

## ARTIKEL PENELITIAN

## Gangguan Mental pada Anak dan Remaja dengan HIV serta Faktor-faktor yang Mempengaruhinya

Shiely T. Hartadi,<sup>1\*</sup> Fransiska Kaligis,<sup>1</sup> R. Irawati Ismail,<sup>1</sup>  
Charles E. Damping,<sup>1</sup> Nia Kurniati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, FK Universitas Indonesia- RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Anak, FK Universitas Indonesia- RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

\*Corresponding author: shiely\_tilie@yahoo.com

Diterima 2 Maret 2017 ; Disetujui 6 Desember 2017

DOI: 10.23886/ejki.5.7215.

### Abstrak

Masalah HIV/AIDS mempengaruhi kondisi fisik dan mental termasuk anak dan remaja. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan besaran gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV, serta berbagai faktor yang mempengaruhinya. Penelitian potong lintang ini dilakukan bulan Agustus sampai November 2014 dengan jumlah sampel 92 anak dan remaja yang berobat ke Poliklinik Divisi Alergi Imunologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara, kuesioner SDQ dan instrumen MINI KID. Terdapat 18,5% subyek yang memiliki masalah emosi dan 25% memiliki masalah perilaku. Sebanyak 23,9% subyek memiliki gangguan mental, dengan jenis gangguan berupa gangguan cemas perpisahan (7,6%), gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas/ GPPH (7,6%), gangguan penyesuaian (1,1%), gangguan depresi mayor (4,3%) dan gangguan menentang oposisional (3,3%). Subyek yang saat ini bersekolah dan yang tidak mengetahui status HIV-nya lebih terlindung, walaupun tidak bermakna secara statistik. Prevalensi gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV lebih besar dibandingkan populasi umum. Adanya masalah hiperaktivitas, emosi, perilaku berhubungan dengan gangguan mental.

**Kata kunci:** HIV/AIDS; anak dan remaja; gangguan mental.

## Mental Disorders in Children and Adolescents with HIV and Various Factors Related

### Abstract

HIV/AIDS may affect all ages, including children and adolescent. HIV may lead to various physical and mental problems. This study aims to measure the prevalence of mental disorder in children and adolescent infected with HIV and various other factors related. This cross sectional study was done during August until November 2014, included 92 patients in Allergic-Immunology outpatient clinic in Pediatric Department of Cipto Mangunkusumo Hospital. Samples were interviewed to collect personal data, examined using SDQ and MINI KID questionnaires. The results showed 18.5% and 25% of the samples have emotional and behavioral problem. Approximately 23.9% have mental disorders, with separation anxiety (7.6%), ADHD/ attention deficit and hyperactive disorder (7.6%), adjustment disorder (1.1%), major depression (4.3%), and oppositional defiant disorder (3.3%). Analysis suggest that samples who are currently attending school, and samples that have not disclosed to their condition as being HIV+, are more protected from mental problems, though not statistically significant. The prevalence of mental disorders in children and adolescent with HIV are higher than the general population. Emotional, hyperactivity and behavioral problems are related to mental disorder.

**Keywords:** HIV/AIDS; children and adolescent; mental disorder

## Pendahuluan

Masalah HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan global yang dapat mengenai segala kelompok usia, termasuk kelompok usia anak dan remaja. Diperkirakan terdapat 2-2,6 juta anak dan remaja dibawa 15 tahun mengalami HIV.<sup>1</sup> Pada tahun 2012, UNAIDS melaporkan terdapat 330.000 kasus HIV baru pada kelompok usia anak.<sup>2</sup> Infeksi HIV pada orang tua dapat diturunkan kepada anak melalui infeksi perinatal, proses persalinan, dan pemberian ASI.<sup>2</sup> Infeksi pada bayi dari ibu yang positif HIV dapat ditekan dengan pemberian antiretroviral.<sup>3</sup> Tingginya angka infeksi HIV pada anak terkait dengan tingkat kemiskinan.<sup>4</sup>

