

# **ANALISIS KEBUTUHAN PERAWATAN DI RUMAH UNTUK PENDERITA HIV/AIDS ANAK (An Analysis Caring for Children HIV/Aids Infected at Home)**

Ernawati\*)Yunie Armiyati\*)

Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan,  
Universitas Muhammadiyah Semarang.Jl.Kedung Mundu Raya No.18 Semarang

E-mail: [ernamisno@yahoo.com](mailto:ernamisno@yahoo.com)

## **ABSTRAK**

Proporsi anak-anak dan keluarga yang terkena dampak HIV/AIDS menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Risiko kematian secara umum anak dengan HIV positif sangat besar. Hal ini karena infeksi yang tidak diobati atau bahkan banyak kasus anak terinfeksi HIV tidak terdeteksi dan meninggal sebelum mendapatkan perawatan yang optimal. Pengasuhan oleh keluarga adalah yang paling umum dan sering diterima penderita Aids di banyak negara. Keluarga memainkan peran penting dalam menentukan bagaimana individu dan masyarakat mengatasi Aids dan konsekuensinya dalam meningkatkan status kesehatan, menyediakan berbagai akses kesehatan formal dan informal serta perawatan psikososial di dalam rumah, termasuk memberikan perawatan dan pengobatan, pemenuhan nutrisi dan kebutuhan lainnya.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan perawatan di rumah pada penderita HIV/Aids sehingga diketahui standar materi edukasi di keluarga dalam merawat penderita sebagai upaya tindakan promotif dan preventif yang akan mengurangi kebutuhan rawat inap di rumah sakit.

Metode penelitian kualitatif dengan studi kasus melalui wawancara mendalam pada pengasuh dan observasi kondisi fisik anak sebagai respon primer yang ditentukan secara *purposive* melalui *key person*. Sedangkan triangulasi sumber data dilakukan wawancara mendalam pada anggota tim VCT RSUD Kudus dan wawancara mendalam pada Manajer Kasus (MK) pendamping penderita dan ketua Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) serta Focus group Discuss (FGD) pada masyarakat.

Hasil penelitian menemukan bahwa Permasalahan keluarga dalam merawat anak HIV/Aids sangat kompleks dan anak membutuhkan perawatan fisik untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik, nutrisi adekuat, perawatan medis khusus, kesehatan emosional, kebutuhan sosial bermain dalam lingkungan yang tidak menstigma serta diskriminasi dan perawatan spiritual.

Kata kunci: HIV/Aids, Perawatan di Rumah, keluarga.

## **PENDAHULUAN**

Proporsi anak-anak dan keluarga yang terkena dampak HIV/Aids menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Akibat demografis dari HIV/AIDS antara lain adalah morbiditas bayi dan tingkat kematian anak lebih tinggi, harapan hidup yang lebih rendah dan *orphaning*/yatim meningkat. Risiko kematian secara umum bayi dengan HIV positif sangat besar. Hanya sejumlah kecil bayi yang lahir dengan HIV positif bisa bertahan hidup sampai usia 6 tahun (UNICEF, 2010). Di Indonesia rata-rata meninggal sebelum usia 5 tahun (Mboi, 2011) sementara di Negara berkembang lain 80-90% bertahan hidup sampai berusia rata-rata 9-10 tahun. Tingginya resiko kematian pada anak-anak ini karena infeksi HIV tidak diobati atau bahkan kondisi ini seringkali banyak kasus anak terinfeksi HIV tidak terdeteksi dan meninggal sebelum mendapatkan perawatan yang optimal (UNICEF, 2010).

Penelitian Ernawati (2013) menemukan hampir semua anak HIV/Aids diasuh dalam struktur keluarga yang tidak utuh. Sebanyak 6 dari 10 anak menjadi yatim piatu, tinggal dengan kakek atau nenek. Menurut UNAIDS (2010) Sekitar 16,6 juta anak di bawah usia 18 tahun telah kehilangan salah satu atau kedua orang tuanya karena AIDS, atau berisiko terjadi peningkatan kemiskinan, tunawisma, diskriminasi, putus sekolah dan kematian. Secara global, penyakit terkait AIDS tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian bayi dan diproyeksikan akan terus meningkat pada dekade mendatang.

Data penelitian di Jawa Tengah tahun 2010 menemukan anak terdampak dan terinfeksi HIV/AIDS pada rentang usia 0–5 tahun menempati prosentase tertinggi jika dibandingkan dengan kelompok usia anak yang lain yaitu 42,5% (Djati, 2011). Anak-anak usia 0 sampai 5 adalah sub kelompok yang paling rentan terkena dampak HIV/AIDS. Dikatakan sangat rentan karena masa ini merupakan tahun-tahun awal kehidupan. Kelangsungan hidupnya sangat tergantung pada kualitas lingkungan dan upaya pemeliharaan kesehatan.

