

Hubungan antara Stigma terhadap Anak Yatim AIDS, Tekanan Persekitaran dan Pengurusan Penjagaan Kanak-kanak HIV/AIDS di Institusi Perlindungan Kanak-kanak: Satu Kajian Awal
(The Relationship between Stigma towards Orphans with AIDS, Environmental Stress, and HIV/AIDS Children Care Case Management in a Child Protection Institution: A Preliminary Study)

¹Ezarina Zakaria
Nur Saadah Mohamad Aun
Wan Nornazmiera Wan Hamat

¹ Pusat Kesejahteraan Manusia dan Masyarakat, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan, University Kebangsaan Malaysia

Corresponding e-mail: [ezaz@ukm.edu.my]

The management of child care cases toward children with HIV/AIDS in institution are still receiving less attention whereas day after day, there has been an increase in the number of shelters existed for children. This article discusses the initial findings of the study which aimed to identify the relationship between the stigma towards orphans with AIDS and environmental stress within the institution and the management of HIV/AIDS child care case. A total of 140 caretakers in 7 child protection institutions were selected through purposive sampling. Data were collected using a feedback form. Measurement tools used were from *Hennepin County Case Management Survey*, *Manual Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff Questionnaire* and *HSE Management Standards Indicator Tools*. Data analysis found that a total of 98.6% respondents showed a higher level of case management, 80.7% respondent had a moderate level of stigma and a total of 83.6% showed average level of environmental stress. Pearson Correlation analysis showed that there were: i) significant relationship between environmental stress with case management, $r(140) = .193, p < 0.05$; ii) significant negative relationship between stigma and case management, $r(140) = -0.261, p < 0.05$; and iii) significant relationship between stigma towards children with AIDS with environmental stress among their caretakers, $r(140) = .0732, p < 0.01$. Besides that, results showed that 76% respondents never received special training in managing HIV/AIDS children. Therefore, it is recommended that every HIV/AIDS child protection institute needs to prepare a regular training. Caretakers should be provided with shelter management courses that provide various background of HIV/AIDS children's case, a need towards handling children with HIV/AIDS specifically, skills in handling stigma towards HIV and training on how to manage institutional environmental stress.

Keywords: case management, HIV/AIDS child care, AIDS orphans stigma, environmental stress, child protection institution

HIV yang merupakan singkatan bagi "Human Immuneodeficiency Virus" adalah sejenis virus daripada kumpulan retrovirus

yang menyebabkan kerosakan sistem daya tahan melawan penyakit secara perlahan-lahan. Manakala "Acquired Immune

Deficiency Syndrome” atau AIDS merupakan peringkat terakhir jangkitan HIV di mana sistem daya ketahanan badan melawan penyakit telah dilumpuhkan (UNICEF, 2009). HIV/AIDS bukanlah pandemik yang asing lagi malah merupakan penyakit global yang ditakuti. Kes pertama HIV/AIDS dikenal pasti pada Disember 1981 dalam kalangan homoseksual di Amerika Syarikat (Rajwani, 2012). Epidemik tersebut terus merebak ke negara lain dengan punca yang dikenalpasti bukan hanya dalam golongan homoseksual. Virus ini turut merebak melalui perkongsian jarum suntikan yang tercemar dengan HIV dan ibu yang telah dijangkiti HIV/AIDS semasa hamil, melahirkan anak dan semasa penyusuan (Andrew & Novick, 1995; Kementerian Kesihatan Malaysia, 2002). Bermula dari tahun 1981, jangkitan HIV/AIDS terus meningkat di seluruh dunia kepada 2,000 kes dalam tempoh dua tahun dan bilangan tersebut bertambah sehingga 360,000 kes dalam tempoh satu dekad kemudian (Hartman, 1998).

Dianggarkan sebanyak 1.8 juta kes jangkitan baru bagi HIV, 36.7 juta orang hidup dengan HIV dan 1 juta bagi kes kematian disebabkan AIDS sehingga penghujung tahun 2016 (UNAIDS, 2016). India dan China merupakan dua negara dalam kalangan negara anggota Asia yang mempunyai bilangan penghidap HIV/AIDS yang paling tinggi berbanding negara lain. Di India, seramai 1.6 juta orang hidup dengan HIV manakala di China pula seramai 660,000 orang yang hidup dengan HIV sehingga tahun 2016 (UNAIDS Report, 2016). Punca utama yang dikenal pasti adalah disebabkan seks bebas dan perkongsian jarum suntik (UNAIDS Epidemic Update, 2016).

Malaysia juga tidak terkecuali daripada pandemik ini setelah kes HIV/AIDS yang pertama dikesan menerusi seorang warganegara Amerika Syarikat berumur 45 tahun disahkan menghidap

AIDS dan meninggal dunia disebabkan pneumonia yang teruk (Rusli, 1997). Bermula daripada kes tersebut, penghidap HIV/AIDS di Malaysia dikesan dari tahun ke tahun (Malaysian AIDS Council, 2016). Statistik menunjukkan kes jangkitan HIV sejak 1986 adalah sebanyak 111,916 kes manakala kes AIDS pula adalah sebanyak 18,827 kes. Majlis AIDS Malaysia melaporkan sebanyak 15 jangkitan baru HIV dalam kalangan kanak-kanak bawah umur 13 tahun dikesan dan sebanyak 1,146 kes kanak-kanak bawah 13 tahun yang dijangkiti HIV/AIDS sehingga Disember 2016 (Malaysian AIDS Council, 2016). Kematian disebabkan AIDS ini berterusan malah semakin membimbangkan walaupun telah banyak program kesedaran dan pencegahan dilaksanakan pelbagai pihak sama ada badan-badan bukan kerajaan (NGO) mahupun kerajaan (UNAIDS, 2016; Malaysian AIDS Council, 2016). Hal ini berlaku kerana sikap individu yang hanya memahami dan mendapatkan maklumat berkaitan HIV/AIDS setelah mereka sendiri dijangkiti ataupun apabila mereka mempunyai ahli keluarga seropositif HIV.

Meninjau dari sudut pandang berbeza, pandemik HIV/AIDS ini juga menyebabkan berlakunya peningkatan bilangan kanak-kanak yang kematian ibu bapa kerana AIDS atau jangkitan *opportunistic* AIDS. Ini bererti, bukan sahaja jumlah kanak-kanak seropositif HIV bertambah, tetapi jumlah kanak-kanak yatim piatu akibat AIDS juga semakin meningkat. Kanak-kanak yatim AIDS ini tidak semestinya seropositif HIV tetapi menerima impak psikososial daripada kematian ibu bapa akibat HIV/AIDS. Peningkatan kes HIV/AIDS dalam kalangan kanak-kanak di Malaysia menyebabkan timbulnya pelbagai isu penjagaan dan pengurusan kes kanak-kanak tersebut berdasarkan keperluan mereka. Isu yang akan diberi perhatian oleh artikel ini adalah stigma terhadap anak yatim AIDS, tekanan persekitaran

institusi dan pengaruhnya ke atas pengurusan penjagaan kanak-kanak HIV/AIDS.