Perjalanan penyakit infeksi HIV pada anak dan remaja sering menimbulkan ancaman terhadap masalah fisik dan mental.<sup>5</sup> Adanya HIV meningkatkan risiko gangguan mental sehingga kondisi kesehatan mental penderita lebih buruk dibandingkan anak dan remaja yang tidak mengalami HIV.<sup>6-8</sup> Gangguan mental yang dapat terjadi seperti depresi, kecemasan, masalah sekolah, gangguan regulasi emosi, persepsi yang buruk terhadap diri sendiri, menarik diri dari lingkungan pergaulan ataupun perilaku menghindar.<sup>9-12</sup> Dilaporkan tingkat depresi pada anak dan remaja dengan HIV di Afrika mencapai lebih dari 60%.<sup>13</sup>

Berbagai masalah psikologis tersebut muncul karena adanya gangguan respons koping terhadap stressor, ketakutan menghadapi kondisi penyakitnya, ketakutan akan kematian, dan ketakutan akan kehilangan anggota keluarga yang juga mengalami HIV positif.<sup>1,12</sup> Rasa marah, diskriminasi, rasa bersalah, penolakan, dan tingginya kebutuhan akan harapan juga dapat menimbulkan berbagai gejala somatik seperti sakit kepala, mual, gangguan makan dan ketakutan akan masa depan.<sup>14,15</sup> Faktor lain yang sering dikaitkan dengan gangguan psikiatri seperti depresi, gangguan cemas, dan juga penyalahgunaan zat adalah timbulnya efek samping akibat penggunaan antiretroviral.<sup>16</sup> Salah satu jenis antiretroviral yang sering dilaporkan menimbulkan efek samping neuropsikiatri adalah efavirens.<sup>17-19</sup>

Perubahan kondisi fisik akibat AIDS pada orang tua atau pelaku rawat dapat mempengaruhi perkembangan motorik dan kemampuan adaptif anak.<sup>20</sup> Seorang anak dengan HIV dan salah satu orang tuanya meninggal karena HIV akan memiliki tingkat kecemasan yang lebih berat.<sup>21,13</sup> Selain tingginya faktor risiko terjadinya masalah psikologis pada anak dan remaja dengan HIV, terdapat juga faktor yang dinilai dapat menjadi faktor pelindung seperti adanya fungsi keluarga

yang baik, tingkat pemahaman dan pengetahuan anak terhadap kondisinya, serta usia saat pertama mengetahui status HIV pada dirinya dan orang tuanya.<sup>13,14</sup> Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan besarnya gangguan mental dan berbagai faktor yang mempengaruhinya pada kelompok usia anak dan remaja.

## Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan analitik dengan rancangan potong lintang. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus sampai November 2014 setelah mendapatkan keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan FK Universitas Indonesia-Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo dengan nomor 24/H2F1/ETIK/2014. Penelitian melibatkan 92 subyek yang merupakan pasien anak dan remaja yang datang berobat di Poliklinik Alergi Imunologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSCM/ FKUI.

Subyek yang diikutsertakan dalam penelitian adalah subyek yang telah terdiagnosis HIV dan terinfeksi secara perinatal, datang berobat ke poliklinik, sudah mendapatkan terapi antiretroviral, bersedia didampingi oleh keluarga/pelaku rawat, pelaku rawat sudah mengetahui tentang status HIV subyek dan menyatakan kesediaan untuk ikut serta dalam penelitian. Subyek yang memiliki kondisi fisik umum yang buruk dan tidak bersedia berpartisipasi tidak disertakan dalam penelitian.

Subyek/pelaku rawat yang telah mendapatkan penjelasan diminta untuk mengisi lembar *informed consent*, mengisi kuesioner kekuatan dan kesulitan pada anak (*SDQ/Strength and Difficulties Questionnaire*), wawancara untuk mendapatkan data dasar dan wawancara terstruktur menggunakan instrumen MINI-KID (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) untuk anak dan remaja (KID).