Menurut penelitian di USA, penerimaan terhadap penderita HIV/AIDS akan lebih besar pada pengasuhan berbasis institusi jika dibandingkan pengasuhan berbasis masyarakat (Messer, 2010). Sementara itu, praktik pengasuhan di Kenya seperti proses melahirkan, pemberian makanan dini dan pemanfaatan penyembuh tradisional dianggap meningkatkan risiko mortalitas dan morbiditas pada anak balita, meskipun pemanfaatan kelambu dan cakupan imunisasi sudah tinggi. Hambatan untuk mengakses pelayanan kesehatan untuk balita, waktu menunggu yang lama, kurangnya obat-obatan dan layanan yang buruk dari petugas serta keprihatinan serta kesalahfahaman tentang perawatan kesehatan pada pengasuh (Antony, 2011).

Pengasuhan oleh keluarga adalah yang paling umum dan sering diterima penderita AIDS di banyak negara miskin, karena perawatan berbasis klinik sering jauh dari rumah atau biayanya tidak terjangkau (Kipp, 2007). Meskipun ada rekomendasi yang menekankan pengasuhan berbasis institusi, namun tetap diperlukan perawatan yang mendukung pengasuhan berbasis masyarakat, karena diprediksi akan menghasilkan perawatan anak yang lebih baik (Messer, 2010).

Dukungan keluarga sebagai pengasuh merupakan garis pertahanan pertama dalam penanganan HIV/Aids. Keluarga memainkan peran penting dalam menentukan bagaimana individu dan masyarakat mengatasi Aids dan konsekuensinya dalam meningkatkan status kesehatan, menyediakan berbagai akses kesehatan formal dan informal serta perawatan psikososial di dalam rumah, termasuk memberikan perawatan dan obat, pemenuhan nutrisi anak HIV/AIDS, sehingga akan mengurangi kebutuhan rawat inap di rumah sakit (UNICEF, 2010).

Ketidaktahuan mengenai HIV akan mempengaruhi perawatan anak terinfeksi HIV (Djati, 2011) Bahkan ada beberapa kasus penolakan justru dari orang-orang yang harus menjaga dan merawatnya seperti orang tua, wali dan kerabat. Ini merupakan fakta yang memprihatinkan. Pemahaman dan pengetahuan yang mendalam mengenai HIV/AIDS merupakan keharusan bagi keluarga sebagai dasar merawat penderita yang terinfeksi HIV dengan tepat dan benar. Sehingga penting dilakukan penelitian tentang analisis kebutuhan perawatan di rumah pada penderita HIV/Aids.

## **BAHAN dan METODE**

Jenis penelitian dirancang dengan *studi kasus* menggunakan metode kualitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan karena adanya kenyataan yang tidak bisa dipahami jika dipisahkan dengan konteksnya, serta dilakukan dalam situasi yang alamiah/natural setting.

Pengambilan data melalui teknik wawancara mendalam (*Indepth Interview*) pada 5 pengasuh dan observasi kondisi fisik anak sebagai responden primer. Sedangkan triangulasi sumber data dilakukan wawancara pada manajer kasus (MK) dan ketua kelompok dukungan sebaya (KDS), tim VCT RSUD Kudus. Selain itu dilaksanakan FGD dengan masyarakat. Penentuan partisipan di wilayah Kudus karena berdasarkan informasi temuan kasus HIV/Aids anak dari MK. Triangulasi dilakukan sebagai usaha mengecek kebenaran data atau informasi yang diperoleh peneliti dari berbagai sudut pandang yang berbeda dengan cara mengurangi sebanyak mungkin bias yang terjadi pada saat pengumpulan dan analisis data. Melalui berbagai perspektif atau pandangan diharapkan diperoleh hasil yang mendekati kebenaran.

Responden dipilih secara *purposive*, yaitu penyeleksian responden berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan untuk mencapai tujuan penelitian. Hanya calon responden yang sesuai dengan kriteria penelitian yang dijadikan responden penelitian. Beberapa kriteria yang dipakai untuk memilih responden adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga yang mempunyai anak (usia 0 -  $\leq$ 5 tahun), dinyatakan positif terinfeksi HIV melalui pemeriksaan laboratorium.
- 2) Anak tinggal dalam keluarga bersama keluarga biologis
- 3) Bertempat tinggal menetap di wilayah Kabupaten Kudus

Validitas Dan Reliabilitas dalam penelitian kualitatif manakala tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Kebenaran realitas data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal tetapi jamak dan tergantung konstruksi manusia, dibentuk dalam diri seseorang sebagai hasil proses mental tiap individu dengan berbagai latar belakangnya (Sugiyono, 2009). Uji validitas panduan wawancara dilakukan pada keluarga yang mempunyai anak HIV/Aids yang karakteristiknya hampir sama yaitu di Wilayah Kabupaten Kendal Jawa Tengah.

