



PERILAKU CARE GIVER DALAM PENGOBATAN ARV PADA ANAK DENGAN HIV/ AIDS

Ani Hartanti¹⁾

¹⁾Prodi D3 Kebidanan Stkes Estu Utomo Boyolali

E-mail: Ani hartanti_eub@yahoo.com

ABSTRAK

Di Indonesia, infeksi HIV merupakan salah satu masalah kesehatan utama dan salah satu penyakit menular yang dapat mempengaruhi kematian ibu dan anak. Pengidap HIV/AIDS di Indonesia dari tahun ketahun terus mengalami peningkatan. Tidak sedikit pengidap virus mematikan ini adalah mereka yang masih tergolong anak-anak, yaitu yang berusia antara delapan hingga delapan belas tahun. Tujuan dalam penelitian ini untuk menganalisis perilaku care giver dalam pengobatan ARV pada anak dengan HIV/AIDS, yang meliputi: Karakteristik responden, pengetahuan, sikap, tradisi kepercayaan, akses terhadap pelayanan CST, dukungan tenaga kesehatan, dukungan keluarga, dan dukungan teman sebaya. Metode penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Melalui wawancara mendalam dan *focus group discussion*. Subjek penelitian ini adalah *care giver* yaitu 4 orang ibu dan 1 orang paman. Analisis berdasarkan tema (*thematic content analysis*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 4 informan merupakan ibu dari anak dengan HIV/AIDS dan 1 informan adalah paman dari anak dengan HIV/AIDS. Usia anak dengan HIV antara 23 bulan - 13 tahun. Tidak ada perbedaan pengetahuan care giver tentang pengobatan ARV antara anak yang diasuh oleh ibu dan yang diasuh oleh paman. Ada perbedaan antara sikap informan dan keluarga antara anak balita dengan anak usia sekolah. Tidak ada perbedaan akses pelayanan anak dengan HIV/AIDS antara anak yang diasuh oleh ibu dan yang diasuh oleh paman. Perilaku *care giver* dalam pengobatan ARV dapat terkendala oleh keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, pekerjaan *care giver* serta hubungan keluarga *care giver* dengan anak dengan HIV/AIDS. Dukungan petugas kesehatan, keluarga, dan teman sebaya diberikan dengan memberikan pelayanan dan konseling dengan baik, selain itu keluarga juga memberikan dukungan moral dan spiritual kepada anak dengan HIV/AIDS.

Kata Kunci : Pengobatan ARV, HIV/ AIDS

CARE GIVER BEHAVIOR IN ARV TREATMENT FOR CHILDREN WITH HIV / AIDS

ABSTRACT

In Indonesia, HIV infection is one of the major health problems and an infectious disease that can affect maternal and child mortality. People living with HIV / AIDS in Indonesia from year to year continue to increase. Not a few people with this deadly virus are those who are still classified as children, which are aged between eight to eighteen years. The objectives of this study were to analyze the behavior of care giver in the treatment of antiretroviral drugs in children with HIV / AIDS, which include: Respondent characteristics, knowledge, attitudes, traditions of trust, access to CST services, support of health workers, family support, and peer support. The research method is qualitative with case study approach. Through in-depth interviews and focus group discussions. Subject of this research is care giver that is 4 mother and 1 person uncle. The thematic content analysis. The results showed that 4 informants were mothers of children with HIV / AIDS and 1 informant was uncle of child with HIV / AIDS. Age of children with HIV between 23 months - 13 years. There is no difference in the care giver knowledge of ARV treatment between the child being cared for by the mother and being cared for by the uncle. There is a difference between informant and family attitudes between toddlers and school-aged children. There is no difference in the access of child labor with HIV / AIDS between the child being cared for by the mother and being cared for by the uncle. Care giver behavior in antiretroviral treatment can be constrained by the affordability of health care facilities, care giver work and care giver family relationships with children with HIV / AIDS. Support from health, family, and peers is provided by providing services and counseling well, and the family also provides moral and spiritual support to children with HIV / AIDS.

Keywords: ARV Treatment, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Penyakit *Acquired Immunity Deficiency Syndrome* (AIDS) yang diakibatkan oleh *Human Immuno Deficiency Virus* (HIV), dianggap oleh seluruh lapisan masyarakat dunia sebagai suatu malapetaka global. Penyebaran HIV terus berlangsung dan ini merupakan masalah serius terhadap kesehatan masyarakat. Amanat dari Undang-undang Kesehatan No 36 tahun 2009 untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi - tingginya yang dilaksanakan bersama oleh pemerintah dan masyarakat secara optimal (Depkes RI, 2009).

Laporan Kasus HIV dan AIDS Kementerian Kesehatan RI tahun 2011 menunjukkan cara penularan tertinggi terjadi akibat hubungan seksual beresiko, diikuti penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasin; dengan jumlah pengidap AIDS terbanyak pada kategori pekerjaan ibu rumah tangga. Hal ini juga terlihat dari proporsi jumlah kasus HIV pada perempuan meningkat dari 34% (2008) menjadi 44% (2011), selain itu juga terdapat peningkatan HIV dan AIDS yang ditularkan dari ibu HIV positif ke bayinya. Jumlah kasus HIV pada anak 0-4 tahun meningkat dari 1,8% (2010) menjadi 2,6% (2011).