Untuk menilai hubungan antara berbagai faktor terhadap masalah gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV, dilakukan analisis multivariat menggunakan regresi logistik terhadap variabel yang pada analisis bivariat menggunakan *Chi-Square* terdapat hubungan yang bermakna. Semua analisis statistik dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 20.

## Hasil

Subyek berusia antara 4-14 tahun dengan usia yang terbanyak 9 tahun (rerata usia: 8,25±2,64 tahun). Sebanyak 61 subyek (66,3%) berusia 4-9 tahun, dan 31 subyek (33,7%) berusia remaja (≥ 10 tahun). Jumlah subyek laki-laki dan perempuan masing-masing sebesar 51 (55,4%) dan 41

(44,6%). Sebagian besar subyek bertempat tinggal di Jakarta Pusat (21,7%), berasal dari suku Jawa (39,1%), dan beragama Islam (87%). Sebanyak 67,4% subyek saat ini bersekolah dengan tingkat pendidikan saat ini adalah sekolah dasar (60,9%).

Sebesar 57,6% subyek memiliki riwayat pendidikan akademis selalu naik kelas di sekolahnya. Jumlah subyek yang memiliki saudara kandung sebesar 51,1% dan sebanyak 83,7% diantaranya memiliki saudara kandung yang berstatus HIV negatif. Terdapat 38,5% subyek memiliki masalah status gizi, berupa obesitas (11%), *overweight* (4,4%) dan *underweight* (23,1%). Terdapat 3,3% subyek yang mendapat jenis antiretroviral efavirens.

Pelaku rawat utama terbanyak adalah ayah/ibu (43,5%) atau kakek/nenek (43,5%), sementara pelaku rawat lain yang teridentifikasi adalah anggota

keluarga lain (paman/bibi) sebanyak 6,5% dan bukan keluarga (6,5%). Terdapat 77,2% subyek yang kedua orang tuanya berstatus HIV positif dan sebanyak 72,8% subyek memiliki anggota keluarga yang telah meninggal karena HIV. Subjek yang masih memiliki orang tua tunggal sebesar 41,3% sementara 35,9% sudah tidak memiliki kedua orang tua. Permasalahan emosi dan perilaku pada anak dan remaja dengan HIV dapat dilihat pada Tabel 1.

Terdapat empat hal yang merupakan kesulitan yang dihadapi subyek, yaitu masalah emosi (18,5%), perilaku (25%), hiperaktif (10,9%), masalah dengan teman sebaya (12%). Terdapat 92,4% subyek yang memiliki faktor prososial normal. Faktor prososial tersebut merupakan faktor protektif yang melindungi subyek dari masalah emosi dan perilaku.

**Tabel 1. Masalah Emosi dan Perilaku pada Anak dan Remaja dengan HIV**

Karakteristik	Jumlah (n=92)	Persentase (%)
Total Skor Kesulitan		
Normal	46	50
<i>Borderline</i>	25	27,2
Tidak normal	21	22,8
Emosi		
Normal	62	67,4
<i>Borderline</i>	13	14,1
Tidak normal	17	18,5
Perilaku		
Normal	55	59,8
<i>Borderline</i>	14	15,2
Tidak normal	23	25
Hiperaktif		
Normal	67	72,8
<i>Borderline</i>	15	16,3
Tidak normal	10	10,9
Teman Sebaya		
Normal	68	73,9
<i>Borderline</i>	13	14,1
Tidak normal	11	12
Prososial		
Normal	85	92,4
<i>Borderline</i>	3	3,3
Tidak normal	4	4,3

Penilaian gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV menggunakan instrumen MINI KID didapatkan prevalensi gangguan mental sebesar 23,9%. Gambaran psikopatologi terbanyak yaitu gangguan cemas perpisahan serta gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) yang memiliki proporsi sama yaitu 7,6%.

