

PRAKTIK IBU HIV/AIDS DALAM MENCEGAH PENULARAN INFEKSI KEPADA ANAK (*The Practice of Mother with HIV/AIDS in Order to Prevent Infection Transmission to The Child*)

Ernawati, Siti Aisah

Program Studi S 1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Semarang,
E-mail: ernamisno@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan: HIV/AIDS menjadi masalah tidak hanya pada orang dewasa, karena epidemi ini mempengaruhi secara langsung maupun tidak langsung pada anak dan keluarga. Sejak tahun 2005, UNICEF dan mitra lainnya meluncurkan inisiatif kampanye melawan AIDS dengan program *prevention of mother to child transmission of HIV* (PMTCT). Tujuan penelitian memperoleh gambaran tentang praktik ibu yang menderita HIV/AIDS dalam mencegah penularan infeksi terhadap anaknya di Kabupaten Kudus, Jawa Tengah. **Metode:** Metode penelitian kualitatif dengan studi kasus. Wawancara mendalam pada 12 orang ibu HIV positif dipilih secara purposive. Triangulasi sumber data pada manajer kasus HIV/AIDS keluarga ODHA. Analisis data menggunakan content analysis thematic secara manual. **Hasil:** Hasil penelitian menemukan setelah ibu mengetahui status HIV positif, praktik baik dilakukan oleh ibu seperti sek aman, penggunaan kontrasepsi kondom, mencegah kehamilan karena trauma psikologis, konsumsi ART pada ibu hamil sejak masa kehamilan 26 minggu. **Diskusi.** Sebagian besar ODHA mendapat dukungan dari keluarga, namun masih ditemukan stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan profesional maupun staf pemerintahan.

Kata kunci: HIV/AIDS, PMTCT, Praktik pencegahan

ABSTRACT

Introduction: HIV/AIDS as problems not only for adult, but these epidemic direct and indirect influence at children and families. Since 2005 UNICEF others seizing the initiate to against campaign with programed prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT). Purpose of the research to exploration practice of mother HIV/AIDS positive to prevention infection to child. Located of the research in Kudus regency Central Java. **Methods:** Qualitative research methods by case studies conducted In-depth interviews on twelve HIV-positive mothers were purposively selected. The triangulation to a case manager of HIV/AIDS and families. Data processing used manual of the thematic content analysis. **Results:** The results found after diagnosed HIV status, mother's good practices as sexual safe practice, Condom used, preventive pregnancies caused psychological trauma. ART consumptive since 26 weeks of gestation for preventive infection to child. **Discussion:** Most of them have families support, but stigma and discrimination by health provider and public government.

Keywords: HIV/AIDS, PMTCT, Preventive practice

PENDAHULUAN

Penyakit *Acquired Immune deficiency Syndrome* (AIDS) yang disebabkan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) termasuk penyakit endemis dengan skala dan penyebaran yang semakin mengkhawatirkan. *United Nations General Assembly Special Session* (UNGASS) tahun 2010 menyatakan bahwa Indonesia memiliki perkembangan epidemi HIV tercepat di antara negara-negara di Asia (UNGASS, 2010). Sementara itu, pada akhir tahun 2012 Provinsi Jawa Tengah dilaporkan mempunyai jumlah kasus AIDS tertinggi yaitu sebanyak 486 kasus. Persentase faktor risiko penularan AIDS dari ibu (positif HIV) ke anak sebanyak 4,1% (lebih tinggi daripada

penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun dan laki suka lelaki atau LSL) (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2012). Penularan langsung HIV dari ibu ke anak atau *mother to child transmission* (MTCT) merupakan jalur utama di mana infeksi HIV anak diperoleh atau terinfeksi dan penyebab lebih dari 90% dari semua infeksi HIV pada anak di bawah 15 tahun. Setiap tahun, sekitar 400.000 anak tertular melalui perinatal (WHO, 2010).