Pengidap HIV/AIDS sendiri, khususnya di Indonesia, dari tahun

ketahun terus mengalami peningkatan. Ironisnya, tak sedikit pengidap virus mematikan ini adalah mereka yang masih tergolong anak-anak, yaitu yang berusia antara delapan hingga delapan belas tahun. Berdasarkan data dari Ditjen PP dan PL Kemenkes RI per 31 Juli 2011, sebanyak 212 anak berusia lima sampai dua belas tahun dan sebanyak 821 remaja berusia lima belas hingga sembilan belas tahun terinfeksi HIV/AIDS. Anak-anak yang mengidap penyakit tersebut biasanya tertular dari orang tuanya. Namun, tak menutup kemungkinan di antaranya ada juga yang tertular karena penggunaan narkoba dan seks bebas.

Penyakit HIV/AIDS pada anak-anak membawa berbagai dampak besar dalam kehidupan mereka. Di samping kesehatan yang terus menurun, stigma dari masyarakat terhadap mereka juga menjadi beban psikis yang tidak bisa dipandang sebelah mata. Banyak realita di sekitar kita yang menunjukkan masyarakat masih bersikap cenderung tertutup dan menjauhi para penderita HIV/AIDS, sekalipun penderita tersebut adalah seorang anak. Pandangan salah yang ada pada masyarakat tersebut tak lain berasal dari kurangnya pengetahuan mengenai apa itu HIV/AIDS dan bagaimana proses penularannya. Mereka sering terjebak dengan gambaran pribadi

bahwa HIV/AIDS adalah penyakit mematikan yang dapat menular semudah penularan virus ringan, misalnya flu sehingga mereka cenderung bersikap menjauh dari penderita HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2013).

Pemahaman yang salah terhadap penderita HIV/AIDS, anak-anak penderita HIV/AIDS mendapat perlakuan deskriminatif baik di masyarakat, maupun sekolah. Misalnya masyarakat atau sekolah menunjukkan sikap menutup diri atau tidak menerima anak-anak penderita HIV/AIDS dalam lingkungannya, otomatis sikap ini akan menjadi beban psikis si anak. Bisa saja

Infeksi HIV adalah penyakit yang diakibatkan oleh infeksi virus HIV (Human Immunodeficiency Virus). AIDS adalah penyakit yang menunjukkan adanya sindrom defisiensi imun selular sebagai akibat infeksi HIV. Cara paling efisien dan efektif untuk menanggulangi infeksi HIV pada anak secara universal adalah dengan mengurangi penularan dari ibu ke anaknya (mother-to-child transmission (MTCT)). Namun demikian setiap hari terjadi 1800 infeksi baru pada anak umur kurang dari 15 tahun, 90% nya di negara berkembang atau terbelakang dan melalui penularan dari ibu ke anaknya. Upaya pencegahan transmisi HIV pada anak menurut WHO dilakukan melalui 4 strategi, yaitu mencegah penularan HIV

sang anak menjadi tidak bisa bergaul sebagaimana mestinya, tidak bisa berinteraksi dengan lingkungannya, merasa minder yang berlebihan, dan tidak mendapatkan pendidikan yang layak dan pada akhirnya anak yang terjangkit HIV/AIDS tidak dapat tumbuh dan berkembang seperti anak-anak pada umumnya (Djauzi S, 2012).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka diperlukan untuk menggali lebih dalam mengenai perilaku *care giver* dalam pengobatan anak dengan HIV/AIDS, dengan tujuan untuk menganalisis perilaku *care giver* dalam pengobatan anak dengan HIV/ AIDS. pada wanita usia subur, mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada wanita HIV, mencegah penularan HIV dari ibu HIV hamil ke anak yang akan dilahirkannya dan memberikan dukungan, layanan dan perawatan berkesinambungan bagi pengidap HIV. Pemberian obat Anti Retroviral (ARV) untuk anak dan bayi yang terinfeksi karenanya menjadi satu jalan untuk menanggulangi pandemi HIV pada anak di samping upaya untuk mencegah penularan infeksi HIV pada anak dan bayi.

Cara penularan HIV yang paling penting pada anak adalah dari ibu kandungnya yang sudah mengidap HIV baik saat sebelum dan sesudah kehamilan. Penularan lain yang juga

penting adalah dari transfusi produk darah yang tercemar HIV, kontak seksual dini pada perlakuan salah seksual atau perkosaan anak oleh penderita HIV, prostitusi anak, dan sebab-sebab lain yang buktinya sangat sedikit (Kemenkes RI, 2013).

Manifestasi klinis infeksi HIV pada anak bervariasi dari asimtomatis sampai penyakit berat yang dinamakan AIDS. AIDS pada anak terutama terjadi pada umur muda karena sebagian besar (>80%) AIDS pada anak akibat transmisi vertikal dari ibu ke anak. Meskipun demikian ada juga bayi yang terinfeksi HIV secara vertikal belum memperlihatkan gejala AIDS pada umur 10 tahun.

