

**MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG  
TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA DITINJAU  
DARI SUDUT PANDANG KEDOKTERAN DAN ISLAM**



3088

**Disusun Oleh :**

**LANI SURYANI**

**110.2003.154**

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk mencapai gelar Dokter Muslim**

**Pada**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS YARSI**

**J A K A R T A**

**APRIL 2010**

## Mitigasi Dampak HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA

### ABSTRAK

Jumlah penderita dan kematian akibat HIV/AIDS semakin meningkat dari tahun ke tahun. Selain itu, distribusinya juga tidak lagi terbatas pada kelompok dengan perilaku berisiko tapi juga pada keluarga dan anak-anaknya. Hal ini menjadikan kedua populasi tersebut, terutama anak yang sepenuhnya bergantung secara fisik, mental, dan finansial-menjadi rentan terhadap dampak negatif HIV/AIDS.

Permasalahannya adalah dampak negatif apa saja yang dialami anak yang terlahir dari orang tua ODHA, bagaimana Islam memposisikan anak-anak tersebut, serta bagaimana pandangan kedokteran dan Islam mengenai mitigasi dari masalah ini.

Penulisan tema ini adalah ditujukan untuk memberikan informasi pada berbagai kalangan mengenai masalah di atas sehingga dapat menjadi wacana untuk direalisasikan.

Hubungan pandangan kedokteran dan Islam terkait masalah ini terletak pada adanya kesesuaian proyek mitigasi yang dilakukan berdasarkan konsep kesehatan masyarakat dengan ajaran Islam dalam mencegah dampak negatif terkait aspek fisik, mental, dan intelektual.

Kedokteran dan Islam sama-sama memposisikan anak yang terlahir dari orang tua ODHA sebagai populasi yang perlu dilindungi hak dan kebutuhannya terhadap aspek di atas melalui proyek mitigasi. Bentuk konkret upaya tersebut disesuaikan dengan fase permasalahan kesehatan yang ada dan semua bentuk intervensinya tidak ada yang berbenturan dengan ajaran Islam.

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah kami setujui untuk dipertahankan dihadapan Komisi Penguji Skripsi,  
Fakultas Kedokteran UNIVERSITAS YARSI.

Jakarta, April 2010  
Ketua Komisi Penguji



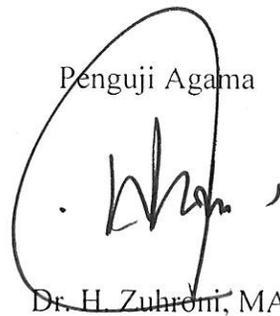
Dr. Sumedi Sudarsono, MPH

Penguji Bidang Medik



DR. Dr.Artha Budi Susila Duarsa, M.Kes

Penguji Agama



Dr. H. Zuhroni, MA

## KATA PENGANTAR



Puji dan syukur senantiasa kita panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya, serta shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, dan para sahabat serta pengikutnya sampai akhir zaman, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA DITINJAU DARI SUDUT PANDANG KEDOKTERAN DAN ISLAM”** sebagai salah satu persyaratan untuk mencapai gelar profesi Dokter Muslim pada Fakultas Kedokteran Universitas YARSI.

Berbagai kendala yang telah penulis hadapi sehingga dapat terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari banyak pihak. Atas bantuan yang telah diberikan, baik moril maupun materiil maka selanjutnya ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Hj. Qomariyah, MS, PKK, AIFM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas YARSI Jakarta.
2. Dr. Wan Nedra, SpA sebagai wakil dekan I Fakultas Kedokteran Universitas YARSI Jakarta.
3. Dr. Sumedi Sudarsono, MPH selaku Komisi Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas YARSI Jakarta.
4. DR. Dr. Artha Budi Susila Duarsa, M.Kes selaku dosen Pembimbing Medik yang telah banyak memberikan bimbingan, serta masukan kepada penulis di dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Dr. Zuhroni, MA selaku dosen Pembimbing Agama Islam yang telah banyak memberikan bimbingan, nasehat serta masukan kepada penulis.
6. Kedua Orang Tua tercinta, ayahanda Suryadi, SE, MM, QIA dan ibu Rosnaenah, atas kasih sayang, doa, pemakluman serta segala dukungan baik berupa moril maupun materiil yang diberikan kepada penulis.
7. Ibu Rifqatussa'adah, S.KM, M.Kes yang telah membawa tema ini kepada penulis hingga penulis sadar bahwa ternyata Islam adalah satu-satunya jalan hidup dan solusi bagi semua permasalahan yang akan membawa manusia pada keselamatan dunia akhirat.
8. Staf dan Karyawan Perpustakaan Universitas YARSI Jakarta atas bantuan yang telah diberikan kepada penulis.
9. Rekan-rekan senasib dan sepenanggungan yang sudah menemani perjalanan ini hingga tetes keringat terkecut, serta semua yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak luput dari kekurangan baik dari segi materi maupun bahasa yang disajikan. Untuk itu penulis mohon maaf dan menerima secara terbuka kritikan membangun untuk perbaikan karya sejenis di masa yang akan datang. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca dalam memberikan sumbang pikir dan dalam perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran.

Jakarta, April 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRAK.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR ISTILAH.....	xiii

### BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Masalah.....	5
1.3. Tujuan.....	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.1. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat.....	6
1.4.1. Manfaat bagi Penyusun.....	6
1.4.2. Manfaat bagi Universitas YARSI.....	7
1.4.3. Manfaat bagi Masyarakat.....	7

**BAB II MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR  
DARI ORANG TUA ODHA DARI SUDUT PANDANG  
KEDOKTERAN**

2.1.HIV/AIDS dari Sudut Pandang Kedokteran Klinik.....	8
2.1.1. Definisi.....	8
2.1.2. Sejarah.....	8
2.1.3. Cara Transmisi HIV.....	9
2.1.4. Diagnosis HIV/AIDS.....	10
2.1.5. Panduan Umum Penggunaan Antiretroviral pada Anak.....	16
2.2. HIV/AIDS dari Sudut Pandang Kedokteran Preventif.....	20
2.2.1. Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	21
2.2.2.1. Dampak Fisik.....	23
2.2.1.2. Dampak Mental.....	26
2.2.1.3. Dampak Intelektual.....	30
2.3. Mitigasi Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	33
2.3.1. Analisis dan Pemetaan dalam <i>Natural History of Disease</i> .....	35
2.3.1.1. Fase Prepatogenesis.....	35
2.3.1.2. Fase Patogenesis.....	37
2.3.2. Model Intervensi dalam Tatanan Konseptual.....	38
2.3.2.1. Upaya Pencegahan Primer.....	38
2.3.2.2. Upaya Pencegahan Sekunder.....	44
2.3.2.3. Upaya Pencegahan Tersier.....	46
2.3.3. Model Intervensi dalam Tatanan Aplikatif.....	47

2.3.3.1. Pencegahan Transmisi HIV/AIDS dari Ibu ke Anak.....	47
2.3.3.2. Imunisasi pada Bayi yang Terinfeksi HIV.....	53
2.3.3.3. Pencegahan Infeksi Oportunistik pada anak.....	55
2.3.3.4. Intervensi untuk Perbaikan Konstruksi Mental.....	57
2.3.3.5. <i>Income Security Program</i> bagi ODHA.....	59
2.3.4. Hubungan antara Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA dengan Model Mitigasinya.....	61

### **BAB III MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA DARI SUDUT PANDANG ISLAM**

3.1.HIV/AIDS dalam Pandangan Islam.....	65
3.2. HIV/AIDS dan Anak-anak yang Terkena Dampaknya.....	68
3.2.1. Tidak Memberikan Stigma pada Penderita HIV/AIDS maupun Anak- anaknya.....	69
3.2.2 Peduli pada Anak-anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	71
3.3.Mitigasi Dampak HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	72
3.3.1. <i>Early Warning System</i> dalam Islam.....	72
3.3.2. Pencegahan Transmisi HIV/AIDS dari Ibu ke Anak.....	74
3.3.3. Imunisasi pada Anak HIV dalam Pandangan Islam.....	75
3.3.4. Penanganan Masalah Mental pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	76
3.3.5. <i>Income Security Program</i> untuk Masalah Finansial.....	77
3.4. HIV/AIDS, Anak-anak, dan Islam.....	79

<b>BAB IV KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM TENTANG MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA.....</b>	<b>80</b>
---	-----------

**BAB V SIMPULAN DAN SARAN**

5.1. Simpulan.....	84
5.2. Saran.....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>88</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Stadium WHO untuk HIV/AIDS dengan Infeksi HIV Dipastikan.....	11
Tabel 2.2. Indikasi Inisiasi ARV pada Anak yang Terinfeksi HIV.....	17
Tabel 2.3. Rekomendasi Regimen Inisiasi ARV untuk Infeksi HIV Pada Dewasa dan remaja.....	18
Tabel 2.4. Rekomendasi Regimen Inisiasi ARV untuk Infeksi HIV pada Anak.....	20
Tabel 2.5. Disparitas Kebutuhan Anak dengan Kapasitas Orang Tua dan Lingkungan.....	36

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	22
Gambar 2.2. Dampak HIV / AIDS dalam Rumah Tangga terhadap Partisipasi Pendidikan pada Anak.....	31
Gambar 2.3. Skema Perjalanan Alamiah Penyakit.....	34
Gambar 2.4. Gambaran Umum Program <i>Preventing Mother to Child Transmission</i> (PMTCT).....	48
Gambar 2.5. Cakupan Deteksi HIV pada Wanita Hamil dan Fasilitas Ante Natal Care yang Menyediakan Tes dan Konseling HIV.....	50
Gambar 2.6.Cakupan Deteksi HIV pada Ibu Hamil Berdasarkan Tingkat Endemic Negara.....	51
Gambar 2.7. Cakupan Inisiasi Terapi ARV di Seluruh Regio di Dunia.....	52
Gambar 2.8. Skema Perjalanan Alamiah Dampak HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	61
Gambar 2.9. Skema Perjalanan Alamiah Dampak HIV/AIDS terhadap Aspek Fisik pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	62
Gambar 2.10. Skema Perjalanan Alamiah Dampak HIV/AIDS terhadap Aspek Mental pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	63
Gambar 2.11.Skema Perjalanan Alamiah Dampak HIV/AIDS terhadap Aspek Intelektual pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA.....	64

## DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN	KEPANJANGAN
AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Virus</i>
ART	<i>Anti Retroviral Therapy</i>
ARV	<i>Anti Retro Viral</i>
BCG	<i>Bacillus Calmette Guerin</i>
BMI	<i>Body Mass Index</i>
CCA	<i>Common Carotid Artery</i>
CEE	<i>Central and Eastern Europe</i>
CIS	<i>Commonwealth of Independent States</i>
CMV	<i>Citomegalo Virus</i>
DNA	<i>Deoxyribo Nucleat Acid</i>
ELISA	<i>Enzym-Linked Immunosorbant Assay</i>
HAART	<i>Highly Active Anti Retroviral Treatment</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HRSNA	<i>The Health Resources and Services Administration</i>
HTLV – III	<i>Human T-Lymphotropic Virus</i>
ICA	<i>Internal Carotid Artery</i>
IO	Infeksi Oportunistik
IRIS	<i>Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome</i>
LAV	<i>Lymphadenopathy Virus</i>
LGE	<i>Lineal Ginggival Erithema</i>
MMR	<i>Measles, Mumps, Rubella</i>

MTCT	<i>Mother to Child Transmission</i>
NASBA	<i>Nucleic Acid Sequence Based Amplification</i>
NIH	<i>The National Institutes of Health</i>
ODHA	Orang dengan HIV AIDS
OHL	<i>Oral Hairy Leukoplakia</i>
PCR	<i>Poly Chain Reaction</i>
PML	<i>Progressive multifocal leucoencephalopathy</i>
PMTCT	<i>Preventing Mother to Child Transmission</i>
PSK	Pekerja Seks Komersial
RNA	<i>Ribonucleat Acid</i>
RSUPN	Rumah Sakit Umum Pusat Nasional
RT-PCR	<i>Reactive Transcriptase Poly Chain Reaction</i>
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## DAFTAR ISTILAH

ISTILAH	PENGERTIAN
<i>Composite International Diagnostic Interview Short Form</i>	Suatu lembar penilaian yang digunakan untuk menjangar ada tidaknya gangguan psikiatrik seperti depresi berat, distimia, gangguan cemas menyeluruh, dan serangan panic
Diskriminasi	Sebuah tindakan atau perlakuan yang menyebabkan seseorang diperlakukan tidak wajar karena mereka dianggap berasal atau dirasakan dari kelompok tertentu
Disparitas	Ketidakseimbangan
<i>Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome</i>	Perburukan gejala inflamasi atau infeksi secara temporer yang berhubungan dengan inisiasi HAART, yang bukan karena infeksi yang baru di dapat atau toksisitas HAART pada pasien dengan penurunan HIV RNA $\geq 1 \text{ Log}_{10}$ .
Imunogenitas vaksin	Kemampuan suatu vaksin dalam menstimulasi tubuh untuk membentuk antibodi terhadap suatu bakteri atau virus
Infeksi oportunistik	Infeksi yang disebabkan oleh organisme yang biasanya tidak menyebabkan penyakit pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang normal, tetapi dapat menyerang orang dengan sistem kekebalan tubuh yang buruk
Mitigasi	Serangkaian upaya yang dilakukan untuk mengurangi dampak negatif
Natural History	Perjalanan alamiah suatu penyakit tanpa disertai intervensi dari

of Disease	luar
Premi	Sejumlah <u>uang</u> yang harus dibayarkan setiap bulannya sebagai kewajiban dari tertanggung atas keikutsertaannya di <u>asuransi</u> . Besarnya premi atas keikutsertaan di asuransi yang harus dibayarkan telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi dengan memperhatikan keadaan-keadaan dari tertanggung.
Skrining	Usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan tes, pemeriksaan, atau prosedur yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatannya sehat, benar-benar sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan
Stigma	Bentuk prasangka ( prejudice ) yang mendeskripsikan atau menolak seseorang atau kelompok karena mereka dianggap berbeda dengan kita atau kebanyakan orang
<i>Symptom intensity index</i>	Suatu angka dengan interval 1-100 yang digunakan untuk mengukur derajat ketidaknyamanan dan perasaan terganggu oleh empat belas gejala yang sering dialami oleh ODHA (misalnya kehilangan berat badan dan mual-mual)
Viral load	Ukuran keparahan infeksi virus yang dapat dihitung dengan memperkirakan sejumlah virus yang terkandung di dalam cairan tubuh
Wildtype Polio Virus	Virus polio liar yang terdapat di alam yang tidak berasal dari virus yang ada di dalam vaksin
Window period	Waktu antara infeksi dan perkembangan antibodi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

*Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau yang lebih dikenal dengan sebutan AIDS adalah penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), merupakan suatu masalah kesehatan global yang saat ini menuntut lebih banyak perhatian khusus. Bukan hanya karena frekuensinya yang terus meningkat dari tahun ke tahun dan distribusinya yang luas di berbagai belahan dunia, tetapi juga karena dampak yang ditimbulkannya telah merambah ke berbagai bidang di luar kesehatan.

Dalam *AIDS epidemic update* WHO yang terbaru, dikatakan bahwa sampai akhir tahun 2008, sedikitnya 33,4 juta orang di dunia hidup dengan HIV. 31,3 juta di antaranya adalah orang dewasa dan 2,1 juta sisanya adalah anak-anak di bawah usia 15 tahun. Sedangkan, untuk kasus baru, seluruhnya diperkirakan mencapai angka 2,7 juta dengan 430.000 di antaranya adalah anak-anak. Adapun jumlah kematian terkait dengan AIDS jumlahnya sekitar dua juta dengan perincian 1,7 juta adalah dewasa dan 280.000 di antaranya adalah anak-anak di bawah usia 15 tahun (WHO, 2009).

Sementara itu, Asia, sebagai tempat tinggal dari 60% penduduk dunia, tentunya layak mendapat perhatian. Dari 33,4 juta penduduk dunia yang hidup dengan HIV sepanjang tahun 2008, WHO menyebutkan 4,7 juta di antaranya adalah penduduk Asia dengan jumlah kasus baru yang terdeteksi sebanyak 350.000 orang dewasa, 21.000 anak-anak, dan 330.000 kematian terkait dengan AIDS. Jumlah ini mengalami peningkatan dibandingkan dengan catatan WHO di tahun 2001 yang menyebutkan bahwa penduduk Asia yang hidup dengan HIV adalah sebanyak 4,5

juta orang. Meskipun jumlah kasus baru pada dewasa dan anak mengalami sedikit penurunan, jumlah kematian terkait AIDS di Asia masih mengalami peningkatan dari angka 280.000 (WHO, 2009).

Adapun mengenai situasi epidemik di Asia tenggara, gambarannya tidak terlalu berbeda. Diperkirakan hampir 3,5 juta orang di Asia tenggara hidup dengan HIV, 33 % di antaranya adalah wanita. Sedangkan kasus baru sebanyak 200.000 orang dan kematian terkait AIDS mencapai 230.000 orang. Lima negara yang menduduki peringkat teratas untuk jumlah kasus terbanyak adalah India, Indonesia, Myanmar, Nepal, dan Thailand. Secara keseluruhan, prevalensi kasus ini di region Asia Tenggara mengalami penurunan meskipun agak sedikit lambat. Namun, di Indonesia kasusnya justru meningkat (*WHO regional office for South-East Asia, 2009*).

Indonesia merupakan salah satu negara dengan peningkatan epidemik HIV tercepat di Asia. Sejak kasus pertama dilaporkan pada tahun 1987, hingga akhir 2008 infeksi ini telah mencapai angka 300.000 (peningkatannya sebanyak 200% dalam 10 tahun) dengan hampir dua pertiganya merupakan populasi dengan perilaku berisiko yaitu pengguna narkoba suntik, diikuti pekerja seks wanita dan kliennya, kaum homoseksual, dan yang lainnya (Departemen Kesehatan, 2009).

Dari paparan mengenai frekuensi dan distribusi HIV AIDS secara global, jumlahnya memang tidak signifikan dibandingkan dengan jumlah penduduk dunia. Namun, adanya fenomena gunung es, di mana kasus yang tidak terdeteksi jauh lebih banyak dibandingkan dengan jumlah kasus yang terdeteksi, membuat topik HIV AIDS ini tetap perlu menjadi prioritas dalam masalah kesehatan di berbagai belahan dunia.

Selain masalah frekuensi dan distribusi, hal lain yang menjadi sangat penting untuk diperhatikan adalah dampak dari infeksi ini. Meskipun hingga saat ini yang menjadi populasi rawan tertular HIV adalah mereka dengan perilaku berisiko seperti pengguna narkoba suntik (40%), pekerja seksual dan kliennya (38%), homoseksual (4%) (Departemen Kesehatan, 2009), namun mereka menjadi populasi kunci yang menjembatani penularan pada kelompok lain (anak maupun pasangan dari Orang dengan HIV/AIDS yang selanjutnya disebut ODHA). Hal ini memberikan konsekuensi berupa meluasnya dampak dari infeksi HIV ini. Tidak lagi terbatas pada ODHA atau mereka dengan perilaku berisiko, tapi juga keluarga dan anak-anaknya.

Sebagai populasi yang bergantung secara fisik, mental, intelektual, dan finansial, anak-anak menjadi populasi yang paling rentan terpengaruh dampak HIV/AIDS, langsung maupun tidak. Dampak langsung pada kesehatan misalnya adalah janin atau bayi dari seorang wanita yang terinfeksi memiliki risiko 15% sampai 40% untuk tertular HIV AIDS dari ibunya baik selama kehamilan, saat persalinan, maupun masa menyusui (WHO, 2009) yang pada perkembangan selanjutnya dapat mempengaruhi status gizi anak sehingga menimbulkan masalah lain yaitu malnutrisi (*Food and Nutrition Technical Assistance*, 2001). Di sisi lain, sebagai orang tua, seorang ODHA juga menghadapi masalah kesehatan fisiknya sendiri, pengobatan yang kompleks, dan stigma. Hal ini tentunya menyebabkan mereka mengalami keterbatasan dalam membesarkan anaknya sehingga berpengaruh pada perkembangan mental anak. Tidak hanya itu, *The Third Stocktaking Report UNAIDS* menyebutkan, sepanjang tahun 2007 sedikitnya 15 juta anak di dunia kehilangan salah satu atau kedua orang tuanya karena AIDS (UNAIDS, 2008). Di Amerika Serikat, kematian orang tua karena AIDS cukup membuat anak kehilangan kepercayaan diri, meningkatkan angka depresi, kecemasan, kesulitan akademik,

penyakit somatik, bahkan tindakan bunuh diri (Rotheram-Borus, Lee, Gwadz, and Draimin, 2001). Belum lagi kenyataan bahwa tidak semua negara (termasuk Indonesia) memfasilitasi orang tua dengan HIV dengan layanan kesehatan dan suplementasi penghasilan yang memadai. Hal ini menjadi masalah tersendiri terutama bagi mereka dengan penghasilan menengah ke bawah karena peningkatan biaya perawatan kesehatan akan mengurangi anggaran untuk pendidikan anak (Utami, 2008).

Dengan berbagai dampak di atas, upaya pencegahan, pengawasan, dan pelayanan kesehatan, tidak akan cukup lagi jika hanya difokuskan kepada ODHA maupun populasi dengan perilaku berisiko saja. Anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA merupakan populasi tersendiri yang memerlukan perhatian khusus, terlepas dari apapun status HIVnya. Mitigasi atau upaya pencegahan terhadap berbagai dampak negatif HIV/AIDS pada populasi ini menjadi sebuah hal yang krusial untuk digalakkan sehingga anak-anak ini dapat tumbuh dengan aman.

Dalam tatanan konseptual, upaya mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA ini sejalan dengan tuntunan agama Islam. Seorang muslim yang baik tentunya menyadari bahwa anak adalah amanah dari Allah yang harus dijaga dan dididik dengan baik agar menjadi generasi penerus Islam yang kuat. Sebagaimana firman Allah :

وَلِيَحْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكُوا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعْفًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ  
وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا ﴿٩﴾

*“Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan di belakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka. oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar” (QS. An-Nissa(4):9).*

Di Indonesia sendiri, khususnya Jakarta, mitigasi dan penelitian mengenai hal ini belum banyak dilakukan. Begitupun data tentang jumlah anak yang terpengaruh dampak negatif dari HIV ini. Tentunya ini merupakan sebuah ketimpangan besar jika dibandingkan dengan jumlah penderita HIV yang ada. Keterlibatan pemerintah dan instansi terkait lainnya menjadi satu hal yang mutlak diperlukan untuk mendukung keberhasilan program ini. Untuk itu penyusun memandang penting untuk mengeksplorasi berdasarkan literatur yang ada mengenai masalah-masalah yang dialami oleh anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA serta sejauh mana mitigasi yang dilakukan dapat memperbaiki kualitas hidup mereka.

## **1.2.Masalah**

1. Apa saja masalah yang dialami oleh anak yang terlahir dari orang tua ODHA ditinjau dari sudut pandang kedokteran ?
2. Bagaimana upaya mitigasi yang komprehensif dan efektif yang sebaiknya diberikan pada anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA ?
3. Bagaimana pandangan Islam mengenai anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA ?
4. Bagaimana pandangan kedokteran dan Islam mengenai upaya mitigasi pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA ?

