

LAYANAN KOMPREHENSIF BERKESINAMBUNGAN TERHADAP ANAK DENGAN HIV/AIDS DI KOTA SURAKARTA

(Studi Kasus Anak dengan HIV/AIDS di Rumah Singgah Lentera Surakarta)

Desy Mulyasari

Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

Email: desy.mulyasari@yahoo.com

Argyo Demartoto

Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

Email : argyodemartoto@ymail.com

Received: 2-5-2016

Accepted: 20-5-2016

Online Published: 29-5-2016

Abstract

This research aims to find out the condition of the children with HIV/AIDS in Rumah Singgah Lentera and Implementation, results and barriers of Sustainable Comprehensive Service in the Rumah Singgah Lentera. This research used action theory proposed by Talcott Parsons. Type of this research is a case study. Data was taken by observation, interview and documentation technique. Samples taken by using purposive sampling technique. To ensure the validity of data triangulation source was used, while the analysis of the data interactive model was used. Results of the study shows that the promotif service undertaken by Rumah Singgah Lentera is socializing to the society and socializing through the media. Preventive service undertaken by Rumah Singgah Lentera is prevention of transmission of productive women at risk and prevention of transmission from mother to child. Curative service undertaken by Rumah Singgah Lentera is providing ARV therapy for all of children with HIV/AIDS in Rumah Singgah Lentera and supported by other treatment. Rehabilitative service by the fulfillment of basic needs, access to attend school and fulfillment affection needs. Results from the implementation of Sustainable Comprehensive Service is increasing awareness to checked HIV, Increasing knowledge of productive women at risk, Prevention mother to children transmission that accomanied by Rumah Singgah Lentera, increase health condition of children with HIV/AIDS, decreased opportunistic infections, fulfillment basic needs, access to attend school and fulfillment affection needs. The barriers in the implementation of Sustainable Comprehensive Service is of limited human resources, the limitations of funding and availability of medicines and healthcare facilities that have not been fullest.

Keyword : Sustainable Comprehensive Service, children with HIV/AIDS, HIV/AIDS

A. Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang salah satu jenis sel darah putih yang berperan sebagai sistem

kekebalan tubuh manusia. Sedangkan AIDS adalah gejala penyakit yang timbul akibat dari menurunnya sistem kekebalan tubuh akibat dari infeksi virus HIV dalam tubuh

manusia. Kasus penularan HIV saat ini bukan hanya terkonsentrasi pada kelompok-kelompok beresiko saja seperti Waria, PSK, Gay, dan Penasun, namun sudah menyebar luas ke masyarakat tidak mengenal pekerjaan, usia, jenis kelamin bahkan anak-anak pun banyak yang telah terinfeksi HIV/AIDS. Data Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa ibu rumah tangga menjadi pengidap HIV terbanyak di dibandingkan dengan profesi yang lain.

Data yang dirilis oleh Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa ibu rumah tangga menepati jumlah penderita AIDS terbanyak di Indonesia. Banyaknya ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV berpotensi menularkan virus HIV pada anak yang dikandungnya jika tidak ditangani secara medis dengan baik. Banyak Anak dengan HIV/AIDS yang akhirnya menjadi yatim piatu akibat kedua orang tuanya meninggal karena AIDS, dan juga banyak dari anak dengan HIV/AIDS (ADHA) yang harus hidup bersama kedua orang tuanya yang juga positif HIV. UNICEF (2008) menyatakan bahwa sekitar 50 persen bayi yang terinfeksi HIV meninggal sebelum merayakan ulang tahun kedua mereka dan lebih dari 15 juta anak kehilangan seorang atau kedua orangtua mereka akibat penyakit terkait AIDS. Di berbagai belahan dunia 2,3 juta anak di bawah 15 tahun hidup dengan HIV, dimana sekitar 530 ribu di antaranya baru terinfeksi pada tahun 2006, kebanyakan melalui penularan dari ibu ke anak, cara penularan yang sebenarnya dapat dicegah bila memperoleh penanganan medis yang optimal. Data dari Ditjen PP & PL Kementrian Kesehatan Republik

Indonesia sampai dengan triwulan III tahun 2014 jumlah penderita AIDS pada usia 0 – 14 tahun mencapai 2,9 %. Data terbaru dari hasil pemetaan populasi kunci oleh Komisi Penanggulangan AIDS kota Surakarta menunjukkan ibu rumah tangga dan anak menjadi pengidap HIV terbanyak di Kota Surakarta.

