

# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA ODHA (ORANG DENGAN HIV/ AIDS)**

Penulis :

**Ning Arti Wulandari, M.Kep. Ns**

**Erni Setiyorini, M.Kep. Ns**



**Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam terbitan (KDT)**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ODHA (ORANG  
DENGAN HIV/ AIDS)**

**ISBN : 978-602-6397-41-6**

Cetakan pertama : I-Blitar, November 2016  
Rancangan Sampul : Dina Yusvitasari, S.Kom  
Penyusun : Ning Arti Wulandari, M.Kep.Ns  
Erni Setiyorini, M.Kep.Ns  
Penerbit : Media Nusa Creative  
Alamat : Bukit Cemara Tidar H5 No. 34 Malang  
Telp. (0341) 563 149/082232121888  
Email : mnc.publishing.malang@gmail.com  
Website : www.mncpublishing.com

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

All rights reserved

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa se izin tertulis dari penerbit.

Ketentuan Pidana Sanksi pelanggaran pasal 77 UU nomor 19 tahun 2002 tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah) atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum sesuatu ciptaan barang atau hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.00.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

## KATA PENGANTAR

Modul pembelajaran ini ditulis oleh penulis, sebagai panduan belajar mahasiswa pada mata kuliah sistem imun dan hematologi. Modul ini dibuat berdasarkan referensi yang lebih terarah dan terencana dalam memberikan asuhan keperawatan pada ODHA (orang dengan HIV/AIDS) baik secara individu maupun kelompok dan orang yang beresiko tertular HIV serta keluarga ODHA. Modul pembelajaran asuhan keperawatan pada orang dengan HIV/AIDS ini ditujukan kepada mahasiswa semester tiga dan mahasiswa yang menjalani praktik profesi yang sedang mengaplikasikan teori ke lahan.

Dalam penyusunan modul ini banyak peran serta dan dukungan yang kami dapatkan. Oleh karena itu kami menyampaikan terimakasih sedalam dalamnya kepada semua pihak yang terlibat dalam tersusunya buku ini. Semoga kerjasama yang telah terjalin dapat berlanjut di lain waktu dan kesempatan.

Kami sadar bahwa modul ini jauh dari kata sempurna. Kami berharap agar pembaca yang memiliki ide, saran, kritik yang membangun atas isi modul ini, dapat menulis dan mengirim masukan tersebut kepada kami dengan alamat STIKes Patria Husada Blitar, Jl. Sudanco Supriyadi 168 Kota Blitar. Masukan

tersebut akan kami terima dengan senang hati guna perbaikan modul ini di kemudian hari.

Akhirnya, semoga modul ini dapat memberikan sumbangan bagi pelayanan kesehatan dasar.

Penyusun

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	v
<b>BAB 1 Konsep Dasar HIV/ AIDS .....</b>	<b>1</b>
1.1. Dasar virologi .....	1
1.1.1. Struktur HIV .....	1
1.1.2. Siklus Hidup HIV .....	3
1.1.3. Aspek Imunologi pada patofisiologi HIV .....	8
1.1.4. Transmisi Infeksi HIV .....	10
1.1.5. Perjalanan Infeksi HIV .....	13
1.1.6. Derajat Infeksi HIV dan AIDS .....	14
1.2. Perubahan psikologis pasien HIV/ AIDS .....	15
1.2.1. Respon adaptif psikososial-spiritual .....	20
1.2.2. Respon adaptasi psikologis .....	22
1.2.3. Respon adaptasi spiritual .....	23
1.2.4. Respon adaptasi social .....	23
1.3. Mekanisme Koping .....	24
1.4. Strategi Koping .....	25
1.5. Kriteria diagnosis HIV/ AIDS .....	26
1.5.1. Diagnosis HIV/ AIDS pada orang dewasa .....	26
1.5.2. Diagnosis HIV/ AIDS pada anak .....	28
1.6. Penatalaksanaan klinis infeksi HIV/ AIDS .....	33
1.7. Penilaian dan tata laksana pada anak setelah diagnosis infeksi HIV ditegakkan .....	39
1.8. Dukungan Nutrisi .....	43
1.9. Evaluasi .....	49

<b>BAB 2 Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan HIV/AIDS .....</b>	<b>51</b>
2.1. Epidemiologi ibu hamil dengan HIV/AIDS .....	51
2.2. Periode Penularan HIV pada Ibu Hamil .....	52
2.3. Pentingnya ARV pada IDHA Hamil .....	54
2.4. Gizi pada ODHA Ibu Hamil .....	57
2.5. Asuhan keperawatan pada ibu ODHA mulai dari hamil sampai Degan persalinan .....	59
2.6. Evaluasi .....	67
<b>BAB 3 Asuhan keperawatan pada anak dengan HIV/AIDS</b>	<b>69</b>
3.1. Pengkajian .....	69
3.2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul .....	72
3.3. <i>Nursing care plan</i> .....	72
3.4. Evaluasi .....	74
<b>BAB 4 Asuhan Keperawatan Anak Dengan Hiv Aids Dalam Konteks Keluarga Dengan Pengkajian Keluarga Calgary .....</b>	<b>75</b>
4.1. Pengkajian keluarga Calgary .....	75
4.2. Model intervensi keluarga Calgary .....	87
4.3. Asuhan keperawatan dalam konteks keluarga .....	93
4.4. Evaluasi .....	97
<b>BAB 5 Asuhan Keperawatan Pada Komunitas Beresiko Tertular Hiv Dan Komunitas ODHA .....</b>	<b>99</b>
5.1. Asuhan keperawatan pada komunitas ODHA .....	99
5.2. Diagnosa keperawatan pada komunitas ODHA dan <i>Nursing care plan</i> .....	103
5.3. Asuhan Keperawatan pada Kelompok beresiko tertular HIV .....	105
5.4. Evaluasi .....	107
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>109</b>

## Daftar Lampiran Gambar

Gambar 1.1. Anatomi AIDS virus .....	2
Gambar 1.2. Siklus hidup HIV .....	3
Gambar 1.3. Hilangnya CD4+ T Cell seiring dengan penurunan imunitas dan ketidakmampuan dalam mengontrol HIV .....	10
Gambar 1.4. Diagnosis presumtif HIV anak <18 bulan.....	33
Gambar 1.5. Rekomendasi ARV .....	42
Gambar 1.6. Gizi dan imunitas tubuh pasien dengan HIV ...	44
Gambar 2.1. Penularan HIV dari ibu ke janin .....	54

## Daftar Tabel

Tabel 1.1. Faktor – faktor resiko transmisi vertikal HIV .....	11
Tabel 1.2. reaksi psikologis pasien HIV .....	20
Tabel 1.3. Interpretasi dan tindak lanjut hasil tes A1 .....	28
Tabel 1.4. Skenario klinis .....	31
Tabel 1.5. Gambaran klinis dan tatalaksana SPI .....	37
Tabel 1.6. Kriteria klinis .....	40
Tabel 1.7. Tabel immunodefisiensi .....	40
Tabel 1.8. Indikasi ARV .....	41
Tabel 2.1. Pemberian antiretroviral pada ibu hamil dengan berbagai situasi klinis .....	55
Tabel 2.2 Rekomendasi kenaikan berat badan pada ODHA .	57
Tabel 4.1. kepercayaan tentang masalah kesehatan .....	86
Tabel 4.2. CFIM : Intersect domain dari fungsi keluarga dan intervensi .....	89



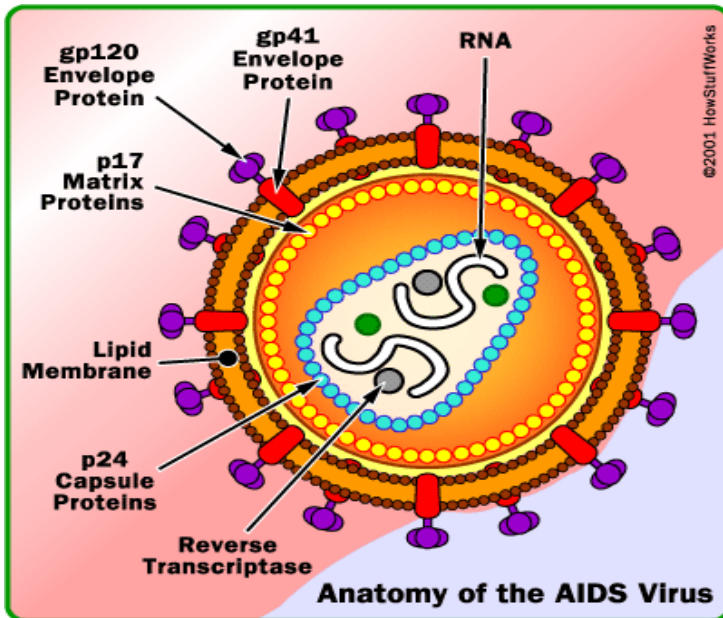
## **BAB 1**

# **KONSEP DASAR HIV/AIDS**

### **1.1 Dasar Virologi Dan Infeksi HIV**

#### **1.1.1 Struktur *Human Immune deficiency Virus***

**A**cquired immune deficiency syndrome (AIDS) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus yang disebut HIV (*Human Immune deficiency Virus*). Pada umumnya AIDS disebabkan HIV-1, namun dari beberapa kasus di Afrika disebabkan HIV-2 (Baratawidjaja Karnen, 2006). HIV-1 adalah virus HIV yang pertama kali diidentifikasi oleh Luc Montaner di Institusi Pasteur Paris tahun 1983. Karakteristik virus sepenuhnya diketahui oleh Robert Gallo di Washington dan Jay Levy di San Francisco tahun 1984. HIV-2 berhasil diisolasi dari pasien di Afrika Barat pada tahun 1986 (Nasorudin, 2007).



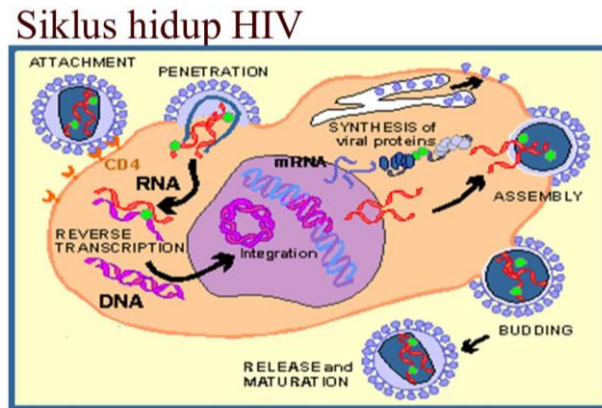
Gambar 1.1 Anatomi AIDS virus

Struktur HIV-1 terdiri dari 2 untai RNA yang identik dan merupakan genom virus yang berhubungan dengan P17 dan P24 berupa inti poli peptida. Semua komponen tersebut diselubungi envelop membran fosfolipid yang berasal dari sel penjamu. Protein gp120 dan gp41 yang disandi virus ditemukan dalam envelop.

RNA directed DNA Polymerase (reserve transcriptase) adalah polimerase DNA dalam retrovirus seperti HIV dan virus Sarkoma Rouse yang dapat digunakan RNA template untuk memproduksi hibrid DNA. Tranverse Transcriptase diperlukan dalam tehnik rekombinan DNA yang diperlukan dalam sintesis First stand cDNA.

Antigen p24 adalah core antigen virus HIV, yang merupakan pertanda adanya infeksi HIV-1, ditemukan beberapa hari sampai dengan minggu sebelum terjadi serokonversi sintesis antibodi terhadap HIV-1. Sedangkan antigen gp120 adalah glikoprotein permukaan HIV-1 yang mengikat reseptor CD4+ pada sel T dan makrofag. Usaha sintesis reseptor CD4+ ini telah digunakan untuk mencegah antigen gp120 menginfeksi sel CD4+. Gen envelope sering bermutasi. Protein envelop adalah produk yang menyanding gp120, digunakan dalam usaha memproduksi antibodi yang efektif dan produktif oleh penjamu.

### 1.1.2 Siklus Hidup HIV



Gambar 1.2 Siklus hidup HIV

#### a. Penetrasi

Perjalanan infeksi HIV di dalam tubuh manusia diawali dari interaksi gp120 pada selubung HIV berikatan dengan reseptor spesifik CD4 yang terdapat pada

permukaan sel target (kebanyakan limfosit T-CD4). Sel target utama adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor CD4 (astrofit, mikroganglia, monosit-makrofag, limfosit, Langerhan's, denditrik). Interaksi gp120 HIV dengan CD4 mengakibatkan terjadi ikatan antara HIV dengan sel target. Ikatan tersebut semakin diperkuat oleh ko-reseptor ke dua sehingga gp41 dapat memperantarai masuknya virus ke dalam sel target dengan cara fusi membran. Dengan fusi kedua membran memungkinkan semua partikel HIV masuk kedalam sitoplasma sel target. Kekuatan ikatan antara HIV dan sel target sangat ditentukan afinitas ko-reseptor yang satu sama lain tidak sama. Perbedaan tersebut ditentukan oleh tropisme strain HIV. Kemampuan mengikat dan tropisme HIV tergantung pada struktur gp120.

Informasi genetik HIV yang terbawa melalui genom RNA terbawa masuk ke dalam sitoplasma sel host baru. Genom RNA disertai peran enzim reverse transcriptase akan membantu DNA untai tunggal (*singel stranded DNA*) dan lebih lanjut terjadi transkripsi membentuk DNA untai ganda (*Double stranded DNA*) untuk berintegrasi ke dalam genom sel *host*. Genom DNA untai ganda membentuk kompleks dengan sel *host* disertai terpadunya berbagai protein virus (termasuk matriks, integrase dan Vrp) yang berhasil ditransport ke dalam inti.

## b. Integrasi Dan Transkripsi

Genom HIV untaian ganda secara acak berintegrasi ke dalam genom sel Host, sehingga terjadi perubahan DNA menjadi lebih stabil. DNA dibentuk oleh dua untaian fosfat dan deoksiribosa secara bergantian dengan satu basa pirimidin (timin atau sitosin). Dalam satu nukleotida terdapat satu deoksiribosa, satu kelompok fosfat, satu basa. Satu untaian DNA merupakan polinukleotida. Basa tersusun seperti anak tangga, deoksiribosa dan kelompok fosfat tersusun seperti tiang tangga. Kedua untaian tersebut terkait pada satu aksis yang sama membentuk heliks ganda. Urutan basa pada satu untaian berpasangan dan saling melengkapi dengan basa yang berbeda pada untaian lain. DNA membawa untaian genetik dalam bentuk kode. Kode tersebut disusun dengan memakai basa purin dan dua basa pirimidin. Tiga basa-basa ini pada pada kode molekul DNA diperlukan untuk asam amino tertentu dan dipakai sebagai sisipan pada peptida yang sudah ada. Basa inilah yang menyampaikan informasi genetik untuk sintesis protein. Sintesis protein terjadi di sitoplasma. Sedangkan RNA memainkan perannya sebagai perantara dalam menyampaikan sandi dari nukleus ke sitoplasma oleh mRNA, kemudi membantu pembentukan rantai peptida. Pada awal sintesis protein, mRNA disintesis di dalam nukleus melalui proses yang melibatkan pemasangan basa. Sekali terbentuk, mRNA memasuki sitoplasma dan melekat

pada struktur yang disebut ribosom. Asam amino bebas tidak langsung melekat pada mRNA tetapi terlebih dahulu diikat oleh tRNA. RNA ini mengatur posisi yang tepat untuk melepaskan asam amino melalui proses pemasangan basa pada mRNA di ribosom. Sistem pemasangan yang kompleks ini akhirnya mengikatkan asam amino dalam urutan yang sudah ditentukan oleh DNA di nukleus. Transfer informasi genetik dari DNA ke MRNA disebut **Transkripsi**. Dari hasil transkripsi ini digunakan untuk menyusun asam amino menjadi peptida dan proses ini disebut sebagai **Translasi**. Genom HIV yang berhasil berintegrasi ke dalam genom sel host disebut provirus.

c. Replikasi Hiv

Replikasi berlangsung di dalam sel host. Provirus masuk ke dalam sel host dengan perantara enzim integrase. Penggabungan ini menyebabkan provirus menjadi tidak aktif sehingga sementara proses transkripsi dan translasi berhenti. Sel target yang terpapar HIV tersebut mengalami perubahan aktivitas, menjadi aktif memproduksi sitokin. Sitokin memicu nuklear factor kB (NF-kB) yang akan berikatan pada 5'LTR i (*Long Terminal Repeat*) dan meinginduksi terjadinya replikasi DNA. Enzim Polimerase mentranskrip DNA menjadi RNA yang secara struktur berfungsi sebagai RNA genomik dan mRNA. RNA keluar dari nukleus kemudian mRNA mengalami translasi menghasilkan polipeptida. Polipeptida yang terbentuk

bergabung dengan RNA menjadi inti virus baru. Inti ini membentuk tonjolan pada permukaan sel dan kemudian polipeptida mengalami defarensiasi fungsi yang dikatalisasi oleh enzim protease menjadi protein dan enzim yang fungsional. Inti virus baru dilengkapi bahan selubung yaitu kolesterol dan glikolipid dari permukaan sel host guna membentuk *envelope*. Dengan demikian akhirnya terbentuk virus baru yang lengkap dan matur ini keluar dari sel target untuk menyerang sel target berikutnya. Dalam satu hari replikasi virus HIV dapat menghasilkan virus baru yang jumlahnya bisa mencapai 10 milyar.

