



Tatalaksana Praktis Pelayanan Kesehatan Anak di Area dengan Tantangan Sumber Daya

(Practical Management of Child Health Services
in Challenging Resources Area)

**Tatalaksana Praktis Pelayanan Kesehatan Anak
di Area dengan Tantangan Sumber Daya**
*(Practical Management of Child Health Services
in Challenging Resources Area)*

Editor : Ahmad Suryawan
Irwanto
Dwiyanti Puspitasari
Gani Wangunhardjo
IDG Ugrasena
Dominicus Husada
Taolin Fransiskus
Simplicia M. Anggrahini

Cetakan Pertama, 2017
ISBN: 978-602-835-074-7

“Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun tanpa seijin penulis”

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Susunan Penulis	iv
Daftar Isi	vi
□ Anemia defisiensi besi <i>IDG Ugrasena</i>	1
□ Hipotiroid Kongenital <i>Muhammad Faizi</i>	17
□ Demam rematik <i>Teddy Ontoseno</i>	39
□ Gangguan Cairan dan Elektrolit <i>Ira Dharmawati</i>	113
□ Etik Profesi dalam Pelayanan Kesehatan Anak <i>Irwanto</i>	131
□ Asma pada Anak <i>Retno Asih Setyoningrum</i>	149
□ Hepatitis-B pada Anak <i>Bagus Setyoboedi</i>	165
□ Penyakit HIV pada Anak <i>Dominicus Husada</i>	183
□ Tatalaksana Status Epileptikus pada Anak <i>Darto Saharso</i>	199
□ Praktek Pemberian Makan pada Anak <i>Nur Aisiyah Widjaja</i>	221
□ Tips Praktis Deteksi Dini Perkembangan Anak <i>Ahmad Suryawan</i>	243
□ Peran Bidan dalam Nutrisi Ibu Hamil dan Janin <i>Elisabeth Lies Rengka</i>	257
□ Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit <i>Orca Diana Suek</i>	263
□ Rujukan Pediatrik di Area Kepulauan <i>Taolin Fransiskus</i>	271
□ Sindroma Nefrotik pada Anak <i>M. Sjaifullah Noer</i>	279
□ Alergi Makanan dan Alergi Susu Sapi <i>Anang Endaryanto</i>	301
□ Terapi Oksigen pada Neonatus <i>Risa Etika</i>	333
□ Gangguan Saluran Cerna Fungsional Refluks Gastroesofagus dan Konstipasi <i>Alpha Fardah</i>	351

Penyakit HIV pada Anak

Dominicus Husada

Pendahuluan

Penyakit infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) masih merupakan persoalan berat di Indonesia. Sementara di banyak negara maju penyakit HIV, terutama pada bayi dan anak, sudah semakin menurun, di negara dunia ketiga persoalan belum dapat ditangani dengan baik. Persoalan HIV senantiasa harus dilihat dari 2 aspek, medis dan non medis. Kemajuan di bidang medis—dibandingkan tahun 1980-an ketika penyakit ini diidentifikasi untuk pertama kali—sudah sangat banyak namun hambatan non medis belum bisa disingkirkan termasuk di negara yang sudah maju. Disebut “terinfeksi HIV” adalah bila telah dibuktikan adanya virus HIV dalam tubuh namun belum menunjukkan gejala dan tanda klinis yang nyata. Jika sudah muncul perubahan dan kondisi memberat, individu yang bersangkutan disebut “AIDS” (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

Penyakit HIV pada anak terdiri dari 2 bagian besar yaitu : (1) HIV pada neonatus dan pencegahan transmisi vertikal, dan (2) HIV pada anak yang lebih besar. Tulisan singkat ini akan menjelaskan secara singkat berbagai hal menyangkut kedua unsur di atas.