Risiko seorang ibu menularkan HIV kepada bayinya diperkirakan 5–10% selama kehamilan, 10–20% selama persalinan dan 5–20% melalui menyusui. Jika tanpa intervensi pencegahan, tingkat penularan HIV dari ibu ke anak bervariasi antara 15–30% apabila tidak menyusui dan 30–45% dengan menyusui

berkepanjangan (WHO, 2010). Penyakit terkait AIDS di khawatirkan tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian dan diproyeksikan akan terus sebagai penyebab dari kematian bayi dalam beberapa dekade mendatang.

Hasil penelitian Ernawati tahun 2012 menemukan bahwa semua orang tua biologis anak balita (9 anak) yang terinfeksi HIV/AIDS di Kudus dan Temanggung adalah penderita HIV positif. Hal ini menguatkan dugaan bahwa faktor penularan terjadi melalui perinatal. Masalah HIV/AIDS menjadi sangat berat dirasakan apabila penderita menanggung beban hidup 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).

Ibu rumah Tangga menempati urutan ke-2 persentase kumulatif kasus AIDS tertinggi di Indonesia sampai akhir tahun 2012. Jumlahnya mencapai 4.880 kasus terutama kelompok usia produktif (20–29 Tahun) sebanyak 35,2%. Sementara itu, banyaknya kasus HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di Kabupaten Kudus yaitu sekitar 20 orang, menarik untuk dilakukan eksplorasi tentang bagaimana praktik ibu HIV/AIDS dalam mencegah penularan infeksi terhadap anaknya. Meskipun telah ada 105 layanan PPIA (Pencegahan penularan dari Ibu ke Anak) di Indonesia, namun di wilayah Kudus belum terdapat pelayanan ini.

Pentingnya peran keluarga terutama ibu dalam pencegahan, perawatan dan dukungan penderita HIV/AIDS harus diakui sebagai strategi mengurangi kerentanan dan mengatasi dampak penyakit. Tujuan Penelitian ini untuk memperoleh gambaran tentang bentuk-bentuk praktik ibu yang menderita HIV/AIDS dalam mencegah penularan infeksi terhadap anaknya di Kabupaten Kudus, Jawa Tengah.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian dirancang dengan menggunakan metode kualitatif. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus–Oktober 2013. Pengambilan data melalui teknik wawancara

mendalam (*Indepth Interview*) dilakukan pada 12 orang responden primer yaitu ibu HIV positif. Triangulasi sumber data pada manajer kasus (MK) dan kelompok dukungan sebaya (KDS) serta *Focus Group Discussion* pada keluarga ODHA. Penentuan partisipan di wilayah ini berdasarkan informasi dokumentasi klinik VCT RS Dr. Kariadi Semarang selama tahun 2012 bahwa banyak temuan kasus HIV/AIDS pada ibu usia produktif rujukan dari Kudus. Beberapa kriteria yang dipakai untuk memilih responden adalah sebagai berikut:

1. Perempuan yang terinfeksi HIV/AIDS, dinyatakan positif terinfeksi HIV melalui pemeriksaan laboratorium yang diketahui dari konselor atau Manajer kasus/kelompok dukungan sebaya
2. Usia produktif (20–45 tahun)
3. Bertempat tinggal menetap di wilayah Kabupaten Kudus

Pertanyaan wawancara dilakukan dalam bahasa Indonesia akan tetapi jawaban dari beberapa partisipan dalam bahasa Jawa dan direkam kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Semua wawancara dilakukan di rumah ODHA. Peneliti meminta persetujuan yang ditandatangani oleh partisipan sebelum dimulainya setiap wawancara.

Data dianalisis secara manual menggunakan metode "analisis tematik", yaitu metode yang digunakan untuk menganalisis setiap wawancara dan catatan lapangan. 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. Selain itu, wawancara individu dan daftar tema kemudian dikembangkan dari tema kemudian digabungkan untuk menunjukkan keterkaitan antar tema.