Berbagai protein virus berperan penting dalam proses pelepasan HIV dari sel host. Selain membran sel host yang mempersiapkan diri dengan diawali dengan proses akumulasi dan komunikasi RNA HIV dengan berbagai protein di dalam virion diperlukan untuk mengatur aktivitas sel guna menghasilkan, memproses dan mentransport berbagai komponen sehingga dapat ditempatkan, diintegrasikan melalui proses katalitik, sehingga komponen-komponen tersebut dapat diposisikan pada membran sel host dalam rangka pelepasan virion baru. Kemudian polipeptida virus yang masih matur sehingga dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Dengan bantuan enzim protease dan melalui suatu rangkaian proses dapat terbentuk RNA HIV sesuai ukuran dan berat molekul yang dikehendaki. Virus memiliki envelope dan inti serta

komponen lengkap, terbentuk partikel virus baru. Vpu memandu pelepasan virion dari membran sel *host*, melalui proses *budding* virus ini menembus keluar dari sel *host* dan siap menginfeksi sel *host* berikutnya. APC memproses protein asing menjadi peptida-peptida kecil yang kemudian diekspresikan pada permukaan sel. Sehingga sel T dapat mengenal reseptor CD4 dan CD8 pada permukaannya. Kemudian terjadi aktivasi sinyal yang diikuti berbagai sinyal dari molekul ko-stimulator seperti CD 28 dan CD 154, sehingga sel T akan mengalami krisis energi yang kemudian akan mendorong terjadinya apoptosis.

### 1.1.3. Aspek Imunologi Pada Patofisiologi HIV

Limfosit T-CD4 berfungsi untuk mengatur sistem kekebalan tubuh yang mengenali sekaligus memusnahkan berbagai mikroorganisme termasuk virus. Sedangkan pada HIV ini justru limfosit T ini yang diintervensi dan mengalami infeksi serta dirusak oleh HIV sehingga jumlahnya cenderung menurun.

Jika HIV sudah masuk kedalam tubuh manusia maka, tubuh pun akan menghadapi berbagai mekanisme untuk mempertahankan diri, melalui tiga mekanisme ketahanan antara lain :

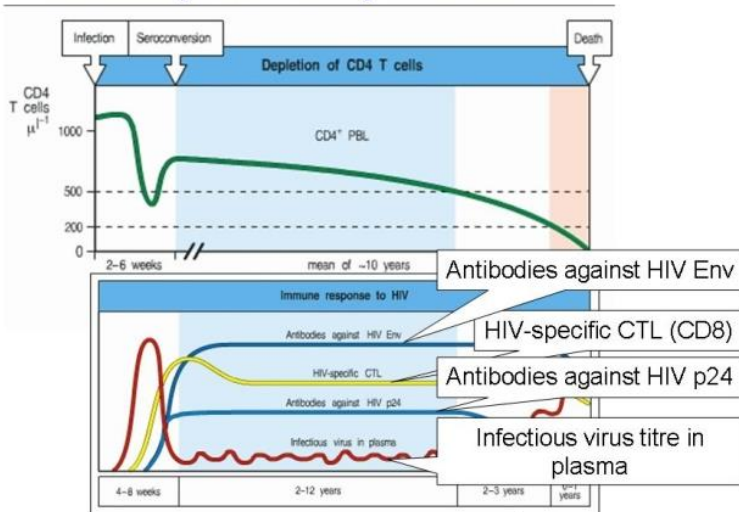
- a. Komplemen akan berusaha memusnahkan virus melalui opsonisasi, dampaknya hiperaktivitas komplemen terjadi peningkatan kadar histamin, sehingga penderita sering mengeluh gatal-gatal pada kulit.



- b. Mekanisme berikutnya tubuh mencegah HIV agar tidak masuk sel target melalui peran interferon  $\alpha$  dan  $\beta$  yang berusaha mencegah replikasi HIV.
- c. Mekanisme yang lebih kompleks terjadi pada sel target, pada sel target yang menjadi sasaran dan terpapar HIV terdapat tiga mekanisme ketahanan tubuh untuk menyikapi keberadaan HIV tersebut melalui; (a) sel yang terpapar akan segera di musnahkan oleh NK, yang dihadapi sendiri maupun di dukung oleh ADCC (*antibody dependent cell cytotoxic*), (2) sel yang terpapar dimusnahkan secara perlahan melalui proses apoptosis patologis. Bila HIV diikuti oleh ko-infeksi oleh virus lain, bakteri, jamur atau protozoa akan terjadi kematian lebih cepat. Dan yang terakhir (c) sel yang terpapar ini tetap bertahan hidup dan mengikuti sirkulasi sistemik. Sel yang terpapar ini mengalami aktivitas sehingga terjadi peningkatan produksi IL-1b (interleukin-1b) dan meningkatnya kadar ROS (Reactive oxygen species) akibat meningkatnya kebutuhan ATP pada mitokondria. Sitokin proinflamatori dalam bentuk interleukin-1b memicu peningkatan produksi prostaglandin dari hipotalamus sebagai pusat termoregulasi sehingga mengubah set point tubuh dan akan terjadi peningkatan suhu tubuh. Sedangkan ROS akan meningkatkan terjadinya apoptosis, sel yang paling potensial mengalami apoptosis adalah limfosit T, sedangkan pada limfosit T terdapat reseptor CD4, akibatnya kadar CD4

akan cenderung menurun akibatnya terjadi imunodefisiensi pada penderita HIV.

### The loss of CD4+ T cells eventually creates immune deficiency and inability to control HIV



Picture modified from Elsevier Science/Garland Publishing

Gambar 1.3 Hilangnya CD4+ T Cell seiring dengan penurunan imunitas dan ketidakmampuan dalam mengontrol HIV

#### 1.1.4 Transmisi Infeksi HIV

Transmisi HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara antara lain:

- a. Secara vertikal atau MTCT (*mother to child transmission*) dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, menyusui). Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10% namun jika ODHA yang hamil tidak diberikan HAART selama kehamilan maka 80% akan beresiko terjadi

penularan ke janin pada usia kehamilan diatas 36 minggu, sewaktu persalinan 10-20% dan saat pemberian ASI 10-20%.

Tabel 1.1 Faktor-faktor Resiko Transmisi Vertikal HIV

<b>Faktor ibu</b>	<b>Kejadian intrapartum</b>
Kadar CD4 yang rendah	Ketuban pecah dini buatan
Tingginya kadar viral load	Ketuban pecah dini > 4 jam
Korioamnionitis	Penggunaan alat-alat pada persalinan
AIDS yang lanjut	Persalinan prematur
Adanya antigen P24 dalam serum ibu	Penggunaan scalp monitor

Sumber: Tripathi dkk.

ASI merupakan perantara terbesar penularan HIV dari ibu ke bayi pascanatal ini karena telah diidentifikasi adanya virus yang ditemukan di ASI. Infeksi pada bayi akan dilihat melalui kultur atau Polymerase Chain Reaction (PCR) pada bayi setelah lahir negatif tetapi setelah beberapa bulan menjadi positif. Pada ODHA yang hamil akan dilakukan intervensi dengan obat HAART (highly active antiretroviral therapy), pada ibu hamil yang tidak diberikan obat HAART, 80% akan terjadi transmisi MTCT pada usia kehamilan lanjut (diatas 36 minggu) (D.Suhaimi, 2009).

- b. Secara trans seksual (homoseksual dan heteroseksual)

Transmisi HIV melalui kontak seksual pertama kali diketahui oleh Lifson pada pria homoseksual dan

heteroseksual di California. Dengan studi kohort dari 100% yang positif HIV setelah 8-10 tahun 52% mengidap AIDS. Virus HIV berada di cairan semen, cairan cerviks dan cairan vagina. Transmisi infeksi HIV melalui hubungan seksual lewat anus lebih mudah karena hanya terdapat membran mucosa rectum yang tipis dan mudah robek sehingga anus sering terjadi robek. Pada kontak seks pervaginal kemungkinan transmisi HIV dari laki-laki ke perempuan lebih besar daripada perempuan ke laki-laki. Hal ini dikarenakan paparan semen dan sperma mulai dari mucosa vagina, serviks sampai ke endometrium.

- c. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi

Dalam hal ini yang paling beresiko adalah pengguna narkoba intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bersamaan tanpa memperhatikan kesterilisasiannya. Selain itu penerima transfusi darah juga sangat beresiko terhadap penularan HIV, namun pada saat ini penapisan darah terhadap HIV sudah semakin baik, sehingga kasus penularan HIV dari pendonor ke penerima donor hampir tidak ada.

Kelompok pekerja yang beresiko terhadap penularan HIV melalui darah adalah petugas kesehatan dan petugas laboratorium. Menurut Nasronudin (2007) penelitian multi institusi menyatakan bahwa resiko penularan HIV setelah tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah ODHA adalah sekitar 0,3% sedangkan resiko

penularan HIV akibat bahan yang tercemar HIV ke membran mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09%, sehingga universal precaution harus diperhatikan bagi pekerja yang beresiko terhadap penularan HIV. Di RS DR.Sutomo dan rumah sakit swasta di Surabaya, terdapat 16 kasus kecelakaan kerja pada petugas kesehatan dalam 2 tahun terakhir. Pada evaluasi lebih lanjut tidak terbukti terpapar HIV.

### **1.1.5 Perjalanan Infeksi HIV**

Perjalanan HIV menurut Nasrondin (2007) melalui 3 fase, antar lain:

a. Fase infeksi akut

Berjuta-juta virus baru disebut virion. Virion akan mengakibatkan sindroma infeksi akut dengan gejala yang gejala flu. Diperkirakan bahwa sekitar 50%-70% orang yang mengalami infeksi HIV akan merasakan sindroma infeksi akut dengan gejala demam, faringitis, malaise, nyeri kepala, mual, muntah, diare, anoreksi dan penurunan berat badan, dan gejala tersebut akan berlangsung sekitar 3-6 bulan. Jumlah limfosit T pada fase ini masih diatas 500 sel/m dan kemudian akan mengalami penurunan setelah 6 minggu terinfeksi HIV.

b. Fase infeksi laten

Respon imun spesifik HIV dengan terperangkapnya virus dalam sel dendritik folikuler (SDF) dipusat germinativum kelenjar limfe sehingga virion tidak dapat

dikenali. Pada fase ini jumlah virion diplasma menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe. Pada fase ini sering menunjukkan asimtomatis. Fase ini berlangsung sekitar 8-10 tahun setelah terinfeksi. Setelah 8 tahun maka akan muncul infeksi oportunistik.

c. Fase infeksi kronis

Selama fase ini, virus HIV bereplikasi didalam kelenjarlimfe dengan sangat cepat sehingga fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun oleh sebab itu virus tersebar ke darah. Sehingga terjadi peningkatan virion dalam sirkulasi darah. Pada fase ini terjadi penurunan jumlah limfosit T-CD4 hingga di bawah 200 sel/mm<sup>3</sup>, oleh sebab itu rentan terhadap infeksi skunder. Perjalanan penyakit semakin progresif yang mendorong ke arah AIDS. Beberapa infeksi skunder yang sering menyertai adalah pneumonia, tuberculosis, toksoplasma encephalitis, diare akibat kriptosporiosis, infeksi virus herpes, kandidiasis dan kadangkadangkang juga ditemukan kanker kelenjar getah bening.

### 1.1.6 Derajat Infeksi HIV dan AIDS

a. Stadium klinis I

- Asimtomatis
- Limfadenopati persistent generalisata

Keadaan umum fisik skala I: Asimtomatis, aktivitas normal

b. Stadium klinis II

- Penurunan berat badan < 10% dari berat badan sebelumnya
- Manifestasi mukokutaneus minor (dermatitis, prurigo, jamur kuku, ulsaria mukosa oral berulang)
- Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir
- Infeksi berulang pada saluran pernafasan atas

Keadaan umum fisik skala II: Simtomatis, aktivitas normal

c. Stadium klinis III

- Penurunan berat badan > 10%
- Diare kronis dengan penyebab yang tidak jelas dan berlangsung > 1 bulan
- Demam dengan penyebab yang tidak jelas dan berlangsung > 1 bulan
- Kandidiasis pada mulut
- TB pulmoner dalam satu tahun terakhir
- Infeksi bakterial berat seperti pneumonia, piomiositis

Keadaan umum fisik skala III: lemah, berada di tempat tidur, < 50% per hari dalam bulan terakhir.

d. Stadium klinis IV

- HIV wasting Syndrome
- Ensefalitis toksoplasma
- Kandidiasis esofagus
- Salmonela non tifoid
- TB ekstrapulmoner
- Limfoma maligna

- Encephalopati HIV

Keadaan umum fisik skala IV: sangat lemah, selalu berada di tempat tidur > 50% per hari dalam bulan terakhir.

## 1.2. Perubahan psikologis pasien HIV/ AIDS

ODHA merasa ragu dan mereka memiliki koping terhadap situasi ini. Perasaan tidak aman merupakan ketakutan terhadap masa depan dan orang fokus terhadap keluarga dan pekerjaannya. Mereka merasa lebih ragu dan perhatian terhadap hal itu karena kualitas hidup dan harapan hidup dan harapan hidup terhadap hasil terapi yang baik dan reaksi masyarakat.

### 1. Takut dan kehilangan.

ODHA mengalami ketakutan terhadap kematian. Adalah ketakutan yang mendasar. Aspek lain yang berhubungan dengan HIV/AIDS adalah kehilangan. Seseorang dalam fase perkembangan AIDS khawatir karena akan kehilangan hidupnya, ambisinya, penampilan fisik dan potensi, relasi seksual, kehilangan posisi mereka di masyarakat, stabilitas finansial dan kebebasan. Dengan tambahan kebutuhan khusus yang penting mereka cenderung kehilangan rasa privasi dan kontrol terhadap kehidupannya. Kemungkinan berdampak pada masa depan, kecemasan yang bersal dari hubungan cinta atau pemberi perawatan dan reaksi negatif dari masyarakat. Permasalahan yang utama adalah kehilangan kepercayaan diri.



2. Kesedihan, sindrom kehilangan harapan dan ketidakberdayaan.

Kesedihan merupakan emosi yang kuat yang sangat dekat dengan kehilangan. Pasien HIV/AIDS positif sering mengalami kesedihan karena kehilangan harapan. Beberapa orang dapat hidup sampai 10 tahun dan yang lain hanya beberapa bulan dari diagnosa. ODHA cenderung tidak peduli lagi tentang sesuatu yang dapat membuat bahagia, mereka menerima takdir, mereka tidak dapat melihat harapan dan menunggu kematian datang.

Sindrom kehilangan harapan dan ketidakberdayaan meliputi elemen menyerah dan meninggalkan. Mekanisme bertahan meliputi:

- Berhadapan dengan situasi rasa sakit kehilangan harapan dan ketidakberdayaan.
- Rasa subjektif kemampuan menurun terhadap situasi yang dihadapi
- Perasaan bahaya dan penurunan kepuasan terhadap hubungan dengan orang lain
- Kehilangan kontinuitas masa lalu dan masa depan, menurunnya kemampuan untuk berharap dan percaya.
- Kecenderungan untuk menghidupkan kembali dan membangun kembali perampasan dan kegagalan.

3. Kesedihan dan harga diri.

ODHA yang harus mengatasi takdir yang rumit, sering kehilangan harga diri dengan cepat. Penolakan dari kolega,

saudara dan orang yang dicintai memicu seseorang untuk kehilangan harga diri dan identitas sosial, dan menimbulkan perasaan tidak berharga. Kondisi ini dapat memperburuk gejala yang mengikuti penyakit, diantaranya adalah cacat wajah, memburuk tubuh, hilangnya kekuatan serta hilangnya kontrol atas tubuh seseorang.

4. Gangguan kecemasan dan depresi.

Rasa kecemasan pada ODHA dapat dideteksi segera., berdasarkan:

- Panjang pendeknya prognosis
- Resiko infeksi dengan penyakit lain
- Resiko infeksi dari orang lain
- Penolakan sosial, profesi, keluarga dan partner seksual.
- Perpisahan, isolasi dan nyeri fisik
- Ketakutan terhadap degradasi
- Ketakutan terhadap kematian dan kesakitan saat menghadapi kematian
- Ketidakmampuan merubah keadaan dan konsekuensi infeksi HIV.
- Ketidakmampuan memastikan kondisi kesehatan optimal
- Kegagalan saudara dekat berkompromi dengan keadaan
- Tidak tersedianya prosedur terapeutik yang sesuai
- Kehilangan privasi dan ketakutan akibat tidak terpapar informasi

- Penolakan sosial dan seksual
- Kegagalan fungsi vital
- Kehilangan kebebasan fisik dan finansial (Satir, 2006)

Gangguan kecemasan diikuti oleh karakteristik somatik, psikologis dan otonomik, biokimia, endokrin dan perubahan perilaku. Fakta bahwa tidak ada obat untuk infeksi HIV, mempengaruhi rasa ketidakberdayaan, kehilangan kontrol diri yang menimbulkan depresi.

5. Penolakan, marah, agresi dan percobaan bunuh diri

Benerapa orang bereaksi terhadap status baru sebagai penderita HIV/ AIDS dengan penolakan. Untuk beberapa dari mereka, penolakan diperlihatkan dengan cara konstruktif untuk menghandle shock terhadap diagnosis. Apabila kondisi ini terus menetap, penolakan menjadi tidak produktif karena orang tersebut juga menolak tanggungjawab sosial yang berhubungan dengan HIV yang positif. Kemarahan dan agresi merupakan aspek khas yang menemani orang dalam situasi kehilangan. Beberapa individu menjadi marah dan agresif. Mereka sering sangat marah tentang nasib mereka. Mereka terus-menerus memiliki perasaan, bahwa mereka tidak diperlakukan dengan sopan dan bijaksana.

Terjadi peningkatan resiko bunuh diri pada HIV positif. Mereka memandang bahwa bunuh diri sebagai cara terlepas dari rasa sakit dan situasi yang sulit., terlepas dari rasa malu dan kesedihan. Bunuh diri bisa aktif atau pasif.