Pengujian Validitas penelitian ini adalah dengan uji *credibility* (validitas internal) dan *transferability* (validitas eksternal). Uji kredibilitas pada penelitian ini dengan menggunakan triangulasi baik sumber data yaitu manajer kasus yang ikut mendukung perawatan anak yang terinfeksi HIV/AIDS dan triangulasi tehnik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan berbagai metode pengumpulan data yaitu, wawancara, focus group discussion (FGD) dan dokumentasi.

Selama proses wawancara peneliti membuat catatan lapangan pada ekspresi peserta, sikap mereka, interaksi, dan komunikasi non-verbal serta melakukan observasi terkait kondisi lingkungan maupun fisik anak yang terinfeksi HIV/ Aids. Data yang tercatat ditranskripsi dari rekaman dan diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Data dianalisis secara manual menggunakan metode "Analisis tematik". 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 dan daftar tema gabungan dikembangkan untuk menunjukkan keterkaitan antar-tema.

## HASIL

### Karakteristik Demografi Partisipan Primer

Kasus HIV anak di Kudus dalam penelitian ini ditemukan di daerah *rural* (pedesaan). Sejumlah 5 partisipan keluarga ODHA anak berasal dari beberapa kecamatan yaitu Kaliwungu, Undaan, Gebog dan Dawe. Daerah tersebut merupakan pinggiran kota Kudus. Semua partisipan berpendidikan rendah sampai menengah, mereka bekerja pada sektor non formal dengan status ekonomi menengah ke bawah dan. Berikut karakteristiknya:

Tabel 1. Karakteristik Demografi Partisipan

No	Inisial	Usia Anak	Partisipan	Pendidikan	Pekerjaan
1	An.A	3 ½ th	Ibu	SMA	IRT
2	An.R	5 th	Nenek	SD	Petani
3	An.LD	4 th	Ibu	SMP	Penjahit
4	An. Au	4 th	Ibu	SMA	Pelayan Toko
5	An.K	3 ½ th	Kakek	Tidak Sekolah	Karyawan Pabrik

### Karakteristik Anak Sakit HIV/Aids

Tiga orang Pengasuh menilai anak berbeda dengan anak yang lain karena kondisi sering sakit-sakitan, seperti pernyataan partisipan 2 seorang nenek yang merawat anak HIV/AIDS berusia 5 tahun dan mendapat profilaksis mengatakan bahwa anak sering batuk pilek, hampir tidak pernah sehat. Partisipan 3 merasakan anak sakit-sakitan terutama gatal ruam kulit, tumbuh kembang anak lebih lambat, berbeda dengan anak lain yang sehat. Berikut pernyataannya:

*“sering setelah lari-lari tidak tahu kenapa terus mimisan, sesak nafas...batuk pilek, apa mungkin karena kecapaian ya...terus minta dipijat katanya badannya terasa sakit semua”*.(Nenek, 55 th, Tidak sekolah, petani)

*“adik selalu ingin gerak, berkeringat banyak. Seperti ini badannya kotor kalau tidak mandi pasti gatal digaruk terus muncul ruam kulit.Mandi dalam sehari bisa sampai 3-5 kali dengan obat kulit beli di apotik.Beberapa bulan ruam kulit banyak sekali hampir merata seluruh tubuh lalu saya bawa ke RS Dr.Kariadi kemudian dilakukan pemeriksaan kulit.Waktu itu benar-benar saya sakit hati, dokter itu pakai sarung tangan berlapis, masker muka juga katanya takut tertular. Kok sampai sebegitunya...”*.(ibu HIV positif, 29 th, MTS, penjahit)

“anak mual, muntah, sesak nafas. Memang sering sakit-sakitan. Yang saya lakukan periksa ke bidan, puskesmas atau kalau dianjurkan rawat di RS ya saya bawa ke RS. Tapi ya itu...sebentar-sebentar sakit lagi, diobati sembuh...sakit lagi”.(ibu HIV positif, 32 th, SMA, penjaga toko)

Tabel 2. Kondisi fisik anak saat ini:

No	Inisial	Usia Anak	Nilai CD4 (1-6 bln terakhir)	Kondisi Fisik Sekarang
1	An.A	3 ½ th	656	TB, Ruam kulit (Mukokutan).
2	An.R	5 th	1113	Ruam kulit (Mukokutan), batuk pilek, mimisan
3	An.LD	4 th	566	TB, Ruam kulit (Mukokutan), candidiasis di mulut, batuk pilek.
4	An. Au	4 th	500	TB, Batuk, pilek, sering diare, perut buncit
5	An.K	3 ½ th	Belum diketahui	TB, Mukokutan, pasif, mudah jatuh jika berdiri lama atau berjalan.

