRT	52	65,0
Petani/Buruh	8	10,0
Wiraswasta	18	22,5
Lainnya	2	2,5
Jumlah pendapatan		
≤ UMR (2.218.500)	69	86,3
> UMR (2.218.500)	11	13,8
Pernikahan		
Menikah	63	78,8
Janda/Berpisah	17	21,2
Hasil pemeriksaan Viral Load dalam 3 bulan terakhir		
Tidak terdeteksi	69	86,3
Terdeteksi	11	13,8
Perceived Stigma ODHA Perempuan		
Rendah (17-34)	73	91,3
Sedang (35-51)	7	8,7
Tinggi (52-68)	0	0

Semua responden perempuan HIV/AIDS ini merupakan kasus dampingan dari KDS “Kasih” yang aktif pengobatan ARV. Hasil pemeriksaan secara berkala *viral load undetect* sebanyak 86,3%. Lama rata-rata terdampingi 3,09 tahun dan minimal 1 tahun. Sebagian besar usia produktif dengan rata-rata usia 39,65 tahun, termuda 20 tahun dan tertua 61 tahun dengan SD=10,787. Mayoritas ODHA perempuan berpendidikan dasar yaitu 57,5%, tidak bekerja secara formal atau sebagai ibu rumah tangga 65% dengan pendapatan keluarga kurang (UMR Kabupaten Kudus tahun 2020 sebesar Rp 2.218.500) 86,3%. Stigma yang dirasakan ODHA perempuan di wilayah ini mayoritas rendah (91,3%). Sedangkan 8,7% merasakan stigma rendah.

Pelatihan kader kesehatan HIV/AIDS

Pelatihan kader Kesehatan HIV/AIDS dirancang untuk membekali mereka dalam melaksanakan dan memfasilitasi intervensi pencegahan HIV/AIDS di masyarakat. Pelatihan kader difasilitasi oleh tim dosen keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang, tim VCT Puskesmas Rejosari, KPA Kabupaten Kudus, dan manajer kasus HIV/AIDS.

Tujuan pelatihan secara umum untuk mengatasi stigma, menghilangkan mitos tentang penyakit HIV/AIDS yang berkembang di masyarakat, dan kesediaan melakukan pendampingan pada ODHA. Sedangkan tujuan khusus pelatihan adalah membangun kapasitas diri kader Kesehatan

HIV/AIDS supaya mampu: (a) berbicara secara akurat tentang HIV/AIDS dan cara penularannya, (b) mengidentifikasi individu/kelompok berisiko HIV/AIDS di wilayahnya, (c) memfasilitasi sesi intervensi, (d) berkomunikasi secara efektif dan mensosialisasikan ke masyarakat luas, (e) menyarankan kelompok menjaga kerahasiaan, tidak menghakimi dan menjaga lingkungan interaktif selama intervensi.

Karakteristik kader yang direkrut sebagai peserta pelatihan adalah 'Kader Organik' yaitu kader yang memiliki hubungan yang terjalin berdasarkan kedekatan, adanya keinginan untuk meningkatkan kebersamaan (kolektifitas) hingga melahirkan solidaritas, selalu memegang teguh nilai yang diakui bersama, terdapat ikatan batin yang kuat dengan anggota masyarakat, hubungan bersifat informal, dan terbentuk berdasarkan emosi spontan dan natural (*natural will*).

Brosur, materi, kondom, dan sumber pembelajaran terkait HIV/AIDS lainnya diberikan kepada semua peserta pelatihan untuk didistribusikan selama sesi intervensi. Selain itu, partisipan diberi kesempatan melakukan tes HIV yang difasilitasi tim VCT *mobile* dari dinas Kesehatan kabupaten kudu unit pelaksana teknis Puskesmas Rejosari. Pelatihan kader Kesehatan kader HIV/AIDS disampaikan dalam empat modul yaitu (1) membangun kemitraan kader HIV/AIDS, (2) mengenal HIV/AIDS; (3) Mengatasi masalah ODHA; dan (4) Skill pendampingan kader. Pelaksanaan selama 12 jam dengan masing-masing modul berlangsung sekitar 3 jam.