## 6. Aspek spiritual

Situasi di mana seseorang harus menghadapi kesepian, kehilangan kontrol dan kematian, dapat menyebabkan spiritual pertanyaan dan mencari bantuan dalam iman. Konsep dosa, kesedihan, pengampunan, rekonsiliasi dan mengatasinya dapat menjadi subjek dalam diskusi spiritual dan religius. Banyak orang percaya bahwa hanya orang yang religius memiliki kebutuhan spiritual. mulai berurusan dengan pertanyaan tentang makna kehidupan sendiri selama sakit mereka dan ketika mereka menderita. Semua orang perlu mengetahui, bahwa kehidupan telah punya dan masih memiliki beberapa makna. Semua orang perlu berurusan dengan hal-hal yang sulit baginya dan yang tidak berubah. Kadang - kadang penderitaan secara radikal merubah kehidupan aktual dan kadang - kadang berpengaruh terhadap nilai moral seseorang (Dobrikova, 2005).

### **1.2.1. Respon adaptif psikososial-Spiritual**

#### **Respon adaptif psikologis (penerimaan diri).**

Pengalaman mengalami suatu penyakit akan membangkitkan berbagai perasaan dan reaksi stres, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu, berduka dan ketidakpastian dengan adaptasi terhadap penyakit.

Tabel 1.2 Reaksi psikologis pasien HIV

<b>Reaksi</b>	<b>Proses psikologis</b>	<b>Hal - hal yang biasa dijumpai</b>
1. Shock (kaget, guncangan batin)	Merasa bersalah, marah dan tidak berdaya	Rasa takut, hilang akal, frustrasi, rasa sedih, susah, acting out.
2. Mengucilkan diri	Merasa cacat, tidak berguna dan menutup diri	Khawatir menginfeksi orang lain, murung.
3. Membuka status secara terbatas	Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stress, ingin dicintai	Penolakan, stres dan konfrontasi
4. Mencari orang lain yang HIV positif	Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan dan dukungan sosial.	Ketergantungan, campur tangan, tidak percaya pada pemegang rahasia dirinya
5. Status khusus	Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, dibutuhkan oleh yang lainnya.	Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (semua orang dilihat sebagai terinfeksi HIV dan direpson seperti itu), over identification.
6. Perilaku mementingkan orang lain	Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan memberi dan berbagi, perasaan sebagai kelompok.	Pemadaman, reaksi dan kompensasi yang berlebihan.

7. Penerimaan	Integrasi status positif HIV dengan identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dengan diri sendiri bisa menyebutkan kondisi seseorang.	Apatis dan sulit berubah.
---------------	--	---------------------------

Menurut Stewart, 1997

### 1.2.2. Respon adaptasi psikologis

Kubler ross (1974) dalam Nursalam & Kurniawati (2007) menguraikan 5 tahap reaksi emosi seseorang terhadap penyakit, yaitu :

a) Denial

Pengingkaran dapat berlalu dengan adanya proyeksi yang berasal dari pasien yang menyatakan bahwa kemungkinan kesalahan diagnosa atau hasil laboratorium. Pengingkaran bersifat sementara seiring dengan perubahan fase lain dalam menghadapi kenyataan.

b) Anger

Apabila pengingkaran tidak dapat dipertahankan, maka berubah menjadi kemarahan yang ditujukan kepada diri sendiri maupun orang lain. Sasaran utama kemarahan pasien adalah petugas kesehatan, terutama perawat dan pasien menjadi banyak menuntut, cerewet, cemberut, tidak bersahabat, kasar, menantang, tidak mau bekerjasama,

sangat marah, mudah tersinggung, meminta banyak perhatian dan iri hati.

c) *Bargaining*

Setelah fase marah dilalui, pasien akan berfisir dan merasakan bahwa protesnya tidak berarti. Timbul rasa bersalah dan membina hubungan dengan Tuhan. Pasien berdoa, meminta dan berjanji pada Tuhan.

d) *Depression*

Selama fase ini pasien sedih/ berkabung dan mulai mengatasi kehilangan secara konstruktif.

e) *Acceptance*

Seiring dengan berlalunya waktu pasien mulai dalam neradaptasi, kepedihan yang menyakitkan berkurang dan bergerak menuju identifikasi sebagai seseorang yang memiliki keterbatasan karena penyakitnya dan sebagai seseorang yang cacat.

### **1.2.3. Respon adaptasi spiritual**

Menurut konsep Ronaldson (2000) dan Kauman dan Nipan (2003) respon adaptif spiritual meliputi harapan dan realistis, tabah dan sabar, pandai mengambil hikmah.

### **1.2.4. Respon adaptif sosial**

Menurut Stewart (1997) dalam Nursalam & Kurniawati (2007) dibedakan menjadi 3, yaitu:

- a. Stigma sosial dalam memperparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri pasien.
- b. Diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV, misalnya penolakan bekerja dan hidup serumahjuga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan.
- c. Respon psikologis yang lama mengakibatkan keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan, sehingga dapat berakibat pasien menggunakan obat - obat terlarang untuk menghilangkan stress.

### **1.3. Mekanisme Koping**

Setiap orang memiliki cara untuk menghadapi permasalahan yang pada akhirnya reaksi menekan itu memunculkan strategi/ pola menghadapi untuk melindungi keutuhan dirinya dan beradaptasi terhadap stres yang dialami, mekanisme ini disebut sebagai koping.

Mekanisme koping adalah semua upaya yang diarahkan untuk mengelola stres yang dapat bersifat konstruktif atau destruktif (Stuart, 2013).

Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Nursalam (2003) memperjelas makna belajar dalam konteks ini adalah kemampuan untuk menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal.

Terdapat tiga jenis utama mekanisme koping adalah sebagai berikut:



1. Mekanisme koping berfokus pada masalah, yaitu melibatkan tugas dan upaya langsung untuk mengatasi ancaman, contoh: negosiasi, konfrontasi dan mencari saran.
2. Mekanisme koping berfokus secara kognitif, seseorang mencoba mengendalikan makna dari suatu masalah, kemudian menetralsirkannya. Contoh: perbandingan positif, ketidaktahuan selektif, substitusi, penghargaan dan devaluasi objek yang diinginkan.
3. Mekanisme koping berfokus pada emosi, klien disorientasi untuk mengurangi distres emosionalnya, contoh: meliputi penggunaan mekanisme pertahanan ego, seperti: denial, supresi atau proyeksi.

Stressor akibat penyakit HIV/ AIDS dapat menimbulkan berbagai dampak, sehingga untuk mempertahankan eksistensinya, ODHA memerlukan strategi koping. Strategi koping merupakan koping yang digunakan oleh individu secara sadar dan terarah dalam mengatasi rasa sakit atau stresor yang dihadapinya.

#### **1.4. Strategi koping (cara penyelesaian masalah)**

Beradaptasi terhadap penyakit memerlukan berbagai strategi dan implementasi koping yang digunakan tergantung dari kemampuan pasien. Koping yang digunakan ODHA dalam menghadapi stresor akibat penyakit dapat bervariasi serta dapat dipengaruhi oleh fase yang sedang dialami. Menurut Moss (1984) dalam Brunner dan Suddart (2002) menguraikan 7 keterampilan koping, yaitu:

- a. Koping negatif, meliputi: penyangkalan, menyalahkan diri sendiri dan pasrah.
  - b. Mencari informasi, keterampilan dalam mencari informasi meliputi: mengumpulkan informasi yang dapat menghilangkan kecemasan akibat salah konsepsi dan ketidakpastian, menggunakan sumber intelektual; secara efektif.
  - c. Meminta dukungan emosional, baik dari keluarga, sahabat dan pelayanan kesehatan.
  - d. Pembelajaran perawatan diri.
  - e. Menerapkan tujuan yang kongkret
  - f. Mengulangi hasi; alternatif
  - g. Menemukan makna dari penyakit
- Koping yang positif dalam mengatasi stress, antara lain:
- a. Pemberdayaan sumber daya psikologis (potensi diri)
  - b. Rasionalisasi
  - c. Teknik perilaku

## **1.5. Kriteria Diagnosis HIV/AIDS**

### **1.5.1. Diagnosis HIV/ AIDS pada orang dewasa**

Diagnosis HIV/ AIDS ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium dan dengan melihat gejala klinis mayor dan minor. CDC menetapkan stadium HIV untuk bayi dan anak - anak berdasarkan nilai hitung CD4 dan limfosit serta tanda gejala klinis, sedangkan sistem diagnosis HIV menurut WHO adalah

berdasarkan pembagian tanda dan gejala klinis menjadi kriteria mayor dan minor.

Tes skrining untuk mendiagnosis HIV adalah tes ELISA, yaitu untuk mengidentifikasi antibodi terhadap HIV. Tes ELISA sangat sensitif, akan tetapi tidak spesifik, karena beberapa penyakit lain juga menunjukkan hasil positif. Contoh penyakit yang menyebabkan false positif antara lain: penyakit autoimun, infeksi virus dan keganasan hematologi serta kondisi yang dapat mengakibatkan false positif adalah kehamilan. Tes lain yang digunakan untuk mengkonfirmasi adalah WB, IFA dan RIPA. Selain itu apabila hasil tes tersebut masih tidak jelas dapat dilakukan tes PCR.

Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui tingkat kerusakan kekebalan tubuh dengan mengetahui Limfosit CD4 (sel *T-helper*), apabila pemeriksaan CD4 tidak tersedia dapat diketahui dengan total hitungan limfosit. Pasien yang terinfeksi HIV hampir selalu mengalami gangguan hematologi, yaitu neutropenia, anemia, limfopenik.

Pemeriksaan laboratorium untuk HIV yang sesuai dengan panduan nasional yaitu dengan menggunakan strategi 3 dan didahului dengan konseling pre tes. Ketiga tes tersebut dapat menggunakan reagen tes cepat atau dengan ELISA. Pemeriksaan pertama (A1) harus menggunakan tes dengan sensitifitas yang tinggi (>99%) dan untuk tes selanjutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifisitas tinggi ( $\geq 99\%$ ).

Tabel 1.3 Interpretasi dan tindak lanjut hasil tes A1

Hasil	Interpretasi	Tindak Lanjut
A1 (-) Atau A1 (-) A2 (-) A3 (-)	Non reaktif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila yakin tidak ada faktor risiko dan atau perilaku berisiko dilakukan lebih dari 3 bulan sebelumnya maka pasien diberi konseling cara menjaga tetap negatif.</li> <li>• Bila belum yakin ada tidaknya faktor risiko dan atau perilaku berisiko dilakukan dalam tiga bulan terakhir maka dianjurkan untuk tes ulang dalam 1 bulan.</li> </ul>
A1 (+) A2 (+) A3 (-) atau A1 (+) A2 (-) A3 (-)	Interminate	Ulang tes dalam 1 bulan. Konseling cara menjaga agar tetap negatif kedepannya.
A1 (+) A2 (+) A3 (+)	Reaktif atau positif	Lakukan konseling hasil tes positif dan rujuk untuk mendapatkan paket layanan PDP.

Kemenkes RI, 2011

### 1.5.2. Diagnosis HIV/ AIDS pada anak.

Diagnosis infeksi HIV pada anak menurut Kemenkes RI (2014) :

Prinsip diagnosis infeksi HIV pada bayi dan anak

## 1. Uji Virologis

- a. Uji virologis digunakan untuk menegakkan diagnosis klinik (biasanya setelah umur 6 minggu), dan harus memiliki sensitivitas minimal 98% dan spesifisitas 98% dengan cara yang sama seperti uji serologis.
- b. Uji virologis direkomendasikan untuk mendiagnosis anak berumur <18 bulan.
- c. Uji virologis yang dianjurkan: HIV DNA kualitatif menggunakan darah plasma EDTA atau Dried Blood Spot (DBS), bila tidak tersedia HIV DNA dapat digunakan HIV RNA kuantitatif (viral load, VL) menggunakan plasma EDTA.
- d. Bayi yang diketahui terpajan HIV sejak lahir dianjurkan untuk diperiksa dengan uji virologis pada umur 4 - 6 minggu atau waktu tercepat yang mampu laksana sesudahnya.
- e. Pada kasus bayi dengan pemeriksaan virologis pertama hasilnya positif maka terapi ARV harus segera dimulai; pada saat yang sama dilakukan pengambilan sampel darah kedua untuk pemeriksaan uji virologis kedua.
- f. Hasil pemeriksaan virologis harus segera diberikan pada tempat pelayanan, maksimal 4 minggu sejak sampel darah diambil. Hasil positif harus segera diikuti dengan inisiasi ARV.

## 2. Uji serologis

- a. Uji serologis yang digunakan harus memenuhi sensitivitas minimal 99% dan spesifisitas minimal 98% dengan pengawasan kualitas prosedur dan standarisasi kondisi laboratorium dengan strategi seperti pada pemeriksaan serologis dewasa.

Umur <18 bulan - digunakan sebagai uji untuk menentukan ada tidaknya pajanan HIV.

Umur >18 bulan - digunakan sebagai uji diagnostik konfirmasi.

- b. Anak umur <18 bulan terpajan HIV yang tampak sehat dan belum dilakukan uji virologis, dianjurkan untuk dilakukan uji serologis pada umur 9 bulan. Bila hasil uji tersebut positif harus segera diikuti dengan pemeriksaan uji virologis untuk mengidentifikasi kasus yang memerlukan terapi ARV.

Jika uji serologis positif dan uji virologis belum tersedia, perlu dilakukan pemantauan klinis ketat dan uji serologis ulang pada usia 18 bulan.

- c. Anak umur <18 bulan dengan gejala dan tanda diduga disebabkan oleh infeksi HIV harus menjalani uji serologis dan jika positif diikuti dengan uji virologis.
- d. Pada anak umur <18 bulan yang sakit dan diduga disebabkan oleh infeksi HIV tetapi uji virologis tidak dapat dilakukan, diagnosis ditegakkan menggunakan diagnosis presumtif.

- e. Pada anak umur <18 bulan yang masih mendapat ASI, prosedur diagnostik dilakukan tanpa perlu menghentikan pemberian ASI.
- f. Anak berumur >18 bulan menjalani tes HIV sebagaimana yang dilakukan pada orang dewasa.

Untuk mempermudah bagi penatalaksana lapangan, maka skenario klinis dalam menentukan perangkat diagnosis sebagai berikut:

Tabel 1.4 Skenario klinis dalam menentukan perangkat diagnosis

<b>Kategori</b>	<b>Tes yang diperlukan</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Aksi</b>
Bayi sehat, ibu terinfeksi HIV	Uji virologi umur 6 minggu	Mendiagnosis	Mulai ARV bila terinfeksi HIV
Bayi - pajanan HIV tidak diketahui	Serologi ibu atau bayi	Untuk identifikasi atau memastikan pajanan HIV	Memerlukan tes virologi bila terpajan HIV
Bayi sehat terpajan HIV, umur 9 bulan	Serologi pada imunisasi 9 bulan	Untuk mengidentifikasi bayi yang masih memiliki antibodi ibu atau seroreversi	Hasil positif harus diikuti dengan uji virologi dan pemantauan lanjut. Hasil negatif, harus dianggap tidak terinfeksi, ulangi test bila

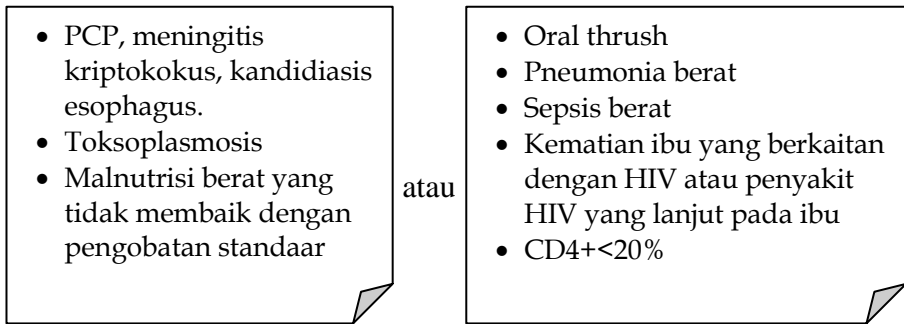
			masih mendapat ASI.
Bayi atau anak dengan gejala dan tanda sugestif infeksi HIV	Serologi	Memastikan infeksi	Lakukan uji virologi bila umur <18 bulan.
Bayi umur >9 - <18 bulan dengan uji serologi positif	Uji virologi	Mendiagnosis HIV	Bila positif terinfeksi segera masuk ke tatalaksana HIV dan terapi ARV.
Bayi yang sudah berhenti ASI	Ulangi uji (serologi atau virologi) setelah berhenti minum ASI 6 minggu	Untuk mengeklusi infeksi HIV setelah pajanan dihentikan	Anak <5 tahun terinfeksi HIV harus segera mendapat tatalaksana HIV termasuk ARV.

Depkes RI, 2014

### **Diagnosis presumtif HIV pada anak <18 bulan**

Apabila anak berusia <18 bulan dan diduga terinfeksi HIV, tetapi perangkat laboratorium belum memadai, tenaga kesehatan diharapkan mampu menegakkan diagnosis dengan cara diagnosis presumtif.





Gambar 1.4 Diagnosis presumtif HIV anak <18 bulan

Pemeriksaan uji HIV cepat (*rapid test*) dengan hasil reaktif harus dilanjutkan dengan 2 tes serologi yang lain.

Bila hasil pemeriksaan tes serologi lanjutan tetap reaktif, pasien harus segera mendapat obat ARV.

### Diagnosis HIV pada anak >18 bulan

Diagnosis sama dengan uji HIV pada orang dewasa. Bagi anak yang masih mendapatkan ASI pada saat tes dilakukan, uji HIV baru dapat diinterpretasikan dengan baik bila ASI sudah dihentikan selama >6 minggu.

## 1.6. Penatalaksanaan Klinis Infeksi HIV dan AIDS

### a. Terapi Antiretroviral

#### 1) Tatalaksana pemberian ARV

Menurut Depkes RI (2015) pemberian ARV hendaknya diawali dengan pemeriksaan kadar CD4, tetapi jika tidak dilakukan pemberian ARV dilakukan berdasarkan gejala klinis yang ada pada klien. ARV

diberikan pada semua klien dengan kadar ARV < 350 sel/mm<sup>3</sup> tanpa memandang stadiumnya dan pada semua klien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi hepatitis tanpa memandang jumlah CD4.