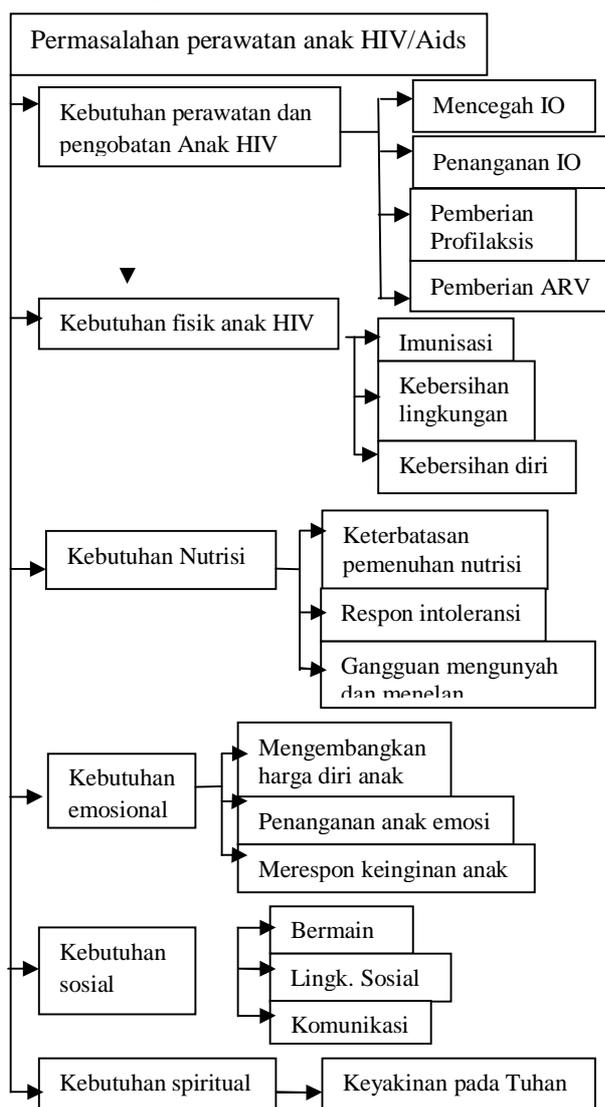
Dari Tabel 2 terlihat bahwa kondisi fisik anak saat ini mengalami infeksi oportunistik seperti *Tuberkulosis* (TBC), Diare kronis, jamur kandidiasis, mukokutan, infeksi oportunistik dengan gejala tidak spesifik terutama demam dan kehilangan berat badan.

Pemaparan sistemik dari system kekebalan tubuh dengan berkurangnya nilai CD4+ memungkinkan terjadi infeksi oportunistik (IO) dan sering berulang. Gejala klinik yang sering ditemukan pada kasus ini adalah TB Paru ditemukan 4 dari 5 anak, flu dilaporkan oleh semua partisipan. Semua partisipan mengatakan anak sering mengalami gangguan mukokutan dan diare. Sariawan (*candidiasis oral*) juga merupakan penyakit oportunistik yang sering ditemukan pada bayi. Selain itu gejala yang dikeluhkan adanya perdarahan hidung (epistaksis), kelelahan, gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

#### **Permasalahan yang dihadapi Keluarga dalam merawat Anak HIV/Aids**

Keluarga yang mempunyai anak HIV/Aids seringkali mengalami kebingungan apakah harus memilih untuk tetap tinggal di rumah merawat anak yang sakit atau harus bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari anggota keluarga yang lain. Beban tanggung jawab pengasuhan membuat perhatian pengasuh tersebut lebih banyak terfokus pada anak yang sakit daripada anggota keluarga yang lainnya.

Bagan 1. Analisis permasalahan perawatan anak HIV/aids



Keluarga yang mempunyai anak yang terinfeksi HIV/AIDS menghadapi berbagai permasalahan dalam merawatnya. Baik masalah fisik, psikologis dan spiritual. Anak membutuhkan perawatan kesehatan khusus karena mereka berisiko terpapar pada penyakit fisik kronis, masalah kekurangan gizi, kebutuhan perawatan dan pengobatan, emosional dan sosial. Selain itu juga memerlukan layanan kesehatan khusus serta lebih dari yang dibutuhkan oleh anak-anak pada umumnya.