Meskipun segelintir kanak-kanak HIV atau anak yatim AIDS masih mempunyai ahli keluarga lain setelah kematian ibu atau bapa, namun ahli keluarga ini tidak semestinya mahu mengambil alih peranan sebagai penjaga kerana bimbang dijangkiti dan distigma masyarakat (Aishah, 2011). Kurangnya pengetahuan tentang cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS menyebabkan ahli keluarga memilih institusi formal sebagai keluarga transit bagi kanak-kanak tersebut. Eurochild (2010) menjelaskan bahawa penempatan kanak-kanak di institusi biasanya menjadi langkah penyelesaian terakhir setelah perkhidmatan sokongan keluarga semakin menurun.

Walaupun institusi gantian menjadi langkah penyelesaian, namun tidak dinafikan kehidupan di institusi juga berisiko. Selain perlu berhadapan dengan perubahan besar seperti menjadi sebahagian daripada kelompok keluarga baru dan memasuki sekolah baru (Nalatomy & Siti, 2013), kanak-kanak HIV juga perlu berhadapan dengan stigma dalam kalangan penjaga di institusi (Finn & Saragi, 2009), khususnya penjaga yang kurang pengetahuan tentang HIV/AIDS (Hinnen & Collins, 2000). Sekiranya pandangan dan pengetahuan seseorang penjaga terhadap HIV/AIDS itu negatif, mereka sebenarnya memasukkan diri ke dalam pengaruh stigma (Eaton et al., 2015; Kwena et al., 2013; Ekstrand et al., 2013; Sekoni & Owoaje, 2013; Rajwani, 2012; Coleman et al. 2012; Messer et al. 2010). Stigma merujuk kepada idea yang dibina secara sosial terhadap mereka yang berada dalam kelompok sosial yang menyimpang daripada norma yang ideal atau jangkauan (Shahrul, 2012). Stigma juga menyebabkan rasa sangsi yang mendalam sehingga memisahkan sesuatu yang dianggap normal dalam masyarakat

(Chenard, 2007). Selain itu, stigma adalah suatu bentuk penafian sosial (Scrambler & Paoli, 2007) serta merupakan persepsi negatif yang mempengaruhi kawalan sosial sehingga berlakunya penafian hak serta menunjukkan kekuasaan ke atas individu yang distigma (Fredriksson & Kanabus, 2007). Manakala menurut Nyblade et al. (2013) dan Beardsley et al. (2010), stigma terhadap pesakit HIV merupakan halangan utama kepada pencegahan yang berkesan, penjagaan, rawatan dan sokongan. Individu yang mengalami stigma akan merasai pemencilan dan pemuluan daripada masyarakat serta dipandang rendah disebabkan keadaan yang dialami mereka.

Stigma bukan hanya terhadap penghidap malah juga diberikan kepada siapa sahaja yang berhubungan dengan pesakit HIV. Stigma juga menyebabkan kanak-kanak yang lahir dengan status HIV menjadi mangsa. Walaupun masih kecil dan hanya mangsa keadaan, tetapi kanak-kanak HIV/AIDS turut menjadi bahan stigma. Sekiranya tidak ditangani, stigma akan memberikan kesan buruk yang mempengaruhi kualiti hidup kanak-kanak tersebut pada masa akan datang. Dalam kajian ini, secara operasionalnya stigma merujuk kepada keadaan seperti penolakan, prejudis dan pemuluan dalam kalangan penjaga terhadap kanak-kanak HIV di rumah perlindungan. Fokus dari segi stigma dalam kajian ini ialah stigma dalam kalangan penjaga yang mempengaruhi perkhidmatan pengurusan kes penjagaan.

Pengurusan kes ialah satu prosedur dalam merancang, menyelaras serta mengawasi perkhidmatan dari pelbagai agensi dan kakitangan bagi pihak klien (Barker, 1999). Manakala menurut Woodside dan McClam (2003), pengurusan kes merupakan aspek penting yang merangkumi semua aktiviti dalam perhubungan menolong yang diperlukan bagi memastikan ia berkesan. Proses

pengurusan kes termasuklah mendokumentasi, merekod, pengurusan masa, kemahiran berkomunikasi dengan klien dan bagaimana memberikan perkhidmatan terbaik kepada klien (Puteri Hayati, 2013). Dill (2001) pula menjelaskan bahawa pengurusan kes ialah komponen perkhidmatan yang istimewa bermula sebagai sebahagian daripada usaha dasar yang lebih luas untuk menyelaraskan sistem perkhidmatan. Dill (2001) juga mengenal pasti empat amalan kemahiran pengurusan kes yang turut diakui oleh Vourlekis dan Greene (1992) dan Moxley (1989). Empat amalan pengurusan kes tersebut perlu diikuti oleh pengurus kes yang bekerja dengan kanak-kanak di institusi. Dalam kajian ini, pengurusan kes merujuk kepada proses pengurusan kes oleh penjaga terhadap kanak-kanak HIV di institusi perlindungan. Proses tersebut meliputi proses kemasukan kanak-kanak sehinggalah proses perkhidmatan penjagaan dan rawatan semasa berada di rumah perlindungan.

Selain itu, institusi juga boleh menjadi punca wujudnya tekanan kepada penjaga formal. Tekanan tersebut berupaya mempengaruhi kualiti perkhidmatan pengurusan kes terhadap kanak-kanak HIV di institusi perlindungan. Tekanan persekitaran berlaku disebabkan permintaan polisi institusi yang mengarahkan kakitangan menjaga kanak-kanak HIV tanpa latihan, pendedahan dan kemahiran yang secukupnya (Nalatomy & Siti, 2013; Rajwani, 2012), beban tugas yang berlebihan melebihi kemampuan (Niven & Knussen, 1999) serta kakitangan institusi yang silih berganti. Persekitaran kerja yang tidak sihat turut mendorong kepada tekanan. Menurut Holden (2010), tekanan persekitaran merujuk keadaan persekitaran yang mempengaruhi individu sehingga bertindak di luar kawalan dan memberi kesan kepada emosi serta kesihatan. Beban kerja berlebihan, konflik peranan, kekurangan sumber sokongan,

kawalan kerja, hubungan kerja dalam organisasi dan perubahan organisasi institusi merupakan elemen yang mendorong kepada berlakunya tekanan persekitaran (Marcatto et al., 2014; Karen, 2013; Kompier, 2003). Manakala Coggins (2007) turut menyatakan pandemik HIV/AIDS semakin meningkat disebabkan faktor institusi itu sendiri apabila kurangnya polisi berkaitan penjagaan kanak-kanak HIV/AIDS diwujudkan di samping pengurusan kes yang tidak berkesan (Fauziah et al., 2014; Ying et al., 2013). Selain itu, hubungan antara tekanan persekitaran kepada stigma dalam kalangan penjaga dikenalpasti cenderung menjadi faktor pengaruh dalam pengurusan kes HIV/AIDS di institusi perlindungan (Natasha et al., 2010).

Oleh kerana kajian tentang pengurusan kes kanak-kanak HIV/AIDS dan bagaimana stigma terhadap anak yatim AIDS dan tekanan persekitaran mempengaruhi pengurusan penjagaan kes kanak-kanak HIV/AIDS masih kurang dijalankan, maka kajian yang dijalankan ini sangat penting khususnya bagi kes perlindungan kanak-kanak di Malaysia. Rumah perlindungan kanak-kanak ini dikenal pasti tidak memberi perkhidmatan secara langsung kepada kes HIV/AIDS. Kecenderungan sebegini mendorong penafian agensi perlindungan kanak-kanak untuk lebih peka apabila ada penempatan kanak-kanak seropositif HIV di institusi mereka.