Untuk menangani permasalahan HIV/AIDS di Indonesia pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Layanan Komprehensif Berkesinambungan yakni sebuah layanan paripurna yang mencakup pemberian informasi HIV/AIDS ke masyarakat, pencegahan penularan HIV/AIDS, pengobatan pasien HIV/AIDS dan perawatan ODHA. Layanan yang berkesinambungan adalah pemberian layanan HIV & IMS secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit dan kembali ke rumah atau komunitas; juga selama perjalanan infeksi HIV (semenjak belum terinfeksi sampai stadium terminal). Kegiatan ini harus melibatkan seluruh pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, keluarga, PKK, tokoh adat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta organisasi/kelompok yang ada di masyarakat).

Penelitian ini dilakukan di Rumah Singgah Lentera. Rumah Singgah Lentera merupakan rumah singgah bagi anak yatim piatu yang positif HIV/AIDS. Penelitian yang dilakukan di Rumah Singgah Lentera ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan LKB, hasil yang dicapai LKB dan hambatan LKB yang

dilakukan oleh Rumah Singgah Lentera.

Penelitian ini menggunakan teori aksi atau disebut juga teori tindakan yang dikemukakan oleh Talcott Parsons. Dalam buku *The Structur Of Soial Action* yang diterbitkan tahun 1937, Parsons mengatakan bahwa semua teori besar (*mayor-theory*) yang dia teliti bisa dilihat sebagai suatu gerakan yang mengarah dengan apa yang dia sebut sebagai “teori tindakan voluntaristik” : manusia difahami ketika dia membuat pilihan atau keputusan, antara tujuan yang berbeda dengan alat-alat untuk mencapainya. Konsepsi seperti itu bisa menjadi dasar dari semua ilmu pengetahuan manusia dan dia mengatakan bahwa adalah mungkin menyaring dari karya mereka suatu model dasar tindakan manusia dan membatasi semua komponennya dalam peristilahan abstrak. Model ini terdiri dari, pertama aktor manusia yang kedua adalah serangkaian tujuan dan sasaran yang harus dipilih oleh pelakunya dan alat-alat yang berbeda yang memungkinkan tujuan ini bisa dicapai. Bagaimanapun juga pilihan-pilihan itu tidaklah dibuat dengan kekosongan. Lingkungan itu terbentuk dari sejumlah faktor fisik dan sosial yang membatasi rangkaian pilihan-pilihan itu. Yang penting dari semuanya ialah bahwa lingkungan itu termasuk norma-norma dan nilai-nilai yang diterima secara umum dan ide-ide yang mempengaruhi pilihan tujuan-tujuan dan alat-alat untuk mencapai tujuan. Jadi unit tindakan terbentuk oleh pelaku, alat-alat, tujuan-tujuan dan suatu lingkungan yang terdiri dari obyek-obyek fisik dan sosial, norma-norma dan nilai-nilai. Ini merupakan deskripsi abstrak dari semua tindakan

dan menjadi titik tolak dari skema Parsons yang benar. (Craib, 1986 : 60-61)

Skema tindakan menurut Parsons memiliki empat komponen yakni :

