



PROSIDING

SEMINAR NASIONAL DAN PRESENTASI HASIL-HASIL PENELITIAN BIDANG KESEHATAN

TEMA:

“GERAKAN PENINGKATAN KESELAMATAN IBU MELAHIRKAN
DAN BAYI LAHIR DALAM RANGKA MEMBENTUK GENERASI
INDONESIA BARU YANG UNGGUL”

Semarang, 21 Desember 2013
HOTEL GRASIA SEMARANG



Penerbit Fatawa Publishing
ISBN : 978-602-14650-2-8

APTIKES

ASOSIASI PERGURUAN TINGGI KESEHATAN SWASTA INDONESIA

Sekretariat : Jl. Intan Raya No. 1, Semarang, Telp/Fax. 024 - 6724581

Telp/ Fax (024) 6724581 E-mail : aptikes_jawatengah@yahoo.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Allah Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan hidayah, sehingga buku Prosiding Seminar Nasional “Gerakan Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Bayi Baru Lahir dalam Rangka Mewujudkan Generasi Indonesia Baru yang Unggul” dan hasil penelitian pada tanggal 21 Desember 2013 dapat terwujud.

Buku prosiding tersebut memuat sejumlah artikel hasil penelitian yang telah dilakukan oleh dosen-dosen serta mahasiswa dari institusi pendidikan tenaga kesehatan Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten dan Yogyakarta. Adapun bidang ilmu yang ada di prosiding ini meliputi bidang farmasi, analisis kesehatan, pangan dan gizi (keamanan pangan dan pangan fungsional), asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan. Keseluruhan artikel dikumpulkan dan ditata oleh tim dalam kepanitiaan seminar nasional yang diselenggarakan oleh APTIKES Jateng bekerja sama dengan *Children Multikultural Center (CMC)* bidang Kesehatan, Gizi, Olah Raga, dan Lingkungan Anak, Komite Emas Jawa Tengah, Muhammadiyah Wilayah Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dan IKIP Veteran Semarang.

Oleh karena itu, dalam kesempatan ini perkenankan kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Ganjar Pranowo, SH (Gubernur Jawa Tengah) yang telah berkenan memberikan dukungan dalam pelaksanaan Seminar Nasional “Gerakan Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Bayi Baru Lahir dalam Rangka Mewujudkan Generasi Indonesia Baru yang Unggul”.
2. Organisasi *Children Multikultural Center (CMC)* bidang Kesehatan, Gizi, Olah Raga, dan Lingkungan Anak, Komite Emas Jawa Tengah, Muhammadiyah Wilayah Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dan IKIP Veteran Semarang yang telah memfasilitasi semua kegiatan seminar nasional dan presentasi hasil penelitian ini.
3. Bapak/Ibu segenap panitia seminar nasional dan presentasi hasil penelitian, yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pemikirannya demi suksesnya kegiatan ini.
4. Bapak/Ibu dosen dan mahasiswa penyumbang artikel hasil penelitian dalam kegiatan ini.

Semoga buku prosiding ini dapat memberi kemanfaatan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak. Di samping itu, diharapkan juga dapat menjadi referensi bagi upaya pembangunan bangsa dan negara. Mohon maaf jika ada hal-hal yang kurang berkenan. Saran dan kritik yang membangun tetap kami tunggu demi kesempurnaan buku prosiding ini.

Semarang, 21 Desember 2013
Ketua APTIKES,

Edy Wuryanto, S Kp, Ns, M Kep

DAFTAR MAKALAH

HAL

1.	STATUS GIZI DAN PSIKOLOGIS IBU DENGAN PENGELUARAN ASI PADA IBU NIFAS DI RB LEONISA WONOSARI GUNUNGKIDUL <i>Ice Purwaningsih, Eny Retna Ambarwati, Retna Purwanti</i>	1-8
2.	ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM JAMPERSAL TAHUN 2011 DI WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN PASURUAN <i>Iis Fatimawati, S.Kep.Ns.,M Kes</i>	9-20
3.	PEKERJAAN IBU DENGAN SIKAP IBU DALAM PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI DESA SRIGADING <i>Nining Tunggal Sri Sunarti</i>	21-27
4.	PENGARUH MASASE PUNGGUNG TERHADAP NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF PADA IBU BERSALIN PRIMIPARA DI BPM SW MEDOHO SEMARANG <i>Yunani, Yulia Dwi Safitri, Indayana</i>	28-36
5.	IDENTIFIKASI DAN PENGEMBANGAN PERAN KADER KESEHATAN TERHADAP PENGEMBANGAN DESA SIAGA <i>Fitria Hayu Palupi , Mutik Mahmudah , Uji Utami</i>	37-47
6.	FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KECEMASAN IBU BERSALIN DALAM MENGHADAPI PROSES PERSALINAN DI RS ROEMANI SEMARANG TAHUN 2013 <i>Lestari Puji Astuti, Putry Larasati</i>	48-56
7.	HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, SIKAP, PERILAKU IBU TENTANG LESI PRA KANKER SERVIKS DENGAN PELAKSANAAN PAP SMEAR (Suatu Studi KAP di Kota Semarang) <i>Dyah Ayu Wulandari</i>	57-66
8.	CORRELATION BETWEEN NUTRITIONAL STATUS AND MENSTRUAL PATTERN INCIDENCE OF ANEMIA IN ADOLESCENTS IN MA NU BANAT KUDUS <i>Rose Nurhudhariani, Diah Nur Istiqomah, Yunani</i>	67-76
9.	PELAKSANAAN INFORMED CONSENT PADA PELAYANAN KB SUNTIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MIJEN <i>Putri Kusuma Wardhani</i>	77-92
10.	HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF OLEH IBU YANG BEKERJA SEBAGAI PERAWAT DI RSUD DR. H. SOEWONDO KENDAL <i>Yuni Puji Widiastuti, Nurul Qomariah, Zahra Azzuhra</i>	93-101
11.	PENGALAMAN MENYUSUI PADA IBU POSTPARTUM BLUES <i>Nurul Iswati , Ns. Hj. Machmudah, M.Kep, Sp.Kep.Mat</i>	102-108