Sementara itu, banyak kajian lalu yang lebih memfokuskan penjagaan tidak formal iaitu penjagaan oleh penjaga yang mempunyai pertalian keluarga berbanding penjagaan formal. Penjagaan formal adalah penjagaan secara profesional dan terlatih yang terdapat dalam sistem penjagaan berasaskan institusi yang dikendalikan secara persendirian atau sukarela (Timonen, 2009; UNICEF, 2009; Walker et al., 1995). Ia merujuk kepada penjagaan luar persekitaran rumah

penghidap HIV/AIDS dan keluarga (Zhao et al., 2011; Viitenen, 2007). Dapatan kajian terdahulu menggambarkan penjagaan kanak-kanak HIV dalam institusi keluarga tidak popular. Situasi ini berlaku kerana penjaga tidak formal cuba menafikan tanggungjawab mereka disebabkan rasa malu terhadap masyarakat, bimbang dijangkiti serta tidak berkemampuan memenuhi keperluan ekonomi, sosial dan emosi pengidap HIV (Aishah, 2011; Namal, 2003; Hinnen & Collins, 2000). Faktor tersebut mendorong mereka memilih untuk menghantar kanak-kanak tersebut ke institusi penjagaan. Kajian melibatkan penjagaan secara formal masih kurang diberi perhatian oleh penyelidik terdahulu sedangkan saban hari semakin banyak rumah perlindungan kanak-kanak HIV/AIDS diwujudkan.

Artikel ini akan membincangkan penemuan daripada dua objektif berikut:

1. memperihalkan tahap stigma terhadap anak yatim AIDS, tekanan persekitaran dan pengurusan kes HIV/AIDS dalam kalangan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS di institusi perlindungan.

2. mengenalpasti hubungan antara stigma dan tekanan persekitaran dengan pengurusan kes kanak-kanak HIV termasuk:

- i. hubungan antara stigma dan pengurusan kes kanak-kanak HIV,
- ii. hubungan antara tekanan persekitaran dan kes kanak-kanak HIV, dan
- iii. hubungan antara stigma dan tekanan persekitaran.

Metodologi

Kajian ini merupakan kajian kuantitatif yang menggunakan pendekatan tinjauan. Populasi kajian ini ialah penjaga yang menguruskan penjagaan kanak-kanak

HIV di institusi perlindungan. Penjaga yang dimaksudkan terdiri daripada kakitangan yang menguruskan kanak-kanak.

Penyelidik menggunakan teknik persampelan bertujuan dan memilih seramai 140 orang penjaga yang menguruskan kes kanak-kanak HIV sebagai sampel kajian. Pemilihan rumah perlindungan tertentu secara bertujuan adalah kerana institusi ini sahaja yang menempatkan kanak-kanak yang dijangkiti HIV/AIDS selain kes-kes seperti kehilangan ibu bapa atau waris terdekat, tiada tempat tinggal, kes penderaan dan lain-lain.

Penyelidik menggunakan borang soal selidik sebagai instrumen dalam pengumpulan data bagi memperihalkan dan mengukur hubungan antara pemboleh ubah yang dikaji.

Soal selidik mengandungi empat bahagian utama iaitu: i) Bahagian A - profil responden, ii) Bahagian B - pengurusan penjagaan kes kanak-kanak HIV di rumah perlindungan, iii) Bahagian C - stigma terhadap kanak-kanak HIV/AIDS, dan iv) Bahagian D - tekanan persekitaran institusi. Soal selidik bahagian B adalah gabungan daripada kajian terdahulu iaitu alat ujian *Hennepin County Case Management Survey* (O'Brien et al., 1995) dan dibina sendiri mengikut kesesuaian kajian berdasarkan empat amalan pengurusan kes oleh Dill (2001). Manakala bahagian C pula ialah gabungan daripada Skala stigma HIV daripada *Manual Measuring HIV Stigma and Discrimination among Health Facility Staff Questionnaire* (Nyblade et al., 2013) dan *Measuring the Degree of HIV-related Stigma and Discrimination in Health Facilities and Providers* (Beardsley et al., 2010). Bagi soal selidik bahagian D pula, soal selidik diambil daripada *HSE Management Standards Indicator Tools* (Marcatto et al., 2014). Cara pemarkatan

soal selidik menggunakan skala likert 1 hingga 5 iaitu “sangat tidak setuju, tidak setuju, tidak pasti, setuju dan sangat

setuju”. Nilai kebolehpercayaan instrumen adalah seperti di Jadual 1.

Jadual 1
Analisis Kebolehpercayaan Alat Ujian

Alat Ujian	Alfa Cronbach	Item
Pengurusan kes	0.933	27
Stigma terhadap yatim AIDS	0.938	35
Tekanan persekitaran	0.860	36

Data dianalisis menggunakan *Statistical Package for the Social Science for Windows (SPSS)*. Analisis terbahagi kepada dua berdasarkan objektif utama kajian ini iaitu dapatan bagi Objektif 1 telah dianalisis secara deskriptif seperti frekuensi, min, mod, median, peratusan dan sisihan piawai. Manakala dapatan objektif 2 dianalisis menggunakan analisis korelasi.

Keputusan

Profil Responden

Berdasarkan hasil analisis, seramai 140 orang responden daripada tujuh buah institusi perlindungan kanak-kanak terlibat dalam kajian ini. Jadual 2 menunjukkan taburan umur responden paling ramai (42%) adalah dalam lingkungan umur 30-39 tahun diikuti responden berumur 19-29 tahun (35%). Manakala lingkungan umur 50-59 tahun merupakan bilangan peratusan terendah iaitu 9% (12 orang). Bagi taburan mengikut jantina, sebilangan besar penjaga kanak-kanak HIV/AIDS di institusi adalah terdiri daripada perempuan iaitu seramai 107 orang (76%). Penjaga dalam kalangan lelaki hanyalah seramai 33 orang (24%).

Bagi taburan mengikut kumpulan etnik pula, majoriti penjaga kanak-kanak HIV/AIDS adalah Melayu iaitu seramai 132 orang (94%), manakala kedua tertinggi adalah bangsa Cina iaitu seramai 5 orang (4%) diikuti dengan bangsa India seramai 3 orang (2%). Kebanyakan

penjaga kanak-kanak HIV di institusi iaitu seramai 58 orang (42%) masih bujang. Seterusnya dari segi pendidikan, kebanyakan responden mempunyai sijil SPM iaitu seramai 47 orang (34%), ada yang memperoleh pendidikan tinggi peringkat ijazah dan diploma masing-masing 37 orang (26%) dan 20 orang (14%), diikuti 19 orang (14%) berpendidikan STPM dan 2 orang iaitu 1% daripada keseluruhan responden hanya mempunyai taraf pendidikan sekolah rendah.