Gejala atau kondisi yang sangat spesifik untuk anak dengan infeksi HIV positif, jika ditemukan hal berikut ini: pneumocystis pneumonia (PCP), kandidiasis esofagus, lymphoid interstitial pneumonia (LIP) atau sarkoma Kaposi. Keadaan ini sangat spesifik untuk anak dengan infeksi HIV. Fistula rektovaginal yang didapat pada anak perempuan juga sangat spesifik tetapi jarang.

Terapi antiretroviral adalah obat yang dirancang untuk menghambat perkembangan penyakit HIV/AIDS di dalam tubuh sipenderita. Obat tersebut (ARV) tidak membunuh virus itu, namun

dapat memperlambat pertumbuhan virus, waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga penyakit HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obat ini biasa disebut sebagai terapi antiretroviral (Stowell J, 2003).

Pemberian obat Anti Retroviral (ARV) untuk anak dan bayi yang terinfeksi karenanya menjadi satu jalan untuk menanggulangi pandemi HIV pada anak di samping upaya untuk mencegah penularan infeksi HIV pada anak dan bayi (Stowell J, 2003).

Anak terinfeksi HIV umumnya merupakan bagian dari keluarga dengan dewasa terinfeksi HIV, maka seharusnya terdapat jaminan akses terhadap pengobatan dan obat ARV bagi anggota keluarga yang lain, dan jika mungkin menggunakan rejimen obat yang sama. Dengan memilih obat ARV kombinasi dengan dosis-tetap yang semakin tersedia pada saat ini, akan mendukung kepatuhan pengobatan dan mengurangi biaya pengobatan. Tablet yang tersedia biasanya tidak dapat dipecah menjadi dosis yang kecil untuk anak (<10 kg), sehingga dibutuhkan dalam bentuk sirup atau cairan atau suspensi.

Prinsip yang mendasari ART dan pemilihan lini pertama ARV pada anak pada umumnya sama dengan pada dewasa. Sangat penting untuk mempertimbangkan :

1. ketersediaan formula yang cocok yang dapat diminum dalam dosis yang tepat.
2. daftar dosis yang sederhana
3. rasa yang enak sehingga menjamin kepatuhan pada anak kecil
4. rejimen ART yang akan atau sedang diminum orang tuanya

Tabel 1 Kemungkinan rejimen pengobatan lini pertama untuk anak

REJIMEN LINI PERTAMA
Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)/Efavirenz (EFV) ¹
Stavudin (d4T) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)/Efavirenz (EFV)
Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)/Efavirenz (EFV)

Pada beberapa obat antiretroviral, dosis yang direkomendasikan sering diberikan berdasarkan keadaan luas permukaan tubuh anak. Tabel yang menggambarkan perkiraan luas permukaan tubuh anak untuk berbagai katagori berat diberikan di bawah ini untuk membantu penghitungan.

Selanjutnya dosis pada tabel dapat digunakan untuk memeriksa apakah dosis yang telah dihitung sudah tepat (dan untuk memeriksa pula apakah ada kesalahan penghitungan).

Tabel 2. Dosis obat berdasarkan luas permukaan tubuh anak

Umur atau berat anak	Luas Permukaan
Neonatus (< 1 bulan)	0.2 – 0.25 m ²
Bayi Muda (1 – < 3 bulan)	0.25 – 0.35 m ²
Anak 5 – 9 kg	0.3 – 0.45 m ²
Anak 10 – 14 kg	0.45 – 0.6 m ²
Anak 15 – 19 kg	0.6 – 0.8 m ²
Anak 20 – 24 kg	0.8 – 0.9 m ²
Anak 25 – 29 kg	0.9 – 1.1 m ²
Anak 30 – 39 kg	1.1 – 1.3 m ²

Contoh: Jika dosis yang direkomendasikan adalah 400mg/m² dua kali per hari, maka pada anak dengan berat antara 15 – 19 kg dosis tersebut adalah:

$$(0.6-0.8) \times 400 = 244 - 316 \text{ mg dua kali sehari}$$

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Jenis penelitiannya dirancang dengan menggunakan metode studi kasus, metode studi kasus adalah metode penelitian yang melibatkan penyelidikan yang lebih mendalam dan pemeriksaan yang menyeluruh terhadap perilaku seorang individu (Notoatmojo, 2005).

Subyek penelitian adalah Ibu dengan HIV-AIDS yang melahirkan anak dan tercatat dalam catatan rekam medik RSUD Pandan Arang. Jenis informan dalam penelitian ini yang terdiri dari informan primer dan informan triangulasi. Informan utama penelitian ini adalah Ibu HIV-AIDS yang telah melahirkan atau keluarga yang merawat anak dari ibu HIV-AIDS. Informan triangulasi adalah kelompok Dukungan Sebaya (KDS) atau ODHA sebagai peer group, petugas VCT, dan stake holders (pihak-pihak yang berkepentingan). Jumlah ODHA yang memiliki anak dengan HIV adalah 9 orang ODHA, namun yang bersedia menjadi responden

hanya 5 orang sisanya 4 responden tidak bersedia menjadi responden dimana 2 responden dalam keadaan sakit dan sisanya 2 responden tidak bersedia diwawancara. Wawancara

akan dilaksanakan pada bulan November tahun 2016 secara sendiri - sendiri di tempat yang berbeda sesuai keinginan responden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada informan primer secara sendiri – sendiri/ terpisah dan diperoleh data sebagai berikut :

