

Qualitative Analysis: Comparison of Growth and Development in Children with HIV/AIDS Living at Lentera Halfway House and Those Living at Home with Family in Surakarta

Vita Raraningrum¹⁾, Argyo Demartoto²⁾, Supriyadi Hadi Respati³⁾

¹⁾ School of Midwifery Rustida, Banyuwangi, East Java

²⁾ Masters Program in Public Health, Sebelas Maret University, Surakarta

³⁾ Department of Obstetrics and Gynecology, Dr. Moewardi Hospital, Surakarta

ABSTRACT

Background: Children with HIV/AIDS infection need optimal endurance to grow and develop. Optimal endurance is required to cope with threatening diseases. This study aimed to compare growth and development in children with HIV/AIDS living at Lentera halfway house and those living at home with family in Surakarta.

Subjects and Method: This was a qualitative study with case study approach. The main study subjects were children with HIV/AIDS. The informants of this study included manager and caregivers at the Lentera halfway house, and parents. The informants were selected by snowball sampling. The dependent variables under study included bodyweight, CD4, fine and gross motoric development, stigma and discrimination, moral and religious development. The independent variable was place of care, i.e. halfway house or home with family. Except for bodyweight and CD4, the other remaining variables were collected by in-depth interview and observation. Bodyweight was measured by scale. CD4 was measured by chemical laboratory.

Results: There was no difference in child growth living in the two places of care, with respect to bodyweight and CD4 count. The CD4 count was moderate indicating a moderate immunosuppressive state. Children with HIV/AIDS suffered stigma and discrimination more at halfway house than at home living with family. There was no difference in gross motoric development in children with HIV/AIDS living at the two places of care. Likewise, there was no difference in moral and religious development in children with HIV/AIDS living at the two places of care.

Conclusion: Stigma and discrimination occur more often in children with HIV/AIDS that live at halfway house than at home with family. Bodyweight, CD4 count, gross motoric development, and moral and religious development are comparable in children with HIV/AIDS that live at halfway house and at home with family.

Keywords: children with HIV/AIDS, halfway house, family, growth, development

Correspondence:

Vita Raraningrum. School of Midwifery Rustida, Banyuwangi, East Java.

Email: vitarara.11@gmail.com

LATAR BELAKANG

Anak-anak yang mengidap HIV sangat rentan mendapat masalah sosial terlebih bagi mereka tertular HIV dari orang tua mereka. Masalah yang paling rentan menimpa mereka adalah menjadi yatim karena salah satu atau kedua orang tua mereka meninggal akibat AIDS. Penelitian yang dilakukan oleh Abashula et al., (2014) menemukan masalah-masalah yang dihadapi anak

dengan HIV/AIDS ADHA yang telah menjadi yatim. Penelitian yang dilakukan di Ethiopia ini menemukan fakta bahwa anak-anak yang terinfeksi HIV/AIDS (ADHA) di sana banyak yang mengalami permasalahan kesehatan, kekerasan seksual bahkan banyak dari mereka yang harus diperkerjakan di usia yang belum cukup umur. Masalah lain yang dihadapi ADHA adalah

masih sedikitnya ADHA yang mendapat akses layanan kesehatan dan pendidikan.

Nilesh Thakor et al., (2015) mengatakan ada berbagai persoalan yang dihadapi oleh ADHA. Penelitian yang dilakukan pada anak dengan ADHA pada rentang usia 5-14 tahun di India mengungkapkan berbagai permasalahan yang dihadapi ADHA, 30% dari anak-anak yang menjadi responden penelitian telah dikeluarkan dari sekolah, 65.5% anak-anak harus hidup bersama kedua orang tua mereka yang juga mengidap HIV/AIDS, sedangkan 63% kasus orang tua yang lebih memilih untuk merahasiakan status HIV/ AIDS anak mereka dari orang-orang sekitar seperti guru dan teman. Selain itu beberapa anak juga ditemukan dengan kondisi kesehatan yang buruk seperti kekurangan nutrisi bahkan juga ditemukan beberapa anak yang tidak mendapatkan terapi ART.

