



Artikel Penelitian

**PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP PENANGANAN KASUS HIV/AIDS
DI FASILITAS KESEHATAN PRIMER: STUDI ETNOGRAFI TENTANG
HAMBATAN KOMUNIKASI DAN KONSELING**

***HEALTHCARE WORKERS' PERCEPTIONS OF HIV/AIDS CASE MANAGEMENT
IN PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES: AN ETHNOGRAPHIC STUDY
ON COMMUNICATION AND COUNSELING BARRIERS***

Juliyanti^a

^aFakultas Kedokteran, Universitas Methodist Indonesia, Medan, 20132, Indonesia

Histori Artikel

Diterima:
1 Juli 2026

Revisi:
21 Juli 2026

Terbit:
22 Juli 2026

Kata Kunci

HIV/AIDS,
tenaga kesehatan,
komunikasi
terapeutik,
konseling HIV,
stigma

Keywords

HIV/AIDS,
healthcare workers,
therapeutic
communication,
HIV counseling,
stigma

*Korespondensi

Email:
juliyanti
@methodist.ac.id

ABSTRAK

Layanan HIV di fasilitas kesehatan primer memerlukan komunikasi yang sensitif, konseling yang memadai, dan perlindungan terhadap kerahasiaan pasien. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi tenaga kesehatan terhadap penanganan HIV/AIDS, khususnya hambatan komunikasi dan konseling. Penelitian menggunakan desain etnografi kualitatif selama empat bulan di tiga puskesmas di Jawa Barat. Data diperoleh melalui 120 jam observasi partisipan, wawancara mendalam dengan 24 tenaga kesehatan, pengamatan terhadap 50 sesi pelayanan, dan analisis dokumen. Analisis tematik menghasilkan tiga tema utama: kecanggungan dan ketidakpercayaan diri dalam komunikasi terapeutik; konseling yang lebih berorientasi pada penyampaian informasi dan rujukan; serta stigma yang muncul melalui perilaku interaksional dan keterbatasan struktural. Sebanyak 83,3% partisipan merasa canggung membahas perilaku berisiko, 80% sesi pasca-tes berakhir dengan pemberian rujukan tanpa dukungan emosional lebih lanjut, dan seluruh puskesmas belum memiliki ruang konseling privat. Penghindaran kontak mata dan penggunaan perlindungan berlebihan juga ditemukan dalam observasi. Temuan menunjukkan bahwa hambatan pelayanan tidak hanya berkaitan dengan pengetahuan individual, tetapi juga keterampilan komunikasi, kesiapan emosional, kondisi ruang, dan norma kerja. Pelayanan perlu diperkuat melalui pelatihan berbasis praktik, supervisi, ruang konsultasi privat, serta jalur rujukan dan tindak lanjut yang jelas.

ABSTRACT

HIV services in primary healthcare require sensitive communication, adequate counseling, and protection of patient confidentiality. This study explored healthcare workers' perceptions of HIV/AIDS case management, particularly communication and counseling barriers. A qualitative ethnographic design was conducted over four months in three community health centers in West Java. Data were collected through 120 hours of participant observation, in-depth interviews with 24 healthcare workers, observations of 50 service sessions, and document analysis. Thematic analysis generated three main themes: discomfort and lack of confidence in therapeutic communication; counseling focused primarily on information delivery and referral; and stigma expressed through interactional behavior and structural limitations. A total of 83.3% of participants felt uncomfortable discussing risk behaviors, 80% of post-test sessions ended with referral information without further emotional support, and none of the centers had a private counseling room. Avoidance of eye contact and excessive protective measures were also observed. The findings indicate that service barriers were related not only to individual knowledge but also to communication skills, emotional preparedness, physical space, and workplace norms. Services should be strengthened through practice-based training, supervision, private consultation spaces, and clear referral and follow-up pathways.

DOI: <http://doi.org/10.30743/jkin.v15i2.1379>



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



PENDAHULUAN

Human immunodeficiency virus (HIV) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia. *Joint United Nations Programme on HIV/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* atau UNAIDS memperkirakan sekitar 570.000 orang hidup dengan HIV di Indonesia, sementara cakupan pengobatan dan supresi virus masih menunjukkan kesenjangan yang besar.¹ Kondisi tersebut menegaskan pentingnya meningkatkan penemuan kasus, menghubungkan pasien dengan terapi antiretroviral, dan mempertahankan keberlanjutan perawatan.

Indonesia mengarahkan respons HIV menuju target 95-95-95, yaitu 95% orang dengan HIV mengetahui statusnya, 95% dari mereka yang mengetahui status menerima terapi antiretroviral, dan 95% dari mereka yang menjalani terapi mencapai supresi virus. Pencapaian target tersebut tidak hanya bergantung pada ketersediaan pemeriksaan dan obat, tetapi juga pada layanan yang inklusif, menjaga hak pasien, dan bebas dari stigma serta diskriminasi.²

Fasilitas kesehatan primer memiliki posisi penting dalam memperluas pemeriksaan HIV, memberikan edukasi, menghubungkan pasien dengan pengobatan, dan melakukan tindak lanjut. Pedoman *World Health Organization* (WHO) menekankan bahwa layanan tes HIV perlu dilaksanakan melalui pendekatan kesehatan masyarakat yang terintegrasi dan

disesuaikan dengan kebutuhan pengguna layanan.³ Pelayanan juga perlu menjamin persetujuan, kerahasiaan, penyampaian hasil yang tepat, dan hubungan yang jelas menuju layanan pencegahan maupun pengobatan.³

Pengelolaan HIV merupakan rangkaian perawatan berkelanjutan yang mencakup pencegahan, pemeriksaan, terapi antiretroviral, pemantauan pengobatan, dan dukungan untuk mempertahankan pasien dalam layanan.⁴ Komunikasi dan konseling menjadi bagian penting dari rangkaian tersebut karena tenaga kesehatan harus membahas perilaku berisiko, menjelaskan hasil pemeriksaan, mengurangi kecemasan, memberikan informasi pengobatan, serta membantu pasien merencanakan langkah perawatan selanjutnya.

Percakapan mengenai hubungan seksual, penggunaan narkotika suntik, status pasangan, dan kemungkinan penularan dapat menimbulkan kecanggungan bagi tenaga kesehatan maupun pasien. Hambatan komunikasi dapat semakin kuat ketika tenaga kesehatan merasa kurang terlatih, takut dianggap menghakimi, atau tidak percaya diri dalam menyampaikan hasil reaktif. Dalam situasi tersebut, konseling berisiko berubah menjadi penyampaian informasi dan rujukan secara singkat tanpa eksplorasi terhadap kebutuhan emosional pasien.