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari pengangkatan topik ini adalah untuk menggali lebih jauh mengenai mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Sedangkan tujuan khusus dari pembahasan masalah ini adalah :

1. Mengidentifikasi masalah-masalah yang dialami anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA.
2. Mengetahui upaya mitigasi yang sesuai terhadap dampak HIV/AIDS pada anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA.
3. Mengetahui pandangan Islam mengenai anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA.
4. Mengetahui pandangan kedokteran dan Islam mengenai mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

### **1.5. Manfaat**

#### **1.5.1 Manfaat bagi Penyusun**

1. Menambah pengetahuan dan wawasan penyusun mengenai mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA.
2. Menambah pengalaman dalam menyusun karya ilmiah mengenai relevansi ajaran Islam di ranah ilmiah dalam hal ini kedokteran.

### **1.5.2 Manfaat bagi Universitas YARSI**

Selain menambah referensi bagi penyusunan karya sejenis di masa yang akan datang, penyusunan skripsi ini juga diharapkan dapat bermanfaat sebagai penambah khasanah ilmu pengetahuan bagi civitas akademika Universitas Yarsi.

### **1.5.3 Manfaat bagi Masyarakat**

1. Memberikan informasi tentang masalah apa saja yang dialami anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA.
2. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang relevansi ajaran Islam dalam memberi solusi terhadap permasalahan kontemporer yang ada dalam hal ini masalah yang dihadapi anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

## BAB II

# MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA DARI SUDUT PANDANG KEDOKTERAN

### 2.1 HIV/AIDS dari Sudut Pandang Kedokteran Klinik

Kedokteran klinik menilai HIV/AIDS sebagai suatu entitas penyakit. Oleh karena itu, fokus pembahasan dari sudut pandang ini terdapat pada pengetahuan dasar untuk membantu seorang dokter agar menguasai cara diagnosis sampai penatalaksanaan penyakit dan komplikasinya.

#### 2.1.1 Definisi

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk *family retroviridae*. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Djoerban & Djauzi, dalam Sudoyo dkk, 2006).

#### 2.1.2 Sejarah

Kasus pertama AIDS di dunia dilaporkan pada tahun 1981 di San Fransisco . Meskipun demikian, dari beberapa literatur sebelumnya ditemukan kasus yang cocok dengan definisi surveilans AIDS pada tahun 1950 dan 1960an di Amerika Serikat. Sampel jaringan potong beku dan serum dari seorang pria berusia 15 tahun di St. Louis, Amerika Serikat, yang dirawat dengan dan meninggal dunia akibat Sarkoma Kaposi diseminata dan agresif pada 1968, menunjukkan antibodi HIV positif dengan Western Blot dan antigen HIV positif dengan ELISA (*Enzyme-linked Immunosorbant Assay*). Pasien ini tidak pernah pergi ke luar negeri sebelumnya,

sehingga diduga penularannya berasal dari orang lain yang juga tinggal di Amerika Serikat pada tahun 1960-an, atau lebih awal.

Virus penyebab AIDS diidentifikasi oleh Luc Montagnier pada tahun 1983 yang pada waktu itu diberi nama LAV (*Lymphadenopathy Virus*) sedangkan Robert Gallo menemukan virus penyebab AIDS pada tahun 1984 yang saat itu dinamakan HTLV – III. Sedangkan tes untuk memeriksa antibodi terhadap HIV dengan cara ELISA baru tersedia pada tahun 1985.

Kasus pertama AIDS di Indonesia dilaporkan secara resmi oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 1987 yaitu pada seorang warga negara Belanda di Bali. Sebenarnya sebelum itu telah ditemukan kasus pada bulan Desember 1985 yang secara klinis sangat sesuai dengan diagnosis AIDS dan hasil tes ELISA positif setelah tiga kali pengulangan. Namun, hasil tes Western Blot, yang saat itu dilakukan di Amerika Serikat, hasilnya negatif sehingga tidak dilaporkan sebagai kasus AIDS. Kasus kedua infeksi HIV ditemukan pada bulan Maret 1986 di RS Cipto Mangunkusumo, pada pasien hemophilia dan termasuk jenis *non-progressor*, artinya kondisi kesehatan dan kekebalannya cukup baik selama tujuh belas tahun tanpa pengobatan, dan sudah dikonfirmasi dengan Western Blot, serta masih berobat jalan di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2002 ( Djoerban & Djauzi, dalam Sudoyo dkk, 2006).

### **2.1.3. Cara transmisi HIV**

Virus ini hanya dapat bertahan hidup di bawah kondisi yang sangat khusus dan memerlukan jenis sel mamalia tertentu untuk bereproduksi sendiri. Virus ini juga tidak dapat ditularkan melalui makanan atau melalui hubungan sambil lalu dalam keseharian. Virus ini dapat berpindah dari satu orang ke orang lainnya hanya apabila jenis sel tertentu, yang mengandung partikel virus, disalurkan. Peristiwa itu dapat

dan benar-benar terjadi melalui penularan lewat sperma atau darah dan melalui pencangkakan jaringan tubuh atau organ. Virus ini dapat ditemukan pada air susu ibu dan sekresi lainnya.

Jalur penularan yang paling umum adalah melalui penggunaan jarum suntik dan spuit yang terkontaminasi (40%), hubungan seksual (42%), dari ibu yang terinfeksi kepada anaknya yang belum lahir melalui plasenta, dan melalui tranfusi darah, serta pencangkakan organ (18%) (Kementrian Kesehatan, 2009).

#### **2.1.4 Diagnosis HIV/AIDS**

Diagnosis dilakukan berdasarkan parameter klinik dan laboratorik dengan kriteria sebagai berikut :

Tabel 2.1. Stadium WHO untuk HIV/AIDS dengan Infeksi HIV  
Dipastikan

<p><b>Stadium Klinis 1</b></p> <p>Tanpa gejala (asimtomatis) Limfadenopati generalisata persisten</p> <p><b>Stadium Klinis 2</b></p> <p>Hepatosplenomegaly persisten tanpa alasan<sup>i</sup> Erupsi papular pruritis Infeksi virus kutil yang luas Moluskum contagiosum yang luas Infeksi jamur di kuku Ulkus mulut yang berulang Pembesaran parotid persisten tanpa alasan Eritema lineal gingival (LGE) Herpes zoster Infeksi saluran napas bagian atas yang berulang atau kronis (otitis media, otore, sinusitis, atau tonsilitis)</p> <p><b>Stadium Klinis 3</b></p> <p>Malnutrisi sedang tanpa alasan jelas tidak membaik dengan terapi baku Diare terus-menerus tanpa alasan (14 hari atau lebih) Demam terus-menerus tanpa alasan (di atas 37,5°C, sementara atau terus-menerus, lebih dari 1 bulan) Kandidiasis oral terus-menerus (setelah usia 6-8 minggu) <i>Oral hairy leukoplakia</i> (OHL) Gingivitis atau periodonitis nekrotising berulkus yang akut Tuberkulosis pada kelenjar getah bening Tuberkulosis paru Pneumonia bakteri yang parah dan berulang Pneumonitis limfoid interstitialis bergejala Penyakit paru kronis terkait HIV termasuk brokiektasis Anemia (&lt;8g/dl), neutropenia (&lt;0,5 × 10<sup>9</sup>/l) dan/atau trombositopenia kronis (&lt;50 × 10<sup>9</sup>/l) tanpa alasan</p>
---

(Sumber : *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, UMDNJ, HRSNA, NIH, 2009*)

Tabel 2.1. Stadium WHO untuk HIV/AIDS dengan Infeksi HIV  
Dipastikan (Lanj.)

#### Stadium Klinis 4

*Wasting* yang parah, tidak bertumbuh atau malnutrisi yang parah tanpa alasan dan tidak menanggapi terapi yang baku  
Pneumonia *Pneumocystis* (PCP)  
Infeksi bakteri yang parah dan berulang (mis. empiema, piomistis, infeksi tulang atau sendi, atau meningitis, tetapi tidak termasuk pneumonia)  
Infeksi herpes simpleks kronis (orolabial atau kutaneous lebih dari 1 bulan atau viskeral pada tempat apa pun)  
Tuberkulosis di luar paru  
Sarkoma Kaposi  
Kandidiasis esofagus (atau kandidiasis pada trakea, bronkus atau paru)  
Toksoplasmosis sistem saraf pusat (setelah usia 1 bulan)  
Ensefalopati HIV  
Infeksi sitomegalovirus: retinitis atau infeksi CMV yang mempengaruhi organ lain, yang mulai pada usia lebih dari 1 bulan)  
Kriptokokosis di luar paru (termasuk meningitis)  
Mikosis diseminata endemis (histoplasmosis luar paru, kokidiomikosis)  
Kriptosporidiosis kronis  
Isosporiasis kronis  
Infeksi mikobakteri non-TB diseminata  
Limfoma serebral atau non-Hodgkin sel-B  
*Progressive multifocal leucoencephalopathy* (PML)  
Nefropati bergejala terkait HIV atau kardiomiopati bergejala terkait HIV

(Sumber : *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, HRSNA, NIH, 2009*)

Adapun untuk kriteria laboratorik, secara garis besar beberapa pemeriksaan yang biasa dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Deteksi infeksi HIV: antibodi, antigen, DNA, dan isolasi virus

Tes HIV standar adalah mencari antibodi dalam darah seseorang. Ketika HIV memasuki tubuh seseorang, protein spesial yang disebut antibodi dihasilkan. Kebanyakan orang dapat dideteksi antibodi HIV selama 6-12 minggu terinfeksi. Pada kasus yang jarang, bisa diambil sampai enam

bulan. Sangat tak mungkin jika seseorang lebih dari enam bulan dalam mengembangkan antibodinya.

Jika dites lebih awal dari tiga bulan kemungkinan hasil tesnya kurang baik, karena orang yang terinfeksi belum mengembangkan antibodinya terhadap HIV. Waktu antara infeksi dan perkembangan antibodi disebut *window period*. Selama *window period*, orang yang terinfeksi HIV tidak akan mempunyai antibodi dalam darahnya yang bisa dideteksi oleh tes HIV, tetapi seseorang sudah mempunyai level HIV yang tinggi dalam darah, cairan seksual, atau air susu ibu. Pada saat ini uji terhadap antibodi akan memberikan hasil negatif atau nonreaktif walaupun telah terjadi infeksi, sehingga dapat memberikan hasil negatif palsu. Seseorang dapat menularkan HIV ke orang lain selama *window period* walaupun tes mereka bukan positif dalam tes antibodi. Jadi lebih baik menunggu setidaknya tiga bulan setelah waktu terakhir seseorang terkena resiko sebelum melakukan tes, dan tidak melakukan seks yang tak terproteksi atau menggunakan obat suntik secara bersama-sama dalam waktu tersebut. Beberapa pusat tes dapat merekomendasikan untuk tes lagi dalam enam bulan jika penderita dipertimbangkan berisiko tinggi terinfeksi.

a. Tes antibodi HIV.

Tes ini untuk menunjukkan seseorang yang sudah terinfeksi HIV, virus yang menyebabkan AIDS. Informasi berikut berkonsentrasi pada tes antibodi HIV.

Umumnya deteksi infeksi HIV menggunakan uji yang dapat membuktikan adanya antigen dan antibodi. Saat ini yang sering digunakan adalah penentuan antibodi. Bila seseorang ditemukan antibodi terhadap HIV berarti terinfeksi HIV. Tes antibodi lebih cepat, lebih mudah dikerjakan, serta cukup sensitif dan spesifik dibandingkan dengan penentuan antigen. Deteksi antibodi digunakan untuk tes penyaring dan konfirmasi.

Antibodi yang diperiksa pada umumnya adalah immunoglobulin G (IgG). Antibodi pada umumnya terbentuk sekitar 3-6 minggu setelah terinfeksi, bahkan pada pembentukan antibodi lambat baru terbentuk sekitar 3-6 bulan.

Ada beberapa macam metode pemeriksaan antibodi, antara lain

1. ELISA (*Enzyme-linked Immunosorbant Assay*), yang memerlukan peralatan yang canggih dan waktu pemeriksaan yang cukup lama
2. *Rapid test*, tes yang cepat ini mudah penggunaannya dan tidak memerlukan peralatan yang canggih. Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan relatif cepat sekitar 10-20 menit.

#### b. Tes antigen.

Antigen adalah substansi yang ditemukan dalam benda asing atau kuman yang mencetuskan produksi antibodi dalam tubuh. Antigen dalam HIV yang sering mencetuskan respon antibodi adalah protein P24.

#### c. Demonstrasi Viral DNA

PCR (*Polymerase Chain Reaction test*). Tes PCR mendeteksi materi genetik HIV itu sendiri, dan dapat mengidentifikasi HIV dalam darah selama dua atau tiga minggu setelah terinfeksi.

Tes PCR jarang digunakan untuk mengetes HIV pada orang dewasa, walau tes ini sangat mahal dan lebih rumit untuk mengurusnya daripada tes antibodi standar atau tes P24, tetapi tes ini mungkin ditawarkan dalam keadaan tertentu, atau oleh klinik pribadi di mana pasien bersedia membayarnya

#### d. Isolasi Virus

Isolasi virus dikerjakan dengan cara mengolah limfosit pasien dengan menggunakan sel darah tepi dari donor sehat atau dengan jalur kultur yang cocok seperti T-Lymphoma.

### 2. Mengetahui perjalanan penyakit dan pengobatan:

Tes ini mungkin berguna sebagai tes prognostik; (1) HIV antigen (2) Serial CD4 *counts* (3) Neopterin (4) B<sub>2</sub>-microglobulin. (5) Viral load. Dari tes ini, hanya serial CD4 counts dan HIV viral load yang masih digunakan secara rutin.

#### a. HIV *viral load*

HIV *viral load* adalah penilaian prognostik yang paling baik. HIV viral load dalam serum dapat diukur dengan *assay* dengan cara mendeteksi HIV-RNA misalnya RT-PCR, NASBA, atau bDNA. HIV *viral load* sekarang sudah dibuktikan sebagai tes prognostik yang bagus, dan dalam memonitor respon terhadap kemoterapi antiviral. Pasien dengan *viral load* yang rendah selama periode inkubasi mempunyai prognosis yang baik daripada yang mempunyai *viral load* yang tinggi. Pasien yang *viral load* nya menurun secara signifikan selama permulaan terapi antiviral mempunyai prognosis yang lebih baik daripada yang tidak merespon. Selama pasien yang terespon terapi antiviral, yang mempunyai *pre-*

*treatment viral load* yang rendah mempunyai prognosis yang lebih baik daripada mereka yang mempunyai *pre-treatment viral load* yang tinggi

#### b. Hitung CD4

Pengukuran CD4 masih mempunyai nilai yang penting dalam memonitor progresi penyakit dan respon terhadap kemoterapi antiviral. Di mana hitung CD4 memberikan indikasi dari stadium penyakit. Hitung sel limfosit T-CD4 absolut yang dapat dihitung dengan cara imunofluoresen menggunakan *antibody monoclonal* (manual) atau dengan alat *flowcytometer*. Apabila tidak mempunyai alat untuk memeriksa T-CD4, pemantauan pengobatan dapat menggunakan hitung limfosit total.

#### 3. Pemeriksaan penunjang untuk keganasan dan infeksi oportunistik.

Bahan pemeriksaan yang digunakan pada umumnya adalah darah (dengan segera diperiksa dapat disimpan dalam lemari pendingin atau dibekukan untuk waktu yang lebih lama.

### **2.1.5 Panduan Umum Penggunaan Anti Retroviral pada Anak**

Faktor yang perlu diperhatikan dalam memulai ataupun mengubah regimen antiretroviral pada anak-anak, yaitu :

1. Kondisi klinik yang diklasifikasikan dalam HIV *Pediatric Classification Sistem*
2. Ketersediaan obat dan informasi farmakokinetik yang akan menentukan dosis yang harus diberikan
3. Potensi terjadinya efek samping
4. Efek dari pengobatan dengan regimen sebelumnya
5. Adanya penyakit lain yang mempengaruhi pilihan obat

6. Interaksi regimen dengan obat lain yang digunakan
7. Kemampuan anak atau pengasuh untuk mengikuti aturan minum obat

Sedangkan indikasi untuk memulai penggunaan anti retroviral pada anak adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2. Indikasi Inisiasi ARV pada Anak yang Terinfeksi HIV**

Usia	Kriteria	Rekomendasi
< 12 bulan	Tanpa menghiraukan gejala klinik, status imun / <i>viral load</i>	Terapi
1 - <5 tahun	AIDS/gejala penting berhubungan dengan HIV CD4 < 25%, tanpa menghiraukan gejala/kadar RNA HIV Asimptomatik/gejala ringan CD4 ≥ 25% <i>dan</i> HIV RNA ≥ 100.000 kopi/mL	Terapi  Terapi Pertimbangan
	Asimptomatik/ringan CD4 ≥ 25% <i>dan</i> HIV RNA < 100.000 kopi/MI	Tunda
>5 tahun	AIDS/gejala penting berhubungan dengan HIV CD4 < 350 sel/mm <sup>3</sup> Asimptomatik/gejala ringan CD4 ≥ 350 sel/mm <sup>3</sup> <i>dan</i> HIV RNA ≥ 100.000 kopi/mL Asimptomatik/ringan CD4 ≥ 350 sel/mm <sup>3</sup> <i>dan</i> HIV RNA < 100.000 kopi/mL	Terapi Terapi Pertimbangan   Tunda

(Sumber : *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, HRSNA, NIH, 2009*)

Berikut adalah regimen anti retroviral yang direkomendasikan untuk terapi awal infeksi HIV pada orang dewasa dan remaja dan anak-anak :

**Tabel 2.3. Rekomendasi Regimen Inisiasi ARV untuk Infeksi HIV pada Dewasa dan Remaja**

<b>Nama Generik</b>	<b>Dosis</b>
<b>NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS</b>	
Abacavir (ABC)	2 x 300 mg atau 1 x 600 mg
Zidovudine (AZT)	2 x 250–300 mg
Emtricitabine (FTC)	1 x 200 mg
Didanosine (ddI) Buffered tablets/enteric-coated (EC) capsules a	>60 kg: 1 x 400 mg <60 kg: 1 x 250 mg
Lamivudine (3TC)	2 x 150 mg atau 1 x 300 mg
Stavudine (d4T)	>60 kg: 2 x 40 mg <60 kg: 2 x 30 mg
<b>NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS</b>	
Tenofovir	1 x 300 mg
<b>NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS</b>	
Efavirenz (EFV)	1 x 600 mg
Nevirapine (NVP)	1 x 200 mg selama 14 hari, dilanjutkan 2 x 200 mg twice Daily
<b>PROTEASES INHIBITORS</b>	
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	1 x (300 mg +100 mg)
Fos-amprenavir + ritonavir (FPV/r)	2 x (700mg + 100 mg)
Indinavir + ritonavir (IDV/r)	2 x (800 mg + 100 mg)

*(Sumber : Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents Recommendation for Public Health Approach, WHO, 2006)*

**Tabel 2.3. Rekomendasi Regimen Inisiasi ARV untuk Infeksi HIV pada Dewasa dan Remaja (Lanj.)**

Nama Generik		Dosis
<b>PROTEASE INHIBITORS</b>		
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) d	Kapsul Lopinavir 133.3 mg / Ritonavir 33.3 mg	2 x 3 Kapsul (400/100 mg) 2 x 4 Kapsul jika dikombinasi dengan EFV/NVP (2 x 533/133.33 mg twice daily)
	Tablet (heat-stable formulation) Lopinavir 200 mg / Ritonavir 50 mg	Untuk pasien baru Two tablets irrespective of coadministration with EFV or NVP (400/100 mg )
		Untuk pasien lama 2 x 3 tablet jika dikombinasi dengan EFV/NVP (2 x 600/150 mg)
Nelfinavir (NFV)	1250 mg	
Saquinavir + ritonavir (SQV/r)	1000 mg + 100 mg	

*(Sumber : Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents Recommendation for Public Health Approach, WHO, 2006)*

Tabel 2.4. Rekomendasi Regimen Inisiasi ARV untuk Infeksi HIV pada Anak

<b>Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor-Based Regimens</b>	
<b>Regimen utama</b>	≥ 3 tahun : 2 NRTI + Efavirenz
<b>Alternatif</b>	< 3 tahun : 2 NRTI + Nevirapine 2 NRTI + Nevirapine
<b>Protease Inhibitor-Based Regimens</b>	
<b>Regimen utama</b>	2 NRTI + Lopinavir / Ritonavir
<b>Alternatif</b>	2 NRTI+Atazanavir+low-dose ritonavir (≥6 th) 2 NRTI+fosamprenavir+low-dose ritonavir (≥6 th) 2 NRTI+Nelfinavir (≥2 th)
<b>Pilihan 2 NRTI (untuk digunakan secara kombinasi dengan obat lain)</b>	
<b>Regimen utama</b>	Abacavir + ( Lamivudin/emtricitabin) Didanosin + emtricitabin Tenofovir + ( Lamivudin/emtricitabin) Zidovudin + ( Lamivudin/emtricitabin)
<b>Alternatif</b>	Abacavir + Zidovudin Zidovudin + Didanosin Stavudin + ( Lamivudin/emtricitabin)

(Sumber : *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, HRSNA, NIH, 2009*)

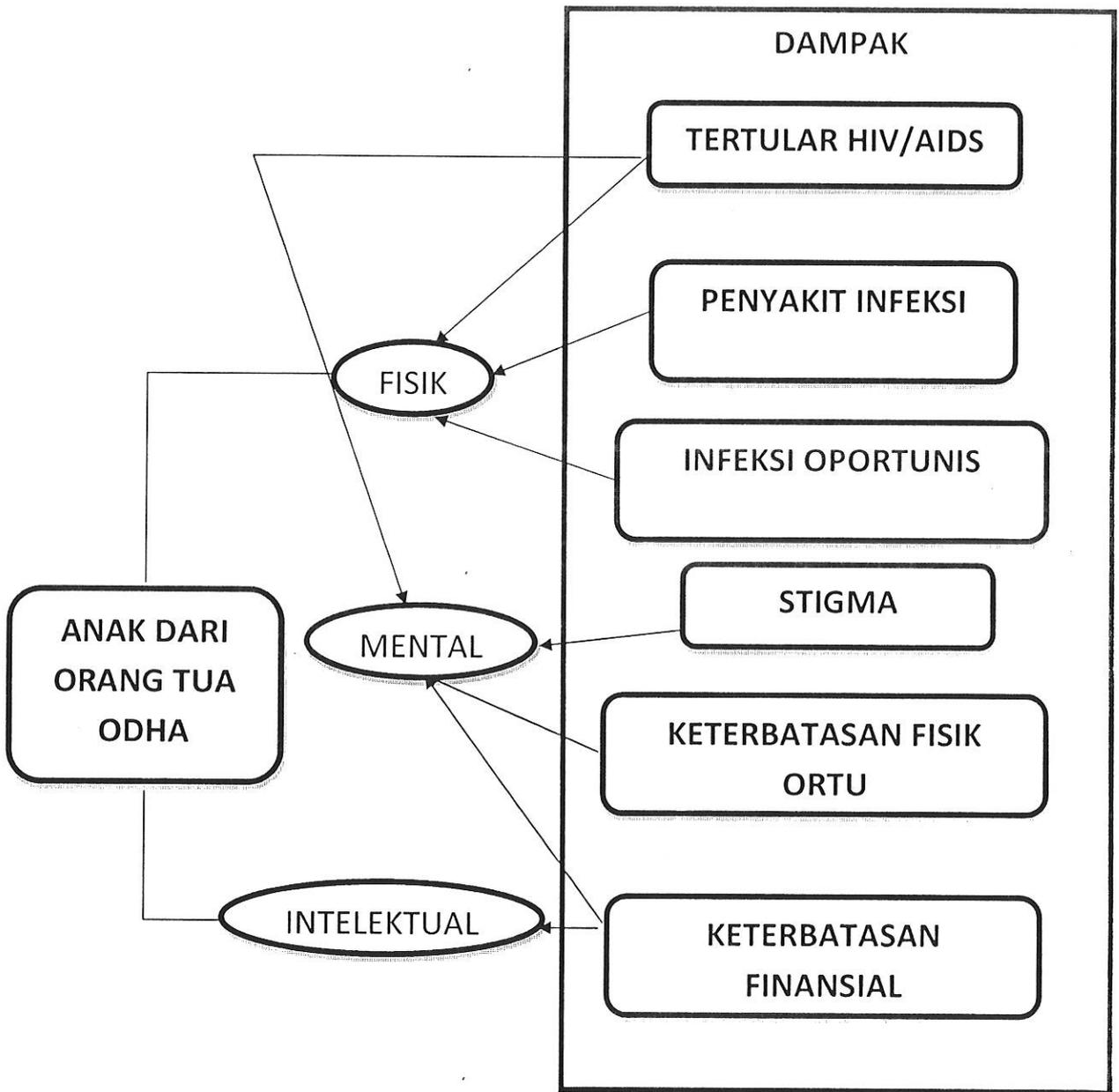
## 2.2 HIV/AIDS dari Sudut Pandang Kedokteran Preventif

Di sisi lain, kedokteran preventif memandang HIV/AIDS sebagai suatu entitas masalah kesehatan yang pengelolaannya tidak hanya terfokus pada individu yang sakit, namun juga pada populasi lain yang terkena dampaknya. Pihak yang terlibat dalam upaya pengelolaannyapun, tidak terbatas pada mereka yang bergerak di bidang kesehatan saja, tapi juga melibatkan sektor lain dan ahli dari berbagai disiplin ilmu. Dari sekian banyak entitas masalah kesehatan yang ditimbulkan oleh

HIV/AIDS, seperti telah dipaparkan pada bab sebelumnya, yang akan diulas secara lebih rinci adalah mengenai dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA dan upaya pencegahannya.