Tujuan penelitian ini mengetahui pertumbuhan dan perkembangan terhadap anak dengan ADHA di Kota Surakarta dengan mengambil kasus ADHA yang saat ini berada di Rumah Singgah Lentera serta yang tinggal dengan Keluarga. Rumah Singgah Lentera merupakan rumah singgah yang menampung anak-anak yatim piatu yang terinfeksi HIV/ AIDS di Kota Surakarta.

SUBJEK DAN METODE

Merupakan penelitian kualitatif dengan metode studi kasus. Teknik sampling yang digunakan adalah *snowball sampling*. Informan utama adalah ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dan yang tinggal dengan keluarga. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam, observasi dan analisis dokumen. Validitas data dalam penelitian ini meliputi triangulasi sumber, triangulasi metode, triangulasi teori. Analisis data dalam penelitian ini mengguna-

kan model analisis perbandingan pola, yaitu reduksi data, sajian data dan analisis data yang membentuk sebuah pola yang dapat mengungkap pertumbuhan dan perkembangan.

HASIL

Pertumbuhan anak dengan HIV/AIDS di Rumah Singgah Lentera dan yang tinggal dengan keluarga ADHA memiliki pertumbuhan yang tidak berbeda. Data rekam medis informan ADHA menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan BB antara ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dengan yang tinggal dengan keluarga atau orang tua. Hal ini berhubungan dengan sistem kekebalan tubuh (CD4) ADHA serta nutrisi yang diberikan oleh pengasuh ataupun keluarga dan orang tua. Berdasarkan data rekam medis rumah sakit Dr. Moewardi diketahui bahwa: jumlah CD4 pada ADHA F CD4 352 Sel/mm³ (200-499) dan ADHA P CD4 450 Sel/mm³ (200-499) keduanya dalam kategori Imunosupresi sedang. Sedangkan ADHA M/Y serta ADHA M/B jumlah CD4 500 Sel/mm³ (≥ 500) termasuk kedalam kategori tidak ada imunosupresi.

Perkembangan anak dengan HIV/AIDS di rumah singgah lentera dan yang tinggal dengan keluarga perkembangan fisik, perkembangan intelektual, perkembangan emosional, perkembangan bahasa, perkembangan sosial, perkembangan bermain, perkembangan kepribadian, perkembangan moral, perkembangan kesadaran beragama.

Perkembangan fisik ADHA dilihat dari perkembangan motorik kasar dan motorik halus. Perkembangan motorik kasar ADHA M/ Y sudah dapat meloncat, menangkap bola serta bermain olah raga tetapi belum dapat mengendarai sepeda anak. ADHA F sudah dapat meloncat, menangkap bola serta bermain olah raga

tetapi belum dapat mengendarai sepeda anak. ADHA P sudah dapat meloncat, menangkap bola serta bermain olah raga tetapi belum dapat mengendarai sepeda anak, dan ADHA M. B sudah dapat meloncat, menangkap bola serta bermain olah raga tetapi belum dapat mengendarai sepeda anak. Perkembangan motorik halus ADHA M/ Y sudah dapat menggunakan pensil dan menggambar serta belum dapat memotong dengan gunting serta menulis huruf cetak. ADHA F sudah dapat menggunakan pensil, menggambar, memotong dengan gunting serta menulis huruf. ADHA P sudah dapat menggunakan pensil, menggambar, memotong dengan gunting serta menulis huruf, dan ADHA M. B sudah dapat menggunakan pensil, menggambar, memotong dengan gunting serta menulis.

Perkembangan intelektual ADHA M. Y belum bisa menerapkan simbol secara keseluruhan hanya beberapa aktivitas saja seperti bermain kuda-kudaan, perang-perangan. Perkembangan intelektual ADHA F sudah bisa menggunakan bantal atau guling dan bercerita menggunakan boneka; perkembangan intelektual ADHA P sudah bisa menggunakan bantal, guling, kursi, kain yang bisa dipakai. Perkembangan intelektual ADHA M. B selain menggunakan bantal guling M. B juga bisa menggunakan benda lain seperti sedotan, balok, kursi.