Majoriti responden telah berkhidmat antara tempoh 2-5 tahun iaitu seramai 44 orang (31.4%). Kedua tertinggi ialah dalam tempoh dua tahun ke bawah iaitu seramai 37 orang (26.4%), diikuti tempoh 10 tahun ke atas seramai 30 orang (21.4%) dan paling rendah ialah pengalaman berkhidmat di institusi dalam tempoh lima tahun ke atas iaitu seramai 29 orang (20.7%). Seterusnya bagi taburan pendapatan pula, seramai 89 orang (64%) bergaji antara RM1000-RM2000. Manakala seramai 37 orang (26%) memperoleh pendapatan antara RM2100-RM3000. Kajian juga mendapati pekerja yang diklasifikasi bergaji lebih tinggi berbanding kakitangan lain adalah seramai 9 orang (7%) dengan purata pendapatan melebihi RM4100 sebulan.

Taburan mengikut kekerapan menerima latihan pula mencatatkan seramai 106 orang responden (76%) tidak pernah menerima latihan berkaitan

pengurusan kanak-kanak HIV/AIDS. Bagi data berkenaan jenis latihan yang diikuti oleh responden selebihnya pula, (34 orang yang pernah menjalani latihan) didapati taburan jenis latihan adalah meliputi kursus pengurusan HIV/AIDS. Ini

menggambarkan penjaga yang dikaji pernah menerima pendedahan latihan berkaitan pengurusan HIV/AIDS sepanjang berkhidmat di institusi. Perincian profil responden adalah seperti Jadual 2.

Jadual 2
Profil Responden

Profil Responden	Kekerapan	Peratus (%)	Profil Responden	Kekerapan	Peratus (%)
Umur			Pendapatan		
19-29	49	35	RM1000-RM2000	89	64
30-39	59	42	RM2100-RM3000	37	26
40-49	20	14	RM3100-RM4000	5	3
50-59	12	9	RM4100-RM5000	8	6
			RM5000 ke atas	1	1
Jantina			Kekerapan Menerima Latihan		
Lelaki	33	24	Tidak Pernah	106	75.7
Perempuan	107	76	1 Kali Setahun	12	8.6
			2 Kali Setahun	22	15.7
Kumpulan Etnik			Taburan Mengikuti Latihan		
Melayu	132	94	Ya	34	24
Cina	5	4	Tidak	106	76
India	3	2			
Status Perkahwinan			Jenis Latihan		
Bujang	58	42	Kaunseling Penjagaan Kanak-Kanak	3	2.1
Berkahwin	80	57	<i>Malaysian AIDS Malaysia</i>	3	2.1
Duda/Balu	2	1	<i>Minimumstandards in Children Care Centre by MAC & UNICEF</i>	2	1.4
Taraf Pendidikan			Pengendalian Rumah	3	2.1
Sekolah Rendah	2	1	Perlindungan		
PMR	12	9	Pengurusan kanak-kanak HIV	7	5.0
SPM	47	34	Penjagaan dan cara jangkitan HIV	5	3.6
STPM	19	14	<i>Supporting Counseling, Medication and etc</i>	2	1.4
Diploma	20	14	Kursus pengurusan HIV	5	3.6
Ijazah	37	26	Kursus pengurusan orang dijangkiti HIV/AIDS	1	0.7
Lain-lain	3	2			
Taburan Bagi Tempoh Bekerja					
2 Tahun ke bawah	37	26.4			
2-5 Tahun	44	31.4			
5 Tahun ke Atas	29	20.7			
10 Tahun ke Atas	30	21.4			

Objektif 1: Memperihalkan tahap stigma terhadap anak yatim AIDS, tekanan persekitaran dan pengurusan kes dalam kalangan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS di institusi perlindungan

Tahap Pengurusan Penjagaan Kanak-kanak

Pengurusan kes penjagaan kanak-kanak di institusi merujuk kepada keupayaan kakitangan dalam mengenal pasti keperluan klien, membangunkan

pelan penjagaan di institusi, pelaksanaan dan penyelarasan penjagaan serta pemantauan dan penilaian. Kakitangan institusi yang mengendalikan kes kanak-kanak HIV kebanyakannya mempunyai kemahiran dalam membangunkan pelan penjagaan di institusi berdasarkan min paling tinggi iaitu 38.500 ($SP=3.575$). Manakala kedua tertinggi ialah bagi

pelaksanaan dan penyelarasan dengan min sebanyak 29.735 ($SP=2.604$) dan diikuti ketiga tertinggi iaitu kenal pasti klien dan keperluan dengan bacaan min sebanyak 29.650 ($SP=3.214$). Untuk pemantauan dan penilaian pula, bacaan min adalah paling rendah iaitu 16.900 ($SP=1.747$). Jadual 3 menunjukkan dapatan min dan sisihan piawai bagi pengurusan kes.

Jadual 3

Keputusan Min dan Sisihan Piawai bagi Skala Pengurusan Kes

Skala	Skor Minimum	Skor Maksimum	Min	Sisihan Piawai
Membangunkan pelan penjagaan	27	45	38.500	3.575
Pelaksanaan dan penyelarasan	24	35	29.735	2.604
Kenal pasti klien dan keperluan	16	35	29.650	3.214
Pemantauan dan penilaian	11	20	16.940	1.747

Manakala hasil analisis bagi tahap pengurusan penjagaan kanak-kanak HIV pula mendapati, majoriti penjaga mempunyai pengetahuan yang tinggi dalam pengurusan kes kanak-kanak HIV dengan kekerapan seramai 138 orang

(98.6%). Manakala skor kedua teringgi ialah pada tahap sederhana iaitu seramai 2 orang (4%). Jadual 4 memperincikan dapatan bagi taburan tahap pengurusan kes HIV/AIDS.

Jadual 4

Taburan Tahap Pengurusan Kes

Tahap Pengurusan Kes	N = 140	Peratusan (%)
Tinggi	138	98.6
Sederhana	2	1.4
Rendah	-	-
Jumlah	140	100

Nota: Rendah (<3.00) Sederhana (3.01-4.00) Tinggi (4.01-5.00)

Tahap Stigma

Hasil keputusan skala stigma seperti Jadual 5 yang digunakan bagi mengukur stigma dalam kalangan penjaga di institusi perlindungan mendapati pandangan negatif terhadap HIV mencatatkan bacaan min

paling tinggi iaitu 40.114 ($SP=8.005$) diikuti dengan rasa takut berhubung langsung iaitu min 34.542 ($SP=6.312$). Manakala min paling rendah ialah pendedahan identiti sebagai penjaga kanak-kanak HIV iaitu 19.014 ($SP=6.914$).

Jadual 5
Keputusan Min dan Sisihan Piawai bagi Skala Stigma

Skala	Skor Minimum	Skor Maksimum	Min	Sisihan Piawai
Pandangan terhadap HIV	19	63	40.114	8.005
Rasa takut berhubung langsung	18	56	33.820	6.312
Pendedahan identiti sebagai penjaga kanak-kanak HIV	10	46	19.014	6.914

Manakala keputusan bagi tahap stigma penjaga terhadap kanak-kanak HIV pula menunjukkan kebanyakan penjaga mempunyai tahap stigma yang sederhana iaitu seramai 113 orang (80.7%). Manakala seramai 23 orang (10.4%)

mempunyai tahap stigma yang rendah diikuti seramai 4 orang (2.9%) mempunyai tahap stigma yang tinggi. Jadual 6 melaporkan dapatan bagi taburan tahap stigma dalam kalangan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS di institusi.