Kontak dengan ODHA

ODHA dihadirkan dalam sesi pertemuan dialog kritis modul 3. Mengatasi masalah ODHA. Sebanyak 2 peserta direkrut berdasarkan aksesibilitas. Sebelumnya persetujuan tertulis telah diperoleh dari ODHA. Dialog kritis tentang kondisi

masyarakat dan populasi rentan HIV/AIDS berlangsung tanpa membedakan antara ODHA dan orang dengan status HIV yang tidak diketahui yang tinggal di komunitas tersebut. Manajer kasus menanyakan adakah perbedaan fisik antara keduanya, disebutkan bahwa tidak ada perbedaan dari identifikasi fisik namun diketahuinya status HIV adalah melalui pemeriksaan tes HIV. ODHA diberikan waktu untuk sharing pengalaman hidupnya, status HIV, riwayat penularan, stigma yang dirasakan dan kondisi kualitas hidup sekarang. Peserta kader kesehatan HIV/AIDS semuanya menerima ODHA, menunjukkan sikap empati, dan tetap melanjutkan dialog sampai selesai.

Kader terdiri dari 30% laki-laki dan 70% perempuan. Mayoritas berusia lebih dari 46 tahun sebanyak 57,5% (Usia rata-rata=41,9 tahun, minimal=18 tahun, maksimal=61 tahun), namun terdapat kader berusia muda kurang dari 20 tahun sebanyak 12,5%. Sebanyak 50% berpendidikan SMA, 27,5% perguruan tinggi dan Pendidikan dasar 22,5%. Sebagian besar 55% mempunyai penghasilan lebih dari UMR Kudus tahun 2020 (Rp 2.218.500;) mayoritas pekerjaan adalah ibu rumah tangga atau belum bekerja sebanyak 52,5%.

Hubungan Kemitraan dengan Stakeholder

Temuan menunjukkan bahwa kader kesehatan HIV/AIDS dalam menjalankan peran sosialnya di masyarakat bersinergi dan bermitra dengan *stake holder* seperti tampak pada gambar 1.

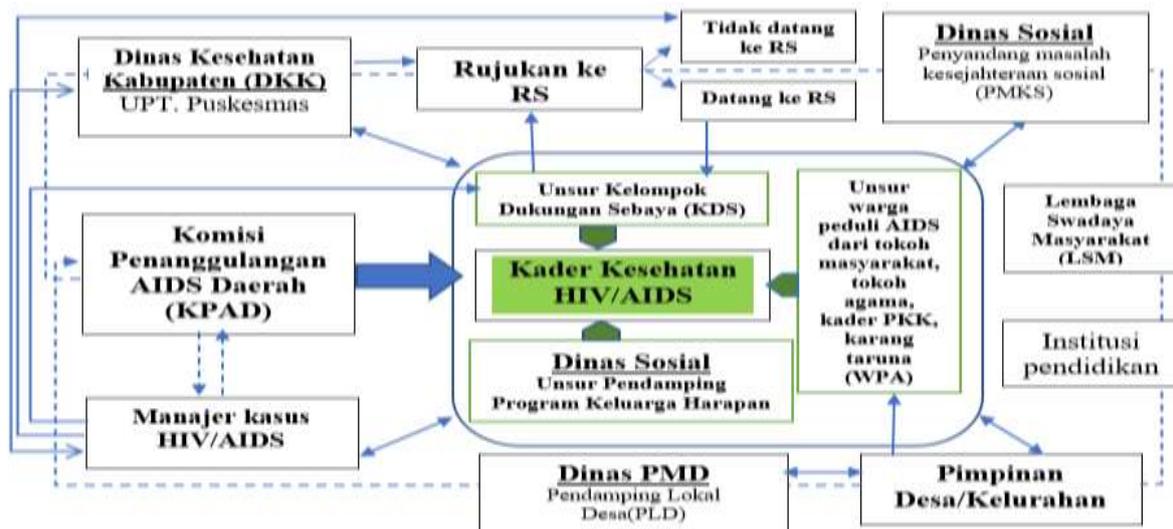
Garis panah berujung ganda menyiratkan bahwa hubungan tersebut dinamis. Misalnya, perubahan dalam hubungan kerja akan mempengaruhi hasil kerja mitra. Demikian pula, hasil positif atau negatif untuk mitra dapat mempengaruhi kualitas hubungannya. Sedangkan garis putus-putus menggambarkan koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing instansi formal, dan non formal seperti Lembaga

Swadaya Masyarakat (LSM)/kelompok Peduli HIV dan AIDS yang tergabung dalam keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Kudus. Keputusan Bupati Kudus Nomor 443.2.2/11/2019 tentang susunan KPA Kabupaten Kudus menjelaskan keanggotaan meliputi Pimpinan

Desa/Kelurahan, Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa (PMD), Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) dan Unit Pelaksana Teknis Puskesmas, Rumah Sakit, Dinas Sosial, Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), Manajer Kasus HIV/AIDS, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Kauman, dan Institusi Pendidikan.