Hambatan komunikasi juga tidak dapat dipisahkan dari stigma terkait HIV. Stigma merupakan proses sosial yang melibatkan pemberian label, stereotip, pemisahan,

kehilangan status, dan perlakuan tidak adil. Di fasilitas kesehatan, stigma dapat muncul secara terbuka maupun melalui tindakan yang lebih halus, seperti menjaga jarak secara berlebihan, memberikan pelayanan dengan kualitas berbeda, memperpanjang waktu tunggu, atau menerapkan prosedur yang berpotensi membuka status HIV pasien.⁵

Penelitian terhadap tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan bahwa keterbatasan pelatihan formal, pengetahuan yang belum memadai, dan ketakutan terhadap penularan berkaitan dengan sikap stigmatisasi terhadap orang dengan HIV.⁶ Temuan tersebut menunjukkan bahwa kompetensi pelayanan HIV tidak hanya membutuhkan pengetahuan biomedis, tetapi juga pemahaman mengenai kewaspadaan standar, komunikasi yang tidak menghakimi, dan kesadaran terhadap dampak perilaku tenaga kesehatan.

Penelitian pada perawat di Indonesia juga menunjukkan bahwa stigma dipengaruhi oleh pendidikan, pengalaman pelatihan HIV, dan budaya di tempat kerja. Pengetahuan mengenai HIV saja tidak selalu cukup untuk mengubah sikap apabila lingkungan kerja masih mempertahankan ketakutan, stereotip, atau kebiasaan pelayanan yang membedakan pasien.⁷

Stigma terkait HIV berhubungan dengan berbagai konsekuensi kesehatan dan psikososial, termasuk keterlibatan yang lebih rendah dalam pelayanan, kesulitan mempertahankan kepatuhan pengobatan, serta kualitas hidup yang lebih buruk.⁸ Stigma di fasilitas kesehatan karena itu perlu dipahami bukan hanya sebagai sikap individual tenaga kesehatan, tetapi juga sebagai pengalaman yang terbentuk melalui

komunikasi, rutinitas pelayanan, penataan ruang, kebijakan, dan hubungan antarpetugas.

Banyak penelitian mengenai stigma HIV pada tenaga kesehatan menggunakan desain potong lintang dan instrumen survei untuk mengukur pengetahuan, ketakutan terhadap penularan, sikap, atau kecenderungan melakukan diskriminasi.^{6,9,10} Pendekatan tersebut penting untuk menggambarkan besarnya masalah dan mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan stigma. Namun, survei belum selalu dapat menjelaskan bagaimana hambatan komunikasi dan konseling terbentuk dalam praktik sehari-hari. Penggunaan bahasa, kontak mata, jarak fisik, respons emosional, penggunaan alat pelindung, penataan ruang, pembagian tugas, dan norma kerja informal dapat memengaruhi interaksi tenaga kesehatan dengan pasien, tetapi aspek-aspek tersebut sulit dipahami secara utuh hanya melalui jawaban kuesioner. Penelitian mengenai interaksi klinis menunjukkan bahwa komunikasi, emosi, alat yang digunakan, dan kondisi lingkungan merupakan unsur yang saling berkaitan dalam membentuk hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien.¹¹

Pendekatan etnografi memungkinkan peneliti mengamati interaksi dan rutinitas pelayanan dalam konteks alaminya serta memahami makna yang diberikan tenaga kesehatan terhadap tindakan mereka. Etnografi menggabungkan observasi, wawancara, catatan lapangan, dan analisis dokumen sehingga peneliti dapat membandingkan apa yang dikatakan partisipan dengan apa yang dilakukan dalam praktik.¹² Kehadiran peneliti secara berulang di lapangan juga membantu

menghubungkan pernyataan tenaga kesehatan dengan perilaku nonverbal, kondisi ruang, alur pelayanan, penggunaan peralatan, hubungan antarpetugas, dan kebiasaan kerja yang mungkin dianggap biasa sehingga tidak muncul dalam wawancara.^{11,12}

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi tenaga kesehatan terhadap penanganan kasus HIV/AIDS di fasilitas kesehatan primer, khususnya mengenai hambatan komunikasi terapeutik, pelaksanaan konseling HIV, serta bentuk stigma yang muncul dalam interaksi dan struktur pelayanan. Penelitian juga menelaah bagaimana pengetahuan, ketakutan, pengalaman profesional, kondisi fasilitas, dan norma kerja membentuk praktik komunikasi dan konseling sehari-hari.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain etnografi untuk memahami persepsi, perilaku, serta makna yang dibangun tenaga kesehatan dalam praktik sehari-hari ketika menangani kasus HIV/AIDS. Pendekatan etnografi dipilih karena memungkinkan peneliti mengamati secara langsung interaksi klinis, rutinitas pelayanan, penggunaan bahasa, perilaku nonverbal, kondisi ruang pelayanan, dan norma kerja yang memengaruhi komunikasi serta konseling HIV.¹³

Penelitian dilaksanakan selama empat bulan di tiga puskesmas wilayah perkotaan dan perbatasan di Provinsi Jawa Barat. Puskesmas dipilih secara purposif berdasarkan tiga kriteria, yaitu memiliki program layanan HIV/AIDS terintegrasi, menangani sedikitnya 30 kasus HIV

aktif per tahun, dan memberikan akses kepada peneliti untuk melakukan observasi dalam proses pelayanan. Pemilihan tiga lokasi tersebut dimaksudkan untuk menangkap variasi konteks sosial, beban pelayanan, dan dukungan sumber daya di fasilitas kesehatan primer.

Partisipan dan Rekrutmen

Partisipan direkrut menggunakan teknik *purposive sampling* yang dilanjutkan dengan *snowball sampling* untuk menjangkau tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan HIV. Kriteria inklusi meliputi dokter umum, perawat, bidan, atau petugas konseling yang telah bekerja sedikitnya satu tahun di puskesmas dan memiliki pengalaman dalam pelayanan konseling, tes, atau rujukan HIV.

Sebanyak 24 tenaga kesehatan mengikuti wawancara mendalam. Jumlah partisipan tidak ditetapkan secara kaku sejak awal, tetapi mengikuti prinsip kecukupan informasi. Rekrutmen dihentikan ketika wawancara dan observasi tambahan tidak lagi menghasilkan pola pengalaman yang substantif berbeda mengenai hambatan komunikasi, konseling, dan stigma dalam pelayanan HIV.