12.	HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL DAN PEMANFAATAN BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) DENGAN KEJADIAN KOMPLIKASI OBSTETRIK PERDARAHAN DI DESA LEYANGAN KECAMATAN UNGARAN TIMUR TAHUN 2013 <i>C. Jarmini, Achmad Syaifudin, Dita Washu Prasida</i>	109-115
13.	EFISIENSI LAMANYA PERSALINAN KALA II DENGAN PEMBERIAN SUSU FORMULA PADA PERSALINAN KALA I <i>Sri Handayani, Istiqomah Risa Wahyuningsih.....</i>	116-126
14.	FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMILIHAN PERTOLONGAN PERSALINAN DI PUSKESMAS CURUG KOTA SERANG TAHUN 2012 <i>Jumiati</i>	127-136
15.	SIKAP BIDAN TERHADAP PELAKSANAAN PROVIDER INITIATED TESTING AND COUNSELING (PITC) DI KABUPATEN BANYUMAS TAHUN 2012 <i>Retno Kumalasari</i>	137-146
16.	KONTAMINASI ASPERGILLUS Sp. PADA BERAS YANG DIJUAL SECARA TERBUKA DI PASAR WIRADESA KABUPATEN PEKALONGAN <i>Tuti Suparyati</i>	147-153
17.	EVALUASI SIFAT FISIK DAN KIMIA GLUKOMANAN MODIFIKASI TEPUNG ILES-ILES (<i>Amorphophallus oncophillus</i>) <i>Agus Suyanto dan Joko Teguh Isworo</i>	154-161
18.	PENINGKATAN SENYAWA ANTIOKSIDAN DAN AKTIVITAS ANTIOKSIDAN KEDELAI MELALUI PENGECEMBAHAN DENGAN ELISITASI NaCl <i>Siti Aminah dan Ana Hidayati Mukaromah</i>	162-172
19.	STUDI KOMPARATIF PEMBERIAN MINUM DENGAN CAWAN DAN SENDOK TERHADAP EFEKTIVITAS MINUM BAYI BARU LAHIR DI RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN <i>Lala Budi Fitriana</i>	173-179
20.	PENGARUH PEMBERIAN VIRGIN COCONUT OIL (VCO) TERHADAP PENYEMBUHAN RUAM POPOK PADA BAYI DI DESA MENTORO SUMOBITO JOMBANG <i>Muzayyaroh, Murfi Hidamansyah</i>	180-189
21.	FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN UPAYA MENGATASI MUAL MUNTAH AKIBAT HIPEREMISIS GRAVIDARUM PADA IBU HAMIL TRIMESTER I <i>Sri Rejeki, Siti Zaerotun.....</i>	190-198

22. **GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN POSYANDU OLEH PESERTA POSYANDU DI DUSUN DEMPEL DESA TLOGO, TUNTANG**
Khoirun Nisa, Heni Setyowati 199-207
23. **HUBUNGAN TEKNIK MENGEJAN YANG BENAR DENGAN LAMA PERSALINAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LEREP KECAMATAN UNGARAN BARAT**
Umi Salamah, Kartika Sari, Rini Susanti, Joyo Minardo 208-213
24. **ANALYSIS FACTORS RELATED TO THE PARTICIPATION PREGNANT WOMEN FOR DOING PREGNANCY EXERCISE IN PREGNANT WOMEN CLASS**
Tri Anasari 214-220
25. **PENGARUH ENDORPHIN MASSAGE TERHADAP INTENSITAS NYERI KALA I FASE AKTIF PADA IBU PRIMIGRAVIDA**
Eni Kusyati, Ignasia Tripujiastuti 221-227
26. **MEKANISME KOPING IBU PRIMIGRAVIDA DAN MULTIGRAVIDA UNTUK MENGATASI NYERI PERSALINAN KALA 1**
Annisa Andriyani, Wahyu Purwaningsih 228-234
27. **HUBUNGAN PARTISIPASI SENAM HAMIL TERHADAP RUPTURA PERINEUM PADA IBU BERSALIN DI PUSKESMAS PAGERUYUNG KABUPATEN KENDAL TAHUN 2013**
Dwi Indah Iswanti, Sri Utami 235-240
28. **PERBANDINGAN EFEKTIFITAS TEKNIK MASASE COUNTERPRESSURE DAN EFFLEURAGE TERHADAP PENGURANGAN RASA NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF PADA IBU BERSALIN PRIMIPARA**
Rohmi Handayani, Rina Sri Hastami, Winarni 241-249
29. **HUBUNGAN STIMULASI IBU DENGAN PERKEMBANGAN MOTORIK KASAR BALITA USIA 3 – 5 TAHUN**
Atik Setiyaningsih 250-258
30. **HUBUNGAN KEPATUHAN MENGGONSUMSI TABLET FE DENGAN KADAR HB IBU HAMIL TRIMESTER III DI BPS N SEMARANG TAHUN 2012**
Dita Wasthu Prasida 259-266
31. **PERBEDAAN ANTARA BALITA BGM YANG DIBERIKAN PMT MODISCO DENGAN BALITA BGM YANG TIDAK DIBERIKAN PMT MODISCO TERHADAP PERUBAHAN BERAT BADAN (Studi Kasus di Desa Tambar Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang)**
Ninik Azizah, Suyati, Zakiah 267-275

DAFTAR MAKALAH

32. **KARAKTERISTIK, KONSUMSI ZAT GIZI, KADAR GLUKOSA DARAH SERTA PROFIL LIPID PASIEN DIDUGA DIABETES MELLITUS**
Agustin Syamsianah, Herlisa Anggraini 276-282

33. **ANTIOXIDANT COMPOUNDS EXTRACT YELLOW AND GREEN BAMBOO SHOOTS**
Edy Soesanto, Heryanto Adi Nugroho 283-289

34. **PENGARUH PENGGUNAAN TAWAS PADA PAKAN TERHADAP OKSISITAS DAN KADAR ALUMINIUM ORGAN TIKUS IN VIVO**
Nurrahman, Retno Murwani dan Nur Yazid 290-297

35. **DETERMINAN PERILAKU MASYARAKAT DALAM PRAKTEK SADARI SEBAGAI UPAYA DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA**
Rina Sri Widayati, Winarni, Suparmi 298-305

36. **PENGARUH STIMULASI PUTING SUSU TERHADAP LAMA KALA II PADA IBU BERSALIN**
Masruroh, Pujiani, Siti Muniroh 306-313

37. **FENOMENA RUJUKAN PASIEN PERSALINAN DALAM PENCEGAHAN KEMATIAN IBU BERSALIN**
Indarwati, Wahyuni 314-321

38. **STUDI DESKRIPTIF PENGETAHUAN PEMBIMBING KLINIK TENTANG KOMPETENSI PRECEPTOR DALAM PELAKSANAAN PRECEPTORSHIP DI RUMAH SAKIT ROEMANI SEMARANG**
Edy Wuryanto, Cindy Frida Marcella 322-330

39. **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERPINDAHAN AKSEPTOR KB SUNTIK KE METODE KONTRASEPSI LAIN PADA WUS DI BPM NY DIAN PUSPITA YANI, M. Kes SUMOBITO JOMBANG**
Murfi Hidamansyah, Sabrina Dwi Prihartini, Listriana Fatimah 331-339

40. **KOMUNIKASI TERAPEUTIK MENINGKATKAN IMUNITAS ANGGOTA KELUARGA RISIKO TINGGI TB PARU**
Chilyatiz Zahroh, Abu Bakar, Suhartono Taat Putra 340-346

41. **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETAATAN PENGOBATAN ANTIRETROVITAL PADA PASIEN HIV/AIDS DI POLI RAWAT JALAN RSUP DR. KARIADI SEMARANG**
Sri Susilowati, Dwi Rahayu, Saroja 347-356

42. **EFEKTIVITAS VOLUNTEER TERHADAP KEPATUHAN PENGOBATAN ARV PADA PENDERITA HIV AIDS DI RSUD DR MOEWARDI**
Ika Silvitasari, Hermawati 357-363