1. Pelaku atau aktor : Aktor atau pelaku dapat terdiri dari seorang individu atau kolektivitas. Parsons melihat aktor ini sebagai termotivisir untuk mencapai tujuan.
2. Tujuan (*Goal*) : tujuan yang ingin dicapai biasanya selaras dengan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat. Misalnya, aktor ingin memperoleh gelar sarjana.
3. Situasi : tindakan untuk mencapai tujuan ini biasanya terjadi dalam situasi. Hal-hal yang termasuk dalam situasi ialah prasarana dan kondisi. Prasarana berarti fasilitas, alat-alat, dan biaya yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Sedangkan kondisi adalah halangan yang menghambat tercapainya tujuan. Misalnya aktor mempunyai biaya dan kemampuan intelektual untuk kuliah guna mendapat gelar sarjana, tetapi sayang ia bekerja paruh waktu pada suatu perusahaan sehingga sulit untuk kuliah.
4. Standar-standar normatif : ini adalah skema tindakan yang paling penting menurut Parsons. Guna mencapai tujuan aktor harus memenuhi sejumlah standart atau aturan yang berlaku guna memperoleh sarjana itu. Norma-norma adalah sangat penting dalam skema tindakan Parsons. Oleh karena itu Parsons menganggap sistem budaya sebagai hal yang paling penting dalam empat sistem tindakan yang dikemukakanya (Raho, 2007 : 57).

B. Metode Penelitian

Penelitian ini tergolong dalam penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus lebih dipahami sebagai pendekatan untuk mempelajari, menerangkan, atau menginterpretasikan suatu 'kasus' dalam konteksnya yang alamiah tanpa intervensi pihak luar. Diantara semua ragam studi kasus kecenderungan yang paling menonjol adalah upaya untuk menyoroti suatu keputusan atau seperangkat keputusan yakni kenapa keputusan itu diambil, bagaimana itu diterapkan dan apa pula hasilnya (Schramm dalam Salim, 2006 : 118).

Penelitian dilakukan di Rumah Singgah Lentera yang beralamat di . Jl. Parang Liris No. 39 Tegalgrejo RT 01 RW 02, Kelurahan Sondakan, Kecamatan Laweyan Kota Surakarta. Teknik pemilihan informan dalam penelitian ini adalah purposive sampling. Informan dalam penelitian ini sejumlah 7 orang yang terdiri dari 1 Pengurus Rumah Singgah Lentera, 2 ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera, 1 Pengurus KDS Solo Plus, 1 Pegawai di KPAD Kota Surakarta dan 2 Petugas medis di RSUD Dr Moewardi. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara mendalam dan juga dokumentasi. Di dalam penelitian ini validitas data diperoleh melalui triangulasi sumber yakni dengan membandingkan hasil wawancara yang diperoleh dari informan serta membandingkan hasil wawancara dengan dokumen terkait seperti

jurnal, koran serta data dari internet. Data yang telah terkumpul dianalisis dengan model analisis Interaktif Miles & Huberman dengan tiga komponen utama yaitu reduksi data, sajian data dan penarikan kesimpulan serta verifikasi.

C. Hasil dan Pembahasan

Kondisi ADHA di Rumah Singgah Lentera secara umum bisa dibagi menjadi 3 yakni kondisi fisik, kondisi mental dan kondisi sosial. Kondisi fisik ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera telah mengalami peningkatan dibandingkan dengan kondisi awal mereka ketika datang ke Rumah Singgah Lentera setelah mendapat perawatan dan terapi ARV. Sedangkan kondisi mental ADHA di Rumah Singgah Lentera secara umum mereka belum mengetahui kondisi mereka sebagai penderita HIV positif karena rata-rata umur ADHA di Rumah Singgah Lentera masih dibawah 10 tahun dari 9 ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera hanya ada satu anak yang sudah tahu tentang kondisinya sebagai penderita HIV dan hal itu berpengaruh pada kondisi psikologisnya. Dan yang terakhir kondisi sosial ADHA dimana beberapa ADHA sempat mendapat penolakan untuk bersekolah untuk itu Rumah Singgah Lentera berupaya memenuhi kebutuhan ADHA untuk bersekolah kembali.