Epidemiologi

Hingga saat ini penderita HIV berkisar pada angka 30 juta orang di seluruh dunia. Dari 20 negara dengan jumlah penderita

terbesar, 19 berada di Afrika dan 1 di Asia (India). Negara dengan penderita HIV terbanyak adalah Nigeria. Di Asia, salah satu negara yang terkena badai HIV paling awal adalah Thailand. Pada saat ini, Thailand telah dinyatakan bebas dari penularan vertikal HIV. Artinya, di Thailand sejak 2 tahun lalu sudah tidak ada lagi bayi yang tertular HIV dari ibunya. Di Indonesia, angka resmi mengenai jumlah penderita HIV sulit dipercaya karena sangat rendah. Kecenderungan jumlah penderita ini masih ke arah meningkat setiap tahun. Usia terbanyak adalah kelompok dewasa muda. Kepada merekalah fokus pencegahan, diagnosis, dan penatalaksanaan harus diprioritaskan. Sekalipun demikian, anak adalah salah satu sumber utama penambahan penderita baru sehingga prioritas yang sama patut pula diberikan pada bayi dan anak ini.

Di Indonesia, provinsi dengan jumlah penderita terbanyak adalah DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, dan Papua. Di setiap provinsi modus penularan utama berbeda sehingga strategi penanganan dan pencegahan perlu disesuaikan.

Patogenesis

Kunci utama patogenesis infeksi HIV adalah masuk dan menetapnya virus ini pada sel-sel kekebalan tubuh, terutama sel T helper. Fenomena ini belum dapat diperbaiki sehingga seseorang yang terkena infeksi HIV dapat dikatakan – hingga saat ini - akan terinfeksi seumur hidup. Jika pada awal infeksi, sel dendritik dan sel NK yang akan berperang dan menjadi korban paling dulu, di tahap selanjutnya seluruh aspek sistem kekebalan tidak akan mampu bertahan. Selanjutnya penyakit penyerta lain akan berdatangan dan mengakibatkan proses yang lebih berat

dan bahkan kematian. Kematian terbesar memang disebabkan oleh penyakit penyerta itu.

Setelah terinfeksi, orang dewasa akan mengalami perbaikan sementara, ketika jumlah virus akan menurun dan sel T meningkat. Keadaan ini akan bertahan beberapa waktu hingga proses perburukan yang lebih nyata dimulai. Pada bayi dan anak perbaikan sementara tersebut praktis tidak ada.

Virus yang telah bersemayam di organ RES (*retikuloendotelial system*) akan menetap selamanya. Obat yang digunakan saat ini tidak mampu menjangkau lokasi tersebut. Pada saat tertentu virus yang bersembunyi diaktifkan dan masuk ke sirkulasi.

Penularan

Penularan utama HIV anak berasal dari ibu (transmisi vertikal). Metode penularan lain adalah melalui jalur seksual terutama pada kelompok remaja dan penggunaan alat medis (seperti jarum suntik) bersama. Saat ini sudah sangat sedikit anak yang tertular dari tranfusi darah.

Gejala dan Tanda Klinik

Orang dewasa yang terinfeksi di tahap awal hanya akan menunjukkan gejala dan tanda klinis ringan seperti infeksi virus saluran pernapasan (meriang, badan tidak enak, lesu, nafsu makan menurun, dsb) yang tidak akan bertahan lama dan membaik secara spontan. Gejala dan tanda yang ringan biasanya membuat orang tidak berpikir mengenai infeksi HIV.

Sebagian besar neonatus yang terinfeksi dari ibu juga tidak akan menunjukkan gejala dan tanda klinis yang nyata. Mereka

baik-baik saja sehingga tanpa pengakuan dari sang ibu akan sulit mengetahui infeksi HIV pada neonatus tersebut hanya berdasarkan kondisi klinis semata. Untuk anak yang lebih besar, masa tanpa perubahan kondisi klinis bisa bertahan dalam jangka waktu yang bervariasi. Dikenal 3 kelompok : (1) *slow progressor*, (2) *rapid progressor*, dan (3) *long term non progressor*. *Slow progressor* berarti anak tersebut cukup lama tidak menunjukkan gejala dan tanda klinik yang nyata. Mereka baru akan datang berobat pada usia 5-10 tahun setelah orang tua atau keluarga mengenali perubahan signifikan di berbagai organ. Kelompok *rapid progressor* datang lebih cepat. *Long term non progressor* atau *elite controller* adalah kelompok eksklusif yang terinfeksi virus HIV selama bertahun-tahun namun tidak pernah memberat sekalipun tidak mengkonsumsi obat.