Menurut Nasronudi (2007) pemberian ARV mempunyai beberapa tujuan antara lain:

- a) Menurunkan angka kesakitan akibat HIV dan menurunkan angka kematian akibat AIDS
- b) Memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup penderita seoptimal mungkin
- c) Mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal
- d) Menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin sehingga kadar HIV dalam plasma < 50 kopi/ml.

Beberapa hal yang perlu di perhatikan dalam memberikan terapi antiretroviral, antara lain:

- a) Informasi

Sebelum pemberian ARV, penderita harus diberikan informasi lengkap maksud dan tujuan terapi ARV. Beberapa hal yang harus diinformasikan kepada ODHA adalah efek samping yang mungkin bisa segera, lambat atau tertunda, kemungkinan resistensi, kerugian bila menghentikan ARV secara sepihak, monitoring pemberian ARV secara klinis, laboratoris dan radiologis secara berkala.

b) Motivasi

Selama mengkonsumsi ARV ODHA tidak boleh terlarut pada kesedihan, kecemasan, ketakutan yang berlebihan setelah mengetahui dirinya mengidap infeksi HIV.

c) Monitor

Pengobatan antivirus ditentukan dan dimonitor melalui pemeriksaan klinis berkala, disertai pemeriksaan laboratorium guna menentukan HIV-RNA virus dan hitung CD4 secara periodik dan teratur. Efek samping dan resisten ARV juga perlu dimonitor secara cermat dan hati-hati.

d) Efikasi

Pengobatan antiretroviral dilakukan secara berkesinambungan. Penderita diharapkan memperoleh hasil yang maksimal dan efikasi klinis, virologis dan imunologis yang nyata. Penderita perlu ikut berpartisipasi dalam mengikuti perubahan klinis sehingga dapat membantu memperoleh efikasi terapi secara optimal.

b. Sindrom pulih imun (SPI)/Immune Rekonstruktion Syndromem (IRIS)

SPI/IRIS adalah menurunnya kondisi klinis ODHA akibat respon inflamasi berlebih pada saat pemulihan respon imun setelah pemberian ARV. Mekanisme SPI belum diketahui dengan jelas, namun diperkirakan dari respon imun berlebih dari pulihnya sistem imun terhadap rangsang antigen tertentu setelah pemberian

ARV (Kepmenkes, 2011). Beberapa faktor resiko dari SPI antara lain:

- 1) Jumlah CD4 rendah saat memulai terapi ARV
- 2) Jumlah viral load yang tinggi saat memulai pemberian ARV
- 3) Banyak dan beratnya infeksi oportunistik,
- 4) Penurunan viral load yang cepat selama terapi ARV
- 5) Belum pernah mendapat ARV saat infeksi oportunistik sudah muncul
- 6) Pendeknya jarak waktu antara mulainya terapi infeksi oportunistik dengan mulainya terapi ARV

Menurut Kepmenkes (2011) SPI ada 2 macam antara lain:

- 1) Sindrom Pulih Imun Unmasking  
Jenis ini terjadi pada klien yang belum terdiagnosis HIV positif, tidak mendapat terapi untuk infeksi oportunistiknya dan langsung mendapatkan terapi ARV.
- 2) Sindroma Pulih Imun Paradoks  
Jenis ini terjadi pada klien yang telah mendapatkan terapi infeksi oportunistiknya dan mendapatkan ARV, namun terjadi penurunan kondisi klinis klien dari penyakit infeksi tersebut.

Tabel 1.5 Gambaran klinis dan tatalaksana SPI

No	SPI dan Manifestasinya	Gambaran Klinis	Tatalaksana
1	SPI dan manifestasi TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panas, memburuknya infiltrat atau efusi, Limfadenopati mediastinum dan perifer, kadang-kadang terbentuk abses</li> <li>• Tuberkuloma intracranial</li> <li>• Berpotensi fatal</li> <li>• BTA dan kultur mungkin negatif</li> <li>• Terjadi setelah 1-6 minggu dari pemberian HAART</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan pemberian HAART jika dapat ditolelir, namun segera hentikan jika tidak</li> <li>• Mulai pengobatan TB</li> <li>• Upayakan penambahan steroid jika dipsneu dan meningitis TB</li> <li>• Belum tersedia pedoman</li> </ul>
2	SPI dan MAC (Mycobacterium Avium Complex)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focal granulomatous adenitis, panas dan infiltrat pada paru</li> <li>• Mikrobacterimia jarang terjadi, kadang-kadang kultur dari LN positif</li> <li>• Terjadi pada 1-2 minggu pertama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obat dengan ART</li> <li>• Lakukan terapi MAC dan steroid</li> <li>• Berikan drainase jika diperlukan.</li> </ul>
3	SPI dan meningitis kriptokokosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri kepala, meningismus dan lekositosis CSF</li> <li>• Munculnya limfadenopati,</li> </ul>	Pengobatan HAART dan anti jamur

		<p>abses dan pneumonia dengan kavitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terjadi pada 1 minggu hingga 8 bulan dari pemberian HAART</li> </ul>	
4	SPI dan Herpes zoster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berlangsung selama 1-4 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan pemberian HAART</li> <li>• Beri aciklovir, namun perlu berhati-hati pemberiannya dengan AZT karena dapat menginduksi supresi tulang.</li> </ul>
5	SPI dan Hepatitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit dibedakan dari hepatotoksisitas</li> <li>• Hepatitis B atau C terjadi pada bulan ke 1-9</li> </ul>	Pemberian HAART dapat dilanjutkan
6	SPI dan CMV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Okuler, rinitis, uveitis dan vrinitis, namun klien tidak selalu mempunyai riwayat penyakit CMV sebelumnya</li> <li>• Penyakit ekstraokuler; kulit dan kolitis</li> <li>• Terjadi 1-2 bulan setelah pemberian HAART</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian HAART tetap dilanjutkan</li> <li>• Pengobatan CMV dan jika diperlukan dapat ditambah dengan steroid</li> </ul>

Sumber: Nursalam dan Ninuk (2007)

### **1.7. Penilaian dan tata laksana pada anak setelah diagnosis infeksi HIV ditegakkan.**

Setelah penegakkan diagnosis dan pemberian profilaksis dilakukan, maka ditindaklanjuti dengan penilaian dan tata laksana. Langkah selanjutnya menurut Kemenkes RI (2014) adalah:

- a. Kaji status nutrisi dan pertumbuhan dan kebutuhan intervensinya
- b. Pemberian vitamin A berkala
- c. Kaji status imunisasi
- d. Kaji tanda dan gejala infeksi oportunistik dan pajanan TB. Bila dicurigai terdapat infeksi oportunistik (IO), lakukan diagnosis dan pengobatan IO sebelum pemberian ARV.
- e. Lakukan penilaian stadium penyakit HIV menggunakan kriteria klinik menurut WHO.
- f. Pastikan anak mendapat kotrimoksazol.
- g. Identifikasi pemberian obat lain yang diberikan bersamaan, yang mungkin mempunyai interaksi obat dengan ARV.
- h. Lakukan penilaian status imunologis (stadium menurut WHO): periksa persentase CD4 (pada anak <5 tahun) dan nilai absolut CD4 (pada anak  $\geq 5$  tahun). Nilai CD4 dan persentasenya memerlukan pemeriksaan darah tepi lengkap.
- i. Kaji apakah anak sudah memenuhi kriteria pemberian ARV.
- j. Kaji situasi keluarga termasuk jumlah orang yang terkena atau beresiko terinfeksi HIV dan situasi kesehatannya: identifikasi pengasuh, pemahaman keluarga tentang HIV, kaji status ekonomi.

## Kriteria pemberian ARV

### 1. Penetapan kriteria klinis

Tabel 1.6 Kriteria Klinis

Klasifikasi WHO berdasarkan penyakit yang secara klinis berhubungan dengan HIV	
Klinis	Stadium klinis WHO
Asintomatik	1
Ringan	2
Sedang	3
Berat	4

Kemendes, 2014

### 2. Penetapan kelas imunodefisiensi

Tabel 1.7 Tabel imunodefisiensi

Klasifikasi WHO tentang imunodefisiensi HIV menggunakan CD4				
Imunodefisiensi	Nilai CD4 menurut umur			
	<11 bulan (%)	12-35 bulan (%)	36-59 bulan (%)	>5tahun (sel/mm <sup>3</sup> )
Tidak ada	>35	>30	>25	>500
Ringan	30-35	25-30	20-25	350-499
Sedang	25-30	20-25	15-20	200-349
Besar	<25	<20	<15	<200 atau <15%



### 3. Indikasi terapi ARV menggunakan kombinasi kriteria klinis dan imunologis

Tabel 1.8 Indikasi ARV

Umur	Kriteria Klinis	Kriteria imunologis	Terapi
<5 tahun	Terapi ARV tanpa kecuali		
>5 tahun	Stadium 3 dan 4		Terapi ARV
	Stadium 2  Stadium 1	<25% pada anak 24-59 bulan <350 sel/mm <sup>3</sup> pada anak <5 tahun	Jangan diobati bila tidak ada pemeriksaan CD4 Obati bila CD4 < nilai menurut umur.

Sumber: Kemenkes RI, 2014

- a. Tatalaksana terhadap infeksi oportunistik yang terdeteksi harus didahulukan
- b. Meskipun untuk tidak menjadi dasar untuk pemberian ARV, bila memungkinkan dilakukan pemeriksaan CD4 untuk memantau hasil pengobatan.

Pemantauan anak terinfeksi HIV yang belum mendapat ARV (Umur >5 tahun)

Pemantauan dilakukan secara teratur untuk:

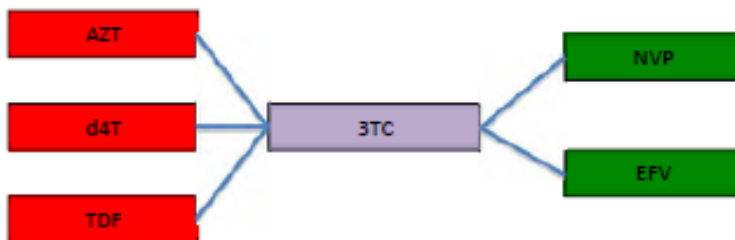
- Memantau tumbuh kembang dan memberi layanan rutin lainnya (termasuk imunisasi).
- Mendeteksi dini kasus yang memerlukan ARV.

- Menangani penyakit terkait HIV atau sakit lain yang bersamaan.
- Memastikan kepatuhan berobat pasien, khusus profilaksis kotrimoksazol.
- Memantau hasil pengobatan dan efek samping.
- Konseling.

Selain hal - hal diatas, orangtua anak juga dianjurkan untuk membawa anak bila sakit. Apabila anak tidak dapat datang, maka usaha seperti kunjungan rumah dapat dilakukan.

### Rekomendasi ARV

Berdasarkan ketersediaan obat, terdapat 3 kombinasi paduan ARV (pilih warna yang berbeda)



Gambar 1.5 Rekomendasi ARV

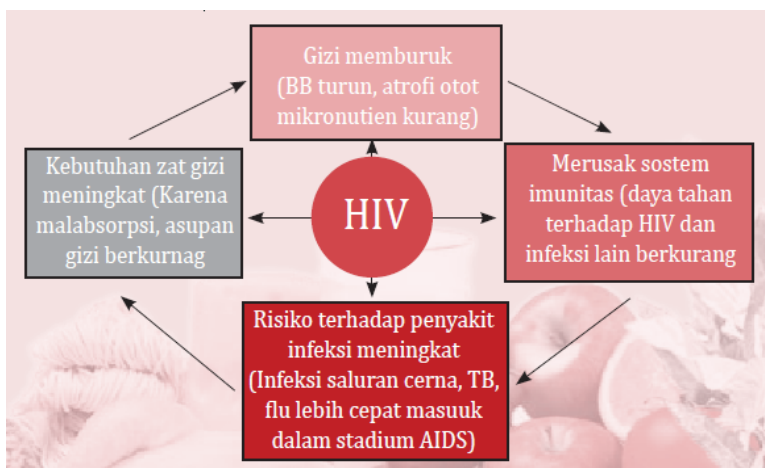
Selanjutnya yang dilakukan adalah pemantauan respon terhadap ARV. Pengamatan 6 bulan pertama pada kasus dalam terapi ARV merupakan masa yang penting. Diharapkan terjadi perubahan berupa perbaikan klinis dan imunologi dan yang

penting diperhatikan adalah adanya kemungkinan toksisitas obat/ immune reconstitution syndrome (IRIS).

### **1.8. Dukungan Nutrisi**

Gizi adalah makanan/ sari makanan yang bermanfaat untuk kesehatan. Peranan gizi sangat penting dalam menunjang kesembuhan suatu penyakit, termasuk pada ODHA sehingga akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup ODHA. Munculnya gejala anoreksi, rasa lelah, mual muntah dan diare disertai infeksi akan menyebabkan asupan gizi tidak adekuat sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh ODHA. Kekurangan gizi pada ODHA dapat menurunkan kapasitas fungsional dan berkontribusi terhadap penurunan kekebalan tubuhnya sehingga meningkatkan morbiditas dan mortalitas ODHA. Gizi yang adekuat pada ODHA dapat mencegah kurang gizi, meningkatkan daya tahan terhadap infeksi oportunitis, menghambat berkembangnya HIV, memperbaiki efektifitas pengobatan dan memperbaiki kualitas hidup (Kepmenkes, 2010).

Gambar 1.6. Gizi dan imunitas tubuh pasien dengan HIV



Sumber: Modul Asuhan dan Dukungan Gizi pada ODHA

Menurut Kepmenkes (2010) pentingnya asuhan gizi pada ODHA antara lain:

- 1) Makanan dapat mempengaruhi efektivita ARV
- 2) ARV dapat mempengaruhi penyerapan gizi
- 3) Efek samping ARV dapat mempengaruhi konsumsi makanan
- 4) Kombinasi ARV dan makanan tertentu dapat menimbulkan efek samping

Beberapa informasi tentang kebutuhan pemenuhan gizi yang perlu diberikan pada pasien HIV menurut (Kepmenkes, 2010) :

- 1) Syarat diet untuk stadium 1 dan 2
  - Mengonsumsi protein dari sumber hewani dan nabati seperti daging, telur, ayam, ikan, kacang - kacang dan produk olahannya.

- Banyak makan sayur dan buah – buahan yang berwarna secara teratur
  - Minum susu
  - Menghindari makanan yang diawetkan dan makanan yang beragi (tape, brem)
  - Menghindari makanan yang merangsang alat penciuman (untuk mencegah mual).
  - Menghindari rokok, kafein dan alkohol
  - Makanan bebas dari pestisida dan zat – zat kimia
  - Bila ODHA mendapat obat anti retroviral, pemberian makanan disesuaikan dengan jadwal minum obat saat lambung kosong saat lambung terisi atau di beri bersamaan dengan makanan.
- 2) Syarat diet untuk stadium 3 dan 4
- Dietnya hampir sama dengan stadium 1 dan 2
  - Ditambah dengan memberikan makanan diberikan dalam porsi kecil tetapi sering dan jika muncul masalah diare maka dianjurkan untuk diit rendah serat, makanan lunak / cair, rendah laktosa dan rendah lemak
  - Dianjurkan minum susu, namun susu yang rendah lemak dan sudah dipasteurisasi
  - Dapat ditambahkan vitamin berupa suplemen, tapi pemberian dosis besar (megadosis) harus dihindari karena dapat menekan kekebalan tubuh

Selain diit yang dianjurkan bagi ODHA, dalam memberikan makan bagi ODHA juga perlu memperhatikan 3 komponen antara

lain bahan makanan yang akan meningkatkan energi, keamanan makanan yang disajikan dan makanan yang dianjurkan maupun yang tidak dianjurkan. Berikut penjabaran dari ke 3 komponen tersebut menurut Kepmenkes (2010):

1) Makanan yang dapat meningkatkan kalori

- Gunakan minyak yang berasal dari mentega dan kacang-kacangan.
- Menyediakan makan ringan yang tinggi kalori dan protein dalam bentuk makanan yang tidak membuat “eneg” seperti es krim dan yogurt.
- Makanan dan minuman seperti salad buah, minuman manis dapat disajikan sebagai makanan penutup

Semua makan tersebut disarankan untuk dimakan secara perlahan dan dinikmati dengan santai.