Observasi interaksi klinis dilakukan setelah tenaga kesehatan dan pasien yang terlibat memperoleh penjelasan dan memberikan persetujuan secara sukarela. Identitas pasien tidak dicatat dalam laporan penelitian.

Posisi dan Refleksivitas Peneliti

Peneliti menempatkan diri sebagai pengamat partisipan yang hadir secara rutin di lingkungan pelayanan untuk memahami praktik dan interaksi dari dekat. Posisi ini memungkinkan peneliti mengamati tidak hanya

pernyataan verbal, tetapi juga ekspresi wajah, kontak mata, jarak fisik, perubahan intonasi, keheningan, alur pelayanan, serta respons tenaga kesehatan ketika berinteraksi dengan pasien.

Kehadiran peneliti di lapangan juga berpotensi memengaruhi perilaku partisipan dan proses interpretasi data. Oleh karena itu, peneliti menggunakan jurnal reflektif untuk mencatat asumsi awal, respons pribadi, hubungan dengan partisipan, perubahan pemahaman selama penelitian, serta keputusan analitis yang dibuat. Jurnal tersebut digunakan untuk membedakan antara data yang diamati, interpretasi peneliti, dan asumsi yang perlu diperiksa kembali.

Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui observasi partisipan, wawancara mendalam semiterstruktur, dan analisis dokumen. Ketiga teknik digunakan secara bersamaan untuk memperoleh gambaran mengenai pernyataan tenaga kesehatan, praktik pelayanan yang berlangsung, dan aturan tertulis yang memengaruhi pelayanan HIV.

Observasi partisipan dilakukan selama total 120 jam yang tersebar di tiga puskesmas sepanjang periode penelitian. Pengamatan dilakukan di ruang konseling, ruang tunggu, dan ruang pemeriksaan. Aspek yang diamati meliputi alur komunikasi, durasi konseling, penggunaan bahasa dan istilah medis, respons nonverbal, cara menyampaikan hasil pemeriksaan, pengaturan privasi, penggunaan alat pelindung diri, serta pola interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien.

Sebanyak 50 sesi pelayanan diamati, mencakup konseling pra-tes, penyampaian hasil,

konseling pasca-tes, dan interaksi lanjutan. Catatan lapangan disusun segera setelah observasi untuk merekam situasi ruang, suasana interaksi, perilaku nonverbal, kejadian yang menonjol, dan interpretasi awal yang perlu ditelusuri melalui wawancara.

Wawancara mendalam dilakukan kepada 24 tenaga kesehatan menggunakan pedoman semiterstruktur. Setiap wawancara berlangsung selama 60–90 menit. Pertanyaan mencakup pengalaman menangani pasien HIV, persepsi terhadap risiko penularan, cara membahas perilaku seksual dan penggunaan narkoba suntik, pengalaman menyampaikan hasil reaktif, pelaksanaan konseling dan rujukan, serta pengaruh fasilitas dan norma kerja terhadap pelayanan.

Pedoman wawancara dikembangkan selama proses penelitian. Temuan yang muncul dalam observasi digunakan untuk memperdalam pertanyaan pada wawancara berikutnya, sedangkan keterangan partisipan diperiksa kembali melalui pengamatan lapangan. Dengan cara ini, proses pengumpulan dan analisis data berlangsung secara berulang.

Analisis dokumen dilakukan terhadap buku panduan konseling HIV yang tersedia di puskesmas, catatan pelatihan tenaga kesehatan, laporan bulanan program HIV, dan rekam medis yang relevan. Dokumen digunakan untuk membandingkan standar tertulis dengan praktik yang ditemukan selama observasi dan wawancara. Data rekam medis juga digunakan untuk memperoleh informasi mengenai ketidakhadiran pasien pada kunjungan lanjutan tanpa mencatat identitas pribadi.

Analisis Data

Data dianalisis secara induktif dan berulang menggunakan analisis tematik yang disesuaikan dengan tradisi etnografi.¹⁴ Analisis tidak hanya berfokus pada pengelompokan pernyataan wawancara, tetapi juga mengintegrasikan catatan observasi, perilaku nonverbal, kondisi ruang, rutinitas pelayanan, dan dokumen program.

Tahap pertama dilakukan dengan mentranskripsikan wawancara secara verbatim, mengorganisasi catatan lapangan, dan membaca seluruh data secara berulang. Tahap kedua meliputi pemberian kode awal terhadap bagian data yang berkaitan dengan ketakutan terhadap penularan, kecanggungan membahas perilaku berisiko, penyampaian hasil pemeriksaan, pelaksanaan konseling, privasi, stigma, dan norma kerja.

Pada tahap berikutnya, kode dibandingkan antarsumber dan antarlokasi untuk menemukan pola yang berulang maupun pengalaman yang berbeda. Kode kemudian dikelompokkan menjadi tema sementara, ditinjau kembali terhadap keseluruhan data, dan disempurnakan berdasarkan hubungan antara pernyataan partisipan dengan konteks lapangan.

Proses analisis menghasilkan tiga tema utama, yaitu hambatan komunikasi terapeutik, pola hambatan konseling HIV, serta stigma dan diskriminasi dalam interaksi klinis. Narasi hasil disusun dengan menggabungkan kutipan wawancara, catatan observasi, dan konteks fasilitas agar tema tidak terlepas dari praktik pelayanan sehari-hari.

Frekuensi dan persentase dihitung setelah tema dan indikator observasi ditetapkan. Angka

tersebut digunakan untuk menunjukkan kemunculan pola dalam kelompok partisipan atau interaksi yang diamati. Frekuensi tidak dimaksudkan sebagai estimasi prevalensi, pengujian statistik, atau dasar generalisasi terhadap seluruh tenaga kesehatan dan puskesmas.

Keabsahan Data

Kredibilitas temuan dijaga melalui triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan pengalaman dokter, perawat, bidan, dan petugas konseling. Triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara, observasi partisipan, catatan lapangan, dan dokumen pelayanan.

Member checking dilakukan dengan menyampaikan ringkasan temuan awal kepada sebagian partisipan untuk memastikan bahwa interpretasi peneliti sesuai dengan pengalaman dan konteks kerja yang mereka maksudkan. Perubahan kode, pembentukan tema, catatan reflektif, dan keputusan analitis didokumentasikan sebagai jejak audit. Pelaporan penelitian memperhatikan komponen yang relevan dalam pedoman *Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) untuk penelitian berbasis wawancara dan observasi.¹⁵

Pertimbangan Etik

Penelitian telah memperoleh persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan dengan nomor 137/KEPK/UNPAD/2025. Seluruh partisipan memperoleh penjelasan mengenai tujuan, prosedur, sifat sukarela, kerahasiaan data, dan hak untuk menghentikan keikutsertaan sebelum memberikan persetujuan tertulis.