Tabel 2.
 Karakteristik Kader Kesehatan HIV/AIDS (n=40)

Data	f	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	12	30
Perempuan	28	70
Usia		
≤ 20 tahun	5	12,5
21 – 45 tahun	12	30
≥ 46 tahun	23	57,5
Pendidikan		
SD dan SMP	9	22,5
SMA	20	50
Perguruan tinggi	11	27,5
Pekerjaan		
Tidak bekerja/IRT	21	52,5
PNS	6	15
Petani/Buruh	5	12,5
Wiraswasta/Pedagang	2	5
Lainnya (Perangkat desa)	6	15
Jumlah pendapatan		
≤ UMR (2.218.500)	22	55
> UMR (2.218.500)	18	45



Gambar 1. Hubungan Kemitraan Kader HIV/AIDS dengan Stakeholder

Peran mitra kader kesehatan HIV/AIDS

Peraturan Menteri Kesehatan No.21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS menyebutkan di pasal 51 ayat (1) masyarakat berperan serta dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS dengan:(1) Mempromosikan perilaku hidup sehat; (2) Meningkatkan ketahanan keluarga; (3) Mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap orang dan keluarga yang terinfeksi HIV; (4) Membentuk dan mengembangkan perawatan AIDS bagi masyarakat; dan (5) Mendorong masyarakat yang berpotensi melakukan perilaku berisiko terinfeksi HIV untuk pergi ke fasilitas layanan konseling dan tes sukarela (VCT).

Peran masing-masing *stakeholder* sebagai mitra kader kesehatan HIV/AIDS yaitu:

1. Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota
Sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 20 tahun 2007 tentang pedoman umum pembentukan komisi penanggulangan AIDS dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. KPAD mempunyai tugas:
 - a. Mengkoordinasikan perumusan penyusunan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional;
 - b. Memimpin, mengelola, mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten/Kota;
 - c. Menghimpun, menggerakkan, menyediakan, dan memanfaatkan sumber daya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat, dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien untuk kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS;

- d. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing instansi yang tergabung dalam keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota;
 - e. Mengadakan kerjasama regional dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS;
 - f. Menyebarluaskan informasi mengenai upaya penanggulangan HIV dan AIDS kepada aparat dan masyarakat;
 - g. Memfasilitasi pelaksanaan tugas-tugas Camat dan Pemerintahan Desa/Kelurahan dalam Penanggulangan HIV dan AIDS;
 - h. Mendorong terbentuknya LSM/kelompok Peduli HIV dan AIDS; dan
 - i. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS serta menyampaikan laporan secara berkala dan berjenjang kepada Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
2. Pendamping sebaya (KDS) melakukan:
 - a. Penguatan emosional untuk penerimaan status diagnosa HIV
 - b. Membantu proses administratif Karena biaya besar untuk pemeriksaan awal seperti rontgen, darah (OTPT, ureum kreatinin), maka diidentifikasi apakah ODHA memiliki BPJS aktif/tidak. KDS punya MoU dengan DKK untuk pengurusan BPJS ini. Urus surat-surat SKTM, dukcapil. Harus serahkan KTP karena data ODHA sekarang berbasis NIK
 - c. Saat diketahui mau menikah:
 - 1) Bagaimana membuka status ke pasangan
 - 2) Pakai pelindung kondom saat hubungan seksual.
 - 3) Apabila diketahui sudah hamil, edukasi pencegahan ke anak yang dikandung.