1. Data Karakteristik informan secara umum

Tabel 3. Karakteristik Informan

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Hubungan dengan ODHA
1	Tn. S	38 tahun	Laki-laki	SMP	Paman
2	Ny. R	23 tahun	Perempuan	SMP	Ibu
3	Ny. P	36 tahun	Perempuan	SMP	Ibu
4	Ny. N	35 tahun	Perempuan	SMP	Ibu
5	Ny. S	41 tahun	Perempuan	SMP	Ibu

Sumber: Data olahan sendiri berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan primer, Tahun 2016

Informan primer dalam penelitian ini memiliki rentang umur 23- 41 tahun, berdasarkan umur merupakan pada usia matang, telah cukup berpengalaman sehingga dapat memberikan informasi dengan baik. Semakin dewasa usia seseorang akan lebih muda merespon terhadap masalah kesehatan dalam hal ini penyakit HIV/AIDS artinya seseorang care giver yang usianya sudah matang akan lebih matang dalam segala situasi dan memiliki emosi yang lebih stabil. Hal ini sangat diperlukan karena anak dengan HIV/AIDS biasanya mengalami berbagai masalah baik

masalah kesehatan atau lingkungan dalam menghadapi stigma (Depkes RI, 2007).

Informan primer semuanya memiliki pendidikan SMP. Teori mengungkapkan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Kemenkes RI, 2013). Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin semakin baik pula pengetahuannya (Depkes RI, 2007).

Pekerjaan 1 responden sebagai ibu rumah tangga dan 4 responden swasta. Hubungan dengan anak yaitu 1 responden adalah paman dan 4 responden adalah ibu dari anak. Pekerjaan care giver akan berpengaruh terhadap perawatan anak dengan HIV/AIDS dimana care giver yang bekerja akan memiliki waktu yang sedikit untuk mendampingi anak, memperhatikan anak dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan

ODHA. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Davidson (1992) tentang hubungan factor social terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada ODHA juga menyimpulkan bahwa status pekerjaan pada pasien terinfeksi HIV berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Serta penelitian Mor menyimpulkan bahwa pekerjaan adalah salah satu factor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan HIV.

2. Akses Terhadap Pelayanan *Care, Support, And Treatment (CST)*

Hasil wawancara dengan informan primer tentang akses terhadap HIV/AIDS dapat dilihat secara rinci pada tabel berikut :

Tabel 4.2. Akses Terhadap Pelayanan *Care, Support, And Treatment (CST)*

Akses terhadap pelayanan HIV/AIDS	Balita	Anak Usia Sekolah			
	Informan 1 (R, Perempuan, 23 tahun)	Informan 2 (S, Perempuan, 41 tahun)	Informan 3 (N, perempuan, 36 tahun.)	Informan 4 (P, perempuan, 35 tahun)	Informan 5 (S, Laki-laki 38 tahun)
Ketersediaan klinik VCT	Jarak klinik VCT dekat dengan rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT jauh dari rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT dekat dengan rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT jauh dari rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT jauh dari rumah tempat tinggal
Ketersediaan klinik CST	Jarak klinik VCT dekat dengan rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT jauh dari rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT dekat dengan rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT jauh dari rumah tempat tinggal	Jarak klinik VCT jauh dari rumah tempat tinggal

Sumber : Data olahan sendiri berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan primer, Tahun 2016

Hasil wawancara tentang akses terhadap pelayanan *care, support, and treatment (CST)*, pelayanan terhadap konseling HIV/AIDS sudah bisa dilakukan di klinik VCT di puskesmas – puskesmas dan bisa melalui telepon

selular. Pelayanan tes HIV/AIDS bisa dilakukan di 3 tempat yaitu 1 puskesmas dan 2 rumah sakit yang ditunjuk, akan tetapi ada 3 informan yang tidak mudah menjangkau karena jarak tempuh antara rumah dengan

klินิก VCT yang sangat jauh. Pelayanan terhadap pengobatan ARV hanya bisa dilakukan di klinik CST di Rumah Sakit Pandan Arang Boyolali yang berada di pusat kota, dari 5 informan ada 3 informan yang mengatakan jaraknya sangat jauh waktu pengambilan obat, dan ada 1 informan yang kadang telat dalam pengambilan obat karena jarak tempuh yang sangat jauh.

Jarak tempuh informan atau dengan kata lain disebut dengan keterjangkauan fasilitas kesehatan, sesuai dengan teori *Lawrence Green* bahwa perilaku kesehatan seseorang terbentuk dari 3 faktor salah satunya faktor pendukung (*Enabling factors*), yaitu faktor – faktor yang memungkinkan / memfasilitasi perilaku. Mencakup : ketersediaan, keterjangkauan & kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan serta SDM (Bungin, 2007).