Layanan Komprehensif Berkesinambungan terdiri dari 4 yakni layanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Layanan pemberian informasi yang dilakukan oleh Rumah Singgah Lentera dengan melakukan sosialisasi secara langsung pada masyarakat dan juga sosialisasi melalui media KIE seperti

pamflet, booklet, stiker, poster dll. Untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak Rumah Singgah Lentera berupaya memaksimalkan pemberian informasi pencegahan pada perempuan beresiko. Selain itu melalui layanan *home visit* Rumah Singgah Lentera juga berupaya mengedukasi ODHA yang memiliki pasangan untuk melakukan prosedur PPIA apabila ingin memiliki keturunan. Layanan Kuratif yang diberikan Rumah Singgah Lentera ada dua yakni pemberian terapi ARV serta obat-obatan penunjang bagi ADHA yang menderita infeksi oportunistik. Yang terakhir adalah Layanan Rehabilitatif yang diberikan Rumah Singgah Lentera yang pertama adalah pemenuhan kebutuhan dasar mengingat kondisi ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera sudah tidak memiliki orangtua. Selain itu Rumah Singgah Lentera juga berupaya memenuhi hak-hak ADHA untuk bersekolah dan juga memenuhi kebutuhan psikologis ADHA yang butuh kasih sayang karena mereka sudah tidak memiliki orang tua.

Hasil yang dicapai dari sosialisasi yang dilakukan oleh Rumah Singgah Lentera yakni meningkatnya kesadaran masyarakat untuk melakukan tes HIV. Hal tersebut diungkapkan salah satu informan yakni Pak Tommy pengelola program di KPAD yang menyatakan bahwa ada peningkatan jumlah kasus baru yang ditemukan mengindikasikan bahwa semakin banyak pula masyarakat yang sadar untuk melakukan tes HIV terutama bagi yang beresiko. Selain itu meningkatnya pengetahuan perempuan usia produktif khususnya yang beresiko juga merupakan pencapaian dari sosialisasi yang

dilakukan oleh Rumah Singgah Lentera. Rumah Singgah Lentera juga berhasil dalam upayanya melakukan pendampingan terhadap ODHA yang memiliki pasangan untuk melakukan prosedur PPIA sehingga tidak menularkan virus HIV pada anak yang dikandungnya.

Hasil yang dicapai dari layanan kuratif yang diberikan oleh Rumah Singgah Lentera yakni peningkatan kondisi kesehatan ADHA yang berangsur-angsur membaik setelah mendapatkan perawatan dan terapi ARV. Selain itu Rumah Singgah Lentera juga memberikan pengobatan tambahan untuk mengobati infeksi oportunistik yang diderita beberapa ADHA seperti salah satu informan A yang mendapat pengobatan pijat syaraf mata dan sekarang kondisi mata A yang divonis akan buta oleh dokter berangsur-angsur membaik. Hasil dari layanan rehabilitatif yang diberikan oleh Rumah Singgah Lentera yakni terpenuhinya kebutuhan dasar ADHA yakni sandang, papan dan pangan mengingat kondisi ADHA yang tinggal di Rumah Singgah Lentera sudah tidak memiliki orangtua. Selain itu dengan bantuan WPA yang berprofesi sebagai guru beberapa ADHA di Rumah Singgah Lentera bisa bersekolah kembali meskipun kondisi status mereka sebagai penderita HIV positif harus disembunyikan karena dikhawatirkan jika wali murid tahu kondisi mereka akan dotolak untuk bersekolah. Kondisi ADHA yang yatim piatu membuat mereka membutuhkan kasih sayang untuk itulah pengurus Rumah Singgah Lentera berupaya memberikan kasih sayang layaknya anak mereka sendiri. Hal ini dilakukan sebagai upaya dukungan

psikososial yang diberikan pada ADHA agar mereka bisa tumbuh dan berkembang layaknya anak pada umumnya.