### 1. Kebutuhan perawatan dan pengobatan anak HIV

Hampir semua pengasuh telah mengakses fasilitas layanan kesehatan meskipun agak terlambat. Kebanyakan dari mereka (4 dari 5 partisipan) mengatakan kekurangan biaya, namun karena kondisi kesehatan anak semakin memburuk, mengalami gejala penyakit yang tidak spesifik dan berulang, mendesak keluarga untuk datang ke pelayanan kesehatan, seperti disampaikan Partisipan 4 berikut ini:

*“sebenarnya sejak ayahnya ketahuan HIV bulan juni 2011, terus saya dan anak disarankan tes juga. Karena waktu itu saya menunggui anak ke III sakit di RS, untuk tes saya tunda dulu. Setelah itu periksa, saya kaget ternyata sakitnya kok itu...tidak ada obatnya. Misalnya ayahnya tidak ketahuan, ya...tidak ketahuan semua. (ibu HIV positif, 32 th, SMA, penjaga toko)*

Sebanyak 3 dari 4 anak telah menjalani pengobatan ART. Berikut pernyataan dari keluarga 3:

*“saya kasihan bu, anak sekecil ini harus minum obat seumur hidup. ya semoga tidak ada pusing-pusing seperti yang saya rasakan, terus sehat. Khawatir mesti ada...kalau aku minum*

*kan pusing lemes. Pusing terus tidak bisa apa..apa. mata seperti mau copot...kemeng selama 1 bulan pertama. Padahal anak kecil kan tidak bisa ngomong. efeknya tidak enak rasanya di badan". (ibu HIV positif, 29 th, MTs, Penjahit)*

## **2. Kebutuhan fisik anak HIV**

Semua keluarga melaporkan bahwa anak telah mendapatkan imunisasi dasar sebagai program pemerintah, yang umum diberikan pada anak, kecuali anak yang dirawat oleh kakek karena tidak tinggal serumah saat anak bayi dan anak masih dalam pengasuhan orang tuanya. Baik anak dari ibu dengan status HIV tidak diketahui atau mereka yang lahir dari ibu yang diketahui terinfeksi HIV telah memberikan vaksin BCG.

Kebersihan lingkungan sekitar ikut menentukan kondisi kesehatan fisik anak sekarang. Hal ini disampaikan oleh keluarga 1 bahwa berikut ini:

*"saya selalu menjaga kebersihan rumah , halaman dan pekarangan. Jangan sampai anak bermain pasir, ada kotoran hewan dsb. Supaya tidak mudah sakit". (Ibu HIV positif, 23 th, SMA, IRT)*

Pernyataan serupa disampaikan oleh salah satu tim VCT RS daerah setempat, bahwa untuk mempertahankan kesehatan yang optimal dari anak HIV, keluarga harus memperhatikan hygiene individu dan lingkungan sekitarnya.

## **3. Kebutuhan nutrisi**

Pemenuhan nutrisi balita seperti susu tidak selalu tersedia karena kondisi ekonomi keluarga mengalami kekurangan. Hal ini diungkapkan oleh keluarga 3 berikut ini:

*"anak makannya biasa semua mau, lauk, nasi semua mau. Tidak ada kesulitan, masalahnya justru bingung apa yang mau dimasak. Yang saya lakukan ya...menyediakan makanan sesuai kemampuan, mampunya beli tempe tahu ya itu...susu kebetulan mau dari yang biasa diberi itu"*

## **4. Kebutuhan emosional**

Seorang Kakek yang merawat anak HIV melaporkan pemberian obat tidur pada anak yang *rewel* dengan tujuan supaya dapat melakukan aktivitas lain saat anak tertidur. Berikut pernyataannya:

*"ya, kalau dia rewel biasanya tidak bisa tidur, terus saya ajak jalan-jalan, minta jajan dan lain-lain, ya...dibujuk kalau mau, terus dituruti maunya...kalau periksa ke bidan, saya minta obat yang membuat anak bisa mengantuk. Kalau tidak...kalau malam dia tidak tidur, saya tidak bisa bekerja pagi harinya". (kakek, 53 th, tidak sekolah, karyawan pabrik)*

## **5. Kebutuhan sosial**

Anak-anak memerlukan kesempatan untuk bermain. Ini membantu mereka untuk belajar ketrampilan sosial yang mereka butuhkan untuk bergaul baik dengan orang lain. Berikut pernyataan keluarga 2:

*"kalau orang tidak tahu dia sakit itu...dilihat seperti anak yang lain, lari-lari bermain biasa. Temannya juga banyak, namun ada orang tuanya yang tidak membolehkan kumpul dengan cucu saya". (Nenek, 55 th, Tidak sekolah, petani)*

## **6. Kebutuhan spiritual**

Keyakinan terhadap pertolongan Tuhan Yang Maha Kuasa sangat besar melalui do'a. hal ini mampu menjadi kekuatan dari dalam diri keluarga untuk selalu kuat menjalani hidup. Berikut pernyataan dari keluarga 1:

*"saya sudah pasrah pada Allah, diberi ujian sakit seperti ini...barangkali ini yang terbaik untuk kami..." (Ibu HIV positif, 23 th, SMA, IRT)*

## **Dukungan pada Penderita**

Kesadaran masyarakat dalam mendukung penderita HIV positif yang merupakan bagian dari *Care Support and Treatment (CST)* atau perawatan, dukungan dan pengobatan di wilayah Kudus dirasakan oleh keluarga penderita masih sangat kurang.