Psikopatologi lain yang ditemukan pada subyek yaitu gangguan depresi mayor (4,3%), gangguan menentang oposisional (3,3%), dan gangguan penyesuaian (1,1%). Tabel 2 menunjukkan faktor-faktor yang memiliki hubungan dengan gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV.

**Tabel 2. Berbagai Faktor yang Berhubungan dengan Gangguan Mental pada Anak dan Remaja dengan HIV**

Faktor Risiko		MINI KID dan SDQ				p
		Tidak Ada Gangguan Mental		Ada Gangguan Mental		
		n	%	n	%	
Jenis Kelamin						
Laki-laki	33	37	72,5%	14	27,5%	0,464
Perempuan		80,5%	8	9,8%		
Usia						
4-9 tahun	23	47	77%	14	23%	0,799
≥ 10 tahun		74,2%	8	25,8%		
Status Pendidikan						
Saat ini tidak sekolah	50	20	66,7%	10	33,3%	0,192*
Saat ini sekolah		80,6%	12	19,4%		
Terapi ARV						
Lini 1		49	75,4%	16	24,6%	1,000
Lini 2		21	77,8%	6	22,2%	
Mendapat Efavirens						
Ya		3	100%	0	0%	1,000
Tidak		67	75,3%	22	24,7%	
Mengetahui Status HIV						
Ya		6	54,5%	5	45,5%	0,125*
Tidak		64	79%	17	21%	
Pelaku Rawat Utama						
Kakek/nenek		31	77,5%	9	22,5%	0,410
Paman/bibi		4	66,7%	2	33,3%	
Ayah/ibu		32	80,0%	8	20%	
Bukan keluarga		3	50,0%	3	50%	
Terdapat Keluarga yang Meninggal karena HIV						
Ada		49	73,1%	18	26,9%	0,411
Tidak ada		21	84%	4	16%	
Total Kesulitan						
Normal		45	97,8%	1	2,2%	0,000*
Borderline		17	68%	8	32,0%	
Tidak Normal		8	38,1%	13	61,9%	
Emosi						
Normal		53	85,5%	9	14,5%	0,000*
Borderline		11	84,6%	2	15,4%	
Tidak Normal		6	35,3%	11	64,7%	
Perilaku						
Normal		46	83,6%	9	16,4%	0,008*
Borderline		12	85,7%	2	14,3%	
Tidak Normal		12	52,2%	11	47,8%	
Hiperaktif						
Normal		57	85,1%	10	14,9%	0,000*
Borderline		10	66,7%	5	33,3%	
Tidak Normal		3	30%	7	70,0%	
Temannya Sebayu						
Normal		52	76,5%	16	23,5%	0,962
Borderline		10	7,9%	3	23,1%	
Tidak Normal		8	52,2%	11	47,8%	
Prososial						
Normal		66	77,6%	19	22,4%	0,035*
Borderline		3	100%	0	0%	
Tidak Normal		1	25%	3	75%	

\* nilai p&lt;0,25

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan regresi logistik terhadap variabel yang memberikan hasil  $p < 0,25$ . Didapatkan dua faktor yang berhubungan dengan terjadinya gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV, yaitu status pendidikan dan mengetahui status HIV. Subyek yang saat ini bersekolah, dan subyek yang belum mengetahui tentang status HIV-nya lebih terlindungi dari terjadinya gangguan mental faktor tersebut secara statistik tidak signifikan.

### Pembahasan

Salah satu kriteria inklusi pada penelitian ini adalah subyek terinfeksi secara perinatal, sehingga usia maksimal subyek yang diharapkan adalah dibawah 15 tahun. Subyek kemudian dikelompokkan menjadi kelompok usia anak (4-9 tahun) dan usia remaja ( $\geq 10$  tahun). Alasan pembagian kelompok tersebut adalah adanya perbedaan fisik dan psikis pada kedua kelompok tersebut. Usia remaja merupakan usia yang rawan terhadap timbulnya gangguan mental karena terdapat perubahan peran dalam kehidupan, besarnya pengaruh teman sebaya, dan pencarian identitas diri. Pada usia ini pengaruh faktor lingkungan juga sangat besar.<sup>3,23</sup>