Dalam pelaksanaan Layanan Komprehensif berkesinambungan di Rumah Singgah Lentera terdapat beberapa kendala yang dihadapi. Yang pertama adalah keterbatasan sumber daya manusia. Dalam perawatan dan dukungan terhadap ADHA belum banyak orang yang mau terjun langsung menjadi pendamping ADHA dikarenakan rasa takut akan mendapatkan diskriminasi dari lingkungan sekitar. Masalah Dana juga menjadi kendala dalam pelaksanaan LKB di Rumah Singgah Lentera. Sejauh ini Rumah Singgah Lentera masih mengandalkan dana founding untuk pembiayaan. Seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan yakni Pak Tommy sebagai pengelola program di KPAD mengungkapkan bahwa dana dari APBD kota Surakarta saat ini jumlahnya tidak banyak sehingga menjadi kendala dalam upaya penanggulangan HIV di Kota Surakarta. Selain dana masalah ketersediaan obat dan fasilitas kesehatan juga menjadi kendala dalam pelaksanaan LKB. Belum semua obat bagi penderita HIV tersedia di Kota Surakarta. Sebagai contoh obat lini II yang harus dipesan langsung dari pusat karena tidak tersedia di Kota Surakarta. Fasilitas kesehatan di Kota Surakarta memang mengalami peningkatan khususnya fasilitas kesehatan yang sudah support LKB dengan adanya puskesmas yang bisa menjadi rujukan bagi penderita HIV namun tidak semua fasilitas kesehatan yang menjadi rujukan pasien HIV memiliki pelayanan yang optimal.

Rumah sakit yang menjadi rujukan bagi ADHA di Rumah Singgah Lentera yakni RSUD Dr. Moewardi hanya memiliki satu alat tes CD 4 yang idealnya seharusnya memiliki 2 alat mengingat jumlah pasien yang banyak sehingga belum bisa memberikan layanan yang optimal bagi pasien. Selain itu RSUD Dr. Moewardi juga belum memiliki alat untuk tes viral load sehingga pasien yang harus melakukan tes viral load harus dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki alat tersebut.

Untuk menganalisa tindakan dalam Layanan Komprehensif Berkesinambungan terhadap ADHA di Kota Surakarta dalam penelitian ini digunakan teori dari Talcott Parsons. Dalam teorinya Parsons menjelaskan skema tindakan memiliki komponen-komponen sebagai berikut :

1) Aktor : aktor yang memiliki peran dalam pelaksanaan LKB baik dari stakeholder maupun pihak swasta atau LSM. Dalam pelaksanaan layanan promotif misalnya aktor yang terlibat dalam pelaksanaan pemberian informasi HIV kepada masyarakat di Kota Surakarta terdiri dari stakeholder seperti KPA, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit dan Puskesmas yang sudah support LKB. Selain dari stakeholder ada pula LSM peduli AIDS di Kota Surakarta yang berperan aktif memberikan informasi HIV kepada masyarakat di Kota Surakarta LSM Mitra Alam, Yayasan Lentera Surakarta, KDS Solo Plus. Pemberian informasi HIV kepada masyarakat melalui sosialisasi, penyebaran pamflet, leaflet, stiker, dan juga melalui siaran radio. Sedangkan dalam layanan pencegahan penularan HIV ke anak aktor yang terlibat dalam pelaksanaan LKB adalah petugas

medis (dokter, bidan atau perawat) yang berkewajiban memberikan informasi kepada ibu hamil tentang informasi HIV serta memberikan layanan HIV di rumah sakit atau puskesmas di Kota Surakarta yang sudah support LKB sesuai dengan pedoman yang termuat dalam layanan PPIA. Dalam upaya pencegahan peran lembaga lain seperti KPA, KDS Solo Plus, LSM Mitra Alam juga penting untuk menjangkau pemberian informasi HIV melalui sosialisasi dan pemberian informasi melalui pamflet, leaflet, poster, stiker yang dibagikan kepada masyarakat. Dalam layanan kuratif aktor yang terlibat dalam pelaksanaan pengobatan pada ADHA di Rumah Singgah Lentera adalah dokter, perawat dan petugas medis di rumah sakit Dr. Moewardi. Dan yang berperan dalam pemberian layanan rehabilitatif adalah pengurus di Rumah Singgah Lentera serta KDS Solo Plus. Aktor-aktor tidak bisa berjalan sendiri-sendiri melainkan berhubungan satu sama lain dalam melaksanakan LKB.