Hal ini dikatakan oleh keluarga 2, berikut ini pernyataannya:

*"waktu di sekolah, setiap hari sabtu anak-anak TK makan bersama, itu ibu guru memberikan gelas dan piring yang berbeda. Sendok yang dipakai adik langsung dibuang. Saya merasa*

*kasihan...kenapa orang-orang pintar yang harusnya mengetahui jelas tentang penyakit ini kok berperilaku begitu”. (Nenek, 55 th, Tidak sekolah, petani)*

*“Saya pernah sakit hati, waktu periksa ke puskesmas ada petugas yang menceritakan ke orang-orang kalau anak saya Aids. Padahal petugas kesehatan kan lebih tahu apa itu HIV. Akhirnya saya tidak pernah lagi ke puskesmas, ya kalau anak sakit langsung ke dokter anak yang menangani dari kecil”. (Ibu HIV positif, 23 th, SMA, IRT)*

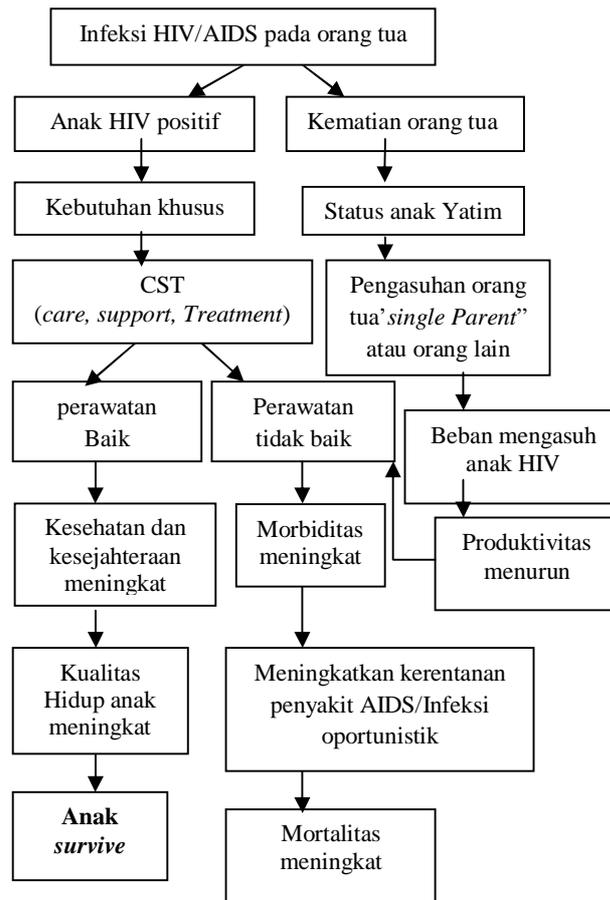
Sebagian besar dari keluarga penderita HIV/Aids adalah tipe orang optimis, sehingga sifat-sifat positif yang timbul dapat memberikan kekuatan fisik lebih baik. Walaupun memang untuk penyakit HIV/AIDS ini belum ada obat yang bisa menyembuhkan, namun motivasi dalam menjalani hidup seperti masyarakat lain sangat penting sehingga pengasuh yang hampir semua merupakan penderita HIV+ tidak merasa terpuruk, merasa berguna, dan merasa punya teman. Paling tidak dengan memberikan dukungan kepada penderita, akan menjadikan hidup mereka menjadi lebih bermakna, bahkan mungkin mereka dapat membantu orang lain, mensejahterakan masyarakat, serta memajukan bangsa.

Pemeriksaan untuk deteksi awal atau tes pengujian HIV positif dapat dilakukan di laboratorium kesehatan daerah setempat. Meskipun belum semua unit pelayanan kesehatan mempunyai fasilitas pemeriksaan tes CD4<sup>+</sup> dan *virus load*, namun adanya kerjasama dengan pihak swasta selama ini sudah cukup bagus dengan cara klaim biaya dari Dinas Kesehatan Kabupaten.