Kondisi HIV yang dialami remaja, membuat remaja rentan mengalami perilaku berisiko, yang kemudian juga dapat mempengaruhi penyebaran penyakit. Pembagian kelompok berdasarkan usia anak dan remaja ini juga ditujukan untuk menilai adanya faktor perkembangan yang berhubungan dengan terjadinya gangguan mental pada anak dan remaja. Usia remaja ditandai dengan terjadinya pubertas yaitu perkembangan atau maturitas seksual. Infeksi HIV secara perinatal dapat mengganggu maturitas seksual yang pada akhirnya dapat menimbulkan distress secara psikologis. Selain itu, adanya infeksi HIV sejak di dalam kandungan, dapat menimbulkan kegagalan pertumbuhan. Akibat gagal tumbuh anak merasa ada yang salah dan berbeda pada dirinya dibanding teman-temannya, sehingga dapat muncul rasa minder.<sup>24</sup>

Jika dilihat berdasarkan usia sekolah, terdapat 80,4% subyek yang berusia diatas 6 tahun (usia sekolah  $\geq 6$  tahun) dengan 32,6% diantaranya belum bersekolah, dan hanya terdapat 19,6% subyek yang berusia pra sekolah. Penyakit HIV menimbulkan beban terhadap ekonomi keluarga. Perawatan penyakit HIV akan berdampak terhadap tingkat ekonomi karena membutuhkan biaya yang tidak sedikit, termasuk biaya transport dan kunjungan ke rumah sakit.<sup>25</sup> Walaupun obat-obatan ARV saat

ini di Indonesia masih ditanggung pemerintah, seringkali pasien harus mengeluarkan biaya lain terkait kunjungan ke rumah sakit. Sebagian besar subyek memiliki kedua orang tua yang juga HIV positif yang akan semakin menambah beban ekonomi keluarga, sehingga seringkali orang tua atau pelaku rawat gagal memenuhi kebutuhan dasar anak, diantaranya pendidikan.<sup>25</sup> Terdapat kemungkinan lain yang menyebabkan tingginya angka belum sekolah pada penelitian ini, yaitu adanya masalah kognitif yang menyebabkan subyek kesulitan mengikuti pendidikan.

Infeksi HIV juga memiliki dampak terhadap perkembangan kognitif anak dan remaja, terutama pada kemampuan berbahasa ekspresif dan reseptif, daya ingat, kemampuan mengolah informasi, visuospasial, fungsi eksekutif, dan kemampuan mengambil keputusan.<sup>25</sup> Terdapat satu subyek yang pernah bersekolah tetapi kemudian menghadapi masalah perundungan di sekolah oleh guru dan teman-temannya, sehingga subyek berhenti sekolah. Adanya interaksi negatif seperti perundungan merupakan risiko tinggi terhadap kesehatan mental dan sosial anak.<sup>25</sup> Ada juga subyek yang berhenti sekolah karena kondisi fisik yang sering menurun, sehingga sering tidak bisa menghadiri kelas. Masalah kesulitan belajar dan fungsi kognitif pada anak yang terinfeksi HIV merupakan salah satu faktor yang dapat diteliti pada penelitian selanjutnya.

Adanya HIV pada orang tua sering menimbulkan distress pada anak. Ketiadaan ataupun kondisi orang tua yang juga sakit dapat mengganggu pemberian perawatan terhadap anak. Orang tua sering harus berhadapan dengan kondisi HIV dirinya sendiri, sehingga dapat mengurangi kualitas dan kuantitas perhatiannya terhadap anak. Anak juga sering dituntut untuk mengambil alih peran orang tua untuk merawat adik atau sebaliknya merawat orang tua, dan melakukan pekerjaan rumah tangga untuk menggantikan fungsi orang tua.<sup>25</sup>