Gejala dan tanda klinis tersering yang akan terlihat pada anak (dan juga kelompok dewasa) biasanya berupa: panas terus menerus, penurunan berat badan, diare berkepanjangan, pembesaran kelenjar, serta adanya infeksi penyerta. Infeksi penyerta berupa jamur/moniliasis akan terlihat di rongga mulut. TBC akan serupa atau lebih berat dengan TBC pada anak non HIV. Tuberkulosis adalah infeksi penyerta tersering pada penderita HIV.

Jika satu anak datang dengan 4-5 gejala dan tanda di atas, sangat boleh jadi yang bersangkutan menderita AIDS. Jika hanya 1-2 gejala dan tanda saja yang ditemui, masih cukup banyak diagnosis banding yang perlu dipertimbangkan.

Aspek Laboratorium

Laboratorium bisa dibagi atas: (1) untuk menegakkan diagnosis, dan (2) penunjang. Penegakan diagnosis tergantung usia. Mereka yang belum 18 bulan memerlukan PCR dari darah untuk mendeteksi virus. Pemeriksaan ini mahal dan sulit sehingga hanya dilakukan di kota besar. Kelompok usia 18 bulan ke atas dapat menjalani pemeriksaan antibodi. Pemeriksaan dilakukan dengan 3 metode yang berbeda pada saat yang sama sehingga dikenal istilah "pemeriksaan antibodi 3 metode". Sebenarnya ini bukan pemeriksaan terbaik. Antibodi yang diperiksa dengan metode western blot adalah pilihan utama namun pemeriksaan ini pun sulit dan mahal sehingga tidak mungkin dilakukan dalam skala besar di negara berkembang. Untuk alasan kepraktisan, pemeriksaan antibodi dapat juga dilakukan secara cepat. Bentuk tes cepat ini memiliki beberapa keterbatasan. Oleh karena itu jika hasil tes meragukan, atau akan menimbulkan dampak besar, saran terbaik adalah melakukan pemeriksaan ulang setelah jangka waktu tertentu. Beberapa hal seperti ASI, infeksi yang lama, minum obat tertentu, dan beberapa yang lain, dapat mempengaruhi hasil tes.

Pemeriksaan penunjang biasanya berupa darah lengkap, fungsi hati dan ginjal, serta kolesterol darah. Satu lagi pemeriksaan yang penting adalah kadar CD4. Infeksi HIV akan membuat penurunan CD4. Semakin rendah CD4 semakin banyak infeksi lain muncul. Perbaikan kondisi klinis akan terjadi setelah CD4 membaik. Ini berarti pemeriksaan CD4 dapat mengetahui keadaan pasien satu tahap sebelum muncul perubahan klinis.

Identifikasi infeksi penyerta harus diprioritaskan pada tuberkulosis. Prosedur rutin diagnosis TBC dapat dilengkapi

dengan pemeriksaan lain seperti hepatitis B jika diperlukan. Di RSUD Dr. Soetomo pemeriksaan mata penting dilakukan untuk mengetahui adanya retinitis CMV yang jika tidak teridentifikasi dapat menimbulkan kebutaan apabila pengobatan dimulai. Di negara maju tentu saja pemeriksaan jauh lebih banyak. Di negara maju tersebut pada setiap kali penderita kontrol dilakukan pemeriksaan PCR dan CD4. Di Indonesia, CD4 dilakukan setiap 6 bulan. PCR dilakukan setahun sekali jika dana tersedia.