2) Keamanan makanan

- Bahan makanan dikemas sesuai dengan jenisnya secara terpisah dalam penyimpanannya supaya tidak mengkontaminasi satu sama lain
- Anjurkan ODHA untuk selalu mencuci tangan sebelum dan setelah makan
- Minum air kemasan yang sudah dididihkan dan hindari penggunaan air penggunaan air panas dari dispenser karena tidan mencapai titik didih 100 derajat celcius
- Cuci bahan makanan dengan air yang mengalir
- Jika memakan buah seharusnya dikupas dan langsung di konsumsi

- Jika beli makanan kemasan maka perhatikan tanggal kadaluarsanya dan perhatikan pula nilai gizinya
  - Buah yang akan di jus disiram dulu dengan air panas.
  - Hindari produk susu segar yang tidak di pasteurisasi
  - Hindari mengkonsumsi makanan mentah seperti lalapan dan daging/ikan segar yang dipanggang
  - Disarankan untuk mengkonsumsi makanan olahan sendiri karena terjamin keamanannya.
- 3) Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan
- a) Makanan yang dianjurkan
- Bahan makanan yang terbuat dari TEMPE, karena mengandung banyak protein, vitamin B12 dan bakterisida yang dapat mengobati diare
  - Bahan makanan yang terbuat dari KELAPA untuk memenuhi kebutuhan lemak dan sekaligus sumber energi
  - Wortel mengandung beta karoten dan vitamin E dan C. Beta karoten dapat meningkatkan daya tahan tubuh karena dapat menstimulasi pembentukan CD4, selain itu bersama-sama dengan vitamin E dan C akan membentuk antiradikal bebas. Anti radikal bebas sangat diperlukan bagi ODHA karena akibat perusakan HIV pada sel-sel akan memproduksi radikal bebas
  - Bahan makanan Brokoli yang mengandung Zn, Fe, Mn dan se untuk mencegah defisiensi zat mikro dan pembentukan CD4

- Sayuran yang berwarna hijau dan kacang-kacangan mengandung vitamin B1, B6 dan B12 sebagai zat gizi mikro dan pembentukan CD4 serta pencegahan anemia.
  - Buah alpukat yang mengandung lemak tinggi dalam bentuk *Mono Unsaturated Fatty Acid* (MUFA) yang dapat menurunkan LDL sekaligus sebagai antioksidan. Disamping itu juga mengandung glutathion tinggi untuk menghambat replikasi HIV.
- b) Bahan makanan yang tidak dianjurkan
- Bahan makanan yang menimbulkan gas seperti; gubis, sawi, nangka dan durian
  - Bumbu yang merangsang seperti; cabe, merica dan cuka

#### a. Monitor Dan Evaluasi Gizi ODHA

Menurut Kepmenkes (2010) pemenuhan gizi ODHA dapat dimonitor melalui:

- 1) Asupan makanan untuk mengetahui keadekuatan gizi ODHA
- 2) Berat badan dan lingkar lengan atas
- 3) Laboratorium
  - Hemoglobin
  - Hematokrit
  - Kadar gula darah dan tes toleransi insulin
  - Gangguan fungsi liver melalui SGOT, SGPT dan keluhan hepatitis.



4) Masalah yang lain pada saat pengkajian gizi

### **1.9. Evaluasi**

1. Jelaskan siklus hidup HIV !
2. Jelaskan transmisi HIV!
3. Jelaskan diagnosis HIV/AIDS!



## BAB 2

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIV/AIDS

### 2.1. Epidemiologi Ibu Hamil Dengan HIV/AIDS

**M**enurut Heaton dkk dalam Adika dkk (2015) mengatakan bahwa di Sahara Afrika menunjukkan penurunan penderita HIV yang hamil di bandingkan perempuan yang tidak hamil. Menurut Torku dalam Adika dkk (2015) budaya seks bebas sangat rentan terhadap penularan HIV/AIDS. Menurut Myer dalam Adika (2015) 60% wanita yang hamil positif dalam pemeriksaan HI. Proses persalinan merupakan sumber penyebaran yang akan merugikan ibu dan bayi. Akibat transmisi maternal ke janin 220.000 anak di dunia sekarang hidup dengan HIV. Di Indonesia 6,5 juta perempuan menjadi populasi rawan tertular HIV, lebih dari 30% diantaranya melahirkan bayi yang tertular HIV. Pada tahun 2015 diperkirakan telah terjadi penularan pada 38.500 anak yang lahir dengan infeksi HIV. Oleh sebab itu hendaknya perlu dilakukan tes HIV kepada semua ibu hamil terlebih yang mempunyai perilaku beresiko atau suaminya

kemungkinan berperilaku beresiko misal sering keluar kota atau bekerja diluar kota.

## **2.2 Periode penularan HIV pada ibu hamil**

### **2.2.1 Persiapan Kehamilan**

Bila seorang ODHA mempunyai keinginan untuk hamil maka perlu memperhatikan beberapa hal, antara lain; mempertimbangkan kesehatan umumnya, melakukan pemeriksaan yang sesuai dan mengobati infeksi menular seksual bila ada.

Bagaimana persiapan kehamilan bila satu pasangan positif HIV sedangkan yang lain negatif. Bila Laki-laki positif dan perempuannya negatif, kehamilan akan diupayakan dengan cara aman yaitu dengan “ pencucian sperma”, tehnik ini oleh seorang dokter di Italia. Tehnik pelaksanaannya adalah dengan meminta ODHA laki-laki mengeluarkan spermanya, kemudian sperma tersebut akan di pisahkan dengan air maninya dengan cara mencuci. Kemudian sperma yang sudah di cuci akan di tes untuk meyakinkan adanya virus yang menempel padanya. Tes ini dilakukan dengan alat tes *viral load*, hal ini dilakukan karena HIV tidak menular melalui sperma melainkan air mani. Kemudian sperma yang sudah dinyatakan aman dari virus HIV akan disemprotkan melalui cateter ke dalam vagina, hal ini akan diulang-ulang sama halnya dengan orang yang melakukan hubungan dengan tujuan kehamilan yang belum tentu sekali hamil, sampai klien mendapatkan kehamilan. Bila perempuannya positif

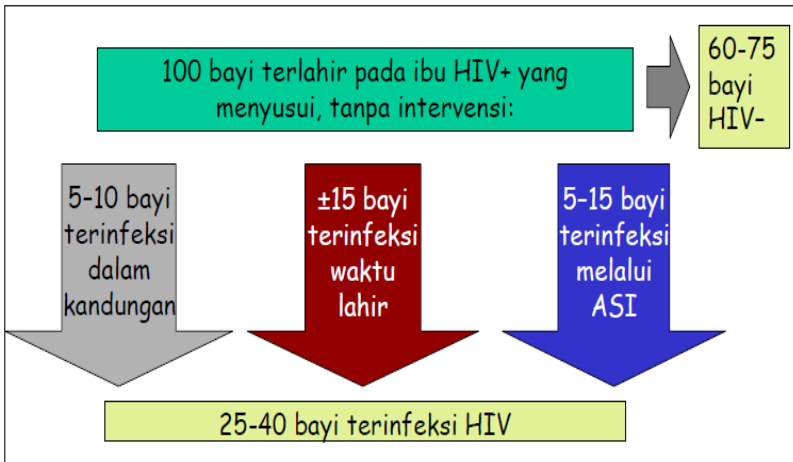
dan laki-lakinya negatif dengan berbagai cara yang kreatif untuk mengumpulkan air mani, satu cara dengan menggunakan kondom saat berhubungan seks, namun pastikan kondom tidak dilumasi dengan pelicin yang mengandung spermatisida, atau cara lain yaitu beronani pada gelas. Kemudian air mani akan dikumpulkan dan dimasukkan ke vagina dengan cara disemprotkan, hal ini dilakukan untuk mencegah penularan dari ODHA perempuan ke pasangannya.

Bila kedua pasangan positif, perlu diperhatikan *viral load* masing-masing, jika satu mempunyai *viral load* yang rendah dan pasangan yang satunya mempunyai *viral load* yang tinggi, atau sama-sama tinggi akan beresiko tinggi terhadap hasil pembuahan yang akan dihasilkan. Resiko tinggi juga bakal terjadi bila salah satu pasangan resisten terhadap ARV.

### **2.2.2 Penularan HIV Dari Ibu Ke Janin**

Belum ditemukan secara detail bagaimana proses penularan HIV dari ibu ke janin, namun, sebagian besar penularan HIV dari ibu ke janin terjadi saat persalinan.

Gambar 2.1 Penularan HIV dari Ibu ke janin



Sumber, Chris W Greens (2005)

### 2.3 Pentingnya ARV Pada ODHA Hamil

Perempuan hamil biasanya disarankan untuk tidak memakai obat untuk penyakit lain. Namun ini tidak berlaku untuk wanita dengan HIV dalam penggunaan ARV, karena ARV sangat diperlukan saat kehamilan. Dengan menggunakan ARV diharapkan akan menghambat perkembangan virus sehingga tidak ada peningkatan *viral load*, karena jika terjadi peningkatan *viral load* pada ibu hamil maka akan beresiko terjadi penularan antara ibu ke janin. Dalam Pedoman Nasional Pengobatan ART (2011) dalam program PMTCT (*Prevention Mother to Child Transmission*)/PPIA (Pencegahan Penularan Ibu Ke Anak, terapi antiretroviral yang diberikan kepada ibu hamil yang positif HIV adalah HAART (*Highly Active Antiretroviral Theraphie*). Berikut adalah pemberian antiretroviral dalam program PMTCT:

Tabel. 2.1 Pemberian antiretroviral pada ibu hamil dengan berbagai situasi klinis

No	Situasi klinis	Rekomendasi Pengobatan (Panduan untuk ibu hamil)
1	ODHA dengan indikasi terapi ARV dan kemungkinan hamil atau sedang hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC + NVP atau</li> <li>• TDF + 3TC(atau FCT)+ NVP</li> </ul> <p>Hindari EFV pada trimester pertama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT 3 TC + EVF* atau</li> <li>• TDF + 3TC(atau FCT) + EVF</li> </ul>
2	ODHA sedang menggunakan terapi ARV dan kemudian hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan panduan (ganti dengan NVP atau golongan PI jika sedang menggunakan EFV pada trimester 1)</li> <li>• Lanjutkan dengan ARV yang sama selama dan sesudah persalinan</li> </ul>
3	ODHA hamil dengan jumlah CD4 >350/mm <sup>3</sup> atau dalam stadium klinis 1.	ARV mulai pada minggu ke 14 kehamilan Panduan sesuai dengan butir 1
4	ODHA hamil dengan jumlah CD4 >350/mm <sup>3</sup> atau dalam stadium klinis 2,3 atau 4	Segera mulai terapi ARV
5	ODHA hamil dengan tuberkulosis aktif	OAT (obat Anti Tuberculosis) yang sesuai tetap diberikan Panduan untuk ibu, bila pengobatan mulai trimester II

		dan III, antara lain AZT(TDF) + 3TC +EFV
6	Ibu hamil dalam masa persalinan dan tidak diketahui status HIVnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tawarkan tes dalam masa persalinan atau pada saat setelah persalinan</li> <li>• Jika hasil tes reaktif maka akan diberikan butir 1</li> </ul>
7	ODHA datang pada saat persalinan dan belum pernah mendapatkan ARV	Panduan pada butir 1

Sumber : Kepmenkes, 2011

Keterangan :

- AZT : Zidofudine, penggunaan AZT dapat menyebabkan anemia dan intoleransi GIT (gastrointestinal), sehingga berdampak anemia dan terjadi penurunan IMT (indeks masa tubuh) pada pengguna.
- 3TC : Lamivudine
- NVP : Nevirapine, Pengguna beresiko terjadi hepatotoksik, ruam kulit dan steven johnson lebih tinggi dibandingkan EFV
- FTC : Entricitabine
- EFV : Efavirenz, Pengguna beresiko terjadi hepatotoksik, ruam kulit dan steven johnson, selain itu juga beresiko terjadi toksisitas pada sistem saraf pusat.
- TDF: Tenofovir, penggunaan TDF dapat menyebabkan toksisitas ginjal.



- PI : Protease Inhibitor, ARV golongan ini tidak dianjurkan untuk digunakan pada lini pertama, sehingga masih dapat digunakan sebagai pilihan pada lini ke 2.

Selain pemberian ARV, pemenuhan gizi dan konseling sangat dibutuhkan oleh ibu ODHA.

## 2.4 Gizi Pada ODHA Ibu Hamil

Syarat diet pada ibu hamil dengan ODHA sama dengan ibu hamil normal, yaitu penambahan sebesar 500 kkal dan penambahan mikronutrien dari bahan makanan yang mengandung Fe, Ca dan asam folat. Ibu hamil tidak diperbolehkan mengkonsumsi suplementasi vitamin A lebih dari 10.000 IU.

Tabel 2.2 Rekomendasi kenaikan berat badan pada ODHA

Kategori IMT Sebelum kehamilan	Total kenaikan (Kg)	Rekomendasi kenaikan BB/ minggu : Trimester II & III
IMT < 19,5	12,5 -18,0	≥ 0,5 kg
IMT 19,5 - 25,9	11,5 - 16,0	0,5 kg
IMT 26,0 - 29,0	7,0-11,5	0,3 kg
IMT > 29,0	< 7	0,3 kg

Sumber: Nutritional care and support for pregnant and lactating Women and Adolescent Girl, HIV-Guideline Source Institute of Medicine (1990) dalam Kepmenkes (2010).

### **2.4.1 Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada persalinan ibu ODHA**

Persalinan ibu ODHA hendaknya ditolong oleh tenaga kesehatan yang profesional dengan menimalkan prosedur invasif dan menerapkan *universal precaution* dengan baik. Dahulu membersihkan jalan lahir dengan menggunakan chlorhexidine dengan konsentrasi cukup pada saat intranatal dapat menurunkan insiden transmisi HIV dari ibu ke anak. Namun saat ini persalinan yang di anjurkan bagi ibu ODHA adalah persalinan seksio saesaria. Menurut *The European Mode of Delivery Collaboration* (1999) dalam Ruslaina,S (2003) sebuah penelitian yang dilakukan dengan pengambilan sample randomisasi membuktikan bahwa pada bayi yang lahir secara sectio saesaria mengalami transmisi vertikal HIV sebesar 1,8%, sedangkan yang lair pervaginam mengalami transmisi vertikal 10,6%.

### **2.4.2 Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ODHA yang menyusui.**

- a. Menurut panduan WHO bayi yang lahir dari ibu ODHA masih diperbolehkan mendapatkan ASI. Jika ASI di berikan oleh ibunya maka, ibu harus mengkonsumsi ARV dan ASInya harus dipanaskan minimal 66 °C untuk mematikan virus. Atau bayi dari ibu ODHA diberikan ASI dari pendonor yang HIV negatif.
- b. Jika bayi tersebut tidak mendapatkan ASI maka harus diberikan susu formula yang memenuhi persyaratan

AFASS (*Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable, Safe*). Tidak dianjurkan pemberian makanan bagi bayi dari ibu ODHA ASI bersamaan dengan susu formula atau dengan makanan/ minuman, lalu menghentikan pemberian ASI sebelum 6 bulan.

Perawatan pada Bayi yang lahir dari ibu ODHA

1. Imunisasi pada bayi yang dilahirkan oleh ibu ODHA tetap harus diberikan, kecuali vaksin hidup BCG, Polio dan Campak. Khusus untuk Polio (oral polio vaccine) dapat digantikan IPV (inactivated polio vaccine) yang bukan merupakan vaksin hidup.
2. Hindari luka pada bayi
3. Popok kotor selalu direndam dengan detergen

## **2.5 Asuhan keperawatan pada ibu ODHA mulai dari hamil sampai Dengan persalinan**

- a. Resiko gangguan hubungan ibu-janin

**Faktor resiko:** Gangguan metabolisme glucosa (mis, DM, penggunaan steroid), gangguan transport oksigen (karena anemia, hipertensi, asma, penyakit jantung), komplikasi kehamilan (mis; ketuban pecah dini, kehamilan kembar, plasenta previa), perawatan prenatal tidak adekuat, ibu sedang menjalani program pengobatan.

**NOC:** status antepartum

**NIC:** Perawatan prenatal

- Identifikasi kebutuhan individu, kekawatiran dan meningkatkan keterlibatan individu dalam mengambil keputusan
- Diskusikan pentingnya perawatan prenatal sepanjang periode kehamilan dengan melibatkan pasangan atau anggota keluarga yang lain dalam pelaksanaan
- Monitor denyut jantung janin
- Ukur tinggi fundus uteri dan bandingkan dengan usia kehamilan
- Monitor gerakan janin
- Anjurkan untuk mengikuti kelas ibu hamil
- Monitor kenaikan berat badan
- Monitor presentasi
- Monitor tekanan darah
- Minta klien segera melaporkan jika ada tanda bahaya selama kehamilannya
- Diskusikan kebutuhan nutrisi
- Diskusikan tingkat aktivitas bersama dengan klien
- Minta klien untuk selalu melakukan pemeriksaan laboratorium (Misal; viral load, CD4, Hb, Gula darah dan kadar protein urin)
- Diskusikan mengenai seksualitas
- Beri dukungan kepada klien terkait dengan kehamilannya yang beresiko kepada bayinya

- Monitor status psikologi klien dan pasangan
- Bantu klien dalam persiapan persalinan
- Berikan bimbingan kepada klien mengenai perawatan bayi baru lahir dan masalah post partum yang berbeda dengan ibu normal (bukan ODHA)

**NOC:** Status Intranatal

**NIC:** Perawatan intrapartum ; resiko tinggi persalinan

- Informasikan pasien dan orang terdekat mengenai prosedur yang akan dilakukan dan personil tambahan untukantisipasi selama proses kelahiran
- Siapkan peralatan yang sesuai, termasuk monitor elektronik janin (NST, Dopler), USG, mesin anastesi, perlengkapan resusitasi neonatus.
- Beritahu asisten tambahan untuk mendampingi persalinan (misal perawat ahli neonatus dan ahli anastesi)
- Beri bantuan untuk memakai jubah dan sarung tangan tim kandungan
- Lakukan tindakan universal
- Pantau terus denyut jantung janin
- Catat waktu kelahiran
- Bantu dengan resusitasi neonatus jika perlu
- Dokumentasikan semua prosedur yang dilakukan

- Jelaskan karakteristik bayi baru lahir dengan resiko (misal pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui positif HIV atau tidak)
  - Amati adanya resiko perdarahan pada ibu postpartum
  - Bantu ibu untuk pulih dari anastesi dengan baik
  - Jika memungkinkan kondisinya dorong interaksi orang tua dengan bayinya dengan segera
- b. Resiko ketidakefektifan proses kehamilan-melahirkan

**NOC** : penerimaan status kesehatan

**NIC** : bimbingan antisipatif

- Bantu klien mengidentifikasi kemungkinan perkembangan situasi krisis yang akan terjadi dan efek situasi krisis yang dapat berdampak pada klien dan keluarga
- Berikan informasi mengenai harapan-harapan yang realistis terkait dengan kondisi klien
- Pertimbangkan metode yang bisa digunakan klien dalam memecahkan masalah
- Gunakan conoh kasus untuk meningkatkan kemampuan memecahkan masalah
- Bantu klien mengidentifikasi sumber-sumber yang tersedia dan pilihan yang tersedia terhadap tindakan dengan cara yang tepat

- Latih tehnik yang digunakan untuk beradaptasi terhadap perkembangan situasi risis dengan klien secara tepat
- Sediakan bahan rujukan secara tepat (misal; pamflet, bahan-bahan pembelajaran)
- Berikan nomor telepon anda untuk dihubungi klien jika diperlukan

c. Nutrisi

**Batasan karakteristik:** bising usus hiperaktif, diare, kurang minat pada makanan, penurunan berat badan, tonus otot menurun, sariawan pada rongga mulut.