3. Dukungan Tenaga Kesehatan

Setiap anak penderita HIV/AIDS mendapatkan respon berbeda-beda dari keluarga, masyarakat, lingkungan, sekolah, LSM, stake holder atau pemerintah. Hal ini sangat diperlukan agar ODHA mendapatkan motivasi yang lebih dan dapat menjalani hidup dengan baik. Setiap anak penderita HIV/AIDS mendapatkan respon

berbeda-beda dari petugas kesehatan. Dukungan petugas kesehatan sangat diperlukan agar ODHA mendapatkan motivasi yang lebih dan dapat menjalani hidup dengan baik dan mendapat pengobatan yang maksimal.

Dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan sangat mempengaruhi perilaku *care giver* dalam perawatan anak dengan HIV/AIDS. Dukungan yang positif dari petugas kesehatan akan memberikan semangat tersendiri bagi *care giver*, sehingga anak HIV/AIDS mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Petugas kesehatan akan mendukung perilaku ibu untuk melakukan upaya kesehatan melalui keterampilan komunikasi dan ada kecenderungan bahwa upaya-upaya petugas kesehatan memperkuat ibu dengan memberikan pujian, dorongan dan diskusi atau dengan menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya (Imade, 2008).

Hal ini sesuai dengan teori bahwa dukungan adalah salah satu bentuk faktor pendorong (*Renforcing factors*), yaitu faktor yang mendorong/memperkuat terjadinya perilaku. sesuai dengan hasil penelitian Wahyunita Syahrir (2013) tentang Faktor Yang

Berhubungan Dengan Pemanfaatan Klinik Voluntary Counseling And Testing (VCT) Di Puskesmas Kota Makassar penelitian ini bahwa ada hubungann dukungan petugas kesehatan dengan pemanfaatan klinik VCT di Puskesmas Kota Makassar. Penelitian ini menyarankan agar petugas kesehatan menguatkan kegiatan penyuluhan tentang cara penularan HIV, tujuan, sasaran dan tahap pelaksanaan VCT, konselor menciptakan suasana konseling yang nyaman serta klien menyampaikan kepada keluarga (Depkes RI, 2007).

4. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan bagian yang sangat penting dalam menjalani kehidupan anak dengan HIV/AIDS. Hasil dari wawancara mendalam kepada 5 informan primer didapatkan bahwa hanya 4 informan primer menyatakan sebagian kecil saja anggota keluarga yang mengetahui sakit yang dialami anak, diamana semuanya juga menyatakan bahwa anggota keluarga yang mengetahui status anak tersebut juga mendukung dengan baik, dukungan yang diberikan adalah dukungan moral dan spiritual. Sedangkan sisanya 1 informan mengatakan bahwa

keluarganya ada yang syok mendapatkan hasil tes positif sehingga kurang mendapatkan dukungan dari keluarga, selain itu didukung bahwa baru 2 bulan keluarga pasien tersebut di nyatakan positif HIV/ AIDS.

Dengan adanya keterkaitan antara kondisi pasien HIV/AIDS dengan progresivitas penyakit maka perlunya menciptakan lingkungan yang kondusif dengan cara meningkatkan dukungan sosial pada pasien HIV/AIDS salah satunya melalui dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap perilaku care giver dimana semakin positif dukungan keluarga akan semakin positif pula perilaku care giver dalam perawatan anak dengan HIV/AIDS. Sesuai teori Lawrence Green faktor-faktor pendorong (Reinforcing factors) yang memperkuat terjadinya perilaku salah satunya adalah dukungan dari keluarga (Depkes RI, 2007).

5. Dukungan Teman Sebaya

Seorang care giver yang positif HIV/AIDS yang juga mengasuh anak positif HIV/AIDS juga sangat penting mendapatkan dukungan dari teman sebaya dalam hal ini KDS. pernyataan dari 5 informan

primer semua sama yang intinya KDS sangat mendukung terutama dalam memotivasi untuk terus menjalani pengobatan secara rutin.

Dukungan adalah bagian dari faktor pendorong (Renforcing factors), yang memperkuat terjadinya perilaku yang mencakup dukungan sosial, pengaruh sebaya, serta advise dan umpan balik dari tenaga kesehatan, sehingga dapat mendorong perilaku positif care giver dalam perawatan anak dengan HIV/AIDS (Thurstans, 2008).

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Farah Nurbani tentang dukungan sosial pada ODHA diperoleh hasil secara umum

dukungan diperoleh dari keluarga, istri, dan teman-teman kerja. Dukungan yang diperoleh subjek adalah emotional support, informational support, instrumental ortangible support, dan companionship support, dukungan tersebut berdampak positif pada kehidupan subjek. Dukungan sosial yang diterima subjek tersebut ternyata berdampak positif terhadap aspek kesehatan, psikologis, sosial dan pekerjaan subjek, sehingga hal tersebut dapat membantu subjek dalam meningkatkan kesehatan guna memerangi virus HIV (Depkes RI, 2007).