Jadual 6
Taburan Tahap Stigma

Tahap Stigma	N = 50	Peratusan (%)
Tinggi	4	2.9
Sederhana	113	80.7
Rendah	23	10.4
Jumlah	50	100

Nota: Rendah (<3.00) Sederhana (3.01-4.00) Tinggi (4.01-5.00)

Tahap Tekanan Persekitaran

Tekanan persekitaran mengukur pandangan responden tentang beban kerja berlebihan, sumber sokongan, kawalan kerja, hubungan kerja dalam organisasi, konflik peranan dan perubahan organisasi. Berdasarkan analisis deskriptif bagi skala tekanan persekitaran, min paling tinggi ialah 29.178 ($SP=7.776$) iaitu bagi subskala beban kerja berlebihan. Manakala kedua tertinggi ialah sumber sokongan

dengan jumlah min 26.771 ($SP=3.203$) diikuti ketiga tertinggi iaitu kawalan kerja dengan min 24.892 ($SP=4.586$). Bagi konflik peranan pula hasil kajian mencatatkan min sebanyak 23.364 ($SP=3.380$) dan perubahan organisasi dengan min 11.728 ($SP=1.806$). Manakala min paling rendah ialah bagi hubungan kerja dalam organisasi iaitu 7.707 ($SP=3.099$). Jadual 7 menunjukkan dapatan min dan sisihan piawai bagi skala tekanan persekitaran.

Jadual 7
Keputusan Min dan Sisihan Piawai bagi Tekanan Persekitaran

Skala	Skor Minimum	Skor Maksimum	Min	Sisihan Piawai
Beban kerja berlebihan	12	74	29.178	7.776
Sumber sokongan	15	35	26.771	3.203
Kawalan kerja	13	35	24.892	4.586
Konflik peranan	12	30	23.364	3.380
Perubahan organisasi	6	15	11.728	1.806

Hubungan kerja dalam organisasi	4	18	7.7071	3.099
---------------------------------	---	----	--------	-------

Kebanyakan kakitangan institusi yang menguruskan kes kanak-kanak HIV mempunyai tahap tekanan persekitaran yang sederhana iaitu seramai 117 orang (83.6%). Manakala seramai 23 orang lagi

(16.4%) mempunyai tahap tekanan persekitaran yang tinggi. Dapatan kajian seperti Jadual 8 menunjukkan tiada penjaga yang mempunyai tahap tekanan persekitaran yang rendah.

Jadual 8
 Taburan Tahap Tekanan Persekitaran

Tahap Tekanan Persekitaran	Kekerapan	Peratusan (%)
Tinggi	23	16.4
Sederhana	117	83.6
Rendah	-	-
Jumlah	140	100

Nota: Rendah (<3.00) Sederhana (3.01-4.00) Tinggi (4.01-5.00)

Objektif 2: Mengenalpasti hubungan antara stigma dan tekanan persekitaran dengan pengurusan kes kanak-kanak HIV termasuk:

- i. hubungan antara stigma dan pengurusan kes kanak-kanak HIV,
- ii. hubungan antara tekanan persekitaran dan kes kanak-kanak HIV, dan
- iii. hubungan antara stigma dan tekanan persekitaran.

Analisis inferensi dilakukan bagi menghuraikan hubungan antara pemboleh ubah kajian dan menguji hipotesis kajian. Analisis inferensi yang digunakan dalam kajian ini ialah analisis korelasi *Pearson*. Nilai kesignifikan yang digunakan dalam kajian ini ialah nilai *k* kurang daripada 0.01 dan 0.05. Perincian hasil analisis adalah seperti berikut:

Hipotesis 1: Terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan pengurusan penjagaan kanak-kanak HIV

Analisis data menunjukkan terdapat hubungan negatif dan signifikan antara

stigma dengan pengurusan kes iaitu $r(140) = -0.261, k < 0.01$ dengan korelasi rendah. Ini bererti hubungan antara stigma dengan pengurusan kes adalah negatif atau songsang di mana penjaga yang berupaya menguruskan kes kanak-kanak di institusi dengan baik cenderung mempunyai tahap stigma yang rendah manakala penjaga yang tidak berupaya menguruskan kes kanak-kanak HIV di institusi dengan baik cenderung mempunyai tahap stigma yang tinggi. Maka, hipotesis 1 iaitu terdapat hubungan yang signifikan antara stigma terhadap anak yatim AIDS dengan pengurusan kes dalam kajian ini diterima. Hasil analisis adalah seperti

Apabila penjaga kanak-kanak HIV di institusi mempunyai tahap stigma sederhana, maka penjaga berupaya menguruskan kes penjagaan kanak-kanak HIV dengan baik. Sekiranya penjaga mempunyai tahap stigma yang tinggi mereka cenderung mengelak daripada menguruskan kes kanak-kanak HIV. Kajian oleh Surkon et al. (2010), Sullivan et al. (2010) serta Stansbury dan Sierra (2004) merumuskan bahawa HIV/AIDS dikategorikan sebagai penyakit yang membawa kepada stigma sehingga menyebabkan tingkah laku melabel,

diskriminasi emosi dan konflik sosial. Stigma bukan semestinya bersifat individu tetapi turut berbentuk kolektif apabila turut berlaku di institusi. Kecenderungan stigma pada tahap tinggi berhubungan negatif dengan merendahkan kemampuan melakukan pengurusan kes yang baik dan seterusnya meningkatkan salah urus kanak-kanak HIV di institusi. Ini kerap berlaku khususnya di institusi yang tidak menjadikan penjagaan kanak-kanak HIV sebagai fokus utama.

Hasil kajian ini selari dengan dapatan terdahulu oleh Kwena et al. (2013), Ekstrand et al. (2013) dan Sayles et al. (2009) yang menunjukkan stigma merupakan salah satu halangan penjaga dalam menyalurkan perkhidmatan bantuan terhadap pesakit HIV/AIDS secara berkesan. Stigma adalah suatu bentuk melabel, stereotaip, pemuluan, penafian dan diskriminasi yang berunsurkan negatif terhadap orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Sekiranya sikap yang ditonjolkan penjaga adalah negatif, bermakna mereka berada dalam pengaruh stigma (Messer et al., 2010). Sikap penjaga yang memberikan layanan cenderung stigma terhadap kanak-kanak HIV/AIDS diakui menjejaskan kualiti penjagaan kanak-kanak tersebut (UNICEF, 2009). Ini bererti stigma yang wujud dalam kalangan masyarakat terutamanya penjaga memerlukan intervensi khusus (Sengupta et al., 2011) kerana boleh membawa kepada ketirisan pengurusan kes terhadap kanak-kanak HIV/AIDS di institusi.