HASIL

Karakteristik Partisipan

Kasus ibu HIV/AIDS di wilayah Kabupaten Kudus sebagian besar ditemukan di daerah *rural* (pedesaan), pekerjaan pada sektor domestik rumah tangga dan hampir

Tabel 1. Karakteristik Demografi

Partisipan	Usia (tahun)	Status	Pendidikan	Pekerjaan	Riwayat Pekerjaan Pasangan
1	31	Menikah/Janda	SMP	Penjahit	Pekerja Bangunan
2	34	Menikah/Janda	SMA	Pelayan Toko	Pekerja Bangunan
3	31	Menikah	SMP	Wiraswasta	Pekerja Bangunan
4	37	Menikah/Janda	SMP	Wiraswasta	Pekerja Bangunan
5	31	Menikah/Janda	SMP	Penjahit	Pekerja Bangunan
6	24	Menikah/Janda	SMP	Ibu rumah tangga	Pekerja Bangunan
7	25	Menikah	SMA	Wiraswasta	Wiraswasta
8	41	Menikah/Janda	SD	Karyawan Pabrik Rokok	Pekerja Bangunan
9	29	Menikah	SMP	Pedagang	Pekerja Bangunan
10	28	Menikah/Janda	SMP	Petani	Pekerja Bangunan
11	26	Menikah/Janda	SMP	Ibu rumah tangga	Pekerja Bangunan
12	24	Menikah	SMA	Ibu rumah tangga	Teknisi Bengkel

semua pasangan partisipan mempunyai riwayat pekerjaan sebagai pekerja bangunan di kota besar seperti Jakarta, Bali dan Kalimantan sejak masa remaja.

Sebagian besar (8 dari 12 orang) perempuan yang terinfeksi HIV/AIDS di wilayah ini berstatus janda, karena suaminya telah meninggal dunia yang disebabkan penyakit AIDS. Hampir semua (9 dari 12 orang) pendidikan rendah.

Riwayat Terdiagnosis HIV Positif

Semua partisipan mengetahui bahwa menderita HIV/AIDS setelah terdeteksinya status infeksi pasangan atau anak. Tiga partisipan merasa terlambat mengetahui status HIV/AIDS suami, sehingga anaknya tertular dan meninggal sebelum mendapatkan perawatan tepat.

Berikut pernyataan partisipan 5:

"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 bulan Mei 2011. Barangkali anak yang pertama saya dulu meninggal juga karena itu ya...usia 40 hari meninggal karena gejala mencret" (ibu HIV positif, 31 tahun, SMP, Penjahit).

Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko penularan diketahui oleh hampir semua ibu HIV positif yaitu melalui pasangan seksualnya, namun ada satu ibu tidak mengetahui. Berikut pernyataan partisipan 12:

"saya tidak tahu kenapa bisa terjadi ini, waktu dulu hamil 9 bulan saat menjemur baju di depan rumah, betis kaki kiri saya pernah digigit lalat besar sampai berdarah. Mungkin itu penyebabnya ya..." (ibu HIV positif, 24 tahun, SMA, Ibu Rumah Tangga).

UNAIDS menyebutkan, tingginya infeksi HIV pada perempuan di dunia ini (bahkan di sub Sahara Afrika mencapai 60%) disebabkan kurangnya informasi tentang penyebaran AIDS dan ketidaktahuan mencegah sindrom ini. Perempuan rentan terinfeksi HIV di antaranya karena ketidaksetaraan gender, kekerasan seksual di rumah tangga, pasangan seksualnya berisiko. Dari sisi biologis, perempuan rentan tertular

Tabel 2. Kondisi Anggota Keluarga

Partisipan	Status HIV/AIDS		
	Suami	Jumlah Anak	Kondisi Anak
1	+ (meninggal)	1	-
2	+ (meninggal)	3	+ (1 anak AIDS, 1 meninggal sblm diketahui status HIV/AIDS, 1 meninggal karena AIDS)
3	+	1	-
4	+ (meninggal)	2	-
5	+ (meninggal)	1	+ (1 anak AIDS, 1 meninggal sebelum diketahui status HIV/AIDS)
6	+ (meninggal)	1	+
7	+	1	-
8	+ (meninggal)	1	-
9	+	0	-
10	+ (meninggal)	3	(3 meninggal sebelum diketahui status HIV/AIDS)
11	+ (meninggal)	0	-
12	-	1	-

karena bentuk alat kelamin yang sedemikian rupa dan mengandung selaput lendir sehingga berisiko terpapar cairan semen sperma yang mengandung HIV.