Adanya rasa berduka terkait dengan kematian dari pelaku rawat juga memiliki dampak negatif terhadap kesehatan mental anak, termasuk juga kematian kedua orang tua ataupun saudara.<sup>26</sup> Kematian orang tua dapat menimbulkan depresi, tingginya angka kecelakaan, menurunkan kinerja di sekolah, kecemasan, dan rasa pesimis terhadap masa depan.<sup>27</sup> Pada penelitian ini, status HIV orang tua, maupun ketiadaan orang tua karena penyakit HIV tidak berhubungan secara statistik terhadap terjadinya gangguan mental pada anak, kemungkinan karena fungsi keluarga atau orang tua dapat digantikan oleh

figur lain. Sistem kekeluargaan di Indonesia yang kebanyakan merupakan keluarga besar (*extended family*), peran orang tua dapat digantikan oleh salah satu anggota keluarga lainnya dalam pengasuhan anak. Adanya pengganti peran orang tua yang baik dan berkualitas oleh kakek/nenek maupun paman/bibi dapat membantu perawatan dan perkembangan mental anak, sehingga tidak terjadi kehilangan rasa kasih sayang dan perhatian.<sup>25</sup> Pelaku rawat yang baik dapat memberikan dukungan material dan sosioemosional yang seharusnya diterima anak dari orang tuanya.<sup>27</sup>

Penggunaan ARV pada penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu lini pertama dan lini kedua. Subyek yang pindah ke lini kedua, biasanya terkait dengan resistensi obat, gagal terapi atau *drop out* pengobatan. Tidak ada hubungan secara statistik antara penggunaan ARV kedua lini tersebut terhadap terjadinya gangguan mental. Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara pemberian antiretroviral seperti efavirens dengan terjadinya gangguan mental dalam penelitian ini. Hal ini mungkin disebabkan oleh jumlah subyek yang menggunakan efavirens hanya sedikit.

SDQ adalah alat skrining gangguan mental yang dapat digunakan pada populasi umum atau khusus seperti populasi pada penelitian ini yaitu anak dan remaja dengan HIV. Prevalensi gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV lebih besar dibandingkan populasi umum yaitu sebesar 23,9%. Berdasarkan data dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), prevalensi gangguan mental emosional pada remaja usia  $\geq 15$  tahun sebesar 8,7%.<sup>29</sup> Data Kebijakan Nasional Kesehatan Jiwa (*National Health Policy*) tahun 2001-2005 menunjukkan proporsi gangguan kesehatan jiwa pada anak usia 4-15 tahun sebesar 104/1000 anak.<sup>30</sup> Penelitian lain oleh Hamid AY<sup>31</sup> mendapatkan bahwa pada populasi anak dan remaja prevalensi gangguan kesehatan jiwa sebesar 7-14%.

Prevalensi gangguan mental pada penelitian ini lebih kecil dibandingkan prevalensi pada penelitian serupa di Addis Ababa, yaitu sebesar 39,3%.<sup>12</sup> Penelitian yang dilakukan di ibu kota negara Ethiopia tersebut menggunakan instrumen *the Child Behavior Check List* (CBCL). Salah satu faktor yang mempengaruhi lebih rendahnya angka prevalensi gangguan mental di Indonesia adalah adanya faktor penguat. Pelaku rawat yang merupakan bagian dari struktur keluarga besar yang lazim di Indonesia, membuat subyek tetap mendapatkan kasih sayang, dukungan, dan penerimaan.<sup>28</sup> Kualitas hubungan yang baik oleh pelaku rawat dapat menggantikan

posisi orang tua dalam pengasuhan anak. Pola kebudayaan di Indonesia, adanya dukungan sosial yang diberikan oleh lingkungan, dan dukungan teman sebaya juga merupakan faktor penguat dari terjadinya gangguan mental.<sup>25</sup>

Penelitian ini memiliki keterbatasan, diantaranya subyek usia remaja yang terbatas. Hal ini membuat penilaian hubungan antara faktor perkembangan dan gangguan mental sulit untuk dinilai. Penelitian ini tidak menilai secara khusus mengenai masalah intelektual pada anak sehingga perlu penelitian lanjutan menggunakan pemeriksaan psikiatrik lengkap, termasuk pemeriksaan tingkat intelegensi.

