

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan populasi rentan tertular HIV, penularan HIV pada anak dapat terjadi secara vertikal yaitu dari ibu yang positif HIV pada saat hamil, persalinan dan menyusui (Nelson, 2014). Anak yang terinfeksi HIV/AIDS dapat mengalami gangguan tumbuh kembang, berat badan menurun, demam, diare kronik dan gangguan neurologis (Depkes, 2014). Raraningrum et al., (2016) menjelaskan bahwa anak-anak dengan HIV/AIDS yang tinggal di rumah sementara lebih sering terjadi stigma dan diskriminasi daripada ADHA yang tinggal di rumah dengan keluarga, ADHA yang tinggal di rumah sementara dan yang tinggal di rumah dengan keluarga mengalami berat badan, jumlah CD4, perkembangan motorik kasar dan perkembangan moral yang sebanding.

Di dunia tahun 2017 jumlah anak yang usia <15 tahun dengan HIV sebanyak 1.8 juta, 110.000 meninggal akibat AIDS dan terdapat 180.000 anak yang terinfeksi baru (UNAIDS, 2017). UNAIDS 2015 menjelaskan, sekitar 290 anak terinfeksi HIV setiap harinya dan presentase jumlah anak yang meninggal karena terinfeksi AIDS setiap hari sebanyak 49%. Pada orang muda jumlah infeksi baru usia 15-24 tahun dengan HIV sebanyak 590.000 dan diantaranya 250.000 adalah remaja usia 15-19 tahun. Di Sub-Sahara Africa, infeksi baru terjadi pada remaja wanita antara usia 15-19 tahun. Sejak tahun 2000 angka kematian akibat AIDS sudah menurun untuk semua kelompok usia kecuali remaja usia 10-19 tahun, pada tahun 2016 terdapat lebih dari 150

remaja yang meninggal karena AIDS hal ini dikarenakan peningkatan jumlah remaja yang terinfeksi dan hidup dengan HIV serta tidak menerima perawatan.

Di Indonesia jumlah kumulatif infeksi HIV dari Januari sampai Maret 2018 berdasarkan kelompok umur, umur ≤ 4 tahun sebanyak 2.5%, umur 5-14 tahun sebanyak 1.0%, umur 15-19 tahun sebanyak 2.3% dari 291.129 kasus HIV. Sedang jumlah kumulatif AIDS dari Januari sampai Maret 2018 sebanyak 106.965 dengan presentase infeksi AIDS tertinggi pada kelompok umur, 20-29 tahun sebanyak 34.4% dan pada umur 15-19 tahun sebanyak 9.3%. Presentase AIDS pada laki-laki sebanyak 57% dan perempuan sebanyak 34%. Faktor risiko penularan terbanyak melalui hubungan seksual berisiko heteroseksual sebanyak 70.3%, penggunaan alat suntik tidak steril sebanyak 8.8%, diikuti homoseksual sebanyak 5.7% dan penularan melalui perinatal sebanyak 2.9% (Kemenkes RI, 2018).

Kemenkes RI (2018) menjelaskan bahwa, Provinsi Papua menempati jumlah HIV tertinggi urutan keempat sebanyak 29.710 kasus dan urutan pertama jumlah kasus AIDS terbanyak dengan total penderita sebanyak 21.799. Dinas Kesehatan Provinsi Papua (2018) menjelaskan bahwa jumlah kasus HIV/AIDS di Papua bulan Maret 2018 sebanyak 35.837, berdasarkan kelompok umur, umur 20-24 tahun sebanyak 8.943, umur 15-19 tahun sebanyak 4.437, umur 1-14 tahun sebanyak 899, salah satu faktor resiko HIV/AIDS pada usia remaja karena hubungan seksual berisiko heteroseksual dengan jumlah 36.899 kasus. Kabupaten Mimika merupakan daerah dengan angka HIV/AIDS tertinggi keempat di Papua, data kumulatif kasus HIV di Kabupaten Mimika dari tahun 1996 sampai tahun 2017 sebanyak 5.371 kasus yang terdiri dari infeksi HIV sebanyak 2,834 kasus (52,76%) dan AIDS

sebanyak 2.537 kasus (47,24%). Pada tahun 2017 terdapat penemuan infeksi baru sebanyak 350 kasus yang terdiri dari HIV sebanyak 136 kasus (38.86%) dan AIDS sebanyak 241 kasus (61.14%). Berdasarkan kelompok umur, umur 15-29 tahun sebanyak 50.57% kasus, umur > 30 tahun sebanyak 46.00% kasus dan umur < 15 tahun sebanyak 3.03% kasus. Angka kejadian HIV-AIDS pada anak < 15 tahun dari tahun 2014 sampai tahun 2017 sebanyak 51 orang (KPA, 2017).