Inisiatif pemeriksaan HIV ibu sebagian besar (3 dari 12 partisipan) disarankan oleh petugas kesehatan atau *provider initiated counseling and testing* (PICT) Bahkan di salah satu RS Swasta di Wilayah ini mempunyai kebijakan bahwa ibu yang akan melahirkan terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan rapid tes.

Semua Partisipan yang telah mendapatkan terapi ARV tampak ada peningkatan nilai CD4 dari pemeriksaan sebelumnya. Jumlah CD4 sangat penting sebagai pertimbangan awal memulai pengobatan selain penilaian gejala yang dialami. Menurut pedoman WHO, *anti retroviral therapy* (ART) sebaiknya dimulai sebelum CD4 turun di bawah 350 atau ODHA dewasa dan remaja memenuhi kriteria stadium klinis WHO yaitu HIV Penyakit stadium 3 (penyakit lanjut) atau 4 (penyakit berat) tanpa memandang jumlah CD4 (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Penelitian tentang jumlah sel CD4 setelah 6 tahun dimulainya HAART menemukan hanya pasien pada awal dengan jumlah CD4 > 350 sel/mL kembali mendekati jumlah sel CD4 normal. Data ini menunjukkan

bahwa konsumsi ART pada CD4 rendah akan menghasilkan jumlah sel CD4 tidak kembali ke tingkat normal (Moore RD, 2007).

Praktik Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia produktif.

KIE tentang HIV/AIDS

Komunikasi informasi dan edukasi dilakukan oleh MK untuk meningkatkan kesadaran tentang HIV/AIDS pada penderita dan keluarganya dengan mengadakan pertemuan rutin bulanan dan menjadikan mereka yang sudah terinfeksi HIV/AIDS menjadi 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".

Praktik seks aman

Sebelum diketahui status HIV positif, semua ibu mengaku tidak melakukan praktik seks aman. Namun setelah mengetahui mereka

Tabel 3. Status Pengobatan

Partisipan	Nilai CD4		Keterangan	Terapi ARV
	Sebelumnya	6 bulan terakhir		
1	285	352	Meningkat	Nevirapine - Delavirdine
2	51	132	Meningkat	Nevirapine - Delavirdine
3	310	346	Meningkat	Nevirapine - Delavirdine
4	Belum periksa	204	–	Nevirapine - Delavirdine
5	281	487	Meningkat	Nevirapine - Delavirdine
6	Belum terdeteksi	Belum periksa	–	Nevirapine - Delavirdine
7	270	400	Meningkat	Lamivudine Stavudin - Tenofovir
8	Belum terdeteksi	590	–	–
9	Belum terdeteksi	476	–	–
10	233	337	Meningkat	Lamivudine- Zidovudine - Efaviren
11	157	439	Meningkat	Lamivudine- Zidovudine - Efaviren
12	Belum terdeteksi	Belum periksa	–	Neviral-Duviral

mengikuti anjuran untuk praktik seks aman. Berikut pernyataan dari partisipan 6:

"saya tahu suami saya itu sering main perempuan, banyak pacarnya...orang saya dulu tidak niat dengan dia, nggak tahu kok bisa nikah sama dia. Saya...anaknya bisa kena penyakit ini kan dari dia karena tidak menggunakan pelindung. Sekarang sudah tahu bagaimana mencegah ke anak ya harus dilakukan" (ibu HIV positif, 24 tahun Ibu rumah tangga).

Anggapan bahwa perempuan itu lemah dan pasif menyebabkan perempuan, tidak mudah melakukan negosiasi dengan pasangannya dalam penggunaan kondom atau mencegah tidak berhubungan seksual, mereka selalu dituntut siap melayani kebutuhan seksual pria dan menjadi pelayan emosionalnya. Meskipun dia tahu bahwa suaminya itu memiliki banyak pasangan. Selain itu seorang istri diharapkan untuk selalu setia kepada suami mereka, tetapi tidak dapat meminta kesetiaan dari sang suami.