6. Pengobatan ARV Pada Anak Dengan HIV/ AIDS

Hasil penelitian secara rinci tentang pengobatan ARV dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel. 3 Pengobatan ARV

Kriteria pengobatan ARV	Balita	Anak Usia Sekolah			
	Informan 1 (R, Perempuan 23 tahun)	Informan 2 (S, perempuan, 41 tahun)	Informan 3 (N, perempuan, 36 tahun.)	Informan 4 (P, perempuan, 35 tahun)	Informan 5 (S Laki-laki 38 tahun)
Macam dan jumlah obat setiap hari	- 1 macam obat - 3x2. Tablet	- 2 macam (Efavirenz dan Duviral)	- 1 macam obat - pagi 3 tablet sore 2 tablet	- 1 macam obat - 3 x3 tablet	- 1 macam obat
Rutin atau tidak	Rutin	Rutin	Rutin	Rutin	Rutin tapi obat sering telat
Ketepatan waktu	- Sekitar Jam 6 pagi (pagi bangun tidur atau makan jam tidak pasti) - Jam 8 malam.. sebelum tidur	- Pagi jam 6 (setelah sarapan pagi) - Malam jam 6 (sesudah magrib)	- Pagi jam 6 - sore jam 6	- Pagi jam 6 - sore jam 5	- Seingatnya jam tidak pasti
Cara minum	- Digerus dan harus nutup hidung	- Tablet diminum langsung - Menggunakan Air putih	- Tablet diminum langsung - Menggunakan Air putih atau pisang	- Tablet diminum langsung - Menggunakan Air putih	- Tablet diminum langsung - Menggunakan Air putih

Obat tambahan atau ramuan (jamu)	- Tidak ada	- Vitamin setiap hari	- Tidak ada	- jus kulit manggis (seminggu sekali)	-Tidak ada
Kontrol atau cek ulang	- Kontrol untuk ambil obat - Belum pernah cek ulang	- Kontrol untuk ambil obat - Belum pernah cek ulang	- Kontrol untuk ambil obat - Pernah cek CD4	- Kontrol untuk ambil obat - Pernah cek CD4	- Kontrol untuk ambil obat - Belum pernah cek ulang
Konseling Nakes	- Ke RSUD (klinik VCT) - Mengirim pesan melalui telfon seluler ke petugas klinik VCT (bbm, sms)	- Ke RSUD (klinik VCT)	- Ke RSUD (klinik VCT) - Dokter praktek swasta	- Ke RSUD (klinik VCT) - Dokter yang berkunjung ke KDS	- Ke RSUD (klinik VCT)

Sumber: Data olahan sendiri berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan primer, Tahun 2016

Hasil penelitian melalui wawancara mendalam kepada 5 informan primer terhadap pengobatan ARV pada anak, jumlah ARV antara baita dengan anak usia sekolah berbeda-beda hal ini tergantung beratnya gejala klinis atau stadium HIV masing-masing anak terdapat anak yang sekolah yang meminum 2 macam obat tetapi rata-rata meminum 1 macam obat 2 kali sehari, macam dan jumlah obat ARV anak yang diasuh oleh ibu dan paman juga berbeda-beda tergantung beratnya gejala klinis atau stadium HIV masing-masing anak.

Terapi antiretroviral adalah obat yang dirancang untuk menghambat perkembangan penyakit HIV/AIDS di dalam tubuh sipenderita. Obat tersebut (ARV) tidak membunuh virus itu, namun dapat memperlambat pertumbuhan

virus, waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga penyakit HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obat ini biasa disebut sebagai terapi antiretroviral. Obat Antiretroviral (ARV) makin tersedia secara luas dan mengubah dengan cepat perawatan HIV/AIDS. Obat ARV tidak untuk menyembuhkan HIV, tetapi dapat menurunkan kesakitan dan kematian secara dramatis, serta memperbaiki kualitas hidup pada orang dewasa maupun anak (Nursalam, 2008).

Hal ini sesuai dengan crosscek dengan tim KDS dimana jenis ARV tergantung pada jenis virus nya maka jenis ARV anak-anak berbeda-beda. Hal ini didukung hasil penelitian bahwa pemberian ARV pada anak dengan HIV/AIDS masing-masing memiliki dosis, waktu minum, serta jumlah obat yang diberikan berbeda-beda. Empat (4) anak dengan HIV/AIDS berdasarkan

pernyataan informan primer mendapatkan ARV 2 kali sehari, sedangkan 1 anak dengan HIV/AIDS mendapatkan ARV 1 kali sehari. Jumlah ARV dan waktu minum setiap anak berbeda-beda tergantung pada advis dokter. Pemberian obat Anti Retroviral (ARV) untuk anak dan bayi yang terinfeksi penting karenanya menjadi satu jalan untuk menanggulangi pandemi HIV pada anak di samping upaya untuk mencegah penularan infeksi HIV pada anak dan bayi (Nursalam, 2008).