Diagnosis

Diagnosis HIV harus dipastikan dengan pemeriksaan laboratorium. Gejala dan tanda klinis dapat menjadi pembuka kecurigaan namun bukan penentu utama. Seperti disebutkan di atas, pemeriksaan laboratorium untuk memastikan diagnosis pasti HIV ditentukan oleh usia penderita. Saat ini di Indonesia bisa dibayangkan seluruh pemeriksaan 3 metode dilakukan dengan versi cepat. Mohon diperhatikan variasi antar merk sediaan serta hal lain yang dapat mempengaruhi hasil tes.

Mengingat penularan terbesar berasal dari ibu, di RSUD Dr. Soetomo sangat penting mengetahui status ibu sebelum anak didiagnosis. Jika ibu tidak terinfeksi, besar kemungkinan sang anak juga tidak terinfeksi. Sebagian keluarga lebih mudah dipersuasi untuk pemeriksaan anak namun sebagian lain lebih memilih pemeriksaan pada ibu lebih dahulu. Sekalipun demikian, banyak keluarga sudah mengetahui status ibu ketika datang ke rumah sakit.

Pada beberapa anak hasil tes akan negatif namun gejala dan tanda klinis begitu nyata. Kelompok ini dapat didiagnosis secara "presumtif" dan diberi pengobatan sementara hasil tes diulang.

setelah jangka waktu tertentu. Hasil pemeriksaan kadar CD4 pada penderita ini akan juga sangat membantu.

WHO membagi derajat berat infeksi HIV menjadi 4 tingkat. CDC di Amerika Serikat membagi derajat berat tersebut dari aspek klinis dan imunologis. Kedua pedoman dapat digunakan namun di lapangan di Indonesia pedoman WHO lebih tepat dan lebih umum dipakai.

Jika keadaan klinis dan imunologi penderita masih relatif baik, kondisi tersebut disebut infeksi HIV. Jika telah muncul gejala dan tanda klinis yang lebih berat, infeksi HIV telah menjadi AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Dalam pedoman WHO, derajat III dan IV adalah AIDS.

Dari urutan perubahan, jumlah virus (PCR) akan mengalami perubahan terlebih dahulu disusul dengan perubahan imunologis (CD4). Tahap terakhir adalah perubahan klinis. Itu berarti jika semua pemeriksaan tidak dilakukan dan hanya menunggu perubahan kondisi klinis, dokter telah terlambat 2 langkah.

Di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, pemeriksaan PCR HIV, western blot HIV, dan antibodi 3 metode hanya boleh dilakukan setelah individu yang bersangkutan atau wali/orang tua mendapatkan penjelasan yang memadai. Tidak diperkenankan - atas nama hukum - memeriksa 3 jenis pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis tersebut tanpa pemberitahuan.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan HIV memerlukan kerja sama banyak pihak. Penanganan aspek medis dan non medis perlu berjalan seiring. Tim HIV di setiap unit pelayanan tidak dapat hanya mengandalkan dokter atau paramedis.

Obat utama untuk HIV adalah anti retro viral (ARV). Hingga saat ini ada 6 kelas ARV dan hanya 3 yang tersedia di Indonesia. Pengobatan dengan ARV dilakukan seumur hidup. ARV bukan obat emergensi. Pemberiannya memerlukan persiapan matang.

Secara praktis sebelum pemberian ARV dapat dilakukan beberapa hal:

- Pastikan diagnosis HIV (diagnosis ibu akan sangat membantu).
- Periksa dan obati dulu infeksi penyerta, terutama TBC.
- Pastikan kesiapan keluarga dengan konseling berulang.
- Tanda tangan persetujuan terapi dengan segenap ketentuannya (*informed consent*). Untuk anak, hal ini harus dilakukan oleh orang tua atau wali yang bersangkutan.
- Mulai terapi.