### **2.2.1 Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA**

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa dampak HIV/AIDS pada anak sangatlah luas. Namun, secara garis besar, dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu dampak fisik, mental, dan intelektual. Untuk itu diperlukan juga pola mitigasi yang menggunakan pendekatan masalah yang dihadapi anak-anak terdampak HIV/AIDS yang terlahir dari orang tua ODHA. Secara sederhana, konsep ini dapat digambarkan dalam kerangka berikut :



Gambar 2.1. Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA  
(Dimodifikasi dari berbagai sumber, 2010)

### 2.2.1.1 Dampak Fisik

Anak-anak yang tertular HIV/AIDS dari orang tuanya jelas bermasalah secara fisik. Berbagai infeksi oportunistik akibat daya tahan tubuh yang menurun, pencegahan infeksi dengan imunisasi yang justru menimbulkan masalah baru, serta asupan nutrisi dan status gizi adalah beberapa permasalahan yang dihadapi oleh anak-anak sebagai dampak langsung dari status HIV positif mereka.

Masalah fisik atau kesehatan pertama yang dialami oleh anak yang terlahir dari orang tua yang ODHA adalah risiko untuk tertular HIV/AIDS dari orang tuanya. Janin, bayi, atau anak-anak yang terlahir dari seorang ibu yang ODHA memiliki risiko 15% sampai 40% untuk tertular melalui plasenta, intra partum, maupun saat menyusui (WHO, 2008). Sementara itu, sebuah penelitian di Amerika Serikat menyebutkan bahwa 42% anak dari orang tua ODHA belum diketahui status HIVnya padahal 99% di antaranya sudah cukup umur untuk diperiksa status HIVnya. Salah satu penyebabnya adalah karena 94% dari anak-anak ini tidak tinggal dengan orang tua mereka (Schuster *et al*, 2000).

Akibat sulitnya menyediakan suatu layanan kesehatan yang komprehensif bagi seorang orang tua ODHA termasuk layanan skrining berbagai penyakit infeksi, maka dampak langsung berikutnya yang dirasakan seorang anak yang terlahir dari orang tua ODHA adalah dampak tertular penyakit infeksi. Tuberkulosis, hepatitis, malaria, dan lain sebagainya.

Sebagai gambaran, kemungkinan bayi dengan HIV positif untuk mengembangkan TB adalah 20 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi tanpa HIV. Para peneliti dari Desmond Tutu TB Center di Universitas Stellenbosch, Afrika Selatan yang dipimpin oleh Anneke Hesselink mencoba menganalisis prevalensi HIV dan TB pada bayi-bayi yang datang ke rumah sakit antara 2004 dan 2006. Ditemukan

bahwa 245 bayi dikonfirmasi memiliki TB, dan mereka memperkirakan bahwa kejadian TB adalah 1.596 kasus per 100.000 populasi bayi HIV positif dan 65,9 kasus per 100.000 populasi bayi HIV-negatif. Laporan menyatakan, “bayi yang terinfeksi HIV 24,1 kali lebih berisiko terhadap TB paru dan 17,1 kali lebih berisiko terhadap TB yang milier”. Sementara itu, untuk TB diseminata angkanya mencapai 240,9 per 100.000 populasi bayi HIV positif dan 14,1 per 100.000 bayi HIV negatif (Hesseling *et al*, 2009).

Berbagai upaya untuk mencegah penyakit infeksi dengan imunisasi pun menemui kendala mana kala ternyata penggunaan anti retroviral sebagai terapi pada anak-anak tersebut ternyata berpengaruh pada efektivitas vaksin. Para peneliti menyelidiki 59 anak divaksinasi terhadap MMR (Measles, Mumps, Rubella) sebelum memulai ART (*Anti Retroviral Therapy*). Namun demikian, pada awalnya hanya 24 (43%) yang memiliki antibodi terhadap ketiga patogen tersebut. Lebih lanjut, selama memakai ART, antibodi terhadap campak hilang pada 40 persen anak yang HIV positif pada awal. Dan juga, 38% anak kehilangan antibodi terhadap gondong dan 11 persen anak kehilangan antibodi terhadap rubela. Tidak satu pun dari 53 anak dengan virus kapsid antigen Epstein-Barr menunjukkan perubahan. Akan tetapi, terjadi kehilangan imunoglobulin G virus varisela zoster pada tujuh dari 34 anak (21%) dan imunoglobulin G virus sitomegalo pada 3 dari 45 (7%) (Reuters, 2006).

Yang lebih parah adalah kenyataan bahwa melemahnya daya tahan tubuh pada anak dengan HIV positif menyebabkan vaksinasi yang diberikan justru menimbulkan efek yang membahayakan. Vaksin BCG, yang ditujukan untuk mencegah tuberkulosis (TB) pada anak di negara berkembang, dapat menyebabkan penyakit dan kematian di antara beberapa bayi HIV positif. Vaksin BCG berdasarkan pada rangkaian bakteri penyebab TB yang dilemahkan, yang ditemukan pada ternak.

Bayi HIV positif mempunyai sistem kekebalan tubuh yang lemah. Hal ini mengakibatkan mereka rentan terhadap penyakit BCG, yang disebabkan oleh bakteri sapi ini yang ada pada vaksin. Sebuah penelitian menemukan bahwa vaksin tersebut memiliki 75% tingkat mortalitas di antara anak dengan penyakit BCG dan 70% anak tersebut adalah HIV positif. Hal ini dikatakan oleh Mark Cotton – rekan penulis laporan forum dan para peneliti HIV/AIDS di Universitas Stellenbosch Afrika Selatan. Menurut Cotton, diperkirakan 400 dari setiap 100.000 bayi HIV positif di provinsi Western Cape, Afrika Selatan menjadi sakit akibat vaksin BCG, dan belum diketahui seberapa besar masalah ini di seluruh Afrika (WHO, 2007).

Dengan pengaruh ARV terhadap efektivitas vaksin tersebut, penyakit infeksi pada anak dengan HIV positifpun muncul dengan manifestasi yang lebih parah. Sebagai contoh Campak lebih berisiko mematikan pada anak yang terinfeksi HIV dibandingkan anak yang tidak terinfeksi. Hal ini berdasarkan penelitian terhadap anak di Zambia sejak 2000 hingga 2004. Dr. William J. Moss dan rekan di Universitas Johns Hopkins di Baltimore, AS menangani vaksin campak bagi anak yang terinfeksi HIV dan yang tidak terinfeksi di Zambia pada usia sembilan bulan. Anak dipantau hingga 27 bulan. Beberapa anak divaksinasi ulang. Kemudian antibodi khusus campak dalam darah diukur pada kunjungan berikutnya. Ternyata, walaupun 88 persen anak yang terinfeksi HIV mengembangkan tingkat antibodi pelindung dalam waktu enam bulan sejak divaksinasi, selama 27 bulan masa tindak lanjut hanya separuh dari anak yang terinfeksi HIV yang bertahan hidup mempertahankan tingkat antibodi pelindung, dibandingkan dengan hampir 90 persen anak yang tidak terinfeksi HIV (Moss, 2003).

Masalah fisik pada anak sebagai dampak langsung status HIV positifnya ternyata tidak hanya terbatas pada penyakit infeksi dan akibat ikutannya saja. Namun

ternyata, kondisi ini juga memiliki peningkatan terhadap faktor risiko untuk penyakit-penyakit kardiovaskular. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa dibandingkan dengan anak HIV-negatif dalam kelompok kontrol, anak yang HIV positif mempunyai: rasio pinggang hingga pinggul yang lebih tinggi, resistensi insulin yang lebih tinggi, tingkat homosistein yang lebih rendah, tingkat kolesterol, trigliserid, dan mieloperoksidase yang lebih tinggi. Ketebalan media intima CCA dan ICA lebih besar secara bermakna pada anak yang terinfeksi HIV Indeks massa tubuh (BMI) dan tingkat homosistein adalah prediktor yang bermakna terhadap ketebalan media intima karotid pada anak HIV-negatif dalam kelompok kontrol. Hasil tersebut memberi kesan bahwa anak yang terinfeksi HIV yang menerima ART mungkin berisiko lebih tinggi terhadap penyakit kardiovaskular (McComsey *et al*, 2007 dalam Highleyman, 2007).

#### **2.2.1.2 Dampak Mental**

Secara mental, anak-anak terpengaruh oleh kondisi sosial yang memberikan stigma negatif pada HIV/AIDS dan penderitanya serta keberadaan dan kapasitas orang tua memainkan perannya dalam proses perkembangan mental anak. Berbagai kondisi orang tua ODHA, menyebabkan mereka memiliki keterbatasan dalam proses membesarkan anak sehingga sedikit banyak berpengaruh pada kondisi mental anak.

##### **2.2.1.2.1 Pengaruh Stigma Negatif karena status HIV Positif maupun karena**

##### **Orang Tua ODHA**

Stigma merupakan bentuk prasangka ( prejudice ) yang mendeskripsikan atau menolak seseorang atau kelompok karena mereka dianggap berbeda dengan kita atau kebanyakan orang. Jika sudah bermanifestasi sebagai tindakan terhadap prasangka tersebut, maka stigma ini sudah berubah menjadi diskriminasi (Muhaimin,2008).

Adapun diskriminasi adalah sebuah tindakan atau perlakuan yang menyebabkan seseorang diperlakukan tidak wajar karena mereka dianggap berasal atau dirasakan dari kelompok tertentu (Muhaimin,2008).

Adanya stigma dan diskriminasi pada ODHA menjadi masalah tersendiri yang menimbulkan kesenjangan paling besar untuk pencegahan penularan lebih luas, memberikan pelayanan lebih adekuat, pengobatan dan dukungan serta penurunan dampak lebih luas dari HIV/AIDS ini (Muhaimin, 2008).

Melalui diskusi kelompok terarah pada pengasuh (ibu / bibi / nenek / saudara kandung) yang merawat anak yang terlahir dari ODHA, sebuah penelitian di benua tempat dua pertiga penderita AIDS berada yaitu di Afrika tepatnya Afrika Selatan menyatakan bahwa sebagian besar pengasuh tersebut tidak memberitahukan status HIV anak yang dirawatnya karena takut akan stigma dari masyarakat terhadap keluarganya jika status HIV sang anak diberitahukan (Muhaimin, 2008).

Stigma muncul karena AIDS merupakan penyakit yang mengancam jiwa dan belum ada obatnya serta adanya asumsi bahwa penyakit ini indentik dengan perilaku hidup yang buruk seperti penggunaan obat terlarang dan seks bebas (Muhaimin, 2008). Sebuah survey lagi-lagi di Afrika selatan menyebutkan bahwa 20% warga kulit putih dan 16% warga kulit hitam beranggapan bahwa AIDS merupakan penyakit yang diakibatkan oleh perbuatan atau kesalahan penderita sendiri karena perilakunya yang buruk, 40% warga kulit hitam bahkan setuju untuk memisahkan atau memberlakukan karantina pada penderita AIDS (Muhaimin,2008).

Pada orang dewasa saja; stigma memberikan dampak yang buruk berupa penurunan keinginan dan perilaku untuk mencari layanan kesehatan. Pada anak-anak tentunya ini akan berpengaruh pada konstruksi mental dan reaksi emosionalnya. Hal ini nampak pada sebuah penelitian yang menyebutkan bahwa anak-anak yang

terkena dampak HIV/AIDS (ada orang tuanya yang ODHA) memiliki skor depresi yang lebih tinggi dan skor optimisme yang lebih rendah dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki ODHA di keluarganya (Utami, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Manuel dkk di Mozambik dan Wild dkk di Afrika Selatan (Utami, 2008).

#### **2.2.1.2.2 Pengaruh Keterbatasan Fisik Orang Tua ODHA dalam Membesarkan Anak**

Sebagai orang tua, seorang ODHA memiliki keterbatasan dalam mengasuh anak terkait kondisi fisiknya. Berbagai penelitian telah mengungkapkan hal ini. Beberapa di antaranya menggambarkan bagaimana kondisi fisik orang tua ODHA yang tinggal bersama anak mereka. Ada beberapa parameter yang diobservasi untuk menilai kondisi fisik orang tua ODHA yang mengasuh dan tinggal bersama anak mereka, yaitu kadar CD4 terendah mereka, derajat ketidaknyamanan dan perasaan terganggu dengan 14 gejala yang sering dialami oleh ODHA ( diukur dengan *Symptom intensity index*), adanya tanda gangguan mental ( diukur dengan *Composite International Diagnostic Interview Short Form*), adanya ketergantungan terhadap obat-obatan dan alcohol, serta adanya kebutuhan untuk mendapatkan perawatan baik di rumah sakit, layanan kesehatan, maupun perawatan khusus di rumah.

Sebuah penelitian yang melibatkan hampir 3000 responden di Amerika Serikat menemukan bahwa 23% ODHA yang hidup dengan anaknya memiliki kadar CD4 terendah antara 50 sampai 199 dan 22% memiliki kadar yang lebih rendah dari itu (Schuster *et al*, 2000).

Banyak sekali ODHA yang sakitnya terlalu parah sehingga tidak dapat memikirkan kebutuhan anaknya baik kebutuhan fisik maupun emosional. Di Amerika Serikat, 21% ODHA yang hidup dengan anaknya harus menjalani

perawatan di rumah sakit selama kira-kira enam bulan terakhir, termasuk 10% di antaranya yang membutuhkan perawatan lebih dari tujuh hari. 18% lagi ODHA yang tinggal dengan anaknya membutuhkan perawatan khusus di rumah karena penyakitnya, 45% mengalami gangguan mental, 10% menunjukkan ketergantungan terhadap obat-obatan, 5% merupakan pecandu alkohol berat dengan 10% di antaranya membutuhkan terapi (Schuster *et al*, 2000).

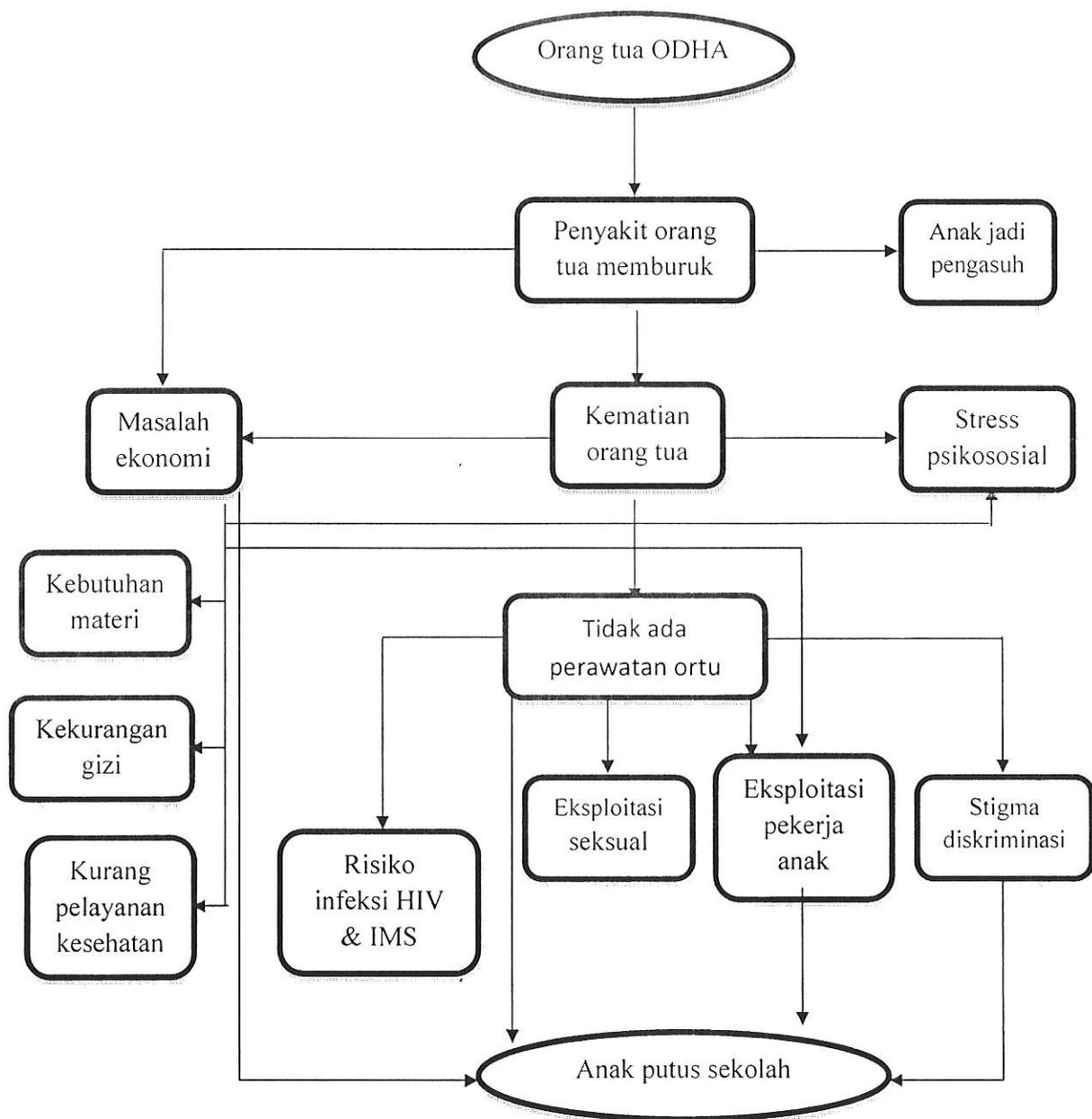
Keterbatasan itu membuat anak kadang harus tinggal dengan pengasuh lain atau bahkan hidup di jalanan. Situasi yang jelas sangat tidak kondusif untuk menciptakan konstruksi mental yang baik pada anak.

Tidak hanya itu, orang tua ODHA yang meninggal karena penyakitnya juga berpengaruh pada mental anak-anaknya. Hingga saat ini, setidaknya 15 juta anak-anak di dunia kehilangan orang tuanya karena AIDS (WHO, 2008). Sebuah penelitian di Amerika Serikat memaparkan hal ini akan membuat anak berada dalam kondisi tidak memiliki perlindungan yang jelas, kurang stimulus interpersonal dan kurang kasih sayang individual sehingga mengalami penurunan rasa percaya diri, meningkatkan depresi, kecemasan, membuat kerusakan, bahkan tindakan bunuh diri (Rotheram-Borus, Lee, Gwadz, and Draimin, 2001).

Di Indonesia sendiri, sebuah penelitian yang dilakukan di tujuh propinsi pada tahun 2007 menyebutkan ada perbedaan yang signifikan pada gambaran status psikologis (kecemasan) pada anak-anak usia 12 sampai 18 tahun di rumah tangga dengan kasus HIV/AIDS dibandingkan dengan anak yang tumbuh di keluarga tanpa kasus HIV/AIDS. Anak dari kelompok dengan kasus HIV/AIDS memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tumbuh di keluarga tanpa kasus HIV/AIDS (Hapsari, 2008).

### 2.2.1.3 Dampak Intelektual

Terkait aspek intelektual, sebuah penelitian menyebutkan bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam partisipasi pendidikan pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA. Penelitian tersebut, mencoba merumuskan faktor yang mungkin berhubungan dengan penurunan partisipasi pendidikan pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA dalam kerangka sebagai berikut :



**Gambar 2.2. Dampak HIV / AIDS dalam rumah tangga terhadap partisipasi pendidikan pada anak**  
 (Sumber: Dampak Keberadaan ODHA dalam Rumah Tangga terhadap Partisipasi Pendidikan Anak Usia 7 hingga 18 tahun, Utami, 2008)

### 2.1.3.1 Pengaruh Keterbatasan Finansial Orang Tua ODHA dalam Membiayai Anak

Sebelum berbicara mengenai dampak keterbatasan finansial orang tua ODHA pada aspek intelektual anak, maka perlu dipahami terlebih dahulu kaitan antara HIV/AIDS, kesehatan, dan kemiskinan.

Hubungan antara kemiskinan dan HIV/AIDS dapat dilihat dari dua arah. Di satu sisi, kemiskinan memberikan kontribusi pada kerentanan seseorang terhadap HIV, mengeksaserbasi dampak HIV pada mereka, dan membawa pada penyakit yang lebih parah dan kematian yang lebih dini. Di sisi lain, mengalami HIV/AIDS dapat membawa seseorang pada kemiskinan karena penyakit ini dapat menyebabkan seseorang kehilangan atau paling tidak menurun kapasitasnya untuk bekerja dan mencari nafkah (*Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005*).