DAFTAR MAKALAH

43. TERAPI BERMAIN DAN TINGKAT KOOPERATIF SAAT DILAKUKAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRASEKOLAH
Sri Setyowati, Ni Made Dian Lesiawati 364-371
44. MANAJEMEN KASUS HIV - AIDS TERHADAP KUALITAS HIDUP ODHA WARIA DI LSM GRAHA MITRA SEMARANG
Arief Shofyan Baidhowy 372-377
45. PROSES BERDUKA DAN MEKANISME KOPING KELUARGA DENGAN ANAK TERINFEKSI HIV/AIDS
Ernawati, Yunie Armiyati 378-390
46. PELATIHAN PENCEGAHAN PENULARAN TBC MELALUI AIR SUSU SAPI PADA PETERNAK DAN KADER KESEHATAN
Faizah Betty Rahayuningsih 391-396
47. PENINGKATAN KESEIMBANGAN FISIK DAN KESEHATAN MENTAL LANSIA DI DESA KANGKUNG KECAMATAN MRANGGEN KABUPATEN DEMAK
Heryanto Adi Nugroho, Siti Aisah 397-408
48. PERILAKU PERINEAL HYGIENE REMAJA PUTRI TUNAGRAHITA PADA SAAT MENSTRUASI DI SLB-C/C1 YAYASAN DHARMA MULIA SEMARANG
Ahmad Nafis Ibrahim, Nikmatul Khayati 409-414
49. ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI BLITAR
Miftafu Darussalam 415-422
50. OPTIMALISASI TUMBUH KEMBANG BALITA DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI POSYANDU MUGI LESTARI
Sri Kustiyati, Lely Firrahmawati 423-428
51. PENGARUH SUPPORT SUAMI PADA LAMA PERSALINAN KALA II PRIMIPARA
Dian Puspita Yani, Dewi Triloka Wulandari 429-436
52. HUBUNGAN PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT (PHBS) DENGAN KEJADIAN DIARE PADA BALITA DI POLI ANAK RSUD JOMBANG
Helmi Annuchasari, Sri Banun Titi Istiqomah, Feny Vitiasaridessy 437-443
53. KEPATUHAN BIDAN PRAKTIK MANDIRI DALAM DETEKSI PREEKLAMPSIA DI KABUPATEN TEGAL PROVINSI JAWA TENGAH
Natiqotul Fatkhayah, Sudiro, Chriswardani Suryawati 444-452

PROSES BERDUKA DAN MEKANISME KOPING KELUARGA DENGAN ANAK TERINFEKSI HIV/AIDS

(The Grieving Process and Family Coping Mechanism with Children HIV/Aids Infected)

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

ABSTRACT

Introduction: Diagnosed with HIV/Aids cause stress or problems and psychological responses grieving in families. Receipt stress response and prolonged grieving maladaptive coping mechanism, will affect the delay decision-making to the care of children with HIV/AIDS so that the lack quality of life of children and it is feared the risk of child mortality will be greater because of inadequate treatment. This study aim to explore the experience of grieving and coping mechanism of families. **Method:** This Qualitative research methods with a case study on 10 participants through in-depth interviews as the primary respondent. Triangulation data sources to case managers and community around the family living. Respondents were selected purposively by means of key person . Data were analyzed manually using "the thematic analysis".

Result: The research found that grieving stage experienced by all families in the range denying to acceptance. It was denied has an impact on the maladaptive coping mechanisms do not want to do suggestions for further medical examination and treatment and the provision of antiretroviral drugs for children. Adaptive coping mechanisms practiced by most families or mothers with HIV-positive, so they can do the proper care and treatment. **Discussion:** The family have adaptive coping strategy indicate good impact at clinical symptom and maladaptive coping strategy cause poor clinical symptom of children HIVAids infected.

Keywords:

Grieving, coping mechanisms, family, HIV/Aids

PENDAHULUAN

Secara global, pada tahun 2009 ada sekitar 33,3 juta orang hidup dengan HIV. Sebanyak 2,5 juta dari mereka adalah anak-anak di bawah 15 tahun dan pada tahun 2010 kasus anak yang meninggal terkait penyakit AIDS sudah mencapai 260.000 (UNAIDS, 2010). 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 (Mboi, 2011). Di Indonesia rata-rata meninggal sebelum usia 5 tahun (UNICEF, *Innocenti Research Centre*, 2011).

Berdasarkan data Ditjen PP & PL Kemenkes RI (2013), situasi masalah HIV-AIDS Triwulan IV (Oktober - Desember) Tahun 2012 sangat mengejutkan, bahwa jumlah AIDS tertinggi dilaporkan dari Provinsi Jawa Tengah (486). Angka ini lebih besar daripada Bali (429) dan Papua (416). Sedangkan persentase faktor risiko AIDS dari ibu (positif HIV) ke anak sebanyak 4,1% (lebih tinggi daripada penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun yaitu 3,8% dan LSL (Lelaki Seks Lelaki) 2,8%.

Fenomena peningkatan kasus HIV/Aids pada anak dilaporkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP) Jawa Tengah sejak tahun 2010, bahwa kelompok usia 0-4 tahun mempunyai prosentase kasus AIDS paling banyak dibandingkan kelompok usia anak yang lain yaitu sebesar 3,36%. Sementara usia 5-9 tahun sebesar 0,88%, 10-14 tahun sebanyak 0,44% dan usia 15-19 tahun sebanyak 1,09%.

Anak-anak terinfeksi HIV/Aids tersebut sebagian besar (57%) diasuh oleh orang tua kandungnya (ayah dan ibu, ayah atau ibu kandung) dan 35% diasuh oleh kakek atau nenek dan paman atau bibi atau orang-orang yang memiliki hubungan keluarga dan hubungan emosional serta 3% (1 anak) terinfeksi HIV tinggal di Panti Asuhan (Djati dkk, 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 et al, 2007).

Beban pengasuhan anak yang terinfeksi HIV/Aids dapat menimbulkan banyak stress, gangguan emosi saat kelebihan beban oleh tuntutan pemberian perawatan, mengalami keterasingan atau stigmatisasi dan beban biaya pengobatan (WHO, 2005). Masalah HIV/Aids menjadi sangat berat dirasakan keluarga apabila menanggung beban hidup serta merawat anak yang menderita HIV/Aids dalam lingkungan masyarakat yang memberikan stigma. Ketika stigma diwujudkan dalam hubungan pengasuh-anak maka dapat berdampak negatif pada perawatan anak terinfeksi HIV/Aids (Messer et al, 2010). Selain itu, penerimaan stres berupa respon berduka yang berkepanjangan dan mekanisme koping keluarga yang maladaptif menyebabkan keterlambatan dalam pengambilan keputusan dan penanganan cepat pada anak HIV/Aids sehingga status kesehatan anak semakin memburuk dan kualitas hidup anak menjadi rendah.