Perkembangan emosional ADHA M/ Y, ADHA F dan ADHA M. B dalam perkembangannya dapat menunjukkan ekspresi perasaan takut, marah, cemburu, senang, kasih sayang, fobia dan rasa ingin tahu. Namun perasaan cemas belum terlihat. Sedangkan ADHA P dapat menunjukkan ekspresi perasaan takut, marah, cemburu, senang, kasih sayang, fobia dan rasa ingin tahu namun perasaan cemas kadang-kadang terlihat.

Perkembangan bahasa ADHA F, P dan M. B sudah dapat menggunakan kali-

mat majemuk beserta anak kalimatnya serta tingkat berpikir anak sudah lebih maju, anak banyak menanyakan soal waktu, sebab akibat melalui pertanyaan-pertanyaan: kapan, kemana, mengapa, dan bagaimana. Sedangkan ADHA M/ Y belum dapat menggunakan kalimat majemuk beserta anak kalimatnya serta tingkat berpikir anak sudah lebih maju, anak banyak menanyakan soal waktu, sebab akibat melalui pertanyaan-pertanyaan: kapan, ke mana, mengapa, dan bagaimana. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa perkembangan bahasa pada satu ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera masih kesulitan dalam bahasa tetapi untuk yang tinggal dengan keluarga dan orang tua lebih maju dalam perkembangan bahasanya.

Perkembangan sosial ADHA M/ Y dan ADHA F terbatas hanya di dalam Rumah Singgah Lentera atau ke sekolah, sedangkan perkembangan sosial ADHA P dan ADHA M. B bisa berinteraksi sosial dengan semua teman sebayanya di rumah, sekolah, saudara, atau lingkungan rumah. Perkembangan sosial ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera mempunyai stigma negatif dari masyarakat (lingkungan sekitar, lingkungan sekolah) karena status HIV positifnya. Sedangkan ADHA yang tinggal dengan keluarga relatif lebih mudah diterima oleh masyarakat di sekitarnya. ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera tidak dapat berinteraksi sosial dengan leluasa khususnya dengan sesama anak terutama di lingkungan sekitar Rumah Singgah Lentera.

Perkembangan bermain ADHA M/ Y, F, P dan M. B bisa melakukan permainan fungsi, fiksi, reseptif dan membentuk (konstruksi) meliputi meloncat-loncat, naik dan turun tangga, berlarian, bermain tali, dan bermain bola, kursi sebagai kuda, bermain peran sekolahan, peran berdagang, perang-perangan, dan memasak;

membentuk bangunan rumah dari potongan-potongan kayu (plastik) dan membuat senjata dari pelepah daun pisang.

ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera karena keterbatasan ruang gerak (rumah singgah), maka ada kendala inovasi dalam membuat permainan dibanding dengan ADHA yang tinggal dengan keluarga. ADHA lebih kreatif dengan membuat berbagai permainan dan tidak hanya dilakukan di rumah tetapi diluar rumah. ADHA di Rumah Singgah Lentera tersebut anak lebih cenderung bermain didalam rumah karena adanya diskriminasi. Perkembangan kepribadian ADHA baik ADHA M/ Y, F. P serta M. B memiliki percaya diri dalam melakukan sesuatu seperti menyanyi, berdoa termasuk dilakukan dihadapan peneliti. Berdasarkan inisiatif dalam sikap dan tingkah laku ADHA M/ Y, F. P serta M. B sudah bisa memahami tentang sesuatu jelek atau baik, kadang dengan lembut bicara kepada yang lebih tua.

Dalam perkembangan moral, ADHA sudah memiliki dasar tentang sikap moralitas terhadap kelompok sosialnya (orang tua, saudara dan teman sebaya). Melalui pengalaman berinteraksi dengan orang lain (orang tua, saudara dan teman sebaya) anak belajar memahami tentang kegiatan atau perilaku mana yang baik/ boleh/ diterima/ disetujui atau buruk/ tidak boleh/ ditolak/ tidak disetujui. Contoh ADHA meliputi berdoa sebelum makan dan tidur agar masuk surga, mencuci tangan sebelum makan, menggosok gigi sebelum tidur, serta membuang sampah tidak boleh sembarangan. Keseluruhan tahap perkembangan moral dilakukan dan diterapkan dalam kesehariannya. Tidak ada perbedaan perkembangan moral antara ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dengan yang tinggal dengan keluarga atau orangtua.