Praktik Mencegah Kehamilan yang tidak Direncanakan pada Ibu HIV

Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada Ibu HIV merupakan

salah satu cara yang efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Meskipun partisipan 9 telah mengetahui status HIV positif suami dan dirinya beberapa waktu yang lalu, ibu masih berkeinginan kuat untuk memiliki anak, berikut pernyataannya:

"Saya menikah memang sudah telat, harapannya segera mempunyai anak. tapi keburu suami sakit dan saya juga diketahui positif. Saya pernah mendengar kalau sakit seperti ini juga bisa hamil dan mempunyai anak normal, tapi saya belum tahu banyak tentang pemeriksaan apa... yang harus tinggi nilainya sebelum program hamil?" (ibu HIV positif, 29 tahun, SMP, Pedagang).

Keterlambatan diagnosis AIDS menyebabkan kematian suami dan 3 anak dari partisipan 10 mengakibatkan trauma psikologis dan berniat tidak akan menikah dan mempunyai anak lagi, berikut pernyataannya:

"saya sudah trauma mbak...menghadapi kematian orang-orang yang saya sayangi. Biarlah saya begini, takut kalau menikah lagi...kan belum tentu juga suami bisa menerima status saya". (ibu HIV positif, 28 tahun SMP, Petani).

Menurut keterangan MK, kehamilan pada ODHA bisa direncanakan jika level CD4 di atas 500 sel/mL. Saat ini, pasangan positif yang ingin mendapatkan kehamilan disarankan untuk berlatih tanpa pelindung dalam melakukan hubungan seksual selama masa subur. Praktik seks aman pada kelompok berisiko dengan pemakaian kondom dapat mengurangi penularan pada pasangan. Hal ini menuntut ketersediaan kondom gratis yang mudah diakses.

Praktik Mencegah Terjadinya Penularan HIV dari Ibu Hamil HIV Positif ke Bayi yang Dikandungnya

Hampir semua ibu HIV positif di wilayah ini telah mengetahui bahwa penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi jika ibu tidak melakukan upaya pencegahan. Seperti yang disampaikan oleh partisipan 3 berikut ini:

"Alhamdulillah anak saya negatif, sehat dia... gemuk dan semoga tetap begitulah. Saya ketahuan positif kan sebelum menikah dengan bapaknya. Namun setelah diberi penjelasan oleh MK bahwa boleh hamil kalau kadar CD4 tinggi dan kalau hubungan harus menggunakan kondom, maka saya patuhi itu". (ibu, 31 tahun, SMP, Wiraswasta)

Pencegahan penularan HIV di saat ibu hamil telah terinfeksi HIV ini merupakan inti dari intervensi pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi. Majelis Umum PBB menetapkan target pada tahun 2010 untuk 80% wanita hamil dan anak-anak terakses ke pencegahan, pengobatan dan perawatan. Mengurangi proporsi bayi yang terinfeksi HIV sebesar 50% (WHO, 2010).

Konsumsi HAART

Pengalaman MK merawat ibu hamil HIV positif dengan konsumsi HAART sejak kehamilan 26 minggu mampu mencegah penularan infeksi ke anak, berikut pernyataannya:

"Ibu memakai ARV Neviral-duviral sejak usia kehamilan 26 minggu. Setelah anak lahir 7 hari juga langsung diberikan profilaksis

Zidovudin sampai dengan usia 40 hari, lanjut kotrimoksasol sampai dengan 6 bulan. Efek kotrimoksasol itu ada mual dan muntah... makanya saya khawatir juga lahirnya kan di rumah per vaginal. pada usia An. Y 2 bulan saya periksakan PCR meskipun biayanya mahal sampai 1,5 juta an dan Alhamdulillah negatif".

Penelitian penggunaan ART tidak menemukan penularan dari ibu ke bayi setelah persalinan per vaginal pada wanita HIV positif yang diobati secara efektif dengan HAART. (Boer K, 2007). Penelitian tentang jumlah absolut dan persentase CD4 (+) limfosit sebagai prediktor independen kemajuan penyakit orang terinfeksi HIV yang memulai HAART menemukan bahwa, % CD4 dapat digunakan untuk menentukan waktu pemberian HAART (Hulgan T.S.B., 2007).