Penderita HIV/Aids sering mendapat perlakuan yang tidak baik setelah mereka dinyatakan positif dari tes laboratorium (Ohnishi et al, 2008). Seringnya penolakan justru dari orang-orang yang harus menjaga dan merawatnya seperti orang tua, wali dan kerabat (Winarno dkk, 2011). Ini merupakan fakta yang memprihatinkan.

Banyaknya kasus anak yang terinfeksi HIV/Aids di Jawa Tengah khususnya dua kabupaten yaitu Temanggung dan Kudus menarik untuk dilakukan eksplorasi tentang bagaimana pengalaman berduka dan mekanisme koping keluarga yang mempunyai anak HIV/AIDS dan bagaimana dukungan manajer kasus serta masyarakat dalam penanganan anak yang terinfeksi 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*) responden/partisipan primer dan manajer kasus. *Focus Group Discussion* pada responden sekunder yaitu dan masyarakat sekitar keluarga tinggal. Penentuan partisipan di dua wilayah Kabupaten yaitu Temanggung dan Kudus berdasarkan informasi temuan kasus HIV/Aids pada anak terbanyak dari Komisi penanggulangan Aids Propinsi (KPAP) Jawa Tengah dan dokumentasi klinik VCT RS Dr.Kariadi Semarang selama tahun 2012.

Responden dipilih secara *purposive*, melalui *key person*, untuk wilayah Kudus melalui manajer kasus (MK) sementara itu wilayah Temanggung melalui Komisi Penanggulangan HIV/Aids Daerah (KPAD) sebagai pendamping kasus penderita. Beberapa kriteria yang dipakai untuk memilih responden adalah sebagai berikut :

1. Keluarga yang mempunyai anak (usia 0 - ≤ 5 tahun), dinyatakan positif terinfeksi HIV melalui pemeriksaan laboratorium.
2. Anak tinggal dalam keluarga bersama keluarga biologis
3. Salah satu atau kedua orang tua positif menderita HIV/AIDS yang diketahui dari konselor atau Manajer kasus/MK
4. Bertempat tinggal menetap di wilayah Kabupaten Kudus atau Temanggung

Karakteristik Partisipan dalam Penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Partisipan Utama Penelitian (*primary respondent*)

Partisipan utama penelitian ini adalah pengasuh anak balita terinfeksi HIV/AIDS sebanyak 10 orang dengan rincian: 5 orang di wilayah kabupaten Temanggung dan 5 orang dari wilayah kabupaten Kudus. Partisipan primer ini dilakukan *indepth interview*.

b. Partisipan Sekunder Penelitian (*secondary respondent*)

Partisipan sekunder dalam penelitian ini adalah sebagai triangulasi. *Indepth interview* dilakukan pada staf KPAD Temnaggung dan MK di Kudus. Sedangkan 1 FGD dilakukan pada keluarga besar di wilayah Kudus dan 1 FGD dengan masyarakat sekitar pengasuh tinggal, Sebanyak 8 peserta hadir dan mengikuti diskusi sampai selesai.

Uji validitas adalah dengan uji *credibility* (validitas internal) dan *transferability* (validitas eksternal) dilakukan pada satu keluarga di Wilayah Kabupaten Kendal Jawa Tengah. Uji kredibilitas pada penelitian ini dengan menggunakan triangulasi.

Selama proses wawancara peneliti membuat catatan lapangan pada ekspresi peserta, sikap mereka, interaksi, dan komunikasi non-verbal. 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

Gambaran umum lokasi penelitian

Penemuan kasus Anak HIV positif di wilayah Kabupaten Kudus tersebar hampir semuanya di daerah rural/pedesaan dan semua bapak dari anak atau orang tua biologis mempunyai riwayat pekerjaan sebagai buruh bangunan dan migrasi ke kota seperti Jakarta, Bali dan Kalimantan sejak masa remaja. Sementara itu di wilayah Temanggung kebanyakan kasus di daerah urban/kota dan orang tua biologisnya mempunyai riwayat pengguna narkoba.

Karakteristik Partisipan

Anak yang terinfeksi HIV/AIDS di dua wilayah ini sebagian besar diasuh oleh keluarga biologis yaitu sebanyak 8 dari 10 pengasuh adalah perempuan, 7 diantaranya merupakan ibu kandung. Berikut gambaran demografinya:

Tabel 4. Karakteristik Demografi Partisipan

Partisipan	Usia Pengasuh (th)	Hubungan dengan anak	Pendidikan	Pekerjaan	Usia Anak (Tahun /bulan)
1	26	Ibu	DI	IRT	4 th 4 bln
2	25	Ibu	SMA	Guru (Wiyata Bhakti)	3 th 2 bln
3	32	Ibu	SD	IRT	1 th 10 bln
4	23	Ibu	SMP	IRT	4 th 6 bln
5	45	Nenek dari ibu	Tidak Sekolah	Buruh cuci pakaian	5 th 11 bln
6	53	Kakek dari ibu	Tidak Sekolah	Karyawan Pabrik	3 th 6 bln
7	32	Ibu	SMA	Pelayan Toko	3 th 8 bln
8	29	Ibu	SMP(MTS)	Menjahit	3 th 8 bln
9	25	Bapak	SMP(MTS)	Tidak Bekerja	3 th 5 bln
10	24	Ibu	SMA	Tidak Bekerja	3 th 2 bln

Partisipan 1,2,3,4 dan 5 merupakan pengasuh anak HIV dari Temanggung sedangkan partisipan 6,7,8,9 dan 10 adalah pengasuh yang berasal dari Kudus.

Tabel 5. Status Anak HIV positif

Anak dari Partisipan	Status HIV/AIDS Orang tua Biologis Anak		Status Anak
	Ibu	Bapak	
1	+ HIV	Belum Periksa	-
2	+ HIV	+ HIV	-
3	+ HIV	+(meninggal)	Yatim
4	+ HIV	+(meninggal)	Yatim
5	+(meninggal)	+(meninggal)	Yatim Piatu
6	+(meninggal)	+(meninggal)	Yatim Piatu
7	+ HIV	+(meninggal)	Yatim
8	+ HIV	+(meninggal)	Yatim
9	+ HIV	+ HIV	-
10	+ HIV	+ HIV	-

Dari Tabel 5 terlihat bahwa Status HIV/Aids orang tua anak hampir semuanya positif, kecuali suami dari pengasuh 1 belum diketahui statusnya karena tidak bersedia untuk dilakukan pemeriksaan HIV meskipun telah dibujuk istri dan disarankan tim VCT RSUD setempat. Sebanyak 4 dari 10 anak berstatus yatim karena bapak biologisnya sudah meninggal dunia karena AIDS, 2 anak berstatus yatim piatu.