Perkembangan kesadaran beragama ADHA, F, P dan M. B sudah relatif baik

yang meliputi mengucapkan salam, membacakan basmalah pada saat akan mengerjakan sesuatu, membaca hamdalah pada saat mendapatkan kenikmatan dan setelah mengerjakan sesuatu, menghormati orang lain, memberi shodaqoh, serta memelihara kebersihan (kesehatan) baik diri sendiri. Akan tetapi ADHA M/ Y karena keterbatasan perkembangan bahasa, M/ Y tidak dapat mengucapkan salam dan membaca hamdalah pada saat mendapatkan kenikmatan dan setelah mengerjakan sesuatu.

PEMBAHASAN

ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dan ADHA yang tinggal dengan keluarga dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan ADHA tidak berbeda. Hasil data rekam medis informan ADHA menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan parameter TB dan BB antara ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dengan yang tinggal dengan keluarga atau orang tua. Hal ini berhubungan dengan sistem kekebalan tubuh ADHA serta nutrisi yang diberikan oleh pengasuh ataupun keluarga.

Berdasarkan data rekam medis RS Moewardi, jumlah CD4 pada ADHA F CD4 352 Sel/mm³ (200-499) dan ADHA P CD4 450 Sel/mm³ (200-499) keduanya dalam kategori Imunosupresi Sedang. Sedangkan ADHA M/Y serta ADHA M.B Jumlah CD4 500 Sel/mm³ (≥ 500) Kategori tidak ada imunosupresi. Perkembangan fisik yang dapat dicapai dengan keseluruhan aspek antara ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dengan yang tinggal dengan keluarga yakni hanya satu anak M/ Y perkembangannya mengalami perbedaan karena M/ Y terkendala pada bahasa dan konsentasinya.

Aspek-aspek dalam perkembangan fisik sangat penting untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari agar setiap pengasuh ataupun ADHA bisa lebih ber-

peran dalam fungsi tubuhnya sehingga lebih bisa menikmati keuntungan bentuk, fungsi dari masing-masing perkembangan fisik anak. Dalam perkembangan tersebut gizi yang baik serta pemahaman dalam bermain tanpa harus melihat penyakit yang diderita. Untuk perkembangan fisik antara ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dan yang tinggal dengan keluarga baik karena diimbangi dengan kasih sayang dari pengasuh dan keluarga yang selalu mendampingi.

Perkembangan intelektual ADHA M. Y belum bisa menerapkan simbol secara keseluruhan hanya beberapa aktivitas saja seperti bermain kuda-kudaan, perang-perangan. Perkembangan intelektual dari ADHA F sudah bisa menggunakan bantal atau guling dan bercerita menggunakan boneka; perkembangan emosional ADHA M/ Y, ADHA F dan ADHA M.B dalam perkembangannya dapat menunjukkan ekspresi perasaan takut, marah, cemburu, senang, kasih sayang, phobia dan rasa ingin tahu namun perasaan cemas belum terlihat; sedangkan ADHA P dapat menunjukkan ekspresi perasaan takut, marah, cemburu, senang, kasih sayang, phobia dan rasa ingin tahu namun perasaan cemas kadang-kadang terlihat.

Perkembangan bahasa ADHA F, P dan M. B sudah dapat menggunakan kalimat majemuk beserta anak kalimatnya serta tingkat berpikir anak sudah lebih maju, anak banyak menanyakan soal waktu, sebab akibat melalui pertanyaan-pertanyaan meliputi kapan, kemana, mengapa, dan bagaimana. Sedangkan ADHA M/ Y belum dapat menggunakan kalimat majemuk beserta anak kalimatnya serta tingkat berpikir anak sudah lebih maju, anak banyak menanyakan soal waktu, sebab akibat melalui pertanyaan-pertanyaan: kapan, ke mana, mengapa, dan bagaimana. Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan

bahwa perkembangan bahasa pada satu ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera masih kesulitan dalam bahasa tetapi anak yang tinggal dengan keluarga lebih maju dalam perkembangan bahasanya.