Hubungan yang sulit terpisahkan antara HIV/AIDS dan kemiskinan yang dipengaruhi berbagai kondisi yang dipaparkan di atas seperti kesehatan orang tua yang tidak memadai serta adanya stigma negatif terhadap ODHA tentunya memberikan konsekuensi pada ekonomi keluarga. Meskipun pengobatan antiretroviral disediakan bagi mereka secara gratis, namun belum tentu dengan layanan kesehatan yang mereka butuhkan karena penyakit lain yang sebenarnya merupakan dampak dari menurunnya kekebalan tubuh, termasuk biaya jika mereka membutuhkan perawatan di rumah sakit maupun perawatan khusus di rumah (*Schuster et al, 2000*).

Masih pada penelitian yang sama di Amerika Serikat, sebagian dari populasi orang tua ODHA yang memiliki anak, mereka menghadapi hambatan jaringan sosial yang berdampak pada masalah ekonomi. 25% di antaranya bahkan tidak memiliki teman yang dapat meminjamkan mereka uang (*Schuster et al, 2000*).

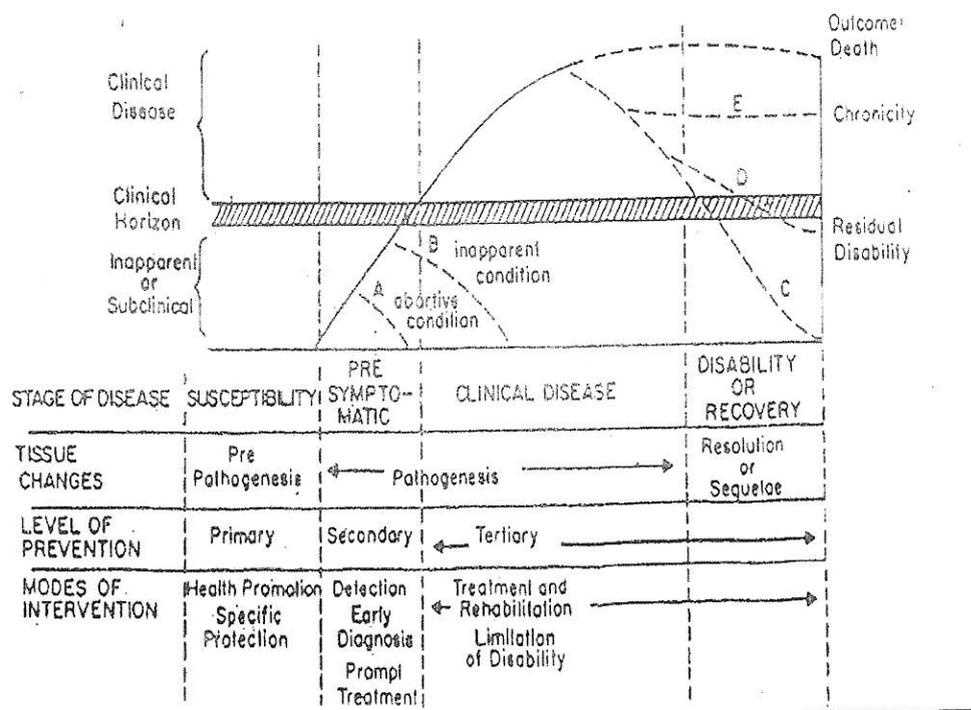
Dalam tinjauan ekonomi, AIDS berdampak pada peningkatan biaya bisnis perusahaan. Secara langsung, biaya akan lebih banyak dikeluarkan untuk pengobatan karyawan yang sakit dan asuransi, sedangkan secara tidak langsung adanya AIDS akan mengurangi produktivitas, meningkatkan angka mangkir kerja, dan biaya untuk rekrutmen karyawan baru. Di negara maju, peningkatan biaya ini dibebankan pada sektor publik. Sedangkan di negara berkembang, apa lagi di negara miskin, pembiayaan ini menjadi beban sosial, kesehatan, dan keuangan sehingga menjadi masalah keluarga dan rumah tangga (Muhaimin, 2008).

Bagi anak-anak, kondisi orang tua yang sakit-sakitan, menimbulkan keterbatasan bagi mereka untuk menghidupi keluarga. Ditambah lagi dengan tabungan yang lebih banyak dikeluarkan untuk biaya perawatan. Hal ini akan semakin parah jika ternyata orang tua mereka meninggal. Pada tahun 2010, diperkirakan 40 juta anak akan menjadi yatim dan atau piatu karena ditinggal orang tuanya yang HIV atau AIDS. Ini menjadi beban tersendiri bagi anak untuk mendukung ekonomi keluarga sehingga lebih banyak anak-anak yang bekerja. Sebuah penelitian yang dilakukan Elmore-Meegan terhadap 956 anak di enam lokasi di Kenya membandingkan kelompok anak yang yatim dan atau piatu dengan yang tidak. Hasilnya adalah lebih banyak anak yang bekerja pada kelompok yang yatim dan atau piatu dibandingkan dengan yang tidak (Muhaimin, 2008). Dengan kondisi seperti ini, anak yang terpengaruh dampak negatif HIV/AIDS memiliki risiko lebih besar untuk mengalami putus sekolah. Dalam aspek intelektual, ini jelas merugikan.

### **2.3 Mitigasi Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA**

Mitigasi merupakan upaya pencegahan berbagai dampak negatif. Adapun pencegahan berbagai dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang

tua ODHA dalam tinjauan kedokteran preventif seperti telah dipaparkan sebelumnya, tidak hanya terfokus pada populasi yang terkena dampak langsungnya, namun juga pada orang tua dan masyarakat. Oleh karena itu, secara garis besar, langkah yang harus dilakukan adalah memetakan entitas masalah kesehatan (dalam hal ini dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA) ke dalam konsep *Natural History of Disease* untuk selanjutnya menentukan model intervensinya.



**Gambar 2.3. Skema Perjalanan Alamiyah Penyakit**  
(Sumber: Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, 2008)

### 2.3.1. Analisis dan Pemetaan dalam *Natural History of Disease*

Dalam bahasan kali ini, yang dipetakan dalam konsep *Natural History of Disease* bukanlah entitas penyakitnya yaitu HIV/AIDS, melainkan entitas masalah

kesehatannya yaitu dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

Untuk melakukan upaya pencegahan secara komprehensif, maka entitas masalah kesehatan yang telah dipaparkan pada sub bab sebelumnya akan dipetakan dengan konsep *Natural History of Disease* sehingga kita bisa melihat perjalanan munculnya masalah kesehatan tersebut dan menentukan model intervensi sesuai dengan fasenya.

### **2.3.1.1 Fase prepatogenesis**

Dalam konteks penyakit infeksi, fase prepatogenesis merupakan masa terjadinya interaksi antara *agent* penyebab penyakit dengan *host* sehingga *host* berada dalam kondisi *susceptible* (rentan). Pada fase ini, *host* masih berada dalam kondisi sehat dan belum terjadi perubahan patologis pada tubuhnya.

Dengan analogi tersebut, maka untuk kasus dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA, yang terjadi pada fase ini adalah interaksi antara kebutuhan anak dengan kapasitas orang tua ODHA, keluarga, dan masyarakat untuk memenuhinya. Pola interaksi yang terjadi pada kasus ini menunjukkan adanya disparitas antara keduanya seperti digambarkan dalam tabel berikut :

Tabel 2.5. Disparitas Kebutuhan Anak dengan Kapasitas Orang Tua dan Lingkungan

KEBUTUHAN ANAK		KAPASITAS ORANG TUA DAN LINGKUNGAN
Fisik	Imunitas yang optimal	Risiko menularkan → ancaman infeksi oportunistik dan masalah pada imunogenitas dan keamanan imunisasi
	Asupan gizi yang adekuat	Keterbatasan finansial orang tua untuk memenuhi kebutuhan gizi Malnutrisi terkait penyakit kronik
Mental	Dukungan stimulus dan respon emosional yang adekuat di setiap fase perkembangan mental anak	Keterbatasan fisik orang tua Stigma Ketiadaan pengasuh
Intelektual	Pendidikan formal	Keterbatasan fisik dan finansial orang tua untuk membiayai kebutuhan pendidikan anak Stigma

(Dimodifikasi dari berbagai sumber, 2010)

Anak-anak memiliki kebutuhan yang harus dipenuhi untuk bisa tumbuh sehat secara fisik, mental, dan intelektual. Pada anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA, kebutuhan-kebutuhan ini justru berhadapan dengan keterbatasan orang tua, keluarga, maupun lingkungan untuk memenuhinya.

### 2.3.1.2 Fase Patogenesis

Fase pathogenesis merupakan tahap berlangsungnya proses perubahan patologis. Dalam konteks penyakit infeksi, tahap ini dibedakan menjadi fase pathogenesis awal dan lanjut. Pada fase awal, belum muncul gejala klinik namun agen infeksi sudah masuk (*presymptomatic*). Adapun manifestasi klinik, baru terlihat pada fase lanjut (*clinical disease*).

Terkait dampak fisik yang dialami anak yang terlahir dari ODHA, pemetaan ke dalam konsep ini tidak terlalu jauh berbeda dengan pemetaan entitas penyakitnya. Namun, agak sulit untuk membedakan batas antara keduanya jika yang akan dipetakan dengan konsep ini adalah dampak negatif dari aspek mental dan intelektual. Sebab, kita hanya bisa tahu fase terjadinya interaksi antara anak-anak (kebutuhan anak) dengan faktor yang menempatkan anak pada kondisi rentan terkena dampak negatif dari status ODHA orang tuanya (dalam hal ini keterbatasan orang tua, keluarga, dan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan anak). Untuk dampak fisik, kita bisa tahu kapan HIV mulai menjangkiti anak namun belum menimbulkan gejala dan kapan gejalanya muncul. Namun, untuk dampak mental dan intelektual, sangat sulit untuk mengetahui kapan keterbatasan kemampuan orang tua dan masyarakat dalam memberikan stimulus yang tepat tersebut mulai mempengaruhi anak namun belum menimbulkan masalah pada perkembangan mentalnya. Artinya, untuk dampak yang terkait aspek mental dan intelektual ini kita hanya bisa membedakan saat belum muncul dan saat sudah muncul.

Adapun mengenai *clinical feature* pada fase patogenesis dari entitas masalah kesehatan ini telah diuraikan lebih rinci pada sub bab sebelumnya.

### 2.3.2. Model Intervensi dalam Tatanan Konseptual

Apapun level pencegahan, secara konseptual, hal yang perlu diperhatikan adalah sasaran, target, dan metodenya. Berikut akan dibahas secara lebih detail mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA berdasarkan level pencegahannya.

#### 2.3.2.1 Upaya Pencegahan Primer

Sebagaimana yang digambarkan dalam skema representasi riwayat alamiah penyakit di atas, level pencegahan primer ini dilakukan pada fase prepatogenesis. Model intervensinya berupa promosi kesehatan dan pemberian perlindungan spesifik.

Dalam konteks entitas masalah kesehatan yang dibahas kali ini, promosi kesehatan dilakukan untuk mencegah dampak negatif dari semua aspek (fisik, mental, dan intelektual), sedangkan perlindungan spesifik umumnya digunakan untuk mencegah dampak negatif yang terkait aspek fisik saja.

Promosi kesehatan secara konseptual didefinisikan sebagai upaya mempengaruhi atau mengajak pihak lain agar melaksanakan perilaku hidup sehat. Adapun secara operasional diartikan sebagai semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo dalam Duarsa, 2000).

Dari definisi tersebut, dapat diketahui bahwa pada prinsipnya tujuan dari promosi kesehatan adalah perubahan perilaku. Dalam teori kejadian sakit yang dipaparkan Blum, perilaku merupakan faktor terbesar kedua yang mempengaruhi status kesehatan seseorang setelah faktor lingkungan. Hal ini menyebabkan intervensi perilaku merupakan langkah strategis yang penting dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat. Oleh karena itu, perlu

diketahui hal-hal yang mempengaruhi perilaku itu sendiri. Menurut Green, perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu :

#### 1. Faktor predisposisi

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan terhadap hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

Sesuai dengan masalah kesehatan yang diangkat kali ini, maka pengetahuan dan sikap yang diharapkan adalah yang dapat membawa sasaran (anak, orang tua, dan masyarakat) pada perilaku-perilaku yang kondusif bagi pencegahan berbagai dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

Terkait aspek fisik, untuk mencegah anak tertular, maka diharapkan orang tua ODHA mengetahui bahwa anak yang dilahirkannya memiliki risiko untuk tertular dan perlu pemeriksaan untuk memastikannya sehingga jika memang tertular bisa diterapi sedini mungkin.

Terkait aspek mental, pengetahuan tentang kebutuhan anak akan stimulus dan respon emosional yang sesuai bagi perkembangan mentalnya dan kesadaran orang tua ODHA akan keterbatasan diri dan lingkungannya untuk mendukung perkembangan mental anak akan sangat diperlukan untuk mengupayakan perilaku yang kondusif bagi anak agar bisa tumbuh dengan aman secara mental.

Begitupun terkait dengan aspek intelektual yang tentunya juga dipengaruhi oleh kondisi fisik dan finansial orang tua ODHA.

Pengetahuan dan sikap positif yang memadai akan membantu individu dan masyarakat dalam mewujudkan perilaku yang kondusif bagi pencegahan dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

## 2. Faktor pemungkin

faktor ini mencakup ketersediaan sarana kesehatan bagi masyarakat yang memungkinkan terfasilitasinya pengetahuan dan sikap kondusif masyarakat ke dalam perilaku yang konkret. Misalnya, pengetahuan dan sikap positif orang tua ODHA tentang berbagai dampak negatif HIV/AIDS yang mungkin mengenai anak-anaknya, memerlukan dukungan sarana kesehatan untuk memeriksakan status HIV anak-anaknya, mendapatkan pengetahuan tentang cara memperlakukan anak yang mendapat tekanan sosial berupa stigma dari masyarakat sekitarnya, dan sebagainya.

## 3. Faktor penguat

faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, agama, dan petugas kesehatan serta kebijakan pemerintah. Orang tua ODHA dan anak-anaknya yang memiliki pengetahuan dan sikap yang positif serta datang ke fasilitas kesehatan tentu juga membutuhkan dukungan petugas kesehatan dan masyarakat sekitarnya untuk dapat berperilaku sehat. Begitupun dengan kebijakan, undang-undang, maupun peraturan-peraturan yang tidak mendiskriminasi mereka.

Dari intervensi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut, hal yang ditargetkan adalah adanya pergeseran dimensi dari perilaku baik individu (anak dan orang tua ODHA) maupun masyarakat. Adapun perubahan perilaku yang belum atau

tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung beberapa dimensi, antara lain :

1. Perubahan perilaku (dari perilaku yang negatif menjadi perilaku yang positif)
2. Pembinaan perilaku (perilaku positif yang harus dipertahankan)
3. Pengembangan perilaku (terutama ditujukan untuk membiasakan perilaku yang kondusif pada anak sedini mungkin)

Adapun sasaran dari upaya promosi kesehatan ini adalah anak-anak, orang tua ODHA, serta masyarakat dan tokoh masyarakat dan pembuat kebijakan.

Dari uraian di atas, dapat dibuat sebuah model mengenai langkah yang harus dilakukan untuk mengupayakan promosi kesehatan masyarakat yang baik sebagai berikut :

1. Menganalisis apakah faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sudah kondusif bagi terciptanya perilaku sehat. Penerapannya dalam masalah kesehatan yang dibahas kali ini adalah menganalisis tentang :
  - a. Bagaimana pengetahuan dan kepedulian orang tua ODHA terhadap masalah MTCT (*Mother to Child Transmission*), risiko kematian karena infeksi oportunistik dan penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi, masalah gizi yang sering terjadi
  - b. Bagaimana pengetahuan dan *awareness* orang tua ODHA dan masyarakat terhadap dampak negatif yang mungkin akan dialami anak yang terlahir dari orang tua ODHA
  - c. Bagaimana pandangan dan sikap masyarakat terhadap ODHA, keluarga, dan anak-anak mereka

- d. Apakah layanan dan petugas kesehatan setempat dapat mengakomodasi kebutuhan anak-anak dan orang tuanya yang ODHA serta masyarakat untuk memiliki perilaku yang kondusif untuk mencegah dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA
  - e. Apakah situasi ekonomi dan pendidikan orang tua dan masyarakat kondusif bagi terciptanya perilaku yang dapat mencegah dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA
  - f. Apakah perilaku tokoh setempat dan kebijakan pemerintah mendukung terciptanya perilaku yang dapat mencegah dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA.
2. Mengidentifikasi dimensi dari masing-masing faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut.

Langkah ini maksudnya adalah menentukan apakah pengetahuan, sikap individu masyarakat, layanan kesehatan dan kebijakan pendukung ada pada dimensi perilaku yang perlu diubah, perlu dibina, atau perlu dikembangkan.

3. Menetapkan strategi promosi kesehatan

Strategi merupakan cara untuk mencapai visi (meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial) dan misi (upaya advokasi, mediasi, dan memberikan kemampuan pada masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya) promosi kesehatan secara efektif dan efisien. Adapun strategi global menurut WHO adalah :

a. Advokasi

Merupakan upaya yang ditujukan pada pembuat kebijakan dengan *output* yang diharapkan berupa undang-undang, peraturan yang mengikat masyarakat dan instansi yang terkait dengan masalah kesehatan.

Dalam kasus ini, *output* yang dibutuhkan adanya peraturan yang mengikat masyarakat maupun instansi terkait agar memberikan perlakuan yang kondusif bagi ODHA dan anak-anak mereka sehingga berbagai dampak negatif dapat dicegah. Misalnya aturan-aturan yang melarang tindakan-tindakan diskriminatif di sekolah atau di layanan kesehatan, atau peraturan-peraturan yang mewajibkan layanan kesehatan tingkat tertentu memfasilitasi ODHA dan anak-anak mereka yang berada di wilayah tersebut untuk mendapatkan pengobatan yang dibutuhkan, ataupun peraturan-peraturan terkait lainnya.

b. Dukungan sosial

Merupakan strategi yang ditujukan pada tokoh masyarakat yang memiliki pengaruh dengan *output* yang diharapkan adalah keberpihakan tokoh masyarakat ini pada program pencegahan dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA. Keberpihakan ini nantinya diharapkan dapat menjembatani pengelola program dengan masyarakat.

c. Pemberdayaan masyarakat

Strategi ini ditujukan pada masyarakat secara langsung dengan *output* yang diharapkan adalah agar mereka memiliki kemampuan dalam

memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri melalui upaya-upaya masyarakat yang terkoordinasi. Misalnya, penyuluhan dan konseling kesehatan dari kelompok ODHA yang berhasil mencegah dampak negatif HIV/AIDS pada anaknya kepada kelompok ODHA lain yang anak-anaknya terancam mengalami dampak negatif tersebut, atau pelatihan keterampilan pada para orang tua ODHA sebagai suplementasi penghasilan untuk menggantikan sumber penghasilan mereka yang berisiko (misalnya PSK), dan lain sebagainya.

#### **2.3.2.2 Upaya Pencegahan Sekunder**

Upaya pencegahan sekunder dalam skema riwayat alamiah penyakit mendapat tempat pada fase pathogenesis awal, yaitu saat agen infeksi sudah masuk ke dalam tubuh host dan menyebabkan perubahan patologis pada jaringan host, namun belum memunculkan gejala klinik.

Terkait aspek fisik dari dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA, penerapan upaya pencegahan ini sama dengan pencegahan HIV/AIDS, yaitu dengan diagnosis dini HIV infeksi oportunistik, infeksi yang bisa dicegah dengan imunisasi, dan kecenderungan malnutrisi dan penatalaksanaan yang adekuat dari masalah-masalah tersebut seperti inisiasi antiretroviral, terapi profilaksis untuk infeksi oportunistik, dan pengaturan nutrisi yang adekuat.

Namun, untuk aspek mental dan intelektual, fase pathogenesis awalnya sangat sulit diketahui sehingga sangat sulit menentukan *timing* yang membatasi kapan keterbatasan yang dimiliki orang tua ODHA mulai mempengaruhi anak tapi belum menimbulkan masalah. Untuk aspek mental saja misalnya, sangat sulit melakukan diagnosis dini karena kriteria diagnosis gangguan mental yang tidak

disebabkan faktor organik sepenuhnya berdasarkan psikopatologi yang muncul secara klinik.

Sedangkan, untuk aspek intelektual yang manifestasinya berupa penurunan partisipasi anak dalam pendidikan, juga belum ada parameter yang dapat digunakan untuk “mendiagnosis”nya secara dini. Pendekatan yang mungkin bisa digunakan untuk mendeteksi masalah pada aspek ini secara dini adalah dengan menganalisis kondisi faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi anak yang terlahir dari orang tua ODHA dalam pendidikan sebagaimana telah dirangkum dalam gambar 2.2. Dari faktor finansial, di negara-negara maju, produk asuransinya sudah sangat berkembang sehingga memasukkan HIV/AIDS sebagai salah satu risiko yang ditanggung dalam asuransi. Di Kanada misalnya, pemerintah memenuhi tanggung jawabnya dalam hal ini dengan membuat kebijakan bagi perusahaan agar mengikutsertakan pekerjanya sebagai peserta asuransi, termasuk asuransi terhadap risiko HIV/AIDS (*Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006*). Dengan ketentuan khusus mengenai pekerja yang berhak mendapatkan asuransi di antaranya adalah mereka yang mengalami penurunan penghasilan sekian persen akibat tidak dapat bekerja karena sakit. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa itu adalah sebuah program “deteksi dini kemiskinan akibat sakit”. Dari faktor kondisi fisik orang tua, tentu saja model deteksi dininya adalah pemantauan pada status kesehatan orang tuanya sehingga hal-hal yang mungkin menyebabkan keterbatasan orang tua dapat diketahui dan diantisipasi secara cepat. Adapun mengenai pengaruh stigma pada penurunan partisipasi pendidikan, penanganannya sama dengan permasalahan terkait aspek mental.

### 2.3.2.3 Upaya Pencegahan Tersier

Upaya pencegahan ini dilakukan pada fase dampak negatif yang dipaparkan dalam sub bab sebelumnya sudah bermanifestasi secara klinik. Anak-anak sudah tertular HIV atau bahkan mungkin mengalami infeksi oportunistik berat, penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi dengan manifestasi yang lebih berat, malnutrisi, kecemasan dan depresi karena ditinggal orang tua dan harus menghadapi tekanan sosial, ataupun tidak dapat lagi berpartisipasi dalam pendidikan karena harus merawat orang tuanya yang sakit, keterbatasan finansial, atau menggantikan peran orang tua untuk bekerja menghidupi keluarga. Konteks pencegahannya adalah untuk memperbaiki kondisi dan meningkatkan kualitas hidup anak.