2) Tujuan : Parsons menjelaskan bahwa setiap tindakan pasti memiliki tujuan-tujuan yang hendak dicapai begitupun dalam pelaksanaan LKB memiliki tujuan yang termuat dalam pedoman Layanan Komprehensif Berkesinambungan HIV & IMS yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan yaitu :

a. Meningkatkan akses dan cakupan terhadap upaya promosi, pencegahan, dan pengobatan HIV & IMS serta rehabilitasi yang berkualitas dengan memperluas jejaring layanan hingga ke tingkat puskesmas, termasuk layanan untuk populasi kunci.

b. Meningkatkan pengetahuan dan rasa tanggung jawab dalam

mengendalikan epidemi HIV & IMS di Indonesia dengan memperkuat koordinasi antar pelaksana layanan HIV & IMS melalui peningkatan partisipasi komunitas dan masyarakat madani dalam pemberian layanan sebagai cara meningkatkan cakupan dan kualitas layanan.

c. Memperbaiki dampak pengobatan antiretroviral dengan mengadaptasi prinsip “treatment 2.0” dalam model layanan terintegrasi dengan desentralisasi di tingkat kabupaten/kota.

3) Situasi : Tindakan untuk mencapai tujuan ini biasanya terjadi dalam situasi. Hal-hal yang termasuk dalam situasi ialah prasarana dan kondisi. Prasarana berarti fasilitas, alat-alat, dan biaya yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Sedangkan kondisi adalah halangan yang menghambat tercapainya tujuan. Prasarana yang digunakan untuk melaksanakan LKB adalah kondom sebagai alat pencegahan HIV, Terapi ARV, penyediaan fasilitas kesehatan yang sudah support LKB serta pendanaan baik dari APBD maupun lembaga-lembaga lain. Sedangkan halangan dalam pelaksanaan LKB seperti yang termuat dalam hasil penelitian ini yaitu terbatasnya sumber daya manusia yang terjun langsung menjadi relawan HIV/AIDS, kurangnya pendanaan, serta masalah ketersediaan obat dan fasilitas layanan HIV yang belum maksimal.

4) Standar-standar Normatif : Skema yang terakhir ini merupakan hal yang paling penting menurut Parsons dimana untuk mencapai tujuan aktor harus memenuhi sejumlah standar yang telah ditentukan. Dalam hal ini standar-standar normatif dapat berbentuk peraturan yang dibuat sebagai

pedoman dalam pelaksanaan LKB. Peraturan yang menjadi pedoman pelaksanaan LKB adalah Panduan Layanan Komprehensif Berkesinambungan yang dirilis Kementerian Kesehatan RI, Panduan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak yang dirilis Kementerian Kesehatan RI, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 76 Tahun 2014 Tentang Strategi Dan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Jawa Tengah tahun 2014-2018, dan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 12 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

D. Kesimpulan

Kondisi sehat individu tidak bisa hanya dilihat dari kondisi fisik saja melainkan juga kondisi mental dan kondisi sosial. Dalam kasus anak-anak yang mengidap HIV/AIDS memperhatikan kondisi mental dan sosial sangat penting karena melihat banyak penelitian yang menemukan bahwa anak-anak penderita HIV/AIDS sering kali mengalami masalah mulai dari kondisi kesehatan yang buruk, tidak mendapat perawatan yang semestinya, tidak diterima di sekolah bahkan ada yang dipekerjakan diusia yang masih belia. Layanan Komprehensif Berkesinambungan terdiri 4 yakni promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dilakukan oleh Rumah Singgah Lentera yakni melalui sosialisasi secara langsung dan sosialisasi melalui media KIE. Upaya