Stress pada orang tua yang mempunyai anak HIVAids

Stress Fisik

Hampir semua keluarga (7 dari 10) pengasuh mengatakan mengalami stres fisik seperti pernyataan yang ditunjukkan dari pengasuh 9. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan berikut ini:

"Kalau anak rewel biasanya minta digendong...sekarang sich saya sudah kuatlah setelah sakit kemarin itu. Biasanya dia tampak sedih kalau temannya punya mainan dan dia minta tidak segera dipenuhi...atau kadang kami berfikir dia ingat ibunya, kami lakukan apa yang membuat dia senang misalnya jalan-jalan naik motor". (Bapak HIV positif, 25 th, MTS, tidak bekerja)

Stress fisik berupa kelelahan dialami oleh sebagian besar (6 dari 9) pengasuh. Status infeksi HIV aktif atau adanya infeksi oportunistik pada orang tua yang menderita HIV/AIDS menyebabkan pengasuh merasa kelelahan. Pengasuh 2 melaporkan sebagai berikut:

"Saya sendiri sakit-sakitan, saya juga baru mulai ARV kurang lebih 1 bulan ini. Saya juga berfikir bagaimana nanti kalau saya mati duluan, apakah orang lain bisa menerima dan merawat dia...saya kadang berfikir untuk berhenti kuliah, tidak kerja karena hasilnya tidak seberapa juga badan terasa mudah capai...tapi nanti malah tidak ada hiburan, rasanya hanya berfikir tentang sakit dan semakin sakit". (ibu HIV positif, 25 th, SMA, Guru/Wiyata Bhakti).

Selain itu, dengan meningkatnya usia pada kakek atau nenek, terjadi penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Pengasuh 6 melaporkannya:

"saya selalu merasakurang tidur, kalau malam cucu tidak bisa tidur karena menangis rewel mungkin ingat ibunya...minta jajan, macem-macem lah...menurut saya ya wajarlah. Namun ini membuat setiap pagi badan rasanya malas kerja. Belum lagi kalau pagi harus masak makanan untuk mereka dulu, cuci pakaian, memandikan...itu saya semua, karena anak tidak mau dengan yang lain". (kakek, 53 th, tidak sekolah, karyawan pabrik).

Stress Emosional

Hampir semua pengasuh merasakan beratnya penderitaan hidup dalam menghadapi kenyataan bahwa penyakit mereka tidak dapat disembuhkan dan penyakit ini juga telah menyebabkan kehilangan sebagian dari anggota keluarganya. Seperti pengalaman hidup yang dialami oleh 3 pengasuh. Anak pertama dari pengasuh 8 telah meninggal karena AIDS, pengasuh 3 mengalami *abortus* pada 2 kehamilan pertamanya dan Pengasuh 7 telah kehilangan dua anaknya. Mereka meninggal karena keterlambatan diagnosis dan pengobatan. Berikut pernyataannya:

"tahun 2008 anak 1 (umur 8 bulan) meninggal tapi belum ketahuan sakit itu. Setelah 40 hari anak ke-3 meninggal terus bapaknya meninggal tahun kemarin 2011. Adiknya sebelum meninggal di rawat di RSUD Kudus karena sariawan banyak di mulut sampai tidak bisa makan setelah itu sesak nafas terus masuk ICU, kemudian dirujuk Ke RS Kariadi Semarang, kondisi agak membaik terus saya bawa pulang, di rumah 1 hari kemudian meninggal. Yang saya rasakan kaget...kena sakit itu kan tidak ada obatnya, anak kondisinya sudah parah semua... sesak nafas, sudah tidak bisa melihat..." (ibu HIV positif, 32 th, SMA, Pelayan toko)

Kondisi hampir serupa dialami oleh pengasuh 8, berikut pernyataannya:

"saya ketahuan positif lebih dahulu, sebelumnya juga tidak tahu karena waktu itu sudah berangkat ke Malaysia untuk kedua kalinya. Di sana sakit-sakitan. Periksa ke dokter malaysia

terus disarankan pulang berobat dan diberi surat untuk disampaikan ke dokter Indonesia. setelah pulang surat tersebut saya bawa ke dokter RS Kariadi Semarang dan ternyata saya sudah positif Tapi ternyata suami sudah positif lebih dulu, pernah periksa tapi sayangnya saya tidak melihat hasil pemeriksaannya... saya tahu setelah suami meninggal. Barangkali anak yang pertama saya dulu meninggal juga karena itu ya...usia 40 hari meninggal karena gejala mencret". (ibu HIV positif, 29 th, MTS, penjahit).

Stress Ekonomi atau Keuangan

Stress keuangan berupa kemiskinan dan kekurangan uang dialami hampir semua pengasuh, hal ini muncul dari wawancara dengan 7 dari 10 pengasuh. Keluarga pengasuh 3 dan 5 tinggal dalam rumah kecil tidak permanen. pengasuh 2, 7, 8 dan 9 tinggal dalam lingkungan keluarga asal atau orang tua dari suami. Seperti pernyataan pengasuh 2 dan 8 berikut ini:

"Sekarang yang mencari nafkah ya ibu mertua dari hasil ladang dan sawah. Saya tidak pernah pegang uang. honor dari sekolah sebulan hanya Rp 100.000 paling habis untuk transport. Sepeda motor saya juga sudah dijual untuk nambah biaya hidup. Sekarang dah mulai hutang sana sini". (ibu HIV positif, 25 th, SMA, Guru /Wiyata Bhakti).

"kalau untuk makan yang masak mertua saya dari hasil sawah. Hari Ini baru mulai kerja menjahit di rumah ambil garapan dari orang lain. 1 minggu biasanya dapat Rp 100.000. uang segitu kalau tidak sakit ya cukup...untuk pegangan, kan kebutuhan sedikit. Kebutuhan Susu yang belikan kadang ibunya, kadang mertua, kadang budhe...pokoknya mana yang ada uang". (ibu HIV positif, 29 th, MTS, penjahit)

Pengasuh 5 adalah seorang nenek, pencari nafkah tunggal karena suami sakit-sakitan dan masih harus menanggung 3 anak yatim piatu, salah satunya adalah anak yang terinfeksi HIV/AIDS. Dia merasakan kesulitan keuangan untuk mencukupi kebutuhan rutin sehari-hari, seperti ditunjukkan oleh kutipan berikut:

"Suami sakit-sakitan dan sudah tidak pernah bekerja. Sekarang saya sudah tidak bekerja, karena anak tidak mau ditinggal pergi. sebulan yang lalumendapat bantuan modal Rp 1 juta oleh MK untuk jualan sembako di rumah. Kalau untuk makan menunggu jualan laku. Ini barang dagangan dah mulai menipis, belum bisa beli lagi". (Nenek, 45 th, Tidak sekolah, Buruh cuci pakaian)

Pengasuh 6 merasakan kesulitan keuangan karena tidak bisa melakukan usaha sampingan serta menanggung beban hutang untuk pembiayaan sakit ibu dan bapak dari anak yang diasuh sebelum meninggal. Oleh karena kondisi ini, pengasuh berharap anak tidak menderita penyakit seperti yang dialami kedua orang tuanya. Berikut kutipannya:

"Sekarang saya tidak bisa lagi bekerja 'sampingan' sebagai 'makelar motor' (penghubung jual beli motor) karena harus ngawasi dan ngrawat adik. Kalau anak baru tidak enak badan atau rewel, tidak bisa masuk kerja di pabrik. Risikonya gaji dipotong, misalnya seminggu biasa dapat Rp 200.000; kalau tidak masuk sehari dipotong Rp 50.000; Yang keterlaluhan lagi ya...saudara-saudara dari bapaknya anak setelah bapaknya meninggal...semua hak anak ini (warisan) sudah dikuasai oleh saudara dari bapaknya". (Kakek, 53 th, Tidak sekolah, Karyawan pabrik)