Untuk dampak negatif terkait aspek fisik, sasarannya adalah jelas yaitu anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA. Sedangkan untuk dampak yang terkait aspek mental dan intelektual, sasarannya juga mencakup orang tua dan masyarakat karena pemulihan status mental sangat membutuhkan dukungan dan respon sosial yang kondusif.

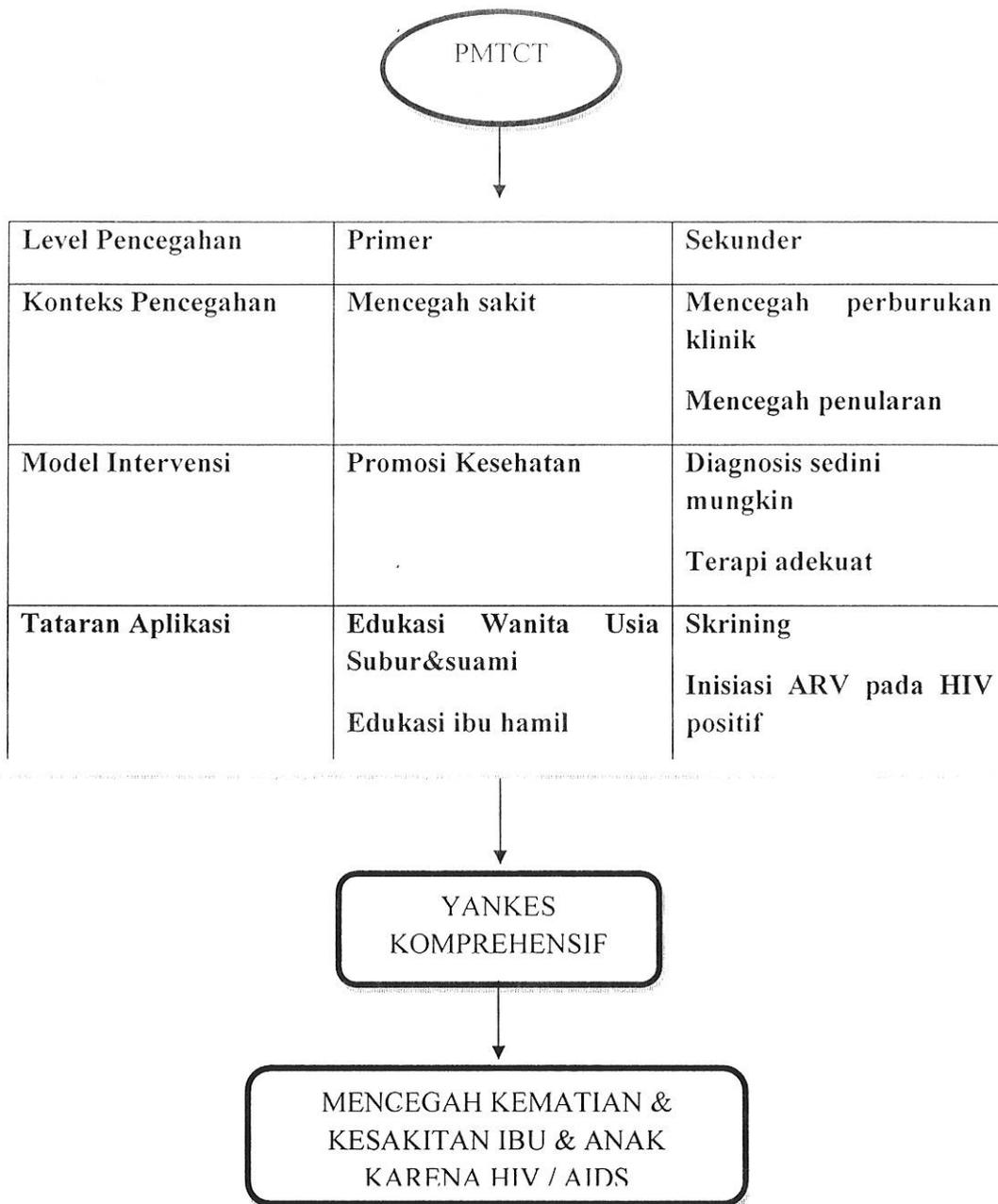
Begitupun dengan dampak yang terkait aspek intelektual. Dampak pada aspek ini yang menjadi sorotan adalah berkurangnya partisipasi anak yang terlahir dari orang tua ODHA yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti telah dijelaskan sebelumnya. Model intervensi pada level pencegahan ini terkait masalah intelektual adalah memperbaiki faktor-faktor yang berhubungan dengan penurunan partisipasi pendidikan pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA. Upaya konkretnya adalah memperbaiki kondisi finansial, mengambil alih peran pengasuh bila orang tua tidak mampu lagi merawat anak tersebut karena keterbatasan fisiknya, maupun memperbaiki sikap mental anak dalam menghadapi stigma.

### 2.3.3 Model Intervensi dalam Tatanan Aplikatif

Konsep mengenai upaya pencegahan di berbagai level yang telah dipaparkan di atas, dalam tataran aplikatif dilaksanakan melalui program-program khusus baik oleh WHO maupun badan PBB yang *concern* terhadap HIV/AIDS. Dengan pendekatan dampak yang dialami, beberapa program tersebut dijelaskan sebagai berikut:

#### 2.3.3.1 Pencegahan Transmisi HIV/AIDS dari Ibu ke Anak

Upaya pencegahan transmisi HIV/AIDS dari ibu ke anak merupakan salah satu dari empat program yang dicanangkan oleh badan PBB yaitu *Unite for Children* dan *Unite for AIDS* sejak tahun 2005. Profil yang mencakup tujuan dan upaya yang dilakukan pada program ini dapat digambarkan dalam alur berikut :



**Gambar 2.4. Gambaran Umum Program *Preventing Mother to Child Transmission* (PMTCT)**  
(Sumber : Dimodifikasi dari *Children and AIDS Third Stocktaking Report*, 2010)

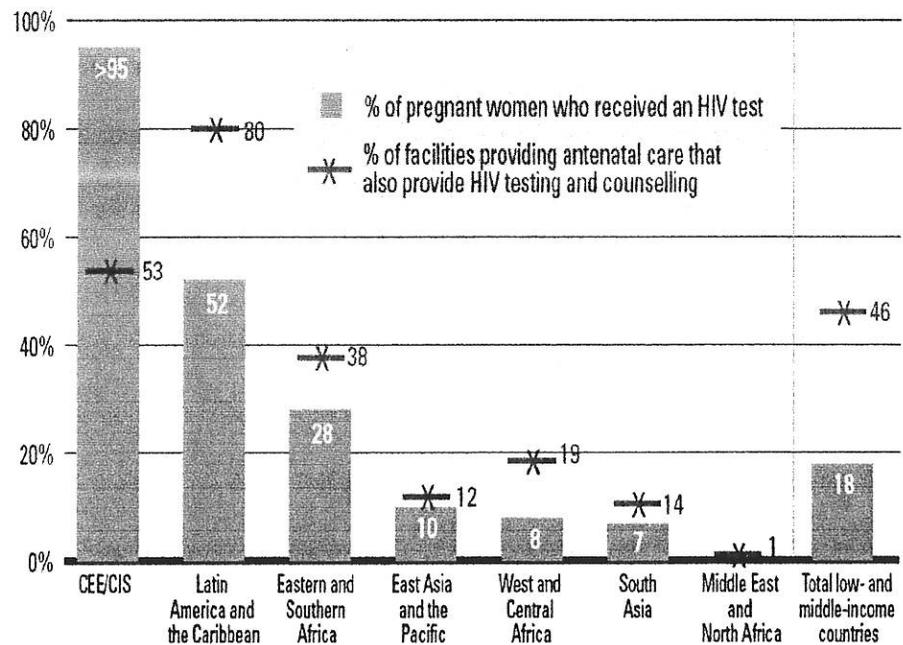
Kegiatan program ini mencakup seluruh level pencegahan untuk HIV dan AIDS pada wanita. Mulai dari promosi kesehatan berupa edukasi tentang HIV/AIDS

pada wanita usia subur, *early diagnosis* dengan skrining HIV pada wanita hamil serta *prompt treatment* berupa pemberian ARV pada wanita hamil yang teridentifikasi HIV positif. Untuk itu diperlukan layanan kesehatan yang komprehensif yang mudah untuk diakses sehingga tujuan program yaitu mencegah kematian dan kesakitan akibat HIV/AIDS pada wanita dan anak dapat dicapai.

Pintu gerbang utama program ini yaitu kegiatan tes dan konseling HIV pada layanan maternal, meskipun sudah direkomendasikan oleh WHO untuk dimiliki setiap penyedia jasa layanan kesehatan sering kali tidak tersedia atau tidak berjalan sesuai target yang diharapkan dengan berbagai kendala sehingga banyak wanita yang tidak menyadari status HIV nya. Namun, kenyataan di lapangan membuktikan bahwa keterlibatan suami untuk juga melakukan test ternyata meningkatkan cakupan deteksi HIV untuk wanita hamil serta menurunkan stigma terhadap wanita-wanita yang memanfaatkan layanan kesehatan tersebut. Selain itu, transmisi HIV dari ibu ke anak ternyata lebih banyak terjadi pada wanita yang teridentifikasi HIV nya pada saat hamil dan atau menyusui dibandingkan dengan wanita yang sudah mengetahui status HIV nya sebelum hamil. Hal ini menjadi dasar mengapa pencegahan primer pada ibu hamil yang status HIV nya negatif menjadi penting. Layanan pencegahan primer tersebut mencakup edukasi, konseling, layanan kesehatan seksual dan reproduksi, tes pada pasangan, praktik seksual yang aman, dan tes ulang.

Situasi terakhir yang dilaporkan oleh *Unite for Child* dan *Unite for AIDS* dalam *Children and AIDS 2008* untuk program pencegahan transmisi HIV/AIDS dari ibu ke anak ini adalah pencapaian cakupan deteksi HIV pada wanita hamil, jumlah layanan kesehatan yang menyediakan skrining dan konseling HIV sebagai pelayanan standar pada *ante natal care*, dan pemberian anti retroviral pada wanita hamil yang teridentifikasi HIV positif di beberapa region di dunia.

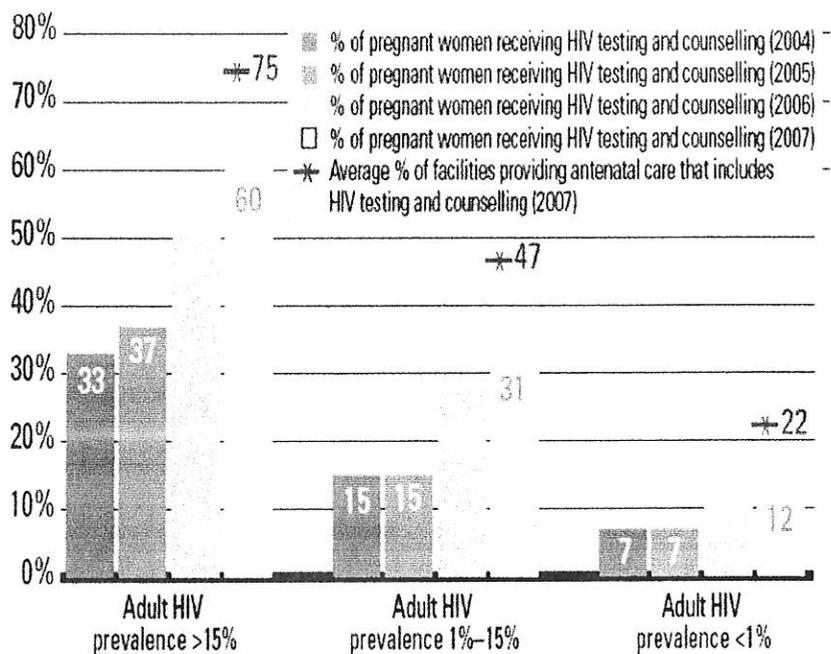
Badan PBB yang mengurus permasalahan AIDS dan anak-anak melaporkan bahwa di hampir seluruh regio di dunia persentase fasilitas kesehatan yang ada berada di atas persentase cakupan deteksi HIV pada wanita hamil. Secara keseluruhan, 46% layanan antenatal di negara dengan penghasilan rendah menyediakan layanan pemeriksaan dan konseling HIV, namun, cakupan deteksi HIV pada wanita hamilnya hanya 18%, angka yang sangat jauh dari target internasional yaitu 80%. Gambaran lebih detail mengenai hal ini terdapat dalam diagram berikut :



**Gambar 2.5. Cakupan Deteksi HIV pada Wanita Hamil dan Fasilitas Ante Natal Care yang Menyediakan Tes dan Konseling HIV**  
(Sumber : *Children and AIDS Third Stocktaking Report, 2008*)

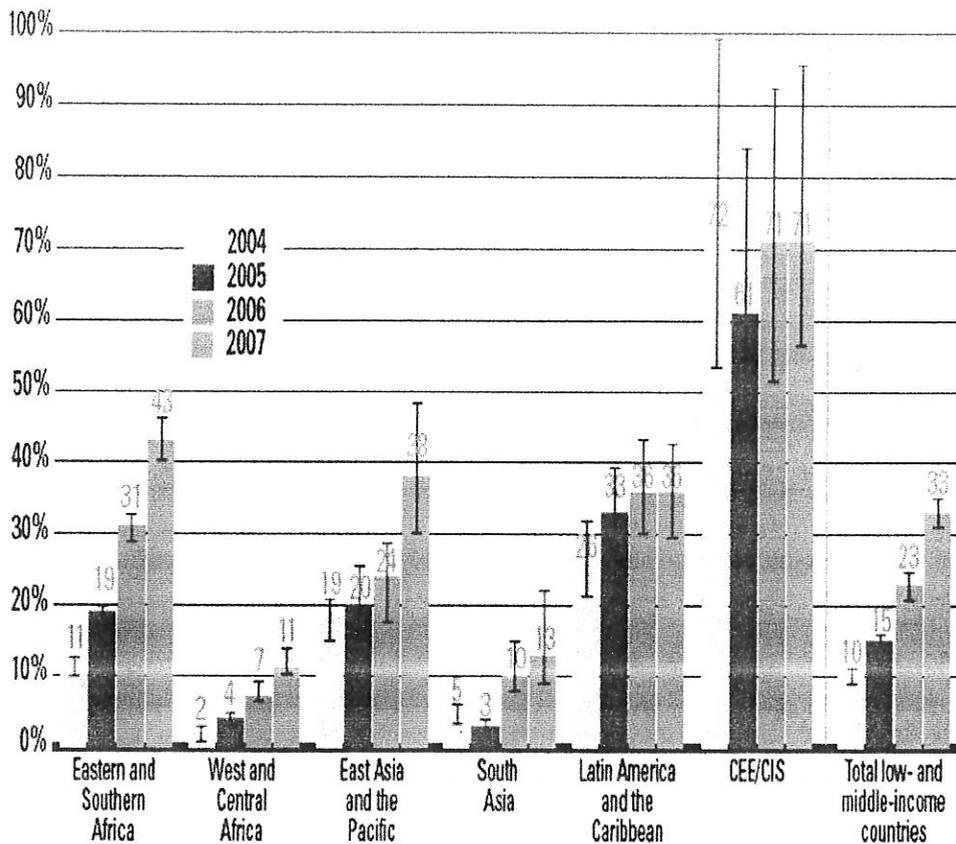
Secara keseluruhan, WHO mengklasifikasikan negara-negara menjadi 3 kelompok yaitu negara hiperendemik yang prevalensi HIV pada orang dewasanya lebih dari 15%, diikuti kelompok kedua yang prevalensinya antara 1 sampai 15%, dan kelompok ketiga dengan prevalensi kurang dari 1%. Di negara-negara tersebut, sejak tahun 2004 hingga 2007 cakupan deteksi HIV pada wanita hamil terus mengalami peningkatan meskipun angkanya masih rendah. Persentase tertinggi cakupan deteksinya justru terdapat pada negara-negara yang masuk kelompok

hiperendemik. Persentase cakupan deteksi HIV pada ibu hamil berdasarkan tingkat endemic negaranya terangkum dalam diagram berikut:



**Gambar 2.6. cakupan deteksi HIV pada ibu hamil berdasarkan tingkat endemic negara**  
 (Sumber : *Children and AIDS Third Stocktaking Report, 2008*)

Sedangkan untuk *prompt treatment* dengan pemberian ARV, pada fase awal penyakit terbukti secara signifikan dapat menurunkan transmisi HIV dari ibu ke anak dan menurunkan angka kematian akibat AIDS pada ibu dan anak, meningkatkan derajat kesehatan anak apapun status HIV anak tersebut. Di Uganda, inisiasi terapi dengan ARV ini bahkan dapat menurunkan risiko kematian sebanyak 81% dan menurunkan angka yatim dan atau piatu sebanyak 93%. Sejak tahun 2004 hingga 2007 cakupannya terus mengalami peningkatan dengan persentase tertinggi pada negara-negara CEE seperti digambarkan dalam diagram berikut:



**Gambar 2.7. Cakupan Inisiasi Terapi ARV di Seluruh Regio di Dunia (Sumber : *Children and AIDS Third Stocktaking Report, 2008*)**

Dari pengamatan pada negara-negara yang melaksanakan program pencegahan transmisi HIV/AIDS dari ibu ke anak, telah dievaluasi bahwa cakupan pemberian ARV untuk PMTCT (*Preventing Mother to Child Transmission*) dipengaruhi oleh:

- Cakupan deteksi dini untuk HIV pada ibu hamil
- Laporan sedini mungkin dari wanita-wanita hamil pada *ante natal care*
- Proses persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan
- Infrastruktur kesehatan termasuk ketersediaan laboratorium dan tenaga yang memiliki kapasitas untuk melakukan pemeriksaan tersebut

Adapun pada level yang berorientasi menjaga kualitas hidup ibu maupun anak yang sudah tertular HIV/AIDS, program ini harus bekerja sama dengan program lain yang peduli terhadap *maternal and child survival intervention* dengan kegiatan-kegiatan imunisasi, dukungan aspek gizi, tata laksana diare, dan infeksi – infeksi oportunistik mengingat kondisi yang sering dieksaserbasi malnutrisi tersebut merupakan penyebab kematian tersering di antara bayi atau anak yang terinfeksi HIV.

Di Indonesia sendiri, hingga tahun 2008 baru tersedia 30 layanan PMTCT, padahal berdasarkan hasil proyeksi, jumlah ibu hamil yang memerlukan layanan ini akan meningkat dari 5.730 orang pada tahun 2010 menjadi 8.170 orang pada tahun 2014 (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2008)

### **2.3.3.2 Imunisasi pada Bayi yang Terinfeksi HIV**

Keterbatasan catatan mengenai efek samping imunisasi pada anak yang terinfeksi HIV menyebabkan panduan imunisasi untuk kelompok tersebut tidak jauh berbeda pada anak lainnya.

Upaya mitigasi yang penting untuk dilakukan pada kasus ini adalah dengan memperhatikan seberapa parah kecenderungan penyakit-penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi jika dialami anak-anak yang terinfeksi HIV, keamanan dan imunogenitas vaksin pada anak dengan HIV positif, dan derajat immunosupresi yang disebabkan HIVnya.

Berikut adalah rekomendasi dari WHO mengenai beberapa kekhususan panduan imunisasi pada anak yang terinfeksi HIV :

1. Waktu pemberian imunisasi

Karena penurunan respon imun terhadap vaksin pada anak dengan HIV bertambah kecenderungannya seiring dengan penambahan usia, maka

imunisasi harus diberikan sedini mungkin di awal masa kehidupan pada anak-anak yang lahir dari ibu ODHA. Hal ini penting misalnya untuk vaksin hepatitis B karena risiko menjadi karier kronik lebih tinggi pada populasi ini.

## 2. Vaksin BCG

Pemberian vaksin ini harus didasarkan pada apakah anak berada dalam kondisi atau lingkungan yang menyebabkannya memiliki risiko tinggi untuk terinfeksi *tuberculosis*. Sebab, risiko dan komplikasi pemberian vaksin ini pada anak yang terinfeksi HIV harus dipertimbangkan.

## 3. Vaksin Polio

Pemberian vaksin polio dengan virus yang inaktif biasanya tidak dilakukan pada anak yang terlahir dari ibu yang status HIV nya positif. Namun, di negara yang sudah bebas dari *wildtype* polio virus, vaksin jenis ini sudah digunakan secara rutin dari tahun ke tahun pada anak-anak yang terinfeksi HIV. Sehingga untuk menghindari peningkatan risiko terjadinya poliomyelitis paralisis terkat vaksin, vaksin ini hanya diberikan pada anak-anak dengan HIV positif di negara-negara yang sudah dinyatakan bebas dari *wildtype* polio virus.

## 4. Vaksin Campak

Karena campak berisiko lebih besar untuk menimbulkan komplikasi yang lebih parah atau bahkan kematian pada anak-anak dengan status HIV positif, maka WHO merekomendasikan dosis ekstra untuk vaksin campak pada usia 6 bulan untuk memberikan proteksi lebih dini.

## 5. Vaksin Demam Kuning

Vaksin demam kuning tidak boleh diberikan pada anak dengan HIV simtomatik sampai ditemukan bukti lebih lanjut mengenai tingkat keamanannya.

### 2.3.3.3 Pencegahan Infeksi Oportunistik pada Anak

Sebelum digunakannya anti retroviral dan *Highly Active Anti Retroviral Therapy* (HAART), infeksi oportunistik merupakan penyebab utama kematian pada anak yang terinfeksi HIV. Diterapkannya HAART, menghasilkan rekonstruksi fungsi imun pada anak-anak yang terinfeksi HIV serta menurunkan kematian karena penyakit terkait AIDS. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group 219* bahkan mencatat bahwa sejak era HAART ini telah terjadi penurunan yang signifikan dari insiden infeksi oportunistik yang paling sering dialami. Misalnya saja pneumonia yang menurun dari 11,1 menjadi 2,2 per 100 anak pertahun. *Mycobacterium Avium Complex* diseminata dari 3,3 menjadi 0,4 serta herpes zoster dari 2,9 menjadi 1,1 per 100 anak per tahun. Namun demikian, hal ini masih menjadi isu yang penting karena infeksi oportunistik biasanya menjadi *presenting symptom* pada anak-anak yang tidak diketahui status HIVnya.

Tiga hal yang penting untuk diperhatikan dalam pengelolaan infeksi oportunistik ini adalah :

#### 1. *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome*

Sering disebut IRIS, merupakan perburukan gejala inflamasi atau infeksi secara temporer yang berhubungan dengan inisiasi HAART, yang bukan karena infeksi yang baru di dapat atau toksisitas HAART pada pasien dengan penurunan HIV RNA  $\geq 1 \text{ Log}_{10}$ .

Secara sederhana dapat dijelaskan bahwa penggunaan HAART pada bulan-bulan awal akan menurunkan *viral load* secara tajam dan meningkatkan kadar CD4. Pada orang tertentu, yang terjadi adalah sebaliknya. Yaitu respon inflamasi yang berlawanan karena rekonstitusi sistem imun terhadap antigen yang kemudian menghasilkan perburukan klinik.