**Faktor yang berhubungan :** faktor biologis, gangguan psikososial, ketidak mampuan makan, kurang asupan makanan.

**NOC:** Status nutrisi

**NIC:** Manajemen berat badan

- Tentukan status gizi pasien dan tentukan kemampuan pasien dalam memenuhi status gizinya
- Identifikasi intoleransi atau alergi makanan yang dimiliki pasien
- Bantu pasien dalam menentukan pedoman atau piramida makanan yang paling cocok dalam memenuhi kebutuhan nutrisi
- Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi

- Berikan pilihan makanan sambil menawarkan bimbingan terhadap pilihan makan yang lebih sehat
- Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan
- Pastikan makanan disajikan secara menarik dan pada suhu yang cocok untuk dikonsumsi
- Lakukan perawatan mulut sebelum makan jika diperlukan
- Berikan obat-obat sebelum makan jika diperlukan (misal; penghilang rasa sakit, antiemetik)
- Tawarkan makanan yang ringan dan padat gizi
- Pastikan diet mengandung serat yang cukup supaya tidak terjadi konstipasi
- Dorong klien untuk melakukan bagaimana memilih bahan makanan, mengolah dan menyiapkan makanan dengan aman bagi ODHA

d. Nyeri Persalinan

**Batasan karakteristik:** penyempitan fokus, perilaku distraksi, perilaku ekspresif, perubahan frekuensi nafas dan jantung, perubahan pola tidur, perubahan tekanan darah, perubahan tegangan otot.

**Faktor yang berhubungan :** dilatasi serviks dan ekspulsif fetal

**NOC :** Manajemen Nyeri

**NIC:** Manajemen nyeri



- Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi/onset, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
- Obsevasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi efektif
- Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri
- Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri
- Pertimbangan masalah budaya terhadap respon nyeri
- Tentukan dampak nyeri pada kualitas hidup pasien seperti, perasaan, nafsu makan, tidur.
- Gali bersama klien hal-hal yang dapat menurunkan nyeri atau sebaliknya
- Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam
- Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
- Pertimbangkan tipe dan sumber nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat
- Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi, seperti; TENS, relaksasi, hypnosis, biofeed-back, terapi musik, akupresure, kompres panas/dingin, massage)

- Evaluasi keefektifan dari implementasi mengontrol nyeri yang digunakan
  - Berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pengetahuan dan respon keluarga terhadap pengalaman nyeri
  - Libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan.
- e. Diskontinuitas pemberian ASI

**Batasan karakteristik:** tidak diberikan ASI atau pemberian ASI non eksklusif

**Faktor yang berhubungan:** bayi dirawat, ibu bekerja, kebutuhan untuk segera menyapih bayi, kontra indikasi untuk menyusui, penyakit bayi, penyakit ibu, perpisahan ibu dan bayinya

**NOC:** Penyapihan menyusui

**NIC :** Supresi laktasi

- Diskusikan pilihan mengeluarkan ASI guna mengurangi tekanan pada payudara (misal dengan cara manual, menggunakan tangan atau pompa listrik)
- Bantu klien untuk menentukan jadwal memompa (frekuensi dan durasi)
- Pantau keluhan nyeri pada payudara karena pembengkakan payudara
- Anjurkan pasien tindakan untuk mengurangi nyeri payudara karena bendungan ASI (kompres es atau

daun kubis dingi pada payudara dan penggunaan analgesik)

- Berikan obat supresi laktasi
- Dorong pasien untuk memakai alat yang mendukung sehingga laktasi bisa ditekan (misal: pembebatan payudara atau penggunaan BH yang pas untuk menekan payudara)
- Berikan bimbingan antispasif terhadap perubahan fisiologis ( yaitu adanya kram rahim dan produksi ASI yang sedikit pasca supresi)
- Diskusikan dengan klien tentang perasaanya terkait dengan penghentian aktivitas menyusui.

## **2.6. Evaluasi**

1. Bagaimanakan mekanisme penularan HIV dari ibu ke janin?
2. Sebutkan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul !



## **BAB 3**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN HIV/AIDS**

### **3.1. Pengkajian**

#### Anamnesis

1. Data subjektif, meliputi:
  - a. Demam dan diare berkepanjangan
  - b. Pengetahuan pasien/ keluarga tentang AIDS
  - c. Data nutrisi, intake makan, adanya penurunan berat badan
  - d. Keluhan pada sistem respirasi (takipnea, batuk, dispnea, hipoksia).
  - e. Ketidaknyamanan (kaji PQRST)
2. Riwayat penyakit sekarang:
  - a. BB dan TB yang tidak naik
  - b. Diare lebih dari 1 bulan.
  - c. Demam yang berkepanjangan (lebih dari 1 bulan)
  - d. Mulut dan faring dijumpai bercak - bercak putih
  - e. Lymphadenophati yang menyeluruh
  - f. Infeksi berulang (OMP, pharingitis)
  - g. Batuk yang menetap (lebih dari 1 bulan)

- h. Dermatitis yang menyeluruh
- 3. Riwayat penyakit dalam keluarga
  - a. Orang tua yang terinfeksi HIV
  - b. Penyalahgunaan zat
- 4. Riwayat kehamilan dan persalinan
  - a. Ibu selama kehamilan terinfeksi HIV, 50% dapat menularkan kepada anaknya.
  - b. Penularan dapat terjadi pada minggu 9 - 20.
  - c. Penularan pada proses persalinan apabila terjadi kontak darah ibu dan bayi.
  - d. Penularan setelah lahir dapat terjadi melalui ASI.
- 5. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan  
Dapat terjadi kegagalan pertumbuhan dan perkembangan pada anak
- 6. Riwayat imunisasi: imunisasi BCG tidak boleh diberikan karena pertimbangan bahwa kuman hidup, polio diberikan dalam bentuk inactivated vaccine (virus yang mati)
- 7. Pemeriksaan fisik  
Keadaan umum: dapat terjadi penurunan kesadaran hingga koma  
Pengukuran tanda - tanda vital
  - a. Pengkajian sistem penginderaan:  
Pada mata : cotton wool spot, cytomegalovirus retinitis, toksoplasma choroiditis, perivasculitis pada retina, infeksi tepi kelopak mata, secret berkerak, lesi retina.

Pada mulut: oral thrush akibat jamur, stomatitis gangrenosa, sarcoma kaposi.

Pada telinga: OMP, kehilangan pendengaran.

- b. Sistem Respirasi: batuk lama dengan atau tanpa sputum, sesak nafas, tachipneu , hipoxia, nyeri dada, nafas pendek waktu istirahat gagal nafas.
- c. Sistem pencernaan : BB menurun, anoreksia, nyeri menelan, kesulitan menelan, bercak putih, kekuningan pada mukosa oral, pharingitis, candidiasis esophagus, candidiasis mulut, selaput lendir kering, pembesaran hati, mual, muntah, colitis akibat diare kronik, pembesaran limpha.
- d. Sistem Kardiovaskuler: nadi cepat, tekanan darah meningkat, CHF
- e. Sistem integumen: varicla, herpes zooster, scabies
- f. Sistem perkemihan: anuria, proteinuria
- g. Sistem endokrin: pembesaran kelenjar parotis, limphadenopathi, pembesaran kelenjar yang menyeluruh.
- h. Sistem neuromuskuler: sakit kepala, penurunan kesadaran, sukar konsentrasi, kejang – kejang ensefalopati, gangguan psikomotor, meningitis, keterlambatan perkembangan, nyeri otot.
- i. Sistem muskuloskeletal: nyeri otot, nyeri persendian, letih, ataksia.
- j. Psikososial: orang tua merasa bersalah, merasa malu dan menarik diri dari lingkungan.

### **3.2. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul**

Risiko keterlambatan perkembangan.

Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan

### **3.3. Nursing Care Plan**

Diagnosa keperawatan 1: Risiko keterlambatan perkembangan

**Defenisi:** rentan mengalami keterlambatan 25% atau lebih pada satu atau lebih area sosial atau perilaku regulasi - diri, atau keterampilan kognitif, bahasa, motorik kasar dan halus, yang dapat mengganggu kesehatan.

**Faktor resiko:**

Individual

Kegagalan untuk tumbuh

Penyakit kronis

Keterlibatan dengan sistem perawatan

Program pengobatan

**NOC:**

Perkembangan anak usia 1 bulan

Perkembangan anak usia 2 bulan

Perkembangan anak usia 4 bulan

Perkembangan anak usia 6 bulan

Perkembangan anak usia 12 bulan

Perkembangan anak usia 2 tahun

Perkembangan anak usia 3 tahun

Perkembangan anak usia 4 tahun

Perkembangan anak usia 5 tahun



Perkembangan anak usia anak pertengahan

Perkembangan anak usia remaja

**NIC:**

Bimbingan antisipatif

Manajemen perilaku

Modifikasi perilaku: keterampilan sosial

Dukungan pengasuhan

Peningkatan perkembangan bayi

Peningkatan perkembangan anak

Peningkatan perkembangan remaja

Pengajaran nutrisi (sesuai usia)

Pengajaran stimulasi (sesuai usia)

**Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan

**Defenisi:** Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

**Batasan karakteristik:**

Berat badan 20% atau lebih di bawah rentang normal berat badan ideal

Ketidakmampuan memakan makanan

Kurang minat pada makanan

Membran mukosa pucat

Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat'sariawan rongga mulut

Tonus otot menurun

Nyeri abdomen

Kram abdomen

**NOC:**

Status nutrisi bayi

Status nutrisi

Status nutrisi: asupan nutrisi

**NIC:**

Manajemen diare

Penahanan diet

Manajemen gangguan makan

Manajemen cairan

Manajemen nutrisi

Bantuan peningkatan berat badan

### **3.4. Evaluasi**

1. Jelaskan data fokus pengkajian anak dengan HIV/AIDS!
2. Buatlah nursing care plan diagnosa keperawatan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan!

## BAB 4

# ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN HIV AIDS DALAM KONTEKS KELUARGA DENGAN PENGKAJIAN KELUARGA CALGARY

### 4.1. Pengkajian Keluarga Calgary

**T**he Calgary Family Assessment Model (CFAM) merupakan integrasi dari kerangka multidimensional berdasar sistem, *cybernetics*, komunikasi dan perubahan teori mendasar.

Beberapa indikasi pengkajian keluarga yang diadaptasi dari Clarkin, Frances dan Moodie (1979) dalam Loraine & Wright, 1994 yaitu: Keluarga dengan masalah isu keluarga dan disana ada motivasi untuk pengkajian keluarga (misalnya efek dari penyakit kronis pada keluarga), anak atau dewasa diidentifikasi sebagai pasien. Keluarga dengan isu pengalaman serius yang membahayakan hubungan keluarga. Pada keluarga dengan anggota keluarga yang didiagnosa HIV/ AIDS, perawat komunitas dapat memberikan asuhan keperawatan untuk membantu keluarga menyelesaikan masalahnya.

CFAM terdiri dari tiga kategori mayor, yaitu : struktural, perkembangan, fungsional. Setiap kategori terdiri dari beberapa sub kategori. Perawat menentukan sub kategori yang relevan dan sesuai untuk mengeksplorasi dan mengkaji dengan setiap keluarga pada suatu waktu. Tidak semua sub kategori dikaji pada pertemuan pertama dan beberapa sub kategori yang diperlukan tidak pernah terkaji. Penggunaan sub kategori yang terlalu banyak membuat perawat kewalahan terhadap data.

1) Pengkajian struktural

a. Struktur internal, meliputi 5 sub kategori:

a) Komposisi keluarga

Hal-hal yang perlu dikaji dalam kategori ini adalah anggota dan tipe keluarga, kepemilikan keluarga tentang anggotanya, perubahan dalam komposisi keluarga.

Ada lima hal penting dalam konsep keluarga, antara lain: keluarga adalah sistem atau unit, anggotanya bisa saling berhubungan atau tidak, dan bisa tinggal bersama-sama atau tidak, terdapat kehadiran anak atau tidak, memiliki komitmen dan ikatan diantara anggota keluarga untuk pencapaian tujuan masa depan, fungsi dari unit *caregiving* meliputi proteksi, pemenuhan kebutuhan makanan, dan sosialisasi dari anggotanya.

b) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan suatu kepercayaan atau harapan mengenai perilaku dan pengalaman pria dan

wanita. Kepercayaan tersebut berkembang karena budaya, agama, dan pengaruh keluarga. Jenis kelamin sangat penting diketahui perawat karena perbedaan pengalaman laki-laki dan perempuan di dunia adalah inti komunikasi terapeutik. Pengkajian subkategori ini termasuk pandangan keluarga terhadap maskulinitas dan femininitas.

c) Urutan posisi

Urutan posisi yang dimaksud adalah posisi anak-anak dalam keluarga sesuai usia dan jenis kelamin. Poin penting dalam pengkajian subkategori ini adalah urutan kelahiran, jenis kelamin, dan jarak kelahiran antara *sibling*.

d) Sub sistem

Subkategori ini digunakan untuk melabeli atau menandai tingkat sistem diferensiasi keluarga. Keluarga menjalankan fungsinya melalui subsistem yang dimiliki. Masing-masing orang memiliki tingkatan kekuasaan dan penggunaan kemampuan yang berbeda. Pengkajian subkategori ini meliputi adanya subgroup dalam keluarga serta pengaruhnya

e) Batasan

Sub kategori ini berhubungan dengan peraturan "mendefinisikan siapa yang terlibat atau termasuk dan berapa banyak". Sistem dan sub sistem keluarga memiliki batasan, yang fungsinya untuk melindungi

proses deferensiasi dari sistem atau sub sistem. Batasan-batasan itu cenderung berubah seiring waktu. Gaya atau jenis batasan keluarga dapat memfasilitasi atau bahkan memberi ketidakleluasaan dari fungsi keluarga. Batasan cenderung berubah seiring waktu.

b. Eksternal

a) Keluarga Besar

Keluarga besar adalah keluarga asli dan keluarga prokreasi generasi sekarang. Pengkajian dalam subkategori ini termasuk pentingnya keluarga inti dan pengaruhnya.

b) Sistem Luas

Subkategori ini mengacu pada agen-agen sosial dan personal yang memiliki hubungan berarti dengan keluarga. Seperti sistem yang umum secara luas meliputi, sistem kerja, dan untuk beberapa keluarga mencakup keselamatan atau kesejahteraan umum, keselamatan anak, perawatan perkembangan, dan klinik pengobatan untuk klien yang rawat jalan. Sistem secara luas juga didesain untuk populasi khusus. Dalam pengawasan klinik yang perlu diperhatikan adalah makna sistem luas bagi keluarga.

c. Konteks

Konteks dijelaskan sebagai situasi keseluruhan atau latar belakang yang relevan pada beberapa kejadian atau personalitas. Setiap sistem keluarga itu sendiri bersarang dalam sistem yang lebih luas yaitu tetangga, kelas, bagian dan Negara dan dipengaruhi oleh sistem ini.

a) Etnik

Subkategori ini dimaksudkan untuk konsep kebangsaan keluarga yang berasal dari kombinasi dari kebudayaan, ras dan agama. Etnis menjelaskan secara umum dari kesadaran dan ketidaksadaran proses yang ditransmisikan oleh keluarga keseluruhan dan selalu dikuatkan oleh komunitas yang ada di sekelilingnya (McGoldrick, 1988a). Etnis adalah faktor penting yang mempengaruhi interaksi keluarga. Perbedaan etnis dalam keluarga dan pengaruhnya terhadap keluarga perlu dikaji. Perawat perlu mengetahui perbedaan nilai dan kepercayaan dalam keluarga.

b) Ras

Ras dipengaruhi oleh diri individu dan identifikasi kelompok. Hal ini merupakan perluasan yang terdiri dari berbagai variabel seperti kelas, agama dan etnisitas. Tingkah laku rasisme, *stereotype* dan diskriminasi berpengaruh terhadap interaksi dalam keluarga, dan bila hal tersebut tidak dapat dikenali maka akan berdampak negatif terhadap keeluasaan hubungan antara keluarga dan perawat.

c) Kelas sosial

Subkategori ini terbentuk dari pendidikan yang dicapai, penghasilan, dan pekerjaan. Pengelompokan kelas sosial berdasarkan nilai, gaya hidup, dan perilaku yang

berpengaruh pada interaksi keluarga. Kelas sosial juga berhubungan dengan sistem nilai dan kepercayaan.

d) Religi

Subkategori ini mempengaruhi nilai, ukuran keluarga, pelayanan kesehatan dan praktek sosial. Spiritualitas adalah kepercayaan konvensional yang berpikir linier yang menyebabkan dan mempengaruhi pemikiran. Pengkajian untuk subkategori ini meliputi pengaruh agama dan aspek spiritual serta pengaruhnya terhadap perilaku kesehatan.

e) Lingkungan

Lingkungan meliputi aspek komunitas yang lebih luas, tetangga dan lingkungan rumah. Faktor lingkungan seperti area yang adekuat dan bersifat pribadi serta akses menuju sekolah, pelayanan kesehatan, rekreasi dan transport umum yang mempengaruhi fungsi keluarga. Hal penting yang perlu dikaji adalah layanan masyarakat serta penggunaannya oleh keluarga dan pengaruhnya terhadap keluarga.