Pengasuh 3 dan 2 menyampaikan, karena kondisi ekonomi keluarga yang kurang atau miskin, menyebabkan pengasuh anak HIV positif ini tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan dan kesulitan dalam menyediakan bahan makanan untuk keluarga khususnya anak HIV positif. Seperti pernyataannya:

"Sebelumnya kami rawat di rumah karena memang tidak ada biaya, karena tidak sembuh-sembuh terus kami bawa ke RS. Waktu itu bisa ngurus SKTM jadi biaya RS bayar separo. Kendala ya biaya. meskipun biaya pengobatan gratis tapi untuk menunggui anak di RS kami kan butuh biaya juga untuk makan atau transport bolak-balik rumah-RS". (ibu HIV positif, 32 th, SD, IRT)

Respon berduka

Menerima kenyataan diagnosis AIDS sebagai penyakit yang tak dapat disembuhkan tentu menimbulkan respon sedih, berduka atau kekecewaan yang mendalam. Hal ini dialami oleh semua keluargameskipun pada rentang yang bervariasi dari menyangkal sampai penerimaan. Berikut adalah tema-tema yang muncul:

Tahap penolakan (Denial)

Penolakan status HIV positif anak, terjadi pada kakek sebagai pengasuh 6. pengasuh berharap anak tidak menderita penyakit yang telah memiskinkan keluarga dan berakibat kematian seperti yang dialami kedua orang tua dari anak. Berikut kutipannya:

"moga-moga adik tidak lah...saya tidak pernah berangan-angan dan membayangkan. Kasihan kakeknya...sehat...sakit Allah yang menghendaki, lillahi ta'ala. semoga tidak lah, kasihan kakeknya. Seperti yang sudah saya jalani...bapaknya...ibunya...sampai kondisi keuangan saya hancur untuk transport berobat..biaya.tidak bu...jangan sampai". (kakek, 53 th, tidak sekolah, karyawan pabrik).

Pengasuh 1 belum bisa menerima kenyataan bahwa anaknya telah terinfeksi HIV dan tidak mau menjalani pengobatan profilaksis dan ART anaknya. Berikut pernyataannya:

"Selalu saya ajak dia ke gereja, berdo'a mohon kesembuhan dan selalu saya berharap ada mukjizat Allah supaya hilang penyakit dik M dan saya percaya kalau kita mendekat pada tuhan, pasti akan mendapat pertolongan". (ibu HIV positif, 26 th, D1, IRT).

Marah (Anger)

Empat pengasuh marah (anger) pada bapak dan ibu anak, seperti pengasuh 5 menganggap bahwa sakit HIV/AIDS merupakan hukum karma. berikut ini pernyataannya:

"anak sekecil ini kok punya penyakit itu. Apaini hukum karma dari ibunya?...." (nenek, 45 th, tidak sekolah, buruh cuci pakaian)

Pengasuh 3 menganggap orang miskin tidak layak mendapat penyakit HIV/AIDS, berikut pernyataannya:

"orang tidak mampu kok diberi penyakit seperti ini, salah apa kami" (ibu HIV positif, SD, IRT)

Tawar menawar (bargaining)

Pengasuh 9 merasa bersalah dan menyesal telah menularkan penyakit ke anak dan istri. Berikut kutipannya:

"sedih, menyesal...kenapa anak dan istri saya kena semua. Padahal saya yang berdosa. Kenapa tidak saya saja...sekarang perhatian saya hanya ke anak saja. Karena dia yang membuat saya semangat hidup. ibunya kan sudah tidak bertanggung jawab, Pergi begitu saja entah kemana...". (Bapak HIV positif, 25 th, MTS, tidak bekerja)

Depresi

Perasaan bersalah dan merasa diri tidak berharga dilaporkan oleh 5 pengasuh. Pada tahap ini pengasuh merasa berduka dan menangis. Berikut pernyataannya:

"nangis saya bu, membayangkan anak sekecil ini kok minum obat sebanyak ini dan selamanya"

Pengasuh 8 sedih karena mengkhawatirkan masa depan anak, berikut pernyataannya:

"Orang saya juga sakit bu...rasanya cepat capai...pusing...tidak bisa apa-apa, terus anak saya nanti bagaimana? kalau saya berfikir berat saya sendiri drop, terus sakit. Bagaimana mengatasi anak yang sakit juga...kadang bingung saya. Saya sedih...seperti tidak punya masa depan. Sedih bu, sudah tidak punya bapak...tidak ada yang mencarikan uang". (ibu HIV positif, 29 th, MTS, penjahit)

Menerima (Acceptance)

Hampir sebagian besar keluarga terutama ibu sebagai pengasuh anak yang menderita HIV/positif juga dapat menerima kenyataan dan bersikap pasrah pada Tuhan. Pengasuh 8 menunjukkan sikap positif dan lebih bisa menerima kenyataan. Berikut ini pernyataannya:

"Misalnya bapaknya tidak ketahuan, ya...tidak ketahuan semua,..2 saudara anak ini sudah meninggal karena Aids ya karena terlambat diketahui". (ibu HIV positif, 32 th, SMA, Pelayan Toko)

Mekanisme Koping Keluarga

Koping adaptif

Pengasuh semakin termotivasi untuk menjalankan kepatuhan minum obat, setelah merasakan dampak positif *Highly Active Anti-Retroviral Therapy* (HAART) terhadap perubahan kondisi fisik anak selama ini dan tidak ada efek samping yang dikeluhkan. Berikut pernyataan pengasuh 7:

"selama minum obat ARV, anak tidak ada keluhan, sehat dia sekarang. Makannya jadi lahap, makan terus, perut sampai besar....sembarang masuk...BB naik 2,3 kg dalam sebulan terakhir". (ibu HIV positif, 32 th, SMA, Pelayan toko).

Koping Maladaptif

Konfrontasi dilakukan oleh responden 10 pada saat awal anak terdiagnosis HIV/ Aids. Berikut pernyataannya:

"Dulu waktu anak sakit-sakitan, dokter menyarankan untuk pemeriksaan apa gitu....setelah itu kami dijelaskan kalau ternyata hasilnya positif HIV. Tahu kalau penyakit itu bapaknya tidak terima dan mau menghajar dokternya, terus kami cegah...MK juga menjelaskan kalau bapaknya masih seperti itu tidak akan diupayakan pengobatan gratisnya" (Ibu HIV positif, 24 th, SMA, IRT)

Tindakan pengasuh ini oleh karena sikap yang negatif dalam merawat anak HIV positif maupun ketidakpercayaan menjaga kepatuhan minum obat. Seperti pernyataan salah satu keluarga berikut ini:

"Namanya anak ya... tetap harus dirawat, tapi apa saya mampu membesarkannya, saya sendiri sering sakit-sakitan. Kami takut ya itu...nanti kalau saya meninggal, siapa yang mau merawatnya..." (ibu HIV positif, 25 th, SMA, Guru /Wiyata Bhakti).