ARV dimulai dengan 2 kelas yang terdiri dari 3 obat. Untuk Indonesia yang dipilih adalah 2 NRTI dan 1 NNRTI. Di Indonesia NRTI awal umumnya adalah *zidovudine* (AZT) dan *lamivudine* (3TC). Negara maju mulai dengan pilihan yang lebih baik. Pedoman 2016-2017 bahkan lebih tinggi lagi dan kelas tersebut tidak tersedia di Indonesia. Dosis obat anak relatif lebih rumit dari dewasa. Dosis tersebut dapat dilihat secara rinci dalam buku pedoman WHO maupun pedoman HIV anak di Indonesia. Jika melakukan pembulatan sebaiknya dilakukan ke atas dari pada diturunkan. Dasar yang digunakan bias berupa berat badan dalam kg maupun luas permukaan tubuh dalam m^2 . Obat ARV tidak boleh dipuyer dan disimpan. Penyimpanan harus dalam bentuk pil. Obat baru boleh dihancurkan sebelum diminum. Penghancuran obat menjadi puyer sebenarnya tidak disarankan. Anak-anak di negara maju dilatih minum pil sejak usia 7 tahun.

secara bertahap. ARV sirup tidak tersedia di Indonesia. Beberapa
sediaan lain seperti granul sangat membantu. Rasa obat ARV
umumnya tidak enak. Sebagian obat diminum dalam keadaan
perut kosong sementara sebagian sisanya harus setelah makan.

Efek samping ARV banyak. Mulai keluhan gastrointestinal,
anemia, ruam, gangguan psikologis, gangguan metabolik lain
terutama kolesterol, dan sebagainya. Sebagian jangka pendek
namun lebih banyak yang jangka panjang. Seluruh efek samping
ini perlu dimonitor ketat. Jam minum obat sangat tertib. Tidak
dianjurkan mengatakan "dua kali sehari" saja, namun sebutkan
jam minumnya yang harus berjarak 12 jam. Ini untuk obat yang
diminum 2 kali sehari. Keterlambatan, atau terlalu cepat minum,
akan menaikkan risiko kekebalan. Obat ARV sangat mudah
kehilangan potensi karena virus kebal. Mutasi virus sangat cepat.
Ketidaktertiban waktu minum obat adalah unsur utama.

ARV bukan satu-satunya komponen penatalaksanaan. Obat
lain juga diperlukan. Kotrimoksazol diberikan sekali sehari (4-5
mg/kgBB) selama CD4 rendah untuk mencegah infeksi bakteri
sekunder. Obat antikolesterol dapat diberikan atas indikasi
tertentu. Obat TBC dan infeksi penyerta lain akan diberikan
sesuai indikasi. Kadang satu penderita minum lebih dari 10 obat
sehari. Beban yang tidak ringan. Selain obat, penatalaksanaan
melibatkan aspek nutrisi, psikologi, tumbuh kembang, dan
beberapa lagi keahlian lain. Ini semua ditujukan untuk membuat
upaya komprehensif. Penderita HIV memerlukan upaya di segala
bidang dan dari semua orang.

Sekalipun sangat berhasil dan setiap tahun lahir beberapa
ARV baru, membuat orang sembuh dari HIV tidak dapat dicapai
dengan ARV yang ada sekarang. ARV tidak mampu menjangkau

“kuburan” tempat virus HIV bersembunyi dalam tubuh manusia. Diperlukan obat lain dengan kemampuan yang lebih baik untuk mencapai tujuan tersebut.

Komplikasi

Komplikasi HIV yang menonjol adalah kehadiran infeksi penyerta dan untuk jangka panjang berupa ketunaan dini. Seluruh organ dalam tubuh penderita menua lebih cepat sehingga akan muncul berbagai persoalan ikutan. Infeksi penyerta merupakan musuh utama namun seharusnya bisa diantisipasi. Apabila kekebalan membaik infeksi penyerta akan menghilang.

Apabila ARV dimulai tanpa mengidentifikasi infeksi penyerta dan mengobatinya, beberapa saat kemudian (bisa 1 – 12 minggu) dapat muncul beberapa gejala dan tanda klinis yang disebut IRIS (*Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome*). ARV membuat tubuh mengenali patogen yang sebelumnya tidak bisa diidentifikasi. Pengenalan ini membuat tubuh melawan dan kemudian muncul gejala dan tanda klinik.