preventif dilakukan melalui Pencegahan penularan pada perempuan usia produktif yang beresiko dan pencegahan penularan dari ibu ke anak. Upaya kuratif dilakukan dengan memberikan terapi ARV bagi semua ADHA di Rumah Singgah Lentera dan ditunjang dengan pengobatan lainnya. Upaya rehabilitatif dilakukan dengan pemenuhan kebutuhan dasar, hak untuk bersekolah serta pemenuhan kebutuhan psikologi kasih sayang. Layanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan oleh Rumah Singgah Lentera sudah memberikan dampak positif pada kondisi ADHA namun pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambungan belum bisa dikatakan maksimal. Hal ini dikarenakan masih adanya beberapa masalah pada ADHA yang belum bisa teratasi. Masalah stigma dan diskriminasi yang diterima ADHA masih menjadi persoalan yang sulit untuk diatasi. Masalah lain yang menjadi penghamabat pelaksanaan LKB adalah terbatasnya sumberdaya manusia yang mau terjun menjadi pendamping ADHA, masalah pendanaan dan ketersediaan obat dan fasilitas kesehatan yang belum optimal.

Dalam menganalisa Layanan Komprehensif Berkesinambungan yang dilakukan oleh Rumah Singgah Lentera digunakan teori aksi dari Talcott Parsons. Parsons mengungkapkan bahwa unit tindakan terbentuk oleh pelaku, alat-alat, tujuan-tujuan dan suatu lingkungan yang terdiri dari obyek-obyek fisik dan sosial, norma-norma dan nilai-nilai. Ini

merupakan deskripsi abstrak dari semua tindakan dan menjadi titik tolak dari skema Parsons yang benar. (Craib, 1986 : 60-61). Pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambungan bisa disebut sebagai sebuah tindakan karena telah memenuhi skema tindakan seperti yang diungkapkan oleh Parsons yakni memiliki aktor yang melakukan, tujuan yang hendak dicapai, situasi dan memiliki standar-standar normatif yang menjadi acuan dalam bertindak.

Daftar Pustaka

Buku :

Craib, Ian. 1984. *Teori-Teori Sosial Modern : dari Parsons sampai Habermas*. Jakarta : CV Rajawali.

Benih, Ade. 2014. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Idrus, Muhammad. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial : Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta : Erlangga.

Kemenkes RI. 2012. *Pedoman Penerapan Layanan HIV-IMS Berkesinambungan*. Jakarta : Ditjen PP & PL Kemenkes RI.

Moleong, Lexy J. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya.

Narwoko, J.Dwi & Suyanto, Bagong. 2004. *Sosiologi Teks Pengantar dan Terapan*. Jakarta : Kencana Prenada Media Grup.

Nursalam & Kurniawati, Ninuk Dian. 2007. *Asuhan dan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta : Salemba Medika.

Poloma, Margareth. 2007. *Sosiologi Kontemporer*. Jakarta : RajaGrafindo Persada.

Raho, Bernard. 2007. *Teori Sosiologi Modern*. Jakarta : Prestasi Pustaka.

Salim, Agus. 2006. *Teori dan Paradigma Penelitian Sosial*. Yogyakarta : Tiara Wacana.

Sarwono, Solita. 2004. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

Suzana dkk. 2003. *Seri Buku Kecil : Pasien Berdaya*. Jakarta : Yayasan Spiritia.

Suzana dkk. 2009. *Seri Buku Kecil : Hidup Dengan HIV/AIDS*. Jakarta : Yayasan Spiritia.

Jurnal

Abashula, Gudina. 2014. The situation of orphans and vulnerable children inselected Woredas and towns in Jimma Zone. *International Journal of Sociology and Anthropology*. Vol.6(9), pp. 246-256, September 2014.