Alat pengkajian struktur :

Genogram dan *ecomap* adalah dua alat yang sangat membantu perawat dalam merencanakan struktur keluarga internal dan eksternal. Alat ini dikembangkan dalam pengkajian, perencanaan dan intervensi.



### a. Genogram

Genogram adalah diagram susunan keluarga. Bagan genogram menggambarkan hubungan genetik dan bagan genealogi. Menggambarkan kurang lebihnya 3 generasi. Anggota keluarga digambarkan dengan garis horizontal, anak digambarkan dengan garis vertical, urutan posisi anak digambarkan dari kiri ke kanan dimulai dari yang paling tua, setiap individu di beri simbol sesuai jenis kelamin. Nama dan usia dicantumkan, jika dalam keluarga ada yang meninggal (dia pria/wanita) disimbolkan garis pada sudut simbol.

### b. Ecomap

*Ecomap* adalah diagram kontak keluarga dengan lingkungan. Tujuan *ecomap* adalah untuk menunjukkan hubungan anggota keluarga dengan sistem yang lebih besar. *Ecomap* menunjukkan sebuah gambaran dari keluarga dalam situasinya: menggambarkan perhatian penting atau konflik hubungan antara keluarga dan lingkungan.

Genogram dan *ecomap* dapat digunakan dalam semua *setting* perawatan kesehatan untuk meningkatkan kepedulian perawat pada seluruh keluarga dan interaksi keluarganya dengan sistem yang lebih besar dan keluarga besarnya (*extended family*).

## 2) Pengkajian developmental

Pengkajian developmental untuk memahami struktur keluarga, perawat perlu memahami siklus perkembangan kehidupan dari masing-masing keluarga. Seperti yang telah

dijelaskan sebelumnya, pengkajian developmental terdiri dari tahapan, tugas dan kasih sayang dalam keluarga.

Dalam CFAM dijelaskan tahapan siklus kehidupan keluarga, proses transisi emosional dan perubahan kedua yang selanjutnya terjadi. Isu ini dapat menyempurnakan tugas di setiap tahapan. Dalam usaha untuk menjelaskan keanekaragaman perkembangan keluarga, salah satu contoh tipe siklus kehidupan keluarga adalah *middle – class North American family life cycles*.

### 3) Pengkajian fungsional

Lebih fokus terhadap bagaimana individu menjalani hubungan satu dengan yang lainnya.

#### a. Instrumental

Aspek instrumental dari fungsi keluarga mengacu pada *activity daily living* (ADL) seperti : makan, tidur, memasak, melakukan pengobatan, mengganti pakaian, dan sebagainya. Keluarga dengan masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat penting. Aktifitas instrumental kehidupan sehari-hari biasanya lebih banyak, lebih sering terjadi, memiliki arti yang lebih besar karena sakitnya anggota keluarga.

#### b. Ekspresif

Aspek ekspresif mengacu pada 9 kategori : komunikasi emosional, komunikasi verbal, komunikasi non verbal, komunikasi sirkular, pemecahan masalah, peran, pengaruh, kepercayaan, aliansi/ koalisi.

Kebanyakan keluarga telah menghadapi sebuah kombinasi antara masalah instrumental dan ekspresif, contoh : seorang wanita tua mengalami luka bakar. Masalah instrumen seputar perubahan balutan dan program latihan. Masalah ekspresif atau afektif mungkin berpusat pada peran atau penyelesaian masalah. Sebuah keluarga yang tidak menanggulangi masalah instrumental dengan baik, kemudian masalah ekspresif juga hampir selalu ada, bagaimanapun sebuah keluarga dapat menghadapi dengan baik masalah instrumental dan masih memiliki masalah ekspresif atau emosional. Perawat sangat penting untuk menggambarkan instrumental dari masalah ekspresif. Keduanya memerlukan penyelidikan dalam pengkajian keluarga dengan cermat.

Bentuk interaksi adalah tujuan utama dari kategori pengkajian fungsional. Keluarga secara jelas tersusun atas individu-individu, tetapi fokus dari pengkajian keluarga tidak hanya pada individu tetapi lebih pada interaksi seluruh anggota keluarga. Keluarga dilihat sebagai sebuah sistem interaksi anggota keluarga. Perawat dalam memimpin pengkajian keluarga, berasumsi bahwa individu memiliki pemahaman terbaik dalam konteks sosial sekitar mereka.

Keterangan 9 kategori sebagai berikut :

(a) Komunikasi emosi

Subkategori ini menunjukkan rentang dan tipe emosi atau perasaan yang diekspresikan atau ditunjukkan atau keduanya. Pada umumnya keluarga mengekspresikan spektrum luas perasanya dari senang, sedih sampai ke marah, dimana

keluarga dengan kesulitan sering memiliki bentuk yang cukup kaku dalam rentang ekspresi emosional yang sempit.

(b) Komunikasi verbal

Fokus subkategori ini terutama pada hubungan yang diekspresikan oleh isi verbal, dan hanya secara tidak langsung dari makna kata.

(c) Komunikasi non verbal

Sub kategori ini memfokuskan pada variasi pesan non verbal dan para verbal pada saat anggota keluarga berkomunikasi. Pesan non verbal meliputi posisi tubuh, kontak mata, sentuhan, gestur dan seterusnya. Kedekatan atau jarak diantara anggota keluarga merupakan sebuah komunikasi non verbal yang penting. Para verbal meliputi gaya bahasa, nada bahasa, menangis, gagap, dan lain-lain. Pengkajian perawat seharusnya menyertakan *timing* komunikasi non verbal yang digunakan.

(d) Komunikasi sirkular

Subkategori ini meliputi komunikasi timbal balik antar orang. Ini merupakan pola untuk isu hubungan. Komunikasi sirkular bersifat adaptif.

(e) Pemecahan masalah

Sub kategori ini merujuk pada kemampuan keluarga untuk memecahkan masalahnya sendiri dengan efektif. Hal yang penting untuk dikaji adalah siapa yang mengidentifikasi permasalahan pertama kali dan apakah dia berasal dari dalam atau luar keluarga, pola penyelesaian masalah keluarga.

(f) Peran

Subkategori ini merujuk kepada pembangunan pola tingkah laku anggota keluarga. Peran adalah perilaku yang konsisten pada sebuah situasi tertentu. Peran bersifat tidak statis tetapi berkembang melalui interaksi individu dengan yang lain. Peran itu dipengaruhi orang lain, sanksi dan norma. Peran yang formal adalah peran yang disetujui secara luas oleh masyarakat ada pada norma, misalnya peran ibu, suami dan anak. Peran yang informal berhubungan dengan pola pembentukan perilaku yang idiosinkratik pada sebagian individu, pada situasi tertentu. Hal penting yang perlu dikaji perawat adalah bagaimana anggota keluarga menguasai dan menjalankan perannya.

(g) Pengaruh

Subkategori ini merupakan metode dalam mempengaruhi kebiasaan orang lain. Pengaruh atau *control* instrumental adalah penggunaan objek atau hak sebagai imbalan (seperti uang, nonton TV, menggunakan komputer atau telepon, permen, rekreasi, dan lain-lain). Pengaruh psikologis adalah penggunaan komunikasi dan perasaan untuk mempengaruhi perilaku. Kontrol badaniah adalah hubungan badan secara nyata misalnya pelukan, tamparan, dan lain-lain. Pengaruh positif maupun negatif terhadap keluarga sangat penting untuk dikaji.

(h) Kepercayaan

Subkategori ini adalah sesuatu yang mendasari ide, pendapat, dan asumsi yang dimiliki individu dan keluarga. Kepercayaan dan perilaku memiliki hubungan yang sangat dekat.

Tabel 4.1. Kepercayaan tentang masalah kesehatan

---

A. Kepercayaan tentang :
a. Penyebab
b. Pengobatan
c. Prognosis
d. Peran profesional <i>healthcare</i>
e. Peran keluarga
f. Derajat kontrol keluarga pada masalah kesehatan

---

B. Pengaruh keluarga pada masalah kesehatan
1. Penggunaan sumber :
a. Internal (pada keluarga)
b. Eksternal
2. Medikasi dan penatalaksanaan

---

C. Pengaruh masalah kesehatan pada keluarga
1. Respon klien terhadap penyakit
2. Respon anggota keluarga pada penyakit
3. Persepsi kesulitan/ perubahan berhubungan dengan masalah kesehatan

---

D. Kekuatan berhubungan dengan munculnya masalah kesehatan
--

---

E. Perhatian berhubungan dengan munculnya masalah kesehatan
---

---

Sumber: Loraine M.Wright & Maureen Leahey, 1984

(i) Persekutuan

Sub kategori ini berfokus pada hubungan yang terarah, seimbang dan intensif antara anggota keluarga atau antara

keluarga dan perawat. Perawat dengan mengkaji subkategori fungsional dari persekutuan / koalisi akan membantu memahami interkoneksi dengan kategori struktur dan perkembangan. Batasan subkategori struktural merupakan suatu bagian penting dari sub kategori persekutuan / koalisi.

#### **4.2. Model intervensi keluarga Calgary**

*Calgary Family Intervention Model* (CFIM) adalah suatu kerangka kerja untuk mengkonsepkan persimpangan antara domain tertentu dari fungsi keluarga dan intervensi khusus yang ditawarkan oleh perawat. Elemen CFIM meliputi tiga domain yaitu: domain kognitif, afeksi dan perilaku. Desain untuk beberapa domain atau semua domain, tapi perubahan pada satu domain bisa mempengaruhi domain lainnya.

Dari ketiga domain tersebut, perubahan yang mendalam dan akan cenderung bertahan adalah domain kognitif. Perubahan afektif dan perilaku dapat diperantarai melalui perubahan pengetahuan. Kemampuan tenaga kesehatan dalam menggali permasalahan dan melakukan interaksi sangat mempengaruhi perubahan domain yang diinginkan, selain dari faktor keluarga sendiri.

Ada banyak sekali intervensi kesehatan yang dapat dipilih, tetapi intervensi harus dibuat khusus untuk setiap keluarga dan sesuai dengan domain fungsi keluarga. Intervensi tertentu akan berbeda untuk setiap keluarga walaupun mungkin ada juga kesamaanya. Perlu ditekankan bahwa setiap keluarga adalah unik.

Dalam memberikan intervensi 1) intervensi harus berkaitan dengan masalah kesehatan yang telah ditentukan oleh tenaga kesehatan dan keluarga dan keluarga telah melakukan kesepakatan dengan tenaga kesehatan untuk berupaya mengubahnya, 2) Intervensi seharusnya dimunculkan berdasar hipotesis tentang masalah dan domain fungsi keluarga, 3) intervensi harus sesuai dengan gaya keluarga/*family style*, 4) intervensi harus sesuai dengan kekuatan keluarga dan strategi solusi yang digunakan sebelumnya, 5) intervensi harus konsisten dengan etnis dan agama/keyakinan keluarga, 6) Tenaga kesehatan seharusnya merencanakan beberapa intervensi yang kemungkinan dapat dipertimbangkan untuk digunakan oleh keluarga (mungkin intervensi baru atau yang pernah dilakukan keluarga), 7) Tidak ada satu intervensi yang paling benar, tetapi beberapa yang penting adalah kemanfaatannya dan keefektifannya, 8) Intervensi harus mempertimbangkan waktu, dan semua anggota keluarga harus terlibat. Keberhasilan intervensi tergantung dari tahap awal (*engagement*) dan tahap pengkajian.

Perawat dalam intervensinya hanya dapat memaparkan intervensi pada keluarga, bukan instruksi, mengatur, meminta atau memaksa pada satu bentuk perubahan tertentu. Perawat menggunakan model tersebut untuk menentukan domain fungsi keluarga yang perlu berubah dan selanjutnya menentukan intervensi yang paling tepat yang menjadi target dalam domain tersebut. Perawat mencari input dari keluarga tentang intervensi apa yang paling bermanfaat secara kolaboratif, sebagai contoh, jika masalah yang sudah diidentifikasi adalah kurangnya informasi,



perawat dapat menentukan bahwa domain fungsi keluarga yang perlu diubah adalah domain kognitif. Perawat menawarkan intervensi seperti memberikan informasi perawat dapat membantu keluarga belajar cara yang lebih baik dalam mengatasi masalah.

Perawat perlu untuk mencoba beberapa intervensi, evaluasi berkelanjutan untuk keberhasilan intervensi. Hal ini bertujuan untuk menentukan ketepatan antara domain yang perlu diubah dan intervensi yang dipilih.

Tabel 4.2 CFIM : *Intersect* domain dari fungsi keluarga dan intervensi

Domain dari fungsi keluarga		Intervensi yang ditawarkan oleh perawat
	Kognitif	Cocok atau efektif
	Afektif	
	Behavioral	

Sumber : Loraine M.Wright& Maureen Leahey, 1984

Intervensi yang dapat dilakukan perawat berdasarkan model Calgary adalah :

- 1) Intervensi untuk mengubah domain kognitif dari fungsi keluarga

Diarahkan domain kognitif fungsi keluarga melalui memberi ide, pendapat, informasi atau pendidikan baru tentang masalah/ risiko kesehatan tertentu.

Anggota keluarga mengubah perilaku komunikasi mereka pertama sangat bergantung pada persepsi mereka terhadap masalah. Perawat harus membantu keluarga untuk memperoleh

pandangan yang berbeda tentang masalah mereka, apabila ada masalah. Topik penting yang lain untuk didiskusikan dengan anggota keluarga tentang perbedaan persepsi atau realitas multipel dari individu anggota keluarga tentang situasi atau situasi yang memerlukan pengambilan keputusan, persepsi anggota keluarga mengenai suatu situasi seharusnya dipahami dan dipertimbangkan, guna menghindari upaya untuk membenarkan secara subyektif suatu perspektif.

Langkah-langkahnya adalah : *commending family and individual strength*, menawarkan informasi/ opini, *reframing*, menawarkan edukasi, eksternalisasi masalah.

Intervensi untuk mengubah domain kognitif :

- a. Memberikan pujian keluarga dan kekuatan keluarga. Contoh: “Keluarga anda sangat loyal/setia antara satu dengan yang lain”, atau “Anda sangat memuji anak anda hari ini”. Dengan mengubah pandangan mereka tentang diri mereka sendiri, keluarga sering dapat melihat masalah kesehatan yang berbeda dan dengan itu akan didapatkan arah solusi yang lebih efektif.
- b. Menawarkan informasi/pendapat. Kebutuhan keluarga yang salah satu anggota keluarganya masuk rumah sakit, prioritas intervensinya adalah mendapatkan informasi, seperti memberikan informasi tentang dampak penyakit kronik pada keluarga, Memberi kuasa keluarga untuk memperoleh sumber sumber.

Intervensi untuk mengubah domain afektif dari fungsi keluarga :

Intervensi yang ditujukan untuk membantu keluarga yang memiliki respon emosi yang tinggi sehingga dapat menghentikan upaya penyelesaian masalah mereka. Intervensi yang dilakukan perawat dengan memvalidasi atau menormalisasi respon emosional, menganjurkan untuk mengungkapkan atau mendeskripsikan penyakit, menggambarkan dukungan keluarga.

Intervensi dalam area afektif diarahkan pada perubahan ekspresi emosi anggota keluarga baik dengan meningkatkan kemampuan maupun menurunkan tingkat komunikasi emosional, atau memodifikasi emosional. Tujuan keperawatan spesifik, di dalam konteks kebudayaan keluarga, membantu anggota keluarga mengekspresikan dan membagi perasaan mereka satu sama lain sehingga (a) kebutuhan emosional mereka dapat disampaikan dan ditanggapi dengan lebih baik (b) terjadi komunikasi yang lebih selaras dan jelas (c) upaya penyelesaian masalah keluarga difasilitasi.

Intervensi untuk mengubah domain afektif :

a. Validasi dan normalisasi respon emosional

Kegiatan ini dapat menghilangkan perasaan kesendirian/terisolasi anggota keluarga dan menjadi alat penghubung antara anggota satu dengan yang lain

b. Menceritakan pengalaman sakit

Melalui komunikasi petugas kesehatan dapat menciptakan lingkungan yang terapeutik sehingga anggota akan terbuka

untuk menceritakan perasaan ketakutan, kemarahan, kesedihan dan pengalaman tentang penyakit mereka.

c. Memberikan dukungan keluarga

Mengajak anggota keluarga untuk mendengarkan keprihatinan dan perasaan - perasaan anggota keluarga yang lain, bermanfaat ketika ada anggota keluarga yang meninggal, dan satu dengan yang lain saling memberikan support.

Intervensi untuk mengubah domain perilaku dari fungsi keluarga :

Strategi diarahkan untuk membantu anggota keluarga untuk berinteraksi/ berperilaku secara berbeda antara satu dengan yang lain serta dengan orang lain di luar keluarga. Area intervensi perubahan perilaku, bukannya mencari penyebab yang melatarbelakangi dan alasan munculnya masalah tetapi menanyakan tentang apa permasalahan yang dihadapi. Perawat menolong anggota keluarga cara komunikasi baru yang lebih sehat, ia juga akan membantu anggota keluarga untuk mengubah persepsi mereka atau membangun realitas tentang suatu situasi.

Intervensi pendidikan kesehatan dan konseling dirancang untuk mengubah komunikasi keluarga meliputi : mengidentifikasi keinginan perubahan perilaku spesifik anggota keluarga dan menyusun rencana kolaborasi untuk suatu perubahan; mengakui, mendukung dan membimbing anggota keluarga ketika mereka mulai mencoba untuk berkomunikasi secara jelas dan selaras; memantau perubahan perilaku yang telah menjadi sasaran sejak pertemuan terdahulu. Menanyakan perilaku komunikasi yang baru, dan apakah ada masalah yang terjadi serta jika mereka

mempunyai pertanyaan atau hal penting tentang perubahan tersebut.