### Kesimpulan

Prevalensi gangguan mental pada anak dan remaja dengan HIV cukup besar dibandingkan pada populasi umum, yaitu sebesar 23,9%. Jenis gangguan mental terbanyak pada pasien anak dan remaja dengan HIV adalah gangguan cemas perpisahan, gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas, gangguan depresi mayor, gangguan menentang oposisional, dan gangguan penyesuaian. Masalah emosi, perilaku, hiperaktivitas, dan kesulitan berhubungan dengan gangguan mental. Faktor status pendidikan (saat ini bersekolah), dan tidak mengetahui tentang status HIV membuat anak dan remaja lebih terlindungi dari terjadinya gangguan mental.

### Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan atas izin yang diberikan oleh Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa RSUPNCM/FKUI, Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSCM/FKUI, dan dr. Alfi Fajar Almasyhur yang telah berperan dalam publikasi penelitian ini.

### Daftar Pustaka

1. Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8<sup>th</sup> Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
2. UNAIDS World AIDS Day Report 2012. [internet] 2012. [cited 2013 September 26]; Available from: [www.unaids.org/sites/.../JC2434\\_WorldAIDSday\\_results\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/.../JC2434_WorldAIDSday_results_en_1.pdf).
3. Martin A, Volkmar FR. Lewi's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkinss; 2007.
4. Benton TD, Lachman A, Seedat S. HIV/AIDS: Addressing the mental health needs of affected children and families. Psychiatry and Pediatrics.