Kutipan wawancara disajikan menggunakan profesi atau kode anonim. Informasi yang dapat mengungkap identitas tenaga kesehatan, pasien, atau puskesmas tidak dicantumkan dalam laporan. Data hasil wawancara, observasi, dan analisis dokumen hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

HASIL

Penelitian melibatkan 24 tenaga kesehatan dari tiga puskesmas di wilayah perkotaan dan perbatasan di Provinsi Jawa Barat. Partisipan terdiri atas dokter umum, perawat, bidan, dan petugas konseling yang telah bekerja sedikitnya satu tahun serta memiliki pengalaman langsung dalam pelayanan konseling, tes, atau rujukan HIV. Data diperoleh melalui 120 jam observasi partisipan, wawancara mendalam, pengamatan terhadap 50 sesi pelayanan, dan analisis dokumen program HIV.

Analisis menghasilkan tiga tema utama, yaitu: (1) kecanggungan dan ketidakpercayaan diri dalam komunikasi terapeutik; (2) konseling HIV yang lebih berorientasi pada penyampaian informasi dan rujukan; serta (3) stigma yang muncul dalam interaksi, pengaturan pelayanan, dan persepsi tenaga kesehatan terhadap kompetensinya.

Frekuensi dan persentase digunakan untuk menunjukkan kemunculan pola dalam wawancara atau interaksi yang diamati. Angka tersebut tidak dimaksudkan sebagai estimasi prevalensi maupun dasar generalisasi terhadap seluruh tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan primer.

Kecanggungan dan Ketidakpercayaan Diri dalam Komunikasi Terapeutik

Sebanyak 18 dari 24 partisipan menganggap komunikasi dengan orang dengan HIV (ODHIV) sebagai salah satu bagian yang sulit dalam pelayanan. Kesulitan tersebut terutama muncul ketika tenaga kesehatan harus membahas perilaku seksual, penggunaan narkoba suntik, kemungkinan penularan, dan prognosis penyakit.

Kecanggungan membahas perilaku berisiko merupakan hambatan yang paling banyak disampaikan, yaitu oleh 20 partisipan. Tenaga kesehatan merasa pertanyaan mengenai hubungan seksual dan penggunaan jarum suntik dapat dipersepsikan sebagai bentuk penilaian terhadap pasien.

“Saya malu bertanya tentang kehidupan seks pasien atau riwayat jarum suntik. Takut dianggap menghakimi.” (Bidan D, wawancara, 2025)

Ketakutan terhadap penularan juga masih ditemukan pada 18 partisipan. Dalam wawancara, beberapa tenaga kesehatan dapat menjelaskan bahwa HIV tidak menular melalui sentuhan biasa, tetapi tetap merasakan kekhawatiran ketika harus melakukan kontak fisik atau memeriksa pasien yang memiliki luka.

“Kadang saya ragu memegang pasien HIV, apalagi kalau ada luka. Meski tahu tidak menular lewat sentuhan biasa, perasaan takut itu tetap ada.” (Perawat A, wawancara, 2025)

Sebanyak 15 partisipan menyampaikan kesulitan ketika harus menjelaskan bahwa HIV memerlukan pengobatan jangka panjang. Kekhawatiran terhadap respons emosional pasien membuat sebagian tenaga kesehatan

berhati-hati atau menunda penyampaian informasi secara lebih rinci.

“Memberi tahu bahwa HIV belum bisa sembuh itu berat. Saya takut pasien jatuh depresi atau putus asa.” (Dokter umum C, wawancara, 2025)

Penggunaan terminologi medis menjadi hambatan bagi 12 partisipan. Istilah seperti sel T-helper (CD4), *viral load*, dan terapi antiretroviral (ARV) tidak selalu mudah dipahami pasien sehingga tenaga kesehatan harus mengulang penjelasan menggunakan istilah yang lebih sederhana.

“Pasien sering tidak paham istilah CD4, viral load, atau ARV. Saya harus bolak-balik menjelaskan dengan bahasa kampung.” (Petugas konseling E, wawancara, 2025)

Tabel 1. Hambatan komunikasi terapeutik yang dipersepsikan tenaga kesehatan (n=24)

Hambatan komunikasi	Frekuensi, n	Persentase, %
Canggung membahas perilaku berisiko	20	83,3
Ketakutan terhadap penularan	18	75,0
Kesulitan menyampaikan prognosis	15	62,5
Kesulitan menjelaskan terminologi medis	12	50,0

Sumber: Wawancara mendalam, 2025.

Temuan wawancara tersebut juga terlihat dalam pengamatan lapangan. Pada sebagian interaksi, pertanyaan mengenai perilaku berisiko disampaikan secara singkat atau tidak dikembangkan lebih lanjut. Percakapan lebih banyak berfokus pada prosedur pemeriksaan dan langkah rujukan dibandingkan eksplorasi terhadap kekhawatiran, pemahaman, atau kesiapan pasien.

Konseling Lebih Berorientasi pada Informasi dan Rujukan

Observasi terhadap 50 sesi pelayanan menunjukkan bahwa konseling belum selalu dilaksanakan sebagai proses komunikasi yang mendalam. Hanya 27% sesi yang memenuhi gambaran konseling dengan durasi sedikitnya 30 menit serta mencakup persetujuan, reduksi risiko, dan dukungan psikologis. Sebagian besar interaksi berlangsung kurang dari 10 menit dan lebih banyak berisi informasi teknis.

Tabel 2. Pola hambatan konseling HIV berdasarkan observasi pelayanan

Tahap pelayanan	Temuan observasi	Frekuensi	Persentase, %
Pra-tes	Konseling pra-tes tidak dilakukan karena pasien telah meminta pemeriksaan	28 dari 50 sesi	56,0
Pra-tes	Durasi komunikasi kurang dari 10 menit	35 dari 50 sesi	70,0
Pasca-tes hasil reaktif	Tenaga kesehatan menangis, gemetar, diam lama, atau menunjukkan ekspresi panik	12 dari 50 sesi	24,0
Pasca-tes hasil reaktif	Informasi rujukan diberikan tanpa dukungan emosional lebih lanjut	40 dari 50 sesi	80,0
Tindak lanjut	Pasien baru tidak hadir pada kunjungan kedua	Data rekam medis	47,0

Sumber: Observasi terhadap 50 sesi pelayanan dan telaah rekam medis, 2025.