Persalinan

Hampir semuanya (11 dari 12 orang) ibu HIV positif ini riwayat melahirkan anaknya secara spontan, kecuali partisipan 12 dilakukan rujukan ke RS untuk melahirkan dengan Sectio Caesaria (SC) gratis. Persalinan SC dinilai aman dan harus direncanakan sebelum saat persalinan. Hal ini bertujuan menghindari bayi terkena kontak darah dan lendir ibu. Beberapa penelitian menyimpulkan, operasi SC dapat mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi sebesar 50–66%.

Pemberian Air Susu Ibu (ASI)

Kebanyakan ibu HIV positif di wilayah ini memberikan ASI sampai bayi menolak menyusu dengan sendirinya karena tidak mengetahui status HIV positif sebelumnya kecuali partisipan 12. Seperti yang disampaikan berikut ini:

"Susu untuk bayi, kami mendapat 5 dus kecil gratis dari RS setelah anak lahir melalui operasi SC, setelah itu sampai sekarang ya beli sendiri. Yang penting anak dan ibunya sehat, rejeki nanti akan ada sendiri". (ibu HIV positif, 24 tahun, SMA, Ibu rumah tangga).

Ibu hamil HIV positif perlu konseling untuk membantu membuat keputusan

apakah ingin memberikan susu formula atau memberikan ASI eksklusif. Rekomendasi dan prinsip pedoman (WHO, 2010) meliputi: (1) Memberikan ART seumur hidup (ART) untuk semua ibu hamil dengan $CD4 \leq 350$ sel/ mm^3 atau lanjutan penyakit klinis; (2) Wanita hamil membutuhkan ART untuk kesehatan mereka sendiri; (3) tes CD4 harus tersedia untuk menentukan kelayakan ART; (4) Bagi wanita tidak memenuhi syarat untuk ART, memberikan kombinasi ARV profilaksis (dengan AZT atau tiga ARV profilaksis) dimulai pada trimester 2 dilanjutkan profilaksis postpartum; (5) Dalam pengaturan di mana menyusui adalah pilihan makan bayi, berikan profilaksis baik untuk ibu atau bayi selama menyusui.

Setelah diimplementasikan, rekomendasi ini mengurangi risiko penularan HIV dari ibu menjadi kurang dari 5% pada populasi menyusui, dan bahkan lebih rendah dalam pengaturan non-ASI, meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta kelangsungan hidup (WHO, 2010). Program PMTCT nasional di Thailand efektif mengurangi risiko penularan dari ibu ke bayi 18,9–24,2%. Penambahan nevirapine AZT jangka pendek mulai tahun 2004 dapat meningkatkan efektivitas program (Plipat T, 2007).

Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada Ibu HIV Positif Beserta Bayi dan Keluarga

Budaya keluarga merawat orang sakit

Budaya keluarga merawat orang sakit nampaknya masih kuat di lingkungan keluarga dan hal ini menyebabkan sikap ambivalen membenci perilaku amoral dengan rasa kasihan dan ingin merawat anak yang sakit. Hal ini terungkap pada saat ditanyakan bagaimana jika AIDS itu terjadi. Berikut pernyataan partisipan 4:

"Kenapa orang tua yang berdosa kok anak yang kena dampaknya. Apa ini hukum karma? tapi kalau anak tertular dari ibu, sementara ibu tidak tahu apa-apa karena dia mendapat penyakit itu dari suaminya... itu juga tidak adil kalau disalahkan. Satu-satunya yang bisa

dilakukan ya anak harus dirawat yang baik, biar cepat sehat...". (ibu mertua, 55 tahun, SD, Petani)

Dukungan keuangan, fisik dan emosional

Dukungan anggota keluarga telah diterima dan dirasakan oleh 9 dari 12 partisipan berupa dukungan keuangan, fisik dan dukungan emosional. Mereka merasa diterima dengan baik oleh keluarga. Berikut kutipan dari partisipan 5:

"saya banyak minta tolong ke keluarga sini/ suami. selama ini saya merawat anak dengan nenek dan saudara di sini. Di rumah mertua ada nenek, kakak dan banyak yang bantu. Kalau pas badan saya tidak enak langsung ke rumah mertua". (ibu HIV positif, 29 tahun, MTs, Penjahit)

Kemudahan Akses Rujukan

Perawatan dan pengobatan ODHA diharapkan seoptimal mungkin dengan pertimbangan sumber daya, kemudahan akses dan meminimalkan kendala. Hal ini telah dilakukan oleh MK dan KDS sebagai penggerak dan motivator penderita seperti pertemuan rutin bulanan ke RS rujukan secara bersama untuk pemeriksaan kesehatan, CD4 dan akses bantuan lembaga donor.