3. Puskesmas melakukan skrining pemeriksaan rapid test pada:
 - a. Klien TB paru
 - b. Ibu hamil
 - c. Rawat inap atas rekomendasi dokter, jika menemukan indikasi AIDS
 - d. Umum
 - e. Diabetes Mellitus

Payung hukum *Provider Initiated HIV Testing and Counselling* (PITC) yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2017 tentang eliminasi penularan human immunodeficiency virus, sifilis, dan hepatitis B dari ibu ke anak. Jika hasil pemeriksaan positif maka dilakukan rujukan ke rumah sakit untuk pemeriksaan lainnya dan mendapatkan pengobatan ARV. Puskesmas membuat rujukan ke RS untuk periksa atau pengobatan ARV dengan kode diagnosis B20 (HIV). Puskesmas mempunyai peran sebagai pembina masalah teknis terhadap program pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS secara berjenjang.

4. Kader WPA lebih pada fungsi program pencegahan HIV di masyarakat melakukan:
 - a. Memberikan penyuluhan kepada warga untuk berperilaku sehat dan meningkatkan ketahanan keluarga
 - b. Berperan serta dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dengan cara aktif dalam kegiatan sosialisasi pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS
 - c. Mendorong setiap warga yang berisiko terhadap penularan HIV untuk memeriksakan kesehatannya ke klinik VCT
 - d. Mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap penyakit HIV dan AIDS dan keluarganya.

5. PKH melakukan:

Pendampingan pada keluarga dengan kriteria: :

 - a. Miskin
 - b. Keluarga yang mempunyai anak dibawah lima tahun (BALITA) dan anak sekolah
 - c. Ibu hamil
 - d. lansia

PKH perannya lebih pada sosialisasi pencegahan HIV. Karena bagaimana ibu hamil tersebut sehat. Saat ada ibu hamil miskin, maka pendamping akan melakukan rujukan ke kader atau bidan desa dan ditanya apakah sudah dilakukan pemeriksaan/screening (Kode:HIV).
6. Dinas Sosial melalui penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) melakukan:
 - a. Identifikasi penyandang masalah kesehatan kronis (ODHA masuk salah satunya)
 - b. Memberikan bantuan hidup berupa pangan ODHA melalui koordinasi dengan KPA.
7. Pimpinan wilayah desa melaksanakan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Desa/Kelurahan. Pelaksanaan upaya penanggulangan HIV dan AIDS dibantu oleh lembaga pendidikan, lembaga swasta, lembaga kemasyarakatan, tokoh adat, tokoh agama, dan masyarakat. Setelah rekrutmen kader Kesehatan HIV/AIDS, maka kepala desa Menyusun surat keputusan tentang pembentukan forum warga peduli AIDS desa. Pemerintah Desa mengalokasikan anggaran untuk menunjang pelaksanaan program dan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS pada APBDes (Alokasi Dana Desa/ ADD).
8. Dinas PMD melalui Pendamping Lokal Desa (PLD) melakukan pengawalan dana desa mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan pertanggungjawaban. Kader Kesehatan HIV/AIDS dapat

membuat perencanaan anggaran kegiatan yang diusulkan melalui musyawarah dusun di tingkat RT/dusun. Proses pengumpulan aspirasi dibawa ke musyawarah desa dan selanjutnya usulan di putuskan dalam musyawarah perencanaan pembangunan desa (Musrenbangdes).

PEMBAHASAN

Penderita HIV/AIDS paling sering dijumpai pada usia produktif. Hal ini dimungkinkan karena aktifitas seksual yang masih tinggi, pengaruh dari lingkungan dan pekerjaan atau karena perilaku seksual secara tidak aman (Jamil, 2014; Kambu, Waluyo, 2016).

Perempuan HIV/AIDS dipilih sebagai responden untuk mengukur kondisi *perceived* stigma. Meskipun laki-laki dan perempuan yang hidup dengan HIV mengalami stigma. Namun, perempuan lebih rentan terhadap stigma (Darlington and Hutson, 2016). Perempuan menanggung dampak '*triple jeopardy*' dari HIV/AIDS yaitu sebagai orang yang terinfeksi HIV, sebagai ibu dari anak-anak dan sebagai pengasuh pasangan, orang tua atau anak yatim dengan AIDS. Risiko sangat tinggi menjalani kehidupan yang menyakitkan dan memalukan, bahkan jutaan orang distigma dan ditolak keluarga, teman, dan mitra mereka (Paudel and Baral, 2015).