Pada tahap pra-tes, 28 dari 50 sesi berlangsung tanpa konseling pra-tes karena pasien dinilai telah datang dengan permintaan pemeriksaan. Durasi konseling kurang dari 10 menit tercatat pada 35 sesi.

Dalam penyampaian hasil reaktif, observasi mencatat adanya jeda panjang,

tangisan, tangan gemetar, atau ekspresi panik dari tenaga kesehatan pada 12 sesi. Respons tersebut menunjukkan bahwa penyampaian hasil juga menjadi situasi emosional bagi pemberi layanan.

Setelah hasil disampaikan, pemberian informasi rujukan tanpa dukungan emosional yang lebih lanjut tercatat pada 40 dari 50 sesi yang diamati. Interaksi umumnya berakhir setelah pasien memperoleh penjelasan mengenai fasilitas rujukan dan tahapan pelayanan berikutnya.

Data rekam medis menunjukkan bahwa 47% pasien baru tidak hadir pada kunjungan kedua. Temuan tersebut disajikan sebagai konteks keberlanjutan pelayanan dan tidak membuktikan bahwa ketidakhadiran pasien disebabkan secara langsung oleh kualitas konseling. Penelitian ini tidak menelusuri alasan ketidakhadiran setiap pasien secara individual.

Stigma dalam Interaksi dan Struktur Pelayanan

Pengamatan lapangan menunjukkan bahwa stigma tidak selalu muncul melalui pernyataan terbuka. Stigma lebih sering terlihat dalam perilaku nonverbal, penggunaan tindakan pencegahan yang berlebihan, pengaturan urutan pelayanan, dan keterbatasan privasi.

Menghindari kontak mata merupakan perilaku yang paling sering diamati, yaitu pada 27 dari 50 interaksi. Dalam beberapa percakapan, tenaga kesehatan lebih banyak melihat dokumen, meja, atau perangkat pelayanan dibandingkan memandang pasien secara langsung.

Penggunaan sarung tangan ganda ditemukan pada 19 interaksi. Praktik tersebut dilakukan ketika memeriksa ODHIV meskipun tidak selalu terdapat tindakan atau kondisi yang memerlukan perlindungan tambahan. Sebelas interaksi juga menunjukkan bahwa pasien HIV memperoleh pelayanan setelah pasien lainnya selesai dilayani.

Tabel 3. Bentuk stigma dan hambatan struktural dalam pelayanan HIV

Bentuk temuan	Indikator yang diamati atau disampaikan	Frekuensi	Persentase, %
Stigma interaksional	Menghindari kontak mata	27 dari 50 interaksi	54,0
Stigma interaksional	Menggunakan sarung tangan ganda	19 dari 50 interaksi	38,0
Stigma interaksional	Memberikan pelayanan setelah pasien non-HIV	11 dari 50 interaksi	22,0
Hambatan struktural	Tidak tersedia ruang konseling privat	3 dari 3 puskesmas	100
Hambatan struktural	Buku panduan konseling HIV tidak mudah diakses	2 dari 3 puskesmas	66,7
Ketidakpercayaan diri profesional	Merasa belum pantas atau belum kompeten merawat ODHIV	10 dari 24 partisipan	41,7

Sumber: Observasi partisipan dan wawancara mendalam, 2025.

Kondisi ruang pelayanan turut membentuk pengalaman komunikasi. Ketiga puskesmas tidak memiliki ruang konseling privat yang secara khusus dapat digunakan untuk pelayanan HIV. Konseling dilakukan di ruang yang juga digunakan untuk aktivitas pelayanan lain atau pada area yang belum sepenuhnya terlindung dari suara dan pergerakan orang di sekitarnya. Situasi tersebut membatasi

kebebasan tenaga kesehatan dan pasien untuk membicarakan perilaku seksual, status pasangan, serta kekhawatiran pribadi secara terbuka.

Pada ruang tunggu dan ruang periksa, alur pelayanan berlangsung bersama dengan pelayanan pasien lainnya. Pengaturan tersebut mendukung integrasi layanan, tetapi juga menimbulkan tantangan dalam menjaga kerahasiaan ketika percakapan mengenai HIV dilakukan tanpa pemisahan ruang yang memadai.

Selain perilaku dan kondisi fasilitas, 10 dari 24 partisipan menyampaikan bahwa mereka merasa belum pantas atau belum cukup kompeten merawat ODHIV karena keterbatasan pelatihan. Pengalaman tersebut lebih menggambarkan ketidakpercayaan diri profesional daripada penolakan untuk memberikan pelayanan.

Secara keseluruhan, temuan menunjukkan bahwa hambatan komunikasi, keterbatasan pelaksanaan konseling, perilaku interaksional, dan kondisi ruang pelayanan saling muncul dalam praktik sehari-hari. Tenaga kesehatan tetap menjalankan pemeriksaan dan rujukan, tetapi keterbatasan keterampilan komunikasi, kenyamanan emosional, panduan kerja, dan privasi membuat pelayanan belum selalu mampu memenuhi kebutuhan informatif dan psikologis pasien secara bersamaan.

DISKUSI

Penelitian ini menemukan tiga hambatan yang saling berkaitan dalam penanganan HIV di fasilitas kesehatan primer, yaitu kecanggungan tenaga kesehatan ketika membahas perilaku

berisiko, konseling yang lebih berorientasi pada penyampaian informasi dan rujukan, serta stigma yang muncul melalui perilaku interaksional dan kondisi struktural pelayanan. Temuan etnografis menunjukkan bahwa hambatan tersebut tidak hanya berasal dari pengetahuan individual, tetapi juga dipengaruhi oleh kesiapan emosional tenaga kesehatan, keterampilan komunikasi, kondisi ruang, ketersediaan panduan, dan norma kerja sehari-hari.