Intervensi domain perilaku :

1. Perawat mengundang beberapa atau seluruh anggota keluarga penjelasan tentang tugas-tugas yang harus dikerjakan/perilaku khusus.
2. Keluarga melaksanakan kegiatan ritual/rutin  
Kegiatan ritual yang tidak bertentangan dengan perilaku kesehatan disarankan untuk tetap dilakukan, agar keluarga tetap *survive*. Memberikan hadiah tiap ulang tahun, kebiasaan/budaya (*ethnic parades*) dll

#### **4.3. Asuhan Keperawatan dalam konteks keluarga**

##### **Diagnosa Keperawatan 1: Ketidakefektifan koping**

**Defenisi:** ketidakmampuan untuk membentuk penilaian valid tentang stresor, ketidakadekuatan pilihan respons yang dilakukan, dan/ atau ketidakmampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia.

##### **Batasan karakteristik:**

Akses dukungan sosial tidak adekuat

Kesulitan mengorganisasi informasi

Ketidakmampuan meminta bantuan

Ketidakmampuan mengatasi masalah

Ketidakmampuan menghadapi situasi

Kurang perilaku yang berfokus pada pencapaian tujuan

Strategi koping tidak efektif

Perilaku destruktif terhadap diri sendiri

Perilaku destruktif terhadap orang lain

**NOC:** Koping

**NIC:**

Bantuan kontrol marah

Bimbingan antisipatif

Pengurangan kecemasan

Manajemen perilaku: menyakiti diri

Modifikasi perilaku

**Peningkatan koping**

Konseling

Intervensi krisis

Dukungan pengambilan keputusan

**Latihan kontrol impuls**

Peningkatan sistem dukungan

**Diagnosa keperawatan 2: Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga**

**Defenisi:** Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu.

**Batasan karakteristik:**

Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga

Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko

Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan

Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan

Kurang perhatian pada penyakit.

**NOC:** Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional

**NIC**

Peningkatan keterlibatan keluarga

Dukungan keluarga

Panduan sstem pelayanan kesehatan

Peningkatan peran

Pengajaran: proses penyakit

Pengajaran: prosedur/perawatan

**Diagnosa keperawatan 3: Disfungsi proses keluarga**

**Defenisi:** Disorganisasi kronik fungsi psikososial, spiritual dan fisiologis unit keluarga yang menimbulkan konflik, penyangkalan masalah, keengganan untuk berubah, ketidakefektifan pemecahan masalah dan serangkaian krisis yang tidak berujung.

Batasan karakteristik:

**Perilaku**

Isolasi sosial

Keterampilan komunikasi tidak efektif

Ketidakefektifan pemecahan masalah

Ketidakmampuan beradaptasi dengan perubahan

Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga

Ketidakmampuan mengekspresikan perasaan dnegan rentang luas.

Ketidakmampuan untuk menerima bantuan dengan tepat

Menyangkal masalah  
Penolakan untuk mencari bantuan  
Perilaku tidak percaya  
Stres terkait penyakit fisik

**Perasaan**

Ansietas  
Bermusuhan  
Depresi  
Distres  
Frustrasi  
Harga diri rendah  
Isolasi emosi  
Ketakutan  
Ketegangan  
Marah  
Konfusi  
Menekan emosi  
Rasa malu  
Rasa bersalah  
Tidak aman  
Tidak percaya

**Peran dan hubungan**

Gangguan dinamika keluarga  
Gangguan peran keluarga  
Gangguan ritual keluarga  
Kurang persatuan keluarga



Pemburukan hubungan keluarga

Perubahan pada fungsi peran

Pola penolakan

**NOC:** Persiapan perawatan di rumah bagi caregiver

**NIC:**

Peningkatan koping

Konseling

Intervensi krisis

Pemeliharaan keluarga

Dukungan keluarga

Penngkatan pera

Peningkatan sistem dukungan

Manajemen perilaku

Modifikasi perilaku

Dukungan pengasuhan

Dukungan kelompok

Fasilitasi kunjungan

#### **4.4. Evaluasi**

1. Jelaskan hambatan yang dapat ditemui ketika melakukan pengkajian kepada keluarga!
2. Buatlah nursing care plan diagnosa keperawatan ketidakefektifan koping keluarga!



## **BAB 5**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KOMUNITAS BERESIKO TERTULAR HIV dan KOMUNITAS ODHA**

### **5.1 Asuhan Keperawatan pada komunitas ODHA**

**P**erawat mempunyai beberapa peran dalam mengorganisasikan beberapa pelayanan yang berpusat di puskesmas, yang merupakan pemberi pelayanan dasar utama antara lain, sebagai pelaksana pelayanan keperawatan, pendidik, koordinator pelayanan kesehatan, pembaharu (innovator), pengorganisasi pelayanan kesehatan (Organizer), role model, fasilitator dan pengelola. Peran perawat sebagai pelaksana kesehatan dapat berupa perawat spesialis klinik dan perawat keluarga. Perawat spesialis klinik memberikan asuhan keperawatan pada tingkat individu, keluarga dan kelompok. Bentuk dan tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ini adalah melalui upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Sedangkan peran perawat sebagai pendidik, perawat memberikan pendidikan sebagai upaya meningkatkan pemahaman perilaku hidup sehat

kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dan peran perawat sebagai manajer melakukan beberapa kegiatan yang sistematis. Tugas manajer antara lain; pengambil keputusan, pemikul tanggung jawab, mengidentifikasi sumberdaya yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan, konseptor, bekerjasama dan mediator (Mubarq, 2009).

Keperawatan komunitas menurut OMAHA fokus pada 4 domain antara lain; domain lingkungan, domain psikososial, domain fisiologis dan domain yang berhubungan dengan perilaku kesehatan. Dalam asuhan keperawatan pada kelompok khusus ODHA masalah yang paling menonjol adalah domain psikososial, misalkan spiritual, kesedihan, kestabilan emosi, seksualitas dan lain sebagainya (Sumiatun ,dkk, 2006). Omaha juga mengkategorikan intervensi menjadi empat macam antara lain; (1) pendidikan kesehatan, bimbingan dan konseling, tritmen dan prosedur, manajemen kasus dan surveilens.

Aplikasi intervensi keperawatan menurut OMAHA pada kategori manajemen kasus oleh perawat komunitas pada kelompok ODHA adalah pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS). Kelompok dukungan sebaya (KDS) adalah suatu kelompok dimana dua atau lebih orang yang terinfeksi atau terpengaruh langsung oleh HIV berkumpul dan saling mendukung. Anggota KDS adalah orang dengan HIV/AIDS dan orang yang hidup dengan ODHA (OHIDHA). Awalnya suatu kelompok dari beberapa ODHA dengan latar belakang yang berbeda. Kelompok tersebut terbentuk karena adanya kebutuhan yang lebih spesifik dan sama, misalkan

kelompok khusus ODHA saja. Namun, karena beberapa alasan kelompok beresiko dan orang yang hidup dengan ODHA (OHIDHA) bergabung dengan mereka.

Selain KDS ada kelompok KP (kelompok penggagas) yang merupakan kelompok pengambil keputusan dan pelaksana inisiatif atau gagasan untuk mencapai mutu hidup ODHA dan ODIDHA yang lebih baik dengan membentuk, menguatkan dan mengembangkan KDS. Inisiatif pembentukan KP muncul saat jumlah anggota dan kebutuhan sudah tidak dapat dipenuhi secara menyeluruh oleh KDS. Peran KP mengkoordinir, mengakomodir aspirasi dan kebutuhan dari KDS-KDS yang dilayani, menumbuhkan kesadaran kritis, mengayomi dan membimbing KDS-KDS dan melakukan advokasi dengan melibatkan KDS dalam proses. Fungsi KP sendiri untuk mengantisipasi terjadinya konflik antar KDS, memberikan dukungan antar KDS, memberikan kesempatan KDS untuk tumbuh bersama secara sehat, memastikan dana yang diberikan kepada KDS digunakan sebagaimana mestinya dan menjadi wadah informasi bagi KDS yang dilayani.

Peran dari KDS menurut yayasan Spirita dalam (Mardhiati dan Handayani, 2011) antar lain:

1. Membantu ODHA dan ODIDHA agar tidak merasa sendiri dalam menghadapi masalah
2. Memberikan kesempatan untuk bersosialisasi dengan orang lain dan berteman
3. Membantu untuk lebih percaya diri dan meningkatkan stigma internal.

4. Wadah untuk melakukan kegiatan dan pertemuan beberapa orang yang mempunyai latar belakang yang berbeda sehingga meningkatkan toleransi
5. Saling membantu berbagi informasi, sumber daya, ide dan informasi (misalnya tentang pengobatan terbaru atau layanan dukungan setempat)
6. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang keadaan yang oleh ODHA sehingga masyarakat tidak mempunyai stigma yang negatif terhadap ODHA
7. Memberikan Advokasi kepada ODHA

Menurut beberapa pemerhati HIV dukungan sebaya sangat efektif, namun sayangnya di beberapa daerah misalkan kabupaten Blitar, dukungan sebaya tidak dapat berjalan dengan baik karena beberapa faktor yang tidak mendukung termasuk dana. Berbagai psikologisosial seperti yang telah dijelaskan oleh Mark Salzer (2002) dalam Mardhiati dan Handayani, 2011 antara lain:

1. Dukungan sosial adalah adanya interaksi sosial yang positif dengan orang lain sehingga tercipta hubungan saling percaya. Hubungan yang positif berkontribusi terhadap penyesuaian positif dan meningkatkan coping dalam bentuk dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan informasi.
2. Pengetahuan dalam hal ini adalah pengalaman. Pengalaman seseorang yang unik ketika dibagikan ke orang

- lain akan membantu menyelesaikan masalah dan meningkatkan mutu hidup.
3. Teori belajar sosial yang mengandalkan kesebayaan, teman sebaya merupakan model yang lebih kredibel bagi orang lain oleh sebab itu teman sebaya akan berdampak pada perilaku yang positif.
  4. Perbandingan sosial, dimana seseorang akan lebih nyaman berinteraksi dengan orang lain yang dapat berbagi karakteristik umum dengan dirinya
  5. Prinsip menolong, beberapa manfaat yang signifikan kepada mereka yang memberikan dukungan sebaya, antara lain (a) kompetensi intrapersonal yang berdampak pada kehidupan orang lain, (b) menimbulkan rasa kesetaraan antara dirinya dan orang lain, (c) akan mendapatkan informasi atau memberikan informasi tentang dirinya dan (d) orang yang telah ditolong akan terbuka / *care* dengan orang yang menolong.

## **5.2. Diagnosa Keperawatan Pada Komunitas ODHA dan *Nursing care Plan***

- a. Defisiensi kesehatan komunitas

### **Batasan karakteristik:**

- Masalah kesehatan yang dialami oleh suatu kelompok atau populasi

- Resiko status fisiologis dan psikologis yang dialami oleh suatu kelompok atau populasi
- Tidak tersedianya program untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah yang ada pada kelompok atau populasi tertentu

**Faktor yang berhubungan:**

- Ketidacukupan ahli di bidang komunitas
- Ketidacukupan akses pada pemberi layanan kesehatan
- Ketidakcukupan biaya program

**NOC** : Status kesehatan komunitas

**NIC** : Pengembangan program

- Bantu kelompok dalam mengidentifikasi kebutuhan atau masalah kesehatan yang signifikan
- Prioritaskan kebutuhan kesehatan terhadap masalah yang diidentifikasi
- Edukasi anggota kelompok perencanaan mengenai proses yang telah dibentuk
- Identifikasi alternatif pendekatan untuk mengatasi kebutuhan atau masalah
- Evaluasi alternatif pendekatan terkait dengan rincian biaya, kebutuhan sumberdaya, kelayakan dan kegiatan yang dibutuhkan
- Pilih pendekatan yang paling dekat
- Kembangkan tujuan atau sasaran untuk masalah



- Jelaskan metode, kegiatan dan kerangka waktu untuk implementasi
- Identifikasi sumber daya dan kendala terhadap pelaksanaan program
- Rencana evaluasi program
- Pastikan program dapat diterima oleh sasaran, kelompok terkait dan penyedia
- Pekerjakan personil yang diambil dari kelompok untuk melaksanakan dan mengelola program
- Siapkan peralatan dan perlengkapan untuk mendukung pelaksanaan program
- Pantau kemajuan program
- Modifikasi dan sempurnakan program.

### **5.3. Asuhan Keperawatan pada Kelompok beresiko tertular HIV**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada kelompok orang yang beresiko tertular HIV peran perawat yang menonjol adalah sebagai peran pendidik. Sedangkan kategori intervensi menurut Omaha yang digunakan adalah peran perawat sebagai pendidik kesehatan, bimbingan dan konseling, diberikan sebagai informasi, antisipasi masalah klien, menolong klien, mendorong klien untuk melakukan kegiatan yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri dan membantu klien dalam mengambil keputusan serta memecahkan masalah. (Sumijatun, dkk, 2006). Diagnosa

keperawatan yang mungkin muncul pada kelompok beresiko tertular HIV adalah sebagai berikut:

1. Defisiensi pengetahuan

Batasan karakteristik: kurang pengetahuan, perilaku tidak tepat, ketidakakuratan mengikuti perintah, ketidakakuratan melakukan tes

Faktor yang berhubungan: gangguan fungsi kognitif, gangguan memori, kurang informasi, kurang minat untuk belajar, salah pengertian terhadap orang lain, kurang sumber pengetahuan.

NOC: kontrol resiko: penyakit menular seksualitas

NIC : Manajemen penyakit menular

- Monitor populasi yang beresiko dalam prevensi dan perawatan
- Monitor pelaksanaan dan keberlanjutan yang adekuat akan imunisasi pada populasi beresiko
- Monitor insiden paparan penyakit menular
- Monitor faktor-faktor yang mempengaruhi penyebaran penyakit menular
- Tingkatkan pendidikan kesehatan yang memadai sehubungan dengan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit menular dan pencegahan berulangnya kejadian
- Perbaiki sistem surveilans untuk penyakit menular, seperti yang dibutuhkan

- Pantau dan kolaborasi pengobatan yang tepat untuk penyakit menular

#### **5.4. Evaluasi**

1. Jelaskan peran kelompok dukungan sebaya (KDS) dalam penatalaksanaan HIV/ AIDS !
2. Sebutkan diagnosa keperawatan komunitas yang mungkin muncul!



# DAFTAR PUSTAKA

- Arita Murwani. (2008). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Edisi 1. Jogjakarta: Fitramaya.
- Bulechek G.M., Howard K.b., Joanne M.D., Cheryl M.W. 2013. **Nursing Intervention Classification (NIC)**. penerjemah Intansari Nurjannah dan Roxsana Devi Tumanggor Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.
- D.Suhaimi (2009) **Pencegahan Dan Penatalaksanaan Infeksi HIV/AIDS Pada Kehamilan**.  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QeBM-NVlrfMJ:download.portalgaruda.org/article.php%3Farticle%3D134615%26val%3D4804+&cd=1&hl=id&ct=clnk&gl=id> dibuka tanggal 20 Oktober 2016.
- Dobrikova-Porubcanova, P. (2005). **The incurable sick on the present. The meaning of palliative care**, Spolok sväteho Vojtecha, ISBN 80-7162-581-7, Trnava, Slovakia.
- Herman T.H and Komitsuru. S. 2014. **Nanda Internasional Nursing Diagnosis,. Definition and Clasification 2015-2017**. EGC: Jakarta.
- Kemenkes RI. (2010) **Pedoman pelayanan gizi bagi ODHA**.  
<http://gizi.depkes.go.id/wpcontent/uploads/2011/01/buku-odha-rev5.pdf>

Kemenkes RI (2014). **Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak.**

<http://www.idai.or.id/wp-content/uploads/2015/06/Pedoman-Penerapan-Terapi-HIV-pada-Anak.pdf> dibuka tanggal 20 Oktober 2016.

Kemenkes RI.(2011).**Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi Hiv Dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa.**

<http://www.spiritia.or.id/Dok/pedomanart2011.pdf> dibuka tanggal 20 Oktober 2016.

Moorhead S., Marion J., Meridean L.M., Elisabeth S.2013. **Nursing Outcomes Classification (NOC)** penerjemah Intansari Nurjannah dan Roxsana Devi Tumanggor Edisi Kelima.Singapore:Elsevier.

Nursalam. (2007). **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS.** Jakarta ; Salemba Medika.

Nursalam & Kurniawati, ND (2007). **Asuhan keperawatan pada apasien terinfeksi HIV/ AIDS.** Jakarta: Salemba Medika.

Potter Perry (2009). **Fundamental of Nursing,** Buku 1, Edisi : 7, Jakarta: Salemba Medika.

Riyawan,EY.(2013) **Asuhan Keperawatan Anak dengn Kasus HIV IDS.** <http://www.riyawan.com/2013/05/asuhan-keperawatan-anak-dengan-kasus.html> Di buka tanggal 10 Oktober 2016.

Satir, V. (2006). **Book about family,** Prah, Bratislava, Slovakia.

Stuart, G. W. (2015). **Prinsip dan praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa.** Editor Keliat, A.B., Jessica P. Singapore : Elsevier.

Victor, O. Adika, Mildred, A. Sunday, Aluye-Benibo Data and Amachree, E. Numoipre (2015). **Nurses care for pregnant women living with HIV/AIDS: Practice, knowledge and prevention of mother to child transmission in Bayelsa State, Nigeria.** <http://www.skyjournals.org/sjmms/pdf/2015pdf/Mar/Adika%20et%20al%20pdf.pdf> dibuka tanggal 20 Oktober 2016.

Yayasan Sipitia (2011). Pedoman Tatalaksana Klinis Infeksi Hiv Dan Pemberian Antiretroviral Pada Orang Dewasa. [http://www.spiritia.or.id/Dok/pedomanart\\_2011.pdf](http://www.spiritia.or.id/Dok/pedomanart_2011.pdf). dibuka tanggal 20 Oktober 2016.