Mengatasi dampak masalah stigma yang multidimensi dan kompleks bukanlah tugas mudah bagi perempuan, terutama mereka dengan status sosial rendah. Stigma dapat dikurangi dengan meningkatkan kontak dengan kelompok yang terkena dampak, *sharing* informasi tentang stigma HIV dan meningkatkan koping melalui pemberdayaan (Pretorius *et al.*, 2016).

Strategi intervensi pemberdayaan kader kesehatan HIV/AIDS untuk mengurangi stigma HIV berfokus pada penyediaan informasi dan pendidikan, mengubah sikap

dan nilai, dan meningkatkan kontak dengan ODHA, mengurangi keyakinan dan prasangka stereotip, serta tindakan diskriminasi (Frye *et al.*, 2017; Bradley *et al.*, 2018). Kombinasi strategi diidentifikasi lebih efektif daripada menggunakan pendekatan tunggal (Angula and Ncama, 2016). Maka **intervensi education, community involvement, contacts** dengan kelompok orang yang terinfeksi dan terdampak HIV/AIDS serta *counseling* berkelanjutan diterapkan selama pelatihan.

Dukungan sosial dan pemberdayaan dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA, mengurangi stigma dan meningkatkan kepatuhan terhadap ART di daerah keterbatasan sumber daya (Bhatta and Liabsuetrakul, 2016a). Strategi kemitraan menjawab tantangan kritis sumber daya manusia kesehatan di Indonesia (Kurniati *et al.*, 2015). Bahkan di beberapa negara berpenghasilan rendah-menengah, peran transformatif kader diakui menjawab kekurangan petugas kesehatan dalam menanggulangi permasalahan epidemi HIV/AIDS (Besada *et al.*, 2018).

Kader Kesehatan HIV/AIDS berhasil mengembangkan kemitraan dengan berbagai *stakeholder* secara lokal di wilayah kabupaten Kudus. Ini dicapai dengan melibatkan segenap unsur berpengaruh di masyarakat. Dukungan petugas kesehatan setempat, partisipasi pemimpin wilayah dan mobilisasi masyarakat sangat penting untuk keberhasilan intervensi mengurangi stigma HIV (Jurgensen *et al.*, 2013). Dengan memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat, kader Kesehatan HIV/AIDS mengembangkan kemitraan dengan segenap komponen di masyarakat untuk bekerja sama dalam mengurangi stigma pada ODHA. Penekanan terpenting dari kemitraan adalah peran kepemimpinan dan kontribusi dari segenap komponen yang terlibat dalam program HIV/AIDS. Target akhir dari kemitraan adalah untuk

membangun layanan HIV yang komprehensif dan berkualitas tinggi berbasis masyarakat. Studi menunjukkan bahwa pemberian perawatan HIV yang komprehensif melalui kemitraan antara masyarakat dengan pihak swasta dapat memperluas dan meningkatkan perawatan HIV/AIDS serta perawatan primer berkualitas tinggi (Fiori *et al.*, 2020).

Akses komunikasi dengan *stakeholder* merupakan indikator penting dari sumberdaya kontekstual sosial pendukung kinerja kader. Kemitraan dengan instansi formal dan jaringan informal memfasilitasi intervensi HIV/AIDS secara eksternal bervariasi. Mereka berpotensi memberikan dukungan praktis dan emosional yang vital, memfasilitasi akses layanan, kepatuhan pengobatan dan perawatan AIDS (Campbell *et al.*, 2013). Hubungan kemitraan kader HIV/AIDS dengan organisasi formal harus mentaati kaidah alur kerja yang ditentukan. Kader bisa memanfaatkan jaringan untuk: (1) meminta saran/advis terkait informasi teknis dalam memecahkan masalah atau tugas; (2) kepercayaan menjaga rahasia organisasi, berbagi informasi dan memberikan ide dukungan di tempat kerja; dan (3) komunikasi dalam mencari saran atau mendapatkan kepercayaan (Koput, 2010).