Proses patologis dasarnya adalah reaksi inflamasi, sehingga penting untuk membedakan kondisi ini dengan kegagalan penggunaan HAART maupun resistensi antimikroba. Karena, pada kondisi ini yang penatalaksanaannya sesuai dengan proses patologis yang mendasarinya yaitu pemberian antiinflamasi.

2. Inisiasi HAART pada infeksi oportunistik akut

Penggunaan HAART oleh para ahli dinilai memiliki manfaat dan memberikan perbaikan klinik pada infeksi oportunistik tertentu yang belum memiliki terapi spesifik.

Namun, penelitian mengenai waktu yang tepat untuk memulai terapi ini pada anak yang mengalami infeksi oportunistik masih sangat terbatas sehingga belum ada rekomendasi baku dari WHO. Penanganan lebih disesuaikan dengan derajat keparahan penyakit, sistem dukungan sosial, ketersediaan layanan kesehatan, potensi interaksi obat, dan risiko IRIS. Oleh karena itu, pemberian HAART sebaiknya mempertimbangkan respon terhadap terapi spesifik untuk infeksi oportunistiknya.

3. Penanganan infeksi oportunistik pada anak-anak yang sudah dan masih sedang dalam terapi HAART

Biasanya, infeksi oportunistik yang terjadi segera setelah inisiasi HAART merupakan akibat dari supresi fungsi imun yang sangat parah pada saat dimulainya pemberian HAART sehingga HAART yang diberikan belum cukup meningkatkan fungsi sistem imun. Maka yang terjadi adalah infeksi oportunistik yang subklinis. Pada kondisi ini, terapi HAART tetap dilanjutkan.

Sedangkan jika infeksi oportunistik terjadi setelah lebih dari 12 minggu terapi, dengan status virologis dan imunologis yang responsif terhadap terapi, maka menjadi sulit untuk membedakan kondisi ini dengan IRIS. Oleh karena itu, HAART tetap dilanjutkan dengan inisiasi terapi spesifik untuk infeksi oportunistik.

#### **2.3.3.4 Intervensi untuk Perbaikan Konstruksi Mental**

Tujuan dari intervensi ini adalah untuk membantu orang tua ODHA dan anak mereka agar memiliki konstruksi mental yang baik sehingga mereka bisa mengatasi kesulitan – kesulitan yang diakibatkan tekanan sosial, keterbatasan fisik dan finansial terkait dengan status mereka sebagai ODHA dan anak dari orang tua ODHA.

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA yang tidak memiliki sikap yang positif terhadap penyakitnya, juga tidak memiliki rencana untuk menjalani sisa kehidupan dan berdamai dengan penyakitnya, berpotensi lebih tinggi untuk memiliki konstruksi mental yang kurang baik dan masalah dalam interaksi sosial dibandingkan dengan anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA namun sudah dikondisikan untuk menerima kondisi itu (Rotheram-Borus *et al*, 2006).

Karena permasalahan yang dialami oleh anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA tidak sekedar masalah fisik saja, maka upaya mitigasi dampak HIV/AIDS

terhadap anak tidak cukup lagi jika hanya difokuskan pada masalah yang berkenaan langsung dengan infeksiya namun sudah sampai kepada kebutuhan anak untuk terpelihara kualitas hidupnya di bawah tekanan sosial yang dialami karena status HIV nya maupun statusnya sebagai anak seorang ODHA (Ayres *et al*, 2006). Untuk itu, hal pertama yang harus diupayakan adalah bagaimana membentuk sikap mental yang positif terhadap kondisi yang ada.

Sebuah penelitian di Amerika Serikat yang melibatkan sekitar 300 orang tua dengan AIDS dan 400 anak remajanya memberikan intervensi yang mengadopsi teori belajar milik Bandura. Bentuk konkret intervensinya berupa sesi dalam kelompok-kelompok dengan kegiatan pelatihan, diskusi topik-topik spesifik, membuat resolusi bersama untuk memperbaiki kualitas hidup mereka. Topik diskusi pada orang tua difokuskan pada bagaimana caranya berdamai dengan situasi dan beradaptasi dengan status HIV positif mereka, belajar bagaimana mengatasi kesulitan fisik maupun sosial terkait penyakit mereka, membuat keputusan untuk secara terbuka menjelaskan pada anak-anak tentang kondisi yang sebenarnya, dan membuat rencana bagaimana membantu anak-anak mereka menerima dan mengatasi situasi sulit ini. Setelah itu, orang tua dibantu untuk memulai rencana-rencana mereka untuk masa depan anak-anaknya terutama rencana yang berkenaan dengan bagaimana menciptakan suasana keluarga yang tetap hangat dan kondusif bagi perkembangan mental anak. Sementara itu, pada kelompok anak, topik yang dibahas difokuskan pada adaptasi dengan penyakit mereka dan orang tua (mengatasi rasa marah, sedih, kecewa, dan takut), meningkatkan kualitas hubungan dengan orang tua, mengatasi konflik, dan menyikapi stigma. Metode intervensi ini terbukti secara signifikan menurunkan *emotional distress*, gejala kecemasan, masalah tingkah laku, serta

depresi baik pada kelompok orang tua maupun anak-anaknya (Rotheram-Borus *et al.*, 2006).

Penelitian yang dilakukan sebelumnya dengan metode intervensi yang mirip namun dengan fokus topik yang berbeda (yaitu fokus pada pemeliharaan kesehatan dan perilaku sehat bagi ODHA) juga memberikan kesimpulan yang sama bahwa intervensi seperti ini dapat membentuk mental serta perilaku yang lebih baik dan aman di antara para ODHA dan anak-anak mereka (Rotheram-Borus *et al.*, 2001).

Seluruh sesi intervensi tersebut melibatkan mahasiswa psikologi, tenaga kesehatan, serta pekerja sosial terlatih. Tentunya, pola intervensi seperti ini hanya bisa berjalan jika tersedia layanan kesehatan terhadap HIV secara holistik yang tidak hanya memandang aspek fisik seorang ODHA dan keluarganya.

#### **2.3.3.5 *Income Security Program* bagi ODHA**

Intervensi ini muncul untuk meminimalisasi dampak finansial terkait HIV/AIDS. Berawal dari sebuah kesadaran bahwa dengan adanya terapi ARV, HIV/AIDS telah mengalami transformasi status yang tadinya merupakan penyakit terminal menjadi penyakit yang melekat seumur hidup. Hal ini membawa konsekuensi lebih banyaknya orang dengan HIV/AIDS yang hidup. Adalah sebuah perbaikan di satu sisi, namun memberikan kendala mana kala harus berhadapan dengan kondisi kesehatan yang terus berubah terkait kerusakan kekebalan tubuhnya dan infeksi oportunistik yang sulit terprediksi. Sangat sulit memastikan kondisi tetap berproduksi dengan kondisi kesehatan yang tidak stabil. Pada era ini, menjadi sangat jelas bahwa hubungan antara HIV/AIDS dengan kemiskinan sangatlah erat. Orang miskin, lebih rentan terkena HIV/AIDS karena keterbatasan finansial dan rendahnya pendidikan membuat mereka kesulitan mengakses layanan kesehatan. Sementara itu di sisi lain, terinfeksi HIV/AIDS membuat seseorang lebih rentan

untuk menjadi miskin karena biaya perawatan yang harus dikeluarkan dan risiko kehilangan pekerjaan karena ketidakmampuan fisik (*Canadian HIV/AIDS Legal Network*, 2005).

Di negara-negara maju, kesadaran akan hal ini memunculkan produk-produk asuransi yang memberikan dukungan penghasilan pada ODHA yang hidup dengan keterbatasan mereka, baik dari pemerintah maupun swasta.

Peran pemerintah dalam upaya ini adalah membuat kebijakan yang mengatur agar perusahaan-perusahaan memasukkan biaya yang diakibatkan oleh infeksi HIV/AIDS ke dalam risiko yang ditanggung asuransi bagi para pekerjanya.

Program ini, tentunya baru bisa berjalan di negara yang sudah memiliki sistem asuransi yang memadai, biaya kesehatan yang terjangkau, kesadaran para pekerja akan pentingnya asuransi ini, serta kebijakan pemerintah yang mendukung.

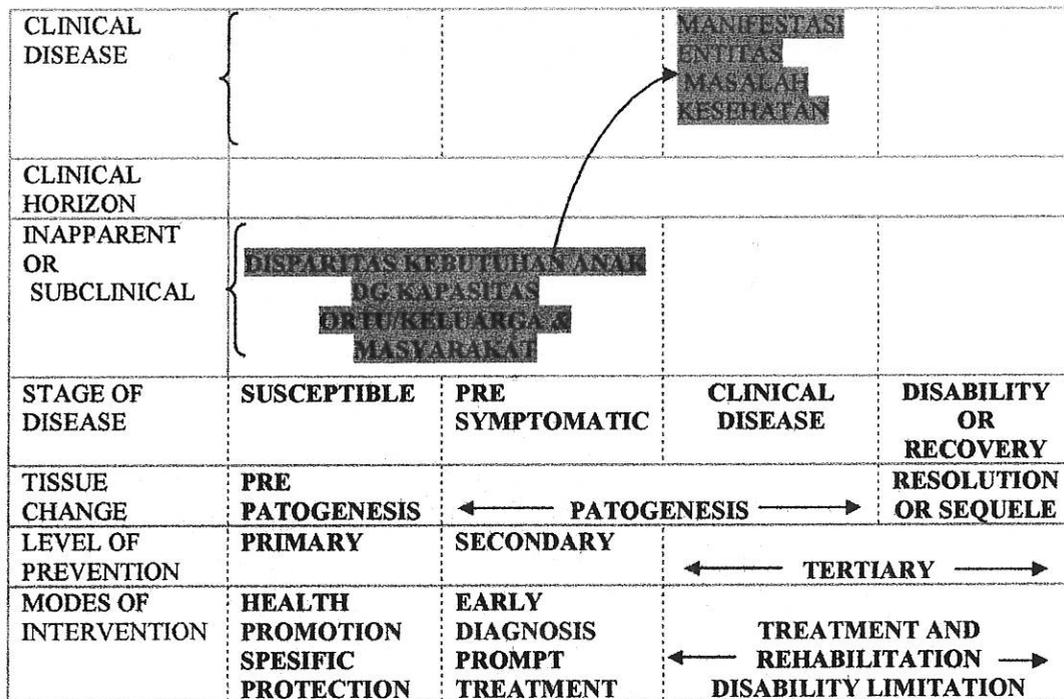
Alurnya adalah individu maupun perusahaan harus membayarkan sejumlah premi pada perusahaan asuransi para pekerja mendapatkan jaminan jika suatu saat mereka terinfeksi HIV/AIDS dan harus mengeluarkan sejumlah dana untuk biaya kesehatan. Namun demikian, program ini juga dapat diikuti oleh pekerja yang pada dasarnya sudah dinyatakan terinfeksi HIV/AIDS oleh tenaga kesehatan yang dipercaya oleh perusahaan asuransi, tentunya, dengan syarat tertentu yaitu membayar premi dan mengikuti program ini selama jangka waktu minimal yang ditentukan sebelum dapat mengajukan klaim atas konsekuensi finansial karena berbagai keterbatasan yang diakibatkan penyakitnya.

Dalam konsep *natural history of disease*, program ini masuk ke semua level pencegahan. Di level primer, asuransi memberikan perlindungan spesifik secara finansial pada anak yang telah berinteraksi dengan “risiko” orang tua yang tidak dapat bekerja karena sakitnya. Pada level berikutnya (agak sulit membedakan fase

prepatogenesisnya), penurunan penghasilan dengan persentase tertentu (diagnosis dini) akan dengan sendirinya dalam jangka waktu tertentu akan membuat seseorang berhak membuat klaim.

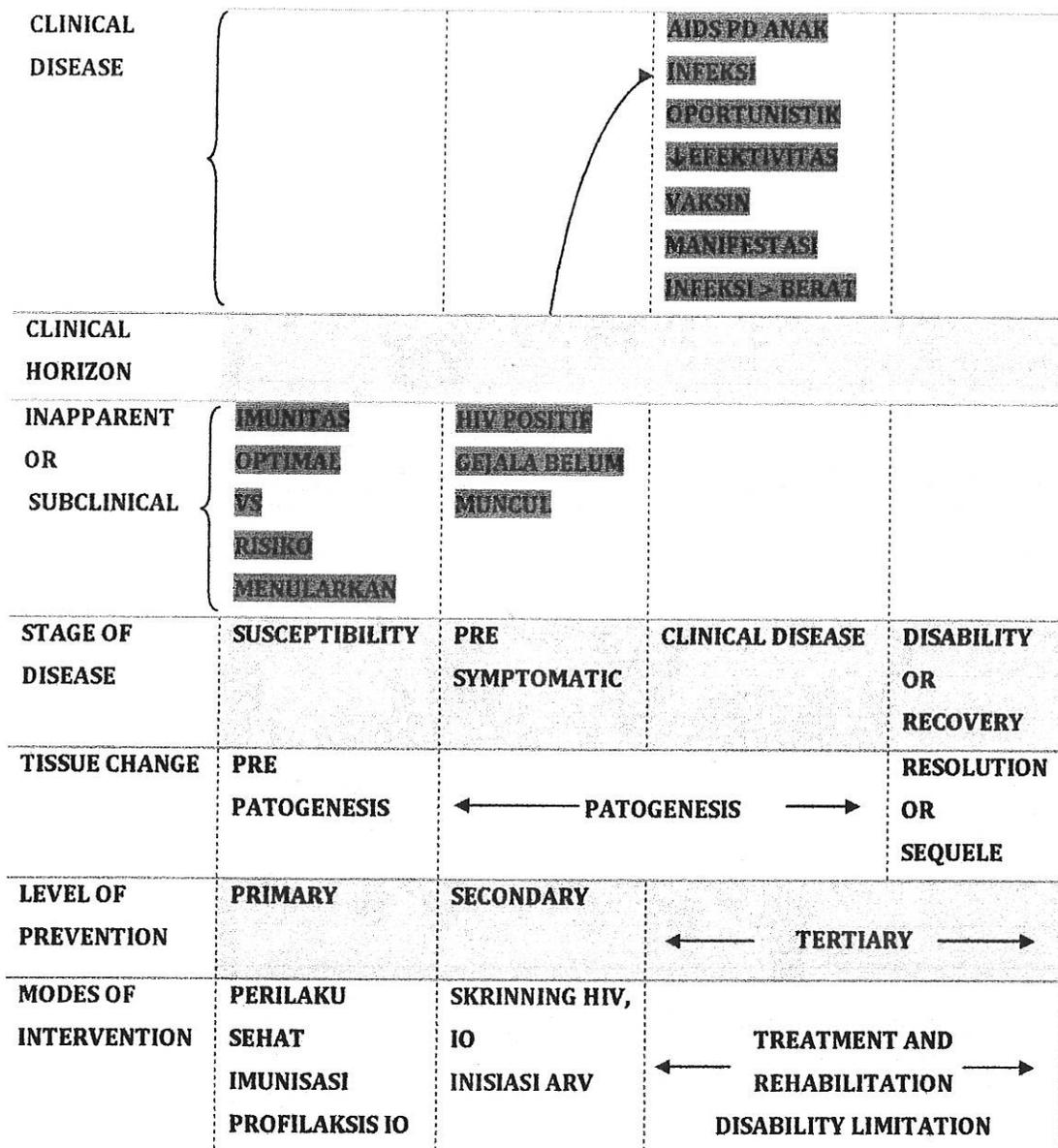
### 2.3.4. Hubungan antara Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA dengan Model Mitigasinya

Dari uraian mengenai dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA dan model mitigasi untuk masing-masing dampak tersebut, maka pemetaan keduanya dan hubungan di antara kedua hal tersebut dalam skema perjalanan alamiah penyakit secara sederhana dapat dirangkum dalam gambar berikut :

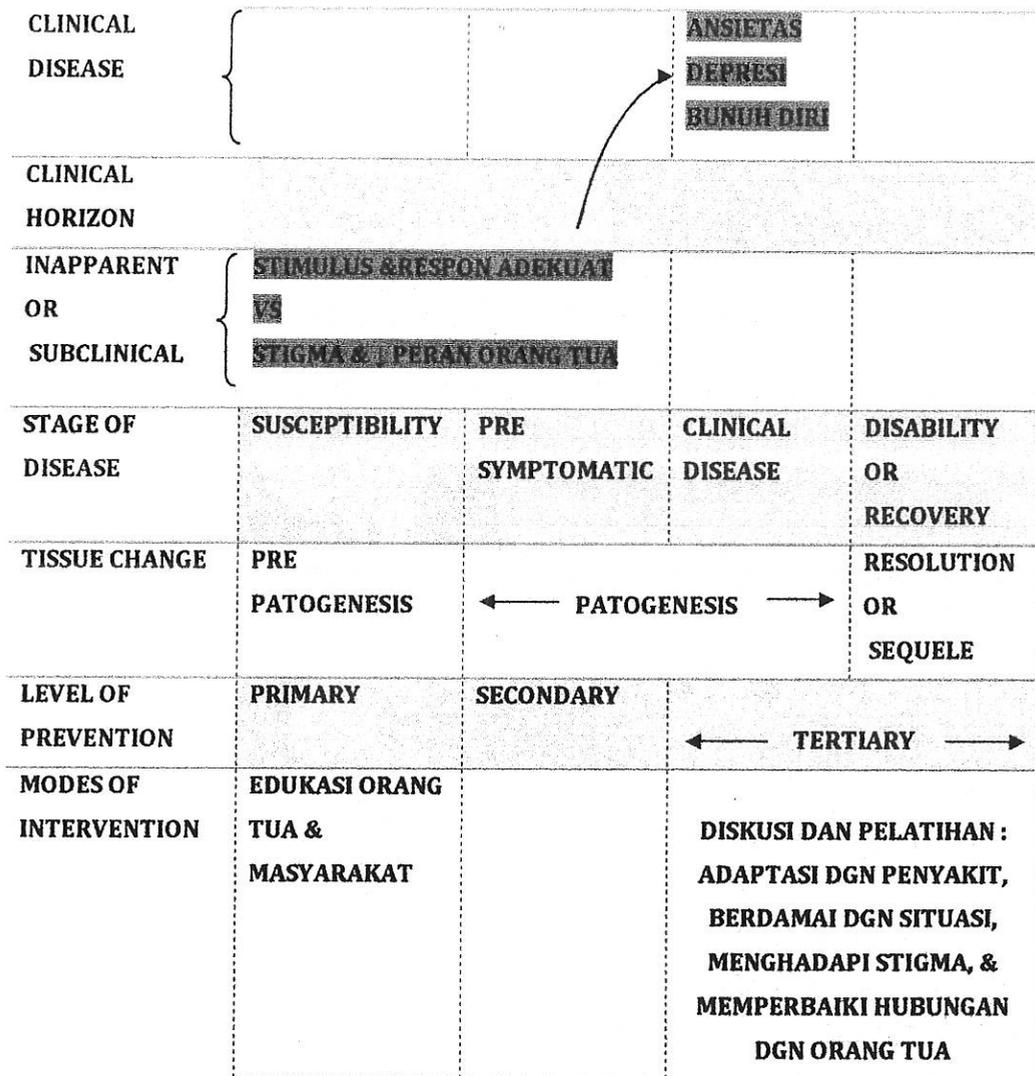


**Gambar 2.8. Skema Perjalanan Alamiah Dampak HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA**

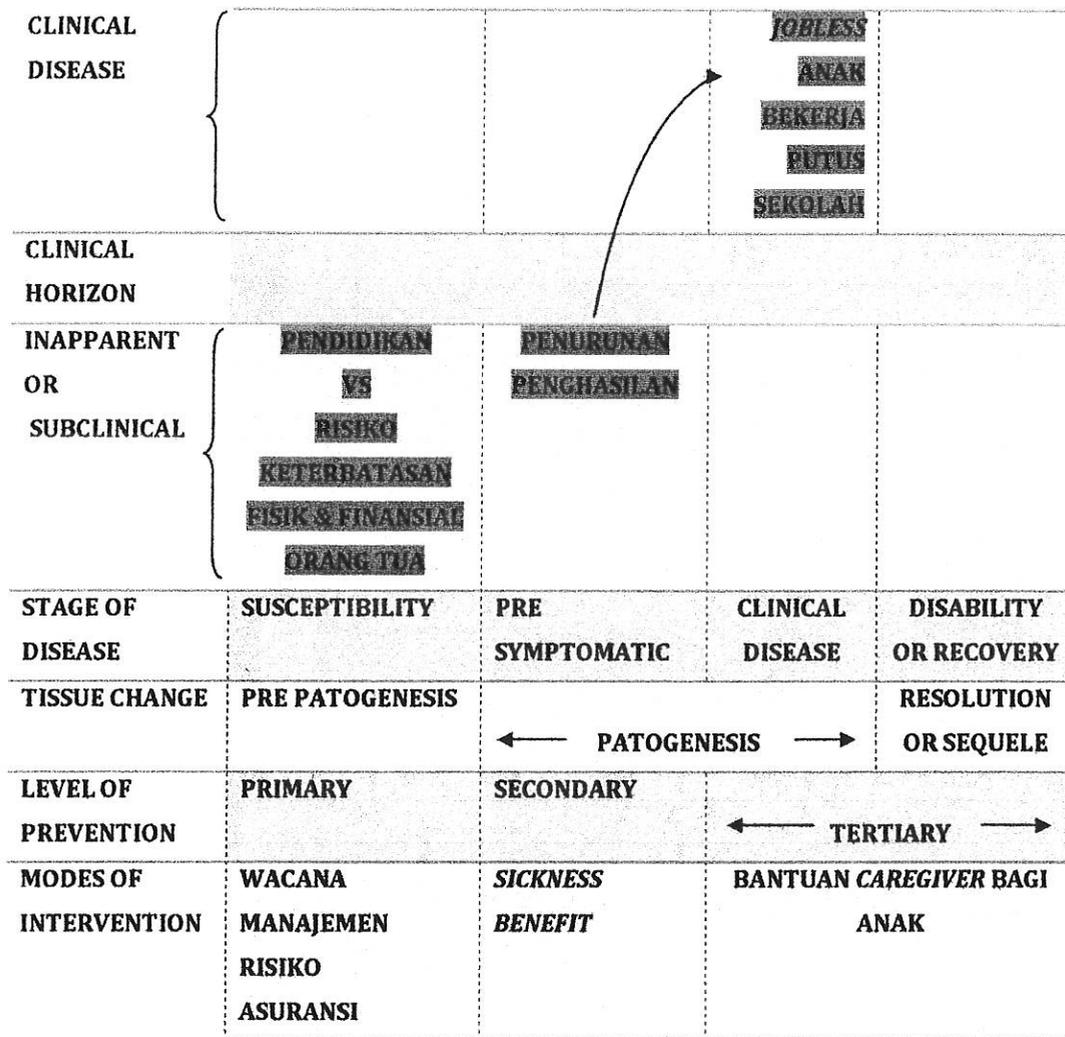
(Sumber : Dimodifikasi dari Skema *Natural History of Disease* dalam Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, 2008)



Gambar 2.9. Skema Perjalanan Alamiah Dampak HIV/AIDS terhadap Aspek Fisik pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA (Sumber : Dimodifikasi dari Skema *Natural History of Disease* dalam Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, 2008)



**Gambar 2.10. Skema Perjalanan Alami Dampak HIV/AIDS terhadap Aspek Mental pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA**  
 (Sumber : Dimodifikasi dari Skema *Natural History of Disease* dalam Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, 2008)



Gambar 2.11. Skema Perjalanan Alamiyah Dampak HIV/AIDS terhadap Aspek Intelektual pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA (Sumber : Dimodifikasi dari Skema *Natural History of Disease* dalam Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, 2008)

## BAB III

### MITIGASI DAMPAK HIV/AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA DARI SUDUT PANDANG ISLAM

#### 3.1 AIDS dalam Pandangan Islam

Penyakit dapat memiliki dua sisi yaitu positif dan negatif dalam pandangan Islam. Sakit dapat dimaknai sebagai hukuman dari Allah, sesuatu yang diberikan Allah untuk menggugurkan dosa-dosa, atau juga untuk menyiapkan seseorang yang menderita sakit untuk mendapatkan rahmat dari Allah.