Kecanggungan membahas perilaku seksual dan penggunaan narkoba suntik merupakan hambatan komunikasi yang paling banyak disampaikan. Tenaga kesehatan menyadari bahwa informasi tersebut diperlukan dalam penilaian risiko, tetapi khawatir pertanyaan mereka akan dianggap menghakimi. Tinjauan sistematis mengenai tes HIV juga mengidentifikasi keengganan tenaga kesehatan menawarkan pemeriksaan dan membahas faktor risiko sebagai salah satu hambatan pelayanan.¹⁶

Temuan tersebut menunjukkan bahwa komunikasi mengenai perilaku berisiko tidak cukup dilakukan melalui pertanyaan langsung. Tenaga kesehatan perlu terlebih dahulu menjelaskan alasan klinis pertanyaan, menjamin kerahasiaan, menggunakan bahasa yang netral, serta memberi kesempatan kepada pasien untuk menjawab tanpa tekanan. Pendekatan tersebut sejalan dengan prinsip pelayanan tes HIV yang menempatkan persetujuan, kerahasiaan, konseling, ketepatan hasil, dan keterhubungan dengan pelayanan sebagai unsur yang tidak dapat dipisahkan.³

Kesulitan menjelaskan istilah CD4, *viral load*, dan terapi antiretroviral menunjukkan

adanya perbedaan antara bahasa biomedis tenaga kesehatan dan bahasa yang digunakan pasien. Penggunaan istilah teknis tanpa pemeriksaan kembali terhadap pemahaman pasien dapat membuat komunikasi tampak selesai, meskipun informasi belum sepenuhnya dipahami. Penjelasan perlu disampaikan secara bertahap menggunakan istilah sederhana, contoh yang dekat dengan kehidupan pasien, dan pertanyaan balik untuk memastikan pemahaman.

Ketakutan terhadap penularan tetap ditemukan meskipun sebagian tenaga kesehatan mengetahui bahwa HIV tidak menular melalui kontak sosial biasa. Temuan ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pengetahuan faktual dan respons emosional. Penelitian terhadap tenaga kesehatan Indonesia juga menemukan bahwa rasa takut tertular dan keterbatasan pengetahuan berkaitan dengan sikap stigmatisasi terhadap ODHIV.⁶ Studi pada perawat Indonesia menunjukkan bahwa sikap terhadap ODHIV turut dipengaruhi oleh pelatihan, pengalaman merawat pasien, dan budaya kerja di fasilitas kesehatan.⁷

Temuan serupa dilaporkan pada proses desentralisasi pelayanan HIV di Gunungkidul. Ketakutan terhadap infeksi dan praktik diskriminatif masih ditemukan ketika tenaga kesehatan primer mulai menerima tanggung jawab pelayanan HIV yang sebelumnya lebih terpusat. Hal tersebut menunjukkan bahwa perluasan pelayanan perlu disertai peningkatan kapasitas sebelum dan selama proses implementasi, khususnya bagi tenaga kesehatan yang belum memiliki pengalaman langsung dalam pelayanan HIV.¹⁷

Pada tema kedua, observasi menunjukkan bahwa konseling lebih sering berlangsung sebagai penyampaian informasi teknis daripada interaksi terapeutik. Durasi kurang dari 10 menit dan pemberian rujukan tanpa dukungan emosional ditemukan pada sebagian besar sesi yang diamati. Persentase sesi yang memenuhi durasi sedikitnya 30 menit dalam penelitian ini perlu dipahami sebagai kriteria operasional yang digunakan peneliti, bukan sebagai batas durasi universal untuk menentukan mutu konseling.

Mutu konseling lebih tepat dinilai berdasarkan isi dan responsivitasnya terhadap kebutuhan pasien. Konseling pasca-tes perlu membantu pasien memahami hasil, merespons keadaan emosional awal, menjelaskan langkah berikutnya, dan memastikan hubungan menuju pelayanan pencegahan, pengobatan, atau dukungan lainnya. WHO menempatkan konseling dan keterhubungan dengan pelayanan sebagai dua dari lima unsur penting pelayanan tes HIV.^{3,4}

Reaksi menangis, tangan gemetar, atau diam berkepanjangan pada tenaga kesehatan menunjukkan bahwa penyampaian hasil reaktif juga menjadi situasi yang menimbulkan tekanan emosional bagi pemberi layanan. Namun, data penelitian belum cukup untuk menamai respons tersebut sebagai *courtesy stigma*, *secondary stigma*, atau trauma tidak langsung. Istilah-istilah tersebut memiliki pengertian khusus dan memerlukan pengkajian pengalaman psikologis yang lebih mendalam. Temuan penelitian ini lebih tepat ditafsirkan sebagai ketidaksiapan emosional dan kurangnya kepercayaan diri ketika menyampaikan hasil reaktif.

Ketidaksiapan tersebut dapat memengaruhi suasana konseling. Pasien yang baru menerima hasil reaktif dapat menafsirkan kepanikan tenaga kesehatan sebagai tanda bahwa kondisinya sangat buruk atau tidak dapat ditangani. Karena itu, pelatihan konseling tidak hanya perlu mengajarkan isi informasi, tetapi juga simulasi penyampaian hasil, pengelolaan keheningan, validasi emosi pasien, dan pengendalian respons nonverbal tenaga kesehatan.

Data rekam medis menunjukkan bahwa 47% pasien baru tidak hadir pada kunjungan kedua. Temuan tersebut penting sebagai indikator masalah keberlanjutan perawatan, tetapi penelitian ini tidak membuktikan bahwa ketidakhadiran disebabkan secara langsung oleh kualitas konseling. Keputusan pasien untuk kembali dapat dipengaruhi oleh stigma, penerimaan diagnosis, kondisi ekonomi, jarak, dukungan sosial, pemindahan fasilitas, atau faktor klinis lainnya.

Literatur menunjukkan bahwa stigma berkaitan dengan keterlambatan memasuki pelayanan, penggunaan layanan yang lebih rendah, dan masalah kepatuhan pengobatan^{8,9,18}. Namun, hubungan tersebut bersifat kompleks dan tidak dapat digunakan untuk menetapkan penyebab ketidakhadiran pasien secara individual dalam penelitian ini.

Tema ketiga menunjukkan bahwa stigma dalam pelayanan HIV dapat muncul tanpa pernyataan penolakan yang terbuka. Penghindaran kontak mata, penggunaan sarung tangan ganda, dan penempatan pasien pada urutan pelayanan terakhir merupakan tindakan yang dapat dipersepsikan sebagai pengambilan

jarak. Dalam kerangka stigma kesehatan, bentuk tersebut dapat dipahami sebagai stigma interaksional, yaitu stigma yang diwujudkan melalui perilaku dan komunikasi dalam pertemuan sehari-hari.¹⁹

Penggunaan sarung tangan ganda tidak selalu menunjukkan niat diskriminatif. Perilaku tersebut dapat berasal dari ketakutan, ketidakpastian mengenai kewaspadaan standar, atau kebiasaan yang diwariskan dalam lingkungan kerja. Namun, tindakan perlindungan yang berbeda hanya berdasarkan status HIV tetap dapat menyampaikan pesan bahwa ODHIV dianggap lebih berbahaya daripada pasien lain. Kajian terhadap stigma tenaga kesehatan menunjukkan bahwa ketakutan terhadap penularan, stereotip, dan keterbatasan pelatihan dapat diwujudkan melalui penghindaran atau penggunaan tindakan perlindungan yang berlebihan.^{10,20}