Astuti, Mulia dan Suhaedi, Ahmad. 2014. Implementasi KebijakanKesejahteraan dan Perlindungan Anak. *Jurnal Sosio Konsepsia* Vol. 4, No. 1, September – Desember 2014 : 215-235.

Dalimoenthe, Ikhlasiah. 2011. Perempuan dalam Cengkraman HIV/AIDS : Kajian Sosiologi Feminis Perempuan Ibu Rumah Tangga. *Jurnal Komunitas* Volume 5. Nomor 1. Juli 2011 : 41-48.

Diatmi, Komang & Fridari, I. G. A. Diah. 2014. Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan

- Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Spirit Paramacitta. *Jurnal Psikologi Udayana* 2014, Vol. 1, No. 2, 353-362.
- Erica L. Pufall dkk. 2015. Migration as a risk factor for school dropout amongst children made vulnerable by HIV/AIDS: a prospective study in eastern Zimbabwe. *An International Interdisciplinary Journal for Research, Policy and Care* Vol. 10, No. 3, 179–191.
- Muhaimin, Toha. 2010. Kualitas Hidup Anak Remaja pada Keluarga dengan HIV/AIDS di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 5, No. 3, Desember 2010
- Nyamutinga, Dudzai & S. M. Kang'ethe. 2015. Exploring the Appropriateness of Institutionalized Care of Orphans and Vulnerable Children (OVCs) in the Era of HIV/AIDS: Examples from South Africa and Botswana. *J Hum Ecol*, 19(1-2): 63-69 (2015)
- Paul Narh Doku ZA dkk. 2015. Social Support Disparities among Children affected by HIV/AIDS in Ghana. *Journal of Psychiatry* Vol.18. Issue 1. 14-161
- Thakor, Nilesh dkk. 2015. Sociodemographic profile and health status of children living with HIV–AIDS attached to an NGO (ADHAR) of Ahmedabad city. *International Journal of Medical Science and Public Health* Vol 4 Issue 6.
- Fatimah, Fety. 2013. *Gambaran Perilaku Orang Tua/Pengasuh Dalam Memberikan Makanan Bergizi Pada Anak Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus Di Yayasan Tegak Tegar Jakarta Timur Tahun 2013*. Skripsi. Jakarta. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Internet

- Daryono. 2013. *Jumlah Kasus HIV/AIDS Solo Masuk 10 Besar Nasional*. <http://www.timlo.net/baca/68719522874/jumlah-kasus-hivaid-solo-masuk-10-besar-nasional/>, diakses 09 September 2015 Pukul 11:38.
- Harvey, Adam. 2016. *Anak Yatim Penderita HIV di Solo Ditolak Masyarakat Setempat*. <http://www.radioaustralia.net.au/indonesian/2016-01-08/anak-yatim-penderita-hiv-di-solo-ditolak-masyarakat-setempat/1533710>, diakses 09 Maret 2016 Pukul 13:23.
- Kurniati, Pythag. 2015. *Kisah Bocah-bocah tak Berdosa yang Menanggung Petaka*. <http://jateng.metrotvnews.com/read/2015/11/07/448551/kisahbocah-bocah-tak-berdosa-yang-menanggung-petaka>. diakses 24 Februari 2016 Pukul 10:20.
- Mahardini. 2015. *17 Anak dengan HIV/AIDS Tak Punya Tempat Tinggal*. <http://www.solopos.com/2015/12/06/hivaid-solo-17-anak-dengan-hivaid-tak-punya-tempat-tinggal-667994>. Akses 24 Februari 2016 Pukul 10 : 27.
- Wismabrata. 2015. *Nasib 9 Anak Pengidap AIDS yang*

Skripsi

'Tersingkir' dari Masyarakat.<http://regional.kompas.com/read/2015/12/02/07000051/Nasib.9.Anak.Pengidap.AIDS.yang.Tersingkir.di.masyarakat>, diakses 24 Februari 2016 Pukul 10:24.