Pencegahan

Pencegahan HIV bisa bersifat primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer bergantung pada cara penularan. Kelompok yang rawan tertular secara seksual disarankan melakukan langkah pencegahan seperti tidak berganti pasangan, dan memakai kondom. Penularan pada hubungan sesama jenis (laki-laki) berlangsung jauh lebih mudah dan cepat dibandingkan hubungan heteroseksual. Pada pencegahan transmisi vertikal, pengobatan ibu serta pemberian ARV sebelum dan sesudah

persalinan adalah kunci utama. Penularan lewat tranfusi sudah sangat jarang mengingat perbaikan metode skrining. Penularan lewat alat medis dicegah dengan kepatuhan menjalankan prosedur di setiap unit. Pencegahan sebelum paparan dan setelah paparan (PrEP dan PEP) sangat gencar dilakukan dan dipromosikan di negara maju. ARV mempunyai kemampuan yang sangat baik untuk mencegah baik sebelum maupun sesudah terpapar.

Pencegahan sekunder adalah dengan mengobati semua penderita. Jika telah terjadi penyulit, pencegahan tersier adalah dengan mengupayakan penyulit tersebut tidak memburuk. Selanjutnya diupayakan perbaikan fisik dan psikologis. Dari semua pencegahan, memberi terapi adalah kunci terpenting. *Treatment is prevention.*

Prognosis

Hingga saat ini baru 1 penderita HIV di dunia yang sembuh. Itu berarti dapat dikatakan penderita HIV akan bergantung pada pengobatan seumur hidup. Individu yang rajin dan tertib minum obat dan memeriksakan diri secara berkala akan lebih baik. Kualitas hidup lebih tinggi. Mereka yang tidak tertib minum obat, atau bahkan tidak diobati, akan memburuk dan meninggal. Bukan hanya itu, kelompok yang disebut belakangan ini adalah sumber penular utama pula.

ARV dan semua kemajuan penatalaksanaan telah membuat penderita HIV bisa hidup lama. Pada saat ini di banyak negara di dunia HIV telah menjadi seperti penyakit kronik lain dan tidak lagi dianggap sebagai hal yang amat menakutkan. Anak HIV yang diobati dengan baik akan bertahan hidup hingga dewasa, secara

teoritis, sekalipun memerlukan bantuan wali atau orang tua. Sayang sekali bahwa lebih separuh anak HIV kehilangan minimal 1 orang tuanya.

Pencegahan Penularan Ibu Anak (PPIA = PMTCT)

Program ini merupakan pencegahan utama pertambahan dan perluasan infeksi HIV pada anak. Prioritas tinggi diberikan oleh seluruh negara di dunia. WHO mempunyai 2 cara untuk PMTCT ditinjau dari obat pada ibu. Negara mampu akan mengobati semua ibu hamil seperti penderita lain. Negara berkembang banyak yang hanya memberikan obat pada ibu selama kehamilan saja. Protokol untuk ibu dan anak terus dikembangkan mengikuti waktu. Pedoman WHO dapat diunduh secara gratis, seperti juga pedoman di Indonesia. PPIA harus dimulai dari diagnosis pada ibu hamil. Ini berarti semua ibu hamil harus dites. Kehadiran tes cepat sangat memudahkan. Tanpa tes sulit memastikan status karena ibu hamil yang terinfeksi HIV pada umumnya belum menunjukkan gejala dan tanda klinis yang berat. Indonesia mengikuti banyak negara lain yang mewajibkan ibu menandatangani surat hanya jika menolak. Tanpa tanda tangan pemeriksaan antibodi 3 metode bisa dilakukan. Sekali lagi, seluruh tes diagnosis untuk memastikan HIV hanya boleh dilakukan setelah diberikan penjelasan dan dengan persetujuan atau tidak ada penolakan dari yang bersangkutan atau wali/orang tuanya.