Ketepatan minum obat antara anak balita dan anak sekolah menunjukkan bahwa anak balita rutin minum obat sedangkan anak usia sekolah terdapat 1 anak yang tidak rutin minum obat karena kadang telat dalam mengambil obat. Ketepatan minum obat antara anak yang diasuh ibu dan paman dimana anak yang diasuh ibu semuanya minum obat dengan rutin tetapi yang diasuh oleh paman tidak rutin minum obat karena kadang telat dalam mengambil obat di RSUD Pandan Arang Boyolali, dimana obat diberikan secara gratis, waktu pengambilan obat pada jam kerja. ARV yang diberikan secara gratis dan dapat diambil kapan saja pada jam kerja merupakan salah satu faktor yang mendukung perilaku *care giver* dalam merawat anak dengan HIV/AIDS khususnya dalam pemberian ARV. ARV

yang hanya dapat diambil di RSUD Pandan Arang Boyolali kadang menjadi kendala bagi *care giver* hal tersebut dikarenakan jarak dari rumah dengan RSUD Pandan Arang Boyolali yang cukup jauh, sehingga jarak ini menjadi salah satu faktor yang kurang mendukung perilaku *care giver* dalam merawat anak dengan HIV/AIDS khususnya dalam pemberian ARV.

Jarak tempuh informan atau dengan kata lain disebut dengan keterjangkauan fasilitas kesehatan, sesuai dengan teori *Lawrence Green* bahwa perilaku kesehatan seseorang terbentuk dari 3 faktor salah satunya faktor pendukung (*Enabling factors*), yaitu faktor – faktor yang memungkinkan / memfasilitasi perilaku. Mencakup : ketersediaan, keterjangkauan & kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan serta SDM (Depkes RI, 2007).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 1 anak yang kadang tidak rutin karena sering telat mengambil obat. mengambil obat di RSUD Pandan Arang Boyolali diasuh oleh paman dimana paman anak dengan HIV/AIDS memiliki keluarga sendiri dan harus bekerja sehingga membuat paman sering telat mengambil obat. Berdasarkan hal diatas menunjukkan bahwa pekerjaan *care giver* dan hubungan keluarga dengan anak dengan

HIV/AIDS berpengaruh terhadap pengobatan anak dengan HIV/AIDS.

Pekerjaan *care giver* akan berpengaruh terhadap perawatan anak dengan HIV/AIDS dimana *care giver* yang bekerja akan memiliki waktu yang sedikit untuk mendampingi anak, memperhatikan anak dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan ODHA. Menurut penelitian Mor (1992) tentang perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh orang dengan HIV/ AIDS yang menyimpulkan bahwa pekerjaan adalah salah satu factor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan HIV (Depkes RI, 2007).

Jam minum obat antara anak balita dengan anak sekolah menunjukkan bahwa anak balita setiap harinya minum obat tetapi jam minum obat tidak tentu, 3 anak sekolah minum obat pada jam yang sama setiap hari dan 1 anak sekolah minum obat hanya pada waktu ingat tidak pada jam yang sama. Perbedaan waktu minum obat antara anak yang diasuh ibu dan paman dimana 3 anak yang diasuh ibu minum obat pada jam yang sama setiap hari, 1 anak yang diasuh oleh ibu setiap harinya minum obat tetapi jam minum obat tidak tentu dan 1 anak yang diasuh paman minum obat hanya pada waktu ingat tidak pada jam yang sama. Anak dengan HIV/AIDS yang minum obat pada jam

yang berbeda-beda adalah anak yang diasuh oleh paman, sedangkan anak yang diasuh oleh ibu keseluruhan cenderung minum obat pada jam yang sama. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga anak dengan HIV/AIDS merupakan salah satu faktor pendorong yang mempengaruhi perawatan anak dengan HIV/AIDS. Hasil penelitian Pratiwi (2011) menunjukkan ada pengaruh yang positif dan signifikan antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan menjalankan program terapi, pengaruh tersebut sebesar 19,8%.

Satu (1) anak dengan HIV/AIDS yang diasuh oleh ibu juga tidak minum obat pada jam yang sama, hal ini adalah anak yang baru dinyatakan positif 2 bulan yang lalu sehingga kemungkinan ibu masih memiliki pengalaman dan pengetahuan yang kurang tentang terapi ARV sehingga kurang memperhatikan terapi ARV pada anak. Pengetahuan dan pengalaman berpengaruh besar terhadap perilaku hal ini juga sejalan dengan teori *Lawrence Green* bahwa perilaku kesehatan seseorang terbentuk dari 3 faktor salah satunya faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*) yaitu pengetahuan.

Cara minum obat antara anak balita dan anak usia sekolah menunjukkan perbedaan dimana pada anak balita obat harus digerus dan harus menutup hidung, pada anak sekolah obat

diminum langsung dan menggunakan air putih atau pisang. Perbedaan cara minum obat pada anak yang diasuh ibu dan paman menunjukkan bahwa anak yang diasuh ibu 3 diantaranya obat diminum langsung dan menggunakan air putih atau pisang sisanya 1 anak yang diasuh ibu obat harus digerus dan harus menutup hidung. Sedangkan anak yang diasuh paman obat diminum langsung dan menggunakan air putih. Pada cara minum obat hanya 1 responden yang harus minum obat dengan digerus dan menutup hidung karena umur anak yang masih balita. Obat harian yang diberikan pada anak dengan HIV/AIDS umumnya adalah ARV dan obat lain diberikan sesuai dengan keluhan atau kebutuhan anak.