Ketiadaan ruang konseling privat di ketiga puskesmas memperlihatkan bahwa hambatan tidak hanya berada pada tingkat individu. Keterbatasan ruang dapat mengurangi kerahasiaan, membatasi pembahasan mengenai perilaku seksual dan status pasangan, serta membuat tenaga kesehatan memperpendek percakapan. Dalam konteks ini, stigma struktural tidak harus berupa kebijakan yang secara sengaja mendiskriminasi. Penataan fasilitas yang tidak menjamin privasi juga dapat menghasilkan pengalaman pelayanan yang tidak setara.¹⁹

Integrasi pelayanan HIV dengan pelayanan umum dapat membantu mengurangi pemisahan pasien, tetapi integrasi tetap membutuhkan mekanisme untuk menjaga

kerahasiaan. Ruang konseling tidak harus secara khusus diberi label sebagai ruang HIV karena penandaan tersebut justru berpotensi membuka status pasien. Fasilitas dapat menyediakan ruang konsultasi umum yang tertutup dan digunakan untuk berbagai kondisi sensitif.

Sebanyak 10 partisipan menyatakan merasa belum pantas atau belum cukup kompeten merawat ODHIV. Temuan tersebut sebaiknya tidak disebut sebagai stigma yang terinternalisasi karena partisipan tidak sedang menginternalisasi stigma terhadap identitas HIV dirinya. Istilah yang lebih tepat adalah ketidakpercayaan diri profesional atau persepsi kurang kompeten, terutama karena partisipan menghubungkannya dengan keterbatasan pelatihan dan pengalaman.

Ketidakpercayaan diri profesional dapat mendorong tenaga kesehatan membatasi percakapan atau segera menyerahkan pasien kepada fasilitas lain. Rujukan tetap diperlukan apabila pelayanan berada di luar kompetensi atau kewenangan fasilitas primer. Namun, rujukan tidak menghilangkan tanggung jawab untuk memberikan informasi awal, dukungan emosional, dan penjelasan yang memastikan pasien memahami tempat serta waktu pelayanan berikutnya.

Secara keseluruhan, temuan menunjukkan bahwa hambatan komunikasi, konseling, dan stigma tidak berdiri sendiri. Ketakutan terhadap penularan dapat memengaruhi perilaku nonverbal; rendahnya kepercayaan diri dapat memperpendek konseling; sedangkan keterbatasan privasi dapat membuat tenaga kesehatan dan pasien menghindari percakapan sensitif. Kerangka stigma kesehatan juga

menempatkan stigma sebagai proses yang dipengaruhi oleh faktor individual, interpersonal, organisasional, dan struktural.¹⁹

Implikasi dan Peningkatan Pelayanan

Pelatihan tenaga kesehatan perlu mencakup lebih dari pembaruan pengetahuan mengenai penularan HIV. Materi dapat meliputi kewaspadaan standar, komunikasi tanpa penghakiman, penggunaan bahasa sederhana, simulasi penyampaian hasil reaktif, dukungan psikologis awal, pengelolaan respons emosional tenaga kesehatan, serta latihan membahas perilaku seksual dan penggunaan narkoba secara sensitif.

Pelatihan sebaiknya menggunakan diskusi kasus, permainan peran, umpan balik terhadap komunikasi verbal dan nonverbal, serta keterlibatan ODHIV sebagai mitra pelatihan. Kajian intervensi menunjukkan bahwa strategi pengurangan stigma yang memadukan pemberian informasi, pengembangan keterampilan, kontak dengan ODHIV, dan perbaikan struktural lebih menjanjikan daripada edukasi satu arah, meskipun mutu bukti antarintervensi masih beragam.²⁰

Pendekatan seluruh fasilitas atau *total facility approach* dapat diterapkan dengan melibatkan pimpinan, dokter, perawat, bidan, petugas laboratorium, administrasi, dan tenaga pendukung. Pendekatan tersebut menekankan penggunaan data lokal, pelatihan partisipatif, keterlibatan ODHIV, serta pengintegrasian pengurangan stigma ke dalam mekanisme kerja fasilitas.²¹

Puskesmas juga dapat menggunakan pendekatan peningkatan mutu secara bertahap.

Fasilitas dapat menetapkan indikator sederhana, seperti tersedianya ruang privat, kepatuhan terhadap kewaspadaan standar, pemberian konseling pasca-tes, keberhasilan rujukan, dan kehadiran pada kunjungan lanjutan. Data tersebut kemudian dibahas oleh tim untuk mengidentifikasi akar masalah dan menguji perubahan yang sesuai dengan kondisi setempat.²²

Pada tingkat struktural, pimpinan puskesmas perlu memastikan tersedianya ruang konsultasi yang menjaga privasi, panduan konseling yang mudah diakses, pembagian tugas yang jelas, dan jalur rujukan yang dapat dijelaskan kepada pasien. Supervisi berkala dapat digunakan untuk membahas kasus sulit dan memberikan dukungan kepada tenaga kesehatan yang mengalami kecemasan ketika melakukan konseling.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian dilakukan pada tiga puskesmas sehingga temuan menggambarkan konteks fasilitas yang diteliti dan tidak dapat digeneralisasikan secara statistik ke seluruh pelayanan primer. Frekuensi dan persentase hanya menunjukkan kemunculan pola dalam 24 partisipan atau 50 interaksi yang diamati.

Kehadiran peneliti selama observasi dapat memengaruhi perilaku tenaga kesehatan. Pengamatan berkepanjangan dan penggunaan jurnal reflektif membantu mengurangi dampak tersebut, tetapi tidak dapat menghilangkannya sepenuhnya.

Penelitian terutama menggali perspektif tenaga kesehatan. Pengalaman pasien terhadap komunikasi, privasi, diskriminasi, dan

keputusan untuk kembali ke pelayanan belum diwawancarai secara langsung. Karena itu, makna perilaku interaksional dari sudut pandang ODHIV memerlukan penelitian lanjutan.

Data ketidakhadiran pada kunjungan kedua diperoleh dari rekam medis dan tidak disertai penelusuran alasan setiap pasien. Angka *loss to follow-up* tidak dapat dihubungkan secara kausal dengan kualitas konseling, stigma, atau hambatan tertentu.

Meskipun demikian, penggabungan wawancara, observasi, catatan lapangan, dan dokumen memungkinkan penelitian memperlihatkan bagaimana persepsi tenaga kesehatan, perilaku nonverbal, kondisi ruang, dan norma pelayanan berinteraksi dalam membentuk komunikasi dan konseling HIV di fasilitas kesehatan primer.