Sejak zaman Nabi-nabi terdahulu, Allah telah menunjukkan kekuasaan-Nya pada kaum yang ingkar dan melampaui batas, seperti kaum Tsamud di zaman Nabi Shaleh dan kaum Madyan di zaman Nabi Syu'aib yang ditimpakan gempa karena mereka tidak mau tunduk kepada Allah, atau kaum Nabi Luth dengan perilaku menyimpangnya yang kemudian dihujani batu, hingga kaum Nabi Musa.

Dalam pandangan Islam, sakit dapat merupakan hukuman dari Allah atas dosa-dosa yang dilakukan manusia seperti yang difirmankan Allah :

فَأَرْسَلْنَا عَلَيْهِمُ الطُّوفَانَ وَالْجَرَادَ وَالْقُمَّلَ وَالضَّفَادِعَ وَالْدمَّ ءآيَاتٍ مُّفَصَّلَاتٍ  
فَأَسْتَكْبَرُوا وَكَانُوا قَوْمًا مُّجْرِمِينَ ﴿١١٣﴾ وَلَمَّا وَقَعَ عَلَيْهِمُ الرِّجْزُ قَالُوا يَا مُوسَى ادْعُ  
لَنَا رَبَّكَ بِمَا عَهِدَ عِنْدَكَ لَئِن كَشَفْتَ عَنَّا الرِّجْزَ لَنُؤْمِنَنَّ لَكَ وَلَنُرْسِلَنَّ مَعَكَ بَنِي  
إِسْرَائِيلَ ﴿١١٤﴾

*"Maka Kami kirimkan kepada mereka taufan, belalang, kutu, katak dan darah sebagai bukti yang jelas, tetapi mereka tetap menyombongkan diri dan mereka adalah kaum yang berdosa. dan ketika mereka ditimpa azab (yang telah diterangkan itu) mereka pun berkata: "Hai Musa, mohonkanlah untuk kami kepada Tuhanmu dengan (perantara) kenabian yang diketahui Allah ada pada sisimu. Sesungguhnya jika kamu dapat menghilangkan azab itu dan pada kami, pasti kami*

*akan beriman kepadamu dan akan kami biarkan Bani Israil pergi bersamamu"*(QS.Al-A'raaf(7):133-134).

Dalam ayat-ayat sebelumnya dikisahkan para pemuka dari kaum Fir'aun yang tidak mau beriman pada Allah, hingga kemudian Allah menunjukkan kekuasaan-Nya dengan mengirimkan belalang turun kepada mereka, menghabiskan tanaman dan ladang, namun kaum tersebut tidak mau mengambil pelajaran. Kemudian Allah mengirimkan kutu-kutu yang menyerang mereka hingga mereka tidak bisa tidur setiap malam dan membasminya sampai pagi, begitupun dengan katak-katak. Kemudian Allah mengirimkan tanda kekuasaan-Nya yang berikutnya yaitu darah yang mengucur dari hidung mereka, sehingga mereka menjadi lemah dan payah sekali. Para tabib tidak mampu mengobati dan obat juga tidak berguna untuk menyembuhkan mereka. Namun, mereka tidak juga mengambil pelajaran dari itu semua.

Rasulullah pernah menjelaskan tentang wabah. Dalam sabdanya Rasulullah SAW mengatakan bahwa bila perzinaan menjadi suatu yang lazim dan dilakukan secara terang-terangan di suatu kaum, maka Allah akan menimpakan wabah penyakit yang belum pernah ada pada para pendahulu mereka (Esack, HIV/AIDS & Islam, 2007).

Sekilas, hadis tersebut seolah menyatakan bahwa kejadian adanya suatu wabah penyakit (dalam hal ini HIV/AIDS) sebenarnya sudah diprediksi. Dalam riwayat lain disebutkan juga bahwa Rasulullah SAW menyatakan kepada Kaum Muhajirin bahwa ada lima perkara yang mereka akan diuji dengannya dan salah satunya adalah mana kala *fahisyah* (perbuatan jijik) telah menjadi sesuatu yang lumrah di suatu kaum atau negara, di mana masyarakatnya menerima secara terbuka perbuatan itu, maka wabah

atau penyakit yang belum pernah mereka ketahui sebelumnya akan menyebar di kalangan mereka (Esack, HIV/AIDS & Islam, 2007).

Dalam kasus HIV/AIDS, penyakit ini dianggap sebagai hukuman dan azab Allah jika diderita oleh pelaku kemaksiatan, melampaui batas, melakukan penyimpangan hubungan seksual, atau melanggar ketentuan Allah yang lain (Zuhroni, 2010).

Di sisi lain, HIV/AIDS dapat dianggap sebagai cobaan jika diderita oleh orang-orang yang beriman dan shaleh, seperti dalam kasus ini anak-anak yang masih suci yang tertular HIV dari orang tuanya. Cobaan yang ditimpakan kepada orang yang beriman jika dengan kesabaran menerimanya, balasannya Allah SWT akan mengampuni dosa-dosanya, antara lain, dinyatakan dalam hadits Nabi:

عَنْ أَبِي سَعِيدٍ الْخُدْرِيِّ، وَأَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمَا، عَنِ النَّبِيِّ ﷺ قَالَ: (مَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ، مِنْ نَصَبٍ وَلَا وَصَبٍ، وَلَا هَمٍّ وَلَا حَزَنٍ وَلَا أَدَى وَلَا غَمٍّ، حَتَّى الشَّوْكَةِ يُشَاكُهَا، إِلَّا كَفَّرَ اللَّهُ بِهَا مِنْ خَطَايَاهُ).

*“Diriwayatkan dari Abu Sa’id Al Khudriy dan Abu Hurairah r.a. bahwa Nabi SAW pernah bersabda : “Tidak ada kepayahan, sakit, kesedihan, kesengsaraan dan musibah yang menimpa seorang muslim, bahkan sekalipun tertusuk duri, melainkan Allah menjadikan semua itu sebagai penghapus dosanya (jika dia bersabar).” (HR. Al-Bukhari)*

Dalam hadits lain dinyatakan bahwa penderitaan yang dirasakan oleh seseorang yang sakit akan dibalas dengan pengampunan atas dosa-dosanya, diibaratkan seperti besi yang dimurnikan di perapian atau daun yang berguguran dari pepohonan (Esack, HIV/AIDS & Islam, 2007)

Selain sebagai hukuman dan penggugur dosa-dosa, sakit juga dapat berarti bahwa penderitanya akan mendapatkan rahmat dari Allah SWT, seperti yang dialami oleh Rasulullah yang diriwayatkan dari sebuah hadits bahwa salah seorang sahabat mengunjungi Rasulullah ketika beliau sakit, kemudian Rasulullahpun mengiyakan saat sahabat tersebut bertanya apakah sakit tersebut disebabkan karena beliau akan menerima pahala yang berlipat. Selain, itu, Rasulullah bahkan juga mengatakan bahwa Allah akan menggugurkan dosa orang yang sakit seperti dedaunan gugur dari pohon (Esack, HIV/AIDS & Islam, 2007).

### 3.2 HIV/AIDS dan Anak-anak yang Terkena Dampaknya

Anak-anak merupakan makhluk yang tidak berdosa dan lahir dalam keadaan suci sebagaimana firman Allah :

﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ....﴾

*“Dan sesungguhnya telah Kami muliakan anak-anak Adam....”*(QS. Al-Isra’(17):70)

Pada kasus HIV/AIDS, anak-anak yang lahir dari orang tua ODHA bisa tertular atau tidak tertular HIV dari orang tuanya. Namun demikian, keberadaan ODHA dalam rumah tangga, berdasarkan hasil penelitian tetap mempengaruhi kualitas hidup anak terlepas dari apapun status HIV anak tersebut.

Islam sebagai agama yang sempurna, telah memberikan tuntunan pada umatnya tentang bagaimana bermuamalah atau bersikap pada orang yang sakit atau yang terkena dampak negatif dari suatu penyakit, dalam hal ini adalah anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA. Secara garis besar, ada dua hal yang harus menjadi sikap seorang muslim terhadap anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA yang akan dipaparkan sebagai berikut

### 3.2.1 Tidak Memberikan Stigma pada Penderita HIV/AIDS maupun Anak-anaknya

Sebagai seorang muslim, kita dilarang memberikan stigma negatif pada orang yang sakit maupun keluarganya. Diriwayatkan dalam sebuah hadist ketika Aisyah RA melihat sekelompok pemuda yang mengolok-olok temannya yang sakit, Rasulullah SAW menanggapi perbuatan para pemuda itu dengan mengatakan bahwa orang-orang miskin dan mereka yang terinfeksi penyakit terminal adalah kelompok orang yang berada di antara orang-orang shaleh dan orang-orang yang berusaha menjadi shaleh (Esack, HIV/AIDS & Islam, 2007).

Stigma merupakan suatu bentuk ketidakadilan bagi siapapun. Sebagai seorang manusia yang tidak pernah luput dari dosa, tidak seorangpun di dunia ini berhak untuk memberikan stigma pada orang lain, karena Allah yang Maha sempurna saja tidak membeda-bedakan hamba-Nya kecuali berdasarkan ketaqwaannya, sebagaimana firman Allah:

إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتَقْوَكُمْ

“...*Sesungguhnya orang yang paling mulia di antara kamu di sisi Allah ialah orang yang paling taqwa di antara kamu....*” (QS.Al-Hujurat(49):13) .

Stigma pada penderita HIV dan atau AIDS muncul karena di era awal berkembangnya, penyakit ini menyerang populasi dengan perilaku berisiko atau dengan gaya hidup yang tidak baik seperti pecandu narkoba suntik, seseorang yang melakukan seks bebas, atau homoseksual. Namun, pada perkembangannya, populasi kunci ini menjembatani penularan HIV AIDS pada populasi lain yaitu pasangan sahnya yang tidak bergaya hidup buruk serta anak-anak mereka. Oleh karena itu, adalah suatu hal yang tidak adil memberikan stigma pada mereka yang sakit, apa lagi

mereka yang mendapatkan penyakit itu karena tertular dari orang tua maupun pasangannya.

Adapun mengenai populasi yang memiliki perilaku berisiko, terlepas dari apapun motivasi mereka berperilaku seperti itu, sebagai seorang muslim kita harus sadar bahwa memberikan stigma negatif pada mereka akan berdampak pada keengganan untuk mengakses layanan kesehatan dan membiarkan dirinya berada dalam kondisi yang “menular”. Artinya, memberikan stigma negatif sama sekali tidak sejalan dengan upaya pencegahan penularan.

Selain itu, seorang muslim juga harus bisa memiliki penilaian yang komprehensif bahwa penyakit ini erat kaitannya dengan kemiskinan. Kenyataan bahwa dua pertiga penderita HIV/AIDS merupakan warga negara miskin agaknya cukup membuktikan hal ini. Mereka yang miskin akan lebih rentan terkena penyakit ini. Bukan hanya karena kemiskinan membuat mereka memiliki keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan dan tidak memiliki pengetahuan yang cukup mengenai penyakit ini, tetapi juga *memaksa* mereka melakukan perilaku-perilaku berisiko untuk mencari nafkah dan menghidupi anak-anaknya. Dengan pandangan itu, maka seorang Muslim seharusnya dapat lebih bijaksana menyikapi mereka yang sakit karena belum tentu kita bisa bersikap lebih baik jika ditempatkan dalam kondisi yang sama dengan mereka. Sebagaimana firman Allah:

يٰۤاَيُّهَا الَّذِيْنَ ءَامَنُوْا لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّنْ قَوْمٍ عَسَىٰ اَنْ يَّكُوْنُوْا خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ مِّنْ نِّسَاءٍ عَسَىٰ اَنْ يَّكُوْنَنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوْا اَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوْا بِاللُّغۡبِ بِئْسَ الْاَسْمُ الْفُسُوْقُ بَعۡدَ الْاِيْمٰنِ ؕ وَمَنْ لَّمْ يَتُبْ فَاُولٰٓئِكَ هُمُ الظَّالِمُوْنَ ﴿١١٠﴾

“Hai orang-orang yang beriman, janganlah sekumpulan orang laki-laki merendahkan kumpulan yang lain, boleh jadi yang direndahkan itu lebih baik dari mereka. dan jangan pula sekumpulan perempuan merendahkan kumpulan lainnya,

boleh jadi yang direndahkan itu lebih baik. dan janganlah suka mencela dirimu sendiri dan jangan memanggil dengan gelaran yang mengandung ejekan. seburuk-buruk panggilan adalah (panggilan) yang buruk sesudah iman dan Barangsiapa yang tidak bertobat, maka mereka Itulah orang-orang yang zalim” (QS.Al-Hujurat(49):11).

### 3.2.2 Peduli pada Anak-anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA

Seperti telah dipaparkan pada bab sebelumnya bahwa anak-anak adalah populasi yang rentan terkena dampak negatif dari HIV/AIDS ini. Salah satu pengaruh yang fatal adalah ketika orang tua ODHA memiliki keterbatasan fisik dan tidak lagi mampu memberikan dukungan mental dan finansial pada keluarganya. Terlebih lagi jika ODHA tersebut meninggal akibat penyakitnya.

Seorang muslim yang baik, tidak hanya beriman namun juga beramal shaleh, tidak hanya rajin beribadah namun juga harus bermuamalah, seperti yang disebutkan dalam firman Allah:

وَالْعَصْرِ ﴿١﴾ إِنَّ الْإِنْسَانَ لِفِي خُسْرٍ ﴿٢﴾ إِلَّا الَّذِينَ ءَامَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ  
وَتَوَاصَوْا بِالْحَقِّ وَتَوَاصَوْا بِالصَّبْرِ ﴿٣﴾

“Demi masa. Sesungguhnya manusia itu benar-benar dalam kerugian, kecuali orang-orang yang beriman dan mengerjakan amal saleh dan nasehat menasehati supaya mentaati kebenaran dan nasehat menasehati supaya menetapi kesabaran” (Al-‘Ashr(103):1-3).

Dijelaskan pada ayat tersebut bahwa seorang muslim memiliki tanggung jawab terhadap saudaranya agar tetap berada dalam kebenaran dan kesabaran. Selain itu Rasulullah SAW juga bersabda :

﴿ وَاللَّهُ فِي عَوْنِ الْعَبْدِ مَا كَانَ الْعَبْدُ فِي عَوْنِ أَخِيهِ ﴾

“Allah membantu hamba-Nya selama hamba-Nya membantu saudaranya”(HR. Muslim, Al-Turmuzi, Abu Dawud, Ibnu Majah, dan Ahmad)

Oleh karena itu, terkait dengan kasus ini, atas dasar *ukhuwah islamiyah* seorang muslim memiliki kewajiban turut membantu ataupun merawat anak-anak yang terlantar akibat orang tuanya sakit apa lagi meninggal karena HIV/AIDS.

### **3.3 Mitigasi Dampak Negatif HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA**

Islam merupakan risalah yang diturunkan sebagai rahmat bagi seluruh alam. Merupakan tuntunan yang sempurna bagi manusia karena menjawab semua permasalahan manusia mulai dari masalah ibadah hingga masalah muamalah. Islam juga agama yang universal dan berlaku sepanjang zaman karena ajarannya tidak pernah usang termakan usia, selalu relevan dengan masalah kontemporer dan berlaku bagi semua bangsa.

Terkait dengan mitigasi (upaya pencegahan berbagai dampak negatif), jauh sebelum teori mengenai *natural history of diseases* berbicara mengenai perjalanan penyakit secara alamiah tanpa intervensi, berbagai level dan model pencegahan, Islam sudah memiliki konsep pencegahan mulai dari level yang paling primer.

Pada kasus AIDS, mitigasi pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA adalah suatu hal yang mutlak diusahakan sebagaimana firman Allah dalam surat An-Nisaa ayat 9 yang menyebutkan agar kita tidak meninggalkan generasi yang lemah.

Beberapa upaya mitigasi yang telah dijelaskan pada bab II akan dipaparkan dalam sudut pandang Islam sebagai berikut :

#### **3.3.1 *Early Warning Sistem* dalam Islam**

Jauh sebelum *Unite for AIDS* dan *Unite for Children* mencanangkan PMTCT (*Preventing Mother to Child Transmission*) untuk mencegah transmisi AIDS ke Anak-anak, jauh sebelum metode-metode *harm reduction* digaungkan untuk

mencegah transmisi di kalangan populasi dengan perilaku berisiko, jauh sebelum ide lokalisasi pelacuran dicetuskan, bahkan jauh sebelum terminology “pacaran islami” itu populer, Islam adalah ajaran pertama dan satu-satunya yang menerapkan metode pencegahan bagi dampak negatif dari AIDS. Sebagaimana telah jelas disebutkan dalam Al-qur’an :

وَلَا تَقْرَبُوا الزَّيْنَىٰ إِنَّهُ كَانَ فَحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا ﴿٣٢﴾

*dan janganlah kamu mendekati zina; sesungguhnya zina itu adalah suatu perbuatan yang keji. dan suatu jalan yang buruk (QS.Al-Isra(17):32).*

Ini adalah sebuah bukti Islam sepenuhnya menyadari bahwa “perilaku seks” adalah sesuatu yang sifatnya instingtif, bukan dipelajari. Dan itu adalah fitrah, karena itu, Islam memberikan tuntunan bagaimana memenuhi tuntutan fitrah itu dengan cara yang ahsan dan akan membawa kebaikan. Yaitu dengan menikah sebagaimana firman Allah :

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ ﴿٣١﴾

*Dan di antara tanda-tanda kekuasaan-Nya ialah Dia menciptakan untukmu isteri-isteri dari jenismu sendiri, supaya kamu cenderung dan merasa tenteram kepadanya, dan dijadikan-Nya di antaramu rasa kasih dan sayang. Sesungguhnya pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda-tanda bagi kaum yang berfikir ( Ar-Ruum(30):21).*

Bukan hanya itu, Islam pun memberikan tuntunan tentang adab pergaulan antara laki-laki dan perempuan untuk mencegah hal-hal buruk yang mungkin diakibatkannya dalam firman Allah :

وَالَّذِينَ هُمْ لِأُزْوَاجِهِمْ حَافِظُونَ ﴿٥﴾ إِلَّا عَلَىٰ أَرْوَاجِهِمْ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَانُهُمْ فَإِنَّهُمْ غَيْرُ

مَلُومِينَ ﴿٦﴾

Dan orang-orang yang menjaga kemaluannya, kecuali terhadap isteri-isteri mereka atau budak yang mereka miliki. Maka sesungguhnya mereka dalam hal ini tiada tercela (QS.Al-Mu'minun(23):5-6)

قُلْ لِلْمُؤْمِنِينَ يَعْضُوا مِنْ أَبْصَارِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ ذَٰلِكَ

أَزْكَىٰ لَهُمْ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا يَصْنَعُونَ ﴿٣٠﴾

“Katakanlah kepada laki-laki yang beriman supaya mereka menahan pandangan mereka dan memelihara kemaluan mereka; yang demikian itu lebih suci buat mereka, sesungguhnya Allah Maha Mengetahui apa yang mereka kerjakan.” (Q.S. Annur(24): 30)

وَقُلْ لِلْمُؤْمِنَاتِ يَغْضُضْنَ مِنْ أَبْصَارِهِنَّ وَيَحْفَظْنَ فُرُوجَهُنَّ وَلَا يُبْدِينَ زِينَتَهُنَّ إِلَّا

مَا ظَهَرَ مِنْهَا ﴿٣١﴾

“Katakanlah kepada perempuan yang beriman supaya mereka menahan pandangan mereka dan janganlah mereka menampilkan perhiasan (keindahan tubuh) mereka, kecuali yang (biasa) nampak dari padanya.” (Q.S. Annur(24): 31)

### 3.3.2 Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak

Seperti telah dipaparkan pada bab sebelumnya bahwa seorang ibu hamil yang terinfeksi HIV memiliki risiko 15-40% untuk menularkan pada bayinya dan dari semua anak yang tertular, 15% anak tertular melalui ASI.

Dalam pandangan Islam, apabila seseorang telah terkena penyakit AIDS, hendaknya menjaga diri sebaik-baiknya agar penyakit itu tidak menular kepada orang lain, seperti tidak melakukan hubungan seksual, donor darah, menyusukan anak, dan melahirkan. Hal ini seperti dikatakan dalam hadits :

لَا ضَرَرَ وَلَا ضِرَارَ (رواه مالك)

“Tidak berbahaya (bagi dirinya) dan tidak pula membahayakan (bagi orang lain)” (HR.Malik).

Adapun mengenai metode yang terbukti dapat menurunkan risiko penularan dari ibu ke anak ini adalah dengan pemberian anti retroviral pada ODHA yang hamil yang tentunya didahului dengan deteksi pada ibu hamil. Program pencegahan transmisi HIV/AIDS dari ibu ke anak ini adalah suatu yang mutlak untuk diupayakan agar generasi penerus yang dilahirkan bukanlah generasi yang lemah, sebagaimana sabda Rasulullah SAW:

الْمُؤْمِنُ الْقَوِيُّ أَحَبُّ إِلَى اللَّهِ مِنَ الْمُؤْمِنِ الضَّعِيفِ وَفِي كُلِّ خَيْرٍ

“Seorang mukmin yang kuat itu lebih dicintai Allah dari pada mukmin yang lemah, dan pada masing-masing ada kebaikan” ( HR.Muslim ).

### 3.3.3 Imunisasi pada Anak HIV dalam Pandangan Islam

Imunisasi merupakan upaya pencegahan infeksi dengan cara memberikan kekebalan pada tubuh terhadap penyakit tertentu. Upaya pencegahan ini sesuai dengan pola ajaran Islam secara menyeluruh, yakni mencegah terjadinya sesuatu yang berakibat buruk atau mengambil langkah-langkah preventif seperti yang diungkapkan dalam kaidah:

الْوَقَايَةُ خَيْرٌ مِنَ الْعِلَاجِ

“Mencegah lebih baik dibanding mengobati” (Indriani,2010).