Kontrol atau cek ulang anak balita dan anak usia sekolah dimana anak balita mengatakan control saat ambil obat dan belum pernah cek ulang, 2 anak sekolah juga menyatakan bahwa control saat ambil obat dan belum pernah cek ulang, sisanya 2 anak sekolah mengatakan control saat ambil obat dan telah melakukan tes CD4 untuk mengetahui kekebalan tubuh anak, 1 anak belum di tes ulang atau tes CD4 karena baru dinyatakan positif 2 bulan yang lalu. Sisanya 1 anak yang diasuh ibu dan 1 anak yang diasuh oleh paman tidak pernah di cek ulang atau di cek CD4.

Hal ini dapat dikarenakan pengalaman care giver yang berbeda-beda tentang HIV/AIDS dimana semakin baik pengalaman seseorang diharapkan akan semakin baik pula dalam mengah anak dengan HIV/AIDS. *Lawrence Green* bahwa perilaku kesehatan seseorang terbentuk dari 3 faktor salah satunya faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*) yaitu faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang dimana salah satunya adalah pengetahuan dan pengalaman.

Hasil penelitian dapat dilihat bahwa care giver memiliki akses pengobatan ARV yang cukup mudah dilihat dari segi waktu dan biaya, perilaku care giver dalam pengobatan seperti kepatuhan, jam minum obat, cara meminumkan obat dalam pengobatan ARV anak dengan HIV/AIDS dapat terkendala oleh keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan karena ARV hanya dapat diambil di satu Rumah Sakit, pekerjaan care giver dimana care giver yang bekerja memiliki waktu yang semakin sedikit dalam memperhatikan pengobat anak dengan HIV/AIDS, hubungan keluarga care giver dengan anak dengan HIV/AIDS serta pengalaman care giver tentang HIV/AIDS. Pemberian obat atau jamu dalam penelitian ini merupakan bentuk dari tradisi atau kepercayaan care giver

yang merupakan bagian dari faktor predisposisi (*Predisposing factors*) dari perilaku kesehatan (Thurstans, 2008).

PENUTUP

Perilaku *care giver* dalam pengobatan ARV pada anak dengan HIV di pengaruhi oleh karakteristik, pengetahuan, sikap, akses terhadap pelayanan *CST (Care Support And Treatment)*, dukungan tenaga kesehatan, dukungan keluarga, dan dukungan teman sebaya. Jarak tempuh yang jauh ke klinik *CST (Care Support And Treatment)* memberikan kendala kepada *care giver* dalam pengambilan ARV.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menyampaikan saran bagi pemangku kebijakan agar mengadakan penambahan klinik CST di puskesmas – puskesmas sehingga mempermudah pengambilan ARV bagi ODHA. Selain itu sebaiknya masyarakat perlu diberikan informasi tentang HIV/AIDS sehingga nantinya akan mengurangi stigma yang terjadi di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amsalu S. Clinical manifestations of HIV/AIDS in Children in Northwest Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*; 2005.
- Bungin B. Penelitian Kualitatif. Jakarta: Pranata Media Group; 2007.
- Depkes RI. AIDS dan Penanggulangannya. Jakarta; 2007.
- Depkes RI. Pedomantatalaksana Inveksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Anak Di Indonesia. Jakarta;

- 2008.
- Direktorat Jendral pengendalian penyakit dan penyehat lingkungan. Pedoman pelayanan konselingdan testing HIV/AIDS secara sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*). Jakarta; 2011.
- Djauzi S. Aspek Sosial: Perawatan & Dukungan untuk Orang dengan HIV/AIDS di Masyarakat. Jakarta: Yayasan Pelita Ilmu; 1996.
- Huberman M. Analisis Data Kulaitatif. Jakarta: Alih bahasa Tjejep Rohendi. UI; 2007.
- Imade P. Prevalent oppportunistic infection sassociated with HIV-positive children 0-5 years in Benin city,Nigeria. *Mal J Microbiol*; 2008.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi. Jakarta; 2011.
- Kholil S. Metodologi Penelitian Komunikasi. Bandung: Cita Pustaka Media; 2006.
- Meleong L. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT Remaja Rosdakaya Offset; 2005.
- Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
- Nursalam. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS. Salemba Medika, editor. Jakarta; 2008.
- Stowell J, Mcguire L, Robles T, Glaser R, Kiecolt-glaser JK. Psychoneuroimmunology. *Handbook of Psychology, Health Psychology*. 2003.
- Sudigdo S. Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip – Prinsip Dasar. Cipta PR, editor. Jakarta; 2002.
- Thurstans S, Kerac M, Maleta K, Banda T NA. HIV prevalencein severely malnourished children admitted to nutritionrehabilitation units in Malawi: Geographical &

- seasonal variationsa cross-sectional study. BMC Pediatrics; 2008.
- Yuniar Y. FAKTOR – FAKTOR PENDUKUNG KEPATUHAN ORANG DENGAN HIV AIDS (ODHA) DALAM MINUM OBAT ANTIRETROVIRAL DI KOTA BANDUNG DAN Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat , Badan Litbangkes Pusat Humaniora , Pemberdayaan Masyarakat dan Kebijakan Kesehatan , B. Bull Penelit Kesehat. 2013;41(2):72–83.