Menyangkal status HIV positif anak, pengasuh mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*), Pemberian obat suportif seperti vitamin untuk meningkatkan daya tahan tubuh dilakukan oleh pengasuh 1. Persepsi pengasuh yang terbentuk adalah dengan pemberian obat-obatan ini imunitas anak akan stabil dan dapat mencegah infeksi oportunistik sehingga tidak memerlukan terapi khusus untuk anak HIV. Berikut pernyataannya:

"Setelah tahu dek M sakit seperti saya, saya membelikan vitamin untuk meningkatkan ketahananannya...apa saran dan kata orang saya coba,ada propolis, curcuma dan kemarin waktu saya ambil obat ARV untuk saya ditawari orang RS vitamin produk dari cina harganya sampai 200 ribu rupiah saya juga beli. ini juga syrup penurun panas paracetamol selalu sedia". (ibu HIV positif, 26 th, D1, IRT).

Kerugian akibat AIDS membawa konsekuensi unik yang mempersulit penyesuaian dan coping. Kematian anggota keluarga akibat AIDS menyebabkan berkepanjangan sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup pengasuh dan anak.

"Kalau ada batuk pilek sedikit langsung saya bawa ke bidan terdekat, meskipun tidak punya uang. Kalau ada obat yang harus saya beli di Apotik ya saya belikan. Masalah gatal di kepala ini juga sudah saya belikan bedak obat gatal herocyn". (kakek, 53 th, tidak sekolah, karyawan pabrik)

Strategi yang dilakukan MK untuk meningkatkan kesadaran tentang HIV/Aids pada pengasuh adalah dengan mengadakan pertemuan rutin dan menjadikan mereka bagian dari KDS. Berikut pernyataannya:

"kami ada pertemuan di rumah saya ini 2 kali sebulan, hanya kumpul-kumpul saja...saling sharing pengalaman, saling mendukung satu dengan yang lain supaya mereka tidak merasa sendiri. Terus setiap bulan saya ajak mereka untuk pemeriksaan di klinik VCT dan mengikuti pertemuan KDS di RS Dr.Kariadi".

Dukungan masyarakat terhadap penderita HIV/Aids di wilayah Temanggung sebenarnya cukup bagus. Hal ini diketahui pada saat ditanya tentang jumlah kasus HIV/AIDS yang ada di lingkungan sekitar, berikut pernyataan dari partisipan 4:

"Banyak kok bu...penderita penyakit ini di daerah ini, ada 5 kasus. Enam....e lebih kok. Yang sudah meninggal 2 pasangan, yang 2 belum menikah. Yang pasangan 1 meninggal itu punya 2 anak, satu keluarga meninggal semua. Mereka sepertinya sudah dapat obat juga, tapi kaya'nya tahu-tahu sudah parah memang, tidak ada 3 tahun terus meninggal satu-satu. Sebenarnya masyarakat itu tidak apa-apa, tetap menerima. Tapi keluarganya sendiri malah menutupi". (Ny.K, 33 th, SD, IRT)

PEMBAHASAN

Masalah infeksi HIV dapat dipengaruhi maupun mempengaruhi anggota keluarga. Rute penularan dalam keluarga perlu diperhatikan yaitu pasangan seks dalam keluarga mungkin berisiko dari pasangan mereka dan bayi baru lahir berisiko terinfeksi HIV melalui transmisi

vertikal di rahim atau selama persalinan dan menyusui. Pada akhirnya, keluarga harus menanggung beban perawatan infeksi HIV sebagai penyakit kronis pada anggota keluarga yang terinfeksi sebagai tanggung jawab pengasuhan (Empelen, Van P, 2005).

Kebanyakan stres emosional yang dialami oleh orang tua sebagai pengasuh adalah ketakutan mengenai masa depan, dampak HIV/AIDS pada hubungan pribadi dan dinamika keluarga serta kesulitan berkomunikasi dengan anak-anak. Mereka merasa tidak sanggup untuk membesarkan anak-anak karena kondisi dirinya sendiri menderita HIV/AIDS.

Anak-anak yang merasa aman dan dicintai dapat bertahan dalam kesulitan. Meski dari keluarga miskin, anak-anak yang diasuh oleh ibu atau bapak yang memberi perhatian penuh pada kebutuhan emosional anak, memiliki ikatan yang kuat dengan anaknya dan merasakan kondisi fisik anak dirasakan semakin membaik. Sebaliknya respon pasif dapat menghambat orang tua untuk merangsang perkembangan anak mereka atau dari advokasi perawatan yang tepat.

Selain itu, anggota keluarga mungkin memainkan peran penting dalam kepatuhan anak terhadap pengobatan. Sebuah studi di Amerika Serikat menunjukkan bahwa kondisi pengasuh yang miskin sebagai faktor komunikasi orang tua-anak, stres pengasuh yang lebih tinggi dan kurang pengungkapan status HIV kepada anak dan ketidakpatuhan. Studi kualitatif yang dilakukan di Belgia melihat dinamika keluarga terhadap kepatuhan pengobatan HIV dan menyoroti pentingnya agayapositif orang tua dalam mengatasi dan mendukung kepatuhan anak HIV-positif untuk pengobatan (Empelen, Van P, 2005).

Menerima kenyataan diagnosis AIDS sebagai penyakit yang tak dapat disembuhkan, adanya stigma, efek samping pengobatan, penolakan dan diskriminasi social, tentu menimbulkan respon sedih, berduka atau kekecewaan mendalam lainnya.

Banyak anak yang terinfeksi HIV/AIDS tidak dapat memiliki masa kecil yang bahagia. Mereka sering harus berurusan dengan stress psikososial, pengasuh yang sakit, berkurangnya kapasitas orang tua, perubahan struktur keluarga, kekurangan keuangan, stigma dan diskriminasi. Tantangan ini dapat menyebabkan perubahan emosi dan perilaku anak menjadi depresi dan kenakalan (Stephanie Sun, Li Li, Guoping Ji, Chunqing Lin, Alan Semaan, 2008)

Infeksi HIV berdampak kerugian keuangan pada individu yang terinfeksi dan keluarga mereka. Karena menyebabkan hilangnya produktivitas dan pendapatan, tingkat pengangguran lebih tinggi pada mereka yang terinfeksi HIV. Meskipun orang yang terinfeksi HIV mempertimbangkan kembali bekerja, beberapa hambatan menghalangi mereka dari melakukannya. Di antara hambatan-hambatan ini adalah rasa takut akan dampak kesehatan yang buruk, manajemen obat dan pengungkapan, takut diskriminasi, dan takut masalah yang terkait dengan pengangguran jangka panjang (Empelen, Van P, 2005).