Hipotesis 2: Terdapat hubungan yang signifikan antara tekanan persekitaran dengan pengurusan kes kanak-kanak HIV

Hasil kajian menunjukkan bahawa terdapat hubungan signifikan antara tekanan persekitaran dengan pengurusan kes iaitu $r(140) = .193, k < 0.05$. Dapatan kajian menunjukkan tekanan persekitaran seperti beban tugas berlebihan, sumber sokongan, kawalan kerja, hubungan kerja

dalam organisasi, konflik peranan dan perubahan organisasi mempunyai hubungan dengan pengurusan kes kanak-kanak HIV/AIDS di institusi perlindungan.

Walau bagaimanapun, penjaga yang mempunyai tahap tekanan persekitaran yang sederhana boleh menguruskan kes kanak-kanak HIV/AIDS dengan baik. Oleh itu, hipotesis 2 iaitu terdapat hubungan yang signifikan antara tekanan persekitaran dengan pengurusan kes dalam kajian ini diterima.

Menurut Usman Bashir (2010) serta Zakiyah dan Kamarudin (2003), tekanan di tempat kerja terjadi terutamanya bagi sektor pekerjaan berkaitan kemanusiaan. Tekanan berlaku disebabkan persekitaran kerja, beban kerja berlebihan, serta cabaran masa bekerja. Fergusson et al. (2010) mendapati pengurusan kes tidak produktif disebabkan beban kerja berlebihan, kekurangan staf dan kekangan sumber bantuan serta kurangnya kemahiran komunikasi dalam kalangan penjaga kepada pengidap HIV/AIDS. Perincian hasil dapatan kajian ini menunjukkan bahawa tekanan persekitaran mempunyai hubungan yang signifikan dengan pengurusan kes. Ini bererti tekanan persekitaran merupakan faktor yang mempengaruhi kualiti pengurusan kes untuk mengenal pasti keperluan klien, membangunkan pelan penjagaan di institusi, pelaksanaan dan penyelarasan penjagaan serta pemantauan dan penilaian. Hasil kajian ini didapati selari dengan kajian terdahulu oleh Lennon et al. (2013), George et al. (2010) dan Turan et al. (2008). Kajian oleh Lennon et al. (2013) sebagai contoh mengesahkan hubungan signifikan antara tekanan persekitaran dengan pengurusan kes penjagaan kanak-kanak HIV.

Hipotesis 3: Terdapat hubungan yang signifikan antara stigma terhadap anak yatim AIDS dengan tekanan persekitaran

Hasil kajian menunjukkan bahawa terdapat hubungan signifikan antara stigma terhadap yatim AIDS dengan tekanan persekitaran dalam kalangan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS iaitu $r(140) = .0732$, $k < 0.001$. Dapatan menjelaskan bahawa stigma yang tinggi dalam kalangan penjaga terhadap yatim AIDS menyebabkan tekanan persekitaran juga tinggi dalam kalangan penjaga di institusi perlindungan. Justeru, hipotesis 3 dalam kajian ini iaitu terdapat hubungan yang signifikan antara stigma terhadap anak yatim AIDS dengan tekanan persekitaran diterima.

Laporan hasil kajian mendapati bahawa stigma mempunyai hubungan dengan tekanan persekitaran. Kewujudan hubungan signifikan antara stigma dengan tekanan persekitaran menunjukkan bahawa stigma HIV mendorong kepada berlakunya tekanan persekitaran dalam kalangan penjaga di institusi. Selain itu, tekanan mungkin disebabkan konflik peranan di mana penjaga menerima arahan yang berbeza-beza daripada ketua serta sukar menyuarakan masalah kepada pihak atasan (Zakiah & Kamarudin, 2003). Konflik peranan berterusan boleh menyebabkan pekerja tidak berpuas hati dan menunjukkan tanda-tanda protes dan meninggalkan organisasi (O'Drischool & Beehr, 1994). Oleh itu, peranan institusi yang memberikan pendedahan latihan dan kemahiran agar proses bantuan berjalan lancar adalah suatu usaha penting dalam mengurangkan tekanan yang boleh menjejaskan penjagaan kanak-kanak HIV di institusi.

Dapatan kajian ini menyokong hasil kajian terdahulu (Church et al., 2013; Natasha et al., 2010; Monjok et al., 2009; Davhana Maselese & Igumbor, 2008) yang menjelaskan bahawa stigma HIV menyebabkan penjaga berhadapan dengan tekanan emosi sehingga mempengaruhi tugas mereka. Ini kerana sikap melabel dan diskriminasi yang dizahirkan terhadap

pengidap HIV/AIDS membawa kepada persekitaran yang tidak sihat dan memberi kesan buruk kepada kanak-kanak tersebut. Walau bagaimanapun, dipercayai masih wujud kecenderungan untuk menunjukkan penerimaan tanpa stigma kepada kanak-kanak HIV/AIDS atas faktor umur kanak-kanak yang masih kecil dan tiada kesalahan diletakkan kepada kanak-kanak atas punca jangkitan HIV.

Perbincangan dan Kesimpulan

Hasil kajian mendapati bahawa tahap pengurusan kes dalam kalangan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS adalah tinggi. Ini menunjukkan bahawa penjaga kanak-kanak HIV/AIDS di institusi mempunyai pengetahuan yang baik dalam menguruskan kes kanak-kanak HIV/AIDS. Proses pengurusan kes yang meliputi empat amalan pengurusan kes iaitu mengenal pasti keperluan klien, membangunkan pelan penjagaan, pelaksanaan dan perkhidmatan serta pemantauan dan penilaian dapat dikuasai sepenuhnya oleh penjaga. Walaupun hanya segelintir penjaga didedahkan dengan latihan dan program pengendalian penjagaan kanak-kanak HIV/AIDS, namun pengurusan kes secara keseluruhannya adalah pada tahap yang tinggi. Keadaan ini mungkin disebabkan latihan dan tunjuk ajar yang diberikan oleh pengurus atau penjaga yang sudah lama mengendalikan institusi tersebut sekaligus menjadikan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS mahir mengendalikan kes kanak-kanak di institusi (Rajwani, 2012). Di samping itu, kanak-kanak HIV/AIDS yang ditempatkan di institusi juga didapati boleh menguruskan diri sendiri dan bukanlah daripada kategori sakit terlantar dengan penjagaan rapi.

Seterusnya, tahap tekanan persekitaran dalam kalangan penjaga kanak-kanak HIV/AIDS adalah sederhana. Penjaga di institusi didapati mampu mengawal tekanan semasa menguruskan

kes kanak-kanak HIV/AIDS. Situasi ini disebabkan polisi institusi yang berkesan dalam menentukan struktur institusi dalam memenuhi keperluan penjagaan kanak-kanak HIV/AIDS, kelayakan kakitangan, serta mengawal apa yang perlu dilakukan oleh pekerja menerusi prosedur yang piawai (Karen, 2013). Ini bermaksud, penjaga akan beroperasi mengikut prosedur yang telah ditetapkan oleh sesebuah institusi. Selain itu, bilangan kanak-kanak HIV/AIDS di institusi masih dalam keadaan terkawal serta staf yang mencukupi turut menjadi faktor kurangnya tekanan di institusi. Malah semua institusi yang dikaji merupakan penempatan 24 jam dan bukanlah penempatan sementara. Waktu bekerja bagi penjaga pula dibahagikan kepada tiga syif iaitu pagi, petang dan malam. Ini bererti setiap syif akan diganti dengan penjaga berikutnya. Penjagaan dan pemantauan kanak-kanak HIV/AIDS di institusi yang mengikut giliran atau syif memudahkan penjaga untuk menguruskan kes kanak-kanak HIV dengan lebih tersusun.