Stigma

Banyak pengasuh mengalami beban psikologis dan stress yang mempengaruhi kesehatan mental secara keseluruhan karena stigma yang diberikan pada mereka. Berikut pernyataan dari partisipan 10:

"Anak saya 3 sudah meninggal semua. Biasanya anak lahir prematur, kalau tidak ya lahir... sakit... kemudian sebentar kok mungkin tidak sampai usia 100 hari terus meninggal dunia. Orang-orang menuduh saya 'Bau Laweyan' semacam 'Cekelan' yang mengorbankan anak-anak, suami juga. Padahal untuk mencukupi kebutuhan makan dan hidup sehari-hari saja saya kurang". (Ibu HIV positif, 28 tahun, SMP, Petani)

Diskriminasi

Diskriminasi dari petugas kesehatan masih dilaporkan oleh sebagian besar partisipan. Seperti disampaikan oleh partisipan-partisipan bahwa pengalaman pahit kehilangan suami dan kedua anaknya karena keterlambatan perawatan dan pengobatan sangat menyakitkan dan akan terkenang sepanjang hidup. Berikut pernyataannya:

"kalau di RS Kariadi baik semua perawatnya... dokternya...seperti keluarga sendiri. Tapi kalau di RS daerah kok belum bisa seperti itu...bahkan dulu waktu suami dan anak saya masuk rumah sakit, memasang infus saja petugas kesehatan tidak mau melakukan". (ibu HIV positif, 34 tahun, SMA, Pelayan toko)

Kapasitas bidan melakukan pertolongan persalinan sebagai tenaga kesehatan profesional belum sepenuhnya dilakukan, seperti disampaikan MK berikut ini:

"Ada pengalaman ibu HIV positif yang sudah diprogram melahirkan di RS Rujukan, tapi sebelum waktu yang diperkirakan bayi lahir ternyata maju. Bidan sudah dihubungi, bahkan saya sedikit mengancam kalau tidak mau datang akan dilaporkan. Kenyataannya tidak segera menolong, sampai bayi itu saya keluarkan sendiri di rumah...datang tinggal memotong tali pusat".

Kondisi diskriminasi penderita HIV/AIDS ternyata juga terjadi di Negara endemis lainnya. Penelitian tentang sikap dan praktik diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS di Nigeria menemukan 54% petugas kesehatan pada fasilitas rujukan menolak untuk merawat dan 9% menolak pasien HIV/AIDS di rumah sakit (Reis C H. M., 2005).

Praktik diskriminasi oleh pegawai pemerintahan dialami oleh partisipan 2 pada saat keluarga mengurus kebutuhan kelengkapan dokumen administrasi untuk perawatan di RS. Berikut ini pernyataannya:

"dulu waktu suami harus dirawat di RS, saya minta surat pengantar dari desa untuk mengurus Jamkesmas karena kami tidak mempunyai uang untuk perawatan di RS. Tapi oleh staf kelurahan dilempar ke meja itu...

meja itu...waktunya menunggu lama sekali, padahal ada salah satu dari mereka masih saudara saya" (ibu HIV positif, 34 tahun, SMA, Pelayan toko).

Sikap memberi stigma dan diskriminasi dari petugas kesehatan di tatanan pelayanan kesehatan daerah seharusnya tidak boleh terjadi, karena menyebabkan pengasuh tidak mau atau terlambat mengakses fasilitas kesehatan sehingga dikhawatirkan angka kesakitan dan risiko kematian HIV/AIDS meningkat.