Perkembangan sosial ADHA M/ Y dan ADHA F terbatas hanya di dalam Rumah Singgah Lentera atau ke sekolah, sedangkan perkembangan sosial ADHA P dan ADHA M. B bisa berinteraksi sosial dengan semua teman sebayanya di rumah, sekolah, saudara, atau lingkungan rumah. Perkembangan sosial ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera mempunyai stigma negatif dari masyarakat (lingkungan sekitar, lingkungan sekolah) karena status HIV positifnya. Sedangkan ADHA yang tinggal dengan keluarga relatif lebih mudah diterima oleh masyarakat di sekitarnya. ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera tidak dapat berinteraksi sosial dengan leluasa khususnya dengan sesama anak terutama dilingkungannya.

Kematangan penyesuaian sosial ADHA akan sangat terbantu, dengan memberikan peluang kepada ADHA untuk belajar memperluas pergaulan sosialnya, dan menaati peraturan (kedisiplinan). Selain itu perkembangan sosial ADHA dipengaruhi suasana keluarga meliputi aturan yang masih longgar, tidak terlalu mengikat kebebasan anak, ADHA berkesempatan untuk aktif bergerak, bermain, dan riang gembira yang semuanya mempunyai nilai pedagogis; serta ADHA dapat mengenal dan bergaul dengan teman sebaya yang beragam (multi budaya), baik etnis, agama, dan budaya. ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera karena keterbatasan ruang gerak (rumah singgah), maka ada kendala inovasi dalam membuat permainan dibandingkan dengan ADHA yang tinggal dengan keluarga. ADHA lebih kreatif dengan membuat berbagai permainan dan tidak hanya

dilakukan dirumah tetapi diluar rumah. ADHA di Rumah Singgah Lentera tersebut anak lebih cenderung bermain di dalam rumah karena adanya diskriminasi.

Secara psikologis dan pedagogis, bermain mempunyai nilai-nilai yang sangat berharga bagi ADHA, karena anak memperoleh perasaan senang, puas, bangga, atau berkatarsis (peredaan ketegangan) meliputi anak dapat mengembangkan sikap percaya diri, tanggung jawab, dan kooperatif (mau bekerja sama), anak dapat mengembangkan daya fantasi, atau kreativitas (terutama permainan fiksi dan konstruksi), anak dapat mengenal aturan, atau norma yang berlaku dalam kelompok serta belajar untuk menaatinya, anak dapat memahami bahwa baik dirinya maupun orang lain, sama-sama mempunyai kelebihan dan kekurangan, serta anak dapat mengembangkan sikap sportif, tenggang rasa, atau toleran terhadap orang lain.

ADHA M/ Y, F. P serta M. B memiliki percaya diri dalam melakukan sesuatu seperti menyanyi, berdoa termasuk dilakukan dihadapan peneliti. Berdasarkan inisiatif dalam sikap dan tingkah laku ADHA M/ Y, F. P serta M. B sudah bisa memahami tentang sesuatu yang baik atau buruk, memahami cara bicara kepada yang lebih tua dengan baik dan sopan.

Perkembangan sikap "independensi" dan kepercayaan diri (*self confidence*) ADHA amat terkait dengan cara perlakuan orang tua, anggota keluarga maupun pengasuh. Mereka mempunyai tugas dan wajib melindungi ADHA dari sesuatu yang membahayakan seperti kasus yang dialami ADHA ketika pindah dari rumah tempat tinggal yang lama ke Rumah Singgah yang baru. Masing-masing perlakuan orang tua, anggota keluarga maupun pengasuh cenderung memberikan dampak yang beragam bagi kepribadian anak.

ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dengan yang tinggal dengan keluarga atau orang tua tidak ada perbedaan. Pada saat mengenalkan konsep-konsep baik-buruk, benar-salah, atau menanamkan disiplin pada anak, orangtua atau guru hendaknya memberikan penjelasan tentang alasannya, karena apabila penanaman disiplin ini tidak diiringi penjelasan tentang alasannya, atau bersifat doktriner, biasanya akan melahirkan sikap disiplin buta, terlebih jika disertai dengan perlakuan kasar. Perkembangan kesadaran beragama ADHA, F, P dan M. B sudah relatif baik yang meliputi mengucapkan salam; membacakan basmalah pada saat akan mengerjakan sesuatu; membaca hamdalah pada saat mendapatkan kenikmatan dan setelah mengerjakan sesuatu; menghormati orang lain; memberi shodaqoh; serta memelihara kebersihan (kesehatan) baik diri sendiri. Akan tetapi ADHA M/ Y karena keterbatasan perkembangan bahasa, M/ Y tidak dapat mengucapkan salam dan membaca hamdalah pada saat mendapatkan kenikmatan dan setelah mengerjakan sesuatu.

Usia anak merupakan usia pertumbuhan dan perkembangan yang seharusnya sangat membutuhkan daya tahan optimal guna tumbuh dan kembangnya. Apabila anak terkena HIV, maka yang paling utama harus dilakukan tindakan adalah memberikan terapi. Namun memberikan obat tidak semudah memberikan minuman kepada anak kecil. Untuk itu peran orang tua sangat dibutuhkan. Orang tua harus telaten dan teratur memberikan obat, apalagi obat antivirus ini harus diberikan secara teratur. Pemenuhan gizi guna menyeimbangkan daya tahan tubuh anak selain untuk dapat membantu membunuh virus, juga untuk memberikan suplai sel imun khususnya proliferasi limfosit supaya kadarnya tidak cepat menurun secara drastis akibat sel limfosit dibunuh virus. Selain itu dengan

daya tahan tubuh yang lebih baik, pasien HIV dapat tetap bertahan terhadap penyakit lain yang mengancam.

ADHA juga harus diberikan pendampingan secara sosial dan psikologi, apabila lingkungan sudah mengetahui statusnya, sehingga ketika terjadi pengucilan terhadapnya, anak tidak menjadi benar-benar merasa terpukul. Orang tua yang memiliki ADHA harus dapat memberikan perlakuan tepat terhadap anaknya. Masa depan sang anak tetap harus diperhatikan, sehingga mereka juga diberikan pendidikan sebagaimana layaknya anak sehat lainnya. Perkembangan anak dengan HIV/AIDS di Surakarta khususnya yang tinggal di Rumah Singgah Lentera dan yang tinggal dengan keluarga menghadapi masalah yang kompleks karena adanya diskriminasi dan stigma dari masyarakat dalam status ADHA.

DAFTAR PUSTAKA

- Abashula (2014). The situation of orphans and vulnerable children in selected Woredas and towns in Jimma Zone.
- Astuti (2014). Implementasi Kebijakan Kesejahteraan dan Perlindungan Anak. *Jurnal Sosio Konsepsia* 4(1): 215-235.
- Nilesh Thakor (2015). Sociodemographic profile and health status of children living with HIV/AIDS attached to an NGO (ADHAR) of Ahmedabad city.
- Narendra, Moersintowarti B (2002). *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Hurlock EB (1980). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. (Edisi kelima). Jakarta: Erlangga.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surakarta (2015). *Laporan SRAN, SSR, Kegiatan dan Cakupan bulan Desember 2015*.
- Moeloeng L (2008). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nursalam, Kurniawati, Ninuk D (2007). *Asuhan dan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Paul ZA (2015). Social Support Disparities among Children affected by HIV/AIDS in Ghana. *Journal of Psychiatry*, 18(1):14-161.
- Salimo H (2012). *Tumbuh Kembang Anak Pada Penyakit Khusus*. Cetakan 2, Surakarta, UNS Press.
- Saputri LO (2013). *Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA) Di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2007-2011*. Bali: Universitas Udayana.
- Shapiro, Roger L, Lockman, Shahin, Ibou T, Stocking, Lisa (2003). Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: Results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother to child transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention*, 15(3): 221-30.
- Soetjningsih (2004). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- _____ (2016). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- WHO (2012). *Millenium Development Goals*. World Health Organization Indonesia.