## **PEMBAHASAN**

Penularan langsung HIV dari ibu ke anak merupakan jalur utama dimana infeksi HIV anak diperoleh (terinfeksi). Risiko penularan dari perinatal mencapai 25-40% jika tanpa intervensi. Hal ini dapat terjadi *in utero*, selama periode peripartum, dan dari menyusui. Sebagai pembandingan, di Amerika Serikat mencapai 80% dari semua kasus HIV anak. Sedangkan di negara-negara berkembang selain penularan karena infeksi perinatal juga sering terjadi melalui transfusi darah dan penggunaan komponen darah (Loosemore, Januari 8, 2010). Resiko penularan di negara berkembang sekitar 21% – 43%, lebih tinggi dibandingkan resiko penularan di negara maju yaitu sekitar 14%-26% (Yudhasmara Foundation, Diakses 22 Januari 2011). Hasil studi kasus di dua daerah ini menemukan bahwa semua anak balita yang terinfeksi HIV/AIDS kemungkinan tertular dari ibu karena hampir semua dari mereka orang tua biologisnya sudah positif HIV/AIDS baik diketahui sebelum maupun setelah anak terdeteksi.

Bagan 2. Dampak HIV/AIDS orang tua terhadap anak



Dari Bagan 2. di atas tampak bahwa kualitas perawatan yang baik berdampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan. Hal ini akan meningkatkan *survive* anak sehingga menekan serendah mungkin kematian jumlah orang-orang yang terkena HIV/AIDS atau *zero aids related death*. Sebaliknya, kondisi fisik anak HIV/AIDS yang sangat rentan terjadi infeksi oportunistik dengan pengasuhan yang tidak baik akan semakin meningkatkan angka kesakitan dan risiko kematian.

Keberhasilan pengobatan ART pada anak memerlukan kerjasama petugas kesehatan dengan pengasuh atau orang tua, karena mereka harus memahami tujuan pengobatan, mematuhi program pengobatan dan pentingnya kontrol. Sebelum memulai program pengobatan, petugas kesehatan harus memastikan bahwa pengasuh telah mengetahui dengan benar tentang tujuan pengobatan dan pentingnya menjaga kepatuhan anak minum obat seumur hidupnya.

Bentuk-bentuk dukungan terhadap anak HIV positif dimana kebanyakan orang tuanya juga menderita HIV/AIDS, difokuskan pemberdayaan keluarga. Peran keluarga dan masyarakat disini sangat penting, seperti kelompok dukungan sebaya (KDS) dalam membangun kognisi sesama penderita HIV positif dengan cara berbagi pengalaman selama menjalani program pengobatan ART, dampak, efek samping dan lain-lain. Selain itu upaya peningkatan pengetahuan dan pemberian sumber-sumber informasi oleh MK telah cukup bagus dilakukan di kabupaten Kudus.

Merubah stigma baik dari diri penderita dan keluarga sendiri harus dilakukan. Banyak bukti yang bisa dilihat di lingkungan KDS, penderita HIV/AIDS juga memiliki kualitas hidup baik, dapat berinteraksi sosial dengan lingkungannya dan berkarya untuk kepentingan bersama. Paradigma tersebut akan memunculkan suatu pemikiran bahwa penderita HIV/AIDS tidak selamanya menjadi pesakitan, kesehatannya buruk, sehingga stigma dan diskriminasi berangsur-angsur dapat hilang di masyarakat.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Anak-anak yang terinfeksi HIV/AIDS mempunyai kebutuhan perawatan kesehatan khusus. Mereka berisiko terpapar pada penyakit fisik kronis sehingga kebutuhan perawatan medis diarahkan untuk mencegah infeksi oportunistik dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap virus, kepatuhan terhadap pengobatan dan konsekuensi psikososial dari pengobatan ART jangka panjang. Selain itu juga memerlukan layanan kesehatan khusus serta lebih dari yang dibutuhkan oleh anak-anak pada umumnya. Anak-anak dengan penyakit HIV lanjut mengalami peningkatan frekuensi secara signifikan dari infeksi jamur dan virus. Masalah kekurangan gizi, kebutuhan perawatan dan pengobatan, emosional, sosial serta spiritual.

Perawatan, dukungan dan pengobatan penderita HIV/AIDS sangat erat kaitannya dengan upaya pencegahan. Meningkatkan dukungan dan perawatan terbukti sangat menunjang keberhasilan upaya pencegahan. Dengan memberikan perhatian yang cukup pada dukungan dan perawatan, ketakutan yang berlebihan terhadap stigma dan diskriminasi dapat dikikis dalam masyarakat (baik yang terinfeksi maupun yang tidak) rasa aman dan nyaman timbul pada penderita dan dengan demikian HIV/AIDS mulai diterima di masyarakat.