Rekomendasi

Puskesmas perlu memperkuat kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan komunikasi dan konseling HIV yang berbasis praktik. Pelatihan sebaiknya mencakup penggunaan bahasa yang tidak menghakimi, cara membahas perilaku seksual dan penggunaan narkoba suntik secara sensitif, penyampaian hasil reaktif, pemberian dukungan emosional awal, serta penjelasan rujukan dan tindak lanjut kepada pasien. Metode pelatihan dapat menggunakan simulasi kasus, permainan peran, evaluasi komunikasi nonverbal, dan keterlibatan ODHIV sebagai mitra pembelajaran.

Pimpinan puskesmas perlu menyediakan ruang konsultasi umum yang tertutup dan dapat digunakan untuk berbagai pelayanan sensitif tanpa memberikan label khusus HIV. Panduan

konseling perlu ditempatkan pada lokasi yang mudah diakses, sedangkan pembagian tugas, prosedur rujukan, dan mekanisme tindak lanjut pasien perlu dijelaskan kepada seluruh petugas yang terlibat dalam pelayanan.

Supervisi berkala diperlukan untuk membahas kasus yang sulit, mengevaluasi pelaksanaan konseling, dan membantu tenaga kesehatan mengelola ketakutan atau tekanan emosional ketika menyampaikan hasil pemeriksaan. Evaluasi pelayanan dapat menggunakan indikator sederhana, seperti tersedianya privasi, kesesuaian penggunaan alat pelindung diri, pemberian dukungan pasca-tes, keberhasilan rujukan, dan kehadiran pasien pada kunjungan lanjutan.

Penelitian berikutnya perlu melibatkan perspektif ODHIV agar pengalaman mengenai komunikasi, kerahasiaan, stigma, dan alasan tidak melanjutkan kunjungan dapat dipahami secara lebih lengkap. Penelitian juga diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas pelatihan, supervisi, dan perbaikan ruang pelayanan terhadap mutu konseling serta keberlanjutan perawatan HIV.

KESIMPULAN

Penanganan HIV/AIDS di fasilitas kesehatan primer masih menghadapi hambatan komunikasi, konseling, dan stigma yang saling berkaitan. Tenaga kesehatan mengalami kecanggungan ketika membahas perilaku berisiko, ketakutan terhadap penularan, kesulitan menyampaikan prognosis, dan keterbatasan dalam menjelaskan istilah medis kepada pasien. Hambatan tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan biomedis belum selalu

disertai kepercayaan diri dan keterampilan komunikasi terapeutik.

Konseling HIV dalam praktik sehari-hari lebih banyak berorientasi pada penyampaian informasi dan rujukan daripada dukungan emosional. Keterbatasan waktu, kesiapan tenaga kesehatan, panduan kerja, dan ruang privat turut membentuk pola pelayanan tersebut. Penghindaran kontak mata, penggunaan perlindungan berlebihan, serta penempatan pasien pada urutan pelayanan terakhir memperlihatkan bahwa stigma dapat muncul melalui perilaku sehari-hari tanpa selalu disampaikan secara terbuka.

Angka ketidakhadiran pasien pada kunjungan lanjutan menunjukkan adanya masalah keberlanjutan pelayanan, tetapi tidak dapat dihubungkan secara langsung dengan mutu konseling karena alasan setiap pasien tidak ditelusuri. Perbaikan pelayanan memerlukan pelatihan komunikasi berbasis praktik, supervisi berkelanjutan, penerapan kewaspadaan standar, penyediaan ruang konsultasi yang menjamin privasi, dan penguatan sistem rujukan serta tindak lanjut.

DAFTAR REFERENSI

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Status of HIV programmes in Indonesia. Published online 2025. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/february/20250224_indonesia_fs
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hak Setara untuk Semua, Momen Aksi Bersama di Hari AIDS Sedunia 2024. Published online 2024.

- <https://kemkes.go.id/id/hak-setara-untuk-semua-momen-aksi-bersama-di-hari-aids-sedunia-2024>
3. World Health Organization. *Consolidated Guidelines on Differentiated HIV Testing Services*. World Health Organization; 2024. doi:978-92-4-009639-4
4. World Health Organization. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for a Public Health Approach*. World Health Organization; 2021. doi:978-92-4-003159-3
5. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17:25. doi:10.1186/s12916-019-1256-2
6. Hidayat J, Chen MY, Maulina R, Nurbaya S. Factors Associated With HIV-Related Stigma Among Indonesian Healthcare Workers: A Cross-Sectional Online Survey. *J Nurs Res*. 2023;31(5):e294. doi:10.1097/JNR.0000000000000573
7. Waluyo A, Culbert GJ, Levy J, Norr KF. Understanding HIV-related stigma among Indonesian nurses. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):69-80. doi:10.1016/j.jana.2014.03.001
8. Rueda S, Mitra S, Chen S, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453
9. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928. doi:10.1371/journal.pone.0173928
10. Geter A, Herron AR, Sutton MY. HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS*. 2018;32(10):418-424. doi:10.1089/apc.2018.0114
11. Maitra A, Kamdar MR, Zulman DM, et al. Using ethnographic methods to classify the human experience in medicine: a case study of the presence ontology. *J Am Med Informatics Assoc*. 2021;28(9):1900-1909.
12. Webster F, Rice K. Conducting ethnography in primary care. *Fam Pract*. 2019;36(4):523-525.
13. Spradley JP. *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston; 1980.
14. Braun V, Clarke V. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd; 2021.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042

16. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2010;20(4):422-432. doi:10.1093/eurpub/ckp231
17. Langi GG, Rahadi A, Praptoraharjo I, Ahmad RA. HIV-related stigma and discrimination among health care workers during early program decentralization in rural district Gunungkidul, Indonesia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:356. doi:10.1186/s12913-022-07751-7
18. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640
19. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019;17:31. doi:10.1186/s12916-019-1271-3
20. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of quantitative evidence. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211298. doi:10.1371/journal.pone.0211298
21. Nyblade L, Mbuya-Brown RJ, Ezekiel MJ, et al. A total facility approach to reducing HIV stigma in health facilities: implementation process and lessons learned. *AIDS*. 2020;34(Suppl 1):S93-S102. doi:10.1097/QAD.0000000000002585
22. Ikeda DJ, Nyblade L, Srithanaviboonchai K, Agins BD. A quality improvement approach to the reduction of HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. *BMJ Glob Heal*. 2019;4(3):e001587. doi:10.1136/bmjgh-2019-001587