Saat ini di Indonesia program PPIA menjangkau puskesmas hingga ke pelosok. Ini adalah upaya strategis menurunkan angka penularan vertikal. Jika berjalan bagus, penularan dari ibu ke anak hanya akan berjumlah 1%. Tanpa PPIA, penularan vertikal

dapat mencapai 40%. Kemampuan mendiagnosis ibu hingga ke pelosok juga disertai kemampuan memberikan ARV untuk para ibu hamil ini.

Dalam konteks PPIA ARV diberikan pada ibu dan bayi. Ketika bayi lahir, tergantung status pengobatan, CD4, dan keadaan virologi sang ibu, ARV yang diberikan bisa terdiri dari 1 hingga 3 regimen. Paling sering digunakan AZT, 3TC, dan nevirapin (NVP) selama 4-6 minggu. Setelah 6 minggu, terapi profilaksis infeksi sekunder berupa kotrimoksazol sekali sehari diberikan selama sekitar 1 tahun atau hingga hasil PCR diketahui.

Stigma

Sekalipun perubahan signifikan sudah terjadi, sebagian masyarakat belum dapat menerima infeksi HIV sebagaimana penyakit lain. Pandangan negatif pada penderita dan keluarga masih sangat sering ditemukan. Anak dikeluarkan dari sekolah, dikucilkan dari pergaulan, ditolak menjalani pemeriksaan medis, dilarang menjalani tindakan medis, dan sebagainya, masih dijumpai hingga tahun ini. Aspek non medis ini sangat berat bagi penderita dan keluarga. Upaya pengurangan stigma dilakukan secara terus menerus dengan harapan situasi akan membaik. Berbagai LSM dan organisasi di tingkat internasional, nasional, dan lokal bekerja sama untuk tujuan ini pula. Pada setiap Hari AIDS Sedunia, 1 Desember setiap tahun, media massa juga gencar mengkampanyekan banyak hal mengenai HIV, termasuk upaya mengurangi stigma.

Penutup

Hingga saat ini HIV belum akan reda, terutama di negara seperti Indonesia. Diperlukan perjalanan yang masih akan panjang untuk mengatasi aspek medis dan non medis yang berhubungan dengan infeksi HIV ini. Belajar dari negara lain, dengan kemauan kuat dan upaya terpadu, kita juga akan berhasil mencapai kemajuan yang sama. Semoga hal ini bisa segera tercapai.

Bacaan Lanjut

1. Hansen C, Paintsil E. Infectious diseases of poverty in children: a tale of two worlds. *Pediatr Clin North Am.*2016;63:37-66.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak. Jakarta: Kemenkes RI, 2014.
3. Link-Gelles R, Moultrie H, Shawry S, et al. Tuberculosis immune reconstitution inflammatory syndrome in children initiating antiretroviral therapy for HIV infection: A systematic literature review. *Pediatr Infect Dis J.*2014;33:499-503.
4. Omoni AO, Ntozini R, Evans C, et al. Child growth according to maternal and child HIV status in Zimbabwe. *Pediatr Infect Dis J.* 2017;36:869-76.
5. Rainwater-Lovett K, Uprety P, Persaud D. Advances and hope for perinatal HIV remission and cure in children and adolescents. *Curr Op Pediatr.*2016;28:86-92.
6. Rakhmanina N, Phelps R. Pharmacotherapy of pediatric HIV infection. *Pediatr Clin North Am.*2012;59:1093-115.
7. Santer M, Ring N, Yarley L, Geraghty AWA, Wyke S. Treatment non-adherence in pediatric long-term medical conditions: systematic review and synthesis of qualitative studies of caregivers' views. *BMJ Child Health.*2014;14:63.
8. Siberry GK. Preventing and managing HIV infection in infants, children, and adolescents in the United States. *Pediatr Rev.*2014;268-85.
9. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Second edition. Geneva: WHO, 2016.

10. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: WHO, 2015.
11. Zash R, Souda S, Leidner J, et al. HIV exposed children account for more than half of 24-month mortality in Botswana. *BMC Pediatr.* 2016; 6:103.