Penjaga didapati turut melatih kanak-kanak HIV/AIDS menguruskan diri sendiri seperti membasuh pakaian, mengemas bilik dan mengikuti aktiviti memasak dengan pemantauan. Situasi ini bertujuan mendidik kanak-kanak HIV/AIDS menjadi lebih berdikari, tahu menguruskan diri, bertanggungjawab serta tidak terlalu bergantung kepada orang lain. Malah sebilangan besar kanak-kanak HIV di institusi yang dikaji hanya memerlukan penjagaan dan rawatan asas serta pemantauan berkala oleh penjaga sebagai langkah melindungi. Keadaan ini secara langsung menggambarkan rendahnya tekanan persekitaran daripada institusi semasa menguruskan kes kanak-kanak HIV/AIDS di rumah perlindungan kanak-kanak.

Hasil kajian menunjukkan bahawa tahap stigma terhadap anak yatim AIDS dalam kalangan penjaga kanak-kanak

HIV/AIDS adalah pada tahap sederhana. Stigma yang sederhana dalam kalangan penjaga mungkin disebabkan minat mereka terhadap kanak-kanak. Walaupun masih di bawah pengaruh stigma, namun disebabkan minat terhadap kanak-kanak menyebabkan timbul perasaan sayang serta ingin melindungi (Sopian, 2007). Selain itu, situasi di mana kanak-kanak tersebut adalah mangsa kerana dijangkiti HIV daripada tingkah laku berisiko ibu bapa mereka menyebabkan timbul rasa simpati. Ia mendorong penjaga memberikan penglibatan sepenuhnya ke atas kanak-kanak bagi memastikan bantuan perkhidmatan berjalan lancar. Penglibatan yang tinggi dalam sesuatu pekerjaan merupakan ciri-ciri komitmen sesuatu pekerjaan dalam organisasi. Pekerja rasa bersyukur atas faedah yang mereka perolehi dan sebagai balasannya adalah komitmen kerja terhadap organisasi (Lina Norhayati, 2010) dan mengetepikan stigma terhadap kanak-kanak tersebut. Selain itu, pengetahuan yang tepat berkaitan cara penularan dan pencegahan berkaitan HIV/AIDS juga mendorong penjaga mempunyai stigma yang sederhana terhadap kanak-kanak tersebut. Walau bagaimanapun, harus diakui bahawa penjaga dan pengurus kes di rumah perlindungan yang dikaji masih mempunyai stigma terhadap klien mereka. Maka, lebih banyak saluran pengetahuan yang tepat tentang cara penularan dan pencegahan perlu diberikan secara berkala bagi membantu penjaga bukan sahaja mengurangkan stigma tetapi menimbulkan keyakinan dalam melindungi diri daripada dijangkiti semasa menguruskan kes kanak-kanak HIV/AIDS.

Seterusnya, hasil kajian turut mendapati wujudnya hubungan signifikan secara negatif antara stigma dengan pengurusan kes. Dapatan kajian ini menunjukkan stigma penjaga kanak-kanak HIV/AIDS adalah pada tahap yang sederhana. Ini bermakna stigma merupakan faktor mempengaruhi

pengurusan kes kanak-kanak HIV/AIDS di institusi perlindungan. Stigma yang sederhana terhadap anak yatim AIDS secara langsung menunjukkan penjaga berupaya menguruskan dengan baik kes dalam jagaan mereka. Penjaga juga dilihat boleh menguasai empat amalan pengurusan kes kerja sosial iaitu kenal pasti klien dan keperluan, pembangunan pelan penjagaan, pelaksanaan dan penyelarasan dan pemantauan serta penilaian dengan baik. Pengurusan kes yang berkesan mengurangkan kadar mortaliti, meningkatkan kesihatan dan mengurangkan tingkah laku negatif terhadap penghidap HIV/AIDS (Ying et al., 2013).

Dapatan kajian ini menyokong kajian Beardsley et al. (2010), Kwena et al. (2013), Ekstrand et al. (2013) dan Sayles et al. (2009) yang menjelaskan stigma terhadap anak yatim AIDS mempengaruhi keberkesanan pengurusan kes di institusi menerusi kajian yang dijalankan sebelum ini. Malah stigma merupakan salah satu halangan menyalurkan perkhidmatan bantuan dan diakui menjejaskan kualiti pengasuhan serta penjagaan kanak-kanak HIV/AIDS.

Kewujudan stigma memang tidak asing lagi apabila membincangkan isu HIV/AIDS. Stigma tidak hanya berlaku dalam masyarakat malah kajian terdahulu mendokumentasikan ia turut dirasai oleh kanak-kanak HIV/AIDS di institusi perlindungan. Walaupun institusi perlindungan dianggap “tempat selamat”, namun kanak-kanak HIV/AIDS berisiko terdedah kepada bahaya stigma menerusi pandangan penjaga atau pengurus kes tentang jangkitan HIV. Lazimnya, pandangan terhadap HIV terbahagi kepada dua bentuk iaitu: i) pandangan terhadap penyakit HIV/AIDS, dan ii) pandangan terhadap individu penghidap HIV/AIDS. Stigma mendedahkan penjaga dengan pandangan negatif bentuk kedua iaitu kepada kanak-kanak penghidap

HIV/AIDS. Beardsley et al. (2010) menjelaskan penjaga kanak-kanak HIV cenderung mengelak daripada memberikan perkhidmatan kerana beranggapan menguruskan kanak-kanak tersebut mendedahkan mereka kepada risiko jangkitan. Pandangan mereka terhadap pesakit HIV/AIDS membuktikan bahawa pengaruh stigma masih wujud dalam kalangan penjaga di institusi perlindungan walaupun pada tahap sederhana. Pendekatan program kesedaran dan program mengurangkan stigma dalam kalangan penjaga HIV/AIDS sangat penting bagi meningkatkan kualiti penjagaan, melindungi hak pesakit dalam mendapatkan rawatan, memenuhi keperluan psikososial, meningkatkan akses perkhidmatan kesihatan serta meluaskan pengkajian berkaitan rawatan dan pencegahan yang berkesan.