Kurangnya Upaya Sosialisasi

Penyebarluasan informasi tentang penyakit HIV/AIDS pada masyarakat luas dirasakan belum optimal. Hal ini dilaporkan oleh penderita maupun keluarga dari hasil FGD saat ditanyakan: *"Pernahkan saudara mendapat sosialisasi atau penyuluhan tentang HIV/AIDS"*. Sebagian besar dari peserta mengatakan tidak pernah dengar sebelumnya. Mereka mengetahui dan baru mendengar dari masyarakat atau petugas kesehatan dinas terkait pada saat ada anggota keluarga yang meninggal karena penyakit tersebut. Sosialisasi yang masih terbatas pada kelompok tertentu atau berisiko juga dibenarkan oleh MK.

Dukungan sosial merupakan penyangga penting bagi ODHA. Dengan terbatasnya dukungan formal, pengasuh harus makin mengandalkan jaringan informal. Namun, tidak semua ODHA bisa mengaksesnya karena keterbatasan informasi dan stigma infeksi HIV (D'Cruz,P, 2002) Dukungan kelompok ini sangat bermanfaat untuk ODHA di mana individu untuk penguatan perilaku dan mengajari keterampilan menghadapi akuisisi, sehingga dapat mengurangi kecemasan dan kesulitan hidup.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Praktik baik untuk pencegahan utama penularan pada wanita usia subur telah diupayakan MK dan KDS melalui KIE pada kelompok-kelompok masyarakat meskipun masih terbatas. Ibu HIV positif tertular melalui

praktik seks tidak aman, mencegah kehamilan karena trauma psikologis dari pengalaman kematian suami dan anak-anak, penggunaan kontrasepsi kondom, Pencegahan dari ibu-ke-bayi (MTCT) dengan pengobatan ART sejak masa kehamilan 26 minggu. Sebagian besar ODHA mendapat dukungan dari keluarga, namun masih ditemukan stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan profesional maupun staf pemerintahan serta kurangnya sosialisasi PMTCT oleh pemerintah daerah atau pihak terkait.

Saran

Peningkatan kapasitas dalam penyediaan tenaga kesehatan yang mampu melayani PMTCT, VCT, Test CD4, mekanisme pelaksanaan praktik layanan antenatal, kelahiran dan menyusui bagi ibu dan anak suspect HIV sampai ke level daerah dan Upaya sosialisasi HIV/Aids khususnya PMTCT masih perlu dilakukan melalui berbagai saluran komunikasi.

KEPUSTAKAAN

- Boer K.N.J, 2007. The AmRo study: pregnancy outcome in HIV-1-infected women under effective highly active antiretroviral therapy and a policy of vaginal delivery. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, pp. 114(2): 148–155.
- D'Cruz, P, 2002. Caregivers' experiences of informal support in the context of HIV/AIDS. The Qualitative Report. September 7(3).
- Hulgan T.S.B, 2007. Absolute count and percentage of CD4(+) lymphocytes are independent predictors of disease. *Journal of Infectious Diseases*, 195(3): 425–431.
- Messer Lynne C, 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.
- Moore RD, K.J, 2007. CD4(+) cell count 6 years after commencement of highly active antiretroviral therapy in persons with sustained virologic suppression. *Clinical Infectious Diseases*, pp. 44(3): 441–446.
- Plipat T.N.T, 2007. Reduction in mother to-child transmission of HIV in Thailand, 2001-2003: results from population-based surveillance in six provinces. *AIDS*, pp. 21(2): 145–151
- Reis C.H.M, 2005. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria.. Physicians for Human Rights, Boston, Massachusetts, USA. creis@phrusa.org: P. *PLoS Med*, Aug;2(8):e246.
- UNICEF, Innocenti Research Centre. *Caring for Children Affected by HIV and AIDS*. Florence, Italy, (Online), (<http://www.unicef-irc.org/publication/pdf/insight-hiv-eng.pdf>, Diakses 26 januari 2011).
- UNGASS, 2010. 'Indonesia Country Progress Report'. *HIV and AIDS in Asia*. From <http://www.Avert.org/aids-asia.htm>.
- WHO. 2010. *WHO Director-General calls for more synergies to achieve Millennium development Goal on mothers, children and HIV*. New York,USA: From <http://www.who.int/hiv/mediacentre/mtct/en/index.html>. Diakses 8 Mei 2011.
- WHO, 2010. *PMTCT strategic vision 2010-2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*. Switzerland: www.who.int.