Penelitian tentang pengalaman pengasuh merawat anak yatim yang dilakukan di Botswana menemukan dari 1033 orang, lebih dari sepertiga orang dewasa yang bekerja merawat anak yatim dengan sumber keuangan minimal (82% hidup dengan pendapatan rumah tangga di bawah kemampuan daya beli). Mereka tidak mampu menambah penghasilan dengan kerja lembur atau kerja malam. Tanggung jawab pengasuhan mengurangi waktu untuk merawat anak mereka sendiri dan anggota keluarga lainnya (Heymann, J, et al. 2007).

Kepatuhan Pengobatan ART

Manajemen terapi medis penyakit HIV dapat memperpanjang harapan hidup orang yang hidup dengan penyakit HIV. Meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi gejala sisa. Anggota keluarga memainkan peran penting dalam kepatuhan anak terhadap pengobatan. Sebuah studi pada pengasuh/keluarga di Amerika Serikat menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti komunikasi orangtua - anak yang jelek, stres pengasuh yang lebih tinggi dan pengungkapan HIV kepada anak yang kurang paling terkait dengan ketidakpatuhan. Selain itu, sebuah studi kualitatif yang dilakukan di Belgia menyoroiti dinamika keluarga yang berkembang di sekitar kepatuhan terhadap pengobatan dalam keluarga yang hidup dengan HIV dan menyoroiti pentingnya gaya positif orang tua mengatasi dalam mendukung kepatuhan anak HIV-positif terhadap pengobatan (Empelen, Van P, 2005)

Upaya mencari Bantuan

Sebagian besar ODHA mencari bantuan dan mereka dihubungkan dengan kelompok dukungan sebaya atau manajer kasus untuk mendapatkan informasi atau memecahkan masalahnya oleh petugas kesehatan dan orang yang mengetahui status HIVnya. Sedangkan dukungan keluarga mereka terima sebagai budaya kewajiban merawat orang sakit. Jaringan dukungan non - keluarga adalah lebih besar dari jaringan dukungan keluarga. Kepuasan keseluruhan dari dukungan sosial dan harapan secara signifikan berkorelasi dengan kualitas hidup (Yadav, 2010).

HIV/Aidstelah menjadi penyakitkeluarga dengandampakmultigenerasidanimplikasi antargenerasi. Keluarga memainkan peran yang lebih sentral dalam kepedulian sosial dari anak yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV. Sebuah studi anak-anak piatu akibat AIDS di Amerika Serikat menunjukkan bahwa ketika perawatan jangka panjang menjadi tugas dari kakek-nenek, sangat diperlukan dukungan transportasi dan perawatan medis cucu mereka, manajemen stress mengurangi kecemasan dan dukungan psikologis. Anggota keluarga juga memerlukan tambahan dukungan keuangan, karena penurunan pendapatan orang yang sudah tua (Empelen, Van P, 2005).

Manifestasi Koping Maladaptif

Koping pasif atau maladaptif digambarkan ketika memanifestasikan perilaku menolak untuk menerima kondisi sakit (denial), improvisasi cara melupakan masalah (gangguan diri) menyerah dengan masalah kehidupan (pelepasan perilaku) dan penggunaan substansi. Sementara koping aktif atau adaptif adalah perilaku mencari dukungan sosial, mencari informasi lebih lanjut tentang penyakit, berusaha keras untuk datang dengan solusi yang sesuai, menerima kondisi penyakit berusaha keras untuk datang dengan solusi yang sesuai, menerima kondisi penyakit danmendapatkandukunganspiritual.Koping fungsionalberfokus pada pengelolaanataumengubahsumber stres(Koping berfokus masalah)danuntuk mengaturrepons emosional(koping berfokus emosi).Lazarus, 1985, Folkman and Lazarus, 1980)

Pengambilan keputusan dan cara koping berdampak pada bagaimana HIV mempengaruhi kehidupan anak-anak dan keluarganya. secara umum koping berbasis masalah lebih efektif daripada koping berbasis emosi. Koping berfokus masalah, seperti mengatasi konfrontatif merupakan strategi yang digunakan untuk mengidentifikasi faktor penyebab kejadian, dan kemudian merencanakan sarana dan cara secara efektif (Rose & Clark-Alexander, 1999).

Kondisi lingkungan psikologis yang nyaman memberikan kesempatan anak dan keluarga untuk mengungkapkan perasaan secara verbal, memberikan dukungan dan membimbing

mereka dalam mengembangkan mekanisme koping serta membimbing anak dan keluarga dalam proses berduka.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Ibu sebagai pengasuh terbukti mampu berespon lebih baik. Mereka melakukan perawatan, mematuhi program pengobatan dan pentingnya kontrol. Mayoritas responden mengadopsi strategi koping adaptif yang berdampak baik terhadap gejala klinis anak. Strategi koping maladaptif seperti menyangkal status HIV anak akan menyebabkan gejala klinis anak semakin memburuk karena keluarga tidak mau mengikuti anjuran untuk melakukan pemeriksaan kesehatan lanjut sehingga tidak melakukan perawatan ataupun pengobatan yang tepat.

Dukungan psikososial untuk membuka status HIV tanpa stigma dan diskriminasi terhadap keluarga sangat dibutuhkan sehingga mereka dapat melakukan perawatan pada anak HIV/Aids secara tepat dan kepatuhan pengobatan. Keluarga dapat berbagi pengalaman dalam kelompok dukungan sebaya dan pendampingan manajer kasus.

Saran

Strategi dukungan sosial dari tenaga kesehatan profesional dan kelompok dukungan sebaya perlu ditingkatkan untuk sharing pengalaman dalam perawatan, pengobatan dan dukungan psikososial sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup ODHA. Intervensi lebih lanjut untuk memobilisasi dan meningkatkan kesehatan psikologis pada orang HIV/Aids.

KEPUSTAKAAN

- Folkman, S & Lazarus, R.S. 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21, 219-39
- Heymann J, et al. 2007. *Extended Family Caring for Children Orphaned by AIDS: Balancing Essential Work and Caregiving in a High HIV Prevalence Nations*. pp.337-45, Bostwana : AIDS, 2007, Vol. 19(3). ISSN:0954-0121.
- Messer LC, Brian W Pence, Kathryn Whetten, Rachel Whetten, Nathan Thielman, Karen O'Donnell and Jan Ostermann. 2010. *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.
- 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.
- Lazarus, R.S. 1985. The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs*, 7, 399-418
- Mboi, Nafsiah. 2011. *Dampak Epidem 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*. *Health and Social Care in the Community*. PubMed. 2008. Sep. 16(5):483-92.
- Stephanie Sun, Li Li, Guoping Ji, Chunqing Lin, alan Semaan. 2008. *Child Behaviour and parenting in HIV/AIDS-affected families in China*. *China : Vulnerable Child Youth Stud*, 2008, December, Vols. 3(3):192-202. PubMed Abstract
- Sugiyono. 2008. *Metode penelitian pendidikan pendekatan kualitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta.
- 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, 2005. *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.
- Winarno RD, Elisabet SA, Widyastuti, Hironimus RS dan Satyawanti. *Wajah-Wajah yang Terlupakan*. PKBI Daerah Jawa Tengah. Cetakan kedua. 2011.
- Yadav, Sushil, 2010. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*. March 2010, Volume 19, Issue 2, pp 157-166