Terlebih lagi adanya bukti bahwa penyakit tertentu yang bisa dicegah dengan imunisasi, muncul dalam manifestasi yang lebih parah jika menjangkiti anak-anak dengan HIV positif. Namun di sisi lain, sebagaimana telah dijelaskan bahwa

beberapa vaksin justru memberikan efek yang membahayakan jika diberikan pada anak-anak dengan HIV positif. Oleh karena itu, *World Health Organization* telah mensosialisasikan panduan khusus imunisasi pada anak dengan HIV positif berdasarkan penelitian yang ada. Adapun kaidah yang terkait permasalahan ini dalam Islam adalah :

الضَّرَرُ لَا يُزَالُ بِالضَّرَرِ

“Kemudharatan tidak boleh dihilangkan dengan suatu kemudharatan” (Indriani, 2010).

Maka dalam kasus imunisasi ini, harus benar-benar dinilai mana yang lebih besar madaratnya antara memberikan imunisasi atau membiarkan anak-anak tersebut berada dalam kondisi risiko tinggi tanpa kekebalan. Keputusan ini tentunya diambil dengan merujuk pada panduan yang ada berdasarkan penelitian.

### **3.3.4 Penanganan Masalah Mental pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua**

#### **ODHA**

Berbagai permasalahan yang dialami anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA telah dipaparkan pada bab sebelumnya. Begitupun dengan berbagai upaya mitigasi yang diperlukan. Untuk dampak yang berkaitan dengan masalah fisik, tentunya ini merupakan lahan ilmu kedokteran untuk membahaskanya. Namun, untuk dampak pada mental dan intelektual anak, pada dasarnya metode mitigasi yang telah dilakukan di negara-negara maju memiliki analogi dengan ajaran-ajaran Islam.

Terkait masalah tekanan sosial yang dialami anak-anak tersebut akibat stigma buruk pada mereka, Islam telah mengajarkan bahwa kita harus bersikap positif dan tidak berputus asa dari rahmat-Nya sebagaimana firman Allah

إِنَّ الَّذِينَ ءَامَنُوا وَالَّذِينَ هَاجَرُوا وَجَاهَدُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ أَولَئِكَ يَرْجُونَ رَحْمَتَ

اللَّهِ وَاللَّهُ عَفُورٌ رَّحِيمٌ ﴿٢١٨﴾

Sesungguhnya orang-orang yang beriman, orang-orang yang berhijrah dan berjihad di jalan Allah, mereka itu mengharapkan rahmat Allah, dan Allah Maha Pengampun lagi Maha Penyayang (QS.Al-Baqarah(2):218)

﴿ قُلْ يَٰعِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ

الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْعَفُورُ الرَّحِيمُ ﴿٥٣﴾

“Katakanlah: "Hai hamba-hamba-Ku yang malampaui batas terhadap diri mereka sendiri, janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya Allah mengampuni dosa-dosa semuanya. Sesungguhnya Dia-lah yang Maha Pengampun lagi Maha Penyayang” (QS.Az-Zumar(39):53).

Adapun secara teknis, pendekatan yang dilakukan untuk membangun konstruksi mental yang baik pada anak-anak ini tergantung dengan usianya. Namun, secara umum, beberapa sikap yang perlu ditanamkan yaitu senantiasa mendekatkan diri pada Allah, berdoa, dan tawakkal.

### 3.3.5 *Income Security Program* untuk Masalah Finansial

Dampak finansial juga akan berbuntut pada kerugian intelektual bagi anak. Di zaman Rasulullah dahulu, Islam sudah memiliki “pengaman” untuk hal ini, yaitu dengan adanya *baitul maal*.

Seorang muslim perlu menyadari bahwa ada hubungan antara kondisi ekonomi dengan tingkat kesehatan. Jika ingin melakukan perubahan yang berhubungan dengan penyakit maka kita harus memperbaiki kondisi materi dan ketidakadilan yang menyebabkan orang miskin lebih rentan terhadap penyakit.

Pengertian *baitul maal* menurut para Ulama ialah “Pihak yang mengelola keuangan Negara, mulai dari menghimpun, memungut, mengambangkan, memelihara hingga menyalurkannya”. Definisi tersebut ditegaskan oleh Imam Mawardi dalam kitab *Ahkam Sulthoniyyah* dengan mendefinisikannya sebagai “Tempat/wadah untuk memelihara/ menjaga hak-hak keuangan Negara. *Baitul maal* juga diartikan petugas yang berwenang dalam mengatur keuangan negara tersebut” (Al Barra, 2006).

*Baitul maal* pertama sekali dirumuskan dan didirikan oleh Rasulullah SAW dengan sangat sederhana, hal tersebut dibuktikan dengan riwayat-riwayat yang menyebutkan pendelegasian tugas *baitul maal* oleh Rasulullah SAW kepada beberapa orang sahabat tertentu, seperti tugas pencatatan, tugas penghimpunan zakat hasil pertanian, tugas pemeliharaan zakat hasil ternak dan juga pendistribusian. Hal tersebut menjadi landasan yang kuat bahwa *baitul maal* sudah ada sejak zaman Rasulullah SAW sekalipun belum dalam bentuk institusi yang baku.

Namun, secara garis besar, Islam pada zaman kejayaannya telah memiliki lembaga keuangan negara yang selain menjalankan fungsi ekonomi, juga menjalankan fungsi sosial. Pembentukan lembaga ini, berawal dari kejelian akan pentingnya keberadaan sebuah lembaga untuk mengelola pajak secara jujur dan transparan. Karena, pada masa sebelum Islam, pajak umumnya ditarik dari warga negara, kemudian pemanfaatannya diselewengkan hanya untuk kepentingan para raja dan bangsawan (Yuniarti, 2006).

*Baitul maal* yang merupakan produk ekonomi syariah yang berdiri di atas prinsip kejujuran dan keterbukaan berperan untuk “menyalurkan”, baik dalam fungsi ekonomi maupun sosial. Dalam menjalankan fungsi ekonomi, *baitul maal* menyalurkan dana dari pihak yang kelebihan dana pada pihak yang kekurangan.

Sedangkan, dalam menjalankan fungsi sosial, *baitul maal* menyalurkan zakat (fitrah dan maal), infak, dan sedekah dari pihak yang berkewajiban kepada pihak yang berhak.

Terkait dengan ODHA yang mengalami *long term disability*, sampai batas tertentu mereka dapat jatuh dalam kondisi fakir atau miskin sehingga menjadi kelompok yang berhak menerima zakat. Begitu pula dengan anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA, pada kondisi tertentu, dapat menjadi yatim dan atau piatu yang harus disantuni.

Sementara itu, untuk proyek-proyek mitigasi di negara barat melalui produk-produk asuransi, sistem seperti ini belum berkembang di zaman Rasulullah. Sehingga, sebagaimana suatu perkara yang belum pernah ada di zaman Rasulullah, dalam Islam hukumnya biasanya ditetapkan berdasarkan ijtihad para ulama. Adapun hasil ijtihad para ulama mengenai hal ini, tidak akan dipaparkan kali ini karena akan memerlukan pembahasan tersendiri.

#### **3.4. HIV/AIDS, Anak-anak, dan Islam**

Dari uraian di atas mengenai mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA, maka sangatlah jelas bahwa Islam memposisikan ODHA dan keluarganya secara manusiawi sebagai orang-orang yang perlu dilindungi hak-haknya dan dibantu untuk menyelesaikan permasalahannya.

Berbagai proyek mitigasi yang berkembang di negara maju untuk mengelola dampak negatif HIV/AIDS pada anak, mulai dari masalah fisik hingga masalah intelektualpun sesuai dengan pandangan Islam meskipun tuntunannya belum dijelaskan secara rinci karena permasalahan ini belum ada di zaman Rasulullah maupun sahabat.

## BAB IV

### KAITAN PANDANGAN ILMU KEDOKTERAN DAN ISLAM TENTANG MITIGASI DAMPAK NEGATIF HIV AIDS PADA ANAK YANG TERLAHIR DARI ORANG TUA ODHA

Pada beberapa aspek, terdapat keterkaitan antara sudut pandang kedokteran dan Islam mengenai mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA. Beberapa aspek yang saling terkait adalah sebagai berikut :

#### **1. HIV/AIDS dan Anak-anak**

Dalam pendekatan kesehatan masyarakat, mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua ODHA adalah suatu hal yang penting dilakukan. Hal ini disebabkan sebagai populasi yang bergantung secara fisik, mental, intelektual, dan financial, anak – anak menjadi populasi yang paling rentan terpengaruh dampak HIV/AIDS, langsung maupun tidak. Selain itu, anak juga merupakan aset bangsa yang harus dipenuhi kebutuhannya pada masa perkembangan sehingga mereka bisa tumbuh menjadi pribadi yang berkualitas.

Begitu pula dalam pandangan Islam. Anak adalah amanah dari Allah yang harus dijaga, dimuliakan, serta diberikan bekal yang cukup untuk menghadapi tantangan hidupnya. Karena itu, Islam pun memandang penting untuk melakukan pencegahan berbagai dampak negatif HIV/AIDS pada anak – anak yang terlahir dari orang tua ODHA.

## 2. HIV/AIDS dan Stigma

Adanya stigma dan diskriminasi pada ODHA menjadi masalah tersendiri yang menimbulkan kesenjangan paling besar untuk pencegahan penularan lebih luas, memberikan pelayanan lebih adekuat, pengobatan dan dukungan serta penurunan dampak lebih luas dari HIV AIDS ini. Oleh karena itu, dari sudut pandang kedokteran, memberikan stigma negatif kepada ODHA dan keluarganya baik di lingkungan masyarakat maupun di tempat layanan kesehatan adalah sikap yang harus dihindari.

Sikap untuk tidak memberikan stigma pada ODHA ini sejalan dengan ajaran Islam yang menyatakan bahwa seorang muslim dilarang merendahkan ataupun mengejek orang lain karena bisa jadi orang yang direndahkan atau diejek lebih baik di hadapan Allah. Selain itu, memberikan stigma apa lagi sampai diskriminasi merupakan sebuah bentuk ketidakadilan dan kesombongan karena Allah sendiri tidak membeda-bedakan hamba-Nya kecuali berdasarkan ketaqwaan-Nya.

## 3. Mitigasi Dampak HIV/AIDS pada Anak yang Terlahir dari Orang Tua ODHA

### a. *Preventing Mother to Child Transmission*

Dalam tatanan aplikatif upaya pencegahan transmisi dari ibu ke anak ini merupakan salah satu *concern* utama dari WHO. Berbagai penelitian dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai risiko penularan pada saat kehamilan, persalinan, dan menyusui, sehingga fase-fase ini dapat diintervensi untuk memperkecil risiko penularan.

Hal ini sesuai dengan kaidah Islam yang menyebutkan larangan membahayakan diri sendiri dan orang lain, sehingga seorang ODHA wanita dianjurkan untuk tidak hamil ataupun menyusui.

**b. Imunisasi**

Imunisasi pada anak yang terinfeksi HIV telah menjadi permasalahan tersendiri. Oleh karena itu, dari sudut kedokteran, imunisasi pada anak yang terinfeksi HIV dilakukan dengan panduan dari WHO dengan mempertimbangkan aspek imunogenitas dan keamanannya berdasarkan penelitian dan survey.

Kaidah Islam yang relevan untuk menjawab permasalahan ini adalah kaidah yang menyebutkan bahwa tidak diperbolehkan menghilangkan sebuah kemudharatan dengan kemudharatan yang lain, oleh karena itu, Islam sejalan dengan rekomendasi dan panduan imunisasi yang mempertimbangkan aspek imunogenitas dan keamanan.

**c. Mitigasi Dampak Mental**

Ditinjau dari sudut pandang kedokteran, upaya ini merupakan salah satu upaya yang penting untuk menumbuhkan sikap mental yang positif dari ODHA dan anak-anak mereka terhadap kondisi sehingga mereka dapat memperbaiki kualitas hidup.

Upaya ini sesuai dengan tuntunan Islam untuk tetap bersikap positif dan tidak berputus asa dari rahmat Allah.

#### d. Mitigasi Dampak Finansial

Dalam sistem kesehatan masyarakat di negara – negara maju, terdapat suatu program suplementasi penghasilan baik dari pemerintah maupun asuransi kesehatan bagi mereka yang tidak mampu bekerja dikarenakan penyakitnya.

Terkait permasalahan ini, sistem yang diberlakukan Negara tersebut mirip dengan metode *jaringan pengaman sosial* di zaman sejak zaman Rasulullah yaitu pemberdayaan baitul maal yang memiliki fungsi sosial dan ekonomi.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Simpulan

Simpulan utama dari pembahasan masalah ini adalah sampai kapanpun, dimanapun, dan bagi siapapun ajaran Islam akan tetap relevan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Terbukti dari berabad-abad yang lalu Islam telah berbicara mengenai konsep pencegahan yang sedini-dininya dan upaya yang paling mendasar untuk mencegah terjadinya wabah dan dampak negatifnya terutama pada populasi yang rentan dalam hal ini anak-anak.

Terkait dengan permasalahan yang diangkat pada bab I, maka dapat disimpulkan beberapa hal yaitu :

1. Dari sudut pandang kedokteran, anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA memiliki masalah terkait dengan status ODHA orang tuanya. Masalah ini mencakup beberapa aspek yaitu fisik, mental, dan intelektual.
2. Untuk mendapatkan pola mitigasi yang sesuai, maka sebaiknya permasalahan yang dialami anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA dipetakan dalam *Natural history of disease* untuk kemudian ditentukan fasenya dan dipilih model intervensi yang paling tepat sesuai dengan fase tersebut.
3. Islam memandang anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA sebagai populasi yang harus dilindungi dan dibina bukan ditekan secara sosial karena terlahir dari orang tua ODHA adalah kehendak Allah dan bukan merupakan pilihan atau sebuah kesalahan.

4. Mitigasi dampak negatif HIV/AIDS pada anak yang terlahir dari orang tua, menurut ajaran Islam adalah suatu hal yang harus dilakukan karena Allah melarang seorang muslim meninggalkan generasi yang lemah di belakang mereka.

## 5.2. Saran

Saran pertama dan yang utama bagi semua pihak agar semua proyek mitigasi yang diwacanakan pada bab sebelumnya dapat berjalan adalah menghindarkan stigma pada ODHA dan keluarganya. Semua pihak, baik ODHA, keluarganya, masyarakat, dan pemerintah, harus memiliki pola pikir yang sama untuk menempatkan ODHA dan keluarganya sebagai pihak yang juga harus diperlakukan secara adil dan dijaga hak-haknya. Tanpa itu, maka segala bentuk proyek mitigasi akan sulit berjalan. ODHA tidak akan tergerak untuk mencari bantuan kesehatan karena takut menghadapi stigma, tidak akan mengikutsertakan diri dalam program asuransi kesehatan karena harus “mengungkapkan” status HIVnya dan lagi-lagi takut menghadapi stigma, perusahaan asuransi juga tidak akan tergerak menyediakan produk yang memberikan perlindungan atas *long term disability* yang dialami ODHA, serta pemerintah juga belum tentu merasa perlu membuat sebuah regulasi untuk menjamin agar ODHA dapat hidup layak-dalam standar tertentu-dengan *long term disability* nya.

Adapun, saran-saran khusus adalah sebagai berikut:

1. Orang Tua ODHA hendaknya menyadari bahwa statusnya sebagai ODHA akan berdampak pada berbagai aspek dari kehidupan anaknya. Oleh karena itu, sangat penting bagi seorang orang tua ODHA untuk mengetahui dampak apa saja yang mungkin terjadi pada anak-anaknya, bagaimana mencegah

dampak tersebut agar tidak sampai mempengaruhi kualitas hidup anak, serta bagaimana penanganannya jika hal tersebut terlanjur terjadi. Untuk bisa seperti ini, keterbukaan orang tua pada tenaga kesehatan sangat membantu upaya-upaya ini.

2. Kepada tenaga kesehatan, sangat penting untuk senantiasa mewacanakan pada kalangannya sendiri dan masyarakat agar tidak memberikan stigma dan melakukan tindakan diskriminatif pada ODHA dan keluarganya. Tenaga kesehatan juga hendaknya senantiasa meningkatkan keterampilan dalam upaya-upaya pencegahan dan mengatasi permasalahan yang dialami anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA sesuai dengan fase permasalahannya serta lagi-lagi mewacanakan upaya ini pada ODHA sendiri, keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Selain itu, tenaga kesehatan khususnya dokter muslim juga diharapkan dapat menjadi *community leader* dan mengorganisasi masyarakat dalam upaya-upaya yang mendukung anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA untuk tumbuh dengan aman secara fisik, mental, dan intelektual.
3. Kepada masyarakat hendaknya tidak memberikan stigma negatif maupun tindakan diskriminatif pada ODHA karena hal ini akan memberikan tekanan psikis yang dapat berujung pada keengganan ODHA untuk mencari pengobatan. Selain itu, masyarakat juga dituntut untuk proaktif menyikapi berbagai perilaku berisiko di lingkungannya, karena mitigasi ini tidak akan banyak berguna jika penderita HIV/AIDS terus bertambah.
4. Kepada pemerintah hendaknya membuat kebijakan-kebijakan yang kondusif bagi anak-anak yang terlahir dari orang tua ODHA, serta mendukung pembiayaan upaya-upaya pencegahan mulai dari penyusunan data yang

akurat mengenai jumlah ODHA, anak-anak, serta permasalahan yang dihadapi hingga *action* dari upaya pencegahan itu sendiri. Selain itu, pemerintah juga perlu menyadari bahwa peningkatan kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun di Indonesia sebenarnya merupakan sebuah bukti bahwa upaya lokalisasi kemaksiatan yang selama ini dijalankan, tidak akan bisa melokalisasi dampak negative dari kemaksiatan itu sendiri. Maka dari itu, pemerintah perlu meningkatkan kapasitasnya dalam menyediakan lapangan kerja alternative bagi para PSK yang melakukan perilaku berisiko karena tuntutan ekonomi sehingga upaya lokalisasi hanyalah menjadi upaya yang sifatnya temporer.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an dan Terjemahnya, 2004. Departemen Agama Republik Indonesia, Jakarta.
- Al Barra D 2006. Baitul Maal Wa Tamwil, dalam Evaluasi Akuntansi Praktik Penghimpun Dana dan Pembiayaan di BMT Yogyakarta. Fakultas Ekonomi Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta
- Ayres JR et al 2006. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. Am J Public Health.96, 1001-1006
- Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi 2008. Modul Materi Kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, Jakarta
- Canadian HIV/AIDS Legal Network 2005. Income Security for People Living with HIV in Canada. Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Departemen Kesehatan 2009. Laporan survailans program AIDS nasional. Departemen Kesehatan, Jakarta
- Djoerban S& Djauzi S 2006. HIV/AIDS, dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III dalam Sudoyo dkk, hal 1115-1120. Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Esack F 2004. HIV, AIDS, and Islam Reflections Based on Compassion, Responsibility, and Justice. Positive Muslims, Cape Town
- Esack F, Alam S, and Bavikatte K 2007. HIV, AIDS, and Islam : A Workshop Manual Based on Compassion, Responsibility, and Justice. Positive Muslims, Cape Town
- Food and Nutrition Technical Assistance 2001. HIV/AIDS : A Guide for Nutrition Care and Support. Project Academy for Educational Development, Washington DC
- Hapsari FY 2008. Gambaran Status Psikologis (Kecemasan) pada Anak Usia 12-18 Tahun di Rumah Tangga dengan dan tanpa Kasus HIV/AIDS di 7 Propinsi di Indonesia Tahun 2007. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Hayati IM 2009. Penggunaan Metode VCT dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, Jakarta
- Hesseling A et al 2009. HIV-Positive Infants More Likely To Develop TB. J. Clinical Infectious Diseases.48,108-114

- Indriani N 2010. Vaksinasi *Haemophilus Influenzae Type B* (HIB) Untuk Pencegahan Meningitis pada Anak Ditinjau dari Kedokteran dan Islam. Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, Jakarta
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional 2008. Strategi Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Jakarta
- Mofenson LM et al 2009. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections Among HIV-Exposed and HIV-Infected Children. Morbidity and Mortality Weekly Report. 58, RR-11
- Morbidity and Mortality Weekly Report 2010. Racial/Ethnic Disparities Among Children with Diagnoses of Perinatal HIV Infection — 34 States, 2004–2007. Center for Disease Control and Prevention, Atlanta
- Moss WJ, Clements CJ and Halsey NA 2003. Immunization of Children at Risk of Infection with Human Immunodeficiency Virus. Bulletin of the World Health Organization. 81, 61-70
- Muhaimin T 2009. Abstrak: Dampak HIV/AIDS dalam Keluarga terhadap Kualitas Hidup Anak. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Notoatmodjo S 2000. Konsep Pendidikan (Promosi) Kesehatan, dalam Pendidikan-Promosi dan Perilaku Kesehatan (Teori dan Aplikatif) (Duarsa ABS), hal 11-25. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Obermeyer CM, Osborn M 2006. The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. Am J Public Health.97, 1762-1774
- Report on the Global AIDS Epidemic 2006. Reducing the Impact of AIDS. WHO, Geneva
- Report on the Global AIDS Epidemic 2008. HIV and AIDS Estimates and Data, 2007 and 2001. WHO, Geneva
- Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, and Draimin B 2001. An Intervention for Parents with AIDS and Their Adolescent Children. Am J Public Health. 91, 1294-1302
- Rotheram-Borus MJ et al 2001. Efficacy of a Preventive Intervention for Youths Living With HIV. Am J Public Health. 91, 400-405
- Schuster MA et al 2000. HIV-Infected Parents and Their Children in the United States. Am J Public Health.90, 1074-1081
- Utami FR 2008. Abstrak: Dampak Keberadaan ODHA dalam Rumah Tangga terhadap Partisipasi Pendidikan Anak Usia 7 hingga 18 Tahun. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

- World Health Organization 2006. Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents : Recommendations for a Public Health Approach. WHO, Geneva
- World Health Organization on Weekly Epidemiological Record 2007. Revised BCG Vaccination Guidelines for Infants at Risk for HIV Infection. WHO, Geneva
- World Health Organization 2009. HIV/AIDS in the South-East Asia Region 2009. WHO, New Delhi
- World Health Organization 2009. Key Messages New WHO Recommendations : Preventing Mother-to-Child Transmission. WHO, Geneva
- World Health Organization 2009. Priority Interventions HIV/AIDS Prevention, Treatment, and Care in the Health Sector. WHO HIV/AIDS Departement, Geneva
- World Health Organization 2009. Rapid Advice Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. WHO, Geneva
- World Health Organization & Unite Nation Program on AIDS 2009. AIDS Epidemic Update December 2009. WHO & UNAIDS, Geneva.
- World Health Organization, UNAIDS, & UNICEF 2008. Third Stocktaking Report Children and AIDS. WHO, UNAIDS, & UNICEF, Geneva
- Yuniarti PI 2006, Fungsi Sosial Ekonomi Baitul Maal wat Tamwil, dalam Pengaruh BMT (Baitul Maal wat Tamwil) terhadap Kondisi Sosial Ekonomi Masyarakat, hal 51-90. Pusat Penelitian Ekonomi Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, Jakarta
- Zuhroni, 2008, HIV/AIDS, dalam Pandangan Islam Terhadap Masalah Kedokteran dan Kesehatan, hal 508-530. Bagian Agama Universitas Yarsi, Jakarta.