SIMPULAN

Strategi kemitraan menjawab tantangan kritis sumber daya manusia kesehatan di wilayah ini. Kader kesehatan HIV/AIDS melakukan upaya promotif dan preventif yang terkait sebagai bagian *community health care as partners* (CHCP). Keberhasilan kemitraan kader Kesehatan HIV/AIDS dengan *stakeholder* melalui akses komunikasi dan pelaksanaan peran masing-masing dengan baik dan harmoni. Kader kesehatan HIV/AIDS dengan peran transformatifnya berpotensi meningkatkan layanan di masyarakat untuk mengurangi stigma ODHA sehingga tercapai tujuan eliminasi HIV.

Ucapan Terima Kasih:

Kami mengucapkan terima kasih kepada Universitas Muhammadiyah Semarang dan Kementerian Riset dan Teknologi/Badan Riset dan Inovasi Nasional (Kemenristek/BRIN) Republik Indonesia melalui Program Pengabdian Masyarakat Unggulan Perguruan Tinggi (PPMUYT) tahun 2020. Surat persetujuan dukungan pendanaan yang diterima dengan nomor 0001/UNIMUS.L/PM/PJ/2020.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf *et al.* (2016) *Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*. pertama. Mitra Wacana Media.
- Angula, P. and Ncama, B. P. (2016) 'Guidelines for Community-Based HIV / AIDS Stigma Reduction Intervention in a Rural Community', *World Journal of AIDS*, (March), pp. 27–36. doi: 10.4236/wja.2016.61004.
- Besada, D. *et al.* (2018) 'Roles played by community cadres to support retention in PMCT Option B + in four African countries : a qualitative rapid appraisal', *BMJ open*, pp. 1–12. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020754.
- Bhatta, D. N. and Liabsuetrakul, T. (2016a) 'Efficacy of a Social Self-Value Empowerment Intervention to Efficacy of a Social Self-Value Empowerment Intervention to Improve Quality of Life of HIV Infected People Receiving Antiretroviral Treatment in Nepal : A Randomized Controlled Trial', *AIDS and Behavior*. Springer US, (September). doi: 10.1007/s10461-016-1546-z.
- Bhatta, D. N. and Liabsuetrakul, T. (2016b) 'Social self-value intervention for empowerment of HIV infected people using antiretroviral treatment : a

- randomized controlled trial’, *BMC Infectious Diseases*. *BMC Infectious Diseases*, pp. 1–11. doi: 10.1186/s12879-016-1634-8.
- Bradley, E. L. P. *et al.* (2018) ‘Developing FAITHH: Methods to Develop a Faith- Based HIV Stigma-Reduction Intervention in the Rural South’, pp. 1–11. doi: 10.1177/1524839917754044.
- Brent, R. J. (2016) ‘The value of reducing HIV stigma’, *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd, 151, pp. 233–240. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.01.014.
- Campbell, C. *et al.* (2013) ‘Social capital and HIV Competent Communities: The role of community groups in managing HIV/AIDS in rural Zimbabwe’, *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(SUPPL.1). doi: 10.1080/09540121.2012.748170.
- Darlington, C. K. and Hutson, S. P. (2016) ‘Understanding HIV-Related Stigma Among Women in the Southern United States : A Literature Review’, *AIDS and Behavior*. Springer US. doi: 10.1007/s10461-016-1504-9.
- Dunleavy, V. O., Chudnovskaya, E. and Simmons, J. V. (2018) ‘A Community-Based Approach to HIV Prevention in Rural Guatemala’, pp. 1–11. doi: 10.1177/1524839918770205.
- Ernawati, E., Nursalam, N. and Devy, S. R. (2020) ‘The role of HIV/AIDS cadre on improving quality of life among women with HIV/AIDS in a community setting: A qualitative study’, *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), pp. 870–879. doi: 10.37200/IJPR/V24I9/PR290107.
- Fiori, K. P. *et al.* (2020) ‘Implementing an integrated community based health systems strengthening approach to improve HIV survival in Northern Togo’, *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. Taylor & Francis, 32(6), pp. 705–713. doi: 10.1080/09540121.2019.1626342.
- Frye, A. V. *et al.* (2017) ‘Developing a Community-level Anti-HIV/AIDS Stigma and Homophobia Intervention in New York City: The Project CHHANGE Model’, *Evaluation and Program Planning*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2017.03.004.
- Golub, S. A. and Gamarel, K. E. (2013) ‘The Impact of Anticipated HIV Stigma on Delays in HIV Testing Behaviors : Findings from a Community-Based Sample of Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in New York City’, *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 27(11). doi: 10.1089/apc.2013.0245.
- Grootaert, C. and Bastelaer, T. van (2002) *The Role of Social Capital in Development: An Empirical Assessment*. Cambridge University Press.
- Jamil, K. F. (2014) ‘Profil Kadar Cd4 Terhadap Infeksi Oportunistik Pada Penderita Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (Hiv/Aids) Di Rsud Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh’, *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 14(2), pp. 76–80.
- Jurgensen, M. *et al.* (2013) ‘The seven Cs of the high acceptability of home-based VCT: Results from a mixed methods approach in Zambia.’, *Social Science and Medicine*, 97, pp. 210–219.

- doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.033
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, D. J. P. dan P. P. (2016) *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*.
- Koput, K. W. (2010) *Social capital An Introduction To Managing Networks*. 1st edn. Nortampton, USA.
- Kruger, G., Greeff, M. and Letsosa, R. (2018) 'Spiritual leaders' experiences of a comprehensive HIV stigma reduction intervention', (1995), pp. 1–10. doi: [10.4102/hts.v74i4.4875](https://doi.org/10.4102/hts.v74i4.4875)
- Kurniati, A. *et al.* (2015) 'Strengthening Indonesia's health workforce through partnerships', *Public Health*. Elsevier Ltd, 129(9), pp. 1138–1149. doi: [10.1016/j.puhe.2015.04.012](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.012).
- Lazuardi, E., Bell, S. and Newman, C. E. (2018) 'A "scoping review" of qualitative literature about engagement with HIV care in Indonesia', *Sexual Health*, p. A-I. doi: [10.1071/SH17163](https://doi.org/10.1071/SH17163).
- Masquillier, C. and Wouters, E. (2015) 'The Impact of Community Support Initiatives on the Stigma Experienced by People Living with HIV / AIDS in South Africa', *AIDS Behav*, (19), pp. 214–226. doi: [10.1007/s10461-014-0865-1](https://doi.org/10.1007/s10461-014-0865-1).
- Mottiar, S. and Lodge, T. (2018) 'The role of community health workers in supporting South Africa's HIV / AIDS treatment programme', *African Journal of AIDS Research*, 17(1), pp. 54–61. doi: [10.2989/16085906.2017.1402793](https://doi.org/10.2989/16085906.2017.1402793).
- Mwai, G. W. *et al.* (2013) 'Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review'. doi: [10.7448/IAS.16.1.18586](https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586).
- Nursalam, N. *et al.* (2020) 'Model for Development of Community Health Care As Partners on Stigma and Quality of Living Women With Hiv / Aids', *sysrevpharm.orgSign in*, 11(6), pp. 1095–1099. doi: [10.31838/srp.2020.6.156](https://doi.org/10.31838/srp.2020.6.156)
- Palinkas, L. A. *et al.* (2015) 'Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research', *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), pp. 533–544. doi: [10.1007/s10488-013-0528-y](https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y).
- Paudel, V. and Baral, K. P. (2015) 'Women living with HIV / AIDS (WLHA), battling stigma , discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature'. *Reproductive Health*, pp. 1–9. doi: [10.1186/s12978-015-0032-9](https://doi.org/10.1186/s12978-015-0032-9).
- Pretorius, J. B. *et al.* (2016) 'A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families', *Health SA Gesondheid*. Elsevier Ltd, 21(018), pp. 187–195. doi: [10.1016/j.hsag.2015.11.005](https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.11.005).
- Prinsloo, C. D. (2015) 'A Community "Hub" Network Intervention for HIV Stigma Reduction: A Case Study', *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. Elsevier Inc, pp. 1–14. doi: [10.1016/j.jana.2015.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.007).
- Shaw, S. A. *et al.* (2017) 'Islam and HIV related social services in Malaysia', *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. Routledge, 36(1–2), pp. 133–145. doi:

10.1080/15426432.2017.1300078.

Shearer, N. B. C. (2009) 'Health Empowerment Theory as a Guide', *Geriatric Nursing*. Mosby, Inc., 30(2), pp. 4–10. doi: 10.1016/j.gerinurse.2009.02.003.

Xie, F. *et al.* (2019) 'Social capital associated with quality of life among people living with HIV/AIDS in nanchang, China', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), pp. 1–12. doi: 10.3390/ijerph16020276.