- Chapter 1.3. IACAPAP e-textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescents Psychiatry and Allied Professions. Wolters Kluwer: Lippincott Williams&Wilkins Lewis; 2013.
5. Betancourt TS, Meyers SE, Charrow A, Hansen N. Annual Research Review: Mental Health and Resilience in HIV/AIDS-affected Children – A Review of The Literature and Recommendations for Future Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;54(4):423-44.
  6. Elkington KS, Robbins RN, Bauermeister JA, Abrams EJ, McKay M, Mellins CA. Mental Health in Youth Infected with and Affected by HIV: The Role of Caregiver HIV. *Journal of Pediatric Psychology*. 2011;36(3):360-73.
  7. Mellins, C.A., Brackis-Cott, E., Leu, C. S., Elkington, K. S., Dolezal, C., Wiznia, A., et al. Rates and Types of Psychiatric Disorders in Perinatally Human Immunodeficiency Virus-Infected Youth and Seroreverters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(9):1131–8.
  8. Gaughan, D. M., Hughes, M. D., Oleske, J. M., Malee, K., Gore, C. A., & Nachman, S. Psychiatric Hospitalizations Among Children and Youths With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Pediatrics*. 2004;113(6):544–51.
  9. Holditch-Davis H, Miles M, Burchinal M, O'Donnell K, McKinney R, Lim W. Parental Caregiving and Development Caregiving of Infants of Mothers with HIV. *Nursing Research*. 2000;50(1):5-14.
  10. Brown LK, Lescano CM, Lourie KJ. Children and Adolescents with HIV Infection. *Psychiatric Annals*. 2001;31(1):63-8.
  11. Hein K, Dell R, Futterman D, Rotheram-Bonus MJ, Shaffer N: Comparison of HIV+ and HIV-Adolescents: Risk Factors and Psychosocial Determinants. *Pediatrics*. 2000;95(1):96-104.
  12. Tadesse AW, Tsehay YB, Belaineh BG, Alemu YB. Behavioral and Emotional Problems among Children Aged 6–14 Years on Highly Active Antiretroviral Therapy in Addis Ababa: A Cross-sectional Study. *AIDS Care*. 2012;24(11):1359-67.
  13. Skovdal M. Pathologising Healthy Children? A Review of Literature Exploring The Mental Health of HIV-affected Children in Sub-Saharan Africa. *Transcultural Psychiatry*. 2012;49(3-4):461-91.
  14. Nostlinger C, Bartoli G, Gordillo V, Roberfroid D, Colebunders R. Children and Adolescents Living with HIV Positive Parents: Emotional and Behavioral Problems. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 2006;4(1):29-43.
  15. Petersen, I., Bhana, A., Myeza, N., Alicea, S., John, S., Holst, H., Mellins, C. Psychosocial Challenges and Protective Influences for Socio-emotional Coping of HIV+ Adolescents in South Africa: A Qualitative Investigation. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 2010;22(8):970–8.
  16. The Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral agents in Pediatric HIV infection. Diunduh dari <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> pada 9/19/2013 pk 22.00.
  17. Pence BW, Miller WC, Gaynes B, Eron JJ. Psychiatric Illness and Virologic Response in Patients Initiating Highly Active Antiretroviral Therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2007 February;44(2):159-66.
  18. Arendt G, de Nocker D, von Giesen HJ, Nolting T. Neuropsychiatric Side Effects of Efavirens Therapy. *Expert opinion on Drug Safety*. 2007 March;6(2):147-54.
  19. Kenedi CA, Gofort HW. A systematic Review of the Psychiatric Side-effect of Efavirens. *AIDS and Behavior*. 2011 November;15(8):1803-18.
  20. Gossart-Walker S, Moss NE. An Effective Strategy for Intervention with Children and Adolescents Affected by HIV and AIDS. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000;9:331-46.
  21. Nyamukapa, C., Gregson, S., Lopman, B., Saito, S., Watts, H., Monasch, R., & Jukes, M.C. H. HIV-associated Orphanhood and Children's Psychosocial Distress: Theoretical Framework Tested with Data from Zimbabwe. *American Journal of Public Health*. 2008;98(1):133–41.
  22. Nasronudin, Y. Susilawati. HIV/AIDS Prevalence in Surabaya, Indonesia. *Folia Medica Indonesiana*. 2008;44(2):93–7.
  23. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8<sup>th</sup> Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
  24. Williams PL et al. Pubertal Onset in Children with Perinatal HIV Infection in The Era of Combination Antiretroviral Treatment. *AIDS*. 2013;27(12):1959-70.
  25. Sherr L, Cluver LD, Betancourt TS, Kellerman SE, Richter LM, Desmond C. Evidence of Impact: Health, Psychological and Social Effects of Adult HIV on Children. *AIDS*. 2014;28(3):251-9.
  26. Dowdney L. Children Bereaved by Parent or Sibling Death. *Psychiatry*. 2008;7(6):270–5.
  27. Stein A, Desmond C, Garbarino J, Van IJzendoorn MH, Barbarin O, Black MM, et al. Predicting Long-term Outcomes for Children Affected by HIV and AIDS: Perspectives from The Scientific Study of Children's Development. *AIDS*. 2014;28(3):S261-8.
  28. LaFave D, Thomas D. Extended Families and Child Development: Evidence from Indonesia [monograph on the Internet]. Durham: Duke University; 2010 [cited 2014 Des 29]. Available from <http://paa2010.princeton.edu/papers/101335>.
  29. Kesehatan Mental Anak dan Remaja di Indonesia. [internet]. [cited 2014 Desember 16]; Available from: [www.idai.or.id/public-articles/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-remaja-di-indonesia.html](http://www.idai.or.id/public-articles/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-remaja-di-indonesia.html) pada 16 Desember 2014.
  30. National Mental Health Policy, 2001-2005. [internet] 2001. [cited 2014 Desember 16]; Available from: <http://mhpolicy.files.wordpress.com/2011/06/mental-health-policy-indonesia-2001-05.pdf>.
  31. Hamid AY. Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC; 2008.