Rujukan

- Aishah@Eshah Haji Mohamed, Fatimah Yusoff, A. A. Bidin, & Zaidah Mustapha. (2011). Emosi dan punca anak wanita HIV ditempatkan di rumah perlindungan. *Jurnal Sains Sosial dan Kemanusiaan*, 6, 321-335.
- Beardsley, J. (2010). *Measuring the degree of HIV-related stigma and discrimination in health facilities and providers*. Futures Group, Health Policy Initiative.
- Church, K., Wringe, A., Fakudze, P., Kikuvi, J., Simelane, D., & Mayhew, S. H. (2013). *Are integrated HIV services less stigmatizing than stand-alone models of care? A comparative case study from Swaziland*. Department of Global Health and Development, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Coleman, J. D., Lindley, L., Annang, L., Saunders, R. P., & Gaddist, B. W. (2012). *Development of a framework for HIV/AIDS*

- preventions programs in African American Churches. *AIDS Patients.Care and STDs*, 26(2), 116-124.
- Dill, A. E. P. (2001) *Managing to care: Case management and service system reform*. New York: Walter de Gruyter.
- Eaton, L. A., Driffin, D. D., Kegler, C., Smith, H., Conway-Washington, C., White, D., & Cherry, C. (2015). The role of stigma and medical mistrust in the routine health care engagement of black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 105(2), 75-82.
- Ekstrand, M. L., Ramakrishna, J., Bharat, S., & Heylen, E. (2013). Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: Implications for interventions. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18717.
- Eurochild. (2010). *Children in alternative care: National surveys* (2nd ed). Brussels, Belgium; Eurochild.
- Fauziah, R., Mukhi, A. A., Perveen, S., Gul, X., Iqbal, S. P., Qazi, S. A., Syed, I. A., Shaikh, K. H., & Wafa, A. (2014). Improving community case management of diarrhoea and pneumonia in district Badin, Pakistan through a cluster randomised study: The NIGRAAN trial protocol. *Implementation Science*, 10(9), 186.
- Fergusson, P., Chikaphupha, K., Bongololo, G., Makwiza, I., Nyirenda, L. Chinkhumba, J. Aslam, A., & Theobald, S. (2010). Quality of care in nutritional rehabilitation in HIV-endemic Malawi: Caregiver perspectives. *Maternity Child Nutrition*, 6(10), 89-100.
- George. A, Young, M., & Nefdt, R. (2010). Community health workers providing government community case management for child survival in sub-saharan Africa: Who are they and what are they expected to do? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(5), 85–91.
- Karen, A. M., Scott, A. E., Linda, B., Jacquie, S., Carla, E. P., Wendy, S. L., & Maria, N. (2013). A statewide case management, surveillance, and outcome evaluation system for children with special health care needs. *ISRN Nursing*, 10, 1155.
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/793936>
- Kwena, Z. A., Camlin C. S., Shisanya, C. A., Mwanzo, I., & Bukusi, E. A. (2013). Short-term mobility and the risk of HIV infection among married couples in the fishing communities along Lake Victoria, Kenya. *Journal of Pone*, 8, 54-523.
- Lennon, C. A., White, A. C., Finitis, D., Pishori, A., Hernandez, D., Kelly, D. M., Overstreet, N. M., Kane, S. K., & Lanoutte, G. A. (2013). Service priorities and unmet service needs among people living with HIV/AIDS: Results from a nationwide interview of HIV/AIDS housing organizations. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25, 1083-1091.
- Malaysian AIDS Council. (2015). Malaysia statistics: Overview of HIV/AIDS in Malaysia. Dicapai daripada <http://www.mac.org.my>.
- Marcatto, F., Colautti, L., Filon, F. L., Luis, O., & Ferrante, D. (2014). The HSE management standards indicator tool: Concurrent and construct validity. *Journal Medicine & Health*, 64(5), 365-371.
- Messer, L. C., Pence, B. W., Whetten, K., Whetten, R., & Nathan. (2010). Prevalence and predictors of HIV-related stigma among institutional- and community-based caregivers of orphans and vulnerable children living in five less-wealthy countries.

- Public Health Research*, 10, 504-510.
- Nalasamy, P. R., & Siti Hajar Abu Bakar. (2013). *Hak kanak-kanak dalam jagaan institusi awam* (ms. 978-983). Universiti Malaya, Kuala Lumpur.
- Natasha, A., Dobrova, K., Marinus, H., Van, I., Marian, J., Bakermans, K., & Femmie, J. (2010). Effect of perinatal HIV infection and early institutional rearing on physical and cognitive development of children in Ukraine. *Journal of Child Development*, 81, 237-251.
- Nyblade, L., Jain, A., & Grossman, C. (2013). Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff: Standardized Brief Questionnaire. Health Policy Project.
- O'Brien, J. (1995). Case management evaluation 1995. Ohio: Butler County Board of Mental Retardation/ Developmental Disabilities.
- Puteri Hayati Megat Ahmad. (2013). *Kemahiran dan pengurusan kes-kes kaunseling*. Kota Kinabalu: Penerbit Universiti Malaysia Sabah.
- Rajwani, M. Zain. (2012). *HIV/AIDS & isu stigma*. (Ed. Ke-2). Sintok: Universiti Utara Malaysia (UUM).
- Santos, M. D., Kruger, P., Mellors, S. E., Wolvaardt, G., & Ryst, E. V. D. (2014). An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in South Africa: The people living with HIV stigma index. *Journal of Public Health*, 27, 14-80.
- Shahrul Asyikin Shamsudin. (2012). *Stigma, diri dan strategi menghindari stigma dalam kalangan penghidap HIV positif*. Tesis Sarjana Falsafah, Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Sekoni, O. O., & Owoaje, E. T. (2013). HIV/AIDS stigma among primary health care workers in Ilorin, Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 42(1), 47-57.
- Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M. S., & Smith, G. C. (2011). HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: A systematic review. *AIDS Behavior*, 15(6), 1075-1087.
- Sullivan, S. G., Xu, J., Feng, Y., Su, S., Xu, C., & Ding, X. (2010). Stigmatizing attitudes and behaviors toward PLHA in rural China. *AIDS Care*, 22(1), 104-111.
- Surkon, P. J., Mukherjee, J. S., Eustache, E., Louis, E., Paul, T. J., Lambert, W., Scanlan, F. C., Oswald, C. M., & Smith Fawzi, M. C. (2010). Perceived discrimination and stigma toward children affected by HIV/AIDS and their HIV-positive caregivers in central Haiti. *AIDS Care*, 22(7), 803-815.
- Ugarte, W. J., Hogberg, U., Valladares, E. C., & Essen, B. (2013). Measuring HIV and AIDS related stigma and discrimination in Nicaragua: Results from a community-based study. *AIDS Education Prevalence*, 25(2), 164-178.
- UNAIDS/WHO. (2015). AIDS epidemic update.
- UNICEF. (2009). *Working with children in conflict with law: A summary booklet for professional in the children justice system in the Eastern Caribbean*. Barbados: UNICEF.
- Ying, K. N., Liu, H. Y., Loi, Y. Y., Pai, Y. H., & Ko, Y. C. (2013). Case management interventions for HIV-infected individuals. *Cure HIV/AIDS*, 10, 390-397.
- Zamir, R. B., Lorber, M., & Hermon, D. (2014). Assessment of the knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among pre-clinical medical students in Israel. *BMC Research Notes*, 20(7). 168.

Zhao, Q., Li, X. M., Zhao, G. X., Zhao J. F., Fang, X. Y., Lin, X. Y., & Stanton, B. (2011). AIDS knowledge and HIV stigma among children affected by HIV/AIDS in rural China. *AIDS Educations and Prevention*, 23(4), 341-350.

Zakiah, J., & Kamarudin, A. G. (2003). Tekanan di kalangan kakitangan agensi perkhidmatan bantuan: Kes di Jabatan Kebajikan Masyarakat. Dalam *Pengurusan Perkhidmatan Kerja Sosial di Malaysia (Vol 285-295)*. Sintok: Universiti Utara Malaysia.