Case Fatality Rate (CFR) adalah jumlah kematian (dalam persen) dibandingkan jumlah kasus dalam suatu penyakit tertentu (Kemenkes RI, 2012). CFR AIDS di Indonesia mengalami sedikit peningkatan di tahun 2016 sebanyak 1,08% menjadi 0,28% pada bulan Maret 2018, hal ini karena adanya upaya pengobatan yang terus dilakukan untuk menurunkan angka kematian akibat AIDS (Kemenkes, 2018).

Jumlah angka kematian akibat HIV/AIDS dapat menurun karena adanya peningkatan terapi antiretroviral. Terapi Antiretroviral (ARV) bertujuan untuk menghambat replikasi virus sehingga jumlah virus tidak terdeteksi dalam darah, mengurangi resiko penularan HIV, menurunkan jumlah angka kematian, memperpanjang masa hidup ODHA dan meningkatkan harapan hidup penderita HIV/AIDS. Terapi ARV pada remaja pada dasarnya sama dengan terapi ARV pada dewasa dan diberikan sebelum munculnya infeksi oportunistik, selain itu terapi ARV dapat diberikan kepada ibu hamil dengan HIV, bayi lahir dari ibu dengan HIV, bayi atau anak usia < 5 tahun, penderita HIV dengan tuberkulosis, hepatitis B dan hepatitis C, penderita HIV pada populasi kunci, penderita HIV yang pasangannya negatif yang telah menunjukkan stadium klinis 3 atau 4 atau dengan jumlah sel limfosit

$T\ CD4 \leq 350\ \text{sel/mm}^3$ (PERMENKES RI, 2014). Dyah et al (2016), menjelaskan bahwa ketidaktaatan kunjungan ke pelayanan kesehatan dan lama terapi ARV ≤ 6 bulan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kematian.

Kepatuhan atau *adherence* pada terapi adalah keadaan dimana pasien memiliki keinginan dan kesadaran diri sendiri dalam mematuhi pengobatannya, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter (P2PL, 2011). Kepatuhan ARV dapat meningkat jika mempunyai pengetahuan tentang pentingnya pengobatan. Pengetahuan dapat diperoleh seseorang secara alami atau diintervensi melalui informasi baik langsung maupun tidak langsung (Budiman & Riyanto, 2013). ODHA harus memiliki pengetahuan tentang manfaat terapi ARV sehingga dapat meningkatkan perilaku kesehatannya. Asrianti (2016), menjelaskan bahwa melalui promosi kesehatan yang terprogram dan terstruktur dapat meningkatkan pengetahuan tentang ARV. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dari *caregiver*. Dalam penelitian yang sama menjelaskan bahwa, peningkatan responden terjadi pada responden dengan usia dewasa (36-55 tahun) dan tidak ada pengaruh yang bermakna antara usia dengan peningkatan pengetahuan responden (*p value* ; 0,570). Peningkatan pengetahuan responden lebih besar pada responden dengan jenis kelamin laki-laki 61,8% dan ada pengaruh yang bermakna antara jenis kelamin laki-laki dengan peningkatan pengetahuan responden (*p value* : 0,001). Peningkatan pengetahuan responden lebih besar pada responden dengan pendidikan lanjut 61,1% dan ada pengaruh yang bermakna antara pendidikan lanjut dengan peningkatan pengetahuan responden (*p value* : 0,001). Peningkatan

pengetahuan responden lebih besar pada responden yang bekerja 60,0% dan ada pengaruh yang bermakna antara pekerjaan dengan peningkatan pengetahuan responden (*p value* ; 0,016). Sehingga variabel yang ada pengaruh secara bermakna yaitu jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan (*p value* < 0,05). Selain pengetahuan ODHA juga membutuhkan motivasi dari orangtua, keluarga dan orang disekitarnya sehingga dapat meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan dan mengubah perilaku pasien menjadi lebih baik untuk mendapatkan kesehatan yang optimal.

Motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan-perbuatan, tindakan, tingkah laku atau perilaku (Notoatmojo, 2014 dalam Terry G, 1986). Abongomera et al., (2017), menjelaskan bahwa tingkat kepatuhan yang tinggi pada ADHA dipengaruhi oleh *caregiver* yang percaya pentingnya pengobatan melebihi perhatian mereka. Hapsari dan Azinar (2017), menjelaskan bahwa keluarga yang merawat ODHA memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang cukup baik, sikap keluarga yang baik dan memberikan dukungan berupa nasehat agar anak rutin melakukan terapi ARV. Keluarga juga mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan yang merupakan kelompok referensi, seperti nasehat dan memberikan *reward* kepada anak agar anak tetap patuh melakukan terapi ARV.

Widiyati dan Supriyadi (2016), menjelaskan bahwa *caregiver* adalah orang tua dan keluarga dari anak yang terinfeksi HIV/AIDS. Anggota keluarga yang merawat anak memegang peranan penting dalam pencegahan infeksi oportunistik. Hal ini tergantung pada interaksi keluarga seperti pengetahuan *caregiver* dalam kesiapan merawat anak yang terinfeksi oportunistik.

Caregiver yang mempunyai pengetahuan dapat memotivasi ODHA untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti merasa perlunya pengetahuan dan motivasi dari *caregiver* dalam merubah perilaku dan meningkatkan kepatuhan pengobatan pada anak dengan HIV/AIDS sejak di RS dan setelah pulang ke rumah.

B. Perumusan Masalah

Anak dengan HIV/AIDS yang terinfeksi dari hubungan seksual berisiko akan mengalami masalah secara psikologis maupun secara fisik, anak membutuhkan perhatian dan dukungan dari *caregiver* untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV. *Caregiver* sebaiknya mempunyai pengetahuan yang baik sehingga dapat memotivasi anak. Maka dapat disusun perumusan masalah penelitian sebagai berikut: Apakah ada hubungan karakteristik pengetahuan dan motivasi *caregiver* terhadap kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara pengetahuan dan motivasi *caregiver* terhadap kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS.

2. Tujuan khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) *caregiver* terhadap kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS.

- b. Diketahui tingkat pengetahuan *caregiver* dengan kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS.
- c. Diketahui tingkat motivasi *caregiver* dengan kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS.
- d. Diketahui adanya hubungan antara karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) *caregiver* dengan kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS.
- e. Diketahui adanya hubungan antara pengetahuan *caregiver* dengan kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS
- f. Diketahui adanya hubungan antara motivasi *caregiver* dengan kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pelayanan kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi pelayanan kesehatan untuk memantau dan menyediakan layanan kesehatan yang baik dan dapat dijangkau oleh masyarakat.

2. Bagi perawat

Perawat maupun petugas kesehatan lainnya dapat memberikan promosi kesehatan yang benar kepada *caregiver* yang akan melanjutkan perawatan pada anak dengan HIV/AIDS di rumah.

3. Bagi *caregiver*

Penelitian ini sebagai sumber informasi untuk *caregiver* agar dapat memotivasi anak dengan HIV/AIDS untuk menjadi lebih patuh ARV.

4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan berkaitan dengan pengaruh pengetahuan dan motivasi *caregiver* dalam memberikan perawatan pada anak dengan HIV/AIDS.

E. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik, pengetahuan dan motivasi *caregiver* terhadap kepatuhan ARV pada anak dengan HIV/AIDS. Proses penelitian dilakukan di RS Mitra Masyarakat, Rumah Sakit Umum Daerah, Puskesmas Timika dan Puskesmas Timika Jaya Kab. Mimika, Papua dimulai pada bulan Desember 2018 sampai dengan Maret 2019. Alasan dilakukan penelitian ini adalah karena di Kab. Mimika jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi keempat dari 29 kota di Papua. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Sasaran penelitian ini adalah *caregiver* yaitu orangtua dan keluarga yang merawat anak HIV-AIDS positif dengan menggunakan *non probability sampling* yaitu *total sampling*.