Pemberian perawatan dan pengobatan HIV/AIDS pada anak secara komprehensif, memerlukan keterlibatan penuh dari keluarga. Fungsi koordinasi medis dan manajer kasus, dukungan pelayanan medis serta komunikasi dengan keluarga mampu meningkatkan kesejahteraan penderita HIV/AIDS. Pendekatan pada pasien dan keluarga dengan tim multidisiplin (MK/konselor, KDS, petugas kesehatan) bertujuan untuk mengurangi hambatan dalam sistem pelayanan kesehatan, meningkatkan kesehatan keluarga yang terkena dampak HIV, mengurangi risiko transmisi perinatal, mendukung kepatuhan terhadap pengobatan dan memahami peran keluarga dalam pencegahan HIV.

### Saran

Keluarga harus memberikan perawatan secara adekuat terkait kebutuhan fisik, nutrisi, sosial, spiritual, emosional dan dukungan. Manajemen perawatan anak yang terinfeksi HIV/AIDS di rumah oleh keluarga secara komprehensif harus menekankan pada ketersediaan makanan dan pengelolaan gizi sehat, hygiene personal dan lingkungan. Dukungan sosial terhadap keluarga sangat diperlukan agar mereka tetap mampu memenuhi kebutuhan hidup karena beban finansial perawatan penderita HIV/AIDS sangat tinggi.

## KEPUSTAKAAN

- Antony S Opwora, Ahmed MR Laving, Lambert O Nyabola and Joyce M Olenja. *Who is to blame? Perspectives of caregivers on barriers to accessing healthcare for the under-five in Butere Distric, Western Kenya*. Kenya : BMC Public Health, 2011 May, Vols. doi:10.1186/1471-2458-11-272.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan. Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan Dan Pengobatan Bagi ODHA*. Jakarta
- Djati, R Winarno R, Elisabet SA, Widyastuti, Hironimus RS dan Satyawanti. *Wajah-Wajah yang Terlupakan*. PKBI Daerah Jawa Tengah. Cetakan kedua. 2011.
- Ernawati, 2013. *Proses Berduka dan Mekanisme Koping Keluarga dengan Anak Terinfeksi HIV/AIDS di Kabupaten Kudus dan Temanggung*.
- Loosemore, Mark abdelmalek and Michael. 2010. *Childhood HIV Disease*. Contributor Information and Disclosures, Januari 8, 2010.
- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2013. *Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia sampai dengan Desember 2012*. <http://www.penyakitmenular.info>.
- Kipp W, Tindyebwa D, Rubaale T, Karamagi E, Bajenja E.E. *Family caregivers in rural Uganda: the hidden reality*. Health Care Women Int, 2007. Nov-Dec, Vols. 28(10):856-71.
- Messer C Lynne, Brian W Pence, Kathryn Whetten, Rachel Whetten, Nathan Thielman, Karen O'Donnell and Jan Ostermann *Prevalence and predictors of HIV-related stigma among institutional-and community-based caregivers of orphans and vulnerable children living in*

- five less-wealthy countries..* Durham NC USA:BioMed Central, 2010,Vols.doi:10.1186/1471-2458-10-504.
- Mboi, Nafsiah. 2011. *Dampak Epidemi Ganda AIDS dan Narkoba pada Anak Indonesia.* <http://www.ifppd.org/detail/newsforum.php?id=11>, Diakses 22 Januari 2011.
- Ohnishi M, Nakamura K, Kizuki M, Seino K, Inose T, Takano T. *Caregivers' and non-caregivers' knowledge regarding HIV/AIDS and attitudes towards HIV/AIDS and orphans in Nigeria.* Tokyo : Health and Social Care in the Community. PubMed. 2008. Sep. 16(5):483-92.
- Save the Children UK-Ministry of Health Uganda.*Care for children infected and those affected by HIV/AIDS, A Handbook for Community Health workers.* Kampala.Uganda : Save the Children UK. , 2003.
- Sugiyono. 2008. *Metode penelitian pendidikan pendekatan kualitatif, kualitatif dan R & D.* Bandung : Alfabeta.
- UNAIDS.*UNAIDS report on the global AIDS epidemi'. Children, HIV and AIDS.* 2010. Available from URL: <http://www.avert.org/children.htm>.
- UNICEF, Innocenti Research Centre. 2011. *Caring for Children Affected by HIV and AIDS.* Florence, Italy : <http://www.unicef-irc.org/publication/pdf/insight-hiv-eng.pdf>, Diakses 26 Januari 2011.
- WHO. *WHO Director-General calls for more synergies to achieve Millennium development Goal on mothers, children and HIV.* New York,USA : <http://www.who.int/hiv/mediacentre/mtct/en/index.html>. Diakses 8 Mei 2011, 2010, September 21.